بسم الله الرحمن الرحيم
١٤٣٨

- انجام مشاوره پزشکی به دو صورت آفلاین و آنلاین صورت می پذیرد.
- جهت مدیریت زمان و افزایش دقت کارکنان، ۴۸ پروتکل آفلاین تا کنون آماده ابلاغ گردیده است.

اهمیت و نحوه بکارگیری پروتکل های آفلاین

چه زمانی از پروتکل آفلاین استفاده کنیم؟

- اندیکاسیون

- کنترا اندیکاسیون

❖در صورت نیاز همکاران به انجام مشاوره پزشکی حتی در مورد بیماری های دارای پروتکل آفلاین، پاسخ به درخواست ایشان ضروری است.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
ترومایی

پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

ویرایش
مرداد 1399

ارزیابی صحنه
بررسی امنیت، مکانیسم اسیب ، رعایت PPE، نیاز به منابع اضافی

Airway and C Spine
ارزیابی راه هوایی و محدود سازی ستون فقرات گردنی

1 آیا نیاز به اداره راه هوایی می باشد؟

بله → بحرانی
مدیریت راه هوایی
استفاده از مانورهای trauma chin lift, jaw- thrust – فیکر سوکیب و ساکشن – تجهیزات باز نگهداشتن راه هوایی مانند Oral Airway و Nasal Airway, ETT, LMA و needle cricothyroidotomy.

خیر →
تجویز O2 با وسیله مناسب و ارزیابی وضعیت تنفس و قفسه سینه
سرعت، عمق، صدای تنفسی، تندرنس/کریپتوس ، شواهد آمفیزم ، مشاهده وضعیت ظاهری قفسه سینه

2 آیا اختلال تنفسی دارد؟

بله → بحرانی
3 مدیریت تنفس
اگر تنفس تند یا کند باشد از BVM استفاده گردد و در صورت وجود شواهد ترومای قفسه سینه مراجعه به پروتکل مربوطه

خیر →
ارزیابی وضعیت گردش خون
خونریزی خارجی و معاینه لگن –تبقی(سریع – آهسته – قوی – ضعیف)
(درصورت تبود تبقی رادیال، کاروتید بررسی شود) پوست (از نظر رنگ ، رطوبت و دما)
- پر شدگی مویرگی

4 آیا اختلال گردش خون دارد؟

بله → بحرانی
مدیریت گردش خون:
کنترل خونریزی با فشار مستقیم و پانسمان فشاری و تورنیکه - رگ گیری و تجویز 1 تا 2 لیتر سرم کریستالوئید و در صورت نیاز فیکس ، کردن لگ،

آیا بیمار بحرانی است؟

بله →
انتقال به آمبولانس
تصمیم گیری نوع انتقال(هوایی، زمینی و...) حرکت به سمت مرکز درمانی مناسب و اطلاع به دیسپچ

خیر →

ارزیابی اولیه

ارزیابی ناتوانی های عصبی (disability)
بررسی مردمک - GCS/AVPU - توانائی حرکات اندام ها

آیا اختلال در D دارد؟

بله → بحرانی
در صورت عدم انتقال در مراحل قبل، انتقال به آمبولانس، تصمیم گیری نوع انتقال(هوایی، زمینی و...) حرکت به سمت مرکز درمانی مناسب و اطلاع به

خیر →
برهنه سازی (exposure)
با رعایت حریم خصوصی لباس مصدوم راخارج کنید - از هیپوترمی جلوگیری کنید - برای پیداکردن موارد تهدید کننده حیات ، مجدداً قفسه سینه ،شکم و اندام ها را بررسی نمایید - پشت مصدوم در حین قرار دادن وی بر روی تخته پشتی بلند بررسی شود،

کنترل علائم حیاتی
کنترل علائم حیاتی (تنفس، نبض، فشارخون، SPO2 ، قند خون و GCS)

آیا علائم حیاتی نرمال است؟

خیر → در نظر داشتن انتقال سریع و ABC

بله →
شرح حال بیمار بر اساس SAMPLE گرفته شود

ارزیابی ثانویه

6 بررسی فیزیکی سر تا پا
پانسمان زخم ها - انل بندی - رگ گیری و مایع درمانی -مانیتورینگ

7 ارزیابی مجدد حین انتقال و پایش مداوم / مدیریت درد(دارویی و غیر دارویی)

در صورت وجود هر گونه ترومای خاص، به پرتکل مربوطه مراجعه شود

---

1 ✓ وجود هرگونه صدای غیرطبیعی در راه هوایی فوقانی
✓ عدم توانایی در صحبت کردن

2 ✓ تنفس ناکافی (تند یا کند یا با تنفس های سطحی)
✓ شواهد پنوموتوراکس فشارنده

3 ✓ در صورت وجود شواهد پنوموتوراکس، قبل از نیدل دکامپرشن از تهویه با فشار مثبت اجتناب گردد

4 ✓ وجود شواهد شوک شامل: نبض ضعیف، تاکیکاردی، پوست رنگ پریده، پوست سرد و مرطوب، اختلال هوشیاری، بی قراری

5 ✓ کولار گردنی همزمان با مشاهده کلی گردن باید در طی ارزیابی اولیه بسته شود اما تا زمانی که گردن با فیکس کننده جانبی ثابت شود می بایست گردن با دست حمایت شود.
✓ در صورت اختلال در هر یک از مراحل ارزیابی اولیه بیمار Critical بوده و پس از ارزیابی گردش خون بلافاصله load&go انجام می شود.
✓ در صورت هرگونه تغییر به سمت بدتر شدن بیمار، تمامی مراحل ABCDE از ابتدا چک شود.
✓ توجه به مکانیسم حادثه، جداسازی ایمن بیمار از منبع آسیب همیشه مدنظر قرار گیرد.
✓ در تمامی مراحل باید دقت شود اگر بیمار دچار ایست قلبی شد بلافاصله پروتکل احیا قلبی ریوی اجرا شود.

6 ✓ مایع درمانی با نرمال سالین با جهت حفظ SBP در محدوده 80-90mmHg و در موارد ضربه سر با شک به افزایش ICP (افت هوشیاری، تهوع، استفراغ، سردرد شدید)حفظ SBP در محدوده 90-100mmHg انجام گردد. در صورتی که فشار خون بیمار در محدوده بالاتر از موارد ذکر شده است، اقدامی برای کنترل آن صورت نپذیرد.

7 ✓ کنترل غیر دارویی درد: با استفاده از آتل بندی و پانسمان و کمپرس سرد
✓ کنترل دارویی درد : کتورولاک30mg عضلانی یا آپوتل 1gr انفوزیون در 100cc نرمال سالین(بالغین) در مدت زمان 15 دقیقه / سولفات مورفین صرفا با نظر پزشک مشاور

اصطلاحات:

- PPE: Personal protective equipment
- LMA: Laryngeal mask airway
- ETT: Endotracheal Tube
- BMV: Bag-mask Ventilation
- ICP: Intracranial Pressure
- SBP: Systolic Blood Pressure

پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

ارزیابی صحنه
بررسی امنیت، مکانیسم آسیب ، رعایت PPE، نیاز به منابع اضافی

↓

Airway and C Spine
ارزیابی راه هوایی و محدود سازی ستون فقرات گردنی

↓

آیا نیاز به اداره راه هوایی می باشد؟

بله ←

مدیریت راه هوایی
استفاده از مانورهای jaw- thrust و trauma chin lift – فینگر سوئیپ و ساکشن – تجهیزات باز نگهداشتن راه هوایی مانند Oral Airway و Nasal Airwayو ETT و LMA و needle cricothyroidotomy

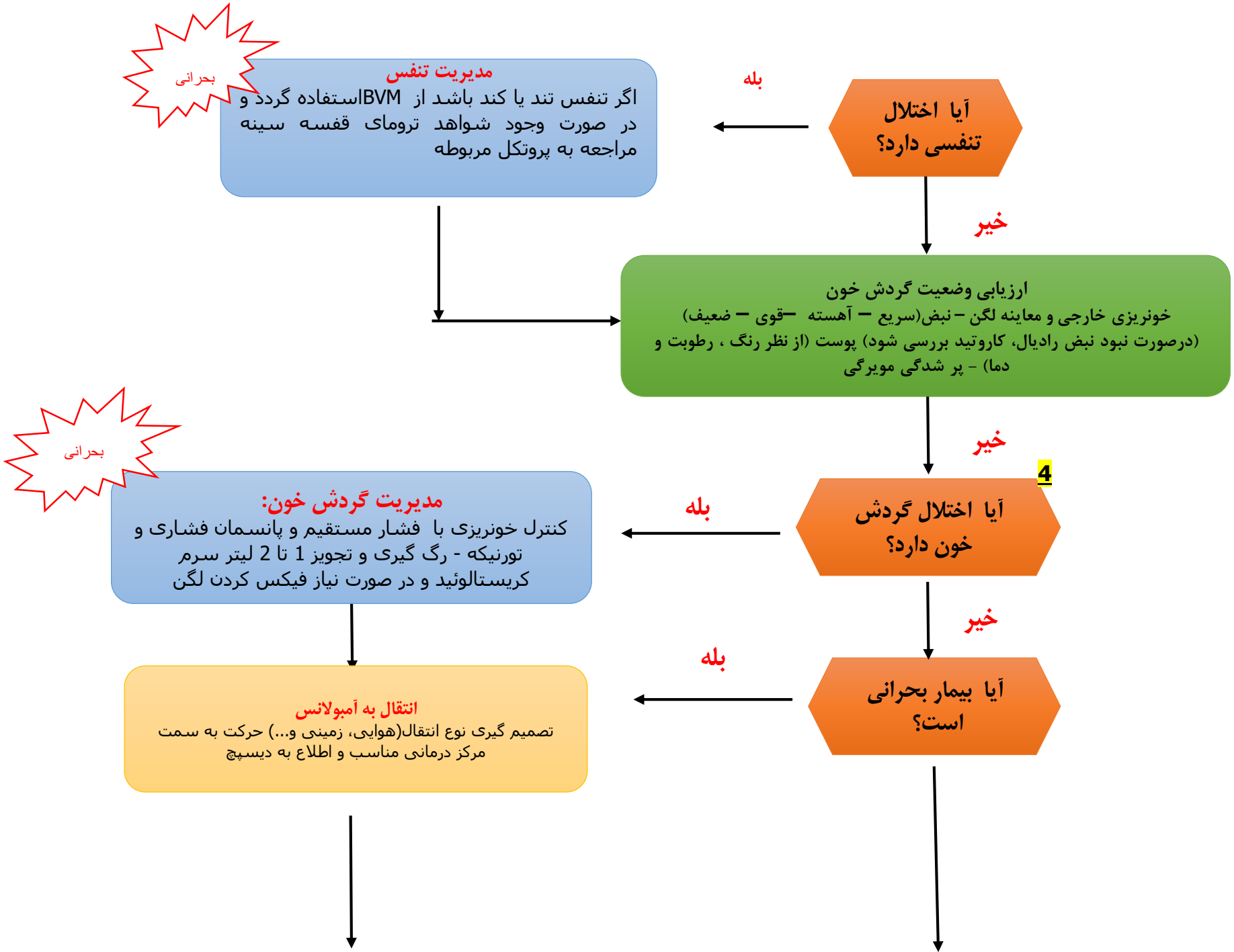
بحرانی

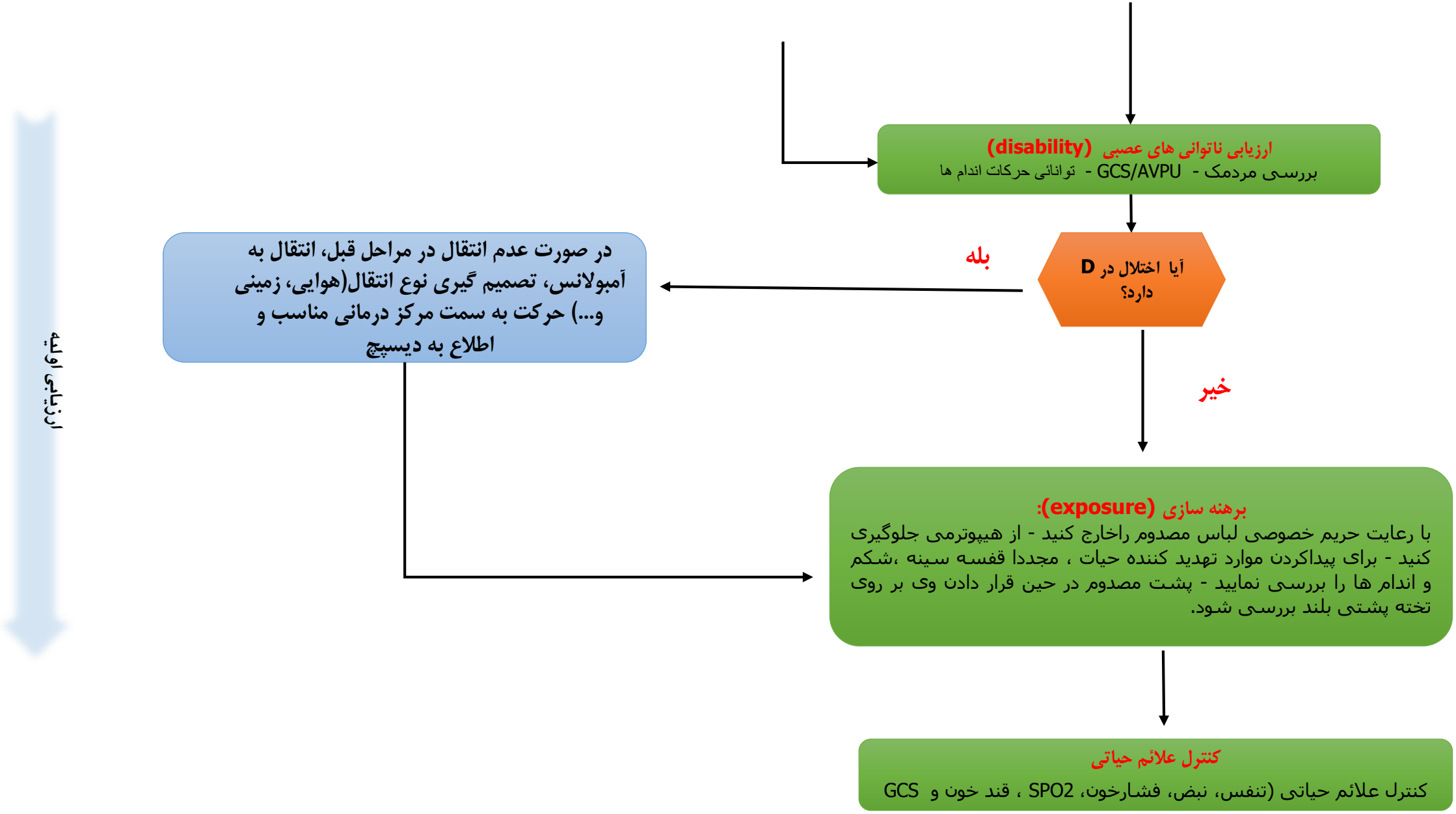
خیر ↓

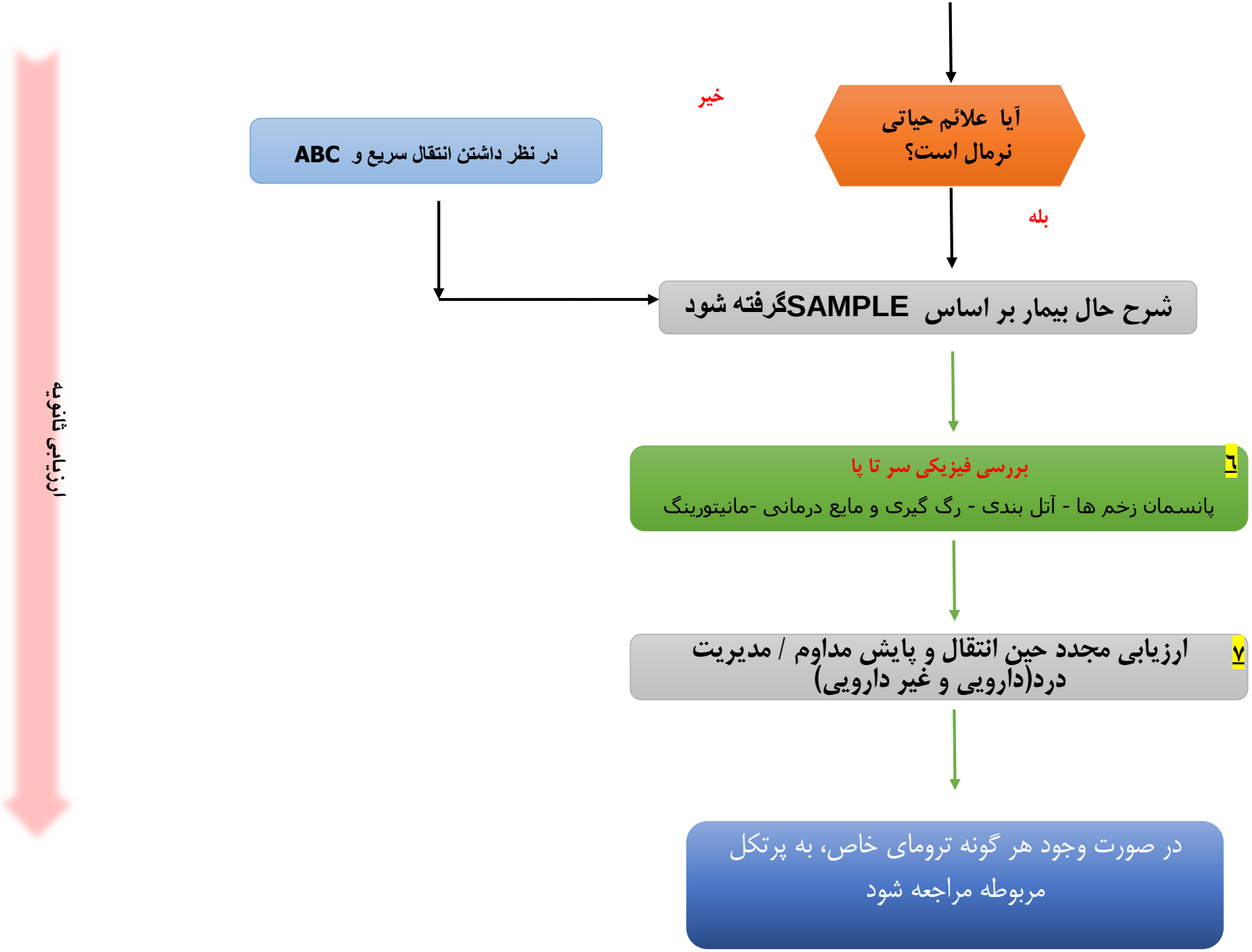
تجویز O2 با وسیله مناسب و ارزیابی وضعیت تنفس و قفسه سینه
سرعت، عمق، صدای تنفسی، تندرنس/کریپتوس ، شواهد آمفیزم ،
مشاهده وضعیت ظاهری قفسه سینه

