

فهرست

اورژانس های قلب و عروق

بخش

اول

فصل ۱: احیای قلبی ریوی (CPR)

۲۱-۲۲	• اقدامات احیاء پایه
۲۲	- بررسی پاسخ و تاثیر پذیری
۲۲	- درخواست کمک
۲۳	- تامین مجرای هوایی باز
۲۴	- مانور خم کردن سر و بلند کردن چانه
۲۵	- مانور جلو کشیدن فک تحتانی
۲۵	- تنفس
۲۵	- تنفس دهان به دهان
۲۶	- تنفس دهان به بینی
۲۶	- تنفس با آمبوگ
۲۶	- عوارض تنفس مصنوعی
۲۶	- تامین گردش خون
۲۷	- سناریوی ۱-۱
۲۹	• اقدامات احیاء پیشرفته
۳۰	- VT ناپایدار و VF
۳۲	- آسیستول
۳۲	- فعالیت الکتریکی قلب بدون نبض
۳۹	- توقف CPR
۳۹	- عدم انجام CPR
۳۹	• مراقبت های پس از احیاء
۴۱	- ارزیابی اولیه
۴۱	- کنترل آریتمی
۴۱	- احیای مغزی
۴۲	- پیشگیری از عود مجدد ایست قلبی
۴۳	- Case study 1-1
۴۳-۵۵	فصل ۲: شوک
۴۷	- شوک هیپوولمیک
۴۷	- شوک کاردیوژنیک
۴۸	- شوک توزیعی
۴۸	- کاتتریزاسیون ورید مرکزی
۴۸	- کاتتریزاسیون شریان ریوی
۵۰	- تدابیر درمانی
۵۲	- سناریوی ۲-۱
۵۴	- Case study 2-1
۵۵-۶۵	فصل ۳: غش یا سنکوپ
۵۶	- علل و انواع سنکوپ

۵۷	سنکوپ وازوواگال
۵۷	سنکوپ‌های موقعیتی
۵۷	سنکوپ حین ادرار کردن
۵۷	سنکوپ حین اجابت مزاج
۵۷	سنکوپ سرفه
۵۷	سنکوپ بلع
۵۷	سنکوپ فعالیت
۵۸	علل قلبی سنکوپ
۵۸	سنکوپ سینوس کاروتید
۵۸	سنکوپ اورتواستاتیک
۵۹	سنکوپ ناشی از هیپرتانسیون پلومونر
۵۹	سنکوپ دارویی
۵۹	سنکوپ عروقی مغزی
۵۹	سنکوپ سایکولوژیک
۶۰	سنکوپ و هیپوگلیسمی
۶۰	میگرن و سنکوپ
۶۰	نحوه ارزیابی و برخورد با سنکوپ
۶۴	Case study 3-1
۶۵-۷۳	فصل ۴: بحران هیپرتانسیون
۶۵	هیپرتانسیون اورژانس
۶۶	هیپرتانسیون فوری
۶۶	هیپرتانسیون پس از جراحی
۶۶	گریز کاته کولامین
۶۶	ارزیابی بالینی و پاراکلینیک
۶۷	تدابیر درمانی
۷۳	Case study 4-1
۷۳-۸۹	فصل ۵: درد سینه (chest pain)
۷۴	● تشخیص‌های افتراقی درد سینه
۷۴	علل مهم و خطرناک
۷۴	سندرم حاد کرونری
۷۵	آمبولی ریوی
۷۵	پنوموتوراکس
۷۵	دیسکیون آنورت
۷۵	پارگی مری
۷۵	علل کم خطرناک
۷۵	درد و برخواسته از دیواره قفسه سینه
۷۸	علل قلبی
۷۹	علل گوارشی
۷۹	علل ریوی
۷۹	سایکولوژیک
۸۰	● نحوه ارزیابی درد سینه
۸۰	- تاریخچه
۸۰	- معاینه فیزیکی
۸۳	- ارزیابی پاراکلینیک

۸۷	... اندیکسیونهای بستری
۸۸	... case study 5-1
۸۹-۱۳۳	اصل ۶ : سندرم کرونری حاد
۹۰	... تظاهرات بالینی ایسکمی میوکارد
۹۱	● آنزین ناپایدار
۹۲	... یافته‌های الکتروکاردیوگرافیک
۹۳	... تشخیص آنزین ناپایدار
۹۴	● انفارکتوس حاد میوکارد
۹۴	... انفارکتوس میوکارد بدون صعود قطعه ST
۹۴	... انفارکتوس میوکارد با صعود قله ST
۹۵	... یافته‌های الکتروکاردیوگرافیک
۹۷	... تعیین محل انفارکتوس
۱۰۱	... معیارهای تشخیصی انفارکتوس در اختلال هدایتی داخل بطنی
۱۰۲	... Wellens syndrome
۱۰۴	... تشخیص‌های افتراقی الکتروکاردیوگرافیک انفارکتوس میوکارد
۱۰۷	... یافته‌های سرولوژیک
۱۰۷	... مارکرهای قلبی سرم
۱۰۷	... کراتینین کیناز
۱۰۸	... تروپونین‌های قلبی
۱۰۹	● نحوه برخورد با سندرم کرونری حاد
۱۰۹	● درمان آنزین ناپایدار و انفارکتوس بدون صعود قطعه ST
۱۱۱	... به حداقل رساندن اکسیژن مصرفی و ملاحظات کلی
۱۱۱	... کنترل درد
۱۱۲	... درمان آنتی ترومبوتیک
۱۱۴	... بتابلوکرها
۱۱۵	... رواسکولاریزاسیون
۱۱۶	● درمان انفارکتوس میوکارد همراه با صعود قطعه ST
۱۱۶	... اقدامات اولیه در اورژانس
۱۱۷	... کنترل درد و اضطراب
۱۱۸	... درمان آنتی ترومبوتیک
۱۲۰	... بتابلوکرها و مهارکننده‌های ACE
۱۲۱	... درمان رهرفیوژن
۱۲۴	... سایر درمانها
۱۲۴	... Glucose-Insulin-potassium
۱۲۴	... منیزیم
۱۲۴	... لیدوکالین
۱۲۴	... رژیم غذایی و فعالیت
۱۲۵	● درمان مسائل و موارد خاص
۱۲۵	... انفارکتوس بطن راست
۱۲۶	... کرکالین و انفارکتوس میوکارد
۱۲۸	... Case study 6-1
۱۲۹	... Case study 6-2
۱۲۹	... Case study 6-3
۱۳۱	... Case study 6-4

