

باغچه خندا

طبابت هنراست،

هنرها سبکی قلب و اندیشه



سرشناسه	خسرو بیگی، علی، ۱۳۷۳
عنوان و نام پدیدآور	مجموعه سؤالات ارتقاء و بورد تخصصی قلب ۱۴۰۳ گروه ۲؛ مجموعه سؤالات و پاسخ تشریحی طبقه‌بندی‌شده بر اساس مباحث
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴
مشخصات ظاهری	۳۹۰ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۷۳-۶ ریال ۱۲,۹۰۰,۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine, 12th ed, c2022" به ویراستاری پیتر لیبی ... [و دیگران] است.
موضوع	قلب -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Heart -- Diseases -- Examinations, questions, etc. دستگاه گردش خون -- بیماری‌ها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها Cardiovascular system -- Diseases -- Examinations, questions, etc
رده بندی کنگره	۴۵RJ
رده بندی دیویی	۹۲/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	۹۲۱۰۳۲۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

مجموعه سؤالات ارتقاء و بورد تخصصی قلب ۱۴۰۳ گروه ۲؛ مجموعه سؤالات و پاسخ تشریحی طبقه‌بندی‌شده	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
بر اساس مباحث	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
گردآوری و پاسخدهی: دکتر علی خسرو بیگی	تیراژ: ۸۰ جلد
ناشر: انتشارات کاردیا	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۷۳-۶
صفحه‌آرا: رزیدنت یار - فاطمه حامدی یکتا	بهاء: ۱۲۹۰۰۰۰ تومان
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۲۱، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷-۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مجموعه سؤالات ارتقاء و مورد

تخصصی قلب ۱۴۰۳

گروه ۲

مجموعه سؤالات و پاسخ تشریحی طبقه‌بندی شده
بر اساس مباحث



گردآوری و پاسخدهی

دکتر علی خسروبیگی

متخصص بیماری‌های قلب و عروق

رتبه برتر مورد تخصصی سال ۱۴۰۳



سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش ناممحدود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رفعت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث قلب گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



امتحان ارتقا و گواهینامه سال ۱۴۰۳ به صورت قطبی و در ۵ قطب برگزار شد. پاسفنامه پیش‌رو مجموعه‌ایست که هدف آن پاسفگویی خلاصه و در عین حال جامع به تمام سؤالات مورد و ارتقای تمامی قطب‌ها بوده است.

از آنجا که رفرنس امتحانات رشته قلب دو کتاب برانوالد و پراکتیکال کاردیولوژی می‌باشد ممکن است برخی نکات در دو کتاب اورلپ یا تناقض داشته باشند. توجه و دقت به این نکات بسیار مائز اهمیت می‌باشد و در این مجموعه سعی بنده بر این بوده است که به این نکات اشاره کنم.

هر مجموعه و جزوه‌ای ممکن است برخی فطاهای سهوی، تایپی یا علمی داشته باشد و این مجموعه هم عاری از فطا نمی‌باشد. در نگارش این مجموعه سعی شده که در مد امکان فطاهای کمی وجود داشته باشد، باین‌حال در صورتی‌که فطایی در نگارش مجموعه می‌باشد از اطلاع شما همکاران گرامی به مؤسسه بسیار خوشحال فواهم شد.

در نهایت از مؤسسه محترم (رزدننت‌یار) جناب آقای دکتر فیضی بابت همکاری در تهیه این مجموعه و همسر عزیزم بابت تمام صبر و شکیبایی‌اش در مسیر دشوار و پرتلاطم زندگی تشکر می‌کنم.

