



بیمارستان معتمدی-واحد آموزش

02334220071-2

جزوه آموزشی سکته قلبی

تهیه کنندگان:

زهراکمالی (سوپروایزر آموزش)

مریم کاشانی (دانشجوی دکتری

پرستاری

سکته قلبی

انفارکتوس میوکارد (MI) یا سکته قلبی فرایندی است که در آن قسمتی از عضله میوکارد به علت قطع یا کاهش جریان خون شریان کرونری، بطور دائمی از بین می رود. این عارضه معمولاً بدنبال انسداد حاد یک شریان کرونر و قطع ناگهانی جریان خون و اکسیژن به عضله قلب ایجاد می شود. قدان جریان خون می تواند به دلیل عوامل مختلف رخ دهد. بدون جریان خون، عضله قلب آسیب دیده و اگر جریان خون به سرعت بازیابی نشود، حمله قلبی می تواند باعث آسیب دائمی قلب و مرگ شود

انواع سکته قلبی

حمله قلبی یا MI ناشی از یکی از انواع بیماری عروق کرونر زیر است:

انفارکتوس میوکارد با افزایش قطعه ST (STEMI)

حمله قلبی STEMI شدید است و نیاز به توجه فوری دارد. این حملات زمانی اتفاق می افتند که سرخرگ کرونر به طور کامل مسدود شده و از رسیدن خون به ناحیه وسیعی از قلب جلوگیری می کند. این باعث آسیب تدریجی به عضله قلب می شود که در نهایت می تواند از عملکرد آن جلوگیری کند.

انفارکتوس میوکارد با افزایش قطعه ST (NSTEMI)

حملات قلبی NSTEMI زمانی رخ می دهد که شریان کرونر تا حدی مسدود شده و جریان خون به شدت محدود شده باشد. در حالی که آنها نسبت به حملات قلبی STEMI کمتر خطرناک هستند، اما می توانند آسیب دائمی ایجاد کنند.

اسپاسم عروق کرونر

به این اسپاسم ها، حملات قلبی خاموش یا آنژین ناپایدار نیز گفته می شود و زمانی اتفاق می افتند که شریان های متصل به قلب منقبض می شوند و از جریان خون به قلب جلوگیری کرده یا آن را محدود می کنند. علائم آسیب دائمی ایجاد نمی کنند و نسبت به سایر انواع بیماری های عروق کرونر شدت کمتری دارند.

ممکن است اسپاسم عروق کرونر با یک بیماری جزئی مانند سوءهاضمه اشتباه گرفته شود؛ با این حال، داشتن اسپاسم عروق کرونر می تواند خطر ابتلا به حمله قلبی شدیدتر را افزایش دهد.

تشخیص

1. سابقه و علائم

پزشک از شما در مورد علائمی که تجربه کرده‌اید می‌پرسد. او همچنین ممکن است از کسی که با شما بوده بخواهد اتفاقی که افتاده را شرح دهد.

2. آزمایش‌های خون

در طول حمله قلبی، آسیب به سلول‌های ماهیچه قلب تقریباً همیشه باعث می‌شود که یک نشانگر شیمیایی به نام تروپونین قلبی (Troponin)، در جریان خون ظاهر شود. آزمایش‌های خونی که به دنبال این نشانگر هستند، از مطمئن‌ترین روش‌ها برای تشخیص حمله قلبی هستند.

3. الکتروکاردیوگرام (EKG) یا (ECG)

این یکی از اولین آزمایشاتی است که هنگام مراجعه به اورژانس با علائم حمله قلبی انجام می‌دهید.

4. اکوکاردیوگرام

با استفاده از سونوگرافی (امواج صوتی با فرکانس بالا)، اکوکاردیوگرام تصویری از داخل و خارج قلب شما ایجاد می‌کند.

5. آنژیوگرافی

آنژیوگرافی با کاتتریزاسیون کرونر برای بررسی مسائل مربوط به انسداد در شریان‌ها، نواحی با جریان خون کم یا بدون جریان خون را نشان می‌دهد.

6. اسکن توموگرافی کامپیوتری قلب (CT)

این اسکن، تصویری بسیار دقیق از قلب شما ایجاد می‌کند.

