

دردهای جلوی قلبی در اثر بیماریهای احشاء همراه با تغییرات (E.K.G)

WEDDESKY PHENOMENON

گزارش شش مورد

دکتر انوش برزگر *

خلاصه مقاله :

در این بررسی شش مورد دردهای جلوی قلبی در اثر بیماریهای احشاء از جمله : سنگ کیسه صفرا، کله سیستیت حاد و مزمن، پانکراتیت حاد و مزمن و زخم اثنی عشر (فنومن ویدنسکی) ارائه شده است .

شش بیماری که مورد مطالعه قرار گرفته اند چهار مورد مرد (دو مورد مبتلا به کیسه صفرا، یک مورد مبتلا به سنگ کیسه صفرا) همراه با زخم اثنی عشر و یک مورد مبتلا به زخم اثنی عشر { و دو مورد زن (هر دو مبتلا به سنگ کیسه صفرا) بوده اند . در این زمینه بیماران بدون اینکه مبتلا به بیماری

کرونری قلب باشند، در حین درد تغییرات ST-T در الکتروکاردیوگرافی داشته اند . مدت درد در این بیماران طولانی بوده و بیش از نیم ساعت طول کشیده، و با داروهایی چون نیتروگلیسرین زیرزبانی و کلسیم بلوکر جواب مناسبی نداده اند . پس از درمان با عمل جراحی (سنگ کیسه صفرا) یا درمان های متداول (زخم اثنی عشر)، بیمار از درد جلوی قلبی شکایت نداشته و تا ماهها بعد از درمان تغییرات EKG مشاهده نشده است .

مقدمه :

ایجاد دردهای جلوی قلبی در اثر بیماریهای غیر قلبی مسئله نادری نیست و این دردها می توانند در زمینه های مختلف ایجاد شوند از جمله :

- ۱- سندرم دیواره قفسه صدری (CHEST - WALL)
- ۲- سندرم (تیتز) TIAT, S (کستوکندریت)
- ۳- بیماری MONDERS (ترومبوفلیبیت توراکو-اپی گاستریک)

* استادیار بیماریهای قلب و عروق ، دانشگاه علوم پزشکی گیلان ، بیمارستان دکتر حشمت رشت

۴- PRECORDIAL - CATCH (دردی که به علت

تغییر وضعیت بدنی نامتناسب ایجاد می شود و مدت درد فقط چند ثانیه می باشد .

۵- بیماریهای ریوی : آمبولی ریوی - پنوموتراکس - آمفیژم مدیاستیم - مدیا ستینیت - تومورهای مدیاستین

۶- آبرسه و کارسینومای پستان - ژینکوماستی

۷- دردی ناشی از دیسکسیون حاد آئورت

۸- درد ناشی از گسیختگی بافتها :

۹- سوزش ناحیه قلب (HEART BURN) : دردی که

بیشتر به علت برگشت اسید معده به مری ایجاد می شود .

۱۰- پارگی آنوریسم سینوس والسالوا به داخل دهلیز و بطن راست

۱۱- درد جلوی قلبی در زمینه نورالژی مانند هرپس- تابس دور سالیس

۱۲- ضایعات عضلانی - استخوانی مانند شکستگی دندان - التهاب پریوست

۱۳- علل گوارشی مانند سندرم مالوری ویس- دیورتیکول زینکر - سندرم پلومرونیسون - کله سیستیت

حاد و مزمن - سنگ کیسه صفرا - پانکراتیت حاد و زخم اثنی عشر

اکثر عوامل نامبرده فوق سبب دردهای جلوی قلبی همراه با تغییرات جزئی در الکتروکاردیوگرام

شده و گاهی با بیماری کرونری قلب قابل اشتباه می باشند . در این موارد بیماران به درمانگاه

مراجعه و پزشک به علت درد آنژیینی غیر پایدار (U . A . P) - Angina pectoris - Unstable

یا تغییرات غیر طبیعی ST - T که گاهی با اکستراسیستول بطنی نیز همراه است بیمار را

در بخش C . C . U بستری می کند .

این نوع دردها مختصراً " به داروهای وازودیلاتور یا کلسیم

بلوکر جواب مثبت میدهند . اکثراً " به داروها مقاوم بوده و تسکین درد به وسیله داروهایی مثل مورفین و پتیدین

امکان پذیر است . بنابراین به علت تشخیص غلط این بیماری بیماران سالها از داروهای وازودیلاتور ، کلسیم بلوکر

و بتا بلوکر مصرف میکنند بدون این که این داروها برای شخص مورد نیاز باشد . تا این که بیمار به علت عوارض

ناشی از سنگ کیسه صفرا یا زخم اثنی عشر به طور اورژانس مراجعه میکند ، آنزمان مشخص می شود که چه زمانهایی را از

نظر تشخیص بیماری از دست داده ایم و چه زیانهایی که بیمار از نظر جانی و مالی در این مدت تحمل کرده است ،

بنابراین توجه دقیق به علائم بالینی و تشخیص به موقع با روشهای پاراکلینیکی باعث میشود که بیماران متحمل این

همه زیانهای جانی و مالی نشوند . مکانیسم ایجاد دردهای جلوی قلبی در اثر بیماریهای

احشاء با تغییرات (E.K.G) اعصاب قلب شاخه هایی از شبکه قلبی می باشند که خود

شبکه قلبی از شاخه سمپاتیک و پنوموگاستریک (عصب ریوی معدی) تشکیل شده است . عصب سمپاتیک در هر طرف

گردن از سه عقد ه سمپاتیک بنام عقد های سمپاتیک فوقانی - میانی و تحتانی مجزا می شود . عصب ریوی

دارای سه شعبه قلبی شامل قلبی فوقانی ، میانی و تحتانی میباشد - شعبه فوقانی از عصب ریوی معدی

شعبه قلبی میانی از اعصاب راجعه و شعبه قلبی تحتانی از عصب ریوی معدی منشعب می شوند .

