

عنوان خط مشی و روش :

شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخشهای بستری

کد خط مشی: PPC 10-03	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰
حوزه تولید: پرستاری	تعداد صفحه ها: ۸	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶
هدایت کننده: پزشک معالج/سرپرستار/مسئول شیفت		تاریخ بازبینی بعدی: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

بیانیه و سیاست:

انتظار هر بیمار درمان درست اختلالی است که برای وی پدید آمده است. به روز بودن و نیز مطالعه مستمر شرط و جزء اصول اخلاقی در علم پزشکی است. پرستاری و بخصوص مراقبت های ویژه پرستاری به دلیل جایگاه حساس در مراقبت و درمان نیازمند این سطح از یادگیری می باشد. بیماران اورژانسی شامل بیماران قلبی، ریوی، بیماران مبتلا به ضایعات مغزی و همچنین بیمارانی که بر اثر عوامل گوناگون دچار ناپایداری در وضعیت همودینامیک می شوند جزء بیماران بد حال هستند که تنها به کمک تیم درمانی مجرب می توان جان این بیماران را نجات داد. ارزیابی بیماران بد حال توسط پرستار به چند عامل بستگی دارد که شامل شدت علائم بیمار، وجود عوارض خطرناک و می باشد. یک بیمار واقعا بد حال که در بخش ویژه بستری می شود نیازمند یک ارزیابی متفاوت از فردی است که در حال معاینه برای یک وضعیت تثبیت شده و مزمن است. اولویت های ارزیابی بر طبق نیازهای بیمار متفاوت است بطور مثال ارزیابی پرستار بخش ویژه از بیمار مشکوک به سندرم حاد کرونری (ACS) و پارگی پلاک آتروم در کرونر های مبتلا نسبت به سایر بیمارها سریعتر است. تشخیص و درمان باید طی چند دقیقه بعد از ورود بیمار شروع شود و ارزیابی باید بطور مداوم بوده و بر ارزیابی عوارضی مثل دیس ریتمی و نارسایی قلبی و ارزشیابی تاثیر درمانهای طبی تمرکز داشته باشد. از این روش اجرایی جهت شناسایی بیمار بد حال در مرکز قلب و عروق شهید رجایی استفاده می شود.

دامنه کاربرد:

کلیه بخشها و واحدها

تعریف واژگان و کلمات کلیدی:

ACS: ACUTE CORONARY SYNDROME

MI: MYOCARDIAL INFARCTION

HYPOKINESIA/ A kinesis / Dyskinesia/aneurysm : کاهش حرکات عضلات قلبی:

VT: VENTIIRCULAR TACYCARDIA

VF: VENTIIRCULAR FIBRILATION

فرد پاسخگو:

پزشک/دستیار معالج

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

دستیار ارشد و پزشک معالج مسئول شناسایی و پایش بیماران بد حال و اورژانسی هستند . سوپروایزر بالین مسئول نظارت بر اجرای مراقبتهای صحیح پرستاری در این بیماران هستند.

شیوه انجام کار:

۱. ابتدا بیمار ارزیابی شده و یک خط پایه برای بیمار تعیین شود و با اولویت بندی نیاز ها اقدامات درمانی بهتری صورت گیرد.(مثلا آیا بستری قبلی داشته است ؟ آیا قبلا عمل جراحی قلب داشته است ؟ سابقه مصرف دارویی داشته یا خیر؟)
- ۱.۱. ارزیابی سیستماتیک شامل تاریخچه دقیق بخصوص که مربوط به علائم بیماری باشد. مثل درد یا ناراحتی قفسه سینه، اشکال در تنفس، تپش قلب، خستگی غیر معمول، سنکوپ، تعریق شدید، که همه علائم به زمان بروز و مدت عامل تشدید یا خفیف بستگی دارد در صورت وجود هر کدام از علائم بلافاصله در هر ساعت از شبانه روز به پزشک یا دستیار معالج اطلاع رسانی می شود.
- ۱.۲. ارزیابی ریتم قلبی بیمار در ابتدا به طور مداوم انجام شده و تغییرات ریتم به پزشک یا دستیار معالج اطلاع رسانی می شود.
- ۱.۳. بیمار از نظر وجود آریتمی VT یا VF توسط پرستار بصورت مداوم مانیتور می شود.
- ۱.۴. ارزیابی علائم بیمار توسط پرستار انجام و تاثیر اقدامات درمانی ثبت و گزارش می شود.
- ۱.۵. بررسی وضعیت جسمی دقیق و کامل توسط پرستار انجام می شود و در فلوچارت ثبت گزارش می شود .
۲. برقراری خط وریدی برای هر بیمار بد حال توسط پرستارانجام شده تا امکان تجویز داروهای فوری وجود داشته باشد.
- ۲.۱. بعد از تثبیت وضعیت بیمار خطوط وریدی با هیپارین لاک میشود تا همچنان دسترسی به عروق باقی بماند.

