

# راهنمای جامع فوریت‌های پرستاری، CPR و آمادگی آزمون آسکی

پروتکل‌های پیشرفته مدیریت آریتمی‌ها و احیای قلبی ریوی بر اساس آخرین استانداردهای جهانی



ویژه دانشجویان و پرسنل پرستاری | پروتکل‌های Timar

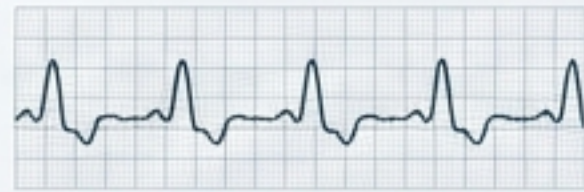
# ارزیابی اولیه: الگوریتم حیاتی ABCDE



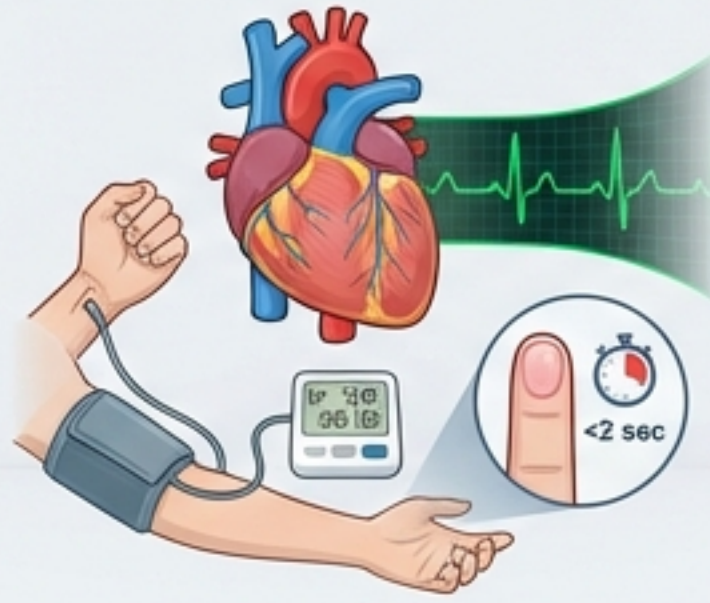
**A: Airway**: اطمینان از باز بودن راه هوایی. استفاده از مانور Chin-lift یا Head-tilt/ Jaw-thrust یا ساکشن ترشحات.



**B: Breathing**: بررسی تعداد و عمق تنفس. هدف اشباع اکسیژن (SpO2) ۹۴-۹۸٪. سمع صداهای ریوی.



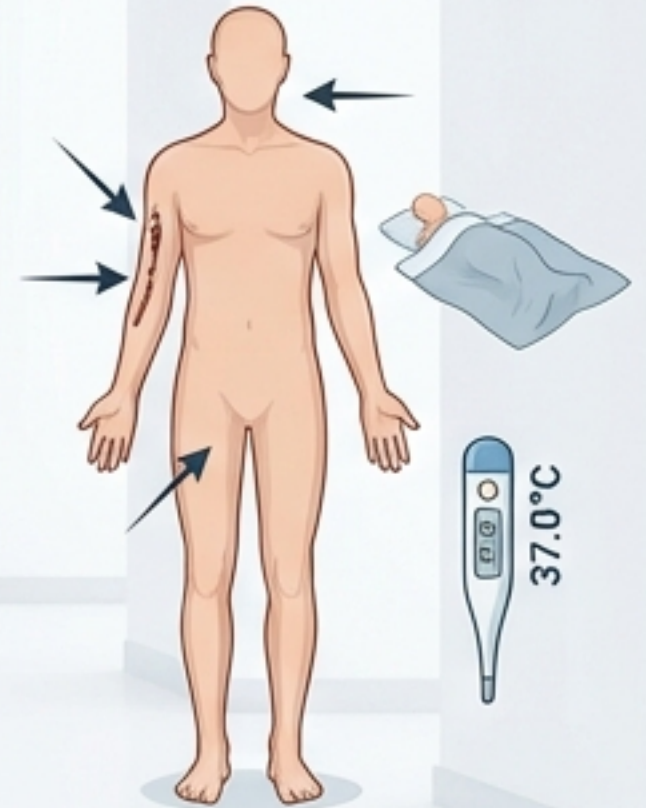
**C: Circulation**: چک نبض، فشار و زمان پرشدگی مویرگی. اتصال مانیتورینگ قلبی.