۱۳۳-۱۵۶	فصل ۷: عوارض و عواقب انفارکتوس (وایسکمی) میوکارد.....
۱۳۳	• درد سینه بعد از انفارکتوس.....
۱۳۳	- عود ایسکمی میوکارد.....
۱۳۳	- عود انفارکتوس.....
۱۳۴	- پریکاردیت.....
۱۳۴	- سندرم درسلر.....
۱۳۵	• عوارض مکانیکی انفارکتوس.....
۱۳۵	- پارگی دیواره آزاد بطنی.....
۱۳۶	- پارگی دیواره بین بطنی.....
۱۳۵	- نارسایی حاد درجه میترال.....
۱۳۷	• نارسایی قلب و شوک کاردیوژنیک.....
۱۳۹	- تدابیر درمانی.....
۱۴۳	• اختلالات هدایتی و آریتمی‌های قلبی.....
۱۴۳	- برادیکاردی سینوسی.....
۱۴۵	- بلوک درجه یک AV.....
۱۴۶	- بلوک درجه دو AV.....
۱۴۷	- بلوک درجه سه AV.....
۱۴۸	- تاکیکاردی سینوسی.....
۱۴۸	- فلوتر و فیبریلاسیون دهلیزی.....
۱۴۹	- کمپلکس زودرس بطنی.....
۱۵۰	- ریتم تشدید یافته ایدیوونتریکلر (AVR).....
۱۵۱	- تاکیکاردی بطنی.....
۱۵۴	- فیبریلاسیون بطنی.....
۱۵۵	Case study 7-1.....
۱۵۶	Case study 7-2.....
۱۵۶	فصل ۸: ادم حاد ریوی کاردیوژنیک.....
۱۵۶	- فیزیوپاتولوژی.....
۱۵۷	- اتیولوژی.....
۱۵۸	- تظاهرات بالینی.....
۱۵۸	- ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیک.....
۱۵۹	- تدابیر درمانی.....
۱۶۱	Case study 8-1.....
۱۶۲-۱۶۵	فصل ۹: پریکاردیت حاد.....
۱۶۲	- تظاهرات بالینی.....
۱۶۳	- ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیک.....
۱۶۵	- تدابیر درمانی.....
۱۶۶-۱۷۳	فصل ۱۰: تامپوناد قلبی.....
۱۶۶	- تظاهرات بالینی.....
۱۶۷	- ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیک.....
۱۶۸	- تدابیر درمانی.....
۱۷۱	- پریکاردیوسنتز.....
۱۷۳	Case study 10-1.....
۱۷۳-۱۸۲	فصل ۱۱: اندوکاردیت عفونی.....
۱۷۴	- فیزیوپاتولوژی.....

۱۷۴	.....	طبقة بندی.
۱۷۵	.....	تظاهرات بالینی.
۱۷۷	.....	ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی.
۱۷۹	.....	تدابیر درمانی.
۱۸۳-۲۰۲	.....	فصل ۱۲: دیسکسیون آنورت
۱۸۳	.....	فیزیوپاتولوژی.
۱۸۳	.....	تظاهرات بالینی.
۱۸۴	.....	ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی.
۱۸۵	.....	تدابیر درمانی.
۱۸۶	.....	Case study 12-1
۱۸۷-۲۲۷	.....	فصل ۱۳: تاکی آریتمی ها.
۱۸۷	.....	• تاکیکاردی کمپلکس بهن (WCT).
۱۹۴	.....	نحوه برخورد با WCT.
۱۹۶	.....	• تاکیکاردی بطنی.
۱۹۶	.....	polymorphic (VT).
۱۹۷	.....	polymorphic VT با QT طبیعی.
۱۹۷	.....	polymorphic VT با QT طولانی (Torsade de pointes).
۱۹۸	.....	Monomorphic VT.
۲۰۰	.....	Accelerated Idioventricular Rhythm (AIVR).
۲۰۱	.....	Fascicular Tachycardia.
۲۰۲	.....	• فیبریلاسیون و فلوتر بطنی.
۲۰۲	.....	• تاکیکاردیهای فوق بطنی (SVT).
۲۰۳	.....	تاکیکاردی سینوسی.
۲۰۴	.....	فیبریلاسیون دهلیزی (AF).
۲۰۹	.....	فلوتر دهلیزی.
۲۱۰	.....	تاکیکاردی دهلیزی.
۲۱۰	.....	تاکیکاردی دهلیزی چند کانونی (MAT).
۲۱۱	.....	Atrioventricular nodal Reentrant tachycardia.
۲۱۲	.....	Atrioventricular Reentrant Tachycardia.
۲۱۵	.....	Nonparoxysmal junctional tachycardia.
۲۱۷	.....	• نحوه ارزیابی و برخورد با تاکیکاردی با کمپلکس باریک.
۲۱۸	.....	درمان SVT در اورژانس.
۲۲۰	.....	• سندرم ولف - پارکینسون - وایت.
۲۲۱	.....	Case study 13-1
۲۲۴	.....	Case study 13-2
۲۲۵	.....	Case study 13-3
۲۲۶	.....	فصل ۱۴: کاردیوورسیون الکتریکی.
۲۲۷-۲۳۲	.....	عوامل مؤثر بر میزان تأثیر الکترود شوک.
۲۲۸	.....	تجهیزات.
۲۳۰	.....	آماده سازی.
۲۳۰	.....	روش کار.
۲۳۰	.....	عوارض کاردیوورسیون.
۲۳۱	.....
۲۳۲	.....

۲۳۲-۲۵۷	فصل ۱۵: تامین مجرای هوایی.....
۲۳۴	- علایم و نشانه‌های بی‌کفایتی مجاری هوایی.....
۲۳۶	• لوله و وسایل باز نگهداری موقت مجرای هوایی.....
۲۳۹	• لوله گذاری داخل نای (انتوباسیون).....
۲۳۹	- اندیکاسیونهای انتوباسیون.....
۲۳۹	- روشهای انتوباسیون.....
۲۴۰	- انتوباسیون دهانی با لارنگوسکوپ.....
۲۴۵	- انتوباسیون دهانی با دست.....
۲۴۷	- انتوباسیون سریع.....
۲۵۱	- انتوباسیون در ترومای سر.....
۲۵۲	- خارج کردن لوله تراشه.....
۲۵۲	• کریکوتیروتومی.....
۲۵۲	- کریکوتیروتومی کلاسیک.....
۲۵۲	- کریکوتیروتومی با سر سوزن.....
۲۵۴	• آسپیراسیون اجسام خارجی.....
۲۵۵	- وارد آوردن فشار به شکم (مانور هملیش).....
۲۵۶	- وارد کردن فشار به سینه.....
۲۵۶	- ضربه زدن به پشت.....
۲۵۶	Case study 15-1.....
۲۵۷	فصل ۱۶: اکسیژن درمانی و تهویه مکانیکی.....
۲۵۷-۲۷۴	• اکسیژن درمانی.....
۲۵۸	• تهویه مکانیکی.....
۲۶۲	- پارامترهای تنفسی و تعاریف.....
۲۶۲	- اندیکاسیونهای تهویه مکانیکی.....
۲۶۵	- انواع ونتیلورها.....
۲۶۵	- حالات یا روش‌های ونتیلیسیون.....
۲۶۶	--- (CMV) controlled mechanical ventilation.....
۲۶۶	--- Assisted mechanical ventilation.....
۲۶۶	--- assist-control ventilation.....
۲۶۷	--- Intermittent mandatory ventilation.....
۲۶۷	--- synchronous Intermittent mandatory ventilation.....
۲۶۷	--- pressure support ventilation.....
۲۶۸	--- Inverse Ratio ventilation.....
۲۶۸	--- High frequency ventilation.....
۲۶۸	--- Positive End-Expiratory Pressure.....
۲۶۹	--- continuous positive Airway Pressure.....
۲۶۹	- نحوه شروع و تنظیم تهویه مکانیکی.....
۲۷۲	- اصول تنظیم ونتیلاتور.....
۲۷۲	- جداسازی بیمار از ونتیلاتور.....
۲۷۴	Case study 16-4.....
۲۷۵-۲۹۳	فصل ۱۷: نارسایی حاد تنفسی.....
۲۷۶	- تظاهرات اصلی.....
۲۷۶	- ارزیابی پاراکلینیکی.....