7. MRI قلب

این آزمایش از یک میدان مغناطیسی قدرتمند و پردازش کامپیوتری برای ایجاد تصویری از قلب استفاده می‌کند.

8. اسکن هسته‌ای قلب

مشابه آنژیوگرافی، این اسکن‌ها از رنگ رادیواکتیو تزریق شده به خون شما استفاده می‌کنند. چیزی که آنها را از آنژیوگرام متمایز می‌کند این است که از روش‌های پیشرفته کامپیوتری مانند توموگرافی کامپیوتری (CT) یا توموگرافی گسیل پوزیترون (PET) استفاده می‌کنند.

علل

- اسپاسم عروق کرونر
- برخی از مشکلات نادر قلب: هر بیماری که باعث تنگ شدن غیرمعمول عروق خونی شود.
- تروما: شامل پارگی عروق کرونر
- انسدادی که از جای دیگری در بدن ایجاد شده باشد: لخته خون یا حباب هوا (آمبولی) که در یک شریان کرونر به دام می‌افتد.
- عدم تعادل الکترولیت
- اختلالات خوردن: با گذشت زمان، اینها می‌توانند به قلب شما آسیب بزنند و در نهایت منجر به حمله قلبی شوند.
- تاکوتسوبو یا کاردیومیوپاتی استرسی.
- عروق کرونر غیرعادی: یک نقص مادرزادی قلبی است که موجب می‌شود شریان‌های کرونر در موقعیت‌های متفاوتی نسبت به حالت طبیعی در بدن شما قرار بگیرند و فشرده‌سازی آنها باعث حمله قلبی می‌شود.
- مصرف کوکائین که می‌تواند باعث ایجاد اسپاسم در عروق کرونر شود.
- عوارض جراحی قلب

علائم

اولین علامت MI دردهای جلو سینه ای است که در ۸۰٪ بیماران وجود دارد. این درد به گردن، دست چپ و راست، پشت و حتی فک تحتانی انتشار می‌یابد. این درد بسیار زیاد است بطوریکه بیماران این درد را شدیدترین درد دوران عمر خود بیان می‌کنند و طبق تجربه بیماران، این درد حتی از درد شکستگی استخوان نیز شدیدتر است. این درد در مقایسه با درد آنژین صدری با مصرف قرص زیر زبانی TNG و استراحت رفع نشده و مدت آن بیشتر از ۱۵-۳۰ دقیقه می‌باشد. به همراه درد، علائم تنگی نفس، تعریق، تهوع و استفراغ و ضعف نیز وجود دارد.

تنگی نفس یکی از علائم شایع MI در افراد سالمند و دیابتی می‌باشد. نشانه‌هایی مثل عرق سرد بر پیشانی، اندامها و کف دستها ایجاد می‌شود که بعلت ترشح کاتکول آمینها بوده و باعث ترشح غدد عرق می‌شوند. بیمار رنگ پریده و بیقرار می‌باشد. ترس شدید از مرگ دارد. پوزیشن خود را مرتباً تغییر می‌دهد. دست خود

را مشت کرده به سینه چپ می فشارد که این علامت با نام علامت لووین LEVIN SIGN ، علامت اختصاصی MI می باشد.

در معاینه فیزیکی، بیمار ظاهر مضطرب داشته و تعریق شدید دارد. در سمع قلب صدای اول S1 معمولاً ضعیف است ممکن است صدای S3 و S4 شنیده شود. توجه به وجود صدای S3 مهم است؛ زیرا نشانه نارسایی قلب بدنبال MI است. در سمع ریه ممکن است رال شنیده شود. سایر علایم شوک مانند نبض تند و ضعیف، آلیگوری و کاهش هوشیاری نیز ممکن است ایجاد شود.

عوامل تشدید کننده

- 1- سن بالای 60 سال
- 2- استرس
- 3- فشار خون بالا یا هر نوع بیماری قلبی
- 4- چاقی
- 5- استعمال دخانیات
- 6- خستگی و کار زیاد

درمان

1 باید توجه داشت که ۴۸ ساعت اول بعد از MI خصوصاً ۲ ساعت اول، بحرانی ترین زمان برای بیمار است. شوک کاردیوژنیک و آریتمی های قلبی شایعترین علت مرگ در این مرحله زمانی می باشد. اهداف درمانی MI در جهت کاهش اندازه ناحیه MI ، کاهش نیاز میوکارد به اکسیژن از طریق کاهش کار قلب و عرضه اکسیژن به قلب از طریق افزایش جریان خون می باشد.

