

کتابچه آموزشی پرستاری

آریتمی‌های قلبی

واحد آموزش پرستاری بیمارستان شفا

۱۴۰۵ | ویرایش اول

۱. مقدمه و اهمیت بالینی آریتمی‌ها
۲. انقباض زودرس دهلیزی (PAC)
۳. انقباض زودرس بطنی (PVC)
۴. تاکی کاردی فوق بطنی (SVT)
۵. تاکی کاردی بطنی (VT)
۶. فیبریلاسیون بطنی (VF)
۷. بلوک‌های دهلیزی-بطنی (AV Block)
۸. آسیستول و فعالیت الکتریکی بدون نبض (PEA)
۹. داروهای ضد آریتمی پر کاربرد
۱۰. کاردیوورژن الکتریکی
۱۱. دفیبریلاسیون
۱۲. پیس‌میکر و مراقبت پرستاری
۱۳. تشخیص‌های پرستاری شایع در آریتمی
۱۴. چک‌لیست پرستار بخش قلب در برخورد با آریتمی
۱۵. جمع‌بندی و نکات طلایی

۱. مقدمه و اهمیت بالینی آریتمی‌ها

آریتمی به هر گونه اختلال در تشکیل یا هدایت تحریک الکتریکی قلب گفته می‌شود که می‌تواند ضربان قلب را خیلی سریع، خیلی کند یا نامنظم کند. منشأ آریتمی‌ها می‌تواند دهلیز، گره دهلیزی-بطنی (AV) یا بطن باشد و طیف آن‌ها از یافته‌های خوش‌خیم و بدون علامت تا ریتم‌های کشنده و نیازمند احیای فوری قلبی-ریوی گسترده است.

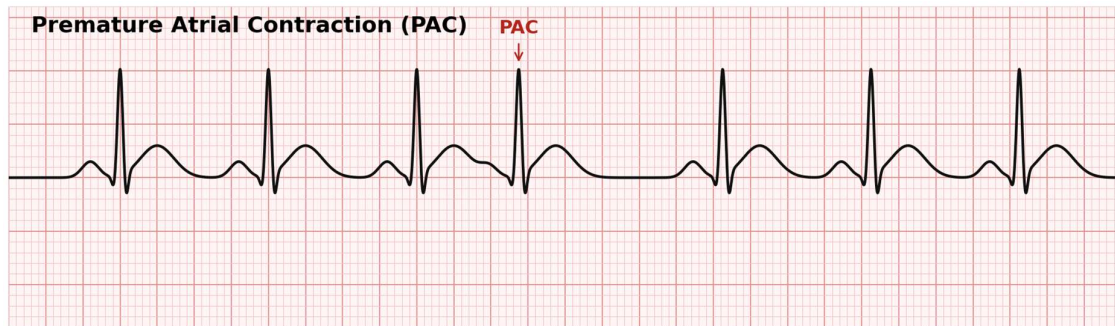
در بخش‌های قلب و مراقبت ویژه، پرستار معمولاً اولین فردی است که تغییر ریتم بیمار را روی مانیتور مشاهده می‌کند. توانایی تشخیص سریع نوع آریتمی، ارزیابی پایداری همودینامیک بیمار و اقدام به‌موقع، نقش تعیین‌کننده‌ای در کاهش مرگ‌ومیر و عوارض قلبی دارد. اصل کلیدی در برخورد با هر آریتمی این است که ارزیابی بالینی بیمار همیشه بر تفسیر صرف نوار قلب اولویت دارد؛ یعنی پرستار پیش از هر چیز باید بی‌پرسد بیمار چه حالی دارد، نه فقط این که مانیتور چه ریتمی نشان می‌دهد.

رویکرد کلی در مواجهه با بیمار با آریتمی جدید

در مواجهه با هر تغییر ریتم، پرستار باید به ترتیب سطح هوشیاری بیمار، وجود یا عدم وجود نبض، فشار خون و علائم پرفیوژن (رنگ پوست، برون‌ده ادراری) را ارزیابی کند و سپس با ثبت یک نوار قلب کامل، ریتم را مستند و برای پزشک گزارش نماید. این رویکرد در تمام بخش‌های این جزوه، پیش از توضیح جزئیات هر آریتمی، به‌عنوان چارچوب اولیه در نظر گرفته می‌شود.

