پروتکل مدیریت درمان برخورد با بیمار

سوخته

اورژانس پیش بیمارستانی سیرجان و مدیریت حوادث فوریت های پزشکی سیرجان

واحد آموزش و پژوهش

اورژانس پیش بیمارستانی
ومدیریت حوادث،فوریت های پزشکی
سیرجان

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
- 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٪

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

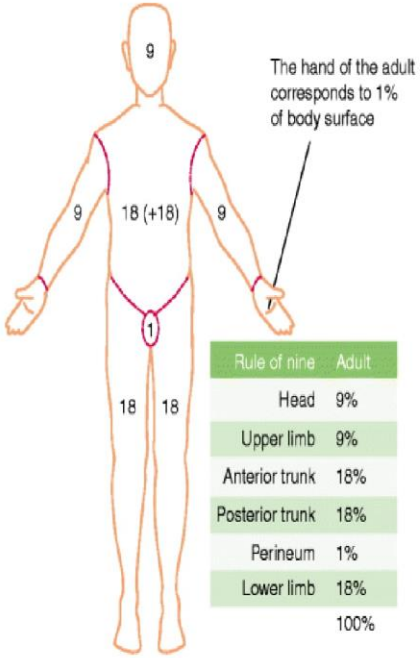
خیر ↓

درجه سه ≤۲٪
درجه دو ≤۱۵٪
شواهد سوختگی ماژور

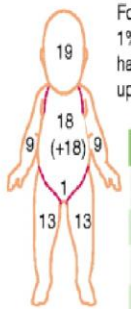
بله ← انتقال به بیمارستان

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.
- ۳ شستشوی چشم باید از گوشه داخلی چشم به سمت خارج صورت گیرد.
- ۴ 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)
- ۵ 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)
- 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

۱ تخمین درصد سوختگی

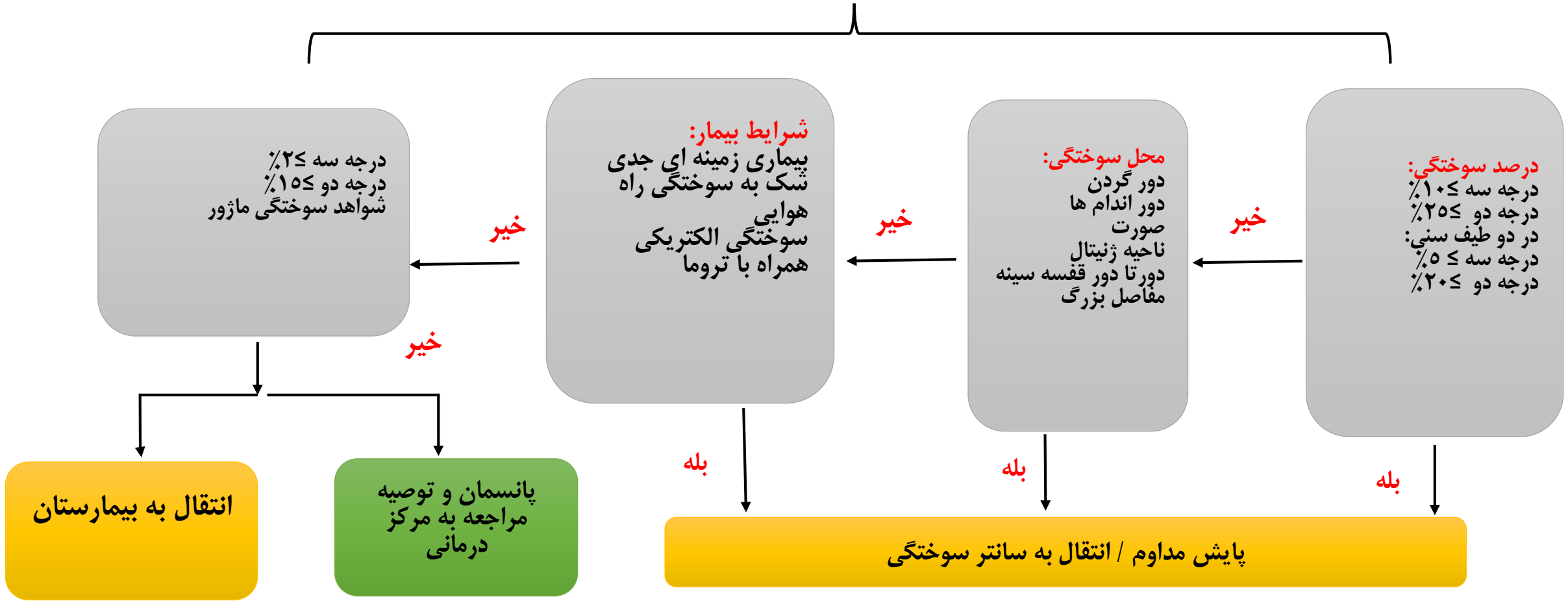
- اجتناب از هیپوترمی
- پانسمان خشک و استریل با شیلد سوختگی
- در صورت سوختگی بیش از ۱۰٪ تجویز یک لیتر نرمال سالین برای بالغین همراه با سمع ریه و 250cc برای کودکان در عرض یک ساعت
- مدیریت درد (دارویی و غیر دارویی)

۵

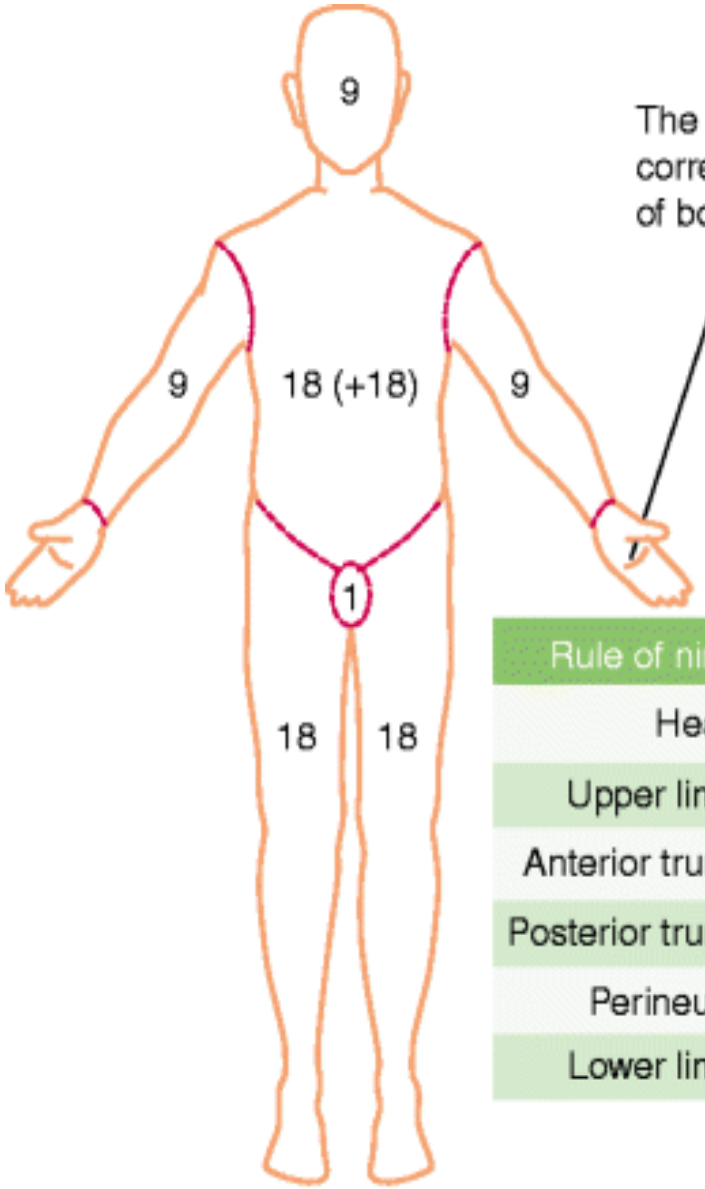
شیمیایی

۲

- ۳ خارج کردن لباس های آلوده و شستشو با نرمال سالین به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه
- 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)