۲۷۷	• سندرم زجر تنفسی حاد بالفین.....
۲۷۸	- تظاهرات اصلی.....
۲۷۸	- ارزیابی در یافته های پاراکلینیکی.....
۲۷۹	- تدابیر درمانی.....
۲۸۱	• ادم حاد ریوی غیرکاردیوژنیک.....
۲۸۲	- ادم ریوی نوروژنیک.....
۲۸۳	- ادم ریوی را کسهاتسیون.....
۲۸۳	- ادم ریوی رپرفیوزن.....
۲۸۴	- ادم ریوی نارویی.....
۲۸۴	• سندرم آسپیراسیون ریوی.....
۲۸۴	- انسداد مجرای هوایی.....
۲۸۴	- پنومونیت شیمیایی.....
۲۸۴	- پنومونی آسپیراتیو.....
۲۸۶	• تشدید حاد بیماری انسدادی ریوی مزمن.....
۲۹۰	- سناریوی ۱-۱۷.....
۲۹۰	..... Case study 17-1
۲۹۱	..... Case study 17-2
۲۹۲	..... Case study 17-3
۲۹۳-۳۱۳	فصل ۱۸ : حمله حاد آسم.....
۲۹۴	- تظاهرات اصلی.....
۲۹۵	- ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی.....
۲۹۷	- تدابیر درمانی.....
۳۱۰	- آسم پایدار و مهلک.....
۳۱۲	- تهویه مکانیکی و آسم.....
۳۱۳	..... Case study 18-1
۳۱۴-۳۱۷	فصل ۱۹ : آمبولی ریوی حاد.....
۳۱۴	• ترومبوز وریدی.....
۳۱۵	- ترومبوز وریدی سطحی.....
۳۱۵	- ترومبوز وریدی عمقی.....
۳۲۳	• ترومبوآمبولی ریوی.....
۳۲۳	- تظاهرات اصلی.....
۳۲۴	- ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی.....
۳۲۹	- تدابیر درمانی.....
۳۳۰	- پیشگیری از حوادث ترومبوز آمبولیک.....
۳۳۱	• سندرم آمبولی چربی.....
۳۳۱	- تظاهرات اصلی.....
۳۳۲	- ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی.....
۳۳۲	- تدابیر درمانی.....
۳۳۳	• آمبولی هوا.....
۳۳۳	- تظاهرات اصلی.....
۳۳۴	- ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی.....
۳۳۴	- تدابیر درمانی.....
۳۳۵	..... Case study 19-1
۳۳۵	..... Case study 19-2
۳۳۶	..... Case study 19-3
۳۳۷	.....

۳۳۸-۳۳۹	فصل ۲۰: پنوموتوراکس
۳۳۹	- پنوموتوراکس خوبخودی
۳۴۴	- توراستنز
۳۴۹	- سناریوی ۱-۲۰
۳۳۹-۳۵۵	فصل ۲۱: هموپتزی شدید
۳۵۵-۳۶۷	فصل ۲۲: ذات الریه (پنومونی)
۳۵۶	- پنومونی گرفته شده از جامعه
۳۶۵	- پنومونی بیمارستانی
۳۶۶	- سندرم تنفسی حاد شدید (SARS)
۳۶۸	Case study 22-1
۳۶۷	فصل ۲۳: افیوژن پلور و آمپیم
۳۷۰	Case study 23-1

سوم

اورژانس های گوارش

بخش

۳۷۲-۳۸۶	فصل ۲۴: بلع اجسام خارجی
۳۷۲	- اجسام کند و غیرنوک دار
۳۷۴	- اجسام برنده یا نوک تیز
۳۷۴	- باطریهای دگمهای
۳۷۷	• خوردن مواد سوزاننده
۳۷۹	- خوردن مواد قلیایی
۳۸۱	- خوردن مواد اسیدی
۳۸۲	• جاسازی مواد در بدن
۳۸۶	Case study 24
۳۸۴-۳۹۳	فصل ۲۵: خونریزی حاد گوارشی
۳۸۷	- تظاهرات بالینی
۳۸۷	- اقدامات اولیه و نحوه برخورد با GIB
۳۹۰	- بیماران پرخطر و اندیکاسیونهای بستری
۳۹۲	• خونریزی حاد دستگاه گوارش فوقانی
۳۹۲	- اولسرهپتیک
۳۹۳	- گاستروپاتی آروزیو (گاستریت)
۳۹۴	- سندرم مالوری ویس
۳۹۴	- ازوفازیت
۳۹۵	- خونریزی از واریس مری
۳۹۵	- سایر علل UGIB
۳۹۵	- ارزیابی پاراکلینیکی
۳۹۶	- تدابیر درمانی
۳۹۷	--- درمان اولسرهپتیک
۳۹۹	--- درمان گاستروپاتی آروزیو
۳۹۹	--- درمان سندرم مالوری-ویس
۴۰۰	--- درمان شایعات Dieulafoy
۴۰۲	--- درمان جراحی UGIB
۴۰۲	• خونریزی واریس مری
۴۰۳	- تدابیر درمانی
۴۰۳	- تمهیدات اولیه و کلی

