

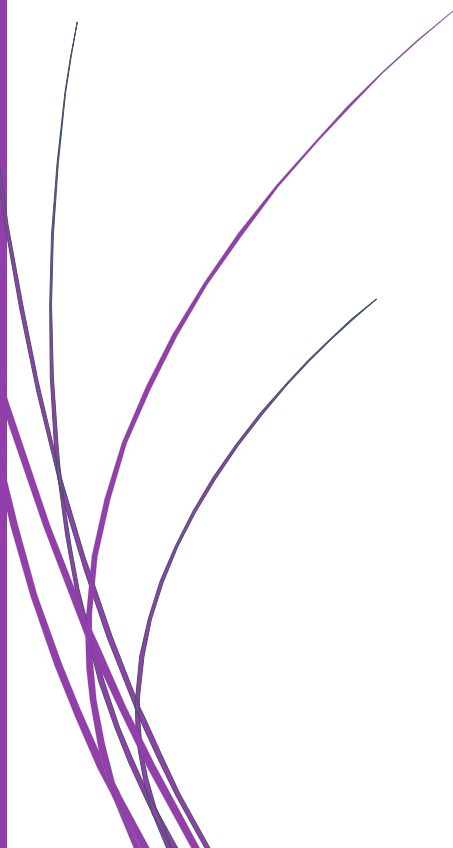


دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه

بیمارستان امام خمینی (ره) اسلام آباد غرب

کتابچه دستورالعمل برخورد با بیماران اورژانس

دفتر پرستاری بیمارستان امام خمینی (ره) اسلام آباد غرب





صفحه	نام بخش	ردیف
۲	اقدامات لازم جهت بیماران مولتی تروما و ضربه به سر	۱
۲	اقدامات لازم جهت بیماران دچار ضربه ناحیه سرباستون فقرات	۲
۳	توصیه ها و اقدامات با اهمیت از دیدگاه بیهوشی	۳
۴	توصیه ها و اقدامات لازم جهت اعزام بیماران قلبی	۴
۵	توصیه ها و اقدامات اورژانس در بیمار با کاهش سطح هوشیاری	۵
۶	توصیه ها و اقدامات اورژانس در بیمار مبتلا به CVA	۶
۷	توصیه ها و اقدامات اورژانس در بیماران نورولوژیک (مغز و اعصاب)	۷
۸	اقدامات درمانی اولیه جهت بیماران اعصاب و روان	۸
۱۰	اقدامات مورد نیاز مصدوم سوختگی از لحظه ورود مصدوم به اورژانس تا لحظه تحویل به مرکز سوختگی	۹
۱۳	اقدامات درمانی لازم قبل و حین اعزام بیماران اورژانس زنان و زایمان	۱۰

اقدامات لازم جهت بیماران مولتی تروما و ضربه به سر

- ✚ کنترل علائم حیاتی بیمار به خصوص BP
- ✚ تعیین محل دقیق تروما
- ✚ تعیین محل خونریزی و کنترل خونریزی
- ✚ تعیین محل شکستگی و فیکس نمودن شکستگی
- ✚ گرفتن رگ مناسب با آنژیوکت مناسب

اقدامات لازم جهت بیماران دچار ضربه ناحیه سر یا ستون فقرات

- ✚ تعیین GCS دقیق بیمار
- ✚ تعیین وضعیت مردمکها در پاسخ به نور و سایر مردمکها

نکته مهم: در صورتیکه بیمار دچار میدریاز یک طرفه بوده برای بیمار سرم مانیتول ۲۰٪ با میزان 1g/kg در یک دوز State باست فیلتر دار و به مدت ۱۵ دقیقه وصل شود و همزمان سوندفولی نیز برای بیمار تعبیه شود.