دکتر علی فسروبیگی

فهرست مطالب



فصل ۶۰: پیوند قلب.....	۱۳
فصل ۶۱: اپروچ به آریتمی.....	۱۹
فصل ۶۲: مکانیسم آریتمی.....	۲۳
فصل ۶۳: ژنتیک آریتمی.....	۲۷
فصل ۶۴: درمان آریتمی.....	۳۱
فصل ۶۵: آریتمی‌های سوپراوتتريکولار.....	۴۳
فصل ۶۶: فیبریلاسیون دهلیزی.....	۵۱
فصل ۶۷: آریتمی‌های وئتریکولار.....	۶۳
فصل ۶۸: برادی آریتمی‌ها.....	۷۹
فصل ۶۹: دیوایس‌های ICD و PPM.....	۸۳
فصل ۷۰: کاردیاک ارست.....	۹۷
فصل ۷۱: سنکوپ.....	۱۰۵
فصل ۷۲: تنگی دریچه آئورت.....	۱۱۱
فصل ۷۳: نارسایی دریچه آئورت.....	۱۲۱
فصل ۷۴: TAVI.....	۱۲۹
فصل ۷۵: تنگی دریچه میترال.....	۱۳۵
فصل ۷۶: نارسایی میترال.....	۱۴۳

فصل ۷۷: مولتی ولولار	۱۵۱
فصل ۷۸: درمان‌های ترانس کاتر برای میترا ل و تریکاسپید	۱۵۵
فصل ۷۹: دریچه پروستتیک	۱۵۷
فصل ۸۰: اندوکاردیت عفونی	۱۶۳
فصل ۸۱: تب روماتیسمی حاد	۱۷۱
فصل ۸۲: بیماری‌های مادرزادی قلب در بزرگسالان	۱۷۷
فصل ۸۴: توکسین‌ها	۱۹۹
فصل ۸۵: HIV	۲۰۵
فصل ۸۶: بیماری‌های پریکارد	۲۱۱
فصل ۸۷: ونوس ترومبوآمبولی	۲۲۹
فصل ۸۸: پولموناری هایپر تیشن	۲۳۹
فصل ۸۹: اختلالات خواب	۲۴۷
فصل ۹۰: سالمندی	۲۵۱
فصل ۹۱: زنان	۲۵۳
فصل ۹۲: بارداری	۲۵۵
فصل ۹۴: آنفلانزا و کووید	۲۶۵
فصل ۹۵: هموستاز	۲۶۹
فصل ۹۶: بیماری‌های اندوکراین	۲۷۷
فصل ۹۷: بیماری‌های روماتولوژیک	۲۸۱
فصل ۹۸: تومورهای قلبی	۲۸۷
فصل ۹۹: روان پزشکی	۲۹۱
فصل ۱۰۰: نوروماسکولار	۲۹۳

