

فهرست

۱۰۸	هیپومنیزیم	۶۵	اتوماتیسمهای طبیعی	۷	فصل ۱: مفهوم واحد مرآقبت و بیزه
۱۰۹	هیپرمنیزیم	۶۵	مکانیزم‌های اصلی جهت بروز آریتمی‌ها	۷	طبقه‌بندی بیماران براساس نیازهای مرآقبت
۱۰۹	طفقه بندی داروهای آتش آریتمی	۶۶	۱- اختلال در تشکیل ایمپالس یا automaticity	۸	محیط فیزیکی پخش و بیزه
۱۱۰	داروهای آتش آریتمی کلاس I	۶۸	۲- نوع اختلال در تشکیل ایمپالس با اتوماتیسمه	۹	ویزکی‌های پرسنل پخش مرآقبت‌های ویزه
۱۱۰	داروهای آتش آریتمی کلاس II	۶۸	الف) اختلال در خودکاری طبیعی	۹	بررسی بیمار در پخش مرآقبت‌های ویزه
۱۱۰	داروهای آتش آریتمی کلاس III	۶۸	ب) خودکاری غیرطبیعی	۱۱	بخش ۱: مرآقبت‌های ویزه در CCU
۱۱۱	داروهای آتش آریتمی کلاس IV	۶۸	ج) فعالیت مانعهای	۱۲	فصل ۲: آناتومی سلوی قلب
۱۱۱	داروهای آتش آریتمی بدون دسته بندی	۶۸	Triggered Activity early after	۱۲	پافت قلب
۱۱۲	فصل ۳: نارسایی عروق کرونر و بیماری‌های ایسکمیک قلب	۶۹	depolarization	۱۳	ویزکی‌های اختصاصی سلوی های قلب
۱۱۳	نحوه ایجاد اترواسکاروز	۶۹	b - پس دیولاریزاسیون زودرس delayed after	۱۵	سیستم هدایت قلب
۱۱۳	عوامل مؤثر در بروز بیماری‌های ایسکمیک قلب	۷۰	depolarization	۱۶	سیستم گردش خون قلب
۱۱۴	عوامل غربال تغیر	۷۰	۲- اختلال در هدایت ایمپالس	۱۷	جریان خون کولرال یا جانبی
۱۱۵	عوامل قابل تغیر	۷۱	۱- بلوک	۱۷	Collateral Circulation
۱۱۶	عنصر صدری	۷۱	۲- هدایت اهسته	۱۹	اعصاب قلب
۱۱۷	ابواغ آژین صدری	۷۱	الف) هدایت کندشونده C	۱۹	ساختمان سلوی میوکارد
۱۱۷	۱- آژین پایدار با Stable	۷۱	ب) هدایت مخفی C concealed C	۲۱	غشاء سلوی میوکارد
۱۱۷	۲- آژین شبانه با Decubitus	۷۱	ج) بلوک با هدایت یک طرفه C unidirected C	۲۲	کانال‌ها و پمپ‌های موجود در غشاء سلوی قلب
۱۱۷	۳- آژین پریزنتمال Prinzmetal	۷۱	پدیده ورود مجدد با Re-entry	۲۵	چگونگی ایجاد انقباض
۱۱۸	۴- آژین تایپیدار anstable	۷۱	اختلال هزمان در تولید و هدایت ایمپالس	۲۹	فصل ۳: مراحل پتانسیل عمل سلوی قلب
۱۱۸	تقسیم‌بندی آژین تایپیدار از نظر کلینیکی	۷۱	الف) پاراسیتوں	۳۰	أنواع پتانسیل عمل
۱۱۸	تقسیم‌بندی آژین تایپیدار از نظر مکانیزم	۷۱	ب) بلوک قاز ۲ پتانسیل عمل (هدایت فرعی aberrant)	۳۰	مراحل پتانسیل عمل سریع
۱۱۸	تقسیم‌بندی آژین تایپیدار از نظر درمان	۷۱	ج) بلوک قاز ۳ پتانسیل عمل	۳۲	مراحل پتانسیل عمل اهسته
۱۱۹	تعییرات الکتروکاردیوگرام در آژین تایپیدار	۷۱	Preexcitation syndromes	۳۲	دوره تحریک تاندیزی
۱۱۹	درمان آژین تایپیدار	۷۱	۱- اختلالات ریتم	۳۴	پدیده R روی
۱۲۰	الف) درمان‌های داروسی	۷۱	۲- اختلالات ریتم با منشاء سینه	۳۴	فصل ۴: وکوکاردیوگرام
۱۲۰	ب) درمان عروق سازی مجدد کرونر Coronary Revascularization	۷۱	۳- Normal Sinus	۳۵	اشتاقهای استاندارد قلب
۱۲۱	ازتیوبولاستی کرونر از طریق پوست Percutaneous	۷۱	برادیکاری سینوس Dia Bradycardia	۳۶	قوانين وکوکاردیوگرام
۱۲۱	۱- امدادگری‌های پرستار حین روش PCI	۷۱	تاکیکارדי سینوسی Sinus Tachycardia	۳۷	توضیح فعالیتهای الکتریکی قلب روی سطح فرونتال
