

فهرست مطالب

۱	فصل اول: بیماری‌های قلب و عروق.....
۳	الکتروکاردیوگرافی.....
۱۱	درد قفسه‌سینه.....
۱۵	بررسی غیرتهاجمی بیماری شریان کرونری.....
۲۰	آنژیوگرافی کرونری و اقدامات مداخله‌ای کرونری از راه پوست (PCI).....
۲۴	بیماری ایسکمیک قلبی تثبیت شده.....
۲۸	سندرم کرونری حاد.....
۴۸	کاتتر شریان ریوی و درمان اختصاصی شده برای بیمار.....
۵۶	نارسایی قلبی.....
۶۶	کاردیومیوپاتی‌ها.....
۷۶	بیماری دریچه قلب.....
۹۵	بیماری‌های پریکاردی.....
۱۰۵	پرفشاری خون.....
۱۱۲	آنوریسم آنورت.....
۱۱۶	سندرم‌های حاد آنورتی.....
۱۲۰	آریتمی‌ها.....
۱۳۰	فیبریلاسیون دهلیزی.....
۱۳۹	سنگوپ.....
۱۴۶	تجهیزات مدیریت ریتم قلب.....
۱۵۰	ارزیابی ریسک قلبی برای جراحی‌های غیرقلبی.....
۱۵۴	بیماری شریانی محیطی (PAD).....
۱۵۶	منابع فصل ۱.....
۱۶۲	فصل دوم: بیماری‌های تنفس.....
۱۶۳	تنگی نفس.....
۱۶۶	آسم.....
۱۷۵	بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی.....
۱۸۱	ندول منفرد ریوی.....
۱۸۳	هموپتزی.....
۱۸۵	برونشکتازی.....
۱۸۷	سیستیک فیبروزیس.....
۱۸۸	بیماری‌های بافت بینابینی ریه.....
۱۹۴	افیوزیون پلورال.....
۲۰۰	ترومبوآمبولیسم وریدی (VTE).....
۲۰۹	افزایش فشار خون ریوی (PHT).....
۲۱۶	نارسایی تنفسی.....
۲۲۰	تهویه مکانیکی.....

۲۲۰	سندرم زجر تنفسی حاد
۲۲۲	سپسیس و شوک
۲۲۶	سم‌شناسی
۲۲۸	پیوند ریه
۲۲۹	منابع فصل ۲

فصل سوم: بیماری‌های گوارش و کبد

۲۴۲	اختلالات مری و معده
۲۴۳	خونریزی گوارشی
۲۵۰	اسهال
۲۵۷	اختلال حرکتی و تغذیه
۲۶۷	اختلالات کولون
۲۷۰	بیماری‌های التهابی روده
۲۷۳	ایسکمی روده
۲۷۹	پانکراتیت
۲۸۲	آزمایش‌های غیرطبیعی کبدی
۲۸۹	هیپاتیت
۲۹۶	نارسایی حاد کبدی (ALF)
۳۰۶	سیروز
۳۰۹	بیماری‌های عروقی کبد
۳۲۲	آسیت
۳۲۵	بیماری مجاری صفراوی
۳۲۹	منابع فصل ۳

فصل چهارم: بیماری‌های کلیه

۳۲۸	اختلالات اسید باز
۳۲۹	هومئوستاز آب و سدیم
۳۵۲	هومئوستاز کلسیم
۳۶۴	بیماری‌های کلیه
۳۷۱	بیماری‌های گلومرولی
۳۸۶	آزمایش ادرار
۳۹۳	نفرولیتیاز
۳۹۷	منابع فصل ۴

