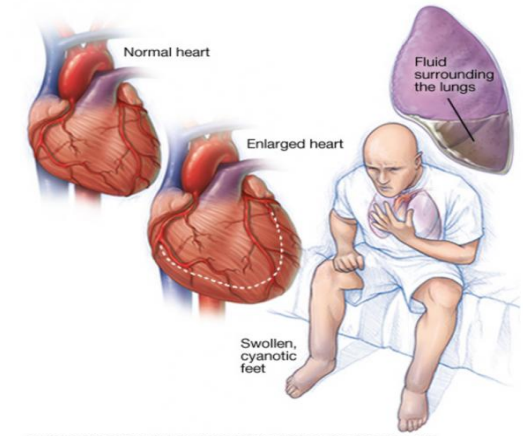


بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

Heart failure



نارسایی قلبی DHF

نازنین مؤمنی

کارشناس پرستاری

مقدمه :

نارسایی قلبی [Heart failure (HF)] یک عارضه پزشکی متداول در ایالات متحده است در حدود ۵ / ۱ میلیون نفر مبتلا به این بیماری بوده و سالانه ۶۵۰ هزار مورد جدید ابتلا به این بیماری تشخیص داده می شود. شیوع نارسایی قلبی با افزایش سن افزایش می یابد، و برای آمریکایی ها با عمر بیش از ۴۰ سال خطر ابتلا به نارسایی قلب ۲۰٪ افزایش می یابد این بیماری اغلب در افراد مذکر سیاه پوست زیاد بوده و در افراد مونث سفید پوست کم می باشد

هرساله در بیمارستان های ایالات متحده بیش از یک میلیون نفر با تشخیص اولیه نارسایی قلبی بستری می گردند بیماران مبتلا به نارسایی قلبی احتمال نیاز به بستری مجدد را دارند، میزان بستری مجدد در این بیماران در یک ماه پس از ترخیص حدود ۲۴٪ و در دوره ۶ماهه بیش از ۵۰٪ است

در سال ۲۰۱۲ تعداد ۶۰، ۳۴۱ مورد مرگ در اثر نارسایی قلبی در ایالات متحده رخ داده است. در همین سال ۷۸۲، ۹۸۵ مورد مرگ بر اثر بیماری های قلبی رخ داده است. در واقع ۷ / ۷٪ از کلمرگ های قلبی عروقی در سال ۲۰۱۲ بر اثر نارسایی قلبی بوده است در صورتی که میزان بقای مبتلایان به نارسایی قلبی ارتقا یافته است، اما حدود ۵۰ درصد از مبتلایان به نارسایی قلبی، بعد از ۵ سال از تشخیص این بیماری، فوت شده اند.

نارسایی قلبی سیستولیک :

در نارسایی قلبی سیستولیک (SHF) قلب در عملکرد انقباضی مشکل داشته و منجر به کاهش حجم ضربه ای (SV) و برونده قلبی (CO) و متعاقب آن، افت فشار خون می گردد. همچنین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سیستولیک کاهش در کسر تخلیه دارند. کسر تخلیه ای درصدی از خون موجود در بطن است که در هر پمپاژ از بطن خارج میشود. در افراد سالم، کسر تخلیه بین ۵۰ تا ۷۰ درصد است. یک بیمار با کسر تخلیه کمتر از ۴۰ درصد، مبتلا به نارسایی قلبی خواهد بود.

تعدادی از عوامل منجر به نقص در عملکرد انقباضی عضله قلب می شوند. حمله قلبی حاد می تواند منجر به اختلال در انقباض شود، زیرا میوکارد مبتلا به انفارکتوس به طرز قابل ملاحظه ای ضعیف تر از میوکارد سالم است. بعد از بروز حمله قلبی حاد، اسکار تشکیل شده و میوکارد بطنی که دچار حمله قلبی شده است، نسبت به میوکارد سالم نیروی انقباضی کمتری خواهد داشت. کاردیومیوپاتی متسع کننده بر اثر برخی علل از جمله افزایش فشار خون مزمن به وجود می آید.

به صورت مزمن افزایش فشار خون منجر به اتساع بافت بطنی شده و آن را ضعیف تر می کند. بیماری دریچه ای و دریچه های قلبی ناکارآمد در طی سیستول منجر به بازگشت خون و کاهش حجم ضربه ای می گردد. به علاوه دریچه های قلبی معیوب (دریچه های هلالی، آئورتی و ریوی) مانع از حرکات رو به جلوی خون، و در نتیجه کاهش حجم ضربه ای، همچنین افزایش فشار داخل

بطنی شده که باعث مشکلات بعدی مثل کاردیومیوپاتی ها می گردد.

نارسایی قلبی دیاستولیک:

در نارسایی قلبی دیاستولیک (DHF) دیواره بطن نمی تواند به صورت کافی به حالت استراحت درآید، منجر به پر شدن ناکافی بطن طی دیاستول و متعاقب آن کاهش حجم ضربه ای و برونده قلبی می شود. پر شدن ناکافی بطنی بر اثر سختی دیواره بطن مانع از استراحت طبیعی بطن طی دیاستول می گردد، علل زیادی وجود دارند که می توانند منجر به سفتی دیواره بطنی شوند. افزایش فشار خون مزمن، به دلیل اینکه بطن به صورت مزمن درمقابل بالا رفتن فشار خون سیستمیک کشیده شده و منجر به هیپرتروفی بطنی می گردد و پیش بار را افزایش می دهد. همچنین در آمیلوئیدوز ، پروتئین در دیواره بطنی تجمع یافته و باعث سفت شدن دیواره می شود. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دیاستولیک از کاهش کسر تخلیه ای (EF) رنج نمی برند

نارسایی قلبی سمت راست :

نارسایی قلبی سمت راست زمانی رخ می دهد که بطن راست نمی تواند برونده قلبی کافی را حفظ نموده و خون را بصورت موثر به جلو پمپاژ نماید. این حالت بر اثر عوامل SHF یا DHF رخ می دهد. بازگشت خون به داخل وریدهای اجوف، باعث افزایش فشار در ورید اجوف فوقانی شده که این افزایشفشار، به ورید های ژوگولار منتقل شده و باعث برجستگی ورید ژوگولار JVD می شود. افزایش فشار منتقل شده به ورید اجوف تحتانی منجر به بروز

علائم بالینی مثل هپاتومگالی، آسیت و ادم محیطی در پاها می گردد.

نارسایی قلبی سمت چپ :

نارسایی قلبی سمت چپ زمانی رخ می دهد که بطن چپ نتواند برونده قلبی کافی را حفظ نماید. این حالت بر اثر عوامل SHF یا DHF رخ می دهد. در این شرایط، خون و فشار آن به داخل گردش خون ریوی برگشته و باعث افزایش فشار مویرگ ریوی و احتقان می شود. افزایش فشار مویرگ ریوی باعث نشت مایع از مویرگ ها به فضای میان بافتی و افزایش تدریجی مایع (ادم) می شود. نارسایی قلبی سمت چپ، در صورت عدم درمان، باعث ادم ریه و نارسایی احتقانی قلب خواهد شد. رال و کراکل یک علامت واضح در نارسایی قلبی سمت چپ است. وجود ادم ریوی در نارسایی قلبی سمت چپ بر اثر همان علت که در آسیت و ادم محیطی در RSHF رخ می دهد، صورت خواهد گرفت. باتوجه به اینکه گردش خون به صورت یک مجموعه است، نارسایی قلبی سمت چپ منجر به نارسایی قلبی سمت راست خواهد شد، زیرا فشار از طریق عروق ریوی به بطن راست منتقل خواهد شد.

عوامل خطر برای ابتلا به نارسایی قلبی

- افزایش فشار خون • سندرم متابولیک
- مصرف دخانیات • بیماری های دریچه ای قلب
- دیابت • بیمار شریانهای کرونر /آترواسکلروز • چاقی

طبقه بندی دیورتیک های مورد استفاده در درمان

نارسایی قلبی

۱-دیورتیک های لوپ • تورازمایید (تورزماید)

• فوروزمایید (لازیکس •)بومتانید (بومکس، بورینکس)

• اتاکرینیک اسید (اتاکرینیک اسید /ادکرین)

۲.تiazیدها • هیدروکلروتیازید (HCTZ)

۳-دیورتیک های نگه دارنده پتاسیم:

• اسپرونولاکتون (آلداکتون •) آمیلوراید (میدامور)

• تریامترن (دیرنیوم)

نتیجه :

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از لحاظ بالینی و همودینامیک می توانند در طیف گسترده ای از علائم شامل شکایت های ظاهرا خفیف و علائم حیاتی پایدار تا شوک کاردیوژنیک جبران نشده باشند. تشخیص علائم و نشانه هایی که در نارسایی قلبی سمت راست و نارسایی قلبی سمت چپ وجود دارد، می تواند در درک مشکل و درمان لازم کمک کننده باشد. با وجود مکانیسم نارسایی قلبی اهداف درمان در همه بیماران شبیه به هم می باشد

- اطمینان از باز بودن راه هوایی

- اطمینان از کفایت اکسیژن رسانی و تهویه

- بررسی حمله قلبی با صعود قطعه (STEMI) ST و

- مانیتورینگ ریتم قلبی

- برقرار کردن راه وریدی

- اصلاح افت فشار خون با داروهای تنگ کننده عروق یا

- افزاینده قدرت انقباضی قلب.