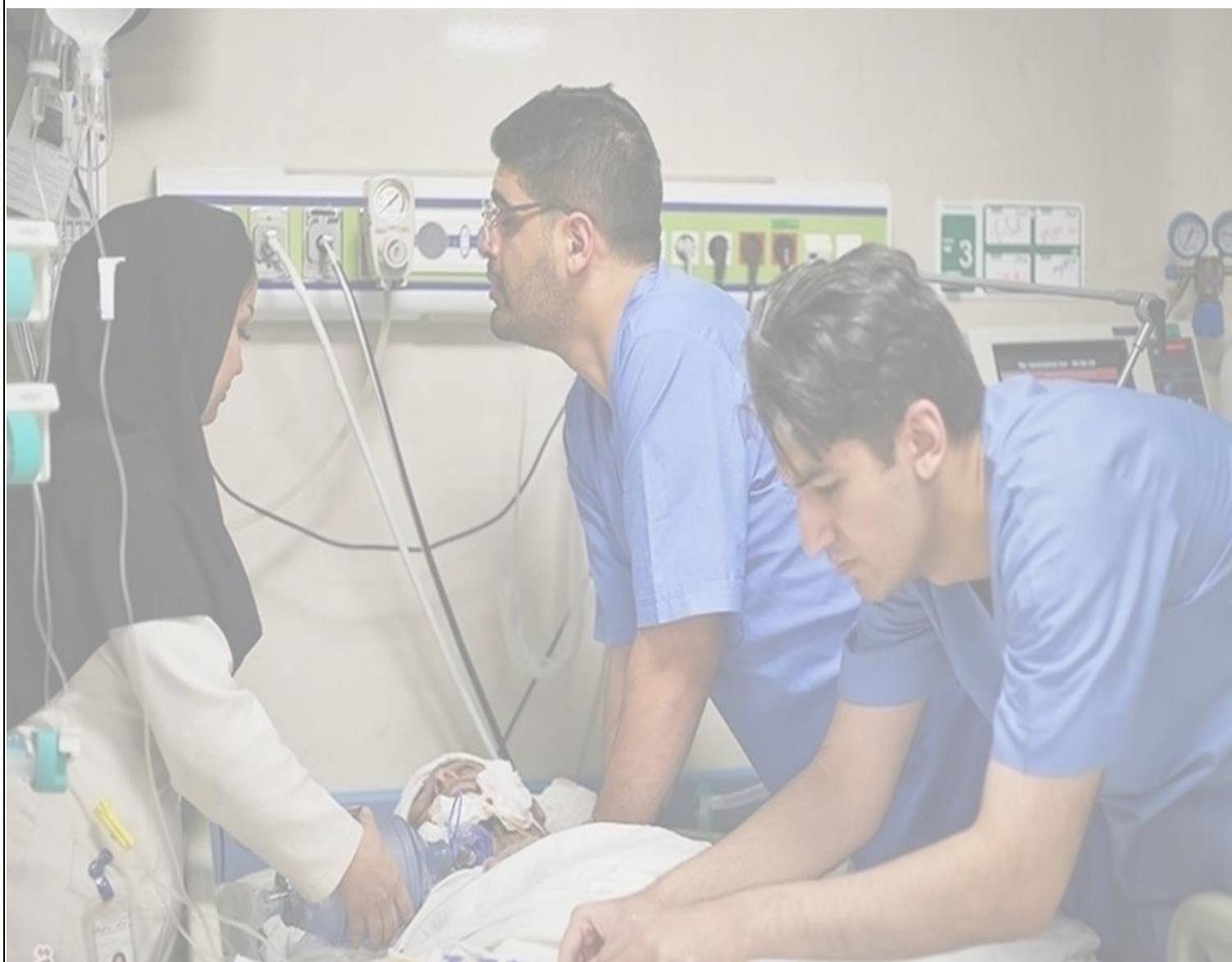


مراقبت های پرستاری در بحران



مراقبت پرستاری از بیمار در حوادث شیمیایی

اهداف

- افزایش آگاهی پرستاران نسبت به انواع عوامل شیمیایی و اثرات آنها
- توانمندسازی پرستاران در انجام ارزیابی اولیه و دسته‌بندی بیماران (ترياز)
- ارتقای توانایی در انجام ایمن فرایند آلودگی زدایی (Decontamination)
- ارائه مراقبت حمایتی مؤثر از بیماران بر اساس نوع مواجهه
- حفظ ایمنی فردی، تیم درمان و سایر بیماران
- مستندسازی دقیق اقدامات و وضعیت بیمار
- مشارکت در کنترل عفونت، پیشگیری از انتقال عوامل و مدیریت پسماند شیمیایی

دامنه کاربرد

این راهنما برای تمامی پرستاران فعال در واحدهای اورژانس، مراقبت‌های ویژه، پیش‌بیمارستانی، مراکز بحران، تیم‌های واکنش سریع، نگاهتگاه‌ها و مراکز سم‌شناسی در زمان بروز حوادث شیمیایی تدوین شده است.

تعاریف واژگان کلیدی:

اصطلاح	تعریف
ماده شیمیایی خطرناک (HazMat)	هر ماده شیمیایی که می‌تواند سبب مرگ، بیماری یا آسیب جدی در انسان شود.
آلودگی زدایی Decontamination	فرآیند حذف یا کاهش آلودگی شیمیایی از سطح بدن، لباس یا محیط
PPE	تجهیزات حفاظت فردی شامل ماسک، دستکش، گان، چکمه و شیلد برای محافظت از پرستار
ناحیه بندی (زون‌بندی) Zone Classification	تقسیم ناحیه حادثه به سه بخش آلوده Hot Zone، نیمه‌آلوده Warm Zone و پاک Cold Zone برای مدیریت بهتر

ملاحظات پرستاری

- توانمندسازی پرستاران در انجام ارزیابی اولیه و دسته‌بندی بیماران (ترياز)
- ارتقای توانایی در انجام ایمن فرایند آلودگی زدایی (Decontamination)
- ارائه مراقبت حمایتی مؤثر از بیماران بر اساس نوع مواجهه
- حفظ ایمنی فردی، تیم درمان و سایر بیماران
- مستندسازی دقیق اقدامات و وضعیت بیمار

- مشارکت در کنترل عفونت، پیشگیری از انتقال عوامل و مدیریت پسماند شیمیایی
- مراحل مراقبت پرستاری**

۱-آماده‌سازی و حفاظت شخصی

- استفاده الزامی از PPE سطح C یا D بر اساس سطح آلودگی
- تعیین زون عملیاتی و استقرار در Warm Zone یا Cold Zone
- همکاری با تیم‌های HAZMAT برای ایمنی محیط

۲-ارزیابی اولیه بیمار

- بررسی ABCDE بیمار با تمرکز بر علائم تنفسی، پوستی، چشمی و عصبی
- تشخیص علائم حیاتی مرتبط با مسمومیت‌های شیمیایی (میوز، افزایش بزاق، دیسترس تنفسی)
- طبقه‌بندی اولیه بیماران بر اساس شدت و نوع تماس: خفیف، متوسط، شدید، نیازمند مداخله فوری
- بررسی و شناسایی نوع عامل شیمیایی

۳-آلودگی زدایی Decontamination

- حذف لباس‌ها (بیش از ۸۰٪ آلودگی حذف می‌شود)
- شست‌وشوی کامل بدن با آب ولرم و صابون به مدت حداقل ۳ تا ۵ دقیقه (با توجه به نوع ماده شیمیایی ممکن ابتدا مواد بار فرچه از روی لباس پاک (آلودگی زدایی جامد) سپس بدن شستشو شود.
- شست‌وشوی چشم‌ها با نرمال سالین یا آب تمیز حداقل ۱۵ دقیقه
- عدم استفاده از مواد خنثی‌کننده جز در موارد خاص
- کنترل دمای بدن برای جلوگیری از هایپوترمی هنگام آلودگی زدایی
- فراهم سازی دوش شستشوی آلودگی شیمیایی و دفع صحیح فاضلاب آن

۴-مراقبت حمایتی و درمانی

- اکسیژن ۱۰۰٪ برای بیماران دچار تنگی نفس
- پایش مداوم علائم حیاتی، سطح هوشیاری و ادرار
- مدیریت راه هوایی در صورت اسپاسم یا تاول و سوختگی تنفسی
- کنترل تشنج، افت فشار خون، اختلالات قلبی یا آریتمی
- استفاده از آنتی‌دوت‌ها در موارد خاص (مانند آتروپین برای گازهای اعصاب)
- تدوین و اجرای پروتکل درمان براساس هریک از عوامل شیمیایی

۵- مستندسازی

- ثبت دقیق زمان، نوع تماس، اقدامات انجام شده، علائم بالینی، پاسخ به درمان
- استفاده از فرم‌های استاندارد ثبت حوادث شیمیایی
- ثبت استفاده از PPE توسط پرستار

۶- مراقبت روانی

- ارزیابی اختلالات روانی حاد (اضطراب، هذیان، اختلال حواس)
- آرام‌سازی بیمار از طریق تکنیک‌های گفتاری و غیرکلامی
- ارجاع به تیم سلامت روان در فاز پایدار

نکات مراقبتی بر اساس مسیر تماس

مسیر تماس	اقدام پرستاری
تنفسی	اکسیژن، تهویه، داروهای برونکودیلاتور، پایش اکسیژن
پوستی	شست‌وشو، بررسی تاول، پانسمان استریل
چشمی	شست‌وشوی مداوم، محافظت از نور، ارجاع سریع
گوارشی	عدم تحریک به استفراغ، پایش خونریزی، درمان حمایتی

مراقبت پرستاری بر اساس نوع عامل شیمیایی

عامل	علائم	مداخلات کلیدی
گاز اعصاب (Sarin, VX)	میوز، بزاق زیاد، اسپاسم، کما	آتروپین، دیازپام / میدازولام، پیرالیدوکسیم (۲-PMA)، اکسیژن و تهویه مکانیکی
گاز خردل	تاول پوستی، آسیب چشم، تحریک تنفسی	مراقبت پوستی، شست‌وشوی چشم، اکسیژن
فسژن	سرفه، ادم ریه تأخیری	اکسیژن، پایش طولانی مدت
کلر	تحریک چشم و ریه	تهویه، مرطوب‌سازی هوا، اکسیژن
سیانید	سر درد، تشنج، مرگ سریع	امیل نیتريت، نیتريت سدیم، هیدروکسی کوبالامین

مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث پرتویی

اهداف

- تعیین اصول و استانداردهای مراقبت پرستاری از بیماران آسیب‌دیده در حوادث پرتویی به منظور کاهش آسیب‌ها
- حفاظت از سلامت بیماران و کارکنان
- ارائه خدمات درمانی موثر در شرایط بحران

تعاریف واژگان کلیدی

- حوادث پرتویی: وقوع حادثه‌ای که منجر به تماس یا قرارگیری افراد در معرض اشعه‌های یونیزان (رادیواکتیو) می‌شود.
- آلودگی زدایی: فرآیند حذف یا کاهش آلودگی رادیواکتیو از سطح پوست، لباس و بدن بیمار.
- اشعه یونیزان: پرتوهایی که انرژی کافی برای یونیزاسیون مواد زیستی دارند و می‌توانند به سلول‌ها آسیب برسانند

اصول کلی مراقبت پرستاری در حوادث پرتویی

- حفظ ایمنی فردی و تیم مراقبتی با استفاده از تجهیزات حفاظتی مناسب (PPE).
- انجام فوری آلودگی زدایی جهت جلوگیری از انتشار آلودگی و جذب بیشتر پرتو.
- ارزیابی دقیق وضعیت بالینی بیمار و پایش علائم حیاتی به صورت مستمر.
- همکاری و هماهنگی با تیم‌های تخصصی پرتوشناسی و مدیریت بحران.

اقدامات پرستاری

۱- آماده‌سازی محیط و تجهیزات

- استفاده از لباس‌ها و تجهیزات حفاظتی مخصوص پرتودهی (PPE) شامل دستکش، ماسک، لباس ضد اشعه و محافظ چشم
- آماده‌سازی محل ایزوله و مشخص برای پذیرش بیماران پرتودهی شده
- تهیه و آماده‌سازی تجهیزات آلودگی زدایی شامل آب، مواد شوینده خنثی و سیستم تخلیه مناسب

۲- ارزیابی اولیه بیمار

- ارزیابی سریع علائم حیاتی (تنفس، نبض، فشار خون) و سطح هوشیاری

- بررسی علائم مسمومیت پرتویی مانند تهوع، استفراغ، ضعف، سوختگی‌های پوستی یا خونریزی
- تعیین میزان و نوع تماس با منبع پرتویی (تماس خارجی، استنشاق، بلع)

۳- اجرای آلودگی زدایی Decontamination

- حذف لباس‌های آلوده با احتیاط و قرار دادن آن‌ها در ظروف مناسب برای دفع رادیواکتیو
- شستشوی پوست و نواحی آلوده با آب فراوان و محلول‌های توصیه شده به مدت حداقل ۲۰ دقیقه
- جلوگیری از ساییدن یا مالش پوست برای کاهش نفوذ مواد پرتوزا

نکته:

آلودگی پرتویی ممکنست با اشعه و یا با ذرات حادث شود؛ اگر آلودگی با ذرات باشد تا رسیدن به پایان نیمه عمر همچنان آلوده کننده فرد و محیط می باشد

۴- مراقبت بالینی و پایش مستمر

- پایش مکرر علائم حیاتی و علائم مسمومیت پرتویی در بیمار.
- مدیریت عوارض پوستی مانند التهاب، تاول یا سوختگی با مراقبت‌های مناسب پوستی.
- کنترل درد و تجویز داروها طبق دستور پزشک.
- انجام آزمایشات مرتبط طبق دستور پزشک برای بررسی میزان آسیب پرتویی (مثلاً شمارش سلول‌های خونی).