۱۲۲	روش انجام PCI	۷۱	۴- اریتمی سینوس	۳۸	توضیح فعالیتهای الکتریکی قلب در لیدهای دو قطبی
۱۲۲	مرآقبت‌های پرستار بعد از PCI	۷۱	۵- اختلالات ریتم با منشاء دهیزی	۳۸	اعضا
۱۲۲	کرونری با پاس گرفت	۷۱	۶- خصوصیات ریتم‌های دهیزی	۳۸	توضیح فعالیتهای الکتریکی قلب در لیدهای دو قطبی
۱۲۲	روش‌های تشخیصی در بیماری‌های ایسکمیک قلب	۷۱	Premature Atrial Contractions (PAC)	۳۹	قطبه اعضا
۱۲۲	الکتروکاردیوگرافی Electrocardiography	۷۱	تاکیکارדי ملعلی فوق بطنی	۴۰	توضیح فعالیتهای الکتریکی قلب در سطح هورزونتال
۱۲۲	هولتر مانیتورینگ Holter Monitoring	۷۱	۷- ریتم جانکشن طبیعی Normal Junctional Rhythm	۴۱	فصل ۵: تغییر امواج قلب از دیدگاه الکتروکاردیوگرام
۱۲۲	تست استرس (تست ورزش) یا تست تحمل فعالیت Exercise Stress Testing	۷۱	۸- ریتم جانکشن تسریع شده و تاکیکاردي جانکشن Accelerated Junctional Rhythm & Jncitional Tachycardia	۴۲	استاندارد کردن دستگاه الکتروکاردیوگراف
۱۲۳	ابواغ تست استرس	۷۱	۹- دهیزی Atrial Flutter	۴۴	تحلیم فشار قلم ثبات
۱۲۳	الف) تست راه و قلن روی تسمه متحرک یا یا دوچرخه ثابت	۷۱	۱۰- چند کاتونی دهیزی Atrial Fibrillation	۴۴	مراحل خواندن و تفسیر نوار الکتروکاردیوگرام
۱۲۴	اماده سازی بیمار قبل از شروع تست تحمل فعالیت	۷۱	۱۱- دهیزی	۴۶	۱- تعیین ریتم قلب
۱۲۴	مرآقبت‌های پرستاری بعد از انجام تست ورزش-	۷۱	۱۲- دهیزی Atrial Fibrillation	۴۶	۲- محاسبه تعداد ضربات قلب
۱۲۴	ب) تست استرس با استفاده از دارو	۷۱	۱۳- چند کاتونی دهیزی	۴۷	۳- بروزی موج P
۱۲۵	اکوکاردیوگرافی Echocardiography	۷۱	۱۴- دهیزی	۴۷	۴- قطب P-R و فاصله P-R
۱۲۵	اسکن تالیوم ۲۰۱ Thallium scan	۷۱	۱۵- اکستراسیتوں جانکشن	۴۸	دسته بندی لیدهای استاندارد قلب، براساس ناحیه
۱۲۵	اسکن نکسیوم پیروفسفات pyrophosphate ۹۹-Tc	۷۱	۱۶- ریتم جانکشن	۴۹	مورد بررسی
۱۲۵	کاتریزاسیون قلبی اکوکاردیوگرافی Transesophageal Echocardiography	۷۱	۱۷- اکستراسیتوں بطنی	۵۰	۵- کمپکس QRS
۱۲۶	آمادگی و مرآقبت‌های پرستاری پیش از انتزیوگرافی و کاتریزاسیون قلبی اکوکاردیوگرافی Doppler	۷۱	۱۸- تاکیکاردي بطنی	۵۱	۶- قطبی ST
۱۲۶	کاتریزاسیون قلبی و انتزیوگرافی ترانس ازو فاژیال	۷۱	۱۹- تاکیکاردي بطنی	۵۲	۷- موج T
۱۲۶	کاتریزاسیون قلبی و انتزیوگرافی عروق کرونر-	۷۱	۲۰- فلور بطنی	۵۳	۸- موج U
۱۲۶	آمادگی و مرآقبت‌های پرستاری پیش از انتزیوگرافی و کاتریزاسیون قلبی	۷۱	۲۱- فلور بطنی	۵۷	۹- فاصله QT
۱۲۶	مرآقبت‌های پرستاری بد از انتزیوگرافی و کاتریزاسیون قلبی	۷۱	۲۲- فلور بطنی	۵۸	رسم محور الکتریکی قلب روی سطح فرونتال
۱۲۷	رادیوگرافی قفسه سینه Chest Radiography	۷۱	۲۳- فلور بطنی	۵۹	روش‌های رسم محور مانگین قلب
۱۲۷	۱۰۸	۲۴- فلور بطنی	۶۰	عمل انجراف محور الکتریکی قلب به چپ	
۱۲۷	۱۰۹	۲۵- فلور بطنی	۶۲	عمل انجراف محور الکتریکی قلب به راست	
۱۲۷	۱۱۰	۲۶- فلور بطنی	۶۲	محور الکتریکی موج T	
۱۲۷	۱۱۱	۲۷- فلور بطنی	۶۳	محور الکتریکی موج P	
۱۲۷	۱۱۲	۲۸- فلور بطنی	۶۴	محور الکتریکی قطبی ST	
۱۲۷	۱۱۳	۲۹- فلور بطنی	۶۵	فصل ۶: مکانیسم ایجاد آریتمی‌های قلبی	