**D: Disability**: ر سطح هوشیاری (GCS) و مردمک‌ها.



**E: Exposure**: بررسی بدن برای خونریزی یا ضایعات و کنترل دما.



**نکته حیاتی:** نقص در هر مرحله نیازمند مداخله فوری قبل از رفتن به مرحله بعد است.

# اختلالات گره سینوسی: برادی کاردی و تاکی کاردی

## Bradycardia (<60 bpm)



تشخیص: وجود موج P نرمال قبل از هر QRS.

درمان (فقط اگر علامت دار است): آتروپین ۰.۵ تا ۱ mg وریدی (تا سقف ۳ mg). پلن B: پیس میکر موقت.

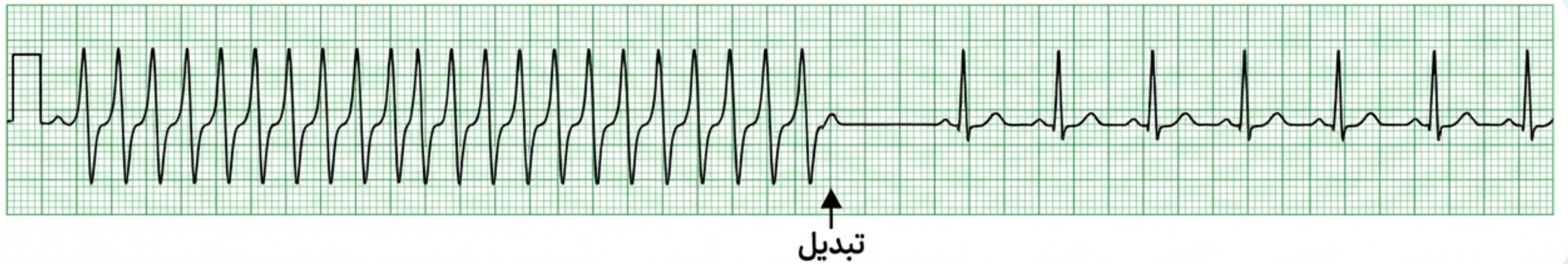
## Tachycardia (>100 bpm)



تشخیص: پاسخ فیزیولوژیک به استرس، درد، تب یا هیپوولمی.

اقدام پرستاری: درمان علت زمینه‌ای (درد/تب) اولویت دارد. تلاش برای کاهش مستقیم ضربان قلب اشتباه است.

# آریتمی‌های فوق بطنی: PSVT و مانورهای واگ



## تشخیص:

ضربان ۱۵۰-۲۵۰، ریتم منظم، QRS باریک.

## اقدامات گام به گام:

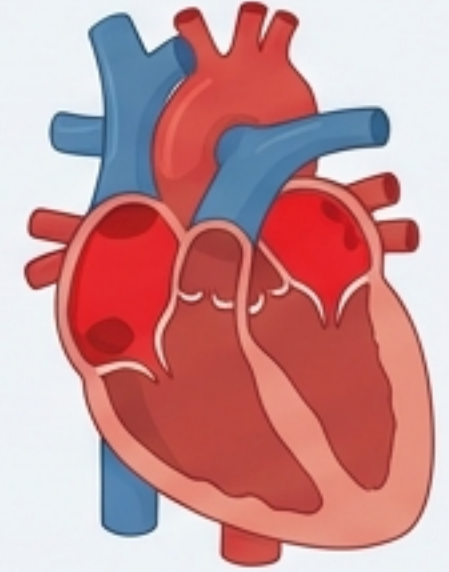


۱. اقدام اول (غیر دارویی): مانور والسالوا اصلاح شده (دمیدن در سرنگ + بالا بردن پاها) یا ماساژ مینوس سینوس کاروتید.