۵- آموزش و حمایت روانی

- آموزش بیمار و همراهان درباره ماهیت حادثه پرتویی و اهمیت مراقبت‌های پس از حادثه.
- ارائه حمایت روانی برای کاهش استرس و اضطراب مرتبط با مواجهه پرتویی.

۶- نکات ایمنی و پیشگیری

- استفاده مداوم از PPE نظیر اپرون جهت جلوگیری از آلودگی ثانویه تیم درمانی.
- رعایت دقیق پروتکل‌های آلودگی زدایی و دفع ایمن مواد آلوده.
- دوری از تماس مستقیم با منابع پرتویی و رعایت محدودیت زمان و فاصله مناسب و بی خطر.
- همکاری مستمر با تیم‌های مدیریت بحران و رادیولوژی.

۷- مستندسازی

- ثبت کامل مشخصات بیمار، نوع حادثه و میزان تماس با منبع پرتویی.
- ثبت دقیق تمامی اقدامات پرستاری، داروها و وضعیت بالینی بیمار در فرم‌های مخصوص.
- گزارش‌دهی به مراجع مسئول مدیریت بحران و تیم پزشکی.

۸- آموزش کارکنان و تمرین

- برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی در زمینه مراقبت پرتویی برای پرستاران.
- اجرای تمرینات عملی و شبیه‌سازی حوادث پرتویی جهت افزایش آمادگی تیم درمانی.

۹- منابع و مستندات مرتبط

- دستورالعمل‌های وزارت بهداشت در مدیریت حوادث پرتویی
- استانداردهای سازمان بین‌المللی انرژی اتمی (IAEA) در زمینه حفاظت پرتویی
- راهنمای WHO برای مدیریت بهداشت در حوادث پرتویی

مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث زیستی

هدف

ارائه راهنمایی‌های استاندارد و علمی به پرستاران جهت مراقبت ایمن، موثر و جامع از بیماران در مواجهه با حوادث زیستی، به منظور کاهش انتقال بیماری، حفظ سلامت بیماران و کارکنان به منظور بهبود کیفیت خدمات درمانی.

تعاریف کلیدی

- حادثه بیولوژیک: رخدادی که منجر به انتشار عوامل زیستی (ویروس، باکتری، قارچ یا سموم بیولوژیک) شود.
- PPE: تجهیزات حفاظت فردی شامل لباس، ماسک، دستکش، محافظ چشم و... که از انتقال عوامل بیولوژیک جلوگیری می‌کند.
- ایزوله: جداسازی بیمار مبتلا به بیماری واگیردار به منظور جلوگیری از انتشار بیماری به دیگران

اصول کلی مراقبت پرستاری در حوادث زیستی

- استفاده صحیح و کامل از تجهیزات حفاظت فردی (PPE) برای حفظ ایمنی خود و دیگران.
- شناسایی سریع بیماران مشکوک و قرار دادن آن‌ها در ایزوله مناسب.
- پایش مستمر وضعیت بالینی بیمار و علائم حیاتی.
- پیشگیری از انتقال بیماری به پرسنل و سایر بیماران از طریق رعایت بهداشت دست و استانداردهای کنترل عفونت.
- همکاری و هماهنگی با تیم‌های کنترل عفونت و مدیریت بحران.

ترباژ در بلایای بیولوژیک:

- غربالگری علائم عفونت: تب، لرز، سرفه، اسهال، راش وضعف ناگهانی
- استفاده از ایزولاسیون سریع برای بیماران مشکوک
- گزارش فوری به واحد کنترل عفونت

اقدامات پرستاری:

۱- آماده سازی محیط و تجهیزات

- استفاده از PPE مناسب شامل ماسک های N95 یا معادل، دستکش، لباس محافظ، محافظ چشم و کلاه.
- ارزیابی و تشخیص عامل بیولوژیکی
- آماده سازی اتاق ایزوله با فشار منفی در صورت امکان.
- تامین مواد ضد عفونی کننده مناسب و تجهیزات دفع ایمن زباله های عفونی.

۲- ارزیابی اولیه بیمار

- ارزیابی سریع علائم بالینی شامل تب، سرفه، تنگی نفس، ضایعات پوستی یا هر علامت مرتبط با بیماری بیولوژیک.
- بررسی سابقه تماس با منابع آلوده یا محیط های پرخطر.
- ثبت کامل داده های بالینی و تاریخچه تماس.

۳- اجرای اقدامات حفاظتی و ایزوله

- قرار دادن بیمار در اتاق ایزوله مناسب و اطلاع رسانی به کلیه اعضای تیم درمان.
- استفاده صحیح از PPE قبل، حین و بعد از تماس با بیمار.
- محدود کردن تعداد افرادی که با بیمار تماس مستقیم دارند.

۴- مراقبت بالینی و پایش مستمر

- پایش علائم حیاتی هر ۴ ساعت یا بر اساس دستور پزشک.
- کنترل و مدیریت علائم بیماری (تب، درد، تنگی نفس و غیره) با داروها و مراقبت های حمایتی.
- مراقبت از وضعیت تغذیه و هیدراتاسیون بیمار.
- ارزیابی و مدیریت عوارض احتمالی بیماری یا درمان.
- اجرای پروتکل های درمانی

۵- آموزش و حمایت روانی

- آموزش بیمار و خانواده درباره بیماری، نحوه انتقال و اقدامات پیشگیرانه.
- ارائه حمایت روانی جهت کاهش اضطراب و استرس ناشی از بیماری و شرایط ایزوله.

۶- نکات ایمنی و پیشگیری

- رعایت کامل دستورات کنترل عفونت و ضدعفونی مکرر سطوح و تجهیزات.
- دفع ایمن زباله‌های عفونی طبق دستورالعمل‌های بهداشتی.
- آموزش مداوم پرستاران در زمینه بیماری‌های بیولوژیک و استفاده از PPE.
- انجام واکسیناسیون‌های لازم برای پرسنل به‌ویژه علیه بیماری‌های قابل پیشگیری.

۷- مستندسازی

- ثبت دقیق تمامی اقدامات انجام شده، وضعیت بالینی بیمار و استفاده از PPE.
- مستندسازی آموزش‌های ارائه شده به بیمار و خانواده.
- گزارش‌دهی به مسئولین مربوطه و واحد کنترل عفونت.

۸- آموزش کارکنان و تمرین

- برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی و مکرر در زمینه بیماری‌ها و پاندمی‌ها بیولوژیک آینده و مدیریت حوادث.
- انجام تمرینات شبیه‌سازی شده برای آماده‌سازی پرستاران در مواجهه با بحران‌های بیولوژیک.

مراقبت پرستاری از بیماران در حوادث انفجاری Explosive

هدف

ارائه دستورالعمل‌های علمی و عملی به پرستاران برای مراقبت مؤثر، ایمن و سازمان‌یافته از بیماران در شرایط حوادث کشتار جمعی با سلاح‌های انفجاری، با هدف کاهش مرگ‌ومیر، حفظ سلامت پرستاران و بهینه‌سازی منابع محدود در شرایط بحرانی.

تعاریف واژگان کلیدی

- حادثه انفجاری: رخدادی با تعداد بالای قربانیان و مصدومین که نیاز به واکنش سریع و مدیریت منابع دارد.
- تریاژ: فرایند اولویت‌بندی بیماران براساس شدت آسیب و احتمال بقاء جهت تخصیص بهینه منابع درمانی.
- تجهیزات حفاظت فردی (PPE): لباس‌ها و وسایل حفاظتی برای پیشگیری از انتقال بیماری و حفاظت از پرسنل

اصول کلی مراقبت پرستاری

- حفظ ایمنی خود و تیم درمان با رعایت کامل استفاده از تجهیزات حفاظت فردی (PPE).
- اجرای سریع و دقیق فرایند تریاژ جهت تعیین اولویت‌های درمانی.
- حفظ کرامت انسانی و ارائه مراقبت‌های پرستاری حتی در شرایط بحرانی.
- همکاری و هماهنگی مستمر با تیم‌های پزشکی، امدادی و امنیتی.
- ثبت دقیق اطلاعات بالینی و عملکرد پرستاری در هر مرحله.

اقدامات پرستاری

۱- آماده‌سازی و واکنش اولیه

- تجهیز خود به PPE کامل متناسب با نوع حادثه و خطرات محیطی.
- حضور در محل تعیین‌شده برای واکنش سریع و پیروی از دستورالعمل‌های فرماندهی بحران.
- آگاهی کامل از نقشه محل حادثه و نقاط خطر احتمالی.

۲- ارزیابی و تریاژ بیماران

- انجام سریع ارزیابی اولیه بیماران (ABCDE): راه هوایی، تنفس، گردش خون، وضعیت عصبی، آسیب‌ها.
- دسته‌بندی بیماران بر اساس اولویت‌های درمانی (قرمز، زرد، سبز، سیاه).
- ارجاع بیماران بحرانی به واحدهای مراقبت ویژه یا انتقال به مراکز تخصصی.

۳- مراقبت‌های بالینی فوری

- کنترل خونریزی‌های شدید با استفاده از فشار مستقیم در نواحی فشاری، آتل‌بندی و اقدامات اضطراری.
- تثبیت وضعیت تنفسی با استفاده از اکسیژن‌درمانی و انجام اقدامات برای برقراری تهویه موثر در صورت نیاز.
- پایش علائم حیاتی و سطح هوشیاری به صورت مداوم.
- مدیریت درد و مراقبت از زخم‌ها و شکستگی‌ها و قطع عضو احتمالی در صورت امکان ترمیم و پیوند اولیه عضو با رعایت اصول استریل. مدیریت عضو صدمه دیده در اثر انفجار (نوع اول تا نوع چهارم)

۴- حفظ کرامت و حمایت روانی

- اطلاع‌رسانی شفاف و صادقانه به بیماران و خانواده‌ها در حد امکان.
- حفظ حریم خصوصی بیماران حتی در شرایط ازدحام.
- ارائه حمایت روانی اولیه، برای کاهش استرس و اضطراب.

۵- هماهنگی و ارتباطات

- ارتباط مؤثر و مستمر با تیم‌های امداد، پزشکی، امنیتی و پشتیبانی
- اطلاع‌رسانی دقیق به مسئولان بحران و ثبت مستندات مربوطه.
- شرکت در جلسات هماهنگی روزانه و تبادل اطلاعات حیاتی.

۶- نکات ایمنی و پیشگیری

- رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی برای پیشگیری از انتقال عفونت.
- استفاده صحیح از تجهیزات حفاظتی و تعویض آن‌ها در صورت آلودگی.
- نظافت و ضدعفونی مکرر محیط و تجهیزات درمانی.
- رعایت ایمنی فردی و جلوگیری از خستگی و فرسودگی شغلی.

۷- مستندسازی

- ثبت کامل و دقیق اطلاعات بالینی، اقدامات انجام شده، مصرف داروها و تجهیزات.
- نگهداری اسناد تریاژ و گزارش‌های حادثه برای ارزیابی‌های بعدی.
- گزارش‌دهی به واحد کنترل عفونت و مدیریت بحران.

۸- آموزش کارکنان و تمرین

- شرکت در دوره‌های آموزشی مرتبط با مراقبت در حوادث کشتار جمعی.
- تمرین‌های شبیه‌سازی جهت آمادگی در شرایط واقعی.
- آموزش مکرر استفاده صحیح از تجهیزات حفاظتی و اصول تریاژ.

مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سندرم لهشدهگی Crush Syndrome

هدف

ارائه راهنمای جامع و کاربردی برای پرستاران جهت ارزیابی، مداخله، مراقبت، پیشگیری از عوارض و ارجاع به موقع بیماران مبتلا به سندرم لهشدهگی.

دامنه کاربرد

این فرآیند برای کلیه پرستاران شاغل در اورژانس، اتاق عمل، ICU، نقاهتگاهها، مراکز مدیریت بحران، تیمهای سلامت اعزامی و بیمارستانهای پذیرنده بیماران ترومایی تدوین شده است.

تعاریف کلیدی

- سندرم لهشدهگی: مجموعه‌ای از علائم سیستمیک که در اثر آسیب عضلانی شدید و رهاسازی محتویات سلولی به داخل گردش خون ایجاد می‌شود
- رابدومیولیز: تخریب بافت عضلانی اسکلتی که منجر به آزادسازی میوگلوبین و پتاسیم در خون می‌شود.
- آسیب کلیوی حاد AKI: یکی از عوارض اصلی سندرم لهشدهگی ناشی از رسوب میوگلوبین در کلیه
-

مسئولیت‌ها

نقش	مسئولیت
پرستار اورژانس	ارزیابی اولیه، برقراری خط وریدی، کنترل علائم حیاتی، کنترل جذب و دفع، شروع احیای مایع
پرستار بخش ICU	مانیتورینگ دقیق، مراقبت کلیوی، کنترل الکترولیت‌ها (سدیم و پتاسیم) و ثبت مستمر علائم افزایش الکترولیت
پرستار تیم اعزامی	اقدامات اولیه در محل حادثه، انجام ارزیابی سریع، شروع مایعات و هماهنگی برای ارجاع

اقدامات پرستاری :

۱-ارزیابی اولیه:

- بررسی تاریخچه حادثه (مدت زمان تحت فشار بودن عضو)
- ارزیابی سطح هوشیاری (GCS)
- بررسی نبض، فشارخون، ضربان قلب، تنفس و دمای بدن
- معاینه ناحیه له شده از نظر ورم، کبودی، سفتی و تغییر رنگ
- ثبت علائم اختلال کلیوی (ادرار تیره یا کم)

۲- اقدامات اولیه:

- شروع سریع احیای مایع با نرمال سالین ۱ لیتر در ساعت (در ۶ ساعت اول پس از آزادسازی عضو) از زیر آوار
- برقراری ۲ مسیر وریدی بزرگ
- عدم تأخیر در تزریق مایعات حتی پیش از تخلیه آوار
- در موارد شدید، آلكالین سازی (افزایش PH) و قلیایی کردن ادرار با بی کربنات سدیم به منظور پیشگیری از آسیب کلیوی طبق پروتکل
- نظارت بر پتاسیم خون جهت پیشگیری از ایست قلبی (پایش دقیق نوار قلب از نظر هایپرکالمیا)

۳- پایش مستمر:

- پایش علائم حیاتی هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه و پایش نوار قلب در صورت امکان
- کنترل دقیق حجم و کیفیت ادرار
- بررسی نتایج آزمایشات: BUN، کراتینین، پتاسیم، CPK، ABG

۴- مراقبت از ناحیه آسیب دیده:

- بالا نگه داشتن اندام آسیب دیده هم سطح قلب
- عدم استفاده از کمپرس در قسمت آسیب دیده
- کنترل خونریزی احتمالی در مجاور قسمت آسیب دیده
- پیشگیری از عفونت (ضد عفونی، پانسمان)

۵- حمایت کلیوی:

- بررسی دقیق جذب و دفع بیمار و گزارش فوری نشانه های AKI از جمله تغییر رنگ و کاهش حجم ادرار به پزشک و در صورت لزوم هماهنگی جهت ارجاع فوری به نفرولوژیست
- در صورت لزوم، دیالیز فوری طبق نظر پزشک

۶- پیشگیری از هایپرکالمی:

- تزریق گلوکز- انسولین (گلوکز + انسولین: ۲۵ گرم از محلول گلوکز ۵۰ درصد به همراه ۱۰ واحد انسولین رگولار طی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه)، کلسیم گلوکونات (تجویز ۱۰ میلی لیتر محلول گلوکونات کلسیم ۱۰ درصد یا ۵ تا ۱۰ میلی لیتر کلرید کلسیم ۱۰ درصد طی مدت ۲ تا ۵ دقیقه. با توجه به مدت اثر کوتاه محلول های کلسیم (۲۰ تا ۴۰ دقیقه) باید

سریعاً برای تخلیه اضافه بار پتاسیم اقدام لازم را آغاز شود)، یا نبولایزر سالبوتامول ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم طی ۱۵ دقیقه. انمای کای اگزالات: ۱۵ تا ۵۰ گرم به همراه سوربیتول خوراکی یا انمای سوربیتول. همودیالیز (اگر از ابتدا امکان همودیالیز فوری و اورژانسی وجود دارد، از روش های شیفته پتاسیم مانند گلوکز + انسولین یا تجویز بیکربنات استفاده نکنید و حتما رزین تبادل یونی طبق تجویز پزشک در دسترس انجام شود)

- پایش ECG برای مشاهده علائم قلبی هایپرکالمیا

۷- حمایت روانی:

- آرام سازی بیمار
- اطلاع رسانی مناسب به خانواده و همراهان در خصوص وضعیت بیمار
- ارجاع به روان پزشک در صورت نیاز (در فاز نقاهت)

۸- هشدارها و احتیاطات ویژه:

- تأخیر در شروع مایع درمانی خطرناک ترین عامل مرگ در Crush Syndrome است.
- آزادسازی عضو گرفتار بدون شروع مایع درمانی، ممکن است به ایست قلبی ناگهانی منجر شود.
- توجه به علائم پنهان هیپرکالمی مانند ضعف، تهوع، آریتمی الزامی است.

۹- مستندسازی:

- ساعت وقوع حادثه و شروع درمان
- میزان و نوع مایعات تزریق شده
- علائم حیاتی و تغییرات آن
- ثبت تصمیمات درمانی پزشک و همکاری های بین بخشی

مراقبت پرستاری در سندرم کمپارتمان Compartment Syndrome

هدف

پایش، مداخله و حمایت از بیماران مشکوک یا مبتلا به سندرم کمپارتمان بر اساس اصول مراقبت پرستاری استاندارد جهت پیشگیری از ناتوانی قطع عضو یا مرگ.

دامنه کاربرد: این فرآیند برای کلیه پرستاران شاغل در بخش ها/ واحدهای زیر کاربرد دارد:

- اورژانس پیش بیمارستانی
- اورژانس بیمارستانی
- بخش های بستری و ICU ها
- نگاهتگاه ها و مراکز مراقبت بحران

تعاریف کلیدی

- سندرم کمپارتمان: افزایش غیرقابل جبران فشار داخل فضای فاشیای عضله که به اختلال خون رسانی و آسیب بافتی منجر می شود.
- فاشیوتومی: عمل جراحی برای باز کردن فاشیای عضلانی جهت کاهش فشار داخلی
- ۶:۶۶: شش علامت بالینی اصلی: درد شدید، رنگ پریدگی، بی حسی، فقدان نبض، فلج حرکتی و فشار موضعی
-

مسئولیت ها

نقش	شرح وظایف
پرستار اورژانس	شناسایی علائم اولیه، اطلاع رسانی سریع به پزشک، پایش مستمر علائم
پرستار بخش ارتوپدی/ ICU	مراقبت پس از فاشیوتومی اورژانسی، کنترل پانسمان، پایش خون رسانی و تحرک اندام
سرپرستار	هماهنگی تیم درمان، تأمین تجهیزات، تضمین آموزش و نظارت
پرستار بحران	غربالگری میدانی، آموزش همراه بیمار، ارجاع سریع

۱- اقدامات پرستاری :

ارزیابی اولیه

- بررسی وضعیت اندام هر ۳۰ دقیقه :
 - درد غیرعادی یا شدید
 - رنگ، دما، تورم

- نبض محیطی
- حس و حرکت
- ادم و فشار موضعی هنگام لمس
- مقایسه اندام سالم و آسیب دیده
- تست حرکت غیرفعال / Passive Stretch Test
- استفاده از چک لیست ۶ps: (پیوست ۱)

۲- مداخلات پرستاری پیشگیرانه

- اطلاع فوری به پزشک هنگام مشاهده علائم هشدار
- کاهش فشار خارجی: شل کردن بانداژ، باز کردن دریچه در گچ، حذف عوامل فشارزا
- حفظ اندام در سطح هم‌راستا با قلب (نه بالاتر یا پایین‌تر)
- پایش علائم حیاتی هر ۱۵-۳۰ دقیقه
- ثبت میزان درد و پاسخ به مسکن
- عدم استفاده از کمپرس سرد یا گرم مستقیم

۳- مراقبت پرستاری بعد از فاشیوتومی

- پایش محل برش جراحی از نظر خونریزی، عفونت، ترشح
- انجام پانسمان با رعایت اصول استریل
- پایش درجه حرارت، ضربان قلب، علائم شوک
- ارزیابی بازگشت حس و حرکت اندام
- آموزش به بیمار و خانواده درباره مراقبت از زخم و فعالیت مجاز
- تهیه گزارش پرستاری دقیق از وضعیت اندام و مداخلات

۴- نکات ایمنی و هشدارها

- درد شدید علی‌رغم دریافت مسکن، نشانه اولیه و مهم سندرم کمپارتمان است.
- تاخیر بیش از ۶ ساعت در درمان منجر به نکروز عضلانی غیرقابل برگشت خواهد شد.
- وجود نبض محیطی، تشخیص را رد نمی‌کند. باید به سایر علائم ۶ps توجه شود.
- هر گچ یا بانداژ تنگ در بیمار آسیب‌دیده باید تحت پایش مداوم باشد.
- استفاده از فشارسنج کمپارتمان در مراکز مجهز توصیه می‌شود.

۵- مستندسازی

- ثبت دقیق زمان شروع علائم
- ثبت تغییرات در PS ۶ در هر نوبت پایش
- اقدامات پرستاری انجام شده با زمان دقیق
- ثبت جزئیات مشاهدات پس از فاشیوتومی
- مستندسازی آموزش های ارائه شده به بیمار/خانواده

▪ نکته کمپارتمان های شکمی که حاصل تروماهای غیرنافذ شکمی است، دیگر در حیطه جراحی های ارتوپدی نیست و الزاماً پس از ضربه غیر نافذ و خونریزی های پنهان شکمی رخ می دهد که در حیطه جراحی اورژانسی شکم محسوب می شود و فوق العاده خطرناک است و باید سریع به اتاق عمل انتقال یابد.

مراقبت پرستاری از ترومای نافذ قفسه سینه

هدف

ارائه مراقبت های پرستاری موثر، ایمن و مبتنی بر شواهد در مواجهه با ترومای نافذ قفسه سینه با هدف پیشگیری از ورود هوا به فضای پلور، کاهش مرگومیر و پیشگیری از عوارض و بهبود نتایج بالینی

دامنه کاربرد

- اورژانس های بیمارستانی
- بخش ها و ICU ها
- صحنه حادثه توسط تیم های پیش بیمارستانی
- نقاهتگاه ها و مراکز مراقبت بحران

تعاریف کلیدی

- ترومای نافذ قفسه سینه: ورود یک جسم به درون حفره قفسه سینه که باعث آسیب به ساختارهای داخلی از جمله ریه، قلب یا عروق می شود.
- پنوموتوراکس باز: ورود هوا از محیط به فضای پلورال به واسطه زخم باز دیواره قفسه سینه.

- پنوموتوراکس بسته (زخم مکنده) که می تواند منجر به تامپوناد قلبی بشود.
- تامپوناد قلبی: تجمع مایع یا خون در فضای پریکارد که مانع پُرسدن قلب و گردش خون می‌شو

مسئولیت‌ها

نقش	شرح وظایف
پرستار اورژانس	شناسایی فوری، اقدامات تثبیتی اولیه، آماده‌سازی برای مداخلات پیشرفته
پرستار بخش و ICU	پایش علائم حیاتی، مراقبت پس از جراحی، ارزیابی وضعیت تنفسی و همودینامیک کمک به بررسیهای رادیولوژی
سرپرستار	هدایت تیم پرستاری، تأمین منابع، نظارت بر عملکرد
پرستار پیش‌بیمارستانی یا تیم بحران	پانسمان زخم، اکسیژن درمانی، ارجاع فوری، ثبت اطلاعات اولیه

اقدامات پرستاری :

۱- ارزیابی اولیه

- بررسی سطح هوشیاری AVPU یا GCS
- بررسی راه هوایی، شاخص های تنفس و گردش خون
- مشاهده محل زخم: نوع، محل، خونریزی، بیرون زدگی اعضا
- بررسی علائم پنوموتوراکس (سیانوز، تنفس سطحی، صدای تنفسی کاهش یافته گاهی گاسپینگ و تنفس با الگوی آپنوستیک)
- لمس تراشه و بررسی جابه‌جایی آن
- بررسی صدای قلبی، فشار خون و نبض
- استفاده از چکلیست ABCDE در ارزیابی تروما

۲- مداخلات پرستاری اورژانسی

- حفظ راه هوایی با مانور یا وسایل کمکی OPA/NPA
- تجویز اکسیژن با حجم بالا
- استفاده از پانسمان سه‌طرفه برای پنوموتوراکس باز
- کنترل خونریزی با فشار مستقیم
- عدم خارج کردن جسم تیز فرو رفته (در صورت وجود) و تثبیت آن با پانسمان های حمایتی با لیوان کاغذی
- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته (در صورت عدم شوک)
- پایش علائم حیاتی هر ۵-۱۵ دقیقه

- آماده‌سازی برای تصویربرداری یا Chest tube
- اطلاع سریع به پزشک اورژانس/جراح و ثبت زمان

۳-مراقبت پس از مداخله یا جراحی

- مراقبت از محل ورود Chest tube یا زخم جراحی
- پایش تخلیه لوله سینه (رنگ، مقدار، پیوستگی هوا)
- کنترل درد بیمار و ارزیابی اثر دارو
- پایش علائم عفونت: تب، ترشحات چرکی، التهاب محل، تغییر رنگ
- مانیتورینگ مداوم تنفس، اشباع اکسیژن و فشار خون
- آموزش به بیمار در مورد مراقبت از زخم، تنفس عمیق، سرفه مؤثر
- تشویق به تحرک زود هنگام (در صورت مجاز بودن)

نکات ایمنی و هشدارها

- در صورت مشاهده زخم باز قفسه سینه با تنفس حباب‌دار، احتمال پنوموتوراکس باز زیاد است-پانسمان سه‌طرفه فوری (یک طرف پانسمان چسب نزده و باز باشد)
- در صورت مشاهده افت ناگهانی فشار خون، وریدهای گردنی پر و صدای قلبی ضعیف، شک به تامپوناد قلبی را افزایش می‌دهد.
- خارج کردن جسم فرو رفته توسط پرستار ممنوع است.
- تأخیر در Chest tube گذاری یا جراحی منجر به آتلکتازی و مرگ می‌شود.

مستندسازی پرستاری

- زمان شروع علائم و ارزیابی اولیه ABC
 - محل دقیق و ویژگی زخم (اندازه، عمق، ترشح، خونریزی)
 - اقدامات پرستاری انجام‌شده (پانسمان، اکسیژن، دارو، مراقبت از چست تیوپ و سایر اتصالات، خونریزی)
 - تغییرات علائم حیاتی و پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده
 - ثبت اطلاعات گزارش شده به پزشک و زمان ارجاع
 - ثبت اطلاعات اعزام، ارجاع، انتقال و یا مرگ بیمار طبق دستورالعمل‌های ابلاغی
- ثبت گزارش تحویل شیفت

روش انجام پانسمان سه‌طرفه (Three-Sided Occlusive Dressing)

تعریف و اهمیت: پانسمان سه‌طرفه یکی از روش‌های حیاتی اولیه است که در مدیریت ترومای نافذ قفسه سینه که منجر به پنوموتوراکس باز (Open Pneumothorax) می‌شود، استفاده می‌گردد. این نوع پانسمان به کاهش ورود هوا به فضای پلور از طریق زخم کمک کرده و از تبدیل پنوموتوراکس باز به پنوموتوراکس فشاری (Tension Pneumothorax) که تهدیدکننده حیات است، پیشگیری می‌کند.

اهداف پانسمان سه‌طرفه:

- جلوگیری از ورود هوا از محیط به فضای پلور
- اجازه خروج هوای داخل قفسه سینه از زخم هنگام بازدم
- حفظ تهویه نسبی ریه‌ها تا زمان انجام مداخله تخصصی (Chest Tube یا جراحی)

وسایل مورد نیاز:

پانسمان غیرقابل نفوذ (مثلاً گاز وازلین استریل، چسب ضد حساسیت، دستکش استریل، قیچی در صورت نیاز)

مراحل انجام پانسمان سه‌طرفه:

۱- ارزیابی زخم

- بیمار را در وضعیت نیمه‌نشسته یا خوابیده قرار دهید (در صورت عدم وجود شوک).
- زخم را به آرامی بررسی کرده، در صورت وجود جسم نافذ، آن را خارج نکنید.
- اطراف زخم را تمیز کنید (در صورت امکان و بدون تأخیر).

۲- آماده‌سازی پانسمان

یک پانسمان ضد نفوذ (مثلاً بسته پلاستیکی استریل) را بردارید و آن را به‌طور کامل روی زخم قرار دهید.

۳- چسباندن پانسمان

- سه طرف پانسمان را با چسب به پوست بچسبانید (مثلاً بالا، پایین، و یک سمت).
- یک طرف پانسمان را باز بگذارید تا هوا بتواند از آن خارج شود.

۴- نظارت بر علائم حیاتی

- وضعیت تنفس، رنگ پوست، سطح هوشیاری، اشباع اکسیژن و فشار خون را هر ۵-۱۵ دقیقه کنترل کنید.
- در صورت بروز علائم پنوموتوراکس فشاری (تنگی نفس شدید، افت فشار خون، وریدهای گردنی برجسته)، پانسمان را فوراً باز کنید تا هوا تخلیه شود.

هشدارهای مهم پرستاری:

- پانسمان چهارطرفه ممنوع است؛ ممکن است باعث تجمع هوا و فشار روی قلب و ریه‌ها شود.
- پانسمان سه‌طرفه یک اقدام موقتی است و بیمار باید به سرعت برای Chest Tube یا جراحی ارجاع داده شود.
- به بیمار آرامش دهید و او را از حرکت غیرضروری بازدارید.

مدل ABCDE

یکی از کلیدی‌ترین اصول در ارزیابی اولیه بیماران تروما است و برای شناسایی سریع و مدیریت مشکلات حیاتی به کار می‌رود.

Airway – A راه هوایی با کنترل ستون فقرات گردنی

- بررسی باز بودن راه هوایی (آیا بیمار قادر به صحبت است؟ صدای خرخر (استریدور) وجود دارد؟)
- پاک‌سازی راه هوایی از ترشحات، خون، جسم خارجی
- تثبیت ستون فقرات گردنی (در تروما فرض را بر آسیب گردن بگذارید)
- استفاده از مانورهای مناسب Jaw thrust و تجهیزات Airway، محافظ گردنی C-Collar

Breathing – B تنفس

- بررسی حرکت قفسه سینه، الگوی تنفس، صدای تنفسی، اشباع اکسیژن با پالس اکسیمتری
- بررسی آسیب‌های قفسه سینه (مثلاً پنوموتوراکس، هموتوراکس)
- تجویز اکسیژن در صورت نیاز (ماسک، آمبویگ)
- حمایت تنفسی در صورت نیاز (ونتیلایسون دستی یا مکانیکی)

Circulation – C گردش خون و خونریزی

- بررسی نبض، فشار خون، رنگ پوست، پرشدن مویرگی (کمتر از ۲ تا ۳ ثانیه)
- کنترل خونریزی‌های خارجی با فشار مستقیم، تورنیکه
- ارزیابی علائم شوک (بی‌قراری، تعریق، نبض تند، کاهش فشار)
- برقراری دسترسی وریدی، تجویز مایعات

Disability – D وضع سطح هوشیاری

- ارزیابی سطح هوشیاری با AVPU یا GCS

– Alert: A: هوشیار

– Responds to Voice: V: پاسخ به صدا

– Responds to Pain: P: پاسخ به درد

– Unresponsive: U: بی‌پاسخ

- بررسی اندازه و واکنش مردمک‌ها

- توجه به علائم آسیب مغزی یا نخاعی

Exposure & Environment control – E نمایش و بررسی کامل بدن و کنترل محیط

- بیمار کاملاً دیده شود تا آسیب‌های پنهان شناسایی شود.
- به دوطرفه بودن (قرینه بودن اعضا بدن) توجه شود.
- کنترل دمای بدن (درمان هایپوترمی)، حفظ حریم خصوصی

- جابجایی و انتقال سرو گردن و تنه باهم، همزمان و در یک راستا (Log roll) با کمک چند نفر، هنگام مشاهده آسیب ستون فقرات مخصوصاً ستون فقرات گردنی (CSI)

مراقبت پرستاری از بیمار دچار ترومای نافذ شکم و لگن

هدف

ارزیابی، تریاژ، مراقبت فوری و آماده‌سازی بیمار از دچار ترومای نافذ شکم و لگن برای اقدامات درمانی بمنظور کاهش عوارض، پیشگیری از مرگ و تسهیل ارجاع به سطوح بالاتر درمانی

دامنه کاربرد

پرستاران شاغل در اورژانس، مناطق بحران‌زده، تریاژ صحرایی، مراکز سطح اول سلامت حوادث پرتلفات MCI، جنگ، زلزله و مأموریت‌های امدادی

تعاریف

- ترومای نافذ شکم و لگن: آسیبی که ناشی از ورود جسمی خارجی (چاقو، گلوله، ترکش و...) به حفره شکمی یا لگنی است و منجر به پاره شدن پوست و ساختارهای داخلی می‌شود.
- شکستگی ناپایدار لگن: آسیب به ساختارهای لگنی که ممکن است منجر به خونریزی شدید داخلی شود.

اقدامات پرستاری :

۱- ارزیابی اولیه (ABCDE)

مرحله	اقدام پرستاری	نکته کلیدی
A- راه هوایی	بررسی انسداد راه هوایی، صدای تنفس، سطح هوشیاری	باز نگه داشتن راه هوایی یا محافظت از نخاع گردنی
B- تنفس	بررسی تعداد، عمق و الگوی تنفس	پایش اشباع اکسیژن
C- گردش خون	ارزیابی نبض، فشار خون، خونریزی فعال	کنترل خونریزی، تعبیه راه وریدی
D- وضعیت عصبی	بررسی GCS، واکنش مردمک‌ها	بررسی خونسازی مغزی
E- بررسی کامل بدن	مشاهده شکم، لگن، خونریزی، بیرون زدگی احشاء، بررسی علائم پریتونیت، هماتوم	بررسی علائم تغییر رنگ پوست، گاردینگ شکم، درد شدید و نفخ شکم

۲-مراقبت اولیه پرستاری

• درمان شوک احتمالی:

- بیمار را در وضعیت طاق باز با اندام تحتانی بالا قرار دهید (شوک پوزیشن) Trendelenburg
- دو مسیر وریدی بزرگ برقرار کنید؛ انفوزیون سریع مایعات کریستالوئید (Ringer Lactate هنگام اسیدوز احتمالی یا نرمال سالین).

- در صورت وجود شوک و خونریزی شدید، هماهنگی لازم را برای انتقال خون و ارجاع سریع انجام دهید.

• کنترل زخم نافذ شکم:

- خارج نکردن جسم نافذ (در صورت باقی ماندن در بدن).
- پوشاندن زخم با پانسمان استریل مرطوب (در صورت بیرون زدگی احشاء)، به صورت شل و غیر فشاری.
- عدم فشار مستقیم روی زخم نافذ.
- اصلاح وضعیت بیمار (سر بیمار کمی بالاتر، پاها جمع شده به سمت شکم)

• مراقبت از زخم نافذ لگن:

- در صورت خونریزی خارجی، پانسمان فشاری با گاز استریل.
- بی حرکت سازی لگن با بستن لگن بند یا Sheet Wrapping یا جانکشنال تورنیکه
- پایش علائم خونریزی داخلی (کاهش سطح هوشیاری، تعریق، نبض سریع، رنگ پریدگی).
- مراقبت از ترومای غیر نافذ در پرتاب شدگی، سقوط و موج انفجار و انجام (EPL) و ارجاع اورژانسی به

اتاق عمل

• پایش و ثبت:

- پایش مکرر علائم حیاتی هر ۵ تا ۱۵ دقیقه.
- ثبت کامل شرح حال، علائم بالینی و اقدامات انجام شده.
- آماده سازی برای سونوگرافی سریع و قابل حمل fast

۳- اقدامات حمایتی و آماده سازی برای ارجاع

- تهیه نمونه خون برای CBC، تعیین گروه خونی و کراس مچ
- NPO در بیماران کاندید جراحی
- سوند گذاری ادراری و بررسی وضعیت ادرار
- گذاشتن NGT (ترجیحا)
- هماهنگی با تیم جراحی یا ارجاع اورژانس
- حمایت روانی بیمار و اطرافیان

۴- هشدارهای حیاتی پرستاری

- تغییر ناگهانی سطح هوشیاری، افت فشار، افزایش یا کاهش ضربان قلب خونریزی داخلی شدید (شوک قریب الوقوع)
- در ترومای لگن، لمس داخلی واژینال یا رکتال تنها توسط پزشک مجرب انجام شود
- در بیرون زدگی احشاء، هرگز احشاء را به داخل باز نگردانید
- در صورت فرورفتن جسم خارجی در شکم، خارج نشود

۵- ملاحظات اخلاقی و ایمنی

- حفظ حریم خصوصی بیمار در حین بررسی و درمان
- احترام به کرامت انسانی در بحران
- مدیریت ثبت اطلاعات محرمانه

مراقبت پرستاری از خونریزی در بحران

اهداف

- کنترل سریع خونریزی
- پیشگیری از شوک هموراژیک
- حفظ و پایش علائم حیاتی
- آماده سازی بیمار برای انتقال به مرکز درمانی تخصصی
- ثبت دقیق وضعیت و اقدامات انجام شده

دامنه کاربرد: این فرآیند برای پرستاران اورژانس، مراکز درمانی صحرایی و تیم‌های امداد در بحران کاربرد دارد.

اصول کلی مراقبت پرستاری از خونریزی در بحران

- ارزیابی محل و شدت خونریزی
- فشار مستقیم و مداوم روی محل خونریزی بجز در موارد ممنوعیت فشار مستقیم
- استفاده از بانداز فشاری و بالا نگه داشتن عضو آسیب دیده (در صورت امکان)
- استفاده از آتل برای بی حرکت سازی عضو در صورت لزوم
- استفاده از تورنیکه در خونریزی های شدید و غیر قابل کنترل با رعایت اصول کاربرد تورنیکه
- پایش علائم حیاتی (فشار خون، نبض، رنگ پوست، سطح هوشیاری)

- شروع مایعات وریدی و فراورده های خونی طبق دستور پزشک (در صورت دسترسی)
- آماده سازی برای انتقال سریع به مراکز تخصصی در صورت خونریزی شدید یا غیرقابل کنترل
- ثبت دقیق وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده

طبقه بندی خونریزی ها و اقدامات پرستاری

نوع خونریزی	ویژگی ها	اقدام پرستاری فوری
خونریزی خارجی	خونریزی قابل مشاهده از زخم یا بریدگی	فشار مستقیم، پانسمان فشاری، بالا نگه داشتن عضو، کاربرد تورنیکه با رعایت اصول علمی
خونریزی داخلی	تغییر وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی یا وجود علائم شوک بدون خونریزی واضح	پایش علائم حیاتی، آماده سازی انتقال فوری، اطلاع رسانی تیم تخصصی
خونریزی شدید	خونریزی زیاد با افت فشار خون و ضعف	اقدامات اورژانسی، شروع مایعات وریدی، تماس با پزشک

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- دستکش یکبار مصرف
- گاز استریل و بانداز فشاری
- آتل برای بی حرکت سازی
- تورنیکه استاندارد
- تجهیزات برقراری راه وریدی مانند آنژیوکت با سایز مناسب
- محلول های مایعات وریدی (در صورت دسترسی)
- تجهیزات فشارسنج و تب سنج

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی کنترل نشده
- علائم شوک هایپوولمیک (کاهش فشار خون، افزایش نبض، تعریق شدید)
- خونریزی داخلی مشکوک یا شدید
- خونریزی همراه با آسیب های شدید دیگر
- زخم، سوختگی یا جراحات های عمیق

مراقبت پرستاری از بیمار دچار شکستگی‌ها

هدف

ارزیابی، تثبیت، مراقبت اولیه، پایش و ارجاع ایمن بیماران دچار شکستگی‌ها به منظور کاهش درد، پیشگیری از آسیب‌های ثانویه، و ارتقاء ایمنی بیمار.

دامنه کاربرد

- پرستاران اورژانس، درمانگاه‌های اولیه، مراکز بحران، پایگاه‌های امداد
- داوطلبان پرستاری آموزش دیده
- در حوادث پرتلفات، زلزله، جنگ، تصادفات، تجمعات انبوه

تعاریف کلیدی

- شکستگی Fracture: گسیختگی یا ترک خوردگی در ساختار طبیعی استخوان.
- شکستگی باز: شکستی که در آن پوست پاره شده و استخوان یا اجزای آن بیرون زده است.
- شکستگی بسته: پوست سالم است اما شکستگی در زیر پوست ایجاد شده.
- انواع شکستگی ساده، مورب، عرضی، ترک ای و....
- بی حرکت سازی (Immobilization): تثبیت محل شکستگی برای جلوگیری از آسیب بیشتر.

طبقه‌بندی شکستگی‌ها برای مراقبت پرستاری

نوع شکستگی	ویژگی	ملاحظات پرستاری
باز	پوست پاره شده و استخوان نمایان است	خطر عفونت بالا، نیاز به پانسمان استریل و ارجاع فوری
بسته	پوست سالم است	درد و تورم، نیاز به بی حرکت سازی
شکستگی همراه با در رفتگی	جابه جایی مفصل با یا بدون شکستگی	نیاز به تثبیت و ارجاع سریع
چندگانه	شکستگی در چند نقطه از بدن	ارزیابی برای شوک، پایش دقیق
لگن، ران، ستون فقرات	خطر خونریزی داخلی یا آسیب نخاعی	محدود کردن حرکت، عدم جابه جایی تا تثبیت تخصصی

مراحل مراقبت پرستاری در شکستگی‌ها

ارزیابی اولیه بر اساس الگوی ABCDE

گام	اقدام پرستاری
B و A	راه هوایی و تنفس را بررسی و در صورت لزوم اکسیژن دهید.
C	خونریزی، نبض، رنگ پوست و پر شدن مویرگی را ارزیابی کنید. در شکستگی‌های لگن و ران احتمال خونریزی داخلی بالا است.
E و D	سطح هوشیاری، درد، تورم، بدشکلی اندام، اختلال حسی و حرکتی بررسی شود. آسیب به نخاع در شکستگی‌های گردن و پشت محتمل است.

اصول کلی مراقبت پرستاری از شکستگی در بحران

- ارزیابی سریع محل شکستگی، درد، تورم، تغییر شکل و خونریزی
- جلوگیری از حرکت غیرضروری عضو آسیب‌دیده
- استفاده از کولار گردنی در آسیب‌های سر و گردن
- استفاده از آتل مناسب برای بی‌حرکت‌سازی عضو (چوب، پارچه یا وسایل در دسترس) در صورت احتمال آسیب ستون فقرات تخته پستی و بی‌حرکت‌سازی کلی بدن
- کنترل علائم حیاتی و بررسی علائم شوک
- مدیریت درد با داروهای مناسب طبق دستور پزشک
- حفظ گرمای بدن بیمار و جلوگیری از هایپوترمی
- ثبت دقیق وضعیت عضو و اقدامات انجام شده
- آماده‌سازی برای انتقال بیمار به مرکز تخصصی

اقدامات پرستاری اولیه

۱. بی‌حرکت‌سازی اندام مشکوک به شکستگی:
 - از اسپلینت یا آتل استفاده شود.
 - مفصل بالا و پایین محل شکستگی بی‌حرکت شود.
 - هرگونه جابه‌جایی غیرضروری ممنوع است.
۲. در شکستگی باز:
 - زخم را با گاز استریل مرطوب بپوشانید.
 - از خارج کردن جسم خارجی خودداری شود.
 - آتل‌گذاری با رعایت زخم انجام شود.

- در شکستگی بسته، آسیب مفاصل و کبودی گسترده استفاده از کمپرس سرد در ساعات اولیه
۳. کنترل درد:

- ارزیابی درد با مقیاس VAS
 - تجویز داروهای مسکن طبق دستور پزشک یا پروتکل بحران
۴. پایش گردش خون اندام آسیب دیده:
- رنگ، دما، نبض محیطی، حس و حرکت بررسی و مستندسازی شود.
 - ارزیابی برای علائم سندرم کمپارتمان (درد شدید، بی حسی، رنگ پریدگی، کاهش نبض)
۵. پوزیشن بیمار:

- بیمار را در وضعیت راحت و ایمن قرار دهید.
- در شکستگی ستون فقرات استفاده از تخت صاف همراه با گردن بند طبی C-Collar
- در شکستگی لگن یا ران بی حرکتی و تثبیت محل شکستگی با ملافه یا آتل بلند

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- آتل های آماده یا وسایل بی حرکت سازی improvisation (چوب، کارتن، پارچه)
- باند، گاز استریل، چسب پانسمان
- داروهای ضد درد و ضد التهاب (بر اساس دستور پزشک)
- دستکش یکبار مصرف، قیچی

اقدامات حمایتی و ارجاع

- علائم بیمار و اقدامات انجام شده بصورت دقیق ثبت شود
- به تیم ارجاع یا مرکز تخصصی سریع اطلاع رسانی شود.
- در موارد نیاز به انتقال هوایی یا زمینی، بی حرکت سازی کامل الزامی است
- در شکستگی های شدید یا همراه با شوک، بررسی انتهای عضو (دیستال) از نظر خونگیری، تزریق مایعات و پایش مداوم الزامی است.

هشدارها و ملاحظات پرستاری

- شکستگی باز: پانسمان استریل، خطر عفونت، خودداری از دستکاری
- درد شدید غیرقابل کنترل با بی حسی یا نبض ضعیف: احتمال سندرم کمپارتمان، ارجاع فوری
- شکستگی لگن یا ران: احتمال خونریزی شدید داخلی، محدود کردن حرکت، پایش شوک و آمبولی
- شکستگی ستون فقرات: هیچ حرکتی بدون تثبیت تخصصی انجام نشود، خطر آسیب نخاع

مستندسازی:

ثبت دقیق زمان، محل، نوع آتل و پایش علائم

آموزش به بیمار

اطلاع رسانی به بیمار (در صورت هوشیاری) / خانواده در باره اقدامات انجام شده و مراقبت های پس از ترخیص

مراقبت پرستاری از آسیب‌های سر و گردن

اهداف

- ارائه راهنمای استاندارد جهت ارزیابی
- ارزیابی، مراقبت اولیه، پایش و ارجاع ایمن بیماران دچار آسیب‌های سروگردن، پیشگیری از آسیب‌های عصبی دائمی و حفظ عملکرد حیاتی بیمار با هدف کاهش مرگ‌ومیر.

تعاریف واژگان کلیدی

- تروما به سر: آسیب به ساختارهای جمجمه، مغز یا بافت نرم سر (مانند هماتوم، شکستگی جمجمه، آسیب مغزی تروماتیک)
- تروما به گردن: آسیب به ساختارهای استخوانی (مهره‌های گردنی)، نخاع، نای، مری، رگ‌های گردنی یا پوست گردن
- آسیب نافذ: زخم باز یا ورود جسم خارجی به داخل سر یا گردن (مثلاً چاقو، ترکش یا گلوله)
- آسیب غیر نافذ: ضربه بسته ناشی از سقوط، پرت شدن، برخورد یا تصادف بدون باز شدن پوست

ملاحظات اخلاقی و آموزشی

- حفظ کرامت بیمار در حین بررسی سر و صورت
- اطلاع‌رسانی محترمانه به بیمار و خانواده در مورد اقدامات انجام‌شده
- ثبت مستندات دقیق و قانونی برای پیگیری‌های قضایی (در موارد آسیب نافذ یا درگیری فیزیکی)

طبقه‌بندی آسیب‌ها

نوع آسیب	علائم کلیدی	ملاحظات پرستاری
آسیب سطحی	کوفتگی، بریدگی، هماتوم	پانسمان، کنترل خونریزی، پایش علائم عصبی
آسیب مغزی خفیف (MTB) (کانکاشن)	گیجی، سردرد، فراموشی کوتاه‌مدت	پایش هوشیاری، آموزش علائم هشدار
آسیب مغزی متوسط تا شدید (کانتیوژن)	کاهش سطح هوشیاری، استفراغ، تشنج	کنترل راه هوایی، ارجاع سریع، مانیتورینگ علائم حیاتی، ارزیابی افزایش فشار داخل جمجمه
شکستگی جمجمه (ایجاد ترک) یا جابجا شدگی	تورم، خونریزی گوش یا بینی، نشت مایع مغزی نخاعی	پیشگیری از عفونت، عدم فشار روی محل نشت
آسیب نخاع گردنی (CSI)	بی‌حسی، فلج، اختلال در تنفس	بی‌حرکت‌سازی گردن، پایش عملکرد تنفسی، ارجاع فوری

مراحل مراقبت پرستاری بر اساس مدل ABCDE

A-راه هوایی با کنترل ستون فقرات گردنی

- اولویت اصلی: باز نگه‌داشتن راه هوایی بدون حرکت دادن گردن
- استفاده از C-collar یا تثبیت دستی ستون گردنی (در صورت عدم وجود گردنبند تثبیت کننده، تثبیت گردن با پتو کوچک یا حوله لوله شده در طرفین گردن و سپس با بانداژ در دو طرف گردن محکم گردد) (جابجایی همزمان سر و گردن)
- در صورت وجود جسم خارجی یا ترشحات در دهان، با احتیاط و بدون خم کردن گردن پاک‌سازی شود

B-تنفس

- بررسی وضعیت تنفس، استفاده از اکسیژن در صورت نیاز
- در آسیب گردنی، احتمال اختلال در تنفس (به‌ویژه آسیب مهره‌های C^۵-C^۳) و قطع کامل تنفس و مرگ
- پایش اشباع اکسیژن، الگوی تنفسی، و حرکات قفسه سینه
-

C-گردش خون

- بررسی نبض، فشار خون، رنگ پوست و پرشدن مویرگی
- کنترل خونریزی‌های قابل مشاهده در سر یا گردن با پانسمان فشاری
- در صورت مشاهده خونریزی از گوش یا بینی، از فشردن محل خودداری شود

D- سطح هوشیاری

- بررسی سطح هوشیاری با GCS و AVPU
- پایش مداوم تغییرات در سطح هوشیاری
- ارزیابی علائم افزایش فشار داخل جمجمه (استفراغ جهشی، سردرد شدید، تغییر در اندازه مردمک ها، کاهش پاسخ به نور، تغییرات بینایی)

E- در معرض مشاهده قرار دادن بدن بیمار

- بررسی کامل سر و گردن از نظر کبودی، فرورفتگی، خونریزی در دو طرف بدن (قرینه بودن اعضا)
- کنترل دمای بدن، حفظ حریم بیمار
- در صورت لزوم، ثبت محل و نوع زخم (تصویر) یا گزارش دقیق

مداخلات پرستاری کلیدی

مداخله	اقدام پرستاری
تثبیت گردن	استفاده فوری از گردنبند طبی C-collar یا تثبیت دستی توسط همراه تا زمان انتقال
پایش نورولوژیک	کنترل منظم GCS، مردمک ها، پاسخ حرکتی (استفاده از تکنیک FACE)
کنترل خونریزی	در خونریزی پوست سر: پانسمان فشاری، در زخم نافذ گردن: کنترل فشاری با حداقل جابه جایی
پیشگیری از آسپیراسیون	در بیمار بی هوش: پوزیشن ریکاوری با حفظ بی حرکتی گردن و در موارد افزایش ICP قرار دادن سر در زاویه ۳۰ درجه

هشدارهای پرستاری:

علامت	اقدام فوری
کاهش GCS بیش از ۲ امتیاز	تماس فوری با پزشک، آماده سازی برای احیاء
نشت مایع شفاف از بینی یا گوش	مشکوک به نشت CSF (علامت بتل: به صورت کبودی پشت گوش؛ علامت هالو: دوایر متحد المركز خونابه بر روی ملحفه بیمار و علامت راکون: به صورت کبودی دور چشم)، عدم فشار بر محل، آماده سازی برای ارجاع
تشنج	ایمن سازی بیمار، تجویز دارو طبق پروتکل
دیسترس تنفسی در آسیب گردنی	پشتیبانی تنفسی فوری، ارجاع به ICU یا انتقال اضطراری

مراقبت پرستاری از سوختگی در بحران

اهداف

- کنترل سریع درد و شوک ناشی از سوختگی
- پیشگیری از عفونت‌های ثانویه
- حفظ رطوبت و جلوگیری از خشک شدن پوست سوخته
- آماده‌سازی برای انتقال به مراکز تخصصی درمان سوختگی
- ثبت دقیق وضعیت بیمار و درمان‌های انجام شده

اصول کلی مراقبت پرستاری از سوختگی در بحران

- اطمینان از ایمنی محیط برای پرستار و بیمار
- ارزیابی سریع وسعت و عمق سوختگی (استفاده از قانون ۹)
- خنک‌کردن ناحیه سوخته با آب ولرم (۲۰-۱۰ درجه سانتی‌گراد) به مدت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه (در صورت امکان)
- جلوگیری از قرار گرفتن مستقیم سوختگی در معرض یخ یا آب سرد زیاد
- پوشاندن سوختگی با پانسمان استریل یا پارچه تمیز و مرطوب
- کنترل علائم حیاتی و پایش احتمال شوک (افت فشار خون، تپش قلب)
- شروع مایعات و تجویز داروها طبق دستور پزشک
- ثبت دقیق وسعت، عمق، محل و اقدامات انجام شده
- ارجاع سریع به مراکز تخصصی سوختگی در صورت سوختگی‌های وسیع یا عمیق

طبقه‌بندی سوختگی‌ها و اقدامات پرستاری

نوع سوختگی	مشخصات	اقدام پرستاری فوری
درجه ۱ (سطحی)	قرمزی، درد شدید، بدون تاول	خنک‌سازی با آب سرد و آب یخ، پانسمان ساده، کنترل درد
درجه ۲ (سطحی-عمقی)	تاول، درد زیاد، ترشح، پوست مرطوب	خنک‌سازی، پانسمان استریل مرطوب، کنترل درد، پایش عفونت، مراقبت از تاول
درجه ۳ (عمقی)	سفید یا سیاه، بدون درد (عصب‌ها آسیب دیده)، پوست خشک	جلوگیری از عفونت، پایش شوک، ارجاع فوری، مراقبت‌های تخصصی

تجهیزات پیشنهادی در بحران

- محلول نرمال سالین یا آب استریل خنک برای شستشو
- پانسمان استریل، گاز استریل، باند کشی

- دستکش یکبار مصرف، قیچی، پنس
- داروهای ضد درد و آنتی بیوتیک (بر اساس دستور پزشک)
- کپسول اکسیژن (در صورت در دسترس بودن)

موارد نیاز به ارجاع فوری

- سوختگی بیش از ۱۰٪ سطح بدن در بزرگسالان (یا ۵٪ در کودکان و سالمندان)
- سوختگی صورت، گردن، دست‌ها، پاها و ناحیه تناسلی (سوختگی سرو گردن اورژانس تنفسی محسوب می شود).
- سوختگی همراه با استنشاق دود یا مشکل تنفسی
- سوختگی درجه ۳ یا عمیق
- شوک، افت فشار خون، تغییر هوشیاری
- سوختگی الکتریکی بدون در نظر گرفتن درصد سوختگی بدلیل ایجاد سوختگی عمیق در محل ورود و خروج جریان
- سوختگی شیمیایی

مراقبت پرستاری از زخم در بحران

هدف

پیشگیری از عفونت زخم، کنترل خونریزی اولیه، کمک به بهبود سریع تر زخم، پیشگیری از گسترش آسیب بافتی و نکروز و کاهش عوارض ناشی از زخم‌های باز، عمیق یا آلوده

اصول کلی مراقبت پرستاری از زخم

- شناسایی نوع زخم: سطحی، عمقی، آلوده، زخم خردشدگی، سوراخ‌شدگی، پارگی پوست
- رعایت ایمنی فردی و استفاده از دستکش (در حد امکان)
- بررسی نشانه‌های حیاتی و وضعیت عمومی بیمار قبل از اقدام
- رسیدگی به زخم حاد، کنترل خونریزی با فشار مستقیم، بالا نگه داشتن عضو، یا استفاده از پانسمان فشاری
- شستشوی زخم با آب قابل شرب، یا نرمال سالین (در صورت در دسترس بودن)
- حذف اجسام خارجی قابل مشاهده (بدون کندوکاو عمقی)
- پانسمان ساده و خشک، با درج زمان انجام پانسمان
- مراقبت از عضو قطع شده
- ثبت وضعیت زخم و اقدامات انجام شده برای ارجاع بعدی

طبقه‌بندی ساده زخم‌ها در بحران

نوع زخم	ویژگی‌ها	اقدام پرستاری
سطحی	ساییدگی یا خراش	تمیز کردن، پانسمان ساده
بریدگی	خونریزی با لبه‌های مشخص	کنترل خونریزی، پانسمان فشاری
سوراخ‌شدگی	ناشی از اجسام نوک‌تیز	بررسی عمق، اجتناب از خارج کردن شی، ارجاع سریع
لشه‌دگی	ناشی از اجسام سنگین	بررسی خونریزی و آسیب استخوان، ارجاع فوری
آلوده	خاک، ترشحات، بوی بد	شستشو، پانسمان باز، شروع آنتی‌بیوتیک طبق نظر پزشک

تجهیزات پیشنهادی قابل حمل در بحران

- سرم نرمال سالین یا آب جوشیده سرد شده
- گاز استریل، باند، چسب پانسمان
- ست بخیه، قیچی، پنس، دستکش استریل و یکبار مصرف
- کیسه زباله بیولوژیک و سفتی باکس
- ماژیک برای ثبت ساعت پانسمان روی باند
- محلول ضد عفونی کننده دست

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی کنترل نشده
 - زخم عمیق همراه با نمایان بودن عضله یا استخوان
 - احتمال آسیب به عروق یا اعصاب
 - زخم آلوده یا همراه با علائم عفونت
 - وجود جسم خارجی فرو رفته (مانند میخ، چاقو)
- قطع عضو(توجه به شرایط نگهداری عضو قطع شده و آماده سازی جهت پیوند)

مراقبت های پرستاری در اختلالات تنفسی در شرایط بحران

هدف

شناسایی سریع نشانه‌های دیسترس تنفسی، تأمین اکسیژن و حمایت از تهویه تنفسی، پیشگیری از ایست تنفسی و عوارض هیپوکسی و تسهیل ارجاع سریع به سطح بالاتر درمان در صورت نیاز

ارزیابی و شناسایی

علائم و نشانه‌ها:

- تنگی نفس، تنفس سریع (تاکی پنه) یا آهسته (برادی پنه)
- صدای خس‌خس، استریدور یا صدای خرخر
- لب‌ها یا بستر ناخن‌ها کبود (سیانوز)
- اشباع اکسیژن زیر ۹۲٪
- استفاده از عضلات فرعی تنفسی
- اضطراب، بی‌قراری یا کاهش سطح هوشیاری

بررسی سریع: ABC

- Airway: انسداد کامل یا نسبی راه هوایی
- Breathing: الگوی تنفسی، صداها، تنفسی، اکسیژن‌رسانی
- Circulation: نبض، رنگ پوست، سطح هوشیاری

مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری

۱- باز نگه داشتن راه هوایی

- بررسی وجود جسم خارجی یا انسداد
- قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه‌نشسته تا نشسته کامل (high fowler یا fowler)
- استفاده از ساکشن در صورت نیاز

۲- حمایت از تنفس

- تأمین اکسیژن با ماسک یا نازل کاتتر با میزان مناسب
- آماده‌سازی تجهیزات تهویه دستی (آمبویگ) در صورت نارسایی تنفسی
- آماده‌سازی برای کمک‌های پیشرفته (انتوباسیون) در صورت وخامت وضعیت

۳- دارودرمانی طبق تجویز پزشک

- برونکودیلاتورها (مانند سالبوتامول)
- کورتیکواستروئیدها
- آنتی‌بیوتیک‌ها در صورت شک به عفونت
- آنتی‌هیستامین و اپی‌نفرین در واکنش‌های آلرژیک

۴- پایش مداوم

- علائم حیاتی (هر ۵ تا ۱۵ دقیقه)
- میزان اشباع اکسیژن با پالس اکسیمتر
- سطح هوشیاری و رنگ پوست

۵- مستندسازی

- ثبت علائم حیاتی و سطح اشباع اکسیژن
- اقدامات انجام‌شده، دوز و زمان داروهای تجویز شده
- پاسخ بیمار به اقدامات
- گزارش به موقع به پزشک یا سطح ارجاع بالاتر

۶- آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح اهمیت اکسیژن‌درمانی و مراقبت از دستگاه‌ها
- آگاهی‌بخشی در مورد علائم هشدار تنفسی
- پرهیز از مواجهه با عوامل محرک (آلرژن‌ها، دود، ازدحام)

مراقبت پرستاری در تشنج

اهداف

- شناسایی سریع شروع تشنج
- حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از آسیب
- کنترل و کاهش مدت زمان تشنج
- پیشگیری از عود تشنج و عوارض احتمالی
- آماده‌سازی برای انتقال جهت دریافت مراقبت‌های تخصصی در صورت نیاز

ارزیابی و شناسایی

- مشاهده دقیق علائم و نوع تشنج (موضعی، عمومی، تونیک-کلونیک) همراه با اورا (علامت اولیه) یا بدون اورا
- ارزیابی سطح هوشیاری و وضعیت تنفسی بیمار
- بررسی سابقه تشنج و بیماری‌های زمینه‌ای (گاهی بدنبال ضربه شدید به سر در اثر انفجار و...)
- پایش مستمر علائم حیاتی

مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری

۱- حفظ ایمنی بیمار

- جلوگیری از آسیب‌های ناشی از سقوط یا برخورد با اشیاء
- برداشتن اشیاء خطرناک از اطراف بیمار
- جلوگیری از وارد کردن اشیاء به دهان بیمار
- حفظ باز بودن راه هوایی با چرخاندن سر به پهلو (پوزیشن جانبی ایمن)

۲- مدیریت تشنج

- پایش زمان شروع و پایان تشنج
- در صورت طولانی شدن تشنج (بیش از ۵ دقیقه) آماده‌سازی برای تزریق داروهای ضد تشنج طبق دستور پزشک
- تأمین اکسیژن در صورت نیاز
- آماده‌سازی تجهیزات احیاء قلبی-ریوی در صورت بروز عوارض

۳- مراقبت پس از تشنج

- پایش وضعیت تنفسی و هوشیاری بیمار
- کنترل علائم حیاتی و قند خون

- آرام‌سازی بیمار و ایجاد محیطی آرام

۴- مستندسازی

- ثبت دقیق زمان و مدت تشنج
- نوع حرکات و علائم همراه
- اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار
- گزارش تغییرات وضعیت به تیم درمان

۵- آموزش به بیمار و خانواده

- آموزش شناخت علائم هشداردهنده تشنج
- اهمیت مصرف مرتب داروهای ضد تشنج
- توصیه به مراجعه سریع در صورت طولانی شدن تشنج یا بروز تشنجهای مکرر
- آموزش روش‌های پیشگیری از آسیب در زمان تشنج
- ملاحظات اخلاقی و روانی

مراقبت پرستاری در افت فشار خون در شرایط بحران

هدف

شناسایی سریع افت فشار خون و علائم همراه، انجام اقدامات فوری جهت تثبیت فشار خون، جلوگیری از آسیب اندام‌ها بدنبال کاهش خون‌رسانی و فراهم کردن شرایط مناسب برای درمان تخصصی

ارزیابی و شناسایی

- پایش مرتب فشار خون، نبض و علائم حیاتی هر ۵ تا ۱۵ دقیقه
- ارزیابی علائم بالینی افت فشار خون: سرگیجه، ضعف، تعریق سرد، رنگ پریدگی، کاهش سطح هوشیاری
- بررسی علل احتمالی افت فشار خون: خونریزی، کم‌آبی، عفونت، مصرف داروها، شوک

مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری

۱- تثبیت وضعیت بیمار

- قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده و بالا نگه داشتن پاها برای بهبود بازگشت وریدی

- حفظ راه هوایی باز و تأمین اکسیژن در صورت نیاز
- شروع سریع تزریق مایعات وریدی (سرم نرمال سالین یا رینگر لاکتات) طبق دستور پزشک

۲- پایش مکرر

- اندازه‌گیری مکرر فشار خون، نبض، تعداد تنفس و اشباع اکسیژن
- ارزیابی پاسخ بیمار به درمان مایعات
- پایش علائم حیاتی به منظور تشخیص پیشرفت یا بهبود وضعیت

۳- شناسایی و گزارش علل زمینه‌ای

- بررسی وجود خونریزی‌های داخلی یا خارجی
- ارزیابی نشانه‌های عفونت یا شوک سپتیک
- بررسی مصرف داروهای کاهش‌دهنده فشار خون یا مسکن‌ها

۴- آماده‌سازی برای مداخلات تخصصی

- آماده‌سازی و ثبت مایعات و داروهای تنگ کننده عروق (وازوپرسور) جهت حفظ حجم خون در گردش در صورت عدم پاسخ به مایعات
- هماهنگی با پزشک و تیم درمانی برای اقدامات بعدی

۵- مستندسازی

- ثبت دقیق علائم حیاتی و تغییرات آنها
- ثبت میزان و نوع مایعات تزریقی و داروهای مصرفی
- ثبت زمان شروع و پایان اقدامات و پاسخ بیمار
- گزارش فوری به پزشک در صورت بروز شرایط بحرانی یا تغییر ناگهانی

۶- آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح علائم افت فشار خون و اهمیت مراجعه سریع در صورت تکرار
- آموزش رعایت رژیم مایعات و مصرف داروها طبق دستور پزشک
- توصیه به اجتناب از تغییرات ناگهانی وضعیت بدنی (مانند برخاستن سریع)
- اجتناب از بی حرکتی طولانی در موارد مجاز به حرکت

مراقبت پرستاری در شوک

هدف

- شناسایی سریع علائم و نشانه‌های شوک
- اجرای اقدامات فوری جهت تثبیت وضعیت بیمار
- پیشگیری از آسیب بیشتر به اندام‌ها
- تسهیل انتقال سریع بیمار به سطوح بالاتر درمانی در صورت نیاز

ارزیابی و شناسایی شوک

- پایش علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تعداد تنفس، درجه حرارت) هر ۵ تا ۱۵ دقیقه
- مشاهده علائم بالینی: بی حالی، خواب آلودگی، سردی و رنگ پریدگی پوست، تعریق زیاد، تپش قلب، تاکی کاردی، کاهش سطح هوشیاری، افت فشار خون
- بررسی علل زمینه‌ای (خونریزی، مشکلات قلبی، عفونت، آسیب‌های تروماتیک، واکنش آلرژیک)

اقدامات پرستاری

۱- حفظ راه هوایی و تنفس

- اطمینان از باز بودن راه هوایی
- تأمین اکسیژن با ماسک یا کاتتر بینی براساس وضعیت بیمار
- آماده‌سازی برای تهویه مکانیکی در صورت بروز نارسایی تنفسی

۲- حمایت گردش خون

- شروع سریع تزریق مایعات وریدی (محلول‌های کریستالوئید مانند سرم نرمال سالین) در شوک های آنافیلاکسی
- جایگزین کردن مایه کلوییدی با کریستالوئیدی
- پایش دقیق فشار خون، ضربان قلب و ادرار
- دادن داروهای وازوپرسور و اینوتروپ طبق دستور پزشک

۳- کنترل درد و اضطراب

- ایجاد محیط آرام و کم‌نور برای کاهش استرس بیمار
- ارتباط همدلانه و اطمینان‌بخشی مداوم
- استفاده از داروهای مسکن طبق تجویز پزشک

۴- پیشگیری از عوارض

- تغییر پوزیشن منظم بیمار برای جلوگیری از زخم بستر
- پایش دمای بدن و تنظیم محیط
- بررسی و پایش وضعیت پوست و مخاط
- مراقبت اختصاصی با توجه به نوع شوک

۵- مستندسازی

- ثبت مکرر علائم حیاتی و تغییرات بالینی
- ثبت زمان ، میزان و روش دادن داروها و مایعات
- ثبت پاسخ بیمار به درمان و اقدامات پرستاری
- گزارش سریع به پزشک در صورت بروز هرگونه تغییر ناگهانی

۶- آموزش به بیمار و خانواده

- توضیح وضعیت بالینی و روند درمان به زبان ساده
- آموزش نشانه‌های هشداردهنده جهت اطلاع‌رسانی سریع
- حمایت روانی و همراهی در روند درمان

مراقبت پرستاری از بیماران دیالیزی در بحران

اهداف

- حفظ ثبات وضعیت بالینی بیمار
- اطمینان از دسترسی به جلسات دیالیز منظم
- پیشگیری از عوارض مرتبط با نارسایی کلیه و دیالیز
- آموزش بیمار و همراهان درباره مراقبت‌های ویژه و هماهنگی سریع جهت انتقال
- درمان‌های تکمیلی و ثبت دقیق اقدامات و وضعیت بیمار

اصول کلی مراقبت پرستاری از بیماران دیالیزی

- پایش مداوم علائم حیاتی و وضعیت عمومی بیمار
- کنترل آزمایشات و شاخص‌های عملکرد کلیه

- اطمینان از برقراری و حفظ دسترسی وریدی یا شانت دیالیزی
- کنترل وزن، ادرار و علائم احتباس مایعات
- مدیریت داروها و مراقبت‌های مربوط به مصرف داروهای خاص بیماران دیالیزی
- آموزش بیمار درباره تغذیه مناسب و محدودیت‌های مربوطه
- حمایت روانی بیمار و همراهان
- هماهنگی با تیم پزشکی جهت ارجاع به موقع
- ثبت دقیق مراقبت‌ها و تغییرات وضعیت

مراقبت‌های اختصاصی

شرح اقدام پرستاری	موضوع مراقبت
فشار خون، نبض، تنفس، دما	پایش علائم حیاتی
ارزیابی روزانه و حفظ بهداشت محل	مراقبت از محل شالودن (دست‌رسی اورژانسی عروق) شانت یا فیستول
ثبت وزن روزانه و علائم ورم یا تنگی نفس	پایش وزن و احتباس مایعات
توجه به داروهای ضد فشار خون، دیورتیک‌ها و مکمل‌ها	کنترل مصرف دارو
محدودیت مصرف نمک، پتاسیم و مایعات	آموزش تغذیه
کاهش استرس و اضطراب بیمار	حمایت روانی
یادداشت وضعیت و مراقبت‌ها	ثبت و مستندسازی

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج
- ملزومات مراقبت از شانت یا فیستول
- فرم‌های ثبت وزن و علائم حیاتی
- تجهیزات کمک‌های اولیه

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی یا عفونت محل شانت
 - فشار خون بسیار بالا یا پایین
 - علائم نارسایی حاد قلبی یا تنفسی
 - کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
- احتباس شدید مایعات با علائم تنفس

مراقبت پرستاری از بیماران مزمن در بحران

اهداف

- پایش و کنترل علائم بیماری مزمن
- پیشگیری از تشدید عوارض بیماری
- حفظ ثبات وضعیت جسمی بیمار
- آموزش خودمراقبتی به بیمار / خانواده و همراهان
- تسهیل دسترسی به داروها و خدمات درمانی و ثبت دقیق مراقبت‌ها و تغییرات وضعیت بیمار

اصول کلی مراقبت پرستاری

- ارزیابی دقیق وضعیت بالینی بیمار و پایش منظم علائم حیاتی
- اطمینان از دسترسی به داروهای ضروری و مدیریت مصرف آن‌ها
- آموزش بیمار و خانواده در خصوص نحوه کنترل بیماری و علائم هشدار
- حمایت روانی جهت کاهش اضطراب و استرس
- شناسایی و مدیریت علائم تشدید کننده بیماری
- هماهنگی با تیم پزشکی جهت اقدامات درمانی به موقع
- تامین بهداشت فردی و محیطی بیمار
- مستندسازی دقیق تمامی مراقبت‌ها و تغییرات وضعیت

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
پایش علائم حیاتی	فشار خون، قند خون، نبض، تنفس، دما
مدیریت داروها	اطمینان از مصرف منظم داروها و کنترل عوارض جانبی
آموزش خودمراقبتی	روش‌های کنترل بیماری، تغذیه مناسب، فعالیت بدنی متناسب
مدیریت عوارض حاد	شناسایی زودرس علائم تشدید بیماری و ارجاع سریع
حمایت روانی	کاهش اضطراب و استرس بیمار و خانواده
تغذیه و هیدراتاسیون	اطمینان از تغذیه کافی و مصرف مایعات
ثبت دقیق مراقبت‌ها	مستندسازی وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج و دستگاه سنجش قند خون

- تجهیزات پایش علائم حیاتی
- ملزومات دارویی و کمک‌های اولیه
- فرم‌های آموزش و خودمراقبتی

موارد نیاز به ارجاع فوری

- افت شدید سطح هوشیاری یا کما
- تشدید علائم بیماری (مانند درد شدید، تنگی نفس، افت فشار)
- علائم عفونت شدید یا تب بالا
- کاهش یا افزایش شدید قند خون
- بررسی دقیق مایعات ورودی و خروجی
- کاهش یا افزایش شدید فشار خون
- نارسایی حاد اعضای حیاتی

مراقبت پرستاری از زنان باردار در بحران

اهداف

- حفظ سلامت و پایش مداوم وضعیت مادر و جنین
- پیشگیری و کنترل عوارض بارداری
- حمایت روانی و آموزش مادر
- آماده‌سازی برای انتقال به مراکز تخصصی در صورت نیاز و ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت بالینی

اصول کلی مراقبت پرستاری از زنان باردار در بحران

- ارزیابی سریع وضعیت بالینی مادر و جنین (ضربان قلب جنین، فشار خون مادر)
- پایش علائم حیاتی مادر (فشار خون، نبض، تنفس، دما)
- شناسایی علائم خطر بارداری (خونریزی، درد شدید، کاهش حرکات جنین)
- مدیریت عوارض شایع (پره اکلمپسی، فشار خون بالا، تهوع و استفراغ)
- حمایت تغذیه‌ای و روانی
- آموزش مراقبت‌ها و اقدامات اضطراری به مادر/خانواده و همراهان
- هماهنگی با تیم پزشکی برای انتقال سریع در صورت نیاز
- ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت بالینی

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
پایش ضربان قلب جنین	مانیتورینگ جنین با استفاده از دستگاه داپلر یا NST
پایش علائم حیاتی مادر	اندازه‌گیری مرتب فشار خون، نبض، تنفس، دما
کنترل خونریزی و درد	ارزیابی منظم و گزارش به پزشک
مدیریت تهوع و استفراغ	ارائه مایعات کافی، دادن دارو طبق دستور پزشک
حمایت روانی	آرام‌سازی مادر، آموزش نکات ضروری
تغذیه مناسب	تامین مایعات و تغذیه مناسب و سالم
آموزش مراقبت‌های خانگی	نشانه‌های خطر و زمان مراجعه به مراکز درمانی

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه داپلر یا مانیتورینگ جنین
- دستگاه فشارسنج و تب‌سنج
- تجهیزات پایش علائم حیاتی مادر
- ملزومات کمک‌های اولیه و دارویی مجاز در بارداری

موارد نیاز به ارجاع فوری

- خونریزی شدید یا مداوم
- درد شدید شکم یا لگن
- کاهش یا قطع حرکات جنین
- فشار خون بالا یا علائم پره‌اکلامپسی
- نشانه‌های عفونت یا تب بالا

مراقبت پرستاری از سالمندان در بحران

اهداف

- حفظ ثبات وضعیت جسمی و روانی سالمند
- پیشگیری از تشدید بیماری‌های مزمن
- کنترل علائم حیاتی و شرایط بحرانی
- حمایت روانی و کاهش استرس

- تسهیل انتقال و بستری در صورت نیاز و ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت بالینی سالمند

اصول کلی مراقبت پرستاری از سالمندان

- ارزیابی سریع و دقیق وضعیت جسمی و روانی سالمند
- ارزیابی محدودیت‌های حسی و حرکتی سالمند
- پایش مداوم علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس، دما)
- مدیریت بیماری‌های مزمن (دیابت، فشار خون، قلبی، ریوی)
- اطمینان از تغذیه و آبرسانی کافی
- پیشگیری از افتادن و آسیب‌های حرکتی
- حمایت روانی و آموزش تکنیک‌های آرام‌بخشی
- استفاده از داروها طبق دستور پزشک و پیگیری عوارض جانبی
- تامین بهداشت فردی و محیطی سالمند
- ثبت کامل و دقیق مراقبت‌ها
- ارزیابی توانایی‌های خودمراقبتی
- ارزیابی شرایط حمایت‌های خانوادگی

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
کنترل علائم حیاتی	پایش منظم فشار خون، نبض، تنفس و دما
مدیریت بیماری‌های مزمن	بررسی وضعیت داروها، تنظیم مجدد درمان در صورت نیاز
تغذیه و هیدراتاسیون	ارائه تغذیه مناسب، کنترل میزان مایعات دریافتی و دفعی
مراقبت از پوست و پیشگیری از زخم بستر	تعویض موقعیت، بررسی پوست و استفاده از ملزومات حمایتی
پیشگیری از سقوط	رعایت ایمنی محیط، استفاده از وسایل کمکی
حمایت روانی	صحبت آرام‌بخش، رفع اضطراب و آموزش خانواده
مدیریت دارو	اطمینان از مصرف به موقع داروها و گزارش عوارض
ثبت مراقبت‌ها	ثبت دقیق وضعیت و اقدامات انجام شده

تجهیزات پیشنهادی

- دستگاه فشارسنج، تپ‌سنج و پالس اکسیمتری
- تجهیزات کمک حرکتی (عصا، واکر)
- ملزومات پیشگیری از زخم بستر (تشک مواج، پد محافظ)
- وسایل تغذیه و هیدراتاسیون

موارد نیاز به ارجاع فوری

- تغییرات حاد وضعیت ذهنی یا روانی
- تغییرات شدید فشار خون یا شوک
- علائم نارسایی تنفسی یا قلبی شدید
- افت ناگهانی سطح هوشیاری
- بروز زخم بستر عمیق یا عفونت

مراقبت پرستاری از نوزادان در بحران

اهداف

- حفظ ایمنی و ثبات وضعیت
- پیشگیری از عفونت و هیپوترمی
- تامین نیازهای تغذیه‌ای و تنفسی
- پایش مداوم وضعیت بالینی
- آماده‌سازی برای انتقال به مراکز تخصصی در صورت نیاز و ثبت دقیق مراقبت‌ها و وضعیت نوزاد

اصول کلی مراقبت پرستاری از نوزادان

معیار	تعریف	امتیاز دو ۲	امتیاز یک ۱	امتیاز صفر ۰
Appearance	ظاهر/رنگ رخسار و بدن	بدون هرگونه سیانوز رنگ طبیعی صورتی در همه بدن	فقط کبودی دست‌ها و پاها تنه صورتی (آکروسیانوز)	کبود و یا رنگ‌پریدگی سراسر بدن
Pulse	پالس	بیش‌تر از ۱۰۰	کمتر از ۱۰۰	بدون نبض
Grimace	رفلکس و تحریک‌پذیری	گریه و عقب کشیدن اندام تحریک شده	حرکت خفیف/ناله در پاسخ به تحریک	بدون پاسخ به تحریک
Activity	اکتیویتی و فعالیت	مقاومت در برابر کشیده شدن دست یا پا توسط پزشک	کمی فلکسیون و حرکت اندام	بدون هیچ‌گونه حرکت
Respiration	تلاش برای تنفس	گریه طبیعی با صدای بلند	ناله و گریه ضعیف	بدون تنفس

- حفظ دمای بدن نوزاد و جلوگیری از هایپوترمی (استفاده از پوشش مناسب، گرم کننده)
- اطمینان از راه هوایی باز و تنفس کافی
- بررسی امتیاز طبق جدول آبگار
- تغذیه مناسب با شیر مادر یا شیر کمکی طبق شرایط
- مراقبت بهداشتی دقیق برای پیشگیری از عفونت (شستن دست، ضدعفونی وسایل)
- پایش مکرر علائم حیاتی (تنفس، ضربان قلب، دمای بدن)
- مدیریت شرایط اضطراری مانند گرفتگی تنفسی یا هیپوکسی
- آموزش والدین یا همراهان نوزاد در زمینه مراقبت اولیه
- ثبت دقیق اقدامات و وضعیت بالینی نوزاد

مراقبت‌های اختصاصی

موضوع مراقبت	شرح اقدام پرستاری
کنترل دمای بدن	استفاده از پتوهای گرم، نگهداری در محیط گرم، جلوگیری از تماس با هوای سرد
حمایت تنفسی	قرار دادن نوزاد در موقعیت مناسب، استفاده از اکسیژن در صورت نیاز، پایش مکرر تنفس
تغذیه	تغذیه با شیر مادر در اولویت، استفاده از شیر خشک در صورت نیاز، کنترل میزان تغذیه و دفع
بهداشت	تعویض پوشک به موقع، شستشوی دست‌ها قبل و بعد از مراقبت، ضدعفونی وسایل
پیشگیری از عفونت	استفاده از دستکش، جداکردن نوزادان مشکوک به عفونت، آموزش به والدین

تجهیزات پیشنهادی

- گرم کننده و پتوهای گرم
- تجهیزات پایش علائم حیاتی نوزاد
- ماسک اکسیژن و تجهیزات تنفسی
- مواد ضدعفونی کننده و دستکش
- تجهیزات تغذیه نوزاد (سرنگ، شیشه شیرو امکانات مناسب جهت شستشوی شیشه شیر)

موارد نیاز به ارجاع فوری

- مشکلات تنفسی شدید
- افت حرارت بدن (هیپوترمی) غیرقابل کنترل
- تغذیه ناکافی یا عدم توانایی مکیدن
- علائم عفونت یا تشنج
- نیاز به مراقبت تخصصی در بخش نوزادان

فرایند پرستاری کنترل عفونت در بحران

هدف

ارتقاء سطح ایمنی و کیفیت مراقبت پرستاری از طریق پیاده‌سازی استانداردهای کنترل عفونت در بحران با هدف پیشگیری از گسترش بیماری‌های واگیر و عفونت‌های مرتبط با مراقبت.

تعاریف کلیدی

کنترل عفونت: مجموعه اقدامات برای پیشگیری از انتقال عفونت در محیط‌های مراقبتی
وسایل حفاظت فردی (Personal protective equipment): تجهیزات مورد استفاده برای محافظت از کارکنان در برابر عوامل بیماری‌زا
زباله عفونی: پسماندهایی که حاوی ترشحات، خون یا سایر عوامل انتقال‌دهنده عفونت هستند.
ایزولاسیون: جداسازی بیماران مشکوک یا مبتلا برای جلوگیری از انتقال عفونت

اصول کلیدی کنترل عفونت در بحران

۱- بهداشت دست‌ها

- شست‌وشو با آب و صابون در صورت دسترسی یا استفاده از محلول‌های حاوی الکل (حداقل ۶۰٪)
- آموزش بیماران و همراهان در زمینه شستن دست‌ها
- الزام شستن دست‌ها قبل و بعد از هر تماس با بیمار

۲- وسایل حفاظت فردی (PPE)

- استفاده از دستکش، ماسک (جراحی یا N۹۵، گان، شیلد چشم بر اساس سطح خطر
- آموزش صحیح پوشیدن و درآوردن PPE به تیم سلامت و داوطلبان
- استفاده منطقی و مدیریت موجودی تجهیزات حفاظتی

۳- ضد عفونی و گندزدایی

- گندزدایی سطوح با محلول‌های مناسب (مانند کلر ۰.۵٪)
- ضد عفونی تجهیزات پزشکی بین بیماران
- رعایت اصول حمل و دفع وسایل آلوده

۴- ایزولاسیون و تفکیک بیماران

- جداسازی بیماران مشکوک به بیماری‌های واگیر (تنفسی، گوارشی، پوستی)
- تعیین فضاهای اختصاصی برای مراقبت از بیماران دارای عفونت فعال
- استفاده از تابلوهای هشدار و محدودسازی ورود غیرضروری

۵- مدیریت پسماند عفونی

- تفکیک زباله‌های عفونی در کیسه زرد یا ظروف دربسته
- استفاده از سیفتی باکس برای اقلام تیز
- سوزاندن، دفن بهداشتی یا تحویل به مراکز بازیافت مجاز

مراقبت از بیماران با زخم یا اقدامات تهاجمی

- پانسمان زخم‌ها با روش استریل و ضدعفونی محل جراحی
- تعویض به موقع پانسمان با مشاهده علائم عفونت (ترشح، قرمزی، گرمای موضعی و التهاب)
- مراقبت از مسیرهای وریدی، کاتتر ادراری و لوله‌های تنفسی با تکنیک آسپتیک

مدیریت شیوع بیماری‌های واگیر شایع در بحران:

- عفونت‌های تنفسی (آنفلوآنزا، کرونا، سل)
- بیماری‌های گوارشی (وبا، اسهال عفونی، حصبه)
- بیماری‌های پوستی و زخم (عفونت‌های باکتریایی، قارچی)

اقدامات پرستاری:

- غربالگری علائم بیماری واگیر (تب، سرفه، اسهال، راش پوستی)
- ثبت، ایزولاسیون و ارجاع موارد مشکوک
- همکاری با نظام مراقبت بیماری‌ها برای گزارش سریع و اقدامات کنترلی

پایش و ارزیابی عملکرد

شاخص	مقدار هدف	ابزار پایش
رعایت بهداشت دست کارکنان	بیشتر از ۹۰ درصد	مشاهده مستقیم
دفع ایمن پسماند عفونی	بیشتر از ۹۵ درصد	بررسی سطل‌ها و سیفتی‌باکس‌ها
آموزش پرسنل در حوزه کنترل عفونت	صد درصد	چک‌لیست آموزش
نرخ عفونت زخم در هفته اول	کمتر از ده درصد	پرونده بیماران و ارزیابی بالینی

مراقبت پرستاری مدیریت فاشئیت نکروزان

هدف:

ارائه راهنمایی برای مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به فاشئیت نکروزان براساس دستورالعمل های بالینی پرستاری با هدف بهبود کیفیت مراقبت های بالینی، کاهش عوارض و مرگ و میر.

تعاریف واژگان کلیدی

- فاشئیت نکروزان: عفونت شدید و سریع منتشرشونده در بافت نرم که با نکروز و تخریب فاشیا و بافت های زیرجلدی همراه است.
- نکروز: مرگ سلولی و بافتی ناشی از آسیب های مختلف از جمله عفونت یا ایسکمی.
- سپسیس: واکنش التهابی شدید سیستمیک ناشی از عفونت که می تواند منجر به نارسایی چندعضوی شود.

عوامل خطر

- دیابت و بیماری های متابولیک
- سوء تغذیه و ضعف سیستم ایمنی
- بیماری های عروق محیطی
- جراحی ها یا ترومای اخیر پوست و بافت نرم
- عفونت های پوستی مزمن
- استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی
- سوء مصرف مواد مخدر تزریقی و الکل
- ابتلا به بیماری های مزمن مانند نارسایی کلیوی، کبدی، مشکلات قلبی عروقی
- چاقی

تشخیص

- علائم بالینی اولیه
- درد شدید نامتناسب با ظاهر ضایعه
- تورم، قرمزی و گرمی محل عفونت
- تاول زایی و تغییر رنگ پوست (ارغوانی، سیاه)
- تب، لرز، ضعف عمومی

یافته های پیشرفته

- انتشار سریع عفونت به مناطق اطراف
- ایجاد ترشحات چرکی بدبو
- نشانه های شوک سپتیک (کاهش فشار خون، تنگی نفس، سردرد)

آزمایشات تکمیلی

- آزمایشات خون: CBC، CRP، ESR، بررسی عملکرد کلیه و کبد
- کشت خون و نمونه برداری از محل عفونت
- تصویربرداری: سونوگرافی، MRI یا CT جهت تعیین میزان درگیری بافت‌ها

درمان دارویی

- شروع سریع آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف با پوشش باکتری‌های گرم مثبت، گرم منفی و بی‌هوازی
- تغییر آنتی‌بیوتیک‌ها بر اساس نتایج کشت و حساسیت

درمان جراحی

- دبریدمان (برداشت) فوری و گسترده بافت‌های نکروزه
- نیاز به جراحی‌های مکرر جهت کنترل عفونت
- مدیریت زخم‌ها با مراقبت‌های تخصصی، در صورت نیاز پیوند پوست

مراقبت‌های حمایتی

- مدیریت بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای، وضعیت همودینامیک و شوک
- تأمین مایعات و الکترولیت‌ها
- حمایت تنفسی و بستری در ICU در صورت نیاز
- کنترل درد و تغذیه مناسب

نقش پرستاری

- پایش دقیق علائم حیاتی و علائم عفونت
- مراقبت از زخم و آماده‌سازی بیمار برای جراحی
- آموزش به بیمار و خانواده درباره بیماری، درمان و مراقبت‌ها
- حمایت روانی و مدیریت درد بیمار
- مراقبت از پوست و پیشگیری از عوارض ناشی از بستری طولانی (زخم فشاری، عفونت‌های بیمارستانی)

پیشگیری و آموزش

- بهبود بهداشت فردی و مراقبت از زخم‌ها
- کنترل بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، مشکلات کلیوی، کبدی، قلبی عروقی
- آموزش به گروه پرستاری در خصوص پیشگیری، مراقبت از پوست، علائم هشدار، تشخیص زودهنگام بیماری، مدیریت صحیح علائم، نشانه‌ها و مشکلات زمینه‌ای بیمار
- آموزش به بیمار و خانواده در مورد خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای، عفونت‌های پوستی، نحوه صحیح استفاده از داروها، بهداشت فردی، مراقبت از پوست، علائم هشدار و اهمیت مراجعه زودهنگام

مستندسازی و گزارش‌دهی

- ثبت دقیق علائم، مراقبت‌های پرستاری در پرونده بیمار
- گزارش موارد جدید به کمیته کنترل عفونت بیمارستان جهت تحلیل و بهبود عملکرد

ملاحظات و مراقبت پرستاری در مواجهه با بیماران دارای علائم مثبت ویروسی

هدف

ارائه راهنمای عملی و استاندارد برای مدیریت پرستاری ایمن، اخلاقی و مؤثر در مواجهه با بیماران دارای مارکرهای ویروسی مثبت (HBV، HCV، HIV و...) در شرایط بحران، با هدف پیشگیری از انتقال عفونت، حفظ کرامت انسانی و ارتقاء ایمنی کادر درمان.

تعاریف واژگان کلیدی

- **وایرال مارکر:** آزمایش‌هایی برای تشخیص عفونت با ویروس‌هایی مانند HIV، HBV، HCV
- **شرایط بحران:** وضعیت غیرعادی شامل حوادث طبیعی، تصادفات گسترده، تجمعات انبوه یا اپیدمی‌ها که منابع محدود و نیاز به پاسخ سریع دارند
- **PPE:** تجهیزات حفاظت فردی (ماسک، گان، دستکش، شیلد و...)
- **احتیاطات استاندارد:** مجموعه‌ای از اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از انتقال عوامل بیماری‌زا بدون توجه به وضعیت مارکر بیمار

اصول کلی مدیریت بیماران وایرال مارکر مثبت در بحران

رعایت دقیق احتیاطات استاندارد در کلیه تماس‌های پرستاری، رعایت حقوق انسانی، اخلاق حرفه‌ای و حفظ محرمانگی، مدیریت منطقی منابع (وسایل حفاظت فردی، زمان پرستار، تجهیزات تخصصی)

هشدار: براساس دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت در هنگام ارائه مراقبت، فرض بر وجود بیماری‌های واگیر در همه بیماران می‌باشد.

اقدامات پرستاری در مراحل مختلف مراقبت

۱- مرحله غربالگری و پذیرش اولیه

- عدم تبعیض در ارائه خدمات بر اساس وضعیت مارکر بیمار
- استفاده از دستکش، ماسک و گان در تمام مراحل تماس اولیه
- ثبت هرگونه سابقه بیماری‌های ویروسی در فرم تریاژ اولیه (در صورت امکان)
- مراقبت خاص از بیماران دچار خونریزی، زخم باز یا نیازمند اقدامات تهاجمی

۲- مراقبت در فضای بستری یا نقاهتگاه

- شناسایی محرمانه بیماران مارکر مثبت با برچسب‌گذاری غیر آشکار (کد رنگی یا علامت داخلی در پرونده)
- تعویض دستکش و شستشوی دست بین هر بیمار حتی در شرایط ازدحام
- اختصاص وسایل مراقبتی جداگانه در صورت امکان (فشارسنج، ترمومتر و...)
- آموزش به بیمار و خانواده جهت مراقبت از زخم، ترشحات، و عدم استفاده مشترک از وسایل شخصی

۳- اقدامات تهاجمی و پرخطر

- نظارت بر کلیه اقدامات تهاجمی توسط کادر درمان انجام با رعایت احتیاطات استاندارد
- ارائه کلیه مراقبت‌های پرستاری با PPE کامل
- استفاده از Safety Box برای وسایل نوک‌تیز و تزریقی
- ضدعفونی سطوح و تجهیزات بلافاصله پس از تماس با خون یا ترشحات
- جلوگیری از استفاده وسایل غیر استریل و یا مشترک (حتی در بحران)

۴- پس از مواجهه شغلی

- شستشوی فوری محل تماس با آب و صابون یا ضدعفونی مناسب
- گزارش سریع حادثه به سوپروایزر/کارشناس کنترل عفونت/
- ارجاع پرسنل جهت دریافت اقدامات پیشگیری پس از تماس "Post-Exposure Prophylaxis" (PEP)، به‌ویژه در مواجهه با HIV و HBS
- ثبت در فرم گزارش حادثه

۵- آموزش و توانمندسازی گروه پرستاری

- آموزش پیش از بحران درباره اصول برخورد با بیماران مارکر مثبت
- شبیه‌سازی سناریوهای بحران با محور ایمنی زیستی و پیشگیری از انتقال عفونت
- به‌روزرسانی سالانه دانش پرستاران درباره PEP، PPE و مدیریت عفونت‌های ویروسی