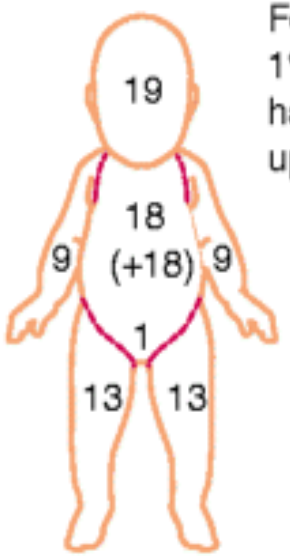

درصد سوختگی:
درجه سه ≤۱۰٪
درجه دو ≤۲۵٪
در دو طیف سنی:
درجه سه ≤ ۵٪
درجه دو ≤۲۰٪
خیر
محل سوختگی:
دور گردن
دور اندام ها
صورت
ناحیه ژنیتال
دورتا دور قفسه سینه
مفاصل بزرگ
خیر
شرایط بیمار:
بیماری زمینه ای جدی
شک به سوختگی راه هوایی
سوختگی الکتریکی
همراه با تروما
خیر
درجه سه ≤۲٪
درجه دو ≤۱۵٪
شواهد سوختگی ماژور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

- ✓ 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)
- ✓ 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)
- ✓ 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.



The hand of the adult corresponds to 1% of body surface

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



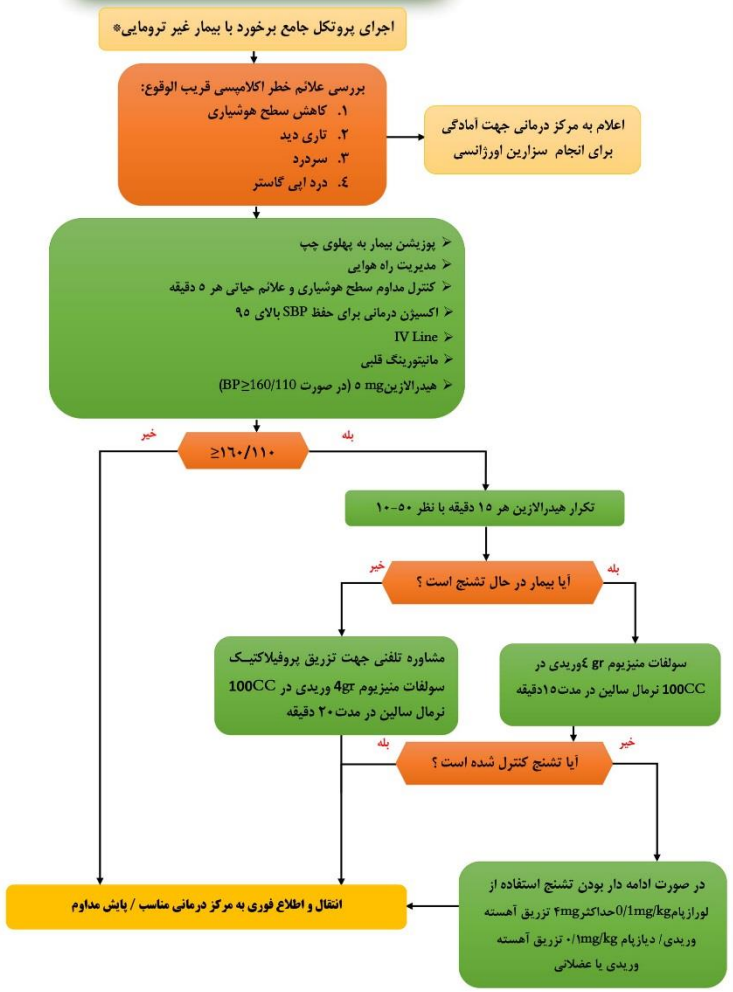
For small children: Subtract 1% from the head and add half percent for every year up to 10

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 ۵۰٪ حاوی۱ گرم منیزیوم است.

پروتکل پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

↓

بررسی علائم خطر اکلامپسی قریب الوقوع:

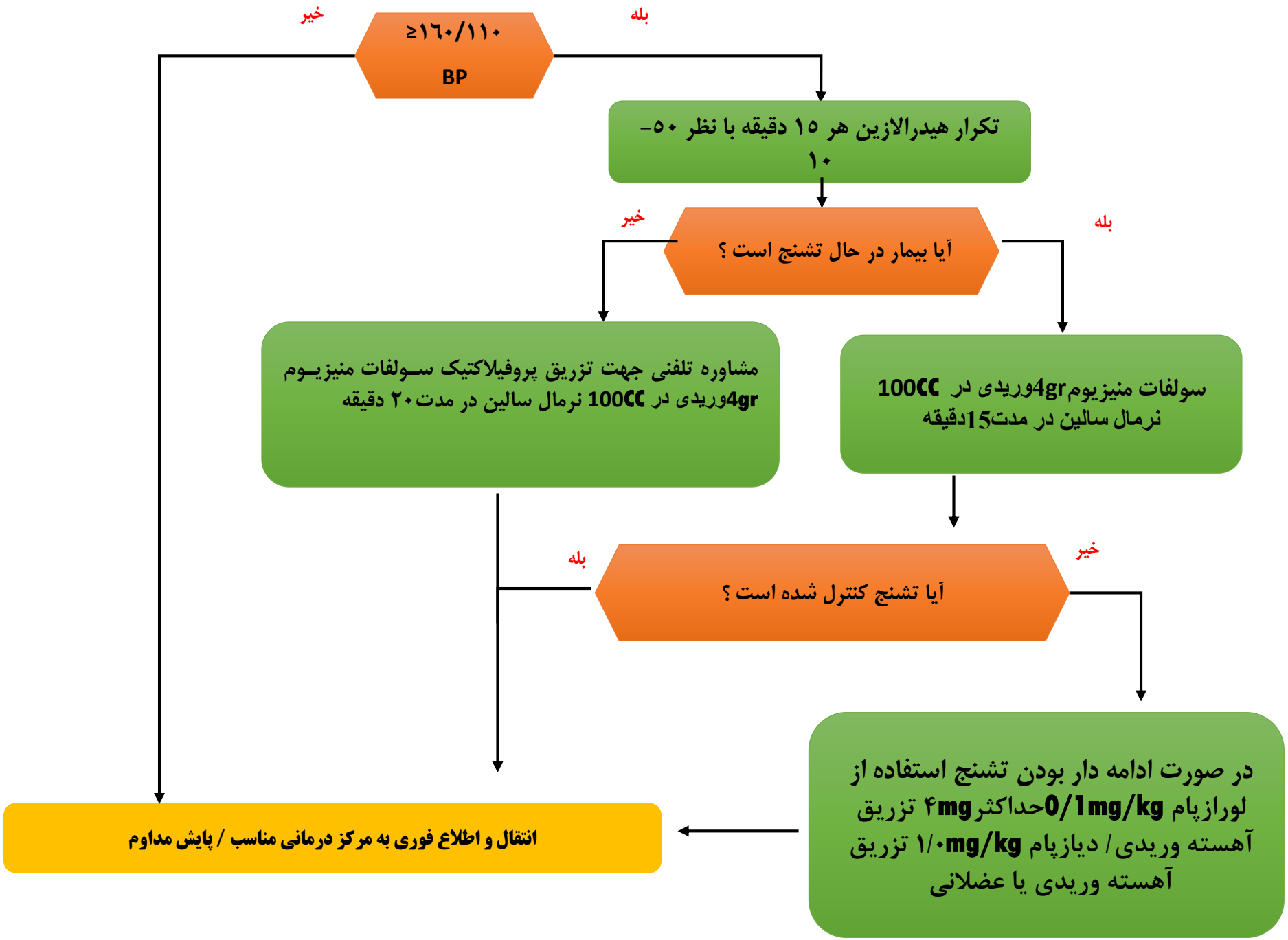
1. کاهش سطح هوشیاری
2. تاری دید
3. سردرد
4. درد اپی گاستر