- ✚ تعیین وضعیت تنفسی بیمار ، اگر بیمار دچار آپنه و یا دیسترس تنفسی باشد یا GCS بیمار کمتر از ۷ باشد حتما بیمار باید اینتوبه شود .
- ✚ تعیین علائم شکستگی Base جمجمه
- ✚ وجود اینوره و اتوره
- ✚ وجود اکیموز پری اوربیتال
- ✚ خونریزی پشت گوش

در خصوص شکستگی ستون فقرات توجه به نکات زیر مهم است

- ✓ از هرگونه حرکت اضافی جهت حمل و نقل یا انجام گرافی قبل از Fixation محل شکستگی مخصوصا در شکستگی های مهره های گردنی خودداری شود.
- ✓ تعیین محل دقیق آسیب مهره ها

توصیه ها و اقدامات با اهمیت از دیدگاه بیهوشی

- بیمارانی که دچار کاهش سطح هوشیاری می باشند ($GCS < 7$) در صورت حضور فرد متبحر در امر لوله گذاری حتی الامکان اینتوبه شوند در غیر این صورت از Air Way دهانی یا بینی مناسب و وضعیت مناسب سر و گردن برای باز نمودن راه هوایی استفاده شود لازم به توضیح است که وضعیت دادن به سر و گردن مشروط به عدم ترومای گردن می باشد.
- بیمارانی که مستعد وقفه تنفسی (آپنه) بوده و یا دیسترس تنفسی شدید دارند از یک نفر آشنا به تنفس با ماسک و ترجیحا آشنا به اینتوبیشن بعنوان همراه استفاده شود.
- هیچ بیماری بدون داشتن راه وریدی مطمئن که بدرستی فیکس شده باشد منتقل نگردد.
- تمامی بیمارانی که خون یا مایع ازدست داده اند (آشکار یا مخفی) از انفوزیون محلولهای کریستالوئیدی از قبیل رینگر و یا خون کراس مچ شده استفاده و حجم مناسب جایگزین گردد.
- در بیماران در معرض ایست قلبی و تنفسی وسایل کامل احیاء از قبیل دفیبریلاتور، سرنگهای از پیش آماده آدرنالین، لیدوکائین تزریقی و... با برچسب مناسب به همراه بیماران در آمبولانس موجود باشد.
- تمامی بیمارانی که وضعیت بحرانی داشته اعم از ترومایی یا بیماران قلبی / ریوی، در حین انتقال باید اکسیژن دریافت نمایند و در حین انتقال تحت مانیتورینگ قلبی باشند.
- در بیماران در معرض خطر انسداد تنفسی فوقانی (سوپراگلوت) مانند بیماران دیفتری، آنژین لودویک، هماتوم یا آبسه های حلق، وسایل کریکوتیروتومی اورژانس در دسترس باشد (در صورت موجود نبودن آنژیوکت شماره ۱۴ برای بزرگسالان قابل استفاده است).

توصیه ها و اقدامات لازم جهت اعزام بیماران قلبی

- ✚ کلیه بیماران قلبی قبل از اعزام لازم است از نظر علائم حیاتی Stable بوده و درد سینه و آریتمی تهدیدکننده حیات نداشته باشند .
- ✚ استراحت مطلق و اکسیژن تراپی از اقدامات اساسی می باشد .
- ✚ درمورد بیماران Hyper Acute MI در صورت دادن استرپتوکیناز توصیه می شود براساس BP بیمار ، درد قفسه سینه ، سرم گزیلوکائین همراه آن شروع شده و بیمار به همراه پرستار آشنا به CPR و با تجهیزات کامل پس از اخذ پذیرش اعزام گردد.
- ✚ در بیماران با برادیکاردی شدید یا C H B در صورت اعزام برای تعبیه پیس میکر لازم است آتروین تجویز و سرم ایزوپرل شروع شود و بیمار همراه با پرستار آشنا به احیاء با تجهیزات کامل از جمله دستگاه الکتروشوک و در صورت امکان مجهز به پدل های پیس اکسترنال اعزام شود.

توصیه ها و اقدامات اورژانس در بیمار با کاهش سطح هوشیاری

اطمینان از باز بودن راه هوایی

ونتیلیسیون مناسب را با توجه به وجود یا عدم وجود سیانوز ، وجود صداهای تنفسی در معاینه ریه و تعداد تنفس بالای ۸ بار در دقیقه ارزیابی کنید

با گرفتن نبض و فشارخون از برقراری سیرکولاسیون اطمینان حاصل کنید.

ضمن برقراری یک راه وریدی نمونه خون از نظر BS، الکترولیت ها (K، Na)، CBC diff، Cr، BUN، پلاکت، PT، PTT را اخذ کنید.

۲۵Mg دکستروز (معادل ۵۰cc گلوکز ۵۰٪) را تزریق کنید .

۱۰۰Mg تیامین داخل وریدی تزریق کنید .

۱/۲-۰،۴Mg نالوکسان داخل وریدی تزریق شود.

در صورت امکان از بیمار ABG گرفته شود.

در صورت وجود تشنج درمان شود.

از نظر وجود علائم مننژیت بیمار معاینه دقیق شود.

در صورت احتمال ضربه و شکستگی گردن از حرکت گردن جلوگیری شود (کولارگردن گذاشته شود)

ECG از بیمار گرفته شود.

توصیه ها و اقدامات اورژانسی در بیمار مبتلا به CVA

- ✚ علائم حیاتی بیمار شامل (RR ، PR ، BP، T) هر ۲۰ دقیقه کنترل و ثبت شود.
- ✚ از برقراری راه هوایی و وجود تنفس خود بخود اطمینان حاصل کنید و در صورت نیاز بیمار را اینتوبه کنید و اکسیژن ۲Lit در دقیقه از طریق ماسک یا کانولای بینی به بیمار بدهید .
- ✚ معاینه سیستمیک خصوصا از نظر قلب فراموش نشود گاهی مشکلات قلبی عامل اولیه هستند و گاهی این دوبا هم همراه هستند .
- ✚ نوار قلب از بیمار گرفته شود.
- ✚ یک راه وریدی مناسب برای تزریق تعبیه کنید .
- ✚ سرم بیمار در ساعات اولیه نرمال سالین ایزوتونیک قابل تزریق به میزان ۲۰-۵۰CC/h وصل گردد که براساس شرایط بیمار قابل تنظیم است .
- ✚ ارسال آزمایشات (BS ، BUN/Cr ، Na/K ، CBC diff ، پلاکت ، PT /PTT) گاهی اوقات هیپوگلیسمی علائم نورولوژیک فو کال ایجاد می کند .
- ✚ در مورد فشارخون بیماران با توجه به اینکه در منطقه اطراف ایسکمی کنترل و از مومتور مختل شده باید بیدار داشته باشید کم کردن شدید و ناگهانی فشارخون می تواند به سرعت به حجم ایسکمی اضافه کند در مراجعه بیماران در صورتی فشارخون بیمار را درمان می کنیم که اورژانس غیر نورولوژی شامل : (انفارکتوس حاد میوکارد ، هیپرتانسیون بدخیم ، ادم ریو کاردیوژنیک ، نفروپاتی هیپرتانسیون و دایسکشن آئورت) وجود داشته باشد . یا اینکه فشارخون به شدت بالا باشد ($BP < 200/120\text{mmHg}$) و در سه بار اندازه گیری فشار خون به فاصله ۱۵ دقیقه بالا بماند .
- ✚ در دسترس بودن داروی لابتالول جهت کنترل فشارخون بیماران
- ✚ در کسانی که در CT Scan ضایعه هموراژیک دارند کنترل فشارخون دقیق تر و با حفظ فشار خون سیستمولیک در حدود ۱۵۰-۱۸۰mmhg انجام می گیرد.
- ✚ در صورت وجود علائم فتق مغزی شامل کاهش پیشرونده سطح هوشیاری در کنار بروز میدریاز یک طرفه ازمانیتول ۲۰٪ (۲۰۰CC) داخل وریدی استفاده شود.
- ✚ کورتیکواستروئیدها در کاهش ادم و ازوژنیک و اینتر سیستل موثرند ولی در کاهش ادم سیستموتوکسیک اثر چندانی ندارند قبل از انجام CT Scan تزریق دگزامتازون (۴mg) می تواند در کاهش ادم احتمالی تاثیر داشته باشد .

توصیه ها و اقدامات اورژانسی در بیماران نورولوژیک (مغز و اعصاب)**اقدامات اورژانسی در Status Epilepticus**

- ✚ برقراری راه هوایی
- ✚ ونتیلاسیون مناسب را ارزیابی کنید
- ✚ با بررسی نبض و فشارخون از سیر کولاسیون اطلاع حاصل کنید.
- ✚ به بیمار اکسیژن بدهید
- ✚ با برقراری یک راه وریدی مناسب نمونه خون جهت اندازه گیری (BS، Na/K، CBC diff، پلاکت، Ca) گرفته شود.
- ✚ 100Mg تیامین وریدی تزریق شود
- ✚ 50Mg گلوکز 50٪ تزریق کنید به شرط آنکه از BP بیمار اطلاع داشته باشید.
- ✚ 10Mg دیازپام بصورت وریدی آهسته در عرض 2 دقیقه تزریق شود با توجه به احتمال توقف تنفسی حتما آهسته تزریق شود.
- ✚ تزریق دیازپام را می توان 3 تا 5 دقیقه بعد تکرار کرد.
- ✚ بلافاصله فنی توئین به میزان 18mg/kg در نرمال سالین بصورت وریدی آهسته و با سرعت کمتر از 50mg/min تزریق شود تزریق سریعتر با احتمال بلوک قلبی و هیپوتانسیون همراه است.
- ✚ در صورت تداوم تشنج یک بار دیگر فنی توئین 5mg/kg تزریق شود.
- ✚ اگر تشنج کنترل نشود لازم است بیمار در ICU ابستری شود و فنوباربیتال 20mg/kg بصورت وریدی و آهسته با سرعت 50mg/min تزریق شود.

اقدامات درمانی اولیه جهت بیماران اعصاب و روان

بیمار تحریکاتی

- ✓ تجویز آنتی سایکوتیک های تزریقی و تکرار بهه فواصل یک ساعت تا وقتی بیمار آرام بگیرد
- ✓ پس از تشخیص سایکوتیک بودن بیمار باهماهنگی به بیمارستان فارابی اعزام گردد.

بیمار سایکوتیک

- ✓ اگر بیمار تحریکاتی و یا بی قرار باشد و یا Aggressive باشد با تجویز آنتی سایکوتیک تزریقی باید بیمار را آرام نمود و بعد از آرام نمودن بیمار با هماهنگی باستاد هدایت به بیمارستان فارابی اعزام گردد.

بیمار باحملات Panic

- ✓ تجویز بنزودیازپین های تزریقی به شکل IM و توصیه به پیگیری درمانی روانپزشکی بطور سریایی

بیمار Conversion

- ✓ معاینه نورولوژیک دقیق بیمار
- ✓ پزشک اورژانس با آرامش با بیمار صحبت نموده و ایجاد اطمینان در بیمار که قصد کمک کردن به او دارد.
- ✓ پرهیز از تزریق زیر پوستی و یا رفتار توهین آمیز که حاکی از تمسخر کردن بیمار باشد.
- ✓ نهایتاً در صورت ارام نشدن، مشتقات بنزودیازپین تزریق و به یک روانپزشک جهت پیگیری و درمان ارجاع شود.

بیمار با افکار خودکشی

- ✓ بررسی بیماری زمینه ای با گرفتن شرح حال از خانواده و MSE از خود بیمار
- ✓ در صورت وجود بیماری سایکوتیک زمینه ای جدی، بیمار جهت بستری شدن با ستاد هدایت هماهنگ و حتماً در برگیره اعزام شدت افکار خودکشی مشخص شود
- ✓ در صورت نبودن بیماری سایکوتیک زمینه ای جدی، بیمار تکانه ای می باشد و می توان آنتی سایکوتیک تزریقی (IM) تجویز نمود و بیمار را به یک مرکز سریایی روانپزشکی جهت درمان ارجاع نمود.

بیمار با سندرم کاتاتونیک

✓ این سندرم که با تابلوی Exitment Stupor ممکن است بروز کند باید با تزریق آرام بخش جهت درمان با ECT که درمان انتخابی می باشد به مرکز روانپزشکی فارابی با هماهنگی باستادهدایت اعزام گردد.

عوارض داروئی اورژانس:

دیستونی حاد (انقباض عضلانی دردناک)

✓ تزریق آنتی کولینرژیک ها بصورت IM تا سه بار به فواصل یک ساعته توصیه می شود.

✓ در صورت عدم کنترل با هماهنگی به مرکز آموزشی درمانی فارابی اعزام گردد.

پارکینسونیسم دارویی: به شکل رژیدیتة عضلانی، ترمور، راه رفتن بشکل آدم آهنی تظاهر می نماید.

✓ دادن آنتی کولینرژیک های تزریقی بشکل روزانه توصیه می شود.