۲. انقباض زودرس دهلیزی (PAC)

انقباض زودرس دهلیزی (Premature Atrial Contraction) شایع‌ترین آریتمی خوش‌خیم دهلیزی است که در اثر تحریک الکتریکی زودرس در بافت دهلیزی، پیش از ضربان طبیعی بعدی، ایجاد می‌شود. PAC ممکن است در افراد کاملاً سالم نیز دیده شود و همیشه نشانه بیماری قلبی نیست؛ استرس، اضطراب، کم‌خوابی، مصرف زیاد کافئین یا الکل، سیگار، بیماری ایسکمیک قلب و اختلالات الکترولیتی از علل شایع آن هستند.



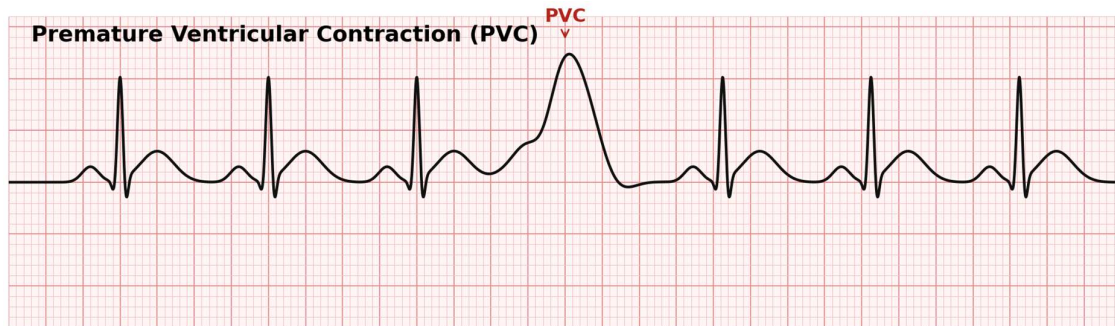
شکل ۱ — یک موج P زودرس (فلش) با شکلی متفاوت از موج P طبیعی، پیش از ضربان بعدی ظاهر می‌شود.

در نوار قلب، ویژگی مشخصه PAC وجود یک موج P زودرس با شکل متفاوت از موج P طبیعی سینوسی است، در حالی که کمپلکس QRS معمولاً باریک و طبیعی باقی می‌ماند. بیشتر بیماران هیچ علامتی ندارند و در صورت وجود علامت، معمولاً آن را به صورت احساس یک لحظه ایست قلب یا جاناندازی ضربان توصیف می‌کنند.

مراقبت پرستاری در این آریتمی عمدتاً حمایتی است و شامل اطمینان بخشی به بیمار، توصیه به کاهش مصرف کافئین، اصلاح اختلالات الکترولیتی موجود و بررسی علت زمینه‌ای احتمالی می‌شود.

۳. انقباض زودرس بطنی (PVC)

انقباض زودرس بطنی (Premature Ventricular Contraction) ضربانی است که زودتر از موعد طبیعی و از یک کانون تحریک‌پذیر در بافت بطنی منشأ می‌گیرد. در نوار قلب، PVC با کمپلکس QRS پهن (بیش از ۰.۱۲ ثانیه) و بدون موج P پیش از آن مشخص می‌شود؛ شکل QRS غیرطبیعی است و معمولاً پس از آن یک وقفه جبرانی (Compensatory Pause) دیده می‌شود.



شکل ۲ — PVC: کمپلکس QRS پهن و بدون موج P قبل از آن، در میان ضربان‌های طبیعی.

انواع الگوهای PVC

PVC می‌تواند به صورت منفرد (که معمولاً اهمیت بالینی کمی دارد)، Couplet (دو PVC پشت‌سرهم) یا Triplet (سه PVC پشت‌سرهم) دیده شود. در الگوی Bigeminy، هر ضربان طبیعی با یک PVC جایگزین می‌شود، و در الگوی Trigeminy، از هر سه ضربان یکی PVC است. زمانی که PVCها شکل‌های متفاوتی داشته باشند به آن‌ها PVC چندشکلی یا Multifocal گفته می‌شود که معمولاً نشان‌دهنده تحریک‌پذیری بالای بطن و اهمیت بالینی بیشتری است.