۲,۲. تشخیص های پرستاری عبارتند از : پرفیوژن غیر موثر بافت قلبی مربوط به کاهش جریان خون کرونر به علت ترومبوز کرونر و پلاک آترو اسکروتیک ،خطر اختلال حجم مایع در بیماران نارسایی قلب ،خطر پرفیوژن غیر موثر بافت محیطی بعلت کاهش برون ده قلبی در اثر اختلال عملکرد بطن چپ اضطراب ،مرگ.

۳. ارزیابی سابقه خانوادگی

۳,۱. سابقه خانوادگی مرگ ناگهانی بررسی می شود.

۳,۲. سابقه ابتلا به بیماریهای عصبی عضلانی بررسی می شود

۳,۳. ارزیابی علائم و نشانه های هایپر لیپیدمی و غیره مورد بررسی قرار می گیرد.

۴. ارزیابی سایر سیستمها:

ریه ها:

۴,۱. هموپتزی، خلط صورتی رنگ و کف آلود که نشانه ادم ریه است.

۴,۲. تنگی نفس یا دیسترس تنفسی که بیشتر در بیماران با نارسایی قلبی دیده می شود.

۴,۳. رال های ریوی که نارسایی قلب یا آتلکتازی به دنبال استراحت در تخت ،بی حرکتی ناشی از دردهای ایسکمیک اثرات داروهای مسکن وداروهای بیهوشی اتفاق افتاده است.

۴,۴. خس خس (ویز)فشرده شدن راههای کوچک توسط ادم بینا بینی ریه ممکن است باعث ایجادویز شود.

۴,۵. تاکی پنه یا ارتو پنه یا اپنه در خواب

با توجه به علائم فوق در صورت مشاهده توسط بیمار در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار می گیرد و پس از برقراری اکسیژن تراپی به بیمار بلافاصله به دستیار معالج اطلاع رسانی می گردد.

کلیه ها:

به دنبال مشکلات قلبی و ریوی عوارض ناشی از نارسایی قلب و هیپو پرفیوژن جریان خون کلیه می تواند باعث درگیری کلیه ها شود که سبب کاهش OUT PUT ادراری شده و Raise (افزایش) آزمایشات کلیوی شود و در نهایت به همودیالیز منجر می گردد.بنابراین توجه به میزان برون ده ادرای بایستی توسط پرستار و کمک بهیار انجام و در صورت کاهش به پزشک یا دستیار معالج اطلاع رسانی شود.در صورت عدم توانایی در بررسی میزان برون ده ادرای سوند فولی تعبیه می شود .

سیستم گوارش:

به دنبال مشکلات قلبی ریوی و عوارض ناشی از نارسایی قلب و پرفیوژن غیر موثر بافت قلبی می تواند سیستم گوارشی به خصوص کبد و کیسه صفرا را درگیر کند که سبب جمع شدن سموم در بدن شده که ممکن است به سیروز کبدی منجر شود. در بیماران قلبی که داروهای آنتی پلاکت ، آنتی کواگولانت دریافت می کنند توجه ویژه به علائم خونریزی گوارش(افت فشار خون ، رنگ پریدگی، درد شکمی، تاکیکاردی، سایر علائم خونریزی

سیستم عصبی :

بدنبال مشکلات قلبی و ریوی و عوارض ناشی (نارسایی قلبی و پرفیوژن غیرموثر بافت قلبی و جدا شدن پلاکت آترواسکروتنیک) سبب کاهش هوشیاری می شود و افت O2SAT و در نهایت اینتوباسیون بیمار می شود .

به همین دلیل جهت این بیماران انجام آزمایشات اورژانسی و مشاهده جواب آن که شامل قند خون، اوره ، کراتینین، آنزیمهای کبدی و..... انجام می گردد که در بخشهای ویژه مانیتورینگ مداوم ، انجام آزمایشات شریانی (ABG یا VBG)، دادن و در صورت نیاز اینتوبه شدن مددجو و تحت ونتیلاتور قرار می گیرند.

