پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
درد قفسه سینه

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

درد قفسه سینه

علائم به دنبال تروما شروع شده است؟

بله ← اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

خیر ← اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

علائم تیپیک درد قلبی تغییرات ECG به نفع ایسکیمی قلبی؟

بله ← اجرای پروتکل ACS
توجه به کد ۲۴۷

خیر ← تاکیکاردی مشاهده میکنید؟

بله ← اجرای پروتکل تاکیکاردی

خیر ← ۲ علائم دایسکشن آئورت وجود دارد؟

بله ← اجرای پروتکل دایسکشن آئورت

خیر ← ۳ بررسی سایر علائم

۱۰-۵۰ و اجرای دستورات/ اجرای پروتکل مربوطه

۱

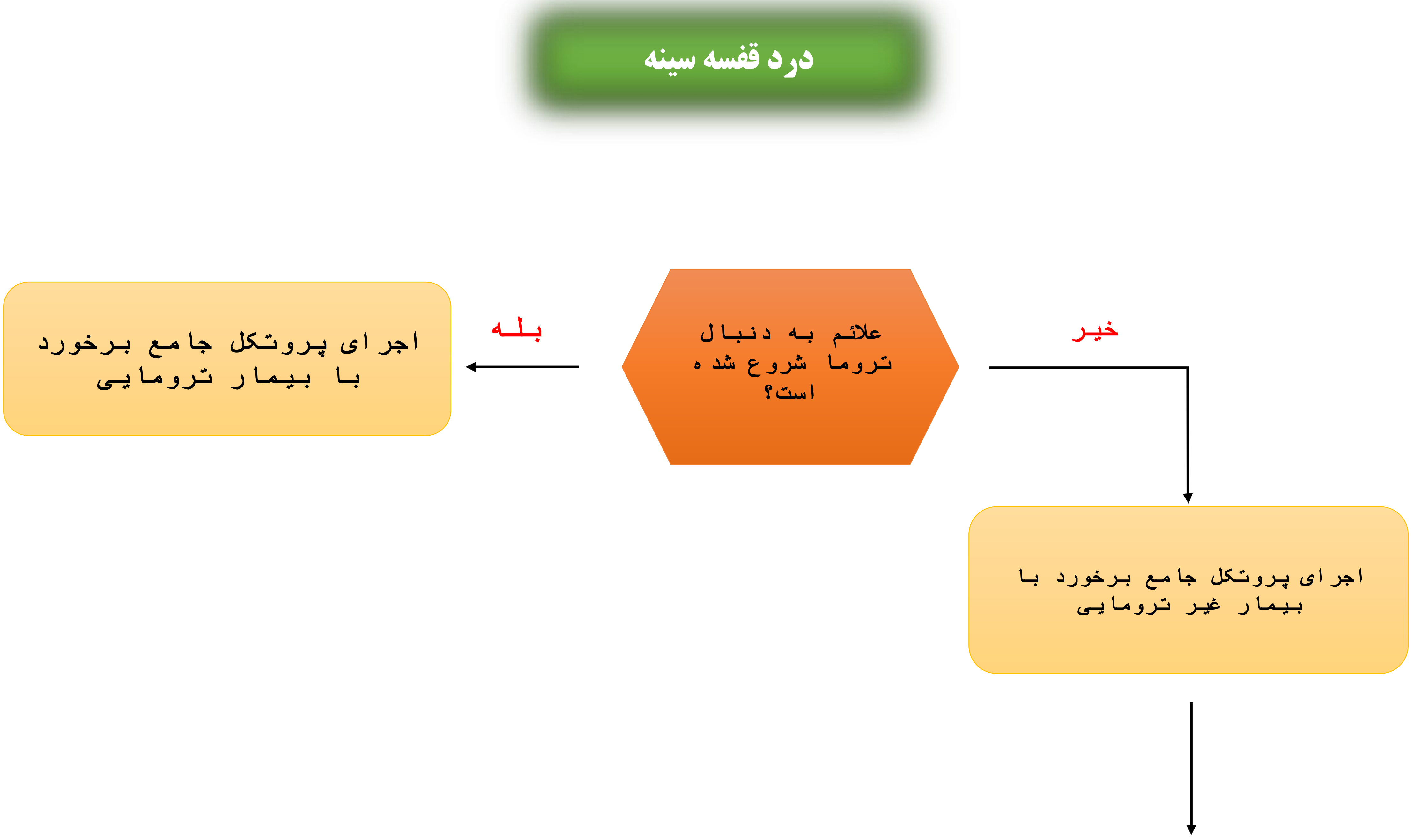
- درد فشارنده قفسه سینه
- درد انتشاری به فک پایین، کتف و دست چپ
- افزایش درد با فعالیت
- علایم به نفع ACS :
  - تعریق
  - تنگی نفس
  - احساس ضعف و گیجی
  - تهوع/ استفراغ

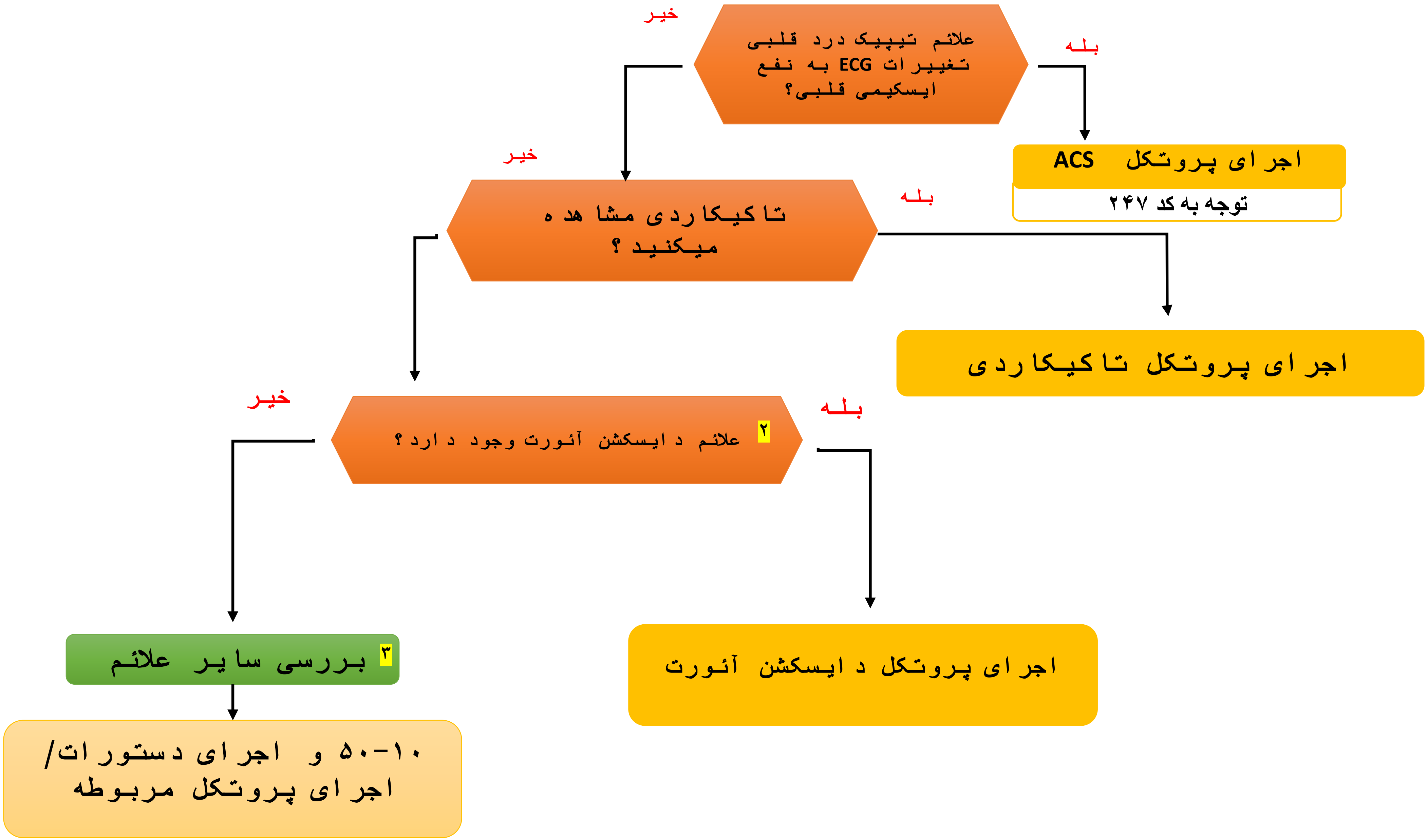
۲

- درد شدید خنجری و ناگهانی در قفسه سینه با انتشار پشت بین شانه ها
- کاهش هوشیاری
- درد، بی حسی و یا ضعف در پاها و بازوها
- کوتاهی تنفس یا دشواری در تنفس
- دشواری در صحبت کردن یا کلام منقطع
- تهوع/ استفراغ
- تعریق
- اختلاف فشار سیستولیک بین دو دست بیش از 10mmHg

توجه به علائم به ویژه:

- آمبولی ریه
- پنوموتوراکس
- مشکلات اسکلتی عضلانی


درد قفسه سینه
علائم به دنبال تروما شروع شده است؟
بله
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی
خیر
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی



علائم تیپیک درد قلبی
تغییرات ECG به نفع
ایسکیمی قلبی؟
خیر
بله
اجرای پروتکل ACS
توجه به کد ۲۴۷
تاکیکاردی مشاهده
میکنید ؟
خیر
بله
اجرای پروتکل تاکیکاردی
۲ علائم دایسکشن آئورت وجود دارد ؟
خیر
بله
۳ بررسی سایر علائم
۱۰-۵۰ و اجرای دستورات/
اجرای پروتکل مربوطه
اجرای پروتکل دایسکشن آئورت

- درد فشارنده قفسه سینه
- درد انتشاری به فک پایین، کتف و دست چپ
- افزایش درد با فعالیت
- علایم به نفع ACS :
  - تعریق
  - تنگی نفس
  - احساس ضعف و گیجی
  - تهوع/ استفراغ

- درد شدید خنجری و ناگهانی در قفسه سینه با انتشار پشت بین شانه ها
- کاهش هوشیاری
- درد، بی حسی و یا ضعف در پا ها و بازوها
- کوتاهی تنفس یا دشواری در تنفس
- دشواری در صحبت کردن یا کلام منقطع
- تهوع/ استفراغ
- تعریق
- اختلاف فشار سیستولیک بین دو دست بیش از 10mmHg

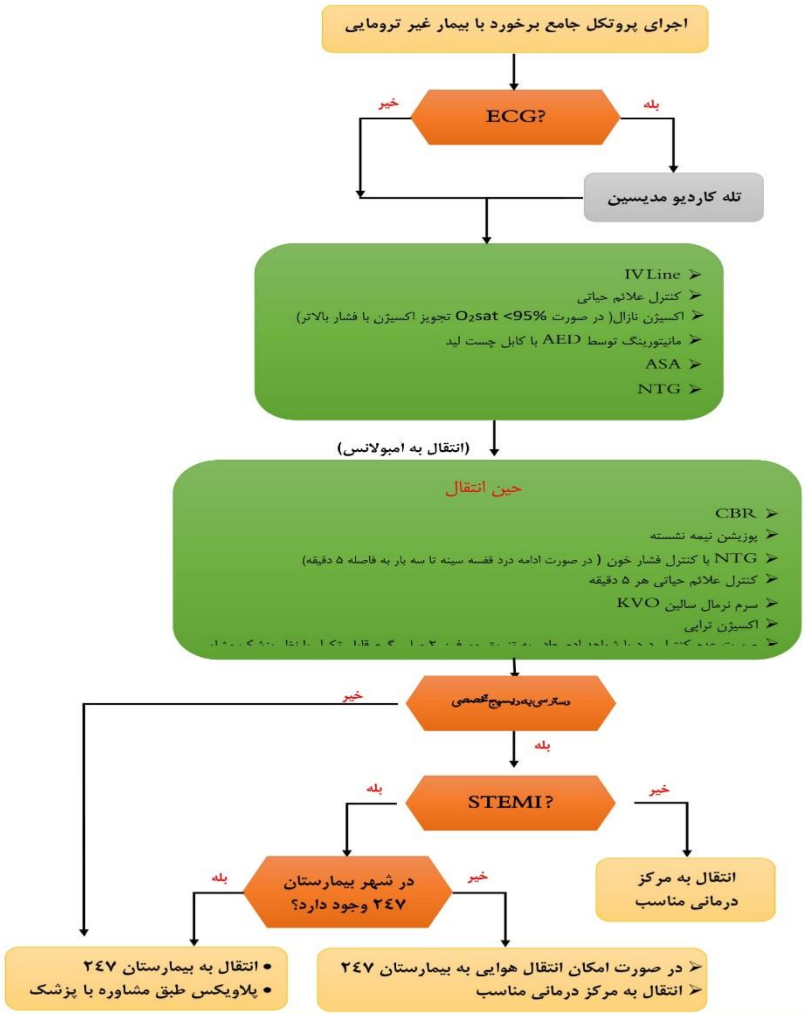
توجه به علائم به ویژه:

- آمبولی ریه
- پنوموتوراکس
- مشکلات اسکلتی عضلانی

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار ACS

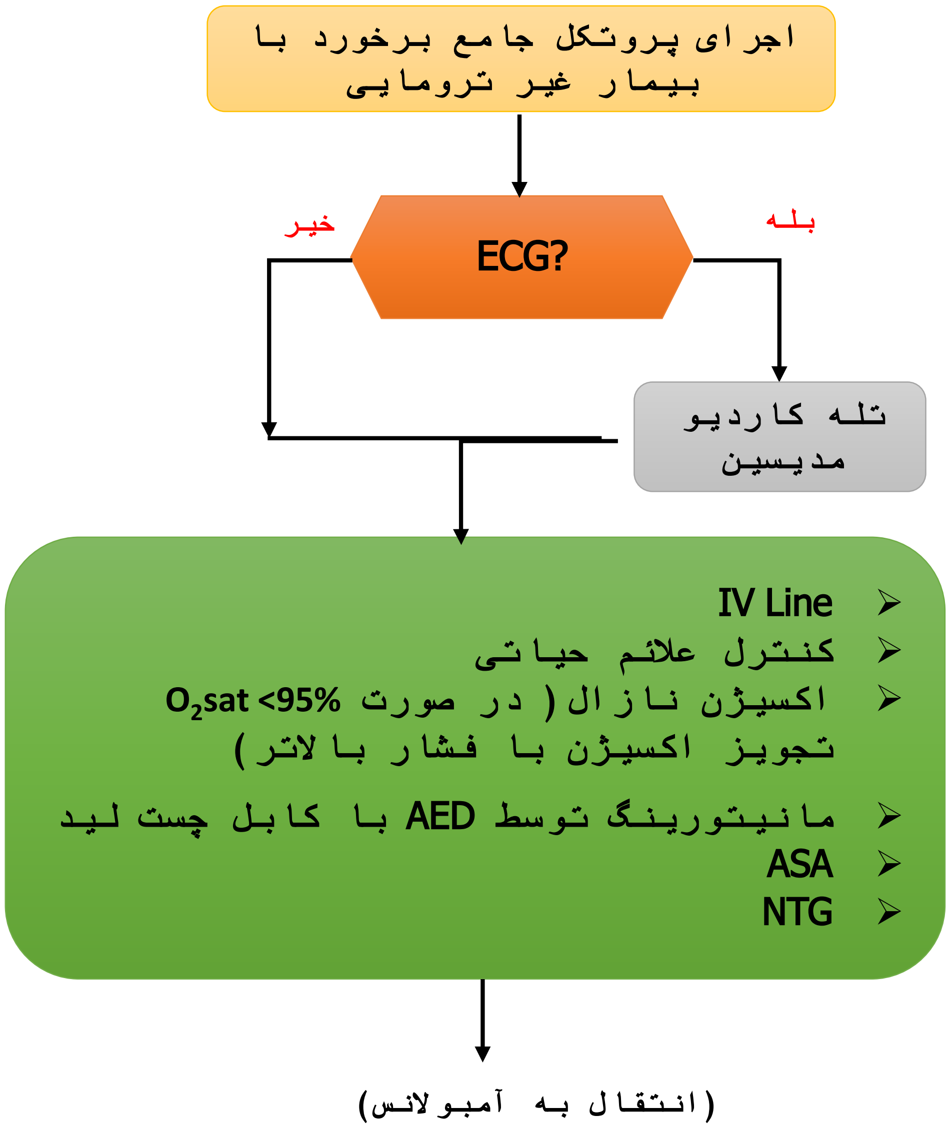
ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مدیریت بیمار ACS

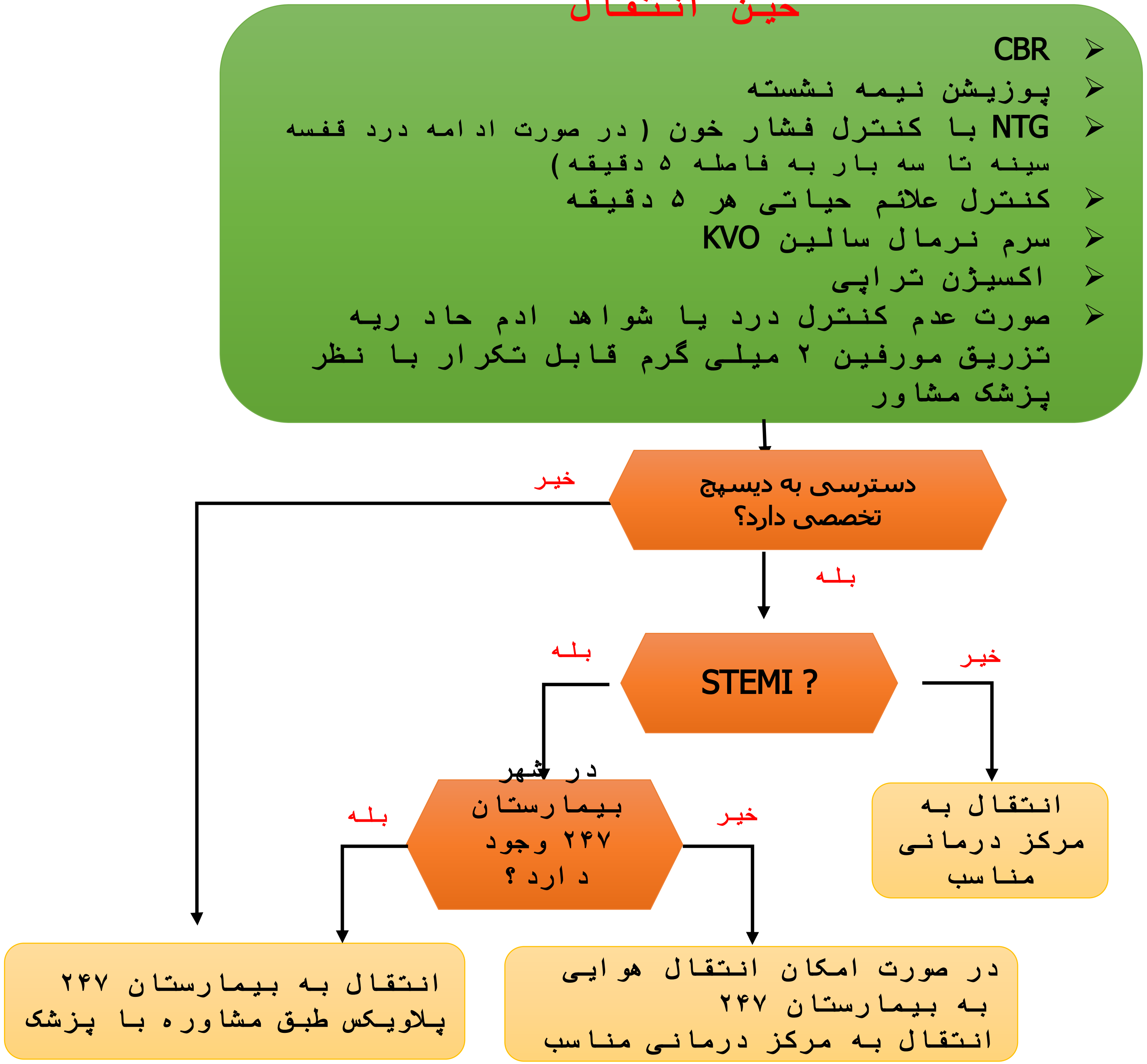


- قبل از هر بار تجویز NTG ، فشارخون و تعداد نبض چک شود و در صورت افت فشار خون، نرمال سالین به صورت بلوس های ۲۵۰ سی سی نرمال سالین تا رسیدن SBP≥90 با سمع ریه از نظر بروز رال یا تشدید تنگی نفس
- در صورتیکه بیمار خونریزی فعال گوارشی، حساسیت به آسپیرین و حمله آسم نداشته باشد آسپیرین با دوز ۱۶۰ تا ۳۲۵ میلی گرم تجویز گردد؛ در صورتی که بیمار مصرف روزانه آسپیرین دارد، دوز تجویزی آن 160mg می باشد.
- تجویز NTG در موارد زیر ممنوع می باشد: ۱- افت فشارخون(SBP<100 یا افت MAP به میزان 30mmHg) ۲- برادیکاردی(HR<50) ۳- شک به RVMI یا Inf. MI ۴- حساسیت به NTG ۵- مصرف سیلدنافیل در ۲۴ ساعت گذشته یا تادانافیل یا واردانافیل در ۴۸ 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 ۱۰۰ باشد و افت فشار خون بیش از ۳۰میلی متر جیوه دوز بعدی تکرار می گردد.

پروتکل مدیریت بیمار ACS



حین انتقال



CBR
پوزیشن نیمه نشسته
NTG با کنترل فشار خون (در صورت ادامه درد قفسه سینه تا سه بار به فاصله ۵ دقیقه)
کنترل علائم حیاتی هر ۵ دقیقه
سرم نرمال سالین KVO
اکسیژن تراپی
صورت عدم کنترل درد یا شواهد ادم حاد ریه تزریق مورفین ۲ میلی گرم قابل تکرار با نظر پزشک مشاور
دسترسی به دیسپچ تخصصی دارد؟
خیر
بله
STEMI ?
بله
خیر
در شهر بیمارستان ۲۴۷ وجود دارد ؟
بله
خیر
انتقال به مرکز درمانی مناسب
انتقال به بیمارستان ۲۴۷ پلاویکس طبق مشاوره با پزشک
در صورت امکان انتقال هوایی به بیمارستان ۲۴۷
انتقال به مرکز درمانی مناسب

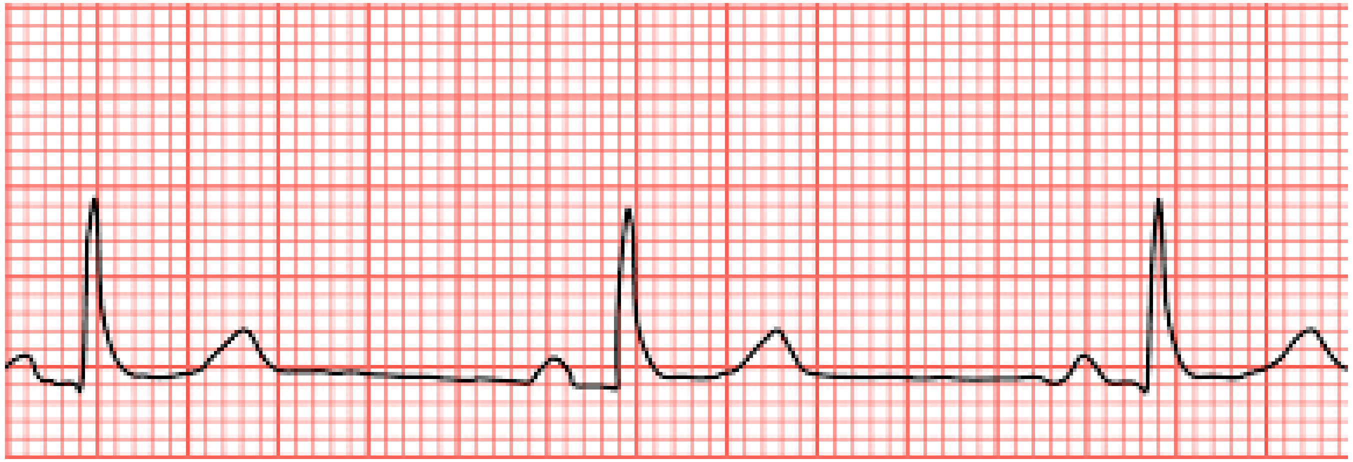
قبل از هر بار تجویز NTG ، فشارخون و تعداد نبض چک شود و در صورت افت فشار خون، نرمال سالین به صورت بلوس های ۲۵۰ سی سی نرمال سالین تا رسیدن SBP≥90 با سمع ریه از نظر بروز رال یا تشدید تنگی نفس

در صورتیکه بیمار خونریزی فعال گوارشی، حساسیت به آسپیرین و حمله آسم نداشته باشد آسپیرین با دوز ۱۶۰ تا ۳۲۵ میلی گرم تجویز گردد؛ در صورتی که بیمار مصرف روزانه آسپیرین دارد، دوز تجویزی آن 160mg می باشد.

تجویز NTG در موارد زیر ممنوع می باشد: ۱- افت فشارخون (SBP<100 یا افت MAP به میزان 30mmHg) ۲- برادیکاردی (HR<50) ۳- شک به RVMI یا Inf. MI ۴- حساسیت به NTG ۵- مصرف سیلدنافیل در ۲۴ ساعت گذشته یا تادانافیل یا واردانافیل در ۴۸ 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 ۱۰۰ باشد و افت فشار خون بیش از ۳۰میلی متر جیوه دوز بعدی تکرار می گردد.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
برادیکاردی



ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

پروتکل برادیکاردی(HR<50)

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

↓

- استراحت کامل CBR
- مانیتورینگ (ترجیحاً ECG ۱۲ لید با تله کاردیومدیسین)
- اکسیژن درمانی ۱
- IV Line
- سرم نرمال سالین KVO

↓

شواهد مسمومیت ؟ — بله → **اجرای پروتکل مربوطه** → بیمار ناپایدار؟

↓

شواهد ACS ؟ — بله → **اجرای پروتکل مربوطه** → بیمار ناپایدار؟

↓

بیمار ناپایدار؟ ۲

بله:

- آتروپین mg ۰/۵ تزریق آهسته وریدی، در صورت عدم پاسخ تکرار هر ۳تا۵ دقیقه تا حداکثر کل دوز تزریق شده 3mg
- در نظر داشتن انتقال فوری
- بررسی و درمان علل زمینه ای

↓

- **در صورت عدم پاسخ استفاده از پیس میکر پوستی صرفا توسط پارامدیک پس از مشاوره تخصصی**

خیر:

بررسی و درمان علل زمینه ای

↓

انتقال به مرکز درمانی مناسب / اطلاع به مقصد / پایش مداوم

---

۱ ✓ **اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر**

۲ ✓ **علائم ناپایداری: تغییر هوشیاری – افت فشارخون – علائم شوک – علادرد قفسه سینه – علائم ادم حاد ریه**

پروتکل برادیکاردی(HR<50)

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

↓

استراحت کامل CBR

مانیتورینگ (ترجیحا ECG ۱۲ لید با تله کاردیومدیسین)