کلیه اعصاب در اطراف عروق قاعده قلب با یکدیگر یکی می شوند و شبکه قلبی را تشکیل می دهند که خود به دو شبکه

قلبی قدامی و شبکه قلبی خلفی تقسیم می شوند . (ش ۱)

شبکه قلبی قدامی از اجتماع شبکه قلبی فوقانی عصب ریوی معدی و قسمتی از عصب قلبی فوقانی سمپاتیک چپ به

وجود می‌آید، به شبکه قدامی عقد ه عصبی عقد ه ویسب—رگ گفته می‌شود. شبکه قلبی خلفی از اجتماع شعبه قلبی میانی تحتانی عصب ریوی معدی و کلیه شاخه‌های قلبی—سمپاتیک به استثنای شعبه فوقانی چپ به وجود می‌آید. از این شبکه ها شاخه‌هایی مجزا می‌شود که بعضی از آنها مستقیماً " وارد دهلیز می‌شوند و برخی دیگر شرائین کرونر را احاطه می‌کنند و شبکه کرونر راست و چپ را تشکیل می‌دهند. از این شبکه ها بعضی از شعب عصبی در روی سطح قلب و در زیر اپی‌کارد با یکدیگر پیوند و شبکه تحت پریکاردی را به وجود می‌آورند. بنابراین دردهای آنژینی و ایسکمی قلب از طریق شبکه عصبی جلوی قلبی توسط سمپاتیک منتقل می‌شود و وارد چهارمین و پنجمین گانگلیون عصبی سمپاتیک شد ه و سپس وارد شاخه خلفی نخاع می‌گردند. از آنجا تا هسته‌های سمپاتیک در مغز سیر می‌کنند.

رشته‌های سمپاتیک قلبی توسط سه رشته عصبی تحتانی - میانی و فوقانی با گانگلیون Stellale و سمپاتیک گردنی ارتباط پیدا می‌کنند و نیز به گانگلیون های توراسیک نخاعی مربوط می‌شوند. رشته‌های سمپاتیک قلبی و رشته‌های مربوط به شبکه براکیال - دیافراگماتیک و نیز رشته‌های مربوط به عصب اولنار منشاء جنینی نزدیکی داشته‌اند. دلیل ارتباط نزدیک بین سمپاتیک قلبی و رشته‌های مزبور دردهای جلوی قلبی علاوه بر انتشار در مسیر سمپاتیک در مسیرهای براکیال و دیافراگماتیک هم منتشر شده و علائم متنوعی را ایجاد می‌کند. همانطوریکه در ابتدا گفته شد دردهای آنژینی و دردهای جلوی قلبی در اثر بیماری سایر احشاء تشدید یا ظاهر می‌گردند و پس از حذف و بهبودی دردهای احشائی مانند کله سیستیت، زخم معده یا سنگ کیسه صفرا و پانکراتیت، دردهای آنژینی حذف و تغییرات

الکتروکاردیوگرام هم برطرف می‌شود. علت این پدیده چنین بیان شده که رشته‌های و ابران اعصاب این اعضا (یعنی کیسه صفرا - معده - پانکراس و قلب) در نخاع در يك غلاف مشترك قرار دارند. رزونانس يك عصب باعث تحريك رزونانس اعصاب نزدیک به آن شد ه در نتیجه درد جلوی قلبی همراه با تغییرات ST-T در زمینه بیماری احشاء را ایجاد می‌کنند.

موارد های بالینی "

بیمار اول :

بیمار مرد ۶۴ ساله‌ای که چندین بار به علت درد

شدید قفسه صدی با تشخیص Unstable Angina. Pectoris

در بخش C.C.U بستری شده و E.C.G که از

این بیمار به عمل آمده تغییرات به صورت T منفی

در اکثر لیدها الکتروکاردیوگرام مشاهده شده است. درد بیمار

طولانی و به (تری‌نیتروگلایسیرین TNG) مختصراً

جواب می‌داده است جهت تسکین درد اجباراً از مسکنهای

قوی از جمله پتیدین یا مورفین استفاده شد ه چون درد

بیمار به داروهای چون وازودیلاتور، کلسیم بلوکر و بتا

بلوکر جواب مناسبی نمی‌داده است. تغییرات EKG پس

از تسکین درد با پتیدین از بین می‌رفته و بیمار هر بار با

تشخیص U.A.P و با داروهای وازودیلاتور و کلسیم

بلوکر مرخص می‌شده است. سرانجام این بیمار با درد شدید

پرکور دیال چپ و هیپوکندر راست همراه با تب و لرز وایکتر

مراجعه کرده و با تشخیص کله سیستیت حاد در بخش

داخلی بستری گردید. طول سه سالی که از عمل جراحی

کله سیستکتومی در آن میگذرد بیمار تاکنون هیچگونه

شکایتی از درد جلوی قفسه سینه نداشته است و مرتباً

EKG که از ایشان بعمل آمده هیچگونه تغییراتی که دال

بر بیماری کرونر قلب باشد مشاهده نشده است

از پری‌کاردیت و بعد از درمان پری‌کاردیت در این بیمار در رابطه با زخم‌اثنی‌عشر بوده زیرا با درمان زخم درد جلوی قلبی از بین رفته در نتیجه EKG در حد طبیعی باقی مانده است .