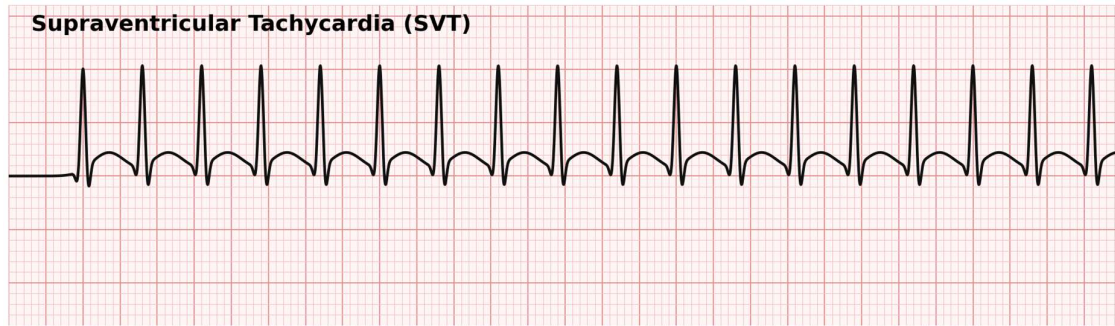


شکل ۳ — الگوی Bigeminy: تناوب منظم یک ضربان طبیعی و یک PVC.

PVC های مکرر در بیمارانی که سابقه انفارکتوس میوکارد، نارسایی قلبی یا کسر جهشی پایین دارند می‌تواند خطر پیشرفت به تاکی کاردی بطنی را افزایش دهد. بنابراین پرستار باید تعداد PVC ها، الگوی بروز آن‌ها، وضعیت همودینامیک بیمار، سطح پتاسیم و منیزیم و وجود احتمالی درد قفسه سینه را به‌طور مستمر بررسی و مستند کند.

۴. تاکی کاردی فوق بطنی (SVT)

تاکی کاردی فوق بطنی به ریتم‌های سریع و منظمی گفته می‌شود که منشأ آن‌ها بالای بطن‌ها (دهلیز یا گره AV) است. در نوار قلب، کمپلکس QRS معمولاً باریک است، ضربان قلب اغلب بین ۱۵۰ تا ۲۵۰ ضربه در دقیقه قرار دارد و موج P اغلب به دلیل سرعت بالای ریتم قابل تشخیص نیست یا در موج T قبلی پنهان می‌شود.



شکل ۴ — SVT: کمپلکس‌های QRS باریک و بسیار سریع و منظم، بدون موج P قابل تشخیص.

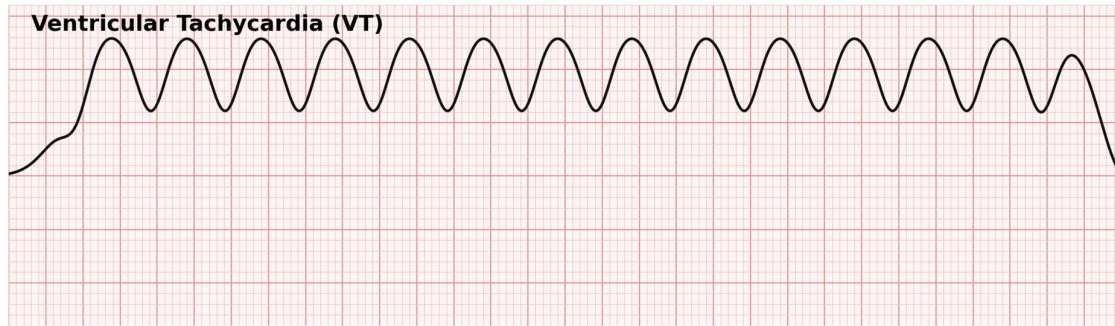
بیمار مبتلا به SVT ممکن است تپش قلب ناگهانی، سرگیجه، اضطراب یا در موارد شدیدتر افت فشار خون و کاهش سطح هوشیاری را تجربه کند. برخورد پرستاری بر اساس پایداری همودینامیک بیمار تعیین می‌شود.

در بیمار پایدار، ابتدا مانورهای واگی مانند والسالوا یا ماساژ سینوس کاروتید (توسط پزشک) امتحان می‌شود و در صورت عدم پاسخ، آدنوزین طبق دستور پزشک به صورت تزریق وریدی سریع (IV Push) و بلافاصله همراه با شست‌وشوی سرم تجویز می‌شود. پرستار باید پیش از تزریق آدنوزین، بیمار را از بروز احساس گرگرفتگی و فشار موقت قفسه سینه آگاه کند، زیرا این آدنوزین ممکن است به طور موقت باعث یک وقفه کوتاه قلبی نیز بشود که طبیعی و گذرا است.

