

مقاله مروری

پایش مداوم قطعه ST در بخش مراقبت ویژه: مطالعه مروری

روح‌الله همتی^۱، متخصص قلب و عروق* احسان محمدی^۲، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژهابراهیم سلیمی^۳، کارشناس ارشد پرستاری بهداشت روان

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف بررسی کاربرد، مزایا، معایب و تکنیک پایش مداوم قطعه ST در بخش مراقبت ویژه انجام شد. زمینه. اگرچه الکتروکاردیوگرافی ۱۲ لیدی یک ابزار تشخیصی استاندارد، معتبر و سریع برای تشخیص ایسکمی میوکارد در افراد دچار سندرم کرونری حاد می‌باشد، اما تنها یک تصویر لحظه‌ای و ایستا فراهم می‌نماید. انجمن قلب آمریکا و انجمن پرستاران مراقبت‌های ویژه آمریکا پایش مداوم تغییرات مرتبط با ایسکمی را در همه بیماران در معرض خطر توصیه نموده‌اند. روش کار. این مطالعه به صورت مروری انجام شد. پایگاه‌های داده‌ای MEDLINE، CINAHL، Proquest، Scopus و SID با استفاده از کلیدواژه‌های Cardiac Monitoring، ST-segment Monitoring، و Acute Coronary Syndrome در بازه زمانی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ مورد جستجو قرار گرفتند. در کل، تعداد ۱۸۹ مقاله و کتاب مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت، تعداد ۱۵ منبع مرتبط برای تهیه این مقاله استفاده شد. یافته‌ها. اگرچه پایش مداوم قطعه ST سال‌های زیادی است که معرفی شده است، اما این تکنولوژی به طور گسترده مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. پایش مداوم قطعه ST زمینه بررسی مداوم و دینامیک تغییرات مرتبط با ایسکمی را فراهم می‌نماید و اطلاعات معتبر و مفیدی در این زمینه در بیماران با سندرم کرونری حاد در اختیار قرار می‌دهد. پایش مداوم قطعه ST به عنوان روشی کارآمد می‌تواند با هدف تشخیص سریع و به موقع ایسکمی، جهت ارزشیابی موثر بودن درمان‌های خون‌رسانی مجدد (ری پرفیوژن) یا درمان با ضدانعقادها و همچنین، برای اهداف پیش‌آگهی دهنده یا تحقیقاتی مورد استفاده قرار گیرد. نتیجه‌گیری. علی‌رغم برخی محدودیت‌ها، پایش مداوم قطعه ST در کنار بررسی‌های معمول در بیماران با سندرم کرونری حاد توصیه شده است.

کلیدواژه‌ها: سندرم کرونری حاد، الکتروکاردیوگرافی، پایش قطعه ST

۱ استادیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:

mohamade8989@gmail.com

۳ کارشناس ارشد پرستاری بهداشت روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

مقدمه

هر سال، حدود ۱۶ میلیون مرگ در دنیا به علت بیماری عروق کرونر رخ می دهد که ۸۲ درصد آن در کشورهای در حال توسعه است (کونینگ، ۲۰۱۳). در ایران، بیماری های قلبی عروقی به عنوان یکی از علل اصلی مرگ شناخته شده است (حتمی و همکاران، ۲۰۰۷). بیماری شریان کرونری، ۶/۹ درصد مردان و ۶ درصد زنان را مبتلا می کند (حتمی و همکاران، ۲۰۰۷). در این بیماری، پلاگ آترواسکلروز با ایجاد انسداد در شریان کرونری سبب تظاهر بالینی انفارکتوس میوکارده، مرگ و ناتوانی می شود (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۱). در بیماری شریان کرونری در اثر عدم کفایت جریان خون کرونر ممکن است بافت قلب دچار ایسکمی شود و در صورت عدم رسیدگی، صدمات غیرقابل برگشت و نکروز عضله قلب ایجاد گردد. اگر صدمه قلبی، به صورت نکروز در تمام ضخامت میوکارده رخ دهد تغییرات نواری در الکتروکاردیوگرافی به صورت صعود قطعه ST می باشد و اگر نکروز در قسمت زیر اندوکارده رخ دهد تغییرات نواری به صورت سقوط قطعه ST ایجاد می شود (تیگسن و همکاران، ۲۰۱۲؛ نیکوس و همکاران، ۲۰۱۲).