۴۰۴	.....	-- پیشگیری و اصلاح عوارض
۴۰۵	.....	-- کنترل خونریزی از واریس
۴۰۶	.....	-- پیشگیری از خونریزی واریس مری
۴۰۹	.....	● خونریزی حاد دستگاه گوارش تحتانی
۴۰۹	.....	-- دیورتیکولوز
۴۱۰	.....	-- آنژیودیپلازی
۴۱۰	.....	-- تنوپلازی
۴۱۰	.....	-- کولیت ایسکمیک
۴۱۰	.....	-- سایر علل
۴۱۱	.....	-- نحوه برخورد و ارزیابی پاراکلینیکی
۴۱۲	.....	Case study 25-1
۴۱۳	.....	Case study 25-2
۴۱۳	.....	Case study 25-3
۲۱۳-۲۲۸	.....	فصل ۲۶: نارسایی حاد (برق آسای) کبدی
۴۱۷	.....	-- تظاهرات اصلی
۴۱۷	.....	-- ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیکی
۴۱۸	.....	-- تدبیر درمانی
۴۱۸	.....	● انسفالوپاتی کبدی
۴۱۸	.....	-- تظاهرات اصلی
۴۲۰	.....	-- ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیکی
۴۲۱	.....	-- تدبیر درمانی
۴۲۴	.....	-- درمان انسفالوپاتی مزمن
۴۲۴	.....	● پرتونیت خودبخودی باکتریال
۴۲۵	.....	-- تظاهرات اصلی
۴۲۵	.....	-- ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیکی
۴۲۶	.....	Case study 26-1
۲۲۷-۲۳۰	.....	فصل ۲۷: پانکراتیت حاد
۴۲۹	.....	-- تظاهرات اصلی
۴۳۰	.....	-- ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیکی
۴۳۳	.....	-- تدبیر درمانی
۴۳۳	.....	-- درمان‌های طبی
۴۳۵	.....	-- درمان جراحی
۴۳۸	.....	-- عوارض پانکراتیت حاد
۴۳۸	.....	Case study 27-1
۲۳۸-۲۴۵	.....	فصل ۲۸: کولیت فولمینانت و مگاکولون توکسیک
۴۴۱	.....	-- تظاهرات اصلی
۴۴۱	.....	-- ارزیابی پاراکلینیکی
۴۴۲	.....	-- تدبیر درمانی
۴۴۶	.....	Case study 28-1
۲۴۵-۲۶۳	.....	فصل ۲۹: اسهال حاد
۴۴۶	.....	-- نحوه برخورد و ارزیابی اسهال حاد
۴۴۷	.....	-- اسهال سرهایی
۴۴۸	.....	-- اسهال بیمارستانی
۴۵۰	.....	-- اسهال در بیماران ایدزی
۴۵۰	.....	-- درمان‌های محافظتی و علامتی اسهال

۴۵۱	..... گاستروانٹریٹ های ویروسی	●
۴۵۲	..... تدابیر درمانی	-
۴۵۲	..... گاستروانٹریٹ های باکتریال	●
۴۵۲	..... اشیرشیاکلی (E.coli)	-
۴۵۳	..... شیگلوز	-
۴۵۳	..... کامپیلوبا کتریلوری	-
۴۵۴	..... پریسینیا انٹروکولیتیکا	-
۴۵۵	..... سالمونلا	-
۴۵۵	..... ویبریوکلا (وبا)	-
۴۵۶	..... مسمومیت غذایی وابسته به توکسین	-
۴۵۷	..... کلستریدیوم دیفیسیل	-
۴۵۷	..... اسهال وابسته به آنتی بیوتیک (بدون کولیت)	-
۴۵۷	..... اسهال و کولیت وابسته به آنتی بیوتیک	-
۴۵۷	..... کولیت با غشاء کاذب	-
۴۵۹	..... گاستروانٹریٹ های انگلی	●
۴۵۹	..... ژیا ردیازیس	-
۴۵۹	..... آمیبیازیس	-
۴۶۱	..... Case study 29-1	-
۴۶۱	..... Case study 29-2	-

چهارم

اورژانس های کلیوی آب و الکترولیت

بخش

۳۶۳-۳۷۲	..... فصل ۳۰: هیپوناترمی	فصل
۳۶۶	..... - تعریف و انواع هیپوناترمی	-
۳۶۸	..... - تظاهرات بالینی	-
۳۶۹	..... - ارزیابی پاراکلینیکی	-
۳۷۰	..... - تدابیر درمانی	-
۳۷۱	..... Case study 30-1	-
۳۷۳-۳۷۸	..... فصل ۳۱: هیپرناٹرمی	فصل
۳۷۶	..... - تظاهرات اصلی	-
۳۷۵	..... - ارزیابی پاراکلینیکی	-
۳۷۵	..... - تدابیر درمانی	-
۳۷۸	..... Case study 31-1	-
۳۷۹-۳۸۳	..... فصل ۳۲: هیپوکالمی	فصل
۳۸۱	..... - تظاهرات اصلی	-
۳۸۱	..... - ارزیابی پاراکلینیکی	-
۳۸۳	..... - تدابیر درمانی	-
۳۸۴	..... Case study 32-1	-
۳۸۵-۳۹۰	..... فصل ۳۳: هیپرکالمی	فصل
۳۸۵	..... - تظاهرات اصلی	-
۳۸۶	..... - ارزیابی پاراکلینیکی	-
۳۸۹	..... - تدابیر درمانی	-
۳۹۰	..... Case study 33-1	-
۳۹۱-۳۹۶	..... فصل ۳۴: هیپوکلسمی	فصل
۳۹۲	..... - تظاهرات اصلی	-

۱۳	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۱۴	.....	- تدابیر درمانی
۱۵	.....	Case study 34-1
۱۶-۵۰۳	.....	فصل ۳۵: هیپرکلسمی
۱۸	.....	- تظاهرات اصلی
۱۹	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۱۹	.....	- تدابیر درمانی
۲۰	.....	Case study 35-1
۲۰-۵۰۶	.....	فصل ۳۶: هیپومغزیمی
۲۰	.....	- تظاهرات بالینی
۲۰	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۲۰	.....	- تدابیر درمانی
۲۰۶-۵۰۷	.....	فصل ۳۷: هیپرمنیزیمی
۲۰۶	.....	- تظاهرات بالینی
۲۰۷	.....	- تدابیر درمانی
۲۰۷-۵۱۳	.....	فصل ۳۸: اختلالات فسفر
۲۰۸	.....	• هیپوفسفاتیسم
۲۰۹	.....	- تظاهرات بالینی
۲۱۰	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۲۱۱	.....	- تدابیر درمانی
۲۱۲	.....	• هیپرفسفاتیسم
۲۱۲	.....	- تظاهرات بالینی
۲۱۲	.....	- تدابیر درمانی
۲۱۲-۵۲۵	.....	فصل ۳۹: اختلالات اسید و باز
۲۱۵	.....	- مکتبیم های جبرانی
۲۱۷	.....	- نحوه تفسیر ABG
۲۲۰	.....	- اسیدوز تنفسی
۲۲۱	.....	Case study 39-1
۲۲۲	.....	- الکلوز تنفسی
۲۲۳	.....	- الکلوز متابولیک
۲۲۴	.....	Case study 39-2
۲۲۷	.....	- اسیدوز متابولیک
۲۲۸	.....	- شکاف آنیونی
۲۲۴	.....	Case study 39-3
۲۳۶-۵۵۰	.....	فصل ۴۰: نارسایی حاد کلیه
۲۳۶	.....	- تظاهرات اصلی
۲۴۰	.....	- افتراق ازوتمی پره رنال از رنال
۲۴۳	.....	- افتراق نارسایی حاد و مزمن کلیه
۲۴۳	.....	- تدابیر درمانی
۲۴۹	.....	- نفریت حاد اینتراستیشیال
۲۴۹	.....	- نفروپاتی مواد حاجب
۲۵۰	.....	- نفروپاتی رابدومیولیز
۲۵۰	.....	- نفروپاتی هیپراوریسمیک
۲۵۰	.....	- نفروپاتی آمینوگلیکوزیدی
۲۵۰	.....	Case study 40-1

