

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وپس از اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

اورژانس بیمارستانها به دلیل پذیرایی از پر حجم ترین، متنوع ترین، گرفتارترین و حساس ترین گروه بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هدف کلی در اورژانس بیمارستانی عبارتست از ارائه خدمات با بالاترین کیفیت ممکن، متناسب با نیاز مراجعین در کمترین زمان ممکن می باشد. اورژانس بمنزله قلب طپنده بیمارستان است و همانند یک قلب این بخش بیمارستان حتی برای لحظه ای نمی بایست از فعالیت باز بماند. بدیهی است یک بخش اورژانس زمانی قادر به ایفای نقش و وظایف خود خواهد بود که منابع اصلی مورد نیاز آن بخش شامل نیروی انسانی، تجهیزات (اعم از پزشکی و غیر پزشکی) و فضای کافی مورد نیاز جهت آن فراهم گردیده و یک مدیریت جامع مبتنی بر دستیابی به اهداف مدیریت مستمر کیفیت نیز بر آن حاکم گردد. این بخش می بایست آمادگی پذیرش کلیه بیماران اورژانسی را داشته باشد. بنابراین آمادگی بخشهای اورژانس در تمامی ساعات شبانه روز با کلیه امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی کاملاً ضروری است.

دستورالعمل حاضر حاصل جمع بندی نظرات اساتید محترم و اعضاء هیئت علمی دانشگاه و پزشکان مجرب جهت سهولت و تسریع در ارائه خدمات به مددجویان و یا اعزام آنان بوده و می تواند مورد استفاده پزشکان، پرستاران و کادر درمانی شاغل در اورژانس های مراکز تابعه استان باشد. در جمع بندی حاضر سعی شده تا موارد مهم در برخورد با انواع بیماران مدنظر قرار گرفته و به جزئیات کمتر پرداخته شده است. لازم به یادآوری است کادر درمانی شاغل در اورژانس های مراکز اعم از پزشک و پرستار، با وجود لزوم مطالعه و بکارگیری دستورالعمل حاضر، دارای وظایف و مسئولیتهای مشخص بوده و ضروریست تا در همان حیطه ها به مسئولیت خطیر خود عمل نمایند. درخاتمه از اساتید محترم دانشگاه و مدیران محترم گروه های آموزشی نوروسرجری، نورولوژی، داخلی، قلب، زنان و زایمان، روانپزشکی، بیهوشی، جناب آقایان دکتر کرمی متین و دکتر حبیب اله احمدی متخصصین محترم بخشهای سوختگی و مسمومیت مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) که ما را در گردآوری این دستورالعمل یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را می نمائیم.

امید است با بهره گیری از این دستورالعمل بتوان خدمات مناسب تری را به مددجویان و بیماران مراجعه کننده به بخشهای اورژانس ارائه نمود.

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

اقدامات لازم جهت بیماران مالتی تروما و ضربه 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

۱) تعیین GCS دقیق بیمار

۲) تعیین وضعیت مردمک ها در پاسخ به نور و سایر مردمکها

نکته: در صورتیکه بیمار دچار میدریاز یکطرفه بوده برای بیمار سرم مانیتول ۲۰٪ با میزان 1g/kg در یک دوز State با ست سرم فیلتر دار و به مدت ۱۵ دقیقه وصل شود و همزمان سوند فولی نیز برای بیمار فیکس شود.

۳) تعیین وضعیت تنفسی بیمار، اگر بیمار دچار آپنه ویا دیسترس تنفسی باشد یا GCS کمتر از ۷ باشد حتماً بیمار اینتوبه شود.

۴) تعیین علائم شکستگی Base جمجمه

- وجود رینوره و اتوره

- وجود اکیموز پری اوربیتال

- خونریزی پشت گوش

درمورد شکستگی ستون فقرات توجه به نکات زیر مهم است

۱- از هر گونه حرکت اضافی جهت حمل و نقل یا انجام گرافی قبل از Fixation محل شکستگی مخصوصاً در شکستگی های مهره های گردنی خودداری شود

۲- تعیین محل دقیق آسیب مهره ها

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل و حین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