بیمار سوم :

خانم ۵۷ ساله‌ای که به علت درد شدید ناحیه پرکوردیال یا جلوی قلبی در بخش C.C.U بستری شده است . این بیمار قبلاً " به علت درد ناحیه اپی‌گاستر تحت درمان متخصص داخلی بوده و داروهایی مانند آنتی‌اسید و سایمتیدین مصرف می‌کرده است . درد ناحیه اپی‌گاستر با مصرف داروهای فوق تسکین پیدا نکرد و بیمار با تشخیص

Unstable . Angina در بخش C.C.U بستری شد و داروهایی مانند وازودیلاتور و کلسیم بلوکر نیفد بیپین تجویز گردید . درد بیمار با این داروها هم تسکین پیدا نکرد پتیدین تجویز شد که با تجویز این دارو درد بیمار بهتر شد . همچنین در حین معاینه ، ناحیه اپی‌گاستر و هیپوکندر در نرساک بود که با توجه به تجربه در مورد بیماران مشابه گذشته برای بیمار رادیوگرافی معده و اثنی‌عشر و سونوگرافی در خواست شد . در سونوگرافی کیسه صفرا مشاهده شد که بیمار مبتلا به سنگ کیسه صفرا می‌باشد و سرانجام تحت عمل جراحی قرار گرفت .

چند ماه پس از عمل جراحی بیمار دیگر از درد ناحیه اپی‌گاستر و پرکوردیال شکایت نداشته و EKG بیمار در حد طبیعی باقی مانده است .

بیمار دوم :

مردی ۵۸ ساله‌ای که به علت درد جلوی قلبی و درد ناحیه اپی‌گاستر مراجعه کرد و پزشک درمانگاه با تشخیص U.A.P (دردهای آنژین صدری ناپایدار) و درد ناحیه اپی‌گاستر آن را در بخش قلب بستری نمود . بیمار چندین بار در بخش قلب بستری شده بود . EKG که از بیمار در حین درد به عمل آمده بود تغییرات T بصورت T منفی در لیدهای V1- V2 الکتروکاردیوگرام مشاهده می‌شده است . درد بیمار به TNG مقاوم بوده ولی به کلسیم بلوکر و وازودیلاتور جواب خیلی کمی داده است . از بیمار به علت درد ناحیه اپی‌گاستر، رادیوگرافی معده و اثنی‌عشر به عمل آمده و در رادیوگرافی تغییرات زیر مشاهده شد .

الف : زخم اثنی‌عشر
ب : سایه‌ای در ناحیه کیسه صفرا (بدون علائم بالینی) .

جهت بررسی از سایه در خواست سونوگرافی از کیسه صفرا به عمل آمد که سنگ کیسه صفرا تأیید شد . در زمینه زخم اثنی‌عشر بیمار تحت درمان با داروهای آنتی‌اسید و سایمتیدین قرار گرفت که در نتیجه مصرف این داروها درد بیمار تسکین و بهبود پیدا کرد و EKG که در این مرحله انجام شد تغییرات T که به صورت T منفی بوده از بین رفت . چند ماه بعد این بیمار دوباره به علت پری‌کاردیت حاد همراه فرکشن را ب سه زمانه در بخش C.C.U بستری شد که اتیولوژی پرکاردیت مشخص نشده و بیمار پس از مدتی با درمانهای ساده بهبود پیدا کرد .

احتمالاً " پرکاردیت حاد بیمار ناشی از بیماری ویروس بوده که با درمانهای ساده برطرف شده است . بنظر میرسد درد جلوی قلبی همراه با تغییرات EKG قبل

و جواب تست منفی بوده است. بیمار در سال ۶۷ تحت عمل جراحی کله سیستکتومی قرار گرفت و از آن تاریخ به بعد از درد جلوی قلبی شکایت نکرده و تغییرات EKG هم در این مدت پیدایشده است.

بیمار ششم:

مرد ۲۲ ساله‌ای با درد جلوی قلبی و تغییرات ST در لیدهای $V_1 - V_2 - V_3 - V_4$ مراجعه نمود که بیمار جهت بررسی و رد بیماری کرونر قلب تست ورزشی (E.S.T) درخواست شد. دو تست ورزشی انجام شد که نتیجه آن منفی بوده بیمار مجدداً "هشت ماه بعد با درد جلوی قلبی مراجعه کرده و دوباره برای تست ورزش در خواست گردید که تست بار دیگر منفی بوده در ضمن با توجه به تجربه در مورد بررسی دردهای جلوی قلبی همراه با تغییرات EKG از بیمار بدون اینکه ناراحتی گوارشی داشته باشد، رادیوگرافی معده و اثنی عشر درخواست شد که در رادیوگرافی زخم اثنی عشر مشاهده گردید.

بحث DISCUSSION

۱- بدون اینکه شخص مبتلا به بیماری کرونری قلب باشد در حین درد تغییرات ST-T پیدا میکند که با بیماری ایسکمی قلبی قابل اشتباه است یا اینکه اگر شخص دچار بیماری کرونری قلب باشد باعث تشدید تغییرات ST-T ناشی از کرونر خواهد بود.

۲- مدت درد این بیماران بیش از نیم ساعت است و شبیه به U.A.P (آنژین ناپایدار) می‌باشد.

بیمار چهارم:

خانم ۴۵ ساله‌ای که مدت یک سال بود مرتباً "از درد ناحیه جلوی قلبی شکایت داشت و چندین بار در بخش قلب به وسیله پزشک درمانگاه بستری شد. برای آخرین بار بیمار دچار زردی - تب و لرز (کله‌سیستیت حاد) شد بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. در نوار قلب بیمار پس از عمل جراحی در عرض ۴۸-۲۴ ساعت تغییرات T در لیدهای آنترولترال اینفریور در الکترو-کاردیوگرام مشاهده شد و پس از ۳۰ روز عمل جراحی نوار قلب طبیعی شد. آخرین نوار قلب که سه ماه بعد از جراحی گرفته شد هیچگونه تغییرات خاصی در EKG مشاهده نشد در ضمن بیمار در این مدت از هیچگونه درد جلوی قلبی شکایت نداشته است.