۲۹۵	سیستم عروق خونی و لنفاویک ره	۱۹۸	بلوک شاخه‌ی چپ هیس	۱۳۷.....Heart CT Scan قلب
۲۹۵	سیستم گردش خون پولموئر	۱۹۹	همی بلوک ها	بروش نگاری با نشرت پوزیترون با پت اسکن
۲۹۶	سیستم گردش خون برونکیال	۲۰۰	بلوک دوشاخه	(PET) Emission Tomography
۲۹۶	سیستم لفافیک ره	۲۰۰	بلوک سه‌شاخه	انفارکتوس میوکارد
۲۹۷	پرده چنب (شاهه پلورال)	۲۰۰	Trifascicular	انفارکتوس میوکارد (MI)
۲۹۷	لفای جنبی (پلورال)	۲۰۱	فصل ۱۰: ضربان ساز مصنوعی یا پیس میکر	تعمیم‌بندی انفارکتوس میوکارد براساس ناحیه
۲۹۷	عضلات تنفس	۲۰۱	تصویر عملکرد ژنراتور نیض در الکتروکاردیوگرام	انفارکتوس
۲۹۸	عضلات دمی	۲۰۲	تقویت‌بندی پیس میکرها از نظر مد	عالمی بالینی انفارکتوس میوکارد
۲۹۸	عضلات بازدهی	۲۰۲	الـ (P) پیس میکر باریت ثابت (Fixed Rate)	بورس‌های اولیه از بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد
۲۹۹	مکانیک تهیه و تبلالت گازی	۲۰۳	(asynchronous	۱۵۲.....انفارکتوس میوکارد مبتدون بالارفتگی قطعه‌ی
۲۹۹	کنترل تهیه	۲۰۴	(Synchronous) Demand	(NSTEMI)
۳۰۰	کنترل شیمیایی تنفس	۲۰۶	پیس میکر موقت	۱۵۴.....نفاوت آنژن نایابدار و NSTEMI
۳۰۱	نقش عوامل دیگر در کنترل تنفس	۲۰۶	انواع پیس میکر موقت	۱۵۵.....NSTEMI
۳۰۲	اصطلاحات و مفاهیم فیزیولوژیکی مرتبه‌ی	۲۰۸	تنظیم پیس میکر	ریسک فاکتورهای NSTEMI
۳۰۲	مراقبتهای ویژه	۲۱۰	مسئولیت‌ها و مراقبتهای پرستاری بعد از جایگذاری	تغییرات الکتروکاردیوگرام
۳۰۳	حجمها و ظرفیت‌های ریوی	۲۱۱	پیس میکر موقت	۱۵۷.....مداخلات پرستاری در NSTEMI
۳۰۳	اهمیت حجم جاری (VT)	۲۱۲	بدکاری پیس میکر موقت	۱۵۸.....TIMI
۳۰۴	اهمیت ظرفیت حیاتی	۲۱۴	پیس میکر دائم Permanent Pacemaker	۱۵۸.....شاخص GRACE
۳۰۵	اهمیت حجم باقی مانده	۲۱۴	مراقبتهای از بیمار با پیس میکر دائم	۱۵۹.....درمان‌های دارویی در NSTEMI
۳۰۵	کمپلیانس ره (Compliance)	۲۱۷	فصل ۱۱: هیبریتروفی‌ها	انفارکتوس میوکارد با بالارفتگی قطعه‌ی
۳۰۶	مقاومت Resistance	۲۱۷	بزرگی دهلیز ها	ST - STEMI
۳۰۶	فیزیک انتشار و فشار گازها	۲۱۷	بزرگی دهلیز چپ	۱۶۰.....STEMI
۳۰۷	روابط بین تهییه و بروزگشتن و اثرات آن بر تبلالت	۲۱۸	بزرگی دهلیز راست	۱۶۱.....اثر و سمعت نکروز میوکارد روی عالمی بالینی
۳۰۸	گازی	۲۱۹	هیبریتروفی بطن ها	یافته‌های تشخیصی در STEMI
۳۰۸	تبلالت گازی در سطح سلول‌های باقی	۲۲۱	هیبریتروفی بطن چپ	۱۶۲.....تغییرات ECG بر اساس مراحل زمانی MI
۳۰۹	متخلص تجزیه اکسی‌هموگلوبین Oxyhemoglobin	۲۲۰	هیبریتروفی هر دو بطن	مرحله فوق حاد انفارکتوس میوکارد
۳۱۰	Dissociation Curve	۲۲۱	فصل ۱۲: تشخیص های اندیش	۱۶۳.....Fully Evolved
۳۱۱	عوامل مؤثر بر انحراف متخلص تجزیه اکسی‌هموگلوبین به چپ با راست	۲۲۲	اختلال پرستاری در بخش CCU	مرحله تکمیل انفارکتوس میوکارد MI
۳۱۲	انتقال CO2 در خون	۲۲۲	کاهش بروند فلی در اسطمه	مرحله حاد انفارکتوس میوکارد
۳۱۳	Bohr Effect	۲۲۳	اختلال در بروزگشتن بافت در بخطه با: کاهش بروند ده	مرحله مزم میوکارد Old MI
۳۱۴	اثر بور Haldane Effect	۲۲۴	قلب در دهنده سیمه	دسته بندی لیدهای جهت تعیین منطقه‌ی انفارکتوس
۳۱۵	فصل ۱۴: اختلالات اسید- باز	۲۲۵	الکتو نامناسب: غضیره	میوکارد در بطن چپ
