



Hôpitaux de Lyon



دروس ارایه شده از طرف داکتر دیدیه ژاک  
برای پرستاران شفاخانه علی آباد  
**Enseignements donnés par le  
Docteur Didier Jacques  
à l'hôpital Ali Abad**

پذیرش یک واقعه پتالوژیک بطنی  
Accueil d'une pathologie abdominale d'urgence

تشوشات هایدریشن  
Troubles de l'hydratation

تشوشات ریتم قلبی  
Troubles de rythmes

فیش حفظ الصّحوی  
Affiche hygiène

حوادث و عایی دماغی  
Accident vasculaire cérébral

ترجمه داکتر شاه عبداللطیف شبدیز دلیری – Traduit par le Dr Latif Deliri

جولای 2003 juillet



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan  
به کمک سفارت فرانسه در افغانستان

# پذیرش یک واقعه پتالوژیک بطنی

عادتاً " زمانی اصطلاح " **بطن حاد** = **Acut Abdomen** " بکار برده میشود که موضوع يك درد ویا آنعده از تشوشات بطنی ای در میان بوده باشند که ضرورت به يك مداخله عاجل جراحی داشته باشند.

## ◀ شایع ترین تشوشات:

### • انتانات و التهابات:

- اپاندیسیت (Appendicitis)
- پانکریاتیت (Pancreatitis)
- پریتونیت (Peritonitis)
- پیلونفریت (Pyelonephritis)
- مرض کرون
- ( Crohn disease)
- سایر اشکال کولیت ( Colitis ) و غیره ...

### • آفات وعایی:

- انفارکشن میزانتیریک (Mesenteric Infarction)
- انشقاق شریان ابحر (Aortic dissection)

### • نتقبات :

- نتقب قرحات معده ویا امعا

- تروماتیسیم ها ( ترضیضات ) ...

### • آفات نسایی:

- التهاب نفیر ها (Salpingitis)

- GEU

### • آفات مختلفه دیگر:

- کولیک کلیوی (Coliques néphrotiques)

- کولیک های کبدی ( Coliques hépatiques )


- فتق های مختق ( Hernie étranglée )


## ◀ اعراض و علائم:


درد های شدیدی که طبیعت و خصوصیات آن میتواند فکر را بطرف تشخیص حادثه سوق بدهد:


- خصوصیت ووصف متناوب بودن درد ( درد های کولیکی)
- تشدید تدریجاً: انکشافی : التهابات
- شروع آنی وحاد درد ( به وصف درد ضربه خنجر ) : نتقبات


- درد منتشری که توضع آن به مشکل از طرف مریض تشریح می‌گردد: درد از اثر اسکیزی معایی...

دلبدی و استقراغات 


خسافت 


تقریط فشار خون (Hypotension) 


تکیکاردی (Tachycardie) 


مقاومت بطنی (شخی عضلات بطن و موجودیت حساسیت بطنی در هنگام جس بطن) 


### اهتماماتیکه باید اتخاذ نمود:


وضعیت ضد درد: زانو های خمیده در حالت درد شدید و پا های بلند قرار داده شده در حالت شاک 

آکسیجن (O<sub>2</sub>) 

باز نگهداری ورید + بیلانسی بیولوژیکی (آیونوگرام (Ionogramme) ، انزایم ها، تعیین و محاسبه تعداد کریوات خون، CRP...)) 

باندلت های بولی برای معاینه ادرار: در صورتیکه کولیک کلیوی ویا پبیلونفریت مورد شك وسو ظن قرار داشته باشد. 

پر سازی دورن وجران مایعات: مولیکول های بزرگ و / یا ریهایدیشن (Rehydration) (با رینگر لاکتات) 

تداوی ضد درد: پاراستامول (Paracetamol) ، انتی اسپازمودیک (Antispasmodic) ، نور امیدوپیرین (Noramidopyrine)... 

رادیو لوژی: ASP, Echographie 

تشخیص تفریقی: 

- با احتشای میوکارد ← گراف قلب یا ECG
- با پلوریزی ← رادیوگرافی صدري یا ریوی

# تشوشتات هایدریشن (سویه مایعات بون)

## Troubles de l'Hydratation

1- یاد آوری فزیولوژیک:

بدن انسان از دو قسمت تشکیل شده است: قسمت داخل حجروی و قسمت خارج حجروی  
قسمت خارج حجروی = پلازما + مایعات بین الخلالی (مایعات میان حجرات، نه مایعات داخل حجرات)  
ترکیب مجموعی بدن:

- آب: 60 فیصد وزن بدن انسان را آب تشکیل میدهد ( 42 لیتر در نزد یک شخص کاهل دارای وزن 70 کیلو گرام)
- الکترولیت ها: از قبیل سودیوم، پتاسیوم، کلسیوم، کلور، فسفور، مگنیزوم، بای کاربونیات ها و ...

تقسیم بندی آب و الکترولیت های بدن، در بین قسمت های خارج و داخل حجروی:

مجموع مایعات	سکتور داخل حجروی	سکتور خارج حجروی	
42	28 (66%)	14 (33%)	آب (به لیتر)
2300	400 (17%)	1900 (83 %)	سودیوم (به میلی مول)
3200	3130 (98 %)	70 ( 2%)	پتاسیوم (به میلی مول)
	300	300	اسمولالیته (به میلی مول فی لیتر)

Plasma : 3,5 litres, Na<sup>+</sup> : 135 - 145 mmol/L, K<sup>+</sup>: 3.5 – 4.9 mmol/L

Osmolalite: تخمیناً مربوط است به مجموع الکترولیت های موجود در یک لیتر آب: که به میلی مول فی لیتر اندازه میگردد.  
بین فعالیت های قلبی – دورانی، فعالیت های سیستم عصبی و حالت های پرو الکترولیت ها ی بدن یک ارتباط محکم وجود دارد.