در بیمار ناپایدار (افت شدید فشار خون، درد قفسه سینه، تغییر سطح هوشیاری یا نشانه‌های شوک)، کاردیوورژن سنکرون فوری اندیکاسیون دارد و پرستار باید بی‌درنگ تجهیزات احیا و کاردیوورژن را آماده کند.

۵. تاکی کاردی بطنی (VT)

تاکی کاردی بطنی ریتمی سریع با منشأ بطنی است که در نوار قلب با کمپلکس‌های QRS پهن، منظم و با ضربان قلب معمولاً بالای ۱۰۰ ضربه در دقیقه مشخص می‌شود. VT ممکن است در اثر بیماری ایسکمیک قلب، نارسایی قلبی، اختلالات الکترولیتی یا مسمومیت دارویی ایجاد شود.



شکل ۵ — VT: کمپلکس‌های QRS پهن و منظم با فرکانس بالا، بدون موج P قابل تشخیص.

VT به دو نوع تقسیم می‌شود: VT همراه با نبض (Pulse VT) که بیمار همچنان نبض قابل لمس دارد، و VT بدون نبض (Pulseless VT) که از نظر بالینی معادل ایست قلبی است. در VT همراه با نبض، بیمار ممکن است تپش قلب، سرگیجه، تنگی نفس یا افت فشار خون داشته باشد.

اولین اقدام پرستاری در مواجهه با VT، بررسی فوری وجود یا عدم وجود نبض است. اگر نبض وجود داشته باشد و بیمار پایدار باشد، آماده‌سازی برای کاردیوورژن سنکرون طبق دستور پزشک و در صورت ناپایداری شدید، اقدام فوری انجام می‌شود؛ اما اگر نبض وجود نداشته باشد، باید بلافاصله الگوریتم احیای قلبی-ریوی (CPR) و دفیبریلاسیون غیرسنکرون آغاز شود، زیرا Pulseless VT یکی از ریتم‌های شوک‌پذیر ایست قلبی است.

۶. فیبریلاسیون بطنی (VF)

فیبریلاسیون بطنی یک ریتم آشفته و بی‌نظم است که در آن بطن‌ها به‌جای انقباض هماهنگ، به‌صورت لرزشی و غیرمؤثر فعالیت می‌کنند و در نتیجه هیچ برون‌ده قلبی مؤثری ایجاد نمی‌شود. این ریتم از نظر بالینی معادل ایست قلبی است.



شکل ۶ — VF: امواج نامنظم، آشفته و بدون کمپلکس QRS قابل تشخیص.

بیمار در VF فاقد نبض، هوشیاری و تنفس مؤثر است. اقدام فوری و حیاتی، شروع بی‌درنگ احیای قلبی-ریوی همراه با دفیبریلاسیون غیرسنکرون طبق الگوریتم ACLS است؛ هر دقیقه تأخیر در دفیبریلاسیون شانس بازگشت گردش خون خودبه‌خودی را به‌طور محسوسی کاهش می‌دهد.

تفاوت VF و VT

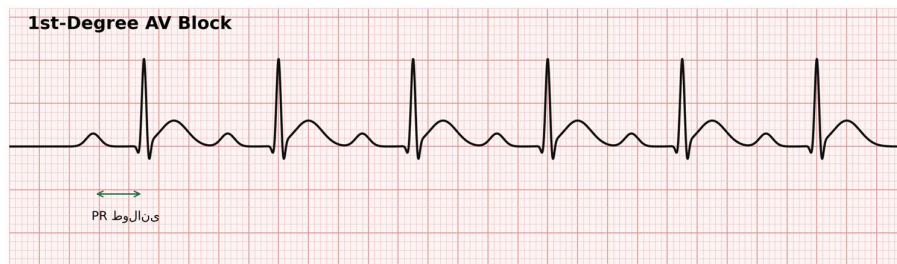
VT با نبض یک ریتم منظم و پهن با احتمال حفظ برون‌ده قلبی است، در حالی که VF کاملاً بی‌نظم و فاقد هرگونه برون‌ده مؤثر است. با این حال، هم Pulseless VT و هم VF هر دو ریتم‌های شوک‌پذیر محسوب می‌شوند و درمان فوری هر دو، دفیبریلاسیون همراه با CPR است.

۷. بلوک‌های دهلیزی-بطنی (AV Block)

بلوک AV به تأخیر یا قطع هدایت تحریک الکتریکی بین دهلیز و بطن از طریق گره دهلیزی-بطنی گفته می‌شود و بر اساس شدت اختلال هدایت، به چهار درجه تقسیم می‌شود.