۳۱۵	مکانیزم‌های فیزیولوژیک برای تنظیم تعادل اسید- باز	۲۲۶	پاک ساز: غیر موثره هوایی	اقدامات درمانی اورژانس در انفارکتوس حاد میوکارد
۳۱۶	سیستم تامپون (بافری)	۲۲۶	اختلال در تبلالت گازی	۱۶۴.....نکات مهم در تجویز استریتوکیاز
۳۱۶	سیستم تنفس	۲۲۶	تعییر انتقال: دفع ادرار	مبارهای ارزیابی تأثیر استریتوکیاز
۳۱۷	سیستم کلیوی	۲۲۷	عسر اقبال	۱۶۵.....مداخلات درمانی STEMI در بخش CCU
۳۱۷	Acidosis	۲۲۸	اختلال: رگکری خواب	۱۶۵.....الف) اقدامات مرافقی
۳۱۸	اسیدوز متabolik (افزایش اسید کربنیک در خون)	۲۲۸	اضطراب و نرس	۱۶۵.....ب) اقدامات دارویی
۳۱۸	اسیدوز متabolik (افزایش سایر اسیدها در خون)	۲۲۹	پیوس	۱۶۶.....عوارض STEMI
۳۱۹	Alkalosis	۲۲۹	کم در اطلاعات	۱۶۷.....انفارکتوس بطن راست
۳۱۹	آکالاکلورز تنفس	۲۳۰	برآمده‌یزی جهت آسوزش و بازتوانی بیمار مبتلا به	۱۶۸.....علائم بالینی RVMI
۳۲۰	آکالاکلورز متabolik (کاهش سایر اسیدها در خون)	۲۳۰	ستدرم حاد کربوناتی	۱۶۸.....تغییرات الکتروکاردیوگرافیک ناشی از RVMI
۳۲۰	بارامترهای اصلی جهت تفسیر گازهای خون شریانی	۲۳۰	فرآیند آسوزش و نوتوانی بعد از انفارکتوس میوکارد	۱۶۸.....اقدامات درمانی اورژانس هنگام بروز انفارکتوس بطن راست
۳۲۱	شکاف آنیونی یا (AG) Anion Gap	۲۳۰	الف) مرحله حاد ۴۸-۲۴ ساعت اول بعد از بستری شدن	۱۶۸.....شوک کاردیوژنیک
۳۲۱	روش تفسیر برگه ارمایش گازهای خون شریانی	۲۳۰	۲) مرحله تحت حاد ۴۸ ساعت بعد از بستری شدن	۱۶۸.....علل بروز شوک کاردیوژنیک
۳۲۲	(الف) حالت بدون جیران (جیران نشده یا حاد)	۲۳۱	بستری شدن در بخش	۱۶۸.....پاتوفیزیولوژی شوک کاردیوژنیک
۳۲۲	(ب) جیران ناقص (در حال جیران یا تاحد حاد)	۲۳۱	۳) مرحله تخصیص بیمار	۱۶۸.....انواع شوک کاردیوژنیک
۳۲۲	(ج) جیران کامل (مزم)	۲۳۵	پیش ۲: مراقبتهای ویژه در ICU	۱۶۸.....متداخلات درمانی در شوک کاردیوژنیک
۳۲۳	اختلالات مرکب اسید- باز (Mixed Disorders)	۲۳۷	فصل ۱۳: آناتوم و فیزیولوژی سیستم تنفس	۱۶۸.....فصل ۹: اختلالات هدایت در جریان الکتریکی
۳۲۴	Mixed Disorders	۲۳۸	رادهای هوایی غیرتنفس	۱۶۸.....اختلالات هدایت هدایت در جریان الکتریکی
۳۲۴	Tغییرات در PH و PaCO2 و HCO3	۲۳۸	ینی (Nose)	۱۶۸.....بلوک گرهی SA
۳۲۵	تفاوت هیرپ کابنیک حاد از مزم	۲۳۸	سینوس‌ها (Sinuses)	۱۶۸.....اختلالات هدایت در گرهی دهلیزی بطن
۳۲۵	ایجاد تغییرات در PH ناشی از تغییرات PCO2	۲۳۹	حلق (Pharynx)	۱۶۸.....بلوک درجه ۲ موبیتز II
۳۲۶	تغییرات بین کربنات پلاسما ناشی از تغییرات PO2	۲۴۰	حنجره (Larynx)	۱۶۸.....بلوک درجه سه دهلیزی بطن
۳۲۶	تغییرات بین کربنات و PH به دلیل تغییرات متabolik	۲۴۱	ترachea (Trachea)	۱۶۸.....بلوک درجه ۴ داخل بطن
۳۲۷	روند خونگیری شریانی	۲۴۲	رادهای هوایی تنفس	۱۶۸.....بلوک شاخه‌ی راست RBBB
۳۲۷	روشن گیری از شریان رادیال	۲۴۳	غشاء الون (Kapillaries)	۱۶۸.....بلوک درجه ۴ نوع موبیتز II
۳۲۸	فصل ۱۵: روش‌های اکسیژن درمانی	۲۴۴	رادهای هوایی تنفس	۱۶۸.....بلوک درجه ۴ تا ۵ بطن
۳۲۸	هایپوکسی و هایپوکس	۲۴۵	غشاء الون - کاپیلاری یا واحد تنفس	۱۶۸.....بلوک شاخه‌ی راست
۳۲۹	انواع هایپوکسی			
۳۲۹	اکسیژن تراپی			