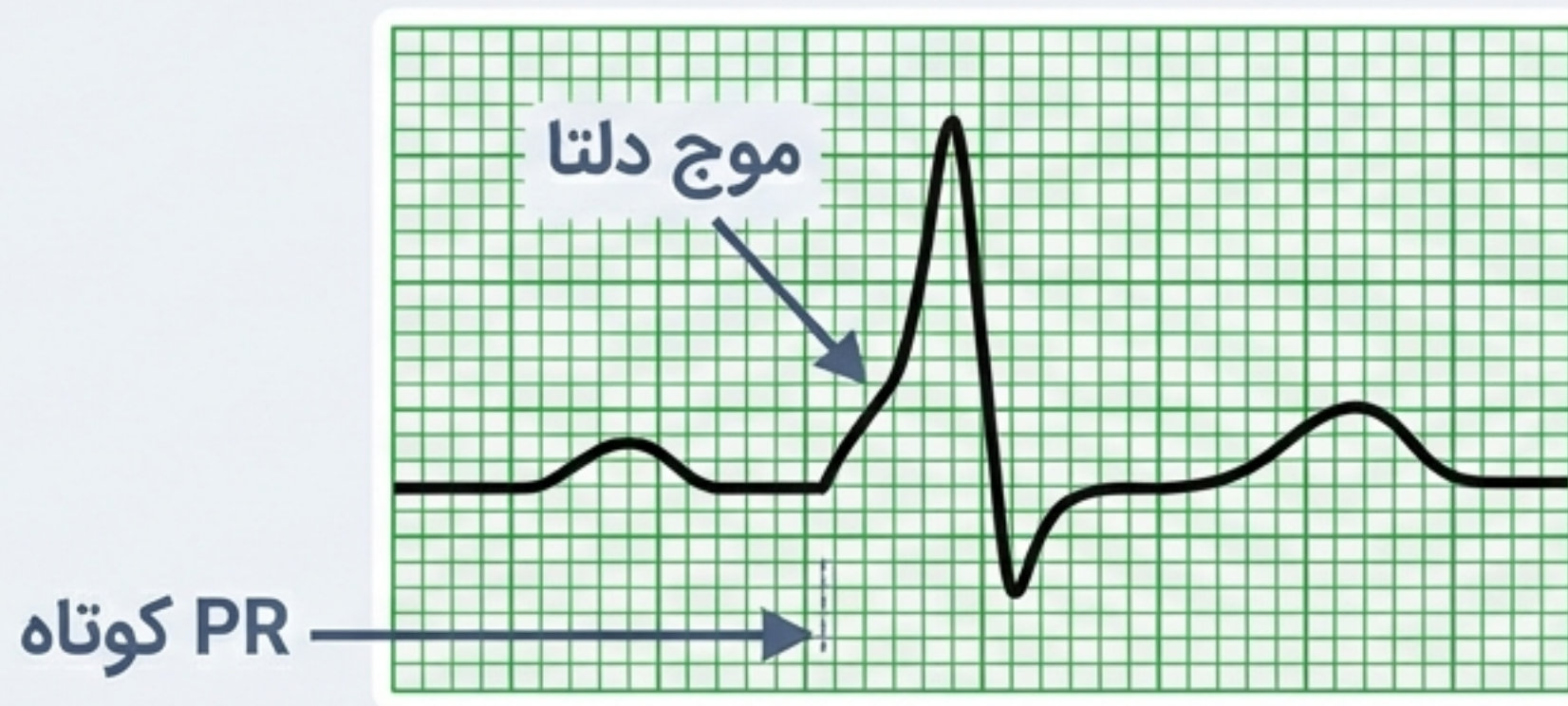
۲. اقدام دوم (دارویی): آدنوزین (Adenosine) تزریق سریع ۶ mg + بیست سی سی فلاش نرمال سالین. اگر پاسخ نداد: ۱۲ mg.

