



دانشنامه مراقبت‌های بخش سی سی یو
تنظیم کننده
رضا پوردست گردان میکروبیولوژیست

مطالب موجود در این دانشنامه

مقدمه

بخش اول اندیکاسیونهای بستری در بخش سی سی یو

بلوک قلبی

برادی کاردی

تاکی کاردی

آنژین

نارسایی قلبی

ترمبوفلیت

ادم ریه

پریکاردیت

آنفارکتوس میوکارد

بخش دوم داروهای مورد مصرف در بخش سی سی یو

لیدوکائین

فئوروزماید

نیتروگلیسرین

پروکائین آمید

استرپتوکیناز

مقدمه

بخش سی سی یو بخش مراقبتهای ویژه قلب است .

در این بخش بیماران حاد و ویژه قلب که نیازمند مونیتورینگ دائمی هستند نگه داری میشوند و

نوار قلب اکوکاردیوگرام و داروهای ویژه کنترل آریتمی ها و بلوکهای قلبی در این بخش وجود دارد.

بخش اول اندیکاسیون بستری در سی سی یو

بلوک قلبی

بلوک قلبی عبارت است از یک اختلال پایدار (خفیف یا شدید) در انتقال پیامهای الکتریکی بین دهلیزها (اتاقک های بالایی) و بطن ها (اتاقک های پایینی قلب). در واقع بلوک زمانی

اتفاق می افتد که یک ایمپالس (پیام الکتریکی) دهلیزی یا با تاخیر به بطن هدایت شود یا اصلا هدایت نشود.

در این حالت ، هماهنگی بین انقباضات دهلیزها و بطن ها از بین

می رود. کنترل ضربان قلب دیگر بطور طبیعی که به هنگام فعالیت یا استرس ، تند و در سایر زمانها

کند می شد انجام نخواهد گرفت و ضربان ساز موجود در دیواره

مشترک بطن ها که در حالت طبیعی خفته است شروع به کار خواهد کرد و سیستم الکتریکی بطن ها را

به راه خواهد انداخت . بلوک قلب می تواند در هر سنی رخ دهد

اما در مردان بالای 40 سال و خانم ها پس از یائسگی شایع تر است

علائم شایع

خستگی ،

حملات منگی ،

ضعف ، یا گیجی ،

احساس سبکی سر ،

تپش قلب یا کندی و نامنظمی ضربان قلب ،

تنگی نفس ،

آنژین قلبی ،

نارسایی قلبی ،

سنگوپ (غش)

کند، تند، یا نامنظم شدن ضربان قلب و ایست قلبی از عوارض احتمالی بلوک قلبی درمان نشده، است.
و در صورت بروز حمله از دست دادن هوشیاری سریعاً باید به پزشک مراجعه نمود.

علل

افزایش فعالیت سیستم عصبی واگ ،

مصرف داروهای ضد آریتمی ،

اختلال الکترولیتی ،

ایسکمی قلبی یا سکته قلبی ،

بیماریهای سیستم هدایتی ،

مسمومیت دارویی

بیماریهای سیستمیک دیگر مثل بیماریهای روماتولوژیک و بیماریهای عفونی از علل مهم بروز بلوک قلبی می باشند.

تشخیص با نوار قلبی و در صورت لزوم تست ورزش یا تستهای دیگر قلبی داده می شود.

درمان

با کاشتن یک دستگاه ضربان ساز موقت می توان علایم را کنترل نمود. گاهی جراحی برای کاشتن یک

دستگاه ضربان ساز مصنوعی دائمی لازم می شود. این دستگاه یک جریان

الکتریکی را به طور منظم تولید می کند و باعث حفظ ضربان قلب در حالت طبیعی می شود.

دارویی برای معالجه قطعی بلوک قلبی وجود ندارد، ولی با داروهایی مثل آتروپین یا دارو های دیگر می توان علائم را بطور موقتی کنترل نمود.



Reference

www.flightstats.com

www.rdehospital.nhs.uk

www.bloomberg.com

برادی کاردی

برادی کاردی از اختلالات زمینه ساز بستری در سی سی یو است.

برادی کاردی ضربان قلب کمتر از حد طبیعی است. و با یک مانیتور قلبی و آزمایش خون و نوار قلب

مشخص میگردد

برادی کاردی شدید (کمتر از ۳۰ ضربه در دقیقه) می تواند به

یک وضعیت اضطراری منجر شود، که به کمبود اکسیژن مغز و تشنج می انجامد.

برادی کاردی به این معنی است که ضربان قلب شما بسیار آرام میزند .

تعداد ضربان قلب اکثر مردم ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه است .

اگر ضربان قلب شما کمتر از ۶۰ بار در دقیقه باشد ، شما

دچار برادی کاردی شده اید . ضربان آهسته قلب گاهی اوقات نرمال میباشد .

بعضی از افراد بالغ سالم و ورزشکاران جوان دارای ضربان قلب کمتر از ۶۰ دقیقه هستند .

از آنجایی که پمپاژ قلب

ورزشکاران بسیار قوی است، می تواند ضربان قلبشان کمتر باشد و یا در هنگام خواب، این ضربان

کمتر باشد .

در دیگر افراد ، برادی کاردی علامتی از یک مشکل در سیستم الکتریکی قلب است

این بدان معنی است که ضربان ساز طبیعی قلب به شکل طبیعی کار نمیکند و یا اینکه مسیر

الکتریکی قلب دچار اختلال هست .