بلوک درجه اول

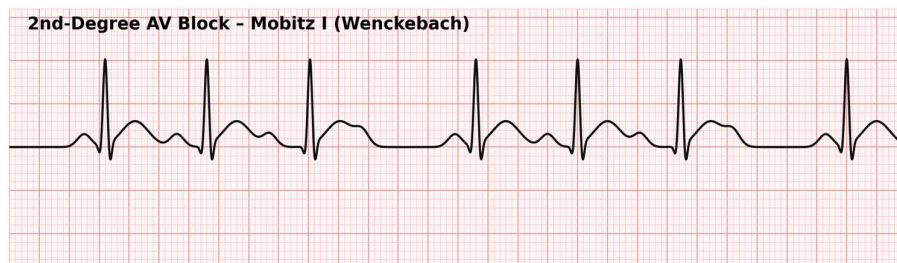
در بلوک درجه اول، تمام تحریک‌های دهلیزی به بطن هدایت می‌شوند اما با تأخیر؛ در نتیجه فاصله PR در نوار قلب طولانی و ثابت است و هیچ کمپلکس QRS حذف نمی‌شود. این نوع بلوک معمولاً خوش‌خیم است و نیاز به مداخله فوری ندارد، اما باید در روند بیماری بیمار پیگیری شود.



شکل ۷ — بلوک درجه اول: فاصله PR طولانی اما ثابت در تمام ضربان‌ها.

بلوک درجه دوم نوع اول (Mobitz I / Wenckebach)

در این نوع، فاصله PR به تدریج در ضربان‌های متوالی طولانی‌تر می‌شود تا اینکه یک موج P بدون کمپلکس QRS پس از آن باقی می‌ماند (یک ضربان حذف می‌شود) و سپس چرخه دوباره از یک فاصله PR کوتاه آغاز می‌شود. Mobitz I معمولاً خوش‌خیم است و اغلب به دنبال افزایش تون واگ یا مصرف برخی داروها رخ می‌دهد.



شکل ۸ — Mobitz I: طولانی‌شدن تدریجی PR تا حذف یک کمپلکس QRS.

بلوک درجه دوم نوع دوم (Mobitz II)

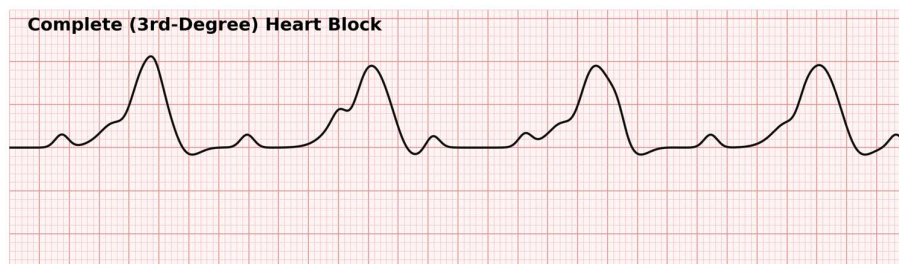
در Mobitz II، فاصله PR ثابت است اما به‌طور ناگهانی و بدون هشدار قبلی، یک یا چند کمپلکس QRS حذف می‌شود. این نوع بلوک اهمیت بالینی بیشتری دارد زیرا خطر پیشرفت ناگهانی به بلوک کامل قلب را به همراه دارد و در صورت علامت‌دار بودن، اغلب نیازمند پیس‌میکر است.



شکل ۹ — Mobitz II: فاصله PR ثابت با حذف ناگهانی یک کمپلکس QRS.

بلوک کامل قلب (درجه سوم)

در بلوک کامل، هیچ ارتباطی بین فعالیت دهلیز و بطن وجود ندارد و هر کدام مستقل از دیگری با ریتم خاص خود می‌تپند؛ دهلیزها با ریتم سینوسی طبیعی و بطن‌ها با یک ریتم فرار (Escape Rhythm) کندتر. این حالت یک اورژانس قلبی محسوب می‌شود و بیمار ممکن است دچار سرگیجه، سنکوپ یا افت شدید فشار خون شود. درمان معمولاً نیازمند پیس‌میکر موقت یا دائمی است.