سندرم کرونری حاد شامل آنژین ناپایدار، انفارکتوس میوکارده با صعود قطعه ST و انفارکتوس میوکارده بدون صعود قطعه ST می باشد (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۵) که برای درمان به موقع و مناسب آن، تشخیص صحیح و سریع ایسکمی ضروری است. تشخیص سندرم های کرونری حاد براساس مشاهده علائم بالینی، تغییرات الکتروکاردیوگرافی و بیومارکرهای شیمیایی انجام می شود (تیگسن و همکاران، ۲۰۱۲). انجمن قلب آمریکا پایش مداوم قلب و تغییرات ایسکمی را برای همه بیماران در معرض خطر ایسکمی میوکارده توصیه می کند (دربو و همکاران، ۲۰۰۴). این پایش ها معمولاً در بخش های اورژانس یا بخش های مراقبت های ویژه با استفاده از مانیتورهای کنار تخت که دارای سیستم های سه لیدی یا پنج لیدی هستند انجام می شود. مهمترین اهداف مانیتورینگ قلبی بررسی و تشخیص اختلالات سرعت ضربان قلب و ریتم قلبی، تشخیص اریتمی ها، تشخیص ایسکمی و بررسی فواصل Q-T می باشد.

طی چهار دهه گذشته پیشرفت های عمده ای در سیستم های پایش قلبی رخ داده است که از جمله می توان به الگوریتم های تشخیص اریتمی به صورت کامپیوتری، نرم افزارهای پایش مداوم قطعه ST، پایش های قلبی چند لیدی و کاهش تعداد لیدها در مانیتورها اشاره کرد. معمولاً نوار قلب ۱۲ لیدی یک معیار استاندارد، معتبر و سریع برای تشخیص ایسکمی میوکارده است و در بخش اورژانس و مراقبت ویژه مورد استفاده قرار می گیرد (زگری همسی و همکاران، ۲۰۱۲)، اما نوار قلب ۱۲ لیدی تنها یک بررسی مقطعی و محدود را از وضعیت قلب نشان می دهد. امروزه با پیشرفت تکنولوژی، روش های پایش مداوم بیشتر مورد توجه می باشند. از جمله این روش ها می توان به هولتر مانیتورینگ، پایش مداوم الکتروکاردیوگرافی ۱۲ لیدی و پایش مداوم قطعه ST اشاره کرد. پایش مداوم قطعه ST برای تشخیص ایسکمی میوکارده ضروری است، به ویژه در بیمارانی که نمی توانند علائم را بیان کنند یا در بیمارانی که برای برقراری ارتباط مشکل دارند (سانگ کچند و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به این که پایش مداوم وضعیت الکتریکی قلب یکی از مسئولیت ها و نقش های مراقبتی پرستاران در بخش مراقبت ویژه قلبی است، لازم است پرستاران مهارت ها و صلاحیت های بالینی مورد نیاز در این خصوص را کسب نمایند (دیلی برو و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به اهمیت موضوع و کمبود اطلاعات در خصوص این روش، این مطالعه مروری با هدف شناسایی و بررسی کاربرد، مزایا و محدودیت های پایش مداوم قطعه ST در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه مروری با جستجو در پایگاه های داده ای MEDLINE، CINAHL، Proquest، Scopus و SID با استفاده از کلیدواژه های Cardiac Monitoring، ST-segment Monitoring، و Acute Coronary Syndrome و معادل فارسی آن ها در بازه زمانی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ انجام شد. مقالات فارسی و انگلیسی که به صورت پژوهشی، مروری و گایدلاین بودند و همچنین مقالاتی که روش پایش مداوم قطعه ST را گزارش کرده بودند وارد مطالعه شدند. مقاله ای به زبان فارسی در این جستجو یافت نشد. در ابتدا تعداد ۱۸۹ مقاله یافت شد که بعد از بعد از بررسی، در نهایت تعداد ۱۵ مقاله و کتاب مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