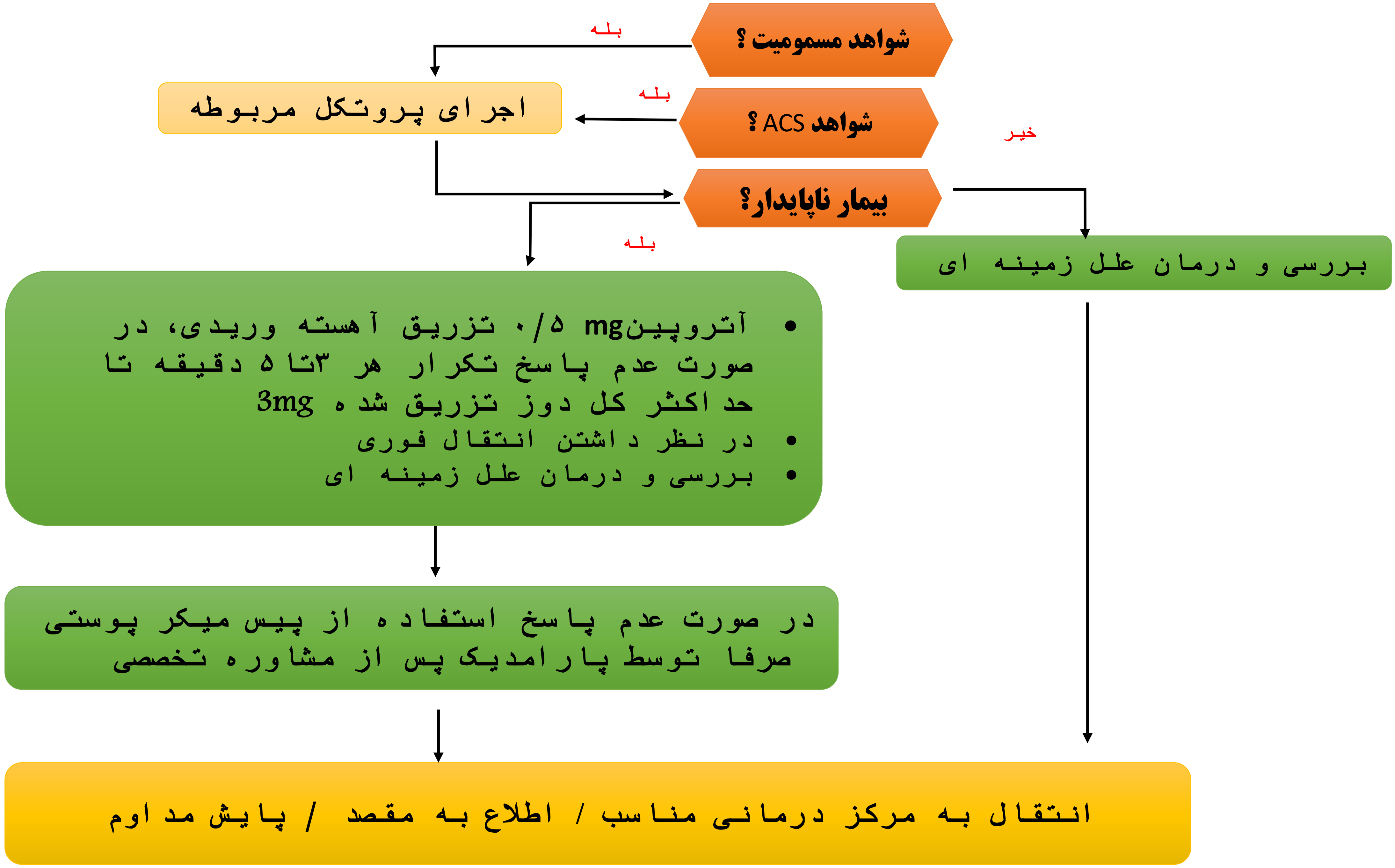
اکسیژن درمانی

IV Line

سرم نرمال سالین KVO

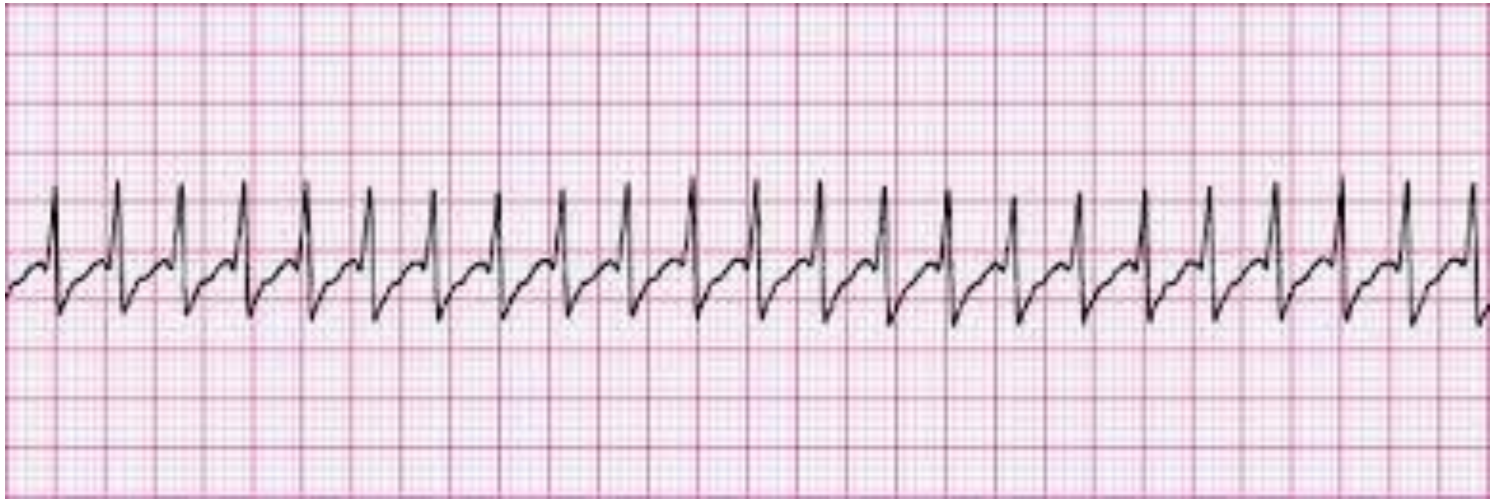
مشاوره با پزشک در موارد ۲۴۷

↓


شواهد مسمومیت ؟
بله
اجرای پروتکل مربوطه
بله
شواهد ACS ؟
خیر
بیمار ناپایدار؟
بله
بررسی و درمان علل زمینه ای
آتروپین mg ۰/۵ تزریق آهسته وریدی، در صورت عدم پاسخ تکرار هر ۳تا ۵ دقیقه تا حد اکثر کل دوز تزریق شده 3mg
در نظر داشتن انتقال فوری
بررسی و درمان علل زمینه ای
در صورت عدم پاسخ استفاده از پیس میکر پوستی صرفا توسط پارامدیک پس از مشاوره تخصصی
انتقال به مرکز درمانی مناسب / اطلاع به مقصد / پایش مداوم

- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ✓ علائم ناپایداری: تغییر هوشیاری - افت فشارخون - علائم شوک - علادرد قفسه سینه - علائم ادم حاد ریه

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
تاکیکاردی



ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل تاکیکاردی (HR≥150)

- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ۱ ✓ علائم ناپایدار: تغییر هوشیاری، افت فشارخون، علائم شوک، درد قفسه سینه و علائم ادم حاد ریه
- ۲ ✓ مانور های تحریک واگ شامل: ۱- ماساژ سینوس کاروتید : در صورت سمع بروئی در کاروتید (با قسمت بل گوشی) ممنوع می باشد. [ماساژ دوطرفه ممنوع می باشد] ۲- مانور والسالوا: با توصیه به بازدم با گلوت بسته
- ۳ ✓ تزریق آدنوزین و آمیودارون در بیمار دارای نبض بر اساس دستورالعمل AHA و صرفاً توسط پارامدیک و پس از مشاوره تخصصی انجام گردد

پروتکل تاکیکاردی (HR≥150)

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

Wide Complex? (QRS>0.12s)

بله

پایدار؟ ۱

بله

150mg آمیودارون در 100cc نرمال سالین در عرض ۱۰ دقیقه

<u>فقط توسط پارامدیک پس از مشاوره دیسپچ تخصصی</u>

خیر

نبض دارد؟

بله

آمادگی برای احیا

کاردیوورژن ۱۰۰ژول

<u>فقط توسط پارامدیک پس از مشاوره پزشک</u>

خیر

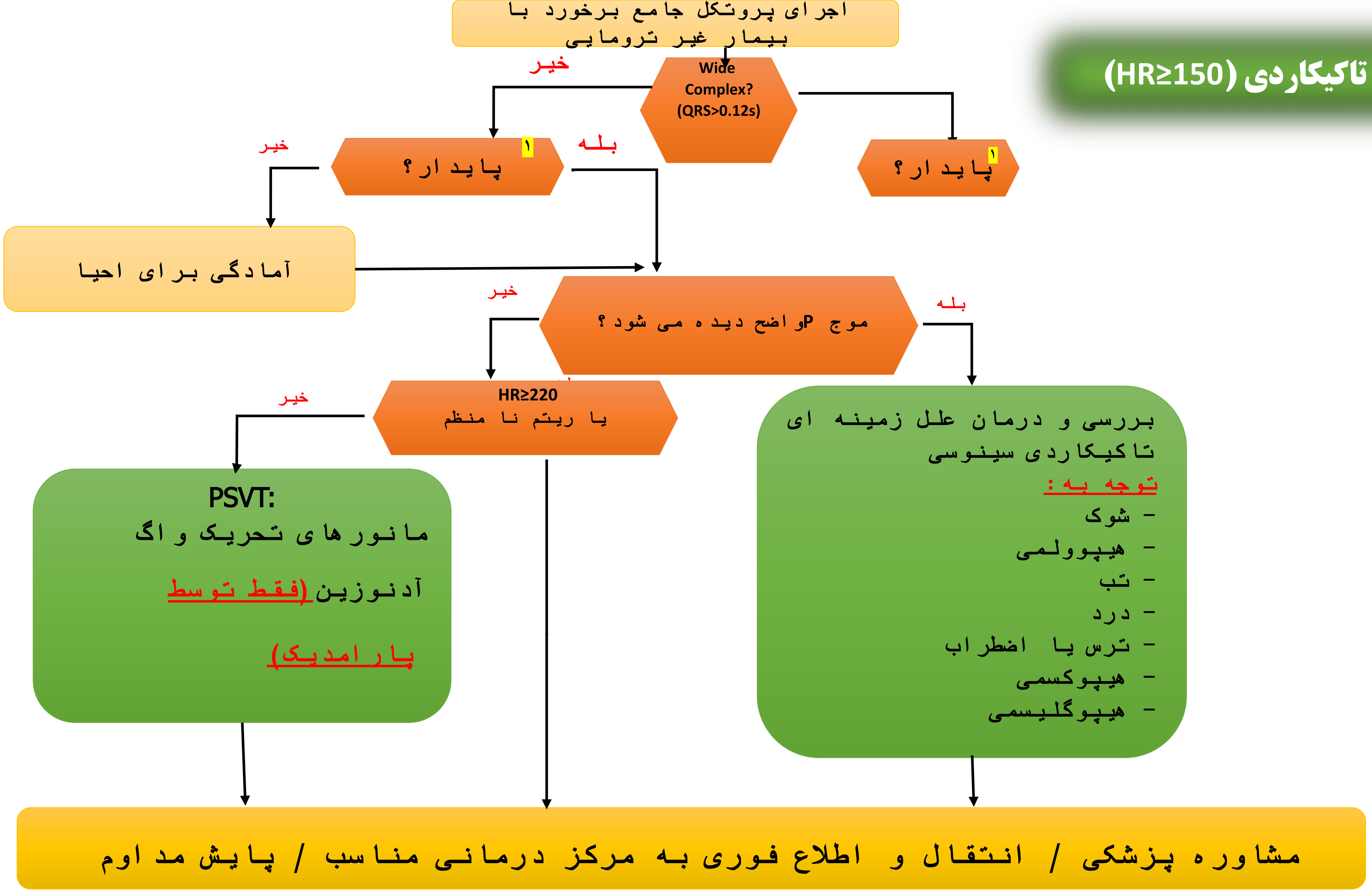
اجرای پروتکل احیای قلبی

خیر

پایدار؟ ۱

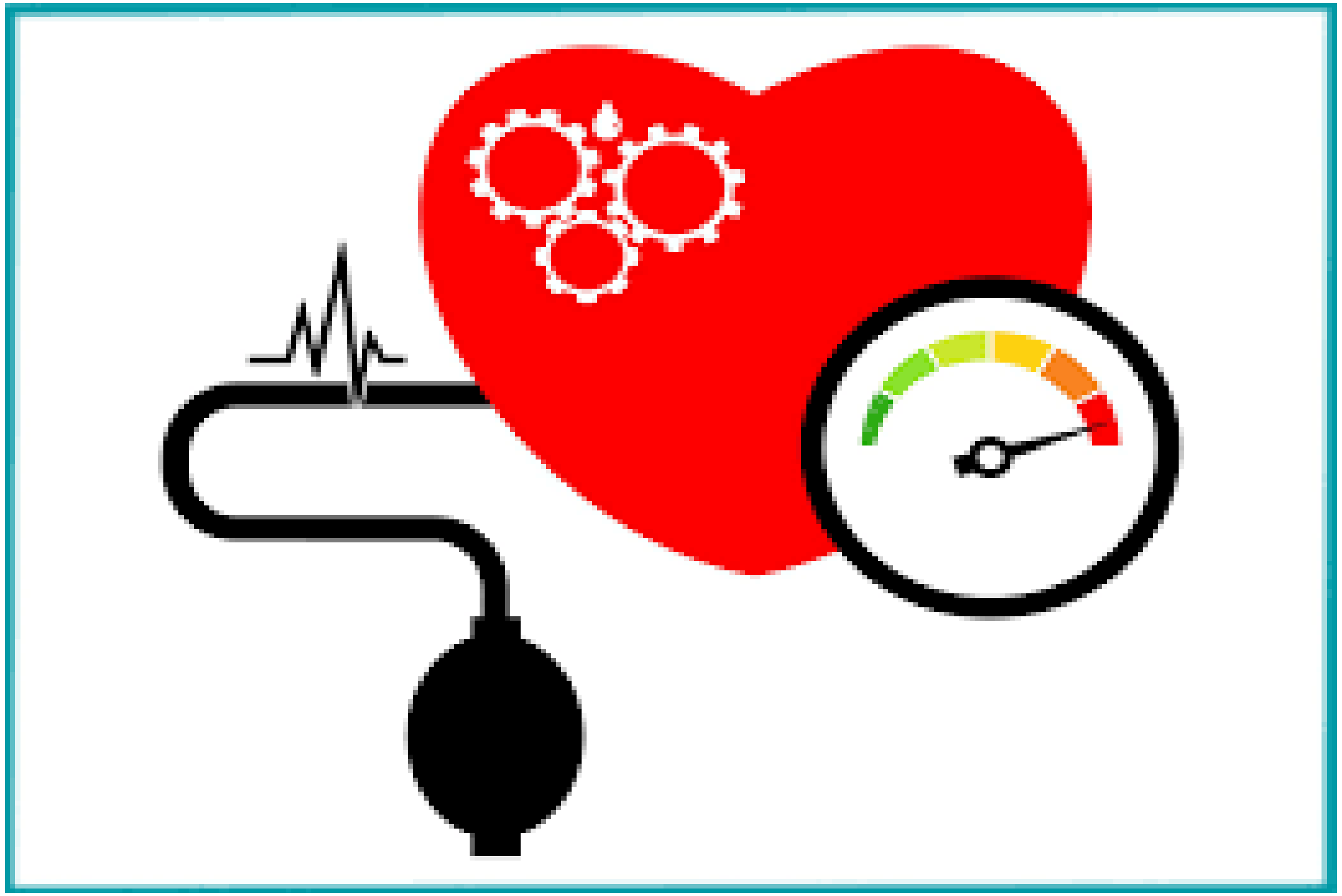
مشاوره پزشکی / انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

پروتکل تاکیکاردی (HR≥150)



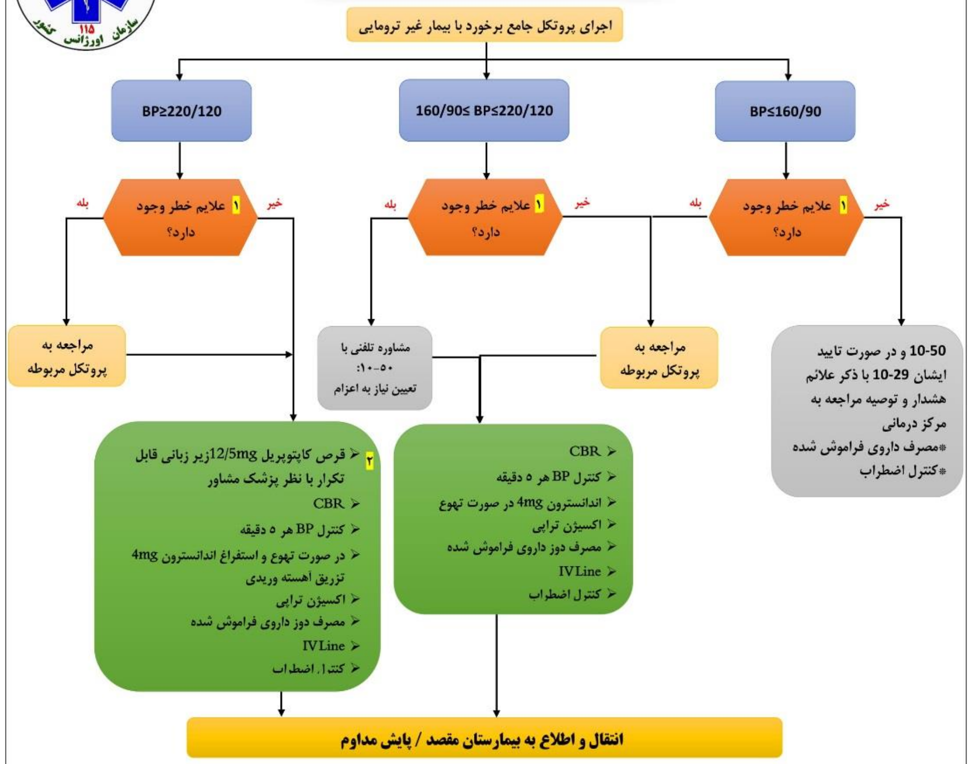
- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ✓ علائم ناپایدار: تغییر هوشیاری، افت فشارخون، علائم شوک، درد قفسه سینه و علائم ادم حاد ریه
- ✓ مانور های تحریک واگ شامل: ۱- ماساژ سینوس کاروتید: در صورت سمع بروئی در کاروتید (با قسمت بل گوشی) ممنوع می باشد. [ماساژ دوطرفه ممنوع می باشد] ۲- مانور والسالوا: با توصیه به بازدم با گلوت بسته
- ✓ تزریق آدنوزین و آمیودارون در بیمار دارای نبض بر اساس دستورالعمل AHA و صرفا توسط پارامدیک و پس از مشاوره تخصصی انجام گردد

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
HTN



ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل HTN (BP>140/90)

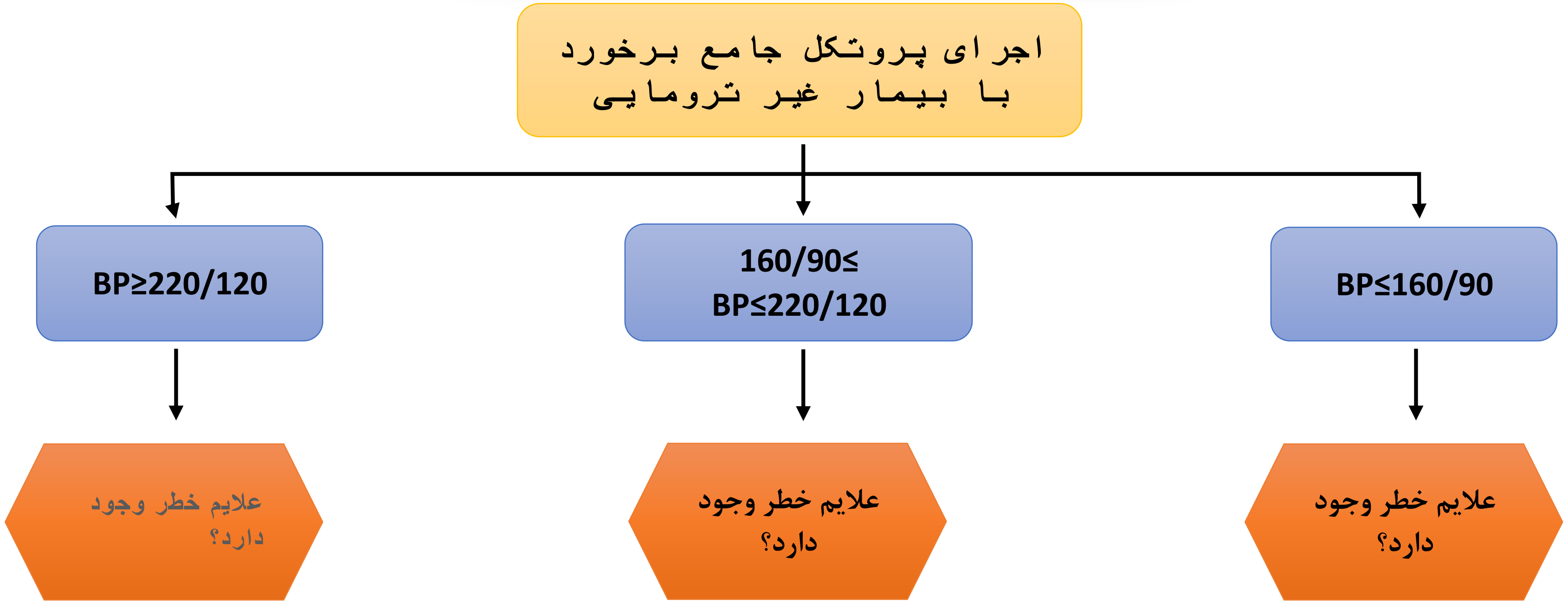


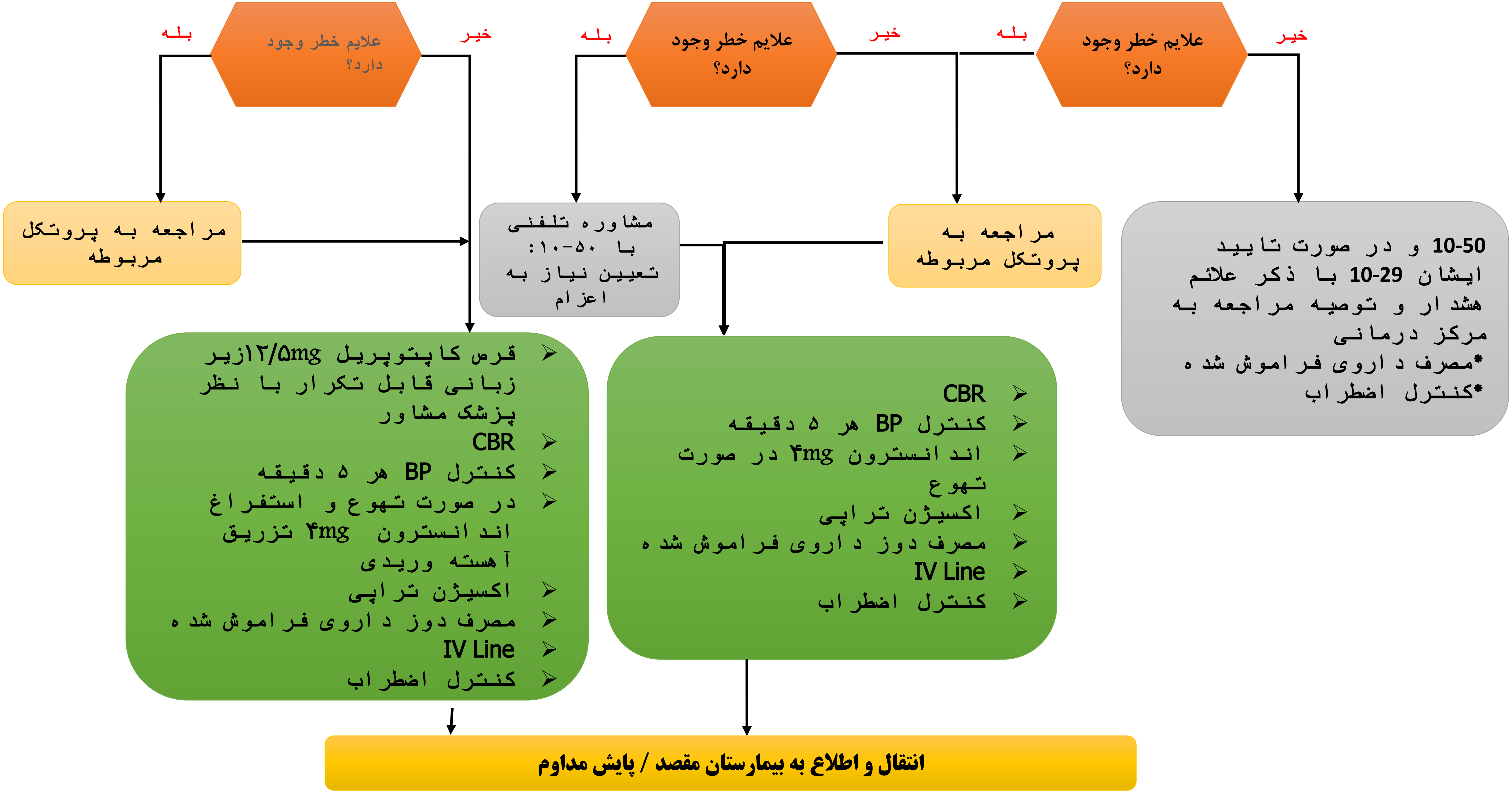
۱ علائم خطر:

- ❖ **احساس ناراحتی یا درد در قفسه سینه**
- ❖ **علائم نارسایی حاد قلبی یا ادم ریه**
- ❖ **یافته فوکال عصبی**(آفازی و دیس آرتری، سرگیجه، ضعف یکطرفه، بی حسی یکطرفه و سایر یافته های عصبی)
- ❖ **افت سطح هوشیاری**
- ❖ **علائم دایسکشن آئورت**(درد سینه خنجری،اختلاف فشار دو اندام بیش از ۱۰mmHg)

۲
- ✓ **درصورت وجود علائم استروک: BP<220/120 نیاز به درمان دارویی ندارد**
- ✓ **درسایر موارد خطر، MAP نباید بیشتر از ۲۰٪ کاهش یابد**

پروتکل HTN (BP>۱۴۰/۹۰)




علایم خطر وجود دارد؟
خیر
بله
10-50 و در صورت تایید ایشان 10-29 با ذکر علائم هشدار و توصیه مراجعه به مرکز درمانی
*مصرف داروی فراموش شده
*کنترل اضطراب
مراجعه به پروتکل مربوطه
علایم خطر وجود دارد؟
خیر
بله
مشاوره تلفنی با ۱۰-۵۰: تعیین نیاز به اعزام
CBR
کنترل BP هر ۵ دقیقه
اندانسترون ۴mg در صورت تهوع
اکسیژن تراپی
مصرف دوز داروی فراموش شده
IV Line
کنترل اضطراب
علایم خطر وجود دارد؟
خیر
بله
مراجعه به پروتکل مربوطه
قرص کاپتوپریل ۱۲/۵mgزیر زبانی قابل تکرار با نظر پزشک مشاور
CBR
کنترل BP هر ۵ دقیقه
در صورت تهوع و استفراغ اندانسترون ۴mg تزریق آهسته وریدی
اکسیژن تراپی
مصرف دوز داروی فراموش شده
IV Line
کنترل اضطراب
انتقال و اطلاع به بیمارستان مقصد / پایش مداوم

علائم خطر:

احساس ناراحتی یا درد در قفسه سینه

علائم نارسایی حاد قلبی یا ادم ریه

یافته فوکال عصبی(آفازی و دیس آرتری، سرگیجه ، ضعف یکطرفه ، بی حسی یکطرفه و سایر یافته های عصبی)

افت سطح هوشیاری

علائم دایسکشن آئورت(درد سینه خنجری، اختلاف فشار دو اندام بیش از ۱۰mmHg)

درصورت وجود علائم استروک: BP<220/120 نیاز به درمان دارویی ندارد

درسایر موارد خطر، MAP نباید بیشتر از ۲۰% کاهش یابد

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
CVA

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مدیریت سکته مغزی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

آیا علائم FAST وجود دارد؟

- بله ← در صحنه (۵ دقیقه)۱
- خیر ← پروتکل جامع انتقال بیماران غیر ترومایی

در صحنه (۵ دقیقه)۱

- کنترل فشارخون
- برقراری خط وریدی
- کنترل قند خون

BS<70 ?

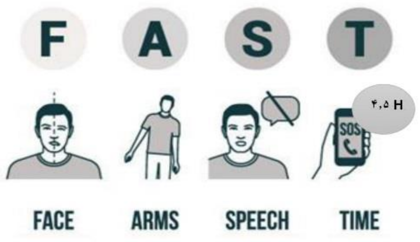
- بله ← درمان هیپوگلیسمی طبق پروتکل مربوطه ← رفع علائم FAST ؟
  - بله ← پروتکل جامع انتقال بیماران غیر ترومایی
  - خیر ← (انتقال به آمبولانس) طی مسیر
- خیر ← (انتقال به آمبولانس) طی مسیر

طی مسیر

- فعال کردن کد سما
- مانیتورینگ
- CBR
- پوزیشن نیمه نشسته
- کنترل علائم حیاتی به ویژه فشارخون
- اکسیژن درمانی
- شرح حال SAMPLE و تکمیل شرح حال CVA
- معاینات تکمیلی
- درصورت تهوع اندانسترون 4mg و در اطفال 0/15mg/kg آهسته وریدی

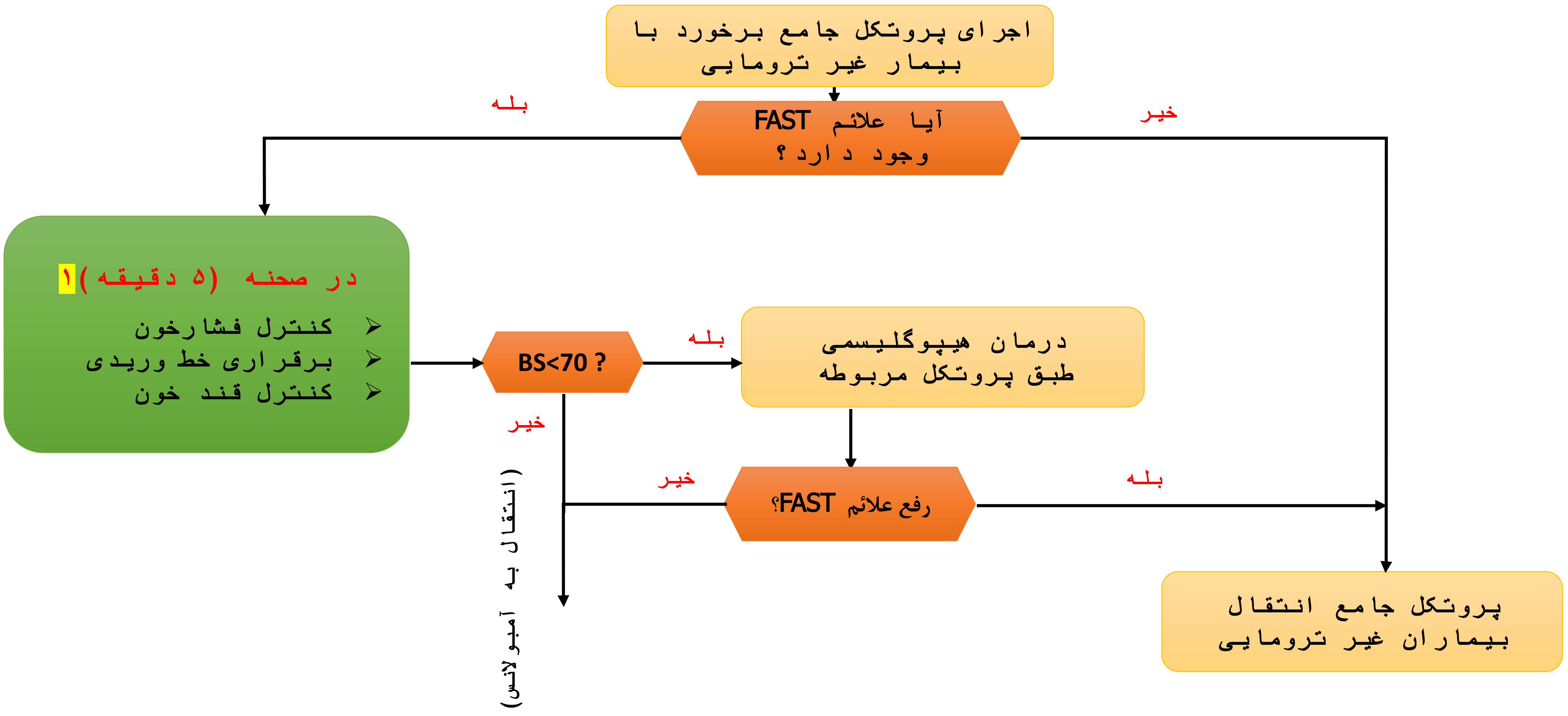
انتقال فوری به CTSCAN بیمارستان 724 و تحویل به کد استروک به جز موارد بدحال که به اتاق احیا تحویل می شود

پروتکل جامع انتقال بیماران غیر ترومایی



- ✓ زمان شروع علائم FAST را به صورت دقیق ثبت کنید.
- ✓ بیماران هوشیار با BP>220/120 اگر بیمار سابقه مصرف کاپتو پریل را دارد یک دوز 12/5mg کاپتوپریل زیر زبانی تجویز شود و اگر سابقه مصرف کاپتوپریل را ندارد 6/25 میلی گرم کاپتوپریل به صورت زیر زبانی تجویز شود. در صورتی که ۱۵ دقیقه بعد فشارخون کمتر از ۱۰٪ کاهش یافته یا همچنان BP>220/120 باشد ، با مشاوره ۵۰-۱۰ تکرار دوز مذکور قابل انجام است.
- ✓ از دست سالم بیمار خط وریدی را برقرار کنید و از آنژیوکت سایز بزرگ استفاده کنید.
- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت O_2sat<95% استفاده از روش های با فشار اکسیژن بالاتر
- ✓ معاینات تکمیلی : ضروری است علاوه بر معاینات نورولوژیک به B(تعادل بیمار) و E(حرکت چشم ها، وجود نیستاگموس عمودی، افقی و چرخشی، انحراف چشم ها و وضعیت مردمک ها) همچنین شدت ضعف عضلانی (MF) طبق معیار N/5 مشخص گردد.
- ✓ موارد wake up stroke که بیمار قبل از خواب(بیش از ۳ ساعت) سالم بوده و با علائم نرولوژیک بیدار می شود شامل کد سما نمی شود.
- ✓ از تزریق سرم قندی خودداری گردد.
- ✓ معیار MF :
- ✓ ۱مدت زمان حضور در صحنه ترجیحاً کمتر از ۵ دقیقه باشد.