↓

آیا اختلال تنفسی دارد؟


بحرانی
مدیریت تنفس
اگر تنفس تند یا کند باشد از BVMاستفاده گردد و در صورت وجود شواهد تروما قفسه سینه مراجعه به پروتکل مربوطه
بله
آیا اختلال تنفسی دارد؟
خیر
ارزیابی وضعیت گردش خون
خونریزی خارجی و معاینه لگن – نبض(سریع – آهسته –قوی – ضعیف)
(درصورت نبود نبض رادیال، کاروتید بررسی شود) پوست (از نظر رنگ ، رطوبت و دما) – پر شدگی مویرگی
خیر
4
آیا اختلال گردش خون دارد؟
بله
بحرانی
مدیریت گردش خون:
کنترل خونریزی با فشار مستقیم و پانسمان فشاری و تورنیکه - رگ گیری و تجویز 1 تا 2 لیتر سرم کریستالوئید و در صورت نیاز فیکس کردن لگن
خیر
آیا بیمار بحرانی است؟
بله
انتقال به آمبولانس
تصمیم گیری نوع انتقال(هوایی، زمینی و...) حرکت به سمت مرکز درمانی مناسب و اطلاع به دیسپچ


ارزیابی ناتوانی های عصبی (disability)
بررسی مردمک - GCS/AVPU - توانائی حرکات اندام ها
آیا اختلال در D دارد؟
بله
خیر
در صورت عدم انتقال در مراحل قبل، انتقال به آمبولانس، تصمیم گیری نوع انتقال(هوایی، زمینی و...) حرکت به سمت مرکز درمانی مناسب و اطلاع به دیسپچ
برهنه سازی (exposure):
با رعایت حریم خصوصی لباس مصدوم راخارج کنید - از هیپوترمی جلوگیری کنید - برای پیداکردن موارد تهدید کننده حیات ، مجددا قفسه سینه ،شکم و اندام ها را بررسی نمایید - پشت مصدوم در حین قرار دادن وی بر روی تخته پشتی بلند بررسی شود.
کنترل علائم حیاتی
کنترل علائم حیاتی (تنفس، نبض، فشارخون، SPO2 ، قند خون و GCS
ارزیابی اولیه


ارزیابی ثانویه
آیا علائم حیاتی نرمال است؟
خیر
در نظر داشتن انتقال سریع و ABC
بله
شرح حال بیمار بر اساس SAMPLEگرفته شود
٦
بررسی فیزیکی سر تا پا
پانسمان زخم ها - آتل بندی - رگ گیری و مایع درمانی -مانیتورینگ
٧
ارزیابی مجدد حین انتقال و پایش مداوم / مدیریت درد(دارویی و غیر دارویی)
در صورت وجود هر گونه ترومای خاص، به پرتکل مربوطه مراجعه شود

۱

- ✓ وجود هرگونه صدای غیرطبیعی در راه هوایی فوقانی
- ✓ عدم توانایی در صحبت کردن

۲

- ✓ تنفس ناکافی (تند یا کند یا با تنفس های سطحی)
- ✓ شواهد پنوموتوراکس فشارنده

۳

- ✓ در صورت وجود شواهد پنوموتوراکس، قبل از نیدل دکامپرشن از تهویه با فشار مثبت اجتناب گردد

۴

- ✓ وجود شواهد شوک شامل: نبض ضعیف، تاکیکاردی، پوست رنگ پریده، پوست سرد و مرطوب، اختلال هوشیاری، بی قراری

۵

- ✓ کولار گردنی همزمان با مشاهده کلی گردن باید در طی ارزیابی اولیه بسته شود اما تا زمانی که گردن با فیکس کننده جانبی ثابت شود می بایست گردن با دست حمایت شود.
- ✓ در صورت اختلال در هر یک از مراحل ارزیابی اولیه بیمار Critical بوده و پس از ارزیابی گردش خون بلافاصله load&go انجام می شود.
- ✓ در صورت هرگونه تغییر به سمت بدتر شدن بیمار، تمامی مراحل ABCDE از ابتدا چک شود.
- ✓ توجه به مکانیسم حادثه، جداسازی ایمن بیمار از منبع آسیب همیشه مدنظر قرار گیرد.
- ✓ در تمامی مراحل باید دقت شود اگر بیمار دچار ایست قلبی شد بلافاصله پروتکل احیا قلبی ریوی اجرا شود.

۶

- ✓ مایع درمانی با نرمال سالین یا جهت حفظ SBP در محدوده 80-90mmHg و در موارد ضربه سر با شک به افزایش ICP (افت هوشیاری، تهوع، استفراغ، سردرد شدید)حفظ SBP در محدوده 90-100mmHg انجام گردد. در صورتی که فشار خون بیمار در محدوده بالاتر از موارد ذکر شده است، اقدامی برای کنترل آن صورت نپذیرد.

۷

- ✓ کنترل غیر دارویی درد: با استفاده از آتل بندی و پانسمان و کمپرس سرد
- ✓ کنترل دارویی درد : کتورولاک30mg عضلانی یا آپوتل 1gr انفوزیون در 100cc نرمال سالین(بالغین) در مدت زمان ۱۵ دقیقه / سولفات مورفین صرفا با نظر پزشک مشاور

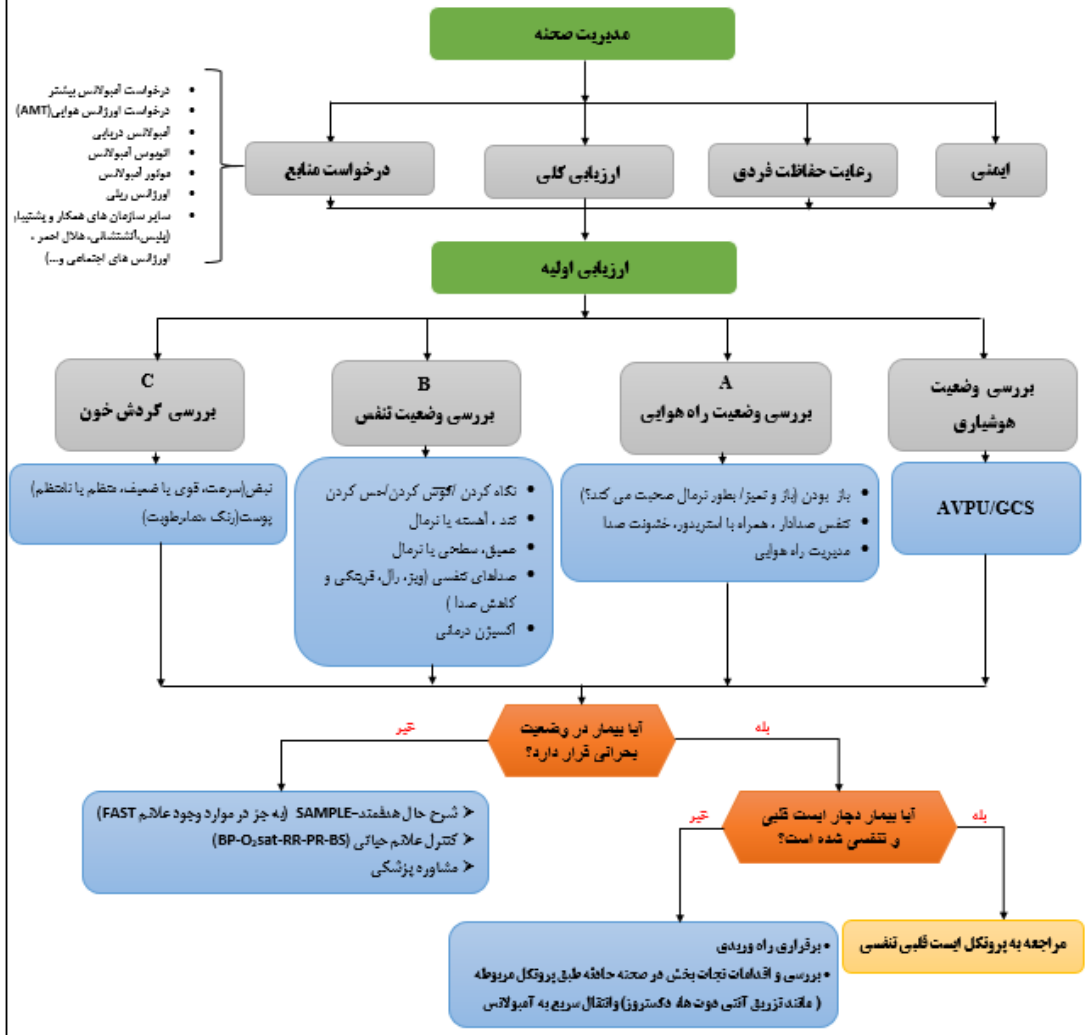
اصطلاحات:

- PPE: Personal protective equipment
- LMA: Laryngeal mask airway
- ETT: Endotracheal Tube
- BMV: Bag-mask Ventilation
- ICP: Intracranial Pressure
- SBP: Systolic Blood Pressure

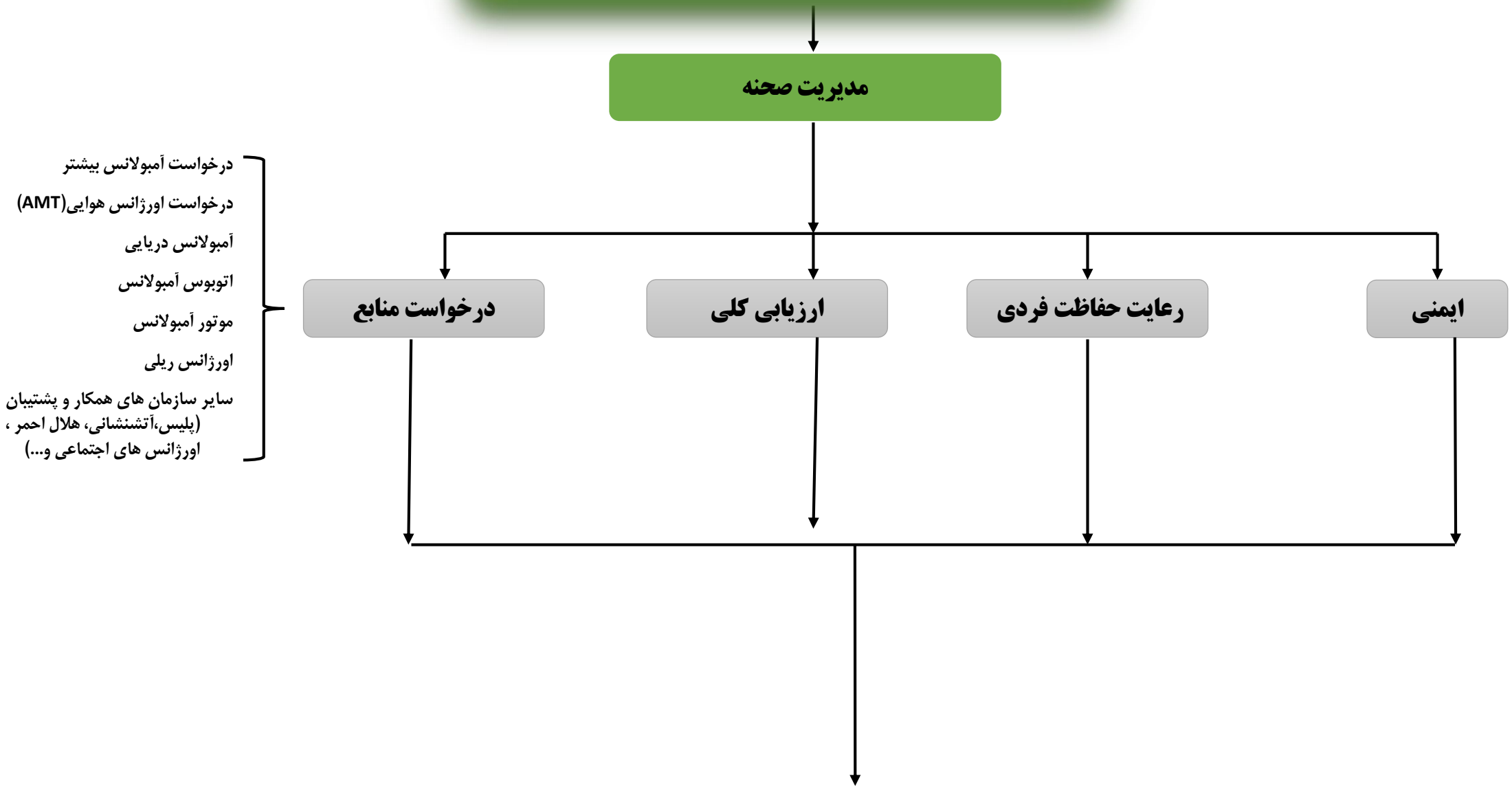
پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
غیر ترومایی

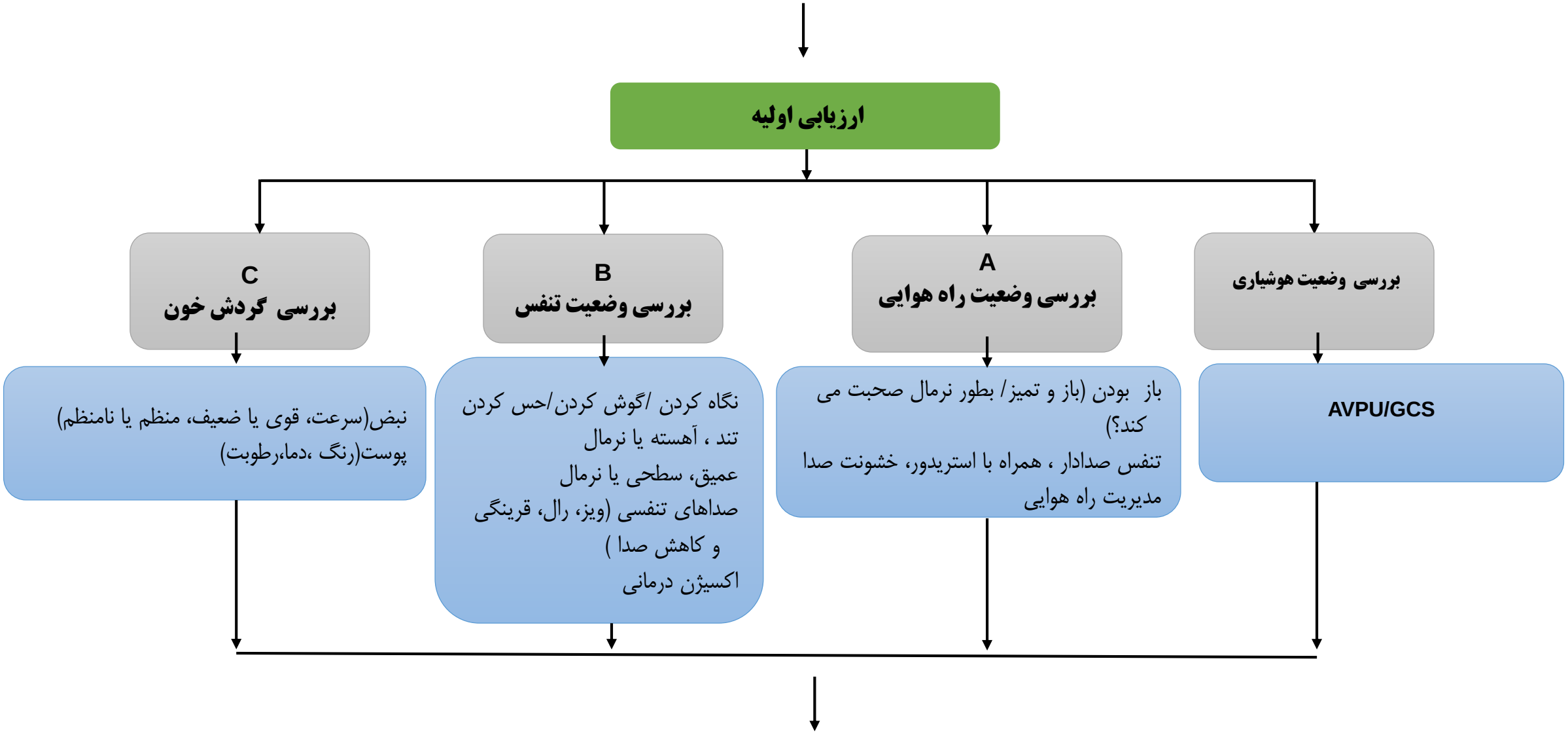
ویرایش
مرداد 1399

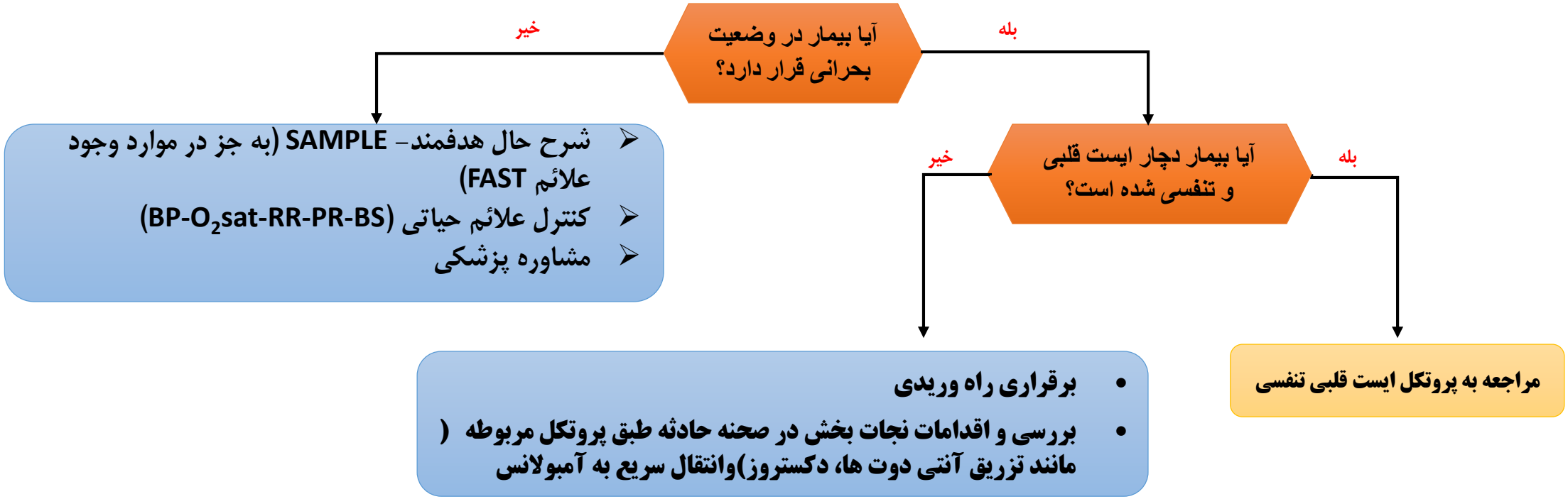
پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی



پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی




ارزیابی اولیه
بررسی وضعیت هوشیاری
A
بررسی وضعیت راه هوایی
B
بررسی وضعیت تنفس
C
بررسی گردش خون
AVPU/GCS
باز بودن (باز و تمیز/ بطور نرمال صحبت می کند؟)
تنفس صدادار ، همراه با استریدور، خشونت صدا
مدیریت راه هوایی
نگاه کردن /گوش کردن/حس کردن
تند ، آهسته یا نرمال
عمیق، سطحی یا نرمال
صداهای تنفسی (ویز، رال، قرینگی
و کاهش صدا)
اکسیژن درمانی
نبض(سرعت، قوی یا ضعیف، منظم یا نامنظم)
پوست(رنگ ،دما،رطوبت)


آیا بیمار در وضعیت بحرانی قرار دارد؟
خیر
بله
شرح حال هدفمند- SAMPLE (به جز در موارد وجود علائم FAST)
کنترل علائم حیاتی (BP-O2sat-RR-PR-BS)
مشاوره پزشکی
آیا بیمار دچار ایست قلبی و تنفسی شده است؟
خیر
بله
برقراری راه وریدی
بررسی و اقدامات نجات بخش در صحنه حادثه طبق پروتکل مربوطه (مانند تزریق آنتی دوت ها، دکستروز)وانتقال سریع به آمبولانس
مراجعه به پروتکل ایست قلبی تنفسی

پروتکل
انتقال بیمار

ویرایش
مرداد 1399

پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

انتقال به امبولانس

طی مسیر

- CBR
- پوزیشن مناسب(نیمه نشسته مگر در موارد نیازمند احیا)
- برقراری خط ورنفی در صورتی که قبلا انجام نشده است
- کنترل علائم حیاتی هر 15 دقیقه (در بیماران بدحال هر 5 دقیقه)
- مانیتورینگ و پایش مداوم بیمار
- اکسیژن درمانی
- درمان های فوریتی طبق علائم بیمار(مراجعه به پروتکل مربوطه)
- مشاوره پزشکی(به جز پروتکل اقلامین و مواردی که در صحنه انجام شده است)
- شرح حال کامل
- معاینات تکمیلی

آیا بیمار در وضعیت بحرانی قرار دارد؟

بله

- انتقال به نزدیک ترین مرکز درمانی
- تحویل در اتاق احیا به پزشک اورژانس

خیر

- **247** انتقال به کت لب بیمارستان
- **724** انتقال به CT Scan و تحویل به کد استروک بیمارستان
- **سایر** تحویل به پرستار تریاژ بیمارستان
- **قطع عضو** انتقال به مرکز پیوند

- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت Ozsat<95% استفاده از وسایل با فشار اکسیژن بالاتر
- ✓ در صورتی که بیمارستان های 247 و 724 در شهر وجود ندارد انتقال به بیمارستان عمومی و تحویل به پزشک اورژانس و در صورت امکان استفاده از انتقال هوایی
- ✓ در صورتی که مرکز پیوند در شهرستان مربوطه وجود دارد و شرایط بالینی بیمار اجازه می دهد به آن مرکز منتقل گردد . در صورتی که این امکان وجود ندارد انتقال هوایی به مرکز پیوند صورت پذیرد و در صورت عدم امکان انتقال هوایی به مرکز ترومای شهرستان منتقل گردد.

پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

انتقال به آمبولانس

↓

طی مسیر

CBR

پوزیشن مناسب(نیمه نشسته مگر در موارد نیازمند احیا)

برقراری خط وریدی در صورتی که قبلا انجام نشده است

کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه (در بیماران بدحال هر ۵ دقیقه)

مانیتورینگ و پایش مداوم بیمار

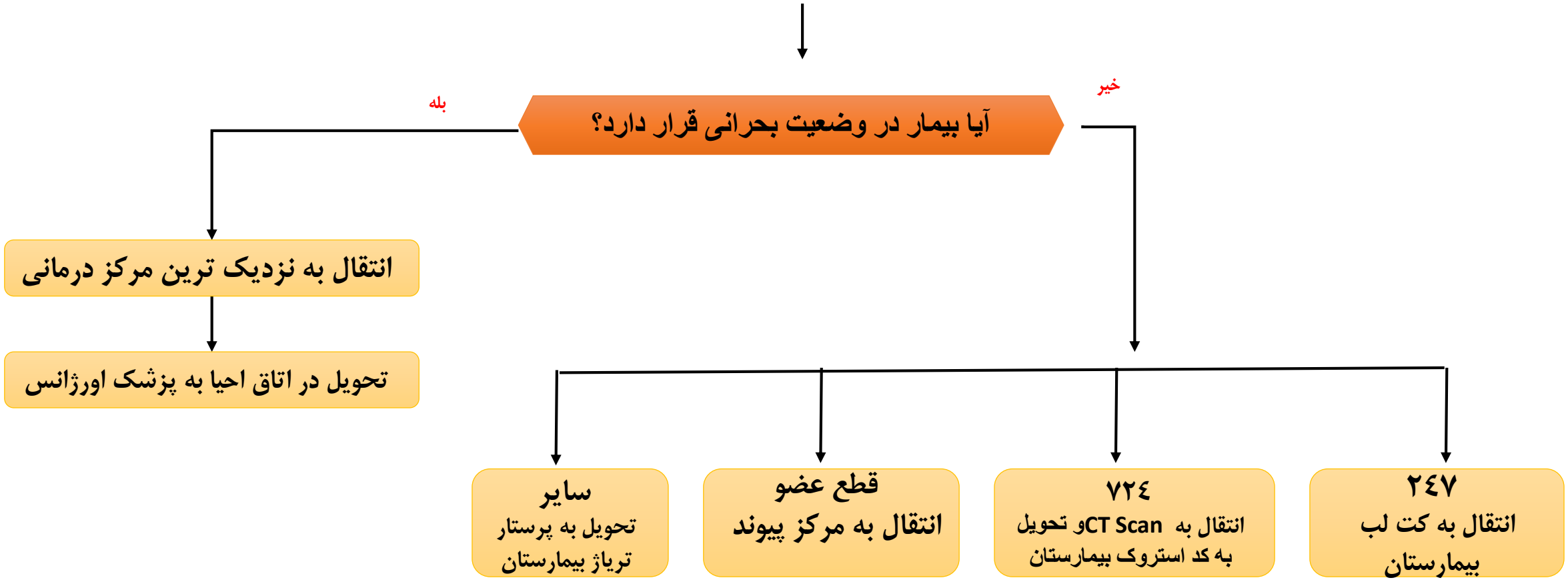
اکسیژن درمانی

درمان های فوریتی طبق علائم بیمار(مراجعه به پروتکل مربوطه)

مشاوره پزشکی(به جز پروتکل آفلاین و مواردی که در صحنه انجام شده است)

شرح حال کامل

معاینات تکمیلی


آیا بیمار در وضعیت بحرانی قرار دارد؟
بله
انتقال به نزدیک ترین مرکز درمانی
تحویل در اتاق احیا به پزشک اورژانس
خیر
۲٤۷
انتقال به کت لب بیمارستان
۷۲٤
انتقال به CT Scan و تحویل به کد استروک بیمارستان
قطع عضو
انتقال به مرکز پیوند
سایر
تحویل به پرستار تریاژ بیمارستان

اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با فشار اکسیژن بالاتر

در صورتی که بیمارستان های ۲٤۷ و ۷۲٤ در شهر وجود ندارد انتقال به بیمارستان عمومی و تحویل به پزشک اورژانس و در صورت امکان استفاده از انتقال هوایی

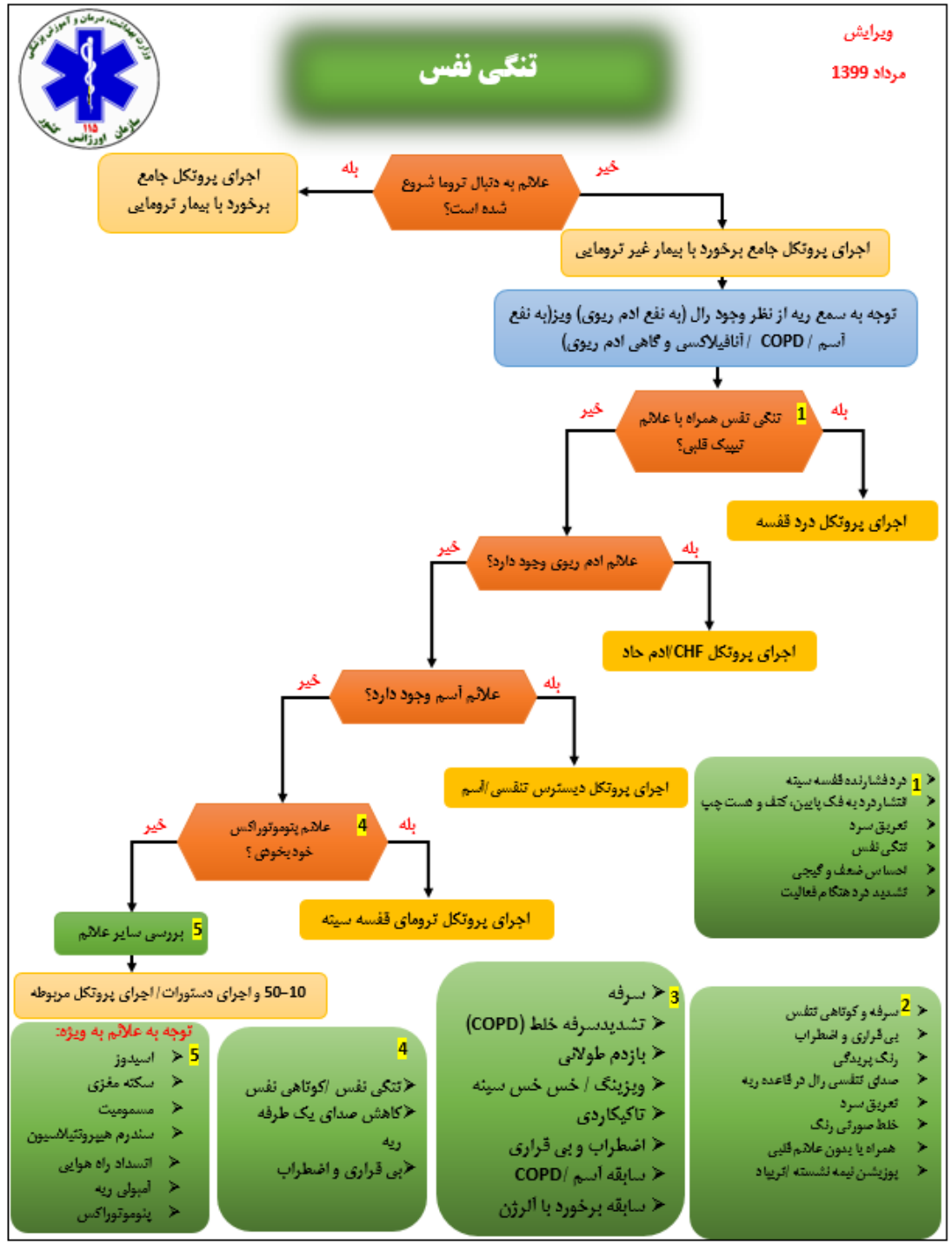
در صورتی که مرکز پیوند در شهرستان مربوطه وجود دارد و شرایط بالینی بیمار اجازه می دهد به آن مرکز منتقل گردد . در صورتی که این امکان وجود ندارد انتقال هوایی به مرکز پیوند صورت پذیرد و در صورت عدم امکان انتقال هوایی به مرکز ترومای شهرستان منتقل گردد.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مبتلا به تنگی نفس

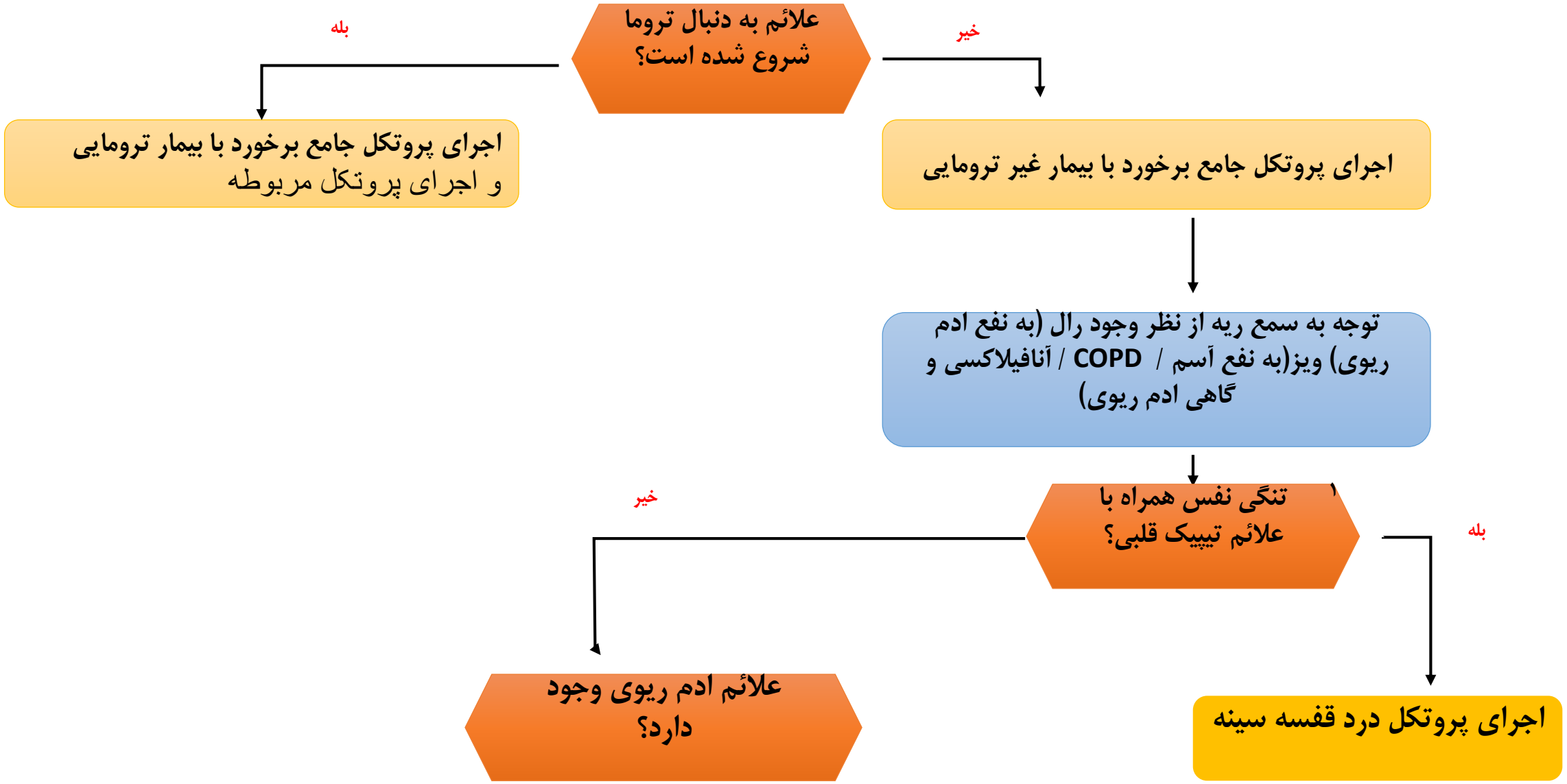
ویرایش

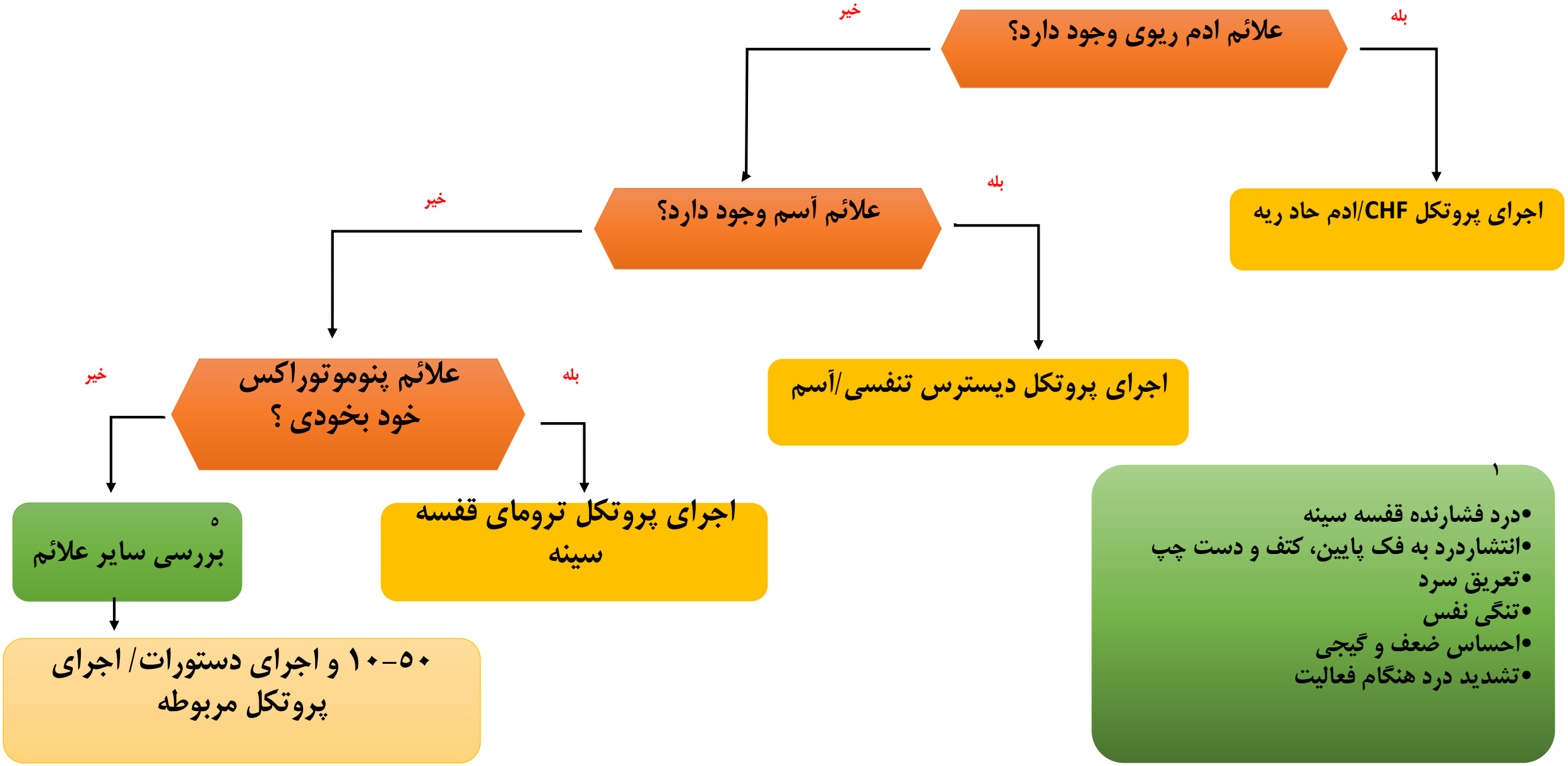
مرداد 1399

تنگی نفس



تنگی نفس


علائم به دنبال تروما شروع شده است؟
بله
خیر
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی و اجرای پروتکل مربوطه
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی
توجه به سمع ریه از نظر وجود رال (به نفع ادم ریوی) ویز(به نفع آسم / COPD / آنافیلاکسی و گاهی ادم ریوی)
تنگی نفس همراه با علائم تیپیک قلبی؟
بله
خیر
اجرای پروتکل درد قفسه سینه
علائم ادم ریوی وجود دارد؟