پایش مداوم قطعه ST ابتدا توسط هولتر معرفی شد، اما تنها از سال ۱۹۸۰ به بعد در دسترس قرار گرفت (ساندو و اسمیت، ۲۰۰۹). شرکت های سازنده دستگاه های مانیتورینگ قلبی سال های زیادی است که این تکنولوژی را در دستگاه های خود به کار برده اند، اما این تکنولوژی به طور گسترده مورد استفاده قرار نمی گیرد (ساندو و اسمیت، ۲۰۰۹؛ پاتون و فانک، ۲۰۰۱). الکتروکاردیوگرافی ۱۲

لیدی یک روش استاندارد برای تشخیص حوادث عروق کرونری می باشد، اما با توجه به اینکه این روش تنها در صورت شک به سندرم کرونری حاد یا به طور روزانه انجام می شود، تنها یک تصویر لحظه ای فراهم می کند، در حالی که پایش مداوم قطعه ST یک بررسی مداوم و پویا از تغییرات مرتبط با ایسکمی فراهم می کند (سانگ کاچند و همکاران، ۲۰۱۲).

پایش مداوم قطعه ST می تواند ایسکمی ناشی از انسداد مجدد شریان درگیر را در بیماران سکنه قلبی که تحت درمان های خونرسانی مجدد قرار گرفته اند نیز نشان دهد. همچنین، برای پی بردن به ایسکمی های خاموش که به تنهایی با علائم و پایش اریتمی قابل تشخیص نیستند کمک کننده می باشد. کشف زودهنگام تغییرات ایسکمیک برای شناسایی بیمارانی که قبل از ایجاد آسیب دائمی نیاز به اقداماتی جهت بازگرداندن جریان خون به میوکارد دارند حیاتی می باشد (چولای و همکاران، ۲۰۱۰). انجمن قلب آمریکا و انجمن پرستاران مراقبت های ویژه آمریکا پایش مداوم قطعه ST را برای بیماران بالغ توصیه نموده اند، اما این نوع پایش برای بیماران با ایسکمی خاموش خیلی کم استفاده می شود (کولینز، ۲۰۱۰؛ دربو و همکاران، ۲۰۰۴).

اندیکاسیون های پایش مداوم قطعه ST، بیماران بر اساس نیاز به پایش مداوم قطعه ST به سه گروه تقسیم می شوند (ساندو و اسمیت، ۲۰۰۹؛ لیپر، ۲۰۰۳) که در جدول شماره ۱ نشان داده شده اند.

اندازه گیری قطعه ST، معمولاً سه نقطه مرجع مهم در یک کمپلکس الکتروکاردیوگرام وجود دارد. نقطه J محلی است که کمپلکس QRS تمام می شود و موج T آغاز می شود و نشان دهنده شروع فاز ریپولاریزاسیون بطنی است (لیوید جونز و همکاران، ۲۰۰۹). نقطه توصیه شده برای آنالیز قطعه ST معمولاً حدود ۸۰ میلی ثانیه (۰/۸ ثانیه) بعد از نقطه J است (چولای و همکاران، ۲۰۱۰). توصیه شده است که سطح آلام مانیتور برای پایش مداوم ۱ الی ۲ میلی متر بالاتر یا پایین تر از خط ایزوالکتریک تعریف شود (کولینز، ۲۰۱۰). اهمیت بالینی تغییرات قطعه ST به صورت صعود یا نزول یک میلی متر یا بیشتر از خط ایزوالکتریک (تغییرات ولتاژی بین ۶۰ تا ۸۰ میلی ثانیه بعد از نقطه J و خط ایزوالکتریک) تعریف می گردد (چولای و همکاران، ۲۰۱۰). خط ایزوالکتریک فاصله بین سطح موج P و موج Q می باشد. اندازه قطعه ST به صورت میلی ولت، میکرو ولت یا میلی متر گزارش می شود. معمولاً تغییرات بزرگتر از یک میلی متر، معنی دار در نظر گرفته می شود.