- تبادل میان قسمت های خارج و داخل حجروی بدن:
- تبادل آب میان این دو قسمت بر حسب اوسمولالیته: سکتور یا قسمتی که غلیظ تر است، آب قسمتی را که رقیق تر است به سمت خود جذب میسازد تا غلظت هر دو طرف با همدیگر خود از نظر غلظت همسان شده و اوسمولالیته مساوی پیدا نمایند.
- تبادل الکترولیت ها میان داخل و خارج حجره: در اینجا رول پمپ سودیوم / پتاسیوم که در بالای دیواره حجرات قرار دارند، باعث میشود تا آیون های سودیوم بیشتر در خارج حجره و آیون های پتاسیوم بیشتر در داخل حجره قرار بگیرند.
- تبادل میان مجموع عضویت در کل و محیط خارج:
- دخول مایعات در بدن: نوشابه ها و پرفورژن ها
- خروج مایعات از بدن: دیورز یا ادرار، مواد غایبه، تعرق، تنفس، استقر اغات
- تنظیم: هدف: حفظ حجم مایعات (Volemia) و یک اوسمولالیته ثابت در بدن.
- الودسترون: هورمونی است که نمک را در سوپه کرده ها دوباره جذب میکند.
- ADH: هورمونی است انتی دیوریتیک که آب را در سوپه کرده ها دوباره جذب میکند.
- یادداشت: آب همیشه مالیکول نمک را تعقیب میکند: احتباس نمک و یا برعکس شدن نمک بدن خواه ناخواه باعث احتباس و یا ضایع شدن آب بدن خواهد شد.
- عضویت انسان همیشه Volémie را بر یک Osmolalite ترجیح میدهد.

2- کم آبی بدن (Déshydratation = dehydration):

1.2- تعریف: کم شدن مقدار آب بدن

2.2- دیهایدریشن خارج حجروی مجرد (DEC):

1.2.2- تعریف: کم شدن مقدار آب در سوپه یا قسمت خارج حجروی بدن ن همراه با تنقیص یا کم شدن نسبی نمک ن متناسب به کم شدن مقدار آب بدن که این عدم موجودیت کدام تغییر را در قسمت داخل حجروی نشان میدهد!

2.2.2- اسباب: افزایش یا زیاد شدن ضایعات آب بدن و نمک های بدن :

- ضایعات از منشای جهاز هضمی: اسهالات، استفراغات، بندش طرق هضمی ( قسمت یا سکتور سومی)
- ضایعات از منشای جلدی: تعرق، تب، هایپر ترمی خبیث جهدی، سوختگی ها
- ضایعات از منشای کلیوی: دیوریتیک ها
- عدم کفایه فوق الکلیه

3.2.2- سرریجات:

- تقریظ فشار خون شریانی از اثر هایپو ولیمی
- تکی کاردی عکسوی
- شل شدن و ایجاد چین خوردگی های جلدی
- اولیگوری یا تنخیص حجم ادرار
- شاک

بیولوژی:

سوپه سودیوم خون (Natrémie): نورمال  
افزایش غلظت خون: افزایش پروتئین های خون و هیماتوکریت خون  
عدم کفایه کلیوی: افزایش یوریا و کریاتینین خون

5.2.2- تداوی: پر سازی دوران با محلولات ایزوتونیک حاوی سودیوم کلوراید!

3.2- دیهایدریشن داخل حجروی مجرد (DIC):

1.3.2- تعریف: تنخیص مقدار آب در قسمت یا سکتور داخل حجروی

2.3.2- اسباب: افزایش اوسمولالیتی خارج حجروی:

- ضایعات مقدار شدن در اینصورت از ضایعات شدن مقدار نمک و مایعات جبران کننده میباشد. ( بیلانسی آبی یا هایپرکلیو منفی!): مثلاً: "پولی یوری هایپوتونیک معاوضه شده با محلولات ایزوتونیک دارای مقادیر زیاد نمک. پرفورژن با سیروم نمکی هایپر تونیک ویا محلولات هایپر تونیک دیگر : مثلاً": مانیتول

3.3.2- کلینیک:

- تشنگی شدید
- خشکی غشا های مخاطی
- هایپر ترمی و تشوشات شعور در اشکال وخیم وشدید
- خطر ایجاد هیماتوم تحت دورا و هیماتوم های داخل دماغی در نزد اطفال و اشخاص مسن در اشکال شدید ووخیم

4.3.2- بیولوژی یا لابراتوار: افزایش سودیوم خون (Hypernatremia) اضافه تر از 148 میلی مول در فی لیتر

5.3.2- تداوی: جبران مایعات بدن:

- آب از طریق دهن
- آب از طریق سند نازو گاستریک
- پرفورژن محلولات هایپوتونیک: مثلاً: "سیروم گلوکوز 2.5 فیصده

4.2- دیهایدریشن کلی یا مجموعی: دیهایدریشن داخل و خارج حجروی

1.4.2- تعریف: تنقیص سوپه و مقدار آب در سکتور های داخل و خارج حجروی

2.4.2- اسباب: ضیاع آب و نمک توام و همراه با ضیاع هایپرکلیو بیشتر از ضیاع نمک به تنهایی است: مانند DIC است ولی ضیاع آب و نمک در اینجا بیشتر وشدید تر است.

- از منشای جهاز هضمی: انسداد امعا در مرحله پیشرفته وموخر مرض
- از منشای کلیوی: پولی یوری هایپوتونیک که بطور ناکافی جبران شده میباشد.

- از منشای جلدی: مثل فوق
- 3.4.2- سریریات : اشتراك دو لوحه قلبی
- تشنگی شدید و تقریبط فشار خون شریانی

#### 4.4.2- لابراتوار :

- کمبود سودیوم خون
- افزایش غلظت خون
- عدم کفایه کلیوی

#### 5.4.2- تداوی: پرفورژن محلولات هایپوتونیک و بعد تر محلولات ایزوتونیک

#### 3- هایپر هیدریشن (Hyperhydration) :

- 1.3- تعریف: افزایش مقدار آب عضویت!
- 2.3- هایپر هایدریشن خارج حجروی مجرد (HEC):
- 1.2.3- تعریف: افزایش مقدار آب سکتور خارج حجروی
- 2.2.3- اسباب: احتباس آب و نمک
  - عدم کفایه قلبی
  - سیروز ( هایپر الدوستیرونیسیم ثانوی)
  - عدم کفایه کلیوی اولیگو – انوریک

#### 3.2.3- کلینیک:

- افزایش وزن بدن
- انیمای محلاتی که به تماس زمین یا بستر قرار دارند و علامت انگشت را به خود میگیرند.

