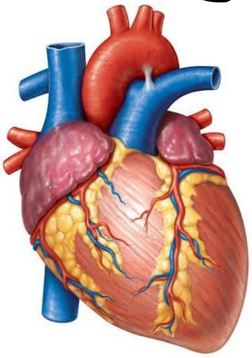
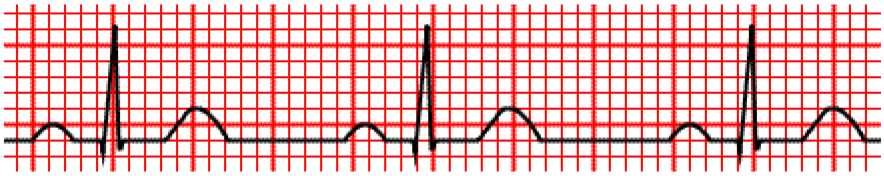
د زړه اسانه برېښنايي ګراف





لکچر نوټ

Easy ECG Lecture Note

استاد: دوکتور معراج محمد خالد

ترتیب کوونکي: کفایت الله اماني

همکار نعمت الله اخندزاده

Ketabton.com

1399/2021

0784 59 75 49

DR. NIAMAT ULLAH

DR. AMANI

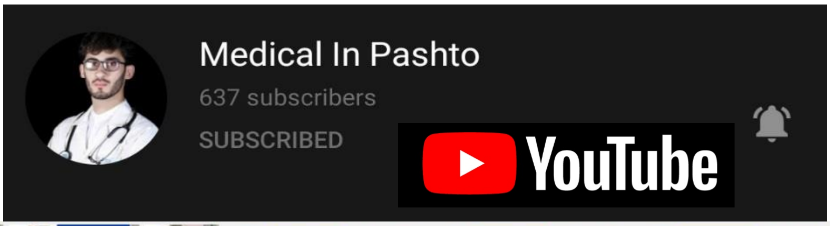
(c) ketabton.com: The Digital Library

فهرست:

1. د زړه لنډه اناټومو فزیولوژي. ١
2. د زړه نارمل بریښنایي ګراف. ٨
3. د زړه اسکیمیک ناروغی. ٣٣
4. د زړه بي نظمي ګاني. ۴۴
5. د زړه د جوفونو لویوالي او غټوالي. ٧١
6. د الکترولایتونو تشوشات. ٧۶
7. د درملو تاثیرات په ECG کي. ٨٠
8. په یوشمیر سیستمیکو ناروغیو کي د ECG تغیرات. ٨۴
9. مخففات. ٩٣
10. INDEX. ٩٧

د زړه بریښنایي ګراف (۲۲) پښتو ویډیوي لکچرونه په لاندي یوټیوب چینل کي موندلي شئ:

www.Youtube.com/MedicalInPashto



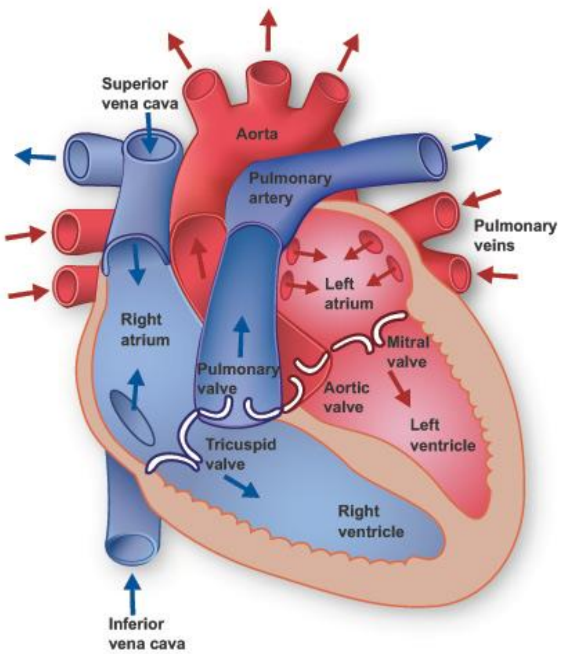
(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه بریښنايي ګراف

Electrocardiography

د زړه لنډه اناټوموفزیولوژي:

زړه مخروط ته ورته یوه مجوفه عضلي عضوه ده، چې بدن ته د ويني د پمپ کولو وظيفه په غاړه لري. زړه په سينه کې د Sternum هډوکي شاته د Vertebral column مخې ته د دواړو سږو ترمنځ موقعیت لري. د زړه جسامت په مختلفو خلکو کې فرق کوي خو اټکلآ د هر انسان زړه د هغې د خپل موټې په اندازه وي او اوسط وزن يې 275-340gr پورې دي.

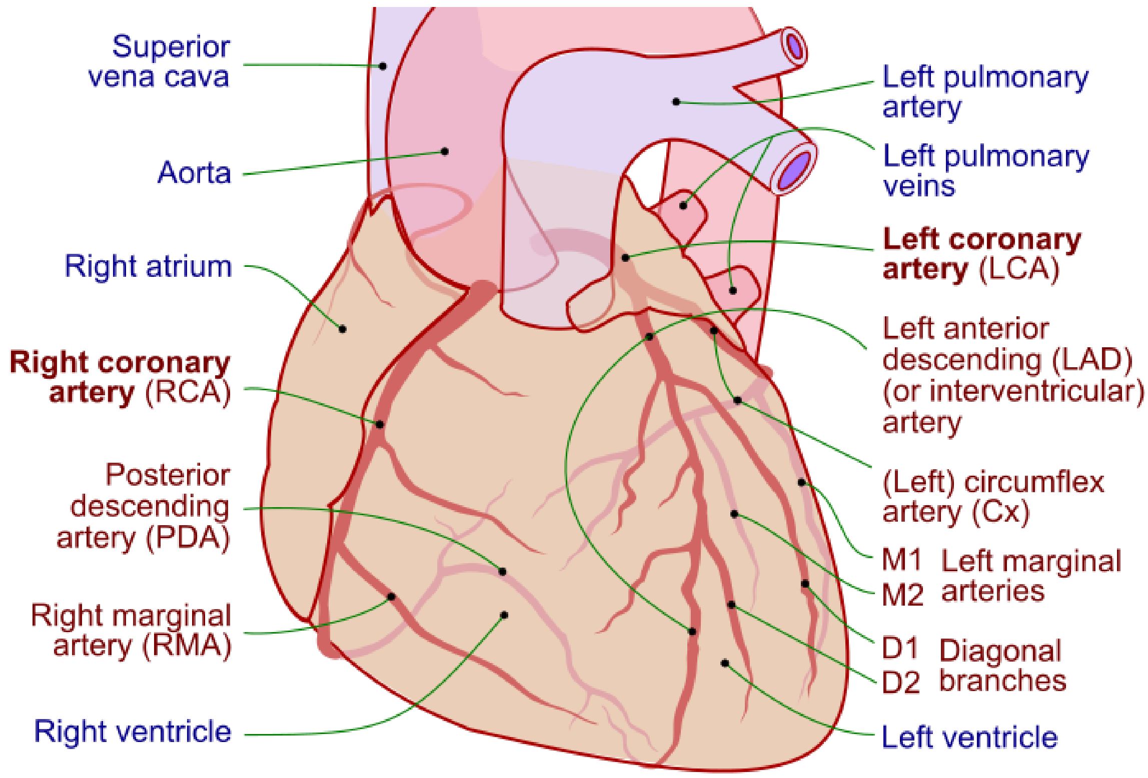


زړه څلور جوفونه لري، چې دوه يې اذينات يا Atria (ښي او چپ) او دوه يې بطينات يا Ventricles (ښي او چپ) دي. وینه د S.V.C (superior vena cava) او I.V.C (inferior vena cava) په واسطه د زړه ښي اذين ته او له دې ځايه د Tricuspid valve په واسطه ښي بطين ته ځي، له ښي بطين څخه دغه Deoxygenated (ناپاکه) وينه د Pulmonary valve په واسطه Pulmonary trunk ته، بيا Pulmonary arteries ته او بلاخره په سږو کې د Alveoli ګردچاپيره Capillary ته ځي چې هلته د Alveolo Capillary membrane له لارې د اکسيجن او کاربن ډای اکسايد تبادله صورت نيسي او وينه سور رنګ

(c) ketabton.com: The Digital Library

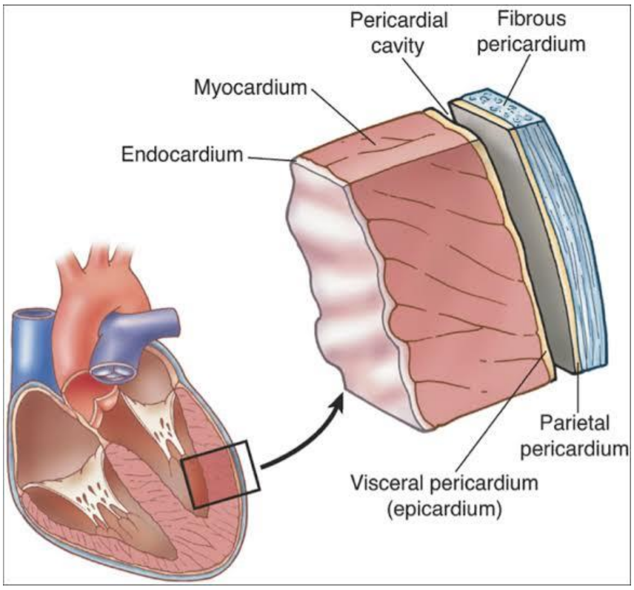
اخلي يعني Oxygenated كيږي. هر Hb ماليكول د ځانه سره څلور ماليكوله O_2 انتقالوي، دغه وينه بيا د څلورو Pulmonary veins په واسطه د زړه چپ اذين ته ځي او له دي ځايه بيا د Mitral valve په واسطه چپ بطين ته ځي او لدي ځايه څخه د Aortic valve په واسطه Aorta ته ځي، چي Aorta دري برخي لري:

1. Ascending aorta
2. Aortic arch:
   1) Barchio cephalic artery
   2) Left common carotid artery
   3) Left sub clavian artery
3. Descending aorta



(c) ketabton.com: The Digital Library

زړه د خارج څخه داخل طرف ته دریو طبقو څخه جوړ شوي دي:



1. Epicardium
2. Myocardium
3. Endocardium

:Pericardium

دا دوه طبقي لري:

1. Visceral layer
2. Parietal layer

د پورته دواړو طبقو ترمنځ Pericardial مايع وجود لري.

د زړه والونه:

1. :Atrioventricular valves

1) Tricuspid valve: دا وال د ښي اذين او ښي بطين ترمنځ موقيعت لري.

2) Mitral valve: دا وال د چپ اذين او چپ بطين ترمنځ قرار لري.

2. :Semilunar valve

1) Aortic valve: دا وال د چپ بطين او د ابهر شريان ترمنځ قرار لري.

2) Pulmonary valve: دا د ښي بطين او د Pulmonary trunk ترمنځ قرار لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په زړه کي درې ډوله حجرات شتون لري:

1. Pacemaker cells: چي دا د زړه د برقي منبع حجرات دي.
2. Electrical Conducting cells: دا د زړه Hard wiring جوړوي.
3. Myocardial cells: دا د زړه تقلصي حجرات دي.

زړه ته د ويني دوران (Coronary circulation):

Coronary artery د Ascending aorta د خلفي قسمت څخه د فوهي په شکل چي Coronary ostium نوميږي منشاء اخلي او په دوه برخو ويشل کيږي:

A. Right coronary artery يا ښي اکليلي شريان:

ښي اکليلي شريان لاندي برخو ته Blood supply ورکوي:

I. Right atrium يا ښي اذين ته
II. Right ventricle يا ښي بطين ته
III. Post and Inf Surface of the LV يا د چپ بطين ښکتني او شاتني مخونو ته
IV. په 60% خلکو کي SA node ته
V. په 90% کي His bundle او AV node ته
VI. 1/3 خلفي برخه د Interventricular septum اروا کوي

B. Left coronary artery يا چپ اکليلي شريان:

چپ اکليلي شريان په دوه برخو ويشل شوي دي:

1) Left anterior descending artery: دا لاندي برخو ته Blood supply ورکوي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

I. Anterior wall of the LV يا د چپ بطين قدامي جدار ته

II. Interventricular septum 2/3 يا د دواړو بطيناتو ترمنځ پردې 2/3 برخې ته

III. Right bundle branch يا د ښي بنډل څانګې ته

IV. Left ant Facicle of the LBB

2) Left circumflex artery: دا لاندې برخو ته Blood supply ورکوي:

I. Lateral wall of the LV يا د چپ بطين وحشي جدار ته

II. Left Atrium يا چپ اذين ته

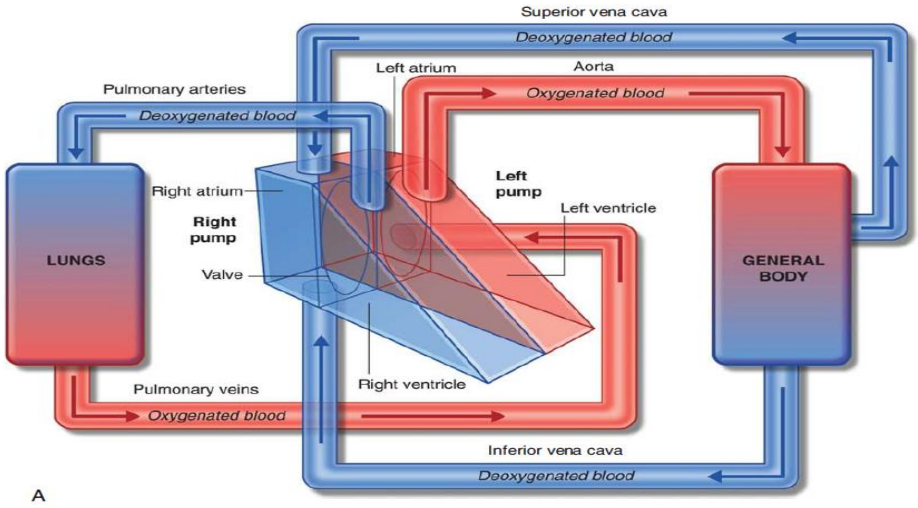
III. په 40% خلکو کې SA node ته

IV. Left Post Fascicle of the LBB

V. او په 10% خلکو کې AV node ته

د زړه وريدونه (Veins of the Heart):

د زړه وريدي وينه د زړه د وريدونو په واسطه (لکه د بدن د نورو برخو په شان) له شعريه عروقو څخه راټولېږي، دغه وريدونه يو غټ رګ جوړوي چې د Coronary sinus په نوم يادېږي او ښي اذين ته تخليه کېږي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

نوټ:

هغه رګونه چي زړه ته وينه راوړي هغي ته وريدونه وايي او هغه رګونه چي د زړه څخه وينه وړي هغي ته شريانونه وايي.

د زړه تعصيب (Innervations of the Heart):

زړه د Autonomic يا خودکاره عصبي سيستم په واسطه تعصيب شوي دي، چي سمپاتيک او پاراسمپاتيک برخي لري. سمپاتيک الياف يي د زړه ټولي برخي تعصيبوي خو پارا سمپاتيک يي يواځي SA node او AV node تعصيبوي. که سمپاتيک اعصاب تنبه شي نو Nor Adrenaline افرازيږي او دا د SA node څخه د Impulse Discharge يا د سيالو خارجيدل زياتوي، چي په نتيجه کي HR يا د زړه ضربان زياتيږي Tachycardia پيدا کيږي. خو که چيري پاراسمپاتيک اعصاب تنبه شي نو Acetyl choline افرازيږي او دا د SA node څخه د سيالو خارجيدل کموي او په نتيجه کي د زړه ضربان کميږي Bradycardia منځته راځي.

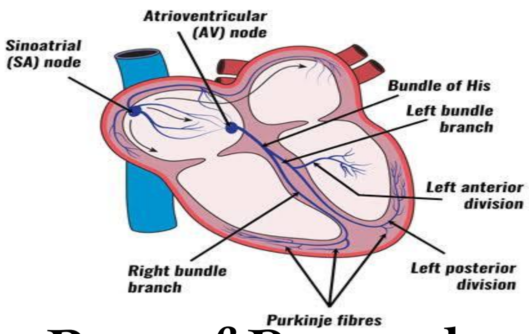
د زړه انتقالي سيستم (Conducting system of the Heart):

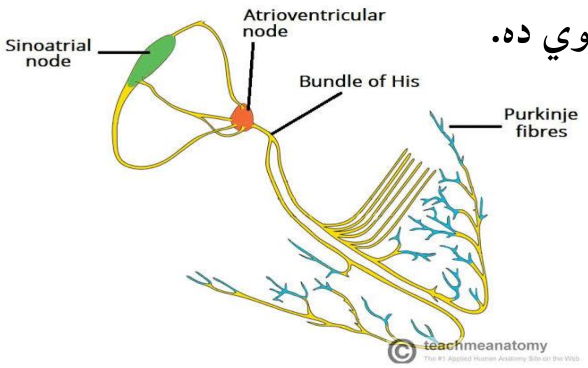
په دې سيستم کي پنځه ډوله انساج موجود دي:

1. SA node
2. AV node
3. Bundle of His
4. Right Bundle Branch and Left Bundle Branch
5. Purkinje fibers

(c) ketabton.com: The Digital Library

سياله په خپل سر په SA node کې توليدېږي او لومړي Right atrium او بيا Left atrium ډيپولارايز (Depolarize) کوي، له دې وروسته د Inter nodal pathway له لارې AV node ته ځي، چې دلته سياله د 0,1 sec لپاره ايسارېږي (Slow کيږي) او له دې وروسته د bundle of His په واسطه RBB او LBB او بلاخره Purkinje fiber ته انتقالیږي او د بطيناتو د Depolarization سبب کيږي. د زړه هره برخه کولای شي چې سياله توليد کړي خو SA node له نورو برخو قوي ده.





Rate of Pacemakers:

1	SA Node	60-100 bpm
2	Atrial cells	55-60 bpm
3	AV Node	55-60 bpm
4	Bundle of His	45-50 bpm
5	Bundle Branch	40-45 bpm
6	Purkinje fibers	35-40 bpm
7	Myocardial cells	30-35 bpm

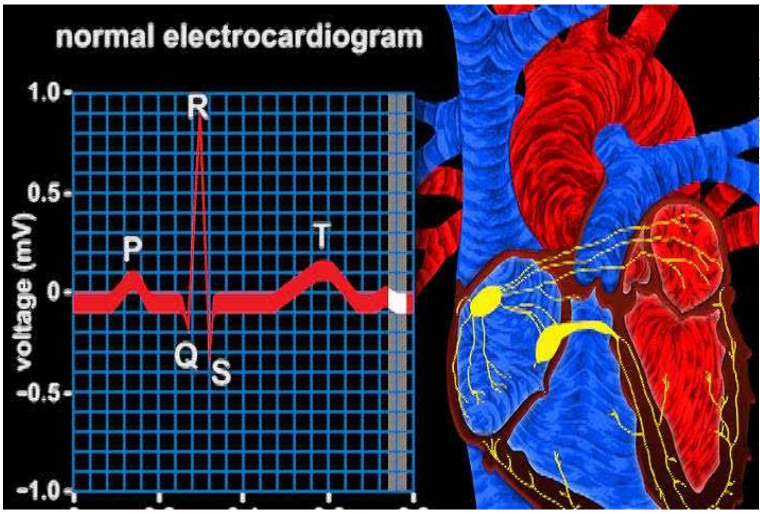
(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه نارمل بریښنایي ګراف

Normal Electrocardiography

Electrocardiography هغه عملیه ده چي د زړه برقي جریانونه ثبتوي، هغه ګراف چي لاس ته راځي د Electrocardiograph په نوم یادیږي او هغه کاغذ چي د هغي پرمخ ګراف رسمیږي د Electrocardiogram په نوم یادیږي.

Electrode: یوه حس کوونکي اله ده چي هغه برقي فعالیت راخلي کوم چي ورلاندي سرته رسیږي.



د ECG استطبابات:

1. اذیني او بطیني غټیدنه (Atrial & Ventricular Hypertrophy)
2. د زړه احتشاء (Myocardial Infarction)
3. د زړه بي نظمي ګاني (Arrhythmias)
4. Conduction disturbances
5. Pericarditis

(c) ketabton.com: The Digital Library

6. هغه سيستميکي ناروغي کومې چي په زړه باندي تاثير لري.
7. Drugs effects on the heart په زړه د دواګانو تاثيرات لکه Digoxin او Quinidine.
8. د الکترولايتونو ګډوډيو معلومول.
9. Detection of Various cardiac procedure like (Angiography, CABG)
10. Hospital Admission
11. Pre-Operative care

د ECG لوستل:

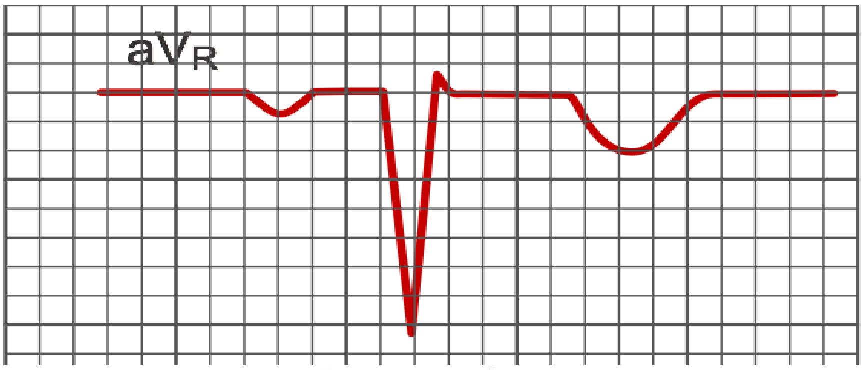
لاندي شيان بايد په نظر کي ونيسو:

1. د ECG په لوستنه کي ترټولو لومړي بايد د AVR ليډ وګورو چي هميشه منفي وي. که چيري دغه AVR ليډ مثبت وي نو د ECG په اخيستلو کي به غلطي شوي وي او يا به Dexctrocardia موجوده وي ځکه دغه ليډ په Dextrocardia کي مثبت وي.

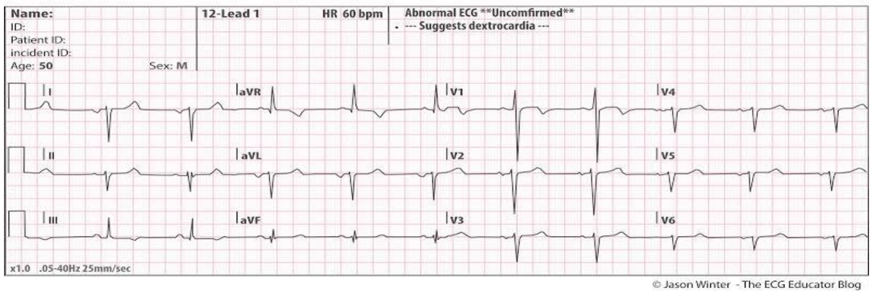
د Dextrocardia او غلطي ECG ترمنځ فرق داسي کوو چي د V3- V4- V5- V6 ليډونه ګورو، که چيرته په دې ليډونو کي Voltage کم وي نو Dextrocardia ده او که چيرته په دې ليډونو کي Voltage نارمل وي نو ليډونه به غلط تړل شوي وي.

کله چي AVR مثبت شي نو I ليډ او AVL منفي کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



Dextrocardia

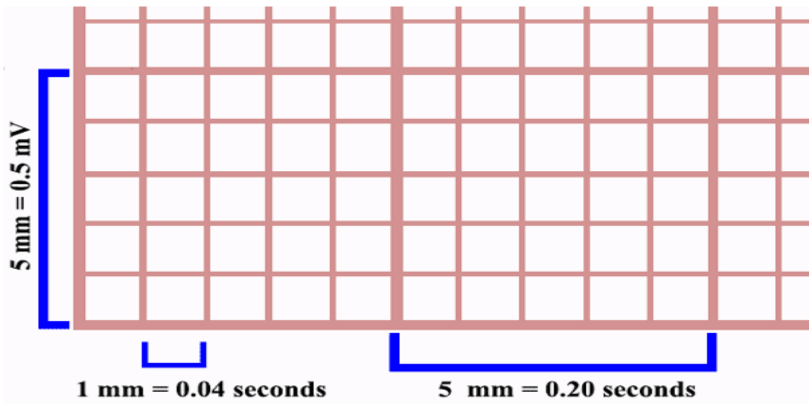


2. Check the Standardization and Quality of the ECG (د ECG معیاري توب او کوالټي وکتل شي)

ستنډرډ ECG دوه خصوصیات لري:

1) Speed به یې 25mm/sec وي. که Speed زیات شي نو Bradycardia راښایي خو که کم شي Tachycardia راښایي.

2) Voltage به یې 10mm/mv وي. که Voltage زیات شي نو QRS به ډیر لوړ وي خو که کم شي نو وړوکي QRS به راښایي.



3. Analyze the Rhythm (د زړه ریتم باید وکتل شي)

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. Calculate HR (د زړه ضربان شمارو)
5. Check the PR Interval (د PR فاصلي وګورو)
6. Check the P wave size (د P څپې اندازه وګورو)
7. Check the QRS width (د QRS پراخوالي وګورو)
8. QT interval فاصله وګورو چي د الکترولایتونو په Imbalance او د دواګانو په تسمم کي پکي تغیرات منځته راځي.
9. QRS Axis ګورو.
10. QRS Voltage ګورو.
11. په Chest leads کي R wave Progression ګورو.
12. Abnormal Q wave ګورو. په عادي حالت کي نه لیدل کیږي او یا ډیره کوچني وي، کله چي یي اندازه د R 1/3 اندازي څخه زیاته شي نو پتالوژیک ده او په نکروزس دلالت کوي.
13. ST segment Abnormalities ګورو. لوړوالي او ژوروالي دواړه یي ډیر خراب دي خو لوړوالي یي ډیر خراب انزار لري دغه ناروغان VF او VT ته ځي.
14. T wave Abnormalities: که چیرته سرچپه وي نو دا هم ډیره خطرناکه ده.
15. U wave: کله کله لیدل کیږي کله نارمل وي او کله کله غیري نورمال وي. که چیرته T wave لوړه وي وي او U wave موجوده وي خو وړه وي نو نارمل ده خو که چیري T wave همواره یا ژوره وي او U wave موجوده وي نو په Hypokalemia دلالت کوي.

نو په پورته ډول سره د ECG کاغذ Step by step مطالعه او لوستل کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ECG Paper (د ECG كاغذ)

د ECG كاغذ دوه ډوله خطونه لري:

1. Thick line: دا غټه مربع راښايي چي 5mm لوړوالي او 5mm عرض لري.
2. Thin line: دا کوچنې مربع ګاني راښايي چي 1mm لوړوالي او 1mm عرض لري، لوړوالي موږ ته voltage راښايي او په MV اندازه کيږي.

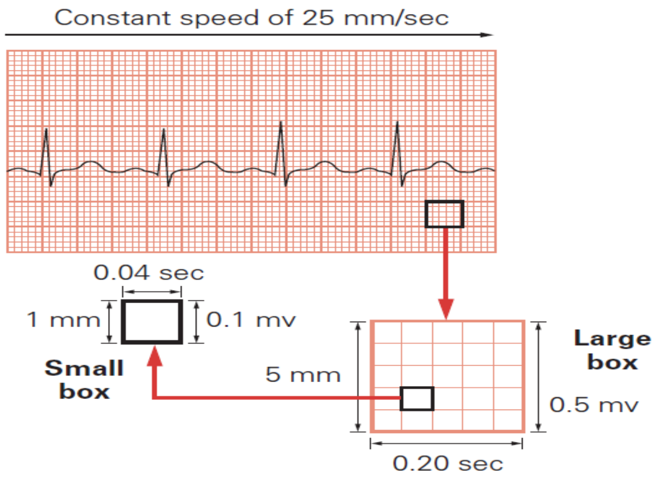
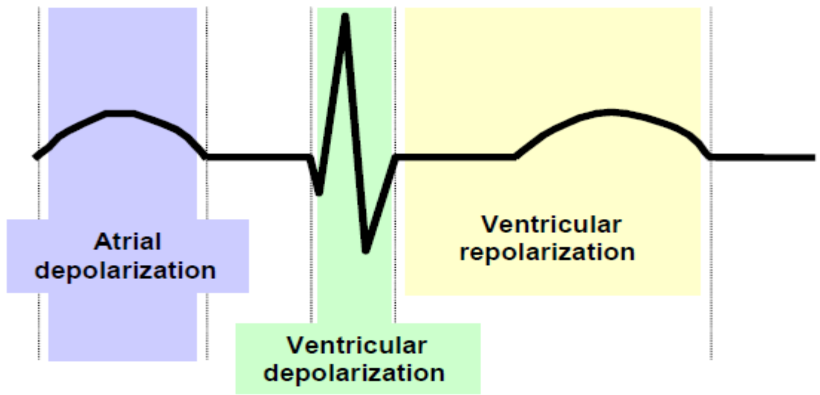


Figure 2.12 ■ ECG graph paper values.

- 1sec = 25m
- 1sec = 25 small square
- 1sec = 5 big square
- 1 small square = 0,04 sec
- 1 big square = 0,2 sec

موجې (Waves):

- P wave __________ (Atrial Depolarization)
- QRS wave __________ (Ventricular Depolarization)
- T wave __________ (Ventricular Repolarization)
- U wave __________ (Purkinje or papillary Repolarization)



(c) ketabton.com: The Digital Library

په نارمل ډول د حجروي غشاء دواړو خواو ته د الکترولایتونو تفاوت شته چې د استراحت په حالت کې (-90) دي. چې دا یو Polarize حالت دي. کله چې تنبې وارده شي نو په حجروي غشاء کې Na^+ voltage gated channel خلاصیږي او زیات مقدار Na^+ حجرې ته ننوځي او حجره Depolarize کیږي چې دې ته Depolarization ویل کیږي.

کله چې د چارجونو تفاوت (+10mv) ته ورسیږي نو د سوډیم چینلونه بندیږي او د K^+ او Ca^{++} چینلونه خلاصیږي چې د Ca^{++} چینلونو د خلاصیدو په سبب د Plateau صفحه منځته راځي.

د K^+ چینلونو د خلاصیدو سره چې حجره بیرته نارمل حالت ته راګرځي یعني د حجرې په داخل کې منفي چارجونه زیاتیږي نو دې حالت ته Repolarization وایي.