# فیبریلاسیون دهلیزی (AF): خطر خاموش



- شیوع: شایع‌ترین آریتمی (۲.۷ میلیون بزرگسال).
- ویژگی نوار قلب: فقدان موج P، خط زمینه لرزان (f waves)، ریتم کاملاً نامنظم.
- اقدام پرستاری حیاتی: بررسی Pulse Deficit (تفاوت شمارش نبض اپیکال و رادیال).
- خطر اصلی: تشکیل لخته و سکتة مغزی (Stroke).
- درمان: کنترل ریت (دیگوکسین/بتابلاکر) یا کنترل ریتم (آمیودارون/کاردیوورژن).

# سندرم ولف-پارکینسون-وایت (WPW)







## هشدار حیاتی

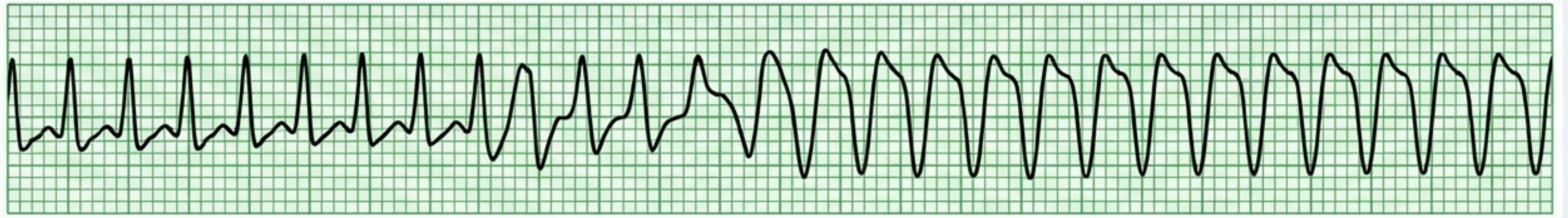
در صورت بروز AF در زمینه WPW، هرگز از مسدودکننده‌های گره AV (دیگوکسین، وراپامیل، بتابلاکر) استفاده نکنید. نتیجه خطا: تبدیل شدن ریتم به VF و مرگ بیمار.

مکانیسم: وجود مسیر فرعی هدایتی (دسته کنت).

# انواع بلاک‌های دهلیزی-بطنی (AV Blocks)

<p>درجه ۱</p>		<p>PR ۰.۲۰ ثانیه و ثابت. اقدام: پایش (معمولاً درمان نمی‌خواهد).</p>
<p>موبیتز ۱ (ونکباخ)</p>		<p>PR تدریجاً طولانی می‌شود تا یک QRS حذف شود. اقدام: اغلب خوش‌خیم.</p>
<p>موبیتز ۲</p>		<p>⚠️ PR ثابت، حذف ناگهانی QRS. اقدام: <b>خطرناک</b> (پیشرفت به بلاک کامل) -&gt; پیس‌میکر.</p>
<p>درجه ۳ (Complete)</p>		<p>⚠️ جدایی کامل دهلیز و بطن (AV Dissociation) اقدام: <b>اورژانس</b> -&gt; آتروپین / پیس‌میکر.</p>