کندن ترشحات از دیواره‌ی مجرای هوایی	۲۶۲	مولفه‌ی اکسیژن تراپی	۲۸۳
دق کردن Percussion	۲۶۲	روش‌های تجویز اکسیژن	۲۸۴
ضریب زدن Tapping	۲۶۲	(الف) سیستم‌های تجویز اکسیژن با جریان پاین	۲۸۴
حرکت دادن ترشحات ریوی به طرف ناف ره و ترانه	۲۶۲	(ب) سیستم‌های با جریان بالای اکسیژن High Flow System	۲۸۸
لرزاندن Vibration	۲۶۲	فصل ۱۶: نارسایی حاد تنفس	۲۸۹
فلشن Rib Spring	۲۶۲	طبیعتنده نارسایی حاد تنفس	۲۹۰
پرسه لبه‌ی فشرده Pursed-Lip (Breathing)	۲۶۲	نارسایی حاد تنفس هیپوکسیک همراه با هایپرکاپنی	۲۹۰
تخالیه‌ی ترشحات ریوی	۲۶۲	نارسایی حاد تنفسی هیپوکسیک بدون هایپرکاپنی	۲۹۱
سرقهی مؤثر Effective Cough	۲۶۲	ازرات فیزیولوژیکی هیپوکسی	۲۹۲
سرقهی کنترل شده Controlled Cough	۲۶۵	نمایه‌گرایی مبتداوم در نارسایی حاد تنفس (ARF)	۲۹۲
سرقه با گلوت باز Huff Cough	۲۶۵	تدابیر طبی و پرستاری در نارسایی حاد تنفس	۲۹۲
سرقه کمکی Quad (Assisted) Cough	۲۶۵	۱- حفظ اکسیژن‌سیون کافی و مناسب	۲۹۲
تحريك سرقه به روش تراشه آثربیکل trachea article	۲۶۵	۲- اصلاح تهییه آتوپول	۲۹۶
اسکشن داخل تراشه Endotracheal Suctioning	۲۶۵	۳- درمان علت زمینه‌ای نارسایی تنفس	۲۹۷
اینپرینفلیشن Hyperinflation	۲۶۷	۴- مایوتوریک مدلوم ازرات درمان	۲۹۷
هایپرکسیتانسیون Hyperoxygenation	۲۶۷	۵- سترم درستس تنفسی بالغین	۲۹۸
هایپراینفلیشن همراه با هایپرکسیتانسیون	۲۶۷	۶- Adult Respiratory Distress Syndrome ARDS	۲۹۸
ترزیق نرم مالین سالین حین ساکشن	۲۶۷	رسک فاکتورهای ARDS	۲۹۸
ورزش‌های تنفسی برای تقویت دم	۲۶۸	فصل ۱۷: راه‌های هوایی مصنوعی	۳۰۲
تنفس دیافراگماتیک Diaphragmatic Breathing	۲۶۸	رامهوایی حلقی Pharyngeal airway	۳۰۲
فیزیوتراپی توسط اسپیرومتری انکیزشی Incentive Spirometry	۲۶۹	راه هوایی دهان حلقی Oropharyngeal airway	۳۰۲
اسپیرومتری انکیزشی - جریانی Flow-Incentive Spirometry	۲۶۹	راه هوایی بینی - حلقی Nasopharyngeal airway	۳۰۴
اسپیرومتر انکیزشی - حجمی Volume-Incentive Spirometer	۲۷۰	لوله داخل تراشه	۳۰۶
تنفس با فشار مثبت متابوپ Intermittent (IPPB)	۲۷۱	روش لوله‌گذاری داخل تراشه	۳۰۷
تنفس مثبت فشاری Positive Pressure Breathing	۲۷۱	لوله‌گذاری از طریق دهان	۳۰۸
انتخاب نوع فیزیوتراپی تنفس بر حسب وضعیت بیمار	۲۷۲	لوله‌گذاری از طریق بینی	۳۰۹
ارزیابی فیزیوتراپی ره بعنوان درمانی برای مشکلات تنفسی	۲۷۲	علام ایتوپاسیون صحیع	۳۰۹
فصل ۲۱: جراحی قلب	۲۷۵	روش‌های ثابت کردن لوله تراشه در جای خود	۳۱۰
روش‌های جراحی قلب در بالینی	۲۷۵	عارض لوله‌گذاری داخل تراشه	۳۱۰
عروق‌سازی مجدد موکارد Myocardial Revascularization	۲۷۵	عارض حین لوله‌گذاری داخل تراشه	۳۱۰
(Revascularization) (CABG) (Coronary Artery Bypass Grafts)	۲۷۵	عارض ایتوپاسیون زمانی که لوله در محل خود قرار	۳۱۰
بیماری‌های اکسیمازی در بیماری قلب	۲۷۷	دارد	۳۱۱
تدابیر جراحی در بیماری‌های در بیماری قلب	۲۷۸	لوله تراکتومی Tracheostomy	۳۱۵
(الف) بازسازی یا ترمیم دریچه ای اندو اورجینی ای اندو مصنوعی	۲۷۸	موارد استفاده از لوله تراکتومی	۳۱۵
سایر اعمال جراحی قلب	۲۷۸	مرaciت‌های معمول از تراکتومی	۳۱۶
ترمیم مقایض دیواره ای قلب (ASD, VSD)	۲۷۸	عارض شایع در تراکتومی	۳۱۶
برداشت نوریسم بطن Ventricular Aneurysmectomy	۲۷۸	بررسی و کنترل کاف لوله تراشه و تراکتومی	۳۱۸
جراحی کاردیوموپاپی	۲۷۸	روش انتازه‌گیری فشار کاف	۳۱۸
پیوند قلب Cardiac Transplantation	۲۷۸	تحویه خارج ساختن راه هوایی مصنوعی	۳۱۹
بررسی و مراقبت بعد از پیوند قلب	۲۷۸	خارج کردن اوله تراشه (Exivation)	۳۱۹
عارض پیوند قلب	۲۷۸	خارج ساختن اوله تراکتومی	۳۱۹
جراحی تumor	۲۷۹	رله‌ی هوایی موقت چهت برقراری تهییه	۳۲۰
بروکارکتومی Pericardectomy	۲۷۹	راه هوایی ماسک لانزیال	۳۲۰
تدابیر پرستاری قبل - حین و بعد از جراحی قلب	۲۷۹	تحویه چانگی گذاری LMA	۳۲۱
(Preoperative preparation)	۲۷۹	فصل ۱۸: تهییه مکانیکی با مصنوعی	۳۲۲
امدادگی قبل از عمل	۲۷۹	لطف تهییه مصنوعی	۳۲۲
روند جراحی	۲۷۹	لایو مانسین‌های تهییه مصنوعی (وتیلاتورها)	۳۲۲
بای پاس قلبی ربوی CPB : Cardiopulmonary Bypass	۲۷۹	وتیلاتورهای فشار منفی	۳۲۵
عوارض پیوند قلب	۲۷۹	وتیلاتورهای فشار مثبت	۳۲۶
بررسی پارکاردیکتومی	۲۷۹	وتیلاتورهای با فشار ثابت (PCV یا PC)	۳۲۶
تدابیر پرستاری قبل - حین و بعد از جراحی قلب	۲۷۹	وتیلاتورهای با حجم ثابت (VC-VCV)	۳۲۷
(Preoperative preparation)	۲۷۹	وتیلاتورهای با زمان ثابت	۳۲۷
روند جراحی	۲۷۹	وتیلاتورهای با فرکانس بالا	۳۲۷
مدناها با طرح‌های تهییه مصنوعی ventilation	۲۷۹	Modes of pattern of	۳۲۸
بررسی و لایزه بیماران بعد از عمل جراحی قلب	۲۷۹	مد تهییه کنترولهای اجباری CMV (Controlled Mechanical Ventilation Assisted-Mechanical) AMV	۳۲۸
مرحله بالاگاهه بعد از عمل	۲۷۹	مد تهییه اجباری CMV (Controlled Mechanical Ventilation Assisted-Mechanical) AMV	۳۲۸
عوارض بعد از عمل	۲۷۹	مد تهییه اجباری CMV (Controlled Mechanical Ventilation Assisted-Mechanical) AMV	۳۲۸
(Postoperative Complication)	۲۷۹	مد تهییه اجباری CMV (Controlled Mechanical Ventilation Assisted-Mechanical) AMV	۳۲۸