فصل ۱۰۱: رنال ۲۹۷

فصل ۱۰۲: اتونوم ۳۰۱

بخش دوم: تکست بوک بیماری‌های قلب و عروق پرکتیکال

فصل ۲: پرکتیکال، ارزیابی بیماران ۳۰۵

فصل ۳: پرکتیکال، نوار قلب ۳۰۹

فصل ۴: پرکتیکال، تست ورزش ۳۱۳

فصل ۵: پرکتیکال، اکوکاردیوگرافی ۳۱۵

فصل ۶: پرکتیکال، گرافی قفسه سینه ۳۱۷

فصل ۷: پرکتیکال، کاردیاک سی تی ۳۱۹

فصل ۱۱: پرکتیکال، همودینامیک ۳۲۱

فصل ۱۶: پرکتیکال، الکتروفیزیولوژی ۳۲۵

فصل ۱۹: پرکتیکال، پیشگیری اولیه ۳۳۳

فصل ۲۰: پرکتیکال، فشار خون ۳۳۷

فصل ۲۲: پرکتیکال، STEMI ۳۴۷

فصل ۲۳: پرکتیکال، NSTEMI-ACS ۳۴۹

فصل ۲۴: پرکتیکال، SIHD ۳۵۱

فصل ۲۷: پرکتیکال، بیماری‌های آئورت ۳۵۵

فصل ۲۸: پرکتیکال، بیماری‌های عروق محیطی ۳۵۹

فصل ۳۰: پرکتیکال، اختلالات دریچه‌ای ۳۶۱

فصل ۳۱: پرکتیکال، اندوکاردیت عفونی ۳۶۵

فصل ۳۳: پرکتیکال، بیماری‌های مادرزادی ۳۶۷

فصل ۳۴: پرکتیکال، ترومبوآمبولی ۳۷۳

فصل ۳۹: پرکتیکال، هموستاز.....	۳۷۷
فصل ۴۰: پرکتیکال، پاندمی کووید ۱۹.....	۳۷۹
فصل ۴۱: پرکتیکال، بیماری‌های قلبی در covid 19.....	۳۸۱
فصل ۴۳: پرکتیکال، بیهوشی در جراحی‌های غیرقلبی.....	۳۸۳
فصل ۴۴: پرکتیکال، بیهوشی در جراحی‌های قلبی.....	۳۸۵



فصل ۶۰: پیوند قلب

- ۱- جوان ۲۵ ساله سیگاری مورد کاردیومیوپاتی دیلاته با DOE FC III، LVEF: 25% قادر به تحمل داروهای نارسایی قلب نمی‌باشد. در کت راست PVR: 7 wood unit دارد. در مورد پیوند قلب در این بیمار کدام گزینه غلط است؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب اصفهان)
- (الف) به دلیل PVR از لیست پیوند خارج می‌شود.
- (ب) تعبیه LVAD و ارزیابی مجدد
- (ج) قطع سیگار و درمان دارویی و ارزیابی مجدد
- (د) به دلیل عدم تحمل دارو کاندید مناسبی برای پیوند نیست.

پاسخ: گزینه د

ارزیابی گیرندگان پیوند: باید قبل از پیشنهاد پیوند تمام درمان‌های مدیکال و جراحی انجام شده باشد. اگر پیک VO2 کمتر از ۵۰٪ تست کاردیوپولمونی باشد، بیمار کاندید پیوند قلب می‌شود. اگر پیک VO2 کمتر از ۱۴ باشد پروگنوز بد و اگر کمتر از ۱۰ باشد کاندید پیوند قلب می‌شود.

اگر بیمار همزمان نارسایی شدید کلیه، ریه یا کبد داشته باشد، باید پیوند دو عضوی انجام دهد. اگر PVR بالای ۳-۶ وود و فیکس باشد کنتراندیکاسیون پیوند است، مگر اینکه یا همزمان پیوند قلب و ریه شود، و یا اینکه PVR بالا در زمینه HF باشد و با درمان دیورتیک بتوان PVR را کاهش داد، در این صورت می‌تواند تحت پیوند قلب قرار گیرد. اگر همراه با PVR بالا، TPG بیمار هم بالا باشد به نفع PAH است و در این صورت بیمار کاندید پیوند همزمان قلب و ریه می‌شود.

اگر بیمار کنسر در فاز remission باشد یا سوروایوال بیش از ۵ سال داشته باشد می‌تواند پیوند بگیرد.

تعبیه LVAD یا عدم تعبیه آن تأثیری در نتیجه پیوند ندارد.

سن بیمار و مورتالیتی رابطه U شکل دارند: در سن زیر ۱۸ سال و بالای ۶۵ سال خطر مورتالیتی پیوند زیاد می‌شود.

سیگار و تنباکو باید حداقل ۶ ماه قبل از پیوند قطع شده باشند. مصرف مواد و اپیوم ممنوعیت پیوند است.



فصل ۶۱: اپروچ به آریتمی

۱- در حین گرفتن الکتروکاردیوگرافی، لید دست راست در دومین فضای بین دنده‌ای راست مجاور استرنوم و لید دست چپ در چهارمین فضای بین دنده‌ای راست مجاور استرنوم قرار داده شده است. تشخیص کدام یک از موارد زیر مورد نظر بوده است؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب تهران)

الف) Brugada syndrome

ب) Atrial flutter

ج) RV dysplasia

د) RV infarction

پاسخ: گزینه ب

اگر امواج P به وضوح در ECG معمولی قابل مشاهده نباشد، می‌توان با قرار دادن لید بازوی راست و چپ در موقعیت‌های مختلف قفسه سینه (به اصطلاح لیدهای لوئیس) یا با ثبت الکتروگرام‌های دهلیزی با استفاده از ریکوردینگ‌های داخل قلبی دهلیز راست (از طریق لیدهای پیسینگ وریدی دائمی یا موقت)، یا با استفاده از الکترودهای مری یا اکوکاردیوگرام فعالیت دهلیزی را تشخیص داد.

۲- بیمار مرد ۴۰ ساله‌ای که ۵ سال پیش استنت گذاری رگ جلو قلب داشته است، با سنکوپ مراجعه کرده است. عملکرد قلب پمپاژ ۴۵٪ نشان داده است. نوار قلب بلوک شاخه راست و چرخش محور به چپ را نشان داده است. در مطالعه الکتروفیزیولوژی کدام مورد اهمیت کمتری دارد؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب شیراز)

الف) اندازه‌گیری AH

ب) اندازه‌گیری HV

ج) اندازه‌گیری SNRT

د) VT Study

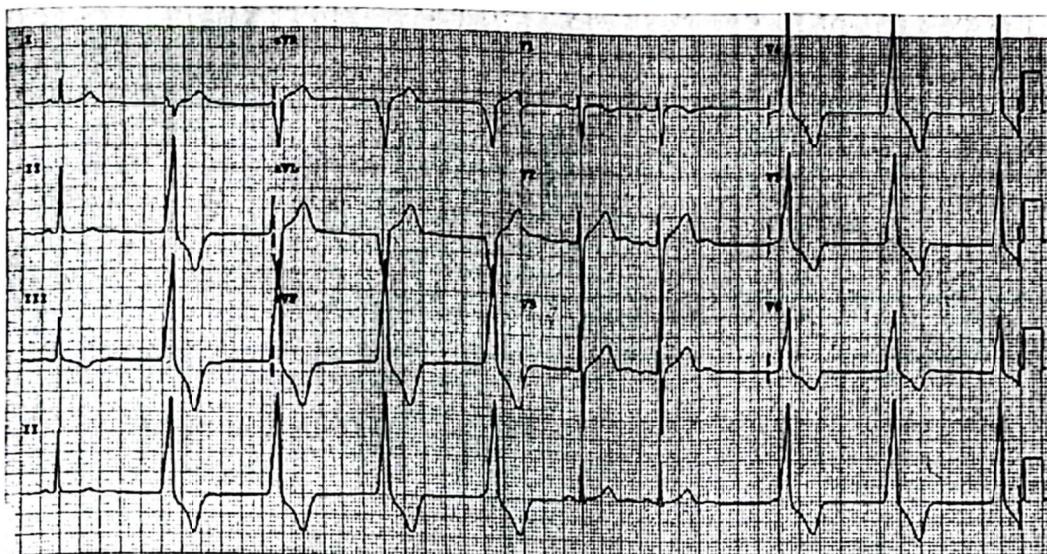
پاسخ: گزینه ج

برای بیماران مبتلا به IVCD، انجام EPS اطلاعاتی در مورد مدت زمان فاصله H-V ارائه می‌دهد که می‌تواند به علت یک PR طبیعی یا طولانی، زیاد شده باشد. اگر H-V بیش از ۵۵ میلی‌ثانیه باشد احتمال ایجاد یک بلوک کامل AV و مورتالیتی دارد. اگر این فاصله بسیار طولانی باشد (H-V بیش از ۸۰ تا ۹۰ میلی‌ثانیه) بیمارانی را که در معرض خطر ابتلا به بلوک AV هستند شناسایی می‌کند. فاصله H-V دارای ویژگی بالا (تقریباً ۸۰٪) اما حساسیت پایین (۶۶٪) برای پیش‌بینی ایجاد بلوک کامل AV است.



فصل ۶۲: مکانیسم آریتمی

۱- مرد ۶۷ ساله‌ای پس از دریافت ترومبولیتیک به علت سکته قلبی در سی سی یو بستری می‌باشند. نوار قلبی نشان داده شده است. در مورد مکانیزم این بی‌نظمی کدام گزینه مناسب‌تر است؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب تبریز)



الف) Late after depolarization

ب) Impulse conduction

ج) Automaticity

د) Early after depolarization

پاسخ: گزینه ج

به طور کلی مکانیسم‌های آریتمی ۳ دسته می‌شوند: اختلال در تولید ایمپالس، اختلال در هدایت ایمپالس و ترکیب این دو.

۱) اختلالات تولید ایمپالس هم دو دسته می‌شوند: abnormal automaticity و دیگری triggered activity.

ابنرمال اتوماتیسیته مکانیسم این آریتمی‌ها می‌باشد: escape های آهسته (دهلیزی، جانکشنال و بطنی)، برخی از انواع AT ها (مثل مسمومیت با دیگوکسین و یا منشا از وریدهای پولمونی) و ریتم‌های accelerated junctional (یا همان nonparoxysmal JT) و AIVR در روز اول بعد از MI.



فصل ۶۳: ژنتیک آریتمی

۱- در بیمار مشکوک به بروگادا طولانی شدن کدام قطعه نوار قلب به نفع ژن SCN5A می‌باشد؟ (ارتقاء ۱۴۰۳ ، قطب شیراز)

الف) ST

ب) QRS

ج) PQ

د) QT

پاسخ: گزینه ج

به طور کلاسیک، سندرم بروگادا یا BrS یک اختلال مندلی/مونیژنیک در نظر گرفته می‌شود که به روش اتوزومال غالب به ارث می‌رسد. با این حال، بسیاری از موارد BrS به صورت اسپورادیک ایجاد می‌شوند. بنابراین، استفاده از تکنیک‌های کشف ژن تا حد زیادی ناموفق بوده است و تست ژنتیک برخلاف LQTS در بروگادا ثابت نشده است. جهش در ژن SCN5A از نوع loss of function در عملکرد کانال سدیمی، زمینه‌ساز تقریباً ۲۰ تا ۳۰ درصد موارد BrS است و سندرم بروگادا نوع ۱ (BrS1) را تشکیل می‌دهد. جهش‌های SCN5A با بروز بالاتر ناهنجاری‌های هدایتی در بیماران BrS همراه است و وجود یک فاصله طولانی PQ ممکن است نشان‌دهنده BrS1 با واسطه SCN5A باشد.



فصل ۶۴: درمان آریتمی

۱- برای درمان مرد جوانی که با حمله‌های فیبریلاسیون دهلیزی مراجعه داشت داروی فلکاینید شروع شد. سه روز بعد بیمار با تاکی کاردی کمپلکس پهن مراجعه نمود. علت کدام پدیده زیر است؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب شیراز)

الف) Rate dependence

ب) Use dependence

ج) Voltage dependence

د) Reverse use dependence

پاسخ: گزینه ب

Use dependence: برخی از داروها در ضربان‌های بالاتر اثرات بیشتری دارند و V_{max} را بیشتر کاهش می‌دهند، که به آنها Use dependence گفته می‌شود. بر این اساس در داروهای های کلاس Ic در ضربان‌های سریع‌تر وایدننگ QRS بیشتر می‌شود. Reverse use dependence: برخی داروها در ضربان‌های آهسته‌تر اثرات بیشتری دارند که آنها Reverse use dependence گفته می‌شود. این داروها شامل: لیدوکائین، کینیدین، دوفتیلید و سوتالول هستند.

۲- در Holter monitoring بیماری با سابقه مصرف داروهای آنتی‌آریتمیک، پهن‌تر شدن کمپلکس QRS همزمان با تندتر شدن ضربان قلب مشاهده شده است. با مصرف کدام یک از داروهای زیر این پدیده بیشتر دیده می‌شود؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، بورد)

الف) Flecainide

ب) Mexiletine

ج) Phenytoin

د) Quinidine

پاسخ: گزینه الف

به سؤال قبل رجوع شود.



فصل ۶۵: آریتمی‌های سوپراونتریکولار

۱- دختر خانم ۲۰ ساله از حملات تاکی کادری دهلیزی رنج می‌برد، در آنالیز نوار قلب موج P مشخص و مثبت در لیدهای تحتانی و P منفی در اشتقاق سینه‌ای اول دارد. در مطالعه الکتروفیزیولوژی با تحریک الکتریکی زودرس دهلیزی ایجاد نمی‌شود اما بعد از انفوزیون ایزوپروتیرنل شروع می‌گردد. تزریق آدنوزین هم بر آن بی‌اثر است. مکانیسم احتمالی چیست؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب شیراز)

الف) چرخشی میکرو

ب) چرخشی ماکرو

ج) اتوماتیک

د) ماشه‌ای

پاسخ: گزینه ج

فوکال AT: رگولار و بین امواج P خط ایزوالکتریک داریم مگر در صورت تاکی کادری بسیار شدید). شروع warm up و خاتمه cool down می‌باشد. از نظر توزیع منشأ ۷۵ درصد موارد از RA و شایع‌ترین محل AT از کریستاترمینالیس RA و بعد آنولوس تریکاسپید و استیوم CS و RAA می‌باشد. در LA شایع‌ترین محل استیوم ورید پولمونر و LAA و آنولوس میتراال است. سپتوم بین دهلیزی نادر است.

انواع مکانیسم های AT شامل: abnormal or enhanced automaticity، reentry و triggered activity می‌باشند.

فوکال AT با مکانیسم اتوماتیستی بیشتر در افراد جوان و قلب سالم رخ می‌دهد.

فوکال AT با مکانیسم ری انتری بیشتر در افراد مسن و قلب بیمار رخ می‌دهد.

آدنوزین AT با مکانیسم ری انتری و تریگراکتیویتی را خاتمه می‌دهد ولی روی اتوماتیسمی تأثیری ندارد.

ایزوپروتیرنول تریگراکتیویتی و اتوماتیسمی را شروع یا تشدید می‌کند ولی روی ری انتری تأثیری ندارد.

اگر مکانیسم اتوماتیسمی باشد ممکن است CL متغیر باشد ولی در مکانیسم ری انتری CL فیکس است.

AT در زنان بیشتر، در بازه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال بیشتر. در افراد مسن تر منشأ AT بیشتر از سمت راست می‌باشد.

ضربان در خواب تا ۴۰ عدد کمتر از بیداری می‌شود.

رخداد TMC در جوانان مذکر که تاکی کادری مداوم یا بسیار مکرر و آهسته‌تر (میانگین حدود ۱۱۷) بیشتر رخ می‌دهد.



فصل ۶۶: فیبریلاسیون دهلیزی

۱- در بیماری که دچار Paroxysmal AF به صورت مکرر در هنگام خواب می‌گردد، کدام دارو را توصیه می‌کنید؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب تبریز)

الف) Dofetilide

ب) Dronedarone

ج) Disopyramide

د) Sotalol

پاسخ: گزینه ج

پاروکسیسمال AF به صورت فیبریلاسیون دهلیزی‌ای تعریف می‌شود که که کمتر از ۷ روز طول می‌کشد و به طور خود به خود خاتمه پیدا می‌کند و براساس وضعیت اتونوم ۲ دسته می‌شود:

نوع اول: واگوتونیک که شامل ۲۵٪ موارد است، در شرایط با تون واگ بالا مثل غروب و در زمان استراحت بیشتر رخ می‌دهد. داروهایی که اثر واگ را تشدید می‌کنند مثل دیگوکسین باعث تشدید این نوع AF می‌شوند. برای درمان این بیماران داروهای واگولیتیک مثل دیژوپیرامید مفید هستند.

نوع دوم: آدرنرژیک که شامل ۱۵٪ موارد است، در شرایط با تون سمپاتیک بالا مثلاً در زمان فعالیت شدید بیشتر رخ می‌دهد. بتابلاکرها در این نوع AF نه تنها ریت را کنترل می‌کنند بلکه حتی شروع AF را هم کاهش می‌دهند.

۲- آقای ۳۵ ساله بدون سابقه بیماری قلبی از ده ساعت قبل دچار حمله AF شده است. BP=110/70 mmHg و پاسخ بطنی ۱۳۰ در دقیقه است. کدام اقدام درمانی مناسب‌تر است؟ (ارتقاء ۱۴۰۳، قطب تهران)

الف) انجام اکو مری و سپس شوک الکتریکی

ب) تجویز متوپرولول خوراکی و یک ساعت بعد فلکائینید خوراکی

ج) تزریق دیگوکسین وریدی و سپس مونیتورینگ ریتم قلب به مدت ۲۴ ساعت

د) شروع هپارین وریدی و متوپرولول خوراکی و مونیتورینگ بیمار تا ۲۴ ساعت

پاسخ: گزینه ب

ریتم کنترل در درمان حاد AF: در صورت تصمیم‌گیری برای تبدیل ریتم: اول باید تصمیم بگیریم که کانونرت کردن اولیه باشد یا تأخیری، بعد باید تصمیم بگیریم که دارویی باشد یا الکتریکی.



فصل ۶۷: آریتمی‌های و نتریکولار

- ۱- در الکتروکاردیوگرام آقای ۳۵ ساله که با تپش قلب مراجعه کرده است ضربان‌های زودرس بطنی (PVC) مشاهده می‌شود که تعداد زیادی از آن‌ها یک شکل هستند ولی شکل بعضی از ضربان‌های زودرس کاملاً به شکل PVC نبوده بلکه مقداری شبیه بیت‌های سینوسی می‌باشد. بهترین دلیل برای وقوع این نوع PVC ها چیست؟ (ارتقاء ۱۴۰۳ ، قطب اصفهان)
- الف) دیررس بودن PVC بدون هدایت رو به جلوی ضربان سینوسی
- ب) زودرس بودن PVC با هدایت رتروگرید از سیستم هیس پورکنژ
- ج) دیررس بودن PVC با هدایت رو به جلوی ضربان سینوسی
- د) زودرس بودن PVC بدون هدایت رتروگرید از سیستم هیس پورکنژ

پاسخ: گزینه ج

زمان بندی وقوع PVC و رابطه آن با سیستم هدایتی تأثیر آن را بر روی ریتم بیمار مشخص می‌کند. اغلب اوقات PVC باعث القای موج به صورت رتروگرید به سمت سیستم هیس پورکنژ می‌شود و ممکن است توسط سیستم هدایتی بلاک شود یا با بیت سینوسی برخورد کند. در هر دو صورت نمی‌تواند به دهلیز برسد و اثری روی اتوماتیسم گره سینوسی بگذارد. در این صورت بیت سینوسی بعدی سر موقع تولید می‌شود و بدین ترتیب یک فاز جبرانی کامل ایجاد می‌کند که در آن فاصله بین R-R بیت سینوسی قبل از PVC و بیت سینوسی بعد از آن معادل ۲ برابر بیت‌های سینوسی عادی می‌شود. اگر این بیت PVC به دهلیز هدایت شود، موج P رتروگرید در انتهای موج QRS ظاهر می‌شود. این موج رتروگرید می‌تواند باعث ریست شدن گره سینوسی شود و بدین ترتیب بیت بعدی با یک فاز جبرانی ناکامل بعد از PVC ظاهر می‌شود. این حالت بیشتر با ضربان زودرس دهلیزی در ارتباط است. در صورتی که PVC بین دو بیت سینوسی قرار بگیرد و تأثیری در هدایت AV ایجاد نکند بدون القای فاز جبرانی می‌شود که به آن interpolated PVC گفته می‌شود. اگر PVC نسبتاً با تأخیر بیاید و ممکن است با موج بیت سینوسی برخورد کند، باعث ایجاد یک فیوژن بیت می‌شود.