بدین ترتیب قلب نمیتواند خون کافی به بدن برساند و این مورد می تواند تهدید کننده زندگی باشد

برادی کاردی می تواند به دلایل ذیل رخ میدهد

بیماری هایی که به سیستم الکتریکی قلب صدمه میزند. از جمله : *

بیماری عروق کرونری ،

بیماری های عفونی قلب چنان اندوکاردیت و میوکاردیت

تغییرات قلبی ناشی از بالا رفتن سن

بعضی از داروها که برای درمان مشکلات قلبی یا فشار خون بالا استعمال میشود ،

مسدود کننده های بتا مانند (beta-blockers)

آنتی آریتمیک و دیگوکسین

برادی کاردی ممکن است علائم ذیل را داشته باشد

احساس خستگی

احساس درد در قفسه سینه یا احساس طپش قلب

احساس گیجی و یا مشکل در تمرکز

احساس سرگیجه

احساس کوتاهی نفس و بالاخص هنگام ورزش

بیهوش شدن

کاهش فشار

اگر مشکل پزشکی دیگری مانند کم کاری تیروئید یا عدم تعادل الکترولیتی مسبب کندی ضربان

قلب باشد ، درمان آن مشکل ممکن است برادی کاردی را رفع کند.



Reference

www.flashcardmachine.com

www.nwlink.com

www.wellingtonicu.com

www.gelreziekenhuizen.nl

تاکی کاردی

تاکی کاردی از اختلالات نیازمند بستری در سی سی یو است.

ضربان تند قلب یا تاکی کاردی به ضربانی گفته می شود که سریع تر از حد طبیعی بتپد. ضربان قلب طبیعی

بین شصت تا صد ضربه در دقیقه است. تندی ضربان قلب، به سرعتی بالاتر از صد تپش در دقیقه اطلاق می شود.

تند شدن غیرطبیعی ضربان قلب عبارت است از تندی ضربان قلب به نحوی که قلب بسیار سریع تر از حالت طبیعی می زند بدون این که فرد فعالیت زیادی داشته باشد.

این تندی ضربان قلب بین 150 تا 300 ضربان در دقیقه است .

فردی که بیماری قلبی ندارد ممکن است با

ورزش ضربان قلب را به 160 بار دقیقه یا بیشتر برساند که البته این طبیعی است و مشکلی محسوب نمی شود.

انواع تند شدن غیرطبیعی ضربان قلب عبارتند از

فیبریلاسیون دهلیزی ،

تند ضربانی سینوسی ،

تند ضربانی فوق بطنی ،

تند ضربانی بطنی

در یک فرد مبتلا به تاکی کاردی بطنی مجموعه ای از انقباضات بطنی از نقطه ای در درون بطن ها

منشأ می گیرند و ضربان قلب از ۱۰۰ ضربان در دقیقه به ۲۵۰ ضربان در دقیقه افزایش می یابد.

نگرانی

اصلی ناشی از این نوع تاکی کاردی قلبی این است که این نوع آریتمی ممکن است با پمپاژ خون

توسط قلب تداخل کند.

در این حالت فرد به سرگیجه و سنکوپ دچار می گردد.

تاکی کاردی بطنی ممکن است بدون هیچگونه هشدار ی به فیبریلاسیون بطنی تبدیل گردد که یک

بیماری کشنده است

علامه شایع تند شدن ضربان قلب

♦ بار در دقیقه می زند که بسیار سریع تر از حالت طبیعی است - تپش قلب . نبض بین 100 180

♦ غش کردن یا احساس نزدیک بودن مرگ

♦ درد قفسه سینه

♦ سرفه ناخودآگاه

♦ تنگی نفس

دلایل تنگی ضربان قلب

♦ عفونت ریوی مثل سینه پهلوی یا ذات الریه

♦ عفونت خونی که می تواند منجر به تب شود

♦ کم خونی

♦ پایین بودن فشار خون

♦ کم آبی بدن

♦ مصرف الکل یا مواد کافئین دار مثل قهوه

♦ داروهای ضد اشتها

♦ اختلالات غده تیروئید

اختلالات قلبی مثل بی نظمی ضربان قلب (آریتمی)



Reference

www.anaesthetist.com

www.wmbfnews.com

www.mijnwoordenboek.nl

آنژین صدری

آنژین صدری از اختلالاتی است که فرد مبتلا در سی سی یو بستری میگردد.

آنژین هنگامی رخ می دهد که عضله قلب خون کافی دریافت نمی کند.

آنژین ممکن است به صورت ناراحتی یا درد در قفسه سینه از جمله به صورت احساس فشار، سنگینی،

سوءهاضمه یا

سوزش سر دل احساس شود. درد آنژین ممکن است در گردن، شانه ها، فک، پشت، و بازوها احساس

شود. در صورت بروز چنین حالتی باید به پزشک مراجعه کرد

انواع آنژین

سه نوع آنژین وجود دارد: پایدار، ناپایدار، متغیر

آنژین پایدار شایع ترین نوع است و به طور مرتب در هنگام فعالیت جسمی با الگوی ثابت و قابل

شناسایی رخ می دهد، و معمولاً پس از چند دقیقه برطرف می شود

آنژین ناپایدار می تواند بدون فعالیت جسمی بروز کند و معمولاً الگوی مشخصی ندارد. آنژین ناپایدار

معمولاً به

درمان فوری پزشکی نیاز دارد چرا که در اغلب موارد بیانگر یک حمله قلبی فعلی یا قریب الوقوع است
 آنژین متغیر که عارضه ای نادر است ممکن است شامل درد شدیدی باشد که اغلب در شب رخ می دهد،
 اما با دارو قابل درمان است

درد قفسه سینه همیشه مربوط به آنژین یا حمله قلبی نیست- درد سینه ممکن است علامتی از عفونت
 ریه،

سوزش سردل به علت ورود ترشحات اسیدی معده به مری، لخته خونی، یا حتی اضطراب باشد. هر
 وقت که دچار

درد شدید قفسه سینه شدید باید با دکترتان تماس بگیرید تا هرچه زودتر علت آن مشخص شود

عوامل ایجاد کننده آنژین

اسکلروز عروق کرونر

اختلالات گردش خون

انمی

هیپوکسی

پلی سیتمی

عوامل افزایش دهنده ی نیاز های متابولیک مانند تیرو توکسیکوز

فعالیت بدنی زیاد

تماس با سرما

خوردن غذای سنگین

استرس وحالات هیجانی



Reference

www.ashfordstpeters.nhs.uk

www.medscape.com

www.myicucare.org

نارسایی قلبی

نارسایی قلبی از موارد بستری در سی سی یو است.