علائم ادم ریوی وجود دارد؟
بله
خیر
اجرای پروتکل CHF/ادم حاد ریه
علائم آسم وجود دارد؟
بله
خیر
اجرای پروتکل دیسترس تنفسی/آسم
علائم پنوموتوراکس خود بخودی ؟
بله
خیر
اجرای پروتکل ترومای قفسه سینه
بررسی سایر علائم
۱۰-۵۰ و اجرای دستورات/ اجرای پروتکل مربوطه
•درد فشارنده قفسه سینه
•انتشاردرد به فک پایین، کتف و دست چپ
•تعریق سرد
•تنگی نفس
•احساس ضعف و گیجی
•تشدید درد هنگام فعالیت

۲

شواهد ادم ریوی:

- سرفه و کوتاهی تنفس
- بی قراری و اضطراب
- رنگ پریدگی
- صدای تنفسی رال (و گاهی ویز)در قاعده ریه
- تعریق سرد
- خلط صورتی رنگ
- همراه یا بدون علائم قلبی
- پوزیشن نیمه نشسته /تریپاد

۳

شواهد آسم/ COPD:

- سرفه
- تشدیدسرفه خلط (COPD)
- بازدم طولانی
- ویزینگ / خس خس سینه
- تاکیکاردی
- اضطراب و بی قراری
- سابقه آسم /COPD
- سابقه برخورد با آلرژن

٤

شواهد پنوموتوراکس خودبخودی:

- تنگی نفس /کوتاهی نفس
- کاهش صدای یک طرفه ریه
- بی قراری و اضطراب

٥

توجه به علائم به ویژه:

- اسیدوز
- سکته مغزی
- مسمومیت
- سندرم هیپرونتیلاسیون
- انسداد راه هوایی
- آمبولی ریه
- پنوموتوراکس

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار

مبتلا به آسم/COPD

ویرایش

مرداد 1399

پروتکل COPD/آسم

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

اجرای پروتکل تنگی نفس

اطمینان از نبود شواهد ادم ریه

- اکسیژن درمانی
- IV Line و سرم کریستالوئیدKVO
- مانیتورینگ قلبی

1 متوسط/شدید

خفیف

2 دسترسی به ماسک تبولایزر؟

غیر

بله

3
- ادامه اکسیژن درمانی
- تبولایز آلبوترول 2/5mg تا سه بار
- تبولایز آتروونت 0/5mg تا سه بار

در صورت عدم دسترسی به تبولایزر طبق پروتکل خفیف

- هیدروکورتیزون 200mg و در اطفال 5mg/kg آهسته وریدی
- تجویز H2 بلاک

- ادامه اکسیژن درمانی
- سالبوتامول 6–8 پاف هر 20دقیقه تا سه بار با دم یار
- آتروونت 6 – 8 پاف هر 20 دقیقه تا سه بار با دم یار
- هیدروکورتیزون 200mg و در اطفال 5mg/kg آهسته وریدی

10–50

انتقال فوری به مرکز درمانی / پایش مداوم

✓ 1 علائم متوسط/شدید شامل: استفاده از عضلات فرعی تنفسی، عدم توانایی تنفس، سیانوز شدید، تعریق، بیقراری، تاکیکاردی، افت هوشیاری، عدم توانایی در تکلم و وضعیت سه پایه، O2sat کمتراز 95٪

✓ به این نکته دقت شود که عدم سمع ویزینگ به معنای بهبود آسم و COPD نیست و می تواند نشاندهنده بروتکو اسپاسم شدید و مرگ قریب الوقوع باشد.

✓ 2 برای انجام تبولایزر از ماسک تبولایزر استفاده کنید

✓ 3 اکسیژن درمانی با استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز 95٪ از روش های با غلظت بالاتر استفاده گردد، اما توجه شود در بیماران COPD باید O2sat در محدوده 90 حفظ شود.

✓ در صورت شک به ادم ریه(سابقه بیماری قلبی، سمع رال در ریه، عدم وجود سابقه آسم و COPD، ادم اندام ها) قبل از تجویز هرگونه دارو با پزشک مشاور تماس بگیرید.

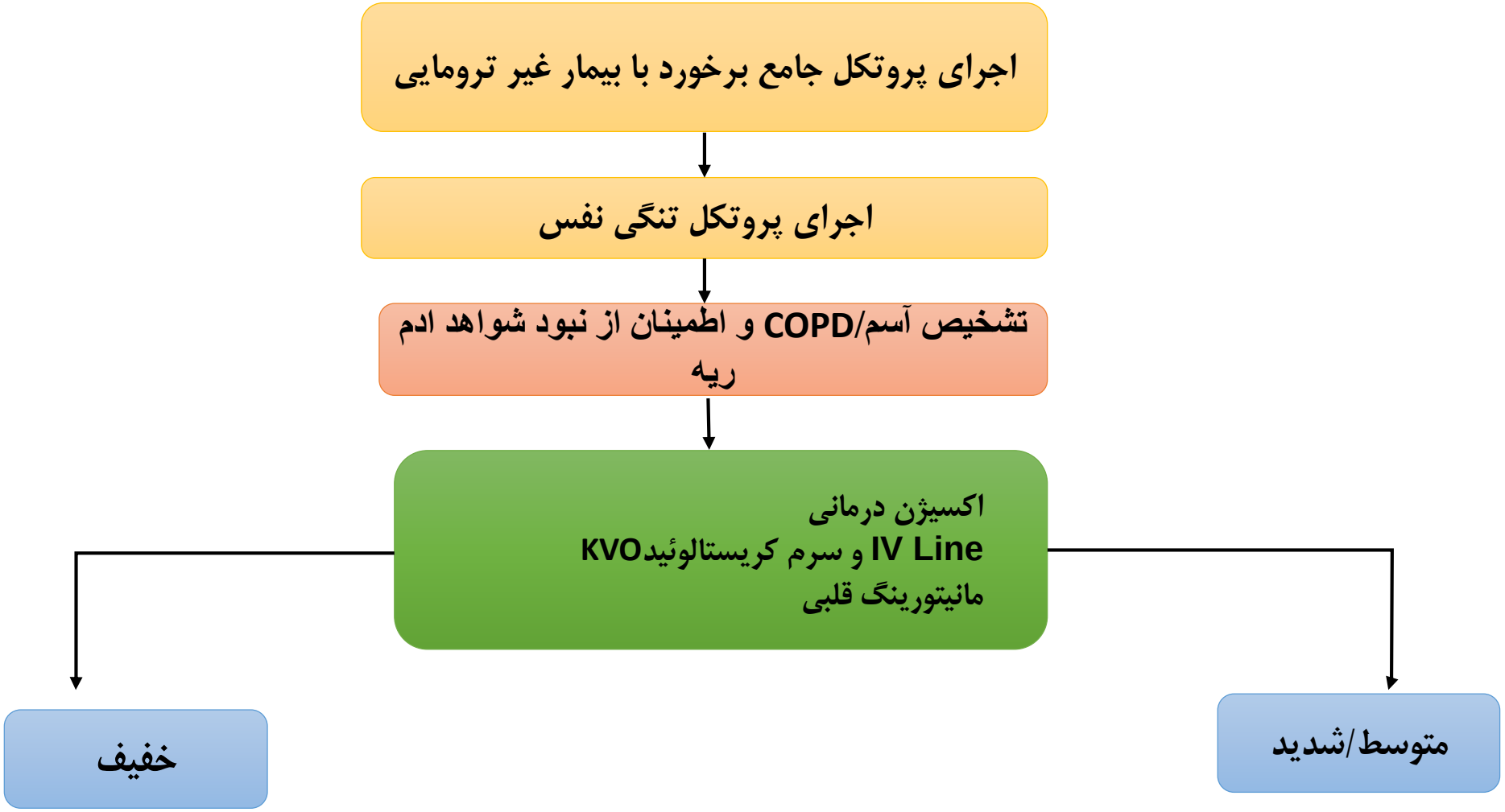
✓ در صورتیکه پس از درمان بیمار با علائم خفیف، وضعیت بدتر شد :

1- از نظر تشخیص صحیح مجدد بررسی گردد.

2- در صورت تأیید تشخیص اقدامات علائم شدید انجام گردد.

✓ در بالغین حفظ O2sat≥ 90٪ و در افراد باردار و یا وجود بیماری قلبی همزمان حفظ O2sat≥ 95٪ هدف درمان می باشد.

پروتکل COPD/آسم



متوسط/شدید

بله

- ادامه اکسیژن درمانی
- نبولایز آلبوترول 2/5mg تا سه بار
- نبولایز آتروونت 0/5mg تا سه بار
  در صورت عدم دسترسی به نبولایزر: سالبوتامول و آتروونت طیق پروتکل خفیف
- هیدروکورتیزون 200mg و در اطفال 5mg/kg آهسته وریدی
- تجویز H2 بلاکر
- در موارد آسم شدید مقاوم به درمان در بیمار بدحال بدون HTN: اپی نفرین:0/3 – 0/5 mg IM

خفیف

ادامه اکسیژن درمانی

سالبوتامول ٦–٨ پاف هر ٢٠دقیقه تا سه بار با دم یار

آتروونت ٦ – ٨ پاف هر ٢٠ دقیقه تا سه بار با دم یار

هیدروکورتیزون 200mg و در اطفال 5mg/kg آهسته وریدی

١٠–٥٠

انتقال فوری به مرکز درمانی / پایش مداوم

- ۱. علائم متوسط/شدید شامل: استفاده از عضلات فرعی تنفسی، عدم توانایی تنفس، سیانوز شدید، تعریق، بیقراری، تاکیکاردی، افت هوشیاری، عدم توانایی در تکلم و وضعیت سه پایه، O2satکمتراز 95%
- ✓ به این نکته دقت شود که عدم سمع ویزینگ به معنای بهبود آسم و COPD نیست و می تواند نشاندهنده برونکو اسپاسم شدید و مرگ قریب الوقوع باشد.
- ۲. برای انجام نبولایزر از ماسک نبولایزر استفاده کنید
- ۳. اکسیژن درمانی با استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز ۹۵٪ از روش های با غلظت بالاتر استفاده گردد، اما توجه شود در بیماران COPD باید O2sat در محدوده ۹۰ حفظ شود.
- ✓ در صورت شک به ادم ریه(سابقه بیماری قلبی، سمع رال در ریه، عدم وجود سابقه آسم و COPD، ادم اندام ها) قبل از تجویز هرگونه دارو با پزشک مشاور تماس بگیرید.
- ✓ در صورتیکه پس از درمان بیمار با علائم خفیف، وضعیت بدتر شد :

۱- از نظر تشخیص صحیح مجدد بررسی گردد.

۲- در صورت تأیید تشخیص اقدامات علائم شدید انجام گردد.

- ✓ در بالغین حفظ ۹۰٪ ≤O2sat و در افراد باردار و یا وجود بیماری قلبی همزمان حفظ ۹۵٪ ≤O2sat هدف درمان می باشد.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
شک به CHF

ویرایش

مرداد 1399

پروتکل شک به CHF

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

اجرای پروتکل تنگی نفس

شک به CHF

- CBR
- مانیتوریتگ
- اکسیژن درمانی
- پوزیشن نیمه نشسته

SBP≤90 ?

خیر

✓ 2 0/4 mg NTG زیر زبانی
✓ لازیکس 20 میلی گرم آهسته وریدی
✓ مورفین 2 میلی گرم آهسته وریدی
✓ چک فشار خون هر 5 دقیقه

SBP≤90

بله

✓ در نظر داشتن خطر شوک
✓ در نظر داشتن انتقال فوری
✓ بلوس های 250 سی سی نرمال سالین تا رسیدن SBP≥90 با سمع ریه از نظر بروز رال یا تشدید تنگی نفس

بله

خیر

انتقال فوری به مرکز درمانی مناسب/ مشاوره پزشکی / پایش مداوم

- 1 اکسیژن درمانی با تازال کانولا و در صورت O_2sat<95% استفاده از وسایل با فشار اکسیژن بالاتر
- 2 تجویز NTG در موارد زیر ممنوع می باشد:
  1- افت فشارخون(SBP<100 یا افت MAP به میزان 30mmHg) 2
  2- برادیکاردی(HR<50)
  3- شک به RVMI یا Inf. MI
  4- حساسیت به NTG
  5 - مصرف مهار کننده های سیلدنافیل در 24 ساعت گذشته یا تادالافیل یا واردنافیل در 48 ساعت گذشته
- قبل از استفاده از دوزهای دوم و سوم NTG فشار خون چک شده و فقط در صورتی که درد سینه ادامه داشته باشد و فشار خون سیستولیک بالاتر از 100 باشد و افت فشار خون بیش از 30میلی متر جیوه دوز بعدی تکرار می گردد.

پروتکل شک به CHF

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

↓

اجرای پروتکل تنگی نفس

↓

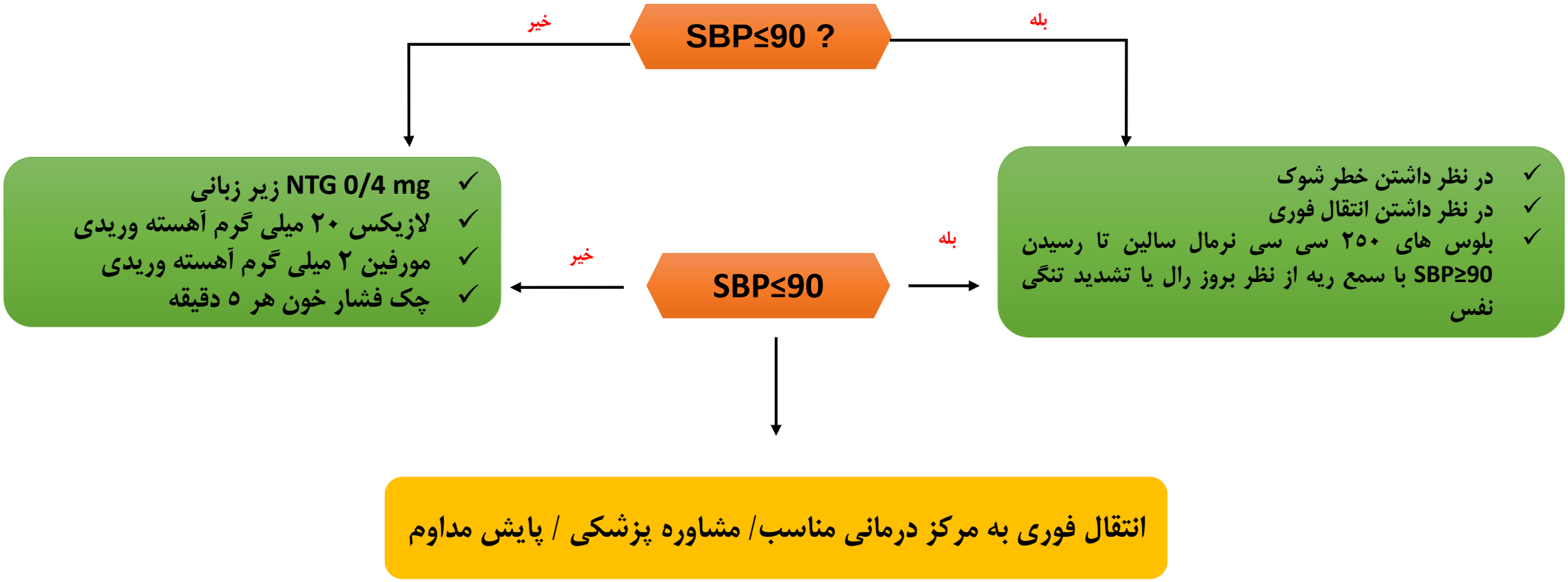
شک به CHF

↓

CBR
مانیتورینگ
اکسیژن درمانی
پوزیشن نیمه نشسته

↓

SBP≤90 ?