۵۵۱-۵۵۶	.....	فصل ۲۱: ہماچوری
۵۵۲	.....	- ہماچوری گلو مریولی
۵۵۵	.....	- ہماچوری غیر گلو مریولی
۵۵۶	.....	- ہماچوری تروماتیک
۵۵۶	.....	- نحوہ ارزیابی
۵۵۸-۵۶۰	.....	فصل ۲۲: پیلونفریت حاد

پنجم

اورژانس های عدد

بخش

۵۶۲-۵۶۹	.....	فصل ۲۳: کاهش قند خون
۵۶۳	.....	• ہیپوگلیسمی دارویی
۵۶۴	.....	• ہیپوگلیسمی ناشتا
۵۶۵	.....	• ہیپوگلیسمی واکنشی
۵۶۹-۵۹۲	.....	فصل ۲۴: سندرم های حاد دیابتیک
۵۷۰	.....	• کتواسیدوز دیابتی
۵۷۲	.....	- علائم و نشانه ها
۵۷۳	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۵۷۶	.....	- تدابیر درمانی
۵۸۶	.....	Case study 44-1
۵۸۷	.....	• سندرم هیپراسمولار ہیپرگلیسمیک غیرکتونی
۵۸۷	.....	- علائم و نشانه ها
۵۸۹	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۵۹۰	.....	- تدابیر درمانی
۵۹۱	.....	Case study 44-2
۵۹۱	.....	• مراقبت و درمان بیماران دیابتیک قبل، حین و پس از جراحی
۵۹۳-۵۹۸	.....	فصل ۲۵: دیابت بیمزه
۵۹۴	.....	- علائم و نشانه ها
۵۹۵	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۵۹۶	.....	- تدابیر درمانی
۵۹۸	.....	Case study 45-1
۵۹۹-۶۰۲	.....	فصل ۲۶: سندرم ترشح نامتناسب هورمون ازوپرسین
۵۹۹	.....	- علائم و نشانه ها
۵۹۹	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۰۱	.....	- تدابیر درمانی
۶۰۱	.....	Case study 46-1
۶۰۲-۶۰۷	.....	فصل ۲۷: طوفان تیروئیدی
۶۰۳	.....	- علائم و نشانه ها
۶۰۴	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۰۴	.....	- تدابیر درمانی
۶۰۷	.....	Case study 47-1
۶۰۸-۶۱۰	.....	فصل ۲۸: کوما میگزومی
۶۰۷	.....	- علائم و نشانه ها
۶۰۸	.....	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۰۹	.....	- تدابیر درمانی
۶۱۰	.....	Case study 48-1

۶۱۱-۶۱۲	فصل ۴۹: نارسایی حاد غدد فوق کلیوی
۶۱۲	- علائم و نشانه ها.
۶۱۲	- ارزیابی پاراکلینیکی.
۶۱۲	- تدابیر درمانی.
۶۱۴	Case study 49-1
۶۱۵-۶۱۸	فصل ۵۰: فنوکروموسیتوم
۶۱۵	- علائم و نشانه ها.
۶۱۶	- ارزیابی پاراکلینیکی.
۶۱۷	- تدابیر درمانی.
۶۱۸	Case study 50-1

ششم

اورژانس های اعصاب

بخش

۶۲۲-۶۲۶	فصل ۵۱: آناتومی سیستم عصبی
۶۲۲	• سیستم عصبی مرکزی
۶۲۲	• نیمکره های مغز
۶۲۶-۶۳۵	فصل ۵۲: معاینه سیستم عصبی
۶۲۶	• وضعیت شعوری
۶۲۶	- طریقه بررسی وضعیت هوشیاری
۶۳۰	• اعصاب جمجمه ای
۶۳۰	- زوج اول (عصب بویایی)
۶۳۲	- زوج دوم (عصب بینایی)
۶۳۲	- ادم پایی
۶۳۴	- تومور کاذب مغزی
۶۳۵	- زوج عصب سوم (عصب حرکتی چشم) و اعصاب مغزی
۶۳۵	- زوج پنجم (عصب سه قلو)
۶۳۶	- زوج هفتم (عصب صوتی)
۶۳۶-۶۳۹	فصل ۵۳: مشخصات مایع مغزی - نخاعی
۶۳۹-۶۵۳	فصل ۵۴: سردرد
۶۴۰	- نحوه ارزیابی سردرد
۶۴۱	• میگرن
۶۴۲	- تظاهرات اصلی
۶۴۲	- تدابیر درمانی
۶۴۵	Case study 54-1
۶۴۵	• سردرد خوشه ای
۶۴۶	• نورالژی تری ژمینال
۶۴۷	• نورالژی گلو سوفارنژیال
۶۴۸	• گلوکوم حاد
۶۴۸	• آرتريت تعبوراال
۶۴۸	• بیماریهای سیستمیک و سردرد
۶۴۹	• سردرد ناشی از تومورهای مغزی
۶۴۹	• خونریزی ساب آراکنوئید
۶۵۲	Case study 54-2
۶۵۳	• انسفالوپاتی هیپرتانسیو
۶۵۳	• سردرد کششی

۶۵۳-۶۶۶	فصل ۵۵: اختلال هوشیاری و کوما
۶۵۵	- اتیولوژی
۶۵۶	- ارزیابی بالینی
۶۵۶	- کوما هیستریک
۶۵۸	- تعارض
۶۵۸	- locked- in syndrome
۶۵۸	- حالت نبات گونه
۶۶۳	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۶۴	- تدابیر درمانی
۶۶۶	Case study 55-1
۶۶۶-۶۷۳	فصل ۵۶: تشنج و صرع پایدار
۶۶۶	● تشنج
۶۶۶	- اختلالات سیستم عصبی مرکزی
۶۶۷	- اختلالات متابولیک
۶۶۷	- اختلالات سیستمیک
۶۶۸	- سموم و داروها
۶۶۸	● صرع پایدار
۶۶۸	- عوارض سیستمیک صرع پایدار
۶۶۹	- تدابیر درمانی
۶۷۲	Case study 56-1
۶۷۳-۶۸۳	فصل ۵۷: حوادث عروق مغزی
۶۷۴	● سکته مغزی ایسکمیک
۶۷۶	- حملات گذرای ایسکمیک
۶۷۷	- سکته کامل مغزی
۶۷۷	- سکته مغزی در اثر ترومبوز عروقی
۶۷۸	- سکته لاکونر
۶۷۹	● آمبولی مغزی
۶۷۹	● سکته مغزی هموراژیک
۶۷۹	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۸۰	- تدابیر درمانی
۶۸۳-۶۸۷	فصل ۵۸: افزایش فشار داخل جمجمه
۶۸۴	- تظاهرات اصلی
۶۸۵	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۸۶	- تدابیر درمانی
۶۸۷-۶۹۵	فصل ۵۹: عفونتهای مغزی
۶۸۸	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۹۳	- مننژیت باکتریال
۶۹۴	● مننژیت سلی
۶۹۵	● انسفالیت
۶۹۵-۶۹۹	فصل ۶۰: میاستنی گراو
۶۹۶	- تظاهرات اصلی
۶۹۷	- ارزیابی پاراکلینیکی
۶۹۷	- تدابیر درمانی
۶۹۹-۷۰۳	فصل ۶۱: سندرم گیلن - باره
۶۹۹	- تظاهرات اصلی