نارسایی قلب به معنای بی کفایتی قلب در پمپ کردن خون است. نارسایی قلب به معنای ایست کار

قلب یا حمله قلبی نیست

(البته افرادی که مبتلا به نارسایی قلب هستند، اغلب سابقه حمله قلبی در

گذشته داشته اند)

نارسایی قلب را نارسایی احتقانی قلب (CHF) نیز می نامند. احتقان به معنی تجمع مایعات در بدن

به علت کاهش توانایی پمپاژ خون توسط قلب است.

علائم نارسایی قلبی در طول هفته ها و ماه ها

متعاقب ضعیف تر شدن قلب و توانایی کمتر آن برای پمپ کردن خون براساس نیازهای بدن ایجاد

می شوند. نارسایی قلب اغلب منجر به بزرگ شدن قلب (بطن چپ) می شود.

نارسایی قلب معمولاً در سمت چپ قلب رخ می دهد

نارسایی قلب ممکن است در اثر اختلال سمت راست یا سمت چپ و یا هر دو سمت قلب رخ دهد

معمولا نارسایی قلب در سمت چپ قلب رخ می دهد. سمت چپ قلب قدرتمندتر بوده و خون را به سراسر بدن پمپ می کند.

دهلیز چپ قلب، خون را از ریه ها تحویل گرفته و آن را به بطن چپ می فرستد و از آنجا خون وارد گردش خون عمومی بدن می شود. اگر بطن چپ قلب، ضعیف شود و نتواند خون دریافتی را کاملا به جلو پمپ نماید، خون به سمت عقب و به داخل ریه ها پس می زند. وقتی که بطن چپ نتواند به درستی منقبض شود، نارسایی سیستولی قلب روی می دهد. در نارسایی سیستولی قلب، با هرضربان قلب مقادیرکافی خون به سراسر بدن پمپ نمی شود.

وقتی که

دیواره های عضلانی قلب سفت می شوند و نمی توانند به حد کافی شل (ریلکس) شوند، نارسایی دیاستولی رخ می دهد.

در نارسایی دیاستولی، قلب سفت شده و نمی تواند در بین انقباضات از خون کافی پر شود.

در هر دو حالت (نارسایی سیستولی و نارسایی دیاستولی) خون وارده شده به سمت چپ قلب به سمت عقب یعنی به داخل بافت ریه پس می زند.

وقتی که تجمع خون در رگ های کوچک ریه ها

مویرگ ها به نقطه بحرانی رسید، خون به داخل کیسه های هوایی (آلئولها) نشت کرده و احتقان ریوی ایجاد می شود.

این تجمع خون که موسوم به "ادم ریوی" می باشد، تنفس را دشوار می کند

نارسایی قلبی در سمت راست قلب

بیماری نارسایی قلب ممکن است سمت راست قلب را نیز متاثر کند. نارسایی سمت راست قلب به

دلیل بیماری ریوی یا در نتیجه نارسایی سمت چپ قلب اتفاق می افتد.

سمت راست قلب، خون

برگشتی از بدن را دریافت می کند و آن را به داخل ریه ها پمپ می کند تا اکسیژنه شود. ممکن است

سمت راست قلب توسط فشار برگشتی ناشی از نقص بطن چپ آسیب ببیند.

وقتی که توانایی

سمت راست قلب برای پمپاژ خون، کاهش می یابد، خون به سمت عقب یعنی به داخل سیاهرگ ها

بر می گردد و باعث تورم بافت ها و اعضای بدن می شود.

بیماری نارسایی احتقانی قلب علل متفاوتی دارد. گاهی اوقات علت اصلی آن یافت نمی شود.

شایعترین علت نارسایی قلب در زیر لیست می شود

نارسایی قلب گاهی به علت بیماری شریان کرونری (تنگی عروق خون دهنده به قلب) رخ می دهد، .

اغلب افرادی که نارسایی قلب دارند قبلاً دچار حمله قلبی شده اند

مشکلات عضله قلب (کاردیومیوپاتی) نیز از علل نارسایی قلب است

فشار خون بالا (هیپرتانسیون) نیز می تواند منجر به نارسایی قلب شود

مشکلات هرکدام از دریچه های قلب نیز باعث بیماری نارسایی قلب می شود

نارسایی قلب گاهی به علت ضربان غیرطبیعی قلب (آریتمی) رخ می دهد

مواد سمی (مثل مصرف الکل) نیز یکی از علل نارسایی قلب است

(بیماری مادرزادی قلبی) مشکل قلبی که از بدو تولد وجود داشته است

نارسایی قلب به علت دیابت و یا مشکلات تیروئیدی نیز رخ می دهد

بعضی از افراد مبتلا به نارسایی قلب، علایم کمی از خود نشان می دهند. در زیر علانمی که ممکن

است در افراد مبتلا به نارسایی قلب دیده شود، ذکر شده است

تنگی نفس (خصوصا زمان راه رفتن، بالا رفتن از پله ها یا فعالیت)

تنگی نفس هنگام درازکشیدن نیز از نشانه های نارسایی قلب است

کاهش اشتها

تنگی نفس ناگهانی شبانه که باعث بیدار شدن از خواب می شود

خستگی یا ضعف عمومی (شامل کاهش توانایی در ورزش کردن) نیز می تواند یکی از علانم

تورم پا

تورم شکم یا احساس پری در شکم

در نارسایی قلب تست ها و آزمایشات زیر مفید است

آزمایش خون -

آزمایش ادرار -

عکس قفسه سینه -

نوار قلب - (ECG)

اکوکاردیوگرام قلب -

نارسایی قلب در مواردی که غیر قابل برگشت شده باشد، نارسایی معمولاً پیشرفت کننده بوده و درمانهای دارویی برای کاهش سرعت پیشرفت نارسایی قلب و یا توقف آن مورد استفاده قرار می گیرد.