دستگاه همودیالیز	۲۶
دیالیز (Dialyzer)	۲۷
ضریب اولترافیلتراسیون (UF) با بالا شن	۲۸
عوامل موثر بر کلیرانس مواد از خالق فنا	۲۹
آب مورد استفاده در دیالیز	۳۰
محاولهای دیالیز (Dialysate)	۳۱
مولو دیالیز	۳۲
عوارض همودیالیز	۳۳
الف) عوارض حاد	۳۴
ب) عوارض مزمن بیناران همودیالیز	۳۵
دیالیز صفتی (PD: Peritoneal Dialysis)	۳۶
انتخاب مددجو	۳۷
موارد منع دیالیز صفتی	۳۸
امول دیالیز صفتی	۳۹
املاکی بیناری دیالیز صفتی	۴۰
امول مراقبت از بیناران تحت دیالیز مدتی	۴۱
برنامه‌ی آموزش در بیناران دیالیز صفتی	۴۲
پیوند کلیه (Renal Transplantation)	۴۳
توجهات قبل از عمل	۴۴
دادوطنان پیوند	۴۵
امناکنندی کلیه (Donor)	۴۶
رونده جراحی	۴۷
مراقبت بعد از عمل	۴۸
عوارض پیوند کلیه	۴۹
رگ گیرهای متعدد از بیمار	۴۲۱
تشخیص پرستاری؛ ترس در رابطه با احساس خفگی، استفاده از تهویه مکانیکی، عدم اطمینان از پیش‌آگهی و نتوانی برای ارتباط کلامی، و محیط ناشنای بخش ICU	۴۲۲
اختلال در ارتباط کلامی	۴۲۳
محرومیت از خواب د	۴۲۴
پاسخ ناکارآمد جذاساز از دستگاه ونتیلاتور	۴۲۵
بخش ۳	۴۲۶
مراقبت‌های ویژه در بخش دیالیز	۴۲۷
فصل ۲۴: آنومو و فیزیولوژی کلیه	۴۲۸
کلیها	۴۲۹
آنومو میکروسکوپی کلیه	۴۳۰
اعمال کلیه	۴۳۱
اعمال تنظیمی کلیه	۴۳۲
اعمال هرمونی کلیه	۴۳۳
بررسی تست‌های تشخیص کلیوی	۴۳۴
فصل ۲۵: نارسایی کلیه	۴۳۵
نارسایی حاد کلیه	۴۳۶
ARF: Acute Renal Failure	۴۳۷
پاتوفیزیولوژی	۴۳۸
مراحل نارسایی حاد کلیه	۴۳۹
ARF پیشگیری از	۴۴۰
تظاهرات بالینی ARF	۴۴۱
یافته‌های آزمایشگاهی	۴۴۲
یافته‌های رادیولوژیک	۴۴۳
تاییر مراقبتی و درمانی	۴۴۴
درمان‌های دیالیز (Dialysis Therapies)	۴۴۵
CRRT: Continuous Renal Replacement Therapy	۴۴۶
هموفیلتراسیون مداوم و...	۴۴۷
نارسایی مزمن کلیه (CRF) (Chronic Renal Failure)	۴۴۸
پاتوفیزیولوژی مرانا، نارسایی کلیه	۴۴۹
اختلالات پرانا	۴۵۰
اختلالات مارا	۴۵۱
اختلالات مارس	۴۵۲
تدابیر اقتی و درمانی	۴۵۳
بررسی شرخ حال	۴۵۴
میدلات و ریزک و تظاهرات بالینی	۴۵۵
بررسی روان اجتماعی	۴۵۶
بررسی های آزمایشگاهی	۴۵۷
تسبیب پرستاری در نارسایی مزمن کلیه	۴۵۸
رسیس ها، اهداف و مداخلات پرستاری در مبتلایان نارسایی کلیه	۴۵۹
تفصیل نامناسب: کمتر از نیاز بدن	۴۶۰
از بیش حجم مایعات بدن	۴۶۱
عدم تحمل فعالیت	۴۶۲
اختلال در تعادل الکتروولیت‌های سرم	۴۶۳
خطر بروز صدمه	۴۶۴
از بین رفتن سلامت پوست	۴۶۵
اضطراب	۴۶۶
فصل ۲۶: درمان‌های جایگزین کلیه	۴۶۷
همودیالیز (HD) Hemodialysis	۴۶۸
اصول فیزیکی حاکم بر دیالیز	۴۶۹
مزایمات انجام همودیالیز	۴۷۰
دسترسی به گردش خون دستیابی عروقی (Vascular Access)	۴۷۱
روش‌های دستیابی موقت عروقی (Temporary)	۴۷۲
شنت شریانی وریدی (A.V shunt)	۴۷۳
شالدون	۴۷۴
روش‌های دستیابی عروقی دائمی (long term)	۴۷۵
فنسورول AV	۴۷۶
پیوند (گرافت) شریانی وریدی (Graft)	۴۷۷
مراللت از محل دستیابی عروقی	۴۷۸
عوارض محل دستیابی عروقی	۴۷۹
۱- اختلال در تعادل مایعات و الکتروولیتها	۴۸۰
۲- کاهش در بروز ده قلب	۴۸۱
۳- اختلالات فشار خون	۴۸۲
۴- خوتربیزی بعد از عمل	۴۸۳
۵- تامبووناد فلزی اوله	۴۸۴
۶- دیسروتیپی های فلزی	۴۸۵
۷- اختلال در اعمال تنفس	۴۸۶
۸- اختلال در عمل کرد کلیه	۴۸۷
۹- اختلال در عمل کرد عصبی	۴۸۸
۱۰- غوطه زخم	۴۸۹
۱۱- فرد بعد از عمل	۴۹۰
۱۲- تروموزیس / اسولی بعد از تمویض درجه	۴۹۱
۱۳- انودکاریت عفونی بعد از جراحی درجه	۴۹۲
بم پالس داخل آسورت (IABP) Intra Aortic Balloon Pump	۴۹۳
فصل ۲۲: بررسی بیمار تحت تهویه مکانیکی.	۴۹۴
علائم حیاتی	۴۹۵
بررسی بیض و ضربات قلب	۴۹۶
بررسی گردش خون کایلاری	۴۹۷
بررسی تنفس	۴۹۸
بررسی درجه حرارت	۴۹۹
بررسی سیستم تنفسی	۵۰۰
سمع ریه	۵۰۱
صدای طبیعی ریه	۵۰۲
صدای اضافی تنفس	۵۰۳
پالس اکس متري Pulse Oximetry	۵۰۴
بررسی وضعیت جذب و دفع مایعات	۵۰۵
بررسی وضعیت گوارشی	۵۰۶
بررسی تنفسی و دفع	۵۰۷
نوع تنفسی	۵۰۸
و قصیت دفع	۵۰۹
بررسی خون ریزی از دستگاه گوارش	۵۱۰
رسیدگی به پهنشت دهان بیمار	۵۱۱
بررسی اندامها	۵۱۲
بررسی سطح هوشیاری	۵۱۳
تین سطح هوشیاری براساس معیار درجه‌بندی	۵۱۴
گلاسکو	۵۱۵
تین سطح هوشیاری بیمار اینتوبی براساس معیار درجه‌بندی FOUR	۵۱۶
بررسی پوست	۵۱۷
بررسی بیمار از نظر شناس بروز زخم فشاری	۵۱۸
فصل ۲۳: تشخیص ها، اهداف و مداخلات پرستاری در بخش ICU	۵۱۹
الکوی نامناسب تنفس	۵۲۰
اختلال در تبلات کازی	۵۲۱
پاکسازی غیر موتور راه هوایی	۵۲۲
کاهش بروز ده قلی	۵۲۳
تغیر در گردش خون بالتن	۵۲۴
خطر گردش خون ناکارآمد بالتف قلب	۵۲۵
خطر گردش خون ناکارآمد بالتف مذر	۵۲۶
کاهش سطح هوشیاری	۵۲۷
خطر گردش خون ناکارآمد کلیوی	۵۲۸
غراپش حجم مایعات بدن	۵۲۹
خطر عدم تعادل الکتروولیتی	۵۳۰
خطر گردش خون ناکارآمد گوارشی	۵۳۱
تغییه نامناسب؛ کمتر از نیاز بدن	۵۳۲
خطر اسید-اسیدین	۵۳۳
تغییه در فشاه مخلطي دهان	۵۳۴
حرکات ناکارآمد دستگاه گوارش	۵۳۵
بن اخباری مذکوع	۵۳۶
اختلال در تحرک جسمانی	۵۳۷
اختلال در سلامت بالتف اسکلتی عضلانی	۵۳۸
خطر بروز زخم فشاری	۵۳۹
لشنجس پرستاری خطر ترومای عروقی در رابطه با	۵۴۰

