

درمان کاربردی بیماری‌های شایع داخلی  
(*practical Management*)

تألیف

دکتر کیوان سبحانیان

ویرایش

مهرانگیز احمدزاده



انتشارات ارجمند



انتشارات ارجمند

## کیوان سبحانیان

### درمان کاربردی بیماری‌های شایع داخلی

#### Practical managment

ترجمه: دکتر کیوان سبحانیان

ویرایش: مهرانگیز احمدزاده

فروست: ۴۹۱

ناشر: انتشارات کتاب ارجمند

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ: سامان، صحافی: روشنگر

چاپ ششم، مهر ۱۳۹۳، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۰-۹۳-۵۸۵۵-۹۶۴-۹۷۸

www.arjmandpub.com

سرشناسه: سبحانیان، کیوان  
عسنوان و نام پدیدآور: درمان کاربردی

بیماری‌های شایع داخلی  
(Practical managment) / تألیف کیوان

سبحانیان؛ ویرایش مهرانگیز احمدزاده

مشخصات نشر: تهران: ارجمند، ۱۳۸۲.

مشخصات ظاهری: ۲۹۶ ص، قطع: جیبی

شابک: ۰-۹۳-۵۸۵۵-۹۶۴-۹۷۸

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

عنوان اصلی: Keivan Sobhanian.

Practical managment of common

internal disease

موضوع: بیماری‌های داخلی، بیماری‌های

داخلی -- درمان، بیماری‌های داخلی --

دستنامه‌ها

شناسه افزوده: احمدزاده، مهرانگیز، ویراستار.

رده‌بندی کنگره: ۲۵۴/س۴۸/RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۵۹-۸۲ م

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و  
مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر  
کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه  
مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد  
پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۳۱۱

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۵۱۱

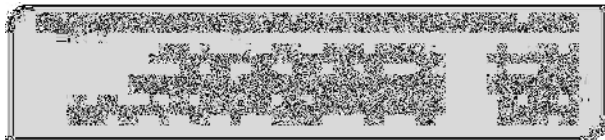
شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۱۱۱

شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۲۳۳۲۸۷۶-۱۳۱

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۹۱۱۸۰۲۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۷۲۸۴۸۳۸-۸۳۱

بها: ۱۰۰۰۰ تومان



تقدیم به پدر و مادر عزیز و زحمتکش

و همسر فداکار و همیشه یاورم



# یادداشتی از مؤلف

## به نام او

از آنجایی که در سال‌های اخیر نیاز مبرمی به در دست داشتن مجموعه‌ای از درمان بیماری‌های شایع داخلی در بین جامعه پزشکان جوان به خصوص انترن‌ها و پزشکان عمومی احساس می‌شود، بر آن شدم تا با تهیه این مجموعه توانسته باشم ذره‌ای از این نیاز و خلأ علمی را برطرف سازم.

مجموعه‌ای که پیش روست، حاوی مطالبی شامل درمان کاربردی شایعترین بیماری‌های داخلی می‌باشد و سعی شده است از ذکر و توضیح بیماری‌های نادر صرف‌نظر شود. از ویژگی‌های دیگر این کتاب این است که درباره تعریف و اتیولوژی و پاتوژنز و تشخیص‌های افتراقی در حد امکان رعایت اختصار و در عین حال کامل و مفید بودن این مطالب شده است و تکیه و توضیح اصلی مطالب هر بخش بیشتر

متمركز بر Plan تشخيصی و درمانی هر يك از بیماری‌ها می‌باشد. با توجه به ویژگی‌های ذکر شده و حجم کم کتاب، علیرغم مطالب مفید و نسبتاً کامل درباره هر يك از بیماری‌های شایع داخلی به نظر می‌رسد این مجموعه بتواند به صورت کتابی همراه انترن‌ها و پزشکان عمومی محترم در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مطب‌ها مورد استفاده قرار گیرد و امید است که مثمر‌تر واقع شود. در پایان ضمن تشکر و قدردانی از کلیه عزیزانی که بنده را مورد لطف و عنایت خود قرار داده‌اند. امید است که همکاران عزیز بر ما منت نهاده و اشکالات احتمالی را گوشزد نموده و ما را از راهنمایی‌های خود بهره‌مند نمایند.