اقدامات درمانی و مراقبتی روتین برای بیمار مبتلا به MI حاد در بخش CCU شامل موارد زیر می باشد:

۱ - **گرفتن خط وریدی:** معمولا سرم DWS% به میزان ۵-۱۰ قطره در دقیقه استفاده می شود. در بیماران دیابتی سرم ۳/۳، ۱/۳، ۲/۱ استفاده می شود. در این موارد باید متوجه افزایش حجم و نارسایی قلب بود. در MI بطن راست که هیپوتانسیون شایع است تجویز مایعات باید مورد توجه قرار گیرد.

۲ - **تسکین درد:** این کار بر اقدامات دیگر مقدم است؛ زیرا ادامه درد نشانه تداوم در پیشرفت MI می باشد. جهت کاهش درد، اکسیژن و داروهای مسکن تجویز می شود. بهترین داروی مسکن مورفین است. در موارد هایپوتانسیون، برادیکاری و اختلالات جدی تنفسی، مورفین استفاده نشده و از پتدین استفاده می شود. باید توجه داشت که هیچ دارویی در بیمار MI از طریق عضلانی تزریق نمی شود؛ چون باعث بالا رفتن کاذب آنزیم های قلبی می شود. در ضمن از سرم TNG داخل وریدی جهت تسکین درد در مرحله حاد MI استفاده می شود. این محلول تا ۲۴-۴۸ ساعت ادامه می یابد. در هنگام دریافت سرم TNG کنترل مکرر فشار خون حین انفوزیون سرم TNG ضروریست.

۳ - **تجویز اکسیژن:** تجویز اکسیژن هر چند کم در بیماران مبتلا به MI اهمیت زیادی دارد. تجویز O2 با ماسک مؤثرتر است. شواهدی در دست است که تجویز ۲-۶ لیتر O2 می تواند باعث کاهش وسعت ناحیه MI شود.

۴ - **مونیتورینگ قلبی:** بیشتر از لید MCL1 و D2 برای بررسی ریتم قلبی استفاده می شود. حدود ۹۰٪ بیماران بعد از MI دچار آریتمی می شوند که اگر زود تشخیص داده شود میزان مرگ و میر آنها به میزان زیادی کاهش می یابد.

۵ - **کنترل علائم حیاتی:** علائم حیاتی بیمار باید هر ۱۵ دقیقه در ساعت اول و سپس هر ۱ ساعت تا ثابت شدن وضعیت بیمار و در نهایت هر ۴ ساعت کنترل و چارت شود.

۶ - **گرفتن نوار قلب ECG:** باید روزانه گرفته شود در صورت داشتن درد و آریتمی تکرار شود.

۷ - **انجام آزمایشات روتین:** کنترل آنزیمهای خون CPK ، SGOT و LDH در زمان پذیرش و روزانه، کنترل CBC و ESR ، کنترل قند خون ، BUN ، Cr ، اسید اوریک ، TG و ch در زمان بستری بیمار انجام می گیرد.

۸ - **استراحت:** یکی از مهمترین راه های بهبود عضله قلب که از مراقبتهای اساسی در بیماران مبتلا به MI می باشد، این است که از هرگونه حرکت و فعالیت بی مورد بیمار خودداری شود. وضعیت نیمه نشسته در روزهای بعد از MI مناسب تر است؛ زیرا سبب کاهش تنگی نفس و درد سینه و نیز باعث افزایش حجم جاری ریه می شود. چون فشار محتوای شکم را روی دیافراگم کاهش داده، درناژ قسمت فوقانی ریه بهتر و آسانتر انجام شده، بازگشت خون وریدی کاهش یافته و در نهایت باعث کاهش کار قلب می شود.

۹- رژیم غذایی: بیماران غالباً در ۶-۸ ساعت اول NPO می مانند. زیرا بعلت بیماری و دریافت مورفین تهوع و استفراغ دارند. بعد از این مدت مایعات در حد تحمل داده می شود. رژیم غذایی بصورت نرم باشد تا نیاز به جویدن را کم کند. همچنین غذا باید دارای کالری کمتر از حد معمول باشد تا کار عضله قلب کاهش یابد. بهتر است تغذیه در وعده های متعدد انجام شود.

۱۰- کنترل جذب و دفع: با کنترل جذب و دفع وضعیت برون ده قلب را می توانیم بررسی کنیم. اگر میزان دفع کمتر از جذب باشد نشانه کاهش برون ده قلبی و نارسایی قلب می باشد که خود می تواند مقدمه شروع شوک کاردیوژنیک باشد.

۱۱- داروهای آرامبخش: این داروها به کاهش ترس و اضطراب آنها کمک می کنند و از بروز [افسردگی](#) بدنبال MI جلوگیری می کنند. از بین این داروها دیازپام و اکسازپام بیشترین مصرف را دارند.

۱۲- دارو درمانی: برای جلوگیری از بروز عوارض، ترومبو آمبولی تجویز می شوند. هپارین بصورت انفوزیون مداوم با کنترل PTT تجویز می شود. هدف از تجویز هپارین رساندن PTT به ۵-۱۷ برابر حد طبیعی است. درمان با هپارین وریدی ۵-۷ روز ادامه می یابد. همچنین داروهایی نظیر لیدوکائین، کاپتوپریل، بتابلوکر، کلسیم بلوکر، [سولفات منیزیم](#)، و ترکیب گلوکز انسولین پتاسیم (GIK) نیز استفاده می شود. اقدام درمانی اورژانس MI تجویز داروی ترومبولیتیک یا حل کننده لخته استریتوکیناز می باشد که در مراحل اولیه MI کاربرد دارد. هدف از تجویز این دارو، حل کردن هرگونه لخته موجود در شریان کرونر، کاهش میزان انسداد و کاهش وسعت MI است. همچنین این دارو از بروز [نارسایی قلبی](#) و شوک کاردیوژنیک جلوگیری می کند و در موارد MI قدامی مؤثرتر می باشد. تا ۶ ساعت بعد از MI زمان برای شروع مصرف دارد اما بهترین اثر را در ۳ ساعت اول بعد از MI دارد. بطوریکه در مورد بازتوانی بعد از MI، بیمار را در هر وضعیتی از نظر بروز درد قفسه سینه، تنگی نفس، ضعف و خستگی، افزایش ضریان قلب بیش از ۱۲۰ ضریان در دقیقه، کاهش BR، آریتمی و تغییرات EKG تحت نظر داشته و در صورت بروز هرکدام از این حالت فعالیت بدنی را فوراً متوقف کرده و بیمار را CBR می کنیم

فرایند پرستاری

فرایند پرستاری در سکته قلبی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زیرا اجرای اصولی 5 مرحله **فرایند پرستاری** در زمانی کوتاه می تواند باعث نجات جان بیمار شود.

بررسی و شناخت (مرحله اول فرایند پرستاری در سکته قلبی)

بررسی پرستاری در انفارکتوس میوکارد شامل شناسایی منظم نیازهای بیمار و تعیین کردن اولویت های نیاز آنان می باشد.

بررسی سیستماتیک شامل یک تاریخچه دقیق و توجه خاص به علائمی مانند درد یا ناراحتی قفسه سینه که با استراحت یا نیتروگلیسرین برطرف نمی شود و ممکن است ساعت ها طول بکشد، دردی که به طرف بازوها، گردن، فک، صورت، پشت و یا معده کشیده شود و حالت پیش روند داشته باشد، اشکال در تنفس (دیس پنه)، تپش قلب، ضعف و خستگی غیرعادی و بی دلیل، تعریق (دیافورزیس)، وجود علامت لووین، سرگیجه، اضطراب، رنگ پریدگی مورد ارزیابی قرار گیرد.

همچنین تهوع و استفراغ (به دلیل تحریک عصب سمپاتیک)، هایپرتنشن (به علت افزایش آدرنالین و کاتکول آمین ها)، هایپوتنشن (ناشی از کم شدن قدرت انقباض پذیری شوک کاردیوژنیک یا داروها)، کاهش برون ده ادراری (نشان دهنده شوک کاردیوژنیک) و تشویش و احساس مرگ قریب الوقوع می باشد؛ هر علامت باید با در نظر گرفتن زمان شروع، مدت و عوامل به وجود آورنده و رفع کننده آن مورد ارزیابی قرار گیرد.

بررسی فیزیکی دقیق و کامل در تعیین عوارض مهم است و هرگونه تغییر در وضعیت بیمار فوراً گزارش می شود.

بررسی تغییرات ECG بیمار: تغییرات ECG معمولاً ۲ الی ۱۲ ساعت بعد از MI در ۹۰ درصد بیماران مبتلا دیده می شود؛ نظیر معکوس شدن موج T، بالا رفتن قطعه ی ST و تغییرات موج Q

بررسی آنزیم های قلبی نظیر CPK، میوگلوبین، تروپونین I، تغییرات CBC، تغییرات AST

تشخیص های پرستاری در سکته قلبی:

ناراحتی و درد قفسه سینه در ارتباط با ایسکمی میوکارد ناشی از انسداد کرونر

اختلال در پرفیوژن بافتی در ارتباط با کاهش برون ده قلبی

اختلال بالقوه الگوی تنفسی در ارتباط با افزایش حجم مایعات

اضطراب به دلیل ترس از مرگ زودرس یا اضطراب مرگ

اختلال در آرامش به دلیل تهوع و استفراغ در ارتباط با تحریک عصب سمپاتیک حین درد، اضطراب و درمان های دارویی

یبوست در رابطه با مصرف نارکوتیک‌ها، کاهش فعالیت و تغییر در نوع تغذیه
اختلال در الگوی خواب در رابطه با نارسایی پمپاژ خون
اختلال در تحرک بدنی در ارتباط با ضعف عضله میوکارد و کاهش برون ده قلبی (CO)
اختلال در مراقبت از خود در ارتباط با ناآگاهی یا انکار تشخیص انفارکتوس میوکارد
اهداف:

شروع مراقبت فوری

تعیین نوع (STE) MI یا (NSTE)

کاهش درد

شروع درمان موفق در درد حاد و حفظ پرفیوژن مجدد میوکارد

پیشگیری از عوارض

پیشگیری از نارسایی قلبی و ری مادلینگ

بازتوانی و آموزش به بیمار و وابستگان او

اقدامات پرستاری هر تشخیص:

ناراحتی و درد قفسه سینه در ارتباط با ایسکمی میوکارد ناشی از انسداد کرونر

–قرار دادن بیمار در پوزیشن نشسته

–مراقبت در یک محیط آرام و راحت به دور از تنش و فشار روانی

–آموزش در مورد داروهای مصرفی و عوارض آن‌ها

–استفاده از مورفین که ضد دردی خیلی قوی، آرامبخش و ضد اضطراب است و همچنین باعث گشادی شریان و ورید می‌شود (منع مصرف در این آیه به بطن راست).

اختلال در پرفیوژن بافتی در ارتباط با کاهش برون ده قلبی

–استراحت مطلق

–کاهش فعالیت بیمار

–بررسی مداوم پوست، پرشدگی مجدد کاپیلاری و سطح هوشیاری بیمار

–بررسی علائم حیاتی هر ۴ ساعت یک بار

–بررسی بیمار از نظر اختلالات رفتاری (چون کاهش خونرسانی به مغز این علائم را ایجاد می‌کند)

اختلال بالقوه الگوی تنفسی در ارتباط با افزایش حجم مایعات

–کنترل همه جانبه وضعیت ریه از نظر ریت تنفسی، عمق تنفس، سمع صداهای غیر طبیعی رال و ویزینگ

-تغییر پوزیشن بیمار که در رابطه با این تشخیص، پوزیشن نیمه نشسته توصیه می‌شود؛ چون بازگشت عروقی به قبل را کاهش داده، بار کاری قلب کم شده و به پاکسازی مؤثر راه هوایی کمک می‌کند.
-تشویق بیمار به انجام تنفس عمیق و سرفه جهت خروج خلط و همچنین در صورت لزوم اکسیژن تراپی ۲ تا ۳ لیتر انجام شود.

اضطراب به دلیل ترس از مرگ زودرس یا اضطراب مرگ

-برقراری یک رابطه مناسب و درمانی با بیمار
-استفاده از مشاوره‌های مذهبی - معنوی با در نظر گرفتن اعتقادات بیمار
-استفاده از روانشناس و ارجاع بیمار به آن‌ها
-اجازه دهیم که بیمار عقاید و نظرات خود را بیان کند، این کار می‌تواند در حضور یک روان پرستاری انجام و بیمار تشویق به بیان احساسات شود.

اختلال در آرامش به دلیل تهوع و استفراغ در ارتباط با تحریک عصب سمپاتیک حین درد، اضطراب و درمان‌های دارویی

-تسکین درد بیمار
-فراهم‌سازی محیط ساکت و آرام برای بیمار
-آموزش به بیمار که در هنگام بروز تهوع و استفراغ به آرامی نفس بکشد و تا زمان برطرف شدن از تغذیه اجتناب شود.
-مواد غذایی به مقدار کم و با دفعات زیاد به بیمار داده شود.

یبوست در رابطه با مصرف نارکوتیک‌ها، کاهش فعالیت و تغییر در نوع تغذیه

-طبق دستور پزشک برای بیمار ملین تجویز شود.
-رژیم غذایی پرفیبر باشد (استفاده از سبزیجات).
-بیمار تشویق شود تا در هنگام دفع آرامش خود را حفظ کند و از انجام مانور والسالوا پرهیزد.

اختلال در الگوی خواب در رابطه با نارسایی پمپاژ خون

-کاهش کاهش اضطراب بیمار
-استفاده از روش‌های آرام‌سازی جهت تسکین اضطراب بیمار
-اجتناب از خوابیدن طولانی مدت در روز
-تشویق بیمار به مصرف نوشیدنی گرم قبل از خواب
-تشویق بیمار به تخلیه مثانه قبل از خواب

اختلال در تحرک بدنی در ارتباط با ضعف عضله میوکارد و کاهش برون ده قلبی (CO)

-سر و صداها و فعالیت‌های محیطی بیمار به حداقل رسانده شود.
-مراقبت‌های پرستاری باید طوری برنامه‌ریزی شود که استراحت بیمار را برهم نزنند.
-در صورت نیاز به افزایش فعالیت بیمار، فعالیت‌ها به تدریج زیاد شود.
-در صورت پیشرفت نمودن علائم و نشانه‌های عدم تحمل فعالیت، با پزشک مشورت شود.

اختلال در مراقبت از خود در ارتباط با نا آگاهی یا انکار تشخیص انفارکتوس میوکارد

-آموزش به بیمار در مورد فرایند بیماری و نحوه‌ی صحیح مراقبت از خود و مصرف داروها
-اطلاعات کافی و مناسب در مورد روش‌های درمانی، جراحی و نتایج حاصل از آن‌ها در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار داده شود.

ارزشیابی (مرحله آخر فرایند پرستاری سکته قلبی)

-درد بیمار تسکین یافته است.
-نشانه‌ای از اشکال تنفسی و قلبی مشاهده نمی‌شود، یا بیمار وضعیت متعادل قلبی و ریوی را نشان می‌دهد.

-خون‌رسانی کافی بافت حفظ شده است.

-اضطراب کاهش یافته است.

-بیمار برنامه خودمراقبتی را رعایت می‌کند.

-از بروز عوارض جلوگیری می‌شود.

آموزش مراقبت در منزل در بیمار سکته قلبی:

نکات قابل توجه:

طبق تجویز پزشک دارو را مصرف کند و بدون مشورت با پزشک خود مصرف دارو را قطع نکرده و آن‌ها را تغییر ندهد.

یک برنامه دارویی داشته باشد و هر روز در همان زمان داروهای خود را مصرف کند.

قبل از مصرف هر داروی جدیدی اول با پزشک یا دارؤساز صحبت کند زیرا بعضی از این داروها ممکن است بر روی داروهای نارسایی قلبی تأثیر داشته باشند و سبب اثرات جانبی شوند.

اگر فراموش کرد یک نوبت از دارو را مصرف کند، فقط نوبت بعدی را مصرف کند و در یک نوبت از مصرف دو برابر دوز دارو اجتناب کند.

داروهای خود را در ماشین نگذارد زیرا ممکن است در معرض سرما یا گرمای خیلی زیاد قرار گیرد.

بعضی از افراد ممکن است احساس کنند با مصرف بعضی از داروها وضعیت بدتری پیدا کرده‌اند اما اغلب برای اینکه بدن خودش را با اثرات داروها تطبیق دهد، به مقداری زمان گاهی تا چند هفته نیاز دارد؛ اما بعد از این مدت نشانه‌ها کم کم از بین رفته و بیمار احساس بهتری پیدا می‌کند.

پیشگیری از بروز مجدد و اصلاح سبک زندگی:

از مصرف زیاد نمک زیاد پرهیز شود.

فعالیت بدنی افزایش یابد و برای ورزش مداوم و منظم برنامه‌ریزی شود.

از پرخوری و مصرف غذاهای پرچرب و خودداری شود.

از مصرف دخانیات و الکل و اجتناب کند و در صورت مصرف دخانیات هر چه سریعتر برای ترک برنامه‌ریزی شود.

بهبود محل سکونت

آموزش در رابطه با عوم توانایی در مسائل جنسی:

جهت کمتر شدن مشکلات و داشتن ارتباطات جنسی رضایت بخش‌تر در عین اینکه قلب کار کمتری را انجام دهد و فشار کمتری به قلب وارد شود، اقدامات زیر مفید می‌باشد:

روابط جنسی باید در محیطی معمولی و آرام باشد و محیط‌های ناآشنا و عجیب استرس فردی می‌افزاید. باید درجه حرارت اتاق در حین انجام روابط مناسب باشد و درجه حرارت زیاد گرم و زیاد سرد نباشد. اگر قبل از انجام، فعالیت ورزشی داشته باشد به آمادگی بیشتر کمک خواهد کرد.

پوزیشن برای انجام اعمال جنسی حائز اهمیت است؛ بهتر است راحت و شل باشد تا دچار تنگی نفس نشود و برای جلوگیری از تنگی نفس توصیه می‌شود از هر پوزیشن که بیمار احساس رضایت و راحتی می‌کند استفاده کند.

انجام مسائل جنسی فشاری روی قلب ندارد و انجام آن بستگی به طرف مقابل و رضایت دو جانبه دارد. استراحت قبل از مسائل جنسی سودمند است و صبح بعد از خواب بهترین زمان است.

قبل از فعالیت جنسی نوشابه‌های الکلی مصرف نکند و حداقل ۲ تا ۳ ساعت بعد از مصرف الکل و غذای سنگین فعالیت جنسی داشته باشد.

در صورت دوش گرفتن قبل و بعد از فعالیت جنسی، باید درجه حرارت آب متوسط باشد زیرا باعث کاهش فشار خون می‌گردد.

راهنمای ورزش و فعالیت جسمانی:

بهترین ورزش برای قلب ورزش استقامت بدن را افزایش دهد. ورزش‌هایی استقامت بدن را زیاد می‌کنند که، در آن‌ها حرکات بدنی به طور پیاپی برای مدتی ادامه داشته باشند؛ مثل راه رفتن سریع، دویدن، شنا، دوچرخه سواری و... حرکات موزون و ملایم بهترین نوع ورزش هستند مانند دوچرخه سواری، شنا و راهپیمایی. توصیه‌های لازم به بیمار مبتلا به بیماری زمینه‌ساز یا بیماری قلبی - عروقی جهت ورزش و فعالیت جسمانی موارد زیر است:

سعی کنید فعالیت بدنی جزئی از زندگی روزانه باشد.

باید به خاطر داشت کم تحرکی از عوامل مؤثر در ابتلا به بیماری قلبی است.

ورزش باید به آرامی شروع شود و به تدریج افزایش یابد.

به اندازه‌ای ورزش کند که احساس خستگی مطبوعی به وجود آید نه به اندازه‌ای که از پا بیافتد. همیشه قبل از شروع ورزش خود را با حرکات ورزشی ملایم و نرمش گرم کند. برای خاتمه‌ی ورزش به طور ناگهانی ورزش را تمام نکند. تا یک ساعت بعد از صرف غذا و ورزش را شروع نکند. درد عضلات در حین ورزش را نادیده نگیرد؛ در واقع بدن می‌گوید که ورزش کافی است. بهتر است حداقل هفته‌ای سه روز و روزانه ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی انجام شود.

منبع :

کتاب جامع مراقبت های پرستاری ویژه در بخش های CCU ، ICU ، دیالیز تالیف: محمدرضا عسگری