# تاکی کاردی بطنی (VT): مدیریت بر اساس نبض



سؤال اول: آیا بیمار نبض دارد؟

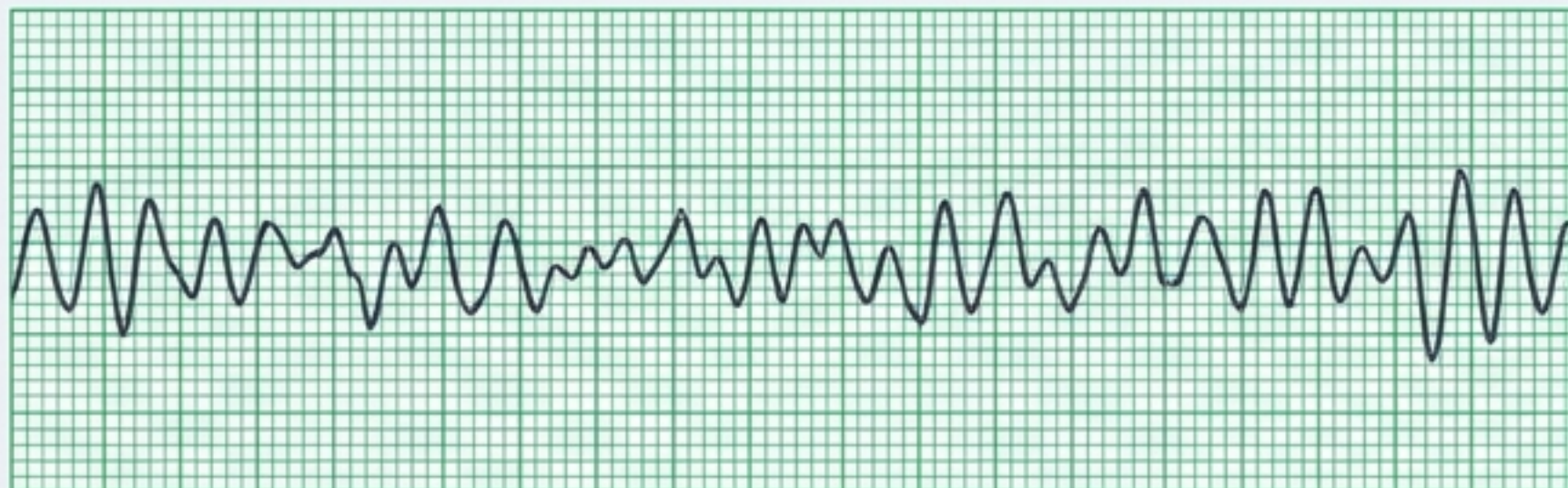
بله (Stable)

آمیودارون ۱۵۰ میلی گرم (انفوزیون).  
آمادگی برای کاردیوورژن هماهنگ.

خیر (Pulseless VT)

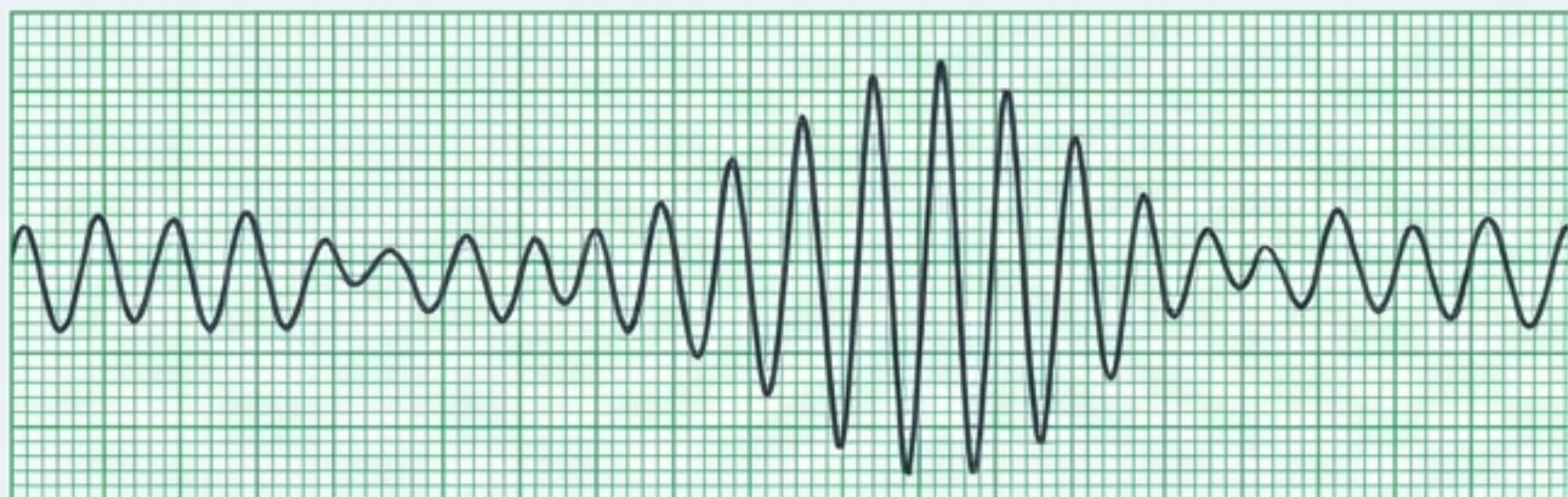
شروع فوری CPR.  
دفیبریلاسیون (شوک) فوری.  
اجرای پروتکل ایست قلبی.

