

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





عنوان:

تازه های اصول مراقبتی در بیماری های قلبی عروقی

ندا فیاضی - هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی ساوه
کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه
دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری

ارزیابی اولیه بیماران با مشکلات قلبی عروقی:

- بررسی علائم قلبی
- افتراق علائم قلبی از سایر علائم مشابه
- بررسی سوابق بیماری
- بررسی سوابق دارویی
- بررسی عوامل خطر در بیمار و خانواده وی
- بررسی سبک زندگی بیمار
-



تحرک و استراحت در بیماری های قلبی عروقی:

- ✓ با توجه به شرایط منحصر به فرد هر بیمار متفاوت بوده است.
- ✓ به طور کلی گفته میشود سقف فعالیت ها: **شروع** تنگی نفس باشد.
- ✓ به طور معمول انجام فعالیت های روتین و روزمره
- ✓ انجام فعالیت های شخصی به صورت برنامه ریزی شده و تدریجی



اصول مراقبتی از بیماران دارای

پیس میکر







- ✓ قبل: رضایت آگاهانه و آمادگی روحی / محل ورود کتتر
شیو آماده شود/ کنترل ECG,V/S، داروها ، سرم KVO،
آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، آرام بخش در صورت لزوم،آماده
کردن ترالی اورژانس و دفیبریلاتور بر بالین بیمار.
- ✓ بعد: مشخصات پزشک مربوطه و پیس ثبت شود.
- ✓ کنترل v/s
- ✓ CXR برای بررسی محل قرارگیری نوک کتتر



- ✓ کنترل مرتب ریتم قلبی
- ✓ تا ۲۴ ساعت بی حرکت و اگر از راه ورید محیطی انجام شده است: بی حرکتی عضو مربوطه
- ✓ فعالیت اکتیو و پسیو در سایر اندامها
- ✓ تاکید میکنیم که از دستکاری پیس خودداری کنند.
- ✓ تعویض پانسمان روزانه محل
- ✓ زخم را از نظر علائم عفونت،... بررسی میکنیم.



✓ طول عمر باطری ها

✓ پیس موقت ۲ تا ۳ روز پس از پیس دائم خارج میشود.

✓ در صورت داشتن پیس موقت و نیاز به شوک: قبل از شوک دکمه ژنراتور را خاموش کرده، شوک داده و مجددا دکمه ژنراتور را روشن میکنیم و فاصله حدودی ۱۰ سانتی متری دستگاه شوک یا ژنراتور رعایت شود.

✓ در بیماران با پیس موقت: حین گرفتن ECG باید مانیتورینگ خاموش شود زیرا اختلال در فعالیت دستگاه میدهد.

✓ به هیچ وجه هیچ قسمتی از سیم پیس باز / لخت نباشد زیرا در صورت برخورد با بدن پرستار،...: الکتریسیته بدن او به قلب بیمار رفته و در آنجا تخلیه شده: مرگ و دفیبریلاسیون میدهد.





✓ لباس تنگ نپوشد.

✓ روزانه نبض کاروتید یا رادیال کنترل شود: در صورتیکه کمتر از ۵ ضربان از مقدار تنظیم شده بود: گزارش کند و در صورتی که از ۱۰ تا کمتر بود: نشانه اتمام طول عمر باطری.

✓ از قرار گرفتن در محیط هایی با میدان مغناطیسی مانند دزدگیر فروشگاه ها، MRI، دستگاه چمن زنی،... خودداری کند.



✓ گوشه همراه ۱۵ تا ۳۰ سانت با ژنراتور فاصله و در سمت مخالف ترجیحا

✓ مایکروویو تاثیر چندانی ندارد.

✓ جهت بازرسی در مکان های خاص از میدان مغناطیسی استفاده نشود:

مثلا در فرودگاه از کارت شناسایی و بازرسی بدنی به جای دستگاه مغناطیسی استفاده شود.

✓ در هواپیما نزدیک بال هواپیما ننشیند زیرا به موتور هواپیما نزدیک است.

✓ در صورت وقوع آلام مربوطه: سریعا محل را ترک کند و عبور کند: مثلا

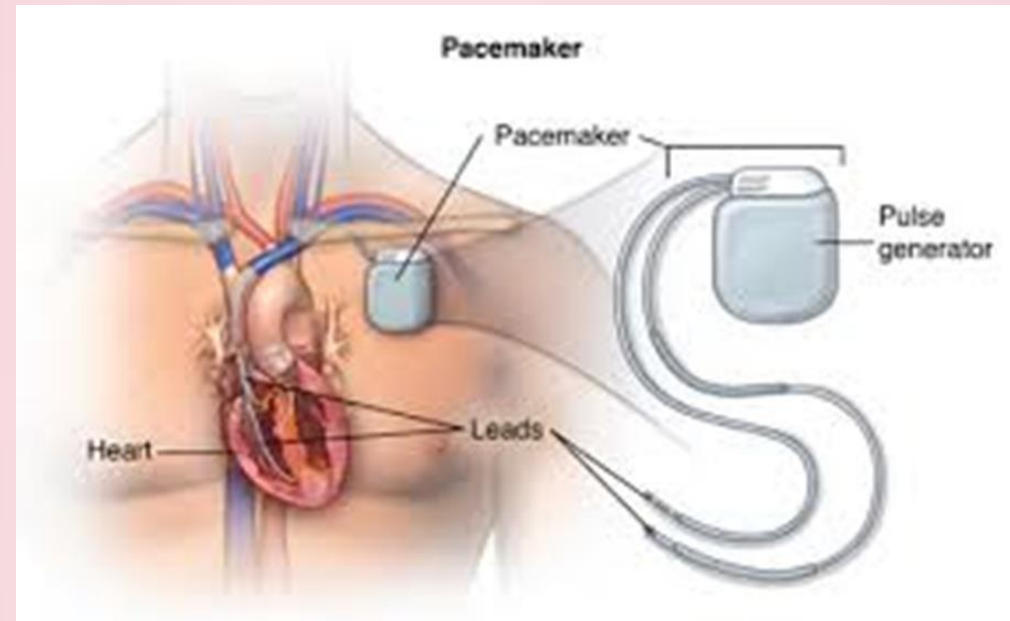
دزدگیر فروشگاه ها و بداند که با این کار پیس خراب نخواهد شد.

✓ استفاده از روش های دیاترمی و کوتر در این بیماران: کنتراندیکه است.



- ✓ گرافی ساده منعی ندارد ولی اگر در محل پیس لازم باشد بهتر است جای ژنراتور عوض شود و در فاصله دورتری قرار بگیرد.
- ✓ شروع فعالیت جنسی از هفته ۶ به بعد.
- ✓ تا ۲ هفته بازو را بالای سرش نبرد.
- ✓ محدودیت حرکت بازو تا ترمیم زخم ناحیه.
- ✓ بیش از ۲/۵ تا ۵ کیلوگرم جسمی را بلند نکند.
- ✓ از فعالیت هایی مانند فوتبال، تیراندازی،... که ممکن است به ژنراتور آسیب بزند اجتناب کند.

- ✓ کارت مشخصات به همراه داشته باشد.
- ✓ آموزش CPR به خانواده و نزدیکان وی
- ✓ در صورت داشتن سرگیجه: مراجعه به پزشک
- ✓ آموزش داروها و اهمیت مراجعه به پزشک به صورت دوره ای و در ماه اول ۲ بار / تا ۳ سال هر ۱ تا ۲ ماه و پس از آن ماهانه.



اصول مراقبت از بیماران دارای آریتمی قلبی:



مهمترین نکته مراقبتی برای این بیماران در رابطه با **داروهای** آنها میباشد:

1. دسته دارویی بلوک کننده کانال Na:

☐ A: پروکائین آمید، دیژوپرامید، کینیدین: مشاهده بیمار از نظر علائم CHF/کنترل BP و QT طولانی و QRS در نوار قلب.

☐ B: لیدوکائین، فنی توئین: از نظر لرزش و تغییرات CNS بررسی کنیم.

☐ C: پروپافنون، فلکاینید: در بیماری هایی با کاهش عملکرد کلیه و رژیم های گیاه خواری دوز دارو کاهش یابد. در بیماری های ساختمان قلب کنترل اندیکه است.





۲. بتا بلاکرها: متورال، ایندرا

۳. پتاسیم بلاکرها: آمیودارون

۴. کلسیم بلاکرها: وراپامیل، دیلتیازم

۵. متفرقه: آدنوزین، دیگوکسین، منیزیم سولفات

مروری بر تازه های احیای قلبی

ریوی:



تغییرات دارویی:

رفع اولویت استفاده از آمیودارون بر لیدوکائین



بیشترین تاکید:

شروع هر چه سریعتر احیا





۱- شروع زودرس اپی نفرین در ریتم های غیر قابل شوک

۲- در صورت عدم دسترسی به لاین های وریدی، از داخل تراشه و سپس لاین های داخل استخوانی استفاده گردد

۳- عدم استفاده از دو شوک پشت سرهم

۴- ارزیابی توانبخشی چند کیفیتی و درمان اختلالات جسمی نورولوژیک، جسمی و اختلالات شناختی قبل از ترخیص بیمارانی که دچار ایست قلبی شده اند توصیه می شود تا بتوانند به انتظارات و فعالیت های کاری خود باز گردند

۵- ارزیابی وضعیت اضطراب، استرس پس از سانحه، افسردگی و خستگی پس از ایست قلبی ریوی

۶- اضطراب و استرس پس از سانحه و همچنین عوامل تنش زای طبیعی در افراد غیر حرفه ای و حرفه ای که تجربه مراقبت از بیماران ایست قلبی را انجام می دهند بررسی شود.

۷- آمبودارون و لیدوکائین در احیا از منظر استفاده کاملاً باهم برابری داشته و اولویتی بر هم ندارند.

۸- تاکید بر مانیتورینگ بیماران و استفاده از کاپنوگرافی

۹- جدا کردن الگوریتم احیاء بیماران دچار مسمومیت با اپیوئید

۱۰- برای بیمار مشکوک به مصرف بیش از حد مواد اپیوئیدی که نبض مشخصی دارد و تنفس طبیعی ندارند و یا در فاز گاسپینگ می باشد علاوه بر احیای پیشرفته و پایه استاندارد، منطقی آن است که احیا گران از نالوکسان به صورت عضلانی و یا داخل بینی استفاده نمایند.



- ۱- به دلیل اینکه مادران باردار بیشتر مستعد کمبود اکسیژن هستند اکسیژن رسانی و مدیریت راه هوایی باید در اولویت قرار بگیرد.
- ۲- مدیریت هدفمند دما در مادران باردار که پس از احیاء در کما باقی بمانند توصیه شده است و چنین به طور مداوم ارتباط برادیکاردی کنترل شود، مشاوره زنان در این مادران نیز توصیه شده است
- ۳- به دلیل تداخل احتمالی در هنگام احیاء مادر باردار، نباید نظارت بر چنین انجام شود.
- ۴- در هر رابمان باید حداقل یک نفر جهت انجام عملیات احیای نوزاد و دادن PPV حضور داشته باشد و مسئولیت وی تنها مراقبت از نوزاد باشد.
- ۵- قرار دادن نوزاد سالم و تازه متولد شده که نیازی به احیاء ندارد در وضعیت پوست - پوست بین مادر و نوزاد می تواند در بهبود شیردهی، کنترل دما و ثبات قند خون موثر باشد.
- ۶- نوزادان تازه متولد شده غیر سرخال که به صورت آمبیوتیک آغشته به مکنونوم رابمان می شوند و شواهدی از انسداد در حین دادن PPV دارند لوله گذاری و انجام ساکشن می تواند مفید باشد.
- ۷- در صورت عدم ایجاد ضربان نبض و انجام تمام مراحل احیاء، در نوزادان تازه متولد شده، قطع اقدامات احیاء باید توسط تیم درمان و خانواده نوزاد در میان گذاشته شود.
- ۸- یک باره زمانی مناسب برای قطع احیاء در نوزادان تازه متولد شده ۲۰ دقیقه می باشد.
- ۹- آموزش های تقویت کننده تیمی و فردی جهت احیای نوزاد غالباً باید هر دو سال یکبار انجام گردد.



۱- در **ناکبکاردی** کودکان در صورت نیاز، تنهای داروی مورد استفاده از **آدنوزین** می باشد

۲- میزان تهویه یک تنفس در هر **دو الی سه ثانیه** می باشد.

۳- استفاده از لوله تراشه های کاف دار جهت کاهش نشتی هوا و تعویض های مکرر لوله تراشه

۴- استفاده معمول از **فشار کریکونید** در حین لوله گذاری دیگر **توصیه نمی گردد**

۵- برای به حداکثر رساندن شانس کسب نتایج خوب در احیاء، **اپی نفرین در اسرع وقت و در حالت ایده آل در عرض ۵ دقیقه** بعد از شروع احیا در ریتم های غیر قابل شوک تجویز گردد.

۶- پس از احیای موفقیت آمیز، بیمار باید از نظر **تشنج** ارزیابی گردد و تشنج های اپی لهسی استاتوس و هرگونه تشنج باید درمان شود.

۷- در کودکان و نوزادان مبتلا به **شوک هموراژیک**، احیاء با استفاده متعادل از **اجزای خون** منطقی می باشد.

۸- اینکه **عمق فشردن قفسه سینه در اطفال و شیرخواران** چند سانتی متر باشد مطرح نیست مهم این است که **به اندازه ۱/۳ قطر قدامی خفگی** جابجا شود.

۹- برای بیماران دارای سیستم **مانیتورینگ تهاجمی** در زمان ایست قلبی، مانیتورینگ مداوم فشار خون منطقی است و ارائه دهندگان مراقبت باید از **فشار خون دیاستولیک جهت کیفیت CPR** استفاده کنند.

۱۰- بازماندگان ایست قلبی کودکان باید از **نظیر نیازهای توانبخشی** کنترل و درمان گردند و منطقی است که پس از **یکسال** از ایست قلبی، کودکان برای ارزیابی عصبی به طور مکرر مراجعه کنند.

ماران مبتلا به **شوگ سبتیک** تجویز **مابعات بین ۱۰ الی ۲۰ میلی لیتر در کیلوگرم همراه** مکرر منطقی می باشد.

کودکان و نوزادان مبتلا به شوگ سبتیک **مقاوم به مابعات**، استفاده از **ایبی نفرین** و با **رین** توصیه می شود. در صورت عدم وجود این دو دارو ممکن است از **دوبامین** استفاده از **کورتیکواستروئیدی** با دوز استرس استفاده گردد.





۱- در صورت شک به ایست قلبی، دادن ماساژ قلبی و شروع زودهنگام CPR

۲- عدم کنترل نبض توسط احبابگران غیر حرفه ای و شروع ماساژ در صورت نداشتن هوشیاری مصدوم و همچنین عدم بررسی وضعیت تنفس و ندادن تنفس به بیمار

۳- آموزش احیاء به دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستان

۴- استفاده از روش های یادگیری فاصله دار به جای گسترده و استفاده از آموزش های تقویتی، روش یادگیری گرافیکی و واقعیت های مجازی، روش آموزش احیاء به صورت مبتنی بر شبیه سازی در صحنه و ترکیب آموزش های خود آموزی و آموزش با کمک مربی

۵- استفاده از یک مدل یادگیری شخصی جهت کسب مهارت و تسلط در احیای بابه و پیشرفته برای افراد حرفه ای و غیر حرفه ای

۶- آموزش تجویز نالوکسان برای افراد غیر حرفه ای در صورت مواجهه با مصدومین ایبوتید

۷- آموزش احیاء برای قومیت ها و نژادهای مختلف به روشهای شخصی

۸- استفاده از فناوری تلن همراه در سیستم های دیسج اورژانس برای ارائه دادن به ناظرین در صحنه

خدا قوت

