



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الالكتروني والميكرو فيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأفلام قد أعدت دون أية تغيرات



يجب أن

تحفظ هذه الأفلام بعيدا عن الغبار

في درجة حرارة من ١٥-٢٥ مئوية ورطوبة نسبية من ٢٠-٤٠%

To be Kept away from Dust in Dry Cool place of
15-25- c and relative humidity 20-40%



شبكة المعلومات الجامعية التوثيق الالكتروني والميكرو فيلم

بالرسالة صفحات
لم ترد بالاصل

بعض الوثائق
الأصلية تالفه

جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الباطنية

دراسة تزلزل ST على تخطيط الجهد مقارنة مع نتائج القثطرة القلبية

Study of exercise-induced ST-segment depression and
correlation with the results of coronary angiography

إشراف الأستاذ الدكتور
محمد علي المبارك

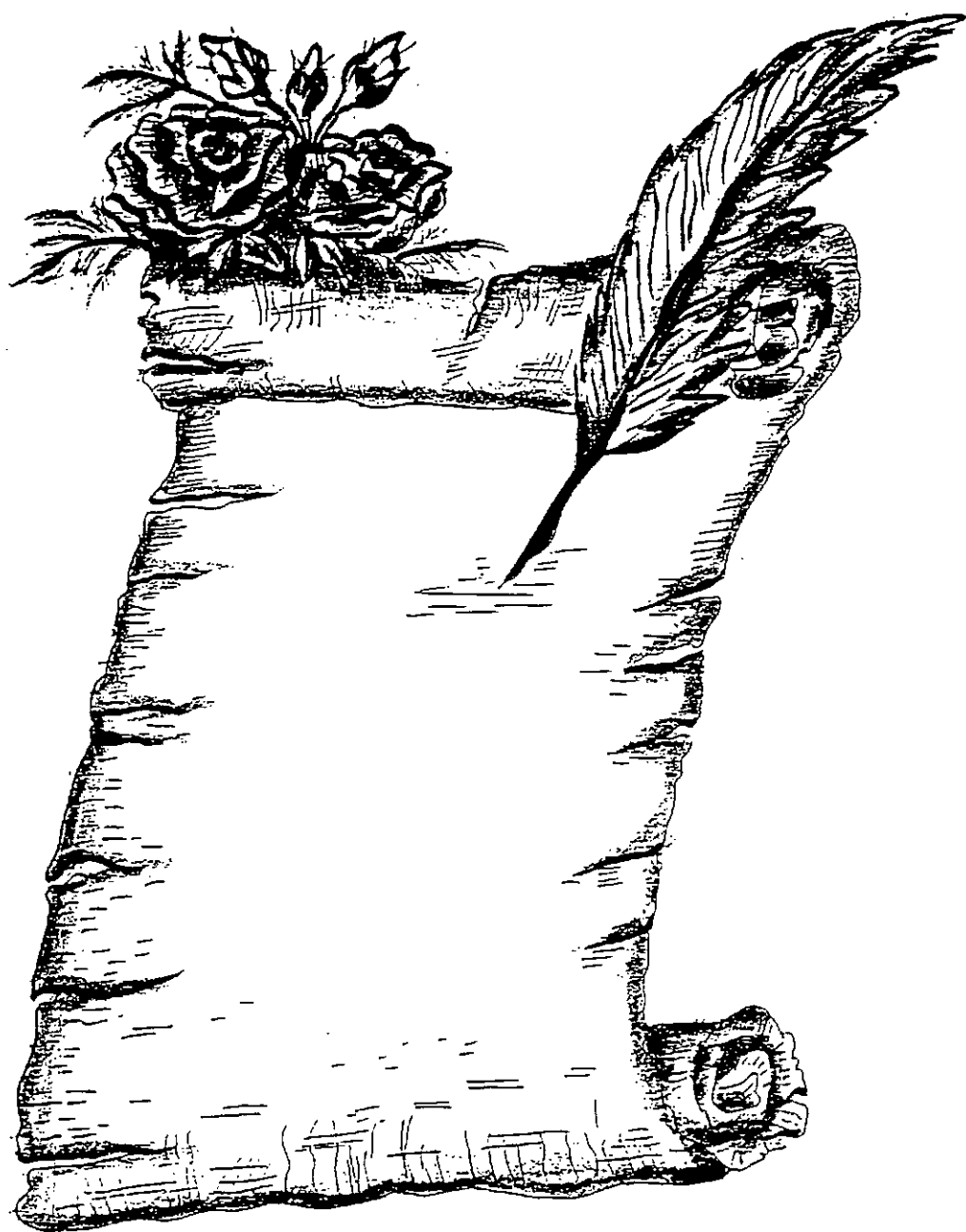
إعداد الدكتور
باسل عبد الحافظ الكردي

بحث علمي أحمد لنيل درجة الماجستير في الأمراض الباطنية

١٩٩٩

٣٠٠

٢١



إهداء

إلى كل من أحب

كلمة شكر

يسرني قبل تقديم هذا العمل أن أتوجه بالشكر والامتنان إلى الأستاذ الدكتور **محمد علي المبارك** الذي أشرف على هذا البحث وسعى إلى إنجاحه بما أبداه من نصائح وتوجيهات جعلت من هذا البحث عملاً متكاملًا ، كما أتوجه بالشكر إلى كل من ساعدني وسعى معي لإتمام هذا العمل .

مخطط البحث :

أولا : الدراسة النظرية :

- ♦ نقص التروية القلبية
 - _تعريف
 - _عوامل الخطورة
 - _الأعراض والأشكال السريرية
- ♦ الوسائل التشخيصية لنقص التروية القلبية
- ♦ تشريح الجملة الوعائية الإكليلية

ثانيا : الدراسة العملية :

- ♦ هدف الدراسة
- ♦ مجموعة الدراسة
- ♦ طرائق البحث
- ♦ نتائج اختبار الجهد
- ♦ نتائج القنطرة الإكليلية
- ♦ مقارنة النتائج
- ♦ مناقشة النتائج