→ 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 **5mg** (در صورت **BP ≥160/110**)

↓


≥۱۶۰/۱۱۰
BP
بله
خیر
تکرار هیدرالازین هر ۱۵ دقیقه با نظر ۵۰-۱۰
آیا بیمار در حال تشنج است ؟
بله
خیر
سولفات منیزیوم4grوریدی در 100CC نرمال سالین در مدت15دقیقه
مشاوره تلفنی جهت تزریق پروفیلاکتیک سولفات منیزیوم 4grوریدی در 100CC نرمال سالین در مدت۲۰ دقیقه
آیا تشنج کنترل شده است ؟
بله
خیر
در صورت ادامه دار بودن تشنج استفاده از لورازپام 0/1mg/kgحداکثر۴mg 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 110/160 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 4 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 ؟

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 500ccنرمال سالین در مدت 10دقیقه

خیر

اجرای پروتکل جامع انتقال بیماران غیر ترومایی

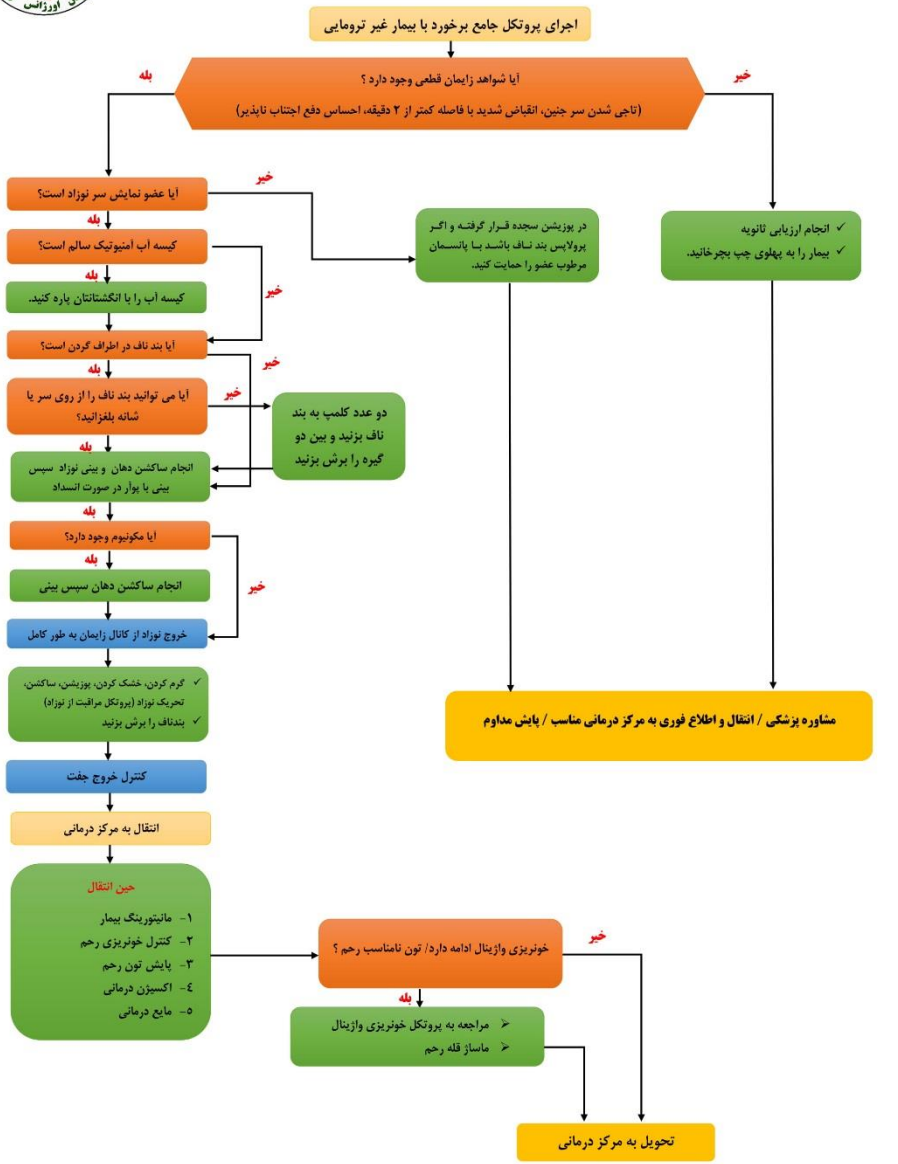
❖ بدون مشورت متخصص، بعد از انجام زایمان واژن را دستکاری نکنید.

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

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

آیا شواهد زایمان قطعی وجود دارد ؟

(تاجی شدن سر جنین، انقباض شدید با فاصله کمتر از ۲ دقیقه، احساس دفع اجتناب ناپذیر)

بله

خیر

آیا عضو نمایش سر نوزاد است؟

خیر

در پوزیشن سجده قرار گرفته و اگر پرولاپس بند ناف باشد با پانسمان مرطوب عضو را حمایت کنید.

بله

کیسه آب آمنیوتیک سالم است؟

خیر

کیسه آب را با انگشتانتان پاره کنید.

بله

آیا بند ناف در اطراف گردن است؟

خیر

بله

آیا می توانید بند ناف را از روی سر یا شانه بلغزانید؟

خیر

دو عدد کلمپ به بند ناف بزنید و بین دو گیره را برش بزنید

بله

انجام ساکشن دهان و بینی نوزاد سپس بینی با پوآر در صورت انسداد

- ✓ انجام ارزیابی ثانویه
- ✓ بیمار را به پهلوی چپ بچرخانید.

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

آیا مکونیوم وجود دارد؟

بله

انجام ساکشن دهان سپس بینی

خیر

خروج نوزاد از کانال زایمان به طور کامل

- ✓ گرم کردن، خشک کردن، پوزیشن، ساکشن، تحریک نوزاد (پروتکل مراقبت از نوزاد)
- ✓ بندناف را برش بزنید

کنترل خروج جفت

انتقال به مرکز درمانی

حین انتقال

1. مانیتورینگ بیمار
2. کنترل خونریزی رحم
3. پایش تون رحم
4. اکسیژن درمانی
5. مایع درمانی