بیمار پنجم:

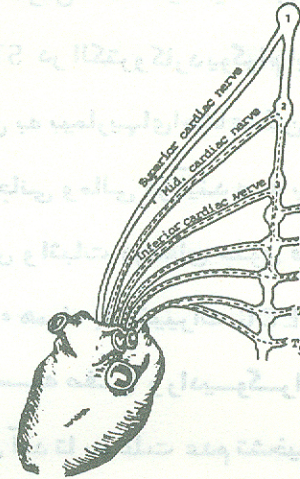
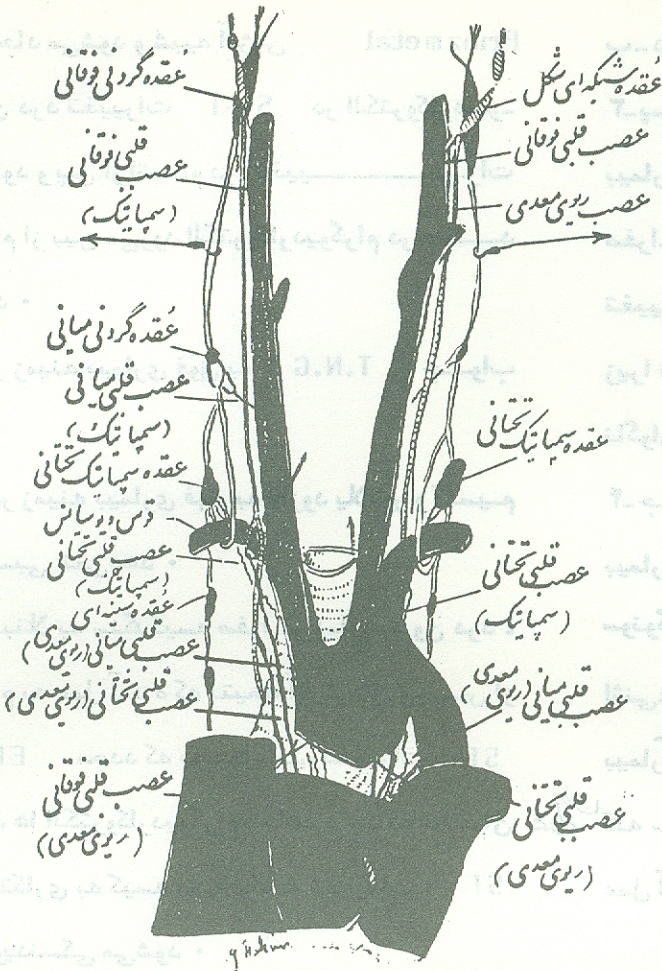
مرد ۴۰ ساله در سال ۵۹ دچار درد ناگهانی جلوی قلبی شده به طوریکه مدت درد طولانی بوده و رابطه‌ای با فعالیت نداشته و به T.N.G و داروهای وازودیلاتور جواب مناسبی نمی‌داده. در حین درد از بیمار EKG به عمل آمده که تغییرات T در لیدهای تحتانی الکتروکار - دیوگرام مشاهده شده است. بیمار در سال ۶۶ به طور ناگهانی دچار درد جلوی قلبی همراه با درد ناحیه هیپوکندر است شد که با تب - لرز وزردی و تغییرات T در EKG همراه بود، بیمار با تشخیص کله سیستیت حاد تحت مداوای طبی قرار گرفت و پس از درمان تغییرات T از بین رفت. توضیح اینکه بیمار قبل از اینکه دچار کله‌سیستیت حاد شود در اطریش از ایشان تست ورزشی به عمل آمده

الف- ابتدا از تست ورزشی استفاده ه شود
 ب- در صورت داشتن امکانات کافی از آنژیوگرافی استفاده شود
 ۳- پس از رد بیماری کرونر پزشك با دید وسیعتری به فکر بیمارهای غیر قلبی از جمله بیماریهای احشاء (سنگ کیسه صفرا- پانکراتیت مزمن - کله سیستیت مزمن) که می توانند تغییرات ST-T در الکتروکاردیوگرام ایجاد کنند باشد .
 زیرا توجه نکردن به بیماریهای احشاء ممکن است عوارض ناگواری از نظر جانی و مالی در آیند ه به بار آورد .
 ۴- جهت تشخیص و اثبات دردهای جلوی قلبی در اثـــ بیمارهای احشاء همراه با تغییرات ECG باید از بیمار سونوگرافی کیسه صفرا و رادیوگرافی معده ه
 اثنی عشر به عمل آید تا به علت عدم تشخیص در رابطه بیماری فوق از عوارض مصرف بی جهت داروهای قلبی و کله سیستیت و پانکراتیت حاد برکافی بیمار را جلوگیری به عمل آید .