فصل پنجم: بیماری‌های خون و سرطان

۴۰۲	کم‌خونی
۴۰۳	اختلالات هموستاز
۴۱۷	اختلالات پلاکتی
۴۱۹	اختلالات انعقادی
۴۲۸	

۴۳۱	وضعیت‌های با انعقادپذیری بالا
۴۳۴	اختلالات لکوسیتی
۴۳۷	درمان با انتقال فرآورده‌های خونی
۴۴۱	سندرم‌های میلودیس‌پلاستیک (MDS)
۴۴۵	نئوپلاسم‌های میلوپروولیفراتیو (MPN)
۴۵۱	لوسمی
۴۵۹	لنفوم و CLL
۴۶۷	دیسکرازی‌های پلاسماسل
۴۷۳	پیوند سلول‌های بنیادین هماتوپوئیتیک (HSCT)
۴۷۹	سرطان ریه
۴۸۵	سرطان پستان
۴۹۱	سرطان پروستات
۴۹۵	سرطان کولورکتال (CRC)
۴۹۸	تومورهای پانکراس
۵۰۱	دیگر تومورهای جامد
۵۰۷	ایمنی درمانی و درمان سلولی
۵۱۰	اورژانس‌های سرطان‌شناسی
۵۱۵	عوارض جانبی شیمی‌درمانی
۵۱۷	منابع فصل ۵

فصل ششم: بیماری‌های عفونی ۵۲۲

۵۲۳	پنومونی
۵۲۹	عفونت‌های قارچی
۵۳۴	عفونت در میزبان مبتلا به ضعف ایمنی
۵۳۶	عفونت‌های ادراری
۵۳۹	عفونت‌های منتقل‌شده از راه جنسی (STI)
۵۴۲	عفونت‌های پوست و بافت نرم
۵۵۰	عفونت‌های دستگاه عصبی
۵۵۸	باکتری‌می و اندوکاردیت
۵۶۶	سل
۵۷۱	HIV و ایدز
۵۸۰	بیماری‌های منتقل‌شونده از راه کهنه
۵۸۶	سندرم‌های تب
۵۹۱	منابع فصل ۶

فصل هفتم: بیماری‌های غدد ۵۹۳

۵۹۴	اختلالات هیپوفیز
۵۹۹	اختلالات تیروئید
۶۱۰	اختلالات غده فوق کلیوی
۶۲۱	اختلالات کلسیم

دیابت ملیتوس
 اختلالات چربی
 منابع فصل ۷
 ۶۷۷
 ۶۷۷
 ۶۷۱

فصل هشتم: بیماری‌های روماتیسمی

رویکرد به بیماری‌های روماتیسمی
 آرتریت روماتوئید (RA)
 بیماری استیل با شروع در بزرگسالی (AOSD)
 عودکننده
 آرتریت‌های رسوب کریستال
 اسپوندیلوآرتریت سرونگاتیو
 آرتریت و بورسیت عفونی
 بیماری‌های بافت همبند
 لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک (SLE)
 بیماری مربوط به IgG4
 واسکولیت
 سندرم‌های خودالتهابی
 منابع فصل ۸
 ۶۴۲
 ۶۴۴
 ۶۵۰
 ۶۵۵
 ۶۵۷
 ۶۶۳
 ۶۶۹
 ۶۷۵
 ۶۸۷
 ۶۹۲
 ۶۹۳
 ۷۰۶
 ۷۱۱

فصل نهم: بیماری‌های عفونی

تغییر در وضع ذهنی
 حملهٔ صرعی
 محرومیت از انسولین
 سرگیجه
 سکتهٔ مغزی
 ضعف و اختلال عملکرد عصبی - عضلانی
 سرگیجه
 بیماری‌های کمر و نخاع
 منابع فصل ۹
 ۷۱۴
 ۷۱۵
 ۷۲۱
 ۷۲۷
 ۷۲۹
 ۷۳۱
 ۷۳۸
 ۷۴۴
 ۷۴۷
 ۷۵۲

فصل دهم: مشاوره
 مشکلات جراحی
 مشکلات زنان و مامایی
 مشکلات چشمی
 منابع فصل ۱۰
 ۷۵۲
 ۷۵۴
 ۷۵۹
 ۷۶۲
 ۷۶۵

ضمائم
 داروهای ICU
 آنتی‌بیوتیک‌ها
 ۷۶۶
 ۷۶۷
 ۷۷۴

۷۷۸.....	فرمول‌ها و مرجع سریع
۷۷۹.....	بیماری‌های قلبی
۷۸۲.....	بیماری‌های ریوی
۷۸۵.....	بیماری‌های گوارش
۷۸۶.....	بیماری‌های کلیه
۷۸۸.....	بیماری‌های خون
۷۹۱.....	غدد درون‌ریز
۷۹۲.....	بیماری‌های اعصاب
۷۹۵.....	رادیولوژی
۸۰۲.....	اکوکاردیوگرافی
۸۰۶.....	آنژیوگرافی کرونری
۸۰۷.....	اسمیر خون محیطی
۸۱۲.....	لوسمی
۸۱۴.....	آزمایش ادرار
۸۱۹.....	الگوریتم ACLS
۸۲۱.....	منابع تصاویر پایان کتاب
۸۲۲.....	نمایه فارسی
۸۲۸.....	نمایه انگلیسی