نام و سمت تهیه کنندگان:

- دکتر رضا گل پیرا : سرپرست بهبود کیفیت و اعتبار بخشی
- دکتر محمد رضا بای: متخصص قلب و عروق
- دکتر بهزاد مومنی: مدیر خدمات پرستاری
- دکتر امین الهی فر: عضو محترم هیئت علمی
- مریم معتمدخواه: سوپروایزر بالین
- گلنار غفاری: سرپرستار

امکانات و ملزومات لازم (منابع و امکانات لازم):

مانیتورینگ- پالس اکسیمتری - کارکنان آموزش دیده

مراجع:

- قلب و عروق خونی برونر و سودارث
- اینترنت و تجربه کاری

نام و امضاء تایید کننده: معاون درمان: دکتر لیلا عبدالکریمی	نام و امضاء سرپرست تهیه کنندگان: سوپروایزر بالین : مریم معتمد خواه
نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده: رئیس انستیتو: دکتر فریدون نوحی	مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت: دکتر بهزاد مومنی

فهرست موارد پر خطر:

۱. اقدامات نجات دهنده حیات :

مانند نیاز به مداخلات کنترل راه هوایی ، تجویز داروهای اورژانس با مداخلات همودینامیک دیگر (گرفتن راه وریدی ، دادن اکسیژن مکمل ، مانیتورینگ ، تهیه نوار قلب یا نمونه گیری آزمایشات اقدامات حیات بخش نیستند) و یا هر کدام از وضعیت های بالینی در بیمار اینتوبه یا دچار ، فاقد نبض ، دیسترس شدید تنفسی $SPO_2 < 90\%$ تغییرات حاد وضعیت ذهنی و فقدان پاسخ دهی به صورتی که فاقد تکلم یا عدم پیروی از دستورات بوده و یا نیازمند محرک دردناک برای پاسخ دهی P یا U درجه بندی می شود.

(AVPU: A= Alert: هوشیار و آگاه - " V= Verbal محرک صوتی - P= Painful محرک دردناک - " Response U= Un بدون پاسخ ") باشد.

۲. وضعیت پر خطر:

یعنی شرایطی که باید اولین تخت خالی موجود در بخش را به یک بیمار اختصاص دهید این موارد شامل : وضعیت های پر خطر ، تغییر سطح هوشیاری به صورت کمنفوزیون ، خواب آلودگی یا اختلال جهت یابی و درد یا دیسترس شدید (بر اساس شواهد بالینی و درجه درد در سیستم سنجش درد) خواهند بود.

۳. علائم حیاتی پر خطر:

در صورت فراتر بودن علائم حیاتی بیمار نسبت به معیارهای تعریف شده باید در سطح ۲ تریاژ شود.

۴. ملاحظات مربوط به تب اطفال در بررسی سطح ۲ تریاژ :

نوزاد ۲۸-۱ روزه دمای بیش از ۳۸ درجه و شیرخوار ۳-۱ ساله دمای بیش از ۳۸ درجه و کودک ۳ ماه تا ۳ سال : دمای بیش از ۳۹ درجه ، ایمن سازی غیر کامل یا فقدان منشأ غیر واضح برای تب

۵. نمونه های وضعیت تهدید کننده حیات :

۵,۱ ایست قلبی

۵,۲ ایست تنفسی یا تنفس ناموثر (Agonal)

۵,۳ زجر شدید تنفسی (تاکی پنه، رتراکسیون بین دنده ای ، استفاده از عضلات فرعی تنفسی و...)

۵,۴ اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ (در بیماران غیر سیانوتیک)

۵,۵ بیمار ترومایی بدون پاسخ به محرک دردناک

۵,۶ بیمار بیهوش بدون پاسخ به محرک دردناک یا محرک صوتی

۵,۷ بچه شل

۵,۸ آنافیلاکسی

۵,۹ درد قفسه سینه همراه با تعریق و پوست سرد و یا اختلال همودینامیک

۵,۱۰ لتارژی اختلال توجه به زمان و مکان

۵,۱۱ مصرف بیش از حد دارو

۵,۱۲ کاهش قند خون با تغییر در سطح هوشیاری

۵,۱۳ ضریان خیلی شدید یا بسیار ضعیف با نشانه های نارسایی گردش خون

۵,۱۴ فشارخون بسیار پایین با علائم هیپوپرفیوزن

۵,۱۵ ضعف، سرگیجه، ضریان قلب کمتر یا مساوی ۳۰ عدد در دقیقه

۵,۱۶ نوزادی که ضعف حاد دارد

۶. نمونه ای از وضعیت تهدید کننده حیات در بخش های بالینی بیمارستان به تفکیک :

۶,۱ ترومبو آمبولی ریه

۶,۲ تامپوناد قلبی

MI ۶,۳

۶,۴ حساسیت های دارویی

۶,۵ ترومبوز دریچه

۶,۶ آریتمی

۶,۷ تشنج

۶,۸ اسپل

۶,۹ اختلال آب و الکترولیت

۶,۱۰ تاقیکاردی و برادیکاردی علامت دار

۷. نمونه های وضعیت پر خطر عمومی :

۷,۱ درد مدام قفسه سینه، مشکوک به سندروم کرونری حاد، ولی احتیاج به مداخله حیات بخش فوری ندارد و بدون اختلال در خورسائی است

۷,۲ فرورفتن یک سوزن در دست مراقب بهداشتی

۷,۳ نشانه های بروز سکت (با ضوابط سطح اول انطباق ندارد)

۷,۴ بیمار با تمایلات به خودکشی یا دگر کشی

نحوه عملکرد در بیماران اورژانسی:

در صورتی که طبق ارزیابی اولیه مشخص گردید بیمار در گروه بیماران اورژانسی می باشد اقدامات نجات دهنده حیات سریعاً انجام میگیرد و مطابق دستورالعمل تعیین بازه زمانی ویزیت و مشاوره اورژانس توسط سرویس متخصص مربوط (متخصص مقیم/انکال) صورت می گیرد.

اقدامات نجات دهنده حیات شامل:

- راه هوایی / تنفسی: تهویه با ماسک و آمبو-لوله گذاری تراشه- کریکوتیروئیدکتومی- استفاده از ونتیلاتور
- مداخلات الکتریکی: دفیبریلاسیون- کاردیوورژن اورژانسی- پیس میکر پوستی
- پروسیجرها: توراکنوستومی قفسه سینه با سوزن، پریکاردوسنتز-توراکتومی باز-تزریق داخل استخوان
- همودینامیک: احیاء مایعات بدن-تزریق خون-کنترل خونریزی شدید
- داروها مانند: نالوکسان، دکستروز ۵۰٪، دوپامین، آتروپین، آدنوزین و...

نحوه عملکرد در بیماران پر خطر:

در صورتی که طبق ارزیابی اولیه مشخص گردید بیمار در گروه بیماران پرخطر می باشد اقدامات کمک کننده حیات سریعاً انجام میگیرد و مطابق دستورالعمل تعیین بازه زمانی ویزیت و مشاوره بیماران پرخطر توسط سرویس متخصص مربوط (متخصص مقیم/انکال) صورت می گیرد.

- جهت کمک در راه هوایی و تنفسی: تجویز اکسیژن از طریق ماسک یا کانال های بینی
- جهت مداخلات الکتریکی: مانیتورینگ قلبی
- جهت پروسیجرها: نوار قلب - آزمایشات - FAST
- جهت همودینامیک: رگ گیری
- جهت داروها: آسپرین، آنتی بیوتیک، هپارین، کنترل درد، اسپری بتادو آگونیست

بیماران اورژانسی	بیماران پر خطر
انفارکتوس میوکارد آریتمی بطنی فیبرولاسیون دهلیزی نارسایی احتقانی قلب	آنژین صدری فشار خون بالا دیابت بیماران با درد قفسه سینه بیماران با سابقه انفارکتوس میوکارد

بیماران پرخطر، بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دایمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت میباشند. این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند. مانند بیماران دیابتی... خودایمن... نقص ایمنی

بیماران اورژانس به بیماران بدحال اطلاق می شود که به هردلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبتهای فوری ضرورت پایداری و خروج آنها از شرایط بحرانی است

۸. چند نمونه اقدامات نجات دهنده :

در جنبه های زیر اجرا می گردد :

۸,۱ راه هوایی / تنفسی

- تهویه با ماسک و آمبو
- لوله گذاری تراشه
- کریکوتیروئیدکتومی
- استفاده از ونتیلاتور

۸,۲ مداخلات الکتریکی

- دفیبریلاسیون
- کاردیوورژن اورژانسی
- پیس میکر پوستی

۸,۳ پروسیجرها

- توراکتوستومی قفسه سینه با سوزن، پریکاردوسنتز
- توراکتومی باز
- تزریق داخل استخوان

۸,۴ همودینامیک

- احیاء مایعات بدن
- تزریق خون
- کنترل خونریزی شدید

۸,۵ داروها مانند : نالوکسان، دکستروز ۵۰٪، دوپامین، آتروپین، آدنوزین و...

۹. دقت داشته باشید موارد ذکر شده در ذیل در انجام اقدامات نجات دهنده کمک کننده بوده و از جمله اقدامات نجات دهنده به حساب نمی آیند:

۹,۱ جهت کمک در راه هوایی و تنفسی : تجویز اکسیژن از طریق ماسک یا کانال های بینی

۹,۲ جهت مداخلات الکتریکی :مانیتورینگ قلبی

۹,۳ جهت پروسیجرها: نوار قلب – آزمایشات – FAST

۹,۴ جهت همودینامیک:رگ گیری

۹,۵ جهت داروها : آسپرین، آنتی بیوتیک، هپارین، کنترل درد، اسپری بتادو آگونیست