۳- ایجاد درد بستگی به فعالیت ندارد یعنی در حالت استراحت هم ایجاد می شود و شبیه آنژین Prinzmetal است که در حین درد تغییرات ST-T در الکتروکاردیو-گرام ایجاد می شود و پس از اتمام درد تغییــــــــــــــــرات الکتروکاردیوگرام از بین می رود الکتروکاردیوگرام در حـــــــــد نرمال خواهد شد .
 ۴- درد حاصل در زمینه بیماری فوق به T.N.G جواب مثبت نمی دهد .
 ۵- درد حاصل در زمینه بیماری فوق به وازود یلاتور و کلسیم بلوکر پاسخ مناسبی نمی دهد .
 ۶- از بیمار ان مبتلا به سنگ کیسه صفرا در زمان بد ون درد ، الکتروکاردیوگرام به عمل آمد ه که نتیجه آن نرمال و پس از عمل جراحی EKG مجدد که به عمل آمد، تغییرات ST-T در بعضی از لید ها الکتروکاردیوگرام مشاهده شد که نشان می دهد حتی دستکاری به کیسه صفرا باعث تغییرات ST-T و ایجاد فنومن ویدنسکی می شود .
 ۷- پس از گذشت ماهها از عمل جراحی سنگ کیسه صفرا و درمان زخم اثنی عشر، بیمار ان از درد جلوی قلبی شکایتی نداشته و تغییرات EKG نیز پیدا نکرد ه که همگی دال بر تاثیر فنومن مطرح شده می باشد .

پیشنهاد RECOMMENDATION

- وقتی بیماری با درد جلوی قلبی همراه با تغییرات ST-T در لید های الکتروکاردیوگرام مراجعه می کند .
- در ابتدا باید به فکر بیماری کرونری باشیم .
- جهت رد بیماری کرونری قلب اقداماتی به صورت زیر انجام شود :

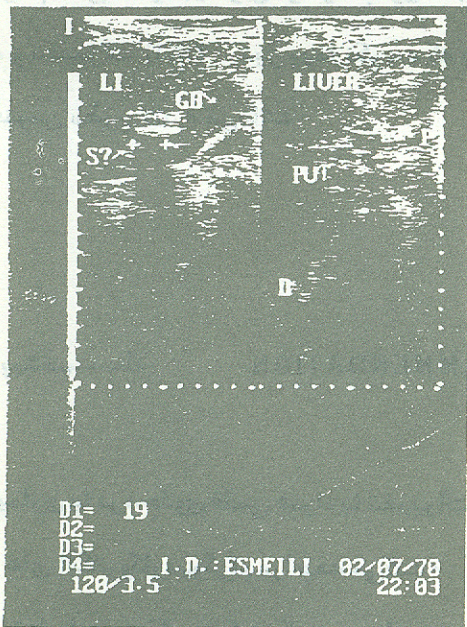


ش ۲

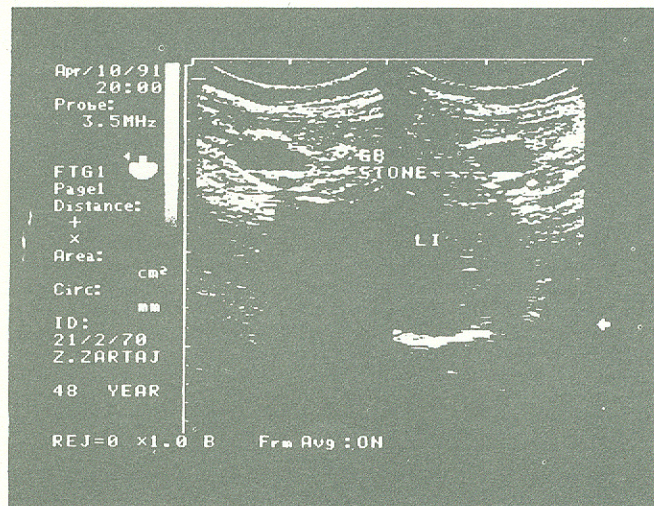
ش (۱)

شبکه‌های عصبی قلب

ش ۱



ش ۴



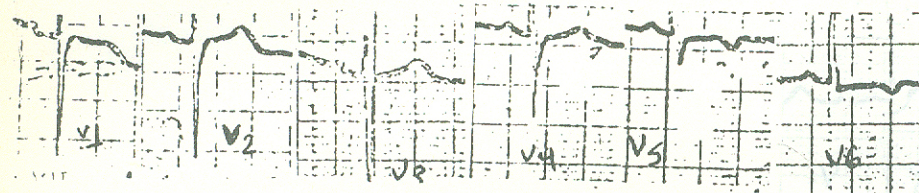
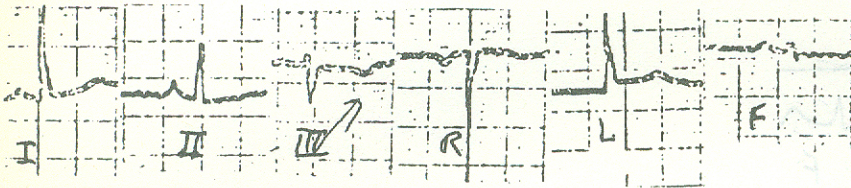
ش ۳

"بیمار اول"

مربوط به بیماری است که در حین درد از بیمار الکترودیوگرافی انجام گرفته . بیمار به علت درد مراجعه کرده و EKG

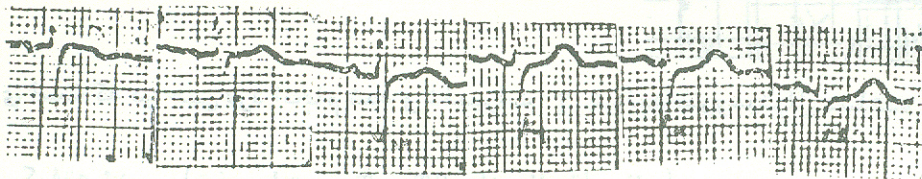
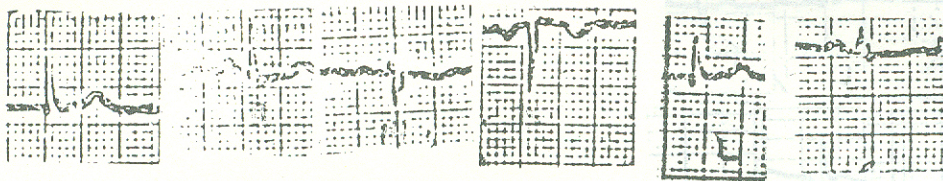
۶۹/۱۱/۱۷

انجام شده تغییرات ST - T را از $V_1 - V_6$ نشان میدهد .