انتخاب بهترین لید برای پایش. در صورتی که مانیتور کنار تخت قابلیت پایش نوار قلب ۱۲ لیدی را داشته باشد، بهتر است پایش مداوم قطعه ST با استفاده از تمامی ۱۲ لید انجام شود؛ در غیر این صورت باید انتخاب لید براساس بررسی بالینی بیمار و با استفاده از "رد پای ایسکمی" یا "اثر انگشت ایسکمی" (Ischemic fingerprint) انجام شود (کولینز، ۲۰۱۰). بهترین راه انتخاب اشتقاق مناسب برای پایش مداوم ST پیدا کردن اثر انگشت ایسکمی است. برای تعیین این اثر انگشت بهتر است طی حمله درد یا هنگام اتساع بالون در حین آنژیوپلاستی، یک نوار قلب ۱۲ لیدی تهیه شود. در این نوار قلب، بیشترین جابه جایی ST از خط ایزوالکتریک به عنوان اثر انگشت ایسکمی در نظر گرفته می شود و آن لید به عنوان بهترین لید جهت پایش مداوم قطعه ST انتخاب می شود. در صورتی که نتوان این اثر انگشت را پیدا کرد، بهتر است از لیدهایی استفاده شود که در تحقیقات به عنوان بهترین لید جهت شریان کرونری درگیر معرفی شده اند (چولای و همکاران، ۲۰۱۰؛ کولینز، ۲۰۱۰) (جدول شماره ۲).

آماده کردن بیمار. قبل از شروع پایش، باید پروسیجر را برای بیمار توضیح داد و وی را در پوزیشن خوابیده به پشت قرار داد. باید محل قرارگیری الکترودها آماده شود و در صورت نیاز موهای ناحیه تراشیده شود. در صورت نیاز، با استفاده از ژل هدایتی، تماس کافی بین الکترودها و پوست بیمار برقرار می شود. باید الکتروود دست راست در فضای تحت ترقوه ای شانه راست، الکتروود دست چپ در فضای تحت ترقوه ای شانه چپ و الکتروود پای چپ در زیر دنده در قسمت چپ شکم قرار گیرد (کولینز، ۲۰۱۰). الکتروود مرجع یا اتصال به زمین در هر جایی می تواند قرار گیرد. محل صحیح قرارگیری الکتروودها در سیستم پنج و سه لیدی در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.

محدودیت های استفاده از پایش مداوم قطعه ST. دو چالش عمده در مورد استفاده از این تکنولوژی عبارت است از مسئله روایی و اعتبار کافی این روش، به ویژه از جانب پزشکان، و دیگری وجود آلام های اشتباه و متعدد ناشی از این نوع پایش که ممکن است باعث خستگی و آزار پرستاران شود (پاتون و فانک، ۲۰۰۱). همچنین، بیماران با بلوک شاخه چپ قلبی و بیماران با پیس میکر بطنی تغییراتی در قطعه ST دارند که می تواند بر پایش و آلام مانیتور اثرگذار باشد (لیپر، ۲۰۰۳).