بلوک دهلیزی-بطنی

نوع	ویژگی‌ها
درجه ۱	فاصله PR طولانی (بالای ۲۰۰ میلی ثانیه)، تمام ایمپالس‌های دهلیزی انتقال می‌یابند (۱ به ۱).
درجه ۲ موبیتز ۱ (ونکه باخ)	طولانی شدن پیشرونده PR تا زمانی که ایمپالس منتقل نشود («ضربان گروه‌بندی شده»). پاتولوژی گره AV: ایسکمی (MI تحتانی)، التهاب (میوکاردیت، اندوکاردیت و جراحی دریچه میترال)، تون واگ بالا (در ورزشکاران)، ناشی از داروها. در حالت کلاسیک (حدود ۵۰ درصد)، افزایش مطلق در فاصله PR به مرور زمان کاهش می‌یابد (در نتیجه کاهش فاصله RR رخ می‌دهد و مدت QT از دو برابر فاصله RR قبل از آن کمتر می‌شود). QRS طبیعی. معمولاً بلوک دهلیزی-بطنی با ماساژ سینوس کاروتید تشدید و با تجویز آتروپین بهتر می‌شود. اغلب حملات، شبانه، و بدون علامت است. اغلب در میان نوازندگان.
درجه ۲ موبیتز ۲	ایمپالس‌های بلوک شده همراه با فاصله PR ثابت و اغلب QRS طولانی شده. پاتولوژی هیس-پورکینژ: ایسکمی (MI قدامی)، دژنراسیون سیستم هدایتی قلب، بیماری‌های ارتشاحی و التهاب. بلوک دهلیزی-بطنی ممکن است با ماساژ سینوس کاروتید بهتر و با تجویز آتروپین بدتر شود. ممکن است به بلوک درجه ۳ دهلیزی-بطنی پیشرفت کند. پدهای ضربان‌ساز و ضربان‌ساز در بطن اغلب ضرورت دارد.
درجه ۳ (کامل)	فقدان هدایت قلبی-بطنی. اگر «فرار» وجود داشته باشد، از ۶۰ بریک (جانکشنال) یا پهن (بطنی) است.

توجه شود اگر بلوک ۲ به ۱ وجود داشته باشد، نمی‌توان بلوک درجه دو نوع ۱ را از نوع ۲ افتراق داد. اشناسی برای مشاهده طولانی شدن PR وجود ندارد. معمولاً با سایر دیگر یافته‌های ECG یا داده‌های بالینی تقسیم‌بندی می‌شود. AVB درجه بالا، معمولاً به بلوک ۲ ایمپالس متوالی یا بیشتر اطلاق می‌شود.

سیم‌های ضربان‌سازی موقت

- در موارد برادی کاردی همراه با بی‌ثباتی همودینامیک یا ریتم فرار ناپایدار، هنگامی که ضربان‌ساز دائم به آسانی در دسترس نیست، کاربرد این روش را در نظر بگیرید. مخاطرات: عفونت، پارگی بطن راست، VT، پنوموتوراکس، بلوک کامل قلبی در صورت وجود LBBB از قبل.
- در موارد وجود علائم برادی کاردی ناشی از علل برگشت‌پذیر (دوز بیش از حد مهارکننده‌های بتا یا مهارکننده‌های کانال کلسیم، بیماری لایم، اندوکاردیت باکتریال تحت حاد، میوکاردیت و به دنبال جراحی قلب، تروما یا TAVR)، ترسداد پوانت و MI حاد (نشانه‌های برادی کاردی یا بلوک دهلیزی-بطنی با درجه بالا) کاربرد آن را در نظر بگیرید.