EKG بیمار که یک هفته پس از عمل جراحی انجام شده تغییرات T که پس از عمل جراحی داشته از بین رفته و در حد

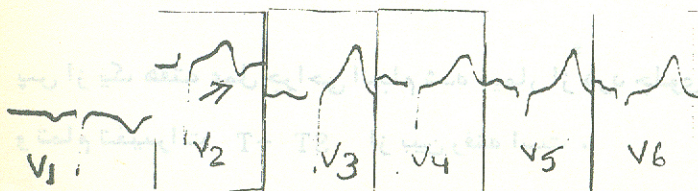
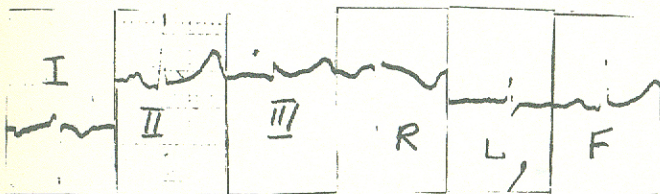
نرمال می باشد .



۶۹/۱۱/۱۲

بیمار دوم (ش ۱)

EKG قبل از تشخیص و درمان



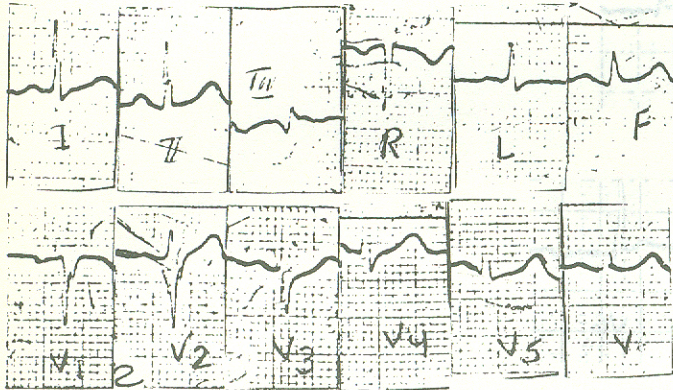
در حین درد

۷۰/۱/۲۴

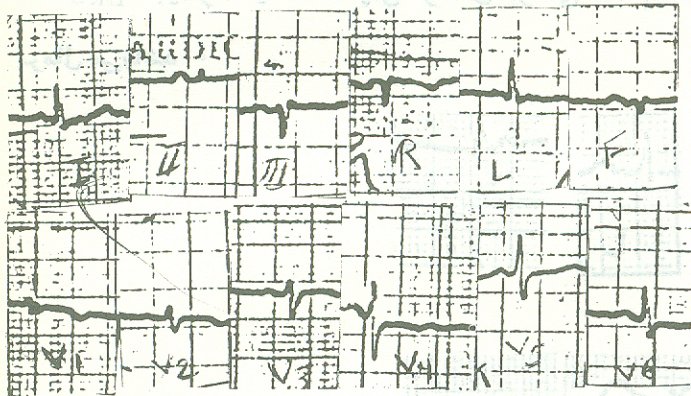
ش (۲)

بیمار دوم:

EKG پس از درمان با سایمیدین و انتی اسید که تغییرات T در لیدهای $V_1 - V_2$ از بین رفته است



بیمار سوم



EKG بیماری است که در حین درد انجام شده و تغییرات T در لیدانتروسپترال مشاهده میشود. این نوار قبل از

عمل جراحی گرفته شد. (تغییرات ST-T از V_1 تا V_4)

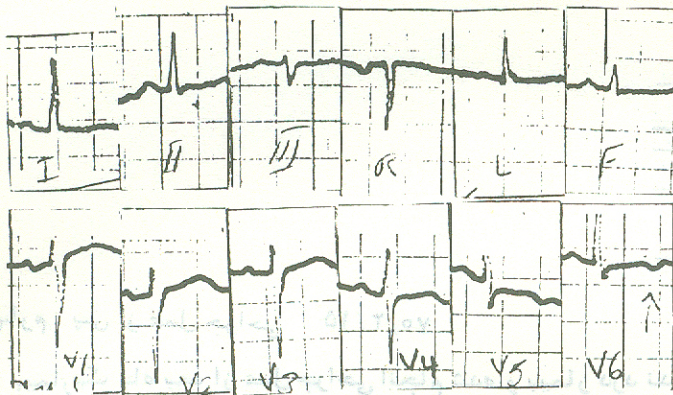


پس از یک هفته عمل جراحی انجام شده بیمار از درد جلوی قلبی شکایت نداشته است.

و تمام تغییرات ST-T از بین رفته است.

بیمار چهارم : قبل از عمل جراحی و در حین درد

ش (۱)



بیمار چهارم

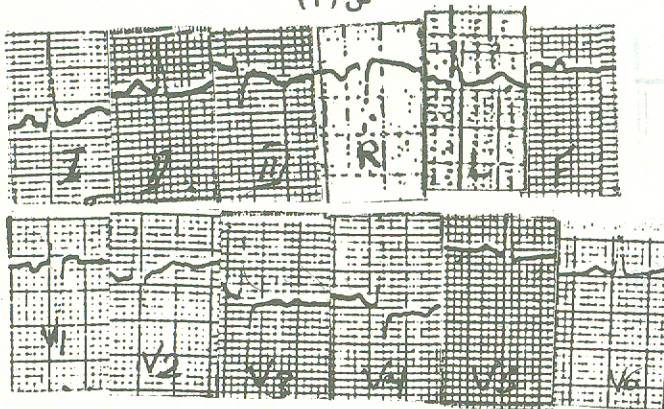
ش (۲)



نوار قلب بیماری است که بلافاصله بعد از عمل انجام گرفته که تغییرات ST-T در لیدهای آنتریور مشاهده میشود.