**اقدامات درمانی لازم قبل و حین اعزام بیماران اورژانسی زنان و زایمان**

- ۱) برای اعزام مددجویان باردار، ست زایمان و احیاء نوزاد و مادر در آمبولانس الزامی می باشد
- ۲) حضور فرد آشنا به امر زایمان همراه مددجوی حامله ای که در آمبولانس احتمال زایمان وی می رود
- ۳) در موارد مشکوک به خونریزی داخلی برای بیمار دو رگ مناسب با آنژیوکت مناسب باز واز طریق آنها سرم و فرآورده های خونی در حال جریان باشد.
- ۴) در بیماران با تشخیص سقط «ناقص، کامل و فراموش شده» که خونریزی دارند تزریق خون از یک رگ و تجویز سرم حاوی ۲۰ واحد سنتو سینون (CC ۵۰۰ سرم) از رگ دیگر لازم است انجام شود.
- ۵) در بیماران با تشخیص پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی موارد زیر باید انجام شود
  - قبل از اعزام ۱۰ گرم سولفات منیزیم عضلانی و ۵ گرم بصورت وریدی تجویز شود.
  - سوند ادراری فیکس گردد.
  - دو رگ برای بیمار باز واز طریق آنها سرم رینگر cc/h ۱۰۰ در جریان باشد.
  - در صورت داشتن فشار خون بالاتر از ۱۶۰/۱۱۰ آمپول هیدرالازین (۵-۱۰ mg) بصورت وریدی تزریق گردد و تا وقتی که فشار خون بیمار برابر ۱۴۰/۹۰ شود این کار به فواصل هر ۱۵ دقیقه تکرار گردد.
  - حضور فردی جهت کنترل جریان قلب جنین لازم است.
  - در صورت تشخیص زجر جنین اکسیژن مرطوب تجویز گردد.
- ۶) تجویز خون و فاکتورهای انعقادی (پلاکت و FFP و....) Cryoprecipitate جهت بیماران مشکوک به DIC
- ۷) در صورت خونریزی بعد از زایمان حضور فرد آشنا با ماساژ رحمی همراه بیمار، همچنین وجود قرص میزوپروستول جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان در اثر اینرسی رحم ضروری است.  
لازم به یادآوری است که هماهنگی قبلی با مرکز ارجاع و تکمیل نمودن کامل فرم ارجاع امری اجتناب ناپذیر می باشد.

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل و حین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

**توصیه ها و اقدامات با اهمیت از دیدگاه بیهوشی**

۱) 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 اینصورت از air way دهانی یا بینی مناسب و وضعیت مناسب سرو گردن برای باز نمودن راه هوایی استفاده شود. لازم به توضیح است که وضعیت دادن به سرو گردن مشروط به عدم ترومای گردن می باشد.

۲) بیمارانی که مستعد وقفه تنفسی (آپنه) بوده و یا دیسترس تنفسی شدید دارند از یک نفر آشنا به تنفس با ماسک و ترجیحاً آشنا به اینتوبیشن بعنوان همراه استفاده شود.

۳) هیچ بیماری بدون داشتن راه وریدی مطمئن که بدرستی فیکس شده باشد منتقل نگردد.

۴) تمامی بیمارانی که خون یا مایع از دست داده اند (آشکار یا مخفی) از انفوزیون محلولهای کریستالوئیدی از قبیل رینگر ویا خون کراس مچ شده استفاده و حجم مناسب جایگزین گردد.

۵) در بیماران در معرض خطر ایست قلبی یا تنفسی وسایل کامل احیاء از قبیل دفیبریلاتور، سرنگهای از پیش آماده آدرنالین ( — ) و آتروپین ( $0.5 \text{ mg/ cc}$ ) و لیدوکائین تزریقی با برچسب مناسب به همراه بیماران در آمبولانس موجود باشد.

۶) تمامی بیمارانی که وضعیت بحرانی داشته اعم از ترومایی یا بیماران قلبی- ریوی، در حین انتقال باید اکسیژن دریافت نمایند و حتی الامکان مانتورینگ قلبی- تنفسی در حین انتقال داشته باشند.

۷) در بیماران در معرض خطر انسداد تنفسی فوقانی (سوپرا گلوت) 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).

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

**اقدامات لازم جهت اعزام بیماران قلبی:**

۱) کلیه بیماران قلبی قبل از اعزام لازم است از نظر علائم حیاتی Stable بوده و درد سینه و آریتمی تهدید کننده حیات نداشته باشند.

۲) استراحت مطلق واکسیژن تراپی از اقدامات اساسی می باشد.

۳) در مورد بیماران Hyper Acute MI در صورت دادن استرپتو کیناز توصیه می شود براساس فشار خون بیمار و درد 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.

۴) در بیماران با برادیکاردی شدید یا C H B در صورت اعزام برای تعبیه پیس میکر لازم است آتروپین 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 پدلهای پیس اکسترنال اعزام شود

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

**اقدامات اورژانسی در بیماران با کاهش سطح هوشیاری**

۱) ازباز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید.

