

کتابچه

"حالات شایع حاد در کل بیمارستان"



تهیه و تنظیم:

معصومه صمدی شمس - سوپروایزر آموزشی مرکز

لیلی ضیالامع - مدیر خدمات پرستاری

نسرين هاشمی - ماما

مرکز آموزشی درمانی الزهراء (س)

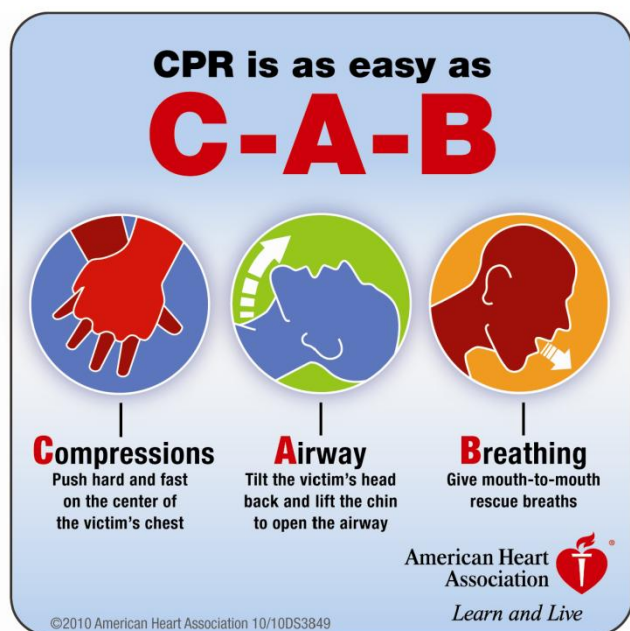
پاییز ۹۵

پنج حالت شایع حاد در مرکز آموزشی درمانی الزهراء(س)

- ۱- نیاز به عملیات فوری احیاء
- ۲- شکم حاد ناشی از EP
- ۳- درد زایمانی
- ۴- خونریزی های ناشی از سقط
- ۵- پره اکلامپسی

۱- نیاز به عملیات فوری احیاء و درخواست کد ۹۹

پروتکل حضور تیم احیای قلبی ریوی بالغین بر بالین بیمار پس از اعلام کد ۹۹



| | |
|--------------------------|---------|
| تعداد اعضای تیم | ۷ نفر |
| زمان حضور بر بالین بیمار | ۲ دقیقه |

- شروع عملیات احیاء ، به عهده اولین شخص حاضر بر بالین بیمار (پزشک یا پرستار) و ادامه عملیات احیاء ، به عهده تیم با رهبری رئیس تیم احیاء(متخصص بیهوشی) میباشد.
- در بخش اورژانس ، رهبری تیم احیاء(در صورت امکان) ، به عهده متخصص طب اورژانس میباشد.
- جانشین رهبر تیم تا زمان حضور وی ، در درجه اول متخصص داخلی و در درجه دوم پزشک جراح بیمار میباشد.

| ردیف | نقش ها | اعضای تیم | مسئولیتها |
|------|--------------------|---|--|
| ۱ | HEAD & coordinator | متخصص بیهوشی | رئیس تیم احیاء - (مسئول آرایش تیم) هماهنگ کننده مسئولیتها و و انجام دفیبریلاسیون در صورت لزوم تکمیل فرم CPR |
| ۲ | A & B | کاردان هوشبری | مدیریت راه هوایی (باز کردن راه هوایی با مانورهای head tilt - chin lift یا jaw trust ، ونتیلاسیون ، لوله گذاری و در صورت لزوم ساکشن کردن بیمار) |
| ۳ | C & Drugs | پرستار ۱ (پرستار بیمار) یا پزشک حاضر بر بالین بیمار | ۱ - درخواست کمک از دم در اتاق ۲ - شروع ماساژ قلبی تا رسیدن تیم ۳ - آماده کردن داروهای احیاء پس از رسیدن تیم |
| ۴ | C | پرستار ۲ | ادامه ماساژ قلبی(جابجائی با مسئول شیفت در صورت لزوم) |
| ۵ | Drugs | پرستار ۳ | اجرای دستورات دارویی(با کمک پرستار ۱) |
| ۶ | C & Helper | پرستار ۴ مسئول شیفت یا staff بخش مربوطه | ۱- آماده کردن دفیبریلاتور و جابجائی با پرستار ۲ در صورت لزوم ۲- تهیه ملزومات ۳- تهیه کپی از فرم CPR تکمیل شده توسط پزشک در دو نسخه(نسخه اصلی درج در پرونده بیمار ، نسخه دوم ، بایگانی در زونکن CPR بخش و نسخه سوم تحویل به سوپروایزر جهت ضمیمه کردن به گزارشات عملیات احیاء) |
| ۷ | Recorder | سوپروایزر کشیک | مسئول مستند سازی ۱ - تهیه گزارش کامل از عملیات احیاء ۲ - تکمیل چک لیست ارزیابی تیم احیاء ۳ - تحویل مستندات به دفتر پرستاری ، ریاست ، مسئول کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و کمیته آموزشی مرکز |

حاملگی خارج از رحم

تعریف بیماری

در این نوع حاملگی، تخم بارور در خارج از حفره رحمی لانه گزینی کرده و شروع به رشد میکند.

علت بروز بیماری

مهمترین آنها عبارتند از: سالپنژیت، چسبندگی‌های اطراف لوله، ناهنجاریهای تکاملی لوله‌های رحمی، سابقه حاملگی نابجا، اعمال جراحی بر روی لوله‌های رحمی، تومورهای که ساختمان و ظاهر آناتومیک لوله‌ها را به هم میزنند از جمله میوم‌های رحمی و توده‌های آدنکس، برگشت خون حاملگی، استفاده از سیگار به هنگام لقاح، شکست روشهای جلوگیری از بارداری مانند استفاده از IUD و قرص‌های ضد بارداری که تنها حاوی پروژسترون هستند.

علائم و نشانه‌های بالینی:

درد: شایعترین و ثابت‌ترین علامت EP است. بیشتر بیماران در اوایل حاملگی از دردهای لگنی یا پایین شکم شبیه دردهای کولیکی در طرف مبتلا شکایت میکنند. در پارگیهای لوله‌ای درد شدید و تیزی در لگن احساس میکنند. (۱۰٪ بیماران علاوه بر درد لگن از درد کتف نیز شکایت دارند که علت آن خونریزی داخل صفاق و تحریک دیافراگم است)

تشخیص:

با استفاده از آزمایش BHCG، بررسی‌های سونوگرافی، علائم بالینی، دیلاتاسیون و کورتاژ رحم و لاپاراسکپی

درمان:

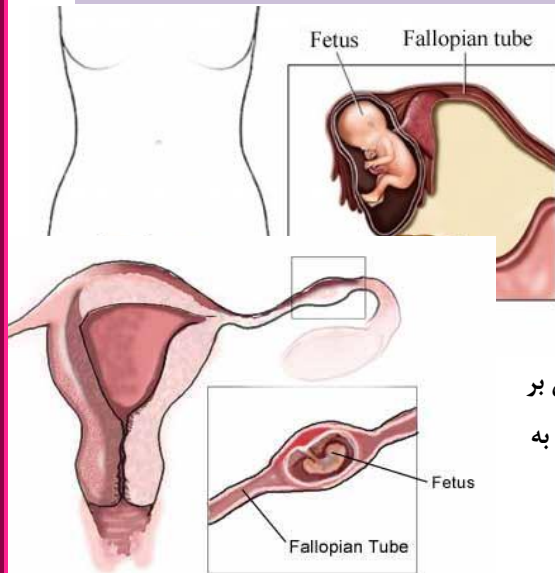
بهترین درمان EP برداشتن آن از طریق جراحی است. اینکار باید به سرعت و بلافاصله پس از تشخیص انجام شود. در درمان حاملگی خارج از رحمی باید خونریزی را متوقف کرد. بنابراین درمان معمولاً شامل قطع لوله درگیر است. روش دیگر استفاده از داروی شیمی‌درمانی متوترکسات (MTX) است که سنتز اسیدهای هسته‌ای را در سلولهای تروفوبلاست بلوک میکند. متوترکسات تنها در حاملگی‌های کوچک زیر سه سانتی‌متر و باره نشده مصرف میشود.

مراقبتهای پرستاری:

- ۱ - گرفتن شرح حال از نظر عفونت لگن، استفاده از IUD و اعمال جراحی بر روی لوله‌ها
- ۲ - شروع انفوزیون وریدی با سرم لاکتات رینگر
- ۳ - بررسی و مشاهده بیمار از نظر شوک هیپوولمیک
- ۴ - بررسی و مشاهده بیمار از نظر خونریزی واژینال
- ۵ - تهیه نمونه خون جهت آزمایش کامل خون
- ۶ - (CBCdiff, Platelet, PT, PTT, INR, Fib, BUN, Cr, BG, Rh, Crass match, BT-CT, U/A, U/C, SGOTT, SGOPTT)
- ۷ - در صورت وجود درد در ناحیه شانه‌ها، گزارش آن به پزشک
- ۸ - کنترل VS طبق دستور پزشک

آموزش به بیمار

گزارش درد و خونریزی و هرگونه علائم غیر طبیعی دیگر به پرستار



۱- مادران بارداری که به علت درد زایمانی با حاملگی ترم بستری میشوند و بیماری زمینه ای ندارند.



➤ به محض بستری مادر در بخش زایمان ، پروسیجر NST انجام میشود.

➤ برای بیمار IV line برقرار میشود.

➤ آزمایشات HB-HCT-BG-RH درخواست شده ، رزرو دو واحد خون انجام میگردد.



➤ در صورت نداشتن انقباضات موثر ، استیمولاسیون شروع میشود و قلب جنین و انقباضات شکمی بطور منظم کنترل میشود.

۲- مادران بارداری که به علت آبریزش با حاملگی ترم بستری میشوند. و بیماری زمینه ای ندارند.



➤ به محض بستری مادر در بخش زایمان ، پروسیجر NST انجام میشود.

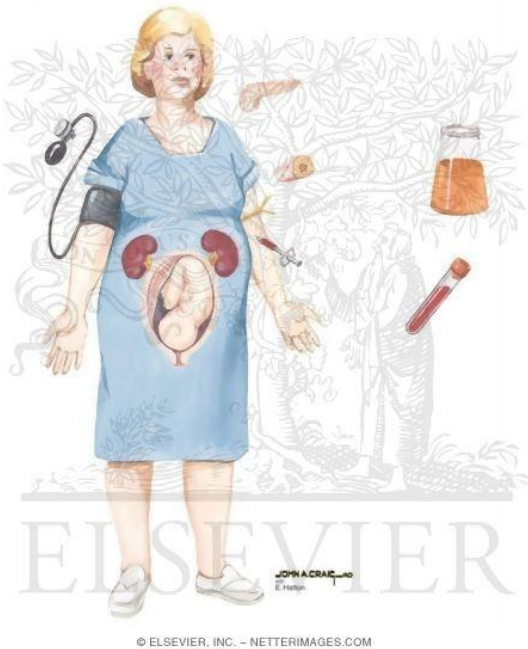
➤ برای بیمار IV line برقرار میشود.

➤ آزمایشات HB-HCT-BG-RH درخواست شده ، رزرو دو واحد خون انجام میگردد.

➤ آنتی بیوتیک پروفیلاکسی شروع میشود.

➤ در صورت نداشتن انقباضات موثر ، استیموله شروع میشود و قلب جنین و انقباضات شکمی بطور منظم کنترل میشود.

۳- مادران بارداری که به علت درد زایمانی با حاملگی ترم بستری میشوند و بیماری زمینه ای از قبیل بیماری قلبی، فشار خون بالا، پره اکلامپسی، اکلامپسی، دیابت، لوپوس و غیره دارند.



○ به محض بستری مادر در بخش زایمان ، پروسیجر NST انجام میشود.

○ برای بیمار IV line برقرار میشود.

○ در مورد بیماران پره اکلامپسی واکلامپسی آزمایشات PTT-SGPT-SGOT-LDH--FIB-HB-HCT-BG-RH UREA-CR-PT- و اسید اوریک درخواست شده ورزرو دو واحد خون انجام میگردد.

○ در مورد بیمار دیابتیک علاوه بر آزمایشات HB-HCT-BG- RH ، آزمایش BS-FBS نیز انجام میشود و ممکن است در طول بستری FBS بطور روزانه و BS هرشش ساعت یکبار یا یکساعت بعداز غذا چک شود.

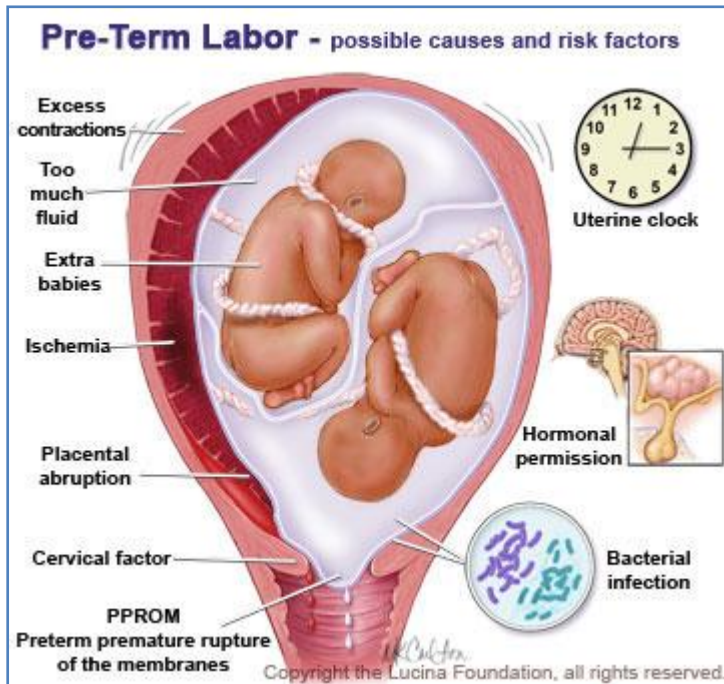
○ در مورد مادران مبتلا به لوپوس علاوه بر آزمایشات HB-HCT-BG-RH آزمایشات لوپوس و آزمایشاتی که مربوط به سیستم ایمنی میشود نیز انجام میگردد.

۴- مادران بارداری که پره ترم و بالای ۲۰ هفته هستند و به علت بیمار فشار خون بالا ، پره اکلامپسی ، اکلامپسی، سندرم هلمپ ، ترومبوسیتوپنی ، بیمار قلبی ، بیماری کلیوی ، دیابت ، لوپوس و غیره بستری میشوند.



اقدامات پس از بستری مشابه مورد ۳ بوده با این تفاوت که طول بستری بیمار طولانی تر خواهد بود.

۵- مادران بارداری که به علت شروع انقباضات قبل از ترم (پره ترم لیبر) بالای ۲۰ هفته بستری میشوند.



○ بلافاصله پس از بستری مادر در بخش زایمان ، پروسیجر NST انجام میشود.

○ علاوه بر آزمایشات HB-HCT-BG-RH آزمایشات UREA-CR-U/A-U/C نیز درخواست میشود.

○ آمپول سولفات منیزیم با دوز stat چهار گرم وریدی شروع شده و سپس دو گرم هر ساعت از طریق میکروست تجویز میگردد.

○ در صورت حاملگی بالای ۲۴ هفته آمپول بتامتازون دو دوز به فاصله ۲۴ ساعت تجویز میگردد.

۶- مادران بارداری که به علت آبریزش پره ترم بالای ۲۰ هفته بستری میشوند.

○ برای بیمار IV line برقرار میشود.

○ آزمایشات HB-HCT-BG-RH-WBC-ESR-CRP انجام میشود.

○ بتامتازون و آنتی بیوتیک پروفیلاکسی شروع میشود.

○ با توجه به سن حاملگی و اندکس مایع بیمار تحت نظر نگه میدارند یا به حاملگی ختم میدهند.



۷- مادران بارداری که جهت سزارین بستری میشوند از قبیل:



۱ - خانم های بارداری که با حاملگی ترم به علت سابقه سزارین بدون بیماری زمینه ای جهت سزارین بستری میشوند.

۲ - خانم های بارداری که با حاملگی ترم به علت سابقه سزارین جهت سزارین بستری شده اند و مشکلاتی از قبیل بیماری قلبی ، فشار خون بالا، پره اکلامپسی ، اکلامپسی، دیابت ، لوپوس و غیره دارند.

۳ - خانم های بارداری که با حاملگی ترم به علت سابقه سزارین با نظر استاد در اتاق زایمان بستری میشوند.

۴ - خانم های بارداری که به علت درد زایمانی یا آبریزش ، با حاملگی ترم بستری میشوند و خواهان سزارین الکتیو هستند.

۵ - خانم های بارداری که مورد اورژانسی از قبیل دفع مکنونیوم ، برادیکاردی و آریتمی، خونریزی شدید به علت جفت سر راهی و یا دکولمان و ... دارند.

۶ - مادران بارداری که سابقه نازایی و جنین با ارزش دارند.

- به محض بستری مادر در بخش زایمان ، پروسیجر NST انجام میشود.
- برای بیمار IV line برقرار میشود.
- آزمایشات HB-HCT-BG-RH درخواست شده ، رزرو دو واحد خون انجام میگردد.
- در مورد بیماران پره اکلامپسی واکلامپسی آزمایشات PTT-SGPT-SGOT-LDH-UREA-CR-PT-- FIB و اسید اوریک درخواست میشود.
- در صورت داشتن سابقه سزارین بیش از یکبار خون ایزوگروپ کراس میچ شده نیز رزرو می شود
- در صورت آمادگی بخش عمل لباس بیمار تعویض شده و بیمار سونداژمی شود و به اتاق عمل منتقل میشود

۸- مادران بارداری که جهت ختم بارداری بستری میشوند از قبیل:



الف) مادران بارداری که دچار IUFD شده اند.

ب) مادران بارداری که جنین شان طبق سونوگرافی دچار آنومالیهای ماژور میباشد.

ج) ادامه حاملگی برای مادر باردار به علت داشتن بیمار زمینه ای خطر ناک میباشد.

اقدامات

- برای بیمار IV line برقرار میشود.
- آزمایشات HB-HCT-BG-RH درخواست شده ، رزرو دو واحد خون انجام میگردد.
- در مورد خانم های بارداری که دچار IUFD شده اند آزمایشات BT-CT-FIB-PTT-PLT نیز به عمل میآید.
- با توجه به سن حاملگی از روش های مختلفی مانند اینداکشن ، پروتکل نواک ، تعبیه سوند داخل رحمی ، تجویز مزوپروستول به صورت زیرزبانی یا داخل واژینال (فورنیکس خلفی) جهت ختم حاملگی استفاده میشود.
- در صورت پرزانتاسیون معیوب مثلاً عرضی یا داشتن سابقه سزارین و یا علتی که بیمار نتواند زایمان واژینال انجام دهد ، جهت ختم حاملگی بیمار سزارین میشود.

آموزش مادر

- ۱- توجه به خونریزی و آبریزش و اطلاع آن به پرستار یا ماما
- ۲- توجه به حرکات جنین و اطلاع به پرستار یا ماما در صورت کاهش
- ۳- انجام تنفس های عمیق در فاصله انقباضات
- ۴- رعایت پوزیشن left lateral جهت برداشته شدن فشار از ورید اجوف تحتانی و پیشگیری از اختلال در خونرسانی جنین و بازگشت خون به قلب

سقط

به خروج جنین قبل از هفته ۲۰ حاملگی گفته می شود.



Such perfect hands and feet.
So small - so dead;
His head literally ripped off while he was still alive.

علل

ناهنجاریهای کروموزومی - عفونت ها - بیماریهای مزمن
مثل سل - اختلالات غددی مثل هیپوتیروئیدی - کمبود
پرولاسترون و دیابت - تغذیه - مصرف دارو - عوامل
محیطی - دخانیات - الکل - تشعشع

علائم

درد زیر شکم - خونریزی - پارگی پرده ها به همراه اتساع سرویکس

درمان

در موارد تهدید به سقط استراحت و شیاف سلیکوژت تجویز می شود در سقط ناقص بیمار بستری جراحی و کورتاژ می شود - در سقط کامل فقط قرص آهن تجویز می شود و BG, RH ارسال می شود.

اقدامات پرستاری

قرار دادن بیمار در وضعیت درازکش - خون گیری و ارسال BG, RH - رگ گیری و انفوزیون سرم رینگر لاکتات

آموزش به بیمار

۱ - گزارش درد و خونریزی به پرستار

۲ - گزارش هرگونه علائم غیر طبیعی دیگر از جمله احساس تب و لرز و سرگیجه و ... به پرستار

پره اکلامپسی

۱۴۰۹۰

به فشار خون — میلیمتر جیوه یا بیشتر به

همراه پروتئین ادرار ۲۴ ساعته ۳۰۰

میلیگرم یا بیشتر و یا آلبومین ادراری

+۱ یا بیشتر در حاملگی گفته میشود.

علل

علت اصلی پره اکلامپسی ناشناخته است گفته

شده پره اکلامپسی یک بیماری مولتی

فاکتوریال است که سیستم ایمنی نقش اصلی

را در آن بازی می کند و در واقع تغییرات

بستر جفت یک نوع واکنش رد پیوند نسبت به ژنهای پدر است که باعث ایجاد پره اکلامپسی میشود گفته شده اختلال در تهاجم تروفوبلاست به داخل آندومتر نیز باعث ایجاد پره اکلامپسی میشود.

علائم

افزایش فشار خون - سر درد - تاری دید - درد اپی گاستر - سرگیجه - ادم اندام فوقانی - افزایش بیش از حد وزن

(بیش از ۱ کیلو گرم در هفته)

درمان

در مواردی که جنین رسیده باشد یا پره اکلامپسی شدید باشد ختم حاملگی ترجیحا " به روش طبیعی توصیه

میشود اگر جنین نارس باشد و یا پره اکلامپسی خفیف باشد تحت نظر گرفتن بیمار و تزریق سولفات منیزیم و

کنترل فشار خون با متیل دوپا و هیدرالازین توصیه میشود.

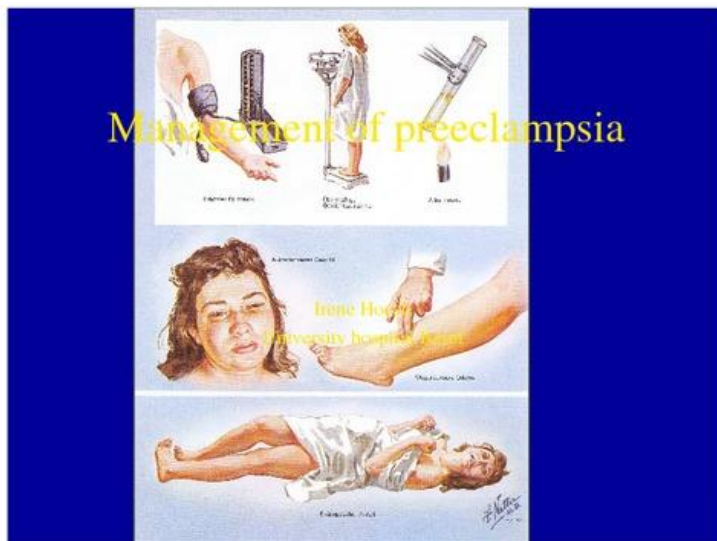
اقدامات پرستاری

کنترل BP هر یک ساعت - کنترل رفلکس زانوئی - کنترل تنفس بیمار - کنترل IO ترجیحا "با سوند فولی که برون

ده ادراری کمتر از ۱۰۰^{cc} در طی ۴ ساعت گذشته نباشد.

آموزش به بیمار

گزارش هر گونه علائم غیر طبیعی از جمله سردرد، تاری دید، تنگی نفس، درد ناحیه اپی گاستر، ادم و به پرستار



References:

- 1- AHA 2015
- 2- Berek & Novak's gynecology 2012
- 3- Ordering in obstetrics and gynecology 1387