مطالعات انجام شده درباره مزایای پایش مداوم قطعه ST. هنوز مطالعات کارآزمایی بالینی که نشان دهد بیمارانی که با این روش مانیتور می شوند پیامدهای مطلوب تری دارند وجود ندارد (ساندو و اسمیت، ۲۰۰۹). به هر حال، بیشتر مطالعات توصیفی تحلیلی یا مروری نشان داده اند که این روش، مفید و کمک کننده است. در یک مطالعه مشخص شد که پایش مداوم قطعه ST جهت بررسی

پاسخ به درمان در بیماران پرخطر سندرم کرونری بسیار کمک کننده می‌باشد (ماس و همکاران، ۲۰۰۴). علی‌رغم این حقایق، بر اساس گزارش یک مطالعه در آمریکا تنها نیمی از بخش‌های مراقبت ویژه از مانیتورینگ مداوم قطعه ST استفاده می‌کردند و تنها ۴۵ درصد پاسخ گویان از گایدلاین‌های انجمن قلب آمریکا در مورد پایش مداوم نوار قلب در بیماران بستری آگاهی داشتند (ساندو و همکاران، ۲۰۱۰).

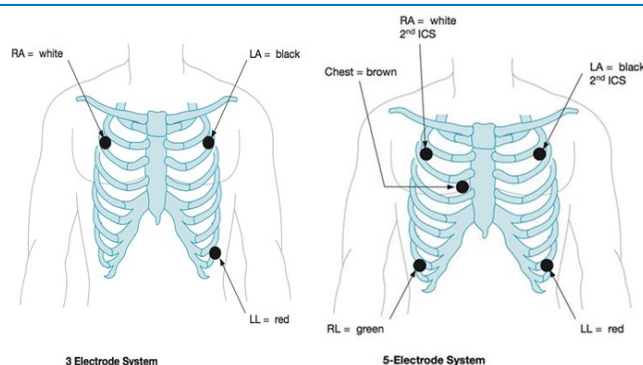
جدول شماره ۱: طبقه بندی بیماران بر حسب نیاز به پایش مداوم قطعه ST در بخش مراقبت ویژه و اورژانس

طبقه بندی	بیماران	توجهات
کلاس ۱ اندیکاسیون های اصلی	بیماران در مراحل اولیه سندرم کرونری حاد شامل بیماران با سکت قلبی با صعود قطعه ST یا بدون صعود قطعه ST، آنژین ناپایدار و بیماری که باید تشخیص انفارکتوس میوکارد برای وی رد شود.	این بیماران باید برای حداقل ۲۴ تا ۴۸ ساعت تحت پایش مداوم قرار گیرند. برای بیماران با صعود قطعه ST دو مرحله پایش مداوم مهم است؛ ابتدا، ۶ ساعت اول بعد از درمان (ترومبولیتیک یا آنژیوپلاستی) و سپس، ۶ تا ۴۸ ساعت بعد از درمان برای تشخیص بازگشت ایسکمی
بیمار با درد سینه در بخش اورژانس	بیمارانی که برای درمان انفارکتوس میوکارد داروهای ترمبولیتیک دریافت می‌کنند.	۸-۱۲ ساعت پایش و تحلیل آنزیم قلبی کمک کننده است.
بیماران تحت رویه های کاتتریزاسیون قلبی	بیماران با آنژین به دلیل اسپاسم عروق کرونری	پایش ابتدایی در کت لب برای تعیین رد پای ایسکمی برای ۶ تا ۱۲ ساعت توصیه می‌شود.
کلاس ۲ ممکن است مفید باشد	بیماران بعد از حمله انفارکتوس میوکارد بیماران بعد از PCI موفق	پایش تا زمان شروع درمان و حداقل برای ۱۲ الی ۲۴ ساعت بدون عوارض توصیه می‌شود. ۴ تا ۸ ساعت بعد از آخرین ایسکمی بیماران بعد از فقدان علائم
کلاس ۳ مفید نیست	بیمار با جراحی قلبی یا غیر قلبی پر خطر در حین عمل یا بعد از بیهوشی برای بیمارانی که سابقه بیماری قلبی ندارند.	بعد از پذیرش بیمار از ریکاوری شروع شود و ۲۴ تا ۴۸ ساعت ادامه یابد. در بیماران با پیس میکر بطنی یا بلوک شاخه ای چپ، ریتم AF، در بیماران بیقرار، آسیب بافت قلب یا پریکاردیت

