



دفترچه آموزشی بخش اورژانس

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی

فهرست مطالب:

- ۱- بیماریها و تشخیص های مراجعه کننده
- ۲- تشخیص های پرستاری
- ۳- مراقبت های پرستاری و فرایند پرستاری
- ۴- آموزش های مورد نیاز بیماران
- ۵- داروهای مورد نیاز
- ۶- تجهیزات مورد نیاز

Contents

Error! Bookmark not defined.....	ضربه به سر
Error! Bookmark not defined.....	آسیب دیدگی مغز
۱۴	ترومبوآمبولی وریدی (VTE)
Error! Bookmark not defined.....	ICP
Error! Bookmark not defined.....	ترومای بلانت شکم
Error! Bookmark not defined.....	ترومای نافذ شکم
Error! Bookmark not defined.....	ترومای بلانت قفسه سینه
Error! Bookmark not defined.....	ترومای نافذ قفسه سینه
Error! Bookmark not defined.....	آسم
Error! Bookmark not defined.....	سندرم کمپارتمان
Error! Bookmark not defined.....	زایمان طبیعی
Error! Bookmark not defined.....	انفارکتوس میوکارد
Error! Bookmark not defined.....	آنژین صدری
Error! Bookmark not defined.....	تشنج و صرع

ضربه به سر

تعریف:

آسیب دیدگی های سر دارای طبقه بندی های وسیعی هستند. که انواع آسیب دیدگی های پوست سر، جمجمه یا مغز را شامل می گردند. آسیب دیدگی های تروماتیک مغز (TBI) شدیدترین و جدی ترین حالت می باشند. تمامی آسیب های مغزی در لحظه برخورد با اشیا یا اجسام ایجاد نمی شوند، عموماً آسیب های مغزی ناشی از تروما دو نوع هستند: آسیب دیدگی های اولیه و ثانویه. در آسیب دیدگی های اولیه، مغز از همان آغاز در اثر رویداد تروماتیک دچار آسیب می گردد. کوفتگی، له شدگی، پارگی عروق خونی در اثر ضربه و... جزء آسیب های اولیه جمجمه هستند. آسیب دیدگی ثانویه، طی ساعت ها و روزها پس از بروز آسیب بوجود می آید. که شامل خونریزی داخل جمجمه ای، ادم مغزی، افزایش فشار داخل جمجمه، آسیب های هایپوکسیک مغزی و عفونت هستند. خونریزی یا ورم، سبب افزایش فشار داخل جمجمه می شود. این پدیده باعث ایسکمی، انفارکتوس و بالاخره مرگ مغزی می شود.

ملاحظات سالمندی: نوع و شدت آسیب را در آنها تغییر می دهد و احتمال عوارض را بالا می برند. ۱- افزایش سن، چسبندگی سخت شامه به جمجمه را بیشتر می کند. ۲- مصرف آسپرین و سایر ضدانعقادها بعلت بیماریهای مزمن

تظاهرات بالینی به شدت و وسعت آسیب دیدگی بستگی دارد.

- وجود درد مداوم و موضعی
- خونریزی از بینی، حلق یا گوش (بدنبال شکستگی قاعده سر)
- اکیموز بالای ماستوئید (باتل ساین)
- خروج CSF از گوش (اوتوره) و از بینی (رینوره) - علامت هاله ای (Halo sign) لکه ی خون که بوسیله لکه ی زرد احاطه شده
- تغییر در سطح هوشیاری و حالت کانفیوز
- ناهنجاری های مردمک و عدم وجود رفلکس قرنیه

- تغییر در رفلکس اوغ زدن یا از بین رفتن آن
- آغاز ناگهانی نقایص عصبی
- تغییر در علایم حیاتی
- اختلالات بینایی و شنوایی و اختلالات حسی
- سردرد
- حملات تشنجی

بررسی و تشخیص با CT اسکن و در صورت نیاز MRI با نظر پزشک

درمان و اقدامات حمایتی

اکسیژن تراپی، بالا بردن سر تخت در حد ۳۰ درجه، حفظ حجم خون، عمل جراحی در صورت تایید خونریزی مغزی و نظر پزشک، مانیتورینگ بیمار در بخش ویژه (در صورت دستور پزشک)، جلوگیری از تشنج، تهویه ی کمکی، حفظ تعادل مایعات و الکترولیتها، کنترل اضطراب و درد

فرآیند پرستاری

بسته به وضعیت عصبی بیمار، پرستار اطلاعات مورد نیاز خود را از بیمار، خانواده و.. بدست آورد.

تشخیص های پرستاری

- عدم پاکسازی موثر مجرای تنفسی و اختلال در تبادل گازها در ارتباط با آسیب دیدگی مغزی
- خطر پرفیوژن غیر موثر بافت مغزی در ارتباط با افزایش ICP و تشنج های احتمالی
- کاهش حجم مایعات در ارتباط با اختلال در عملکرد هورمون ها و وضعیت هوشیاری
- تغذیه نامتعادل کمتر از حد مورد نیاز بدن در ارتباط با افزایش نیازهای متابولیکی، محدودیت مصرف مایع و مصرف ناکافی مواد غذایی
- خطر وارد آمدن آسیب در ارتباط با بروز حملات تشنجی، عدم تشخیص موقعیت، یا بی قراری و آسیب مغزی
- خطر درجه حرارت نامتعادل بدن، در ارتباط با صدمات وارده به مکانیسم تنظیم درجه حرارت در مغز
- خطر اختلال در سلامت پوست در رابطه با استراحت در بستر، همی پارزی، همی پلژی، عدم تحرک، بی قراری

- عدم تطابق موثر در ارتباط با آسیب دیدگی مغز
- اختلال در الگوی خواب در ارتباط با آسیب دیدگی سر و کنترل مکرر وضعیت عصبی

مداخلات پرستاری

تدابیر پرستاری اتخاذ شده برای بیمار دچار آسیب دیدگی سر متنوع و وسیع بوده و شامل بررسی و شناخت پرستاری، تعیین اولویت برای انجام تدابیر پرستاری و... است. حفظ راه هوایی، پایش عملکرد عصبی، پایش تعادل مایعات و الکترولیت ها، ایجاد وضعیت تغذیه ای مناسب، پیشگیری از آسیب دیدگی و...