مهار کننده های آنژیوتانسین (کاپتوپریل، انالاپریل، لوزارتان و...)،

داروهای مهار کننده سمپاتیک (کارودیلول، متوپرولول، ...)

اسپرینولاکتون در کنترل پیشرفت نارسایی قلب و افزایش

طول عمر بیماران بسیار مفید می باشند

در موارد نارسایی شدید قلب استفاده از پیس میکرهای سه حفره ای ویژه با ایجاد هماهنگی در انقباض عضلانی قلب، در صورت استفاده در بیماران كمك شایانی به رفع علایم نارسایی قلب کرده و احتمالاً باعث افزایش طول عمر بیماران می شود. نهایتاً در مواردی که نارسایی قلب توسط روشهای دارویی و موارد مطرح شده قابل کنترل نمی باشد، پیوند قلب تنها گزینه موجود می باشد



Reference

www.dbm.maryland.gov

www.ccu.cl

www.navyarmyccu.com

ترمبوفلیبیت

ترمبوفلیبیت از اختلالات نیازمند بستری در سی سی یو است.

ترمبوفلیبیت عبارت است از التهاب و پیامد آن، وجود

لخته های خون در یک سیاهرگ سطحی (معمولاً اندام های تحتانی) که به طور اولیه ناشی از عفونت

اگر ترمبوفلیبیت بصورت مکرر و در نقاط مختلف، بیمار را مبتلا کند

ترمبوفلیبیت مهاجر نام می گیرد.

اصلی ترین اتیولوژی و سبب ترمبوفلیبیت، پیامد جراحی ها در یک اندام معرفی می شود. اما گاهی

دلایل دیگری نیز می تواند داشته باشد.

از ریسک فاکتورهای این بیماری می توان به کم تحرکی و بی تحرکی طولانی مدت (دلایل شغلی و یا

بستری شدن درازمدت) و نیز به مشکلات خونی در شخص به ویژه مشکلات در فاکتورهای انعقادی و

غلظت خون بیمار اشاره نمود.

علائم و نشانه ها

درد در اندام و بخش مبتلا به ترومبوفلیبیت (به ندرت)

قرمزی و اریتما و علایم التهاب در اندام مبتلا

آماس یا تورم (ادم) در اندام مبتلا

درمان شامل داروهای ضد انعقاد مانند هپارین و وارفارین و نیز ترومبولیتیک ها خواهد بود.



Reference

www.rdehospital.nhs.uk

www.marketwatch.com

www.gelreziekenhuizen.nl

ادم ریه

ادم ریه از اختلالاتی است که نیازمند بستری در سی سی یو است.

ادم ریوی ناشی از تجمع مایع غیر طبیعی در داخل آلوئول و بافت بینابینی ریه ها است، به طور

معمول ناشی از بیماری قلبی عروق مانند نارسایی قلبی یا کاردیومیوپاتی. ذات الریه،

حاد سندرم تنفسی حادواستنشاق دود، نیز می تواند ادم ریوی شود

ادم ریوی می تواند یک بیماری تهدید کننده زندگی و نیاز به ارزیابی پزشکی و درمان فوری دارد

علائم زیر اغلب به طور ناگهانی در اواسط شب بروز کرده و به سرعت تشدید می گردند

کوتاهی نفس شدید، گاهی همراه خس خس

تنفس سریع

بی قراری و اضطراب

رنگ پریدگی

تعریق

کبودي ناخن ها و لب ها

افت فشار خون

سرفه . در ابتدا ممکن است سرفه بدون خلط باشد، ولي بعداً مي تواند با خلط کف آلود حاوي

رگه هاي خون همراه گردد

علل

نارسايي بطن چپ قلب در پمپ کردن با قدرت کافي براي تأمين خونرسائي همه بدن . علت

زمينه اي نارسايي قلب شامل انواع متعددي از بيماري هاي قلبي ، به خصوص اختلالات ريثم

قلب يا پرفشاري خون همراه آتروسکلروز يا تنگي دريچه آئورت مي باشد

عوامل تشديد کننده بيماري

سن بالاي ۶۰ سال

استرس

حمله قلبي اخير

فشار خون بالا يا هر نوع بيماري قلبي

چاقی

استعمال دخانيات

خستگی کار زیاد

در صورت وجود هرگونه بیماری قلبی ، اقدام فوری جهت درمان به منظور پیشگیری از تشدید علائم نارسایی قلبی ضروری است .

درمان شامل کاهش نمک رژیم غذایی ، ترک استعمال

دخانیات ، حفظ وزن در حد مطلوب ، استراحت کافی و تجویز داروهای مربوطه می باشد.

ترکیبات مخدر برای کاهش اضطراب ، کاهش جریان خون به سویی ریه ، و کاهش نیاز اکسیژن بدن

داروهای ادرارآور برای کاستن از اضافه حجم خون در گردش و تجمع مایعات در ریه ها

دیژیتال برای بالا بردن قدرت ضربان ها قلب

آنتی بیوتیک ها (چنانچه ادم ریه در اثر عفونت بروز یافته باشد)

داروهای نظیر مسدود کننده های گیرنده بتا، مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین ،

نیترونها و مسدودکننده های کانال کلسیم به منظور کاستن بار کاری قلب

تجویز اکسیژن



Reference

www.ccu.cl

www.nasdaq.com

www.slideshare.net

پریکاردیت

پریکاردیت از اختلالاتی است که نیازمند بستری در سی سی یو است.