#### 4.2.3- بیولوژی:

- ناتریمی یا سویه سودیوم خون نورمال است
- رفیق شدن خون

#### 5.2.3- تداوی :

- رفع احتباس آب و نمک
- دیوریتیک ها

#### 3-3- هایپر هایدریشن داخل حجروی مجرد (HIC) :

- 1.3.3- تعریف:
- افزایش مقدار آب در سویه سکتور داخل حجروی
- 2.3.3- اسباب: Hypoosmolality خارج حجروی: رسیدن و عایدات مقدار آب به مراتب بیشتر از عایدات و گرفت مقدار نمک حاصله و هم به مراتب بیشتر از ضیاع نمک به تنهایی میباشد.

#### Potomanie -

- افزایشات و ترشحات نا متناسب هورمون انتی دیوریتیک (ADH) (SIADH)
- ضیاع نمک: مثلاً " اخذ دیوریتیک ها برای مدت دوامدار

#### 3.3.3- کلینیک:

- نفرت از آب
- دلبدی و استقر اغات
- تشوش حالت شعمد و سطح هوشیاری و بیداری که میتواند الی حالت جوما به پیش برود!
- حملات اختلاجی

#### 4.3.3- لابراتوار:

- کمبود سودیوم خون ( هایپو ناتریمی) ( به شکل رفاقتی از اثر افزایش آب و یا به شکل ضیاع سودیوم)

#### 5.3.3- تداوی:

- رفع آب اضافی بدن
- نادرا " جبران نمك بدن ( در صورتیکه موضوع کمبود سدیموم بدن به شکل و به دلیل ضیاع نمك بوده باشد و یا شکل عرضی داشته باشد)

4.3- هایپر هایدریشن مجموعی:

1.4.3- تعریف: افزایش مقدار آب در سکتور های داخل و خارج حجروی

2.3.4- اسباب: احتباس آب و نمك بیشتر و اولتر از احتباس آب به تنهایی:

- مراحل پیشرفته عدم کفایه قلبی و سیروز
- عدم کفایه کلیوی oligo-anurique

3.4.3 - کلینیک:

اشترک لوحه های سریری قلبی، در بالا

اذیما، دلبدی، استقر اغات، تشوش حالت شعور و اختلاجات

4.4.3- بیولوژی: کمبود سدیموم خون

5.4.3- تداوی:

- رفع احتباس آب و نمك
- دیوریتیک

4- نتیجه گیری:

- شیوع تشوشات هایدریشن: شایع ترین شکل تشوشات هایدریشن عبارت اند از تشوشات مجرد سکتور خارج حجروی و تشوشات مجموعی یا کلی
- احتمال بروز تشوشات به شکل مختلط: مثلاً " DEC + HIC ( هایپوناتریمی شکل *déplétion*)
- شیوع بروز تشوشات در زمان بستر بودن مریض ( مخصوصاً در نزد مریضان مسن و اطفال) لإ تشوشات حالت شعوری، پتولوژی های هضمی و انتانات
- وقایه:
- مراقبت از حالت هایدریشن مریض: ( وزن کردن مریض، جستجوی اذیما و معینه حالت تورگور جلدی مریض)
- تعیین مقدار مایعات ضایع شده
- اجرای آیونوگرام خون و ادرار
- جبران مایعات که حتماً باید با مقدار ضایعات آن متناسب باشد!

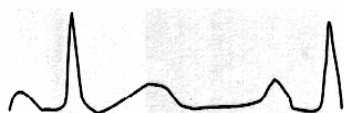
# تشوشتات ریتم قلبی

## 1- یاد آوری های لازم:

عقدہ جیبی (Nœud Sinusal) ← اذینات ← عقدہ اذینی - بطینی (Noeud auriculo-ventriculaire) ← جذع حزمہ هایس ← شعبات الیاف حزمہ هایس: شعبه راست حزمہ هایس ← بطین راست، شعبه چپ حزمہ هایس ← نیم شاخه قدامی ونیم شاخه خلفی ← بطین چپ

## ریتم سینوزال:

P QRS T



P: دیپولاریزیشن اذینات  
PR: کاندکشن یا هدایت اذینی - بطینی  
QRS: دیپولاریزیشن بطینی  
T: ریپولاریزیشن بطینات

## فریکانس قلبی:

- در حالت استراحت: 50 (60) الی 100 بار در فی دقیقه
- $100 <$  بار در فی دقیقه ( $>100/\text{min}$ ) = تکی کاردی (Tachycardie)
- $60-50 >$  بار در فی دقیقه ( $50-60/\text{min}$ ) = برادیکاردی (Bradycardie)

## 2- تشوشتات ریتم:

### 1.2- منشأ:

- ریتم سینوزال از منشأ ی عقدہ سینوزال (جیبی)
- از منشأ ی فوق البطینی
- از منشأ ی بطینی

### 2.2- تشوشتات ریتم سینوزال:

- تکی کاردی سینوسی:
  - تب، جهد
  - افزایش تونوس و یا مقویت سیستم عصبی سمپاتیک
  - فرط فعالیت غده درقیه (Hyperthyroidie)
- برادیکاردی سینوسی:
  - افزایش مقویت سیستم عصبی پاراسمپاتیک (عصب واگ = Nervus vagus) (از طرف شب)

### 3.2- تشوشتات ریتم از منشأ ی فوق البطینی (Supraventriculaire):

- اکثر اسیستولی (Extrasystolie)
- فیبریلیشن اذینی (Fibrillation auriculaire = Atrial Fibrillation)



- تکیکاردی اذینی (Tachycardie Auriculaire = Atrial Tachycardia)
- فلوتر اذینی (Flutter auriculaire = Atrial Flutter)
- تکیکاردی اتصالی (Tachycardie Jonctionnelle)

#### 4.2- تشوشات ریتم از منشأی بطنی (Ventriculaire) :

- اکستراسیستولی (Extrasystolie)
- تکیکاردی بطنی (Tachycardie ventriculaire = Ventricular Tachycardia)
- تورسد دو پاینت (Tordade de Pointe)
- فبریلیشن بطنی (Fibrillation Ventriculaire = Ventricular Fibrillation)

#### 3- تشوشات ریتم از منشأی فوق البطنی:

منشأ یا منبع : از قسمت بالاتر از محل دو شاخه شدن حزمه هیس

#### 1.3- اکستراسیستولی فوق البطنی:

- محراق مخفی (اکتوپیک) اذینی و یا اتصالی
- ECG :
- موج P :
- موج QRS
- اگر اکستراسیستولی (ES) خیلی ها قبل از وقت، طور مقدم به میان آمده باشد:
- موج QRS معدوم خواهد بود.
- اگر ES قبل از وقت و طور زود رس به میان آمده باشد، در آنصورت QRS وسیع خواهد بود!
- اگر ES بسیار ناوقت و طور مؤخر به وجود آمده باشد، در آنصورت موج QRS بسیار ظریف و ضعیف خواهد بود: که این واقعه یک واقعه بسیار شایع میباشد.
- استراحت یا پوز جبران:
- کلینیک و سرریات:
- انقباضات قبل از وقت و ناپخته و زود رس ← طپش قلب (Palpitation)
- درد قرب القلبی
- بلاک تنفسی
- Angoisse
- زمینه:
- قلب سالم: چای، قهوه: شایع
- کاردیوپاتی، پریکاردیت ها
- تیروتوکسیکوز، الکولیزم، انتانات تنفسی، تومور های منصفی
- نداوی:
- کم ساختن مواد و حالات تخریشی و هیجان آور
- دوا های آرامش بخش یا sédatives
- بیتا بلاکر ها یا Béta-Bloquants
- تحول حادثه اکستراسیستولی: امکانات تحول اکستراسیستولی به یک حادثه فبریلیشن اذینی

#### 2.3- فبریلیشن اذینی:

- اریتمی تام یا کامل از اثر فبریلیشن اذینی (AC/FA) :
- اذینات:
- فعالیت های نامنظم و نامرتب
- موجودیت چندین محراق مخفی یا اکتوپیک
- فریکونسی قلب: 300-600/min.
- هدایت یا کادکشن اذینی – بطنی به شکل وقفه دار و انارشیک یا غیر منظم

- ریتم بطینی غیر منظم با فریکونسی پایین تر از فریکونسی اذینات : 120-180/min.

- تشخیص:

- طپش قلب یا پالپیتیشن
- خستگی، عسرت تنفس جهدی
- دیکاپانزیشن بیک عدم کفایه اکلیلی ویا عدم کفایه قلبی
- آمبولی ها: حوادث وعایی دماغی شکل اسکیمیک!

- زمینه های بروز:

- گاهی در یک قلب کاملاً سالم
- اغلباً: در موجودیت کاردیوپاتی ها ( اکستراسیستولی ها مخصوصاً " انومالی های دسام میترال قلبی (Valvulopathies Mitrales) فرط فعالیت غده در قیه یا هایپر تیروییدی.

- تداوی:

- از بین بردن گواگولیشن
- تقلیل دادن و بطنی ساختن فریکونسی بطینی با ایجاد تأثیر بالای عقده اذینی - بطینی:
- دیجیتالیک ها، amiodarone, Beta-blockers ویا نهی کننده های کلسیوم.
- نادراً: انتی اریتمیک های کلاس Ic
- اگر ریتم قلبی به یک ریتم سینوزال خود برگشت نمود، دادن انتی اریتمیک ها تحت مناقشه خواهد بود.
- اگر فبریلیشن اذینی همچنان ادامه یابد، استفاده از شوک برقی خارجی (CEE) تحت مناقشه خواهد بود.

### 3.3- تکی سیستولی اذینی (Tachysystolie auriculaire) = تکی کاردی اذینی :

- ECG:

- فعالیت اذینی:
- منظم
- فریکونسی: 140-200/min.
- تناسب هدایت اذینی - بطینی: 1/1 ویا 3/1
- فعالیت بطینی: فریکونسی = فریکونسی اذینی ویا تحت المتعدد (sub-multiple)
- زمینه های بروز حادثه:
- کاردیوپاتی ها
- تسمم با دیجیتالیک ها
- حملات عدم کفایه حاد تنفسی در نزد یک مریض مصاب به عدم کفایه مزمن تنفسی.

- تداوی:

- در صورت عدم موجودیت تسمم با دیجیتالیک ها: تجویز دیجیتالیک ها ، امیودارون، بیتا بلاکر ها و یا نهی کننده های کلسیوم.
- در صورت موجودیت تسمم با دیژیتالیک ها: تجویز دیلاننتین (diphénylhydantoine)

### 4.3- فلوتر اذینی:

- ECG:

- فعالیت اذینی:
- محراق اکتوپیک ویا مخفی در قسمت زیرین اذین راست و دیپولاریزیشن توسط حرکات تدریجی یا دورانی اذینی: موج F: منظره دنداناره در لید های D2, D3, VF
- فریکونسی منظم: 300 بار در فی دقیقه
- تناسب هدایت اذینی - بطینی: اغلب اوقات: 2/1
- فعالیت بطینی: فریکونسی = اغلباً " 150 ضربه در فی دقیقه
- زمینه های بروز:

- در يك قلب سالم (20%)
- در يك قلب مصاب به کار دیوپاتی : عدم کفایه دسام میترال، CIA
- کور پولمونال مزمن

- تداوی:

- تداوی با انتیکواگولانت نظر به حالت فیریلیشن اذینی کمتر معمول است.
- بطی سازی و پاپین آوردن فریکونسی بطین : با مشتقات دیژیتالیک ، امبودارون، بینا بلاکر ها ویا دوا های نهی کننده کلسیوم.
- ارجاع تشوشتات ریتم : تنبیه داخل قلبی ویا داخل مری، CEE