علل شایع SVT

ویژگی‌ها	نوع
بر اثر درد، تب، کاهش حجم هیپوکسی آمبولی ریه، کم‌خونی، اضطراب، محرکیت دارویی، آگونیست‌های بتا و غیره	تاکی کاردی سینوسی (ST)
از ناحیه‌ای در دهلیز غیر از گره SA منشأ می‌گیرد. در همراهی با بیماری شریانی کرونری، COPD، افزایش کاتکول‌آمین‌ها و مصرف الکل یا دیگوکسین دیده می‌شود	تاکی کاردی دهلیزی (AT)
افزایش خودمختاری در چندین محل در دهلیزها؛ در هر کسی با بیماری ریوی زمینهای دیده می‌شود	تاکی کاردی دهلیزی چندکانونی (MAT)
بازگشت مجدد بر مقیاس بزرگ در جهت یا خلاف جهت عقربه‌های ساعت	فلاتر دهلیزی (AFL)
خلالت آشفته و توام با هرج و مرج دهلیزها همراه بمباران سریع و نامنظم گره دهلیزی-بطنی. اغلب از مبداء وریدهای ریوی است	فیبریلاسیون دهلیزی (AF)
مدار بازگشت مجدد که از دو مسیر در داخل گره دهلیزی بطنی استفاده می‌کند	تاکی کاردی گره AV با بازگشت مجدد (AVNRT)
بازگشت مجدد با استفاده از گره دهلیزی بطنی و مسیر فرعی. ممکن است پیش تحریک مشهود باشد (مانند وولف-پارکینسون-وایت) یا نباشد (مسیر فرعی مخفی). ممکن است ارتو یا آنتی درومیک باشد (به مطالب بعدی مراجعه شود).	تاکی کاردی دو پاسج مقابل دهلیزی-بطنی (AVRT)
افزایش خودمختاری جانکشنال. ممکن است P رو به عقب و انفکاک دهلیزی-بطنی دیده شود. با میوکاردیت یا اندوکاردیت، جراحی قلبی، MI تحتانی و مصرف دیگوکسین همراه است.	تاکی کاردی جانکشنال غیر حمله‌ای (NPJT)

بازگشت

بازگشت

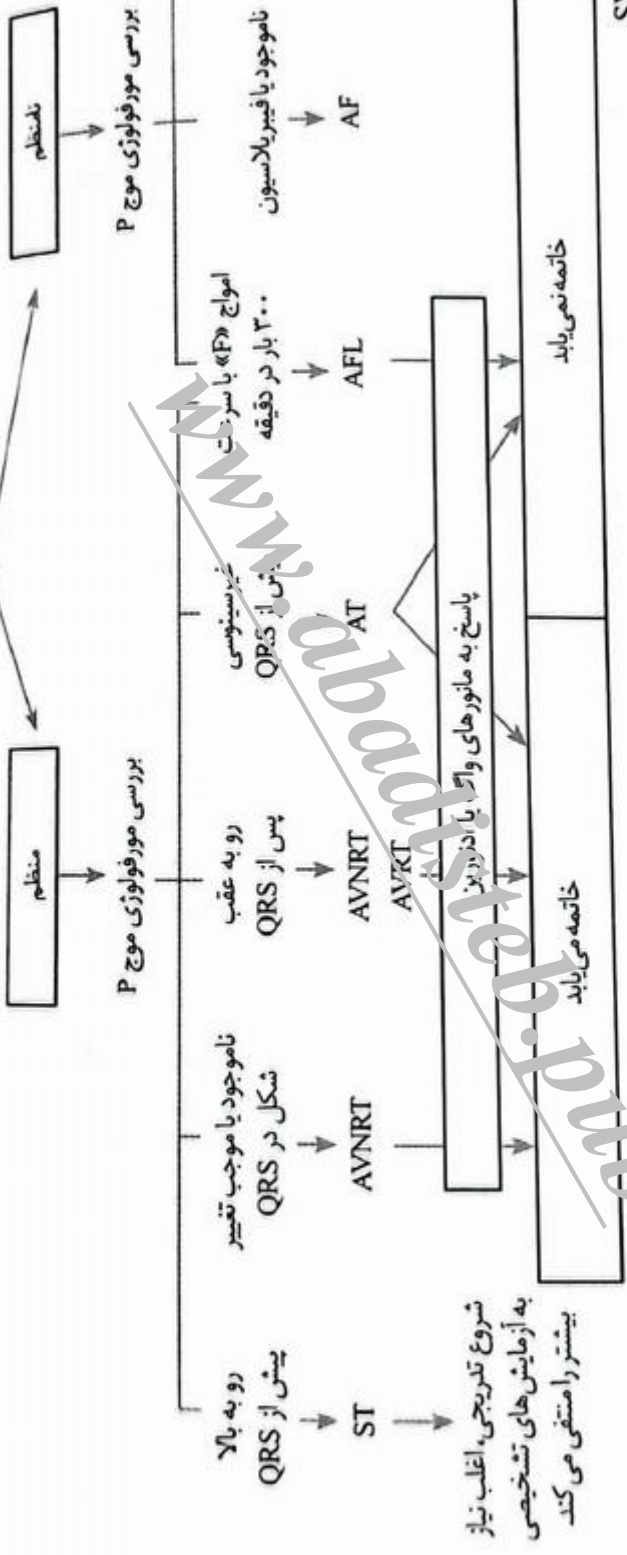
تاکی کاردی‌های سوپراونتیکیولار (SVT)

- از بالای بطن‌ها منشأ می‌گیرد در نتیجه QRS باریک است مگر آنکه هدایت ناهجا یا پیش تحریک وجود داشته باشد
- تخریب با کاتتر: میزان موفقیت کلی بالا (در AFL یا AVNRT حدود ۹۵ درصد، AVRT حدود ۹۰ درصد و AF حدود ۷۰ درصد)
- عوارض: سکته مغزی، MI، خونریزی، پارگی و بلوک هدایتی

تشخیص نوع SVT

شروع	شروع و خاموشی ناگهانی به ضرر تاکی کاردی سینوسی است
تعداد ضربان	تشخیصی نیست زیرا در اکثر این اختلالات ممکن است از ۱۴۰ تا ۲۵۰ ضربان در دقیقه باشد اما معمولاً ST زیر ۱۵۰ است. فلاتر دهلیزی اغلب هدایت ۲ به ۱ دارد که در نتیجه، ضربان بطنی ۱۵۰ وجود خواهد داشت. AVNRT و AVRT معمولاً بالای ۱۵۰ است.
ریتم	نامنظم فیبریلاسیون دهلیزی، فلاتر دهلیزی یا بلوک متغیر یا MAT است.
مورفولوژی موج P	<p>قبل از QRS (RP طولانی): تاکی کاردی سینوسی، AT (P با منشاء غیر از سینوس) و MAT (دست کم سه مورفولوژی موج)</p> <p>ناموجود (یعنی مدفون شده در QRS انتهایی یا موجی که باعث تغییر شکل، ناکمپلکس شود مانند RSR' کاذب در AVNRT و NPJT است.</p> <p>پس از QRS (RP کوتاه): معکوس در لیدهای تحتانی (به معنای موج دهلیزی رو به عقب): ناشی از AVNRT، AVRT (معمولاً اندکی پس از QRS؛ فاصله RP بیش از ۱۰۰ میلی ثانیه به نفع AVRT است) یا NPJT (AVNRT) یا NPJT</p> <p>فیبریلاسیون یا فقدان امواج P به معنای فیبریلاسیون دهلیزی است.</p> <p>امواج «F» دنداناره‌ای (که بهتر از همه در لیدهای تحتانی و V₁ مشاهده می‌شود) به معنای فلاتر دهلیزی است.</p>
پاسخ به تحرک و یا آدنوزین	<p>کاهش ضربان قلب، اغلب در ST، AF، AFL، AT مشاهده می‌شود در حالی که در ریتم‌های با ورود مجدد (AVNRT، AVRT) ممکن است به طور ناگهانی اختلال خاتمه یابد (به طور کلاسیک همراه با موج P پس از آخرین QRS) یا پاسخی وجود نداشته باشد. گاه ممکن است AT خاتمه یابد در AFL و AF، افزایش بلوک دهلیزی بطنی ممکن است امواج «F» یا فیبریلاسیون را آشکار کند</p>

SVT



شکل ۴-۱. رویکرد به SVT