**دکتر کیوان سبحانیان**

**بهار ۸۵**

## فصل اول:

بیماریهای قلب و عروق	۱
تپش قلب	۳
آنژین پایدار	۴
آنژین صدری ناپایدار	۷
آنژین پریتمتال یا واریانت	۸
آنفارکتوس حاد میوکارد	۱۰
ایست قلبی	۱۴
شوک	۱۵
نارسایی احتقانی قلب CHF	۱۷
تنگی میترال	۲۱
پرولاپس دریچه میترال	۲۲
فشار خون	۲۳
تب روماتیسمی حاد	۲۶
پریکاردیت حاد	۲۸
تاکیکاردی سینوسی	۳۰
تاکیکاردی بطنی	۳۱
فلوتر دهلیزی	۳۳
فیبریلاسیون دهلیزی	۳۴

## فصل دوم:

بیماریهای تنفس	۳۸
آسم	۳۹
تنگی نفس	۴۱
سرفه	۴۳

۴۴	.....	هموپتزی
۴۷	.....	سندرم زجر تنفسی حاد بالغین
۴۸	.....	افیوزن پلور
۵۰	.....	پنوموتوراکس خودبه‌خودی
۵۱	.....	پنوموتوراکس کششی
۵۲	.....	برونشکتازی
۵۴	.....	تراکتوبرونشیت حاد

### فصل سوم:

۵۷	.....	بیماریهای دستگاه گوارش
۵۸	.....	تهوع و استفراغ
۵۹	.....	اسهال حاد
۶۲	.....	یبوست
۶۳	.....	ازوفازیت ناشی از ریفلاکس
۶۵	.....	زخم پپتیک
۶۷	.....	سوء هاضمه
۶۹	.....	سندرم روده تحریک پذیر
۷۰	.....	سنگ صفراوی
۷۱	.....	کلانژیت حاد
۷۳	.....	خونریزی گوارشی فوقانی حاد
۷۶	.....	ازوفازیت سوزاننده
۷۷	.....	گاستریت
۷۹	.....	زخم معده
۸۰	.....	جسم خارجی در مری
۸۱	.....	سندرم مالوری - ویس



۸۲	.....	بیماری کرون
۸۴	.....	کولیت اولسرو
۸۶	.....	اسپروسلیاک
۸۷	.....	درد حاد شکم
۸۹	.....	دیورتیکولیت
۹۰	.....	پانکراتیت حاد

### فصل چهارم:

۹۴	.....	بیماریهای کلیه و مجاری ادراری و دستگاه تناسلی
۹۵	.....	سنگ کلیه
۹۶	.....	عفونت مجاری ادراری
۹۷	.....	پیلونفریت حاد
۹۹	.....	سیستیت حاد
۱۰۰	.....	پروستاتیت حاد باکتریال
۱۰۲	.....	اورتریت گنوکوکی
۱۰۳	.....	اورتریت غیرگنوکوکی
۱۰۵	.....	باکتریوری بدون علامت
۱۰۶	.....	انسداد و استاز در دستگاه ادراری تحتانی
۱۰۷	.....	هماچوری
۱۰۹	.....	واژینیت

### فصل پنجم:

۱۱۴	.....	اختلالات آب و الکترولیت
۱۱۵	.....	هیپرناترمی
۱۱۶	.....	هیپوناترمی
۱۱۸	.....	هیپوکالمی

۱۱۹	..... هیپیرکالمی
۱۲۱	..... هیپوکلسمی
۱۲۲	..... هیپیرکلسمی

### فصل ششم:

۱۲۶	..... بیماریهای غدد و متابولیک
۱۲۷	..... دیابت بی‌مزه
۱۲۹	..... سندرم ترشح نامتناسب
۱۳۱	..... استئوپروز
۱۳۳	..... استئومالاسی و ریکتز
۱۳۴	..... بیماری آدیسون
۱۳۶	..... سندرم کوشینگ
۱۳۸	..... فنوکر و موسیتوم
۱۴۰	..... هیپوگلیسمی
۱۴۱	..... گواتر ساده
۱۴۳	..... هیپیر تیروئیدی
۱۴۵	..... تیروئیدیت
۱۴۷	..... هیپیر لیپیدمی

### فصل هفتم:

۱۵۱	..... بیماریهای روماتولوژی
۱۵۲	..... کمردرد
۱۵۳	..... درد گردن
۱۵۴	..... پدیده رینود
۱۵۵	..... آرتریت سپتیک
۱۵۸	..... آرتریت گنوکوکی

۱۶۰	.....	آرتریت روماتوئید
۱۶۲	.....	آرتریت مزمن جوانان
۱۶۳	.....	آرتریت تمپورال
۱۶۴	.....	لوپوس SLE
۱۶۷	.....	سندرم بهجت
۱۶۸	.....	استئوآرتریت

### فصل هشتم:

۱۷۳	.....	بیماریهای خون
۱۷۴	.....	آنمی فقر آهن
۱۷۷	.....	کمبود ویتامین B12
۱۷۹	.....	کمبود اسید فولیک
۱۸۰	.....	آنمی مگالوبلاستیک
۱۸۱	.....	کمبود G6PD
۱۸۳	.....	پلی سیتمی ورا
۱۸۵	.....	هیپر اسپلنسیسم
۱۸۶	.....	پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک ITP
۱۸۷	.....	پورپورای ترومبوسیتوپنیک ترومبوتیک TTP
۱۸۹	.....	سندرم همولیتیک - اورمیک