- ♦ التوصيات
- ♦ المراجع

الدراسة النظرية

نقص التروية القلبية :

تحدث تظاهرات مرض القلب بنقص التروية عندما يزيد متطلب القلب من الأكسجين عن الوارد منه . و التضيق الثابت في الشرايين الإكليلية أكثر الأسباب إحداثاً لعدم التوازن هذا . في الحالة الطبيعية تنظم الشريانات الجريان الدموي لأي من مناطق القلب ولا يضيق القسم القريب من الشرايين الإكليلية الموجودة على سطح القلب من جريان الدم في غياب تضيق ثابت أو دينمي فيها .

عندما يبلغ التضيق في الشرايين الناقلة خمسين بالمائة أو أكثر فلا يستطيع الوعاء أن يزيد من جريان الدم بصورة تكفي للإرواء في حالات زيادة الطلب رغم التمدد الكامل في الشريانات البعيدة . وقد يحدث بالإضافة إلى التضيق الثابت تضيق عابر أو دينمي في الأوعية الناقلة . وقد يؤدي تشنج قطعة محددة إلى إنقاص الوارد الدموي بصورة مؤقتة إلى المناطق المرواة بهذا الشريان (خناق الصدر المغاير أو بريتر ميتال) .

قد يزيد المتطلب من الأكسجين عن الوارد منه رغم وجود شرايين إكليلية سيوية والمثال المدرسي هو التضيق الأبهري عندما يزداد المتطلب من الأكسجين نتيجة زيادة الكتلة العضلية وزيادة التوتر على جدران البطين الأيسر وكذلك فإن زيادة الضغط داخل البطين الأيسر وانخفاض الضغط في الأهر تؤدي إلى نقص الجريان الإكليلي الانبساطي وبالتالي نقص في الوارد من الأكسجين .

خناق الصدر :

خناق الصدر هو شعور انزعاج في الصدر ناجم عن نقص تروية قلبية عابر بدون تنخر نسجي وينجم غالبا عن عدم استطاعة الشرايين الإكليلية المتصلبة زيادة جريان الدم في حالات زيادة الطلب عليه .

وينجم عدم التوازن هذا في الحالات التالية :

(١) نقص جريان الدم الإكليلي للعضلة القلبية الناتج عن الانسداد والتالي ل :

□ التصلب العصيدي .

□ التشنج .

□ الصمات .

□ تضيق الفوهة الإكليلية (كما في السفلس) .