بیمار چهارم

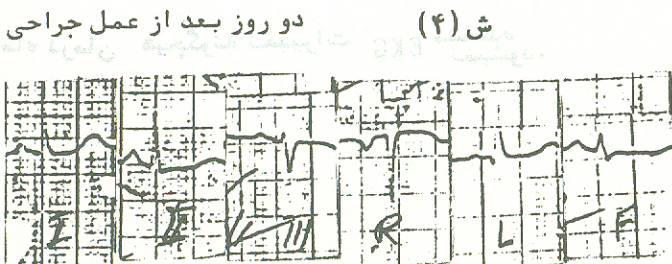
ش (۳)

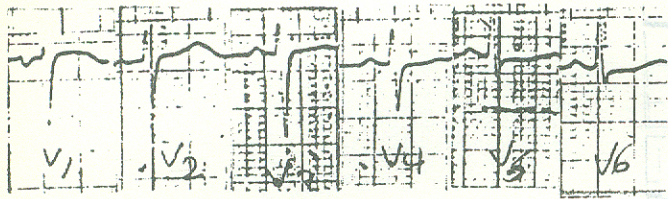


نوار انجام شده ۱۲ ساعت پس از عمل جراحی انجام گرفته که عمل T منفی کاهش یافته

بیمار چهارم

ش (۴)

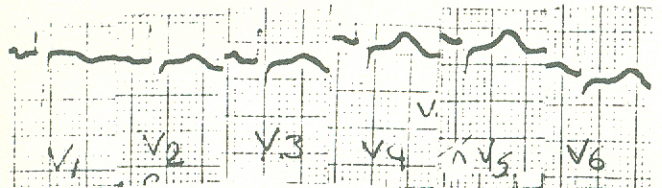
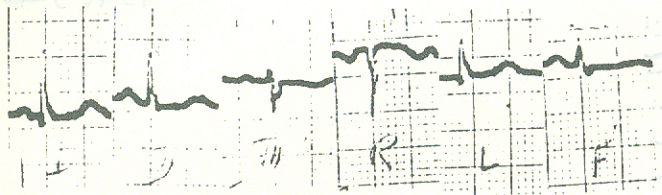




ش (۵)

بیمار چهارم پس از عمل جراحی ۷۰/۳/۱۵

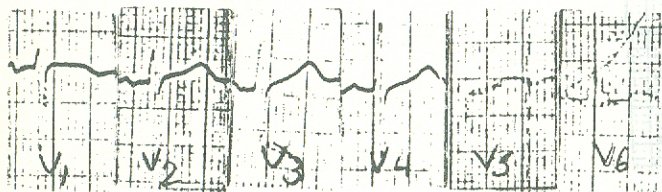
EKG بیمار یک ماه بعد از عمل جراحی انجام شده و بیمار درد نداشته و تغییرات EKG وجود ندارد.



ش (۶)

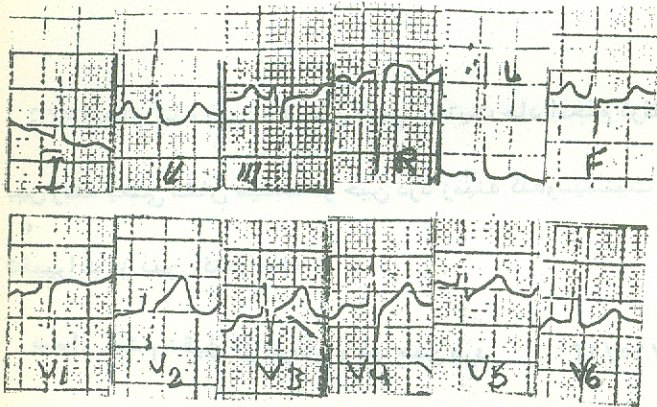
بیمار چهارم ۷۰/۵/۲۶

بیمار چهارم



پس از چند ماه درمان هیچگونه تغییرات EKG مشاهده نمیشود.

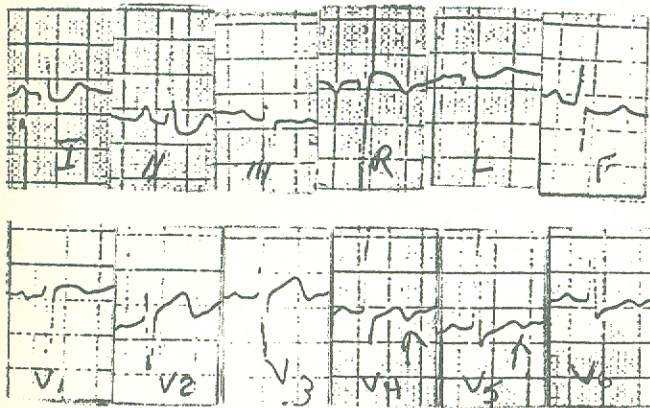
ش (۱)



بیمار پنجم در تاریخ ۵۹/۴/۱۲ بطور ناگهانی از درد جلوی قلبی شکایت داشته و EKG انجام شده تغییرات ST-T

در لیدهای تحتانی (III+aVF+V5) مشاهده میشود

ش (۲)