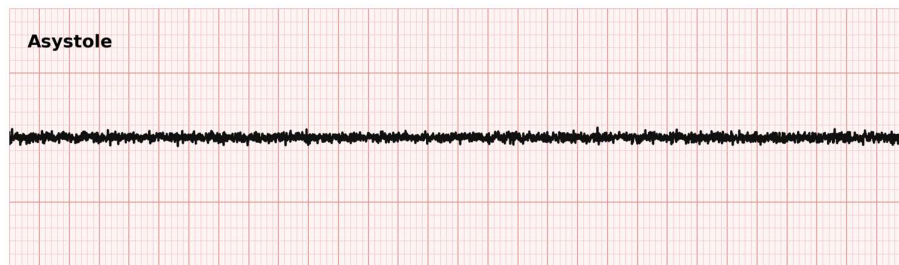
شکل ۱۰ — بلوک کامل قلب: عدم ارتباط بین امواج P و کمپلکس‌های QRS (دیسوسیاسیون AV).

جدول مقایسه بلوک‌های AV

نوع بلوک	فاصله PR	حذف کمپلکس QRS	اهمیت بالینی
درجه اول	طولانی و ثابت	خیر	معمولاً خوش‌خیم
Mobitz I	به تدریج طولانی می‌شود	بله	اغلب خوش‌خیم
Mobitz II	ثابت	بله	خطر پیشرفت به بلوک کامل
درجه سوم (کامل)	ارتباط P و QRS وجود ندارد	هدایت کامل قطع شده است	اورژانس قلبی

آسیستول

آسیستول به معنای توقف کامل فعالیت الکتریکی قلب است و در نوار قلب به صورت یک خط تقریباً صاف دیده می شود. پیش از اعلام قطعی آسیستول، پرستار همیشه باید اتصالات لیدها، عملکرد صحیح مانیتور و درست بودن گین دستگاه را بررسی کند، زیرا مشکلات فنی می توانند تصویری مشابه آسیستول ایجاد کنند.



شکل ۱۱ — آسیستول: خط تقریباً صاف بدون هیچ فعالیت الکتریکی قابل تشخیص.

بیمار در آسیستول فاقد نبض، تنفس و هوشیاری است. درمان شامل شروع فوری CPR، تجویز اپی نفرین طبق الگوریتم ACLS و جست و جو و اصلاح علل قابل برگشت است؛ این علل معمولاً با سرواژه های H و T شناخته می شوند و شامل مواردی مانند هیپوولمی، هیپوکسی، هیپوترمی، اختلالات الکترولیتی (به ویژه هیپرکالمی)، اسیدوز، پنوموتوراکس فشارنده، تامپوناد قلبی، مسمومیت دارویی و ترومبوز (کرونر یا ریوی) می شوند. آسیستول برخلاف VF و Pulseless VT، ریتمی غیر شوک پذیر است و دفیبریلاسیون در آن نقشی ندارد.

فعالیت الکتریکی بدون نبض (PEA)

در PEA، مانیتور قلب یک ریتم سازمان یافته و گاه تقریباً طبیعی نشان می دهد، اما بیمار فاقد نبض قابل لمس است. نکته بسیار مهم برای پرستار این است که تشخیص PEA صرفاً بر اساس ظاهر نوار قلب ممکن نیست و همیشه باید با بررسی بالینی نبض بیمار تأیید شود. مانند آسیستول، درمان PEA نیز شامل CPR فوری، اپی نفرین و جست و جوی جدی علل قابل برگشت (H ها و T ها) است و این ریتم نیز غیر شوک پذیر محسوب می شود.

تفاوت ریتم‌های شوک‌پذیر و غیرشوک‌پذیر

گروه	ریتم‌ها	درمان اصلی
شوک‌پذیر	VF ، Pulseless VT	دیفبریلاسیون فوری همراه با CPR
غیرشوک‌پذیر	Asystole ، PEA	CPR، اپی‌نفرین و اصلاح علل قابل برگشت

۹. داروهای ضدآریتمی پرکاربرد

هدف این بخش، مرور کاربردی‌ترین داروهای ضدآریتمی مورد استفاده در بخش قلب و مهم‌ترین نکات مراقبت پرستاری مرتبط با هر یک است؛ جزئیات پیشرفته فارماکولوژی از حوصله این جزوه خارج است.