پریکارد یا آبشامه دو لایه دارد: لایه داخلی به دیواره عضلانی قلب چسبیده است و لایه خارجی حفره قفسه سینه که قلب در

آن قرار گرفته است را می پوشاند. بین این دو لایه، مایع لغزنده ای وجود دارد که قلب را در عین ثابت بودن در جای خود، قادر به تپیدن می کند

وقتی که پریکاردیت باعث التهاب این غشا می شود، میزان این مایع زیاد شده و حرکت قلب در عمل محدود می شود، به ویژه توانایی قلب برای پر و خالی شدن از خون کاهش می یابد

حدود 10 درصد افرادی که دچار حمله قلبی شده اند، در اثر مرگ بافت قلبی، دچار پریکاردیت نیز می شوند

وقوع پریکاردیت در مردان بسیار بیشتر از زنان است.

علائم پریکاردیت

شایع ترین علامت پریکاردیت یک درد تیز و شدید خنجرمانند، در مرکز یا سمت چپ قفسه سینه (نزدیک قلب) می باشد که

گاهی اوقات این درد به سمت گردن یا شانه نیز انتشار می یابد

این درد ممکن است به آسانی با علایم یک حمله قلبی اشتباه گرفته شود

وقتی که فرد خوابیده است و یا در زمان نفس کشیدن عمیق، درد معمولاً بیشتر خواهد بود

عرق کردن و خستگی نیز از علائم دیگر این بیماری قلبی می باشند

علل پریکاردیت

یکی از شایع ترین علت های پریکاردیت به ویژه در

جوانان عفونت های ویروسی است. در بسیاری از موارد،

دلایل پریکاردیت ممکن است ناشناخته باقی بمانند

دلایل دیگر پریکاردیت شامل حمله قلبی، سرطان، پرتودرمانی، آسیب به قفسه سینه، جراحی قلبی قفسه

سینه، بیماری خودایمنی، نارسایی کلیه یا استفاده از داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی می باشند

درمان پریکاردیت

در صورتی که علت بیماری عفونت باکتریایی باشد، معمولاً آنتی بیوتیک تجویز می شود
برای کاهش درد و التهاب، داروهای مسکن و ضدالتهابی مانند آسپیرین یا بروفن داده می شود
وقتی که پریکاردیت ناشی از یک حمله قلبی باشد، معمولاً به خوبی به درمان پاسخ می دهد و بیمار
ظرف یک تا سه هفته،
کاملاً درمان می شود.

با این حال، اگر این حالت منجر به تجمع مایع در اطراف
قلب شود، به گونه ای که قابلیت پرشدن قلب از خون محدود شود (یک اختلال نادر ولی کشنده معروف
به تامپوناد قلبی)، پزشک ممکن است از پریکاردیوسنتز
برای تخلیه مایع اضافی استفاده کند با استفاده از سوزن یا یک عمل جراحی کوچک
بررسی مایع تخلیه شده به تعیین علت تامپوناد قلبی کمک می کند
در صورت عود تجمع مایع در اطراف قلب ممکن است انجام عمل جراحی ضروری باشد.



Reference

www.ashfordstpeters.nhs.uk

www.alfredicu.org.au

انفاركتوس میوکارد

انفاركتوس میوکارد از موارد نیازمند بستری در سی سی یو است.

انفاركتوس قلبي يك خرابي دائمي در قسمتي از سلول هاي عضله قلب است که در اثر نرسیدن خون به آنها طی دوره ای

طولانی به وجود می آید و در نتیجه سلول ها از غذا و اکسیژن لازم محروم می شوند و فعالیت های خود را از دست می دهند.

پس از 4 تا 6 هفته، این سلول ها به بافت های فیبرمانند که در واقع جای زخم ترمیم یافته است، تبدیل می شوند.

انفاركتوس قلبي و گاه در مفهوم وسیع کلمه به انفاركتوس و مرگ

ناگهانی قلب اطلاق می گردد. همچنین ممکن است به حوادث و اتفاقاتی که به طور ناگهانی برای قلب پیش می آید، حمله قلبي گفته شود.

افراد غیر پزشك این کلمه را بسط داده و حتی به عوارضي که در رگ های خونی پیش می آید، تعمیم

می دهند و گاه حتی این واژه را در مورد اشکالاتی که در ضربان قلب پدید می آید و یا در مورد شوک ها به کار می برند.

تعریف قدیمی حمله قلبی (میوکاردیال اینفارکشن) لخته شدن خون در سرخرگ های تغذیه کننده قلب (عروق کرونر) می باشد.

علل حمله قلبی (میوکاردیال اینفارکشن)

انفارکتوس نیز مانند آنژین، ناشی از وجود اشکال در سرخرگ های تغذیه کننده قلب است که معمولاً سرخرگ ها تنگ می شوند.

اگرچه در بروز علائم فوری با یکدیگر تفاوت دارند سال های متوالی این تردید وجود داشت که آیا انفارکتوس، در اثر مداومت تنگی سرخرگ های تغذیه کننده قلب (عروق کرونر) اتفاق می افتد

و یا در اثر ایجاد لخته در داخل رگ های بیمار شده رخ می دهد

انفارکتوس در اثر ناراحتی و فشارهای ناگهانی (استرس) ایجاد می شود

تا حدودی می تواند باعث شود و چون اندازه گیری شدت ناراحتی و فشار، خیلی مشکل است، بعضی اوقات در پی وقوع

انفارکتوس در یک بیمار، اطرافیان و نزدیکان او به منظور بررسی علل آن، حوادثی را که اتفاق افتاده، مرور می کنند و به

دنبال علت واقعه می گردند. اکثراً بیمار در روزهای قبل از انفارکتوس، تحت استرس هایی بوده است که قابل یادآوری است؛

ولي بسياري از ما در اوقات مختلف روز، بدون آنکه دچار انفاركتوس بشويم، با اتفاقات استرس زا، سروکار پیدا می کنیم.

