

اختلالات هدایتی قلب

• بلوک دهلیزی بطنی Atrioventricular Block

بلوک دهلیزی بطنی زمانی ایجاد میشود که در هدایت ایмпالس از دهلیزها تا رشته های پورکنژ بطن ها اختلالی ایجاد گردد. به طور طبیعی هر ایмпالس وارده از گره SA در جانکشن کمتر از ۰/۲۰ ثانیه قبل از اینکه به دسته هایس برود مکث میکند. ولی هنگامی که جانکشن AV به دلیل ایسکمی، تب روماتیسمی یا مسمومیت دارویی دچار آسیب شده باشد ایмпالس در جانکشن AV به طور غیر طبیعی و برای مدت طولانی مکث می نماید. بلوک دهلیزی بطنی ممکن است موقت یا دائم باشد. عوامل موثر در بلوک موقتی AV شامل آنفارکتوس تحتانی، مسمومیت با دیژیتال، جراحی قلب، داروهای بلوک کننده کانال کلسیم و بتابلوکرها و میوکاردیت حاد بوده و عوامل موثر در بلوک دائم AV شامل: تغییر در هدایت به دلیل سالمندی، اختلالات مادرزادی قلب، آنفارکتوس قدامی قلب، کاردیومیوپاتی و جراحی قلب باز می باشد.

۱. بلوک درجه یک AV

در این نوع بلوک هدایت در گره AV آهسته میشود. در این بلوک فاصله P-R طولانی تر از ۰/۲۰ ثانیه است و بعد از هر موج P یک کمپلکس QRS وجود دارد. این بلوک شایعترین نوع هدایتی بوده و در روزشکاران جوان و افراد مسن سالم دیده میشود. این بلوک در مواردیکه برادیکاری در ریتم زمینه ای وجود نداشته باشد بدون علامت بوده و نیاز به درمان ندارد و لازم است علت ایجاد کننده دیس ریتمی شناسایی و حذف شود. بیمار را از نظر پیشرفت بلوک تحت نظر بگیرید.

۲. بلوک درجه دو AV

به دو شکل ایجاد می شود:

A: موبیتز تیپ I (ونکه باخ): که شایع تر بوده و در آن فواصل P-R به تدریج با هر ضربان طولانی تر شده و در نهایت یک موج P بدون پاسخ بطنی می ماند. "یک موج P بدون کمپلکس QRS" داریم. علل شایع ایجاد آن تحریک واگ، روماتیسم قلبی، مسمومیت با دیژیتال است. این بلوک در بیشتر موارد بدون علامت و با پیش آگهی

خوب است. معمولاً درمان لازم نیست و بیمار باید از نظر پیشرفت بلوک تحت نظر قرار گرفته و علت اولیه شناسایی و بر طرف شود.

B: موبیتز تیپ II: در این بلوک قطعه P-R ثابت است ولی ناگهان یک ایمپالس بطنی حذف میشود یعنی P بدون پاسخ QRS وجود دارد و نسبت P به QRS می تواند ۲ به ۱، ۳ به ۱ یا ۴ به ۱ و سه باشد. علل شایع آن ایسکمی و MI سطح قدامی و بیماری عروق کرونر است. در صورتی که ضربانات حذف شده معدود باشد علامت بالینی وجود ندارد ولی اگر سرعت ضربان بطنی کاهش یافته و افت برون ده قلبی را به دنبال داشته باشد بیمار علائم اختلال در وضعیت همودینامیک را بروز خواهد داد نظیر سنگکوب. درمان کنترل مداوم ECG از نظر پیشرفت احتمالی بلوک، تصحیح علت اولیه بلوک، استراحت بیمار در تخت، تجویز آتروپین در صورت نیاز، قرار دادن پیس میکر موقت یا دائمی، خودداری از مصرف داروهایی مثل دیژیتال می باشد.

۳. بلوک درجه ۳

در این نوع بلوک تمام ایمپالس ها در دهلیز بلوکه شده و فعالیت دهلیز و بطن کاملاً از هم منفک شده و دهلیز و بطن هر کدام پیس میکر خود را دارند و ضربان دهلیز از بطن کاملاً مستقل است. در این ریتم امواج P نسبت به هم منظم و کمپلکس های QRS هم نسبت به هم منظم خواهند بود ولی هیچ ارتباط منطقی بین P و QRS وجود ندارد و فواصل P-R متغییر و نامنظم است ولی معمولاً تعداد امواج P از QRS بیشتر است. علل شایع: شامل تغییرات دژنراتیو سیستم هدایتی جراحی قلب، ترومای قلب، میوکاردیت، MI می باشد. درمان براساس وضعیت همودینامیک بیمار و علت ایجاد بلوک انتخاب میشود. اگر وضعیت همودینامیک بیمار پایدار بود و علائمی وجود نداشت درمان فقط شامل حذف علت زمینه ای و کنترل بیمار است. اگر بیمار علائم کاهش برون ده قلبی را نشان داد دوز حمله ای وریدی آتروپین به میزان ۱-۵/۰ mg داروی انتخابی است که هر ۳-۵ دقیقه تا سقف ۲ mg قابل تکرار است. اگر درمان دارویی موثر نبود استفاده از پیس میکر داخل عروقی توصیه میگردد.

تهیه و تنظیم: مرضیه افشار

کارشناس پرستاری