### فصل نهم:

۱۹۲	.....	بیماریهای اعصاب و روان
۱۹۳	.....	میگرن
۱۹۶	.....	سردرد خوشه‌ای
۱۹۷	.....	سردرد کششی
۱۹۸	.....	سردرد در بیماری‌های تبار

۱۹۹	..... سردرد در هیپرتانسیون
۱۹۹	..... سردرد در بیماری‌های سیستمیک
۱۹۹	..... سرگیجه
۲۰۲	..... صرع
۲۰۴	..... صرع مداوم
۲۰۶	..... کما
۲۰۷	..... افسردگی ماژور

### فصل دهم:

۲۱۰	..... بیماری‌های عفونی
۲۱۱	..... سرما خوردگی
۲۱۲	..... آنفلوانزا
۲۱۳	..... اوتیت مدیا
۲۱۴	..... سینوزیت
۲۱۶	..... فارنژیت استرپتوکوکی
۲۱۷	..... منونوکلئوز عفونی
۲۱۹	..... دیفتری
۲۲۱	..... اپی‌گلوتیت حاد
۲۲۲	..... آنتریت کمپیلوباکتر
۲۲۳	..... شیگلوز
۲۲۵	..... سالمونلوز
۲۲۶	..... آمیبیاز
۲۲۸	..... ژیا‌ردیازیس
۲۳۰	..... آسکاریازیس
۲۳۱	..... اکسیور (کرمک)

۲۳۲	.....	بیماری کرم قلابدار
۲۳۴	.....	هیمنولیبیاریس نانا
۲۳۵	.....	حصبه (تب تیفوئید)
۲۳۸	.....	بروسلوز
۲۴۰	.....	مننژیت حاد باکتریال
۲۴۳	.....	هارى
۲۴۵	.....	کزاز
۲۴۹	.....	زرد زخم
۲۵۰	.....	باد سرخ
۲۵۱	.....	تب مخرمكى
۲۵۳	.....	سرخك
۲۵۵	.....	سرخجه
۲۵۷	.....	اوريون
۲۵۹	.....	گال يا جرب
۲۶۱	.....	كانديدياز
۲۶۳	.....	آبله مرغان
۲۶۶	.....	بو توليسم
۲۶۸	.....	سياه سرفه

### فصل پازدهم:

۲۷۱	.....	بیماریهای متفرقه
۲۷۲	.....	گرمادگی
۲۷۳	.....	سرمادگی
۲۷۴	.....	سوختگی های حرارتی
۲۷۵	.....	برق گرفتگی

- ۲۷۶ ..... کهپیر و آنزیوادم
- ۲۷۷ ..... مشرف به غرق شدگی
- ۲۷۸ ..... زنیورگزیدگی
- ۲۷۹ ..... عقربگزیدگی
- ۲۸۰ ..... مارگزیدگی
- ۲۸۱ ..... گازگرفتگی حیوانات مشکوک به هاری

## بیماریهای قلب و عروق

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| پرولاپس میترال        | تپش قلب             |
| هایپر تانسیون         | آنژین پایدار        |
| هایپر تانسیون بدخیم   | آنژین صدری ناپایدار |
| تب عار روماتیسمی      | آنژین پرینژمتال     |
| پریکاردیت عار         | آنفارکتوس میوکارد   |
| تاکیکاردی سینوسی      | ایست قلبی           |
| تاکیکاردی بطنی VT     | شوگ                 |
| فلو تر دهلیزی         | CHF                 |
| فیبریلاسیون دهلیزی AF | تنگی میترال         |





## تپش قلب

### تعریف

عبارتست از آگاهی بیمار از ضربان قلب خود .

### اتیولوژی

تپش قلب اغلب منشاء روانی دارد و نیز ممکن است به علت تغییر در سرعت ضربان قلب ، تعداد ضربان قلب و یا افزایش قدرت انقباضی قلب ایجاد گردد. علل ایجادکننده تپش قلب که از طریق فوق و یا ایجاد آریتمی باعث این احساس می شوند عبارتند از : تیروتوکسیکوز ، هیپوگلیسمی ، فئوکروموسیتوم ، تب ، داروها ، مصرف چای ، توتون ، قهوه ، الکل ، اپی نفرین ، آدرین ، آتروپین ، آمینوفیلین و هورمون تیروئید ، یائسگی ، اضطراب و هیپوتیروئیدی .

### علائم بالینی

بیماران این احساس را به صورت کلماتی مانند کوبیدن ، لرزیدن و یا تپش قلب بیان می کنند . تپش قلب ، شبها و در هنگامی که شخص به خود فرو رفته است ، بیشتر احساس می گردد . اگر فرد نسبت به تپش قلب خود فکر کند ، باعث بدتر شدن آن می شود .