۷۰۰ - ارزیابی پاراکلینیکی
 ۷۰۱ - تدابیر درمانی

بخش **اورژانس های متفرقه** **هفتم**

فصل ۶۲: شوک سپتیک ۷۰۶-۷۰۹

فصل ۶۳: سندرم شوک توکسیک ۷۱۱×۷۱۲

فصل ۶۴: آرتریت چرکی ۷۱۲-۷۱۶

فصل ۶۵: کزاز ۷۱۷-۷۲۱

۷۱۷ - تظاهرات اصلی

۷۱۸ - ارزیابی پاراکلینیکی

۷۱۹ - تدابیر درمانی

۷۲۰ - پیشگیری از کزاز

فصل ۶۶: بوتولیسم ۷۲۲-۷۲۳

۷۲۲ - بوتولیسم شیرخوارگی

۷۲۳ - بوتولیسم غذایی

۷۲۳ - بوتولیسم جراحی

۷۲۳ - ارزیابی پاراکلینیکی

۷۲۳ - تدابیر درمانی

فصل ۶۷: هاری ۷۲۳-۷۲۷

۷۲۴ - تظاهرات اصلی

۷۲۵ - ارزیابی پاراکلینیکی

۷۲۵ - تدابیر درمانی

۷۲۶ - معیارهای پیشگیری

فصل ۶۸: کهیر و آنژیوادم ۷۲۸

فصل ۶۹: شوک آنافیلاکتیک ۷۲۹-۷۳۱

فصل ۷۰: اختلالات انعقادی و خونریزی دهنده ۷۳۲-۷۵۳

۷۳۲ - ارزیابی پاراکلینیکی

۷۳۶ • اختلالات پلاکتی

۷۳۷ - پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایسرپنیک

۷۴۱ • اختلالات فاکتورهای انعقادی محلول

۷۴۱ - هموفیلی A

۷۴۱ - هموفیلی B

۷۴۲ - بیماری فون ویلبراند

۷۴۲ - تدابیر درمانی

۷۴۷ - کمبود ویتامین K

۷۴۷ - انعقاد منتشر داخل عروقی

۷۵۰ • اختلالات عروقی

۷۵۰ - پورپورای هنوخ-شونن لاین

۷۵۱ - سندرم اورمی همولیتیک

فصل ۷۱: اورژانس های روماتولوژی ۷۵۳-۷۵۷

۷۵۳ • آرتریت حاد نقرسی

۷۵۵ • نقرسی کاذب

۷۵۵ • سندرم بهجت

۷۵۵ • پلی میالژی روماتیکا

۷۵۶	..... سندرمهای بورسیت.
۷۵۷	..... تاندونیت.
۷۵۷-۷۷۰	..... فصل ۷۲: اورژانس‌های روانپزشکی
۷۵۷	..... -اصطلاحات رایج
۷۵۸	..... • خودکشی
۷۵۸	..... • بیمار مهاجم
۷۶۰	..... • سندرم نورولپتیک بدخیم
۷۶۰	..... -تظاهرات بالینی
۷۶۱	..... -ارزیابی پاراکلینیکی
۷۶۲	..... -تدابیر درمانی
۷۶۳	..... • عوارض حرکتی و اکستراپیرامیدال داروهای نورولپتیک
۷۶۳	..... -دیستونی حاد
۷۶۵	..... -پارکینسون دارویی
۷۶۶	..... -آکاتزی حاد
۷۶۶	..... -دیسکنزی حاد
۷۶۶-۷۷۰	..... فصل ۷۳: هیپرترمی بدخیم
۷۶۷	..... -تظاهرات اصلی
۷۶۷	..... -ارزیابی پاراکلینیکی
۷۶۸	..... -تدابیر درمانی
۷۶۹	..... Case study 73-1
۷۷۰	..... فصل ۷۴: افت دمای بدن
۷۷۰	..... -اتیولوژی
۷۷۱	..... -ارزیابی پاراکلینیکی
۷۷۴	..... -تدابیر درمانی
۷۸۰-۷۸۵	..... فصل ۷۵: بیماریهای حاصل از گرما
۷۸۰	..... • ادم حاصل از گرما
۷۸۰	..... • گرفتگی عضلانی حاصل از گرما
۷۸۱	..... • تتانی حاصل از گرما
۷۸۱	..... • سنکوپ حاصل از گرما
۷۸۱	..... • ضعف و خستگی مفرط حاصل از گرما
۷۸۱	..... • گرم‌زدگی
۷۸۵-۷۹۱	..... فصل ۷۶: بیماری حاد ارتفاعات
۷۸۷	..... • بیماری حاد کوهنوردان
۷۸۷	..... • ادم ریوی ارتفاعات
۷۸۸	..... • ادم مغزی ارتفاعات
۷۸۸	..... • خونریزی شبکیه‌ای ارتفاعات
۷۸۸	..... -تدابیر درمانی
۷۹۰	..... • پیشگیری
۷۹۰	..... • ملاحظات اختصاصی در رابطه با صعود و زندگی در ارتفاعات
۷۹۲-۷۹۳	..... فصل ۷۷: غرق شدگی
۷۹۲	..... -علامت و نشانه‌ها
۷۹۲	..... -ارزیابی پاراکلینیکی
۷۹۳	..... -تدابیر درمانی