# ریتم‌های مرگبار: VF و تورتسا دو پوینت



## Ventricular Fibrillation (VF)

لرزش بی‌نظم بطن.  
درمان: شوک فوری (تنها درمان قطعی).  
تاخیر جایز نیست.



## Torsades de Pointes

چرخش محور QRS.  
علت: طولانی شدن QT.  
درمان طلایی: سولفات منیزیم (۱-۲ گرم).  
⚠ نکته: آمیودارون ممنوع است.

# احیای قلبی ریوی با کیفیت بالا (High-Quality CPR)

سرعت: ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه



وقفه: حداقل وقفه (کمتر از ۱۰ ثانیه)



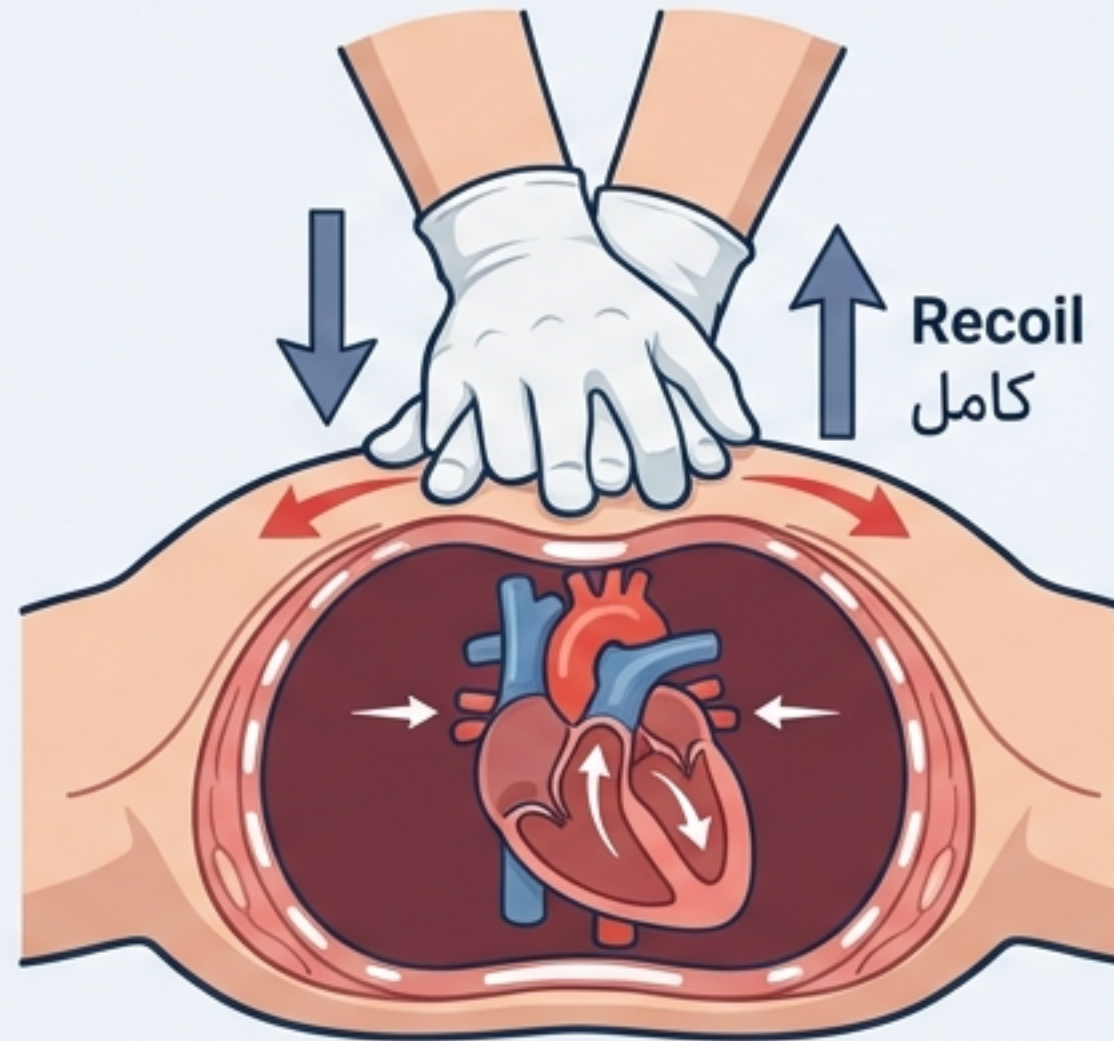
عمق: ۵ تا ۶ سانتی متر (اجازه Recoil کامل)