### Plan تشخیصی

مهمترین راهنما برای تشخیص علت تپش قلب ، توصیف آن توسط بیمار می باشد . باید بیمار را متقاعد کرد که هنگام ایجاد تپش ، نبض رادیال خود را لمس کند و اطلاعاتی به ما درباره تعداد و منظم بودن یا نبودن آن بدهد که می تواند کمک زیادی به ما در جهت تشخیص علل ایجادکننده باشد . اقدامات دیگر جهت تشخیص علت عبارتند از : هولترمونیتورینگ دائم و تست ورزش و ECG .

### Plan درمانی

- قدم اول رفع علت زمینه‌ای می‌باشد .
- پرهیز از عوامل مساعدکننده ( چای ، قهوه ، ... )
- در صورت امکان عدم مصرف داروهای خاص
- دادن توضیح به بیمار نسبت به بیماری وی و کاستن از نگرانی وی و اطمینان دادن به بیمار
- داروهای آرامبخش و پروپرانولول به عنوان درمان علامتی

### Stable Angina

### آنژین پایدار

#### تعریف

عبارتست از یک احساس ناراحتی و درد حمله‌ای قفسه سینه که در اثر ایسکی گذرای میوکارد و بدون نکروز ایجاد می‌شود و موقتی و قابل برگشت می‌باشد . در آنژین پایدار شدت ، دفعات و رابطه حملات با عوامل ایجادکننده ثابت بوده ( بیش از ۲ ماه ) و با استراحت و داروهای مصرفی قبلی بهبود می‌یابد و نیز در این بیماران سیر مزمنی از درد فعالیتی و قابل پیش‌بینی وجود دارد .

#### پاتوژنز و اتیولوژی

در پاتوژنز این بیماری ۴ عامل آترواسکلروز ، وازواسپاسم ، تجمع پلاکتی و ترومبوس نقش دارند که عموماً به علت آترواسکلروز می‌باشد . عوامل مستعدکننده عبارتند از : سیگار ، دیابت ، HTN ، مرد ، هیپرکلسترولمی ، سابقه خانوادگی ، چاقی ، هیپرتیروئیدی ، OCP . فاکتورهای تشدیدکننده عبارتند از : راه رفتن سریع ، بالا رفتن از پله‌ها ، کار با دست در وضعیت بالاتر از سر ، حالات روحی هیجانی ، سرما و غذای سنگین .

#### علائم کلینیکی

ناراحتی فشارنده سینه که با فعالیت و استرس تشدید و با استراحت یا نیتراتها بهبود می‌یابد . درد اغلب در سمت چپ و یا زیر استرنوم با کیفیت گرفتگی یا پری و گاهاً

## فصل اول : بیماریهای قلب و عروق ۵

سوزشی که حدود نیم دقیقه تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد (کمتر از نیم ساعت) درد به صورت افزایش یابنده - کاهش یابنده است. ممکن است به شانه چپ و بازو و ساعد و دست و پشت، گردن و فک و اپی‌گاستر انتشار یابد. علائم دیگر عبارتند از: خستگی، تنگی نفس، تهوع و استفراغ، رنگ پریدگی و عرق سرد. در معاینه فیزیکی:  $S_4$  - سوفل میترا - کاهش صداهای  $S_1$  و  $S_2$  این یافته‌ها هنگامی که مریض به پهلو چپ خوابیده باشد بهتر سمع می‌گردند.

### Plan تشیصی

تشخیص بیماران ایسکمیک قلب براساس شرح حال می‌باشد اما جهت تشخیص قطعی معمولاً به مجموعه‌ای از علائم بالینی، معاینه فیزیکی، و آزمایشات پاراکلینیکی نیازمندیم.

- ECG: معمولاً میان حملات نرمال است ولی حین درد شواهدی از ایسکمی به صورت نزول سطح ST، تند و تیز شدن زاویه محل اتصال ST به T، موج T در  $V_1$  نسبت به T در  $V_6$  بلندتر می‌شود، T معکوس در لید I به تنهایی و T بلند و نازک و قرینه ممکن است وجود داشته باشند.

- U/A: از نظر دیابت یا بیماری کلیوی

- آزمایش خون: کلسترول و TG و HDL و گلوکز، هماتوکریت و Cr و آنزیمهای قلبی

- CXR -

- تست ورزش

- آرتریوگرافی کرونر: تشخیص را مسلم و Stage بیماری را مشخص می‌کند.

- اکوکاردیوگرافی دو بعدی

### تشیصهای افتراقی

MI، سایر آنژینها، سندرم تیتز (کوستوکوندریت)، رادیکولوپاتی سرویکال، PUD، ریفلاکس، کله سیستیت، پنوموتوراکس، آمبولی ریوی، پنومونی پنوموکوکی.