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

خونریزی واژینال ادامه دارد/ تون نامناسب رحم ؟

خیر

بله

- ➢ مراجعه به پروتکل خونریزی واژینال
- ➢ ماساژ قله رحم

تحویل به مرکز درمانی

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

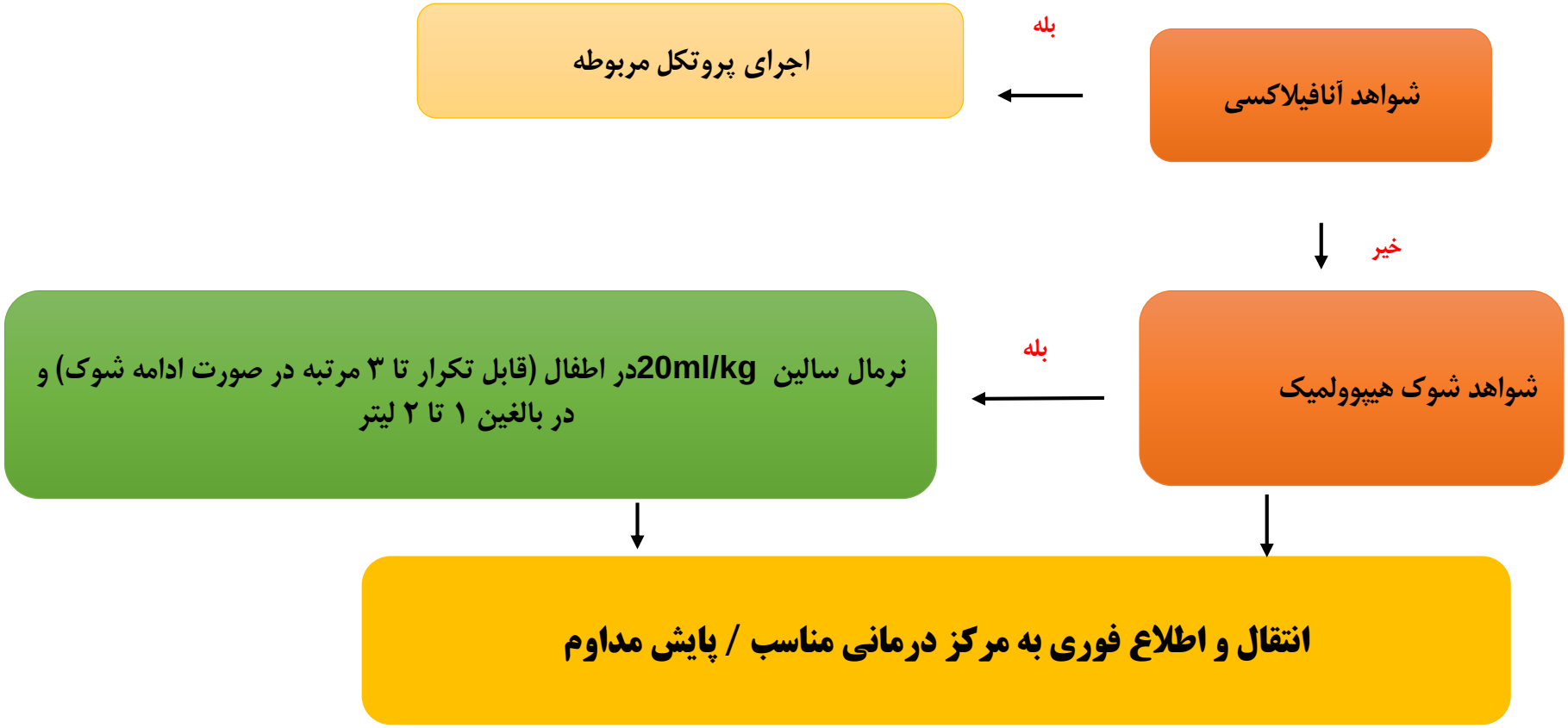
پروتکل مارگزیدگی

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

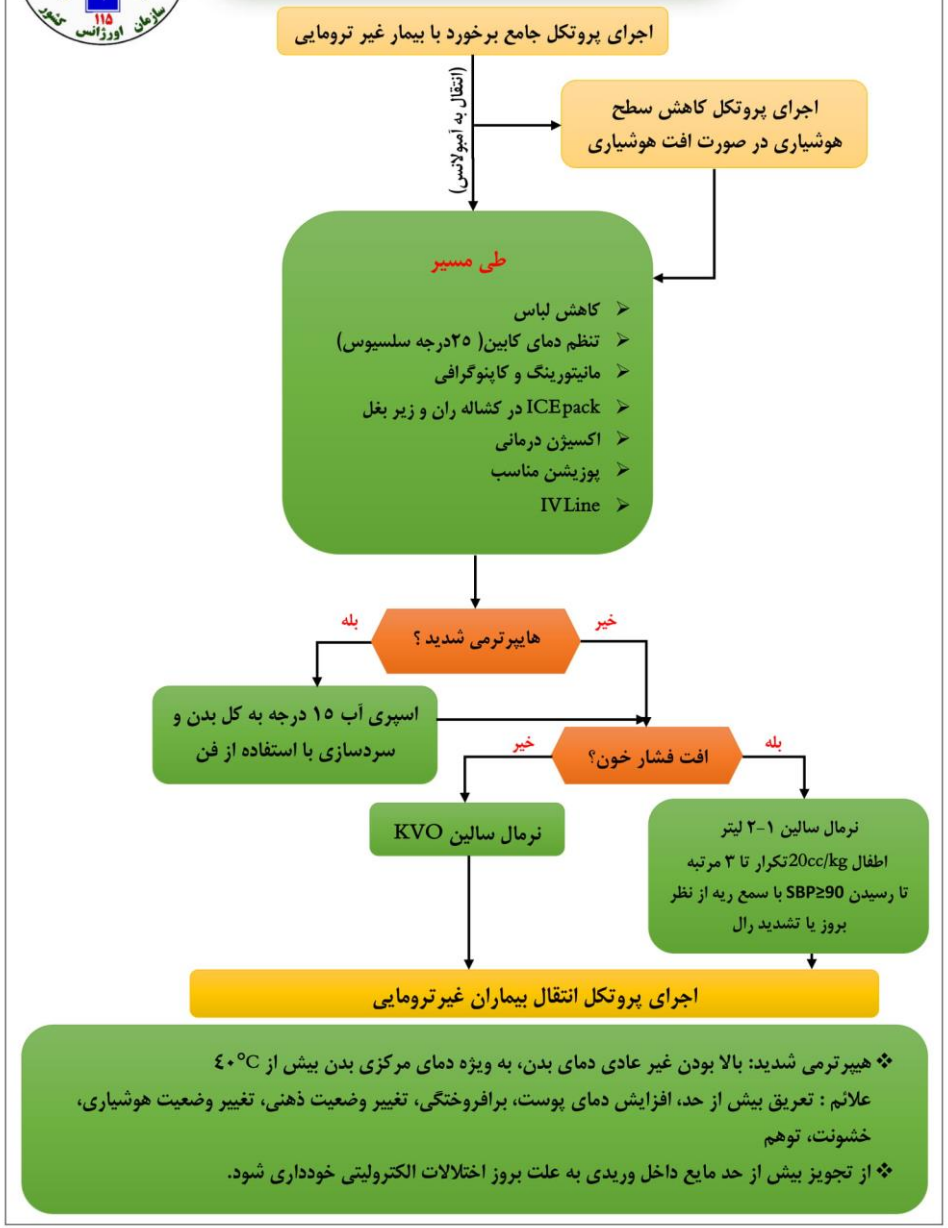

شواهد آنافیلاکسی
بله
اجرای پروتکل مربوطه
خیر
شواهد شوک هیپوولمیک
بله
نرمال سالین 20ml/kgدر اطفال (قابل تکرار تا ۳ مرتبه در صورت ادامه شوک) و در بالغین ۱ تا ۲ لیتر
انتقال و اطلاع فوری به مرکز درمانی مناسب / پایش مداوم