فصل

۷

اختلالات ریتم

آن چه در این فصل می خوانید:

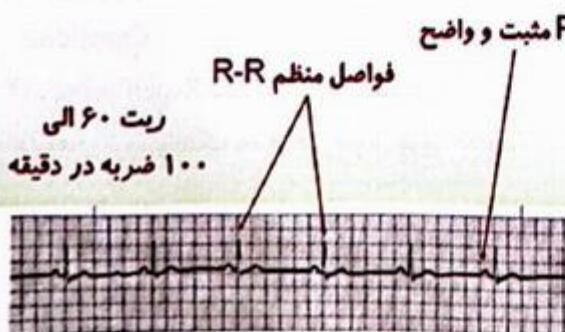
۱. شناسایی و تفسیر اختلالات ریتم با منشأ سینوسی، و علل و درمان‌های مربوط به هر یک
۲. شناسایی و تفسیر اختلالات ریتم با منشأ دهلیزی، و علل و درمان‌های مربوط به هر یک
۳. شناسایی و تفسیر اختلالات ریتم با منشأ جانکشن، و علل و درمان‌های مربوط به هر یک
۴. شناسایی و تفسیر اختلالات ریتم با منشأ بطنی، و علل و درمان‌های مربوط به هر یک
۵. شناسایی و تفسیر اختلالات ریتم با منشأ تغیرات الکتروولتی، و علل و درمان‌های مربوط به هر یک

به طور کلی اختلالات ریتم‌های قلبی را به دو دسته تقسیم می‌کنند:

- * بدون علامت
- * علامت دار
- ۱- تاکیکاردی سینوسی
- ۲- آریتمی سینوسی
- * تنفسی
- * غیرتنفسی

ریتم سینوسی طبیعی

به ریتمی گفته می‌شود که دارای P مثبت و واضح، و به دنبال آن، QRS و T است. در این ریتم فواصل R-R منظم بوده، ریت قلب بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه است (شکل ۱-۷).



شکل ۱-۷. ریتم سینوسی طبیعی

۱- آریتمی‌های فوق بطنی *Supraventricular Arrhythmia*
۲- آریتمی‌های بطنی *Ventricular Arrhythmia*

آریتمی‌های فوق بطنی شامل کلیه دیس‌ریتمی‌هایی است که منشاء آن‌ها از سطح گره AV به بالا است. مشخصه اصلی این آریتمی‌ها، باریک بودن کمپلکس‌های ریتم پشت‌نشاء سینوسی، دهلیزی و جانکشن است.

آریتمی‌های بطنی شامل کلیه دیس‌ریتمی‌های بطنی است که منشاء آن‌ها بطن‌ها هستند. مشخصه اصلی این آریتمی‌ها، پهن بودن کمپلکس QRS است. این آریتمی‌ها شامل اختلالات ریتم با منشاء بطنی هستند.

اختلالات ریتم با منشاء سینوسی

- بیزگی‌های کلی ریتم‌های سینوسی :
- وجود موج P مثبت و واضح
- وجود کمپلکس QRS و موج T ، به دنبال موج P

دیس‌ریتمی‌های سینوسی شامل موارد زیر هستند:

- ۱- برادیکاردی سینوسی

برادیکاردی بدون علامت: به وضعیت اطلاق می‌گردد که ریت قلب بیمار کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه بوده، اما علامتی از تغییرات همودینامیک (به ویژه افت فشار خون) در بیمار وجود ندارد. در چنین مواردی نیازی به درمان برادیکاردی وجود ندارد.

برادیکاردی علامت‌دار: در صورتی که برادیکاردی باعث افت بروند قلبی شود، منجر به بروز علامت تغییرات همودینامیک می‌گردد. مهم‌ترین این علائم عبارتند از:

- افت فشار خون

- کاهش سطح هوشیاری

- سرد و مرطوب شدن انتهایها

- عرق سرد

- خاکستری شدن رنگ پوست

- اولیگوری و کاه آنوری

اقداماتی انسی در برادیکاردی علامت‌دار به صورت بک پروتکل اجرایی توضیح داده شده است (شکل ۷-۳). مهم‌ترین اقدامات درمانی عبارتند از:

(الف) تزریق آتروپین وریدی: تزریق وریدی، ۵/۰ میلی گرم آتروپین، درمان اولیه برای برادیکاردی سمپاتوماتیک سینوسی محسوب می‌شود. باید توجه داشت که تزریق مقادیر کمتر از ۵/۰ میلی گرم آتروپین، منجر به تحریک واگ در مولاڑی شده، ریت قلب را آهسته‌تر می‌کند، اما دوزهای بالاتر می‌تواند توسط بلوک اثرات واگ روی گره SA موجب افزایش ریت قلب شود. در صورت لزوم می‌توان هر ۵ دقیقه ۵/۰ میلی گرم از این دارو را به صورت وریدی تزریق نمود اما دوز کلی تزریق آتروپین نباید از ۲ میلی گرم تجاوز نماید (طبق بروتکل، حداقل دوز درمانی می‌تواند تا ۳ میلی گرم نیز افزایش یابد).

(ب) ایزوپروتنه نول: این دارو که یک آگونیست بتا‌افرینزیک با اثرات کرونوتروپیک مثبت است، دو میان دارویی است که ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. این دارو با میزان ۱-۲ mg/min شروع می‌شود و ممکن است در صورت نیاز دوران ۱-۲ min را تا ۲۰ mg/min نیز افزایش داد.

(ج) پیس الکتریکی: پیس الکتریکی سومین روش درمانی است. در حالت اورژانس، پیس میکر خارجی (بوست) ممکن است نیاز به پیس میکر داخل وریدی را تحت شماع قرار دهد. در صورتی که بیمار نتواند این نوع پیس را تحمل کند، پیس داخلی وریدی ممکن است ضرورت یابد.

Sinus Bradycardia

به ریتمی اطلاق می‌گردد که ریت آن کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه باشد (شکل ۷-۲)، این ریتم در بسیاری از موارد طبیعی است.