۷۹۳-۸۰۰	فصل ۷۸: برق گرفتگی و صاعقه
۷۹۴	• برق گرفتگی
۷۹۷	- تدابیر درمانی
۷۹۸	• صاعقه
۷۹۹	- تدابیر درمانی
۸۰۰-۸۰۷	فصل ۷۹: سوختگی حرارتی
۸۰۰	- طبقه‌بندی شدت سوختگی
۸۰۲	- عوارض سوختگی
۸۰۳	- ارزیابی پاراکلینیکی
۸۰۴	- تدابیر درمانی
۸۰۷	فصل ۸۰: سوختگی و مسمومیت استنشاقی
۸۰۷	- علامت و نشانه‌ها
۸۱۰	- ارزیابی پاراکلینیکی
۸۱۰	- تدابیر درمانی
۸۱۲-۸۱۳	فصل ۸۱: مسمومیت یا منوکسید کربن
۸۱۲	- تظاهرات اصلی
۸۱۲	- ارزیابی پاراکلینیکی
۸۱۳	- تدابیر درمانی
۸۱۳-۸۱۵	فصل ۸۲: سیانیدها
۸۱۵-۸۱۸	فصل ۸۳: مسمومیت با متانول
۸۱۸-۸۲۰	فصل ۸۴: گاز گرفتگی حیوانات اهلی و انسان
۸۱۸	• گاز گرفتگی بوسيله سگ
۸۱۸	• گاز گرفتگی بوسيله گربه
۸۱۹	• گاز گرفتگی بوسيله انسان
۸۲۱	فصل ۸۵: زنبور گزیدگی
۸۲۲-۸۲۶	فصل ۸۶: گزش عنکبوت
۸۲۲	• عنکبوت ویلونی
۸۲۴	• عنکبوت بیوه سیاه
۸۲۶	• رتیل
۸۲۷	فصل ۸۷: عقرب گزیدگی
۸۲۸	فصل ۸۸: مارگزیدگی
۸۳۰	• مارهای افعی
۸۳۱	- تدابیر درمانی
۸۳۲-۸۳۵	فصل ۸۹: کیسه تنان
۸۳۶	فصل ۹۰: سفره ماهی
۸۳۷	فصل ۹۱: توتیای دریایی
۸۳۸-۸۴۲	فصل ۹۲: قارچهای سمی
۸۳۸	• آمانیتا فالوئیدین
۸۴۰	• قارچ اینوسیپ و پلتوس
۸۴۰	• قارچ اینوسیپ و پلتوس
۸۴۱	• اتخاذ تدابیر کلی در برخورد با مسمومیت‌های قارچی
۸۴۴	• ضمیمه یک: فارماکوپه داروهای داروهای رایج
۹۱۶	• ضمیمه دو: داروهای گیاهی و طبیعی
۹۲۷	• ضمیمه سه: اندکس

ETI عبارتست از جاگذاری لوله از راه دهان یا بینی در داخل نای که مطمئن‌ترین روش تأمین مجرای هوایی باز برای یک یا چند روز بوده و هر پزشک مسئول هر یک از بخش‌های اورژانس، ICU و یا CCU بایستی بتواند در مدت زمان ۲۰ تا ۳۰ ثانیه آن را با موفقیت انجام دهد و این میسر نخواهد شد مگر اینکه در مواقع غیراورژانس مهارت و تمرینات کافی بر روی ماکت‌ها و یا بیمارانی که به‌تازگی فوت نموده‌اند، به‌دست آمده باشد (بهترین روش، تمرین آن در اطاق عمل تحت نظر متخصص بیهوشی است).

نکته: در موارد حیاتی که دسترسی به رگ امکان‌پذیر نیست می‌توان داروهای نالوکسان، آتروپین، والیوم (دiazepam)، اپی‌ورین و لیدوکائین (به اختصار نویسی «NAVEL») را از راه تراشه تجویز کرد.

اندیکاسیون‌های انتوباسیون

- (۱) آپنه
- (۲) شوک عمیق
- (۳) اختلال هوشیاری (GCS > 9)
- (۴) صدمات شدید و بزرگ قفسه‌سینه
- (۵) $P_aO_2 > 55-60 \text{ mmHg}$ با وجود تنفس کسر اکسیژن تنفسی $(FiO_2) 0.5-0.6$.
- (۶) نسبت P_aO_2/FiO_2 کمتر از 250 mmHg .
- (۷) تعداد تنفس بیش از ۳۵ بار در دقیقه یا کمتر از ۱۰ بار در دقیقه.
- (۸) هیپوونتیلیسیون پیش‌رونده و تشدید اسیدوز تنفسی با وجود درمان طبی و شدید $(P_aCO_2 < 50 \text{ mmHg}$ با $\text{PH} > 7.25$).
- (۹) ترشحات زیاد نیازمند ساکشن بیش از یک‌بار سر ساعت.
- (۱۰) نیاز به هیپروونتیلیسیون درمانی (نظائر اتریش فشار داخل جمجمه‌ای).
- (۱۱) عدم توانایی در باز نگهداری مجرای هوایی برای مدت طولانی.

روشهای لوله‌گذاری

الف) لوله‌گذاری از راه دهان (Orotracheal Intubation): رایج‌ترین و مناسب‌ترین روش برای ونتیلیسیون برای بیماران اورژانس بوده و در موارد (۱) ناپایداری مفصل atlantoaxial (نظیر در زمینه آرتریتر روماتوئید پیشرفته یا اسپوتریلیت آنکیلوزان)، (۲) صدمات جدی فک و صورت، (۳) خونریزی بارز و جدی سوراخ‌گلو و (۴) شک بالا به صدمات مهره‌های گردنی به‌طور نسبی ممنوع است.

ب) لوله‌گذاری از راه بینی (Nasotracheal Intubation): این روش در مواردی که امکان دسترسی به فضای دهان وجود ندارد (نظیر صدمات فک و دهان) یا لوله‌گذاری از راه دهانی ناموفق باشد، به‌کار برده شده و در موارد صدمات بینی و شکستگی جمجمه و آپنه به‌طور نسبی ممنوع است.

وسایل مورد نیاز

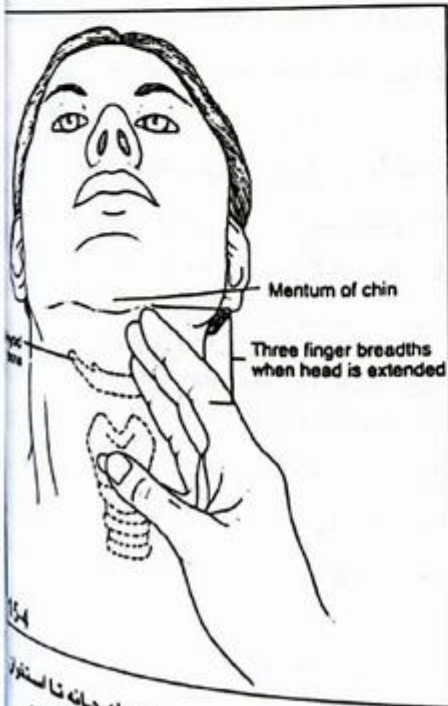
- یکی از وظایف پرستار مسئول اورژانس کنترل و اطمینان حاصل کردن از آماده و سالم بودن تجهیزات در جمله انتوباسیون و خصوصاً باتری و لامپ لارنگوسکوپ) است و به‌عنوان پزشک مسئول اورژانس عادت نمائید. ابتدای تحویل گرفتن شیفت از این بابت از پرستار مربوطه سؤال نمائید.
- ۱- آمبویگ (bag-valve-mask)، منبع اکسیژن و رابطه‌های مربوطه.
 - ۲- سرنگ‌های ۵ و ۱۰ سی‌سی، نرمال سالین؛ داروهای احتمالی موردنیاز (عوامل القاء‌کننده بیهوشی و فلج‌کننده عضلانی، لیدوکائین و آتروپین) و وسایل رگ‌گیری (داروهای اصلی بایستی داخل سرنگ کشیده و آماده باشند).
 - ۳- دستگاه و تجهیزات ساکشن و مونی‌تور قلبی (در شرایط ایده‌آل).
 - ۴- لوله‌های هوایی و فورسپس مازیل.
 - ۵- دسته و تیغه لارنگوسکوپ: تیغه لارنگوسکوپ دارای دو نوع کات (Miller blade) و خمیده (Macintosh) است.
 - ۶- لوله تراشه در اندازه‌های مختلف: اندازه مناسب برای زنان لوله با قطر داخلی 7.5-8.5mm و برای مردان 7.5-8.5mm می‌باشد ولی در اورژانس برای هر دو جنس می‌توان نمره 7.5mm را انتخاب نمود.