آموزش مراقبت از خود به بیمار

تغییرات ایجاد شده در وضعیت عصبی، علایم، نشانه ها و بروز عوارض مربوطه را بداند. روش های ایمنی را جهت کمک به بیمار در انجام فعالیت های مراقبت از خود، بهداشت و نظافت شخصی و حرکت کردن بداند.

دلایل منطقی مصرف داروهای تجویز شده را بداند.

نیاز به پایش دقیق رفتاری را که ناشی از تغییر عملکردهای شناختی است، درک نمایند.

اهمیت تداوم پیگیری توسط تیم بهداشتی درمانی را بداند.

داروهای مورد نیاز

دiazepam * رانیتیدین * فنوبار بیتال * دکزامتازون فوروزماید * مانیتول * مرفین * میدازولام * فنی توئین و...

تجهیزات مورد نیاز

مانیتورینگ قلبی و پالس اکسیمتری-لوله تراشه و آمبویگ- ونتیلاتور-کولار گردنی-دستگاه نوار قلب

آسیب دیدگی مغز

مهمترین مسئله این است که آیا مغز دچار آسیب شده است یا نه. زیرا حتی اگر آسیب وارده خفیف باشد، به دلیل بروز انسداد در جریان خون و کاهش خون رسانی به بافت ها، می تواند ضایعات مغزی قابل ملاحظه ای را بوجود بیاورد.

بررسی آسیب های تروماتیک مغز

- تغییر در سطح هوشیاری
- حالت کانفیوز
- ناهنجاری های مردمک
- تغییر در رفلکس اغ زدن یا از بین رفتن آن
- عدم وجود رفلکس قرینه
- آغاز ناگهانی نقایص عصبی
- تغییر در علایم حیاتی
- اختلالات بینایی و شنوایی
- اختلالات حسی
- سردرد
- حملات تشنجی

انواع آسیب دیدگی های مغز

تکان مغزی یا CUNCUSSION

در تکان مغزی از بین رفتن عملکردهای عصبی به طور موقت و بدون نابودی ساختمان های مغز می باشد. ممکن است هوشیاری برای دوره های کوتاه از بین برود یا تغییری در هوشیاری به وجود نیاید. اگر بافت

مغزی لوب پیشانی دچار آسیب شود، رفتارهایی نامعقول و عجیب از بیمار سر می زند، در حالیکه درگیر شدن لوب گیجگاهی سبب فراموشی موقت یا عدم تشخیص موقعیت در فرد می شود.

روشهای پایش شامل: مراقبت از بیمار از نظر کاهش سطح هوشیاری، تشدید سردرد، سرگیجه، تشنج، پاسخ غیر طبیعی مردمکها، استفراغ، تحریک پذیری، گفتار مبهم و گنگ و ضعف یا کرختی و بی حسی در دستها و پاها

کوفتگی یا CONTUSION

کوفتگی مغزی نوعی آسیب دیدگی متوسط تا شدید سر است که در آن، بافت مغز کبود شده و مغز دچار آسیب دیدگی هایی می شود. علت کوفتگی برخورد مغز با جمجمه است. کوفتگی ها با فقدان هوشیاری و حالت استوپور و کانفیوژن یا تغییرات بافتی و نقایص عصبی بدون تشکیل هماتوم، تغییر هوشیاری بدون علائم موضعی و خونریزی داخل بافتی همراه هستند. اثرات آسیب دیدگی (خونریزی و ادم) پس از ۱۸-۳۶ ساعت به اوج خود می رسند. کوفتگی های لوب گیجگاهی با خطر بیشتر بروز تورم، فتق مغزی و وخامت سریع حال بیمار همراه هستند.

آسیب دیدگی منتشر اکسونی یا DAI

آسیب دیدگی منتشر اکسونی در اثر نیروهای شدید پدید آمده و باعث صدماتی در سرتاسر مغز از جمله اکسون های نیمکره های مغزی، جسم پینه ای و ساقه مغزی می شود. ناحیه آسیب دیده ممکن است منتشر باشد و هیچ ضایعه ی کانونی قابل تشخیصی در بیمار دیده نشود. DAI با کمای تروماتیک طولانی مدت همراه بوده و عارضه ای خطرناک است. DAI در مقایسه با ایسکمی ها یا ضایعات کانونی، پیش آگهی ضعیف تری دارد. بیماری که در اثر ترومای شدید دچار DAI شده بدون هیچ مقدمه ی آشکاری بلافاصله وارد کما می شود و بدن وی حالت دسربره و دکورتیکه به خود می گیرد و کل مغز دچار ادم می شود.

تشخیص بر مبنای علائم بالینی همراه نتایج CT و MRI است و بهبودی بیمار به شدت آسیب دیدگی اکسون ها بستگی دارد.