د موجو د رسم کیدلو میکانیزم:

- P wave ______ Atrial Depolarization
- PR segment ______ Delayed AV node (Impulse)
- Q wave ______ Interventricular septum ____ Impulse turn to right
- R wave _____ interventricular septum ____ Impulse turn to left
- ST segment ____ Between depolarization and repolarization
- T wave ____ Ventricular repolarization

کومې موجې چې له Base line څخه پورته وي مثبتې او کومې چې له دې خط څخه ښکته وي نو منفي وي. یا کله چې موجه الکترود ته نږدې کیږي مثبته او کله چې له الکترود څخه لرې کیږي نو منفي موجې رسمیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

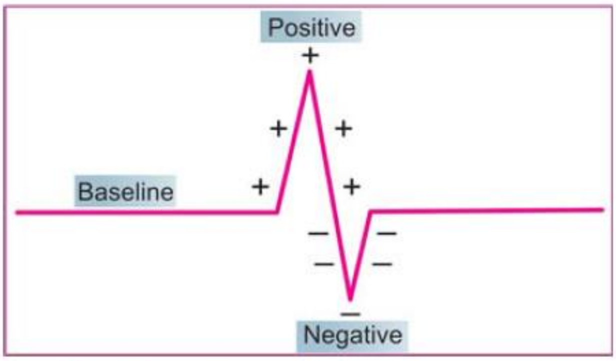


Fig. 1.1A: Direction of the deflection on ECG:
A. Above the baseline: positive deflection
B. Below the baseline: negative deflection

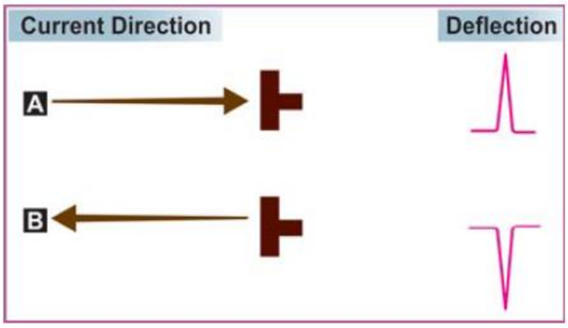


Fig. 1.1B: Effect of current direction on polarity of deflection:
A. Towards the electrode—upright deflection
B. Away from electrode—inverted deflection

Chest wall هم په ECG باندي تاثير لري نو ځکه په Obesity کي Voltage کم وي خو که چیري شخص ډنګر وي نو Voltage به لوړ وي.

P wave ځکه وړه رسمیږي چي په اذیناتو کي د سیالي مسیر عمودي وي او کم وخت نیسي خو په بطیناتو کي د سیالي مسیر عرضاني وي او ډیر وخت نیسي نو ځکه QRS غټ رسمیږي.

ځرنګه چي د T موجه د Repolarization شخه رسمیږي او بیا هم مثبته ده ددې دلیل دادې چي له یوي خوا په حجره کي منفي چارجونه بیرته زیاتیږي او له بلي خوا د موجي مسیر له ښکته شخه پورته دي یعني تر ټولو وروسته Depolarize ساحه ترټولو مخکي Repolarize کیږي.

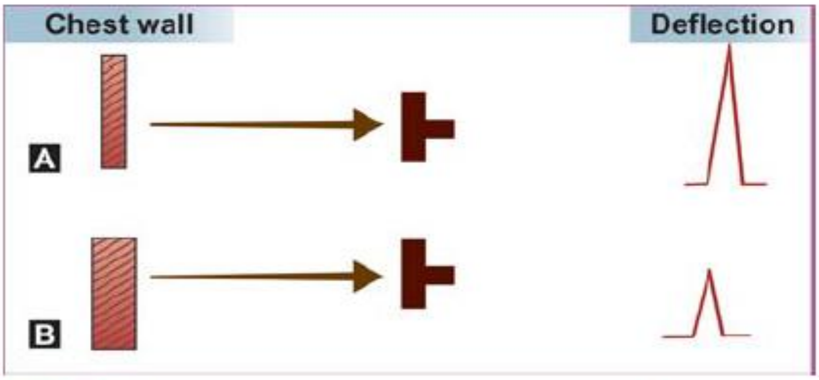


Fig. 1.3B: Effect of chest wall on magnitude of deflection:
A. Thin chest—tall deflection
B. Thick chest—small deflection

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. P موجه: دا موجه د Atrial Depolarization (د اذیناتو د ډیپولاریزیشن) ښخه رسمیږي. د P موجه لاندي خصوصیات لري:

1) د نارمل ECG لومړنی څپه د P ښخه عبارت ده.
2) موقعیت یي: د QRS complex ښخه مخکې وي.
3) Amplitude یا لوړوالي یي: 2-3mm دي.
4) Duration یا دوام یي: 0,06-0,12sec دي.
5) Configuration یا شکل یي: Upward and Round (همیشه ګرد او پورته خواته وي)
6) Deflection یا انحراف یي: په I, II, AVF, V2, V3, V4, V5, V6 لیډونو کي مثبت، په AVR کي منفي، په V1 کي Biphasic او په لیډ III او AVL کي مختلف وي.

2. QRS Complex: دا موجه د بطیناتو د Depolarization ښخه رسمیږي. چي د لاندي خصوصیاتو لرونکي ده:

1) Location یا موقعیت یي: دا موجه د PR interval ښخه وروسته یا د هغي په تعقیب رسمیږي.
2) Amplitude یا لوړوالي یي: 5-25mm پوري دي.
3) Duration یا دوام یي: 0,06-0,10sec دي.
4) Configuration یا شکل یي: په دې کي لاندي برخي شاملیږي:

I. Q موجه (First negative deflection Q wave) چي د P موجې ښخه وروسته لمړي منفي انحراف دي.
II. R موجه (Positive deflection R wave) چي د Q موجې په تعقیب لمړني مثبت انحراف دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

III. S موجه (Negative deflection S wave) چې د R موجې په تعقیب منفي انحراف دي.

دغه موجه په 1, 2, 3, AVL, V4, V5, V6 لیډونو کې مثبت، په AVR کې منفي او په V1, V2, V3 لیډونو کې مختلف ده.

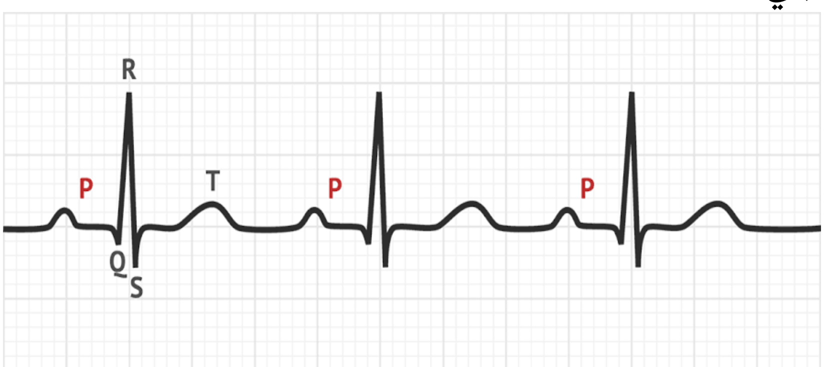
3. T wave: دا موجه د بطیناتو د Repolarization څخه رسمیږي چې لرونکي د لاندې خصوصیاتو ده:

1) Location یا موقیعت یې: دا موجه د ST segment په تعقیب منځته راځي.

2) Amplitude یا لوړوالي یې: دا موجه په I, II, III لیډونو کې تر 5mm او په صدري لیډونو کې تر 10mm پورې رسیږي.

3) Deflection یا انحراف: دا موجه په 1, 2, 3 او V3, V4, V5, V6 لیډونو کې مثبته په AVR کې منفي او په پاتې نورو لیډونو کې مختلفه رسمیږي.

4. U wave: نارمل U موجه په صحتمندو اشخاصو کې په قدامي صدري لیډونو کې لیدل کیږي، ددې د رامنځته کیدو دلیل معلوم نه دي خو داسي فکر کیږي چې د Papillary muscle د Repolarization څخه رامنځته کیږي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

: Segments and Intervals

Segments موجې (waves) نه لري خو په Intervals کې wave شاملې وي.

Segments په لاندې ډولونو ویشل شوي دي:

1. **PR segment:** (From the end of the P wave to the start of QRS complex) دا سګمنټ د P د موجې د ختم او د Q موجې تر شروع پورې ادامه لري.
2. **ST segment:** (From the end of the QRS {J point junction} to the start of T wave) دا سګمنټ د S موجې د ختم څخه د T موجې تر شروع پورې ادامه لري.
3. **TP segment:** (From the end of the T wave to the start of P wave) دا سګمنټ د T موجې د ختم او د P موجې تر شروع پورې ادامه لري.

Intervals څلور داني دي:

1. **PR interval:** (From the start of the P wave to the start of QRS complex)
دغه انټروال مونږ ته هغه وخت راښایي چې یوه سیاله پکې له اذیناتو څخه بطیناتو ته ښکته کیږي. ددې نارمل اندازه 0,12-0,20 sec پورې ده.
2. **QRS interval:** (From the start of the Q to the end of S wave)
دا موږ ته هغه وخت راښایي چې بطینات پکې Depolarize کیږي. ددې نارمل اندازه 0,06-0,10 sec پورې ده.
3. **QT interval:** (From the start of the Q to the end of the T wave) دا هغه وخت راښایي چې په هغې کې بطینات Depolarized او هم

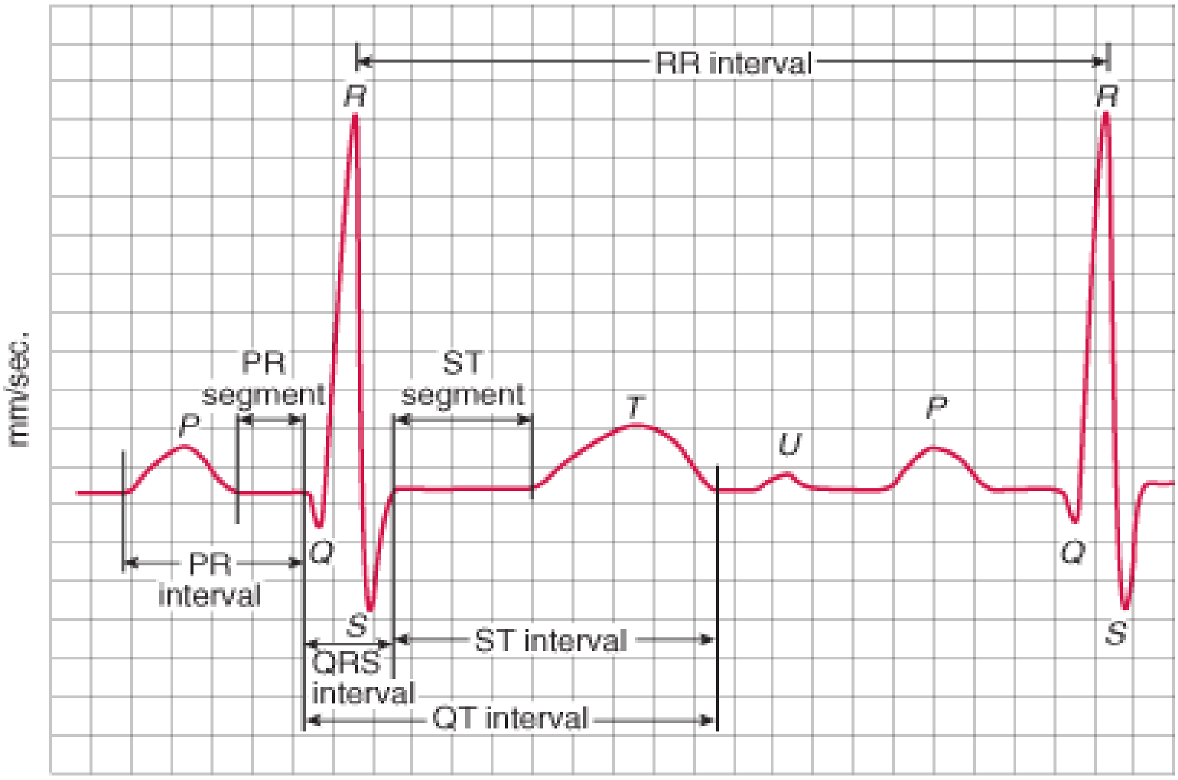
(c) ketabton.com: The Digital Library

Repolarize کیږي. ددې نارمل اندازه 0,40-0,44 sec پورې ده چې په ښځو او نرانو کې فرق کوي.

4. **PR interval:** د یو R د څوکې نه د بل R تر څوکې پورې فاصله د PR interval په نوم یادیږي چې تقریباً یو مکمل سایکل دی. ددې اندازه د 3-5 big square یا 0,6-1 sec پورې ده. دا د HR د اندازه کولو لپاره ډېر مهم دي.

د Intervals او Segments ترمنځ توپيرنه:

1. په Interval کې موجې شته خو په Segment کې موجې نشته.
2. په Interval کې Prolongation منځته راځي خو په Segment کې Elevation او Depression منځته راځي.



mm/mV 1 square = 0.04 sec/0.1mV

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ECG کې د زړه د Rate او Rhythm اندازه کول:

د نارمل ریتم لپاره پنځه شرطونه دي:

1. HR به 60-100 beats/min وي.
2. نارمل P موجه به موجوده وي.
3. نارمل QRS به موجود وي.
4. د P موجې پسې به د QRS کمپلیکس راغلي وي.
5. او د RR انټروالونه باید په ټولو لیډونو کې سره مساوي او Equal وي.

نو د HR د اندازه کولو لپاره دوه میتودونه دي:

1. کله چې Rhythm منظم او نارمل وي.
2. کله چې Rhythm غیر منظم او غیري نارمل وي.

1. کله چې Rhythm نارمل وي نو د HR اندازه ګیري بیا په دوه میتودونو ترسره کولای شو:

1) د 300 عدد د R-R موجو ترمنځ د غټو مربع ګانو په تعداد تقسیموو. مثلاً که د دوو R-R موجو ترمنځ څلور غټې مربع ګاني وي نو د زړه ضربان به مساوي شي له: (300 ÷ 4 = 75) سره. په 300 باندي یې ځکه تقسیموو چې په یوه ثانیه کې د ECG کاغذ د ماشین څخه (پنځه غټو مربع ګاني) تیریږي نو یوه دقیقه شپیته ثانیې کیږي او 60 چې په 5 کې ضرب کړو نو 300 ترې لاسته راځي. (60x5=300).

2) د 1500 عدد د دوو R-R موجو ترمنځ د وړو مربع ګانو په تعداد تقسیموو. مثلاً که د دوو R-R موجو ترمنځ شل کوچني مربع ګاني وي نو د زړه ضربان به مساوي شي له: (1500 ÷ 20 = 75) سره. چې

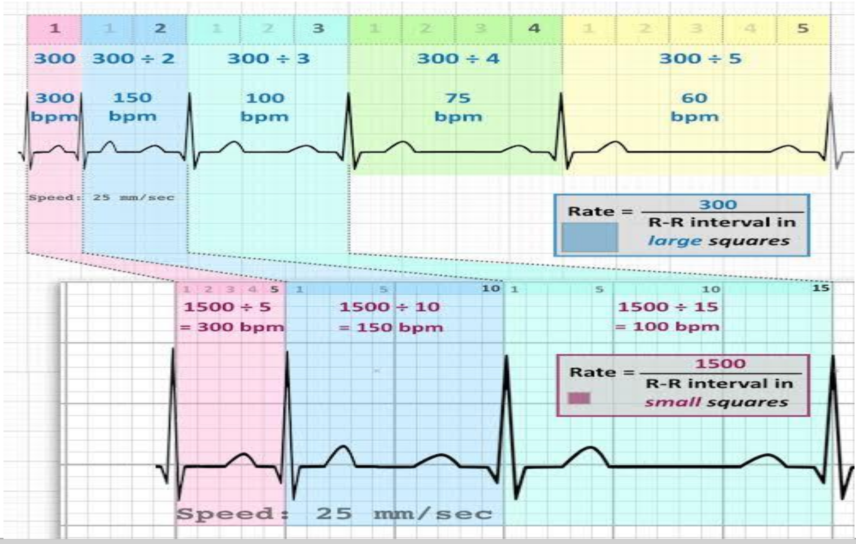
(c) ketabton.com: The Digital Library

دا ډېر دقیق میتود دي. په 1500 باندي يي ځکه تقیسموو چي په یو ثانیه کي د ECG کاغذ د ماشین څخه 25mm یا پنځه ویشت کوچني مربع ګاني تیریږي نو یوه دقیقه شپیته ثانیي کیږي او کله چي دغه پنځه ویشت په شپیتو کي ضرب کړو نو 1500 ترې لاسته راځي. (60X25=1500).

2. او کله چي Rhythm غیر منظم وي نو بیا هم د HR اندازه ګیري په دوه میتودونو ترسره کولاي شو:

1) په 15 غټو مربع ګانو کي د R موجو تعداد شمارو او په 20 کي يي ضربوو. مثلآ که په پنځلس غټو مربع ګانو کي د R موجو شمیر 5 وي نو د زړه ضربان مساوي کي له: (5x20=100) سلو سره. په شلو يي ځکه تقسیموو چي که چیري د 300 عدد په 15 باندي تقسیم کړو نو 20 ترې لاسته راځي.

2) په 30 غټو مربع ګانو کي د R موجې تعداد شمارو او په 10 کي يي ضربوو چي دا ډېر دقیق میتود دي. په II, V1 او V5 کي غوره ده چي وکتل شي. او په لسو کي يي ځکه ضربوو چي که 300 په 30 تقسیم کړو نو 10 ورڅخه لاسته راځي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

د ECG لیډونه:

په عادي حالت کي د 12 لیډونو ECG څخه استفاده کیږي، خو کله چي موږ د زړه Post wall MI ته مشکوک شو نو د 15 لیډونو ECG ته ضرورت پیدا کیږي. په لیډ کي الکترود ځاي پر ځاي شوي وي چي Sensor دي او له بدن څخه Electric activity اخلي.

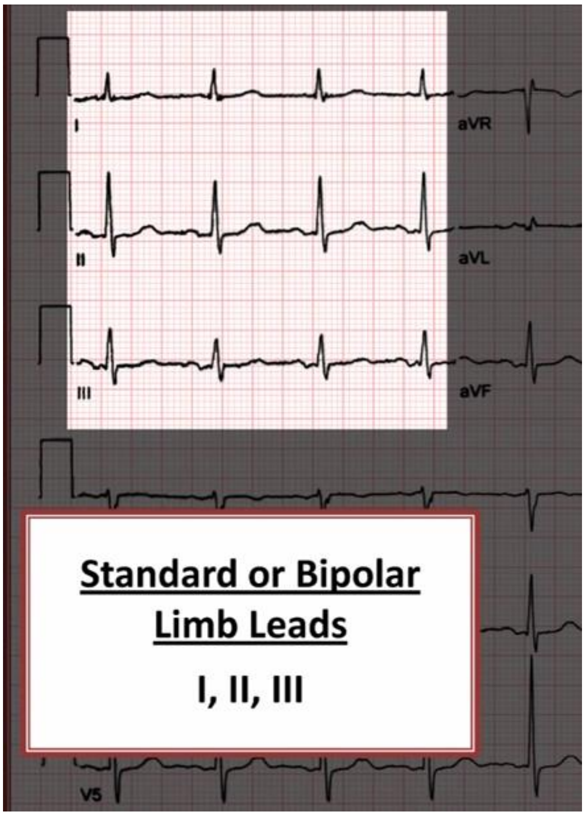
د ECG دغه 12 سټنډرډ لیډونه په دوه برخو ویشل کیږي:

1. Limb Leads یا اطرافي لیډونه
2. Chest Leads یا صدري لیډونه

1. **Limb leads یا اطرافي لیډونه:** اطرافي لیډونه بیا په دوه برخو ویشل شوي دي کوم چي په لاسونو او پښو کي تړل کیږي:

1) **Bipolar leads** یا دوه قطبي لیډونه: دي ته Standard لیډونه هم وايي، دوه الکترودونه لري، پکي I, II, III لیډونه شامل دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



- **Lead I**: څرنګه چي دا ليډ دوه قطبونه لري نو يو مثبت الکترود يي په چپ لاس او منفي الکترود يي په ښي لاس ترل کيږي او دا ځکه مثبت رسميږي چي سياله له ښي طرف څخه چپ طرف ته ځي يعني له منفي څخه مثبت ته ځي.
- **Lead II**: ددي ليډ منفي الکترود په ښي لاس او مثبت الکترود يي په چپه پښه ترل کيږي او دا ځکه مثبت رسميږي چي سياله له پورته څخه ښکته خواته ځي او يا هم له منفي څخه مثبت ته ځي.
- **Lead III**: ددي ليډ مثبت الکترود په چپه پښه او منفي الکترود يي په چپ لاس ترل کيږي او دا ځکه مثبت رسميږي چي سياله مثبت او ښکته خواته ځي.

په ښي پښه کي هم ليډ ترل کيږي خو هغه خنثیَ دي او د چارجونو د تښتيدلو څخه مخنيوي کوي او کومه Electric activity نه راښايي.

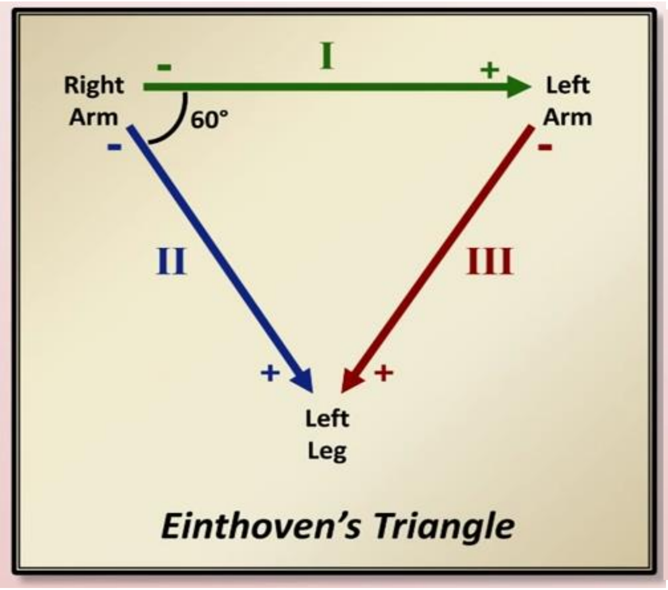
ددي پورته دريِ واړو مثلثونو د رابطي څخه يو مثلث رسميږي چي د Einthoven triangle په نوم ياديږي.

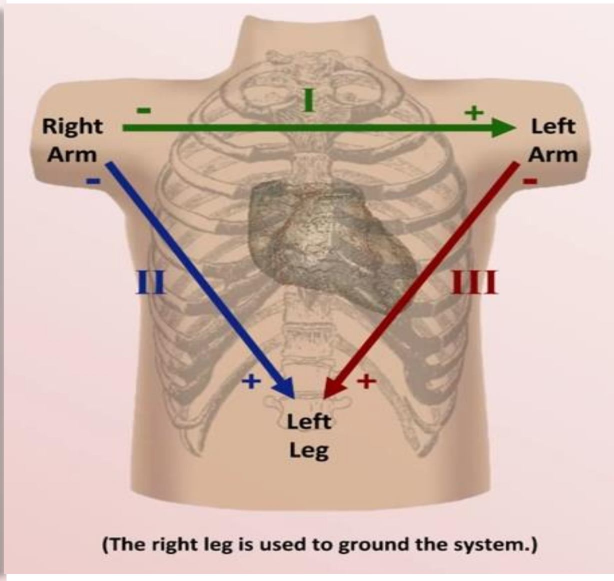
(c) ketabton.com: The Digital Library

د Einthoven قانون:

که چیرته په پورته مشتقاتو کي د دوه مشتقاتو برقي پوتانشیل معلوم وي د دریم برقي پوتانشیل د لاندي رابطي په واسطه معلومو:

$$Viktage\ II = Voltage\ I + Voltage\ III$$

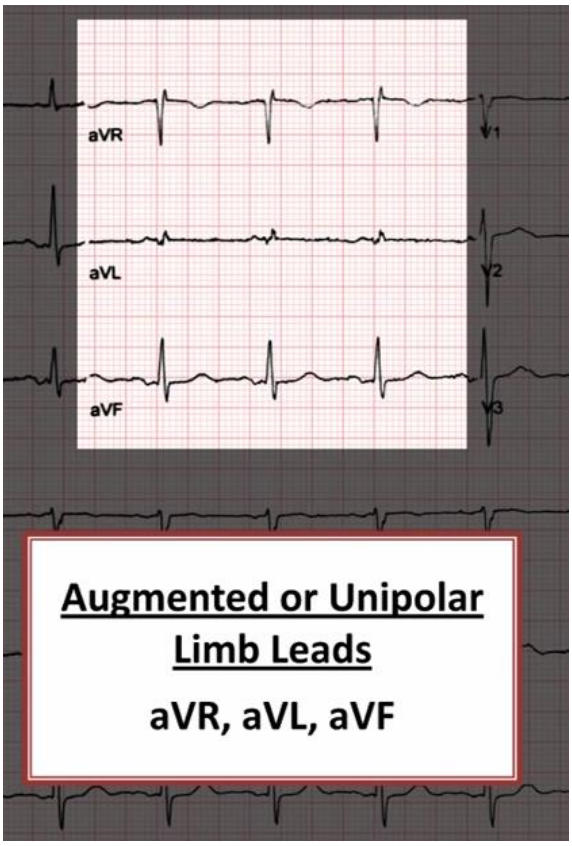




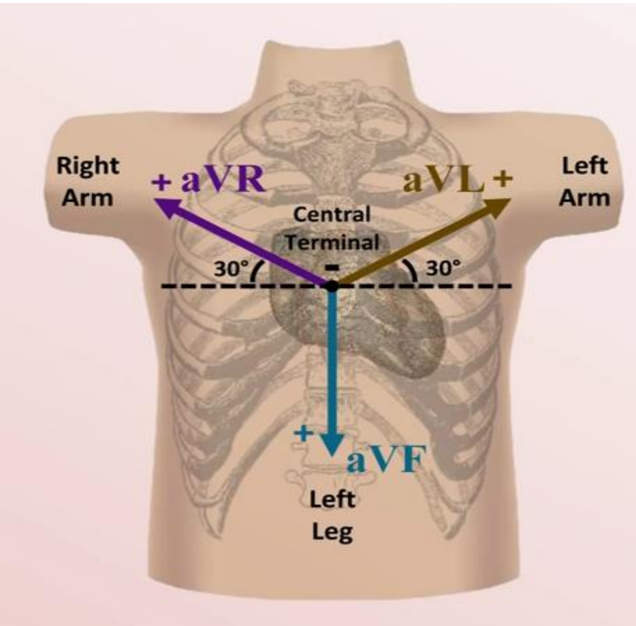
2) Unipolar leads یا یو قطبي لیډونه: دې ته Augmented لیډونه هم وایي، چي پکي AVR, AVF او AVL لیډونه شامل دي.

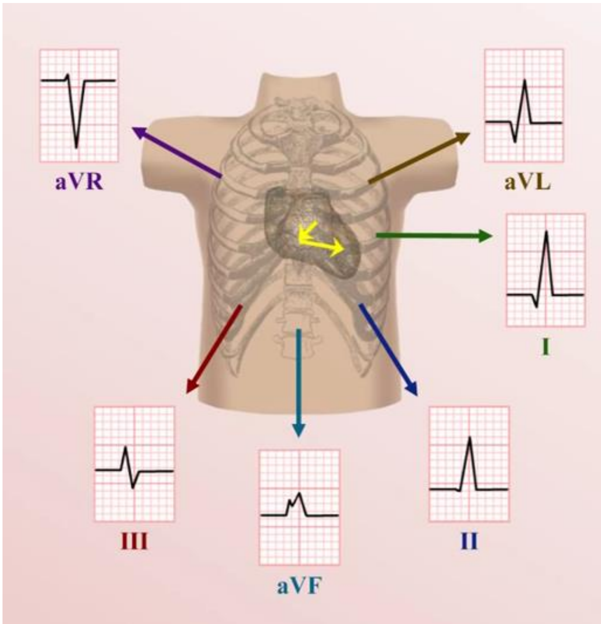
- AVR (augmented voltage Right arm): دا لیډ یو مثبت الکترود لري او په ښي لاس تړل کیږي او ځکه منفي رسمیږي چي سیاله ورڅخه لري کیږي یعني د سیالي جهت له ښي ځخه چپ او یا د مثبت نه منفي خواته دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



- AVL (augmented voltage Left arm): دا لیډ یو منفي الکترود لري چي په چپ لاس کي ترل کیږي او څکه مثبت رسمیږي چي سیاله ورته نږدي کیږي یعني د منفي څخه مثبت خواته ده خو ځیني وخت کیدلي شي Biphasicوي.
- AVF (augmented voltage Left leg): دا لیډ یو مثبت الکترود لري چي په چپه پښه ترل کیږي او څکه مثبت رسمیږي چي د سیالي جهت له پورته څخه ښکته خواته دي.

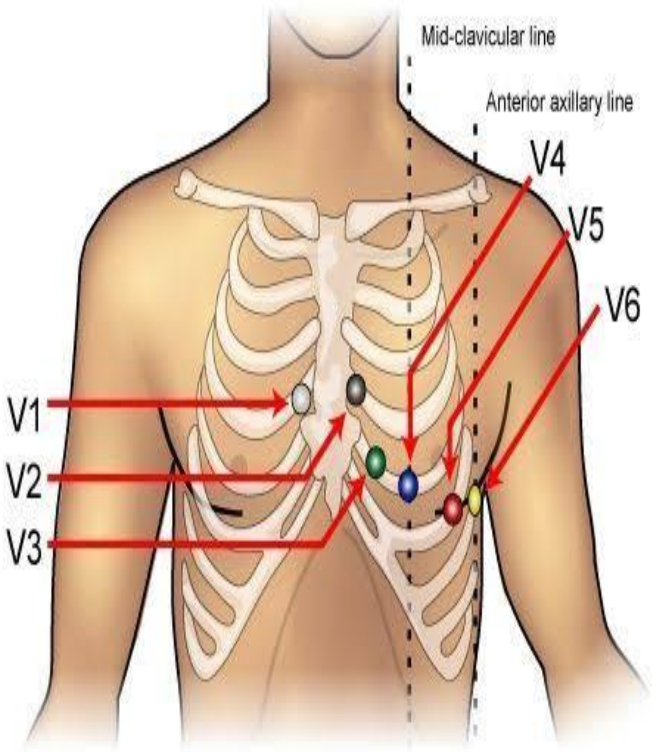




(c) ketabton.com: The Digital Library

2. Chest leads یا صدري لیډونه: دې ته Pericardial لیډونه هم ویل کیږي، په دې کې شپږ لیډونه V1, V2, V3, V4, V5 او V6 شامل دي چې په سینه باندې تړل کیږي او ټول Unipolar دي. دا لیډونه په C1, C2, C3, C4, C5 او C6 په نومونو هم یادیږي.