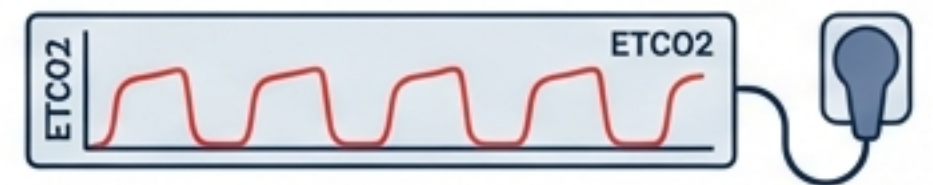
تعویض: هر ۲ دقیقه (۵ سیکل)



نسبت: ۳۰ ماساژ / ۲ تنفس



کاپنوگرافی: پایش کیفیت با ETCO2



# فارماکولوژی ترالی اورژانس (Crash Cart)



## اپی نفرین

دوز: ۱ میلی گرم هر ۳-۵ دقیقه.  
کاربرد: تمام موارد ایست قلبی (VF, VF, VT, Asystole).



## آمیودارون

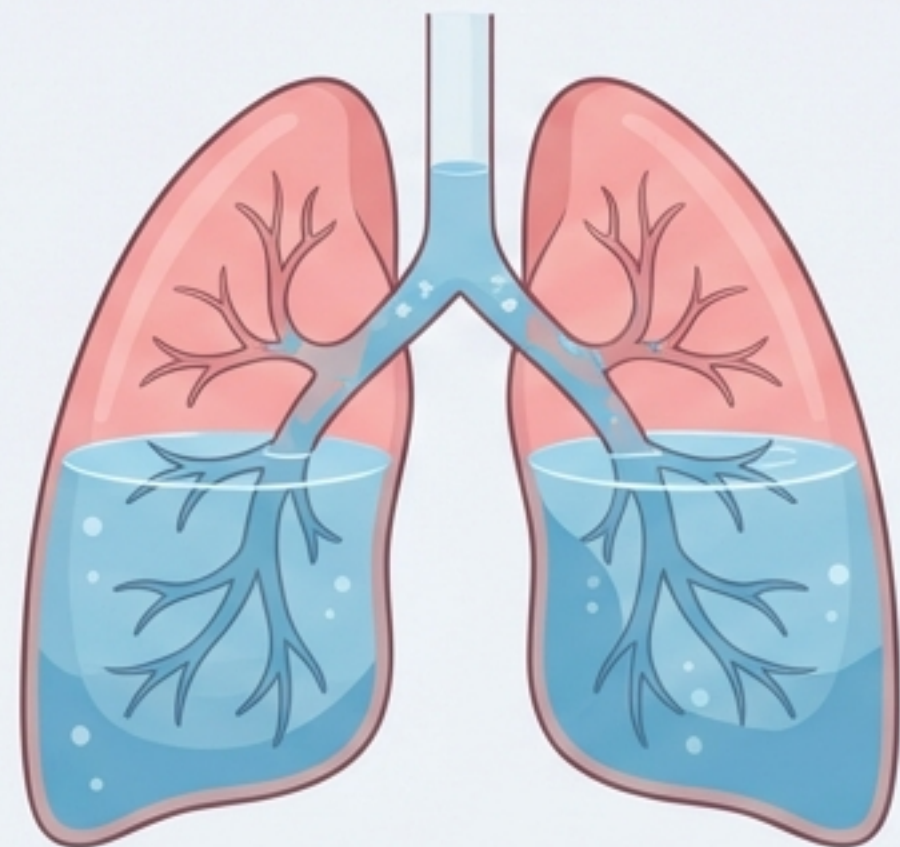
دوز اول: ۳۰۰ میلی گرم بولوس (در VF/pVT).  
دوز دوم: ۱۵۰ میلی گرم.



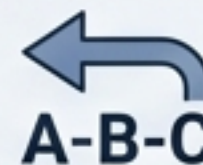
## آتروپین

دوز: ۰.۵ تا ۱ میلی گرم (سقف ۳ mg).  
کاربرد: برادی کاردی علامت دار.

# پروتکل ویژه: احیا در غرق شدگی (Drowning)



**تغییر اولویت:** بازگشت به توالی A-B-C (به جای C-A-B).



**علت:** ایست قلبی ناشی از هیپوکسی شدید است.




**اقدام حیاتی:** شروع احیا با ۵ تنفس مصنوعی (Rescue Breaths).



**راه هوایی:** استفاده از مانور Jaw Thrust در صورت شک به آسیب نخاعی.



**نکته:** ماساژ تنها در غرق شدگی بی فایده است. 