پروتکل مدیریت سکته مغزی



طی مسیر

فعال کردن کد سما

مانیتورینگ

CBR

پوزیشن نیمه نشسته

کنترل علائم حیاتی به ویژه فشارخون

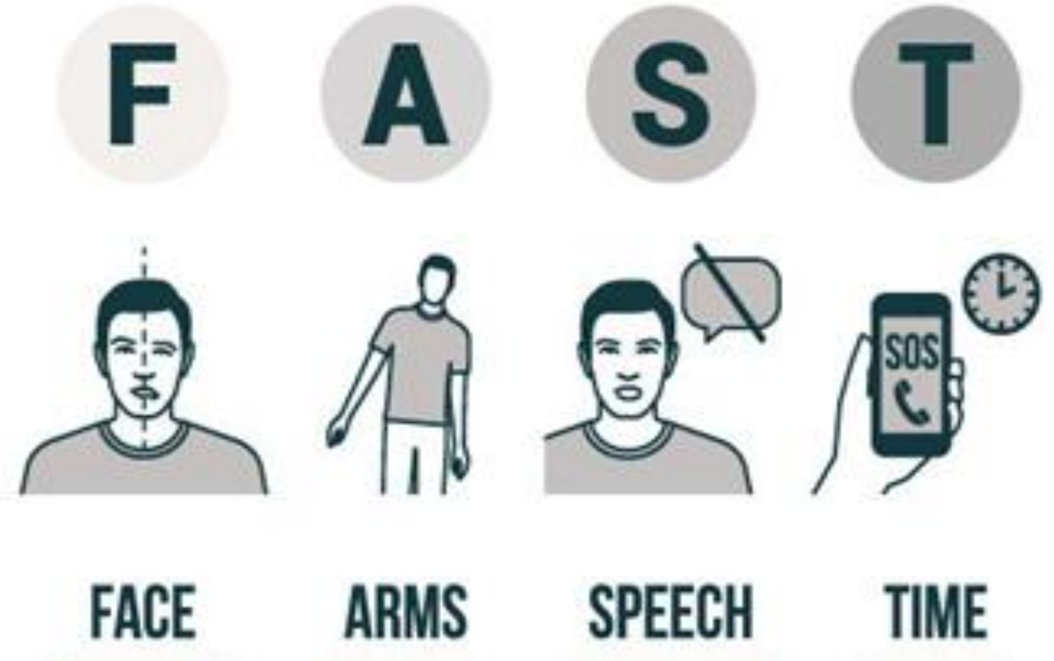
اکسیژن درمانی

شرح حال SAMPLE و تکمیل شرح حال CVA

معاینات تکمیلی

درصورت تهوع اند انسترون 4mgو در اطفال 0/15mg/kg آهسته وریدی

انتقال فوری به CT SCAN بیمارستان 724و تحویل به کد استروک به جز موارد بدحال که به اتاق احیا تحویل می شود



زمان شروع علائم FAST را به صورت دقیق ثبت کنید.

بیماران هوشیار با BP>220/120 اگر بیمار سابقه مصرف کاپتو پریل را دارد یک دوز 12/5mgکاپتوپریل زیر زبانی تجویز شود و اگر سابقه مصرف کاپتوپریل را ندارد 6/25 میلی گرم کاپتوپریل به صورت زیر زبانی تجویز شود. در صورتی که ۱۵ دقیقه بعد فشارخون کمتر از ۱۰% کاهش یافته یا همچنان BP>220/120 باشد ، با مشاوره ۵۰-۱۰ تکرار دوز مذکور قابل انجام است.

از دست سالم بیمار خط وریدی را برقرار کنید و از آنژیوکت سایز بزرگ استفاده کنید.

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

معاینات تکمیلی : ضروری است علاوه بر معاینات نورولوژیک به B(تعادل بیمار) و E(حرکت چشم ها ، وجود نیستاگموس عمودی، افقی و چرخشی، انحراف چشم ها و وضعیت مردمک ها) همچنین شدت ضعف عضلانی (MF) طبق معیار N/5 مشخص گردد.

موارد wake up stroke که بیمار قبل از خواب(بیش از ۳ ساعت) سالم بوده و با علائم نورولوژیک بیدار می شود شامل کد سما نمی شود.

از تزریق سرم قندی خودداری گردد.

معیار MF :

۱مدت زمان حضور در صحنه ترجیحا کمتر از ۵ دقیقه باشد.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار مبتلا به درد

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مدیریت درد

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

وجود علل طبی/تروما برای درد — بله → اجرای پروتکل مربوطه

خیر ↓

۱ ارزیابی درد (با استفاده از ابزار مناسب)
۲ سپس استفاده از روش های کنترل درد غیر دارویی

عدم کنترل درد

درد شدید(امتیاز ۱۰-۷) | درد متوسط(امتیاز۶-۴) | درد خفیف (امتیاز۳-۱)

درد شدید / درد متوسط:

۳ **کتورولاک:** بزرگسال 30mgIM/IVslow وکودکان 0/5mg/kg تک دوز حداکثر30mg یا

استامینوفن تزریقی: ۱گرم در ۱۰۰ سی سی نرمال سالین در مدت ۱۵ دقیقه و در کودکانkg ۱۵

+

درد خفیف:

- اطمینان بخشی
- استامینوفن خوراکی ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی گرم و کودکان ۱۵mg/kg

* ارزیابی مجدد هر ۵ دقیقه

درصورت وجود درد قابل توجه، تجویز دوباره ضد درد (بجز کتورولاک) صرفا با دستور ۵۰-۱۰

تا زمانی که NRS<4 یا Pain Score حداقل ۳ نمره کاهش یابد و یا درد توسط بیمار قابل قبول باشد.

انتقال به مرکز درمانی مناسب – اطلاع به مقصد – پایش مداوم

روش کنترل درد غیر دارویی:

- استفاده از کمپرس یخ(جهت کاهش درد از طریق سرما درمانی)
- آتل بندی و ثابت سازی عضو
- آرام کردن بیمار

توجه به موارد منع مصرف دارو ها:

استامینوفن: بیماری شدیدکبدی، PKU ، سابقه حساسیت به دارو و شک به مسمومیت و یا مصرف دوز اخیر

کتورولاک: حساسیت به دارو، خونریزی گوارشی، مشکلات شدید کلیوی، تروما شدید سر

اپیوئیدها: افت هوشیاری، هایپوکسی، حساسیت به دارو، آسم و مسمومیت

۱

روش ارزیابی درد:

- سن زیر ۴ سال: استفاده از روش های مشاهده ای مثل FLACC
- سن ۴ تا ۱۲ سال: استفاده از روش های پرسش از خود بیمار Wong-Baker faces
- سن بالاتر از ۱۲ سال: استفاده از روش های NRS-VAS

- FLACC(Face-Leg-Activity-Cry-Consolability)

شی از درد مد نظر است و با توجه این واکنش ها به شدت درد بیمار

	۱	۲
	گاهی اوقات حالت شکلک یا اخم	چهره در هم رفته، قفل شدگی فک،چانه ی لرزان
	مضطرب، بی قرار، عصبی، هیجان زده	لگد زده یا ساق ها را به سمت بالا می کشد
ده	پیچ و تاب خوردن،تغییر مکان به جلو و عقب، عصبی و هیجان زده	بدن قوسی شکل، سفت یا تکان می خورد
	ناله کردن یا جیغ و داد، گاهی اوقات شکایت	گریه ی یکنواخت، جیغ و داد، اغلب اوقات شکایت
	گهگاهی با لمس، محکم گرفتن و صحبت کردن با او اطمینان می یابد.	به سختی تسلی پیدا می کند یا آرام می شود.

ها، فعالیت،گریه و قابلیت تسکین بین ۰ تا ۲ امتیاز می گیرند که
هد شد که با توجه به آن شدت درد بیمار مشخص می شود.

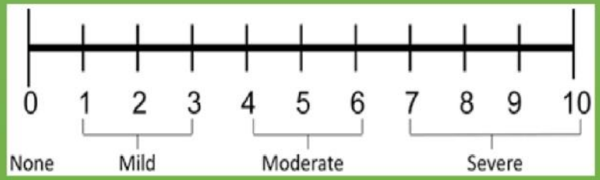
- Wong-Baker faces:

ب کارت با شش صورتک می باشد که با مقیاس عددی مشخص شده اند.(از خنده تا گریه)بیمار که ۱۲ ساله است از بین صورتک ها یکی را که شدت دردش را نشان میدهد انتخاب میکند سپس کادر درمانی مشخص می شود. باید پیش از ارزیابی به کودک توضیح داده شود.

:کاملا خوشحال و بدون هیچ دردی
:درد کم
:درد کمی بیشتر
:درد خیلی بیشتر
:درد خیلی زیاد
:شدیدترین درد

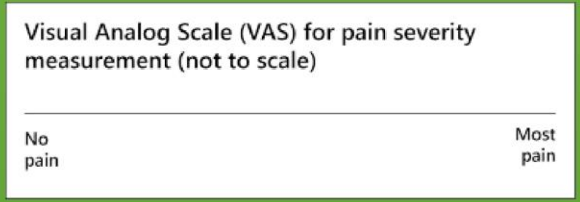
- Numeric rating scale:

این روش بیمار بین صفر تا ۱۰ به میزان درد خود امتیاز می دهد.

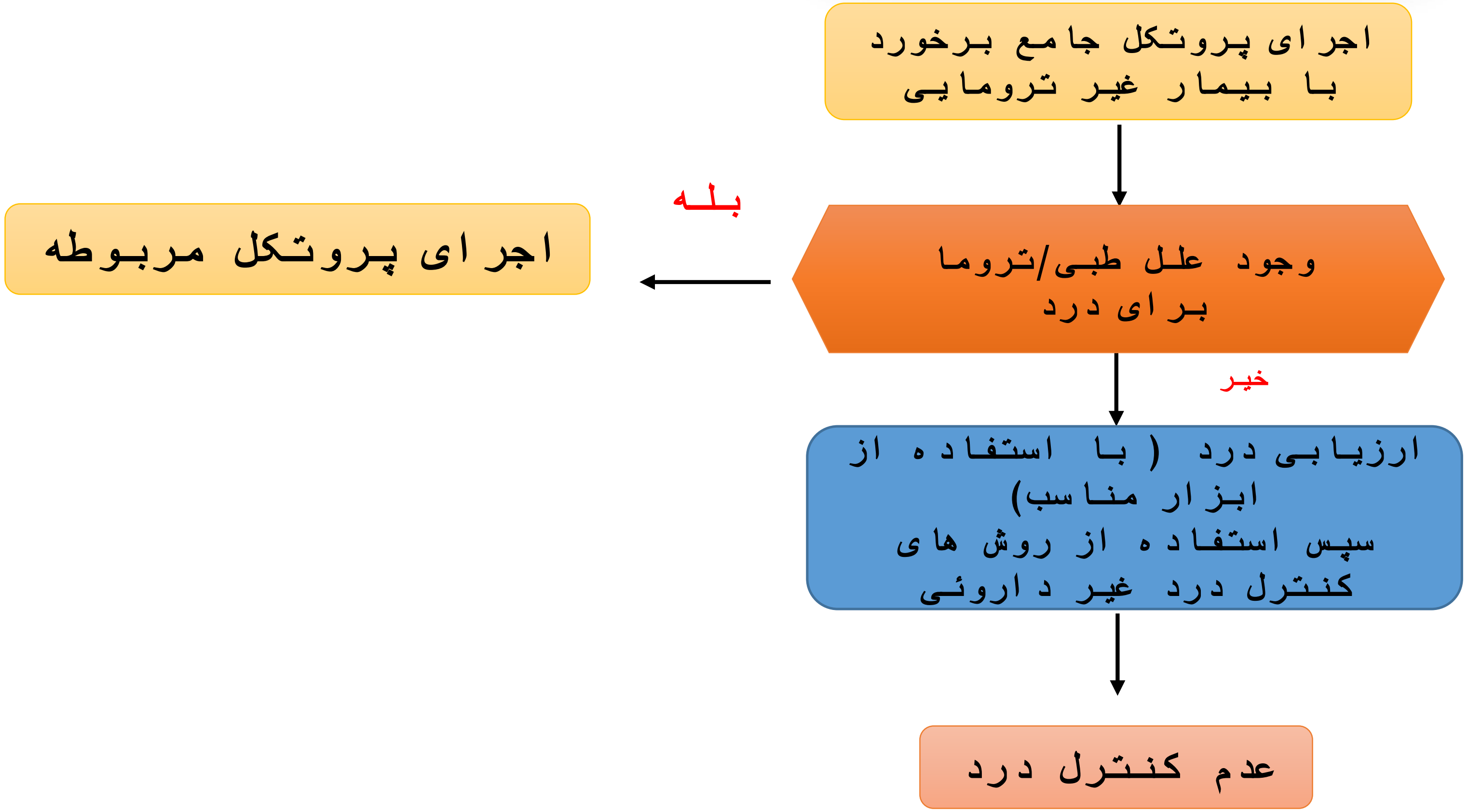


- Visual analogue scale:

ان خط کش درد است.که شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مندرج شده وصفر نشانه ی بی دردی مطلق و نشانه ی درد غیر قابل تحمل است. بیمار از بین گزینه ها موردی را که مطابقت بیشتری با میزان دردش دارد اب می کند.



پروتکل مدیریت درد



درد شدید (امتیاز ۱۰-۷)

درد متوسط (امتیاز ۶-۴)

درد خفیف (امتیاز ۳-۱)

کتورولاک: بزرگسال 30mg IM/ IV slow وکودکان 0/5mg/kg تک دوز حداکثر 30mg یا
استامینوفن تزریقی: ۱گرم در ۱۰۰ سی سی نرمال سالین در مدت ۱۵ دقیقه و در کودکان 15 mg/kg

+

مورفین: بزرگسال 2-5mg IV Slow و کودکان 0/05mg/kg IV Slow حداکثر 2mg

- اطمینان بخشی
- استامینوفن خوراکی ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی گرم و کودکان 15mg/kg

* ارزیابی مجدد هر ۵ دقیقه
درصورت وجود درد قابل توجه، تجویز دوباره ضد درد (بجز کتورولاک) صرفا با دستور ۵۰-۱۰
تا زمانی که NRS<4 یا Pain Score حداقل ۳ نمره کاهش یابد و یا درد توسط بیمار قابل قبول باشد.

انتقال به مرکز درمانی مناسب - اطلاع به مقصد - پایش مداوم

روش ارزیابی درد :

- سن زیر ۴ سال : استفاده از روش های مشاهده ای مثل FLACC
- سن ۴ تا ۱۲ سال: استفاده از روش های پرسش از خود بیمار Wong-Baker faces
- سن بالاتر از ۱۲ سال: استفاده از روش های NRS-VAS

روش کنترل درد غیر دارویی:

استفاده از کمپرس یخ (جهت کاهش درد از طریق سرما درمانی)
آتل بندی و ثابت سازی عضو
آرام کردن بیمار

توجه به موارد منع مصرف دارو ها :

استامینوفن: بیماری شدیدکبدی، PKU ، سابقه حساسیت به دارو و شک به مسمومیت و یا مصرف دوز اخیر

کتورولاک: حساسیت به دارو، خونریزی گوارشی، مشکلات شدید کلیوی، تروما شدید سر

اپیوئید ها : افت هوشیاری، هایپوکسی، حساسیت به دارو، آسم و مسمومیت

ابزار های ارزیابی شدت درد:

- **FLACC(Face-Leg-Activity-Cry-Consolability)**

در این روش واکنش های رفتاری ناشی از درد مد نظر است و با توجه این واکنش ها به شدت درد بیمار امتیاز داده می شود:

امتیاز / عنوان	صفر	۱	۲
صورت	فقدان عکس العمل خاص یا تبسم	گاهی اوقات حالت شکلک یا اخم	چهره در هم رفته، قفل شدگی فک،چانه ی لرزان
ساق ها	در وضعیت طبیعی یا سست	مضطرب، بی قرار، عصبی، هیجان زده	لگد زده یا ساق ها را به سمت بالا می کشد
فعالیت	به آرامی دراز کشیده و حرکت می کند	پیچ و تاب خوردن،تغییر مکان به جلو و عقب، عصبی و هیجان زده	بدن قوسی شکل، سفت یا تکان می خورد
گریه	فقدان گریه	ناله کردن یا جیغ و داد، گاهی اوقات شکایت	گریه ی یکنواخت، جیغ و داد، اغلب اوقات شکایت
قابلیت تسکین	خشنود، سست	گهگاهی با لمس، محکم گرفتن و صحبت کردن با او اطمینان می یابد.	به سختی تسلی پیدا می کند یا آرام می شود.

هر یک از قسمت های صورت، ساق ها، فعالیت،گریه و قابلیت تسکین بین ۰ تا ۲ امتیاز می گیرند که مجموع آنها بین ۰ تا ۱۰ امتیاز خواهد شد که با توجه به آن شدت درد بیمار مشخص می شود.

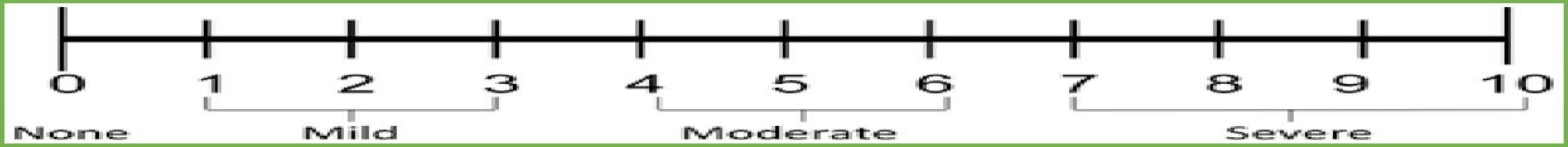
- **Wong-Baker faces**:

این روش شامل یک کارت با شش صورتک می باشد که با مقیاس عددی مشخص شده اند.(از خنده تا گریه)بیمار که معمولا اطفال ۴ تا ۱۲ ساله است از بین صورتک ها یکی را که شدت دردش را نشان میدهد انتخاب میکند سپس میزان درد توسط کادر درمانی مشخص می شود. باید پیش از ارزیابی به کودک توضیح داده شود.

- صورتک ۰:کاملا خوشحال و بدون هیچ دردی
- صورتک ۲:درد کم
- صورتک ۴:درد کمی بیشتر
- صورتک ۶:درد خیلی بیشتر
- صورتک ۸:درد خیلی زیاد
- صورتک ۱۰:شدیدترین درد

- **Numeric rating scale:**

در این روش بیمار بین صفر تا ۱۰ به میزان درد خود امتیاز می دهد.



- **Visual analogue scale:**

.همان خط کش درد است.که شامل خطی افقی است که از صفر تا ۱۰ مندرج شده وصفر نشانه ی بی دردی مطلق و ۱۰ نشانه ی درد غیر قابل تحمل است. بیمار از بین گزینه ها موردی را که مطابقت بیشتری با میزان دردش دارد انتخاب می کند.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مبتلا به درد شکم

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مدیریت درد شکم

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

شرح حالی از تروما وجود دارد؟
- بله: اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی
- خیر: ↓

علائم شوک/علائم حیاتی ناپایدار

بله:
- ➢ NPO
- ➢ مانیتورینگ مداوم قلبی
- ➢ اکسیژن درمانی با غلظت بالا
- ➢ IV Line (ترجیحاً سبز یا خاکستری)
- ➢ مایع درمانی سرم نرمال سالین ۱ تا ۲ لیتر (در اطفال 20cc/kg)
- ➢ تله کاردیومدیسین

خیر:
- ➢ NPO
- ➢ تله کاردیومدیسین (درصورت وجود درد بالای ناف)
- ➢ IV Line
- ➢ سرم نرمال سالین KVO
- ➢ درصورت تهوع و استفراغ اندانسترون 4mg و

مشاوره ۵۰-۱۰:
- تعیین نیاز به کنترل دارویی درد

تعیین نیاز به اعزام:
- نیاز به اعزام دارد؟

خیر: توسیه به مراجعه سرپایی به مرکز با ذکر علائم هشدار

بله: اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

- **معاینه شکم به ترتیب شامل: مشاهده، سمع، لمس و دق**
- **در صورت وجود BS>250 شک به کتواسیدوز دیابتی: مراجعه به پروتکل مربوطه**
- **علائم شوک شامل:**

تقسیم بندی شوک هموراژیک				
شاخص	**کلاس ۱**	**کلاس ۲**	**کلاس ۳**	**کلاس ۴**
مقدار خون از دست رفته cc	<۷۵۰	۱۰۰۰-۷۵۰	۲۰۰۰-۱۵۰۰	>۲۰۰۰
در صد خون از دست رفته	<٪۱۵	٪۳۰-۱۵	٪۴۰-۳۰	>٪۴۰
نبض	<۱۰۰	۱۲۰-۱۰۰	۱۴۰-۱۲۰	>۱۴۰
فشارخون	نرمال	نرمال	کاهش	کاهش
فشار نبض	نرمال/افزایش	کاهش	کاهش	کاهش
تنفس	۲۰-۱۴	۳۰-۲۰	۴۰-۳۰	>۳۵
وضعیت ذهنی	کمی مضطرب	مضطرب	مضطرب/گیج	گیج/ کماتوز

پروتکل مدیریت درد شکم

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

شرح حالی از تروما وجود دارد؟

بله ← اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

خیر ↓

علائم شوک/علائم حیاتی ناپایدار

بله:

- NPO
- مانیتورینگ مداوم قلبی
- اکسیژن درمانی با غلظت بالا
- IV Line (ترجیحاً سبز یا خاکستری)
- مایع درمانی سرم نرمال سالین ۱ تا ۲ لیتر (در اطفال 20cc/kg)
- تله کاردیومدیسین

↓ اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

خیر:

NPO

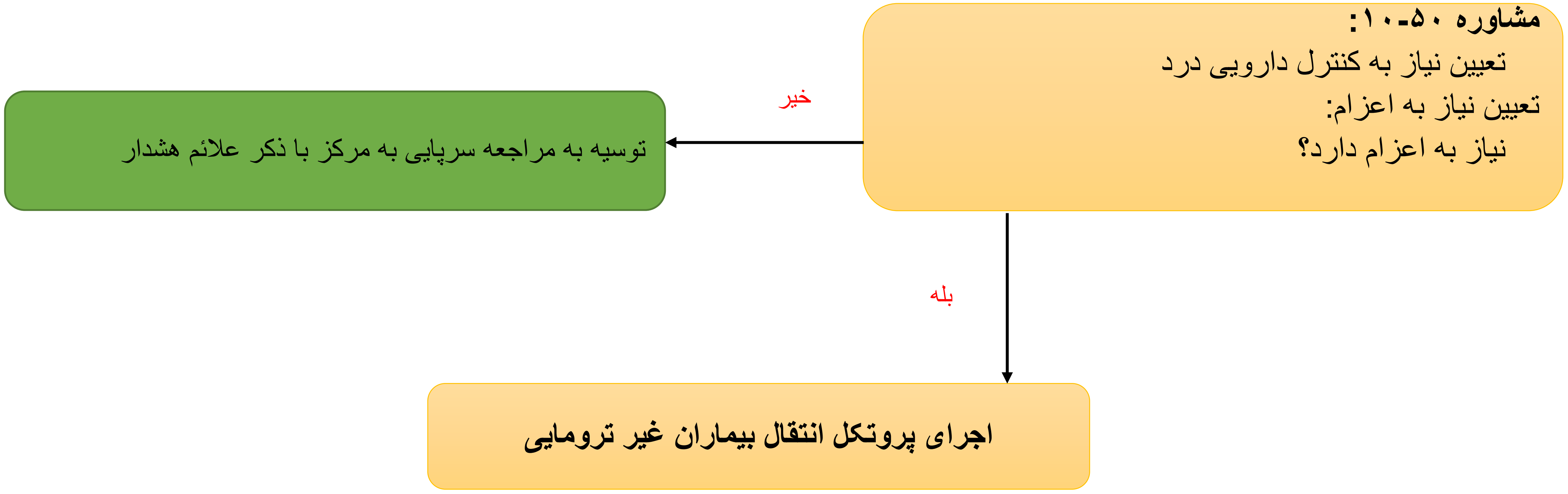
- تله کاردیومدیسین (درصورت وجود درد بالای ناف)

IV Line

سرم نرمال سالین KVO

درصورت تهوع و استفراغ اندانسترون 4mg و در اطفال 0/15mg/kg

آهسته وریدی


مشاوره ۱۰-۵۰:
تعیین نیاز به کنترل دارویی درد
تعیین نیاز به اعزام:
نیاز به اعزام دارد؟
خیر
توسیه به مراجعه سرپایی به مرکز با ذکر علائم هشدار
بله
اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

- معاینه شکم به ترتیب شامل: مشاهده، سمع، لمس و دق
- در صورت وجود BS>250 شک به کتواسیدوز دیابتی: مراجعه به پروتکل مربوطه
- علائم شوک شامل:

تقسیم بندی شوک هموراژیک				
شاخص	**کلاس ۱**	**کلاس ۲**	**کلاس ۳**	**کلاس ۴**
مقدار خون از دست رفته CC	<۷۵۰	۱۰۰-۷۵۰	۲۰۰۰-۱۵۰۰	>۲۰۰۰
در صد خون از دست رفته	<٪۱۵	٪۳۰-۱۵	٪۴۰-۳۰	>٪۴۰
نبض	<۱۰۰	۱۲۰-۱۰۰	۱۴۰-۱۲۰	>۱۴۰
فشارخون	نرمال	نرمال	کاهش	کاهش
فشار نبض	نرمال/افزایش	کاهش	کاهش	کاهش
تنفس	۲۰-۱۴	۳۰-۲۰	۴۰-۳۰	>۳۵
وضعیت ذهنی	کمی مضطرب	مضطرب	مضطرب/گیج	گیج/ کماتوز

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
تروما به سر

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل ترومای سر

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

$GCS \leq 8$?
- بله: برقراری راه هوایی پایدار
- خیر:

۱ حفظ O2sat≥95%
در صورت افت فشار خون، حفظ فشار سیستولیک در محدوده 90-100mmHg

گلوکومتری
$BS \leq 70mg/dl$?
- بله: مراجعه به پروتکل هیپوگلیسمی
- خیر:

۴ علائم افزایش ICP دارد؟
- بله:
  در نظر داشته باشید:
  -شل کردن کولار گردنی ۲
  -آرامسازی بیمار با بنزودیازپین تیتره ۳
  -کنترل تهوع با اندانسترون 4mg آهسته وریدی
  -هیپرونتیلاسیون کنترل شده(۲۰ تنفس در دقیقه برای بالغین و ۲۵ تنفس در دقیقه برای کودکان تا رفع علائم ICP بالا)
- خیر:

انتقال به مرکز درمانی مناسب و پایش مداوم
در صورت تشنج، اجرای پروتکل تشنج

۱
✓ مایع درمانی با نرمال سالین در موارد ضربه سر با شک به افزایش ICP 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.

۲
✓ اگر کولار گردنی خیلی سفت بسته شده است، می توانید آن را شل کرده اما مطمئن باشید با ابزار دیگر محدودسازی حرکت انجام شده است.

✓ ترجیحاً میدازولام 1-1/5mg آهسته وریدی همراه توجه به آپنه و BP بیمار (در صورت عدم پاسخ مناسب، مشاوره پزشکی)
توجه: در صورت وجود علائم شوک، تجویز آن جهت آرامسازی بیمار ممنوع می باشد

۴
✓ علائم افزایش ICP : سردرد، غیر قرینه بودن مردمک ها، افزایش فشار خون بهمراه کاهش ضربان قلب، کاهش سطح هوشیاری، استفراغ

پروتکل ترومای سر

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

GCS≤۸ ?

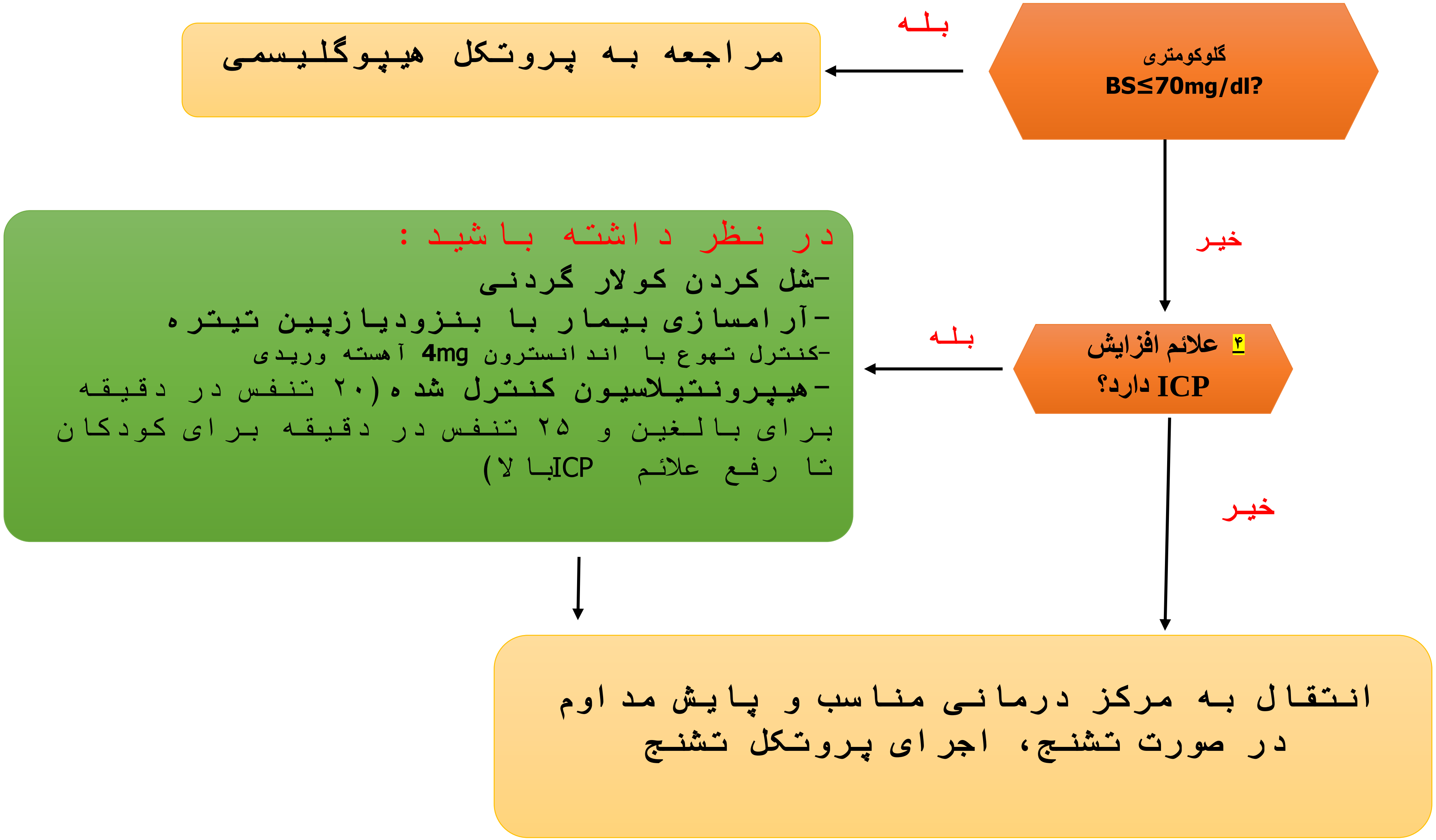
بله

برقراری راه هوایی پایدار

خیر

حفظ O2sat≥95%

در صورت افت فشار خون، حفظ فشار سیستولیک در محدوده 90-100mmHg


گلوکومتری
BS≤70mg/dl?
بله
مراجعه به پروتکل هیپوگلیسمی
خیر
۴ علائم افزایش ICP دارد؟
بله
در نظر داشته باشید:
-شل کردن کولار گردنی
-آرامسازی بیمار با بنزودیازپین تیتره
-کنترل تهوع با اندانسترون 4mg آهسته وریدی
-هیپرونتیلاسیون کنترل شده (۲۰ تنفس در دقیقه برای بالغین و ۲۵ تنفس در دقیقه برای کودکان تا رفع علائم ICPبالا)
خیر
انتقال به مرکز درمانی مناسب و پایش مداوم
در صورت تشنج، اجرای پروتکل تشنج

- ✓ مایع درمانی با نرمال سالین در موارد ضربه سر با شک به افزایش ICP 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.

- ✓ اگر کولار گردنی خیلی سفت بسته شده است، می توانید آن را شل کرده اما مطمئن باشید با ابزار دیگر محدودسازی حرکت انجام شده است.

- ✓ ترجیحا میدازولام 1-1/5mg آهسته وریدی همراه توجه به آپنه و BP بیمار (در صورت عدم پاسخ مناسب، مشاوره پزشکی)
توجه: در صورت وجود <u>علائم شوک</u>، تجویز آن جهت آرامسازی بیمار ممنوع می باشد

- ✓ علائم افزایش ICP: سردرد، غیر قرینه بودن مردمک ها، افزایش فشار خون بهمراه کاهش ضربان قلب، کاهش سطح هوشیاری، استفراغ

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
ترومای فک و صورت

پروتکل ترومای فک و صورت

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

نوع آسیب

دندان

- در صورت کنده شدن دندان بلافاصله آن را در کیت حفاظت دندان یا در شیر (درصورت وجود) و یا در گاز استریل مرطوب قرار دهید
- ❋❋از لمس کردن ریشه خودداری کنید
- ❋از شستشوی دندان خودداری کنید. فقط آلودگی های واضح به دقت برداشته شوند.

گوش

- بررسی از نظر جسم خارجی
- کنترل خونریزی با فشار مستقیم / پانسمان فشاری

بینی

- باز نگه داشتن راه هوایی و در صورت نیاز ساکشن ترشحات دهانی
- بیمار را به صورت نشسته و رو به جلو قرار دهید(در صورت امکان) ، نرمه بینی را فشار دهیدو کمپرس سرد روی پل بینی را در نظر بگیرید
- ❋❋مراقب سرمازدگی بینی باشید

زبان و بافت نرم دهان

- باز نگه داشتن راه هوایی و در صورت نیاز ساکشن ترشحات
- کنترل خونریزی با فشار مستقیم با گاز (توجه داشته باشید که باعث انسداد راه هوایی نشود)

چشم

- جدا سازی لنز های تماسی (در صورت نیاز و امکان)
- در سوختگی شیمیایی، با نرمال سالین یا آب شرب حداقل ۲۰ دقیقه با فشار ملایم بشویید و در صورت امکان نوع ماده را تشخیص دهید
- اگر جسم خارجی باعث ترومای نفوذی شده بود از جابجایی آن جلوگیری کنید
- هر دو چشم را با شیلد چشمی بپوشانید و تثبیت کنید

پایش مداوم، تماس با مرکز و انتقال به مرکز درمانی مناسب و مشاوره پزشکی

پروتکل ترومای فک و صورت

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

نوع آسیب

دندان
- در صورت کنده شدن دندان بلافاصله آن را در کیت حفاظت دندان یا در شیر (درصورت وجود) و یا در گاز استریل مرطوب قرار دهید
- **از لمس کردن ریشه خودداری کنید
- *از شستشوی دندان خودداری کنید. فقط آلودگی های واضح به دقت برداشته شوند.

گوش
- بررسی از نظر جسم خارجی (در صورت نیاز)
- کنترل خونریزی با فشار مستقیم / پانسمان فشاری

بینی
- باز نگه داشتن راه هوایی و در صورت نیاز
- بیمار را به صورت نشسته و رو به جلو قرار دهید (در صورت امکان)، نرمه بینی را فشار دهید و کمپرس سرد روی پل بینی را در نظر بگیرید
- **مراقب

زبان و بافت نرم دهان
- باز نگه داشتن راه هوایی و در صورت نیاز
- کنترل خونریزی با فشار مستقیم با گاز (توجه داشته باشید که باعث انسداد راه هوایی نشود)

چشم
- جدا سازی لنز های تماسی (در صورت نیاز و امکان)
- در سوختگی شیمیایی، با نرمال سالین یا آب شرب حداقل ۲۰ دقیقه با فشار ملایم بشویید و در صورت امکان نوع ماده را تشخیص دهید
- اگر جسم خارجی باعث ترومای نفوذی شده بود از جابجایی آن جلوگیری کنید
- هر دو چشم را با شیلد چشمی بپوشانید و تثبیت کنید

پایش مداوم، تماس با مرکز و انتقال به مرکز درمانی

نوع آسیب

- دندان
- گوش
- بینی
- زبان و بافت نرم دهان
- چشم

دندان

در صورت کنده شدن دندان بلافاصله آن را در کیت حفاظت دندان یا در شیر (درصورت وجود) و یا در گاز استریل مرطوب قرار دهید

**از لمس کردن ریشه خودداری کنید

*از شستشوی دندان خودداری کنید. فقط آلودگی های واضح به دقت برداشته شوند.

بینی

بازنگه داشتن راه هوایی و در صورت نیاز ساکشن ترشحات دهانی

بیمار را به صورت نشسته و رو به جلو قرار دهید (در صورت امکان) ، نرمه بینی را فشار دهیدو کمپرس سرد روی پل بینی را در نظر بگیرید

**مراقب سرمازدگی بینی باشید

چشم

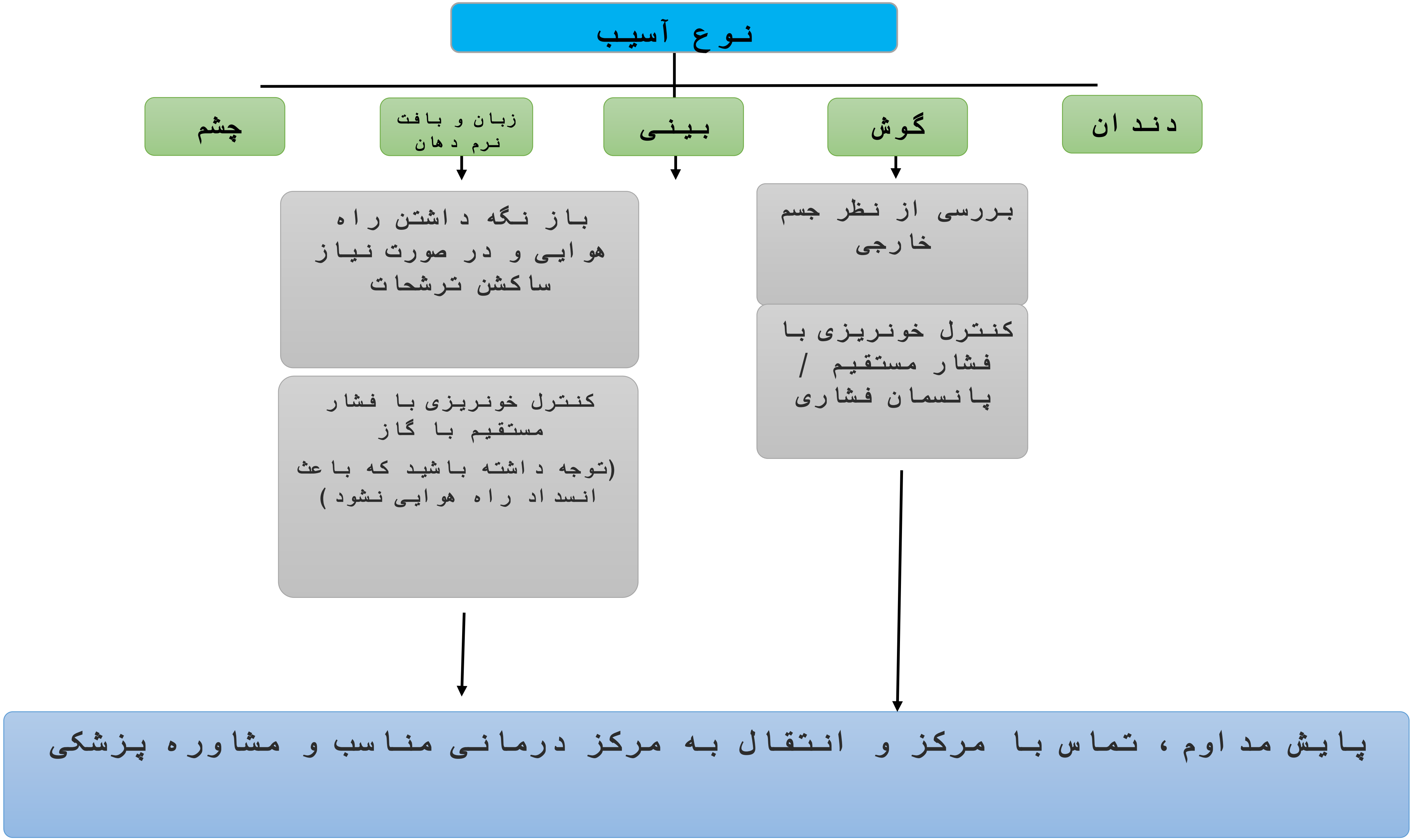
جدا سازی لنز های تماسی (در صورت نیاز و امکان)

در سوختگی شیمیایی، با نرمال سالین یا آب شرب حداقل ۲۰ دقیقه با فشار ملایم بشویید و در صورت امکان نوع ماده را تشخیص دهید

اگر جسم خارجی باعث ترومای نفوذی شده بود از جابجایی آن جلوگیری کنید

هر دو چشم را با شیلد چشمی بپوشانید و تثبیت کنید

پایش مداوم، تماس با مرکز و انتقال به مرکز درمانی مناسب و مشاوره پزشکی


نوع آسیب
دندان
گوش
بینی
زبان و بافت نرم دهان
چشم
بررسی از نظر جسم خارجی
کنترل خونریزی با فشار مستقیم / پانسمان فشاری
باز نگه داشتن راه هوایی و در صورت نیاز ساکشن ترشحات
کنترل خونریزی با فشار مستقیم با گاز
(توجه داشته باشید که باعث انسداد راه هوایی نشود)
پایش مداوم، تماس با مرکز و انتقال به مرکز درمانی مناسب و مشاوره پزشکی

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
تروما به قفسه سینه

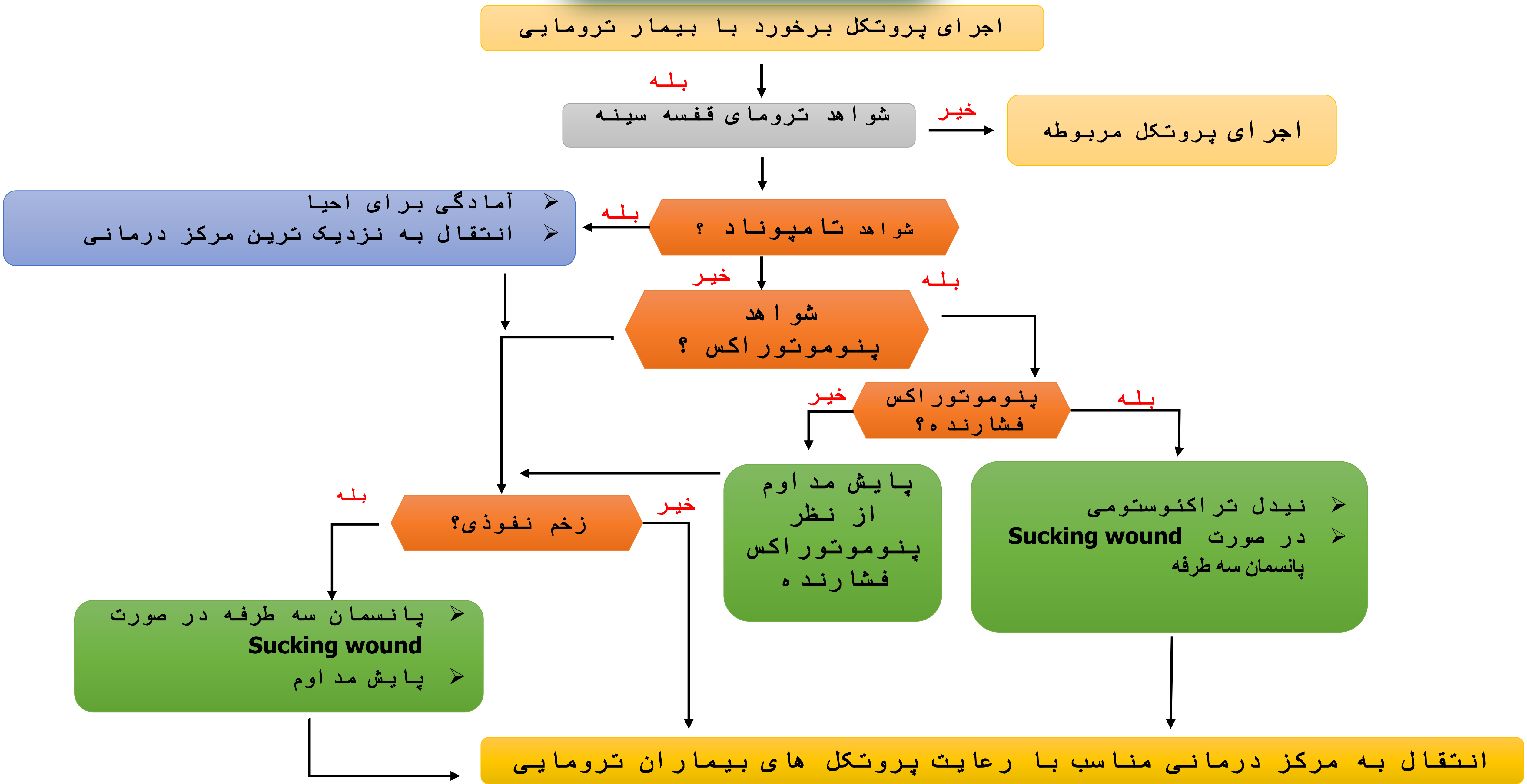
پروتکل ترومای قفسه سینه

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

- علایم پنوموتوراکس ساده: تنگی نفس، کوتاهی تنفس،آمفیزم زیر جلدی، افزایش ریت تنفسی، کاهش صداهای طبیعی ریه در سمت درگیر
  *درصورت پیشرفت، علائم پنوموتوراکس فشارنده پدیدار می شود.
- علایم پنوموتوراکس فشارنده: علائم پنوموتوراکس ساده به همراه سیانوز، انحراف تراشه، افت فشارخون، تاکی کاردی
  *درصورت پیشرفت، علائم پنوموتوراکس فشارنده پدیدار می شود.
- پنوموتوراکس فشارنده تهدید کننده جدی حیات است. برای خارج کردن هوای تجمع یافته در فضای پلور باید نیدل دکامپریشن انجام گردد آنژیوکت درفضای بین دنده ایی دوم(بین دنده دوم و سوم، در خط میدکلاویکول نزدیک به دنده سوم) وارد گردد. بیمار می بایست بصورت مداوم بررسی گردد و در صورت نیاز، مجدد نیدل دکامپرشن انجام شود.
- در بالغین آنژیوکت نارنجی یا طوسی و در اطفال با توجه به جثه کودک انتخاب گردد.

- زخم مکنده قفسه سینه زمانی رخ می دهد که فضای داخل جنب (پلور) به خارج باز شود.
- پانسمان ۳ طرفه زخم مکنده با ایجاد دریچه یک طرفه در زمان دم مانع ورود هوا گردیده و در زمان بازدم اجازه خروج هوای جمع شده در پلور را می دهد و ریه به راحتی منبسط می شود و به تنفس بیمار کمک می کند. با توجه به مکش شدید در محل زخم، می بایست پانسمان به اندازه ای بزرگ باشد که داخل زخم کشیده نشود. برای پانسمان می توان از بخش داخلی کاورهای استریل تجهیزات پزشکی مانند کاور پانسمان، کاور گاز استریل، دستکش استریل یا پد دفیبریلاتور استفاده نمود.
- قفسه سینه شناور زمانی ایجاد میشود که بیش از دو دنده در بیش از دو نقطه شکستگی داشته باشد ،که این امر موجب ایجاد یک بخش ضعیف در دیواره قفسه سینه و حرکت پارادوکس، منجر به اختلال تهویه هوا می گردد.
- در این شرایط از هرگونه تلاش برای ثابت کردن قطعه شناور خودداری گردد.
- در صورت وجود هر گونه شیء نفوذی در قفسه سینه، از خارج کردن آن خودداری نموده(مگر در شرایطی که با احیا تداخل دارد) و شیء نفوذی باید با هر وسیله ای که امکان دارد بی حرکت و ثابت شود و در صورت بلند بودن جسم با همکاری سازمان های پشتیبان جسم را برش دهید.

پروتکل ترومای قفسه سینه



- علایم پنوموتوراکس ساده: تنگی نفس، کوتاهی تنفس، آمفیزم زیر جلدی، افزایش ریت تنفسی، کاهش صداهای طبیعی ریه در سمت درگیر

*درصورت پیشرفت، علائم پنوموتوراکس فشارنده پدیدار می شود.

علایم پنوموتوراکس فشارنده: علائم پنوموتوراکس ساده به همراه سیانوز، انحراف تراشه، افت فشارخون، تاکی کاردی

*درصورت پیشرفت، علائم پنوموتوراکس فشارنده پدیدار می شود.

- پنوموتوراکس فشارنده تهدید کننده جدی حیات است .برای خارج کردن هوای تجمع یافته در فضای پلور باید نیدل دکامپریشن انجام گردد

آنژیوکت درفضای بین دنده ایی دوم (بین دنده دوم و سوم ، در خط میدکلاویکول نزدیک به دنده سوم) وارد گردد. بیمار می بایست بصورت مداوم بررسی گردد و در صورت نیاز، مجدد نیدل دکامپرشن انجام شود.

- در بالغین آنژیوکت نارنجی یا طوسی و در اطفال با توجه به جثه کودک انتخاب گردد.

علایم تامپوناد قلبی: کاهش فشار خون، کاهش فشار نبض، اتساع ورید های گردن، کاهش صدا های قلبی، سمع نرمال ریه، شواهد تروما در قفسه سینه، تاکی کاردی

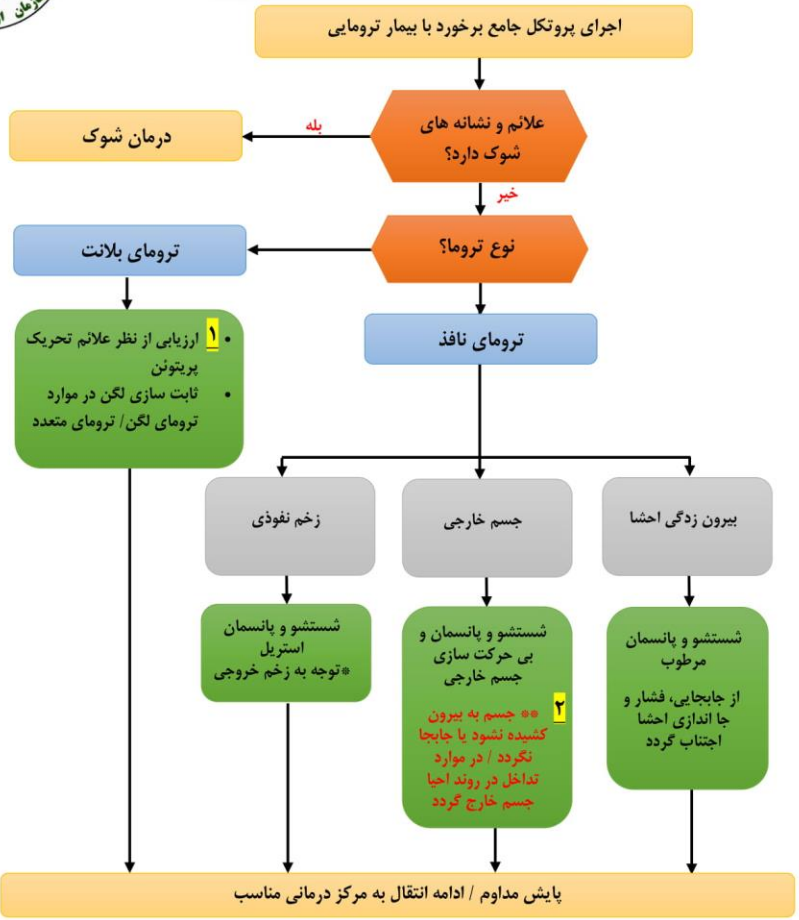
- زخم مکنده قفسه سینه زمانی رخ می دهد که فضای داخل جنب (پلور) به خارج باز شود.
- پانسمان ۳ طرفه زخم مکنده با ایجاد دریچه یک طرفه در زمان دم مانع ورود هوا گردیده و در زمان بازدم اجازه خروج هوای جمع شده در پلور را می دهد و ریه به راحتی منبسط می شود و به تنفس بیمار کمک می کند .با توجه به مکش شدید در محل زخم، می بایست پانسمان به اندازه ای بزرگ باشد که داخل زخم کشیده نشود. برای پانسمان می توان از بخش داخلی کاورهای استریل تجهیزات پزشکی مانند کاور پانسمان، کاور گاز استریل، دستکش استریل یا پد دفیبریلاتور استفاده نمود.
- قفسه سینه شناور زمانی ایجاد میشود که بیش از دو دنده در بیش از دو نقطه شکستگی داشته باشد ،که این امر موجب ایجاد یک بخش ضعیف در دیواره قفسه سینه و حرکت پارادوکس، منجر به اختلال تهویه هوا می گردد.
- در این شرایط از هرگونه تلاش برای ثابت کردن قطعه شناور خودداری گردد.
- در صورت وجود هر گونه شیء نفوذی در قفسه سینه، از خارج کردن آن خودداری نموده(مگر در شرایطی که با احیا تداخل دارد) و شیء نفوذی باید با هر وسیله ای که امکان دارد بی حرکت و ثابت شود و در صورت بلند بودن جسم با همکاری سازمان های پشتیبان جسم را برش دهید.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
تروما به شکم

ویرایش

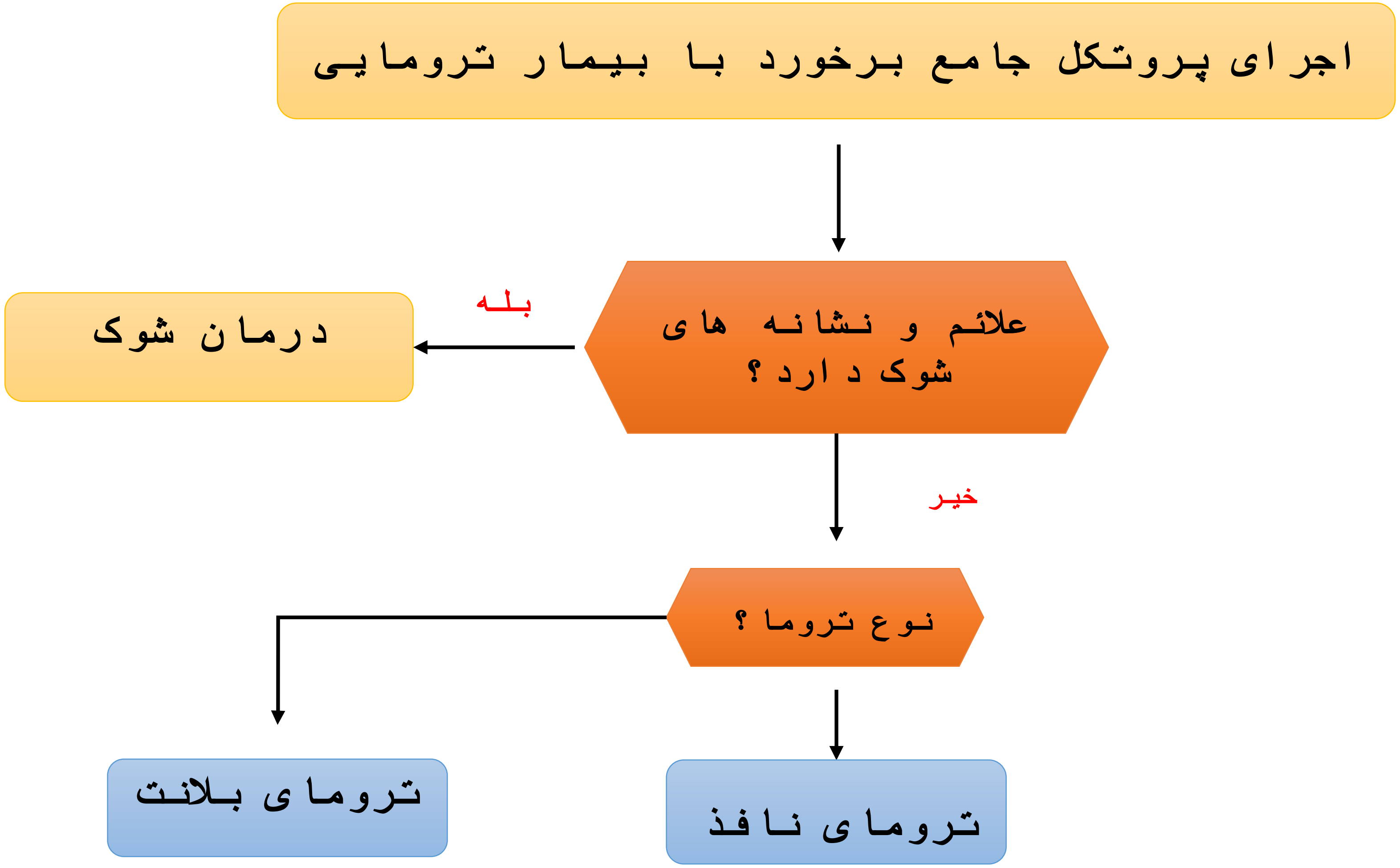
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل ترومای شکم



- ۱ ✓ علائم تحریک پریتونن شامل: تندرنس شکم، دیستانسیون شکم، گاردینگ (سفتی شکم)
- ۲ ✓ در صورتی که جسم خارجی بیش از حد بزرگ باشد، برش جسم بدون آسیب به بافتها و احشا (توسط تیم های نجات)
- ✓ در تروماهای قسمت فوقانی شکم(LUQ و RUQ) آسیب های قفسه سینه و دیافراگم مد نظر قرار گیرد.

پروتکل ترومای شکم



١
- ارزیابی از نظر علائم تحریک پریتوئن
- ثابت سازی لگن در موارد ترومای لگن/ترومای متعدد

بیرون زدگی احشا

شستشو و پانسمان مرطوب

از جابجایی، فشار و جا اندازی احشا اجتناب گردد

جسم خارجی

٢ شستشو و پانسمان و بی حرکت سازی جسم خارجی

** جسم به بیرون کشیده نشود یا جابجا نگردد / در موارد تداخل در روند احیا جسم خارج گردد

زخم نفوذی

شستشو و پانسمان استریل

*توجه به زخم خروجی

پایش مداوم / ادامه انتقال به مرکز درمانی مناسب

- علائم تحریک پریتوئن شامل: تندرنس شکم ، دیستانسیون شکم ، گاردینگ (سفتی شکم)
- در صورتی که جسم خارجی بیش از حد بزرگ باشد ، برش جسم بدون آسیب به بافتها و احشا (توسط تیم های نجات)
- در تروما های قسمت فوقانی شکم (LUQ و RUQ) آسیب های قفسه سینه و دیافراگم مد نظر قرار گیرد .

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
عضو قطع شده

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

پروتکل عضو قطع شده

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

قطع عضو

در صورت اندیکاسیون درخواست اورژانس هوایی

عضو قطع شده:

- تمیز کردن با نرمال سالین با احتیاط (با فشار شستشو نشود)
- قراردادن در گاز استریل
- قراردادن در کیسه پلاستیکی
- قراردادن در مجاورت ظرف مخلوط آب و یخ یا Ice pack

خونریزی خارجی؟

بله

کنترل خونریزی با فشار مستقیم و در صورت نیاز بستن تورنیکه و کنترل خونریزی خارجی

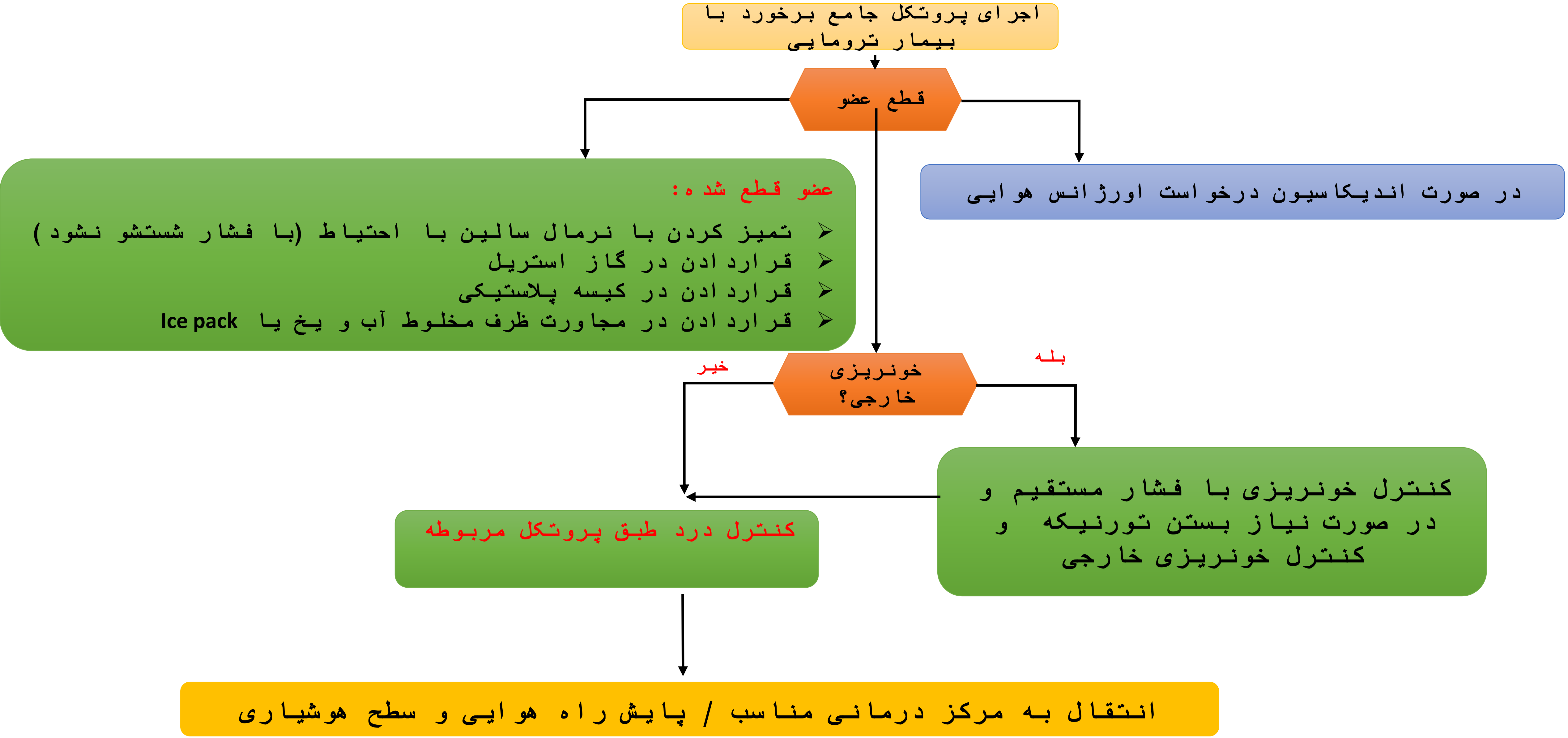
خیر

کنترل درد طبق پروتکل مربوطه

انتقال به مرکز درمانی مناسب / پایش راه هوایی و سطح هوشیاری

- شستشوی عضو قطع شده با احتیاط و فقط برای پاک کردن آلودگی های قابل مشاهده بدون آسیب به نسج نرم صورت گیرد.
- در صورتیکه در حوادث پر تلفات چندین عضو قطع شده وجود دارد، دقت شود که هر عضو با بیمار مربوطه منتقل گردد.
- غوطه ور سازی عضو ممنوع است .

پروتکل عضو قطع شده



شستشوی عضو قطع شده با احتیاط و فقط برای پاک کردن آلودگی های قابل مشاهده بدون آسیب به نسج نرم صورت گیرد.

در صورتیکه در حوادث پر تلفات چندین عضو قطع شده وجود دارد، دقت شود که هر عضو با بیمار مربوطه منتقل گردد.

غوطه ور سازی عضو ممنوع است.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار سوخته

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل سوختگی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

↓

متوقف کردن روند سوختگی

↓

شواهد سوختگی راه هوایی / سوختگی دورتا دور گردن:
در نظر داشتن انتوباسیون زودرس / انتقال به اولین مرکز

حرارتی

- ۱ تخمین درصد سوختگی
- اجتناب از هیپوترمی
- پانسمان خشک و استریل با شیلد سوختگی
- در صورت سوختگی بیش از ۱۰٪ تجویز یک لیتر نرمال سالین برای بالغین همراه با سمع ریه و 250cc برای کودکان در عرض یک ساعت
- ۵ مدیریت درد (دارویی و غیر دارویی)

شیمیایی

- ۲ خارج کردن لباس های آلوده و شستشو با نرمال سالین به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه
- ۳ در صورت آسیب چشمی، شستشوی با نرمال سالین یا آب شرب حداقل به مدت ۲۰ دقیقه
- ٤ هنگام سوختگی و چسبیدن ماده بر روی پوست، از کندن آن خودداری گردد.
- مدیریت درد (دارویی و غیر دارویی)(مراجعه به پروتکل مربوطه)

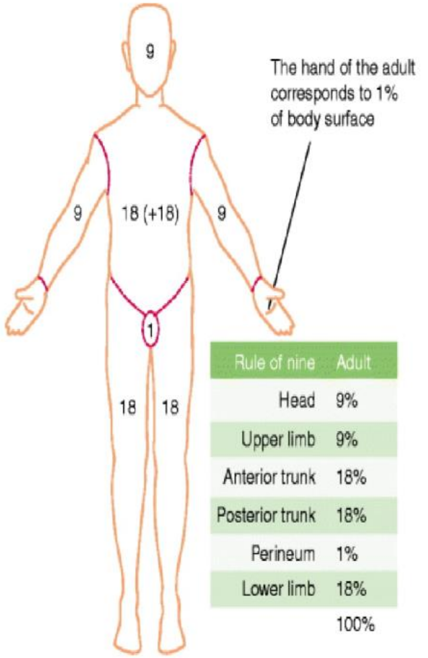
درصد سوختگی:
درجه سه ≥۱۰٪
درجه دو ≥۲۵٪
در دو طیف سنی:
درجه سه ≥ ۵٪
درجه دو ≥۲۰٪
بله → پایش مداوم / انتقال به سانتر سوختگی
خیر ↓

محل سوختگی:
دور گردن
دور اندام ها
صورت
ناحیه ژنیتال
دورتا دور قفسه سینه
مفاصل بزرگ
بله → پایش مداوم / انتقال به سانتر سوختگی
خیر ↓

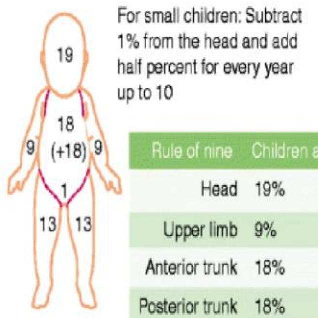
شرایط بیمار:
بیماری زمینه ای جدی
شک به سوختگی راه هوایی
سوختگی الکتریکی
همراه با تروما
بله → پایش مداوم / انتقال به سانتر سوختگی
خیر ↓

درجه سه ≥۲٪
درجه دو ≥۱۵٪
شواهد سوختگی ماژور
بله → انتقال به بیمارستان
خیر → پانسمان و توصیه مراجعه به مرکز درمانی

- ۱ ✓ تخمین درصد سوختگی با استفاده از قانون ۹ ها یا کف دست(۱٪) بر اساس سوختگی درجه ۲ و بالاتر صورت می گیرد.
- ۲ ✓ در صورت جامد بودن ماده شیمیایی، قبل از شستشو باید پاکسازی محل صورت پذیرد.
- ✓ شستشوی چشم باید از گوشه داخلی چشم به سمت خارج صورت گیرد.
- ۳ ✓ جهت برداشتن تکه های قیر چسبیده به پوست بیمار از کره استفاده شود (به هیچ عنوان تکه های قیر با دست یا سایر وسایل کنده نشود)
- ٤ ✓ کنترل دارویی درد : کتورولاک 30mg عضلانی یا آپوتل 1gr انفوزیون در 100cc نرمال سالین(بالغین) در مدت زمان ۱۵ دقیقه/ سولفات مورفین صرفا با نظر پزشک مشاور(مراجعه به پروتکل مربوطه)
- ۵ ✓ کنترل غیر دارویی درد: بی حرکت سازی ، پانسمان و خنک کردن
- ✓ از پاره کردن تاول ها خودداری گردد.
- ✓ از استفاده از پماد های سوختگی و بتادین در محل سوختگی اجتناب گردد.
- ✓ در صورت بروز علائم شوک مجددا به قسمت شوک پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی مراجعه شود.
- ✓ در صورت وجود شواهد سوختگی استنشاقی(سوختگی موهای بینی، خلط دودی، خشونت صدا ، سوختگی دهان، بینی و اطراف آنها، قرار گرفتن در معرض دود یا حرارت در محیط بسته) و سوختگی دور تا دور گردن، لوله گذاری سریع را در نظر داشته باشید.



Rule of nine	Adult
Head	9%
Upper limb	9%
Anterior trunk	18%
Posterior trunk	18%
Perineum	1%
Lower limb	18%
	100%



Rule of nine	Children age 1 to 10
Head	19%
Upper limb	9%
Anterior trunk	18%
Posterior trunk	18%
Perineum	1%
Lower limb	13% Plus half of age (years)
	100%

پروتکل سوختگی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی

متوقف کردن روند سوختگی

شواهد سوختگی راه هوایی / سوختگی دورتا دور گردن:
در نظر داشتن انتوباسیون زودرس / انتقال به اولین مرکز درمانی

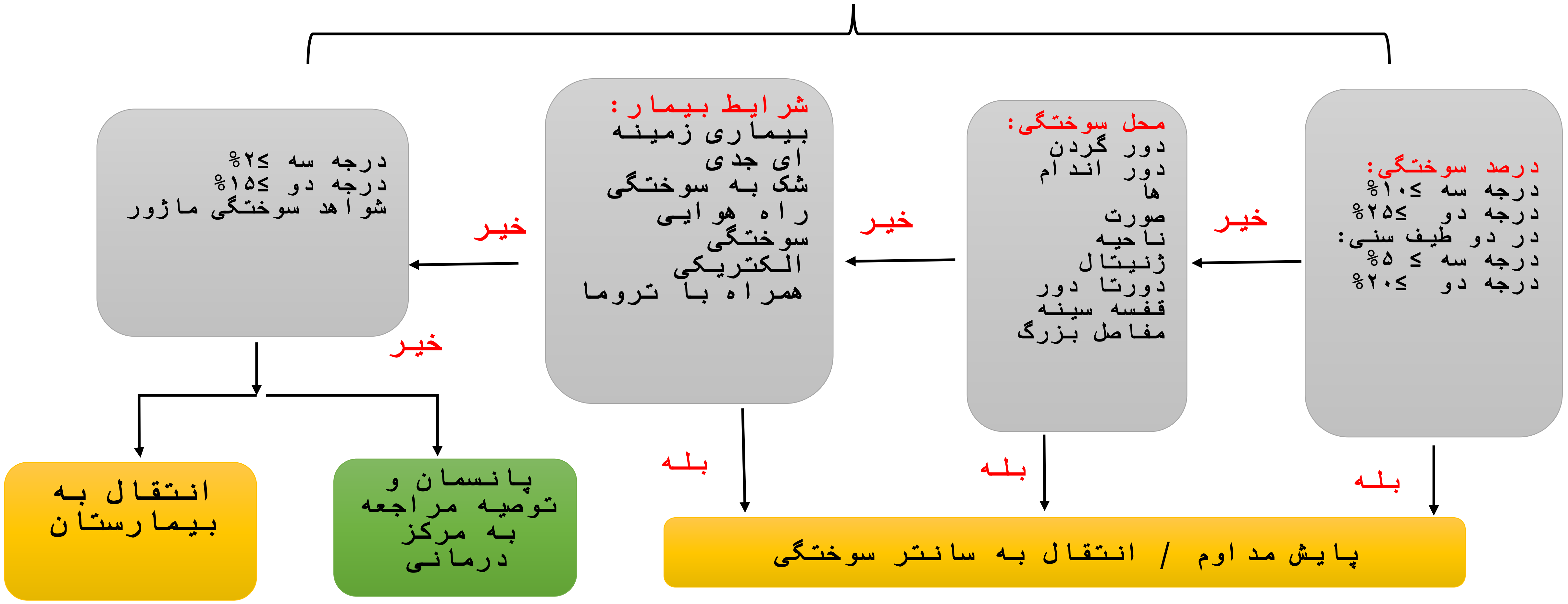
حرارتی

تخمین درصد سوختگی

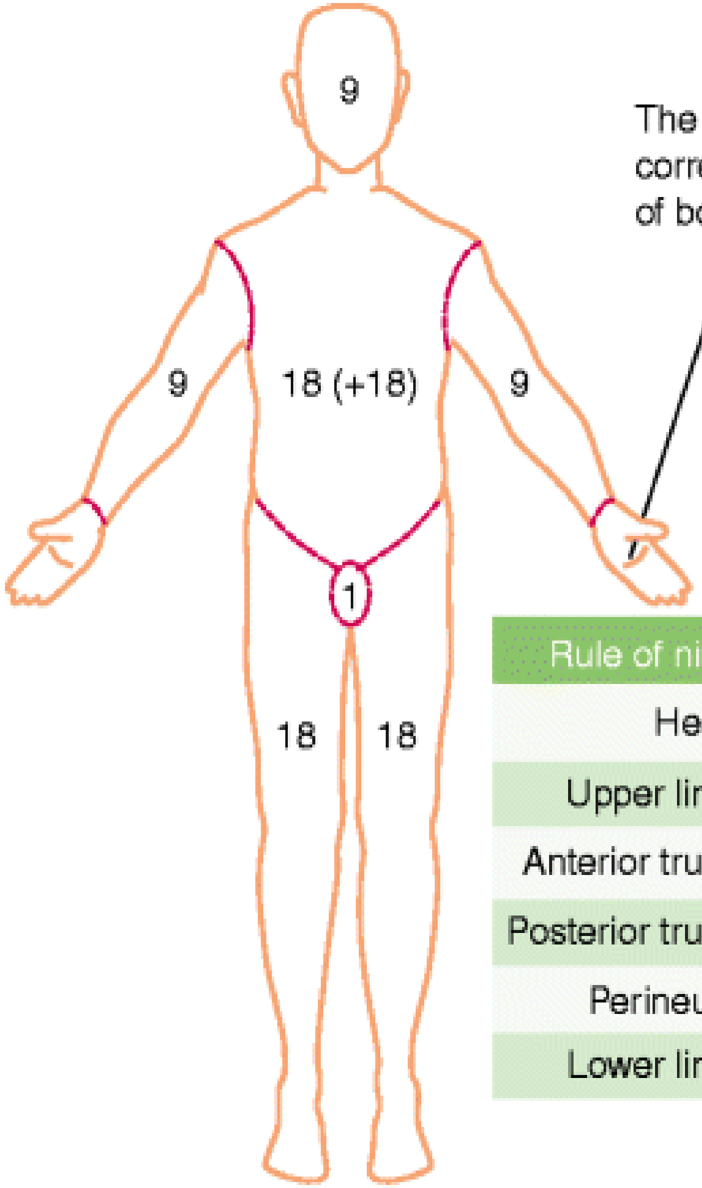
- ۱ اجتناب از هیپوترمی
- پانسمان خشک و استریل با شیلد سوختگی
- در صورت سوختگی بیش از ۱۰% تجویز یک لیتر نرمال سالین برای بالغین همراه با سمع ریه و 250cc برای کودکان در عرض یک ساعت
- ۵ مدیریت درد (دارویی و غیر دارویی)

شیمیایی

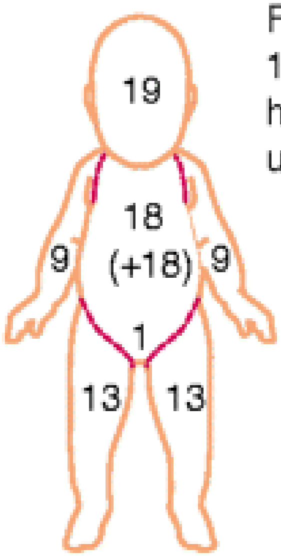
- ۲ خارج کردن لباس های آلوده و شستشو با نرمال سالین به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه
- ۳ در صورت آسیب چشمی، شستشوی با نرمال سالین یا آب شرب حداقل به مدت ۲۰ دقیقه
- ۴ هنگام سوختگی و چسبیدن ماده بر روی پوست، از کندن آن خودداری گردد.
- مدیریت درد (دارویی و غیر دارویی)(مراجعه به پروتکل مربوطه)


درصد سوختگی:
درجه سه ≥۱۰%
درجه دو ≥۲۵%
در دو طیف سنی:
درجه سه ≥ ۵%
درجه دو ≥۲۰%
محل سوختگی:
دور گردن
دور اندام ها
صورت
ناحیه ژنیتال
دورتا دور قفسه سینه
مفاصل بزرگ
شرایط بیمار:
بیماری زمینه ای جدی
شک به سوختگی راه هوایی
سوختگی الکتریکی
همراه با تروما
درجه سه ≥۲%
درجه دو ≥۱۵%
شواهد سوختگی ماژور
خیر
خیر
خیر
خیر
بله
بله
بله
پایش مداوم / انتقال به سانتر سوختگی
انتقال به بیمارستان
پانسمان و توصیه مراجعه به مرکز درمانی

- ✓ تخمین درصد سوختگی با استفاده از قانون ۹ ها یا کف دست(۱%) بر اساس سوختگی درجه ۲ و بالاتر صورت می گیرد.
- ✓ در صورت جامد بودن ماده شیمیایی، قبل از شستشو باید پاکسازی محل صورت پذیرد.
- ✓ شستشوی چشم باید از گوشه داخلی چشم به سمت خارج صورت گیرد.
- ✓ جهت برداشتن تکه های قیر چسبیده به پوست بیمار از کره استفاده شود (به هیچ عنوان تکه های قیر با دست یا سایر وسایل کنده نشود)
- ✓ <u>کنترل دارویی درد :</u> کتورولاک 30mg عضلانی یا آپوتل 1gr انفوزیون در 100cc نرمال سالین(بالغین) در مدت زمان ۱۵ دقیقه/ سولفات مورفین صرفا با نظر پزشک مشاور(مراجعه به پروتکل مربوطه)
- ✓ <u>کنترل غیر دارویی درد:</u> بی حرکت سازی ، پانسمان و خنک کردن
- ✓ از پاره کردن تاول ها خودداری گردد.
- ✓ از استفاده از پماد های سوختگی و بتادین در محل سوختگی اجتناب گردد.
- ✓ در صورت بروز علائم شوک مجددا به قسمت شوک پروتکل جامع برخورد با بیمار ترومایی مراجعه شود.
- ✓ در صورت وجود شواهد سوختگی استنشاقی(سوختگی موهای بینی، خلط دودی، خشونت صدا ، سوختگی دهان، بینی و اطراف آنها ، قرار گرفتن در معرض دود یا حرارت در محیط بسته) و سوختگی دور تا دور گردن، لوله گذاری سریع را در نظر داشته باشید.



Rule of nine	Adult
Head	9%
Upper limb	9%
Anterior trunk	18%
Posterior trunk	18%
Perineum	1%
Lower limb	18%
	100%

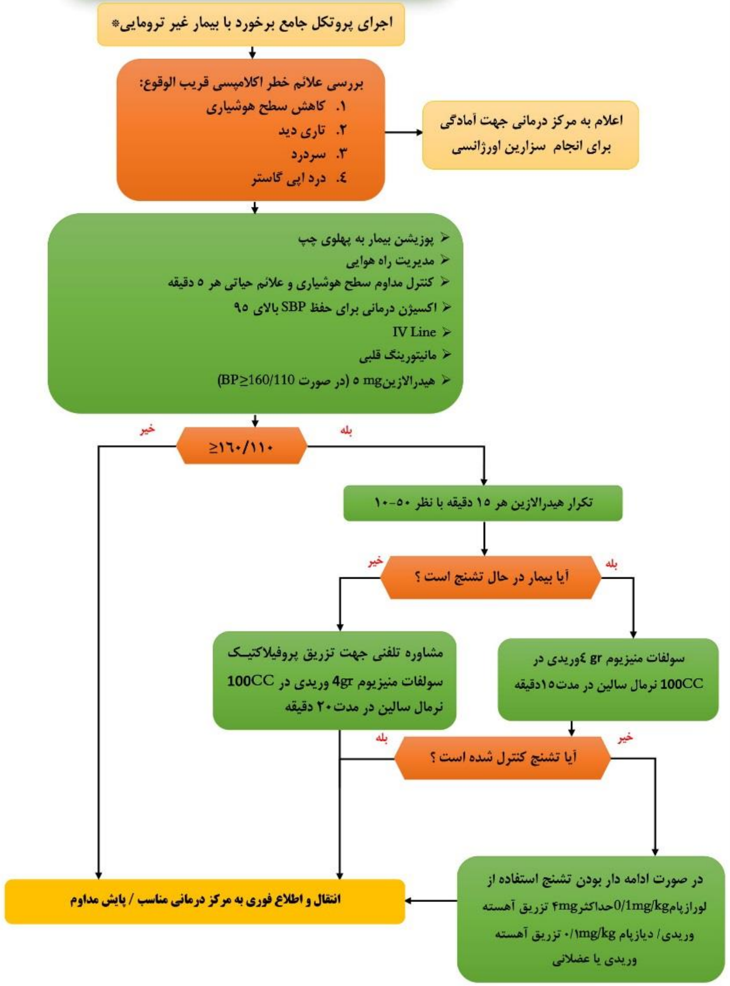


Rule of nine	Children age 1 to 10
Head	19%
Upper limb	9%
Anterior trunk	18%
Posterior trunk	18%
Perineum	1%
Lower limb	13% Plus half of age (years)
	100%

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
پره اکلامسی و اکلامپسی

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی



- ✓ پره اکلامپسی: با فشار خون بیشتر یا مساوی ۱٤۰/۹۰ به همراه پروتئینوری 300mg/24h مشخص می شود در صورت افزایش فشار خون بیش از ۱٦۰/۱۱۰ پره اکلامپسی شدید محسوب می شود و خطر اکلامپسی افزایش پیدا می کند. پره اکلامپسی اغلب پس از هفتهٔ ۲۸ شروع می‌شود، اما ممکن است زودتر یا حتی تا ٤ هفته پس از زایمان نیز به وجود آید.
- ✓ اکلامپسی : بروز تشنج در زمینه پره اکلامپسی
- ✓ اکلامپسی اندیکاسیون ختم حاملگی است، لذا اطلاع به بیمارستان در خصوص اعزام بیمار اکلامپسی ضروری است.

*در شرح حال اطلاعات مربوط به بارداری شامل تعداد بارداری، تعداد زایمان زنده، سن جنین و سابقه بیماری های قبلی شامل بارداری پر خطر و فشار خون بالا ، دیابت و تشنج ذکر شود.

- ✓ در محاسبه دوز سولفات منیزیوم به درصد فراورده دارویی حداکثر توجه را داشته باشید، برای مثال : هر 2 سی سی از محلول ٥۰٪ حاوی۱ گرم منیزیوم است.

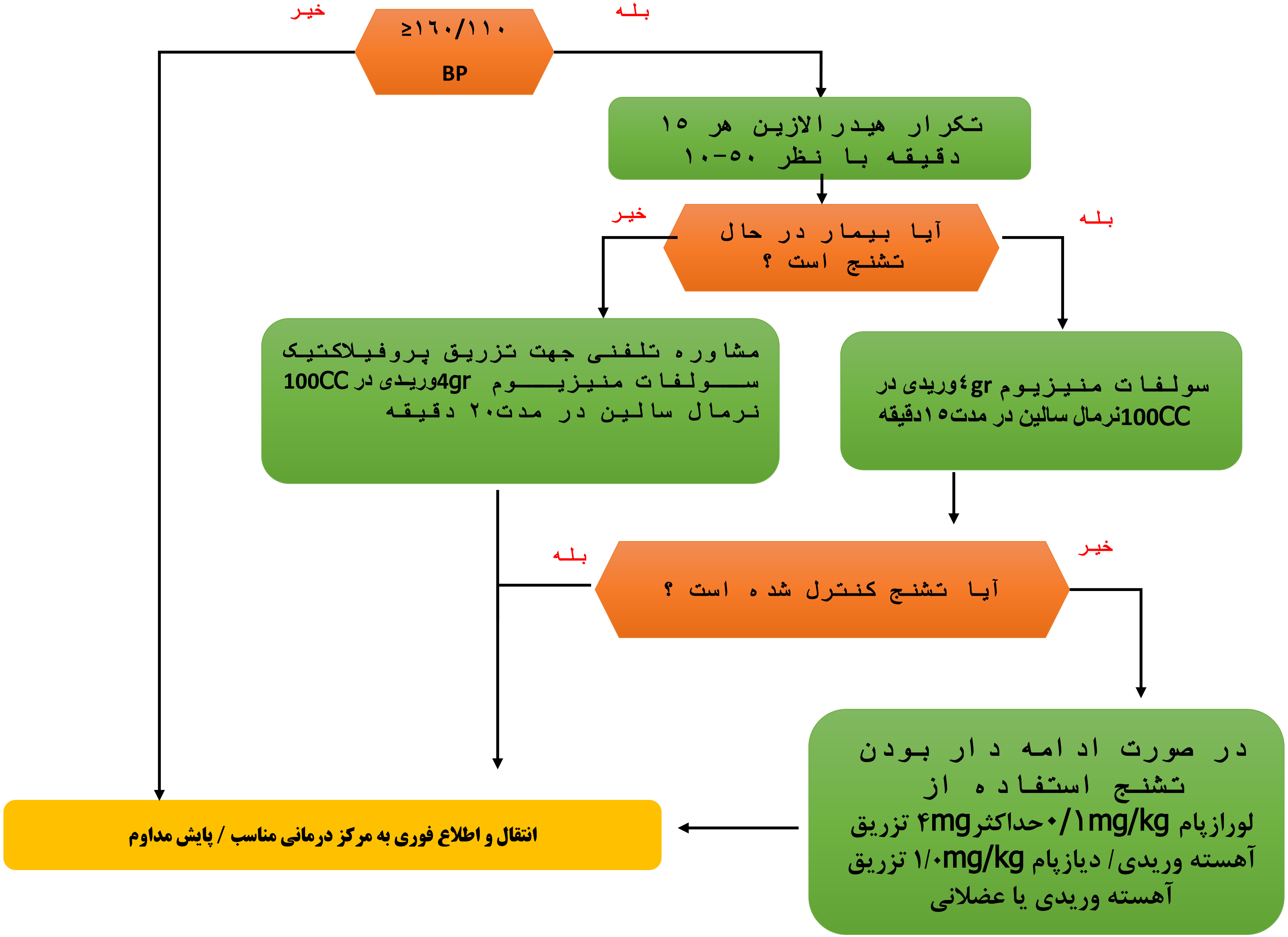
پروتکل پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

بررسی علائم خطر اکلامپسی قریب الوقوع:
1. کاهش سطح هوشیاری
2. تاری دید
3. سردرد
4. درد اپی گاستر

اعلام به مرکز درمانی جهت آمادگی برای انجام سزارین اورژانسی

- پوزیشن بیمار به پهلوی چپ
- مدیریت راه هوایی
- کنترل مداوم سطح هوشیاری و علائم حیاتی هر ۵ دقیقه
- اکسیژن درمانی برای حفظ SBP بالای ۹۵
- IV Line
- مانیتورینگ قلبی
- هیدرالازین ۵mg (در صورت BP ≥۱۶۰/۱۱۰)


خیر
≥۱۶۰/۱۱۰
BP
بله
تکرار هیدرالازین هر ۱۵ دقیقه با نظر ۵۰-۱۰
خیر
آیا بیمار در حال تشنج است ؟
بله
مشاوره تلفنی جهت تزریق پروفیلاکتیک سولفات منیزیوم 4grوریدی در 100CC نرمال سالین در مدت ۲۰ دقیقه
سولفات منیزیوم ۴grوریدی در 100CCنرمال سالین در مدت ۱۵دقیقه
بله
آیا تشنج کنترل شده است ؟
خیر
در صورت ادامه دار بودن تشنج استفاده از لورازپام ۰/۱mg/kg حداکثر۴mg تزریق آهسته وریدی / دیازپام ۱/۰mg/kg تزریق آهسته وریدی یا عضلانی
انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

- ✓ پره اکلامپسی: با فشار خون بیشتر یا مساوی ۹۰/۱۴۰ به همراه پروتئینوری 300mg/24hمشخص می شود در صورت افزایش فشار خون بیش از ۱۱۰/۱۶۰ پره اکلامپسی شدید محسوب می شود و خطر اکلامپسی افزایش پیدا می کند. پره اکلامپسی اغلب پس از هفتهٔ ۲۸ شروع می‌شود، اما ممکن است زودتر یا حتی تا ۴ هفته پس از زایمان نیز به وجود آید.
- ✓ اکلامپسی : بروز تشنج در زمینه پره اکلامپسی
- ✓ اکلامپسی اندیکاسیون ختم حاملگی است، لذا اطلاع به بیمارستان در خصوص اعزام بیمار اکلامپسی ضروری است.

*در شرح حال اطلاعات مربوط به بارداری شامل تعداد بارداری، تعداد زایمان زنده، سن جنین و سابقه بیماری های قبلی شامل بارداری پر خطر و فشار خون بالا ، دیابت و تشنج ذکر شود.

- ✓ در محاسبه دوز سولفات منیزیوم به درصد فراورده دارویی حداکثر توجه را داشته باشید، برای مثال : هر 2 سی سی از محلول ۵۰% حاوی۱ گرم منیزیوم است.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
خونریزی واژینال

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

پروتکل خونریزی واژینال

پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

آیا علائم شوک وجود دارد ؟

بله

- ✓ قرار دادن پدهای جذبی در زیر بیمار
- ✓ نرمال سالین وریدی ۱ تا ۲ لیتر
- ✓ در خونریزی بعد از زایمان ، در نظر گرفتن ماساژ قله رحم(فوندوس)
- ✓ مانیتورینگ قلبی
- ✓ اجرای پروتکل شوک
- ✓ در صورتی که خونریزی پس از زایمان اتفاق افتاده باشد :

تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل 500cc نرمال سالین در مدت 10دقیقه

خیر

اجرای پروتکل جامع انتقال بیماران غیر ترومایی

❖ بدون مشورت متخصص، بعد از انجام زایمان واژن را دستکاری نکنید.

پروتکل خونریزی واژینال

پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

آیا علائم شوک وجود دارد ؟

خیر

بله

- ✓ قرار دادن پد های جذبی در زیر بیمار
- ✓ نرمال سالین وریدی ۱ تا ۲ لیتر
- ✓ در خونریزی بعد از زایمان ، در نظر گرفتن ماساژ قله رحم (فوندوس)
- ✓ مانیتورینگ قلبی
- ✓ اجرای پروتکل شوک
- ✓ در صورتی که خونریزی پس از زایمان اتفاق افتاده باشد : تزریق ۲۰ واحد اکسی توسین داخل 500cc نرمال سالین در مدت 10 دقیقه

اجرای پروتکل جامع انتقال بیماران غیر ترومایی

❖ بدون مشورت متخصص، بعد از انجام زایمان واژن را دستکاری نکنید .

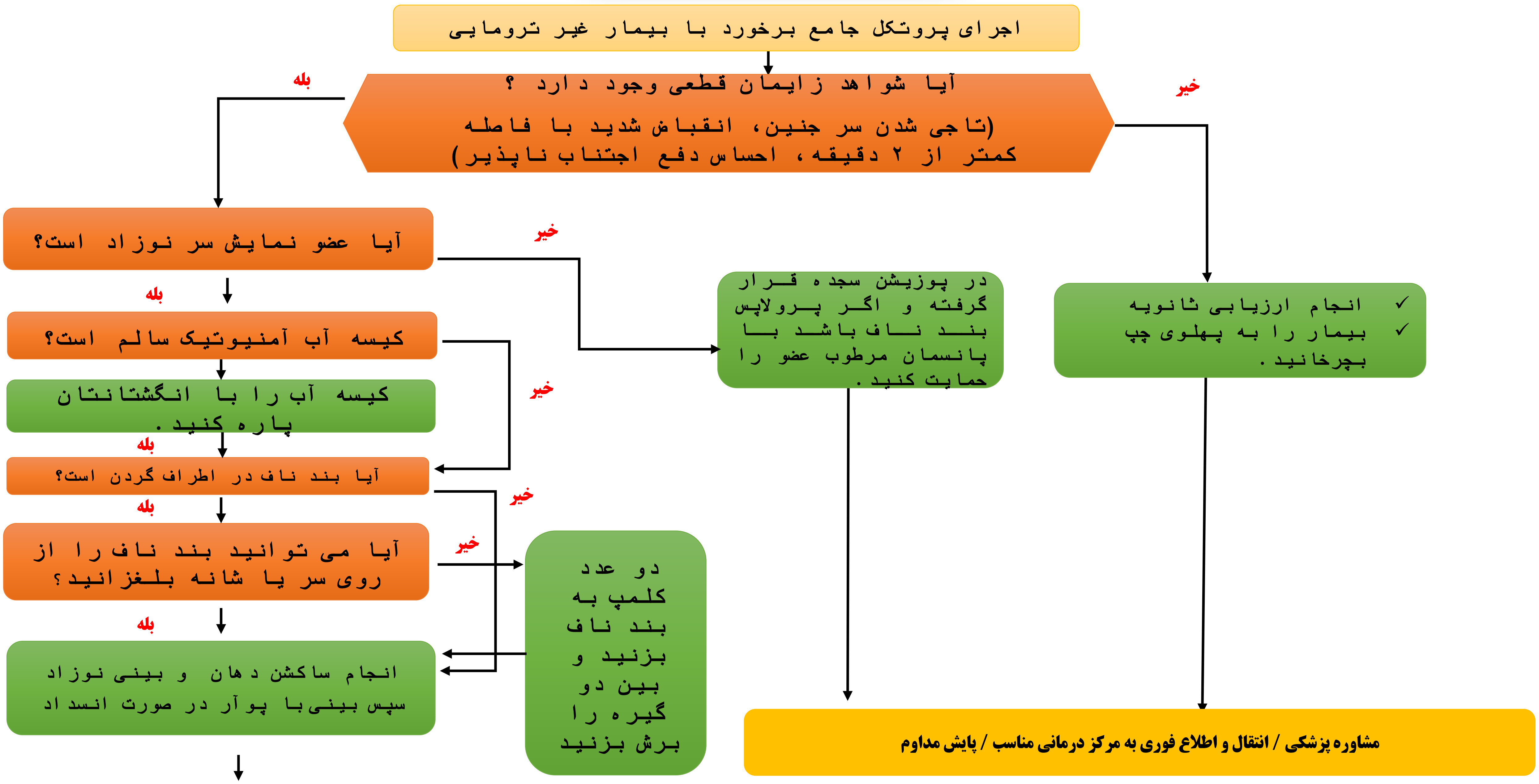
پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
در هنگام زایمان اورژانسی

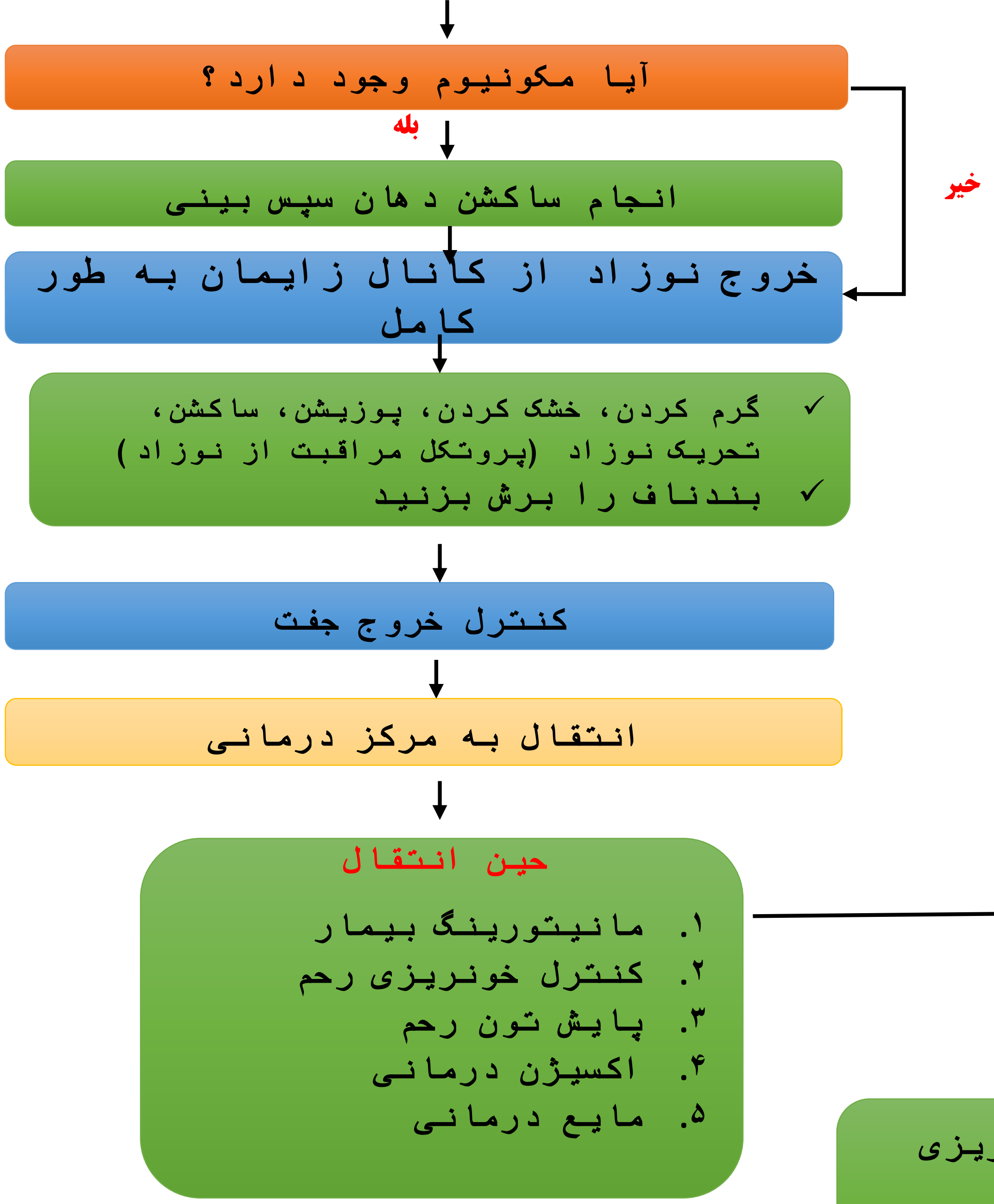
ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل زایمان اورژانسی

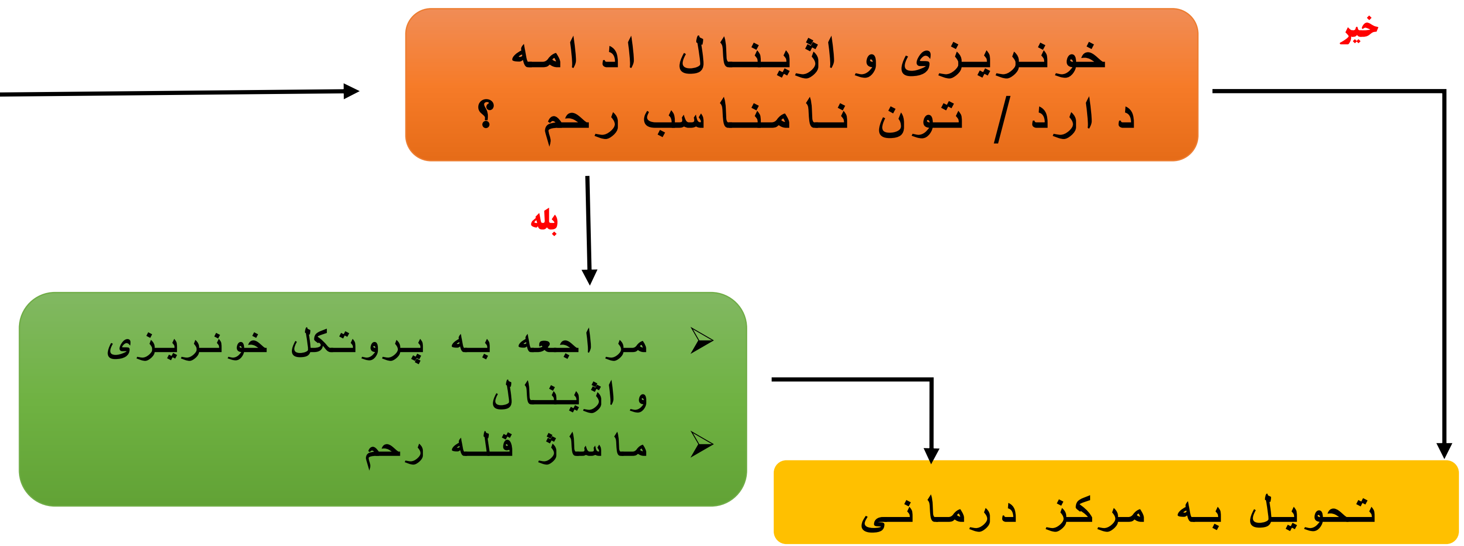
✓ در شرح حال، اطلاعات مربوط به بارداری شامل تعداد بارداری، تعداد زایمان زنده، سن جنین و سابقه بیماری های قبلی شامل بارداری پر خطر و فشار خون بالا ، دیابت و تشنج ذکر شود

پروتکل زایمان اورژانسی





در شرح حال، اطلاعات مربوط به بارداری شامل تعداد بارداری، تعداد زایمان زنده، سن جنین و سابقه بیماری های قبلی شامل بارداری پر خطر و فشار خون بالا ، دیابت و تشنج ذکر شود



پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار غرق شده

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

پروتکل غرق شدگی

- ایمنی صحنه
- اطلاع رسانی به سازمان های پشتیبان برای خارج سازی

ایست قلبی-تنفسی رخ داده است ؟

بله: اجرای پروتکل ایست قلبی-تنفسی احیای طولانی مدت

خیر

انتقال فوری

حین انتقال:

- احیای تنفسی
- اکسیژن درمانی
- جلوگیری از هیپوترمی
- توجه به بی حرکت سازی ستون فقرات
- عدم تلاش برای خارج سازی آب شکمی
- بررسی مشکلات زمینه ای

انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

- توجه ویژه به :
- سکته قلبی (MI)
- تشنج
- سنکوپ
- مسمومیت ها (الکل)
- تروما

پروتکل غرق شدگی

ایمنی صحنه
اطلاع رسانی به سازمان های پشتیبان برای خارج سازی

ایست قلبی-تنفسی رخ داده است ؟

بله: اجرای پروتکل ایست قلبی-تنفسی
احیای طولانی مدت

خیر:

انتقال فوری

حین انتقال:
- احیای تنفسی
- اکسیژن درمانی
- جلوگیری از هیپوترمی
- توجه به بی حرکت سازی ستون فقرات
- عدم تلاش برای خارج سازی آب شکمی
- بررسی مشکلات زمینه ای

توجه ویژه به :
- سکته قلبی (MI)
- تشنج
- سنکوپ
- مسمومیت ها (الکل)
- تروما

انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار مارگزیده

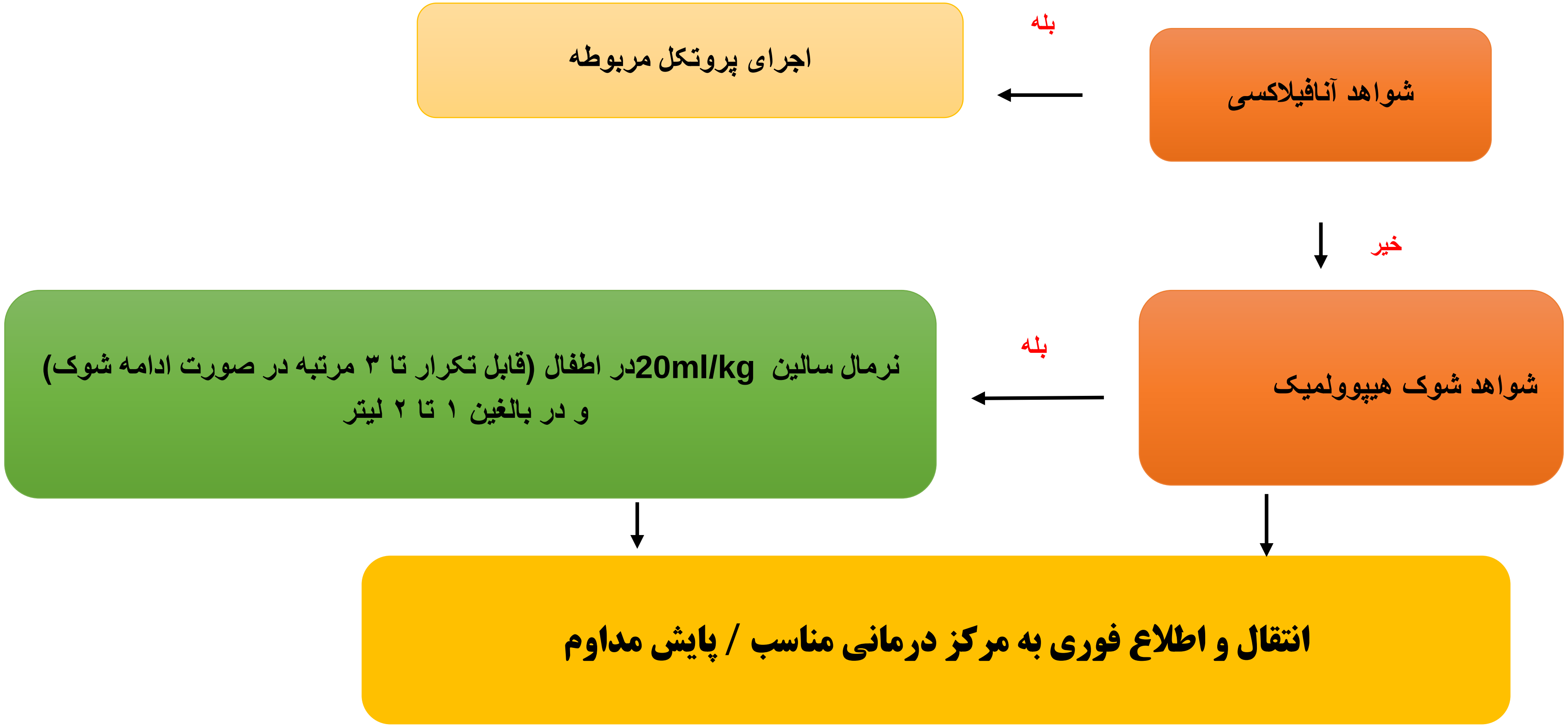
پروتکل مارگزیدگی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

- اطمینان از عدم وجود مار (گزش مجدد)
- بررسی وجود تروماهای همراه
- اکسیژن درمانی برای حفظ Spo2≥95%
- برقراری راه وریدی بزرگ از عضو سالم
- بی حرکت سازی عضو گزیده شده توسط آتل زیرسطح قلب
- شستشوی محل گزش
- خارج کردن زیور آلات
- بی حرکت سازی کامل بیمار
- کنترل اضطراب بیمار با درمان های غیر دارویی و دارویی(لورازپام/ میدازولام ۲ میلی گرم آهسته وریدی)
- بستن باند الاستیک بالاتر از محل گزیدگی و بررسی وجود PMS(Puls,Motor,Sensivity)

در طی مسیر

- پانسمان استریل و خشک
- مانیتورینگ قلبی بیمار
- کنترل علائم حیاتی و وضعیت اندام آسیب دیده هر ۵ دقیقه
- تزریق نرمال سالین داخل وریدی به صورت KVO



شواهد آنافیلاکسی
بله
اجرای پروتکل مربوطه
خیر
شواهد شوک هیپوولمیک
بله
نرمال سالین 20ml/kg در اطفال (قابل تکرار تا ۳ مرتبه در صورت ادامه شوک)
و در بالغین ۱ تا ۲ لیتر
انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

- ✓ در موارد مار گزیدگی موارد زیر ممنوعیت دارد : بستن تورنیکه، ساکشن محل زخم، برش زخم، تجویز کورتون (به جز موارد آنافیلاکسی)، استفاده از یخ
- ✓ باند الاستیک تا زمان تزریق آنتی دوت/تحویل به مرکز درمانی باز نگردد. میزان فشار الاستیک باند به حدی باشد که یک انگشت از زیر آن رد شده و نبض دیستال قابل لمس باشد.
- ✓ در صورتی که پیش از رسیدن EMS تورنیکه برای بیمار بسته شده است، تورنیکه باز نشود .
- ✓ علامت زدن ناحیه ادم اولیه و پیشرفت آن با خودکار و ثبت زمان
- ✓ در صورتی که مار کشته شده در صحنه وجود دارد با احتیاط(سر مار کشته شده ممکن است نیش بزند) منتقل و از هرگونه تلاشی برای گرفتن مار زنده خودداری شود. دقت کنید برخی گونه های مار، سم را به سمت چشم پرتاب میکند و سم از طریق چشم جذب می شود. در صورت امکان شواهد سمی یا غیر سمی بودن مار و یا نوع گونه مار جمع آوری گردد.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار هایپرترم

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل هایپرترمی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

(انتقال به آمبولانس)

اجرای پروتکل کاهش سطح هوشیاری در صورت افت هوشیاری

طی مسیر

- کاهش لباس
- تنظم دمای کابین(۲۵درجه سلسیوس)
- مانیتورینگ و کاپنوگرافی
- ICEpack در کشاله ران و زیر بغل
- اکسیژن درمانی
- پوزیشن مناسب
- IVLine

هایپرترمی شدید ؟

بله: اسپری آب ۱۵ درجه به کل بدن و سردسازی با استفاده از فن

خیر / پس از آن: افت فشار خون؟

بله: نرمال سالین ۱-۲ لیتر
اطفال 20cc/kg تکرار تا ۳ مرتبه
تا رسیدن SBP≥90 با سمع ریه از نظر بروز یا تشدید رال

خیر: نرمال سالین KVO

اجرای پروتکل انتقال بیماران غیرترومایی

- ❖ هیپرترمی شدید: بالا بودن غیر عادی دمای بدن، به ویژه دمای مرکزی بدن بیش از ٤٠°C
  علائم : تعریق بیش از حد، افزایش دمای پوست، برافروختگی، تغییر وضعیت ذهنی، تغییر وضعیت هوشیاری، خشونت، توهم
- ❖ از تجویز بیش از حد مایع داخل وریدی به علت بروز اختلالات الکترولیتی خودداری شود.

پروتکل هایپرترمی

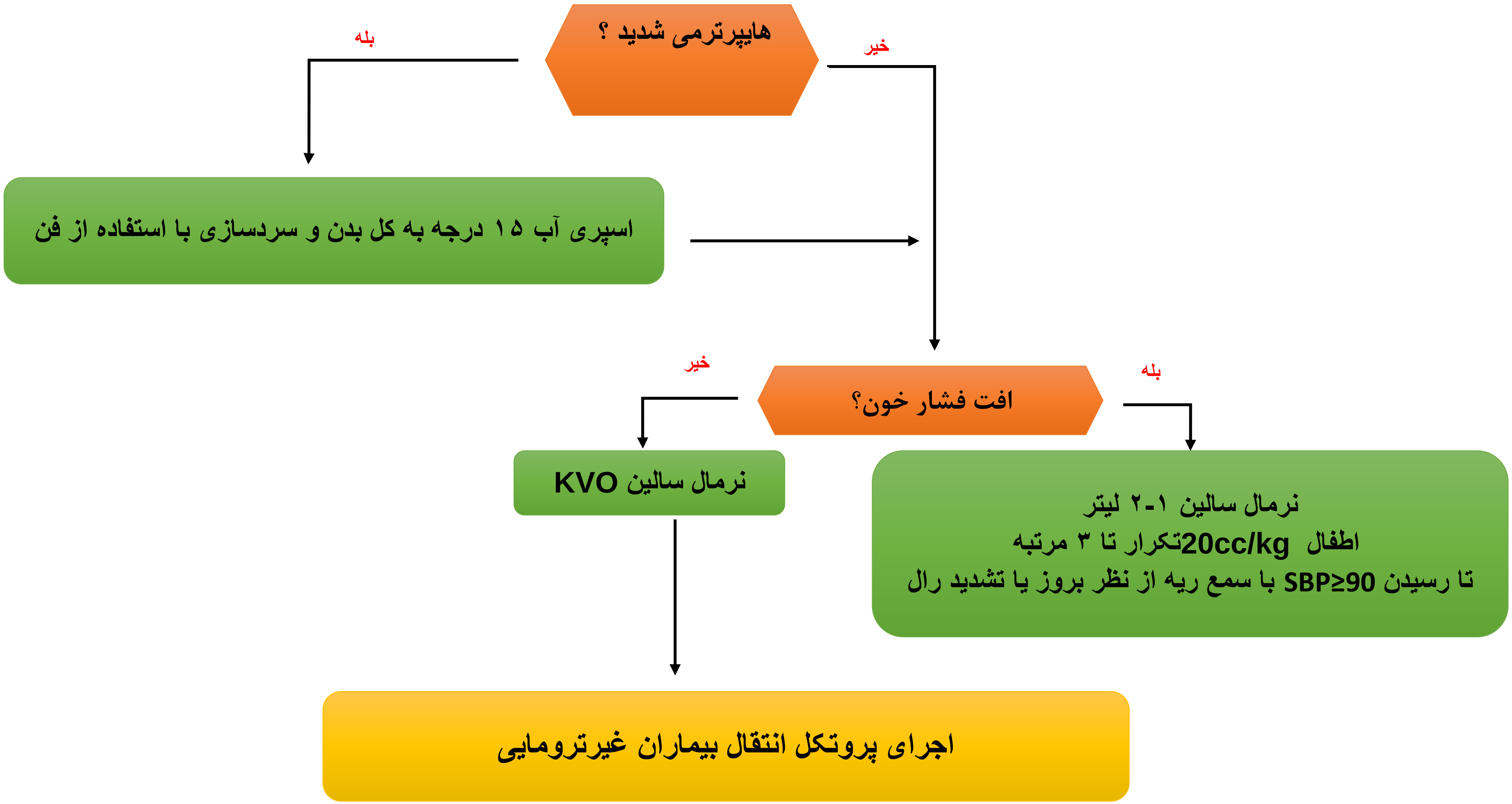
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

(انتقال به آمبولانس)

اجرای پروتکل کاهش سطح هوشیاری در صورت افت هوشیاری

طی مسیر

- کاهش لباس
- تنظم دمای کابین(۲۵درجه سلسیوس)
- مانیتورینگ و کاپنوگرافی
- ICE pack در کشاله ران و زیر بغل
- اکسیژن درمانی
- پوزیشن مناسب
- IV Line


هایپرترمی شدید ؟
بله
خیر
اسپری آب ۱۵ درجه به کل بدن و سردسازی با استفاده از فن
خیر
افت فشار خون؟
بله
نرمال سالین KVO
نرمال سالین ۱-۲ لیتر
اطفال 20cc/kgتکرار تا ۳ مرتبه
تا رسیدن SBP≥90 با سمع ریه از نظر بروز یا تشدید رال
اجرای پروتکل انتقال بیماران غیرترومایی

- هیپرترمی شدید: بالا بودن غیر عادی دمای بدن، به ویژه دمای مرکزی بدن بیش از ۴۰°C

علائم : تعریق بیش از حد، افزایش دمای پوست، برافروختگی، تغییر وضعیت ذهنی، تغییر وضعیت هوشیاری، خشونت، توهم

- از تجویز بیش از حد مایع داخل وریدی به علت بروز اختلالات الکترولیتی خودداری شود.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار مسوم شده با اپیوم

پروتکل مسمومیت با اپیوم

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

۱ شاخص رفع علائم شامل بهبود تنفس و افزایش Spo2 می باشد.

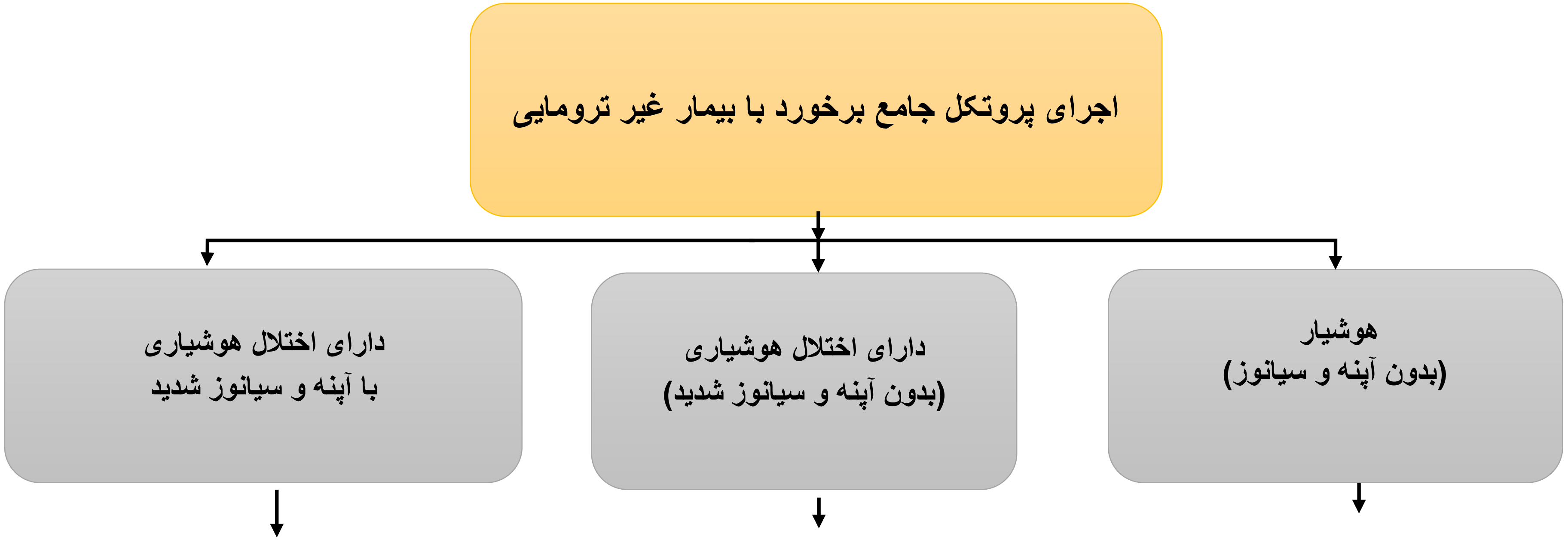
*در صورت نیاز به اکسیژن درمانی استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز ۹۵٪ استفاده از روش های با غلظت بالاتر

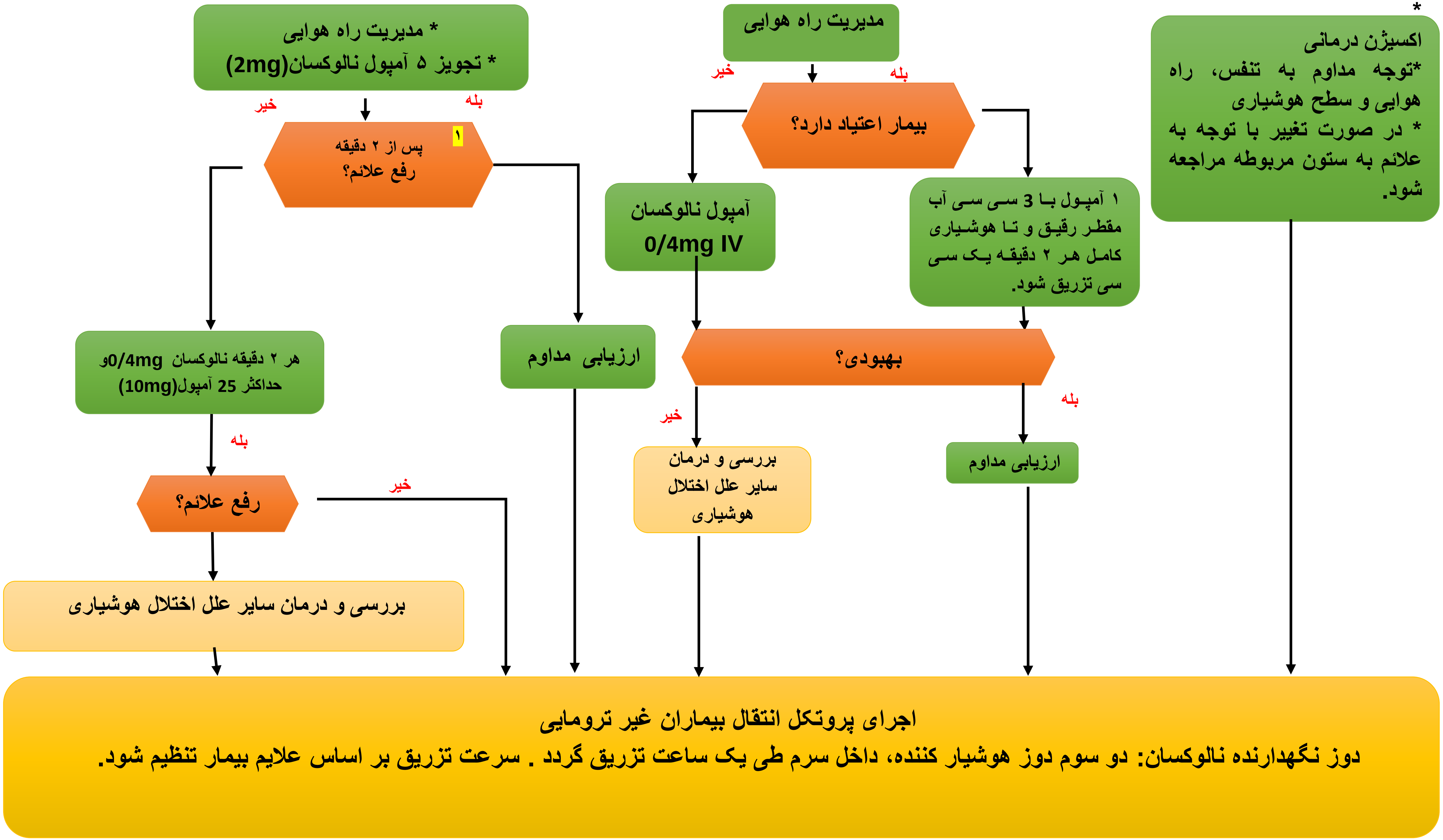
سایر علل میوز شامل:

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونینSSRIs –ارگانوفسفره - CO – ضدافسردگی های حلقه ای شامل TCA– ضایعات مغزی– خونریزی پونز و ...

- در بیماران مسمومیت از خوراندن شیر و ... و همچنین تحریک استفراغ خودداری گردد.
- روش های تزریق: ترجیحا IV و در صورت عدم دسترسی روش داخل بینی و داخل عضلانی و داخل تراشه(۲/۵ برابر دوز داخل وریدی) و زیر جلدی قابل انجام است .
- روش زیر زبانی توصیه نمی شود.

پروتکل مسمومیت با اپیوم




*
اکسیژن درمانی
*توجه مداوم به تنفس، راه هوایی و سطح هوشیاری
* در صورت تغییر با توجه به علائم به ستون مربوطه مراجعه شود.
مدیریت راه هوایی
بیمار اعتیاد دارد؟
بله
خیر
۱ آمپول با 3 سی سی آب مقطر رقیق و تا هوشیاری کامل هر ۲ دقیقه یک سی سی تزریق شود.
آمپول نالوکسان 0/4mg IV
بهبودی؟
بله
خیر
ارزیابی مداوم
بررسی و درمان سایر علل اختلال هوشیاری
* مدیریت راه هوایی
* تجویز ۵ آمپول نالوکسان(2mg)
بله
خیر
۱
پس از ۲ دقیقه رفع علائم؟
ارزیابی مداوم
هر ۲ دقیقه نالوکسان 0/4mgو حداکثر 25 آمپول(10mg)
بله
رفع علائم؟
خیر
بررسی و درمان سایر علل اختلال هوشیاری
اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی
دوز نگهدارنده نالوکسان: دو سوم دوز هوشیار کننده، داخل سرم طی یک ساعت تزریق گردد . سرعت تزریق بر اساس علایم بیمار تنظیم شود.

شاخص رفع علائم شامل بهبود تنفس و افزایش Spo2 می باشد.
*در صورت نیاز به اکسیژن درمانی استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز ۹۵% استفاده از روش های با غلظت بالاتر

سایر علل میوز شامل:

- مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین SSRIs–ارگانوفسفره CO– ضدافسردگی های حلقه ای شامل TCA– ضایعات مغزی– خونریزی پونز و ...

در بیماران مسمومیت از خوراندن شیر و ... و همچنین تحریک استفراغ خودداری گردد.

روش های تزریق: ترجیحا IV و در صورت عدم دسترسی روش داخل بینی و داخل عضلانی و داخل تراشه(۵/۲ برابر دوز داخل وریدی) و زیر جلدی قابل انجام است .

روش زیر زبانی توصیه نمی شود.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مسموم شده با ارگانوفسفره ها

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مسمومیت با ارگانوفسفره

(DUMBBELLS) ۱

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

**توجه: رعایت PPE با استفاده از دستکش، گان و پوشش کامل کارکنان عملیاتی و اگر سم مایع و در سطح پوست باشد، پاکسازی پوست و خارج سازی لباس بیمار

۲ هر یک از علائم BBB/ DUMBBELLS را دارد ؟

بله:

۳ آتروپین 1-3mgIV یا 6mgIM تکرار هر ۵ دقیقه تا کنترل علائم BBB

خیر / پس از آتروپین:

انتقال و اطلاع به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم جهت بروز مجدد علائم BBB

آمادگی برای احیا

---

۱ **DUMBELLS:**

Diarrhea: اسهال

Urination: پرادراری

Miosis: میوز

۲ BBB: برونکواسپاسم برونکوره، برادیکاردی

Emesis: تهوع و استفراغ

Lacrimation اشک ریزش

Lethargic: خواب آلودگی

Salivation افزایش بزاق

۳

هدف از کنترل علائم: بهبود علائم BBB و خشک شدن ترشحات ریوی تا پاک شدن صداهای ریوی(از بین رفتن رال، ویز و رونکای)

- در صورت اکسیژن درمانی استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز ۹۵٪ استفاده از روش های با غلظت بالاتر
- در بیماران مسموم از خوراندن شیر و ... و همچنین تحریک استفراغ خودداری گردد.
- در صورت شک به هر نوع مسمومیت، مانیتورینگ قلبی لازم است
- در صورت تشنج، درمان با بنزودیازپین ها شروع و درصورت عدم پاسخ و نیاز به داروی دوم، از تجویز فنی توئین خودداری شود. (مراجعه به پروتکل تشنج)

۱ پروتکل مسمومیت با ارگانوفسفره (DUMBBELLS)

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

**توجه: رعایت PPE با استفاده از دستکش، گان و پوشش کامل کارکنان عملیاتی
و اگر سم مایع و در سطح پوست باشد، پاکسازی پوست و خارج سازی لباس بیمار

۲ هر یک از علائم BBB/ DUMBBELLS را دارد ؟

له

خیر

۳ آتروپین 1-3mg IV یا 6mg IM تکرار هر ۵ دقیقه تا کنترل علائم BBB

انتقال و اطلاع به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم جهت بروز مجدد علائم BBB

آمادگی برای احیا

DUMBELLS:

Diarrhea:اسهال

Urination:پرادراری ۱

Miosis:میوز

BBB:برونکواسپاسم برونکوره، برادیکاردی

Emesis:تهوع و استفراغ

Lacrimationاشک ریزش ۲

Lethargic:خواب آلودگی

Salivationافزایش بزاق

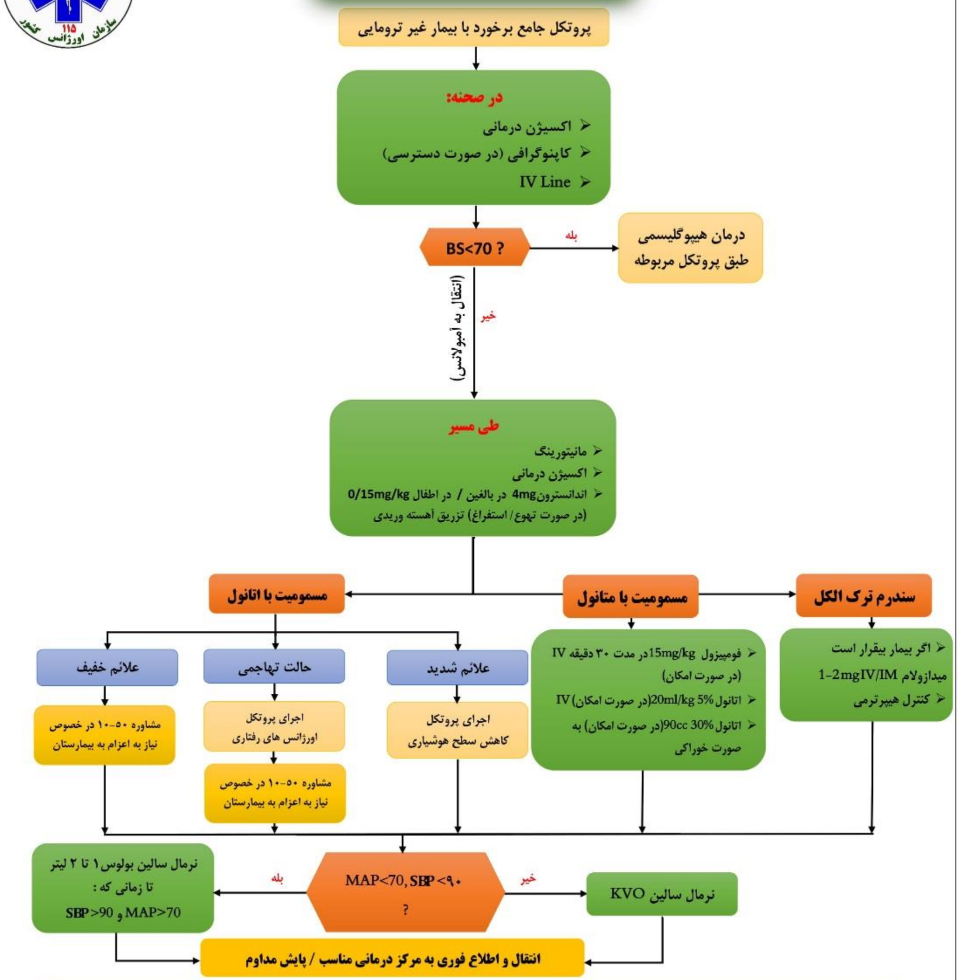
۳

هدف از کنترل علائم: بهبود علائم BBB و خشک شدن ترشحات ریوی تا پاک شدن صداهای ریوی(از بین رفتن رال، ویز و رونکای)

- در صورت اکسیژن درمانی استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز ۹۵% استفاده از روش های با غلظت بالاتر
- در بیماران مسموم از خوراندن شیر و ... و همچنین تحریک استفراغ خودداری گردد.
- در صورت شک به هر نوع مسمومیت، مانیتورینگ قلبی لازم است
- در صورت تشنج، درمان با بنزودیازپین ها شروع و درصورت عدم پاسخ و نیاز به داروی دوم، از تجویز فنی توئین خودداری شود. (مراجعه به پروتکل تشنج)

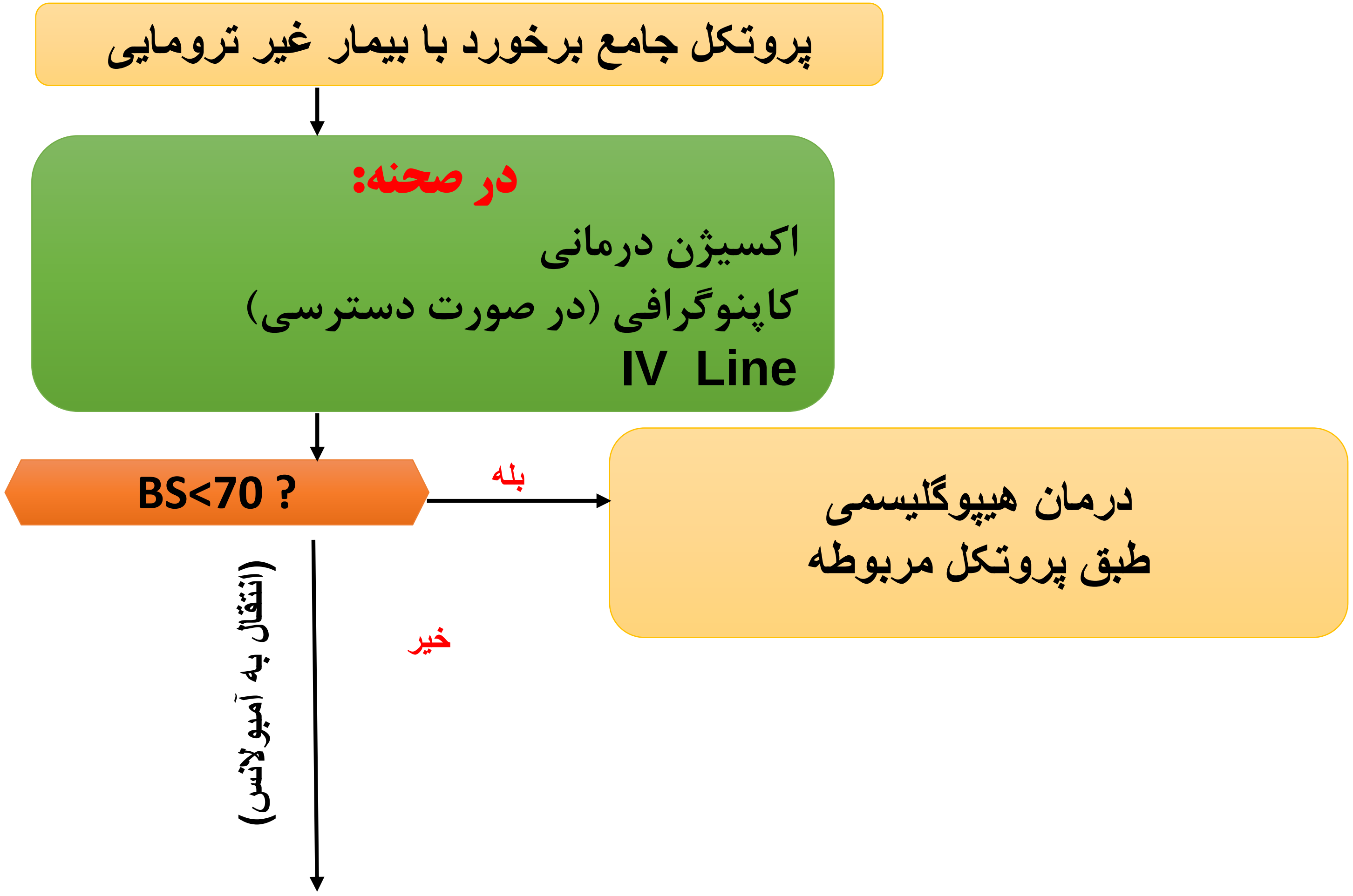
پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار مسموم شده با الکل

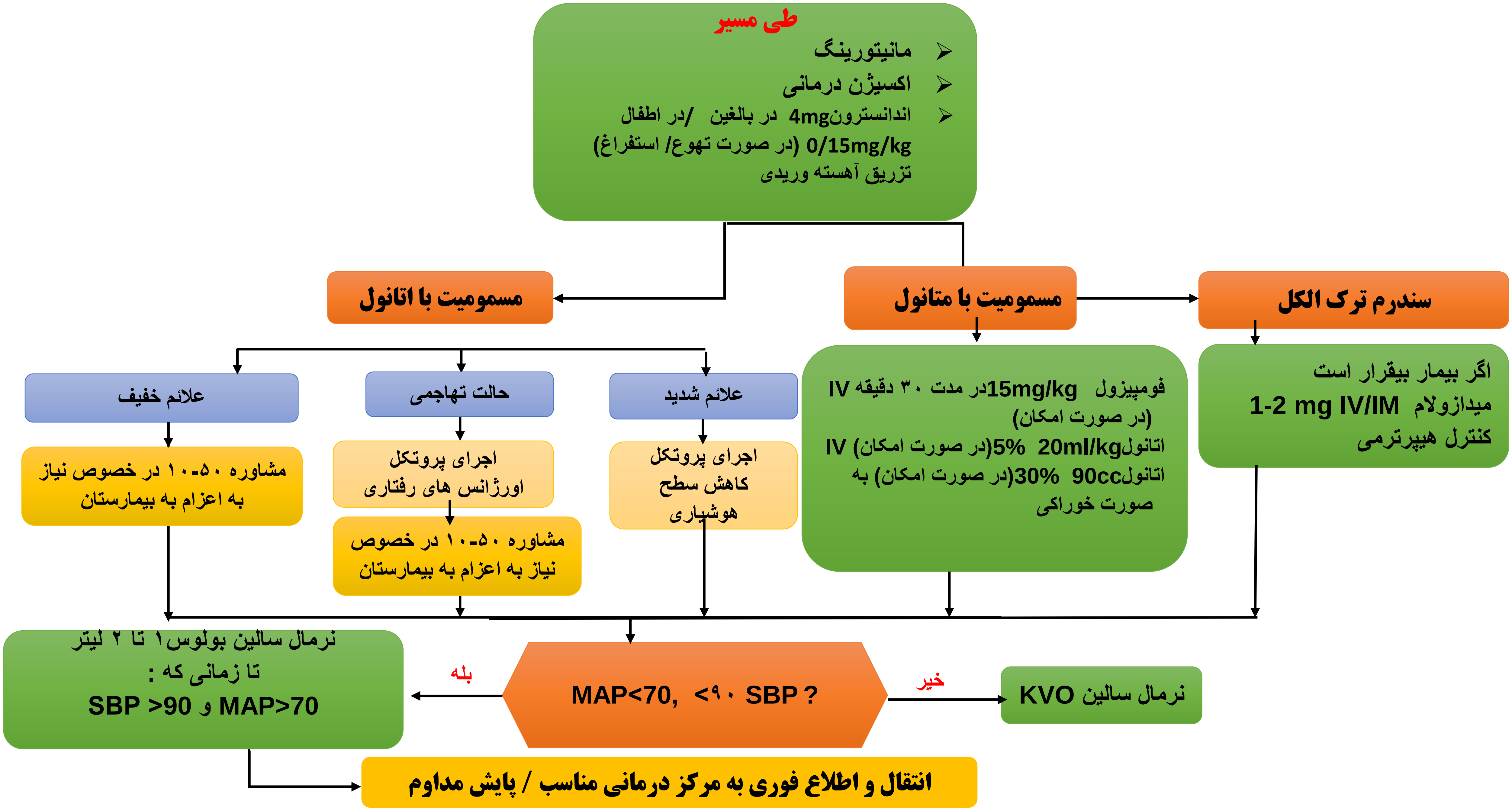
پروتکل مسمومیت با الکل



- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ✓ سندرم ترک الکل: لرزش، تعریق، تب، توهم، تشنج، تاکی کاردی، افزایش فشارخون
- ✓ علائم خفیف : تهوع، استفراغ، سردرد، کم آب شدن بدن، سرگیجه، سبکی سر، واکنش پذیر و حساس
- ✓ علائم شدید: افت هوشیاری، دهیدراتاسیون، اختلال راه هوایی، اختلال تنفسی، اختلال همودینامیک
- ✓ حالت تهاجمی : خشن، رفتار غیرعقلانی، تهدید خود و دیگران
- ✓ توجه ویژه به امنیت صحنه و درخواست کمک از پلیس
- ✓ در افراد بیهوش، نیاز به مدیریت راه هوایی را بررسی کنید.
- ✓ در هنگام مایع درمانی توجه ویژه به سمع ریه ها از نظر بروز شواهد ادم ریه صورت گیرد .
- ✓ علائم مسمومیت با متانول: تهوع، استفراغ، دردشکمی، سردرد، سرگیجه، خواب آلودگی،کاهش سطح هوشیاری و تضعیف دستگاه عصبی مرکزی
- ✓ در صورت بی قراری بیمار در مسمومیت با الکل تجویز هرگونه بنزودیازپین ممنوع است، در صورت نیاز استفاده از هالوپریدول توصیه می شود.

پروتکل مسمومیت با الکل





طی مسیر
مانیتورینگ
اکسیژن درمانی
اندانسترون4mg در بالغین /در اطفال
0/15mg/kg (در صورت تهوع/ استفراغ)
تزریق آهسته وریدی
مسمومیت با اتانول
مسمومیت با متانول
سندرم ترک الکل
علائم خفیف
حالت تهاجمی
علائم شدید
مشاوره ۵۰-۱۰ در خصوص نیاز به اعزام به بیمارستان
اجرای پروتکل اورژانس های رفتاری
مشاوره ۵۰-۱۰ در خصوص نیاز به اعزام به بیمارستان
اجرای پروتکل کاهش سطح هوشیاری
فومپیزول 15mg/kgدر مدت ۳۰ دقیقه IV (در صورت امکان)
اتانول20ml/kg 5%(در صورت امکان) IV
اتانول90cc 30%(در صورت امکان) به صورت خوراکی
اگر بیمار بیقرار است
میدازولام 1-2 mg IV/IM
کنترل هیپرترمی
نرمال سالین بولوس۱ تا ۲ لیتر تا زمانی که :
SBP >90 و MAP>70
بله
MAP<70, <۹۰ SBP ?
خیر
نرمال سالین KVO
انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
سندرم ترک الکل: لرزش، تعریق، تب، توهم، تشنج، تاکی کاردی، افزایش فشارخون
علائم خفیف : تهوع، استفراغ، سردرد، کم آب شدن بدن، سرگیجه، سبکی سر، واکنش پذیر و حساس
علائم شدید: افت هوشیاری، دهیدراتاسیون، اختلال راه هوایی، اختلال تنفسی، اختلال همودینامیک
حالت تهاجمی : خشن، رفتار غیرعقلانی، تهدید خود و دیگران
توجه ویژه به امنیت صحنه و درخواست کمک از پلیس
در افراد بیهوش، نیاز به مدیریت راه هوایی را بررسی کنید.
در هنگام مایع درمانی توجه ویژه به سمع ریه ها از نظر بروز شواهد ادم ریه صورت گیرد .
علائم مسمومیت با متانول: تهوع، استفراغ، دردشکمی، سردرد، سرگیجه، خواب آلودگی،کاهش سطح هوشیاری و تضعیف دستگاه عصبی مرکزی
در صورت بی قراری بیمار در مسمومیت با الکل تجویز هرگونه بنزودیازپین ممنوع است، در صورت نیاز استفاده از هالوپریدول توصیه می شود.

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار مسموم شده با بتابلاکرها

پروتکل مسمومیت با بتا بلوکر، بلوک کننده کانال کلسیم و ضدافسردگی ها

پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

در صحنه:

- اکسیژن درمانی
- کنترل قند خون
- IV Line
- شارکول 1 gr/kg تا حداکثر ۵۰ گرم در یک ساعت اول
- مایع درمانی

(انتقال به آمبولانس)

طی مسیر

- مانیتورینگ قلبی بیمار
- اکسیژن درمانی
- در صورت تهوع/ استفراغ: اندانسترون 4mg در بالغین و 0/15mg/kg در اطفال تزریق آهسته وریدی

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مسمومیت با بتا بلوکر، بلوک کننده کانال کلسیم و ضدافسردگی ها

پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

در صحنه:
- اکسیژن درمانی
- کنترل قند خون
- IV Line
- شارکول 1gr/kg تا حداکثر ۵۰ گرم در یک ساعت اول
- مایع درمانی

(انتقال به آمبولانس)

طی مسیر
- مانیتورینگ قلبی بیمار
- اکسیژن درمانی
- در صورت تهوع/ استفراغ: اندانسترون4mg در بالغین و 0/15mg/kgدر اطفال تزریق آهسته وریدی

آیا تغییرات EKG دارد؟
خیر ← انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب/ پایش مداوم
بله ↓

MAP<70, SBP <۹۰ ?
خیر ← انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب/ پایش مداوم
بله ↓

نرمال سالین ۱ تا ۲ لیتر بولوس(در اطفال 20/kg) همراه با سمع ریه تا زمانی که MAP≥70 و SBP ≥90

MAP<70, SBP <۹۰ ?
خیر ← انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب/ پایش مداوم
بله ↓

ادامه تزریق نرمال سالین همراه با سمع ریه

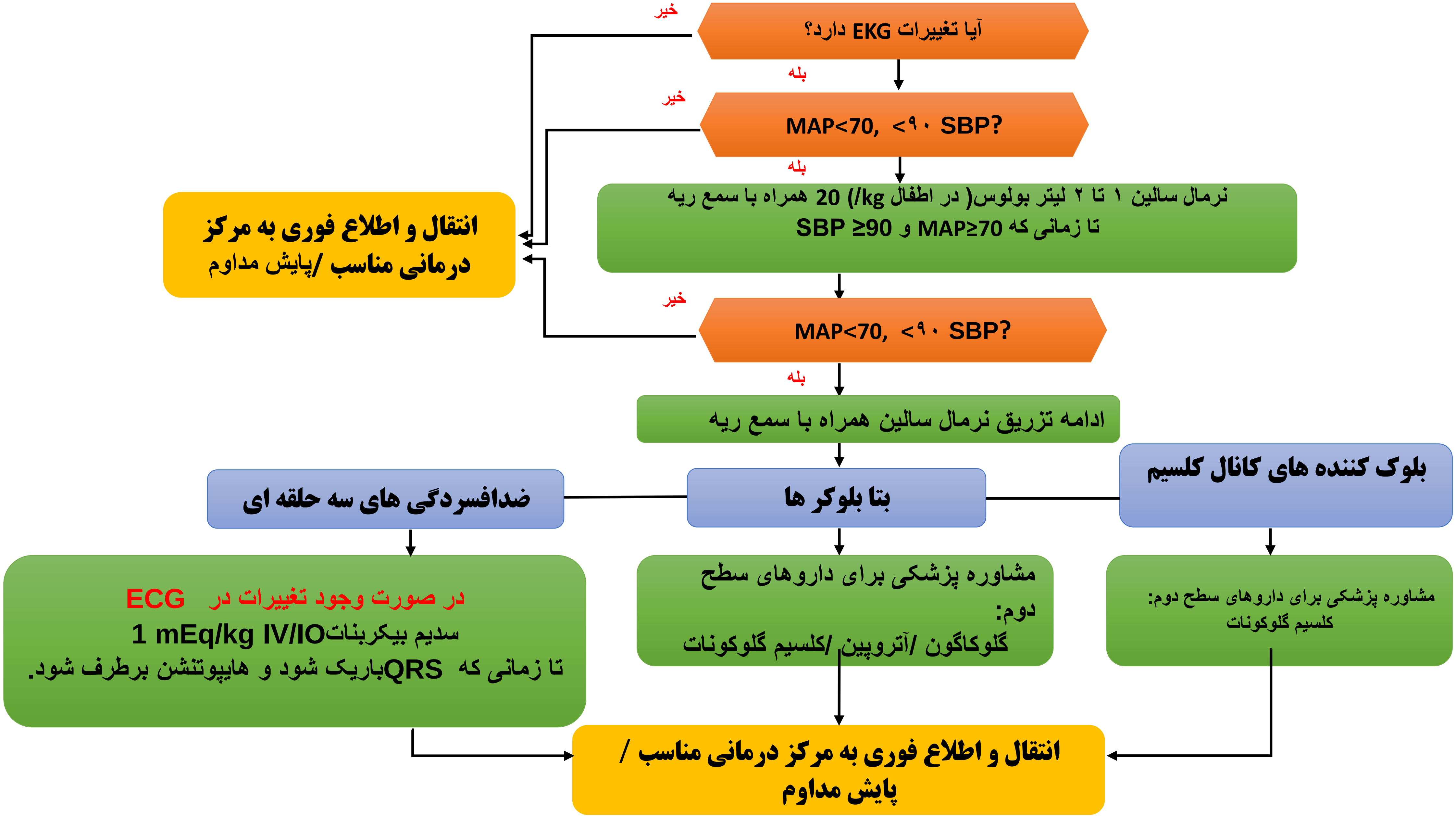
بلوک کننده های کانال کلسیم
مشاوره پزشکی برای داروهای سطح دوم:
کلسیم گلوکونات

بتا بلوکر ها
مشاوره پزشکی برای داروهای سطح دوم:
گلوکاگون /آتروپین /کلسیم گلوکونات

ضدافسردگی های سه حلقه ای
در صورت وجود تغییرات در ECG
سدیم بیکربنات1mEq/kgIV/IO
تا زمانی که QRS باریک شودو هایپوتنشن برطرف شود.

انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

- ✓ اکسیژن درمانی با نازال کانولا و در صورت $O_2sat<95\%$ استفاده از وسایل با غلظت اکسیژن بالاتر
- ✓ شارکول: صرفا در بالغین هوشیار که احتمال افت هوشیاری و آسپیراسیون ندارند استفاده شود.
- ✓ در زمان تجویز دوز بالای نرمال سالین سمع ریه جهت بررسی ادم ریوی ضروریست، در صورت سمع رال در ریه، تجویز می بایست متوقف شود .
- ✓ داروهای سطح دوم شامل کلرید کلسیم / گلوکاگون /آتروپین /کلسیم گلوکونات /بیکربنات سدیم می بایست پس از مشاوره پزشکی (ترجیحا با دیسپچ مسمومیت یا متخصص طب اورژانس) تجویز گردند.
- ✓ تغییرات EKG در مسمومیت ضد افسردگی ها : تاکی کاردی سینوسی، پهن شدن QRS، طولانی شدن فاصله P-R، بلوک های AV، طولانی شدن فاصله R.Q-T بلند در AVR


آیا تغییرات EKG دارد؟
خیر
بله
MAP<70, <۹۰ SBP?
خیر
بله
نرمال سالین ۱ تا ۲ لیتر بولوس(در اطفال 20 (/kg همراه با سمع ریه
تا زمانی که MAP≥70 و SBP ≥90
انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب /پایش مداوم
خیر
MAP<70, <۹۰ SBP?
بله
ادامه تزریق نرمال سالین همراه با سمع ریه
بلوک کننده های کانال کلسیم
بتا بلوکر ها
ضدافسردگی های سه حلقه ای
مشاوره پزشکی برای داروهای سطح دوم: کلسیم گلوکونات
مشاوره پزشکی برای داروهای سطح دوم: گلوکاگون /آتروپین /کلسیم گلوکونات
در صورت وجود تغییرات در ECG
سدیم بیکربنات1 mEq/kg IV/IO
تا زمانی که QRSباریک شود و هایپوتنشن برطرف شود.
انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

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

شارکول: صرفا در بالغین هوشیار که احتمال افت هوشیاری و آسپیراسیون ندارند استفاده شود.

در زمان تجویز دوز بالای نرمال سالین سمع ریه جهت بررسی ادم ریوی ضروریست، در صورت سمع رال در ریه، تجویز
می بایست متوقف شود .

داروهای سطح دوم شامل کلرید کلسیم / گلوکاگون /آتروپین /کلسیم گلوکونات /بیکربنات سدیم می بایست پس از
مشاوره پزشکی (ترجیحا با دیسپچ مسمومیت یا متخصص طب اورژانس) تجویز گردند.

تغییرات EKG در مسمومیت ضد افسردگی ها : تاکی کاردی سینوسی، پهن شدن QRS، طولانی شدن فاصله P-R،
بلوک های AV، طولانی شدن فاصله Q-T، R بلند در AVR

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار مسموم شده با مونوکسیدکربن

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مسمومیت با مونوکسید کربن

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

↓

۱ شواهد مسمومیت با مونوکسید کربن

↓

- خارج سازی سریع از محیط آلوده(حتی در موارد نیازمند احیا)
- ارزیابی اولیه در محیط آلوده توسط یکی از تکنسین ها انجام شود.
- کاهش فعالیت های منجر به نیاز به اکسیژن
- مشخص کردن مدت زمان مسمومیت

↓

بیمار ۹۹-۱۰؟

بله ←
- اجرای پروتکل احیای قلبی-ریوی
- انتقال به نزدیکترین مرکز درمانی

خیر ↓

- مدیریت راه هوایی (در صورت نیاز انجام انتوباسیون/ استفاده از LMA)
- اکسیژن درمانی با ماسک صورت(فاشیال ماسک) با کیسه رزرو 15 lit/min
- انجام کاپنوگرافی
- ۲ انجام مانیتورینگ قلبی / پالس اکسیمتری
- IV line و نرمال سالین برای حفظ MAP>70 یا فشارخون سیستولیک > ۹۰همراه با سمع

↓

۳ مشاوره پزشکی / انتقال و اطلاع فوری به بیمارستان مناسب / پایش مداوم

- ۱ افت هوشیاری، تشنج، کما و نقص عصبی فوکال(FND)، تهوع، استفراغ، شبیه سرماخوردگی، وجود شواهد وجود CO
- ۲ پالس اکسیمتری نرمال دلیل برطبیعی بودن سطح اکسیژن خون بیمار نیست.
- ۳ بیمارستان مناسب ترجیحاً دارای اکسیژن هیپربار
- اطلاع به دیسپچ جهت تماس با آتش نشانی

پروتکل مسمومیت با مونوکسید کربن

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

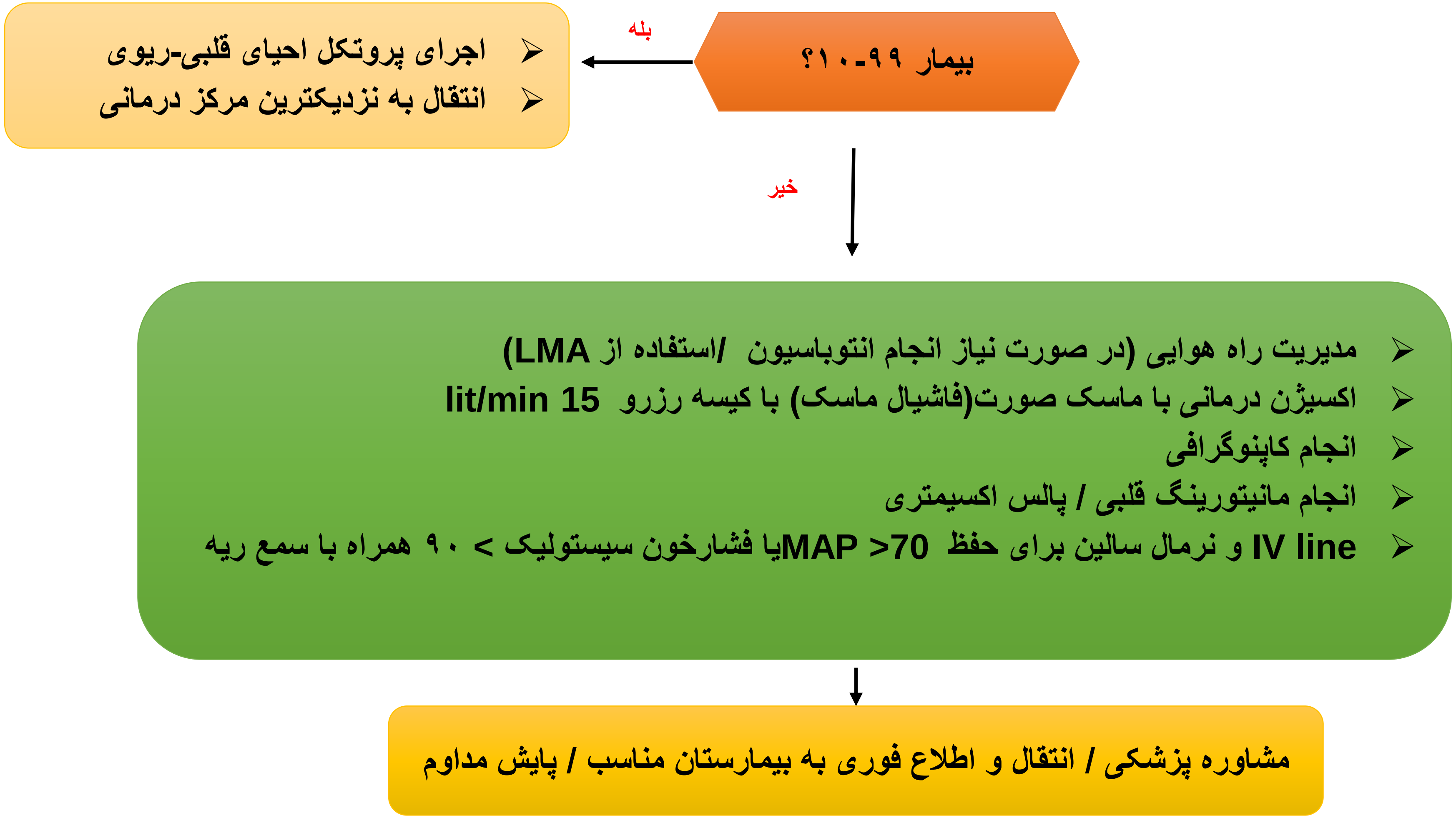
↓

۱ شواهد مسمومیت با مونوکسید کربن

↓

- خارج سازی سریع از محیط آلوده(حتی در موارد نیازمند احیا)
- ارزیابی اولیه در محیط آلوده توسط یکی از تکنسین ها انجام شود.
- کاهش فعالیت های منجر به نیاز به اکسیژن
- مشخص کردن مدت زمان مسومیت

↓


بیمار ۹۹-۱۰؟
بله
اجرای پروتکل احیای قلبی-ریوی
انتقال به نزدیکترین مرکز درمانی
خیر
مدیریت راه هوایی (در صورت نیاز انجام انتوباسیون /استفاده از LMA)
اکسیژن درمانی با ماسک صورت(فاشیال ماسک) با کیسه رزرو 15 lit/min
انجام کاپنوگرافی
انجام مانیتورینگ قلبی / پالس اکسیمتری
IV line و نرمال سالین برای حفظ MAP >70 یا فشارخون سیستولیک > ۹۰ همراه با سمع ریه
مشاوره پزشکی / انتقال و اطلاع فوری به بیمارستان مناسب / پایش مداوم

- افت هوشیاری، تشنج، کما و نقص عصبی فوکال(FND)، تهوع، استفراغ، شبیه سرماخوردگی، وجود شواهد وجود CO
- پالس اکسیمتری نرمال دلیل برطبیعی بودن سطح اکسیژن خون بیمار نیست.
- بیمارستان مناسب ترجیحاً دارای اکسیژن هیپربار
- اطلاع به دیسپچ جهت تماس با آتش نشانی

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار
مضطرب و بی قرار

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

اضطراب و بی قراری

هیپوگلیسمی:

- بزرگسالان: BS<70mg/dl ۱
- اطفال: **BS<50** mg/dl

یا

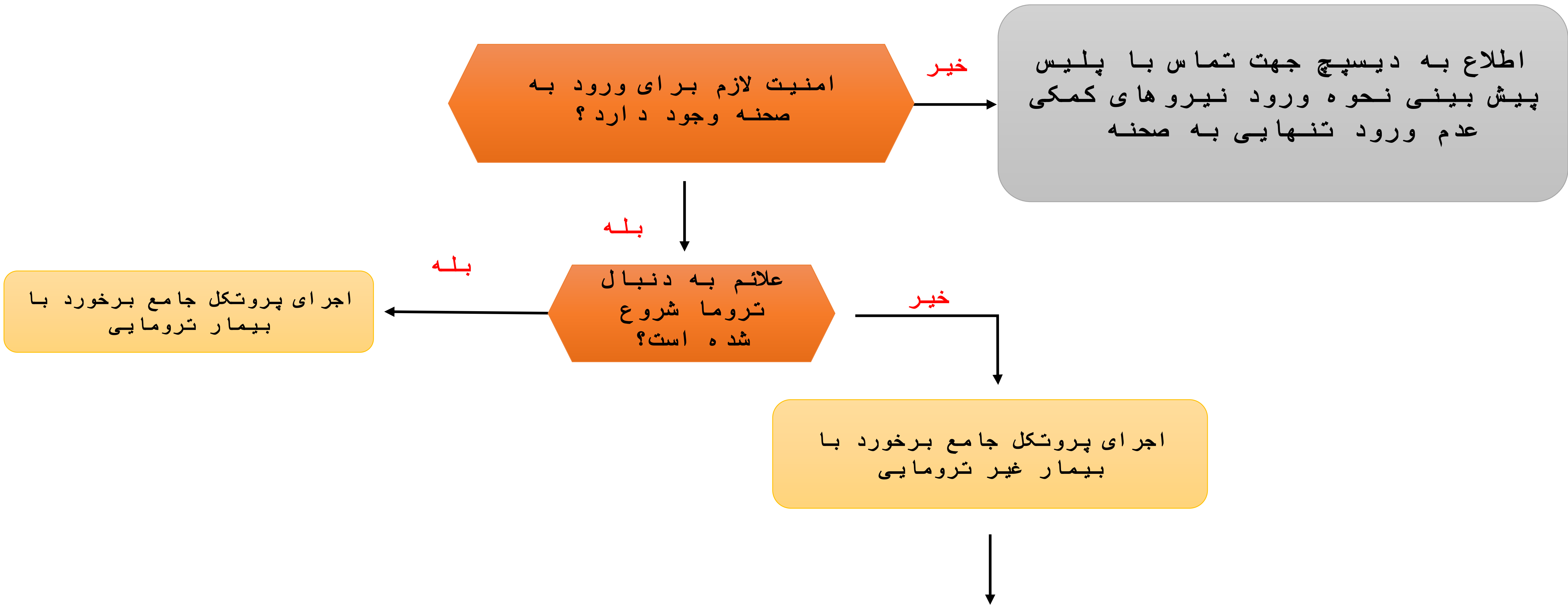
هیپرگلیسمی:

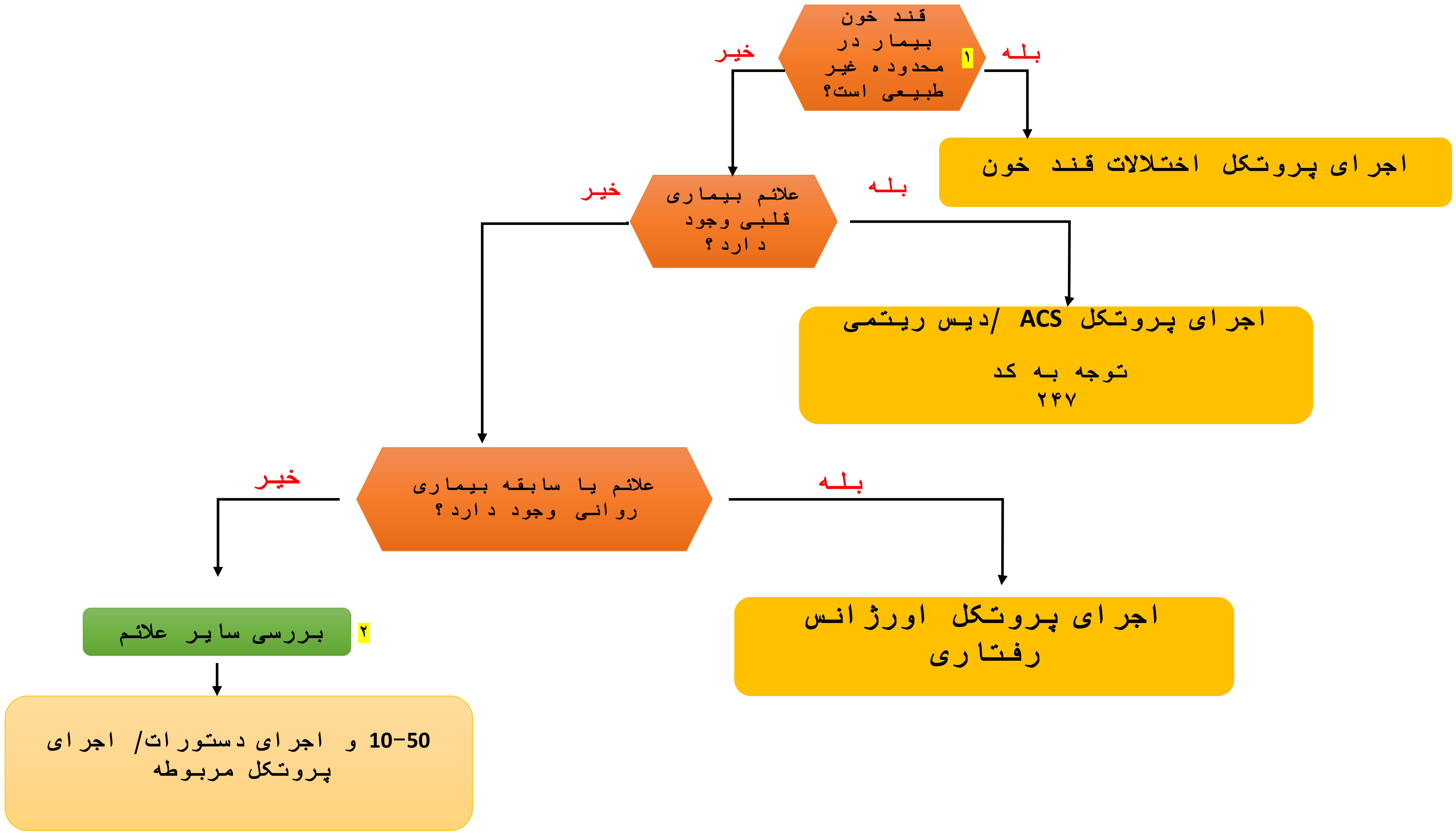
- BS>250mg/dl

توجه به علائم به ویژه: ۲

- سکته مغزی
- هایپوکسی
- فشارخون بالا
- مسمومیست
- تشنج در فاز **Postictal**
- سندرم هایپرونتیلاسیون

اضطراب و بی قراری





قند خون بیمار در محدوده غیر طبیعی است؟
۱
بله
خیر
اجرای پروتکل اختلالات قند خون
علائم بیماری قلبی وجود دارد ؟
بله
خیر
اجرای پروتکل ACS/ دیس ریتمی
توجه به کد ۲۴۷
علائم یا سابقه بیماری روانی وجود دارد ؟
بله
خیر
اجرای پروتکل اورژانس رفتاری
بررسی سایر علائم
۲
10-50 و اجرای دستورات/ اجرای پروتکل مربوطه

هیپوگلیسمی:

بزرگسالان: BS<70mg/dl

اطفال: **BS<50** mg/dl

یا

هیپرگلیسمی:

- BS>250mg/dl

توجه به علائم به ویژه:

- سکته مغزی
- هایپوکسی
- فشارخون بالا
- مسمومیت
- تشنج در فاز **Postictal**
- سندرم هایپرونتیلاسیون

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار مبتلا به اختلال رفتاری

پروتکل اورژانس رفتاری

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

↓

امکان ورود به صحنه وجود دارد ؟

بله →

اطلاع به دیسپچ جهت درخواست تماس با پلیس ۱۱۰
پیش بینی نحوه ورود نیروهای کمکی
عدم ورود تنهایی به صحنه

↓

۲
درنظر داشتن احتمال خودکشی (مراجعه به پروتکل مربوطه)
در نظر داشتن احتمال خشونت (اطلاع به دیسپچ جهت درخواست حضور پلیس ۱۱۰ ، ۱۲۵،۱۲۳)

↓ خیر

وجود علل طبی/تروما برای اختلال رفتار بیمار

بله ← اجرای پروتکل مربوطه

↓

پیاده سازی مدل S.A.F.E.R

↓

رفتار تهدید آمیز،
بحرانی یا برانگیخته و احتمال
خطر برای خود یا دیگران ،
احتمال فرار وجود دارد ؟

بله

۶ مهار فیزیکی بیمار توسط پلیس
و انتقال با همراهی پلیس

هالوپریدول 2/5mg IM+ لورازپام 2/5mg IM
یا
هالوپریدول 2/5mg IM+ میدازولام 2/5mg IM
در صورت نیاز به تکرار دوز با مجوز پزشک
هر ۱۵ دقیقه با کنترل علایم حیاتی
(هوشیاری و درایو تنفسی) با همان دوز
یا
کلرپرومازین 25mg IM در صورت نیاز به
تکرار دوز هر ۱۵ دقیقه با کنترل علایم
حیاتی(مخصوصا کنترل BP)
داروهای فوق در یک سرنگ کشیده نشوند

مانیتورینگ قلبی در صورت امکان

خیر

مشاوره تلفنی با
پزشک ۵۰-۱۰

دستور انتقال به
بیمارستان صادر
شده است؟

خیر

اجرای دستورات
پزشک ۵۰-۱۰
تماس با ۱۲۳ در
صورت نیاز

بله

اجرای دستورات پزشک ۵۰-۱۰
آمادگی برای بروز رفتار
تهاجمی

۷ اجرای پروتکل انتقال بیماران غیر ترومایی

۱

قبل از ورود به صحنه موارد زیر را در نظر بگیرید :

پیش بینی راه فرار و مکان امن

ایمنی اتاق یا محل حضور بیمار

در نظر گرفتن استفاده مصدوم از اسلحه یا تغییر ناگهانی رفتار

وجود نیرو های کمکی متخصص

پیش بینی نحوه ورود نیرو های کمکی به صحنه

عدم ورود تنها به اتاق و تاکید بر حضور دوستان و خانواده در اتاق یا پشت درب

توجه به احتمال خشونت و خودکشی و مراجعه به پروتکل مربوطه

۲

اخذ شرح حال بیمار از خانواده یا اطرافیان این موارد سوال شود:

آیا سابقه خشونت، مصرف مواد ، الکل و دارو وجود دارد ؟

ویژگی های دموگرافیک (سن، جنس، شغل ...)جهت بررسی احتمال خشونت

وضعیت فرهنگی، مذهبی و قومی

شروع ناگهانی علائم بدون سابقه قبلی

سابقه بیماری جسمی یا روانی

سابقه خودکشی

علائم نورولوژیک (آتاکسی، نیستاگموس، تشنج، اختلال حافظه ، اختلال هوشیاری)

علل جسمی علائم روانی:

هیپوکسی
مسمومیت
هیپوگلیسمی
اختلال الکترولیت
علایم هوشیاری
ضربه به سر
وضعیت postictal
دلیریوم
بر انگیخته یا هیپراکتیو
نورولوژیک
ارزیابی روانشناختی
پیچیده

مصرف مواد و الکل

افراد در خطر علل جسمی:

علایم روانی
سن کمتر از ۱۲ و بیشتر از ۶۰
شروع ناگهانی علایم یا اولین بار
سیر نوسان دار علایم
کاهش سطح هوشیاری
علایم حیاتی غیر طبیعی
علایم نورولوژیک
رژیم دارویی

اقداماتی که باید انجام شود:

۱-**تثبیت وضعیت** و کنترل بیماران به وسیله کاهش محرک های درونی و بیرونی
۲-**ارزیابی**، فهم و همدلی با بیماران دچار بحران، توجه به جنبه معنوی بیمار، توجه به وضعیت فرهنگی، مذهبی وقومی
۳-**دسترسی** آسان به اطلاعات لازم از کسانی که می توانند به او کمک کنند مثل خانواده، فامیل، دوستان، پلیس، روحانی
۴-**تشویق** بیمار به دادن اطلاعات کسانی که می توانند به نفع او اقدام کنند
۵-**بازیابی یا ارجاع**- مراقبت از بیمتر را در اختیار شخصی که مسئولیت مراقبت از اورا بر عهده گرفته است قرار دهید یا او را به مرکز مراقبت مناسب منتقل کنید.

۵

افراد مشکوک برای رفتار تهدید آمیز (احتمال خشونت)

- بی قراری
- تغییر تن صدا
- تهدید کلامی(کلمات تهدید آمیز با صدای بلند)
- راه رفتن مکرر
- نگاه خشم آلود و خیره
- تهدید غیر کلامی (حمله یا رفتار پرخاشگرانه)
- رفتار تکانشی
- بیان احساس تهدید
- رفتار عجیب و غریب

۶

در برخورد با بیمار:

- خونسرد باشید
- حد اقل ۱متر فاصله را از بیمار حفظ کنید.
- مشاجره نکنید و از قضاوت و رفتار تحقیر آمیز و تهدید آمیز خودداری نمایید.
- در برابرتوهمات و هذیان های بیمار تایید یا تکذیب نکنید.
- در صورت نیاز از محدودیت فیزیکی استفاده کنید(مطابق با قانون و همراه توضیح به بیمار)
- نکته اول :جنس مهار چرمی و عریض باشد.
- نکته دوم :برای محدودیت فیزیکی فقط از دست ها و پا ها استفاده کنید و هر ۱۵ دقیقه علائم حیاتی و بویژه نبض زیر محل بسته شده را کنترل نمایید.
- از وسایل آسیب زا برای مهار بیمار استفاده نکنید.
- کلیه اقدامات انجام شده را ثبت نمایید.
- تحت هیچ شرایطی بیمار را در وضعیت دمر قرار ندهید (احتمال آپنه)
- به پلیس اطلاع دهید.

۷

- در صورت تصمیم جهت انتقال، بیمار باید به مرکز درمانی روانپزشکی منتقل گردد مگر وجود شواهد مدیکال که بیمار به بیمارستان جنرال منتقل می گردد.
- پوزیشن انتقال نباید بصورت دمر باشد
- در صورت مشاره پزشکی با ۵۰-۱۰ و تصمیم بر عدم انتقال بیمار،
- اقدامات زیر انجام شود:

ذکرعلائم خطر، اطلاع به اورژانس اجتماعی۱۲۳

پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار دیالیزی

ویرایش

مرداد ۱۳۹۹

پروتکل بیماران کلیوی و دیالیزی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیماران غیر ترومایی

۱ IV /IO / مانیتورینگ قلبی / اخذ EKG ۱۲ لیدی

افت فشار خون علامت دار

پیش از دیالیز
شوک عفونی و شوک قلبی در نظر گرفته شود.
پس از دیالیز
کاهش حجم در نظر گرفته شود.

از مایع درمانی بیش از حد خودداری کنید

درمان با پروتکل شوک

تاخیر در انجام دیالیز یا تغییرات قلبی

QRS پهن ،موج T بلند شک به افزایش پتاسیم / آریتمی SINE WAVE

استفاده از آلبوترول به صورت نبولایز 2/5mgin 3ml
اسپری سالبوتامول ٦ تا ٨ Puff
همراه با اکسیژن ٦ تا ٨ لیتر بر دقیقه
تکرار هر ٢٠ دقیقه

پس از شستشوی مسیر خط وریدی
کلسیم گلوکونات :۱گرم IV/IO

پس از شستشوی مسیر خط وریدی
بیکربنات سدیم :1meq/kg

مشکل تنفسی

ارزیابی کردن صداهای اتفسی

مراجعه به پروتکل دیسترس تنفسی یا CHF

درد قفسه سینه

درمان با پروتکل ACS

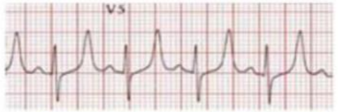
هایپرتنشن علامت دار

تاری دید ، سر درد ، تعریق
اجرای پروتکل هایپرتنشن

خونریزی کاتتر / شنت

اعمال فشار روی محل
استفاده از تورنیکت در صورت وجود خطر آسیب به شنت

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



QRS پهن ،موج T بلند شک به افزایش پتاسیم

دیس ریتمی SINE WAVE

- ۱ از دستی که شنت دارد فشار خون و خط وریدی گرفته نشود.
- ۲ در صورتی که بیمار دیگوکسین یا بیکربنات دریافت می کند از یک خط وریدی مشترک جهت تریق دارو استفاده نکنید.
- از مایع درمانی بیش از حد خود داری کنید.
- در صورت تجویز مایع با احتیاط بعد از هر ۲۵۰ سی سی ، سمع ریه انجام شود .

پروتکل بیماران کلیوی و دیالیزی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیماران غیر ترومایی

IV /IO / مانیتورینگ قلبی / اخذ EKG ۱۲ لیدی

افت فشار خون علامت دار

پیش از دیالیز
شوک عفونی و شوک قلبی در نظر گرفته شود.
پس از دیالیز
کاهش حجم در نظر گرفته شود.

از مایع درمانی بیش از حد خودداری کنید

تاخیر در انجام دیالیز یا تغییرات قلبی

QRSپهن، موج T بلند شک به افزایش پتاسیم / آریتمی SINE WAVE

استفاده از آلبوترول به صورت نبولایز
2/5mg in 3ml
اسپری سالبوتامول ۶ تا ۸ Puff
همراه با اکسیژن ۶ تا ۸ لیتر بر دقیقه
تکرار هر ۲۰ دقیقه

پس از شستشوی مسیر خط وریدی
کلسیم گلوکونات: ۱گرم IV/IO

پس از شستشوی مسیر خط وریدی
بیکربنات سدیم: 1meq/kg

مشکل تنفسی

ارزیابی کردن صداهای اتفسی

مراجعه به پروتکل دیسترس تنفسی یا CHF

درد قفسه سینه

درمان با پروتکل ACS

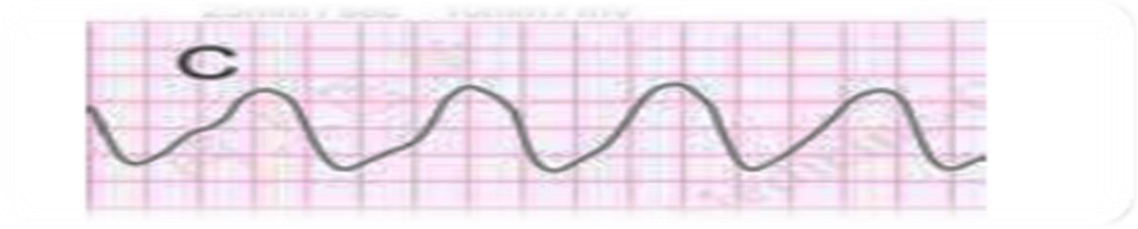
هایپرتنشن علامت دار

تاری دید، سر درد، تعریق
اجرای پروتکل هایپرتنشن

خونریزی کاتتر / شنت

اعمال فشار روی محل
استفاده از تورنیکت در صورت وجود خطر آسیب به شنت

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



دیس ریتمی SINE WAVE

ORS پهن، موج T بلند شک به افزایش پتاسیم

- ✓ از دستی که شنت دارد فشار خون و خط وریدی گرفته نشود.
- ✓ در صورتی که بیمار دیگوکسین یا بیکربنات دریافت می کند از یک خط وریدی مشترک جهت تریق دارو استفاده نکنید.
- ✓ از مایع درمانی بیش از حد خود داری کنید.
- ✓ در صورت تجویز مایع با احتیاط بعد از هر ۲۵۰ سی سی ، سمع ریه انجام شود .