نکته: برای لوله‌گذاری از بینی لوله تراشه با قطر ۰/۵ تا ۱ میلی‌متر کوچکتر از بزرگ از راه دهان مناسب است.

انتوباسیون دهانی با لارنگوسکوپ

ارزیابی اولیه: قبل از لوله‌گذاری بایستی از وضعیت آناتومیک سر و گردن، فک و زبان اطلاع حاصل کرد تا از وارد شدن صدات اضافی جلوگیری کرد و تمهیدات لازم را به‌کار بست. در بیمارانسی که احتمال موفقیت آمیز بودن انتوباسیون بسیار بالا نیست و نیز در بیمارانی که Preoxygenation جایز نیست (نظیر آسم شدید یا COPD تشدید یافته) تجویز داروهای **بلوک‌کننده عصبی عضلانی ممنوع است.** در صورت وجود هر یک از حالات زیر می‌توان پیش‌بینی نمود که لوله‌گذاری مشکل و سخت خواهد بود: (۱) بیمار بالغی که نتوان دهان او را بیش از ۴ سانتیمتر (به پهنای دو انگشت) باز کرد (نیاز به شل‌کننده عضلانی دارد).

(۲) در حالیکه سر بیمار به عقب خم شده است فاصله چانه تا استخوان هیونید کمتر از ۶ سانتیمتر (کمتر از پهنای سه انگشت) باشد (شکل ۴-۱۵).



شکل ۴-۱۵: نحوه اندازه‌گیری فاصله چانه تا استخوان هیونید جهت پیش‌بینی دشواری یا سهولت انتوباسیون

۲) عمیق بودن قوس کام.
۳) محدوده حرکات گردن کاهش یافته باشد.

شرایط و تکنیک‌ها

بر حسب کلیتیک بیمار یکی از روش‌های زیر به کار برده می‌شود:

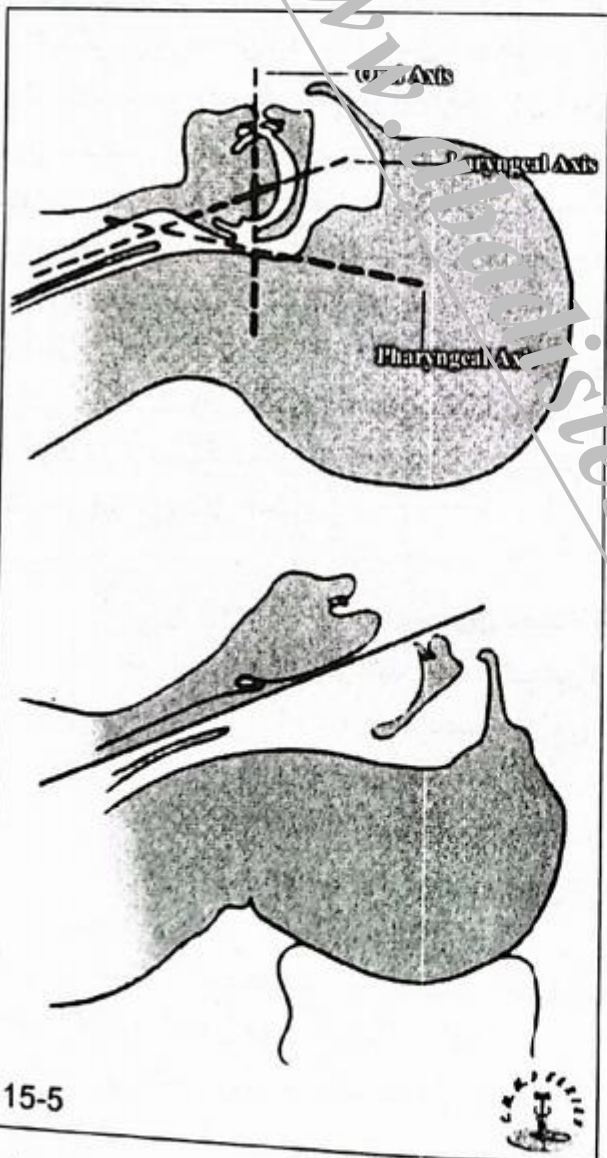
● **Immediate Technique:** این روش برای بیمارانی که در کوما می‌باشد و تنفس خودبخودی مؤثر ندارند و خصوصاً در بیماران با وقفه تنفسی به کار برده می‌شود و در آن بدون نیاز به تجویز داروی خاصی اقدام به لوله‌گذاری می‌شود. اگر بیمار در کوما می‌باشد، احتمال بروز استفراغ و آسپیراسیون وجود دارد و در این شرایط برای پیشگیری بایستی در حین گذاشتن لوله، **Sellick's Maneuver** (وارد کردن فشار بر روی کریکونید) به کار برده شود و یا اینکه با تجویز داروهای سداتیو رفلکس آغ زدن (gag reflex) را مهار نمود و یا از روش انتوباسیون سریع (RSI) استفاده کرد.

● Oral Awake Technique: این روش

روش در بیماران هوشیار و بیدار با تنفس خودبخودی، خصوصاً در آن دسته از افرادی که آناتومی داخلی مشکوک دارند (نظیر ادم حنجره یا آبه پس حلقی) به کار برده می‌شود و در آن پس از تجویز داروی آرامبخش (در حد تسکین و کنترل اضطراب) و بی‌حس کردن حلق با اسپری با همکاری بیمار اقدام به گذاشتن لوله تراشه می‌شود. اهمیت این روش در آن است که رفلکس‌های مجاری هوایی دست‌نخورده باقی مانده و امکان آسپیراسیون بسیار کم خواهد بود. در ضمن در صورت عدم موفقیت چیزی از دست نده نمی‌شود.

● Rapid Sequence Intubation (RSI):

این روش در مواردی که ریسک عوارض انتوباسیون بالاست (نظیر افزایش فشار داخل جمجمعی در موارد ترومای سر و یا بیماران با انفارکتوس میوکارد) و بیمار نیمه‌هوشیار است و یا اسپاسم عضلات فک وجود دارد بکار برده می‌شود و در آن پس از بیهوش کردن کامل بیمار، انتوباسیون صورت می‌گیرد (به مطالب صفحات بعد مراجعه کنید).



15-5

شکل ۵-۱۵: وضعیت مجاری هوایی در حالت خنثی یا معمولی (قسمت بالا) و Sniffing Position (قسمت پایین).