# مراقبت‌های پس از بازگشت گردش خون (Post-ROSC)



۱. اکسیژن‌رسانی: حفظ SpO2 بین ۹۲٪ تا ۹۸٪ (جلوگیری از مسمومیت اکسیژن).



۲. همودینامیک: حفظ فشار خون ( $MAP > 65 \text{ mmHg}$ ) با مایعات یا اینوتروپ.



۳. مدیریت دما (TTM): هیپوترمی درمانی (۳۲-۳۶ درجه سانتی‌گراد) به مدت ۲۴ ساعت برای محافظت مغزی.



۴. تشخیص علت: بررسی H's & T's.



# استراتژی‌های موفقیت در ایستگاه آسکی (OSCE)

- شروع: معرفی خود، پوشیدن اتیکت، شستن دست‌ها. 
- ارتباط: اعلام واضح دستورات (Closed-loop Communication). 
- تحلیل نوار قلب: نظم (Regularity)، سرعت (Rate)، موج P، فاصله PR و عرض QRS. 
- خون‌سردی: حتی اگر بیمار مانکن است، با او صحبت کنید. 

# مسیر حرفه‌ای شدن ادامه دارد



برای دسترسی به دوره‌های کامل، ویدیوهای آموزشی و آزمون‌های شبیه‌ساز به وبسایت ما مراجعه کنید.

[timaracademy.com](https://timaracademy.com)

به جمع حرفه‌ای‌ها پیوندید.