□ التهاب الشرايين الإكليلية .

(٢) نقص الوارد من الدم المؤكسج إلى العضلة القلبية الناتج عن :

□ فقر الدم .

□ كاربوكسي هيموغلوبينيميا .

□ هبوط الضغط الذي يسبب نقص في ضغط الإرواء الإكليلي .

(٣) قد يزداد المتطلب من الأكسجين نتيجة لزيادة الحصيل القلبي كما في الجهد

أو فرط نشاط الدرق وتضخم العضلة القلبية كما في التضيق الأهرري أو

ارتفاع التوتر الشرياني .

إن التصلب العصيدي يعتبر من أشيع الأسباب التي تحدث نقص التروية القلبية والتي تسبب تضيقاً ثابتاً في الجريان الإكليلي .

عوامل الخطورة :

لقد تمكنت الدراسات الوبائية تمييز عدد من عوامل الخطورة المتهمة في المشاركة في تطور المرض القلبي الإكليلي وهي :

« عوامل ثابتة غير قابلة للتعديل :

- العمر المتقدم .
- الجنس - الذكور أكثر إصابة من النساء قبل سن اليأس .
- القصة العائلية .
- شطب في مورثة الأنزيم القالب للأنجيوتنسين (DD) .

Deletion polymorphism in the ACE gene (DD) إن هذا

النوع من النمط الوراثي DD يترافق مع تراكيز عالية في الدوران من الأنزيم القالب للأنجيوتنسين وهو يشاهد بشكل شائع عند الأشخاص الذين لديهم إحتشاء عضلة قلبية مقارنة مع مجموعة الشاهد . وهذا يشاهد بشكل خاص عند الشباب الذين لا يكون لديهم معايير الخطورة التقليدية .

◀ عوامل قابلة للتعديل :

- فرط شحوم الدم - ارتفاع كوليسترول الدم خاصة إذا ترافق مع مستوى منخفض من HDL .
- التدخين .
- ارتفاع التوتر الشرياني .
- الداء السكري .

◀ من العوامل الأخرى ذات الارتباط الأقل بالداء الإكليلي :

- البدانة .
- الحياة الخاملة .
- النقرس .
- مناعات الحمل الفموية .
- الاستهلاك المفرط للكحول .

الأعراض والأشكال السريرية :

أهم الصفات الواصفة لحناق الصدر هو حدوثه أثناء الجهد وزواله بالراحة . وغالباً ما يتوضع الألم أو الانزعاج أيسر القص أو منتصف الصدر تحت القص مباشرة ولا توصف أحياناً بأنها ألم من قبل المريض ولكنها توصف بشعور بالضغط أو حرق أو عصر أو امتلاء . والوصف الكلاسيكي للمريض المصاب بحناق الصدر بأنه يضع قبضته على صدره .

قد يدوم الألم ثوان أو دقائق قليلة ويزول تدريجياً بنفس الطريقة ويستمر من نصف إلى عشرين دقيقة أما ألم نقص التروية الذي يستمر أكثر من ذلك فيدل على تخرسيحي . قد ينتشر الألم إلى العنق والفك و الشرسوف والكف والذراع وغالباً الذراع الأيسر . أما العوامل المسببة عادة فهي المشي السريع وصعود السلالم واستعمال اليدين فوق مستوى الرأس والشدة النفسية والتعرض للبرد والوجبات الطعامية الكبيرة . قد يترافق الألم مع الضعف والزلة التنفسية والغثيان والشحوب والتعرق .

ولقد صنفت الجمعية الكندية لأمراض القلب و الأوعية شدة الخناق كما يلي :

درجة I - الجهد الفيزيائي العادي (المشي - صعود الدرج) لا يثير الألم
الألم ينشأ بالجهد الشديد أو المديد

درجة II - تحدد خفيف بالجهد العادي

يثار الألم فقط عند المشي بسرعة أو صعود الدرج بسرعة

درجة III - تحدد واضح في الجهد الفيزيائي العادي

يثار الألم عند المشي لمسافة ٢٠٠ متر أو صعود طابق واحد .

درجة IV - عدم القدرة على الاستمرار بالجهد الفيزيائي العادي دون حدوث الألم
الألم قد يحدث أثناء الراحة .