شکل ۷-۲. برادیکاردی سینوسی

علل ایجاد برادیکاردی سینوسی

علل عمده برادیکاردی سینوسی عبارتند از:

۱ - طبیعی، به خصوص در طول خواب

۲ - طبیعی، در افراد ورزشکار

۳ - مصرف داروهای قلبی با اثر کرونوتروپیک منفی (بنابلوکرهای آنتاگونیست‌های کلسیم مثل درامیل و دیلتیازم؛ آمیودارون)

۴ - تحریک واگ به دنبال مانورهای خاص و یا داروهای پاراسیمپاتومیتیک

۵ - سندروم سینوس بیمار (تاکی - برادی آریتمی)

۶ - میکزدما (هایپوتیروثیسم)

۷ - هایپوترمیا

۸ - اختلال در سیستم اعصاب مرکزی (جراحی چشم، متزیت تومورهای داخل جمجمه؛ افزایش ICP؛ دیسپن (روانی))

۹ - سپتی سمی گرم منفی

۱۰ - اختلالات نوبلاستیک؛ تومور (مغزی؛ تومورهای مدیاستن)

۱۱ - استفراغ

۱۲ - انفارکتوس حاد تحتانی و خلفی میوکارد

۱۳ - مصرف کلونیدین Clonidine و سایمتیدین Cimetidine

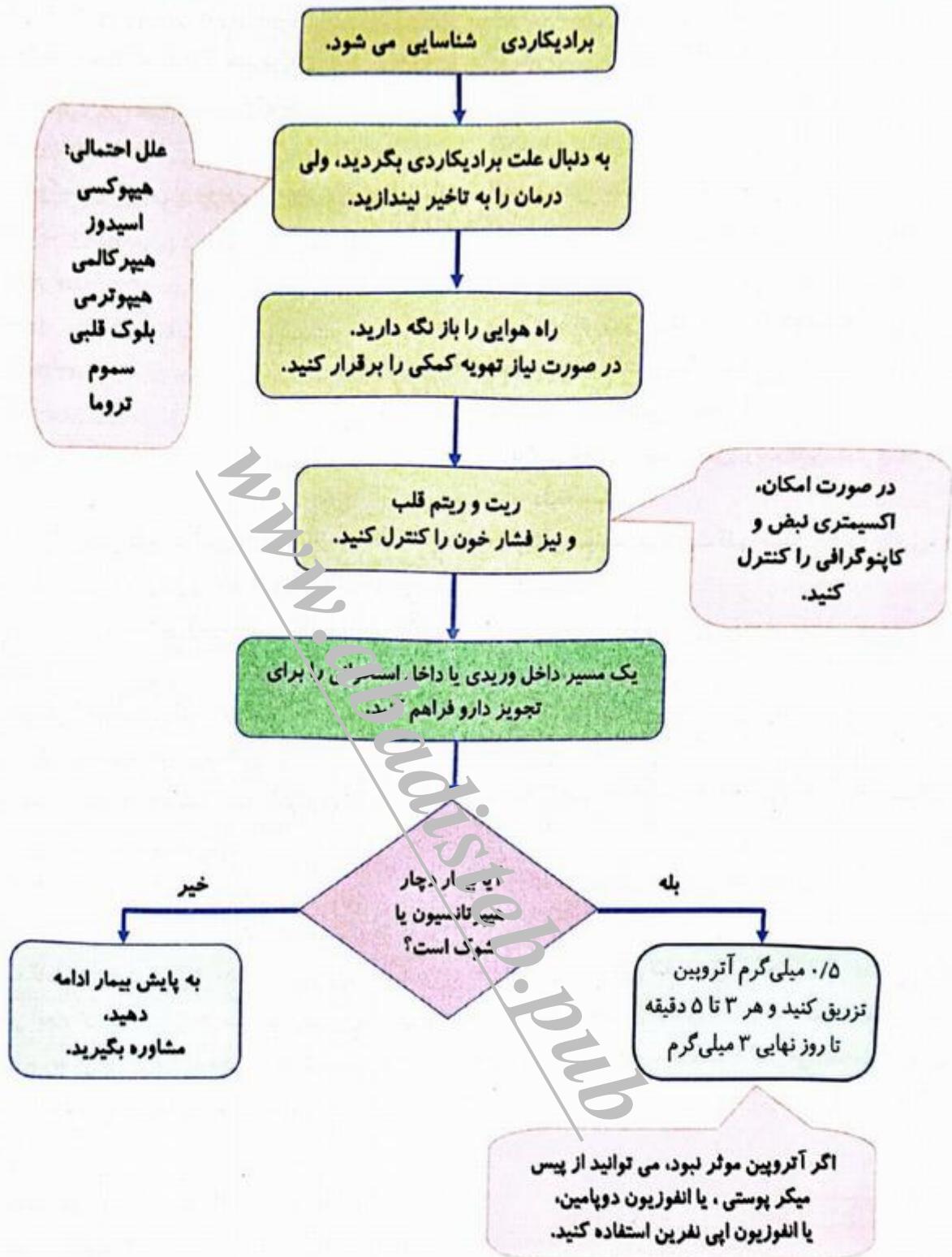
۱۴ - Reperfusion نریان نزولی خلفی در خلال درمان با داروهای ترومبوولیتیک بعد از انفارکتوس فوق حاد میوکارد

۱۵ - هایپوکسی شدید با مزمن

۱۶ - تجویز مورفین (به خصوص وریدی)

درمان

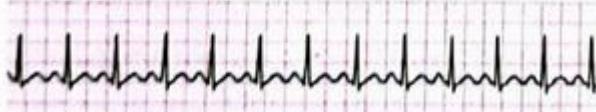
برادیکاردی سینوسی به دو صورت ظاهر می‌شود:



شکل ۲-۳. الگوریتم درمان برادیکاردی (برگرفته از راهنمای AHA ۲۰۱۵، ۸۷)

تاكیکاردی سینوسی Sinus Tachycardia

تاكیکاردی سینوسی یک ریتم سینوسی با ریتم سریع تر از ۱۰۰ خوبیه در دقیقه است. این نوع دیسربیتمی همیشه در پاسخ به یک تحییک ایجاد می شود. بنابراین جهت رفع آن، ابتدا باید بیماری زمینه ای مورد درمان قرار گیرد (شکل ۲-۴).



شکل ۲-۴. تاكیکاردی سینوسی

علل ایجاد تاكیکاردی سینوسی
علل بروز تاكیکاردی سینوسی شامل موارد زیر است: