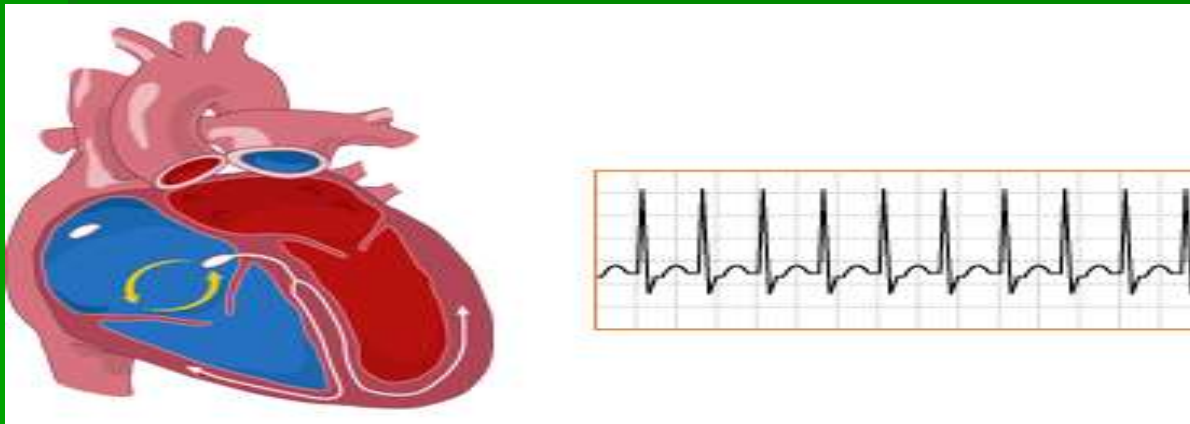


טאכיאריטמיות

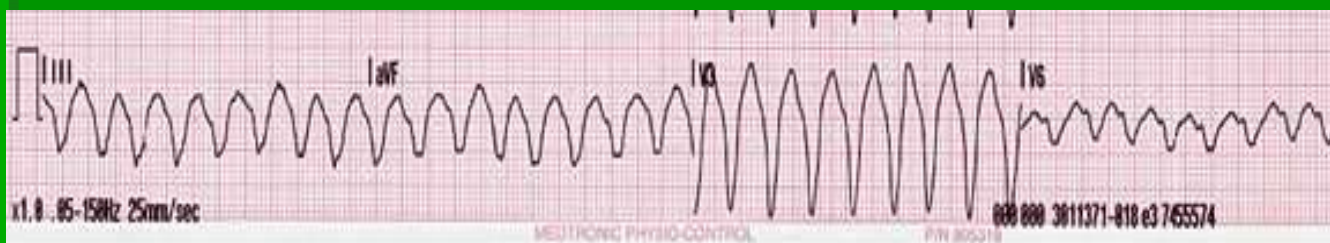
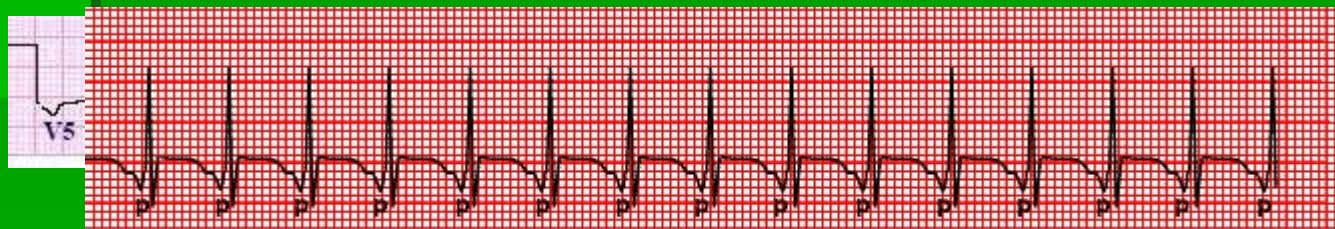
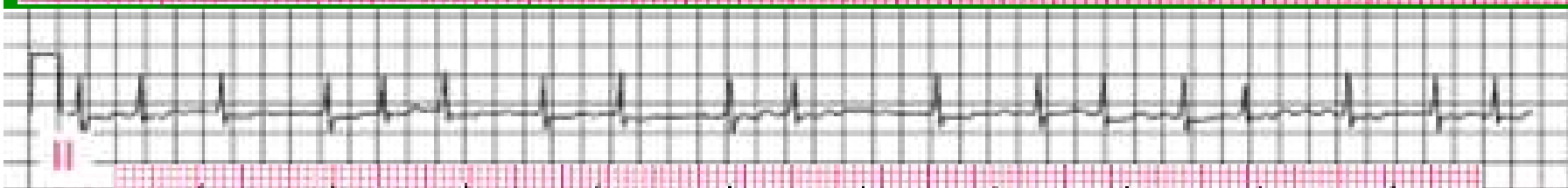
קורס חובשים בכירים

ית"מ 2024



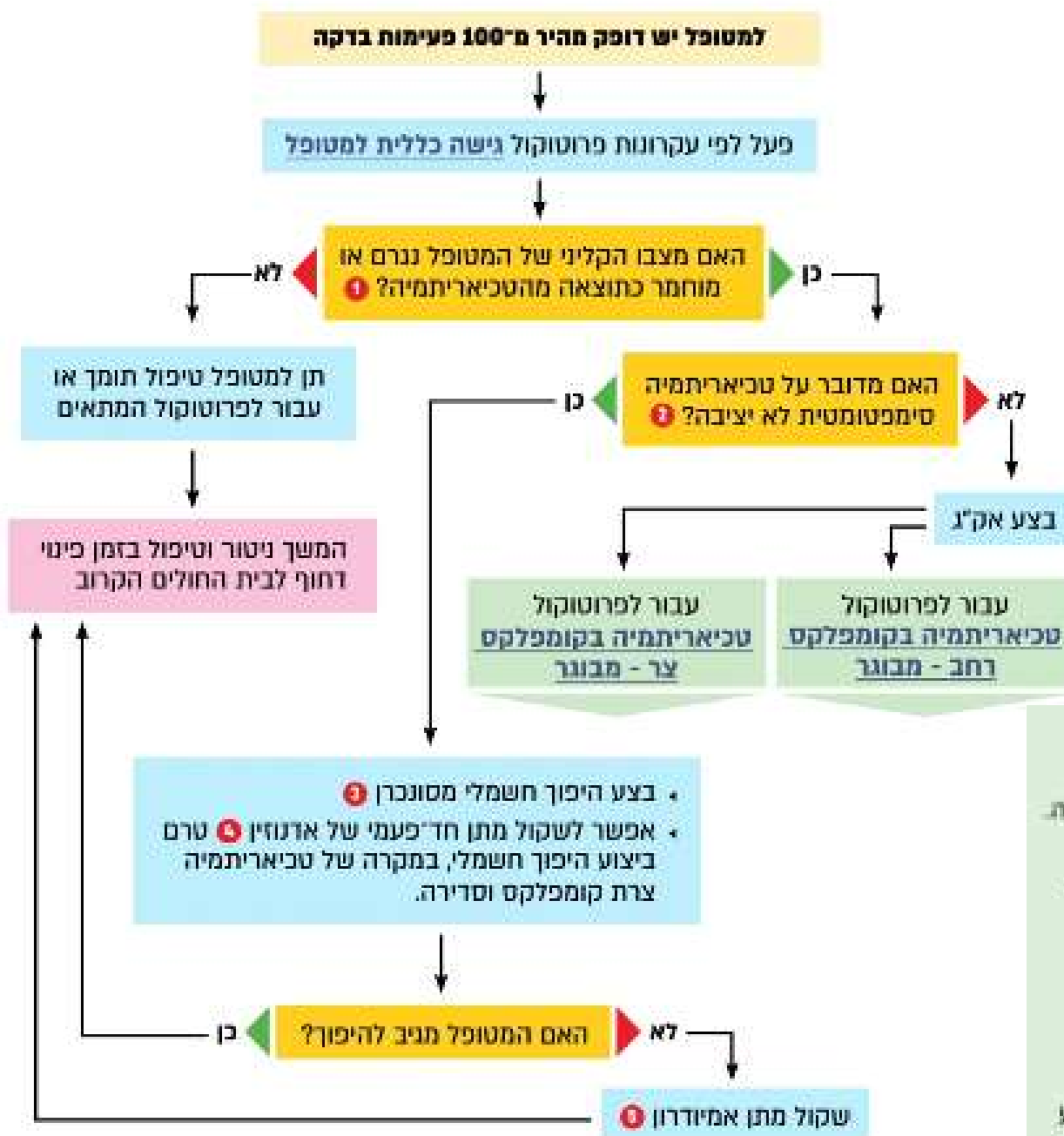
נושאים במצגת

- תזכורת – טאכיאריטמיות
- הפרוטוקול האמריקאי – פשטות
- הפרוטוקול של מד"א - המחייב



JT

VT



היפוך חשמלי מסונכרן

- בצע השריית סדציה למטופל בהכרת.
- בצע עד 3 ניסיונות היפוך רצופים באנרגיה עולה.
- אנרגיה התחלתית – אריתמיה צרת קומפלקס וסדירה – J 50-100.
- J 120-200 – A.FIB.
- אריתמיה רחבת קומפלקס וסדירה – J 100.
- אנרגיה מקסימלית – J 360.
- J 12 LP – 360.
- קורפולס – J 200.
- TDP / בהיעדר יכולת מתן שוק מסונכרן – בצע דיכרילציה.

1 הערכה וטיפול ראשוני

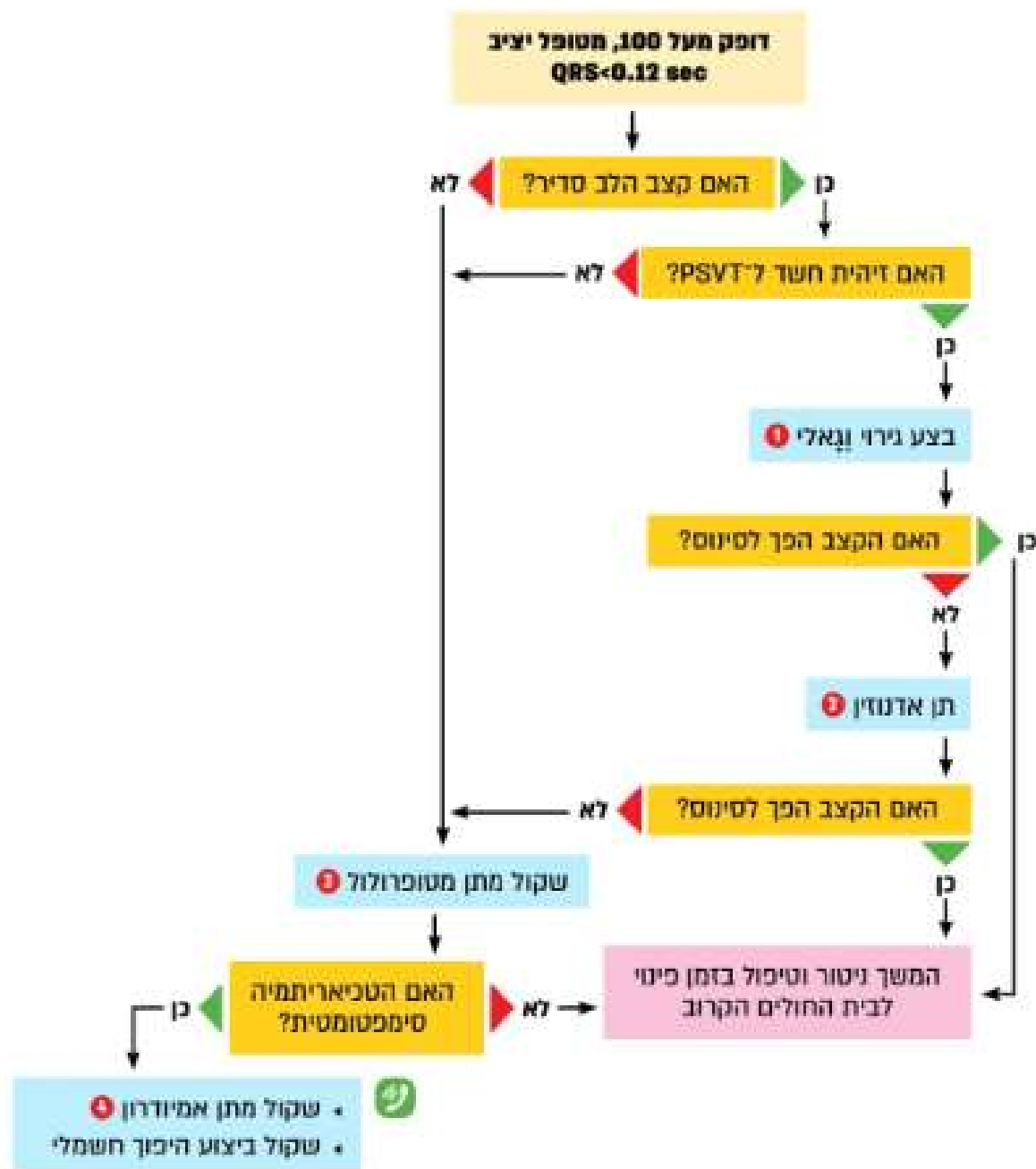
- + ברוב המקרים התסמינים נגרמים או מוחמרים כאשר הקצב עולה על 150 פעימות בדקה.
- + תן חמצן אם המטופל במצוקה נשימתית או שערכי הסטורציה באוויר החדר נמוכים מ־94%.

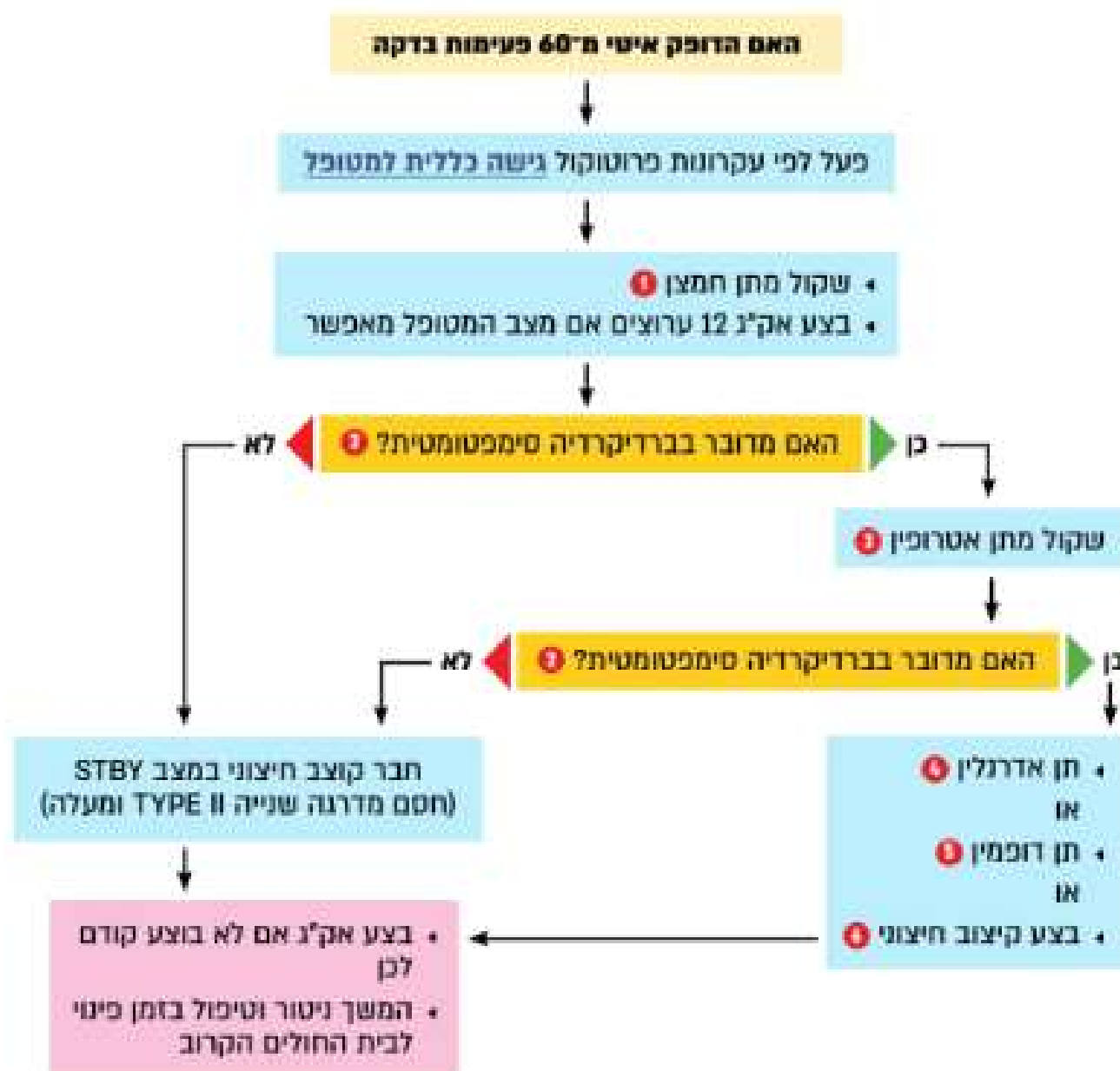
2 טכיאריתמיה סימפטומטית לא יציבה

- + כאבים אנגינוטיים.
- + ירידה במצב ההכרה.
- + לחץ הדם הסיסטולי נמוך מ־90 mmHg או שנראים סימנים המחשידים לשוק.
- + אי־ספיקת לב חריפה או גודש ריאתי.

אבחנה

- + אבחנה מבודלת של טכיאריתמיה בקומפלקס רחב – VT (השכיח ביותר), SVT עם הפרעת הולכה, טכיקרדיה עם פרה־אקסיטציה (WPW), טכיקרדיה חדרית פולימורפית (TORSADE), קוצב לב חדר.
- + אבחנה מבודלת של טכיאריתמיה בקומפלקס צר – פרפור או רפרוף (השכיח ביותר), SVT לסעין, טכיקרדיה עלייתית מולטי־פוקלית (MAT).
- + טכיאריתמיה בקצב נמוך מ־150 בדקה לרוב אינה גורמת לתסמינים קליניים והיא משנית לירידה בפרפוזיה, למעט אצל חולים עם ירידה בתפוקת הלב.





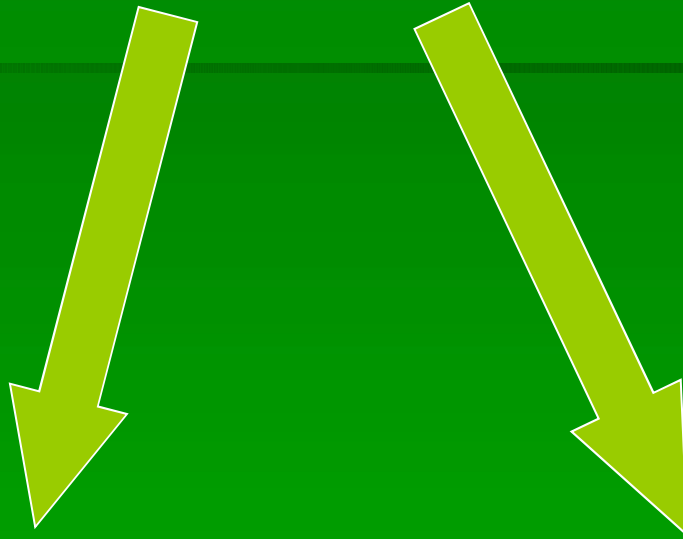
גישה כללית – "התחברות לחולה"

- התרשמות מהירה מ-ABC
- עשה: חמצן, מוניטור, וריד
- בדוק: דופק, ל"ד, סטורציה, אנמנזה ובדיקה פיזיקלית
- חשוב:

- מצב הלב?
- בעיות נפח?
- סימני הלם?
- קצב?



החלט!



