

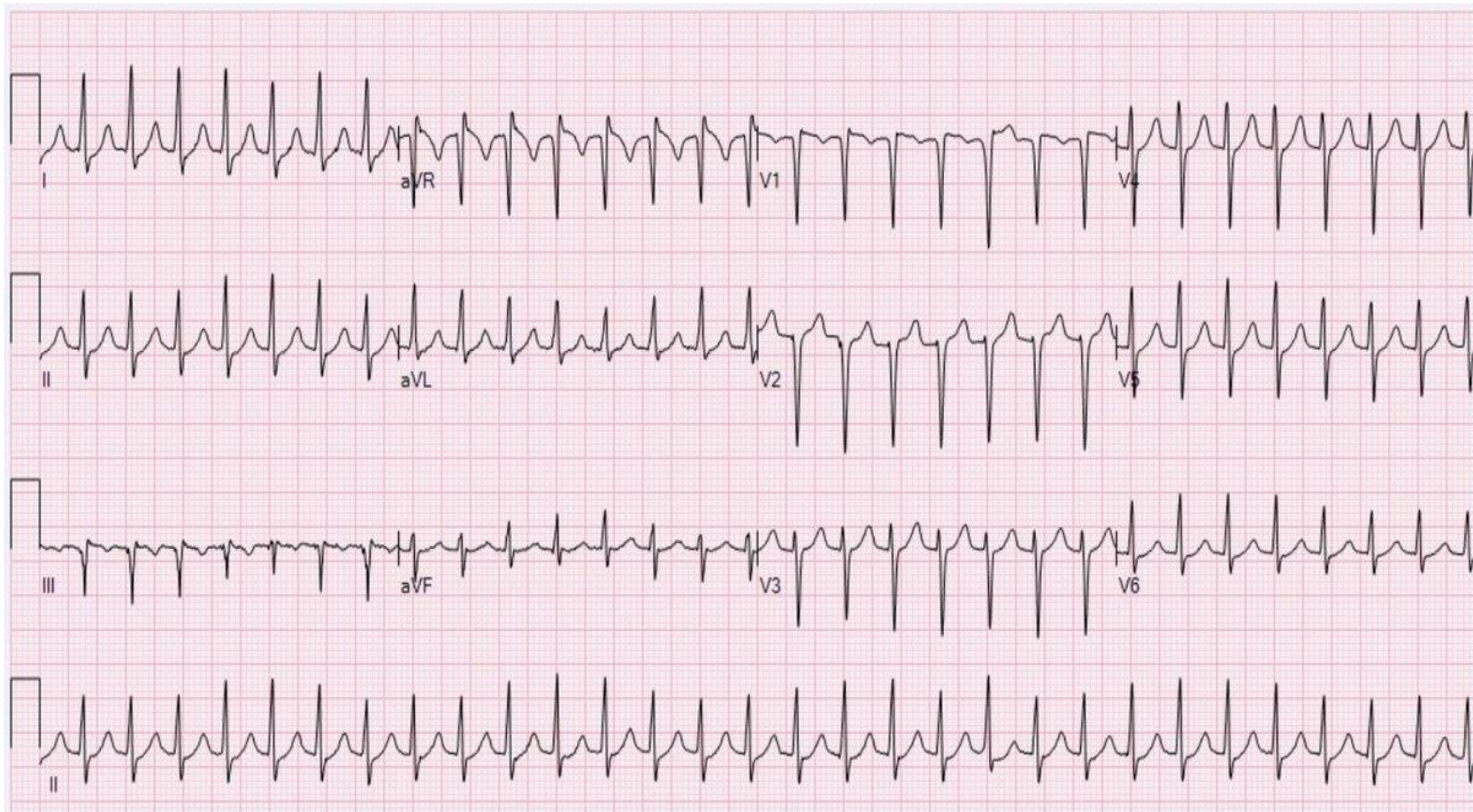
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اورژانس های آریتمی

دکتر محمد حاجی آبادی

متخصص قلب و فلوشیپ الکتروفیزیولوژی

دانشگاه علوم پزشکی قزوین



Narrow QRS tachycardia

- 1-Regular or irregular?
- If irregular:
 - AF, AFL, MAT, AT with variable conduction
 - if regular :
- 2-Visible P wave?
- If NO: AVNRT
- If Yes:
- 3-Atrial rate > Ventricular rate or no?

- If yes: AFL, AT
- If No:
- 4- Analyze RP interval:
- If long RP: AT, PJRT, Atypical AVNRT
- If short RP: AVNRT, AVRT, AT

AVNRT

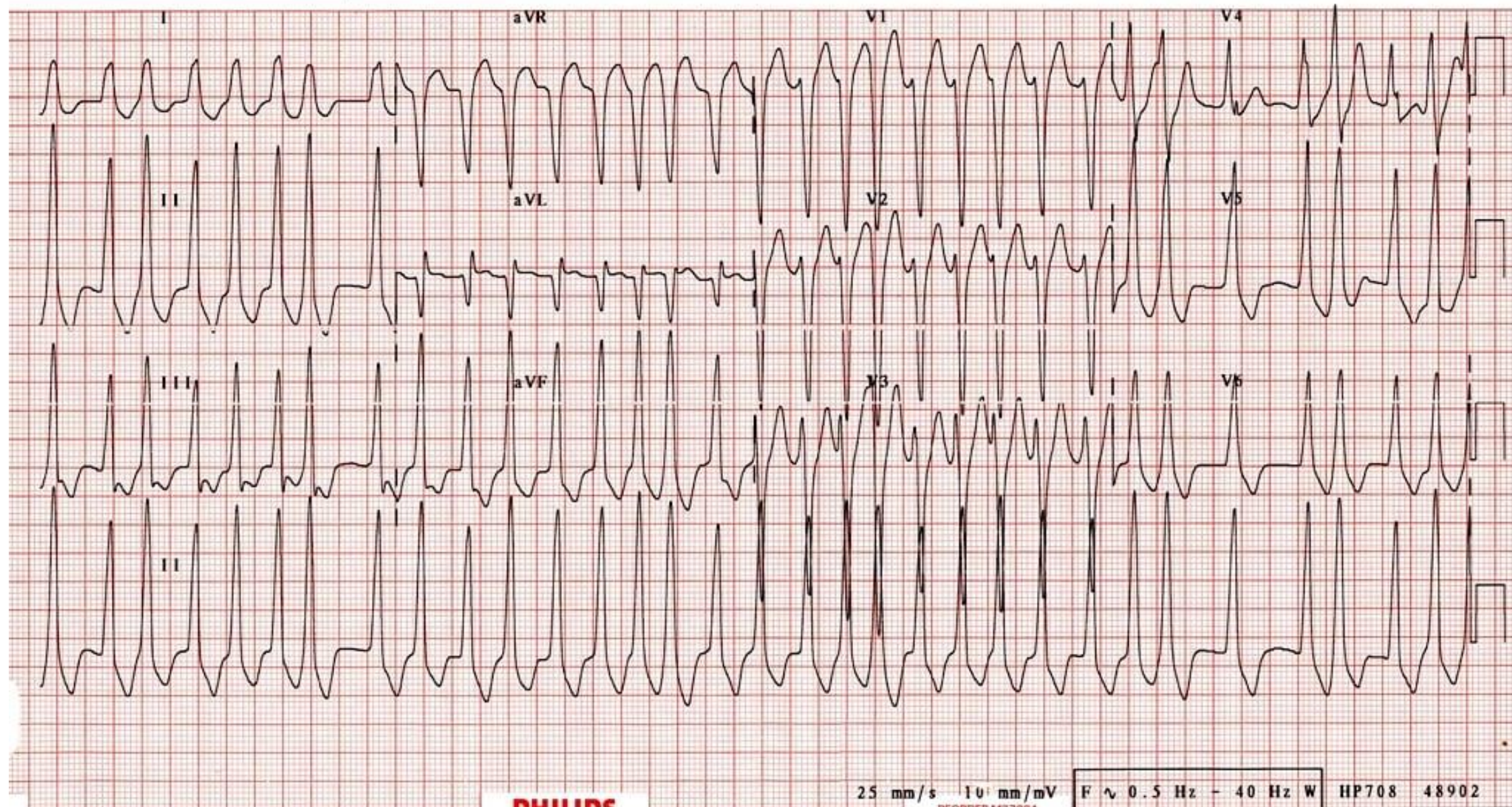
- شروع و خاتمه ناگهانی
- ریت 150 تا 250
- ریتم منظم
- موج P داخل QRS
- Pseudo r یا pseudo s
- در افراد سالم بدون سابقه بیماری قلبی
- پروگنوز خوب

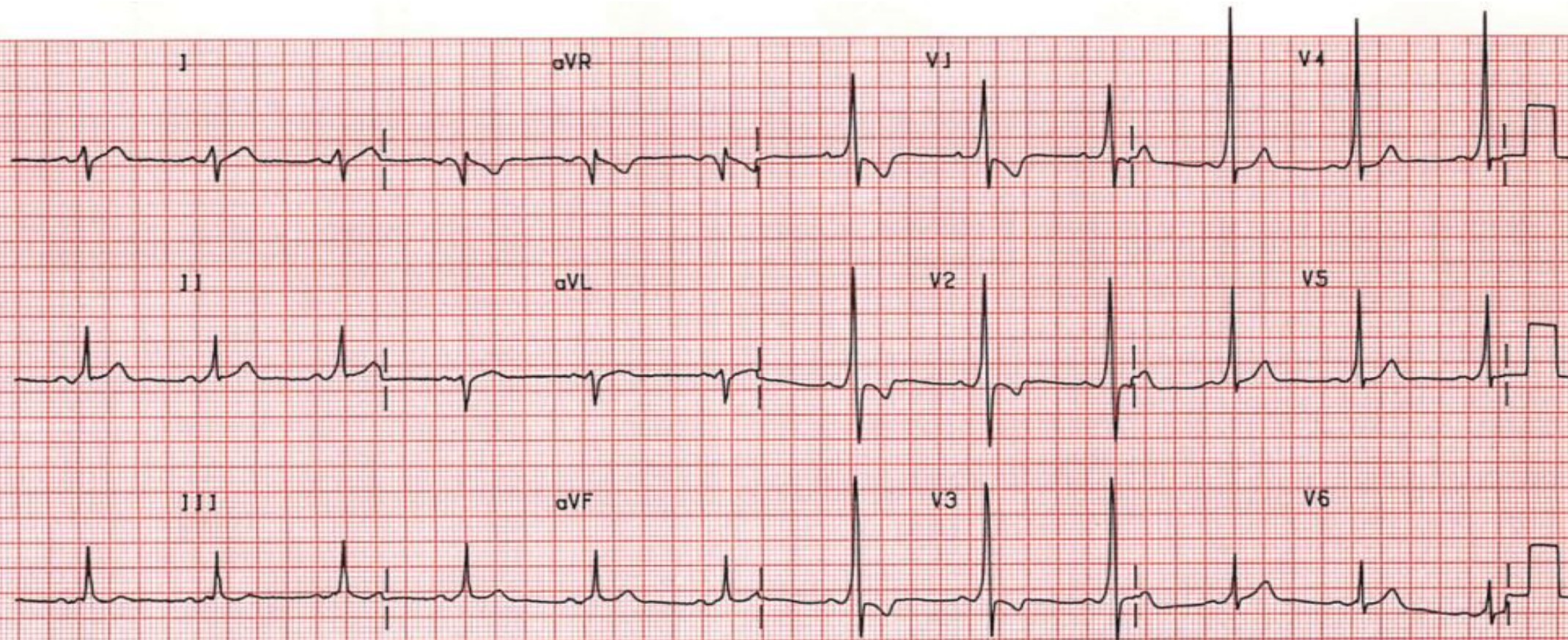
درمان

- مانور های واگ (ماساژ سینوس کاروتید، مانور والسالوا، تحریک gag)
- آدنوزین 6 تا 12 میلی گرم (داروی انتخابی)
- وراپامیل 5 تا 10 میلی گرم آهسته
- دیلتیازم 0.25 تا 0.35 میلی گرم بر کیلو گرم
- امیودارون
- در صورت همودینامیک ناپایدار شوک سینکرونیزه

AVRT

- مسیر های فرعی خارج گره ای
- هدایت انته گرید و رتروگرید
- در صورت هدایت انته گرید موج دلتا در ریتم سینوسی (WPW)
- در صورتی که فقط هدایت رتروگرید باشد مسیر فرعی concealed
- هر دو نوع مسیر فرعی Narrow QRS tachycardia ایجاد میکند
- درمان در فاز حاد اریتمی مشابه AVNRT است





RHYTHM STRIP: II
25 mm/sec; 1 cm/mV

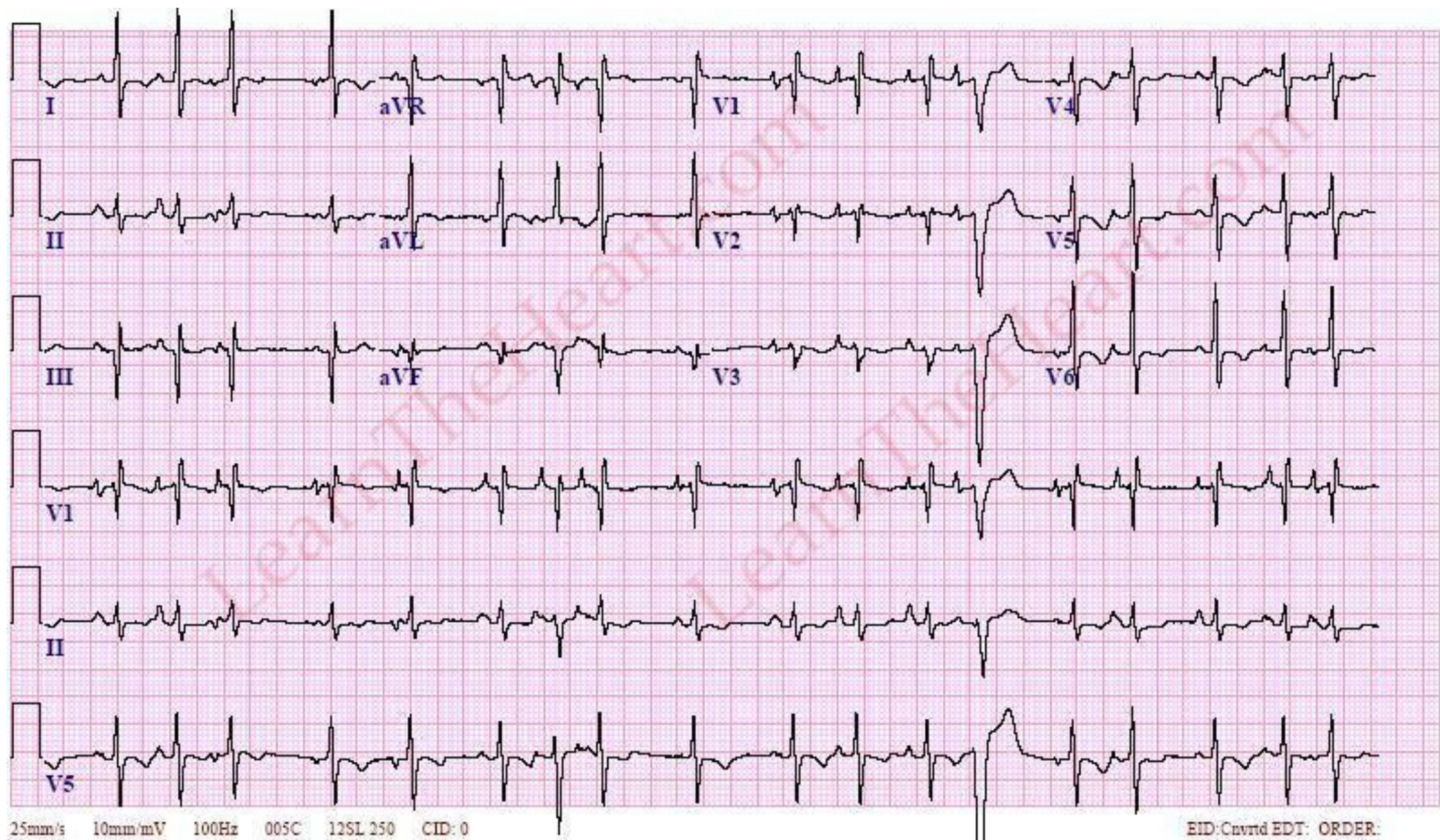


AF and WPW

- در صورت بروز سرعت بطنی 250 تا 300 ایجاد میکند
- کاهش هوشیاری، همودینامیک ناپایدار و VF
- در صورت همودینامیک پایدار پروکاین آمید یا ایبوتیلید
- دیگوکسین و کلسیم بلوکر ممنوع است
- آمیودارون و بتابلوکر با احتیاط بسیار فراوان و آماده بودن دستگاه شوک

Focal AT

- ریت دهلیز 150 تا 200
- شکل موج P متفاوت با P سینوسی
- اپیزود های کوتاه و راجعه
- در بیماران دارای اختلال ساختاری قلب
- کاردیومیوپاتی ناشی از تاکی کاردی
- در مسمومیت با دیگوکسین شایع است
- درمان با بتابلوکر، کلسیوم بلوکر و انتی اریتمی های کلاس IA, IC, III



25mm/s 10mm/mV 100Hz 005C 12SL 250 CID: 0

EID: Cuvrd EDT: ORDER:

Multi focal AT (MAT)

- ریت بین 100 تا 130
- فواصل P-P نا منظم
- حداقل سه شکل متفاوت P
- فاصله P-R متفاوت
- افراد مسن دچار COPD یا CHF
- دارو های آنتی اریتمی اغلب غیر موثر
- درمان: بتا بلوکر (در صورت تحمل)، وراپامیل و امیودارون

AF

- مراجعه به اورژانس با AF RVR
- کنترل پاسخ بطنی با استفاده از داروهای تزریقی (دیلتiazم, اسمولول)
- در صورت همودینامیک ناپایدار بلافاصله کاردیوورژن الکتریکی
- در صورت همودینامیک پایدار تصمیم بر اساس شرایط بیمار:

1. علایم بالینی

2. اپیزودهای قبلی AF

3. سن

4. سایز دهلیز چپ

- استراتژی ریتم یا ریت کنترل

کاردیوورژن الکتریکی

- 95% موفق
- شروع با 150 تا 200 ژول بای فازیک سینکرونیزه
- افزایش تا 360 ژول
- در صورت عدم موفقیت شروع ایبوتیلید و شوک مجدد
- بازگشت ریتم سینوسی و مجدد عود AF پس از چند ثانیه (25%)
- شروع ایبوتیلید و شوک مجدد (افزایش قدرت شوک بی تاثیر است)
- انتی کواگولان باید حد اقل تا 4 هفته بعد از کاردیوورژن ادامه یابد (Stunning)
- در صورتی که کاردیوورژن قطعا زیر 48 ساعت انجام شود نیاز به انتی کواگولان نیست

کار دیوورژن دارویی

- ایبوتیلید (موفقیت 60-70%) در بیماران با EF بالای 35%
- آمیودارون (موفقیت 40-50%)
- پروکاینامید (موفقیت 30-40%)
- داروهای خوراکی: (بار اول تحت نظر)
- Flecainide (100 تا 200 میلیگرم) همراه با بتابلوکر
- Propafenone (300 تا 600 میلیگرم)

AFL

- انواع تیپیک و آتیپیک
- ریت دهلیزی 250 تا 300
- پاسخ بطنی معمولاً 2:1
- شیوع کمتر از AF
- درمان انتخابی: کاردیوورژن
- امیودارون و پروکایینامید و ایبوتیلید
- تجویز انتی کواگولان مشابه AF

Accelerated idioventricular rhythm

- ریت بین 60 تا 110
- شروع تدریجی
- Capture bit و fusion bit شایع است
- متناوب ریتم بیمار، بین ریتم بطنی و سینوسی تکرار میشود
- موقتی است و اپیزود های کوتاه دارد
- در MI یا مسمومیت با دیگوکسین دیده میشود
- درمان معمولاً درمان بیماری زمینه ای و در صورت نیاز مانند VT است

Wide QRS tachycardia

- VT:

- وجود 3 یا بیشتر از سه کمپلکس متوالی با شکل غیر طبیعی و طول بیشتر از 120 ms
- منو مورفیک یا پلی مورفیک
- ریت بین 70 تا 250 متغیر است
- Non sustained: کمتر از 30 ثانیه است و خود به خود برطرف میشود
- Sustained: بیشتر از 30 ثانیه، می تواند به کلاپس همودینامیک منجر شود

افتراق SVT از VT

- در صورت شک باید VT در نظر بگیریم
 - Capture bit, fusion bit, AV dissociation (تشخیصی برای VT)
 - شواهد به نفع SVT:
1. شکل QRS شبیه ریتم سینوسی
 2. شروع اریتمی با موج P
 3. ختم یا آهسته شدن اریتمی با تحریک واگ

• شواهد به نفع VT:

1. عدم وجود RS در لید های پره کوردیال (concordance)
2. طول QRS بیشتر از 140 میلی ثانیه
3. $LAD > -30$
4. مورفولوژی RBBB: R منوفازیک یا qR در V1 ، rS در V6
5. مورفولوژی LBBB: S ناچ دار در V1, V2 ، Q یا QS در V6

درمان

- در صورت همودینامیک ناپایدار D/C شوک (شوک سینکرونیزه 50 ژول)
- در صورت همودینامیک پایدار:
 1. امیودارون
 2. پروکاین آمید (در نارسایی قلب و کلیه ممنوع است)
 3. لیدوکاین
 4. Over drive pacing
- درمان علت ایجاد و پیشگیری از عود

برادی آریتمی

- بلوک درجه I
- بلوک درجه II نوع یک (ونکه باخ)
- بلوک درجه II نوع دو (موبیتز)
- بلوک درجه III

Mobitz I or Wenckebach

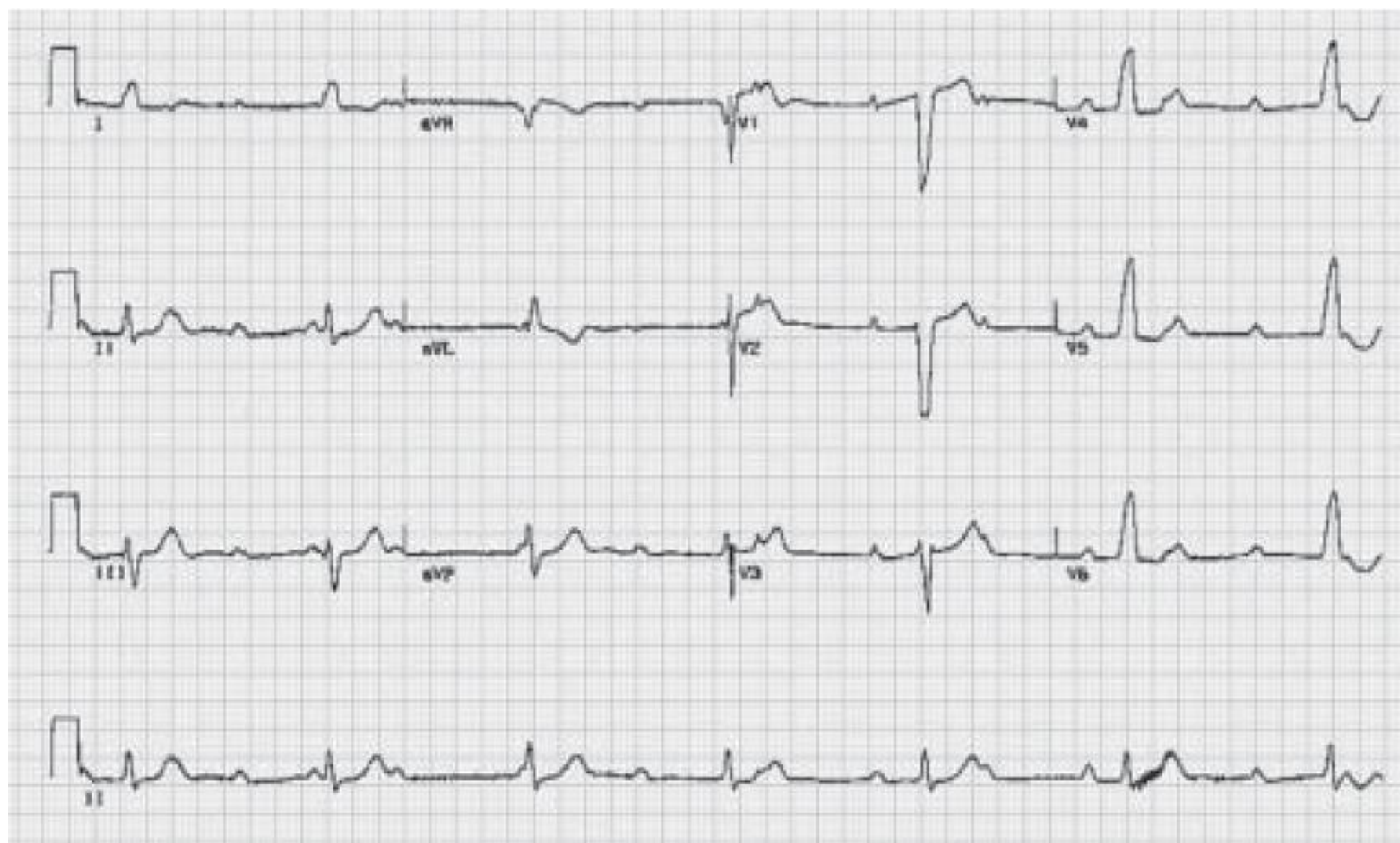


Mobitz II



2:1 block





موفق باشيد