- V1: دا لیډ په څلورمه بین الضلعي مسافه کې ښي طرف ته د Sternum هډوکي ته نږدې تړل کیږي.
- V2: دا لیډ هم په څلورمه بین الضلعي مسافه کې چپ خواته د Sternum هډوکي ته نږدې تړل کیږي.
- V3: دا لیډ د V2 او V4 لیډونو ترمنځ تړل کیږي.
- V4: دا لیډ په پنځمه بین الضلعي مسافه کې چپ اړخ په Mid clavicular line باندې تړل کیږي.
- V5: دا لیډ په پنځمه بین الضلعي مسافه کې چپ اړخ

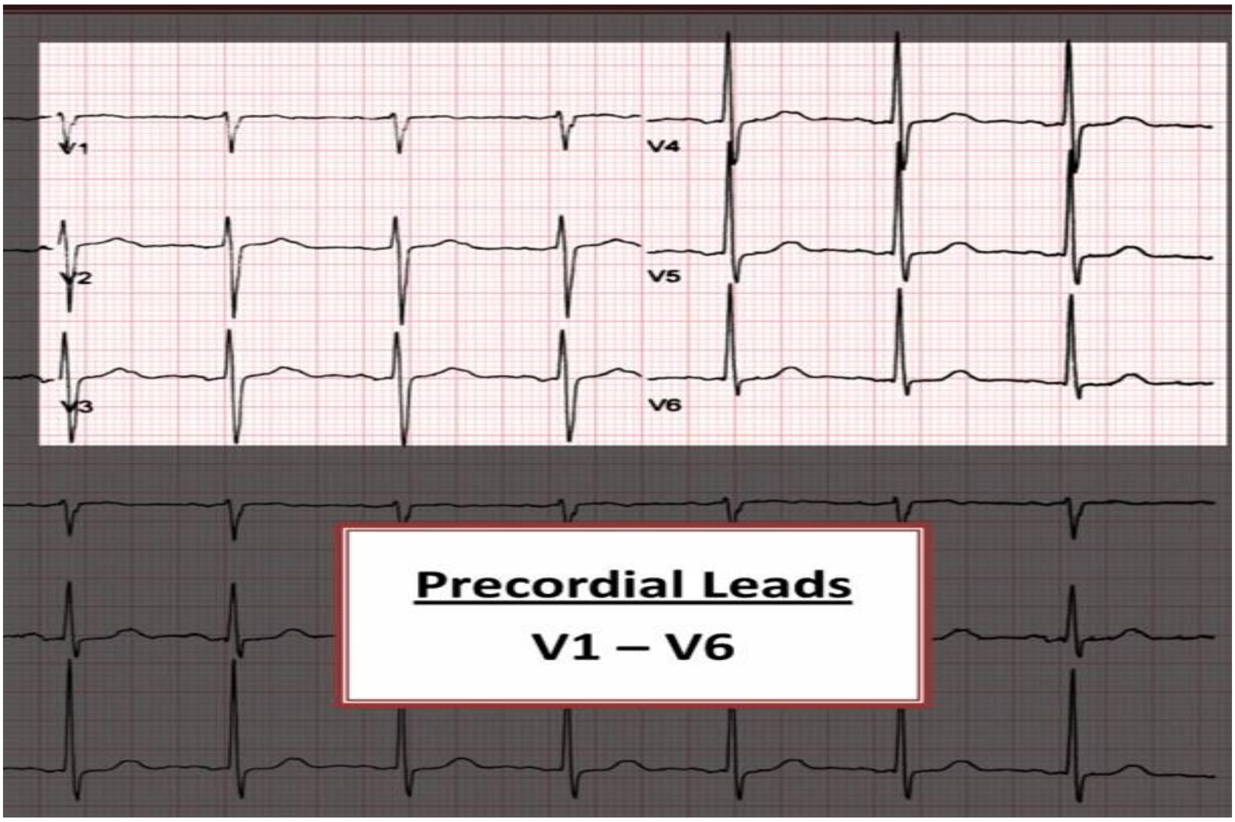


	Position
V1	4th ICS, just right of sternum
V2	4th ICS, just left of sternum
V3	Halfway between V2 and V4
V4	5th ICS, in midclavicular line
V5	Halfway between V4 and V6
V6	5th ICS, in mid axillary line

(c) ketabton.com: The Digital Library

په Ant auxiliary line باندي ترل کیږي.

- V6: دا لیډ هم په پنځمه بین الضلعي مسافه کي چپ اړخ په Mid auxiliary line باندي تړل کیږي.



هر لیډ موږ ته د زړه یوه برخه راښایي او څرنګه چي V1 لیډ د زړه څخه لرې دی نو په همدې وجه R کوچني وي او S زور وي. کله چي V2 شي نو R لږ غټیږي او کله چي V3 ته راشي نو R نور هم غټیږي او S وړوکي کیږي چي کله کله سره برابریږي (S=R) چي دې ته بیا انتقالي ساحه وايي. او کله چي V4 ته لاړشي نو R نور هم غټیږي او S نور هم کوچني کیږي او کله چي V5 ته لاړي شي R نور هم غټ او S له منځه ځي.

همدغه حالت چي د R wave پکي د V1-V6 پوري غټیږي ورته R wave Progression ویل کیږي چي نارمل حالت دی او علت یي دادي چي ښي خوا

(c) ketabton.com: The Digital Library

پنډوالي کم او د چپ خوا بطین پنډوالي زیات دي او سیاله د ښي څخه چپ خواته ځي.

که په V1 او V2 کي تغیرات ولیدل شي نو دا Interventricular septum تغیرات دي.

که په V3 او V4 کي تغیرات ولیدل شي نو دا د Anterior wall تغیرات راښايي.

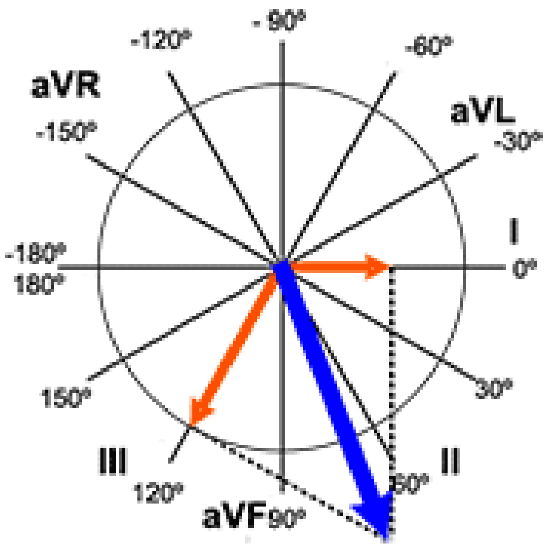
که په V5 او V6 کي تغیرات ولیدل شي نو دا د Lateral wall البته د Low lateral wall تغیرات راښايي.

I لیډ او AVL موږ ته د High lateral wall تغیرات راښايي.

او II، III او AVF لیډونه موږ ته د Inferior wall تغیرات راښايي.

Cardiac axis یا د زړه محور:

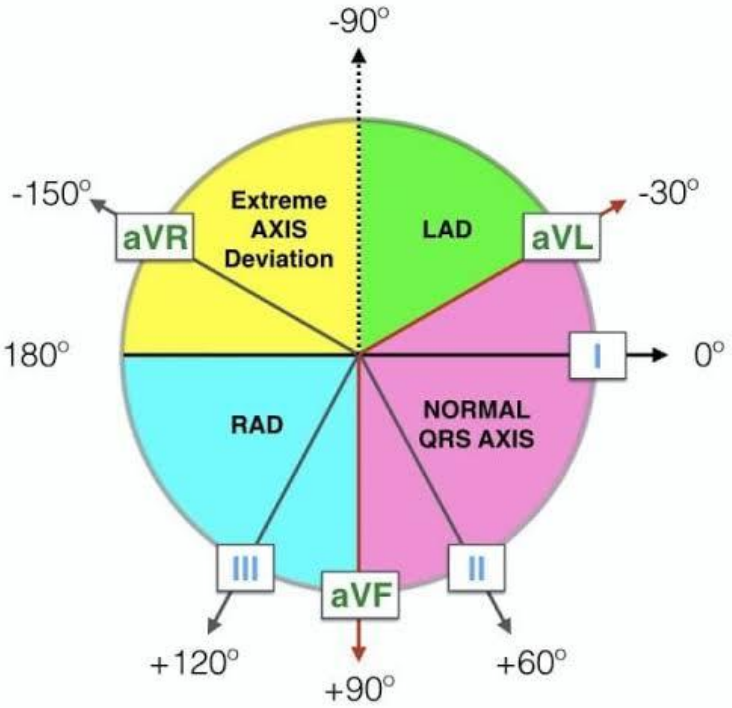
کله کله ورته Electrical axis هم وايي چي دا موږ ته د Depolarization جهت راښايي. دا چي Depolarization کومې خواته حرکت کوي د وکتور په واسطه ښودل کیږي. د ښه پوهیدا لپاره لاندي شکل ته ځیر شئ:



(c) ketabton.com: The Digital Library

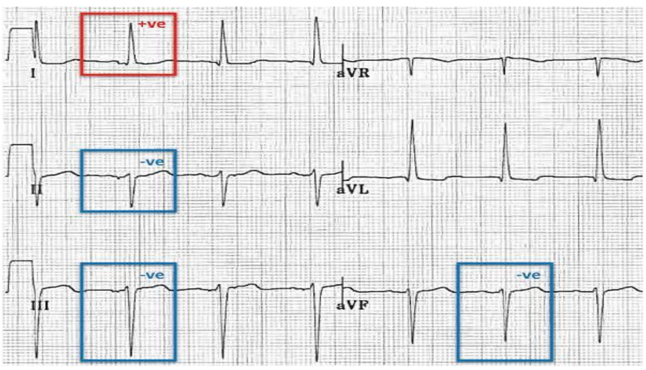
د زړه نارمل محور د صفر او +90° درجو ترمنځ دي خو په ځینو کتابونو کي د صفر او +110° درجو ترمنځ ښودل شوي دي. که زړه چپ خواته ځي او یا له صفر څخه پورته ځي نو دا Left Axis Deviation (LAD) دي، خو که چیرته ښي خواته کږیږي او یا د +90° څخه ها خوا ځي نو Right Axis Deviation (RAD) دي.

که چیرته د -90° او -180° درجو ترمنځ وي نو Extreme axis deviation دي.



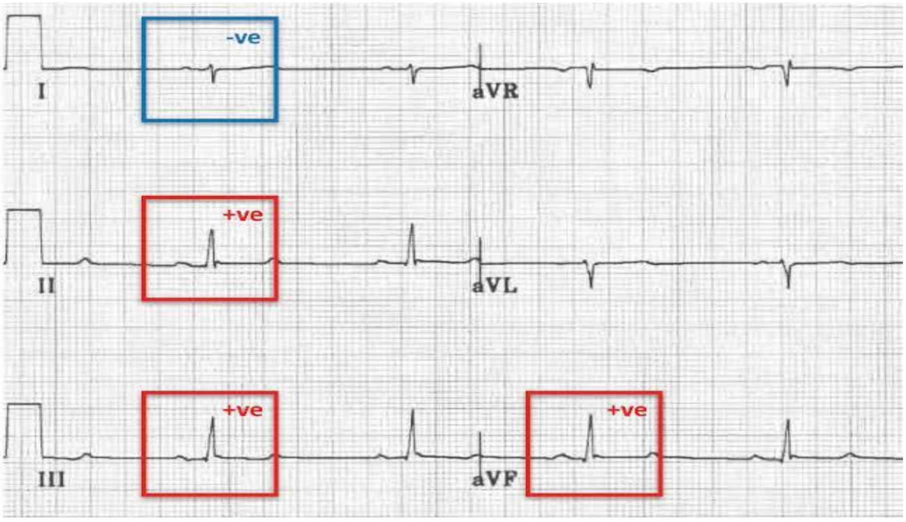
په ECG کي په لاندي ډول معلومیږي:

په Left axis انحراف کي سیاله I لیډ ته متوجه کیږي نو R پکي مثبت رسمیږي، S وړوکي وي او دا چي سیاله دریم لیډ څخه لرې کیږي نو R کوچني رسمیږي او S ژور وي.

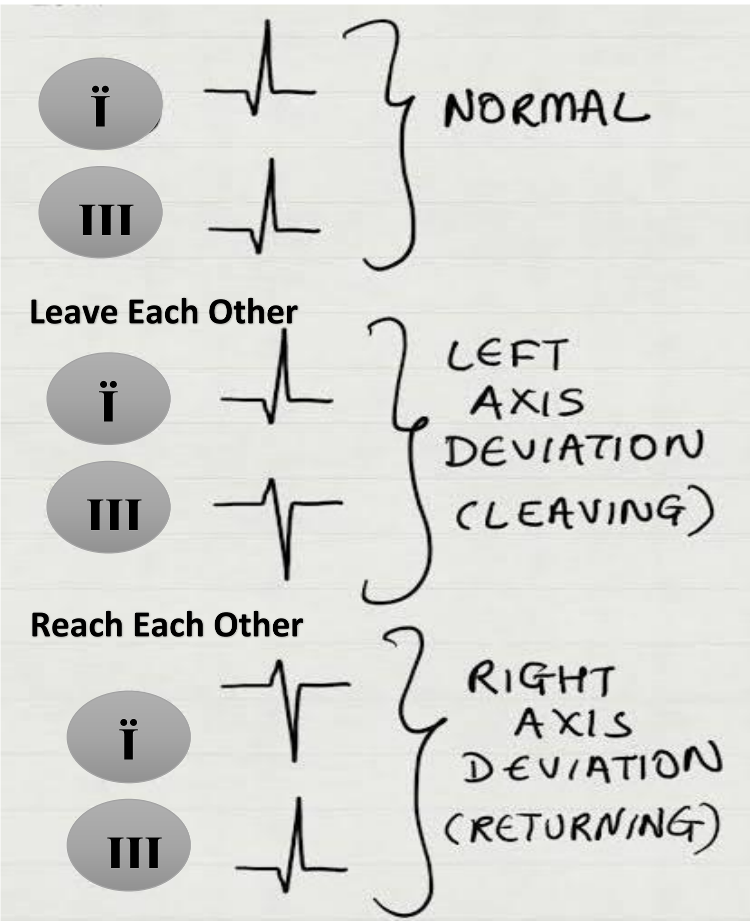


(c) ketabton.com: The Digital Library

په Right axis انحراف کې د R موجه په III لیډ کې لوړه او S پکې وړه وي، خو په I لیډ کې بیا د R موجه ټیټه او د S موجه ژوره وي.



په ECG کې د Axis د معلومولو لپاره لاندې میتودونه دي:



1. اول لیډ د دریم لیډ دپاسه ږدو نو که په اول لیډ کې R لوړ او S کوچنی وي اوهم په دریم لیډ کې R لوړ وي نو دا نارمل Axis دی.

که په اول لیډ کې R لوړ وي خو په دریم لیډ کې R کوچنی او S ژور وي نو دا Left Axis Deviation دی او د Leave Each Other اصطلاح هم ورته کارول کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرته په اول لیډ کې S ژور وي او په دریم لیډ کې R لوړ وي نو دا Right Axis Deviation دی او د Reach Each Other اصطلاح هم ورته کارول کیږي.

او که چیرته په اول او دریم دواړو لیډونو کې S ژور وي نو Extreme Axis Deviation ورته وایي.

2. په دې میتود کې په I او III لیډونو کې د R او S موجې سره جمع کوو او بیا Axis معلوموو، که د هر طرف نتیجه مثبته وه نو Axis هماغې خواته دی.

I لیډ د چپ طرف څخه او III لیډ د ښي طرف څخه نماینده ګي کوي.

3. کله چې د ECG کاغذ مطالعه کوو نو ښي لاس په III لیډ او چپ لاس په I لیډ باندې ږدو نو په هر لیډ کې چې R لوړ وي نو هماغه طرف Deviation موجود دی.

4. په ECG کې د Cardiac axis د معلومولو بله مهمه لاره داده چې، کله چې موږ د ECG کاغذ په لاس کې ونیسو نو زموږ په چپ لاس کې I لیډ او په ښي لاس کې III لیډ راځي نو که چیرې د چپ لاس خواته د R موجه لوړه وه نو Left axis deviation او که چیرې د ښي لاس خواته د R موجه لوړه وه نو Right axis deviation دی.

Fig. 1.13
The cardiac axis

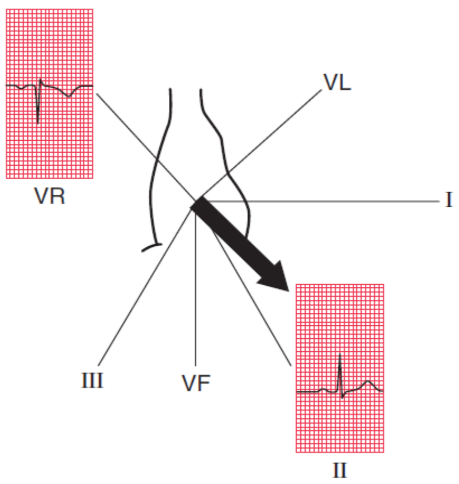
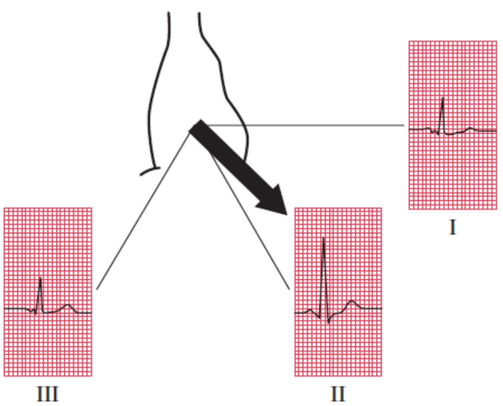


Fig. 1.14
The normal axis



(c) ketabton.com: The Digital Library

Fig. 1.15
Right axis deviation

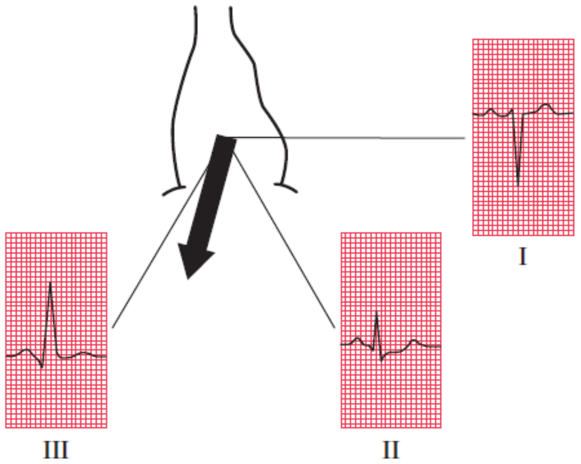
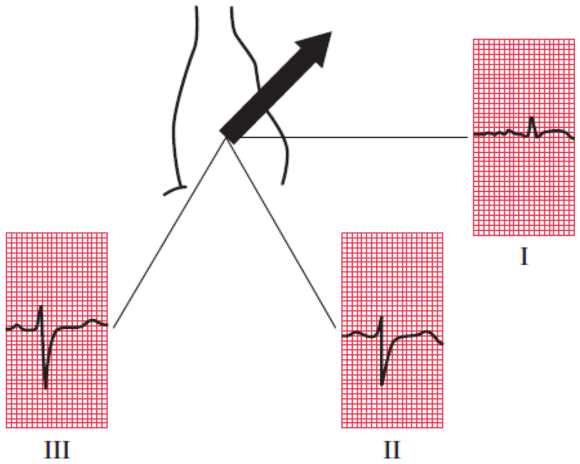


Fig. 1.16
Left axis deviation



Normal Variant يا نارمل تفاوتونه:

کله کله د روغو خلکو په ECG کې هم تغيرات موجود وي چې دغه تغيرات اکثريت په T صفحه او ST Segment کې موجود وي.

1. په پهلوانانو کې د ECG تغيرات:

په پهلوانانو کې داسې تغيرات موجود وي چې په روغو خلکو کې دغې تغيراتو ته نارمل نه شو ويلای:

1) په Rhythm کې تفاوتونه:

I. Sinus Bradycardia

II. Marked sinus arrhythmia

III. 1st degree AV block

IV. 2nd degree AV block

2) په ECG کې تغيرات:

I. د P موجې لوړوالې

(c) ketabton.com: The Digital Library

II. Prominent septal Q wave

III. T wave Inversion

IV. Biphasic T wave

V. Prominent U wave

2. په نارمل ماشومانو کې د زړه ګراف:

1) د زېږېدو په وخت کې تغیرات:

I. Sinus Tachycardia

II. Right axis Deviation

III. Dominant R wave in V1 lead

IV. Deep S wave in V6 lead

V. T wave inversion in V1-V2

2) په یو کلنۍ کې د زړه ګراف تغیرات:

I. Sinus Tachycardia (140-160/min)

II. Right Axis Deviation

III. Dominant R wave in V1

IV. T wave inversion in V1-V2

3) په دوه کلنۍ کې د زړه ګراف تغیرات:

I. Normal Axis

II. T wave inversion in V1-V2 leads

III. په اول لیډ کې S موجه نسبت R موجې ته زیاته ژوره وي

4) په پنځه کلنۍ عمر کې د زړه ګراف تغیرات:

I. Normal QRS complex

(c) ketabton.com: The Digital Library

T wave inversion in V1-V2 leads .II

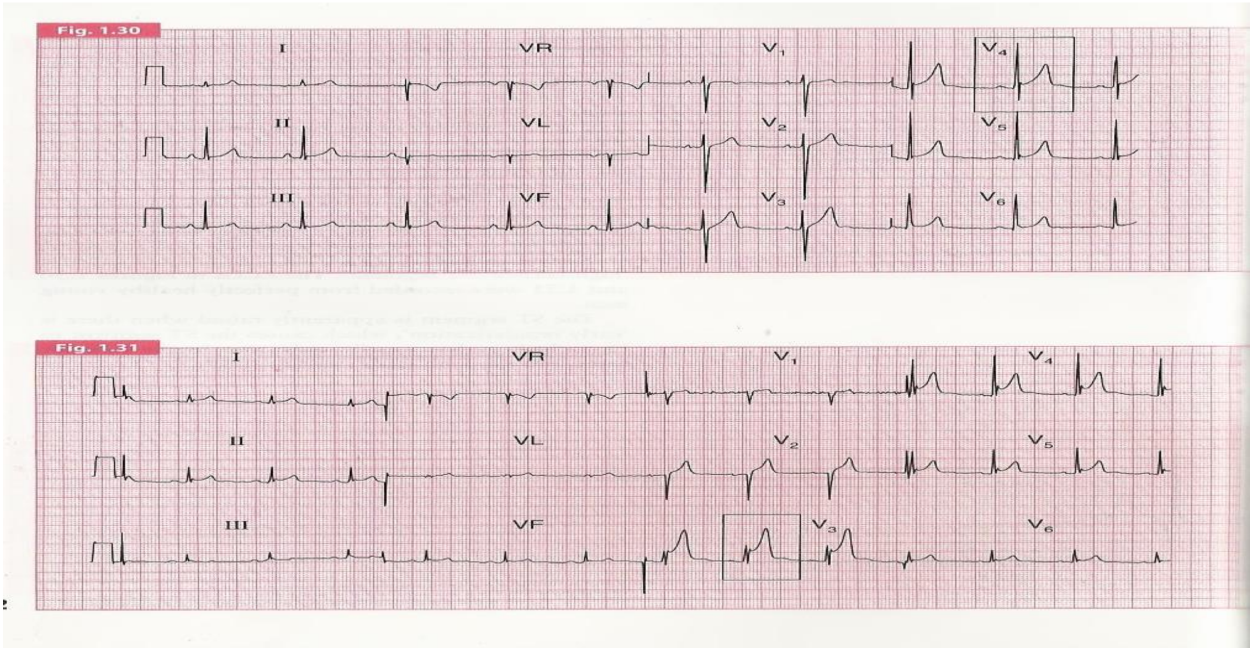
کله چي یو شخص لس کلنۍ عمر ته ورسیږي نو ECG یي د کاهل شخص په شان کیږي. که چیري د دوه کلنۍ عمر څخه وروسته په ECG کي د اول کال تغیرات پاتي شي نو د Right heart hypertrophy څخه نماینده ګي کوي او که چیري په یو کلنۍ عمر کي په ECG کي د کاهل په شان تغیرات موجود وي نو د Left ventricular hypertrophy څخه نماینده ګي کوي.

3. د Pregnancy په حالت کي د زړه په ګراف کي تغیرات:

1) Sinus Tachycardia

2) Supraventricular and Ventricular Extra systoles

3) Nonspecific ST and T wave changes

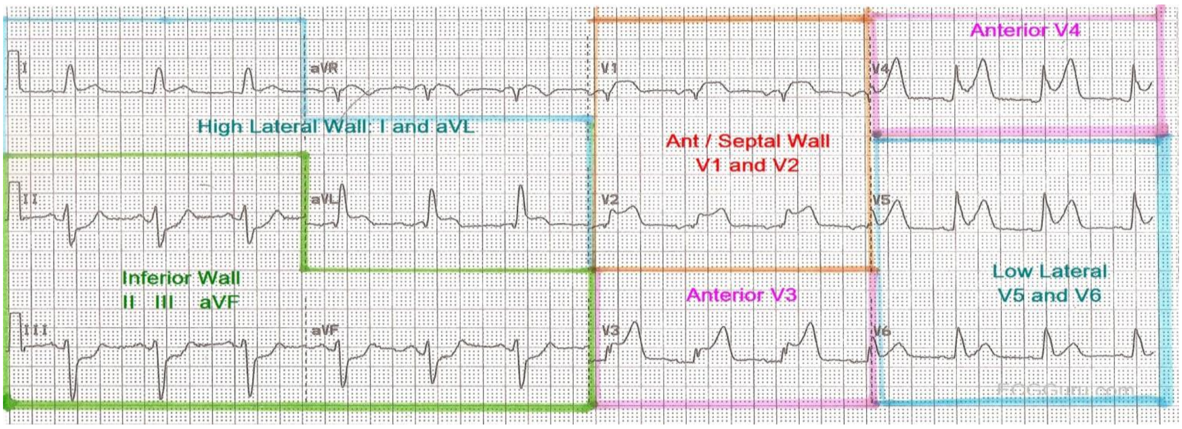


(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه اسکیمیک ناروغی (Ischemic Heart Disease)

کله چي د زړه عضلي ته Blood supply او Oxygen supply کمه شي نو د زړه عضله په Ischemia اخته کيږي. کله چي د زړه عضله په اسکيميا اخته شي نو سببونه يي په لاندي ډول دي:

1. Decreased blood supply to myocardium
2. Increased Demand
3. Both of them



IHD د ECG له نظره په لاندي کلاسونو ويشل شوي دي:

1. Chronic stable angina:
   1) Classic angina
   2) Variant or Prinzemetal angina
2. Acute coronary syndrome (ACS):
   1) ST segment elevated ACS (STEMI)
   2) Non ST Segment elevated ACS:
      I. Nu stable angina
      II. Non STEMI

(c) ketabton.com: The Digital Library

که چیرته په ST segment په Limb leads کې د 1mm او یا له دې زیات نظر Base line ته لوړ شي نو ST elevation بلل کیږي. خو که چیري په ST segment په Limb leads کې د 1mm په اندازه یا له دې څخه زیات نظر Base line ته ښکته شي نو ST segment depression بلل کیږي.

یا:

که په Pericardial leads کې نظر Base line ته ST segment د 2mm په اندازه او یا له 2mm څخه زیات لوړ شي نو ST elevation بلل کیږي او که په همدې لیډونو کې نظر Base line ته ST segment د 2mm په اندازه او یا له 2mm څخه ډیر ښکته شي نو ST Depression بلل کیږي.

که چیرته T موجه سرچپه (T wave inversion) وي او ژوروالي یې د 3mm څخه زیات شي او متناظر (Symmetric) وي نو په Ischemia دلالت کوي او که چیري Symmetric نه وي Non specific ده او په نورو حالتونو کې هم منځته راتللي شي.

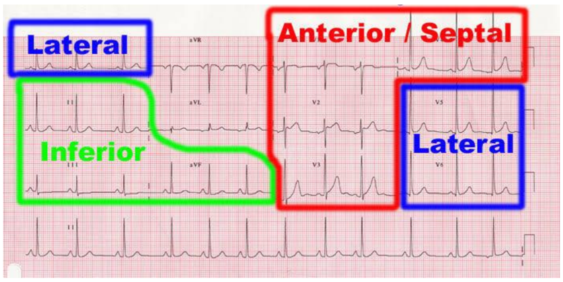
:Localization of IHD

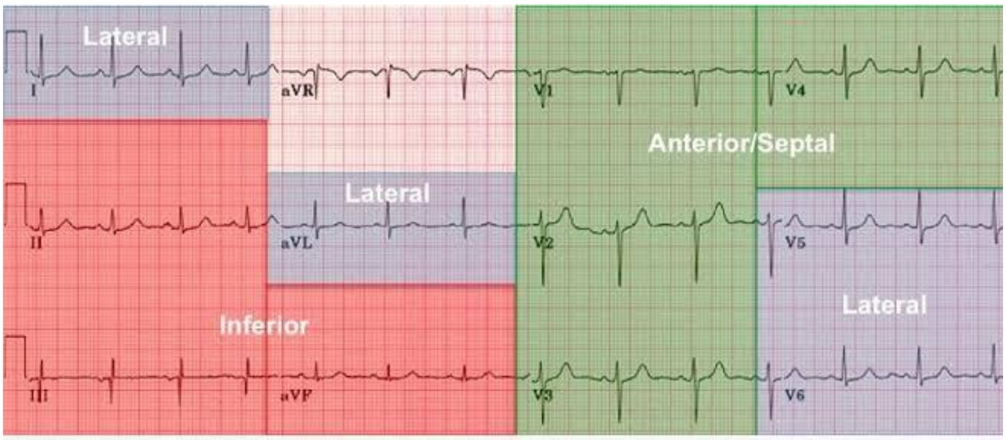
که چیرته په I لیډ کې تغیرات ولیدل شي نو د تایید لپاره یې باید AVL وګورو، که AVL نارمل وي نو د I لیډ تغیرات قابل د قبول نه دي. ځکه چې په IHD کې په یو لیډ باندې قضاوت نه کیږي نو په Limb لیډونو کې به دوه تاییدي لیډونه موجود وي او په Chest leads کې به دوه مسلسل لیډونه وي.

نو:

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. د I لیډ د تایید لپاره AVL گورو چي دا موږ ته د High lateral wall تغیرات راښیي
2. د II او III لیډ د تایید لپاره AVF گورو او دا موږ ته Inferior wall تغیرات راښیي
3. V1-V2 موږ ته Interventricular septum تغیرات راښیي
4. V3-V4 موږ ته د Anterior wall تغیرات راښیي
5. V5-V6 تغیرات موږ ته د Low Lateral wall تغیرات راښیي
6. که تغیرات په I، AVL او V1-V6 پوري وي نو دا موږ ته Extensive Anterior wall تغیرات راښیي
7. I، AVL، V5-V6 لیډونه موږ ته ټول Lateral wall تغیرات راښیي





Coronary Anatomy & ECG Leads

Lateral Leads	I, aVL, V5 – V6	LCx or Diagonal of LAD
Inferior Leads	II, III, aVF	RCA and/or LCx
Anterior/Septal Leads	V1 – V4	LAD

(c) ketabton.com: The Digital Library

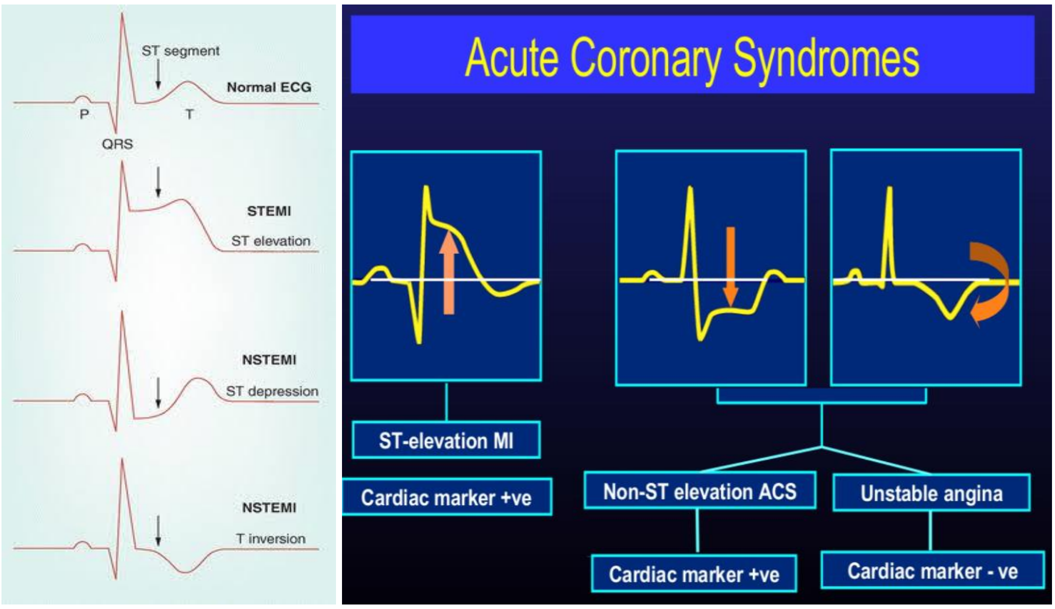
:Acute Coronary Syndrome (ACS)

په Stable angina، Un stable angina او Non STEMI کي يو شان تغيرات د ECG پرمخ موجود وي نو تفريقي تشخيص يي په لاندي ډول کوو:

Non STEMI	Un stable Angina	Stable Angina
1. د ECG تغيرات د حملي نه وروسته له 48 ساعتونو څخه زيات پاتي کيږي. 2. د درد شدت يي زيات وي. 3. Cardiac biomarkers يکي مثبت وي.	1. کيداي شي د استراحت په حالت کي منځته راشي. 2. د ECG تغيرات يي د حملي نه وروسته تر 48 ساعتونو پوري پاتي کيږي. 3. د حملي دوام يي يو ساعت وي. 4. د درد شدت يي زيات وي. 5. Cardiac biomarkers يکي منفي وي.	1. دلته تغيرات يواځي د حملي په وخت کي وي کله چي حمله لاړه شي نو ECG نارمل کيږي. 2. د حملي دوام يي 5-20min پوري وي. 3. د درد شدت يي کم وي. 4. د فعاليت سره زياتيږي. 5. Cardiac biomarkers يکي منفي وي.