۲) 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.

۳) با گرفتن نبض و فشار خون از برقراری سیر کولاسیون اطمینان حاصل کنید.

۴) ضمن برقراری یک راه وریدی نمونه خون از نظر قند، الکترولیت ها، BUN - Cr - CBC، پلاکت، PT-PTT را اخذ کنید.

۵) ۲۵ میلی گرم دکستروز (معادل ۵۰ cc ۵۰ گلوکز ۵۰ درصد) را تزریق کنید.

۶) ۱۰۰ میلی گرم تیامین داخل وریدی تزریق کنید.

۷) ۴-۱/۲ mg نالوکسان داخل وریدی تزریق شود.

۸) در صورت امکان از بیمار ABG تهیه شود.

۹) در صورت وجود تشنج، درمان شود.

۱۰) معاینه از نظر وجود علائم مننژیت بعمل آید.

۱۱) در صورت احتمال ضربه و شکستگی گردن از حرکت گردن جلوگیری شود.

۱۲) نوار قلب گرفته شود.

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

**در بیمار مبتلا به CVA رعایت مراحل زیر ضروری است:**

۱) علائم حیاتی شامل BP-P-R-T هر ۲۰ دقیقه کنترل و ثبت شود.

۲) از برقراری راه هوایی و وجود تنفس مفید اطمینان حاصل کنید در صورت لزوم بیمار را اینتوبه کنید و اکسیژن ۲ لیتر در دقیقه از راه بینی به بیمار بدهید، معاینه سیستمیک خصوصاً از نظر قلب فراموش نشود گاهی مشکلات قلبی عامل اولیه هستند و گاهی این دو با یکدیگر همراهی دارند.

۳) نوار قلب گرفته شود

۴) یک راه وریدی مناسب برای تزریق فراهم کنید.

۵) سرم بیمار در ساعت اولیه نرمال سالین ایزوتونیک قابل تزریق به میزان ۵۰-۲۰ cc/h وصل گردد که براساس شرایط بیمار قابل تنظیم است.

۶) مطالعات آزمایشگاهی شامل قند خون (گاهی اوقات هیپو گلیسمی علائم نورولوژیک فوکال ایجاد می کند) K-Na - CBC BUN -Cr، پلاکت، PT-PTT انجام شود.

۷) در مورد فشار خون بیماران با توجه به اینکه در منطقه اطراف ایسکمی کنترل وازوموتور مختل شده باید بیاد داشته باشید کم کردن شدید و ناگهانی فشار خون می تواند به سرعت به حجم ایسکمی اضافه کند در زمان مراجعه بیماران در صورتی فشار خون بیمار را درمان می کنیم که اورژانس غیر نورولوژی (شامل انفارکتوس حاد میوکارد، هیپر تانسیون بدخیم، ادم ریوکاردیوژنیک، نفروپاتی هیپر تانسیون و Aortic dissection) وجود داشته باشد یا اینکه فشار خون به شدت بالا باشد BP < 200/120mmhg و در سه بار اندازه گیری فشار خون به فاصله ۱۵ دقیقه بالا بماند. ضمناً داروی Labetalol جهت کنترل فشار خون در بیماران در دسترس باشد.

۸) در کسانی که در CT ضایعه هموراژیک دارند کنترل فشار خون دقیق تر و با حفظ فشار خون سیستولیک در حدود 150-180mmhg انجام می گیرد.

۹) در صورت وجود علائم فتق مغزی شامل کاهش پیشرونده سطح هوشیاری در کنار بروز میدریاز یکطرفه ازمانیتول ۲۰٪ (۲۰۰ cc) داخل وریدی انجام می گیرد.

۱۰) کورتیکو استروئیدها در کاهش ادم وازوژنیک واینتر سیستل مؤثرند ولی در کاهش ادم سیتوتوکسیک اثر چندانی ندارند قبل از انجام CT Scan، تزریق دگزامتازون (۴ mg) می تواند در کاهش ادم احتمالی تأثیر داشته باشد.