### Plan درمانی

- اصلاح عوامل خطرزا: سیگار، HTN و هیپرلیپیدمی و ...  
- درمان حمله درد:

- Pearl TNG

یک قرص زیر زبانی هر ۵ دقیقه

حداکثر تا ۴-۳ قرص

- توضیح دادن و اطمینان بخشی به بیمار

- تعدیل فعالیتها

- درمان دارویی جهت پیشگیری از حملات:

۱- نیتراتها:

- Tab Isosorbide dinitrate QID or TDS ( 5 , 10 , 40 )

- Tab Nitrocantin 3.2 - 6.4 / BD or TDS

۲- بتابلاکرها

- Tab Propranolol<sub>(10,40)</sub> 20 - 80 mg/QID

- Tab Atenolel<sub>(100)</sub> 50 -100 mg/d

۳- کلسیم بلاکرها:

- Cap Nifedepine<sub>(10)</sub> 10 - 40 mg/QID

- Tab Verapamil<sub>(40)</sub> 40 - 120 mg/TDS

- Tab Diltiazem<sub>(60)</sub> 30 - 90 mg/QID

۴- ترکیبات سالیسیلات:

- Tab ASA 100 - 325 mg/d

### نکات درمانی

شایعترین عوارض جانبی TNG، سردرد می باشد.

- مصرف بتابلاکرها نسبت به کلسیم بلاکرها در بیماری ایسکمیک قلب ارجح می باشد.

- تا حد امکان از استفاده توأم دیلتiazem یا وراپامیل با پروپرانولول خودداری شود.

- در صورت عدم درمان و جواب به داروهای فوق ممکن است به آنژیوپلاستی و

گرافت بای پس نیاز گردد .

## آنژین صدری ناپایدار Unstable Angina

### تعریف

عبارتست از حالتی که در آن تغییری در آنژین پایدار به صورت افزایش شدت ، مدت و یا دفعات حمله رخ می دهد. آنژین در حال استراحت و یا حمله جدید هم جزء این دسته تقسیم بندی می شود این بیماری در اثر ایسکمی گذرای میوکارد و بدون ایجاد نکروز بوجود می آید وموقتی و قابل برگشت می باشد . بروز حملات این بیماری غیرقابل پیش بینی می باشد .

### پاتوژنز و اتیولوژی

پاتوژنز همان عوامل ذکر شده در آنژین پایدار می باشد . این آنژین معمولاً ناشی از پارگی پلاک آترواسکلروتیک اسپاسم ، هموراژی یا ترومبوز می باشد . اتیولوژی های این بیماری و عوامل مستعد کننده همانهایی می باشند که در آنژین پایدار ذکر گردیده اند .

### علائم کلینیکی

همانطور که ذکر گردید علائم عبارتند از آنژین افزایشی درد حین استراحت. درد شدیدتر و طولانی تر از آنژین پایدار ، سایر موارد همانهایی هستند که در مبحث آنژین پایدار ذکر گردیده اند .

### تشخیصهای افتراقی

همان موارد آنژین پایدار .

### Plan تشخیصی

همان موارد در آنژین پایدار .

### Plan درمانی

- بستری در بیمارستان (CCU) و مونیتورینگ
- استراحت در بستر
- اطمینان بخشی و تسکین بیمار
- O<sub>2</sub>

- Peral TNG
- Serum TNG تا تسکین درد و یا افت فشار خون
- Amp Morphin 3 mg/IV/Stat , PRN
- Tab ASA 325 mg/d
- Amp Heparin 5000 U/IV/BD or TDS
- تا حصول PTT به ۲ تا ۲/۵ برابر نرمال
- Tab Oxazepam 5 - 10 mg/TDS
- Tab Diazepam 5 mg/TDS
- Syr MOM 30 cc/TDS
- نیتراها و بتابلاکرها و کلسیم بلاکرها با همان دوز ذکر شده در آنژین پایدار
- کاتتریزاسیون قلبی
- رواسکولاریزاسیون

### آنژین پریزنمتال یا واریانت

#### Prinzmetal's Angina

### تعریف

به آنژینی که بدون تغییرات پارامترهای تعیین کننده افزایش مصرف اکسیژن میوکارد بوجود می آید گویند . این آنژین با حملات ایسکمی شدید درازمدت ناشی از اسپاسم موضعی عروقی کرونر اپیکاردی مشخص می شود . این بیماری ارتباطی به فعالیت ندارد و غالباً حین استراحت ایجاد می شود و از طریق بالا رفتن ST در چند لید مشخص می گرد . حملات آن برخلاف سایر انواع آنژین در بین ساعات ۱۲ شب تا ۸ صبح بوده و در سنین پائین تر شایعتر می باشد . حملات این بیماری ممکن است همراه

آریتمی ، MI و مرگ ناگهانی باشد .  
در این بیماری معمولاً ریسک فاکتورهای بیماریهای کرونری وجود دارد .