سندرم نورولیپتیک بدخیم: علائم بصورت رژیدیتة عضلانی، اختلال هوشیاری، عدم تعادل سیستم اتونوم، هیپرترمی شدید در بیماری که

داروی آنتی سایکوتیک مصرف می کند

✓ اندازه گیری آزمایشگاهی WBC، CPK و گرفتن نوار قلب و اندازه گیری الکترولیتها

✓ قطع کلیه داروهای مصرفی بویژه داروهای آنتی سایکوتیک و برطرف کردن مشکلات الکترولیتی

✓ ایجاد Cooling برای بیمار (سرد کردن بدن بیمار)

✓ بیمار باهماهنگی اعزام شود

مسمومیت بالیتیم: علائم بصورت استفراغ، اسهال، دل درد، تکلم مبهم، ترمور، اختلال هوشیاری و فاسیکولاسیون ایجاد می شود

✓ قطع داروهای آرام بخش

✓ بررسی آزمایشگاهی الکترولیتها، CBC diff، گرفتن نوار قلب و اندازه گیری سطح لیتیم

✓ تنظیم آب و الکترولیتها

✓ در صورت بالابودن سطح لیتیم بالاتر از ۱۲ انجام دیالیز صفاقی و تکرار دیالیز صفاقی به فاصله ۱۲ ساعت بعد

✓ در صورت نبودن امکانات دیالیز صفاقی جهت تعیین سطح لیتیم و پیگیری درمان با هماهنگی بیمار اعزام شود.

اقدامات مورد نیاز مصدوم سوختگی از لحظه ورود مصدوم به اورژانس تا لحظه تحویل به مرکز سوختگی

از آنجایی که تاخیر در اقدامات احیاء و اقدامات درمانی در مورد مصدومین ناشی از سوختگی باعث تشدید ضایعات و افزایش مرگ و میر و بروز عوارض پیچیده خواهد شد لذا مراقبت از سوختگی ها از بدو ورود به اورژانس آغاز و بدون انقطاع در طول مسیر انتقال و در مرکز سوختگی ادامه می یابد. پس توجه به راه هوایی و اطمینان از تنفس صحیح مصدوم، باید بیمار را از نظر سایر صدمات بررسی نمود در سوختگی ها احیاء قلبی/اریوی بندرت لازم است مگر در مورد صدمات الکتریکی که سبب ایست قلبی شده باشد و یا در مسمومیت های شدید با مونوکسید کربن که با ایست هایپوکسیک همراه است.

- ✓ قبل از هر چیز توجه به علائم حیاتی و حیات بخشیدن به بیمار سوخته یعنی همان ABCDE) توجه به باز بودن راه هوایی، تنفس، گردش خون، و بی حرکتی ستون فقرات) بدون توجه به وضعیت سوختگی اهمیت بسزایی دارد به عبارتی از باز بودن راه هوایی و تنفس صحیح اطمینان حاصل کنید و احتمال آسیب های همراه که شرایط حیاتی بیمار را به مخاطره می اندازد را در نظر بگیرید
- ✓ در بیماران با سطح هوشیاری پائین یا دارای دیسترس حاد تنفسی و سوختگی استنشاقی و موارد دود و CO₂ و سوختگی صورت و گردن که ممکن است ادم راههای تنفسی سبب انسداد راههای هوایی شود لوله گذاری داخل تراشه ضروری می باشد در ضمن راه بینی برای این منظور پیشنهاد می شود و اکسیژن ۱۰۰٪ برای بیماران اینتوبه مورد نیاز است
- ✓ دادن اکسیژن ۱۰۰٪ مرطوب به تمام بیماران حتی آنهایی که علائم سوختگی تنفسی ندارند.
- ✓ جلوگیری از ادامه آسیب (اگرچه بهتر است که در محل حادثه انجام شده باشد) نظیر جدا کردن لباسهای سوخته و خارج نمودن وسایل شخصی نظیر ساعت، گردنبند، کمربند، انگشتر، کفش های مصدوم و شستشوی موضع آسیب شیمیایی با آب تمیز، جدا کردن مواد سوزاننده خشک در اولویت بعدی قرار دارد.
- ✓ احتمال وجود آریتمی در سوختگی های الکتریکی، تهویه ناکافی در سوختگی های ناحیه صورت و گردن و اشکال در خورسانی اعضا، در سوختگیهای Circumferential (دور تادور اندام) ممکن است شرایط جدی تهدید کننده حیات برای مصدوم ایجاد نمایند بنابراین تثبیت وضعیت قلبی (در صورت نیاز CPR) در سوختگی های الکتریکی و تثبیت وضعیت تهویه و یا کمک تنفسی در سوختگی های ناحیه صورت و گردن را باید مدنظر قرارداد