### 5.3- تکی کاردی : جنکشن یا اتصال ادینی - بطینی = عقده اذینی - بطینی و جذع یا تته حزمه His :

- Tj ( تکیکاردی اتصالی) = تکیکاردی ئی که محل تولد یا ایجاد آن عبارت از محل اتصالی ای میباشد که سیاله برقی قلب از همانجا مجبور به عبور است!
- دو شکل دارد:
- تکیکاردی عقدوی ( Nodal ) : دیپولاریزیشن (depolarization) بطینات به شکل آنتیروگراد (anterograde) ( از بالا به پایین، در مسیر اصلی) و اما دیپولاریزیشن اذینات به شکل رتروگراد (retrograde) ( معکوس جهت اصلی ، از پایین به بالا) صورت میگیرد.
- تکیکاردی همراه با موجودیت راه ها یا طرق فرعی و اضافی : راه فرعی = طریق یا راه هدایت غیر طبیعی در میان اذینات و بطینات : مثلاً: "حزمه کنت (Faisceau de Kent) : سندروم ولف پارکینسون وایت (Wolff Parkinson White) : اغلباً" : نزول سیاله برقی از راه هدایتی نورمال و طبیعی و صعود یا بالا رفتن آن از طریق یا راه هدایتی فرعی غیر طبیعی!

- ECG :

- فعالیت اذینی:
- فعالیت اذینی اغلباً در میان موجه QRS و ST-T پنهان است.
- فریکونسی منظم = فریکونسی بطینی = 160 الی 220 بار در فی دقیقه
- هدایت اذینی - بطینی: 1/1
- فعالیت بطینی: فریکونسی = فریکونسی اذینی = 160 الی 220 بار در فی دقیقه.
- سریریات یا کلینیک:
- تکیکاردی اشتدادی یا پاروکسیسمال ، با شروع و ختم آنی و ناگهانی ( مرض (BOUVERET).
- تحمل متفاوت : گاهی تحمل خوب است و گاهی هم مریض احساس خستگی وضعف کرده و گاهی هم حالت سنکوپ رخ میدهد.
- قلب ریوی یا کور پولمونال مزمن ( Chronic Cor pulmonalis = Coeur pulmonaire chronique)
- تداوی:
- مانور های واگال (Manevres de vagues) : ایجاد فشار بر روی شریان ثباتی، فشار بر بالای کره عین ، مانور والسالوا ( Valsalva )
- دوا های موثر در بالای عقده اذینی - بطینی : مثلاً: " Striadyne<sup>®</sup> ، نهی کننده های کلسیوم
- وقایه از عود و برگشت مرض: انتی اریتمیک ها ، قطع راه فرعی با عمل جراحی!

### 4- تشوشتات ریتم از منشای بطینی: ( موجه QRS متوسع)

#### 1.4- اکستراسیستولی بطینی:

- محراق مخفی یا اکتوپیک بطینی
- ECG :
- عدم موجودیت موجه P
- متوسع یا عریض شدن مغلق QRS

- معکوس شدن موج T
- اکستر اسیستول مجرد یا طاقه ، دو دانه ای و سه دانه ای
- به شکل مونومورف ( دارای شکل واحد) ویا پولی مورف ( دارای چندین شکل)
- گاهی به شکل Bigéminisme ( یعنی یک موج QRS و بعداً " یک موج اکستر اسیستول، به شکل نوبتی)
- زمینه پیدایش:
- در یک قلب سالم: 3 الی 7 درصد اشخاص سالم ( در بالای یک گراف قلبی ساده)
- کاردیو پاتی ها: به ویژه کورونارو پاتی ها
- کمبود پتاسوم یا هایپو کالیمی
- دیژیتالیک ها
- مواد محرکه یا هیجان آور: مثل چای ، قهوه ، الکل ، تنباکو
- خطر یا ریسک = تکی کاردی بطینی
- تداوی: نظر به تعداد اکستر اسیستول ها، نظر به زمینه ها و نظر به قبل از وقت بودن آن ها

#### 2.4- تکی کاردی بطینی:

- خطر یا ریسک = فبریلیشن بطینی و مرگ
- گراف قلب:
- موج های QRS عریض شده و متوسع
- فریکونسی قلبی: 130 الی 220 بار در فی دقیقه
- عدم اشتراك و جدا شدن فعالیت های اذینی - بطینی
- کلینیک یا سریر پات: طپش قلب، درد یا خناق صدری، عسرت تنفس، سنکوپ
- زمینه های پیدایش:
- کورونارو پاتی ها : فاز یا مرحله حاد، فاز یا مرحله تحت الحاد ویا مزمن یک احتشای قلبی
- میوکار دیو پاتی ها
- پرو لاپس دسام میترال
- دیسپلازی اریتمی زای بطین راست
- تداوی:
- دوا های انتی اریتمیک: کلاس Ic ، امیودارون (Amiodarone) وزیلوکابین (Xylocaine)
- شاک برقی خارجی یا CEE
- تطبیق دیفیبریلاتور برای مدت های دوام دار گاهی مورد مناقشه میباشد.

#### 3.4- تورد دو پانیت (Torsade de pointe) :

- تکی کاردی بطینی پولی مورف ناپایدار
- گراف برقی قلبی:
- مغلق های QRS وسیع، با ارتفاع ها و پولاریتی متفاوت
- تدور یا حرکت دورانی و سیکل مانند مغلق های QRS در اطراف خط ایزو الکترونیک
- فریکونسی بطینی : 200 الی 250 بار در فی دقیقه ، برای فقط چند ثانیه
- زمینه های پیدایش: طویل شدن موج QT:
- برادیکاردی وخیم وشدید
- انتی اریتمیک های کلاس I
- هایپو کالیمی ( کمبود پتاسیوم خون)
- هایپو مگنیزیمی ( کمبود مگنیزیم خون)
- خطر = فبریلیشن بطینی و مرگ
- تداوی:
- تعجیل دادن فریکونسی قلب: با دوا Isoprenaline
- مگنیزیم سلفات داخل بطینی
- اصلاح هایپو کالیمی احتمالی

#### 4.4- فبریلیشن بطینی:

- معدوم شدن و از بین رفتن کلیه فعالیت های منظم برقی بطینات
- که به طور خود بخود غیر قابل ارجاع و یا برگشت خواهد بود، عدم موثریت دورانی: حالت مرگ
- گراف برقی قلب:
- گراف قلب بیانگر يك فعالیت نامنظم و انارشیک و نامرتب میباشد.
- فریکونسی قلب: 400 الی 660 بار در يك دقیقه
- زمینه های مساعدت کننده:
- کورونارو پاتی ها
- تمامی کاردیو پاتی های پیشرفته و تحول کرده
- تداوی: شاک برقی خارجی یا CEE



#### موقعیت الکتروود ها جهت اجرای یک الکتروکاردیو گرام

##### چهار الکتروود در بالای اطراف گذاشته میشوند:

- طرف علوی راست ( دست راست): برنگ سرخ و یا R
- طرف علوی چپ ( دست چپ): برنگ زرد و یا L
- طرف سفلی راست ( پای راست): برنگ سیاه و یا N
- طرف سفلی چپ ( پای چپ): برنگ سبز و یا F

##### شش الکتروود در بالای صدر مریض گذاشته و نصب میگردد:

- V1: در کناره راست استخوان سینه و یا عظم قص، در سویه مسافه بین الضلعی چهارم سمت راست
  - V2: در حافه یا کناره چپ استخوان سینه یا عظم قص، در سویه مسافه بین الضلعی چهارم سمت چپ
  - V3: در مسافه میان V2 و V4
  - V4: در مسافه بین الضلعی پنجم سمت چپ، بر روی خط متوسط الترقوی
  - V5: در مسافه پنجم بین الضلعی و یا در امتداد افقی V4، بر روی خط ابطی قدامی
  - V6: در مسافه بین الضلعی سمت چپ، در امتداد افقی V4، بر روی خط ابطی متوسط
- \*\*\*

## حوادث و عایی دماغی

### Cerebro -Vascular Accident (CVA)

### Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)

#### 1- آمار عمومی:

##### 1.1- تعریف:

حوادث و عایی دماغی عبارت از يك نقصان عصبی یا نورولوژیکی است که وابسته به يك پتولوژی و عایی مغزی (اغلباً شریانی مغزی) بوده و بطور حاد تبارز مینماید.

2.1- دو سبب اساسی و عمده موجود است: یکی حوادث و عایی دماغی اسکیمیک (AVC ischémique)، از اثر نارسایی خون در دماغ و دیگری حوادث و عایی دماغی هیموراژیک (AVC hémorragique)، از منشأ خونریزی مغزی:

- **حوادث وعایی دماغی اسکیمیک:** از اثر تشکل ترومب (thrombus) یا علقه خون در سوبه شرایین دماغی ویا از اثر بروز آمبولی هایی که از محل شروع شرایین ثباتی ویا شرایین فقری (شعبات شریان ابحر) منشا میگردد، به وجود می آید: (پلاک اتیروماتوز) ویا هم اینکه از اثر بعضی از آفات قلبی، از داخل خود قلب منشا گرفته و ظهور مینماید (مثلاً: اریتمی تام از اثر فبریلیشن اذینی AC / FA =).
- **حوادث وعایی دماغی هیموراژیک:** که یا از اثر پاره شدن و ریچر يك سو شکل وعایی دماغی (مثلاً يك انوریزم = Anévrisme) بوجود آمده ویا اینکه اغلباً از اثر پاره شدن یا ریچر شرایینچه ای ( میکرو انوریزم هایی که در نتیجه موجودیت فرط فشار خون شریانی به میان آمده است!) ، اتفاق می افتد.

### 3.1- نتایج و اثرات مختلفه حوادث وعایی دماغی:

شدت این اثرات و نتایج مربوط به وسعت ساحه مصابیت دماغی بوده که از يك حالت عدم موجودیت سیکل ها یا بقایا ( حوادث اسکیمیک گذرا که فقط چند دقیقه ای دوام میکند) گرفته تا به يك حالت مرگ آفرین و کشنده ای که در ظرف چند ساعت یا چند دقیقه مریض را از اثر بروز فرط فشار داخل قحفی و تحت فشار قرار گرفتن دماغ بطرف مرگ سوق میدهد ، فرق میکند.

### 4.1- عدم موجودیت يك تداوی قاطع و درمان موثر:

عدم موجودیت يك درمان قاطع و موثر ، اهمیت وقایه این حادثه را آشکار میگرداند: زمینه حادثه: سن پیشرفته، مریض مصاب به اتیرواسکلروز ویا اشخاص مصاب به فرط فشار خون.

## 2- تشخیص (Diagnostic):

- بروز نقصان عصبی بطور حاد:
- نقصان نورولوژیک: پارالیزی یا فلج (مثلاً: هیمی پلیژی = hémiplegie)، تشوشات یا مشکلات تکلمی، تشوشات سطح شعور و حالت بیداری (کوما)، تشوشات موازنه و غیره ...
- تکوین حادثه بطور حاد: در ظرف چند دقیقه ویا حتی فقط چند ثانیه.
- علایم مشترکه: سردردی ها و اختلاجات ...
- امکانات سریری کمی در دسترس و موجود هستند تا بتوانیم به کمک شان اشکال اسکیمیک و هیموراژیک حادثه را از هم تشخیص تفریقی نماییم: اینجاست که CT-Scan یا اسکانر دماغی اهمیت و ضرورت پیدا میکند.

## 3- اهتمامات ابتدایی و اولیه:

- بیبلانس ابتدایی: ارزیابی وسعت تشوشات نورولوژیک ( از قبیل نقصان یا عوارض حرکی، تشوشات تکلم ... ) ، اسکور گلاسگو (GLASGOW) ، فشار خون، فریکانس قلبی، فریکانس تنفسی و جستجوی علایم عدم کفایه تنفسی در صورت موجودیت تشوشات حالت شعوری مریض، گراف برقی قلب (ECG) (مخصوصاً در صورتیکه ریتم قلبی غیر منظم بوده باشد).
- وقایه از اختلاطات انی تنفسی: در صورتیکه حالت کوما به وجود آمده باشد، برای جلوگیری و اجتناب از انشاق مواد و دخول افرازات در طرق تنفسی، باید مریض به وضعیت PLS قرار داده شود، آزاد نگهداشتن طرق هوایی یا تنفسی علوی مریض ( یعنی اسپیراسیون و تخلیه فمی - بلعومی، تطبیق کانول GUEDEL و کانول MAYO در صورت موجودیت تشوشات شعور)
- باز نگهداری يك ورید محیطی در صورت موجودیت تشوشات شعور یا سطح هوشیاری مریض.
- تطبیق آکسیجن و تداوی با آکسیجن (Oxygénothérapie) در صورت موجودیت عدم کفایه تنفسی
- مرقت همه ساعته از مریض، مخصوصاً در شروع حادثه.

## 4- تداوی:

### 1.4- حوادث وعایی دماغی یا CVA های اسکیمیک:

- عدم ضرورت به تداوی های کبیره ( صرفاً" اجرای تداوی های ترومبولیتیک در واقعات استثنایی)
- وقایه از بروز عود یا نکس و جلوگیری از انکشاف و توسعه حادثه:
- انتی اگرگانت های پلاکتی ( دوا های ضد تجمع پلاکتی = Antiagrégants plaquetaires):  
مثلاً: آسپیرین بدوز 250 الی 300 میلیگرام در روز ( Aspirin: 250-300mg/day)

- انتی کواگولانت ها (Anticoagulants) یا دوا های ضد تخرنر خون : هپارین (Heparine) :  
مخصوصا در واقعات اریتمی های تام از اثر فبریلیشن اذینی (Arythmie complète par Fibrillation auriculaire = AC/ FA).
- دوا های ضد اذیمای دماغی (Antioedémateux) : مانیتول 10 ویا 20 فیصده : به مقدار 100 میلی لیتر ، در هر 4 ویا 6 ساعت ، برای یک مدت مجموعی 48 ساعت.
- تدای فرط فشار خون ( هدف: رسانین فشار خون سیستولیک تا به حدود 160 میلی متر سیماب)
- وقایه اختلاطات وضعیت دوامدار تخته به پشت (décubitus = Supine) بر روی بستر :
- اسکار ها: مساژ دادن آن عده از نقاط بدن که به تماس بستر قرار دارند، تغییر دادن حالت و وضعیت مریض بر روی بستر ( وضعیت های جانشین شونده و الترناتیف وضعیت (Supine)
- ترومبو فلیبیت (Thrombophlébite) اطراف سفلی: تحرك دهی مفعول یا پاسیف ( حرکت دادن با دست) اطراف سفلی و تطبیق هپارین های با وزن مولیکولی پایین
- وقایه اختلاطات تنفسی (پنوموپاتی هایی که از اثر تشوشات فعل بلع به وجود می آیند!):
- در صورت موجودیت تشوشات فعل بلع ، اجتناب از دادن آب و غذا از طریق دهن برای مریض.
- نیوب گذاری یا انتوبیشن (Intubation)
- سند گذاری مثانه ، در صورت موجودیت تشوشات شعور و سطح هوشیاری.
- تنظیم موازنه آب و الکترولیت های مریض.

#### 2.4- حوادث وعایی دماغی یا CVA های هیموراژیک:

- تدای با انتی کواگولانت ها و انتی اگرگانت ها در اینصورت لازم نمیباشد.
- تدای اذیمای دماغی: با تطبیق ادویه ضد اذیمای دماغی یعنی : مانیتول 10 درصد ویا 20 درصد ، به مقدار 100 سی سی در هر 4 الی 6 ساعت ، برای مدت مجموعی 48 ساعت.
- تدای فرط فشار خون: ( هدف: تقلیل فشار خون سیستولیک تا حدود 120 الی 140 میلی متر سیماب)
- وقایه اختلاطات تنفسی (پنوموپاتی هاییکه از اثر تشوشات فعل بلع به وجود می آیند) : مراجعه شود به پاراگراف قبلی!
- سند گذاری مثانه در صورت موجودیت تشوشات شعور.
- تنظیم موازنه آب و الکترولیت های مریض.

#### 5- ارزیابی و انذار مرض:

- ریسک وخطر تشدید مرض: انکشاف اذیمای دماغی، تبدیل شکل اسکیمیک حادثه به شکل هیموراژیک آن ویا بروز عود ها ، تکرر و یا رجعت دوباره حالت اسکیمیک، تشدید و افزایش خونریزی در صورت موجودیت حوادث وعایی دماغی هیموراژیک: احتمال تحول حادثه بطرف مرگ مریض!
- برقراری وثبات حادثه، البته بدون نمایان شدن کدام حالت بهبودی چشم گیر.
- تشدید تشوشات در ظرف چند روز، توام و همراه با بجا گذاشتن سیکل ها یا بقایای کم و بیش مهم!
- انذار عمومی در مجموع خراب میباشد: معیوب باقی ماندن مریض!

#### 6- وقایه حادثه :

- وقایه ابتدایی و اولیه: اتخاذ اهتمامات در برابر ریسک فکتور های قلبی – وعایی قبل از بروز حادثه وعایی دماغی: دادن معلومات و تبلیغات برای مردم ، مراعات حفظ الصحه ، تدای فرط فشار خون.
- وقایه ثانوی: اینگونه اهتمامات وقایوی بعد از ظهور حادثه اتخاذ گردیده که از بدو ورود به شفاخانه آغاز میگردند و شامل اهتمامات ذیل میباشد: اهتمامات وقایوی ابتدایی + انتی اگرگانت های پلاکتی : یعنی در صورت CVA های اسکیمیک : آسپیرین بدور 250 الی 300 میلیگرام در روز  
Aspirin: 250 – 300 mg / day

## Score de Glasgow

نمره	1- عکس العمل های عینی ( باز کردن چشم ) Réponse oculaire (Ouverture des yeux)
4	چشم های مریض طور خود بخودی باز است
3	باز کردن چشم ها با صدا زدن اسم مریض یا امر داکتر
2	باز کردن چشم ها صرفاً " بعد از تنبهاات درد آور (مثلاً " چنډك گرفتن)
1	چشم ها بسته بوده و با هیچ تحریکی باز نمیشوند!
نمره	2) Réponse motrice - عکس العمل های حرکتی
6	مریض از اوامر شفاهی اطاعت میکند و برای نشان دادن عکس العمل حرکتی ضرورت به تنبیه ندارد!
5	در برابر تنبهاات ، عکس العمل مریض متناسب میباشد ( مثلاً " مریض دست داکتر را کنار میزند!)
4	عکس العمل مریض مطابق به نوع تنبیه نمیشاند(صرفاً " يك عکس العمل عقب کشیدن عضو به ملاحظه میرسد!)
3	FLEXION = DECORTICATION
2	EXTENSION = DECEREBRATION
1	هیچگونه جواب و عکس العمل حرکتی موجود نیست!
نمره	3) Réponse verbale - عکس العمل های تکلمی
5	جواب تکلمی موافق و مناسب با سوال
4	جواب تکلمی کند و غیر دقیق
3	جواب تکلمی نا موافق به اصل سوال
2	جواب تکلمی غیر قابل فهم
1	جواب ندادن به سوال و خاموش باقی ماندن مریض!

تفسیر اسکور گلاسگو ( از نمرات 3 الي 15):

اگر حاصل جمع هر سه عکس العمل مساوی به 15 باشد، یعنی:

- نمره عکس العمل حرکتی = 6

- نمره عکس العمل تکلمی = 5

- نمره عکس العمل عینی = 4

در اینصورت مریض اصلاً " به حالت کوما قرار ندارد!

برعکس اگر حاصل جمع نمرات هر سه عکس العمل مساوی به 3 باشد، در آنصورت مریض در عمیق ترین حالت کوما قرار دارد!

به عبارت دیگر:

- حاصل جمع نمرات اسکور گلاسگو بین 14 و 12 : حالت کوماى سبك
- حاصل جمع نمرات اسکور گلاسگو بین 11 و 8 : حالت کوماى متوسط
- حاصل جمع نمرات اسکور گلاسگو بین 7 و 3 : حالت کوماى عميق!

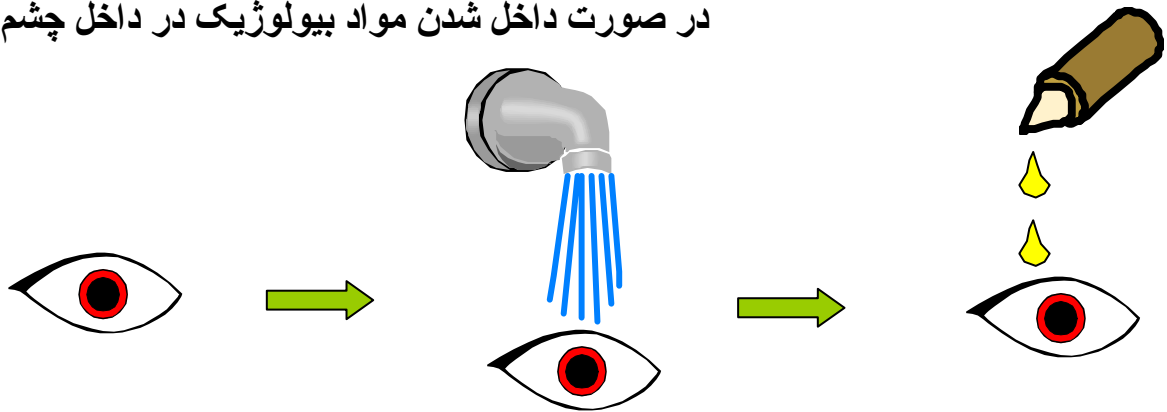


ترتیب کننده جدول : داکتر شیدیز

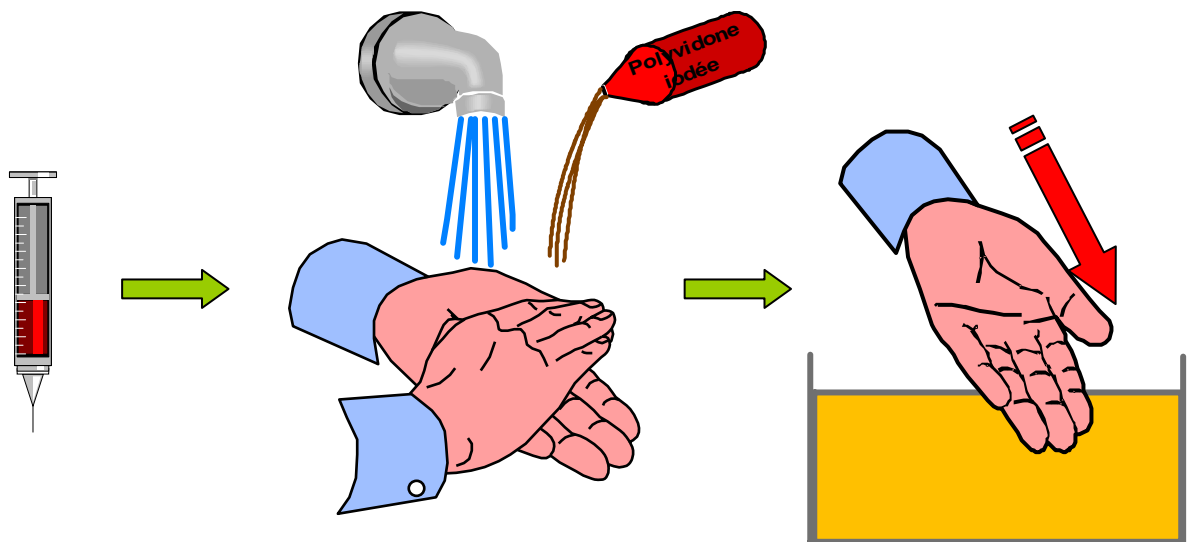


## اهتماماتی که باید در واقعات معروض شدن به آلودگی با خون وسایر مایعات بیولوژیکی اتخاذ گردند:

در صورت داخل شدن مواد بیولوژیک در داخل چشم



خون و مایعات بیولوژیکی



شست و شو با آب +  
صابون انتی سپتیک

مغطوس ساختن دست برای  
مدت 15 دقیقه در بین یک  
محلول انتی سپتیک قوی