- ✓ 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



❖ 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 هایپرترمی

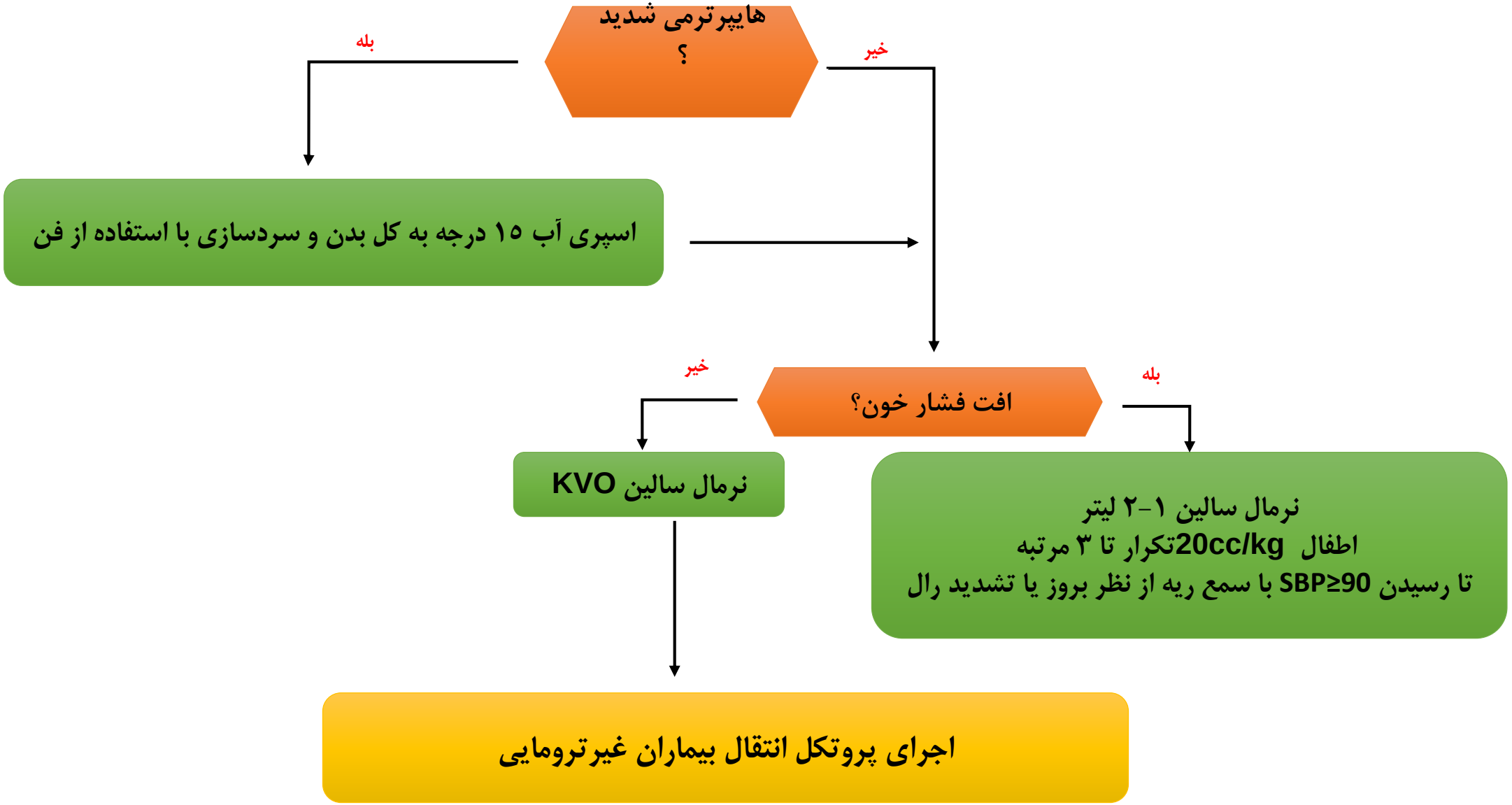
اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

(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
افت فشار خون؟
خیر
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 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 مدیریت درمان برخورد با بیمار
مسوم شده با اپیوم

ویرایش
مرداد ۱۳۹۹

پروتکل مسمومیت با اپیوم

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

هوشیار (بدون آپنه و سیانوز)

* اکسیژن درمانی
* توجه مداوم به تنفس، راه هوایی و سطح هوشیاری
* در صورت تغییر با توجه به علائم به ستون مربوطه مراجعه شود.

دارای اختلال هوشیاری (بدون آپنه و سیانوز شدید)

مدیریت راه هوایی

بیمار اعتیاد دارد؟

- بله: ۱ آمپول با 3 سی سی آب مقطر رقیق و تا هوشیاری کامل هر ۲ دقیقه یک سی سی تزریق شود.
- خیر: آمپول نالوکسان 0/4mgIV

بهبودی؟

- بله: ارزیابی مداوم
- خیر: بررسی و درمان سایر علل اختلال هوشیاری

دارای اختلال هوشیاری با آپنه و سیانوز شدید

* مدیریت راه هوایی
* تجویز ۵ آمپول نالوکسان(2mg)

۱ پس از ۲ دقیقه رفع علائم؟

- بله: ارزیابی مداوم
- خیر: هر ۲ دقیقه نالوکسان 0/4mg و حداکثر 25 آمپول(10mg)

رفع علائم؟

- بله: ارزیابی مداوم
- 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.

- 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.

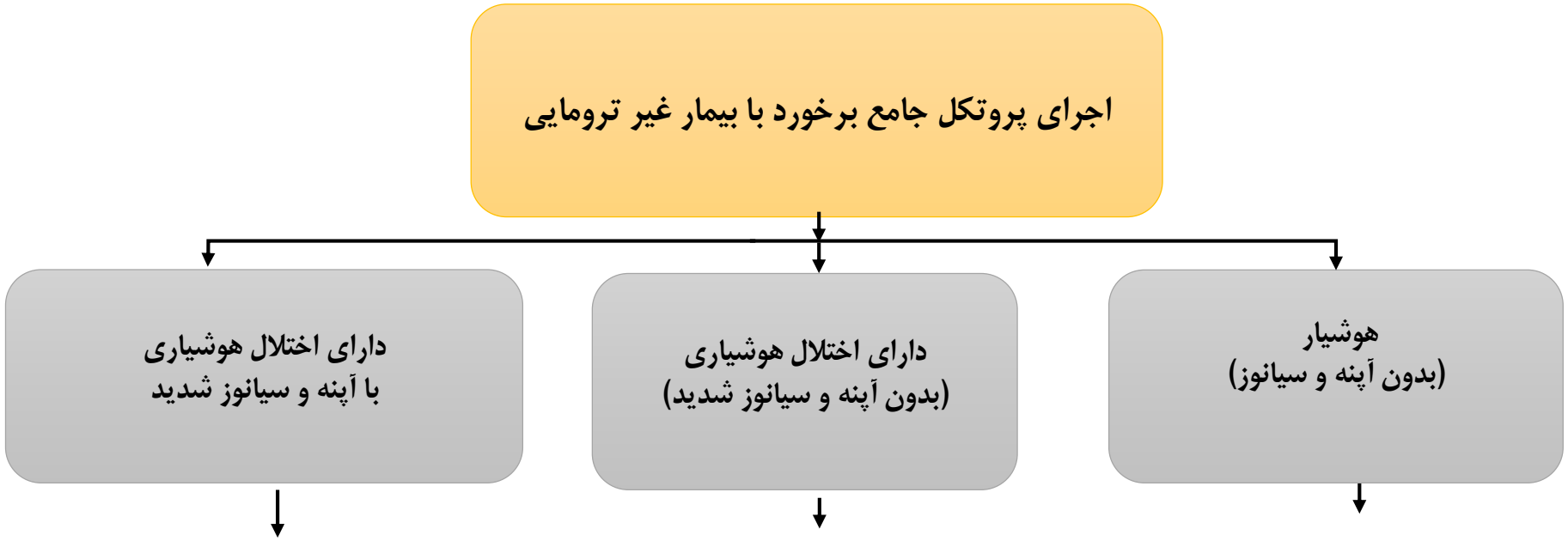
۱ شاخص رفع علائم شامل بهبود تنفس و افزایش Spo2 می باشد.

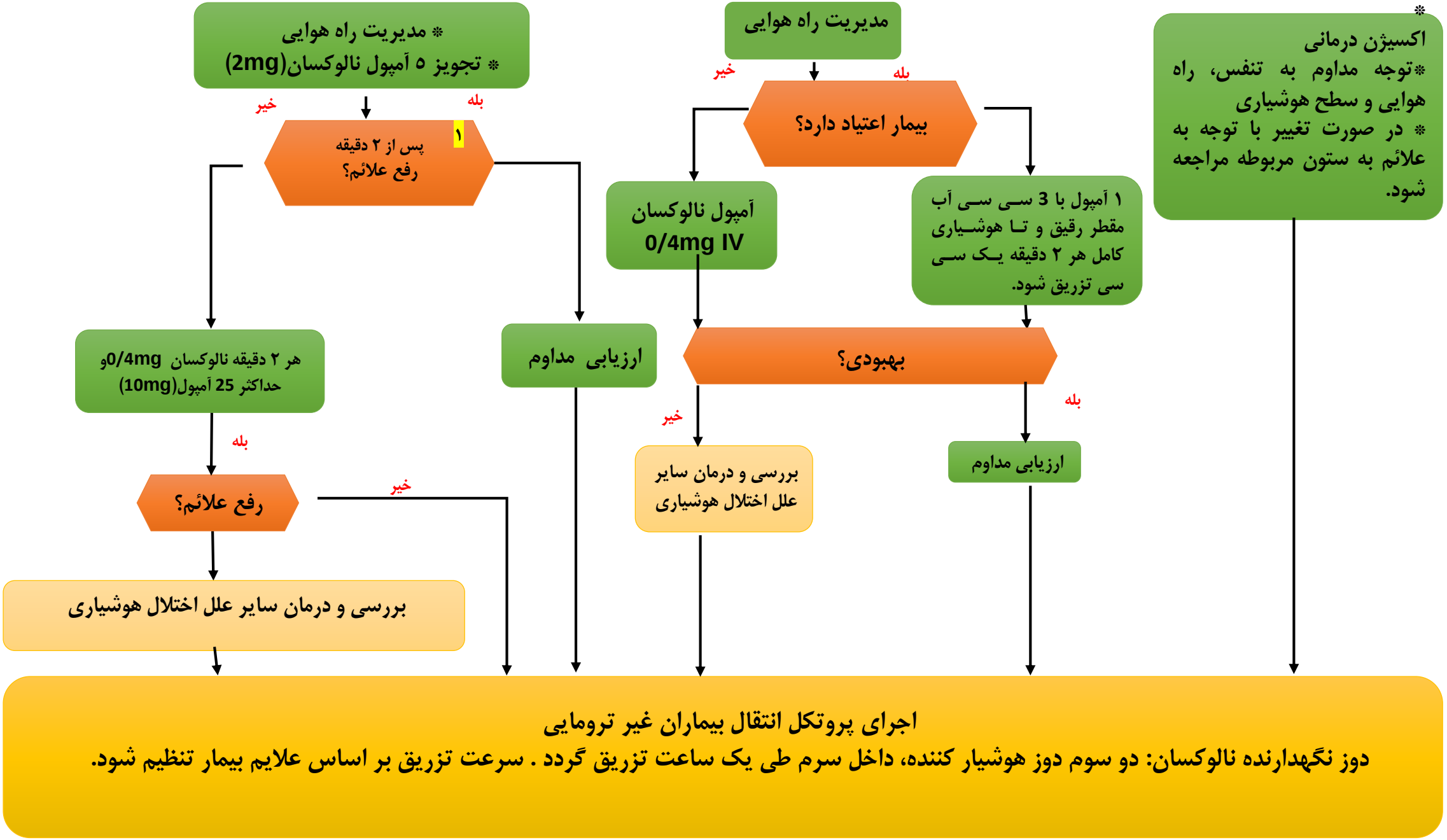
*در صورت نیاز به اکسیژن درمانی استفاده از نازال کانولا و در صورت O2sat کمتراز ۹۵٪ استفاده از روش های با غلظت بالاتر

سایر علل میوز شامل:

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

پروتکل مسمومیت با اپیوم




* مدیریت راه هوایی
* تجویز ۵ آمپول نالوکسان(2mg)
خیر
بله
۱
پس از ۲ دقیقه
رفع علائم؟
هر ۲ دقیقه نالوکسان 0/4mg و
حداکثر 25 آمپول(10mg)
بله
رفع علائم؟
خیر
بررسی و درمان سایر علل اختلال هوشیاری
ارزیابی مداوم
مدیریت راه هوایی
خیر
بله
بیمار اعتیاد دارد؟
آمپول نالوکسان
0/4mg IV
۱ آمپول با 3 سی سی آب
مقطر رقیق و تا هوشیاری
کامل هر ۲ دقیقه یک سی
سی تزریق شود.
بهبودی؟
خیر
بله
بررسی و درمان سایر
علل اختلال هوشیاری
ارزیابی مداوم
*
اکسیژن درمانی
*توجه مداوم به تنفس، راه
هوایی و سطح هوشیاری
* در صورت تغییر با توجه به
علائم به ستون مربوطه مراجعه
شود.
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

<u>سایر علل میوز شامل:</u>

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

۱ (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 ؟

بله

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

خیر

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

آمادگی برای احیا

---

۱ **DUMBELLS:**

۲
- اسهال: Diarrhea
- پرادراری: Urination
- میوز: Miosis
- برونکواسپاسم: BBB
- برونکوره، برادیکاردی
- تهوع و استفراغ: Emesis
- اشک ریزش Lacrimation
- خواب آلودگی: Lethargic
- افزایش بزاق Salivation

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 مسمومیت با ارگانوفسفره (DUMBBELLS)

۱

اجرای پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

↓

**توجه: رعایت PPEبا 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/ DUMBBELLSرا دارد ؟

بله

خیر

۳

آتروپین 1-3mg IV یا 6mg IMتکرار هر ۵ دقیقه تا کنترل علائمBBB

↓

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

پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

در صحنه:

- اکسیژن درمانی
- کاپنوگرافی (در صورت دسترسی)
- IV Line

BS<70 ?

- بله: درمان هیپوگلیسمی طبق پروتکل مربوطه
- خیر (انتقال به آمبولانس): طی مسیر

طی مسیر

- مانیتورینگ
- اکسیژن درمانی
- اندانسترون4mg در بالغین / در اطفال 0/15mg/kg (در صورت تهوع/ استفراغ) تزریق آهسته وریدی

مسمومیت با اتانول

- علائم خفیف → مشاوره ۵۰-۱۰ در خصوص نیاز به اعزام به بیمارستان
- حالت تهاجمی → اجرای پروتکل اورژانس های رفتاری → مشاوره ۵۰-۱۰ در خصوص نیاز به اعزام به بیمارستان
- علائم شدید → اجرای پروتکل کاهش سطح هوشیاری

مسمومیت با متانول

- فومیزول 15mg/kgدر مدت ۳۰ دقیقه IV (در صورت امکان)
- اتانول 5% 20ml/kg(در صورت امکان) IV
- اتانول 30% 90cc(در صورت امکان) به صورت خوراکی

سندرم ترک الکل

- اگر بیمار بیقرار است میدازولام 1-2mgIV/IM
- کنترل هیپرترمی

MAP<70, SBP <۹۰ ?

- بله: نرمال سالین بولوس ۱ تا ۲ لیتر تا زمانی که : MAP>70 و SBP>90
- 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 مسمومیت با الکل

پروتکل جامع برخورد با بیمار غیر ترومایی

در صحنه:

اکسیژن درمانی

کاپنوگرافی (در صورت دسترسی)

IV Line

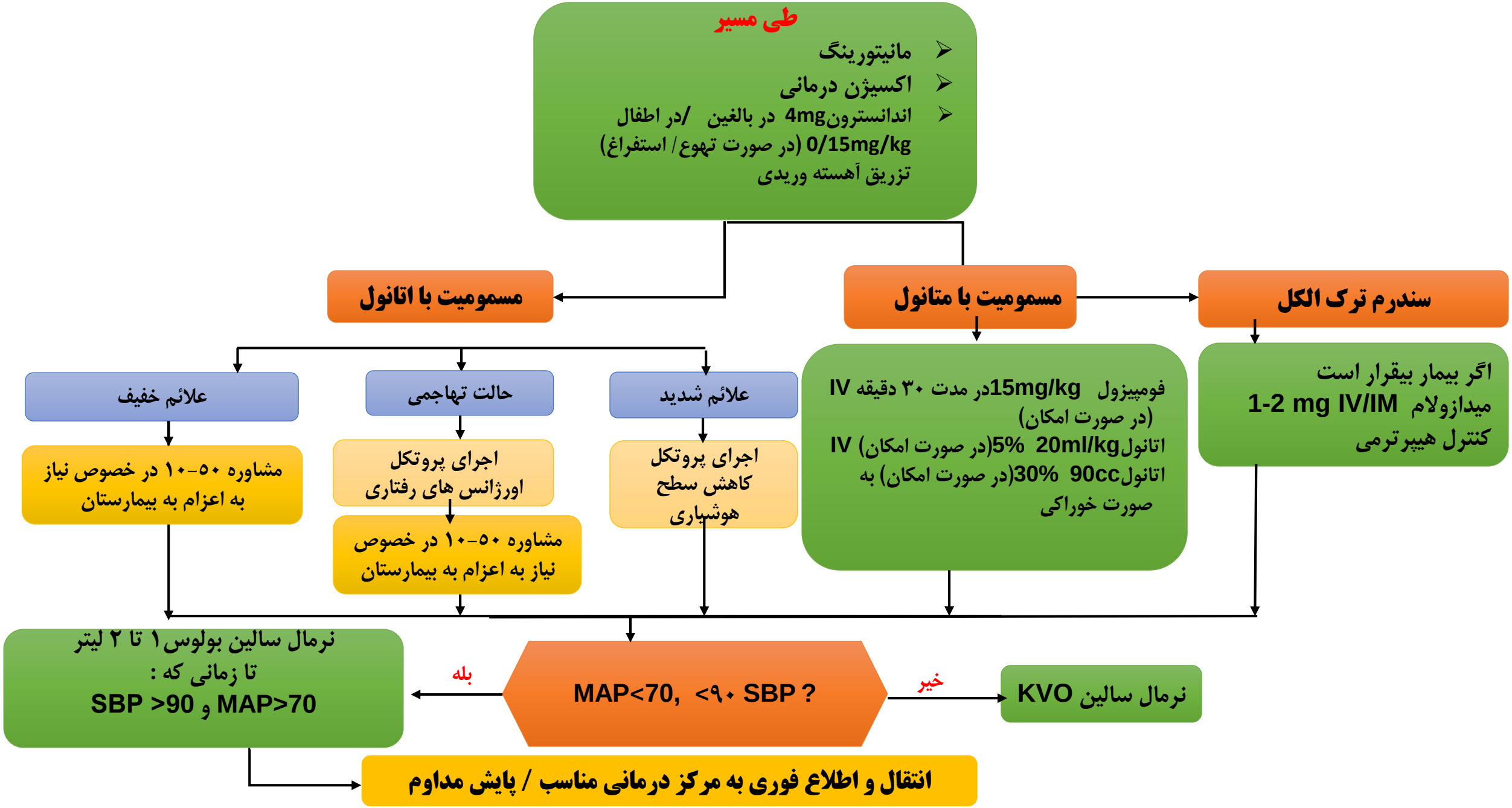
BS<70 ?

بله

درمان هیپوگلیسمی
طبق پروتکل مربوطه

خیر

(انتقال به آمبولانس)


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 بولوس ۱ 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 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: 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

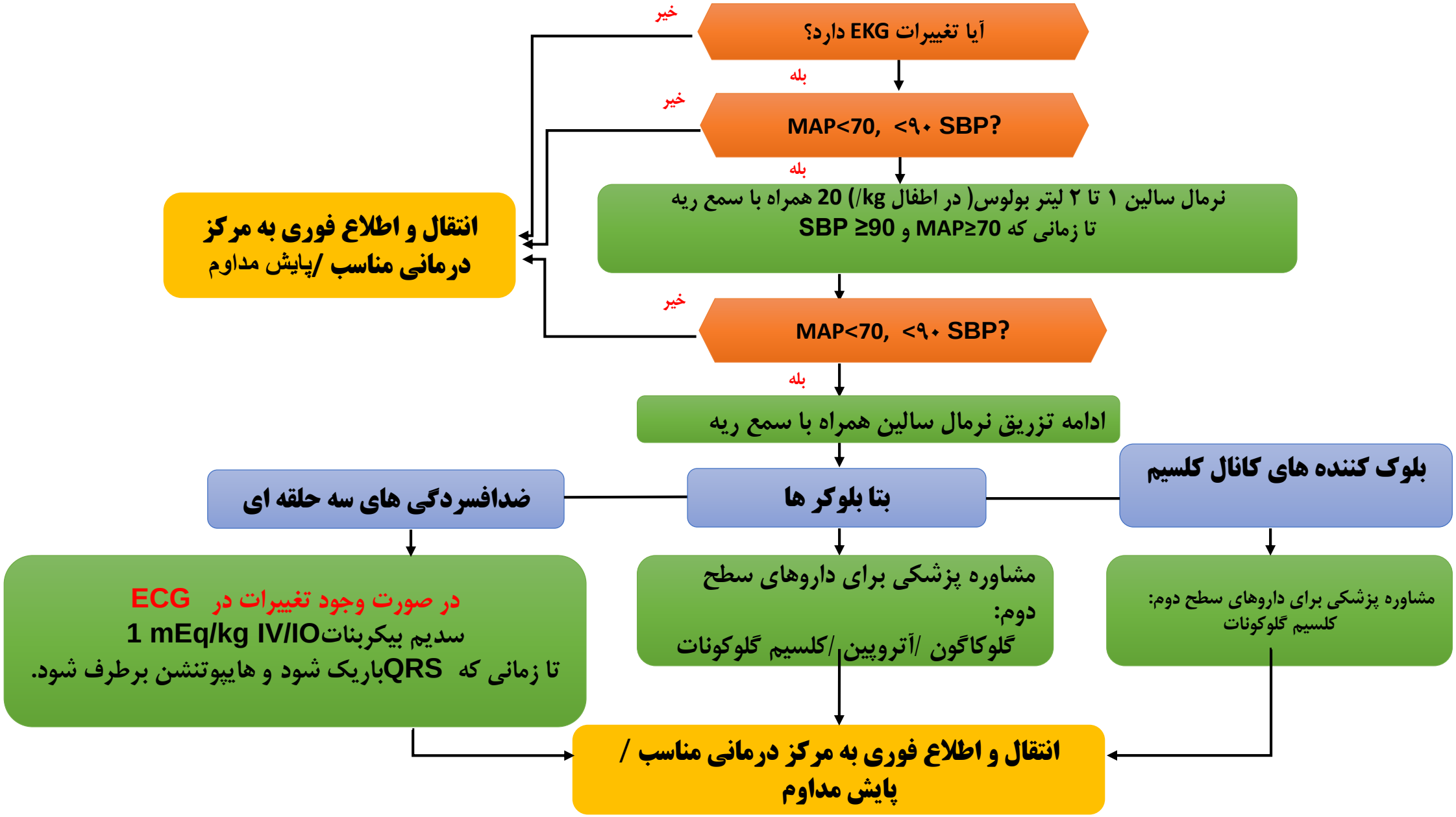
مشاوره پزشکی برای داروهای سطح دوم:
گلوکاگون /آتروپین /کلسیم گلوکونات

ضدافسردگی های سه حلقه ای

در صورت وجود تغییرات در ECG
سدیم بیکربناتIV/IO 1mEq/kg
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
MAP<70, <۹۰ SBP?
خیر
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 بیکربناتIV/IO 1 mEq/kg
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، Rبلند 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
- IVline 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

۱

هیپوگلیسمی:

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

یا

هیپرگلیسمی:

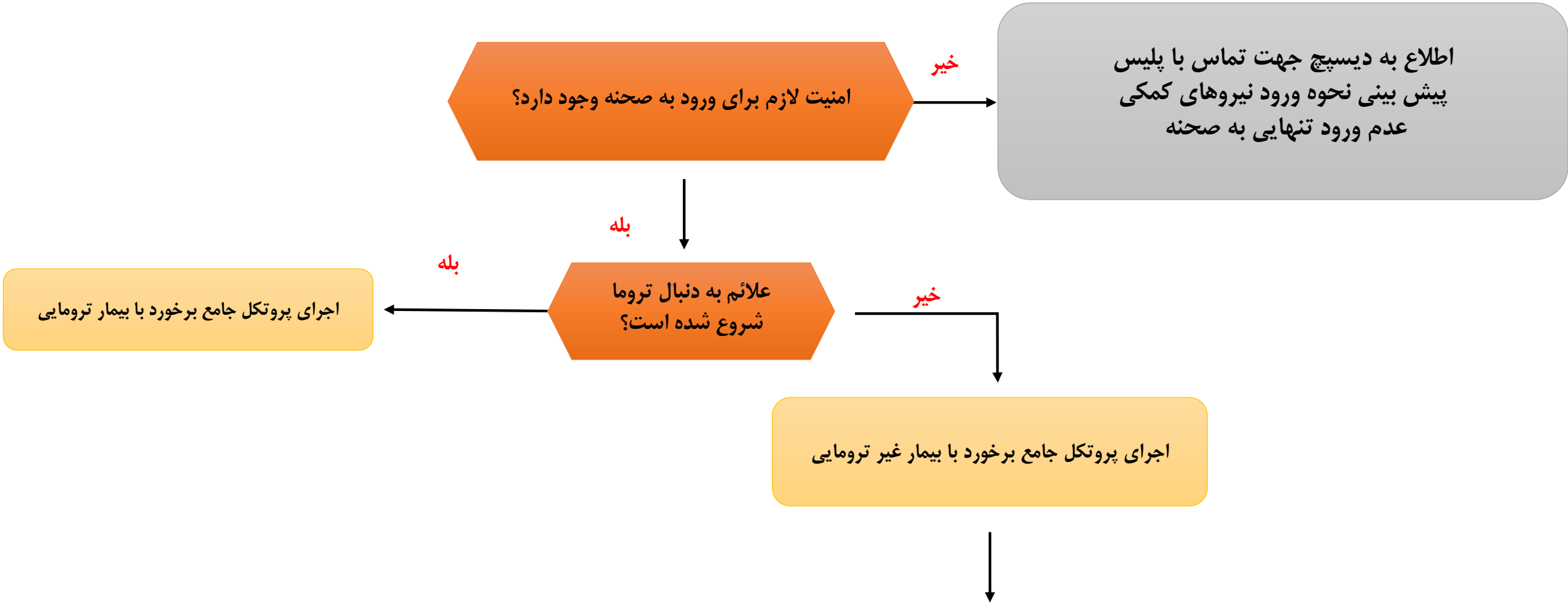
- BS>250mg/dl

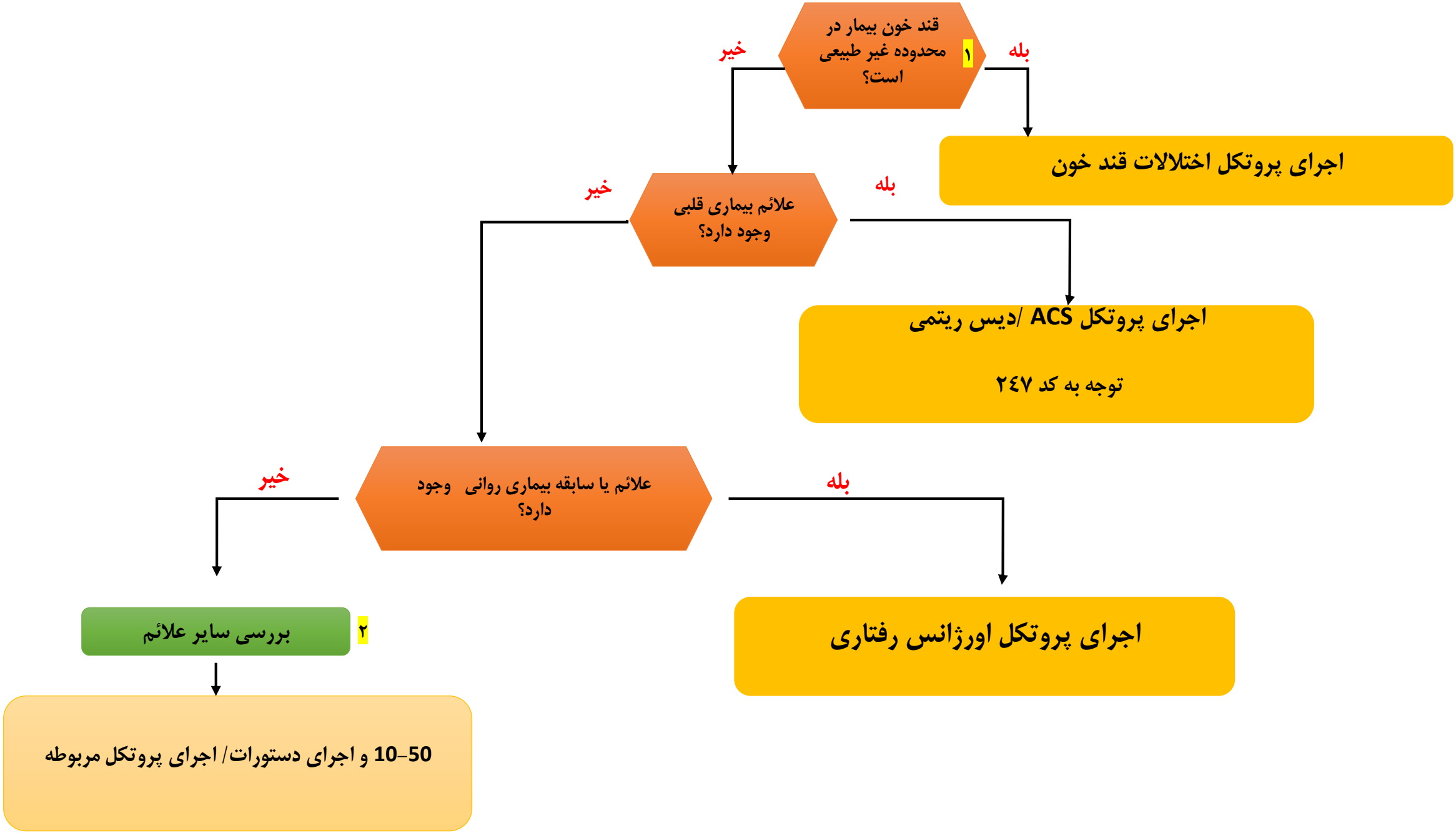
۲

توجه به علائم به ویژه:

- سکته مغزی
- مسمومیت
- هایپوکسی
- تشنج در فاز Postictal
- فشارخون بالا
- 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
۲
بررسی سایر علائم
10-50 و اجرای دستورات/ اجرای پروتکل مربوطه

هیپوگلیسمی:

بزرگسالان: BS<70mg/dl

اطفال: **BS<50** mg/dl

یا

هیپرگلیسمی:

- BS>250mg/dl

توجه به علائم به ویژه:

- سکته مغزی
- هایپوکسی
- فشارخون بالا
- مسمومیست
- 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 ، ۱۲۳،۱۲۵)

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

۶مهار فیزیکی بیمار توسط پلیس وانتقال 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 IMدر 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 نیروهای 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:

آیاسابقه 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
علایم‌هوشیاری
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
٤-تشویق بیمار به دادن اطلاعات کسانی که می توانند به نفع او اقدام کنند
٥-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 تهدیدآمیز(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
- حداقل 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 پاها 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