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وپس از اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

اقدامات درمانی اولیه جهت بیماران نورولوژیک (مغز و اعصاب)

الف- اقدامات اورژانس در Status Epileptics

- ۱) از برقراری راه هوایی مطمئن شوید
- ۲) ویتیلایسیون مناسب را ارزیابی کنید.
- ۳) با بررسی نبض و فشار خون از سیر کولاسیون اطلاع حاصل کنید.
- ۴) اکسیژن به بیمار بدهید
- ۵) با برقراری یک راه وریدی مناسب نمونه خون جهت اندازه گیری قند خون، الکترولیتها، Ca، CBC، پلاکت گرفته شود.
- ۶) 100mg تیامین وریدی تزریق شود
- ۷) 50mg گلوکز ۵۰٪ تزریق کنید مگر آنکه از فشار خون بیمار اطلاع داشته باشید
- ۸) 10mg دیازپام بصورت وریدی آهسته در عرض ۲ دقیقه تزریق شود با توجه به احتمال توقف تنفسی حتماً آهسته تزریق شود.
- ۹) تزریق دیازپام را می توان ۳ تا ۵ دقیقه بعد تکرار گردد.
- ۱۰) 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 .
- ۱۱) در صورت تداوم تشنج یک بار دیگر فنی توئین 5mg/kg تزریق شود.
- ۱۲) اگر تشنج کنترل نشود لازم است در ICU بستری شود و فنوباریتال 20mg/kg بصورت وریدی و آهسته با سرعت 50mg/min تزریق شود.



معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

**اقدامات درمانی اولیه جهت بیماران اعصاب و روان**

- بیمار تحریکاتی:
- ✓ تجویز آنتی سایکوتیک های تزریقی و تکرار به فواصل یک ساعت تا وقتی که بیمار آرام گیرد.
- ✓ پس از تشخیص سایکوتیک بودن با هماهنگی به بیمارستان فارابی اعزام گردد.
- بیمار سایکوتیک:
- ✓ اگر بیمار تحریکاتی و یا بیقرار باشد یا **Aggressive** باشد با تجویز آنتی سایکوتیک تزریقی باید بیمار را آرام نمود و بعد از آرام نمودن بیمار با هماهنگی ستاد هدایت به بیمارستان فارابی اعزام گردد.
- بیمار با حملات Panic:
- ✓ تجویز بنزودیازپین های تزریقی به شکل IM و توصیه به پیگیری درمانی روانپزشکی بطور سرپایی
- بیمار Conversion:
- ✓ معاینه نورولوژیک دقیق بیمار بعمل آید
- ✓ پزشک عمومی با آرامش با بیمار صحبت نموده و ایجاد اطمینان در بیمار که قصد کمک کردن به او را دارد.
- ✓ احتراز از تزریق زیر پوستی و یا رفتار توهین آمیزی به بیمار که حاکی از به تمسخر گرفتن مشکل وی باشد
- ✓ نهایتاً در صورت آرام 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 ساکوتیک زمینه ای جدی، بیمار جهت بستری شدن با ستاد هدایت هماهنگ و حتماً در برگه 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 (عضلانی) تجویز نمود و بیمار را به یک مرکز سرپایی روانپزشکی جهت درمان ارجاع داد.
- 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 ستاد هدایت اعزام گردد.
- عوارض داروئی اورژانسی:
- ❖ دیستونی حاد(انقباض عضلانی درد ناک)
- ✓ تزریق آنتی کلینرژیک 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 رژیذیته عضلانی، تره مور، راه رفتن بشکل آدم آهنی تظاهر می نماید
- ✓ دادن آنتی کلینرژیک های تزریقی بشکل روزانه توصیه می شود.

معاونت امور درمان - دفتر امور پرستاری

دستورالعمل اقدامات درمانی قبل وین اعزام بیماران اورژانسی به مراکز تخصصی و فوق تخصصی

- ❖ سندرم نورولپتیک بدخیم: علائم بصورت رژیدیتة عضلانی، اختلال هوشیاری، عدم تعادل سیستم اتونوم، هیپر ترمی شدید در بیماری که داروی آنتی سایکوتیک مصرف می کند
- ✓ اندازه گیری آزمایشگاهی CPK-WBC و گرفتن نوار قلب و اندازه گیری الکترولیت ها
- ✓ قطع کلیه داروهای مصرفی بویژه دارو های آنتی سایکوتیک و برطرف کردن مشکلات الکترولیتی
- ✓ ایجاد Cooling برای بیمار (سرد کردن بدن بیمار)
- ✓ با هماهنگی بیمار اعزام شود.
- ❖ مسمومیت با لیتیم: علائم بصورت استفراغ، اسهال، دل درد، تکلم مبهم، تره مور ، اختلال هوشیاری ، فاسیکولاسیون ایجاد می شود.
- ✓ قطع داروهای آرامبخش
- ✓ بررسی آزمایشگاهی الکترولیت ها و CBC و گرفتن نوار قلب و اندازه گیری سطح لیتیم
- ✓ تنظیم آب و الکترولیت ها
- ✓ در صورت بالا بودن 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 اعزام شود.