### اتیولوژی و پاتوژنز

همانطور که ذکر گردید اسپاسم کانونی متناوب در شریان کرونر نرمال ( اکثراً کرونر راست ) عامل اصلی می باشد . این آنژین در حین درمان با 5-Fu و سیکلوفسفاماید هم گزارش شده است .

### عوامل تشدید کننده

آنمی ، تیروتوکسیکوز ، HTN ، تنگی آنورت ، عفونتها و آریتمی ها .

### علائم بالینی

درد قفسه سینه به طور تپیک شبیه آنژین و غالباً شدیدتر است و در حالت استراحت رخ می دهد . سایر علائم در مبحث آنژین پایدار ذکر شده است .

### Plan تشخیصی

پس از اخذ هیستوری و معاینه فیزیکی نوبت سایر مراحل زیر جهت تشخیص می باشد .  
ECG -  
- آزمایشات خونی  
- آنزیمهای قلبی  
U/A -  
CXR -  
- تست ارگونومین : حساس ترین تست تشخیصی  
- تست بوسیله هیپرونتیلیاسیون

### Plan درمانی

- بستری در CCU  
- استراحت

- اطمینان بخشی و تسکین بیماران

O<sub>2</sub> -

- تسکین درد توسط TNG زیر زبانی یا وریدی همانند آنژین پایدار

- در صورت عدم کنترل درد :

- Nifedepine<sub>(10)</sub> 10 mg/Q 5 min Max 3 dose
- Amp Diltiazem 0.25 mg/kg IV over 2 min
- Amp Verapamil 0.15 mg/kg IV over 2 min
- Nitroclantin 3.2 - 6.4 mg BD or TDS
- Tab Isosorbide 10 - 40 mg / TDS or QID

- مجموعه دو دارویی نیترات + کلسیم بلاکر اساس درمان در حملات درازمدت پرینزمیتال است .

- آسپرین در آنژین پرینزمیتال ممکن است باعث تشدید پروسه ایسکمیک گردد

- بتابلاکرها در درمان این بیماران ارزشی ندارند .

## آنفارکتوس حاد میوکارد

### Acute Myocardial Infarction

#### تعریف

آسیب ایسکمیک غیرقابل برگشت میوکارد به دلیل قطع کامل خونرسانی به میوکارد برای مدت معمولاً بیش از ۲۰ دقیقه را آنفارکتوس میوکارد حاد گویند .

#### اتیولوژی

AMI غالباً ناشی از انسداد شریان کرونر به وسیله ترومبوز در محل تنگی

قبلی می باشد .

این بیماری معمولاً زمانی ایجاد می شود که یک پلاک آترواسکلروتیک پاره

شده و شرایط را برای ایجاد ترومبوز مهیا کند .

در موارد نادر ممکن است به علت آمبولی ، اختلالات مادرزادی ، اسپاسم

کرونری و بیماریهای سیستمیک التهابی ایجاد شود .



### عوامل مستعد کننده

ابتلا به آنژین پایدار یا پرینزمتال، هیپرکلسترولی، HTN، سیگار، سابقه خانوادگی، عدم تحرک، افزایش انعقادپذیری، آمبولی‌های کرونر، بیماریهای کلاژن و اسکولار، کوکائین، ترومبوزها و توده‌های داخلی قلبی.

### علائم کلینیکی

شایعترین علامت درد می‌باشد که به صورت عمقی و احشایی بوده و با احساس سنگینی، درد فشارنده و خرد شونده بیان می‌شود. مشابه درد در آنژین صدری است ولی شدیدتر و طولانی‌تر. معمولاً در مرکز قفسه سینه و یا اپی گاستر احساس می‌شود به گردن و بازوها انتشار دارد و بیش از ۳۰ دقیقه طول می‌کشد و غالباً حین استراحت و بعد از فعالیت و یا حالتی هیجانی و یا استرس ایجاد می‌شود. و اکثر اوقات صبح و بعد از بیدار شدن از خواب می‌باشد و از شدت درد به خود می‌پیچد.

سایر علائم عبارتند از: ضعف و تنگی نفس و تعریق، تهوع و استفراغ، سرگیجه، اضطراب، کاهش ناگهانی هوشیاری، افت بدون علت فشار خون، شواهدی از آمبولی محیطی، آریتمی قلبی و حتی گاهاً پلورودینی (تشدید درد با تنفس عمیق و سرفه) و تندرns قفسه سینه مشاهده می‌گردد. ممکن است با تابلوی سوء هاضمه و اختلالات گوارشی بیمار مراجعه کند (تهوع و استفراغ و درد اپی گاستر و ...).

در حدود ۲۰٪ بیماران ممکن است درد وجود نداشته باشد (دیابت، سن بالا و اعتیاد).

### تشخیصهای افتراقی

آنژین صدری، اسپاسم کرونر، پریکاردیت، سندرم Tietze (کوستوکندریت)، رادیکولوپاتی سرویکال، PUD، کله سیستیت، پنوموتوراکس، ریفلاکس، آمبولی ریوی، دیسکسیون حاد آئورت.