خونریزی داخل جمجمه ای

هماتوم، تجمع خون در مغز است که برحسب مکانی که در آن جای گرفته به اپیدورال، ساب دورال و یا داخل مغزی تقسیم می شود. نشانه های مغزی اغلب با تاخیر بروز می نماید، چرا که هماتوم باید به قدری بزرگ شود تا سبب انحراف و همچنین تغییر شکل ساختمان مغز، همچنین افزایش ICP گردد.

نشانه های ایسکمی بسیار متنوع بوده و به سرعت درگیر شدن مناطق حیاتی و همچنین منطقه ای که دچار آسیب شده، بستگی دارد.

هماتوم اپیدورال

بعد از آسیب دیدگی های سر، خون ممکن است در فضای اپیدورال جمع شود. در نتیجه ی شکستگی جمجمه ایجاد شود و منجر به پارگی یا بریدگی شریان مننژ میانی شود. خونریزی این شریان سبب می شود تا مغز به سرعت تحت فشار قرار گیرد. معمولاً در همان زمان وقوع آسیب دیدگی، بیمار به طور زود گذر هوشیاری خود را از دست می دهد و بدنال آن دوره ای است که بهبودی آشکار در وضعیت هوشیاری وی پدید می آید. هماتوم اپیدورال به عنوان یک وضعیت فوق العاده اضطرابی در نظر گرفته می شود. جهت پایین آوردن سریع ICP، برداشتن لخته و کنترل ناحیه خونریزی. بعد از انجام کرانیوتومی، درنی در محل گذاشته می شود تا از تجمع مجدد خون جلوگیری به عمل آید.

هماتوم ساب دورال یا زیر سخت شامه ای

تجمع خون بین سخت شامه و مغز است، فضایی که به طور طبیعی توسط لایه نازکی از مایع پر می شود. شایعترین علت بوجود آورنده این ضایعه، تروما است، اما در اثر پارگی آنوریسم یا اختلالات انعقادی به وجود می آید. منشأ خونریزی های زیر سخت شامه ای اغلب وریدی است. بر حسب اندازه عروق درگیر شده و میزان خونریزی به حاد، تحت حاد و مزمن تقسیم می شوند. در نوع حاد و تحت حاد نشانه های بالینی طی ۲۴-۴۸ ساعت پدیدار می شوند.

علائم و نشانه ها عبارتند از: تغییر در سطح هوشیاری، بروز علائم مربوط به مردمکها و همی پارزی

این نشانه ها ممکن است خفیف باشند و یا در اثر گسترش کما، افزایش فشار خون، کاهش ضربانات قلب و کندی تنفس بوجود آیند و نیازمند مداخله سریع می باشند.

هماتوم های مزمن در اثر آسیب دیدگی های خفیف سر بوجود می آید و بیشتر در افراد سالخورده دیده می شوند. فاصله ی زمانی میان آسیب دیدگی و شروع نشانه ها ممکن است طولانی باشد (بطور مثال ۳ هفته تا چند ماه)، بنابراین علت حقیقی گاهی بدست فراموشی سپرده می شود.

نشانه ها عبارتند از: سردرد شدیدی که عود می نماید و رفع می شود، تغییر در علایم عصبی، تغییرات شخصیتی، وخامت وضعیت ذهنی و نیز حملات تشنجی کانونی.

درمان شامل تخلیه لخته از طریق جراحی است.

هماتوم داخل مغزی

خونریزی های داخل مغزی در واقع وارد شدن خون به داخل پارانشیم مغز است. در اثر زخم های ناشی از گلوله، جراحات ناشی از پرتاب کردن اجسام، جراحات ناشی از چاقو و یا اختلالاتی مانند افزایش فشار خون، پارگی آنوریسم های کیسه ای شکل، آنومالی های عروقی، تومورهای داخل جمجمه ای، اختلالات خونریزی دهنده و عوارض درمان با ضد انعقادها

ممکن است شروع عارضه تدریجی بوده و با بروز نقایص عصبی آغاز گردد و با سردرد ادامه یابد.

تدابیر شامل مراقبت های حمایتی، کنترل کردن ICP و دقت در مصرف مایعات، الکترولیت ها و داروهای ضد فشار خون می باشد. مداخله از طریق جراحی بصورت کرانیوتومی یا کرانیکتومی است که به دلیل غیرقابل دسترس بودن محل خونریزی یا در اثر واضح نبودن محیط و محدوده خونریزی قابل جراحی نمی باشد.

رسیدگی به آسیب های مغزی

بررسی و شناخت و تشخیص وسعت ناحیه آسیب دیده در همان معاینات فیزیکی و عصبی اولیه، انجام می گیرد. CT اسکن و MRI و توموگرافی توصیه می شود. برای آسیب دیدگی نخاع گردنی از گردنبندهای طبی استفاده شود تا زمانیکه عکسبرداری از نخاع گردن، عدم وجود آسیب دیدگی ها را در این ناحیه اثبات نماید.

علت های شایع بروز آسیب دیدگی های ثانویه عبارتند از: ادم مغزی، افت فشار خون و دپرسیون تنفسی که خود موجب هیپوکسمی و عدم تعادل الکترولیت ها می گردد. برای پیشگیری از آسیب دیدگی های ثانویه، تثبیت عملکرد سیستم قلبی-عروقی و تنفسی ضروری بوده و موجب حفظ پرفیوژن مغز در حد کافی، کنترل خونریزی و هیپوولمی و حفظ مقادیر گازهای خونی در حد مطلوب می شود.

درمان افزایش فشار داخل جمجمه ای

وقتی در اثر ادم، نواحی آسیب دیده مغز متورم شوند یا خون در درون مغز تجمع یابد، ICP بالا می رود. اگر ICP همچنان بالا باقی بماند، در آن صورت فشار پرفیوژن مغزی کاهش می یابد. رسیدگی مقدماتی با هدف پیشگیری از بروز آسیب دیدگی های ثانویه و حفظ اکسیژن رسانی کافی به بافت مغزی صورت می گیرد. ICP به دقت کنترل شود و در صورتیکه افزایش یابد، با اکسیژن رسانی در حد کافی، بالا بردن سر تخت و حفظ حجم خون، آن را کنترل نمایید. علاوه بر این ها جلوگیری از تشنج، تهویه کمکی، حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها، تغذیه کمکی و همچنین کنترل درد و اضطراب صورت می گیرد.

مرگ مغزی

پرستار می تواند برای تعیین مرگ مغزی، به انجام معاینات بالینی کمک نماید. سه علامت کلیدی مرگ مغزی عبارتند از: کما، فقدان رفلکس های ساقه مغزی و آپنه. تستهای کمکی نظیر EEG و... نیز صورت می گیرد.

فرایند پرستاری

حفظ راه تنفسی، پایش عملکردهای عصبی، پایش تعادل مایعات و الکترولیت ها، ایجاد وضعیت تغذیه ای مناسب، پیشگیری از آسیب دیدگی، حفظ درجه حرارت، حفظ سلامت پوست، جلوگیری از بروز اختلال در الگوی خواب و...

گرفتن تاریخچه از وضعیت عدم هوشیاری یا فراموشی بعد از بروز آسیب دیدگی سر می تواند به وضوح درجه صدمات مغزی را مشخص نماید، تغییراتی که چند دقیقه تا چند ساعت بعد از آغاز آسیب دیدگی ایجاد می شوند نمایانگر بهبودی یا بروز صدمات ثانویه مغزی می باشد، لذا پرستار باید وجود یا عدم وجود هوشیاری، طول مدت دوره ی بیهوشی و توانایی بیدار شدن بیمار را مشخص نماید. تعیین LOC با استفاده از مقیاس کمای گلاسکو صورت گیرد. واکنش مردمک ها نسبت به نور، رفلکس های اغ، بررسی کما و اختلال در هوشیاری.

تشخیص های پرستاری

- عدم پاکسازی موثر مجرای تنفسی و اختلال در تبادل گازها در ارتباط با آسیب دیدگی مغزی
- خطر پرفیوژن غیرموثر بافت مغزی در ارتباط با افزایش ICP، کاهش CPP و تشنج های احتمالی
- کاهش حجم مایعات در ارتباط با اختلال در عملکرد هورمون ها و وضعیت هوشیاری

- تغذیه نامتعادل کمتر از حد مورد نیاز بدن در ارتباط با افزایش نیازهای متابولیکی، محدودیت مصرف مایع و مصرف ناکافی مواد غذایی
- خطر وارد آمدن آسیب در ارتباط با بروز حملات تشنجی، عدم تشخیص موقعیت، یا بی قراری و آسیب مغزی
- خطر درجه حرارت نامتعادل بدن، در ارتباط با صدمات وارده به مکانیسم تنظیم درجه حرارت در مغز
- خطر اختلال در سلامت پوست در رابطه با استراحت در بستر، همی پارزی، همی پلژی، عدم تحرک، بی قراری
- عدم تطابق موثر در ارتباط با آسیب دیدگی مغز
- اختلال در الگوی خواب در ارتباط با آسیب دیدگی سر و کنترل مکرر وضعیت عصبی
- کمبود اطلاعات و آگاهی پیرامون آسیب دیدگی مغز، فرایند بهبودی و توانبخشی

آموزش به بیمار

باید به بیمار و خانواده وی در مورد محدودیت ها و عوارض احتمالی آموزش داد. کنترل دقیق عوارضی که نیاز به تماس با پزشک دارد را نیز باید به بیمار و خانواده وی به صورت شفاهی و کتبی یادآور شد. اگر بیمار در معرض خطر تشنج های دیررس پس از تروما باشد، داروهای ضد تشنج در زمان ترخیص تجویز می شود که بیمار و خانواده در خصوص اهمیت مصرف دارو و عوارض جانبی این داروها، نیاز به آموزش دارند. اقدامات توان بخشی برای بیماران دچار آسیب دیدگی سر، از زمان بستری شدن آغاز می شود. بیمار به ادامه ی برنامه توان بخشی بعد از ترخیص ترغیب شود زیرا بهبودی ممکن است ۳ سال یا بیشتر طول بکشد. براساس وضعیت بیمار، وی را تشویق نمایید تا به تدریج فعالیت های طبیعی خود را از سر بگیرد.

علائم و نشانه های وضعیت عصبی و عوارض را شناسایی نماید. نشانه های افزایش ICP را بداند.

بررسی و شناخت سلامت و خصوصیات پوست

بررسی و شناخت غشای مخاطی دهان، بهداشت و سلامت دهان

بررسی و شناخت دامنه ی حرکتی مفاصل و وجود تغییر شکل یا حالت اسپاسم و سفتی

بررسی و شناخت شکم از نظر صداهای روده و نفخ

ثبت میزان جذب و دفع مواد

تغییرات و اصلاحاتی را باید در وسایل خانه ایجاد کند تا از وجود محیطی امن اطمینان یابد.

اهمیت تداوم پیگیری توسط تیم درمانی را بداند.

داروهای مورد نیاز

داروهای ضد تشنج، بنزودیازپین ها، میدازولام، پروپوفول، H_2 بلوکرها، مانیتول، فوروزماید، آنتی بیوتیک

تجهیزات مورد نیاز

مانیتورینگ، پالس اکسیمتری، اکسیژن، دستگاه ونتیلاتور، گلوکومتر، میکروست، پمپ انفوزیون، لوله تراشه، ایروی، سوند نلاتون، سوند فولی، سوند معده، سرنگ گاوآژ، دستکش استریل، کیسه ادراری، سرم نمکی

آسیب دیدگی های طناب نخاعی

آسیب دیدگی های طناب نخاعی (SCL) یکی از مشکلات اصلی مرتبط با سلامت به شمار می آید. علل اصلی وقوع مرگ شامل پنومونی، آمبولی ریوی می باشد. پاراپلژی و تتراپلژی می تواند ایجاد شود. صدمات وارده به نخاع محدوده ای را از تکان زودگذر تا کوفتگی، پارگی و فشردگی جسم نخاع تا قطع کامل نخاع، در بر می گیرد. بیشترین مهره های گردنی که دچار SCL می شوند، پنجمین، ششمین و نیز هفتمین مهره های گردنی، دوازدهمین مهره ی سینه ای و اولین مهره ی کمری هستند. این مهره ها بیشتر مستعد آسیب می باشند، چون در این ناحیه از ستون مهره ها دامنه حرکتی وسیع تر است.

SCL را می توان به دو دسته مجزا تقسیم بندی کرد: آسیب دیدگی های اولیه و ثانویه

آسیب دیدگی های اولیه در نتیجه بروز نخستین صدمات و جراحات وارده پدید آمده و معمولاً دایمی و پایدار است. آسیب دیدگی های ثانویه، معمولاً ناشی از صدمات مربوط به کوفتگی یا پارگی هستند که رشته های اعصاب، متورم و متلاشی می شوند.

تظاهرات بالینی

تظاهرات بالینی به نوع آسیب دیدگی و سطحی که آسیب دیدگی در آن به وقوع پیوسته بستگی دارد. آسیب های کامل طناب نخاعی می توانند منجر به بروز پاراپلژی و یا تتراپلژی شوند. بیمار در صورت هوشیاری از درد شدید در ناحیه پشت و یا گردن شکایت دارد. هر چند عدم وجود درد، آسیب دیدگی نخاع را رد نمی کند. مشکلات تنفسی معمولاً با سطح آسیب دیده در ارتباط هستند. عضلاتی که به تنفس کمک می کنند عبارتند از: دیافراگم C4، عضلات شکمی و عضلات بین دنده ای (T1، T11).

بررسی و یافته های تشخیصی

یک معاینه کامل عصبی انجام می شود. CT، MRI، میلوگرام برای بررسی های بیشتر صورت می گیرد. رسیدگی سریع به بیمار در همان محل حادثه امری مهم و حیاتی است، چون انتقال و جابجایی نادرست، سبب بروز صدمات بیشتر و از بین رفتن عملکردهای عصبی می گردد. اقدامات مراقبتی اولیه باید شامل بررسی و شناخت سریع، ثابت و بی حرکت نمودن، آزادسازی مصدوم، تثبیت و یا کنترل جراحات باشد. در محل حادثه، مصدوم را باید روی تخته مخصوص بیماران نخاعی قرار داده و بدن وی را ثابت و بی حرکت کرد، سر و گردن نیز باید کاملاً صاف بوده و حالت خمیده نداشته باشند، بدین ترتیب از تبدیل آسیب ناقص به کامل جلوگیری می شود. یکی از اعضای گروه باید مسئولیت کنترل سر بیمار را بعهده بگیرد تا از خم شدن، چرخیدن یا کشیدگی سر جلوگیری به عمل آید. در صورت امکان حداقل ۴ نفر باید مصدوم را با دقت بر روی تخته قرار دهند تا به بیمارستان انتقال یابد. در خلال انجام مراحل درمانی در بخش های رادیولوژی و اورژانس، باید بیمار بر روی تخته مخصوص باقی بماند و همواره در یک وضعیت کشش قرار داشته باشد. هیچ عضوی از بدن نباید خم یا چرخانده شوند و بیمار نیز اجازه نشستن ندارد. از گردنبند مخصوص استفاده شود.

درمان تنفسی

مصرف اکسیژن برای حفظ po_2 شریانی در حد بالا، لازم است. از آنجا که هیپوکسمی می تواند نقایص عصبی طناب نخاعی را وخیم تر کند یا نقایص جدیدی ایجاد نماید. اگر لوله گذاری داخل نایی ضرورت پیدا کند، مراقبت های شدیدی باید اعمال گردد تا از بروز کشیدگی و یا خم شدن گردن ممانعت به عمل آید، چون این امر سبب گسترش آسیب های وارده به گردن خواهد شد. در آسیب دیدگی های شدید نخاع گردنی، عصب دهی نخاع به عصب فرنیک، که دیافراگم را تحریک می کند، متوقف می شود. تنظیم کننده دیافراگم با تحریک دیافراگم، به تنفس بیمار کمک می نماید.

ایجاد کشش و جا انداختن استخوان ها

برای کنترل SCL، به ثابت و بی حرکت کردن و جا انداختن دررفتگی ها و تثبیت ستون مهره ها نیاز می باشد. شکستگی های استخوان های گردنی جا انداخته شده و نخاع گردن با استفاده از برخی کشش های استخوانی نظیر ابزارهای کششی در امتداد خط مستقیم قرار می گیرد. کشش بر اساس جثه بیمار و درجه شکستگی یا دررفتگی انتخاب می شوند. نیروی کشش در سراسر محور طولی اجسام مهره ای اعمال شده و گردن بیمار در حالت صاف قرار می گیرد. سپس نیروی کشش را به تدریج با افزودن وزنه های بیشتر، زیاد می کنند. با افزایش نیروی کشش، فضای میان دیسک های بین مهره ای گسترش یافته و مهره ها به وضعیت قبل خود باز می گردند. عمل جا انداختن معمولاً بعد از قرارگیری صحیح مهره ها در امتداد هم، صورت می گیرد. وقتی عمل جا انداختن انجام شد، پس از بررسی عکس های رادیولوژی گرفته شده از نخاع گردنی و انجام معاینات عصبی، وزنه ها به تدریج برداشته می شوند تا وزنی که برای قرارگیری مهره ها در امتداد هم مورد نیاز است، مشخص شود. وزنه ها باید آزادانه آویزان گردند.

با توجه به آسیب، جراحی ممکن است ضرورت پیدا کند. هدف از درمان به روش جراحی، حفظ عملکردهای عصبی با رفع فشار وارد بر طناب نخاعی و ایجاد ثبات در وضعیت بیمار است.

شوک نخاعی و شوک نوروزنیک با افت ناگهانی فعالیت های رفلکسی نخاع ایجاد می شود. ماهیچه هایی که بوسیله بخشهایی از نخاع عصب دهی می شوند، فلج شده و حالت سست پیدا می کنند. رفلکس هایی که مسئول کار مثانه و روده هستند هم ممکن است، آسیب ببینند. اغلب اوقات ظرف ۲-۳ روز اول پس از آسیب، فلج روده رخ می دهد که طی مدت ۳-۷ روز برطرف می شود.

شوک نوروزنیک به دلیل فقدان عملکرد سیستم عصبی خودکار به وقوع می پیوندد. در این حالت اندام های حیاتی تحت تاثیر قرار گرفته و فشار خون، ضربانات قلب و برون ده قلب کاهش پیدا می کند. در آسیب دیدگی نخاع گردنی و نواحی فوقانی سینه، عصب دهی بخش عمده ای از عضلات فرعی کمک کننده به تنفس مختل می شود و مشکلات تنفسی بوجود می آید.

ترومبوآمبولی وریدی (VTE)

ترومبوآمبولی وریدی عارضه احتمالی عدم تحرک بوده و در بیمارانی که دچار VTE می شوند خطر DVT و PE وجود دارد. تظاهرات مربوط به آمبولی ریوی عبارتند از: درد قفسه سینه، کوتاه شدن تنفس ها و مقادیر غیر طبیعی گازهای خونی. درمان با دوز پایین داروهای ضد انعقاد همراه استفاده از جوراب های الاستیک ویژه ای که تا بالای ران امتداد می یابند، انجام می شود. در برخی موارد، فیلترهای دائمی به جا ماندنی در ورید اجوف

کار می گذارند تا از جا به جایی لخته و مهاجرت آن به سمت ریه ها که سبب آمبولی ریه می شود، جلوگیری به عمل آید.

زخم های فشاری و عفونت از سایر عوارض می باشد.

فرآیند پرستاری

الگوی تنفسی بررسی می شود، قدرت سرفه و سمع صداهای ریه ارزیابی می گردد، چون فلج عضلات شکمی و تنفسی، سبب کاهش میزان سرفه شده و نیز پاکسازی ترشحات برونشی و حلقی را دشوار می سازد. کاهش یافتن حرکات منظم و مکرر سینه یکی از عوارض فلج عضلات می باشد.

بیمار از نظر هرگونه تغییر در کارکردهای حسی یا حرکتی و نشانه های صدمات پیش رونده عصبی، به دقت تحت نظر قرار می گیرد.

بررسی توانایی حرکتی بیمار، از وی می خواهیم انگشتان دست خود را باز کند، دست فرد معاینه کننده را بفشارد و پا را چرخانده و انگشتان آن را به حرکت در آورد.

بررسی توانایی حسی بیمار، با شیئی کوچک نظیر چوب زبان، پوست را به آرامی تحریک کرده و یا پوست را نیشگون می گیریم، ز بیمار خواسته می شود تا مناطقی را که دارای حس است، مشخص کند. هر گونه بروز کاهش در عملکرد عصبی باید بلافاصله گزارش شود.

بررسی نواحی پایین شکم از نظر وجود علایم احتباس ادرار و اتساع بیش از حد مثانه، لمس شود.

بررسی دمای بدن، چون بیمار ممکن است دوره هایی از افزایش درجه حرارت را داشته باشد.

مداخلات پرستاری

- ایجاد وضعیت تنفسی مناسب و پاکسازی راه هوایی
- بهبود وضعیت تحرک
- حفظ سلامت پوست
- حفظ توانایی دفع ادرار
- بهبود عملکرد روده

- تشخیص دیس رفلکسی خودکار: یک فوریت پزشکی حاد است. بدن نسبت به محرکها، واکنش های غیرارادی مفرط نشان می دهد، واکنش هایی که در افراد طبیعی، کاملاً بی خطر می باشند. این سندرم با سردرد شدید و ضربه ای همراه افزایش ناگهانی فشار خون، تعریق بیش از حد، تهوع، احتقان بینی و کاهش ضربان قلب، مشخص می گردد. عارضه مذکور در میان بیمارانی که دچار ضایعات نخاعی در قسمت بالای T6 شده اند، بعد از برطرف شدن شوک نخاعی، بوجود می آید. افزایش ناگهانی فشار خون می تواند سبب پارگی یکی از عروق خونی مغز یا بیشتر شده یا ICP را بالا ببرد. تعدادی از محرکها مانند اتساع مثانه، اتساع یا انقباض اندام های احشایی به خصوص روده یا تحریک پوست می توانند آغازگر این رفلکس باشند. از آن جایی که این وضعیت یک مورد اورژانسی به حساب می آید، لذا هدف رفع نمودن محرک آغازگر و اجتناب از بروز عوارض جدی می باشد.

تشخیص های پرستاری

- الگوی تنفسی غیرموثر در ارتباط با ضعف و یا فلج عضلات شکمی و بین دنده ای و ناتوانایی در پاکسازی ترشحات
- پاکسازی غیرموثر راه های تنفسی در ارتباط با ضعف عضلات بین دنده ای
- اختلال در حرکات بدنی در ارتباط با اختلالات حسی و حرکتی ایجاد شده
- خطر آسیب دیدگی در ارتباط با نقایص حسی و حرکتی
- خطر بروز اختلال در سلامت پوست در ارتباط با عدم تحرک و فقدان حس
- بروز احتباس ادرار در ارتباط با عدم توانایی در تخلیه خودبه خودی ادرار
- یبوست در ارتباط با آتونی بودن روده ناشی از وقفه در فعالیت های خودکار
- درد حاد و ناراحتی در ارتباط با درمان های انجام شده و عدم تحرک به مدت طولانی

داروهای مورد نیاز

کورتیکواستروئیدها، متیل پردنیزولون، داروهای ضد انقباض

تجهیزات مورد نیاز

اکسیژن، دستگاه ونتیلاتور، لوله تراشه، ساکشن، فینگر تیوب، سرم شستشو، جوراب الاستیک



Icp: Intra cranial pressure

مغز در داخل فضای بسته جمجمه قرار دارد شامل سه کمپارتمان است:

۱- پارانشیم مغز

۲- خون

۳- مایع مغزی نخاعی

مجموع این سه عامل فشاری در مغز ایجاد می کند که آن را فشار داخل مغزی گویند.

فشار نرمال مغز بین ۵-۱۰ میلیمتر جیوه است.

فشار مداوم بالاتر از ۱۵ غیر نرمال است.

فشار بالاتر از ۲۰ بطور مداوم نیاز به مداخله درمانی دارد.

فشار مغز بصورت گذرا تا ۵۰ نیز افزایش می یابد.

علل افزایش فشار داخل مغزی

۱- افزایش حجم پارانشیم مغز: تومورهای مغزی-خونریزی مغزی-ادم مغزی

۲- افزایش حجم خون مغز: افزایش فشار خون-ترومای مغزی

۳- افزایش مایع مغزی نخاعی: انسداد در مسیر بطنها به علت تومور، خونریزی یا عفونت-افزایش تولید در بعضی تومورها

Icp علائم افزایش

سر درد بصورت شدید و منتشر

تهوع و استفراغ مکرر

علائم نورولوژیک فوکال (ضعف اندامها-اختلاف سایز مردمک)

افت هوشیاری

هایپرتنشن

برادی کاردی

cp عوارض افزایش

۱- کاهش خونرسانی مغزی

۲- هرنیاسیون مغز

با افزایش فشار مغز خونرسانی به بافت مغز کاهش می یابد و باعث ایسکمی مغزی می شود.

هرنیاسیون: بیرون زدگی مغز از سوراخهای طبیعی مغز را گویند که باعث تحت فشار قرار گرفتن عروق مغز و ایسکمی می شود.

لرومای بلانت شکم

تعریف:

شکم سومین ناحیه شایع آسیب پذیر در تروما است و بدلیل وجود اندامهای حساس در حفره شکم قابل اهمیت است. تروما بلانت تا حدی به حوادث تصادفات وسایل نقلیه موتوری مربوط می شود. وجود کبد و طحال بدلیل پر خون بودن می توانند شوک ایجاد کنند. در تروما شکم بدلیل وجود پرده دیافراگم احتمال اختلال در تنفس بیمار بسیار زیاد است. تروما غیر نافذ شکمی شامل: تروما وارده با انرژی زیاد- تروما وارده با انرژی کم

تظاهرات بالینی:

بروز تب یا حملات لرز
برجستگی یا بیرون زدن یک توده از محل زخم یا هر بخشی از دیواره ی شکم
درد تیر کشنده به پشت یا هر یک از شانه ها
درد شکم که با حرکت بیشتر می شود و یا وجود نفخ
احتباس ادرار یا عدم توانایی دفع ادرار
احساس سختی و درد در هنگام دفع ادرار
وجود خون در ادرار
حساسیت و سفتی عضلات، گاردینگ و ریباند تندرns
کاهش یا عدم وجود صداهای روده ای
در خونریزی شدید، اتساع شکم داریم
درد شانه چپ یا سمت چپ گردن در آسیب طحال
تاکیکاردی، افت فشارخون
تهوع، استفراغ
اکیموز قسمت پایین سمت راست قفسه سینه، قسمت بالای شکم، PT-PTT غیر طبیعی در آسیب کبد

آمفیزم زیر جلدی، تست گایاک، تست رکتال گراس مثبت، حذف صداهاى روده ای در آسیب های روده ای

یافته های تشخیصی:

آزمایشات مورد نیاز مثل CBC-PT-PTT، سونوگرافی، تصویربرداری، لاپاراتومی تشخیصی

درمان:

کنترل دقیق بیمار و وضعیت شوک
برقراری مسیر وریدی بزرگ و انفوزیون مایعات و خون
NPO کردن بیمار و آماده کردن جهت لاپاراتومی