يواځي په Variant angina کي د ST segment elevation موجود وي او په دي کي هم Cardiac biomarkers منفي وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



:ST Elevation MI

دا پنځه مرحلې لري:

1. :Hyper acute T wave (Packed T)

دا د هغه T موجې څخه عبارت ده چې په Limb leads کې دغه موجه د 5mm څخه زیاته او په Chest leads کې د 10mm څخه زیاته شي. په دې مرحله کې د Myocardial cells د تخریب له وجې K^+ ازادیږي او د Hyperkalemia له وجې دغه موجه Packed کیږي. دغه ناروغان باید کورته رخصت نه شي او ناروغ تر څارنې لاندې نیول کیږي او تکراري ECG ورته اخیستل کیږي.

2. :ST segment Elevation

دا په مختلفو شکلونو کې وي او په Injury دلالت کوي. دا اکثره په Chest leads کې وي، په ځوانانو کې او په ښځو کې هم منځته راتللې شي اکثره په Infarction دلالت نه کوي خو دا ناروغان هم باید وڅارل شي. په مقرر ډول پکې ST elevation وي او په Pericarditis دلالت کوي چې په اکثره لیډونو کې وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Pericarditis او Infarction ترمنځ د ST elevation فرقونه:

- Pericarditis په اکثره لیډونو کي وي.
- په Infarction کي په II لیډ کي ST elevation کم او په III لیډ کي زیات وي خو په Pericarditis کي په II لیډ کي ST elevation زیات او په III لیډ کي کم وي.

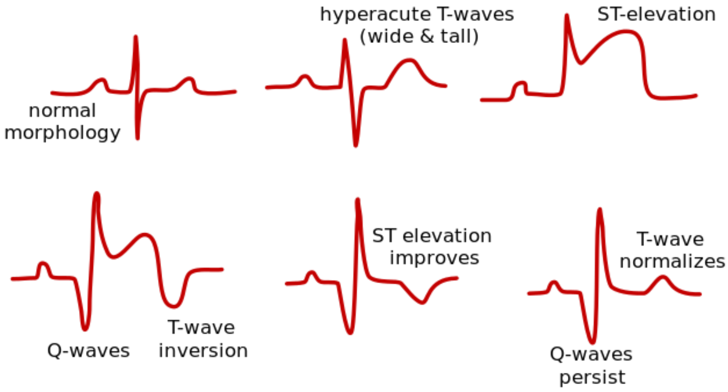
3. Pathological Q wave:

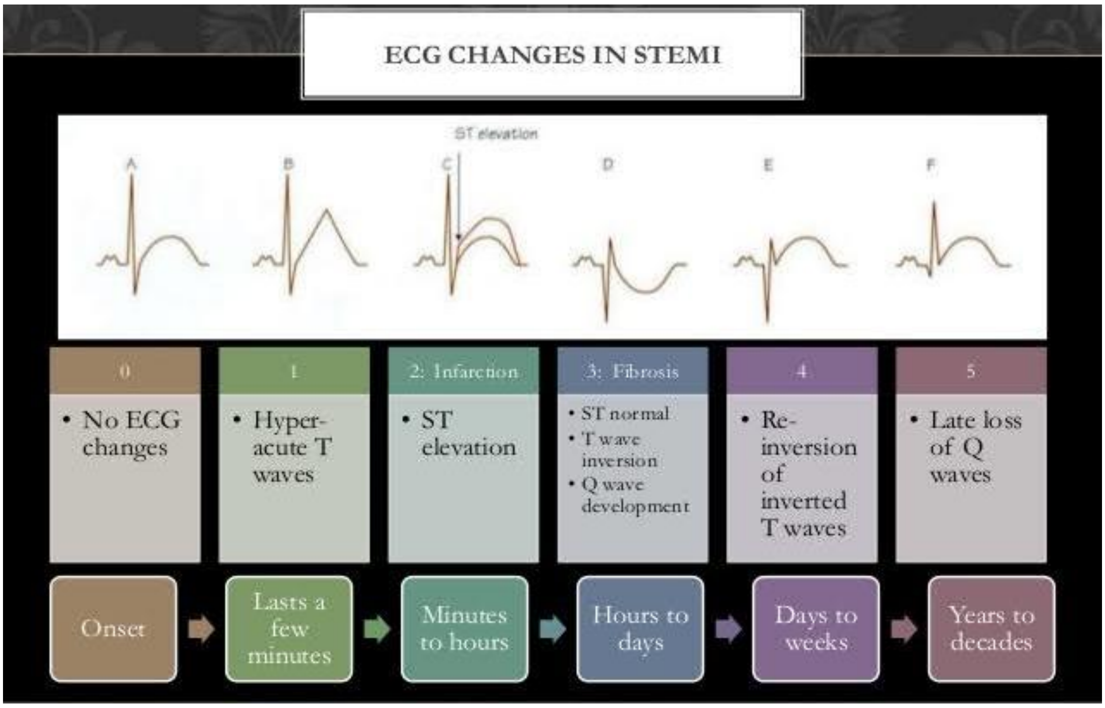
پتالوژیکه Q هغه موجه ده چي د خپل مربوطه R د 1/3 برخي نه زیات په دي حالت کي Necrosis منځته راغلي وي.

4. T wave inversion:

دا په اسکیمیا دلالت کوي.

5. R wave Regression



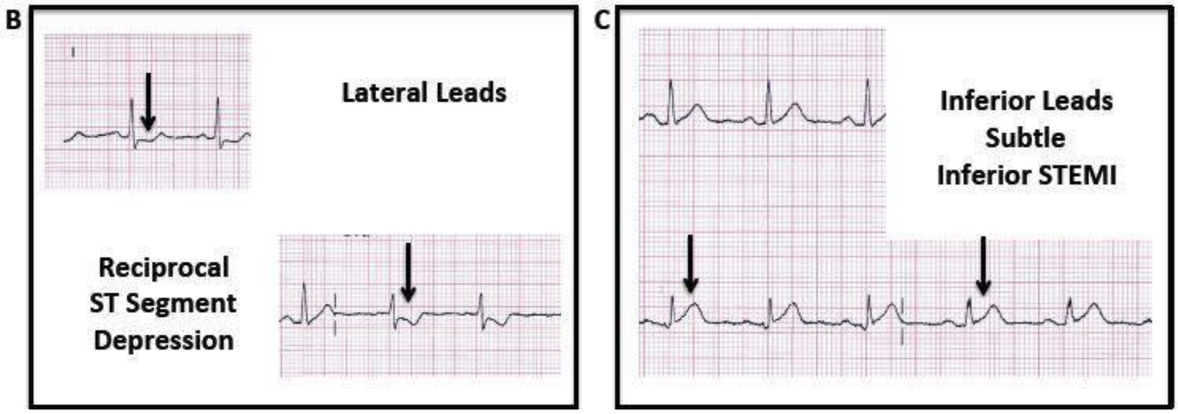


(c) ketabton.com: The Digital Library

معکوس تغیرات (Reciprocal changes):

که په سفلي لیډونو (II, III, AVF) کي ST elevation وي او په AVL، I او V1-V4 لیډونو کي ST depression وي او یا برعکس که په I، AVL او V1-V4 پوري ST elevation وي او په II، III او AVF کي ST depression وي نو دې ډول Depression ته ددې ډول Elevation معکوس تغیرات وایي.

په لنډ ډول د Inf لیډونو معکوس تغیرات په Lat او Ant کي لیدل کیږي او برعکس معکوس تغیرات %70 په Inf wall MI او %30 په Ant wall MI کي رامنځته کیږي، چي موجودیت یي د Infarction تشخیص %90 باوري کوي، نه موجودیت یي Infarction نه شي ردولای او میکانیزم ي معلوم نه دي.



Post Wall MI:

دي ډول MI ته په لاندي حالتونو کي فکر کیږي:

1. کله چي په V1 کي R له S څخه لوړ شي.
2. له V1-V4 پوري ST depression وي خصوصآ چي Inf wall MI هم ولیدل شي ځکه چي د Inf wall او Post wall د ویني اروا د یو شریان په واسطه صورت نیسي، نو دلته د 15 لیډونو ECG څخه ګټه اخلو.

(c) ketabton.com: The Digital Library

V7, V8, او V9 لیډونه په شا کي ترل کیږي:

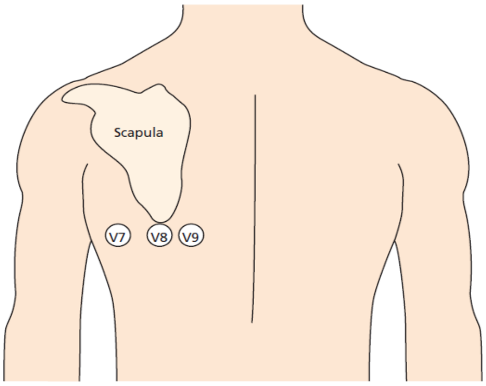


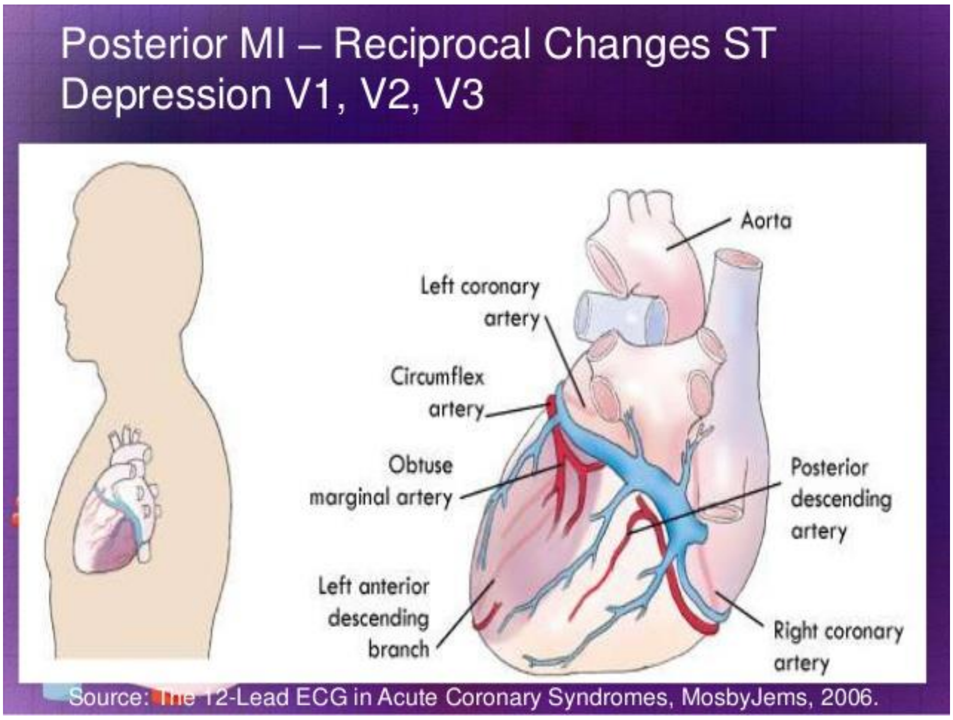
Figure 8.11 Position of V7, V8, and V9 on posterior chest wall.

- V7______ Posterior Auxiliary line
- V8______ Scapula lower angle
- V9_____ Para vertebral column

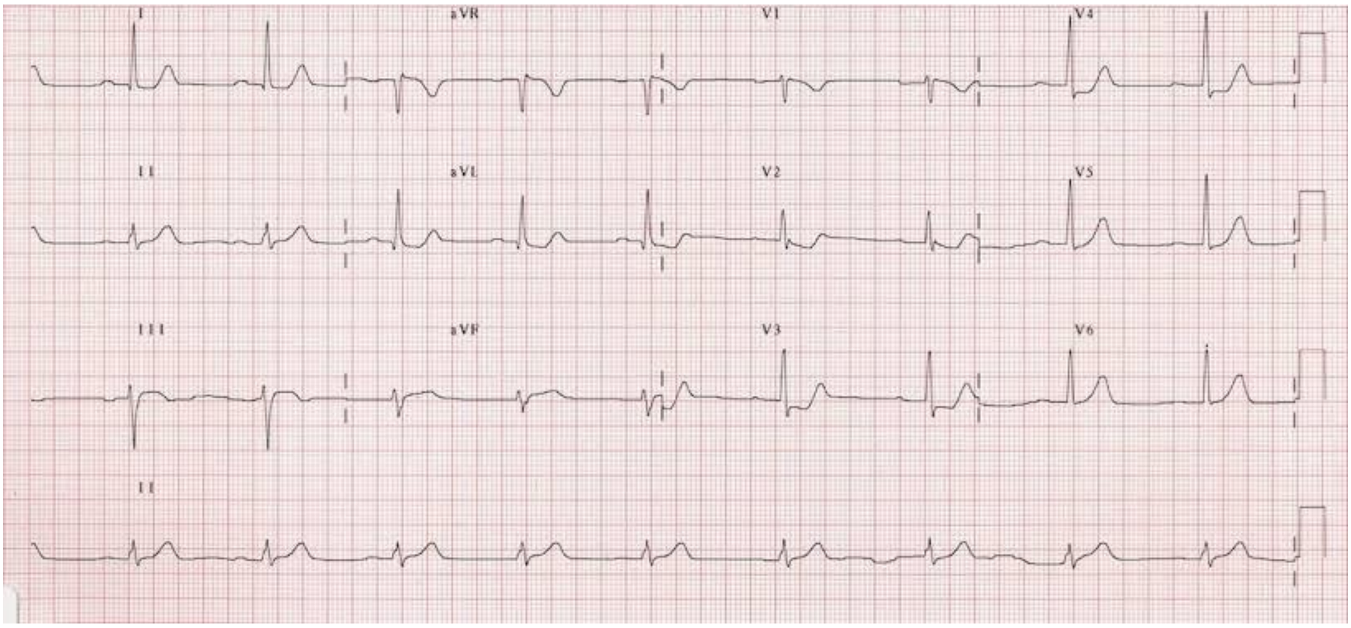
نو ECG اخلو:

که په دې پورته لیډونو کي هم ST elevation منځ ته راشي نو ناروغ Post wall MI لري او که ST elevation په دې لیډونو کي منځ ته رانشي نو ناروغ Anteroseptal wall Non STEMI لري.

که چیرته Posterior leads نارمل راشي او Inf wall STEMI موجوده وي نو د V1-V4 پورې تغیرات د Inf wall STEMI معکوس تغیرات دي.



(c) ketabton.com: The Digital Library



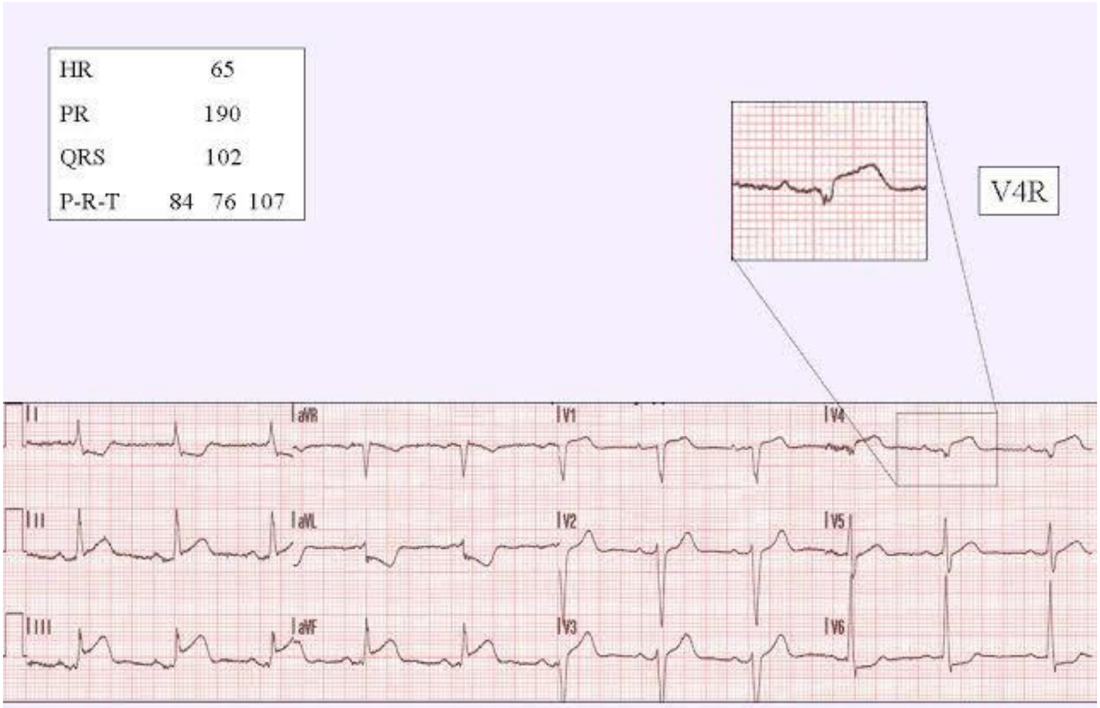
:Right Ventricular Infarction

دي ډول ته په لاندي حالتونو کي مشکوک کیږو:

1. ST elevation > 1mm in V4 Lead Right
2. ST elevation > 1mm in V1 lead:

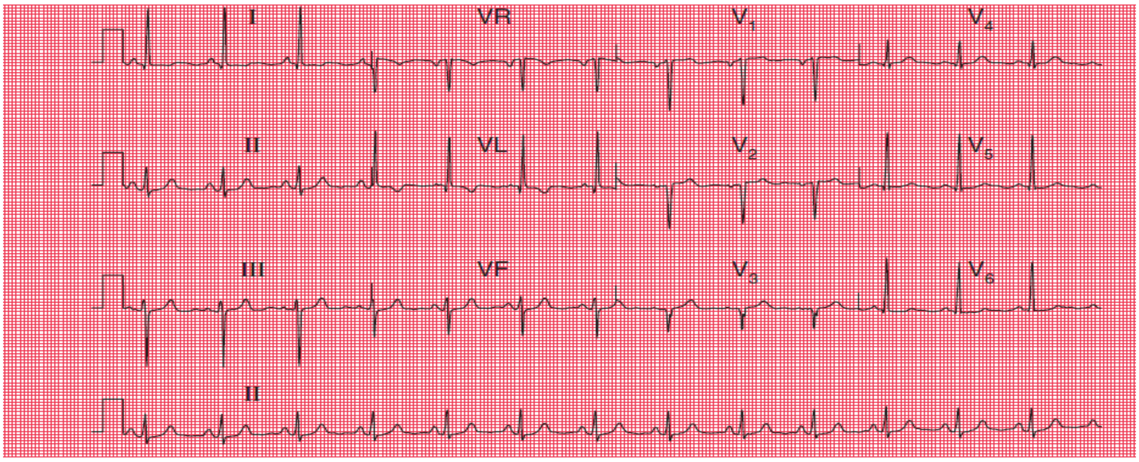
یعني کله چي په V1 لیډ کي ST elevation د 1mm څخه زیات وي او نوره ECG نارمل وي یا په خصوصي ډول که Inf wall MI ولري. ددې د تایید لپاره Chest لیډونه په ښي خوا کي په هماغه موقیعتونو کي ترو کوم چي په چپه خوا کي ترل شوي وو نو که په V4 right کي هم ST elevation د 1mm څخه زیات وو نو ناروغ Right ventricular infarction لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library



:Old MI

کله چې په ECG کې يواځې QS موجود وي (خو R نه وي موجود) نو دا په Old MI باندې دلالت کوي. دا که په هر ليډ کې وي نو د هماغه wall نماينده ګي کوي.



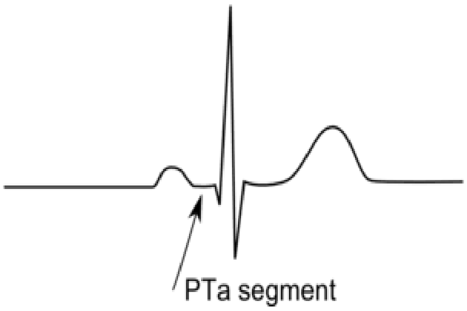
Old anterior myocardial infarction with poor R wave progression in the anterior leads

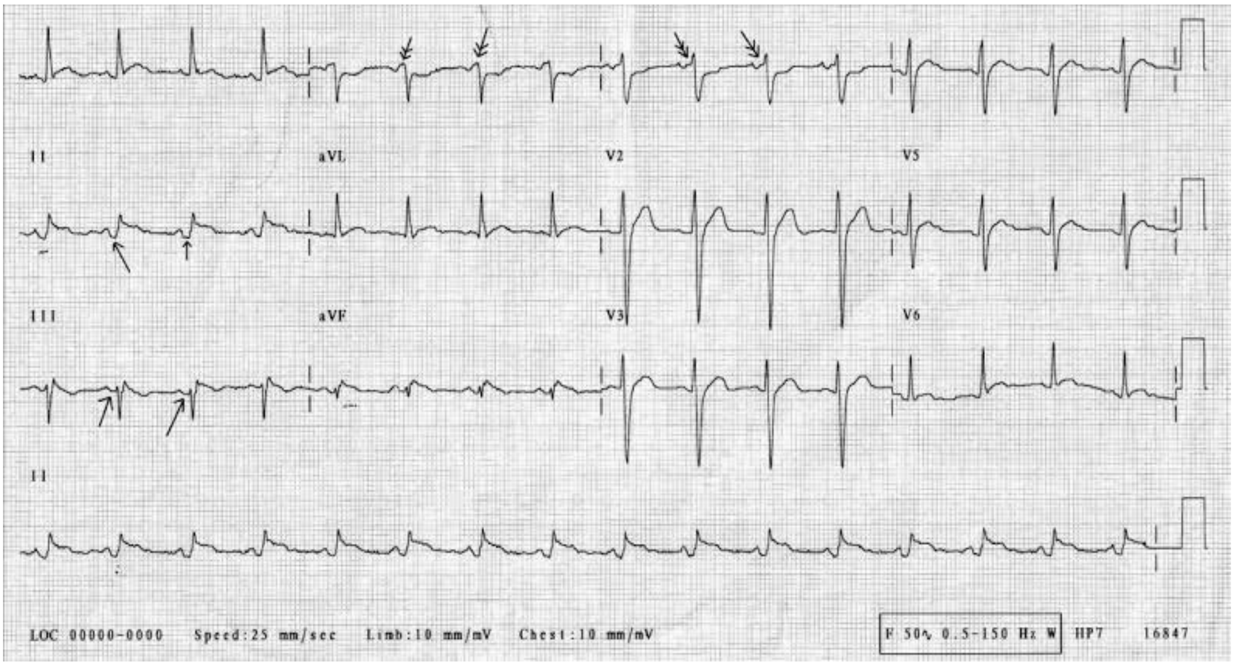
(c) ketabton.com: The Digital Library

:Atrial Infarction

دلته PR (PTa)Segment ګورو.

1. کله چي په V5-V6 کي د PR segment د 0,5mm څخه زيات لوړ شي او معکوس تغيرات (Depression) يي په V1-V2 کي وليدل شي نو په Atrial infarction دلالت کوي.
2. يا کله چي په I ليډ کي د PR segment لوړ او معکوس تغيرات يي په III ليډ کي وليدل شي نو Atrial infarction دي.





(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه بي نظمي ګاني (Arryhtmias)

Arrhythmia د اذیناتو او بطیناتو د ریتمیک تقلصاتو ګډوډي ده چي د دوه دلایلو په سبب منځته راځي:

1. Disorders of Impulse formation یا د سیالي په تولید کي ګډوډي:

د سیالي په تولید کي ګډوډي په څلورو ځایونو کي منځته راځي چي هریو يي په خپل وار تشریح کیږي:

1) Disturbances of Sinus Mechanism یا د SA نوډ ګډوډي:

I. Sinus Tachycardia
II. Sinus Bradycardia
III. Sinus Arrhythmia

2) Disturbances of Atria یا د اذیناتو ګډوډي:

I. Atrial Premature Contraction
II. Atrial Fibrillation
III. Atrial Flutter
IV. Paroxysmal Supraventricular Tachycardia

3) Disturbances of AV Node یا په AV نوډ کي ګډوډي:

I. Junctional Ectopics
II. Junctional Rhythm
III. Junctional Tachycardi

(c) ketabton.com: The Digital Library

4) Disturbances of Ventricles یا د بطیناتو ګډوډي:

I. Ventricular Ectopics

II. Ventricular Tachycardia

III. Ventricular Fibrillation

2. Disorders of Impulse Conduction یا د سیالي په انتقال کې ګډوډي:

1) Sinoatrial Block

2) AV Node Block:

I. First Degree AV Block

II. Second Degree AV Block:

a. Mobitz type I block

b. Mobitz type II block

III. Complete or Third Degree Heart Block

3) Bundle Block:

I. Right Bundle Branch Block

II. Left Bundle Branch Block:

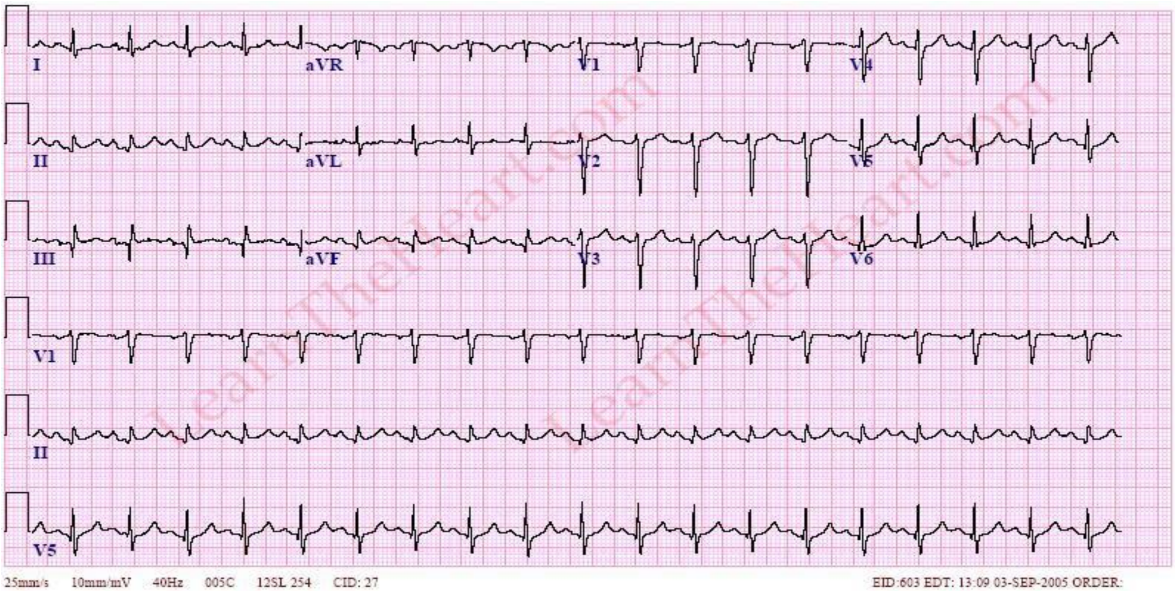
a. Left Anterior Hemi block

b. Left Posterior Hemi block

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Sinus Tachycardia

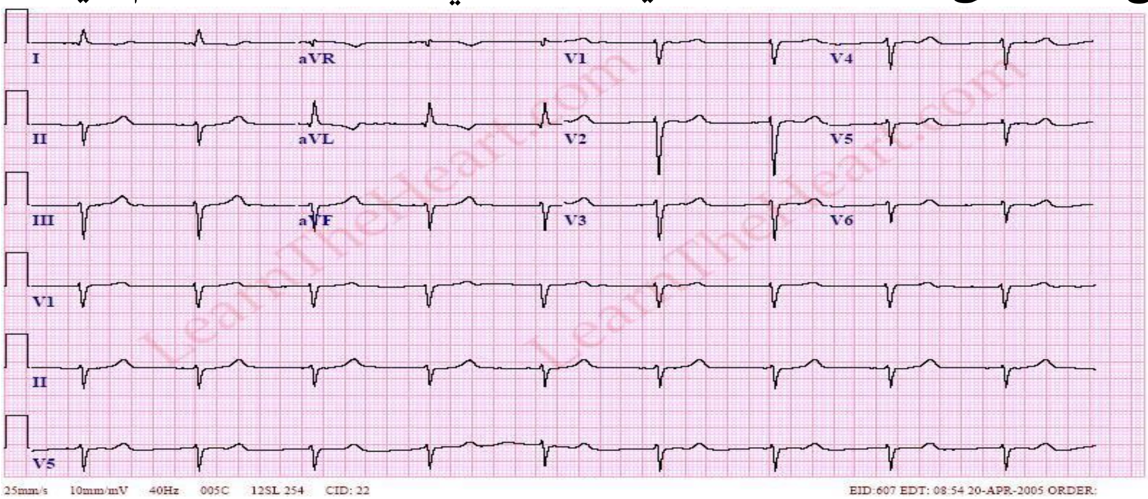
د هغه حالت څخه عبارت دي چي د نارمل Rhythm ټول خصوصیات ولري لکه (نارمل P موجه موجوده وي، د P پسي QRS راغلي وي، QRS نارمل وي، PR interval نارمل وي او د RR ترمنځ فاصله هم یوشان وي) مګر یواځي د زړه ضربان پکي د 100/bpm څخه زیات شوي وي د Sinus کلیمه ځکه ورسره ذکر کیږي چي منشاء یي د SA node څخه ده ځکه د P wave نارمل موجوده ده. خو کله چي نارمل P موجه موجوده نه وي نو Sinus tachycardia نه ده. د Arrhythmia د معلومولو لپاره ښه لیډ II دي اوپه Sinus tachycardia کي یواځي د RR ترمنځ د غټو مربع ګانو تعداد کم وي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

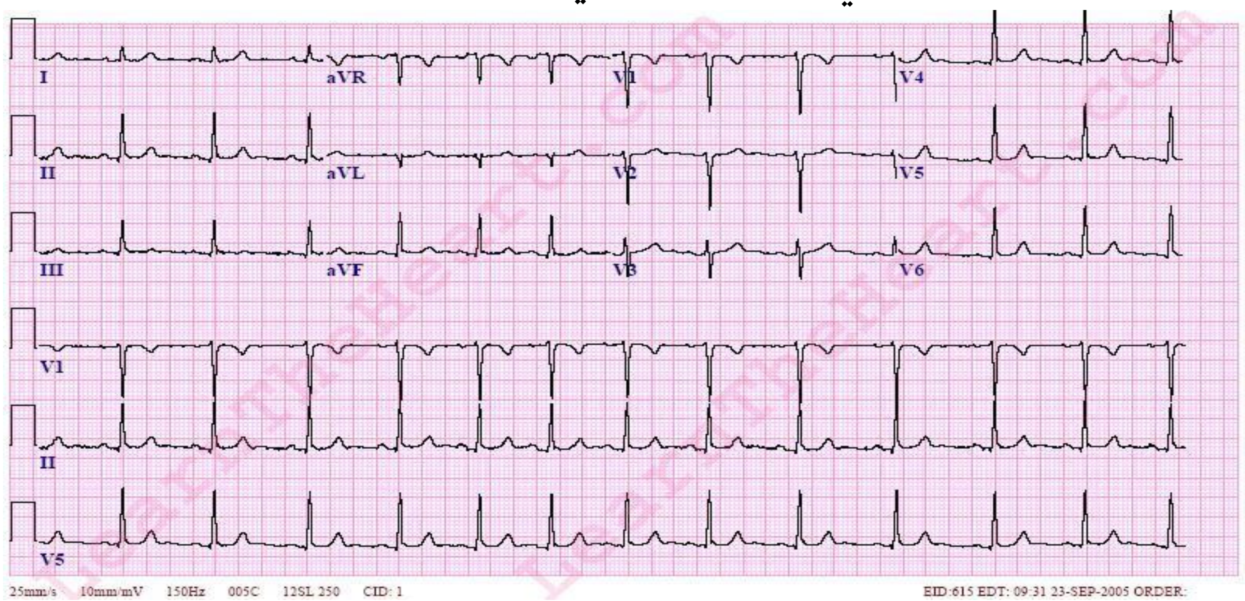
:Sinus Bradycardia

هغه حالت دي چي د نارمل Rhythm ټول خصوصيات ولري، مګر يواځي د R-R ترمنځ د غټو مربع ګانو تعداد زيات وي او HR پکي له 60/bpm څخه کم وي.



:Sinus Arrhythmia

کله چي په يوه ECG کي د نارمل Rhythm ټول شرطونه موجود وي مګر د R-R interval په ټولو ليډونو کي سره يوشان نه وي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

:Premature Beat

Ectopic beat او Extra systole هم ورته وايي او يو داسي ضربان دي چي د SA node څخه بهر د کوم بل محراق څخه منشاء اخلي او د بل Sinus beat څخه مخکي واقع کيږي، چي کيدلي شي له لاندي ځايونو څخه منشاء واخلي:

1. Atria
2. Nodal
3. Ventricular

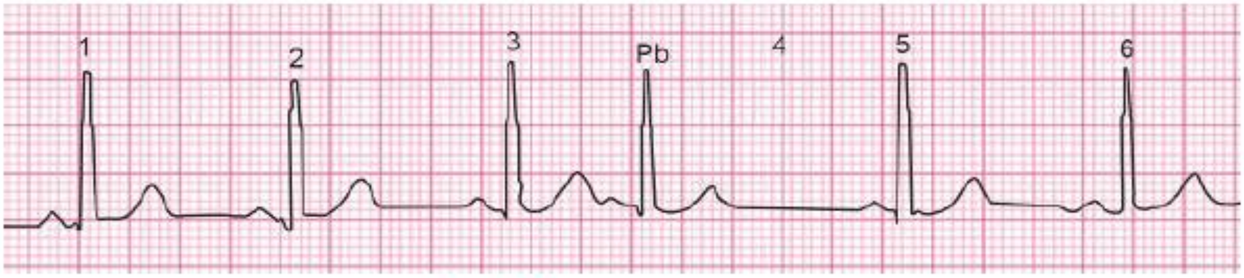


Fig. 8.1: Premature beats

په پورته انځور کي Premature beat د 3 نمبر beat څخه وروسته راغلي دي چي په نتيجه کي 4 نمبر چي نارمل beat دي پاتي شوي دي او د لږ ځنډ وروسته په 5 نمبر کي نارمل Sinus beat شروع شوي دي.

:Sinus Pause (Sinus Arrest)

دلته SA نوډ سياله نه شي توليد کولاي. کله چي د SA node څخه لاندي برخي د Pacemaker په ډول دنده اجرا کړي او يا SA node له سره بيا د سيالو توليد پيل کړي نو برقي فعاليت بيا شروع کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Sinoatrial Block

په دې کې تولید شوي سياله اذيني مايوكارډ ته نه رسيږي او د P-P موجو ترمنځ وقفي رامنځته کيږي. بلاک په څو P-P انټروالونو کې منځته راځي او د Dropped beat څخه وروسته نارمل سايکل بيرته شروع کيږي.

Compensatory Pause يا معاوضوي صفحه:

د Premature beat څخه تر نارمل Beat (Sinus beat) پورې فاصله د معاوضوي صفحې په نوم يادېږي او په دوه ډوله ده:

1. Complete Compensatory Pause
2. Incomplete Compensatory Pause

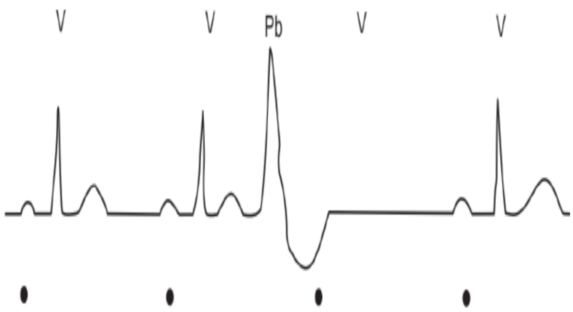


Fig. 8.2: Complete compensatory pause

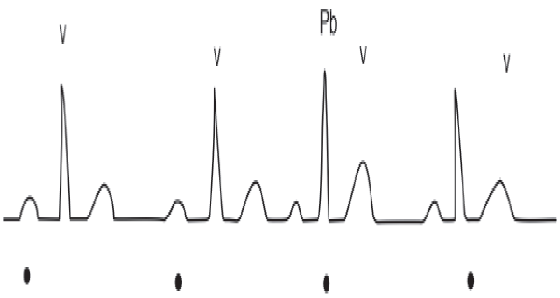


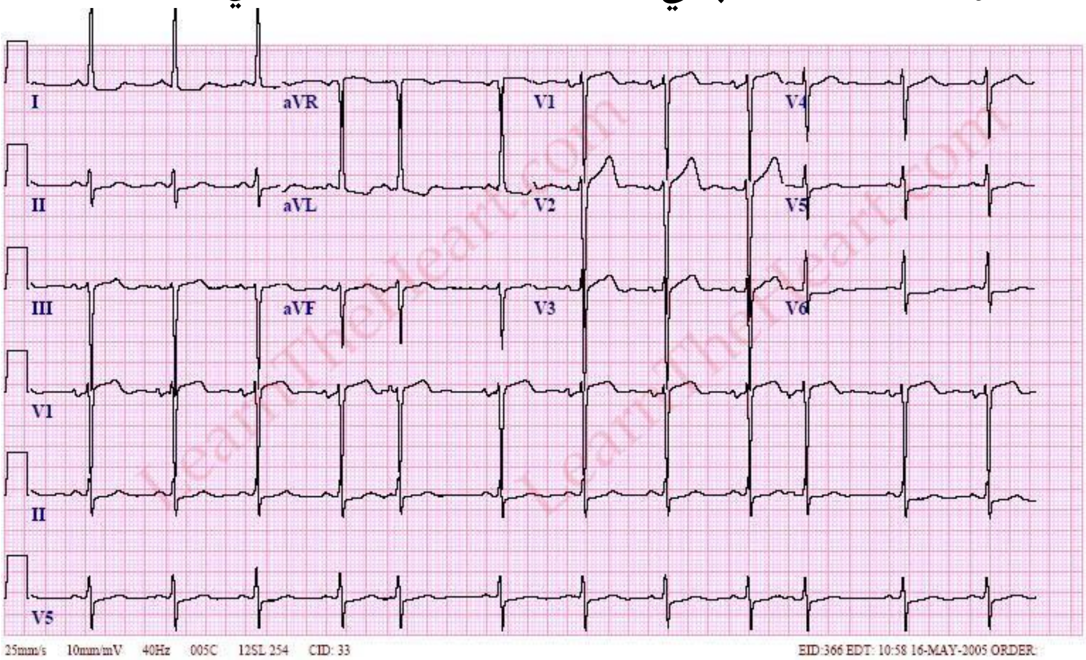
Fig. 8.3: Incomplete compensatory pause

کله چې د نارمل Beat څخه تر Premature beat پورې فاصله او د Premature beat څخه تر راتلونکي Beat پورې فاصله سره جمع شي او حاصل يې د دوه نارمل Beats ترمنځ فاصله باندې تقسيم شي نو که حاصل يې دوه (2) راشي نو مکمله معاوضوي صفحه ده خو که حاصل د دوو څخه کم شي نو نامکمله معاوضوي صفحه ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atrial Premature Beats لاندي خصوصيات لري:

1. د P wave موجوده وي او QRS څخه مخکي وي خو لږه وږه وي.
2. QRS تنګ (Narrow) وي.
3. QRS او T سره هم جهته (Concordance) وي.
4. Compensatory pause پکي نامکمله (In complete) وي.



Nodal Premature Beats لاندي خصوصيات لري:

1. که له Supra nodal part څخه منشاء واخلي نو P wave به له QRS څخه مخکي وي.
2. که له Nodal part څخه منشاء واخلي نو P موجه به په QRS کي مدغم کيږي.
3. که له Infra nodal part څخه منشاء نو P موجه به له QRS څخه وروسته راځي.
4. QRS به Narrow او يا نارمل وي.
5. QRS به له T سره هم جهته (Concordance) وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

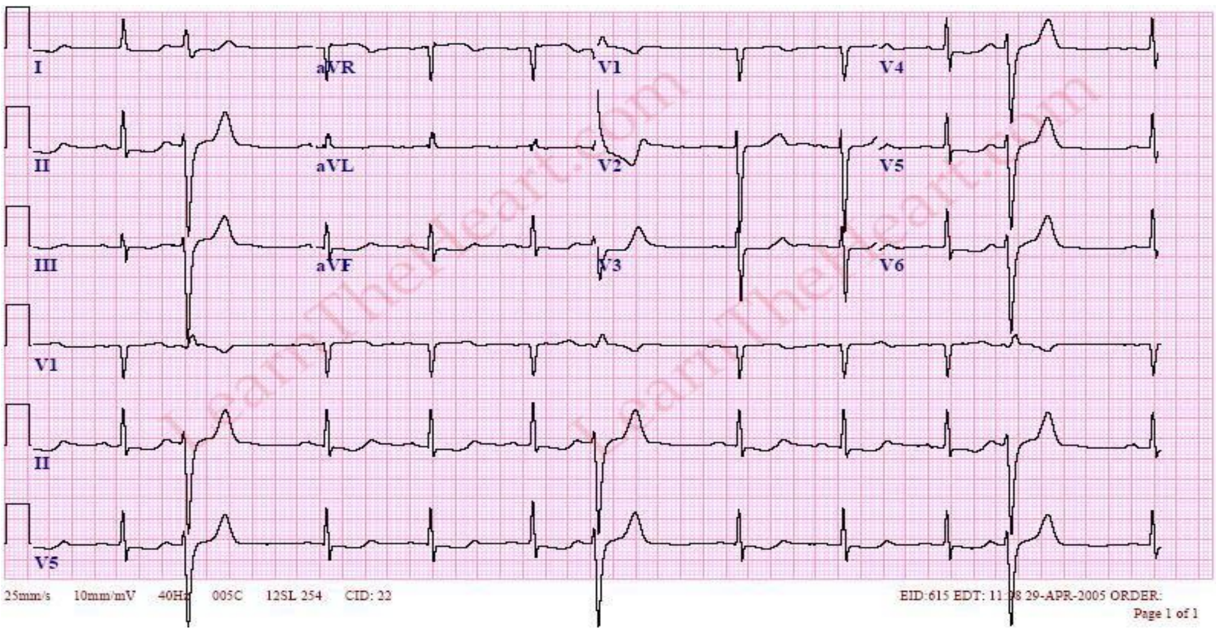
Nodal درې برخې لري:

1. Supra nodal part
2. Nodal (Middle) part
3. Infra nodal part

Ventricular Premature Beats لاندې خصوصيات لري:

1. P wave پکې نه وي.
2. QRS پکې پراخه وي.
3. QRS د T سره Apposite (Dis concordance) وي.
4. Compensatory pause پکې مکمل وي.

د Ventricular Premature Beats ناروغان په دوه حالتونو کې تداوي کيږي يو دا چې کله اعراض ورکړي او بل دا چې په ټوله ECG کې يې تعداد د 6 څخه زيات شي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

:Ventricular Bigeminy

کله چي یو Beat نارمل او ورپسي بل Premature beat وي نو Ventricular bigeminy بلل کیږي (نارمل Beat ـــ Premature beat ـــ Normal beat ـــ PB)

:Ventricular Trigeminy

هر کله چي د هر دوه نارمل Beats په تعقیب یو Premature beat راشي نو Ventricular trigeminy ورته وايي.

:Ventricular Quadrigeminy

هر کله چي د هر دري نارمل Beats په تعقیب یو Premature beat راشي نو Ventricular quadrigeminy ورته ویل کیږي.

Paroxysmal Supra Ventricular Tachycardia

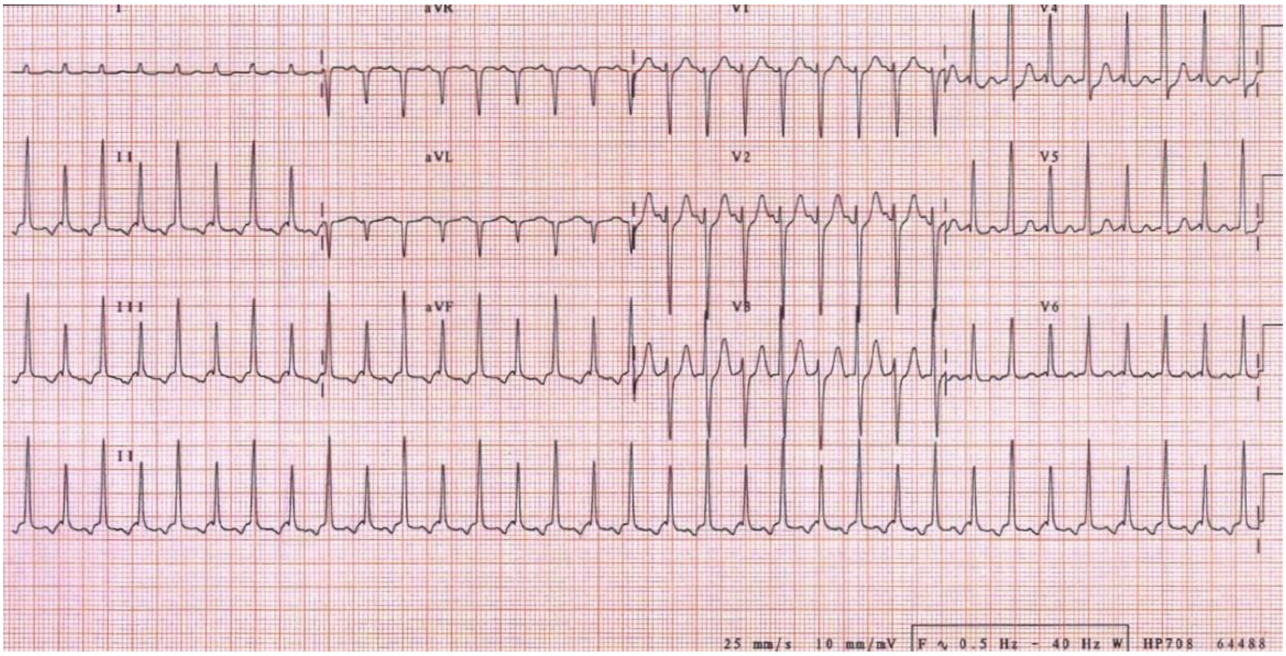
(PSVT)

PSVT لاندي تشخیصیه کرایتیریاوي لري:

1. Rate یې 140-240/bpm وي.
2. Rhythm یې غیر منظم (Irregular) وي.
3. Re-entry Circuit =Pacemaker
4. P موجه کیدلي شي رسمه شي او یا کیدلي شي د زیات Rate له کبله رسمه نه شي.
5. PR interval یې نارمل وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

6. او QRS پکې هم نارمل وي.



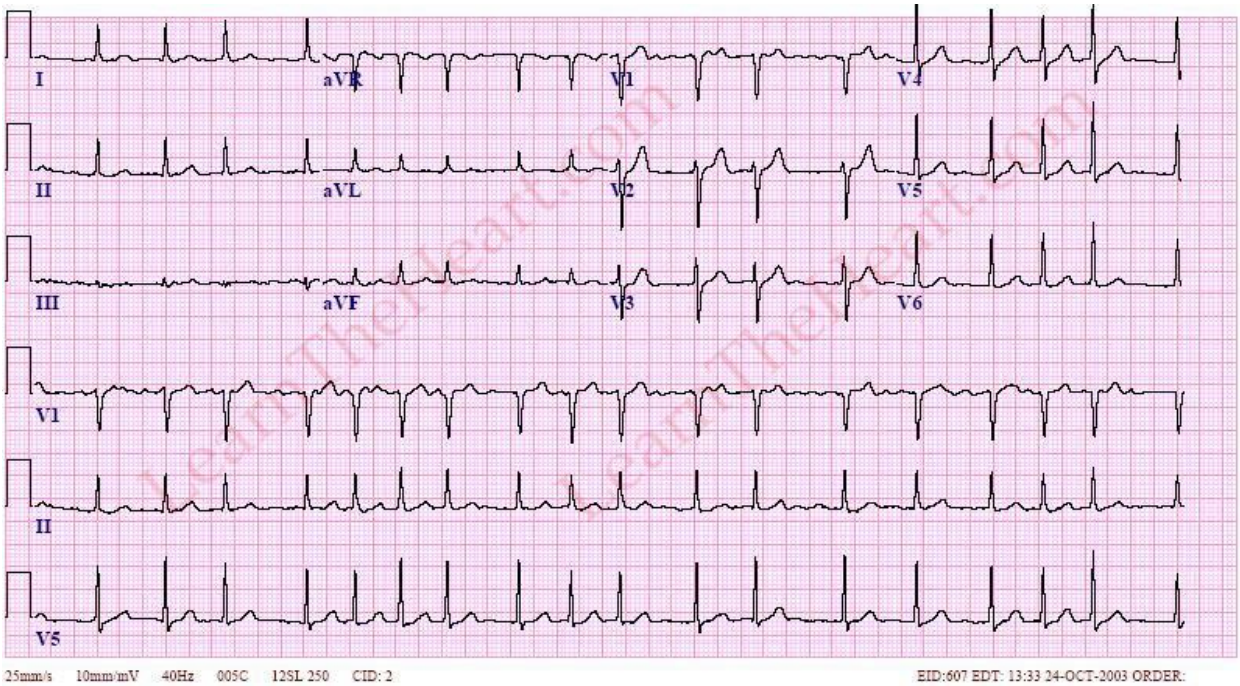
:Atrial Fibrillation (AF)

د اذيناتو غير منظم او غير مؤثر تقلصات دي چي غيري منظم نبض (Pulse deficit) توليدوي. د اذيناتو دې ډول تقلصاتو ته بطينات په غير منظمو انټروالونو ځواب وايي.

AF لاندې کرايټيرياوې لري:

1. Atrial Rate د 300-600/bpm پورې وي خو AV node ټولو سيالو ته ځواب نه وايي.
2. Irregular Irregular Rhythm وي.
3. د P موجه نه وي موجوده (replaced by fibrillating wave).
4. او Base line vibration موجود وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



16.21 Common causes of atrial fibrillation

- Coronary artery disease (including acute MI)
- Valvular heart disease, especially rheumatic mitral valve disease
- Hypertension
- Sinoatrial disease
- Hyperthyroidism
- Alcohol
- Cardiomyopathy
- Congenital heart disease
- Chest infection
- Pulmonary embolism
- Pericardial disease
- Idiopathic (lone atrial fibrillation)

:Atrial Flutter

په دي کي Rate ډېر زيات وي خو PR interval منظم وي.

Atrial flutter لاندې کرايتيرياوې لري:

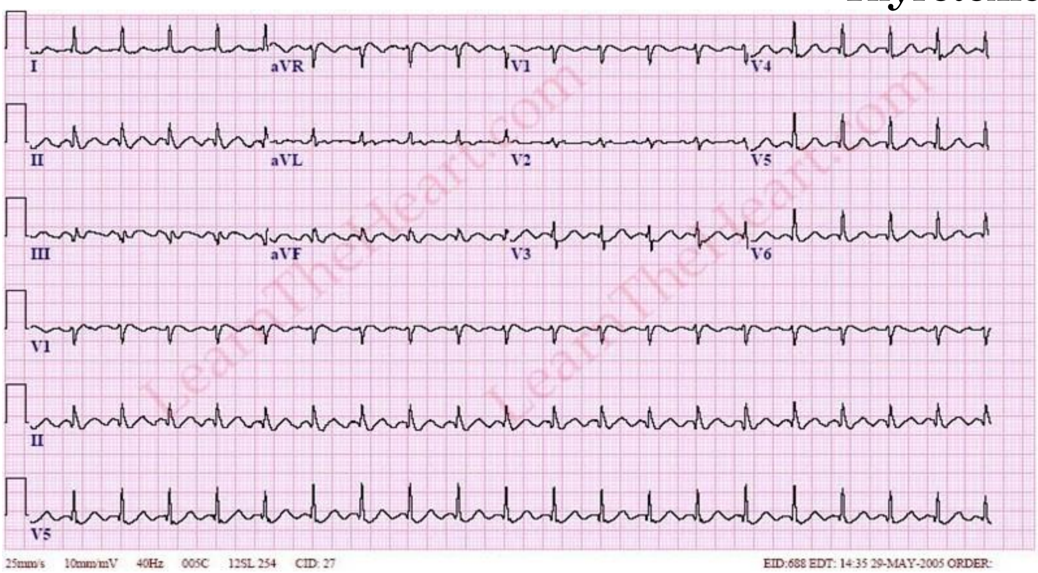
1. Rate يکي 250-350/bpm وي.
2. اذيني ريتم پکي منظم وي او بطيني انتقال پکي 2:1 څخه تر 8:1 پورې وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. Re-entrant circuit =Pacemaker
4. د P موجه پکي د آري د غاښونو (Saw tooth) په شان وي.
5. او د PR انټروال پکي ثابت وي.

د Atrial Flutter اسباب:

1. Rheumatic fever
2. Acute Myocardial Infarction
3. Hypertension
4. Thyrotoxicosis



:Multifocal Atrial Tachycardia (MAT)

دا د اذيناتو د مختلفو محراقونو څخه منشاء اخلي او د Atrial fibrillation سره ورته دي خو په دې کي دوه خاص تغيرات وي:

1. P wave موجوده وي او څرنګه چي د مختلفو محراقونو څخه منشاء اخلي نو مختلف شکلونه لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. R-R interval پکي مختلف وي ځکه AV node مختلفو محراقونو ته په مختلفو ځايونو کي ځواب وايي.

د Atrial fibrillation سره يي فرق دادي چي په AF کي P موجه نه وي او دلته وي.

د Sinus arrhythmia سره دا فرق لري چي P wave پکي نارمل وي.

MAT د سږو د ناروغيو او د شديد ځو سيستمونو ناروغۍ لکه Shock، Sepsis، Acidosis او Electrolyte disturbances له وجي پيدا کيږي.

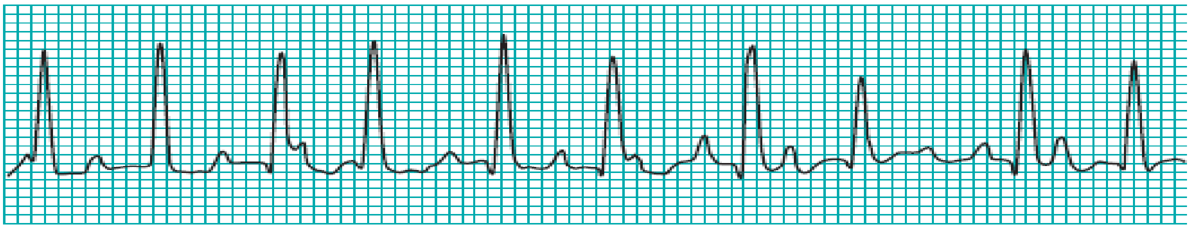
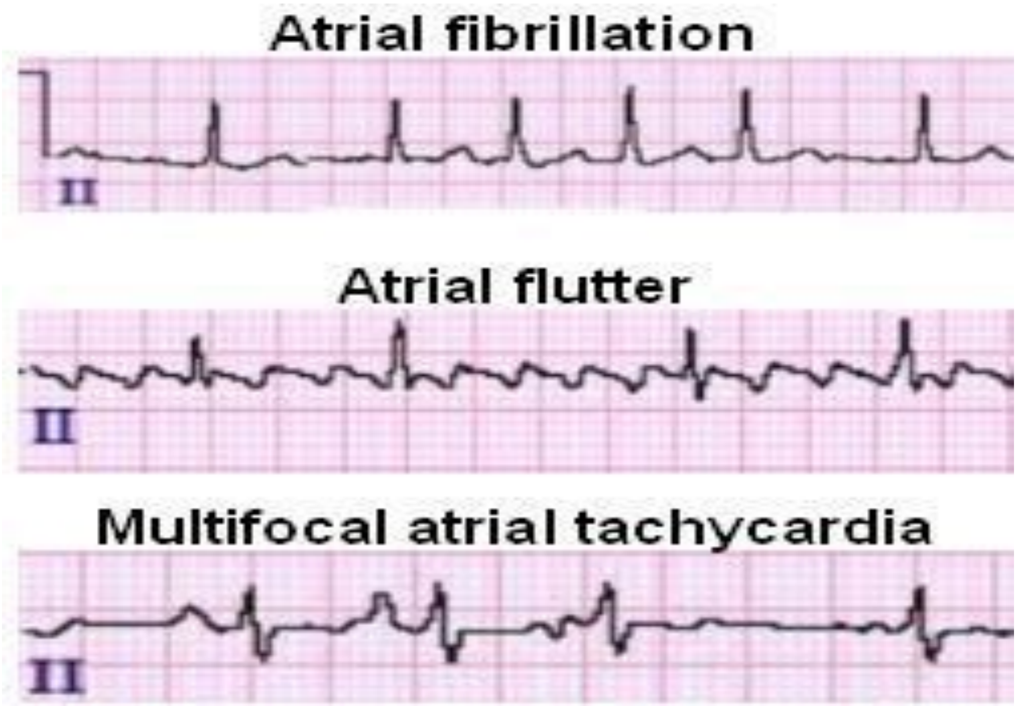


Figure 4.11 Multifocal atrial tachycardia.



(c) ketabton.com: The Digital Library

:AV nodal Re-entry Tachycardia

دلته Re-entry circuit په AV node کې وي.

لاندې کرایتیریاوې لري:

1. P wave به د QRS سره ډیره نږدې وي او یا به هیڅ موجوده نه وي.
2. QRSبه نارمل وي.
3. T موجه به هم نارمل وي.

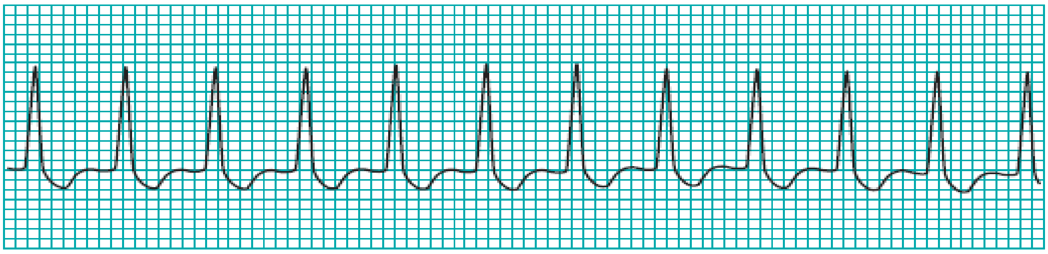


Figure 5.3 An atrioventricular nodal re-entrant tachycardia.

:Ventricular Tachycardia

که چیرته درې یا له دریو څخه زیات V.P.C په مسلسل ډول په یو لیډ کې رامنځته شي نو VT بلل کیږي.

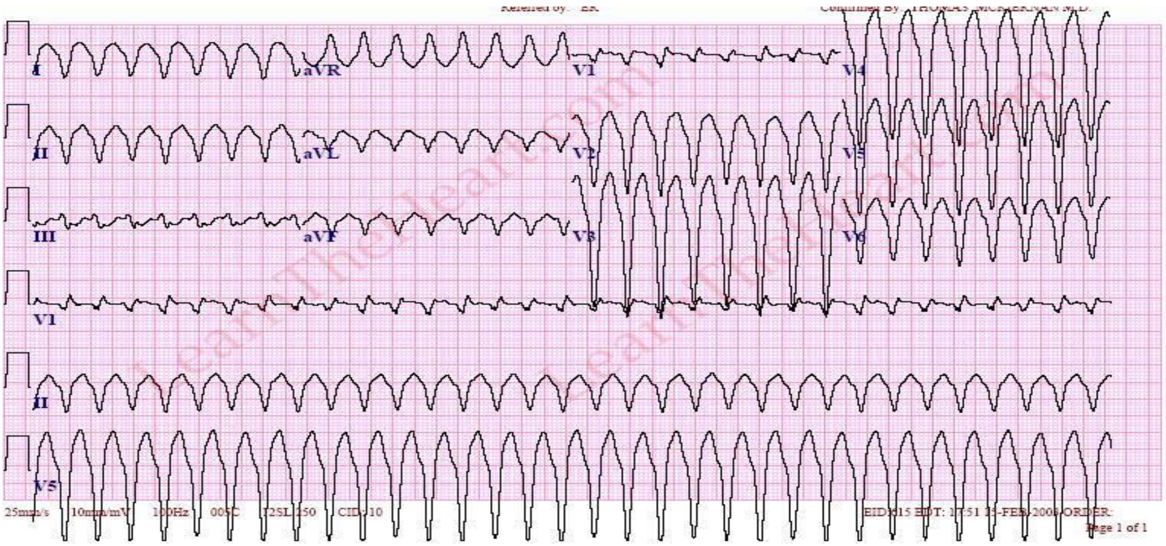
VT د دوام له نظره په دوه ډوله ده:

1. Sustaind VT (حقیقي): چې دوام یې 30sec څخه زیات وي.
2. Non Sustained VT: چې دوام یې د 30sec څخه کم وي.

د شکل له نظره هم VT په دوه ډوله ده:

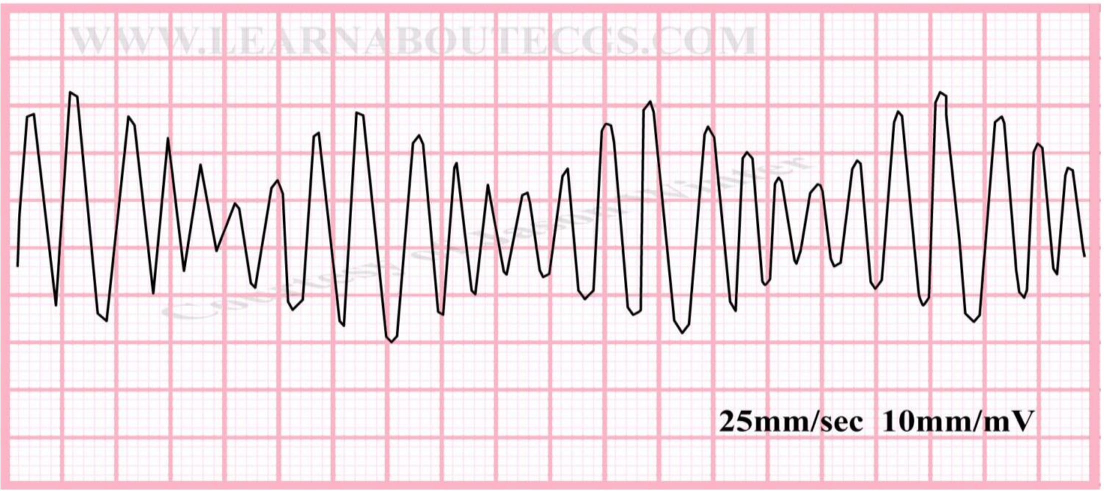
1. Monomorphic VT: چې په یو لیډ کې ټول QRS یو ډول شکل ولري ځکه چې Ectopic محراق یې یو وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



2. Polymorphic VT: په دې کې Ectopic محراقونه مختلف وي او مختلف شکلونه لري.

Polymorphic Ventricular Tachycardia



د Ventricular Tachycardia تشخیصیه کرایتیریاوي په لاندې ډول دي:

1. Rate معمولاً 100-200/bpm وي.
2. Rhythm معمولاً منظم او کله کله غیر منظم وي.
3. P wave موجوده نه وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. QRS complex پراخه وي او Bizarre شکل لري.

د VT اسباب:

1. Acute MI
2. Chronic IHD
3. Myocarditis
4. Ventricular Aneurysm
5. Electrolyte Imbalance (Hypokalemia)

:Ventricular Fibrillation (VF)

تشخیصیه کرایتیریاوې یې په لاندې ډول دي:

1. Rate یې 350-600/bpm وي.
2. Rhythm یې غیرې منظم وي.
3. QRS پراخه، غیرمنظم او Bizarre شکل لري.
4. ST segment، P wave او T wave موجوده نه وي.

VF هم په دوه ډوله دي:

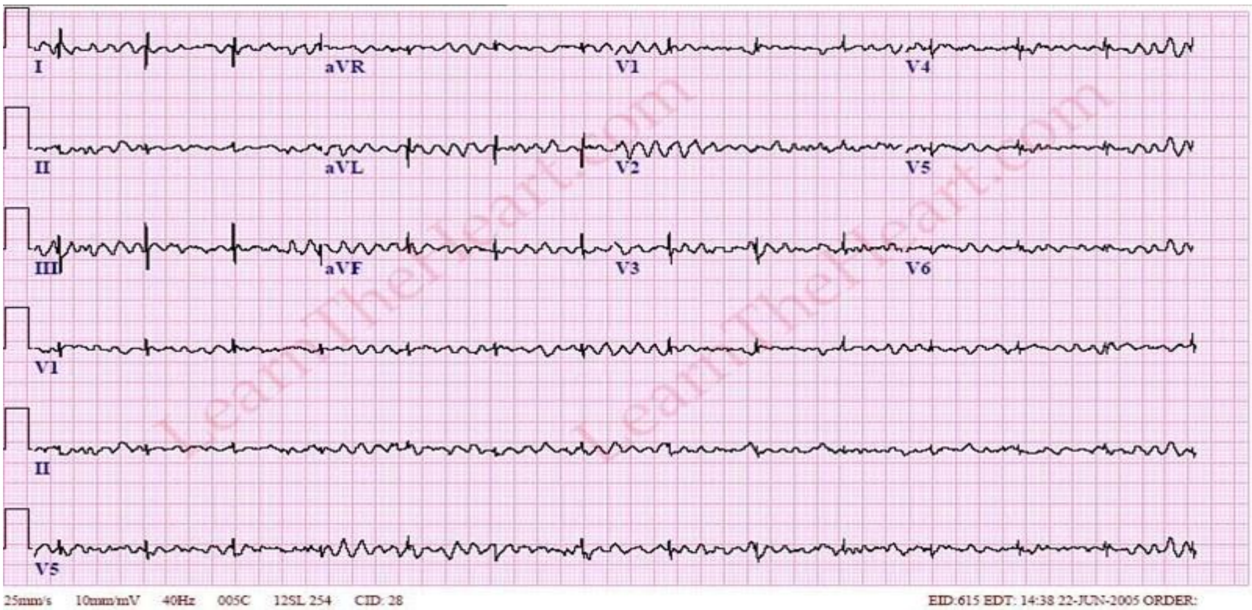
1. Fine
2. Coarse

د VF اسباب:

1. Acute MI
2. Electrolyte Imbalance

(c) ketabton.com: The Digital Library

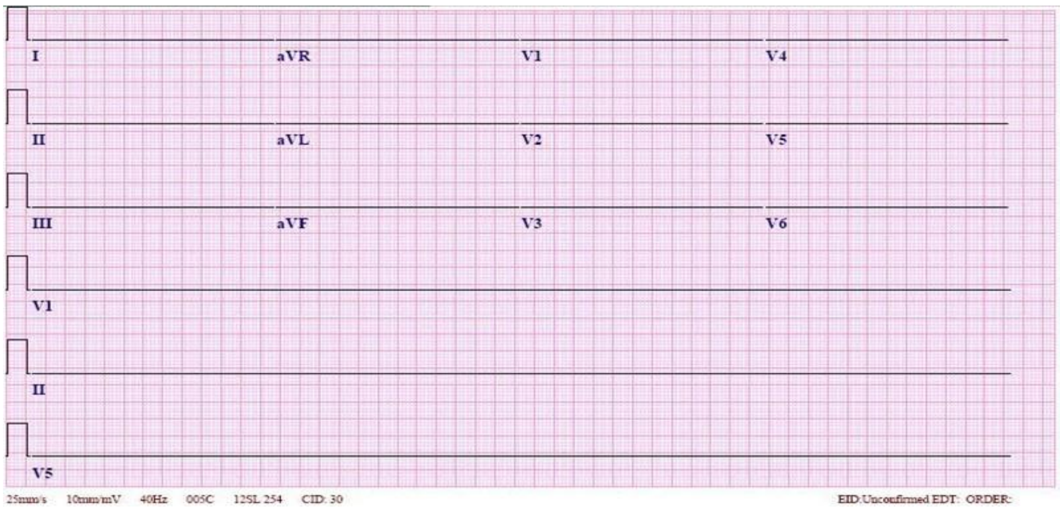
3. په اوبو کي ډوبيدل
4. د دواګانو د ډوز زياتيدل (Digoxin)



دې ناروغانو ته DC shot ورکول کيږي او بايد د Asystole سره غلط نه شي ځکه د ناروغ د مرګ سبب کيدلي شي.

:Asystole

کله چي ECG په لاندې ډول وي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه بلاکونه

:Sino Atrial Block

په دې کې په SA node کې سياله توليد شوي وي خو سياله Atrial myocardium ته نه انتقاليږي، ځکه سياله په Sino Atrial junction کې بلاک شوي وي چې په نتيجه کې د P-P ترمنځ وقفه پيدا کيږي چې P-P interval دوه چنده وي. د Dropped beat څخه وروسته بيرته نارمل سايکل شروع کيږي او د P wave هم لري.

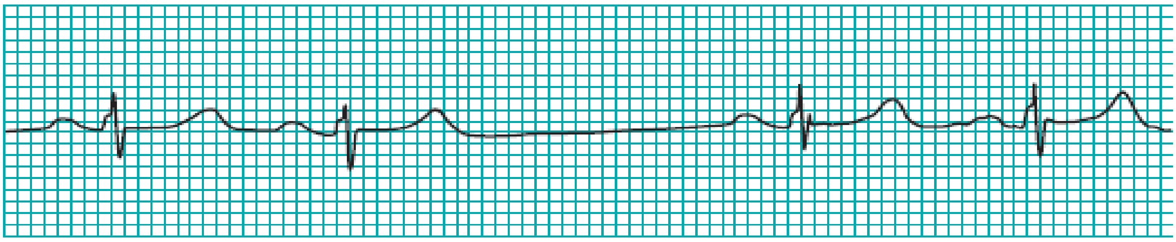


Figure 3.2 Sinoatrial block (note the pause is twice the P-P interval).

:Sinus Arrest (Sinus Pause)

په دې کې SA node نه شي کولاي چې سياله جوړه کړي نو P wave موجوده نه وي او وقفه يې اوږده وي.

:AV Block

کله چې سياله په AV node او يا His Bundle کې بلاک (وځنډيږي) شي نو AV block بلل کيږي نو په دې حالت کې PR interval اوږديږي. PR interval موږ ته هغه وخت راښيي چې سياله پکې له اذيناتو څخه بطيناتو ته انتقاليږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

AV block درې درجې لري:

1. First degree AV block
2. Second degree AV block:
   1) Mobitz Type I
   2) Mobitz Type II
3. Third degree (Complete) AV block

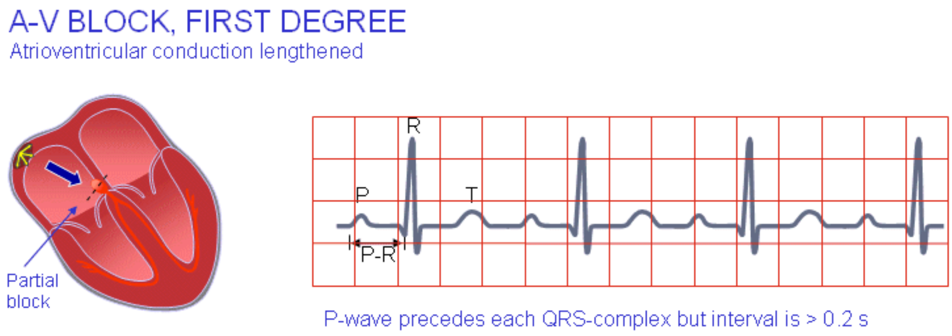
1. First Degree AV Block:

PR Interval Prolongation is Called First Degree AV block.

دا كيداي شي نارمل وي خو د خطرناكو ناروغيو نښه هم كيداي شي لكه:

Digoxin Toxicity، Rheumatic Fever، Pericarditis، MI.

Normal PR Interval= 0,12-0,20 seconds.



Prolonged P-R interval:

More than 0.20 seconds (5 mm).

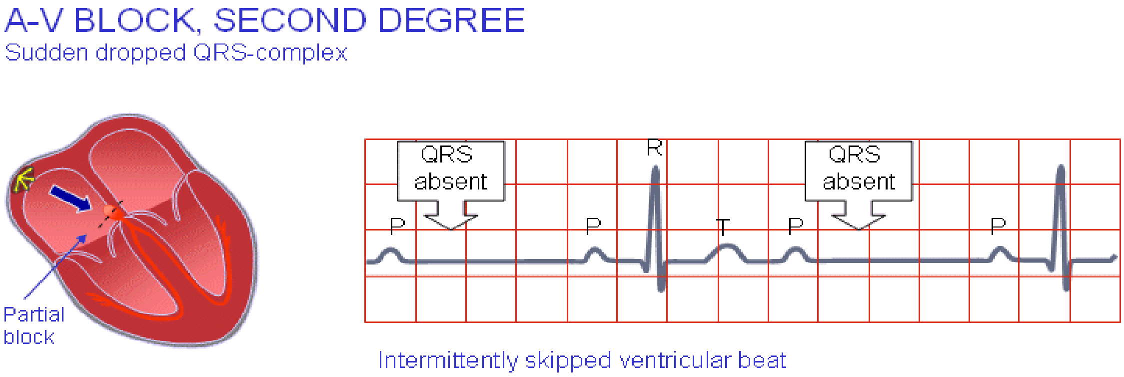
1. AV block.
   - First degree AV block

Criteria

Here PR interval is prolonged beyond 0.20 sec. and remains constant from beat to beat.

Fig. 7.15: First degree AV block

2. Second Degree AV Block:



دا دوه ډولونه لري:

1) Mobitz Type I Block:

Criteria:

There is Progressive lengthening of PR interval followed by a drop beat.

یعني په دې کې په پرمختلونکي ډول سره د **PR interval** اوږدیږي او بیا یو **drop beat** منځ ته راځي.

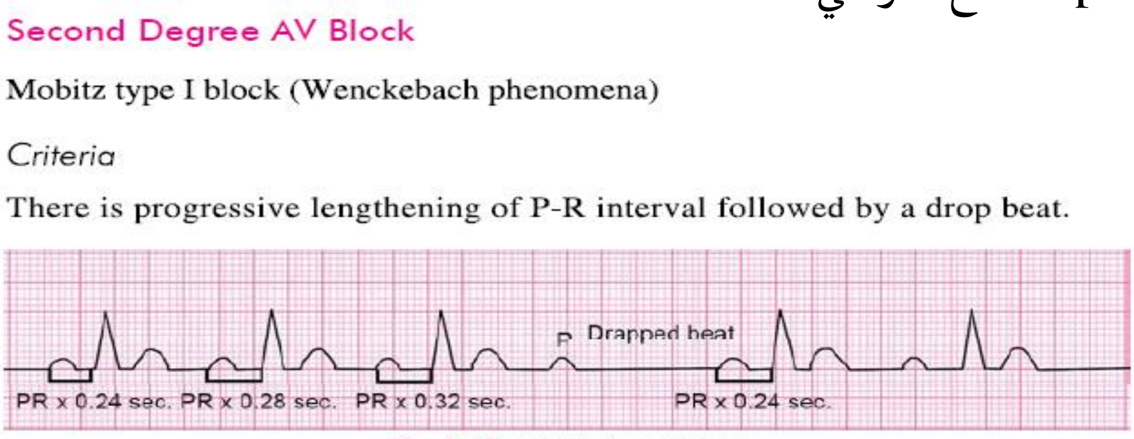


Fig. 7.16: Mobitz type I block

2) Mobitz Type II Block:

There is no Progressive lengthening of PR interval followed by a drop beat.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د PR interval اوږدیدل پکي ثابت وي او وروسته یو Drop beat رامنځته کیږي، له First degree AV block سره دا فرق لري چي دلته dropped beat رامنځته کیږي.

د Mobitz type II Block اختلاطات:

I. Complete heart block
II. Heart Failure
III. Stokes-Adams Attacks

Mobitz Type II Block

Criteria

There is no progressive lengthening of P-R interval, followed by a drop beat.

Fig. 7.17: Mobitz type II block

Complications
1. Complete heart block.
2. Heart failure.
3. Stokes-Adams attacks.

3. Third Degree AV Block:

کله چي هیڅ سیاله له AV node څخه نه شي تیریدلای او اذینات پخپل سر او بطینات په خپل سر کار کوي او د دواړو ترمنځ هیڅ رابطه نه وي یعني د P او QRS ترمنځ کومه رابطه نه وي.(د P موجې زیاتې خو QRS کمې وي)

Third Degree AV Block

Criteria

Here P wave has no relation to QRS complex. It always has more P waves than QRS complex.

Fig. 7.18: Third degree AV block

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Bundle Branch Block

RBBB Criteria	LBBB Criteria
QRS>0,12 sec	QRS> 0,12 sec
ددې لپاره III, AVF, V1-V2 لیډونه ګورو که چیرته په پورته لیډونو کې M shape وو نو RBBB خو که چیرې په پورته لیډونو کې W shape وو نو LBBB دی.	ددې لپاره I, AVL, V5-V6 لیډونه ګورو که چیرته په دې لیډونو کې W shape وو نو RBBB دی او که چیرې M shape وو نو LBBB دی.

په پورته حالاتو کې M shape ډیر مهم دی او LBBB ته باید خاصه پاملرنه وکړو ځکه نوې LBBB په Ant wall MI باندې دلالت کوي او په دې حالت کې Thrombolytic ورکوو. د نوې LBBB د معلومولو لپاره Old normal ECG موجوده وي.

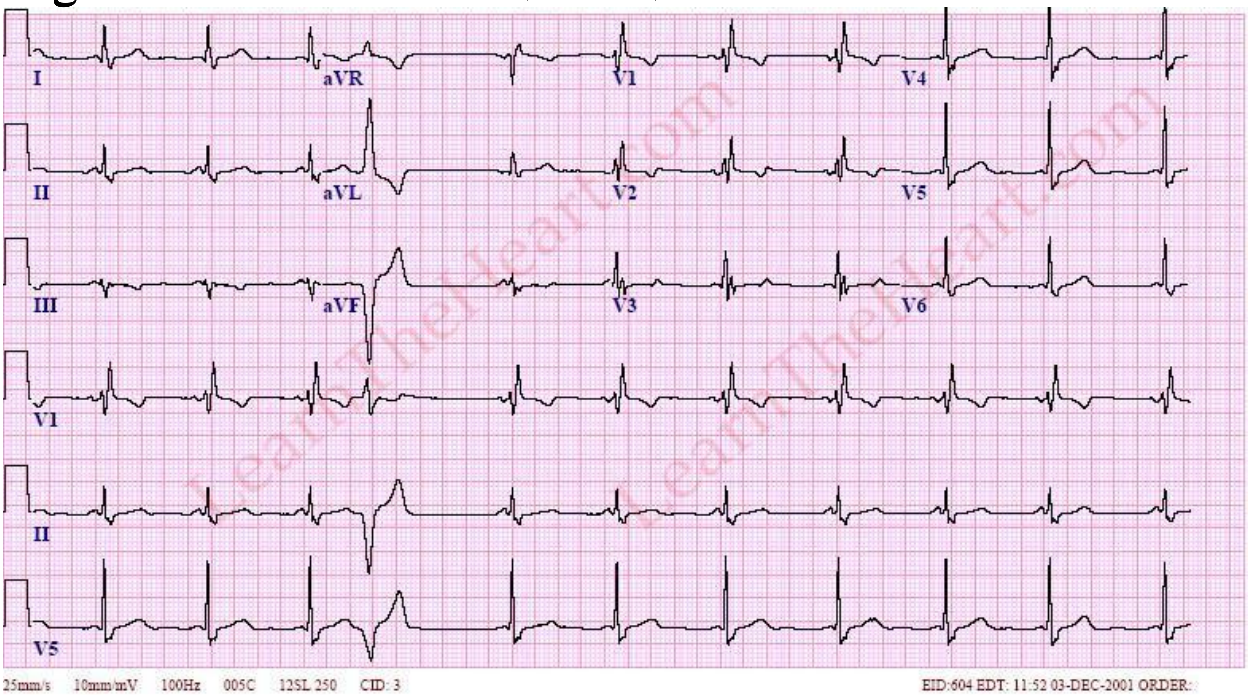
د RBBB اسباب:

1. Acute Myocardial Infarction
2. RV Hypertrophy
3. Chronic Core Pulmonale
4. Pulmonary Embolism

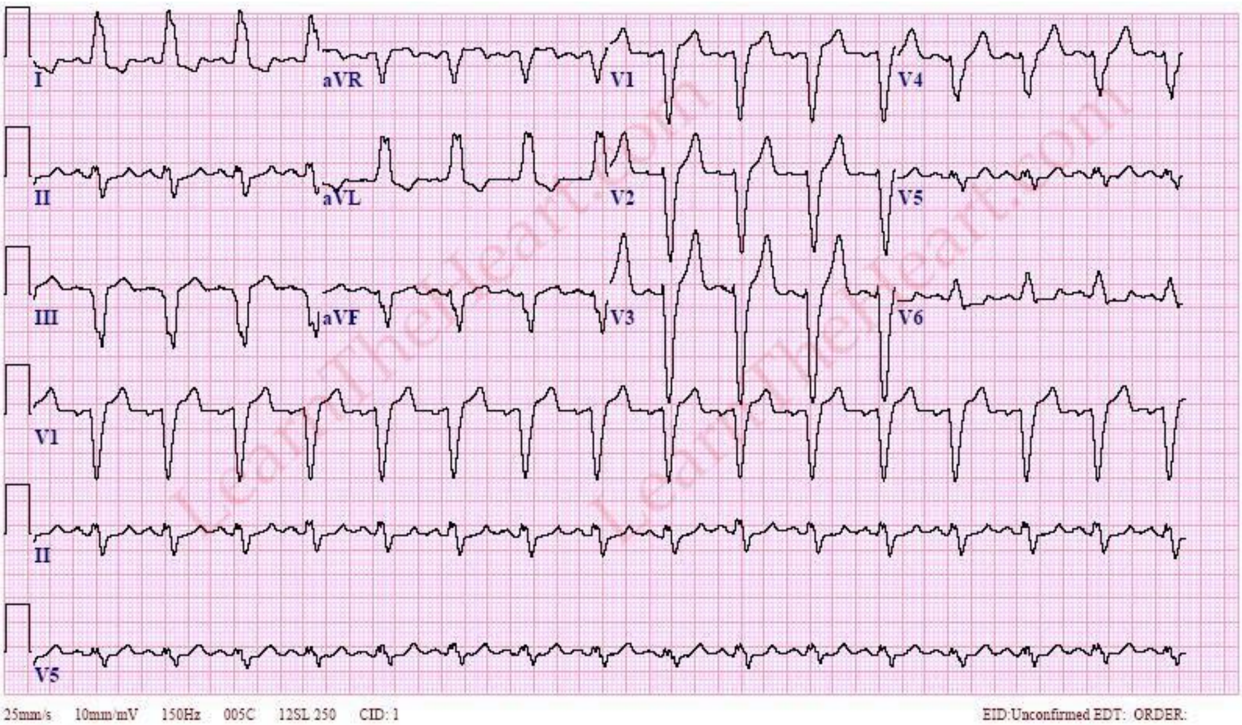
(c) ketabton.com: The Digital Library

په RBBB كي كيدلي شي Right Axis Deviation موجود وي خو LBBB هميشه له Left Axis Deviation سره يوځاي وي.

Right Bundle Branch Block (RBBB):



Left Bundle Branch Block (LFBB):



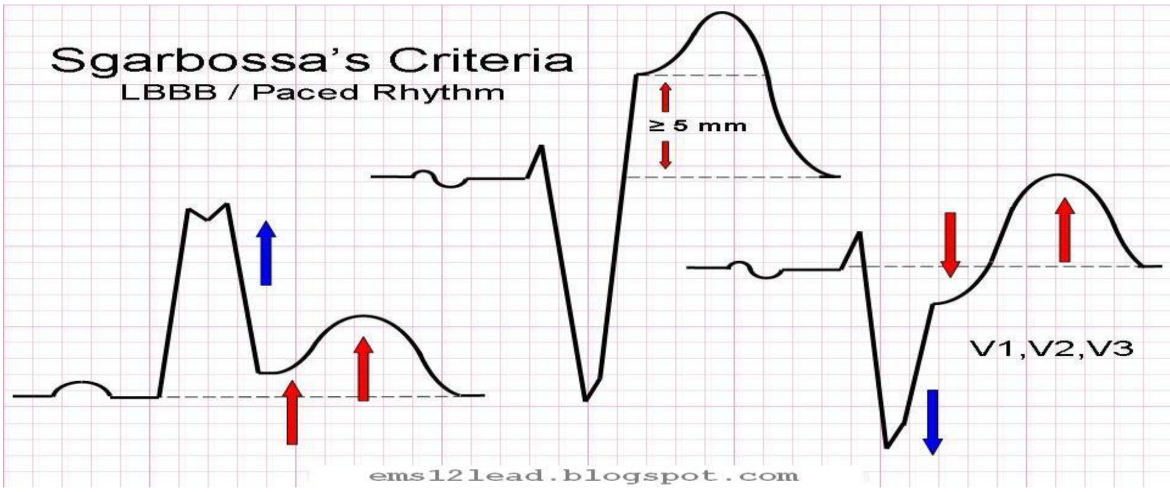
(c) ketabton.com: The Digital Library

:Sgarbossa's Criteria

هغه وخت چې LBBB د MI سره یوځای وي نو ددې لپاره د Sgarbossa کرایتیریاوي په لاندې ډول دي:

1. ST Elevation> 1mm in a lead with Positive QRS: دا پنځه نمرې لري.
2. ST Depression> 1mm in lead V1, V2, V3: دا درې نمرې لري.
3. ST Elevation> 5mm in a lead with negative (Disconcordante) QRS: دا دوه نمرې لري.

دا ټولې 10 نمرې کیږي او که په دې کې درې نمرې موجودې وي نو په Ant MI دلالت کوي.



:Left Anterior Fascicular Block

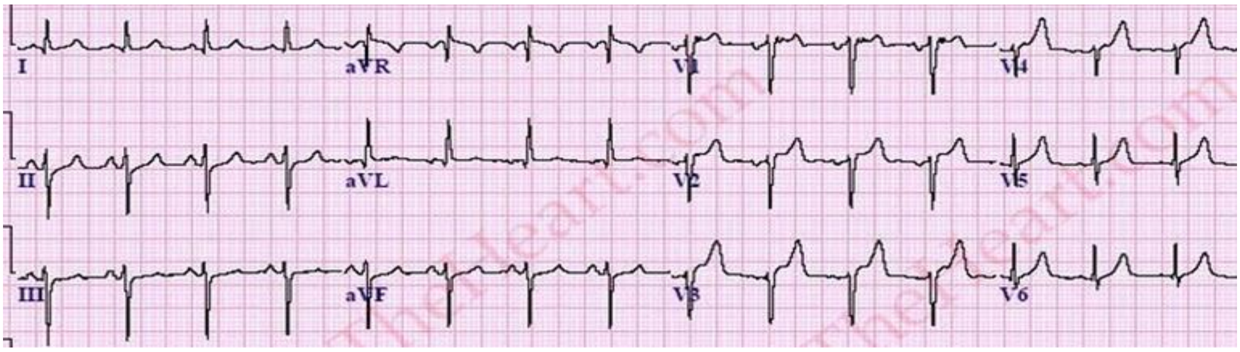
ددې لپاره I او III لیډونه ګورو.

1. په اول لیډ کې د QR موجودیت.

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. په دریم لیډ کي د RS موجودیت.
3. Left Axis Deviation.

A Left anterior fascicular blocks occurs when the anterior fascicule of the left bundle branch is no longer able to conduct action potentials.



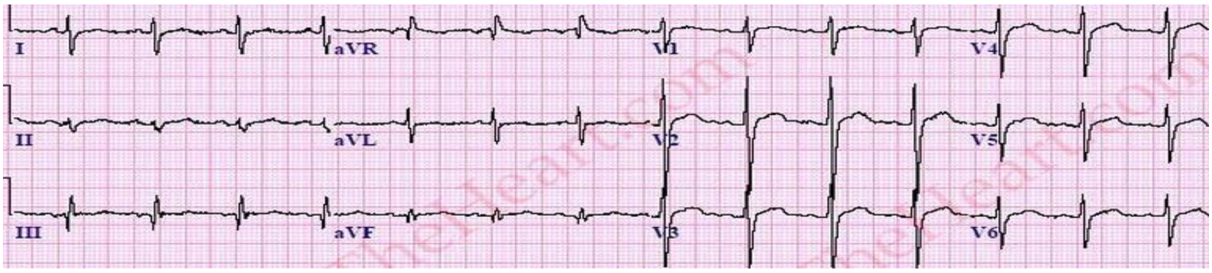
:Left Posterior Fascicular Block

A LPFB occurs on the ECG when the post Fascicule of the left bundle branch is no longer able to conduct action potentials.

دا ډیر عام نه دي ځکه ډیر مایوکارډ باید تخریب شي ترڅو LPFB رامنځ ته شي.
ددې کرایتیریاوي په لاندي ډول دي:

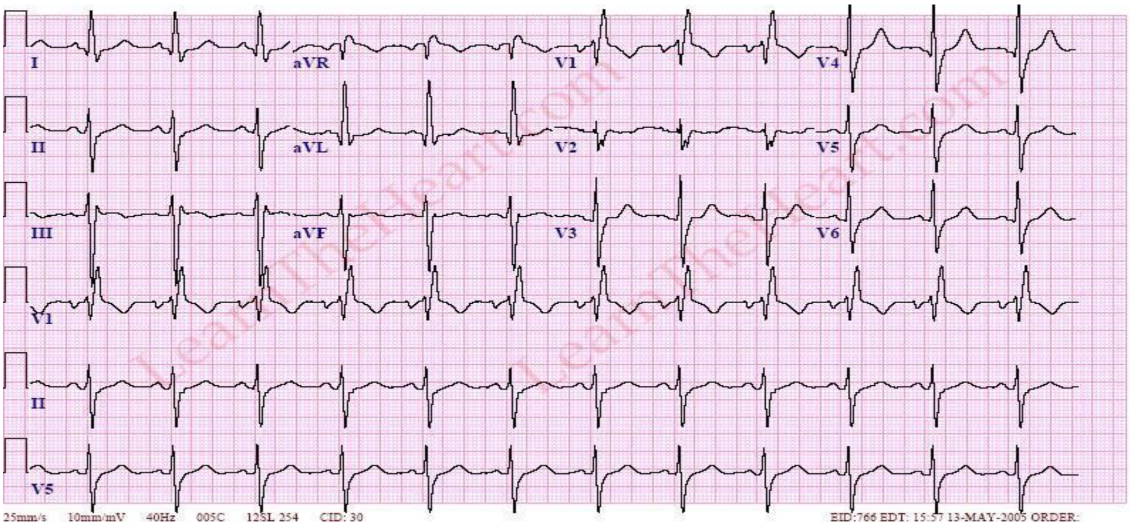
1. Right Axis Deviation
2. The Presence of a QR complex in lead III and RS complex in Lead I
3. Absence of Right atrial enlargement and RVH: ځکه که دا موجود وي نو پورته تغیرات د همدي له وجې منځته راځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



:Bi fasicular Block

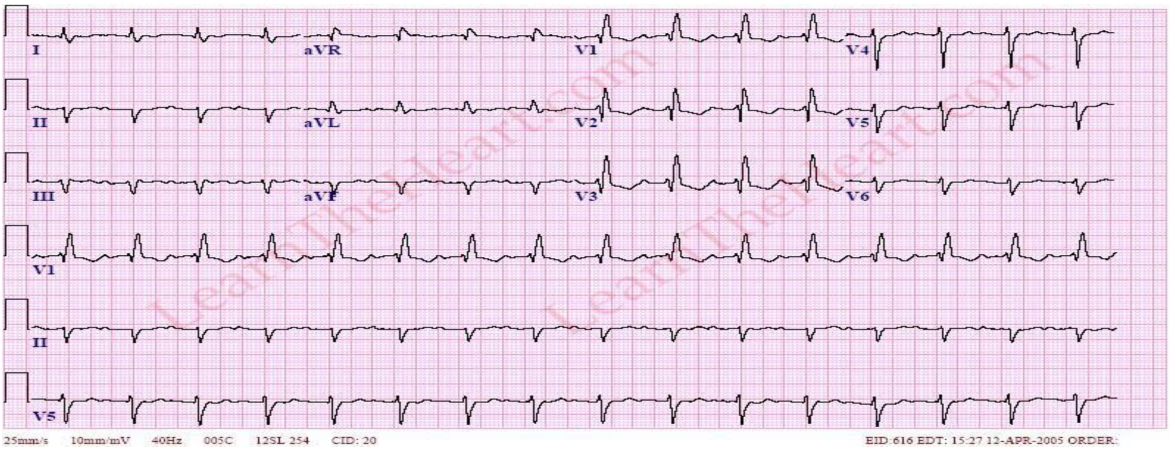
که چیرته RBBB سره LAFB او یا LPFB یوځاي شي نو دا Bifasicular بلاک دي. او ددې دواړو شتون ډیر خطرناک دي ځکه د لوړې درجې AV block خطر پکې وي او د Pacemaker اینبودو ته ضرورت پیدا کوي.



:Tri fascicular Block

کله چې ناروغ کې RBBB، LAFB یا LPFB او First degree AV block یوځاي وي ورته ویل کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



(c) ketabton.com: The Digital Library

د زړه د جوفونو لويوالي او غټوالي

(Hypertorophies)

:Left Ventricular Hypertrophy

اسباب:

1. Hypertension
2. Hypertrophic Cardiomyopathy
3. Aortic Stenosis
4. Coarctation of Aorta

لاندې کرایتیریاوي لري: (Sokolow lyon criteria)

1. چې په V5 یا V6 کې R موجه 26mm یا له دې ځخه زیاته شي.
2. د V1 ځخه S او V5 یا V6 ځخه R سره جمع کوو که حاصل د 35mm ځخه زیات شي نو په Left ventricular Hypertrophy دلالت کوي.

I. Sokolow-Lyon criteria: Sum of depth of S wave in V1 and height of R wave in lead V5 or V6 = 35 mm/ or R wave in V5 or V6 > 26 mm (more sensitive)
II. Any precordial lead > 45 mm.
III. The R wave in aVL > 11 mm.
IV. The R wave in lead I >12 mm.
V. The R wave in aVF >20 mm.

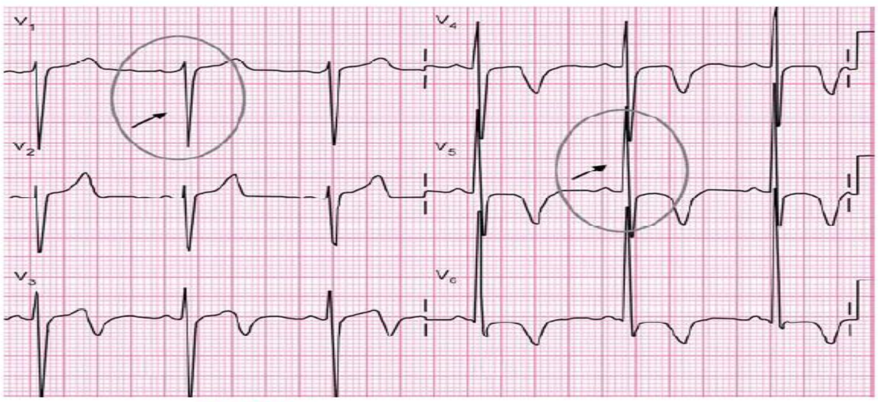


Fig. 7.37: ECG of left ventricular hypertrophy

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Left Ventricular Strain Pattern

دا یو ګذري اسکیمیا ده او په Chronic Hypertensive ناروغانو کې منځته راځي.

1. په V4, V5, V6 لیډونو کې په محدب شکل (Concave) باندې T depression ولیدل شي او په غیر متناظر ډول سرچپه T موجه ورسره موجوده وي.
2. او معکوس تغیرات یې په V1, V2, V3 کې ولیدل شي.

STRAIN PATTERN

Strain pattern refers to the ST and T wave configurations that arise from repolarization abnormalities found in either RVH or LVH.

Left Ventricular Strain Pattern

Criteria

1. In leads V4, V5 and V6, ST depression with downward concavity and inverted asymmetric T wave.
2. In V1, V2 and V3, there are reciprocal changes like ST elevation with upward concavity and an upright asymmetric T wave.

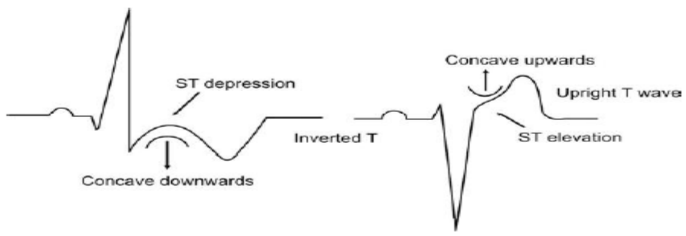


Fig. 7.38: Left ventricular strain pattern

:Right Ventricular Hypertrophy

اسباب:

1. Chronic core pulmonale
2. Pulmonary HTN
3. Pulmonary stenosis
4. Fallot's of Tetralogy

(c) ketabton.com: The Digital Library

RVH دريې کرايټيرياوې لري:

1. که په V1 ليډ کې د R موجه په S موجې باندې تقسيم شي او حاصل يې له يو څخه زيات شي.
2. د V1 ليډ R د V5 او V6 د S موجې سره جمع شي او حاصل يې د 11mm څخه زيات شي.
3. R موجه په AVR کې د 5mm څخه زياته شي.
4. په V1 کې R موجه د 7mm په اندازه او يا ورڅخه زياته شي.
5. په V1 کې S موجه د 2mm يا ورڅخه زياته شي.

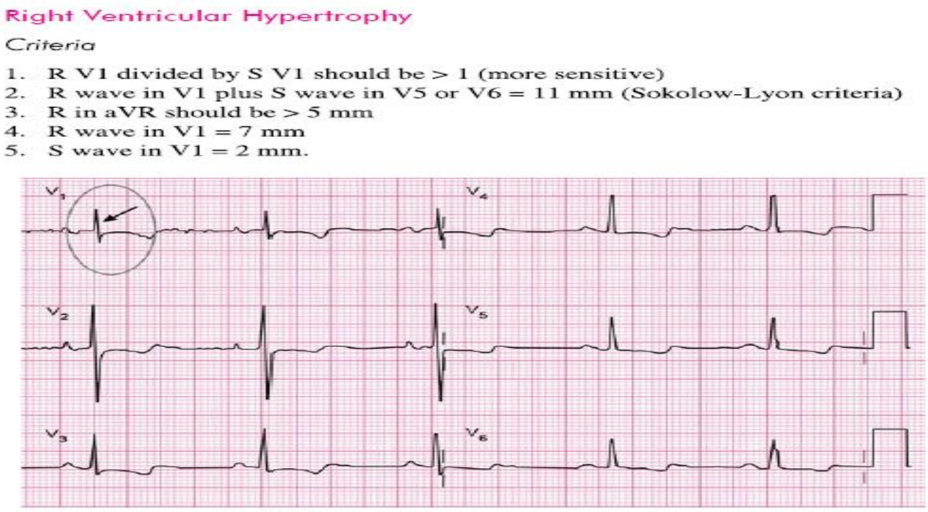


Fig. 7.39: ECG of right ventricular hypertrophy

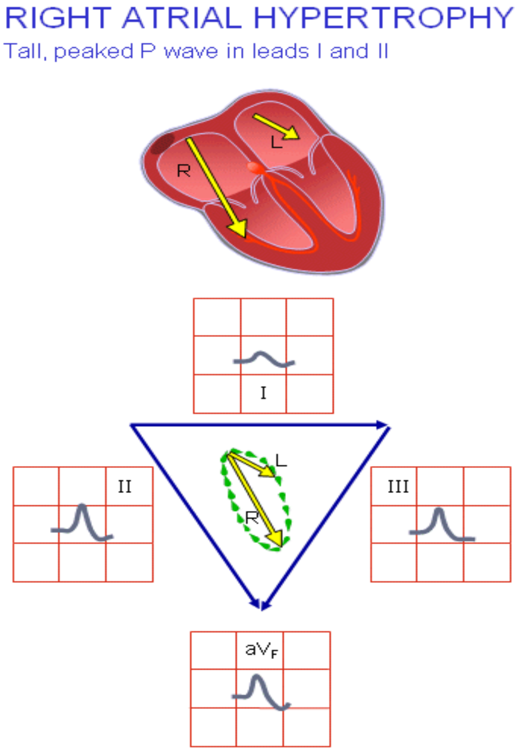
:Right Ventricular Strain Pattern

اکثره Pulmonary HTN کې وي او دوه کرايټيرياوې لري چې په V1-V2 کې ليدل کيږي.

1. Concave downward ST segment which is Depressed
2. Inverted Asymmetric T wave

دا معکوس تغيرات نه لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library



Right Ventricular Strain Pattern

Criteria

In leads V1 and V2:

1. Concave downward ST segment which is depressed.
2. Inverted asymmetric T wave

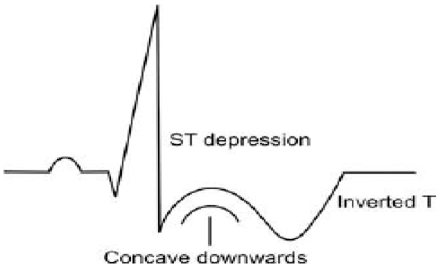


Fig. 7.40: Right ventricular strain pattern

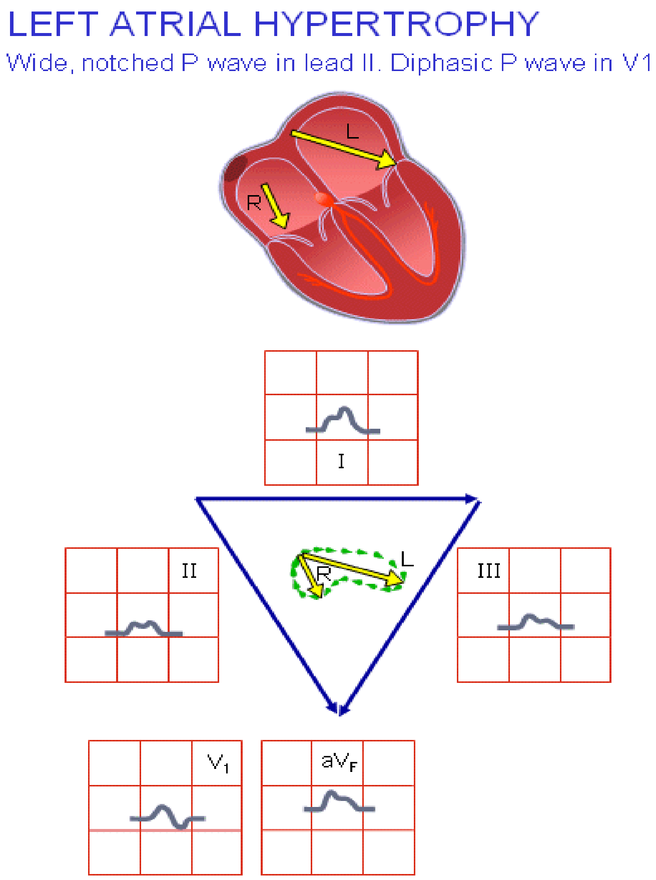
:Right Atrial Enlargement

د اذيناتو د Depolarization څخه P wave رسميږي چي لومړي نيمه د ښې اذين او دوهمه نيمه د چپ اذين د Depolarization په سبب رسميږي.

خومره چي د عضلي کتله زياتيږي نو Voltage زياتيږي نو د Tricuspid stenosis په سبب د Right atrium عضلي کتله زياتيږي او کومه P موجه چي ورڅخه رسميږي لوړيږي چي په II او III ليډ کي ښه معلوميږي. دغه لوړه P موجه د Peaked P wave يا P. Pulmonale په نوم يادېږي. که چيرته د RVH په شواهدو سره يوځاي نه وي او يواځي P. Pulmonale موجوده وي نو مشکل په Tricuspid valve کي دي خو که د RVH شواهد ورسره يوځاي وي نو Pulmonary HTN دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Left Atrial Enlargement



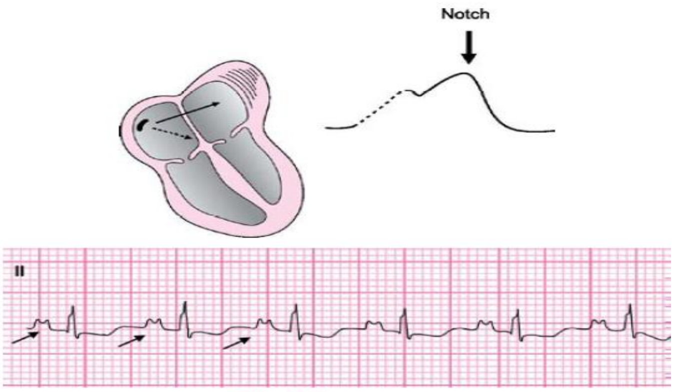


Fig. 7.11: P mitrale

د چپ اذين د غټوالي له کبله د P Mitral موجه رسميږي، چپ اذين په Mitral stenosis کي لوړيږي. P Mitral پراخه وي او د يو Notch درلودونکي وي چي د Bifid P wave او Notch P wave په نوم يادېږي. په دي کي ښي اذين برخه P موجه نارمل وي.

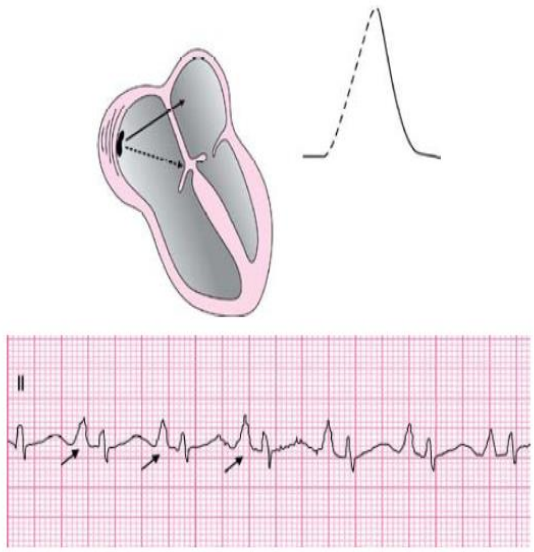


Fig. 7.12: P pulmonale

(c) ketabton.com: The Digital Library

د الکترولايټونو تشوشات

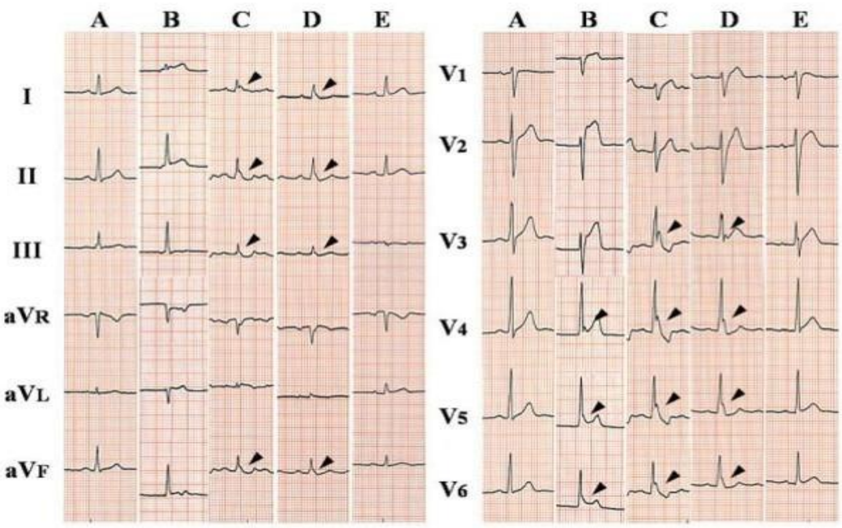
(Electrolytes Disturbances)

:Hypercalcemia

کله چي په وينه کي د کلسيم سويه د 12mg/dl (ځيني کتابونه 10mg/dl ښايي) څخه زياته شي نو ورته Hypercalcemia وايي.

لاندي کرايتيرياوي لري:

1. Shortening of QT interval
2. Shortening of ST segment
3. Osborn wave (J wave) (د QR په تعقيب منځته راځي)



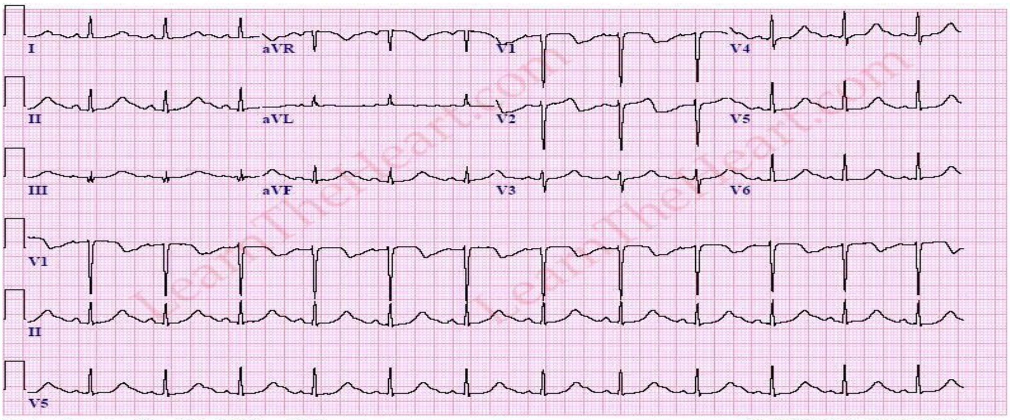
:Hypocalcemia

کله چي په وينه کي د کلسيم سويه د 8mg/dl څخه کمه شي ورته Hypocalcemia وايي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

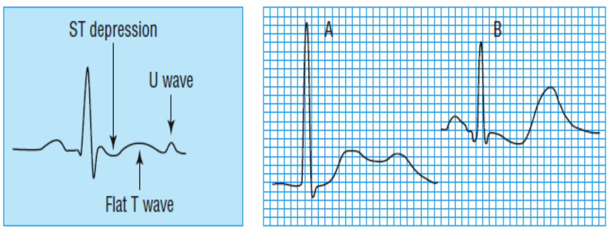
لاندې کرایتیریاوې لري:

1. QT interval prolonged
2. ST segment Prolonged
3. او که له Hypocalcemia سره Hyperkalemia یوځای وي نو ST segment او T موجه به لوړه وي.



:Hypokalemia

کله چې په وینه کې د پوتاشیم سویه د 3,5 meq/dl څخه کمه شي نو ورته Hypokalemia وایي.



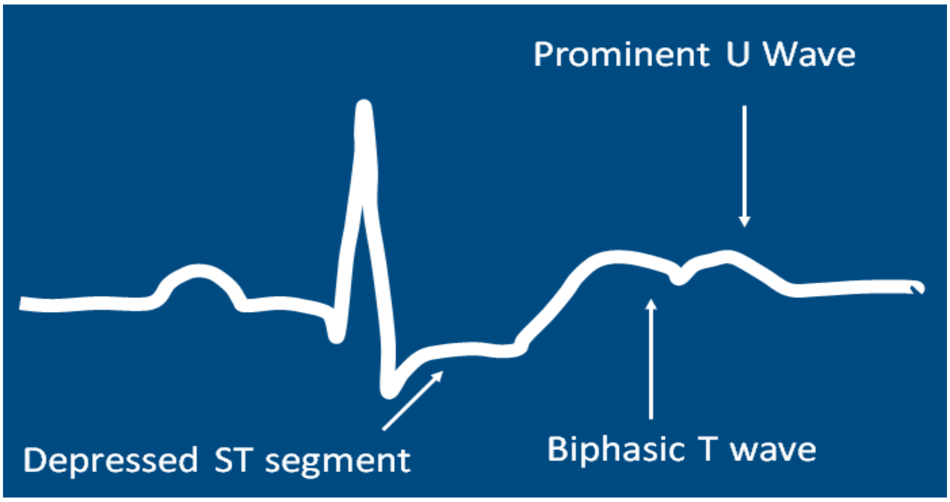
Left: Diagram of electrocardiographic changes associated with hypokalaemia. Right: Electrocardiogram showing prominent U wave, potassium concentration 2.5 mmol/l (A) and massive U waves with ST depression and flat T waves, potassium concentration 1.6 mmol/l (B)

لاندې کرایتیریاوې لري:

1. د T wave هوارېدل یا سرچپه کېدل.
2. د U موجې بارز کېدل.
3. ST depression
4. د P موجې د امپلیتود زیاتیدل او پراخه کېدل.
5. PR interval prolongation
6. QT interval prolongation

(c) ketabton.com: The Digital Library

7. بطيني ارتيماګاني لکه VF، VT، VPCS او داسي نور.
8. اذيني ارتمياګاني لکه Atrial Fibrillation، Atrial Flutter، MAT يا PSVT.



:Hyperkalemia

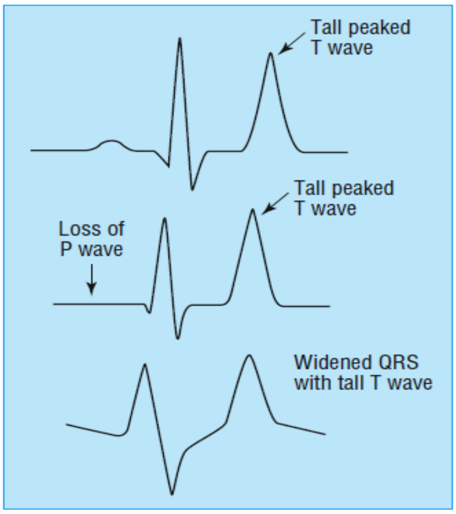
کله چي په وينه کي د پوتاشيم اندازه د 5,5meq/dl څخه زياته شي ورته hyperkalemia وايي.

لاندي کرايتيرياوي لري:

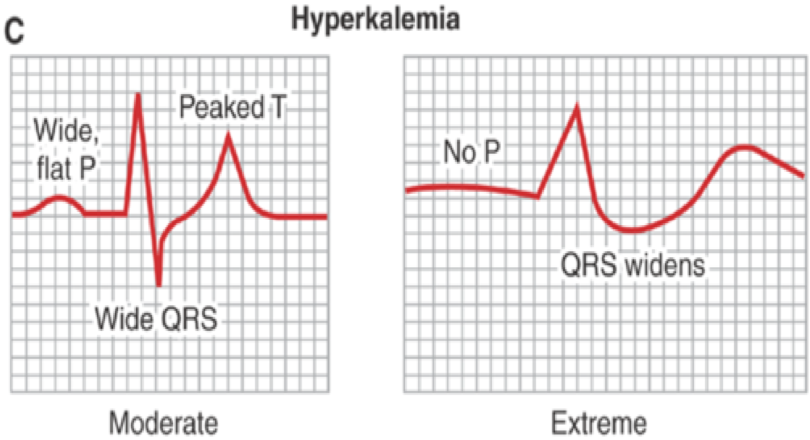
1. Hyper acute T wave: کله چي Limb ليډونو کي د 5mm او Chest leads کي د 10mm څخه زيات شي او دا هغه وخت راځي کله چي د پوتاشيم اندازه 5,5-6,6mmol/dl وي.
2. Absent P wave: کله چي د پوتاشيم اندازه 6,5-7,5mmol/dl ته ورسيږي.
3. Wide QRS complex: کله چي د پوتاشيم اندازه 7,0-8,0mmol/dl ته ورسيږي.
4. Sine wave: کله چي د پوتاشيم اندازه 8,0-10,0mmol/dl ته رسيږي نو Sine موجې، Ventricular arrhythmia او Asystole پيدا کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

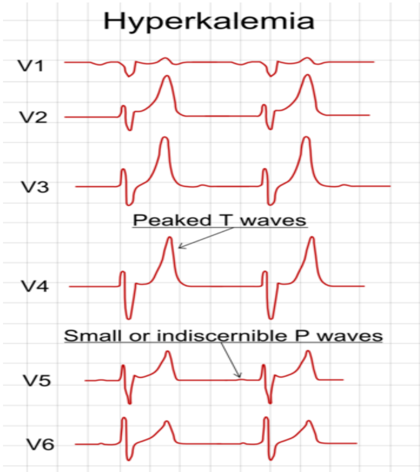
(Sine wave کله چي د T موجې او QRS ترمنځ فرق نه کيږي)

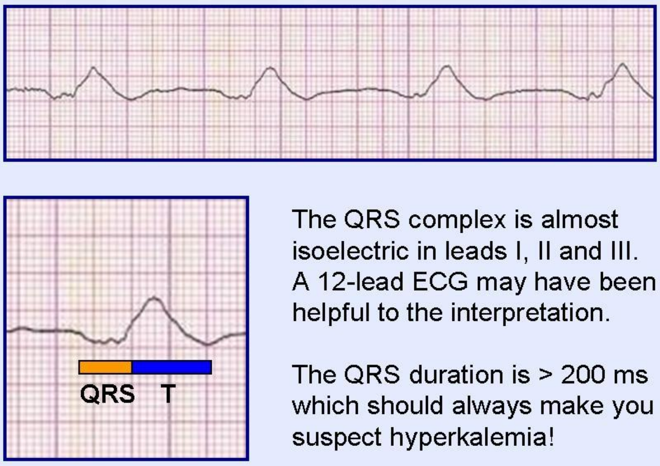


Serial changes in hyperkalaemia



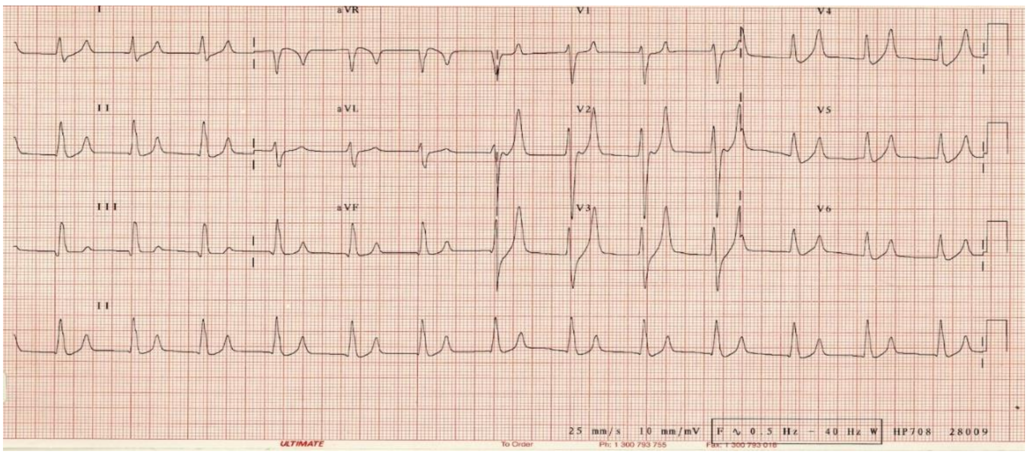
Sine Wave:





The QRS complex is almost isoelectric in leads I, II and III. A 12-lead ECG may have been helpful to the interpretation.

The QRS duration is > 200 ms which should always make you suspect hyperkalemia!



(c) ketabton.com: The Digital Library

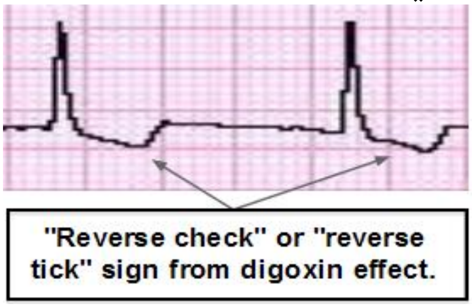
د درملو تاثیرات په ECG کي

(Drugs effects on the ECG)

:Digoxin Toxicity

د Digoxin د تداوی ډوز او توکسیک ډوز ترمنځ ډیره باریکه رابطه ده نو په دې وجه د استعمال په وخت کي یي باید Toxicity ته ډیر متوجه واوسو.

په لاندې خلکو کي د Digoxin د تسمم خطر زیات وي:



1. Old age
2. Renal failure
3. لاغر اشخاص

د Digoxin toxicity ښخه په ECG کي لاندې تغیرات لیدل کیږي:

1. ST segment په کي ښکته خواته وي د (Reverse tick) په شان شکل لري.
2. بطیني ارتمیاګاني او بلاکونه موجود وي.
3. 2:1 Block او First degree AV block او Atrial tachycardia پکي رامنځته کیږي.
4. QTc انټروال پکي لنډیږي.
5. R-R interval پکي اوږدیږي.

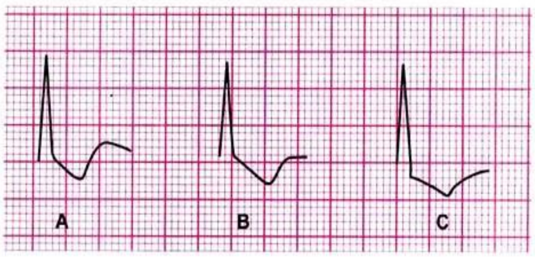
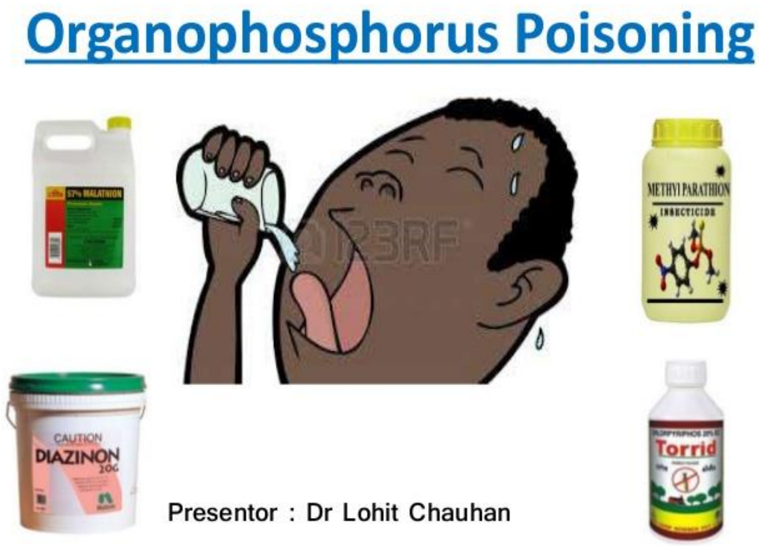


Fig. 9.2 Diagrams of digitalis toxicity and digitalis effect. (A) Reverse check sign. Note the terminal positivity of the T wave. (B) Digitalis toxicity. Note that the terminal part of the T wave does not rise above the baseline. (C) Digitalis toxicity. Note that the terminal part of the T wave does not rise above the baseline. It can also be due to primary T wave abnormality because of coronary artery disease.