SBP≤90 ?
بله
خیر
در نظر داشتن خطر شوک
در نظر داشتن انتقال فوری
بلوس های ۲۵۰ سی سی نرمال سالین تا رسیدن SBP≥90 با سمع ریه از نظر بروز رال یا تشدید تنگی نفس
SBP≤90
بله
خیر
NTG 0/4 mg زیر زبانی
لازیکس ۲۰ میلی گرم آهسته وریدی
مورفین ۲ میلی گرم آهسته وریدی
چک فشار خون هر ۵ دقیقه
انتقال فوری به مرکز درمانی مناسب/ مشاوره پزشکی / پایش مداوم

- اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با فشار اکسیژن بالاتر
- تجویز NTG در موارد زیر ممنوع می باشد:

۱- افت فشارخون(SBP<100 یا افت MAP به میزان 30mmHg) ۲

۲- برادیکاردی(HR<50)

۳- شک به RVMI یا Inf. MI

۴- حساسیت به NTG

۵ – مصرف مهار کننده های سیلدنافیل در ۲۴ ساعت گذشته یا تادانافیل یا واردانافیل در ۴۸ ساعت گذشته

قبل از استفاده از دوزهای دوم و سوم NTGفشار خون چک شده و فقط در صورتی که درد سینه ادامه داشته باشد و فشار خون سیستولیک بالاتر از 100 باشد و افت فشار خون بیش از 30میلی متر جیوه دوز بعدی تکرار می گردد.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
آنافیلاکتیک

ویرایش

مرداد 1399

پروتکل واکنش آنافیلاکتیک

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

- IV Line
- نرمال سالین
- اکسیژن درمانی با غلظت بالا
- مانیتورینگ قلبی
- مدیریت راه هوایی

1 شدید

2
- اپی تقرین: 0/01 mg/kg IM و کودکان: 0/3 – 0/5 mg IM حداکثر 0/3mg
- کلرفنیرامین: 10mg IM و در کودکان: 0/1mg/kg IM حداکثر10mg
- هیدروکورتیزون: 200mg IV و در کودکان:5-10mg/kg
- H2 بلاکر
- دیفن هیدرامین : 50mg و در کودکان:1mg/kg حداکثر 50mg

بله

نرمال سالین با دوز 20cc/kg در اطفال یا 1Lit در بالغین (قابل تکرار)

خفیف

3
کلرفنیرامین: 10mg IM و در کودکان: 0/1mg/kg IM

سایمتیدین: 200mg IV Slow و در کودکان: 10mg/kg

دیفن هیدرامین : 50mg و در کودکان:1mg/kg

نرمال سالین برای حفظ فشار خون سیستولیک بیشتر از 90

مانیتورینگ از نظر تشدید علائم

خیر

انتقال فوری به مرکز درمانی / پایش مداوم

1
- ✓ علائم شدید شامل: اختلال هوشیاری، علائم تهدیدکننده راه هوایی (شامل ویز، تورم گلو و زبان، احساس جسم خارجی در گلو، خشونت و گرفتگی صدا و ...) علایم درگیری سیستم قلبی عروقی(تاکی کاردی، نبض ضعیف، کاهشBP) درگیری شدید سیستم تنفسی(تنگی نفس) و کهیر منتشر
- ✓ در صورت درگیری دو ارگان آنافیلاکسی مطرح می شود.

2
- ✓ تزریق وریدی اپی نفرین ممنوع می باشد.

3
- ✓ کلرفنیرامین در کودکان زیر 2 سال ممنوع است.

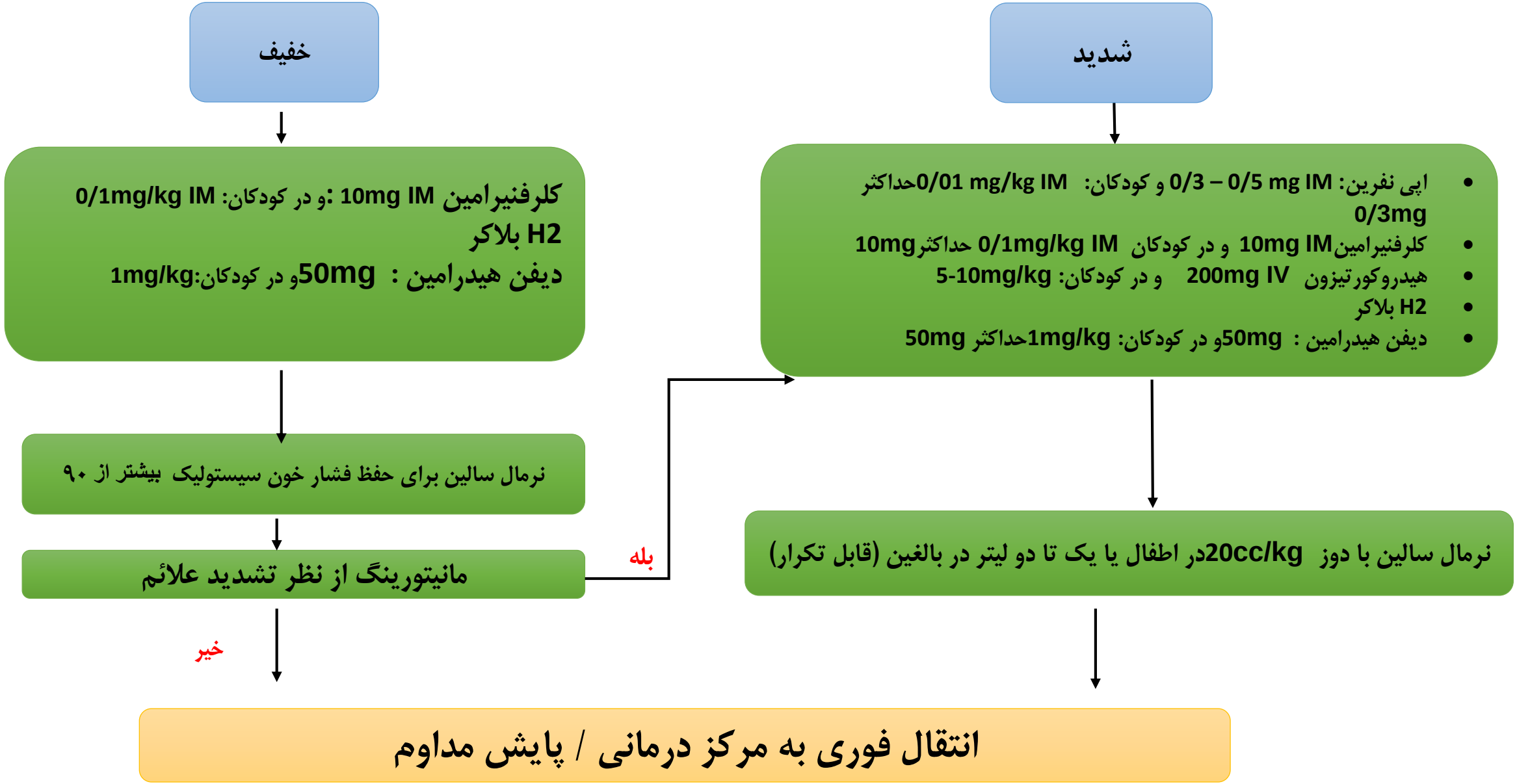
پروتکل واکنش آنافیلاکتیک

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

- IV Line
- نرمال سالین
- اکسیژن درمانی با غلظت بالا
- مانیتورینگ قلبی
- مدیریت راه هوایی

شدید

خفیف


خفیف
شدید
کلرفنیرامین 10mg IM :و در کودکان: 0/1mg/kg IM
H2 بلاکر
دیفن هیدرامین : 50mg و در کودکان:1mg/kg
اپی نفرین: 0/5 mg IM – 0/3 و کودکان: 0/01 mg/kg IM حداکثر 0/3mg
کلرفنیرامین 10mg IM و در کودکان 0/1mg/kg IM حداکثر 10mg
هیدروکورتیزون 200mg IV و در کودکان: 5-10mg/kg
H2 بلاکر
دیفن هیدرامین : 50mg و در کودکان: 1mg/kg حداکثر 50mg
نرمال سالین برای حفظ فشار خون سیستولیک بیشتر از ۹۰
مانیتورینگ از نظر تشدید علائم
بله
خیر
نرمال سالین با دوز 20cc/kg در اطفال یا یک تا دو لیتر در بالغین (قابل تکرار)
انتقال فوری به مرکز درمانی / پایش مداوم

۱

- ✓ علائم شدید شامل: اختلال هوشیاری، علائم تهدیدکننده راه هوایی (شامل ویز، تورم گلو و زبان، احساس جسم خارجی در گلو، خشونت و گرفتگی صدا و ...) علایم درگیری سیستم قلبی عروقی(تاکی کاردی، نبض ضعیف، کاهشBP) درگیری شدید سیستم تنفسی(تنگی نفس) و کهیر منتشر
- ✓ در صورت درگیری دو ارگان آنافیلاکسی مطرح می شود.

۲ ✓ تزریق وریدی اپی نفرین ممنوع می باشد.

۳ ✓ کلرفنیرامین در کودکان زیر ۲ سال ممنوع است.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مبتلا به انسداد راه هوایی

ویرایش

مرداد 1399

پروتکل انسداد راه هوایی

- ✓ علائم انسداد نسبی: 1. ورود و خروج هوا به سختی انجام می شود. 2. افزایش تعداد تنفس 3. استفاده از عضلات کمکی 4. تغییر تن صدا 5. صداهای تنفسی غیر طبیعی یا تنفس صدادار
- ✓ علائم انسداد کامل: 1. تلاش تنفسی بدون تهویه 2. سرفه های غیر موثر 3.سیانوز 4. اختلال هوشیاری 5. عدم توانایی صحبت کردن
- ✓ اکسیژن درمانی با استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز 95٪ از روش های با غلظت بالاتر استفاده گردد .
- ✓ روش جارویی: صرفا در صورتی که جسم در دهان قابل مشاهده است انجام گردد، به هیچ عنوان دست خود را به صورت کورکورانه وارد دهان بیمار نکنید .

پروتکل انسداد راه هوایی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

انسداد کامل

انسداد نسبی

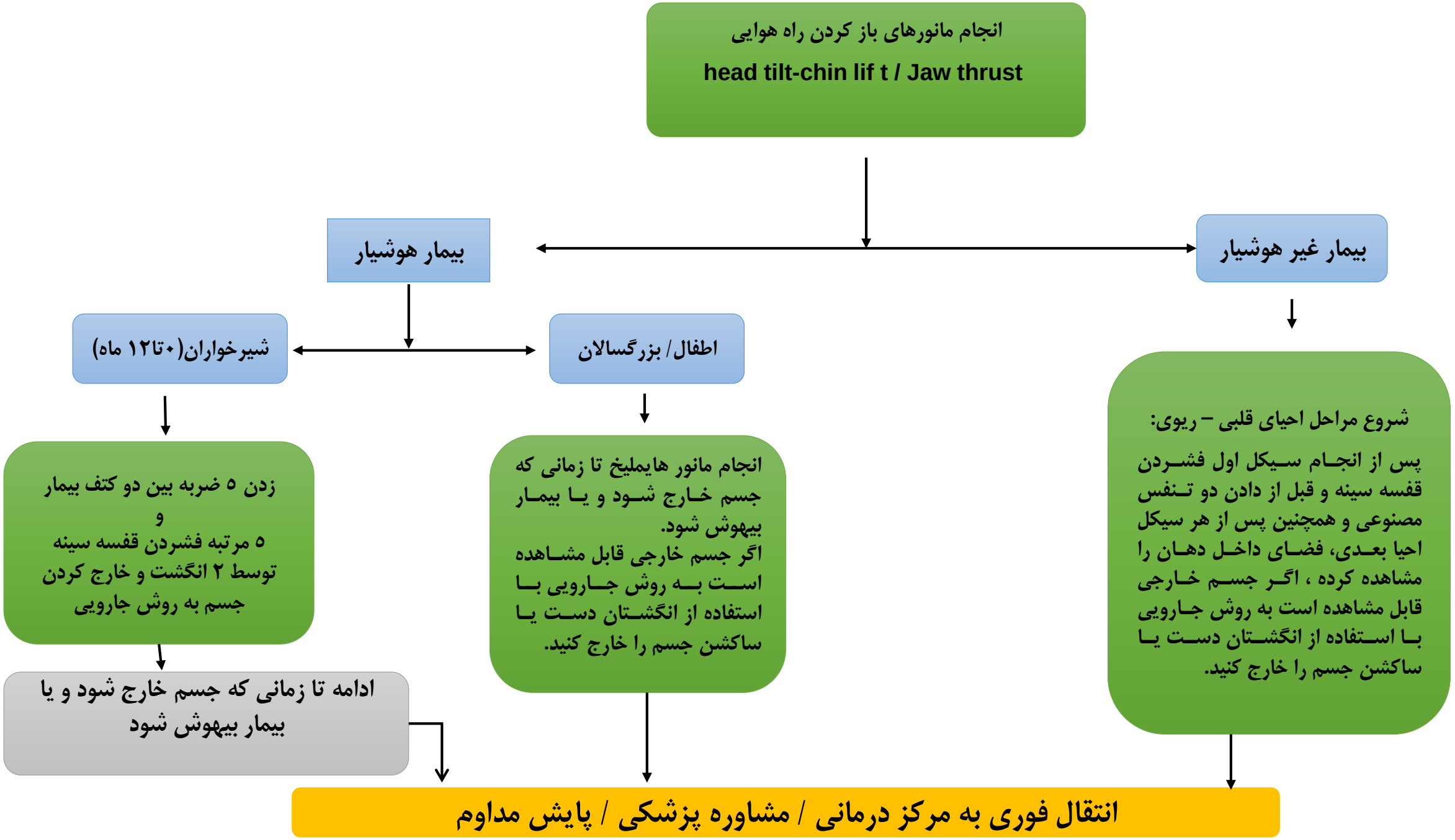
انجام مانورهای باز کردن راه هوایی

head tilt-chin lif t / Jaw thrust

بیمار را تشویق به سرفه موثر کنید
اکسیژن درمانی
پایش مداوم

در صورت وجود شواهد پیشرفت انسداد

انتقال فوری به مرکز درمانی / مشاوره پزشکی / پایش مداوم


انجام مانورهای باز کردن راه هوایی
head tilt-chin lif t / Jaw thrust
بیمار غیر هوشیار
بیمار هوشیار
اطفال / بزرگسالان
شیرخواران(۰تا۱۲ ماه)
شروع مراحل احیای قلبی – ریوی:
پس از انجام سیکل اول فشردن قفسه سینه و قبل از دادن دو تنفس مصنوعی و همچنین پس از هر سیکل احیا بعدی، فضای داخل دهان را مشاهده کرده ، اگر جسم خارجی قابل مشاهده است به روش جارویی با استفاده از انگشتان دست یا ساکشن جسم را خارج کنید.
انجام مانور هایملیخ تا زمانی که جسم خارج شود و یا بیمار بیهوش شود.
اگر جسم خارجی قابل مشاهده است به روش جارویی با استفاده از انگشتان دست یا ساکشن جسم را خارج کنید.
زدن ۵ ضربه بین دو کتف بیمار
و
۵ مرتبه فشردن قفسه سینه توسط ۲ انگشت و خارج کردن جسم به روش جارویی
ادامه تا زمانی که جسم خارج شود و یا بیمار بیهوش شود
انتقال فوری به مرکز درمانی / مشاوره پزشکی / پایش مداوم

علائم انسداد نسبی:

- ✓ ۱. ورود و خروج هوا به سختی انجام می شود.
- ✓ ۲. افزایش تعداد تنفس
- ✓ ۳. استفاده از عضلات کمکی
- ✓ ٤. تغییر تن صدا
- ✓ ٥. صداهای تنفسی غیر طبیعی یا تنفس صدادار

علائم انسداد کامل:

- ✓ ۱. تلاش تنفسی بدون تهویه
- ✓ ۲. سرفه های غیر موثر
- ✓ ۳.سیانوز
- ✓ ٤. اختلال هوشیاری
- ✓ ٥. عدم توانایی صحبت کردن

- ✓ اکسیژن درمانی با استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز ۹۵٪ از روش های با غلظت بالاتر استفاده گردد .
- ✓ روش جارویی: صرفا در صورتی که جسم در دهان قابل مشاهده است انجام گردد، به هیچ عنوان دست خود را به صورت کورکورانه وارد دهان بیمار نکنید .

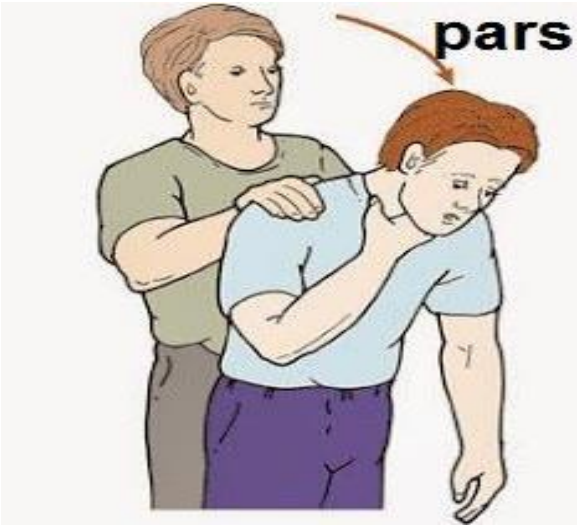
انسداد راه هوایی در شیرخواران

1

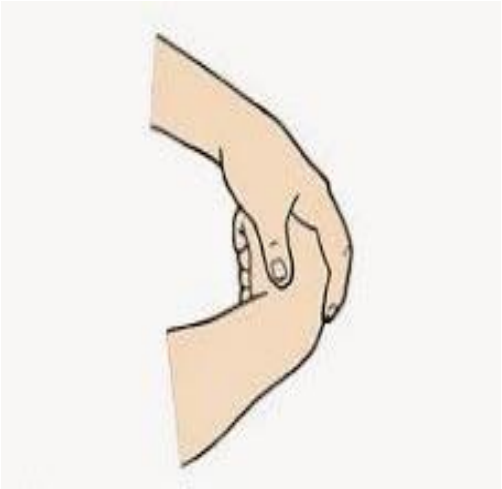
2

انسداد راه هوایی در بزرگسالان

1



2



3

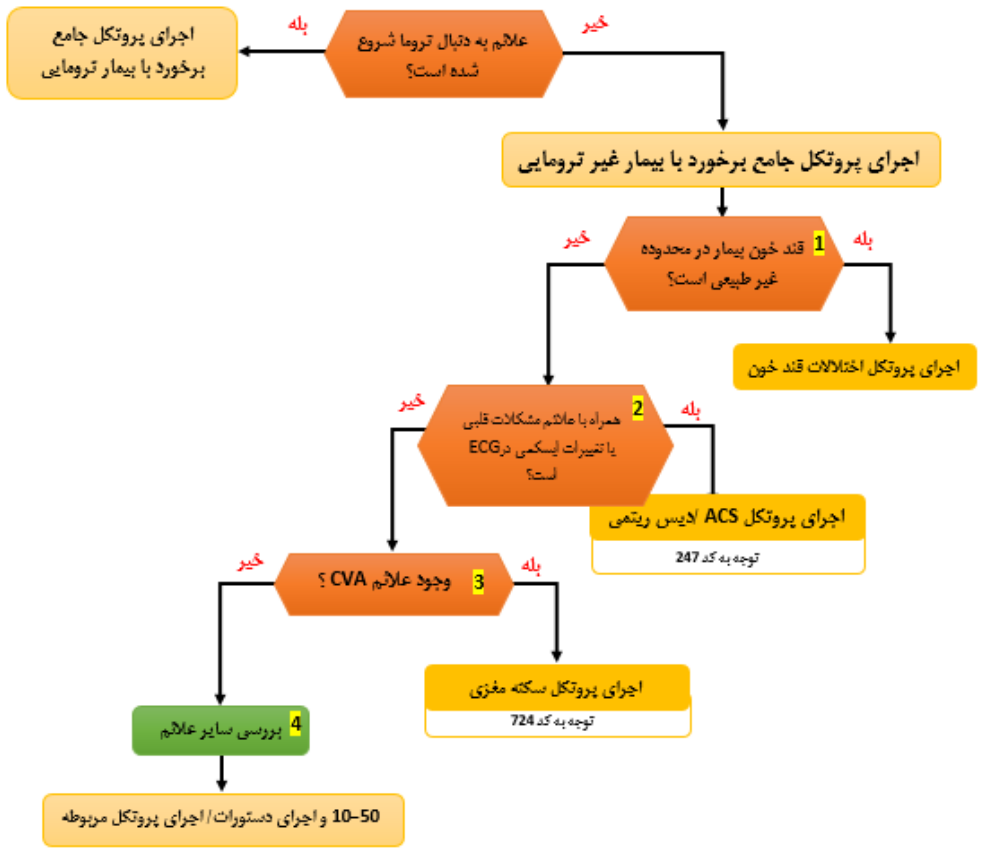
انسداد راه هوایی در افراد چاق / حامله

پروتکل مدیریت درمان برخورد با
بیمار بی حال

ویرایش

مرداد 1399

ضعف و بی حالی



1

هیپوگلیسمی:

- بزرگسالان: BS<70mg/dl
- اطفال: BS<50 mg/dl

یا

هیپرگلیسمی:

- BS>250mg/dl

2

- درد فشارنده قفسه سینه
- درد انتشاری به فک پایین، کتف و دست چپ
- تعریق
- تنگی نفس
- احساس ضعف و گیجی
- درد هنگام فعالیت

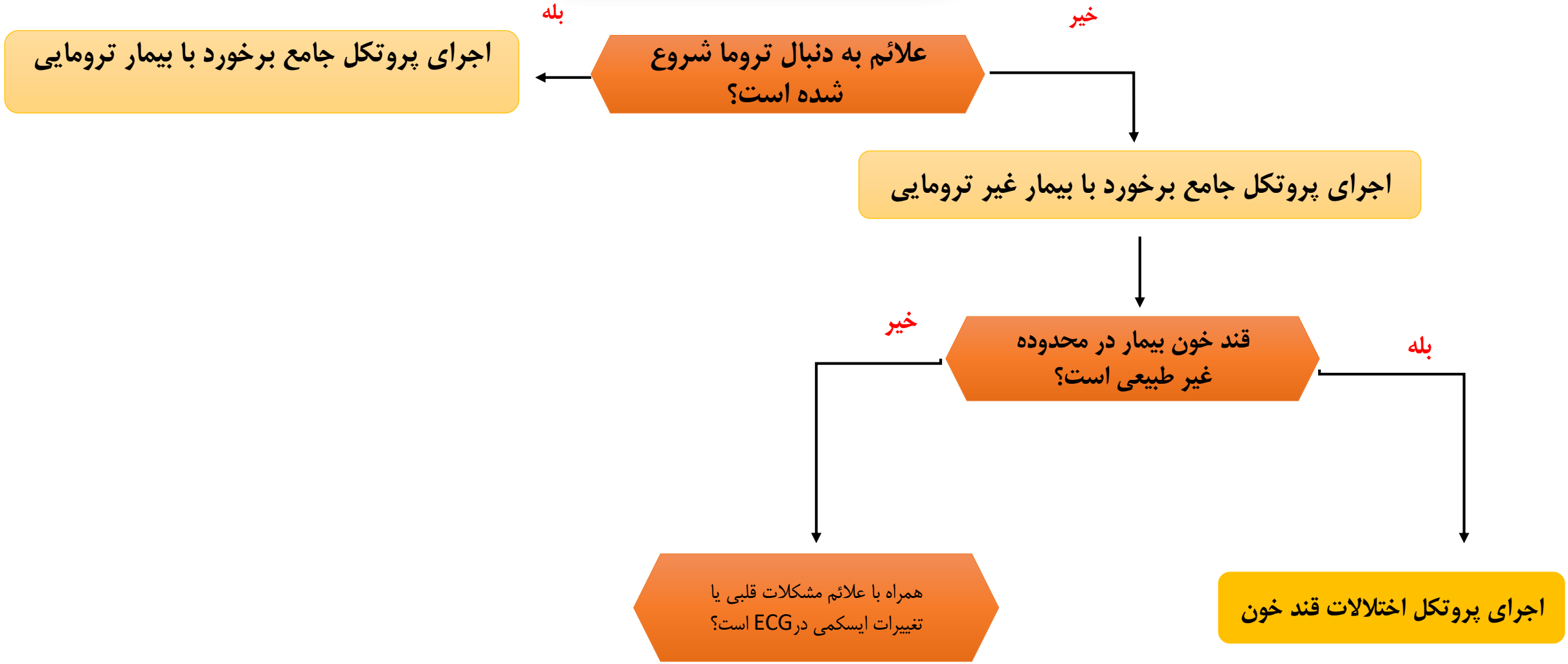
3 علائم FAST+

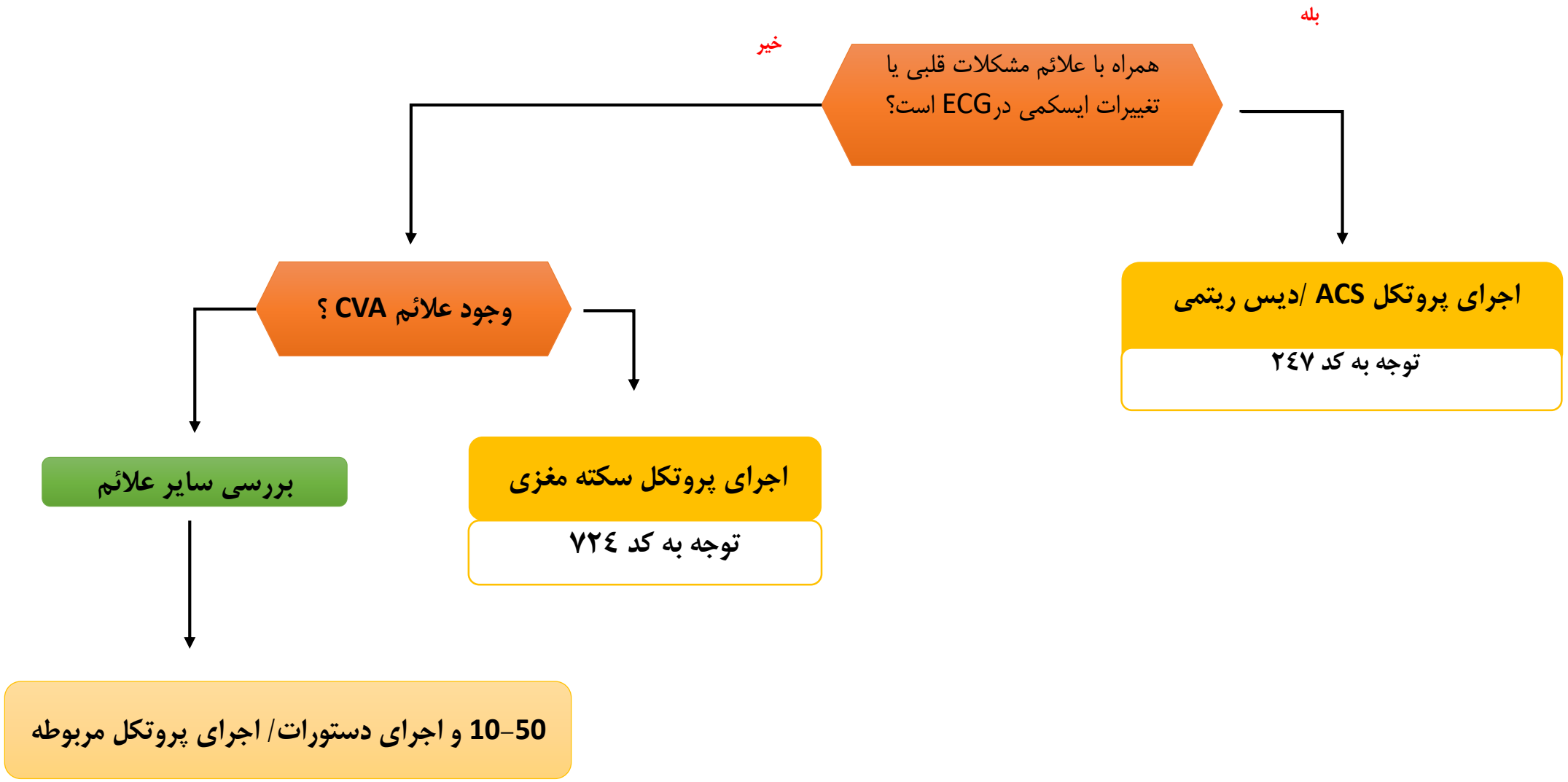
- کج شدن صورت
- ضعف یک طرفه اندام
- اختلال تکلم
- زمان کمتر از 4/5 ساعت

4 توجه به علائم به ویژه:

- نارسایی قلبی
- مسمومیت
- شوک
- Postictal
- مشکلات ریوی
- اختلال الکترولیت

ضعف و بی حالی


علائم به دنبال تروما شروع شده است؟
بله
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی
خیر
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی
قند خون بیمار در محدوده غیر طبیعی است؟
بله
اجرای پروتکل اختلالات قند خون
خیر
همراه با علائم مشکلات قلبی یا تغییرات ایسکمی درECG است؟


بله
خیر
همراه با علائم مشکلات قلبی یا تغییرات ایسکمی درECG است؟
اجرای پروتکل ACS /دیس ریتمی
توجه به کد ۲٤۷
وجود علائم CVA ؟
اجرای پروتکل سکته مغزی
توجه به کد ۷۲٤
بررسی سایر علائم
10-50 و اجرای دستورات/ اجرای پروتکل مربوطه

۱

هیپوگلیسمی:

بزرگسالان: BS<70mg/dl

اطفال: BS<50 mg/dl

یا

هیپرگلیسمی:

- BS>250mg/dl

۲

- درد فشارنده قفسه سینه
- درد انتشاری به فک پایین، کتف و دست چپ
- تعریق
- تنگی نفس
- احساس ضعف و گیجی
- درد هنگام فعالیت

۳

علائم FAST+

- کج شدن صورت
- ضعف یک طرفه اندام
- اختلال تکلم
- زمان کمتر از 4/5 ساعت

٤

توجه به علائم به ویژه:

نارسایی قلبی

مسمومیت

شوک

Postictal

مشکلات ریوی

اختلال الکترولیت

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مبتلا به اختلالات قند خون

ویرایش
مرداد 1399

پروتکل اختلالات قند خون

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

کنترل قند خون

BS:70-250mg/dl

BS<70mg/dl
اطفال: BS<50 mg/dl

BS>250mg/dl

غیر هوشیار، دیس اوریتته یا اختلال در بلع

هوشیار، اوریتته و توانایی در بلع

مراجعه به پروتکل مربوط براساس شکایت بیمار

*در صورت وجود شواهد شوک یا دهیدراتاسیون شدید یک لیتر سرم نرمال سالین در بالغین ی یا سمع ریه و در کودکان 20cc/kg تزریق گردد.
** در صورت شک به مشکلات قلبی و در افراد بالاتر از 60 سال بولوس های 250cc هر 10 دقیقه با کنترل سمع ریه (جهت جلوگیری از ادم ریه) انفوزیون شود.
**منع مطلق تجویز انسولین

گرفتن راه وریدی
2ویال گلوکز50٪ در بزرگسالان
اطفال: 2/5 cc/kg از محلول 20٪

تجویز گلوکوز خوراکی

بهبود سطح هوشیاری؟

بله

خیر

چک مجدد BS
بررسی سایر علل کاهش هوشیاری

انتقال به مرکز درمانی – پایش مداوم

توجهات:

✓تزریق از رگ مناسب انجام شود.
✓کاربرد محلول های قندی با غلظت بالاتر از 10٪ در اختلالات الکترولیتی حتی به همراه سایر محلول ها ممنوع است.
✓در همورازی داخل جمجمه و خونریزی اسپینال، کاربرد محلول های قندی هیپرتونیک ممنوعیت دارد اما در موارد هیپوگلیسمی باید درمان استاندارد انجام شود.
✓ترومبوز، التهاب موضعی وریدهای محیطی از عوارض شایع تزریق محلول های قندی هیپرتونیک می باشد.
✓نرمال سالین در بالغین تا 2 لیتر با سمع ریه و در اطفال تا سه مرتبه 20cc/kg قابل تکرار است.

پروتکل اختلالات قند خون

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

کنترل قند خون

BS:70-250mg/dl

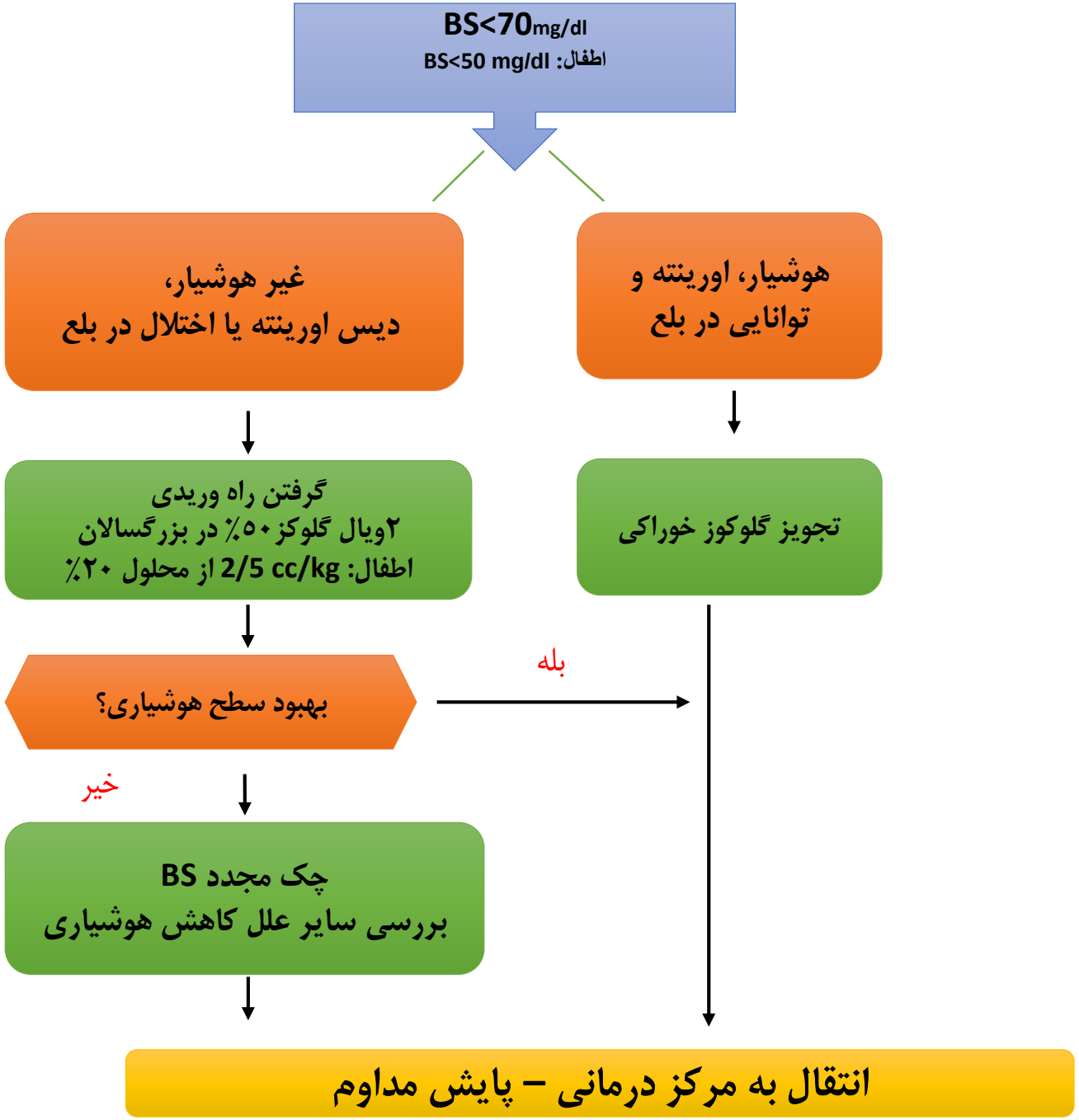
مراجعه به پروتکل مربوط براساس شکایت بیمار

BS>250mg/dl

*در صورت وجود شواهد شوک یا دهیدراتاسیون شدید یک لیتر سرم نرمال سالین در بالغین ی با سمع ریه و در کودکان۲۰cc/kgتزریق گردد.
** در صورت شک به مشکلات قلبی و در افراد بالاتر از ۶۰ سال بولوس های 250cc هر 10 دقیقه با کنترل سمع ریه (جهت جلوگیری از ادم ریه) انفوزیون شود.
**منع مطلق تجویز انسولین

BS<70mg/dl
اطفال: BS<50 mg/dl

انتقال به مرکز درمانی – پایش مداوم


BS<70mg/dl
اطفال: BS<50 mg/dl
غیر هوشیار،
دیس اورینته یا اختلال در بلع
هوشیار، اورینته و
توانایی در بلع
گرفتن راه وریدی
۲ویال گلوکز ۵۰٪ در بزرگسالان
اطفال: 2/5 cc/kg از محلول ۲۰٪
تجویز گلوکوز خوراکی
بهبود سطح هوشیاری؟
بله
خیر
چک مجدد BS
بررسی سایر علل کاهش هوشیاری
انتقال به مرکز درمانی – پایش مداوم

توجهات:

- ✓ تزریق از رگ مناسب انجام شود.
- ✓ کاربرد محلول های قندی با غلظت بالاتر از ۱۰٪ در اختلالات الکترولیتی حتی به همراه سایر محلول ها ممنوع است.
- ✓ در هموراژی داخل جمجمه و خونریزی اسپینال، کاربرد محلول های قندی هیپرتونیک ممنوعیت دارد اما در موارد هیپوگلیسمی باید درمان استاندارد انجام شود.
- ✓ ترومبوز، التهاب موضعی وریدهای محیطی از عوارض شایع تزریق محلول های قندی هیپرتونیک می باشد.
- ✓ نرمال سالین در بالغین تا ۲ لیتر با سمع ریه و در اطفال تا سه مرتبه 20cc/kgقابل تکرار است.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار

مبتلا به سردرد

ویرایش

مرداد 1399

پروتکل سردرد

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

بیمار هوشیار است؟

خیر: اتصال به AED
اجرای پروتکل کاهش سطح هوشیاری

بله

1 علائم خطر دارد؟

خیر: مشاوره با پزشک نیاز به اعزام دارد

بله

2 علائم FAST+ → کد سما / اجرای پروتکل سکته مغزی

سایر علائم خطر → انجام گلوکومتری BS<70 → اجرای پروتکل هیپوگلیسمی

3
- استراحت کامل CBR
- IV Line
- نرمال سالین KVO
- اکسیژن درمانی
- کنترل درد با استامینوفن 1 گرم خوراکی یا وریدی طی 15 دقیقه
- در صورت تهوع و استفراغ، اندانسترون 4mg IV (در اطفال کمتر از 40 کیلوگرم دوز 0/1mg/kg IV و حداکثر 4mg)
- درصورت BP>220/120 ، کاپتوپریل 12/5 میلی گرم زیرزبانی ، که با نظر پزشک مشاور می تواند تکرار شود

4 بیمار تب دارد؟

بله: مشاوره با پزشک

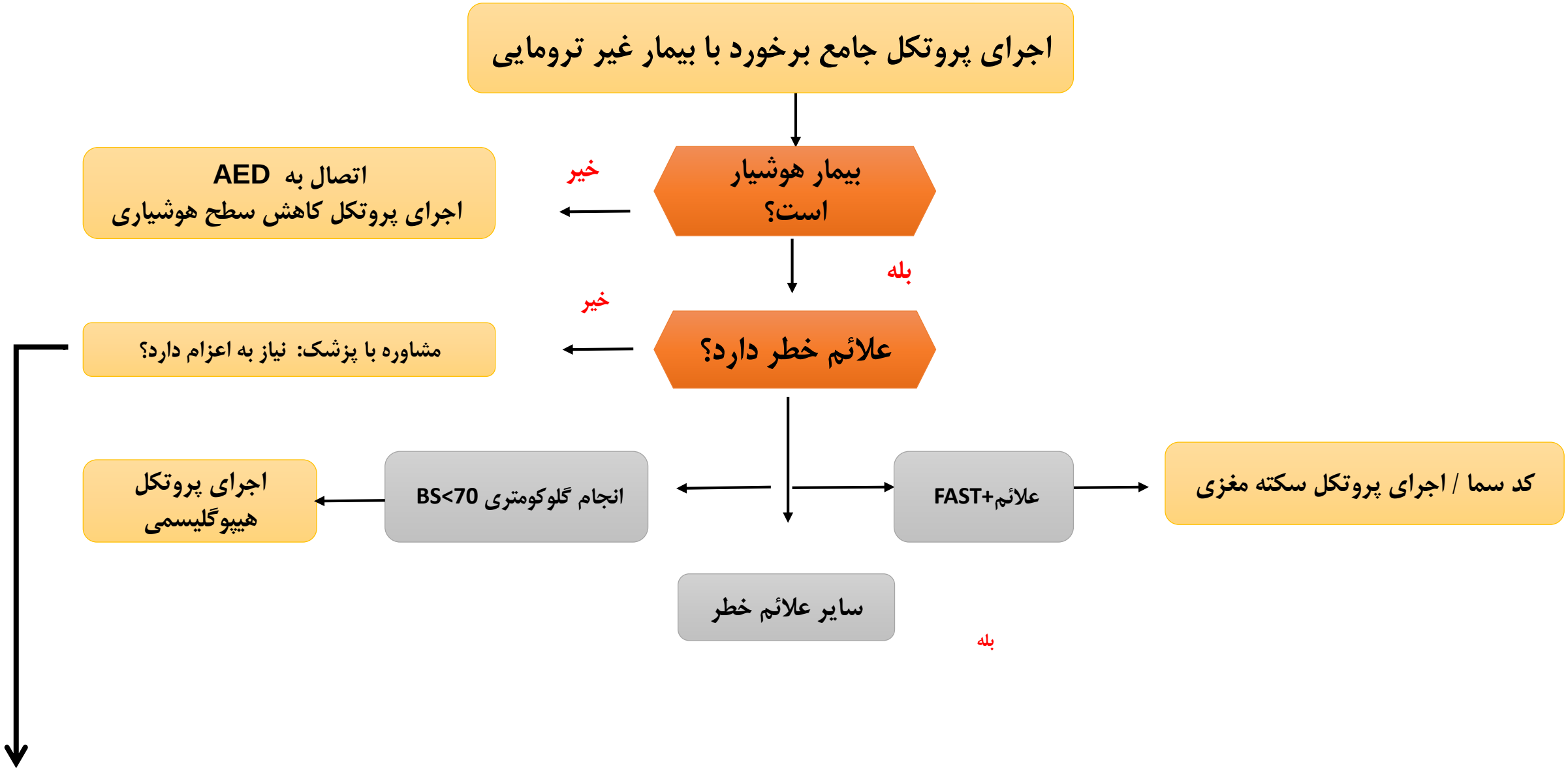
خیر

انتقال به مرکز درمانی مناسب / پایش و مانیتورینگ مداوم

- ✓ علائم خطر: سفتی گردن ،علائم سکته مغزی، سابقه ضربه به سر، افت سطح هوشیاری، اختلال بینایی وحرکتی و هایپرتنشن شدید(BP>220/120)
- ✓ علائم FAST+: کج شدن صورت، اختلال تکلم، اختلال حرکتی یکطرفه اندام- زمان شروع علائم کمتر از 4/5 ساعت
- ✓1 اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت O_2sat<95% استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ✓2 درصورتیکه بیمارتب دارد، رعایت اصول PPE طبق دستورالعمل مربوطه
- ✓3 در صورت وجود شواهد متنژیت / آنسفالیت، مشاوره با پزشک بیمارستان در مورد شروع داروی پروفیلاکسی برای خودتان

4

پروتکل سردرد



۳

استراحت کامل CBR

IV Line

نرمال سالین KVO

اکسیژن درمانی

کنترل درد با استامینوفن ۱ گرم خوراکی یا وریدی طی ۱۵ دقیقه

در صورت تهوع و استفراغ، اندانسترون 4mg IV (دراطفال کمتراز ٤٠ کیلوگرم دوز 0/1mg/kg IV و حداکثر 4mg)

درصورت BP>220/120 ، کاپتوپریل 12/5 میلی گرم زیرزبانی که با نظر پزشک مشاور می تواند تکرارشود

٤

بیمار تب دارد؟

بله

مشاوره با پزشک

خیر

انتقال به مرکز درمانی مناسب / پایش و مانیتورینگ مداوم

علائم خطر: سفتی گردن ،علائم سکته مغزی، سابقه ضربه به سر، افت سطح هوشیاری، اختلال بینایی وحرکتی و هایپرتنشن شدید(BP>220/120)

۱-علائم FAST+ : کج شدن صورت، اختلال تکلم، اختلال حرکتی یکطرفه اندام- زمان شروع علائم کمتر از 4/5 ساعت

۲-اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت O_2sat<95% استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر

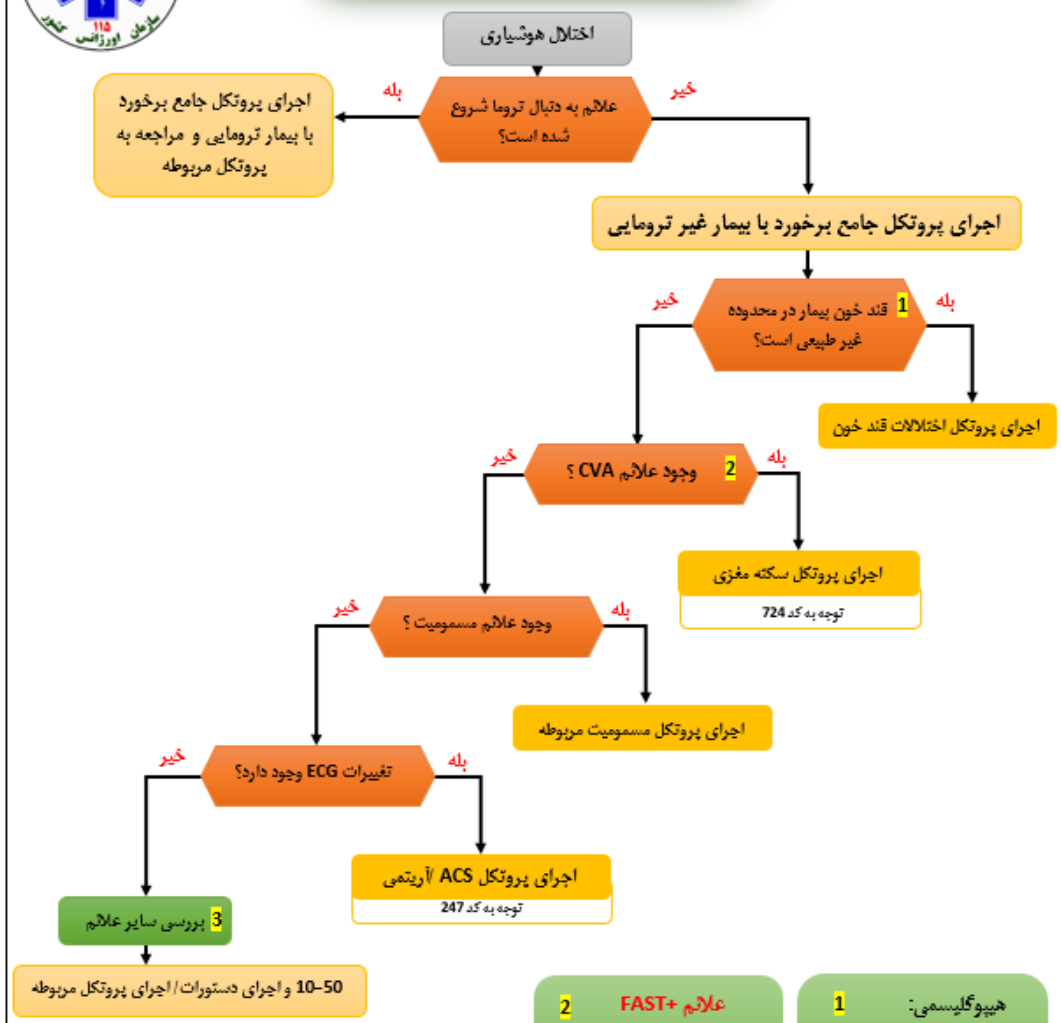
۳-درصورتیکه بیمارتب دارد، رعایت اصول PPE طبق دستورالعمل مربوطه

٤-در صورت وجود شواهد مننژیت / آنسفالیت، مشاوره با پزشک بیمارستان در مورد شروع داروی پروفیلاکسی برای خودتان

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مبتلا به کاهش سطح هوشیاری

ویرایش
مرداد 1399

اختلال هوشیاری



1 هیپوگلیسمی:
- بزرگسالان: BS<70mg/dl
- اطفال: BS<50 mg/dl

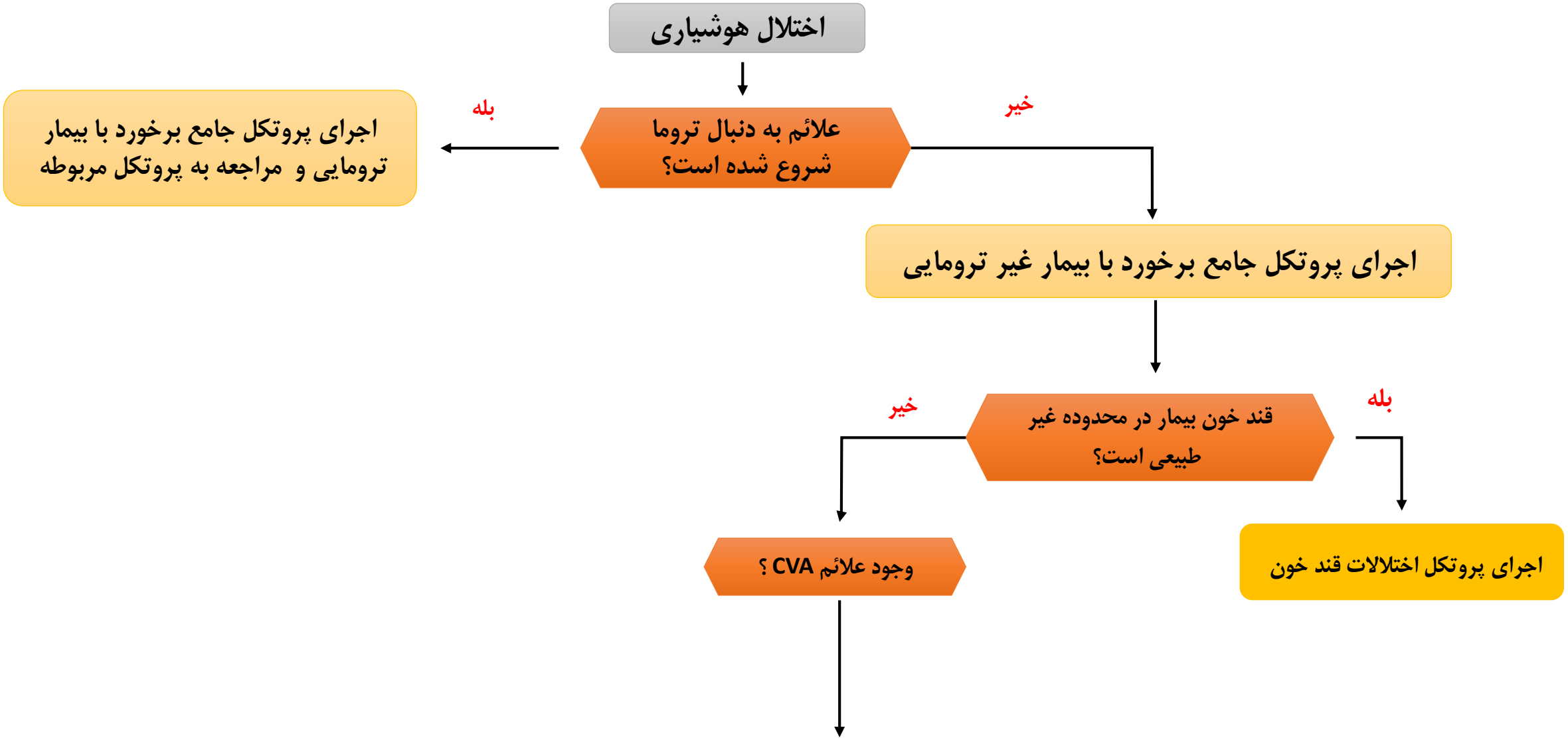
یا

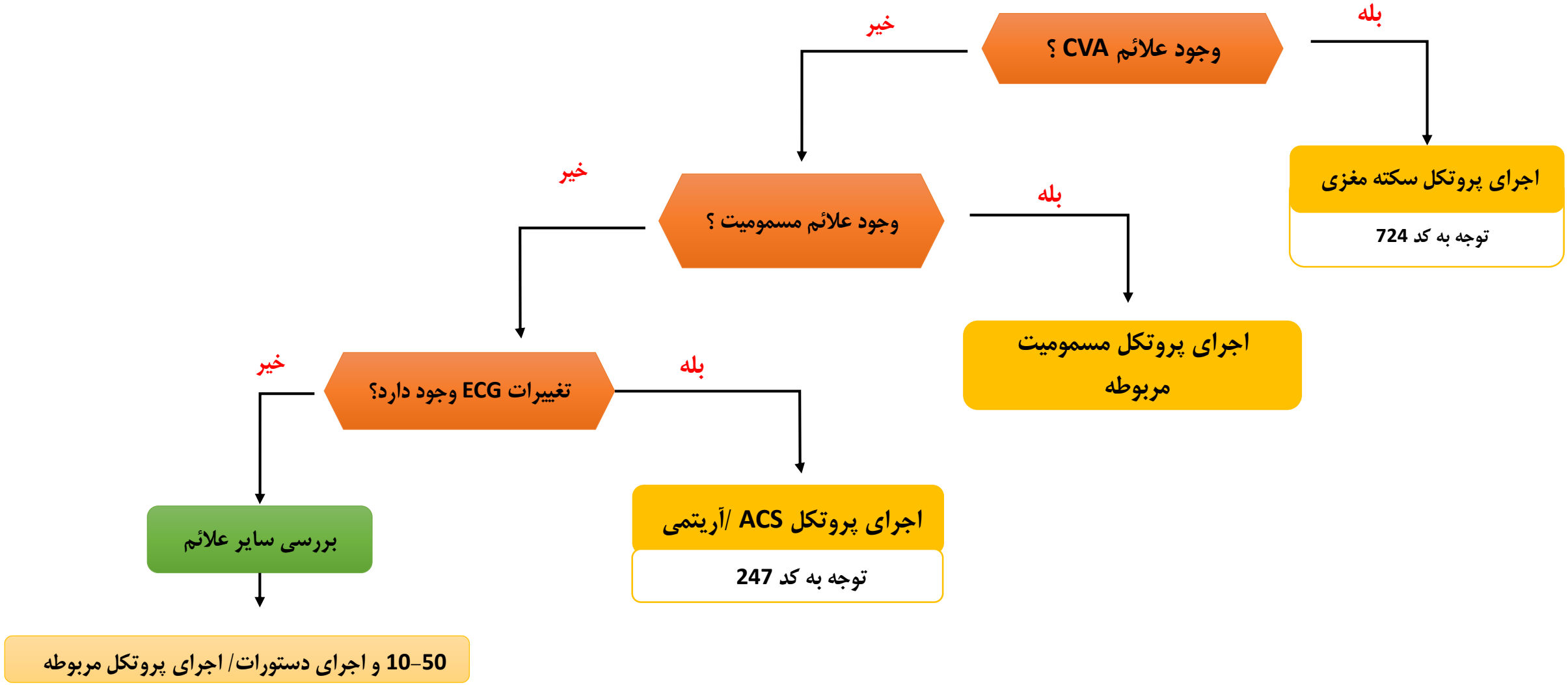
هیپرگلیسمی:
- BS>250mg/dl

2 علائم FAST+
- کج شدن صورت
- ضعف یک طرفه اندام
- اختلال تکلم
- زمان کمتر از 4.5 ساعت

3 توجه به علائم به ویژه:
- تشنج
- هایپوکسی
- شوک
- کتواسیدوز دیابتی/ الکلی
- هایپوتنشن
- واکنش آنافیلاکتیک

اختلال هوشیاری




وجود علائم CVA ؟
بله
اجرای پروتکل سکته مغزی
توجه به کد 724
خیر
وجود علائم مسمومیت ؟
بله
اجرای پروتکل مسمومیت مربوطه
خیر
تغییرات ECG وجود دارد؟
بله
اجرای پروتکل ACS /آریتمی
توجه به کد 247
خیر
بررسی سایر علائم
10–50 و اجرای دستورات/ اجرای پروتکل مربوطه

هیپوگلیسمی:

بزرگسالان:

BS<70mg/dl

اطفال: BS<50 mg/dl

یا

هیپرگلیسمی:

BS>250mg/dl

علائم FAST+

- کج شدن صورت
- ضعف یک طرفه اندام
- اختلال تکلم
- زمان کمتر از ٤.٥ ساعت

توجه به علائم به ویژه:

تشنج

هایپوکسی

شوک

کتواسیدوز دیابتی/ الکلی

هایپوتنشن

واکنش آنافیلاکتیک

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مبتلا به تشنج

ویرایش

مرداد 1399

پروتکل تشنج

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

نبض دارد؟

خیر: اتصال به AED و اجرای پروتکل احیا

بله

BS<70?

بله: مراجعه به پروتکل هیپوگلیسمی

خیر

تشنج فعال؟

خیر: اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

بله

- IV Line و اکسیژن درمانی
- دربزرگسالان: لورازیام0/1mg/kg حداکثر4 میلی گرم تزریق آهسته وریدی/ دیازپام 0/1mg/kg تزریق آهسته وریدی یا عضلانی / یا میدازولام 5میلی گرم IM/IV درافراد با وزن بالای 40 کیلوگرم [درصورت عدم پاسخ تکرار بعد از 5 دقیقه]
- دراطفال: لورازیام بادوز 0/1mg/kg و حداکثر 4mg بصورت تزریق آهسته وریدی یا میدازولام بادوز 0/1mg/kg حداکثر 5mg بصورت IM/IV یا تزریق دیازپام 0/1mg/kg آهسته وریدی یا رکتال با دوز0/5 mg/kg [ودرصورت عدم پاسخ تکرار بعد از 5 دقیقه]

کنترل تشنج؟

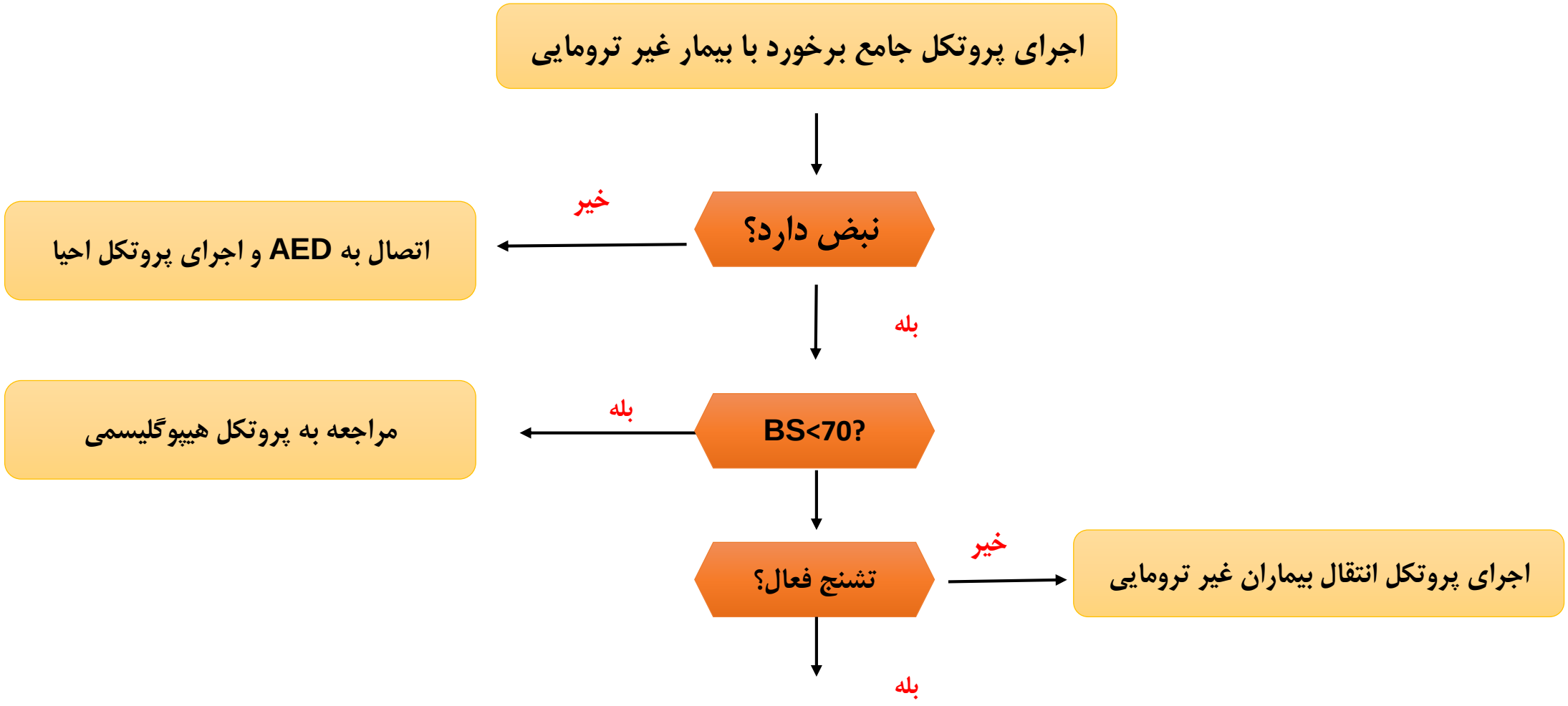
خیر: مشاوره با پزشک حین انتقال برای تزریق داروی دوم: در بالغین فنی توئین (در صورت کنترانديکاسیون فنوباربیتال) حداکثر 1gr طی 20 دقیقه و تحت مانیتورینگ مداوم
در اطفال فنوباربیتال 18mg/kg طی 20 دقیقه

بله

انتقال به مرکز درمانی مناسب / پایش و مانیتورینگ مداوم/اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ✓ درنوزادان زیردوماه کلیه مراحل بامشورت پزشک انجام گردد.
- ✓ تجویز دیاکین درکودکان زیر دوسال ممنوع است .
- ✓ درمسمومیت بالغین ازفنی توئین استفاده نشود .
- ✓ تجویز فنی توئین در هر نوع محلول حاوی قند ممنوع می باشد.

پروتکل تشنج


اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی
نبض دارد؟
خیر
اتصال به AED و اجرای پروتکل احیا
بله
BS<70?
بله
مراجعه به پروتکل هیپوگلیسمی
تشنج فعال؟
خیر
اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی
بله

- IV Line و اکسیژن درمانی
- <u>دربزرگسالان:</u> لورازپام 0/1mg/kgحداکثر۴ میلی گرم تزریق آهسته وریدی/ دیازپام 0/1mg/kgتزریق آهسته وریدی یا عضلانی / یا میدازولام ۵میلی گرم IM/IVدرافراد با وزن بالای ۴۰ کیلوگرم [درصورت عدم پاسخ تکرار بعد از ۵ دقیقه]
- <u>دراطفال:</u> لورازپام بادوز 0/1mg/kg و حداکثر 4mg بصورت تزریق آهسته وریدی یا میدازولام بادوز 0/1mg/kgحداکثر 5mgبصورت IM/IV یا تزریق دیازپام 0/1mg/kg آهسته وریدی یا رکتال با دوز [0/5 mg/kg ودرصورت عدم پاسخ تکرار بعد از ۵ دقیقه]

کنترل تشنج؟

بله

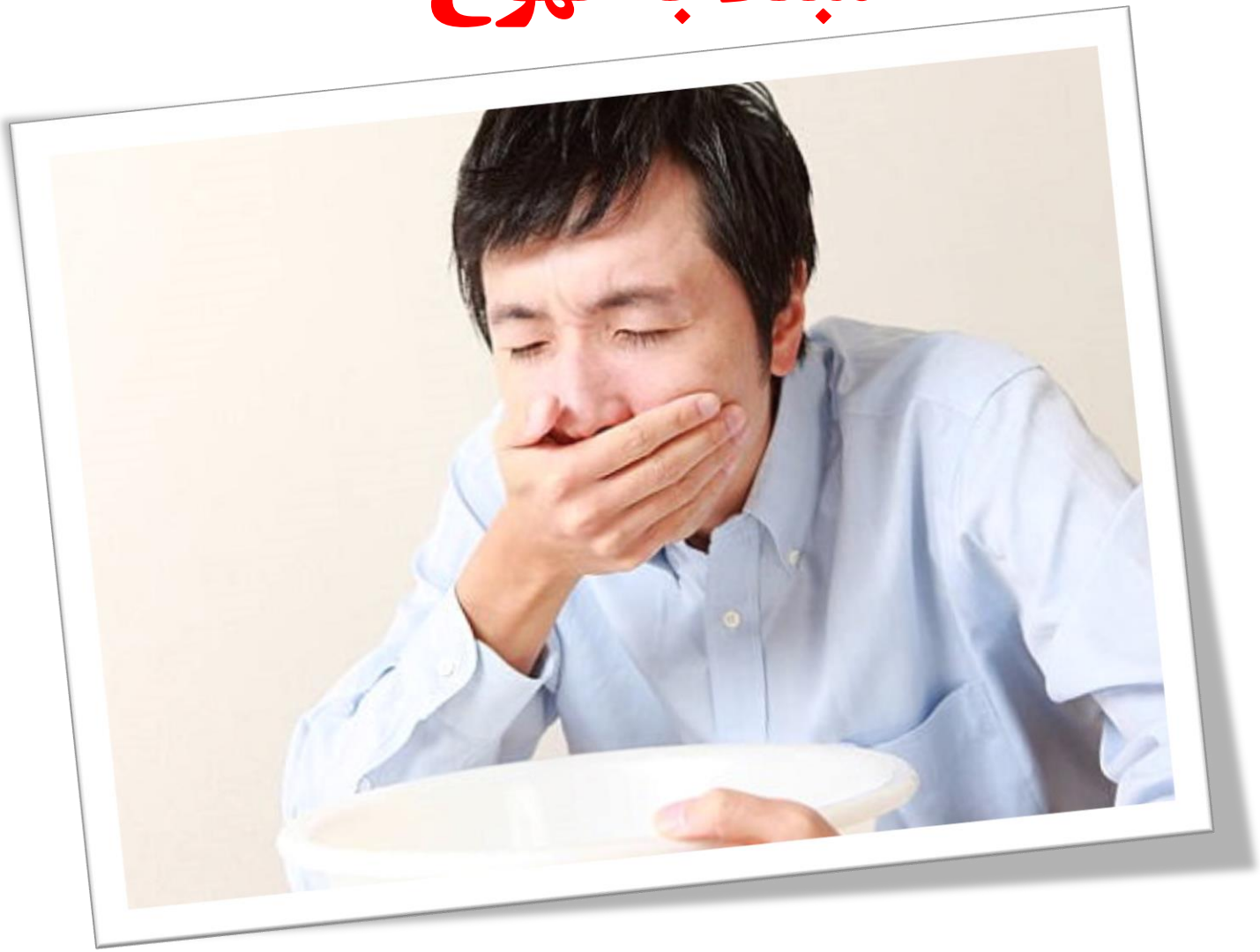
خیر

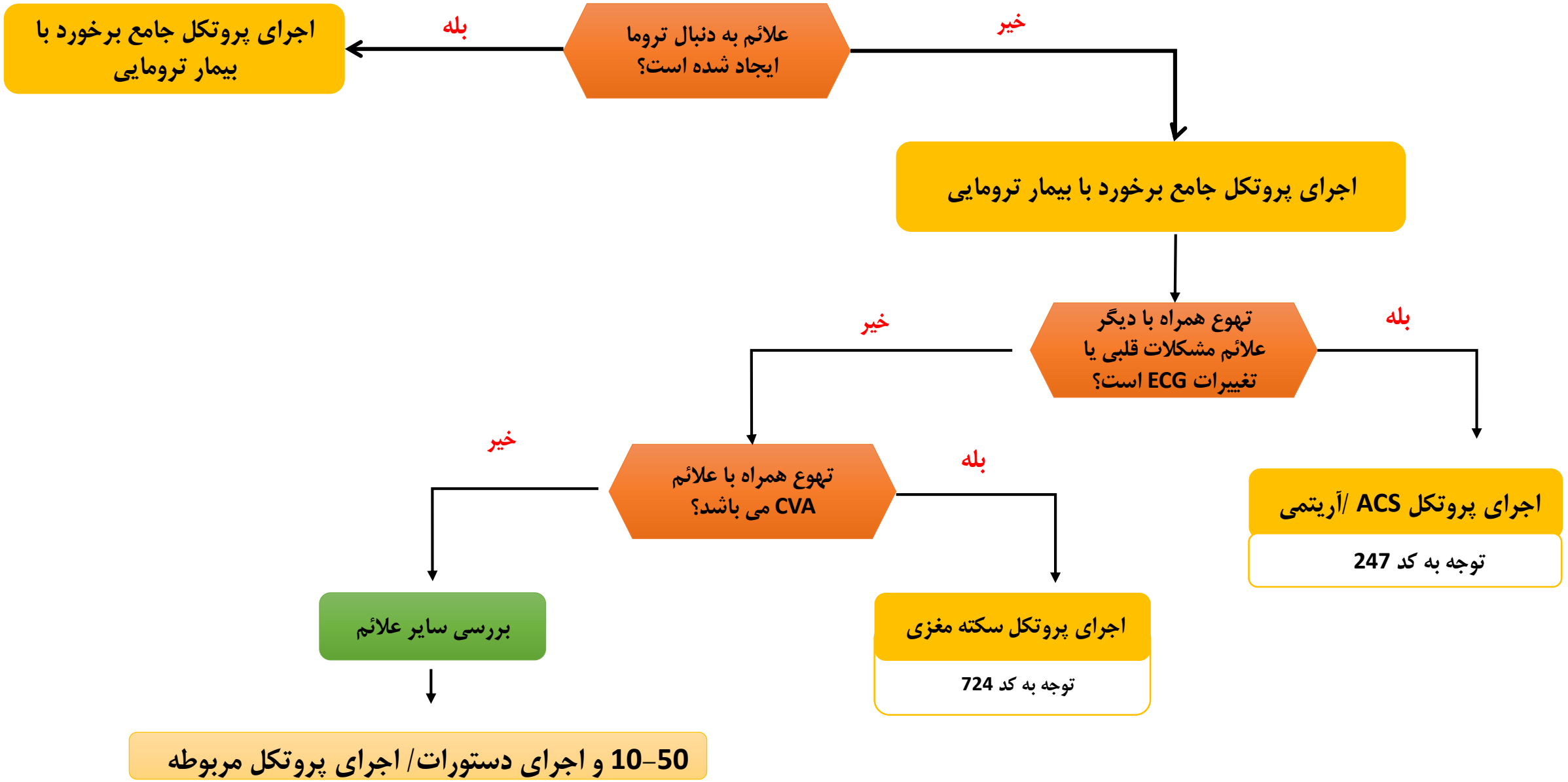
مشاوره با پزشک حین انتقال برای تزریق داروی دوم: در بالغین فنی توئین (در صورت کنتراندیکاسیون فنوباربیتال) حداکثر 1gr طی ۲۰ دقیقه و تحت مانیتورینگ مداوم
در اطفال فنوباربیتال 18mg/kgطی ۲۰ دقیقه

انتقال به مرکز درمانی مناسب / پایش و مانیتورینگ مداوم/اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ✓ درنوزادان زیردوماه کلیه مراحل بامشورت پزشک انجام گردد.
- ✓ تجویز دپاکین درکودکان زیر دوسال ممنوع است .
- ✓ درمسمومیت بالغین ازفنی توئین استفاده نشود .
- ✓ تجویز فنی توئین در هر نوع محلول حاوی قند ممنوع می باشد.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مبتلا به تهوع




علائم به دنبال تروما ایجاد شده است؟
بله
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی
خیر
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی
تهوع همراه با دیگر علائم مشکلات قلبی یا تغییرات ECG است؟
بله
اجرای پروتکل ACS /آریتمی
توجه به کد 247
خیر
تهوع همراه با علائم CVA می باشد؟
بله
اجرای پروتکل سکته مغزی
توجه به کد 724
خیر
بررسی سایر علائم
10-50 و اجرای دستورات/ اجرای پروتکل مربوطه

۱

- درد فشارنده قفسه سینه
- درد انتشاری به فک پایین، کتف و دست چپ
- تعریق
- تنگی نفس
- احساس ضعف و گیجی
- درد هنگام فعالیت

۲ علائم FAST+

- کج شدن صورت
- ضعف یک طرفه اندام
- اختلال تکلم
- زمان کمتر از ٤/٥ ساعت

۳ توجه به علائم سایر بیماری ها به ویژه:

- مسمومیت
- گرمازدگی
- مشکلات گوارشی
- گزش
- افزایش ICP
- مشکلات گوش داخلی
- کتواسیدوز
- عوارض دارویی
- بارداری