### Plan تشخيصی

در این قسمت در ابتدا با توجه به تابلوی بالینی حین مراجعه بیمار و علائم کلینیکی، تشخیص احتمالی AMI باید مطرح گردد و بیمار بر روی اولین تخت در دسترس قرار گرفته و در استراحت مطلق باشد سپس سایر اقدامات تشخيصی و درمانی را با سرعت به عمل می‌آوریم. پس از اخذ هیستوری دقیق از بیمار معاینه فیزیکی به عمل می‌آوریم که در بیماری AMI یافته‌های زیر می‌تواند وجود داشته باشد.

تاکیکاردی، HTN و یا برادی‌کاردی و هیپوتانسیون، سماع  $S_3$  و  $S_4$ ، کاهش صداهای قلب، جدایی متناقض  $S_2$ ، آریتمی‌های بطنی، سوفل سیستولیک، Friction rub، کاهش نبض کاروتید، اتساع وریدهای ژوگولار، افزایش درجه حرارت بدن.

پس از هیستوری و معاینه فیزیکی در ادامه مراحل تشخيصی جهت تأیید تشخيص و تعیین محل دقیق تر MI و نیز وسعت احتمالی درگیری و تعیین پروگنوز و در نهایت ارزیابی کلی وضعیت بیمار اقدامات زیر ضرورت می‌یابند.

- ECG: صعود و یا نزول ST، معکوس شدن فرآیند T، موج Q، از بین رفتن R. در ابتدا می‌تواند ECG نرمال باشد.

- آنزیمهای قلبی: CPK-MB، LDH، Ast و تروپونین

- CBC و ESR: لکوسیتوز (PMN) و افزایش ESR

- اکوکاردیوگرافی دو بعدی: برای تعیین پیش آگهی بیمار

- K، BUN، Cr، P، Ca، PTT، PT، TG، Chol، CXR، ABG، BS و U/A، Na

### Plan درمانی

اهداف درمانی ما در برخورد با بیمار MI به قرار زیر می‌باشد:

- ۱- تسکین درد
- ۲- جلوگیری از پیشرفت
- ۳- کاهش وسعت درگیری
- ۴- کاهش عوارض
- ۵- کاهش مرگ و میر

به همین منظور اقدامات زیر به عمل می آید :

- CBR (استراحت مطلق)

- NPO

- O<sub>2</sub>

- کنترل علائم حیاتی هر نیم ساعت

- کنترل درد : اساس کنترل درد نیتروگلیسیرین وریدی است .

- انتقال به CCU و مونیتورینگ ECG

- درمانهای دارویی

- Pearl TNG
- Amp Morphin 2-4 mg/IV/Q 15-30 min PRN
- Serum TNG 10-200 µg/min/IV/infusion/24h
- Amp Meperidin ( Pethidine ) 25 mg/IV Q15-30 min
- Amp Metoclopramide در صورت بروز استفراغ
- Amp Naloxan 0.2 - 0.4 mg/IV stat تهوع
- Tab Oxazepam 10-30 mg/QID
- Tab ASA داروی استاندارد ضد پلاکتی 80-325 mg/d
- Amp Heparin داروی استاندارد ضد ترومبین
- Syr MOM
- Amp propranolol
- Tab Propranolol
- Tab Atenolol
- Streptokinase

### نکات مهم

- آسپرین داروی استاندارد ضد پلاکتی و هپارین ضد ترومبین است .
- مصرف کلسیم بلاکرها در ۳-۴ روز اول MI ممنوع می باشد .
- در آنفارکتوس تحتانی باید ECG پره کوردیال طرف راست نیز گرفته شود و به جای مورفین از پتدین استفاده گردد و از کلسیم بلاکرها استفاده نگردد .
- مصرف نیتروگلیسیرین در هیپوتانسیون ، آنفارکتوس خلفی یا تحتانی و یا

بطن راست ممنوع است .  
- در صورت برادی کاردی و یا آنفارکتوس تحتانی به جای مورفین از پتدین استفاده شود .

## Cardiac Arrest

## ایست قلبی

### تعریف

ایست قلبی یعنی توقف ناگهانی عملکرد پمپ قلبی که ممکن است با مداخله فوری برگشت پذیر باشد . در غیر اینصورت باعث مرگ بیمار می شود .

### اتیولوژی

VF یا VT بدون نبض ، بیماریهای عروق کرونر و MI ، هیپرتروفی میوکارد ، کاردیومیوپاتی اتساعی ، میوکاردیت ، بیماری دریچه ای ، WPW ، سندرم QT طولانی ، ایسکمی ، کاهش برون ده قلب ، نارسایی قلب ، اختلال الکترولیتی (هیپوکالمی) ، اسیدوز، هیپوکسمی ، داروها (دیژیتال و کوکائین) ، اختلال نوروفیزیولوژیک ، تداخل دارویی ، آسیستول ، انفکاک الکترومکانیکال ، پارگی میوکارد ، تامپوناد ، پارگی حاد شریان اصلی .