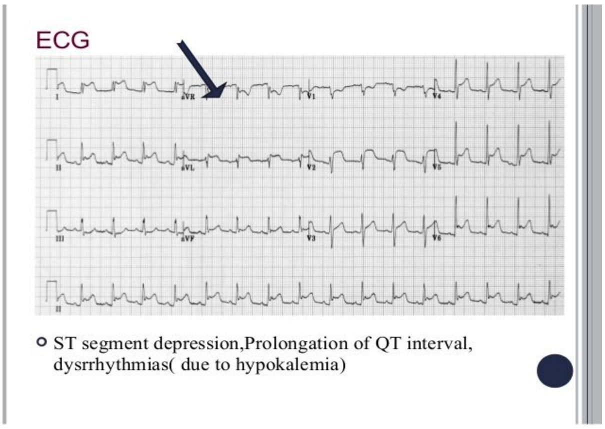
(c) ketabton.com: The Digital Library

Organo Phosphorus Poisoning:



Sing and Symptoms:

1. Salivation
2. Lacrimation
3. Urination
4. Diarrhea
5. GI upset
6. Emesis
7. Bradycardia/ Bronchospasm
8. Meiosis



په ECG کي لاندې تغيرات موجود وي:

1. Sinus bradycardia
2. Sinus tachycardia
3. ST and T wave changes
4. BBB and AV block
5. Supra ventricular premature complex

Quinidine and Procainamide toxicity:

دا پخپله د ارتميا لپاره ورکول کيږي خو کله کله د ارتميا سبب کيږي.

ددې دوا له وجې د مايوکارډ د حجراتو د Repolarization صفحه اوږديږي او په ECG کي ورڅخه لاندې تغيرات منځته راځي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. د QRS د موجې پراخيدل.
2. د QTc انټروال اوږديدل.
3. د T موجې هواريدل يا سرچپه کيدل.
4. د U موجې تبارز او لوړيدل.
5. Monomorphic VT torsade depoint

Amiodarone changes in ECG:

1. First degree AV Block
2. Prolonged QT interval
3. T wave inversion

Anti-Psychotic & Phenothiazine دواګانو تاثيرات په EGC کې:

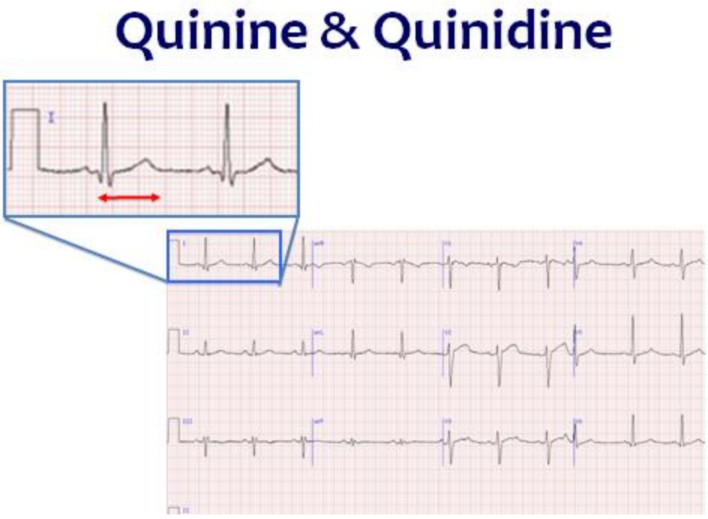
ددې دواړو درملو له کبله لاندې تغيرات په ECG کې منځته راځي:

1. ST segment depression
2. د T موجې هواريدل او يا سرچپه کيدل.
3. د QT فاصلې اوږديدل.
4. د U موجې ښکاره کيدل.
5. د PR فاصلې اوږديدل.
6. د QRS پراخه کيدل.

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Quinine changes in ECG

Quinine د ملاریا ضد دوا ده چي د دماغي ملاریا په تداوی کي ورکول کیږي او په ECG کي د Quinidine سره یوشان تغیرات منځته راوړي.

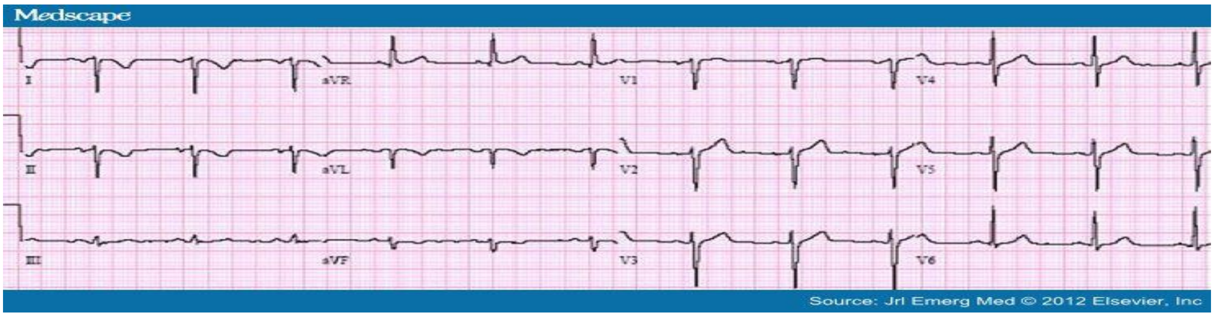


:Limb lead Reversal ECG

که چیرته اطرافي لیډونه غلط شوي وي یعني د ښي لاس په چپ لاس تړل شوي وي نو په ECG کي به لاندي تغیرات ولیدل شي:

1. په I لیډ کي QRS، P او T موجي سرچپه وي.
2. AVR مثبت وي.

چي دا ځیني وخت د Dextrocardia سره مغالطه کیږي خو توپیر یي په دي کیږي چي د V3 او V6 لیډونو کي Voltage کم وي.



(c) ketabton.com: The Digital Library

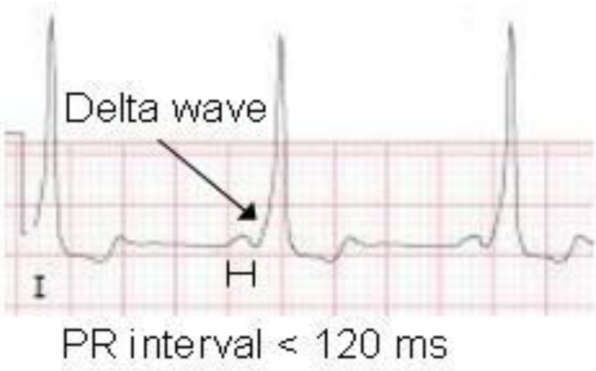
په یو شمیر سیستمیکو ناروغیو کې د ECG تغیرات

(Disease Effect on the ECG)

:WPW Syndrome (Wolf Parkinson White Syndrome)

په WPW سنډورم کې درې تغیرات منځته راځي:

1. Short PR interval
2. Wide QRS (more than 0,10sec)
3. Delta wave: د PR segment په تعقیب د QRS څخه مخکې رسمیږي.



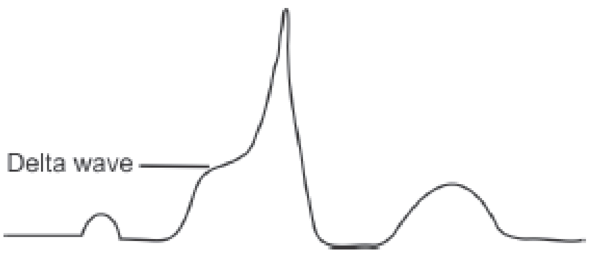
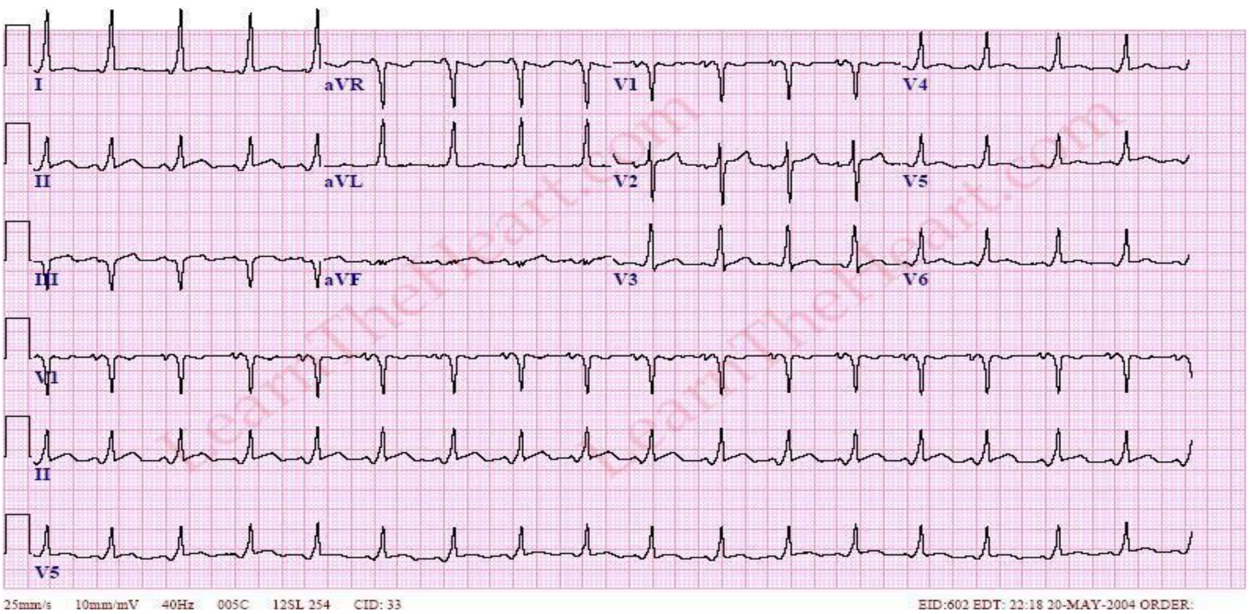


Fig. 8.32: Delta waves

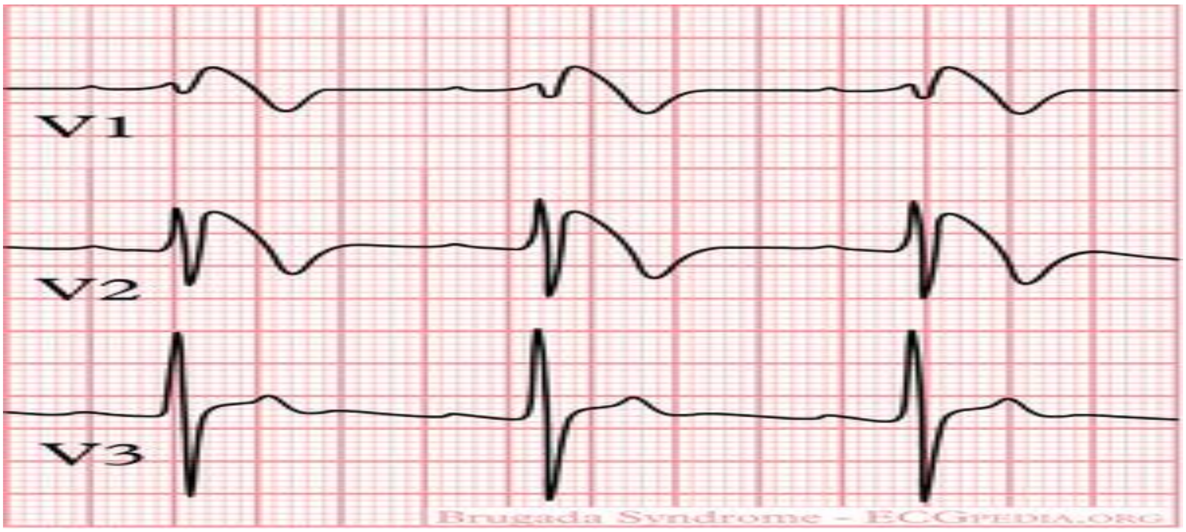


(c) ketabton.com: The Digital Library

:Brugada Syndrome

دا سنډروم په پهلوانانو کي وي او اکثره د Sudden cardiac death سبب کيږي.

1. ST segment پکي د آس د شا او يا گمبزي په شان منظره ورکوي.
2. T inversion کيداي شي ورسره وي او يا نه وي.



:Wellens Syndrome

کله چي د V1-V3 پورې Biphasic T موجه وليدل شي او V4-V6 پورې T inversion وي چي دې ته Wellens phenomenon وايي او په شديد Proximal lateral anterior descending artery په تنگوالي دلالت کوي او دلته ST elevation موجود نه وي.

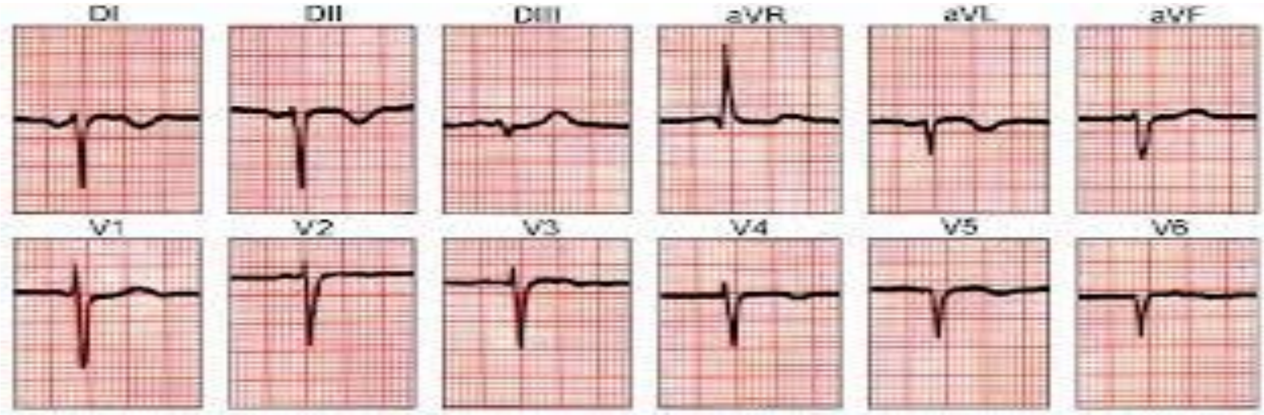
(c) ketabton.com: The Digital Library

:Dextrocardia

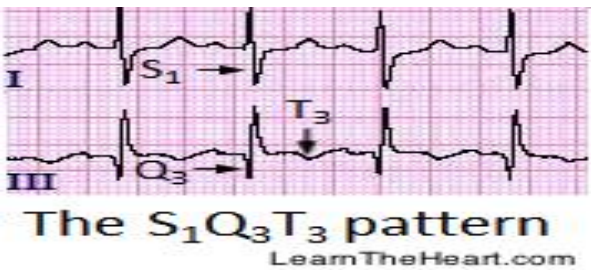
دا هغه حالت دي چي زړه ددې پرځاي چي په چپه خوا کي قرار ولري په ښي خوا کي قرار نيسي.

1. AVR پکي مثبت وي.
2. I او AVL پکي منفي وي.
3. V3-V6 پورې Low voltage وي.

هغه وخت موږ وايو چي ECG low voltage دي کله چي R موجه په Limb ليډونو کي د 5mm او په صدري ليډونو کي د 10mm څخه کمه وي.



:Pulmonary Embolism



لاندې کرايتيرياوي لري:

1. Sinus Tachycardia
2. د S1, Q3, T3 pattern د حاد Core pulmonale لپاره کلاسيک دي چي دې ته MC Ginn white sign وايي.

S1: په ليډ I کي به S موجه ژوره وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Q3: چې په III لیډ کې د Q موجه پیدا شي.

T3: چې په III لیډ کې به د T موجه سرچپه وي.

:Pericarditis

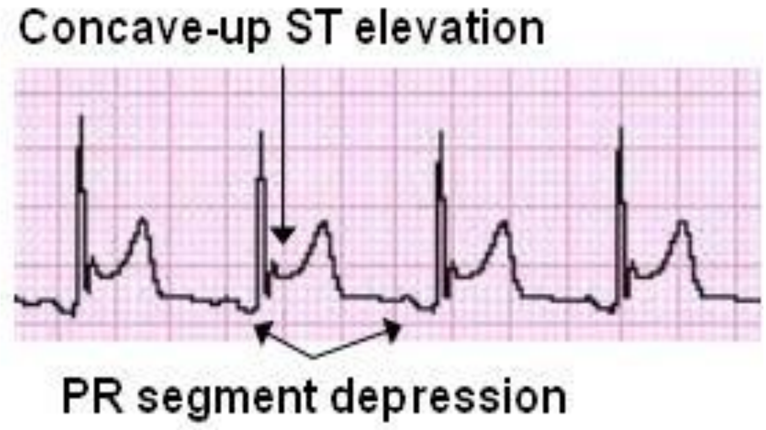
د زړه په اطرافو کې د موجودې پردې التهاب ته ویل کیږي او د ECG تغیرات یې په څلورو مرحلو کې لیدل کیږي.

1. اوله یا حاده مرحله: په زیاتره لیډونو کې په محدب شکل ST elevation وي او PR segment ښکته کیږي او ځیني وختونه د QRS په پورتنۍ برخه کې Notch لیدل کیږي، دغه ST elevation د STEMI سره لاندې فرقونه لري:
   - I. په Pericarditis کې په محدب شکل وي خو STEMI کې په مقعر ډول وي.
   - II. په STEMI کې لیډونه مشخص دي یعني په هرو لیډونو کې د مربوطه wall تغیرات ښکاري خو د Pericarditis لپاره لیډونه مشخص نه دي.
   - III. په Pericarditis کې د PR segment ښکته والي (Depression) وي.
   - IV. په STEMI کې په II لیډ کې ST segment ډیپریشن لږ وي خو په دریم لیډ کې زیات وي خو په Pericarditis کې په II لیډ کې ST depression زیات خو په دریم کې کم شوي وي.
2. دوهمه مرحله: ECG بیرته نارمل کیږي یعني ST elevation له منځه ځي.
3. دریمه مرحله: یواځې T inversion منځته راځي.

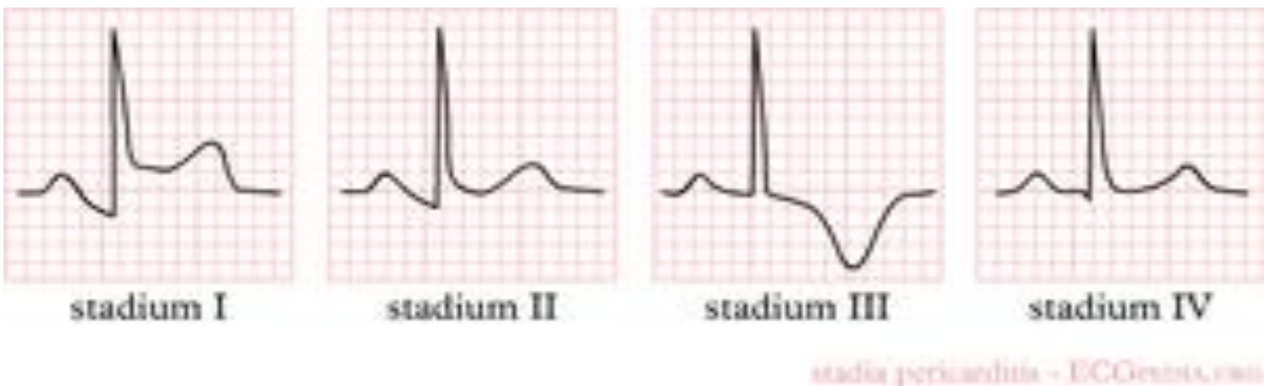
(c) ketabton.com: The Digital Library

4. ځلورمه مرحله: ټوله ECG نارمل کيږي.

د Pericarditis اسباب:



1. وايروسونه
2. بکترياوي
3. سرطان
4. Uremia
5. Acute Rheumatic Fever
6. د انفارکشن څخه وروسته Dressler syndrome په شکل.

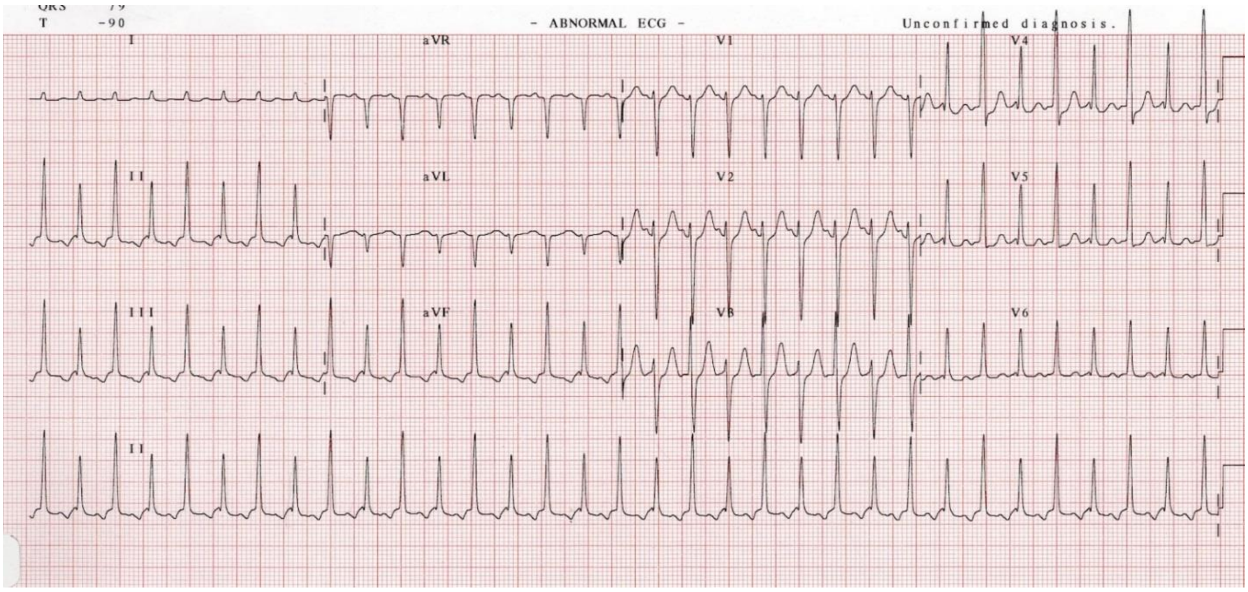


:Pericardial Effusion

په دې کې دوه عمده تغيرات په ECG کې موجود وي:

1. Low voltage ECG
2. Electrical alterance: په دې معنا چې يو QRS وړوکي او بل لوړ وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



:Lown-Ganong Levine (LGL) ECG

په دې ناروغانو کې په ولادي ډول یوه Accessory pathway موجوده وي چې ددې له لارې سیاله مستقیماً بطیناتو ته رسیږي په غیر له دې چې په AV node کې تم شي.

دا د WPW سنډروم سره مشابه دي خو لاندې فرقونه هم لري:

1. PR interval پکې لنډوي د WPW په شان.
2. د WPW برخلاف د Delta موجه موجوده نه وي.
3. QRS هم پراخه نه وي.

:(Hyperthyroidism) Thyrotoxicosis

په دې کې لاندې تغیرات موجود وي په ECG کې:

1. Sinus tachycardia
2. د QRS د Voltage زیاتوالي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. Atrial fibrillation
4. بطيني ريټ پکي سريع او تيز وي.
5. د ST او T غير وصفي تغيرات.

:Hypothyroidism

په دې کي لاندې تغيرات موجود وي په ECG کي:

1. Sinus bradycardia
2. د QT interval زياتيدل.
3. همواره يا سرچپه T موجه.
4. Heart Block
5. Low voltage QRS: په ځينو نورو حالاتو کي لکه Obesity، COPD کي هم وي.

:Parkinsonism

په دې کي لاندې تغيرات په ECG کي موجود وي:

1. د عضلاتو رعشه لرې چي د Atrial flutter په شان منظره ورکوي.
2. غير منظم د QRS موجې په موجودې وي چي د Atrial fibrillation په شان منظره ورکوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

:Sub Arachnoid Hemorrhage

د ECG تغيرات چي د CVA په ناروغ کي منځ ته راځي د دماغي امبولۍ له وجي چي د زړه څخه منشاء اخلي. په Sub arachnoid hemorrhage کي د پراخه سرچپه T موجه (اکثره V1-V4 پوري وي) موجوده وي.

:Malignancy کي د ECG تغيرات

سرطان د Malignant pericardial effusion سبب کيږي او په ECG کي Low ECG voltage او Electrical alternance ليدل کيږي.

:Pulmonary Stenosis

په دې کي لاندې تغيرات موجود وي:

1. Sinus rhythm
2. په V1 کي R لوړ وي.
3. په V6 کي په دوامداره ډول د S موجه ټيټه وي.
4. V1-V4 پورې سرچپه T wave وي.
5. Right Axis Deviation
6. په V1 کي R لوړ او په V6 کي S ژور وي نو Right ventricular hypertrophy موجوده وي.

:Hypothermia

کله چي د بدن د حرارت درجه د $35c^0$ څخه کمه شي ورته Hypothermia وايي.

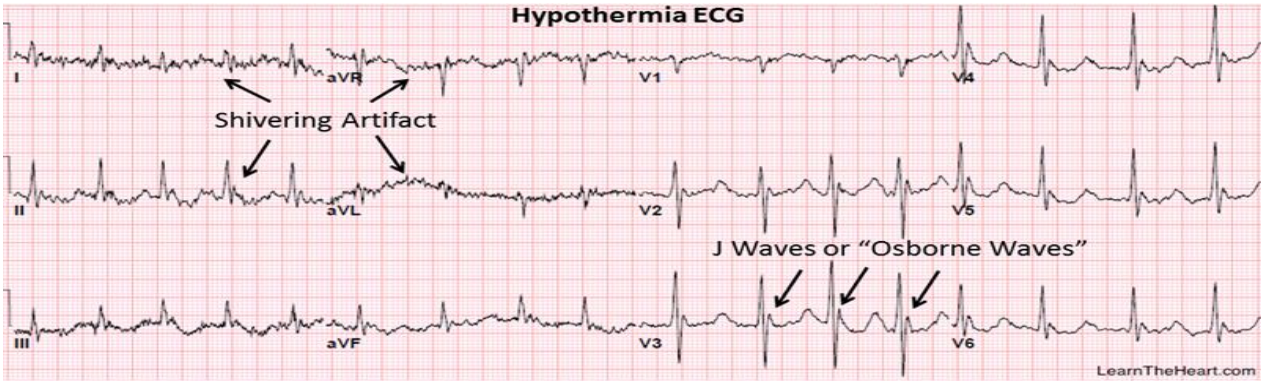
(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

1. Addison disease
2. Myxedema
3. MI
4. CVA
5. Liver cirrhosis
6. Hypoglycemia
7. Alcohol intake
8. Uremia
9. CHF
10. په ژورو او يخو اوبو کې لامبل

په ECG کي لاندې تغيرات يا کرايتيرياوي لري:

1. Low voltage
2. J wave or Osborn wave
3. Bradycardia
4. Heart block
5. Artifact of the base line: (د لړزي له وجې)



(c) ketabton.com: The Digital Library

مخففات (Abravations):

ACS	Acute Coronary Syndrome
AMI	Acute Myocardial Infarction
ARHS	Acute Right Heart Strain
AFib	Atrial Fibrillation
AF	Atrial Flutter
AI	Atrial Infarction
APCs	Atrial Premature Contractions
ASD	Atrial Septal Defect
AVBlock	Atrio Ventricular Block
AVNode	Atrio Ventricular Node
avL	Augmented voltage Left arm
avF	Augmented voltage left Foot
avR	Augmented voltage Right arm
Bpm	Beats Per Minute
BFB	Bifasicular Block
BVH	Biventricular Hypertrophy
BS	Brugada Syndrome
CA	Cardiac Axis
CB	Cardiac Biomarker
Cm	Centi Meter
CVA	Cerebro Vascular Accident
CL	Chest Leads

CIHD	Chronic Ischemic Heart Disease
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSA	Chronic Stable Angina
CX	Circumflex Artery
CP	Compensatory Phase
CCP	Complete Compensatory Pause
CAD	Coronary Artery Disease
EB	Ectopic Beat
ET	Einthoven's Triangle
EA	Electrical Alternance
ECG/EKG	Electrocardiogram, Electrocardiography, Electrocardiograph
EL	Esophageal Leads
Gr	Gram
HR	Heart Rate
HTN	Hypertension
ICP	Incomplete Compensatory Pause
IVC	Inferior Vena Cava
IHD	Ischemic Heart Diseases
JR	Junctional Rhythm
LBM	Lean Body Mass
LAD	Left Anterior Descending Artery
LAFB	Left Anterior Fascicular Block

(c) ketabton.com: The Digital Library

LAHB	Left Anterior Hemi Block
LAE	Left Atrial Enlargement
LAD	Left Axis Deviation
LBBB	Left Bundle Branch Block
LCX	Left Circumflex Artery
LCA	Left Coronary Artery
LMCA	Left Main Coronary Artery
LPFB	Left Posterior Fascicular Block
LPHB	Left Posterior Hemi Block
LVH	Left Ventricular Hypertrophy
LVSP	Left Ventricular Strain Pattern
LLRECG	Limb Lead Reversal ECG
LL	Limb Leads
LVECG	Low Voltage ECG
LGL	LOWN-GANONG-LEVINE
MPE	Malignant Pericardial Effusion
Ml	Mille Liter
Mm	Mille Meter
Mv	Millivolt
MMVT	Monomorphic Ventricular Tachycardia
MAT	Multifocal Atrial Tachycardia
MI	Myocardial Infarction

NR	Nodal Rhythm
Non STEMI	Non ST Elevated Myocardial Infarction
OM	Obtuse Marginal Artery
OW	Osborne Wave
PSVT	Paraoxysmal Supra Ventricular Tachycardia
PMVT	Polymorphic Ventricular Tachycardia
PL	Posteriolateral Artery
PDA	Posterior Descending Artery
PB	Premature Beat
PVB	Premature Ventricular Beat
PE	Pulmonary Embolism, Pericardial Effusion
RF	Renal Failure
RC	Reverse Check
RAE	Right Atrial Enlargement
RAD	Right Axis Deviation
RBBB	Right Bundle Branch Block
RCA	Right Coronary Artery
RVH	Right Ventricular Hypertrophy
RVMI	Right Ventricular Myocardial Infarction
RVSP	Right Ventricular Strain Pattern
Sec	Second
SANode	Sino Atrial Node

(c) ketabton.com: The Digital Library

SA	Sinus Arrest
SA	Sinus Arrhythmia
SB	Sinus Bradycardia
SP	Sinus Phase
ST	Sinus Tachycardia
STEMI	ST Elevated Myocardial Infarction
SAH	Sub Arachnoid Hemorrhage
SCD	Sudden Cardiac Death
SVC	Superior Vena Cava
SVPB	Supra Ventricular Premature Beat
T	Time
TFB	Trifasicular Block
VAT	Ventricular Activation Time
VB	Ventricular Bigeminy
VFib	Ventricular Fibrillation
VF	Ventricular Flutter
VH	Ventricular Hypertrophy
VPB	Ventricular Premature Beat
VPB	Ventricular Premature Beat
VPCs	Ventricular Premature Contraction
VQ	Ventricular Quadrigeminy
VR	Ventricular Rhythm
VT	Ventricular Tachycardia

VT	Ventricular Trigeminy, Ventricular Tachycardia
V	Voltage
WS	Wellens Syndrome
WPWs	Wolff Parkinson White Syndrome

(c) ketabton.com: The Digital Library

INDEX:

(c) ketabton.com: The Digital Library

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library