دارو	مهم‌ترین کاربرد	مهم‌ترین نکته پرستاری
Amiodarone	VT، VF مقاوم، برخی تاکی‌آریتمی‌ها و AF	پایش QT، فشار خون و برادی‌کاردی؛ در انفوزیون وریدی افت فشار خون ممکن است رخ دهد.
Adenosine	خاتمه SVT وابسته به گره AV	تزریق IV Push سریع و بلافاصله شست‌وشو با سرم؛ بیمار را از گرگرفتگی و فشار قفسه سینه آگاه کنید.
Atropine	برادی‌کاردی علامت‌دار	در صورت عدم پاسخ، ممکن است پیس‌میکر یا درمان‌های دیگر لازم شود.
Lidocaine	برخی آریتمی‌های بطنی در شرایط منتخب	پایش سطح هوشیاری و علائم مسمومیت عصبی، به‌ویژه در سالمندان یا نارسایی کبدی.
Magnesium Sulfate	Torsades de Pointes و هیپومنیزیمی	پایش فشار خون، رفلکس‌ها و عملکرد تنفسی در انفوزیون سریع.
Beta-blockers (Metoprolol)	کنترل ضربان در AF، درمان برخی تاکی‌آریتمی‌ها	پایش ضربان قلب، فشار خون و علائم برادی‌کاردی.

مهم ترین نکته پرستاری	مهم ترین کاربرد	دارو
در افت فشار خون و نارسایی شدید قلب با احتیاط؛ پایش ECG و فشار خون ضروری است.	کنترل ضربان در AF و برخی SVT ها	CCB (Verapamil, Diltiazem)

نکات طلایی دارودرمانی

☆ پیش از تجویز هر داروی ضدآریتمی، نوار قلب بیمار بررسی شود، پتاسیم و منیزیم ارزیابی شوند،

فشار خون کنترل شود و نبض ثبت شود.

☆ بسیاری از داروهای ضدآریتمی خود می توانند باعث ایجاد آریتمی (Proarrhythmia) شوند؛

بنابراین پایش مداوم ECG پس از تجویز اهمیت زیادی دارد.

۱۰. کاردیوورژن الکتریکی

کاردیوورژن سنکرون به معنای وارد کردن یک شوک الکتریکی همزمان با موج R است تا ریتم‌های سریع اما دارای نبض را به ریتم طبیعی بازگرداند. موارد رایج استفاده از آن شامل فیبریلاسیون دهلیزی همراه با ناپایداری همودینامیک، فلوتر دهلیزی، SVT مقاوم به درمان دارویی و VT دارای نبض همراه با ناپایداری است.

کاردیوورژن	دفیبریلاسیون
شوگ سنکرون، همزمان با موج R	شوگ غیرسنکرون
بیمار معمولاً نبض دارد	بیمار نبض ندارد
برای تاکی‌آریتمی‌های ناپایدار	برای VF و Pulseless VT

پیش از کاردیوورژن، پرستار باید سطح هوشیاری بیمار را بررسی کند، نوار قلب کامل ثبت کند، فشار خون را کنترل کند، از برقراری مسیر وریدی مناسب و آماده بودن تجهیزات احیا اطمینان یابد و در بیمار هوشیار، در صورت امکان و فرصت، آماده‌سازی برای آرام‌بخشی طبق دستور پزشک را انجام دهد.

در حین کاردیوورژن باید از فعال بودن حالت SYNC روی دستگاه و تماس مناسب پدها اطمینان حاصل شود، عبارت «همه کنار» با صدای بلند اعلام شود و بلافاصله پس از شوک، ریتم بیمار بررسی شود. پس از کاردیوورژن نیز کنترل علائم حیاتی، ثبت نوار قلب، بررسی سطح هوشیاری، ارزیابی درد قفسه سینه، پایش عود آریتمی و مستندسازی دقیق زمان، انرژی شوک و پاسخ بیمار ضروری است.

دفیبریلاسیون به معنای وارد کردن یک شوک الکتریکی غیرسنکرون برای خاتمه دادن به فعالیت الکتریکی آشفته بطن‌ها است و در دو ریتم شوک‌پذیر، یعنی فیبریلاسیون بطنی و تاکی‌کاردی بطنی بدون نبض، کاربرد دارد.

مراقبت پرستاری در این شرایط شامل شروع فوری CPR، آماده‌سازی سریع دستگاه دفیبریلاتور، استفاده صحیح از پدها، ادامه بی‌وقفه CPR بلافاصله پس از هر شوک طبق الگوریتم ACLS و ثبت دقیق زمان شوک و پاسخ بیمار است. تأخیر در دفیبریلاسیون در ریتم‌های شوک‌پذیر مستقیماً با کاهش شانس بقای بیمار مرتبط است.