تا این زمان هیچگونه دليل و مدرکي که براساس آن بتوان ادعا کرد استرس، مستعد کننده انفاركتوس قلبي است، وجود ندارد.

انفاركتوس قلبي فقط يکي از علل متعددي است که سبب بروز دردهاي شديد قفسه سينه می شود. تشخیص این عارضه، به مدت زمان و شکل خاص درد بستگی کامل دارد.

با این حال، آزمایش هاي لازم، براي تایید تشخیص، ضروري است

الکتروکاردیوگرام (نوار قلب) به تشخیص، کمک زیادی می کند يك نوار الکتروکاردیوگرام (نوار قلب) ممکن است کافي باشد،

اما چون گاهي تغییرات نامعلوم است، گرفتن نوارهاي متعدد الکتروکاردیوگرام در چند روز اول بعد از انفاركتوس قلبي ضروري است تا موارد غير طبيعي را تشخیص داده شود.

ممکن است نوار اول، وضعیت قلب را طبيعي نشان دهد،

ولي به ندرت اتفاق می افتد که نوار، در عرض يك یا دو روز بعد از انفاركتوس، بدون تغییر باقي بماند و حتمًا تغییرات

خاصي می کند. بعضي از بیماران، سابقه آنژین قلبي (به مدت طولاني) دارند و یا در گذشته دچار انفاركتوس قلبي شده اند.

نوار الکتروکاردیوگرام این قبیل بیماران، از اول غیر طبیعی است که این امر، شناسایی تغییرات جدید در این گونه بیماران را مشکل تر و بدین ترتیب، تشخیص عارضه جدید را دشوار می کند.

عضلات خراب شده قلب در جریان

خون، باعث ترشح آنزیم مخصوصی می گردد که با آزمایش خون، قابل تشخیص است. ولی از آنجا که مقدار این آنزیم ها در يك یا دو روز اول بعد از انفارکتوس، به آن حد نمی رسد که قابل تشخیص باشد، از این رو، دو یا سه روز بعد از وقوع

انفارکتوس، خون بیمار، برای اندازه گیری آنزیم، مورد آزمایش قرار می گیرد. یکی از موارد عملی خیلی مهم این است که

چند روز متوالی طول می کشد تا بتوان تشخیص را تأیید یا رد کرد. پزشکان غالباً بدون تشخیص قطعی، وجود انفارکتوس قلبی را احتمال می دهند

و براین اساس، شروع به معالجه می کنند. چه بسا بیمارانی که به بخش مراقبت های

(ccu)

در بیمارستان ها فرستاده شوند و پس از انجام بررسی ها معلوم می شود که اصولاً دردهای قفسه ویژه قلب سینه آنها ربطی به بیماری قلبی نداشته است

پس از انفاركتوس قلبي

به ندرت کاهش فعالیت دائمی بیمار، به دنبال انفاركتوس ضروری است. بیمار و اطرافیان او بسیار نگرانند که بدانند آیا يك حرکت غیر عادی، می تواند زمینه ساز يك حمله دیگر بشود یا نه

باید گفت که این ترس بی مورد است، زیرا به ندرت ممکن است که فردی به دنبال يك حرکت یا ورزش، مجدداً دچار انفاركتوس شود؛

بلکه برعکس، عقیده بر این است که ورزش و حرکت روزمره معمولی پس از مرخصی از بیمارستان، برای سلامتی مفید است.

بنابراین بیمار پس از گذراندن دوره نقاهت می تواند انتظار داشته باشد که زندگی عادی خود را از سر گیرد و این زندگی عادی شامل فعالیت های جنسی و کار و فعالیت های تفریحی است؛ ولی از سرگیری فعالیت های عادی باید به تدریج شروع شود.

این موضوع که بعضی افراد می گویند بیماران پس از انفاركتوس قلبي می توانند در مسابقه دو

شرکت کنند، زیاد صحیح نیست

بیماران جوان تر می توانند بدونند، ولی باید مسافت دویدن و سرعت آن را به تدریج زیاد کنند
 ورزش هایی مانند وزنه برداری، پرتاب وزنه های سنگین و پارو کردن برف، مناسب نیستند و در
 صورت لزوم، باید به میزان
 بسیار محدود انجام شوند.

تعدادی از بیماران، به علت وجود درد قلب و یا نارسایی قلبی، فعالیت های بدنی خود را
 محدود می کنند؛ با این وجود، نباید تمام فعالیت های ورزشی خود را کنار بگذارند. میزان فعالیت از
 فردی به فرد دیگر متفاوت است،
 ولی بیماران معمولاً میزان فعالیت خود را متناسب با توانایی های شان تنظیم می کنند. بنابراین هرگونه
 فعالیت بدنی که بیمار به آسانی قادر به انجام آن باشد و عارضه ای برای وی ایجاد نکند، اشکالی
 ندارد.



Reference

www.docmd.com

www.alfredicu.org.au

www.medscape.com

بخش دوم داروهای مورد مصرف در بخش سی سی یو

لیدوکائین

لیدوکائین از داروهای مورد مصرف در سی سی یو است.

مصرف برحسب اندیکاسیون

بلوک عصبی

آریتمی قلبی

نوروپاتی

صرع مقاوم به درمان

موارد منع مصرف

بلوک سینوسی دهلیزی

بلوک دهلیزی دهلیزی

بلوک دهلیزی بطنی

حساسیت مفرط

التهاب در محل تزریق

عوارض مسمومیت با این دارو

هیپوتانسیون شدید

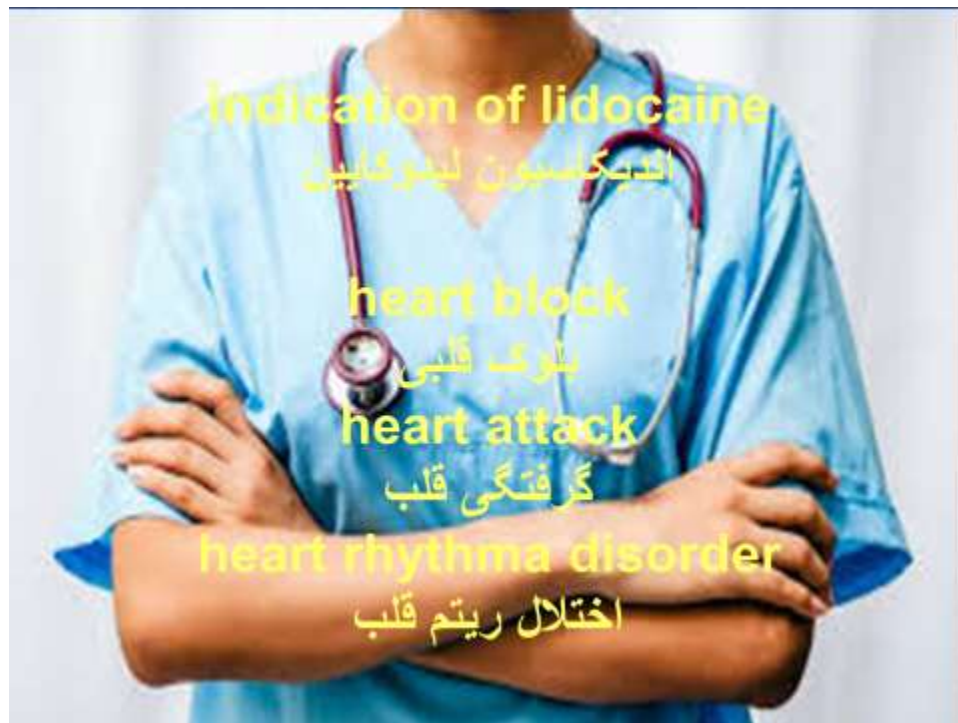
آسیستول

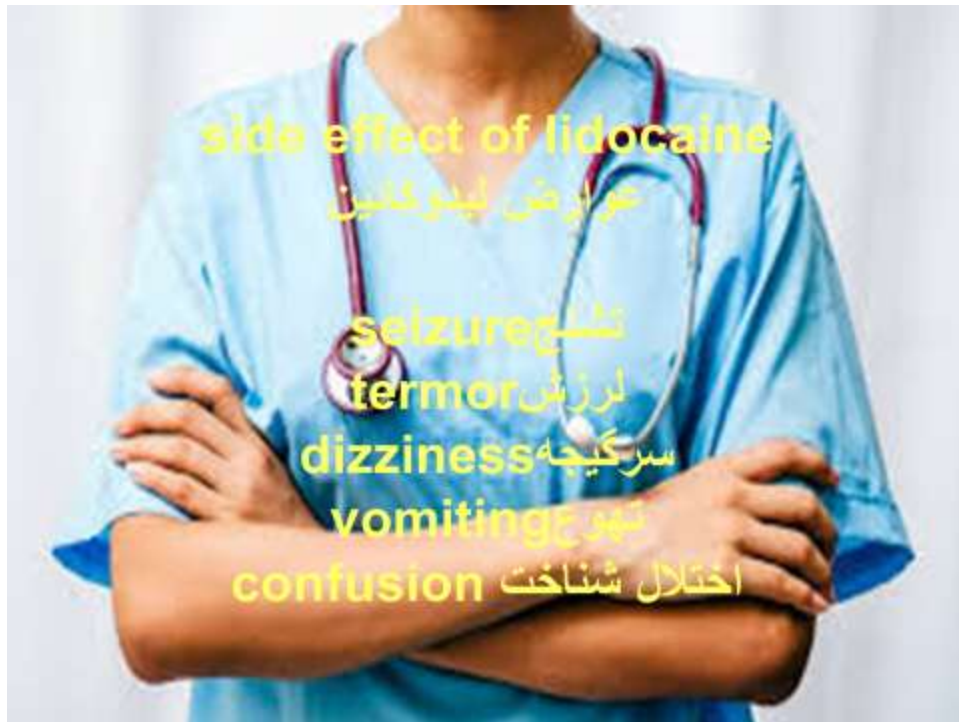
برادی کاردی

ایست قلبی

ایست تنفسی

کوما





Reference

www.ashfordstpeters.nhs.uk

www.ncbi.nlm.nih.gov

فوروزماید

فوروزماید از داروهای مورد مصرف در سی سی یو است.

فوروزماید در درمان

ادم ناشی از نارسایی احتقانی قلب، سیروز کبدی و بیماری کلیوی

کم ادراری ناشی از نارسایی کلیوی و زیادی خفیف تا متوسط فشارخون و

به عنوان داروی کمکی در درمان پرفشاری خون مصرف می شود

فارماکوکینتیک

تقریباً 60 تا 70 درصد فوروزماید پس از مصرف خوراکی جذب می شود.

غذا ممکن است سرعت جذب را بدون تغییر اثر مدری، کم کند.

پیوند فوروزماید به پروتئین بسیار زیاد است. نیمه عمر دارو نیم تا یک ساعت است

متابولیسم دارو کبدی است.

اثر دارو از راه خوراکی پس از 20 تا 26 دقیقه و از راه تزریق وریدی پس از 5 دقیقه شروع

می شود.

زمان لازم برای رسیدن به اوج اثر مدر دارو، از راه خوراکی 1 تا 2 ساعت و از راه وریدی طی 30 دقیقه است. اوج اثر کاهنده فشارخون این دارو تا چند روز پس از شروع درمان ظاهر نمی شود

طول اثر دارو از راه خوراکی 6 تا 8 ساعت و از راه وریدی 2 ساعت است.

88 درصد فوروزماید از راه کلیه و 12 درصد آن از راه صفرا و مدفوع دفع می شود

عوارض جانبی

کمی سدیم خون، کمی پتاسیم خون و کمی منیزیم خون، آلكالوز ناشی از کمی کلرور خون، افزایش دفع

کلسیم، کاهش

فشارخون، تهوع، اختلالات گوارشی، افزایش اوره خون و نقرس، افزایش موقت غلظت کلسترول و

تری گلیسرید پلاسما با مصرف این دارو گزارش شده است.



Reference

www.flightstats.com

www.rdehospital.nhs.uk

www.marketwatch.com

نیتروگلیسرین

نیتروگلیسرین از داروهای کاربردی در سی سی یو است.

مورد اصلی مصرف این دارو نارسایی احتقانی قلب و درمان سکته حاد قلبی است.

نیتروگلیسرین مصرف اکسیژن ماهیچه ی قلب را کاهش می دهد و در مجموع سعی می کند از نیاز

اکسیژنی قلب بکاهد و در عین حال اکسیژن

لازم را به قلب برساند تا بافت قلب دچار آسیب نشود.

به این ترتیب درد قلبی کاهش می یابد، برون ده قلب زیاد می شود و فشارخون

پایین می آید.

در افرادی که به دارو حساسیت دارند

همچنین به کم خونی شدید

مشکلات قلبی ممنوع است

مصرف دارو ممنوع است.

نیتروگلیسرین علاوه بر قرص زیرزبانی انواع کپسولی هم دارد که

باید طبق دستور پزشک مصرف شوند. افراد مُسن باید دقت کنند که به علت احتمال افت فشارخون

باید به آرامی از حالت نشسته به ایستاده بروند.





Reference

www.rdehospital.nhs.uk

www.flightstats.com

پروکائین آمید

پروکائین آمید از داروهای مورد مصرف در سی سی یو است.

پروکائین آمید در درمان و کنترل آریتمی بطنی، به ویژه پس از انفارکتوس قلبی و همچنین تاکی کاردی دهلیزی مصرف می شود.

این دارو اثر مستقیم بر روی قلب دارد و موجب کاهش تحریک پذیری، سرعت هدایت، خودکاری و پاسخ دهی غشاء همراه طولانی شدن دوره تحریک ناپذیری می شود.

مقادیر مصرف بیشتر دارو، ممکن است موجب ایجاد انسداد دهلیزی بطنی شود

موارد منع مصرف پروکائین آمید

این دارو در موارد انسداد کامل قلب، نارسایی قلب، کمی فشارخون و لوپوس اریتماتوز سیستمیک نباید مصرف شود

عوارض جانبی پروکائین آمید

تهوع، اسهال، بثورات جلدي، تب، ضعف عضله قلب، نارسایی قلب، سندرم شبه لوپوس اریتماتوز، آگرانولوسیتوز پس از درمان طولانی مدت، پسیکوز و آنژیوادم با مصرف این دارو گزارش شده است



side effect of procaine

عوارض پروکائین

anxiety اضطراب

dizziness سرگیجه

confusion اختلال بینایی

terror ترس

bradycardia کاهش ضربان قلب

hypotension کاهش فشار خون

Reference

www.ncbi.nlm.nih.gov

www.ashfordstpeters.nhs.uk

استرپتوکیناز

استرپتوکیناز از داروهای کاربردی در سی سی یو است.

موارد مصرف

استرپتوکیناز در درمان ترومبوز وریدهای عمقی، آمبولی ریوی، ترومبوآمبولی حاد شریانی،

شانت های شریانی وریدی حاوی لخته و انفارکتوس حاد قلبی مصرف می شود

مکانیسم اثر

فارماکوکینتیک

متابولیسم این دارو کبدی است و هیچگونه متابولیتی برای آن مشخص نشده است. نیمه عمر

استرپتوکیناز

1 میلیون واحد بیش از یک ساعت است. نیمه عمر کمپلکس های فعال کننده 23 دقیقه / پس از 5

تزریق وریدی

است. زمان لازم برای رسیدن به اوج اثر برقراری مجدد پرفوزیون عضله قلب، 20 دقیقه تا 2 ساعت

متوسط 45 دقیقه)

پس از شروع درمان وریدی است. اثر دارو چند ساعت پس از قطع درمان، زمان ترومبین معمولاً به کمتر از دو برابر میزان طبیعی خود می رسد. -

با وجود این، زمان پروترومبین بندرت ممکن است برای مدت 12 تا 24

ساعت پس از توقف درمان همچنان طولانی باشد

موارد منع مصرف

استرپتوکیناز در موارد زیر نباید مصرف شود

آنوریسم شکافنده یا موارد مشکوک به آن، خونریزی فعال، تومور مغزی، صدمات عروق مغزی یا سابقه آن،

جراحی اعصاب درون جمجمه ای یا داخل نخاعی طی دو ماه قبل از شروع درمان، جراحی اخیر قفسه سینه،

ضربه اخیر به سیستم اعصاب مرکزی، زیادی شدید و غیر قابل کنترل فشار خون و واکنش های آلرژیک شدید

واژن، التهاب حاد لوزالمعده و عیب شدید کار کبد



Reference

www.ccucollege.net

www.mijnwoordenboek.nl

www.slingeland.nl