جدول شماره ۲: اشتقاق های مناسب برای پایش قطعه ST براساس شریان درگیر

شریان / نوع انفارکتوس	بهترین لید
انسداد شریان کرونری راست (RCA) / انفارکتوس تحتانی	لیدهای aVF، III
انسداد شریان نزولی قدامی چپ (LAD) / انفارکتوس قدامی	لیدهای V2-V3 یا V4
انسداد شریان سیرکامفلکس (CXA) / انفارکتوس جانبی	لیدهای aVL، I

آگاهی ناکافی در مورد این روش، فقدان پروتکل استاندارد و واحد جهت پایش مداوم، عدم مقبولیت روش برای پرستاران و پزشکان و فقدان آموزش می‌توانند مهمترین موانع کاربرد این روش در بخش‌های مراقبت ویژه باشند (آست، ۲۰۱۱).



شکل شماره ۱: محل قرارگیری الکترودها در سیستم پنج و سه لیدی

نتیجه گیری

علی‌رغم برخی محدودیت‌ها، استفاده از پایش مداوم قطعه ST می‌تواند به عنوان روشی کارآمد در تشخیص سریع و به موقع ایسکمی در بیماران پرخطر از جمله بیماران با ایسکمی خاموش، و در آنژین‌ها مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، استفاده از پایش مداوم قطعه ST می‌تواند روشی کارآمد جهت ارزیابی درمان‌های خون‌رسانی مجدد یا درمان با ضدانعقادها باشد و می‌تواند برای اهداف تشخیصی یا پیش‌آگهی مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از این روش به همراه بررسی‌های روتین در بیماران بسیار مفید خواهد بود.

References:

- Aust, M. P. (2011). Continuous ST-Segment Monitoring. *Am J Crit Care*, 20, 239.
- Chulay, M., & Burns, S. (2010). *AACN Essentials of Critical Care Nursing*, Mcgraw-Hill Medical, 435-45.
- Collins, M. L. (2010). Using Continuous ST-Segment Monitoring. *Nursing*, 40, 11-13.
- Dilibero, J., Desanto-Madyea, S. & O'dongohue, S. (2016). Improving Accuracy of Cardiac Electrode Placement: Outcomes of Clinical Nurse Specialist Practice. *Clin Nurse Spec*, 30, 45-50.
- Drew, B. J., et al. (2004). Practice Standards for Electrocardiographic Monitoring in Hospital Settings: an American Heart Association Scientific Statement from The Councils on Cardiovascular Nursing, Clinical Cardiology, and Cardiovascular Disease in The Young: Endorsed by the International Society of Computerized Electrocardiology and the American Association of Critical-Care Nurses. *Circulation*, 110, 2721-46.
- Ebrahimi, M., Kazemi-Bajestani, S., Ghayour-Mobarhan, M. & Ferns, G. (2011). Coronary Artery Disease and Its Risk Factors Status in Iran: A Review. *Iran Red Crescent Med J*, 13, 610-623.
- Hatmi, Z. N., Tahvildari, S., Gafarzadeh Motlag, A. & Sabouri Kashani, A. (2007). Prevalence of Coronary Artery Disease Risk Factors in Iran: A Population Based Survey. *Bmc Cardiovasc Disord*, 7, 32.
- Koenig, W. (2013). High-Sensitivity C-Reactive Protein and Atherosclerotic Disease: From Improved Risk Prediction to Risk-Guided Therapy. *Int J Cardiol*, 168, 5126-34.
- Leeper, B. (2003). Continuous ST-Segment Monitoring. *AACN Clin Issues*, 14, 145-54.
- Lloyd-Jones, D. M. et al. (2009). Association of Electrocardiographic Abnormalities With Coronary Artery Calcium and Carotid Artery Intima-Media Thickness in Individuals Without Clinical Coronary Heart Disease (From The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis [MESA]). *Am J Cardiol*, 104, 1086-91.
- Maas, A. C. et al. (2004). Combining Baseline Clinical Descriptors and Real-Time Response to Therapy: The Incremental Prognostic Value of Continuous ST-Segment Monitoring in Acute Myocardial Infarction. *American Heart Journal*, 147, 698-704.
- Nikus, K., Birnbaum, Y., Eskola, M., Sclarovsky, S., Zhong-Qun, Z. & Pahlm, O. (2014). Updated Electrocardiographic Classification of Acute Coronary Syndromes. *Curr Cardiol Rev*, 10, 229-36.
- Patton, J. A. & Funk, M. (2001). Survey of Use of ST-Segment Monitoring in Patients With Acute Coronary Syndromes. *Am J Crit Care*, 10, 23-32.
- Sandau, K. E., Sendelbach, S., Frederickson, J. & Doran, K. (2010). National Survey of Cardiologists' Standard of Practice For Continuous ST-Segment Monitoring. *American Journal of Critical Care*, 19, 112-123.
- Sandau, K. E. & Smith, M. (2009). Continuous ST-Segment Monitoring: Protocol For Practice. *Crit Care Nurse*, 29, 39-49; Quiz Following 50.
- Sangkachand, P., Cluff, M. & Funk, M. 2012. Detecting Myocardial Ischemia With Continuous ST-

- Segment Monitoring: Two Case Studies. *Heart Lung*, 41, 284-289.
- Smith, J. N., Negrelli, J. M., Manek, M. B., Hawes, E. M. & Viera, A. J. (2015). Diagnosis and Management of Acute Coronary Syndrome: an Evidence-Based Update. *J Am Board Fam Med*, 28, 283-93.
- Thygesen, K., et al. (2012). Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation*, 126, 2020-35.
- Zegre Hemsey, J. K., Dracup, K., Fleischmann, K., Sommargren, C. E. & Drew, B. J. (2012). Prehospital 12-Lead ST-Segment Monitoring Improves the Early Diagnosis Of Acute Coronary Syndrome. *J Electrocardiol*, 45, 266-71.

Review Article

Continuous ST segment monitoring in critical care unites: A review study**Roholla hemmati¹, MD***** Ehsan Mohammadi², MSc****Ebrahim salimi³, MSc****Abstract**

Aim. This study aimed to review indications, benefits, limitations and procedure of continuous ST segment monitoring in critical care unites.

Background. Although the 12-lead electrocardiography is a standard and reliable tool to detect ischemia in Acute Coronary Syndrome (ACS) patients, but it provides only a static snapshot. The American Heart Association (AHA) and American Association of Critical Care Nurses (AACCN) practice standards for ECG monitoring recommend continuous ischemia monitoring for all patients at risk of myocardial ischemia.

Method. This was a review study. International databases such as Proquest, CINAHL, PubMed, Scopus and one national database (SID) were searched out using the keywords; ST-segment Monitoring, Cardiac Monitoring and Acute Coronary Syndrome to find out materials published between years 2000 and 2015. About 189 citations were evaluated, out of which 15 citations were recruited in the final review.

Findings. Although continuous monitoring of ST segment has been introduced many years, but this technology is not widely used. Continuous monitoring of ST segment provides a frequent and dynamic assessment of changes associated with ischemia. Continuous ST segment monitoring as an effective method can be used to provide continuous and dynamic snapshot of ischemia, to evaluate response to reperfusion and anticoagulant therapy and also, can be used for prognostic or research purposes.

Conclusion. Despite some limitations, the use of continuous ST segment monitoring is recommended for patients with ACS, besides routine assessment.

Keywords. Acute Coronary Syndrome, Electrocardiography, ST-segment monitoring

1 Assistant Professor, Cardiology Department, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2 Master of Science in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran (*Corresponding Author) email: mohamade8989@gimail.com

3 Master of Science in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran