



ای علی، ای ارتفعت تا خدا  
بی نهایت، بیکران، بی انتها  
ای علی ای همسر بانوی آب  
جلوه حق، اسم اعظم، نور تاب  
شد غدیر خم، هلا ای عاشقان  
می وزد عطر علی از آسمان  
چيست تفسير غدیر خم؟ علی  
عشق را مولا، عدالت را ولی  
حرف حق این است و در آن شبهه نیست  
هم علی حق است و هم حق با علی ست

## تبریک موفقیت

هیچ آرزویی در هیچ انسانی نمی شکفت مگر این که توانایی به تحقق رساندنش نیز به او عطا شده باشد، آرزومند را اما کوشش بسیار باید....

**همکاران عزیز:**

**سرکار خانم الهه اباذرنژاد (پرستاری ویژه - مشهد)**

**سرکار خانم زهره اسکندری (پرستاری ویژه - گناباد)**

**سرکار خانم مریم دروگر (پرستاری ویژه - گناباد)**

تلاشتان را ارج نهاده و موفقیتان را در قبولی مقطع کارشناسی ارشد صمیمانه تبریک می گوئیم.

از خداوند سبحان سلامتی و توفیق روز افزونتان را خواستاریم.

واحد آموزش پرستاری

## تاکیکاردی حمله ای دهلیزی: Paroxysmal Atrial Tachycardia (PAT)

یک نوع تاکی کاردی فوق بطنی (Paroxysmal supraventricular tachycardia) می باشد و به صورت ناگهانی به دنبال ریتم سینوسی ظاهر شده، بطور ناگهانی نیز تخلیه می گردد. ممکن است این ریتم در نتیجه تخلیه سریع یک کانون نابجای دهلیزی با ریت ۱۶۰ - ۲۵۰ بار در دقیقه یا مشکلات هدایتی در گره AV ایجاد شود که به آن تاکیکاردی چرخشی گره AV میگویند. تاکیکاردی دهلیزی را به وسیله سه ضربان یا ضربانات بیشتر نابجای دهلیزی پشت سرهم با سرعتی بین ۲۵۰-۲۲۰-۱۶۰ بار در دقیقه که با ریتم سینوسی طبیعی تناوب مییابند میتوان شناخت.

### علائم الکتروکاردیوگرافیک:

- ✓ **ریت:** تعداد ضربان دهلیزی معمولاً ۱۶۰-۲۵۰ بار در دقیقه و ریت بطنی مساوی ریت دهلیزی یا کندتر می باشد.
- ✓ **ریت:** منظم
- ✓ **امواج P:** در ظاهر با امواج P سینوسی تفاوت دارد چون کانون آن نابجاست. ولی به علت ادغام آن با T قبلی تشخیص دادن P بسیار مشکل است.
- ✓ **فاصله P-R:** کمتر از ۱۲/۰ ثانیه است.
- ✓ **کمپلکس QRS:** معمولاً طبیعی است ولی اگر اتصال نابجا وجود داشته باشد ممکن است QRS پهن ظاهر شود.
- ✓ **هدایت:** معمولاً هدایت از گره AV به طرف بطن ها به صورت طبیعی است. ولی در تاکی کاردی دهلیزی همراه با بلوک بطنی، هدایت ایملسهای فرستاده شده از دهلیز به داخل بطن ها صورت نمی پذیرد و این در صورتی که بطن ها هنگام انتقال ایملس در مرحله تحریک ناپذیری مطلق ایملس قبلی باشند.

**درمان:** هدف از درمان شکستن چرخه ایملس بوده و بر تحریک واگ استوار است. تحریک واگ به وسیله تحریک رفلکس gag مانور والسالوا، غوطه ور کردن صورت در آب یخ انجام شده و منجر به کاهش سرعت هدایت گره AV و بلوکه شدن چرخش ایملس گردیده و به گره SA به عنوان پیس میکر اصلی اجازه فعالیت مجدد داده میشود. اگر اقدامات فوق مؤثر نبود از روش دیگر تحریک واگ به وسیله ماساژ سینوس کاروتید استفاده میشود. ماساژ سینوس کاروتید حتماً باید تحت مانیتورینگ انجام شود و بیمار راه وریدی باز داشته باشد. این کار در افراد سالمند و کسانی که در سمع کاروتید بروئی دارند ممنوع است چون ممکن است باعث کنده شدن پلاکهای آتروم موجود در شریان کاروتید و آمبولی مغزی گردد. جهت انجام ماساژ کاروتید بیمار باید در یک سطح صاف قرار داده شده و گردنش به عقب خم شود. ماساژ یک بولب کاروتید در یک مرحله باید با اعمال فشاری محکم درست در زیر زاویه فکی به مدت بیش از ۵ ثانیه انجام شود. اگر روشهای فوق مؤثر نبودند از درمان دارویی استفاده میگردد که شامل استفاده از داروهای آرام بخش، دوز حمله ای آدنوزین، وراپامیل یا دیلتیازم میباشند. هنگام تزریق وراپامیل به بیمار لازم است دارو رقیق شده و ریتم مانیتور گردد. این دارو با جلوگیری از ورود کلسیم در فاز دوم ریولاریزاسیون عمل میکند و به وسیله آهسته شدن جریان ورودی کلسیم و سدیم باعث کاهش سرعت هدایت و طولانی شدن دوره تحریک ناپذیری گره AV شده و تاکیکاردی فوق بطنی که در آن گره AV نقش راه ورود مجدد را باز میکند خاتمه دهد. در صورت بلوک وسیع کانالهای کلسیم امکان بروز هیپوتانسیون و ایست قلبی به دنبال مصرف وراپامیل وجود دارد که تزریق آمپول کلسیم باید بلافاصله انجام گردد. دوز وراپامیل ۵mg رقیق شده در ۱۰cc نرمال سالین و تزریق در طول ۵ دقیقه است. آدنوزین هم از داورهایی است که منجر به آهسته شدن سرعت هدایت گره AV میشود و راههای ورود مجدد در AV را مهار میکند ولی با توجه به اینکه نیمه عمر آدنوزین کمتر از ۱۰ ثانیه بوده و امکان عود مجدد وجود دارد، استفاده از وراپامیل ارجح است. دوز اولیه آدنوزین ۶mg به صورت دوز حمله ای وریدی در طول ۳-۱ ثانیه و پس از اتمام تزریق آدنوزین، ۲۰ میلی لیتر نرمال سالین به داخل رگ بیمار تزریق میشود. در صورتی که درمان دارویی با شکست مواجه شد از یک پیس میکر موقت داخل وریدی استفاده شده و اقدام به تولید ضرباناتی با سرعت بیشتر از PAT مینمایند. این عمل باعث شکستن چرخه ورود مجدد میگردد و با توقف تاکیکاردی دهلیزی ایملسهای طبیعی از طریق گره SA را خواهیم داشت به این عمل انجام Overdrive با پیس میکر میگویند. روش دیگر استفاده از شوک کاردیوورژن می باشد که قبل از آن به بیمار با دارو Sedation داده و به میزان ۲۰۰-۵۰ ژول شوک میدهند. در صورتی که PAT همراه با سندرم ولف پارکینسون وایت باشد میتوان با استفاده از تکنیک catheter ablation (وارد ساختن انرژی امواج رادیویی با کاتتر) کانون تولید کننده آریتمی را نابود ساخت.

منبع: مراقبتهای پرستاری ویژه، معصومه ذاکری مقدم

### زردی نوزادی

زردی فیزیولوژیک نتیجه عوامل بسیاری است که از ویژگیهای فیزیولوژیک طبیعی نوزادان محسوب میشوند. افزایش تولید بیلی روبین به دلیل افزایش توده گلبولهای قرمز، کوتاه شدن طول عمر گلبولهای قرمز و عدم بلوغ کبدی میباشد. نمای بالینی زردی فیزیولوژیک در نوزادان ترم شامل اوج گیری سطح بیلی روبین غیر مستقیم در روز سوم تولد است که از  $12 \text{ mg/dl}$  بیشتر نمیشود. در نوزادان نارس مقدار این اوج بالاتر است ( $15 \text{ mg/dl}$ ) و دیرتر اتفاق می افتد (روز پنجم). حداکثر سطح بیلی روبین غیر مستقیم در زردی فیزیولوژیک در شیرخوارانی که از شیر مادر تغذیه میکنند ممکن است بالاتر از آنهایی باشد که از شیر خشک تغذیه میکنند. ( $15-17 \text{ mg/dl}$  در مقابل  $12 \text{ mg/dl}$ ). این سطح بالاتر احتمالاً تا حدودی نتیجه مصرف مایعات کمتر توسط شیرخوارانی است که شیر مادر میخورند.

### زردی در موارد زیر غیر فیزیولوژیک یا پاتولوژیک تلقی میشود:

\* روز اول تولد به لحاظ بالینی آشکار باشد، \* سطح بیلی روبین در هر ساعت  $0.5 \text{ mg/dl}$  افزایش پیدا کند، \* حداکثر مقدار بیلی روبین در نوزاد ترم بیشتر از  $13 \text{ mg/dl}$  باشد، \* بخش مستقیم بیلی روبین بیشتر از  $15 \text{ mg/dl}$  باشد و \* اگر بزرگی کبد و طحال و آمی وجود داشته باشد.

زردی در اولین روز زندگی همواره پاتولوژیک است، برای یافتن علت آن باید توجه فوری به خرج داد شروع زود هنگام زردی اغلب نتیجه همولیز، خونریزی داخلی (سفال هماتوم، هماتوم کبدی یا طحالی)، یا عفونت است. عفونت غالباً با افزایش بیلی روبین مستقیم همراه است و در نتیجه عفونت های مادرزادی پری ناتال یا سپسیس باکتریایی بوجود می آید. نشانه های فیزیکی زردی هنگامی در شیرخواران مشاهده میشوند که سطح بیلی روبین به  $5-10 \text{ mg/dl}$  (در مقابل  $2 \text{ mg/dl}$  در بالغین) برسد. اگر زردی مشاهده شود. سطح بیلی روبین بیشتر از  $5 \text{ mg/dl}$  در روز اول زندگی یا بیشتر از  $13 \text{ mg/dl}$  پس از آن در نوزاد ترم، مستلزم ارزیابی بیشتر با اندازه گیری سطح بیلی روبین غیرمستقیم و مستقیم، تعیین گروه خون، آزمایش کومبس، شمارش کامل سلولهای خون، تهیه گستره خون و شمارش رتیکولوسیت ها است.

### درمان:

**فتوتراپی:** در نوزادان ترم فتوتراپی را وقتی شروع میکنند که سطح بیلی روبین غیرمستقیم بین  $16-18 \text{ mg/dl}$  باشد. در نوزادان نارس، فتوتراپی در سطوح پایینتری از بیلی روبین شروع میشود تا از رسیدن بیلی روبین به غلظت های بالایی که تعویض خون را ضروری میکنند، جلوگیری شود.

**عوارض فتوتراپی:** افزایش دفع نامحسوس اب، اسهال و دهیدراتاسیون

**تعویض خون:** معمولاً برای نوزادانی در نظر گرفته میشود که سطح بیلی روبین غیر مستقیم آنها به میزان خطرناکی بالا است و خطر بروز کرن ایکتروس در آنها وجود دارد. به عنوان یک قانون سرانگشتی، در نوزادان مبتلا به همولیز که وزن آنها بیش از  $2000 \text{ g}$  است، اگر سطح بیلی روبین غیر مستقیم به  $20 \text{ mg/dl}$  برسد، باید تعویض خون انجام شود. شیرخواران بدون علامت مبتلا به زردی فیزیولوژیک یا زردی ناشی از شیرمادر ممکن است به تعویض خون نیاز نداشته باشند، مگر اینکه سطح بیلی روبین غیر مستقیم از  $25 \text{ mg/dl}$  تجاوز کند. برای سایر شیرخواران، سطحی از بیلی روبین غیر مستقیم را که در آن تعویض خون لازم باشد با محاسبه  $10\%$  از وزن هنگام تولد بر حسب گرم تخمین زد: این سطح در شیرخواری که  $1500 \text{ gr}$  وزن دارد،  $15 \text{ mg/dl}$  است. شیرخوارانی که وزن آنها کمتر از  $1000 \text{ gr}$  است معمولاً تا وقتی که سطح بیلی روبین از  $10 \text{ mg/dl}$  بیشتر نشده باشد به تعویض خون احتیاج ندارند.

**عوارض تعویض خون:** مشکلات مربوط به خون (واکنش تزریق خون، ناپایداری متابولیک، عفونت)، مشکلات مربوط به کاتتر (پاره شدن رگ یا خونریزی)، و مشکلات مربوط به عمل (افت فشار خون یا انتروکولیت نکرودهنده).

منبع: مبانی طب کودکان نلسون

## دو هفته نامه آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهداء قاین

صفحه ۴

### فرایند صحیح شناسایی بیماران قبل از عمل جراحی

ضروریست کلیه بیماران کاندیدای اعمال/جراحی طبق فرایندهای ذیل شناسایی شوند:

۱- دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل ضروریست یکی از اعضای تیم جراحی، طبق وظایف محوله، از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را به طور کلامی بیان و با تطبیق آنها با پرونده و دستبند شناسایی، بیمار را صحیح شناسایی نمایند.

۲- در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر/عمل جراحی در صورتی که بیمار هوشیار است:

الف- از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی، نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده، موضع عمل خود را به زبان آورد. جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده وی را با هم و با خوداظهاری بیمار تطبیق دهد.

ب- نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه بیمار و چارت عمل را با خوداظهاری وی تطبیق دهید.

منبع: دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

| منبع ناشناخته  | هیاتیت ب منفی                  | هیاتیت ب مثبت   | منبع (بیمار)<br>فرد در معرض<br>قرار گرفته (درمانگر) |
|--|--------------------------------|---|---|
| شروع دوره واکسیناسیون هیاتیت ب   | شروع دوره واکسیناسیون هیاتیت ب | یک نوبت ایمنوگلوبولین هیاتیت ب+<br>یک نوبت واکسن هیاتیت ب   | واکسیناسیون انجام نشده                              |
|  |                                |   | سابقه انجام واکسیناسیون دارد                        |
| درمان لازم نیست  | درمان لازم نیست                | درمان لازم نیست   | فرد با پاسخ ایمنی مناسب<br>(تیتزر بالای ۱۰)         |
| اگر منبع های ریسک باشد دونوبت ایمنوگلوبولین با فاصله یک ماه یا یک نوبت ایمنوگلوبولین و یک دوز واکسن همزمان   | درمان لازم نیست                | دو نوبت ایمنوگلوبولین با فاصله یکماه یا یک نوبت ایمنوگلوبولین و یک دوز واکسن همزمان                                     | فرد بدون پاسخ<br>(تیتزر زیر ۱۰)                     |
| تیتز انتی بادی چک شود اگر بالای ۱۰ بود درمان لازم نیست.<br>اگر تیتزر زیر ۱۰ باشد انجام دوره کامل واکسیناسیون | درمان لازم نیست                | تیتز انتی بادی چک شود اگر بالای ۱۰ بود درمان لازم نیست. اگر تیتزر زیر ۱۰ باشد ایمنوگلوبولین هیاتیت ب و دوز یادآور واکسن | فرد با پاسخ ناشناخته<br>(تیتزر مشخص نیست)           |

واحد ایمنی و کنترل عفونت