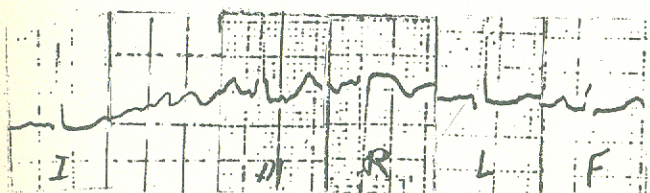
"بیمار مورد پنجم در حین درد ۶۶/۷/۲۰"

در سال ۶۶ که بطور ناگهانی از درد جلوی قلبی همراه با ایکنتر درد هیپوکندر راست و تب و لرز مراجعه کرده با تشخیص

کله‌سیستیت حاد در بخش جراحی بستری شد و تحت درمان قرار گرفته و تغییرات ST-T در لیدهای V1 تا V5

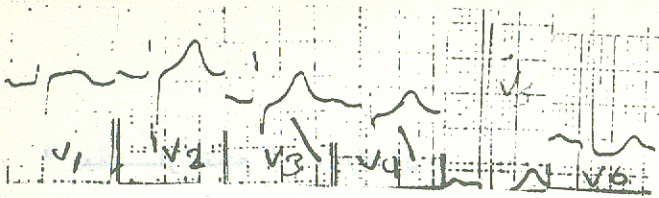
مشاهده میشود.

ش (۳)



۶۶/۸/۱۰

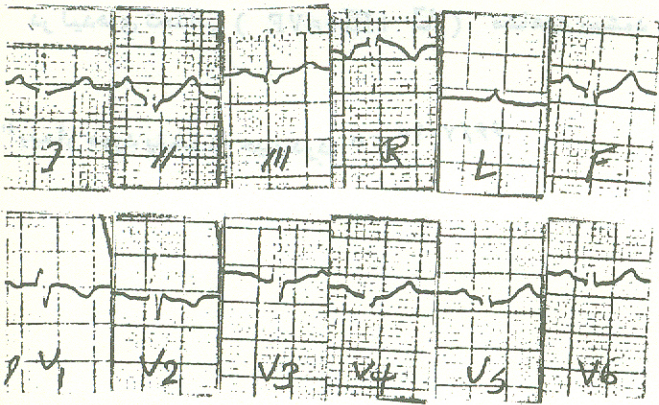
بیمار پنجم شروع درد



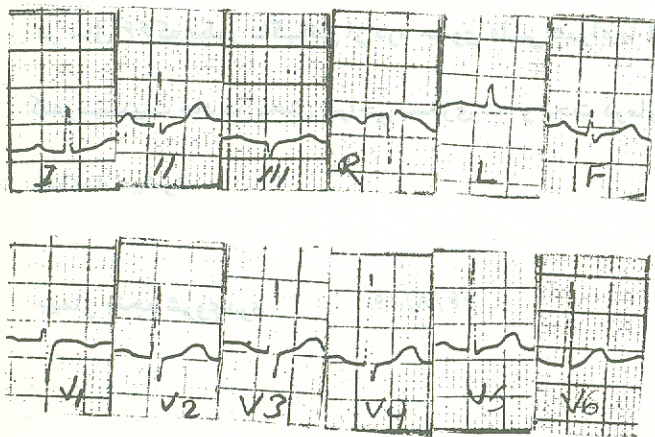
EKG انجام شده پس از درمان کله‌وسیستیت حاد انجام گرفته (تاریخ ۶۶/۸/۱۰) تغییرات T در لیدهای آنتریور از بین رفته یعنی نشان میدهد در حین درد زمینه کله‌وسیستیت حاد تغییرات EKG ایجاد میشود و پس از درمان کله‌وسیستیت تغییرات از بین رفته است .

بیمار ششم : قبل از درمان و در حین درد ۶۹/۱۰/۱۴

T-T2 تا ایستگاه همد و ایستگاه T23 و همداه تنبالتی نموده در حین درد با رانیتدین و آنتی اسید



ش (۲)



بیمار ششم : پس از درمان با رانیتدین و آنتی اسید

SUMMARY

REPORT OF 6 CASES WITH ELECTROCARDIOGRAPHIC ST- T CHANGES DURING CHEST PAIN INDUCED BY UPPER ABDOMINAL DISORDERS.

DR. AUOOSH BARZIGAR ; CHIEF CARDIOLOGIST GIULAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES . RASHT . IRAN .

6 Cases of precordial pain caused by upper Abdominal Problems including gall stones, Acute cholecystitis , Acute pancreatitiy and Duodenal ulcer are being reported in this article. 4 males (Two with cholecystitis , one with gall stonest Duodenal ulcer and one case with Duodenal ulcer alone) and two female patients of cholelithiasis with chronic cholecystitis are included in this Case report .

All these Patients had sT - T changes in their Electrocardiogram during chest pain, while coronary Artery disease was excluded later on . In these cases chest Pain was prolouged more than half an hour without any response to Nitrate or Calcium Bloeker .

After treatment of Duodenal ulcer or after Gall bladder Surgery ST - T Pattern of their EKG became normal and the Patients are sympton tree without any Chest Pain for a long time.

* ماخذ از : دکتر منوچهر قارونی

فصل ۳ سال ۱۳۶۸ ، چاپ دوم از کتاب بیماریهای ایسمیک قلب (I.H.D) صفحه ۱۱۰

REFERENCES

- 1/ Hurst : the Heart , 1990 , p982 , 984 , 990 , 993 .
- 2/ Gray : Method of Anatomy , 1989 , p110 .
- 3/ Braunwald : Heart Diseases , 1988 , p6 .
- 4/ American Journal of cardiology of Ventricular dysrhythmia July , 1984 .
- 5/ Harrison's : Internal Medicine , International edition , 1991 . 12 th Edition , VI , part 6 (Ischemic Heart disease , PP 964 - 71 .