יציב

לא יציב

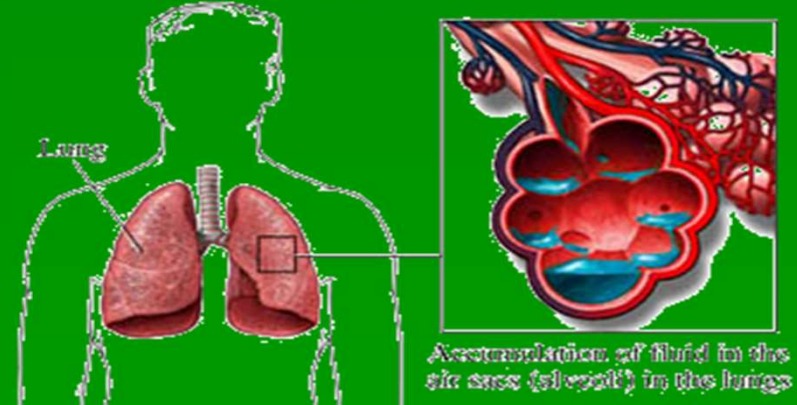
חוסר יציבות

סימנים:

- ירידה בל"ד > 90
- גודש ריאתי
- ירידה במצב הכרה
- סימני הלם
- סימני MI

סימפטומים:

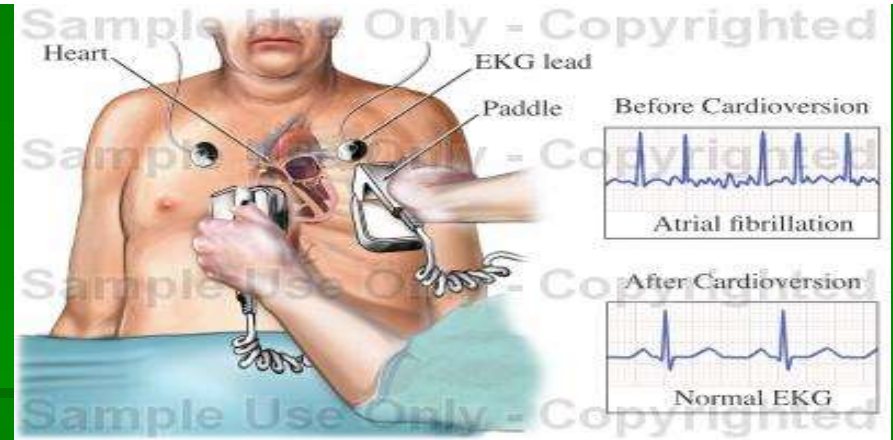
- כאבים אנגינוטיים (לא פלפיטציות)
- קוצר נשימה
- סחרחורת בלבול
- סימפטומים של MI



אבל.....

- האם חוסר היציבות נגרמת בגלל הטאכיקרדיה?
- חפש סיבות אחרות...
- לקצב הנמוך מ-150 סבירות נמוכה לפתח חוסר יציבות

חולה לא יציב



■ היפוך חשמלי:

- הפיכת מקצב לא תקין לסינוס (לא הופכים סינוס טכיקרדיה...)
- מתן שוק בצורה מסונכרנת (שיא גל R)
- אם אין אפשרות לתת שוק מסונכרן תן לא מסונכרן
- רק אדנוזין יכול להקדים שוק אם הטאכיקרדיה מונומורפית וסדירה (אפילו אם רחבה)

הכנת החולה להיפוך

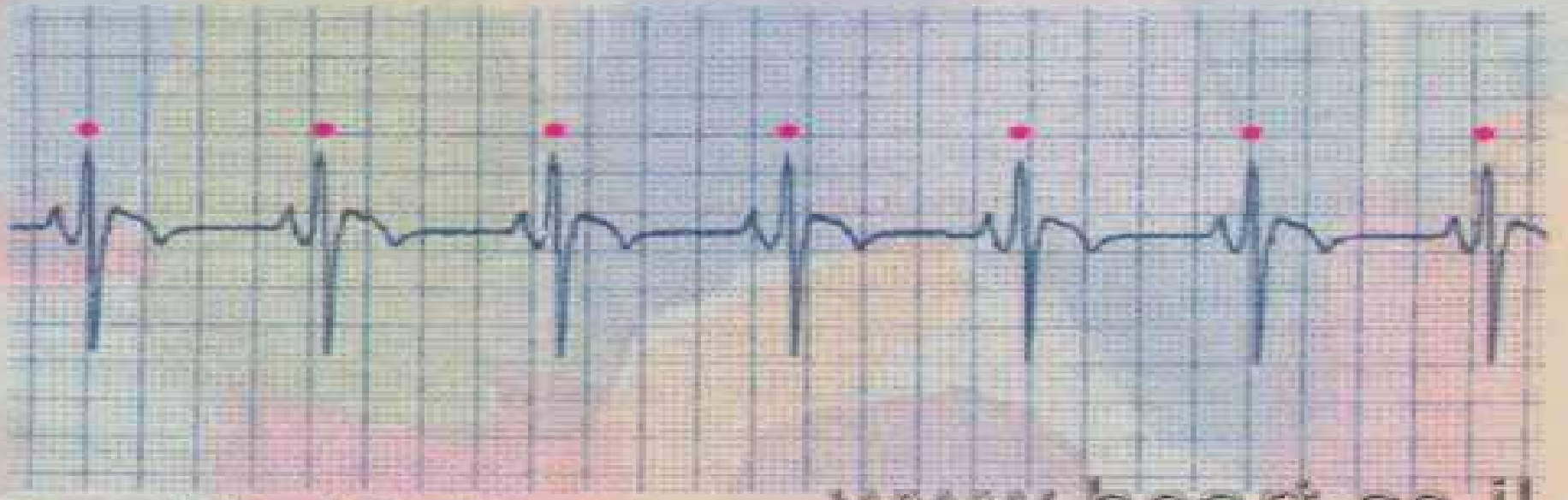


היפוך חשמלי מסונכרן

- + בצע השריית סדציה למטופל בהכרה.
- + בצע עד 3 ניסיונות היפוך רצופים באנרגיה עולה.
- + אנרגיה התחלתית –
 - אריתמיה צרת קומפלקס וסדירה – J 50-100.
 - A.FIB – J 120-200.
 - אריתמיה רחבת קומפלקס וסדירה – J 100.
- + אנרגיה מקסימלית –
 - 12 LP – J 360.
 - קורפולס – J 200.
- + TDP / בהיעדר יכולת מתן שוק מסונכרן – בצע דפיברילציה.

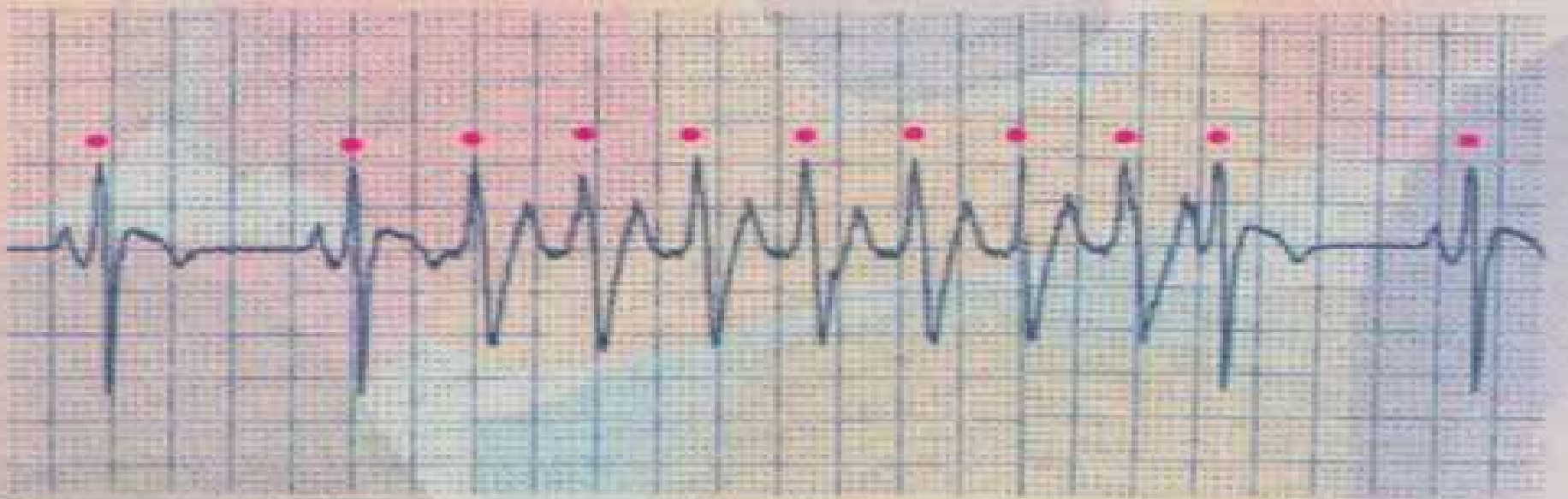


- הסבר קצר (הסכמה?)
- חשיפת בית החזה
- הכנת ציוד להחייאה
- במידת האפשר – סדציה
- הכנת הדפיברילטור:
 - בקורפולס אין צורך
 - כפתור "Sync"
 - כוון עצמה:



Normal Heart Rhythm

www.heart.co.il



Nonsustained VT

טיפול תרופתי – לא יציב



150 מ"ג במשך
10 ד' (מהול
בסליין)

Amiodarone (procor)

- תוך כדי / לאחר ההיפוך
- פעילות אנטיאריטמית רחבה אבל...
- מוריד תפקוד סיסטולי ברמה נמוכה
- אפקט פרואריטמי
- חוסמת תעלות נתרן, אשלגן, סידן. ולכן:
- מתאימה לכל הטאכיקרדיות-
- עלייתיות וחדריות (גם בתוכן – נתרן, גם במעבר לעליות - סידן)
- צמתיות (האטה ב-AVN, גם מסלול אקססורי)

החולה היציב

- קומפלקס צר / רחב?

- מהו המקצב?

- Sinus tach.

- Atrial fib/flat

- WCT

Sinus tach.

■ מטרת הטיפול:

■ מציאת הגורם

■ טיפול בהתאם

WCT

- מה האפשרויות להופעת קומפלקס רחב?

- מקור חדרי

- מקור עלייתי עם הפרעת הולכה

- קוצב

- סימנים מרמזים:

- מחלת לב וגיל (חולה לב = 90% VT)

- הפרעה ידועה

- אק"ג – קומפלקס צר שמתחבא, כוון אחיד של הקומפלקסים ועוד...

- גלים אחידים (מונומורפים) או לא אחידים (פולימורפים)

WCT

- מטרת טיפול:
- היפוך!
- כיצד להפוך?
- לא יציב – חשמלי
- יציב – תרופתי (אדנוזין / אמיודרון/ מגנזיום) או חשמלי

PSVT



■ גירוי ואגלי

■ האטה ו/או זיהוי טוב יותר של ההפרעה

■ ואלסלבה

■ הכנת וריד פתוח ואטרופין למקרה ש..



PSVT (המשך)

6 מ"ג / 12
IV Push

Adenosine / Adenocor

- נמצא תמיד בגוף – אין רגישות
- מטרה – היפוך ו/או זיהוי טוב יותר של הפרעה
- מחזק השפעה של Ach על הלב – מאט SAN, AVN
- $T \frac{1}{2}$ קצר מאוד – ת"ל חולפות מהר
- ת"ל:

■ אסיסטולה למס' שניות

■ ירידה בל"ד

■ סומק בפנים

■ כאבים בחזה

■ סומק בפנים

הכן את
החולה!



Atrial fib/flat

- חולה לא יציב –

- היפוך (חשמלי / כימי – תלוי בזמן)

- חולה יציב וסימפטומטי / פינוי ארוך – מה הסכנה

בהיפוך?

- האטת הקצב החדרי

- היפוך??

- בחולה עם לב תקין – עדיף מטרופולול – שליטה בקצב

- לב חולה – תרופת הבחירה אמiodרון



- ◀ שקול מתן אמiodרון 2

- ◀ שקול ביצוע היפוך חשמלי

- ◀ שקול מתן מגנזיום סולפט 3

Atrial fib/flat (המשך)

2.5-5 מ"ג במשך
2 דקות

- **Metoprolol**
- חוסם קולטני ביטא
- אין לתת לחולה עם לב חולה ידוע/בבדיקה
- יש לבדוק ל"ד לאחר כל מתן
- אסור ב-WPW
- אם ל"ד נופל:
- טרנדלנבורג
- נוזלים
- אם הנ"ל לא עזרו – אדרנלין

עצור וחשוב

- עד כמה נחוצה ההתערבות:
- חולה לא יציב – טיפול אגרסיבי
- חולה יציב – לא לנסות "לתקן" בכל מחיר
- והכי חשוב –

טפל בחולה ולא במוניטור!!!