### عوامل مستعد کننده

سن بالا ، HTN ، هیپرکلسترولمی ، دخانیات ، هیپرتروفی بطن چپ ، چاقی ، اختلالات ECG .

### علائم کلینیکی

ممکن است ناگهانی و بدون علائم هشدار دهنده باشد و ممکن است با علائم آنژین صدری طولانی ، درد MI و دیسپنه ، خستگی تپش قلب ، ارتوپنه حاد ، تاکیکاردی طولانی و یا گیجی همراه باشد . از بین رفتن هوشیاری کامل ، جزء ثابت ایست قلبی است .

### Plan

Plan ما در برخورد با بیماری دچار ایست قلبی شروع بلافاصله عملیات CPR می‌باشد و پس از آن انجام مراقبت پس از احیاء و کنترل درازمدت بیمار و جلوگیری از عود می‌باشد .

## Shock

## شوگ

### تعریف

نارسایی دستگاه گردش خون برای خونرسانی کافی به سلولها را که به صورت حاد و شدید می‌باشد ، شوگ گویند .  
مراحل ایجاد شوگ را به ۳ قسمت می‌توان تقسیم‌بندی نمود :  
- مرحله اول که مرحله هیپوتانسیون جبران شده نامیده می‌شود ( پره شوگ ) .  
- در مرحله دوم علائم اولیه نارسایی مغزی کلیوی و میوکاردی و نشانه‌های تحریک بیش از حد سمپاتیک ظاهر می‌شود .  
- در مرحله سوم ایسکمی شدید اتفاق می‌افتد که غیرقابل بازگشت می‌باشد .

### تقسیم بندی

شوگ را براساس علل زمینه‌ای به ۴ دسته زیر تقسیم‌بندی می‌کنند :  
- شوگ هیپوولمیک ( شایعترین ) : شایعترین علت آن خونریزی است . علل دیگر آن عبارتند از : استفرغ ، اسهال ، سوختگی و دهیدراتاسیون .  
- شوگ توزیعی : مهمترین علت آن انبساط شدید عروق محیطی است . مهمترین نوع آن شوگ عفونی می‌باشد . سایر انواع آن عبارتند از : آنافیلاکسی ، دارویی ، عصبی .  
- شوگ انسدادی خارج قلبی : مهمترین علت آن تامپونادپر یکاردی است سایر علل عبارتند از پنوموتوراکس فشاری و آمبولی ریوی شدید .  
- شوگ قلبی : به علت اختلال عملکرد قلب ایجاد می‌شود ، MI شایعترین علت آن می‌باشد، سایر علل عبارتند از : میوکاردیت حاد ، ایست قلبی ، تنگی شدید دریچه‌ای ، نارسایی حاد و شدید میترال و آئورت و ...  
در این مبحث سعی شده است که بیشتر به شوگ قلبی توجه شود و توضیحات لازمه هم بیشتر در رابطه با شوگ قلبی می‌باشد .

### علایم کلینیکی

هیپوتانسیون ، تاکیکاردی ، تاکی پنه ، تب ، پوست سرد و رنگ پریده و مرطوب ، پوست گرم ، برجستگی وریدهای گردنی و یا کلاپس آنها ، رال ریوی ، آریتمی ، گالوپ ، سوفل ، یافته‌های شکمی ، خون در TR ، الیگوری ، آنوری ، بی‌قراری و اضطراب ، کوما ، سیانوز ، لکه‌های پوستی ، ARDS ، خونریزی گوارشی ، نبض پارادوکس ، محو شدن صدای قلبی .

### پاتوژنز شوک قلبی

به دنبال آسیب و یا نکروز میوکارد ، عملکرد سیستولی بطنی کاهش یافته موجب کم شدن برون ده می‌گردد که این خود باعث کاهش فشار شریانی و نارسایی ارگانها می‌گردد .

### Plan تشمیعی

عبارتست از هیستوری و معاینه فیزیکی و سپس انجام اقدامات زیر :  
CXR ، ECG ، ABG ، الکترولیتها ، CBC ، کاتتریزاسیون قلب راست ، BS ، Cr و BUN .

### Plan درمانی

- قرار دادن بیمار در حالت درازکش و بالا نگاه داشتن پاها
- باز نگه داشتن مجرای هوایی
- کنترل خونریزی
- گرفتن دو رگ مناسب
- انتقال به ICU یا CCU
- کنترل علایم حیاتی هر ۱۵ دقیقه
- سوند فولی و کنترل I/O
- گرم کردن بیمار ( در صورت عدم وجود شوک عفونی )
- O<sub>2</sub>
- انتوباسیون ( در صورت لزوم )