- ✓ در صورتیکه فاصله تا مرکز سوختگی کمتر از ۲ ساعت باشد نیاز به اسکاروتومی و فاشیاتومی در سوختگی های دور تادور اندام یا سوختگی های الکتریکی نخواهد بود
- ✓ شروع سریع مایعات داخل وریدی در جلوگیری از افزایش عوارض و کاهش مرگ و میر تاثیر بسزایی دارد لذا برقراری مسیر داخل وریدی بشکلی که بتوان در هر ساعت ۱lit مایع به بیمار رساند (یا ۲۰CC به ازاء هر کیلو وزن بدن در اطفال) ضروری است
- ✓ بدلیل ازدست رفتن مقدار زیاد مایع و نیاز به تزریق حجم مایع و نیز برای اطلاع از وضعیت کلیه ها و اطمینان از کفایت مایع درمانی گذاشتن سوند فولی الزامی است
- ✓ در صورتیکه بیمار دچار تروما شده باشد که این تروما برای بیمار خطر بیشتری از سوختگی و یا خطر فوری تر در برداشته باشد لازم است بیمار ابتدا به مرکز تروما ی مورد نظر اعزام شود.
- ✓ قبل از اعزام بیمار اطلاع به مرکز سوختگی استان (مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)) جهت آماده سازی شرایط پذیرش بیمار ضروری است.
- ✓ در طول مسیر با توجه به خطر هیپوترمی و تشدید عوارض در صورت بروز آن ، گرم نگهداشتن بیمار ضروری است لذا علاوه بر لباس ضخیم و ملحفه حتما باید مصدوم را با پتو پوشاند .

اقدامات درمانی لازم قبل و حین اعزام بیماران اورژانسی زنان وزایمان

- ✚ برای اعزام مددجویان باردار ، وجود ست زایمان و احیاء نوزاد و مادر در آمبولانس الزامی است
- ✚ حضور فرد آشنا به امر زایمان همراه مددجوی حامله ای که در آمبولانس احتمال زایمان وی می رود الزامی است
- ✚ در موارد مشکوک به خونریزی داخلی برای بیمار دورگ مناسب با آنژیوتکت مناسب باز واز طریق آنها سرم و فرآورده های خونی در حال جریان باشد.
- ✚ در بیماران با تشخیص سقط ناقص ، کامل و فراموش شده که خونریزی دارند تزریق خون از یک رگ و تجویز سرم حاوی ۲۰ واحد سنتوسینون (۵۰۰CC سرم) از رگ دیگر الزامی است
- ✚ در بیماران با تشخیص پره اکلمپسی شدید واکلامپسی موارد زیر باید انجام شود
 - ✓ قبل از اعزام ۱۰ گرم سولفات منیزیوم عضلانی و ۵ گرم بصورت وریدی تجویز شود
 - ✓ سوند فولی فیکس گردد
 - ✓ دورگ برای بیمار باز واز طریق آنها سرم رینگر 1000CC/h در جریان باشد
 - ✓ در صورت داشتن فشار خون بالا تر از $160/110$ آمپول هیدرالازین ($10\text{mg}-5$) بصورت وریدی تزریق گردد و تا وقتی که فشار خون بیمار برابر $140/90$ شود این کار به فواصل هر ۱۵ دقیقه تکرار گردد.
 - ✓ حضور فردی جهت کنترل ضربان قلب جنین الزامی است .
 - ✓ در صورت تشخیص زجر جنینی اکسیژن مرطوب تجویز گردد.
- ✚ تجویز خون وفاکتورهای انعقادی (FFP، پلاکت و Cryoprecipitate) جهت بیماران مشکوک به DIC
- ✚ در صورت خونریزی بعد زایمان حضور فرد آشنا به ماساژ رحمی همراه بیمار و وجود قرص میزوپروستول جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان در اثر اینرسی رحم ضروری است
- لازم به ذکر است که هماهنگی قبلی با مرکز ارجاع و تکمیل نمودن کامل فرم ارجاع امری اجتناب ناپذیر می باشد .