پیس‌میکر دستگاهی است که با ارسال تحریک الکتریکی، ضربان قلب را در بیمارانی که دچار برادی‌آریتمی یا اختلال هدایت هستند حفظ می‌کند. پیس‌میکر موقت معمولاً در بلوک کامل قلب، Mobitz II علامت‌دار، برادی‌کاردی مقاوم به درمان دارویی یا پس از برخی جراحی‌های قلبی استفاده می‌شود، در حالی که پیس‌میکر دائمی برای بیمارانی که اختلال هدایت آن‌ها برگشت‌پذیر نیست تعبیه می‌شود.

مراقبت از بیمار دارای پیس‌میکر موقت

پرستار باید به‌طور مرتب عملکرد مناسب دستگاه را بررسی کند؛ از جمله Capture (ایجاد پاسخ الکتریکی و مکانیکی مناسب پس از هر تحریک) و Sensitivity (تشخیص صحیح فعالیت طبیعی قلب توسط دستگاه). همچنین محل ورود لید باید از نظر خونریزی یا عفونت و وضعیت همودینامیک بیمار باید به‌طور مستمر پایش شود.

مراقبت از بیمار دارای پیس‌میکر دائمی

محل جراحی باید از نظر قرمزی، تورم، درد، ترشح یا هماتوم بررسی شود. در هفته‌های اول پس از کاشت دستگاه، بیمار باید از بالا بردن بازوی سمت دستگاه بالاتر از سطح شانه و بلند کردن اجسام سنگین خودداری کند. در آموزش ترخیص، بیمار باید بداند که همیشه کارت شناسایی پیس‌میکر را همراه داشته باشد، برای بررسی دوره‌ای عملکرد دستگاه مراجعه منظم داشته باشد و در صورت بروز سرگیجه، سنکوپ یا تپش قلب غیرعادی سریعاً به پزشک مراجعه کند.

۱۳. تشخیص‌های پرستاری شایع در آریتمی

۱. کاهش برون‌ده قلبی (مرتبط با اختلال در ریتم قلب)

مداخلات پرستاری در این تشخیص شامل پایش مداوم ECG، کنترل منظم علائم حیاتی، بررسی سطح هوشیاری بیمار و ارزیابی نبض محیطی است.

۲. خطر کاهش پرفیوژن بافتی

مداخلات مرتبط شامل بررسی رنگ و دمای اندام‌ها، کنترل برون‌ده ادراری و پایش وضعیت ذهنی بیمار است.

۳. اضطراب

مداخلات مرتبط شامل توضیح روند تشخیص و درمان به زبان ساده، ارائه حمایت روانی و پاسخ‌گویی صادقانه به سؤالات بیمار و خانواده است.

۱۴. چک لیست پرستار بخش قلب در برخورد با آریتمی

- ☐ ارزیابی سطح هوشیاری
- ☐ بررسی وجود یا عدم وجود نبض
- ☐ کنترل فشار خون
- ☐ ثبت نوار قلب (ECG)
- ☐ ارزیابی ناپایداری همودینامیک
- ☐ برقراری مسیر وریدی مناسب
- ☐ بررسی سطح پتاسیم و منیزیم
- ☐ اطمینان از آماده بودن تجهیزات احیا
- ☐ مستندسازی دقیق ریتم، مداخلات انجام شده و پاسخ بیمار

آریتمی‌ها می‌توانند از دهلیز، گره AV یا بطن منشأ بگیرند و طیف وسیعی از یافته‌های خوش‌خیم تا ریتیم‌های تهدیدکننده حیات را در بر می‌گیرند. در برخورد با هر آریتمی، ارزیابی بالینی بیمار همیشه بر تفسیر صرف نوار قلب اولویت دارد.

☆ ریتیم‌های VF و Pulseless VT شوک‌پذیر هستند و نیاز به دفیبریلاسیون فوری دارند.

☆ آسیستول و PEA شوک‌پذیر نیستند و با CPR، اپی‌نفرین و اصلاح علل قابل‌برگشت درمان می‌شوند.

☆ بلوک‌های Mobitz II و بلوک کامل قلب معمولاً نیازمند ارزیابی فوری و اغلب پیس‌میکر هستند.

☆ نقش پرستار در تشخیص زودهنگام آریتمی، پایش مستمر همودینامیک، اجرای سریع مداخلات و آموزش بیمار، نقشی کلیدی در کاهش مرگ‌ومیر و عوارض قلبی دارد.