آموزش مراقبت از خود به بیمار

درد ممکن است تا ۲ هفته ادامه پیدا کند.
از استراحت مداوم به مدت بیش از ۲ روز پرهیز نمایید. چون استراحت طولانی باعث ضعف و خشکی عضلات می شود.
از رانندگی طولانی مدت پرهیز کنید.
از نشستن طولانی اجتناب کنید. هر ۲۰-۳۰ دقیقه وضعیت خود را تغییر داده و چند قدم راه بروید.
در صورت امکان تنها از توالت فرنگی استفاده کنید.
جهت جلوگیری از یبوست استفاده از میوه، سبزیجات و مایعات کافی توصیه می شود.
در صورت مشاهده علائم زیر به بیمارستان مراجعه نمایید.
درد متمرکز یا عمومی شکم همراه با افزایش شدت درد
درد در ناحیه شانه
اختلال بینایی، گیجی و ناراحتی
تهوع و استفراغی که ادامه داشته باشد
تب با علت ناشناخته
مدفوع خونی

آسیب های شکم همراه با زخم باز:

- ۱- بخیه ها را پس از ۲۴ ساعت می توانید به آرامی با آب گرم و صابون بشوئید، اما به هیچ وجه به مدت طولانی در آب غوطه ور نکنید.
- ۲- بخیه ها را بلافاصله با یک پارچه نخی تمیز یا گاز استریل (از دستمال کاغذی یا پنبه) به ملایمت خشک کنید.
- ۳- از الکل، بتادین، آب اکسیژنه، محلولهای ضدعفونی کننده، کرم های آرایشی یا نرم کننده یا پمادهای کورتونی روی زخم استفاده نکنید.
- ۴- در صورتیکه زخم شما پانسمان شده حتما حداقل ۴۸ ساعت پانسمان زمان ترخیص را حفظ کنید و سپس بعد از هر بار شستشوی زخم آن را پانسمان کنید.
- ۵- خارش خفیف در روزهای ابتدایی طبیعی است، در این موارد از خاراندن زخم خودداری کنید و فقط پوست را ماساژ دهید، ترشح خفیف بصورت مایع زرد کمرنگ، رقیق و آبکی در روزهای اول طبیعی است.
- ۶- از انجام فعالیت های جسمی شدید و سنگین که باعث فشار یا ضربه به محل زخم می شود تا ۲ هفته خودداری کنید.
- ۷- روزانه زخم خود را از نظر تورم و قرمزی اطراف محل زخم، وضعیت ترشحات، خونریزی و خطوط قرمز برجسته اطراف زخم بررسی نمایید.

داروهای مورد نیاز

رینگر لاکتات، سرم نرمال سالین، فراورده های خونی، مرفین و ضددردها بجز آسپرین و بروفن و ...

تجهیزات مورد نیاز

مانیتورینگ، پالس اکسیمتری، سونو پرتابل، رادیولوژی پرتابل و سی تی اسکن

ترومای نافذ شکم

تعریف:

وارد شدن هر گونه جسم خارجی مانند چاقو و گلوله به بدن که همراه با پاره کردن پوست و ایجاد خونریزی در محل باشد را ترومای نافذ می گویند. در بیماران با صدمات نافذ شکمی بروز علائم پریتونیت، ناپایداری وضعیت همودینامیک، وجود خون در محتویات معده و خروج احشاء شکمی را انتظار داریم.

- در اولین قدم درمان، مانند تمام بیماران ترومایی چک ABCs لازم می باشد.
- در بیماری که با تروما شکم مراجعه کرده است سایر تروماها را نیز باید در نظر گرفت.
- ممکن است جهت ارزیابی، لاپاراتومی تشخیصی انجام شود.
- ارزیابی آسیب های نخاعی و ضربه سر، مصرف الکل و سایر داروها...

حفره شکم این قابلیت را دارد که تا چندین ساعت علائم مربوط به آسیب ارگانهای داخل خود را مخفی نگه دارد. لذا بسیار اهمیت دارد که تا ۷۲ ساعت، چنین مصدومینی را به دقت مورد مشاهده و کنترل قرار دهید. اندازه گیری دقیق جذب و دفع مایعات هر یک ساعت ضروری است. باید مراقب هماچوری، ملنا و هماتمز باشید. دق شکم جهت تشخیص تجمع غیرطبیعی و زیاد هوا، خون یا مایع در حفره شکمی ضرورت دارد. مصدومینی که دچار ترومای شکمی می شوند، همیشه در معرض پریتونیت قرار دارند. لذا باید از نظر درد شدید شکمی، حساسیت شدید شکم در لمس و سفتی شکم و مقاومت در برابر حرکت و تنفسهای تند و سطحی بررسی نمود. مراقب بروز علائم شوک سپتیک باشید.

حفظ همودینامیک و مایعات بدن و فشار خون بیمار در حد 100mmHg ، بررسی علائم شوک تاخیری تا ۷۲ ساعت دارای اهمیت ویژه است. بروز علائم زیر می تواند دلیل بر شوک تاخیری باشد:

-تاکیکاردی و نبض تند و نخی

-هیپوتانسیون

-تنفس های سطحی و تند

-کاهش سطح هوشیاری

-پوست سرد و مرطوب

-پوست خاکستری یا رنگ پریده

-اولیگوری یا آنوری

اولویت های بررسی اولیه:

- باز نگهداشتن راه هوایی
- تنفس، تهویه و اکسیژناسیون
- گردش خون و کنترل خونریزی
- ناتوانی، وضعیت عصبی
- در معرض دید بودن
- کمک به بقاء و احیای بیمار

مطالعات تشخیصی از قبیل: DPL، سونوگرافی، CT اسکن و...

لروما بلانت قفسه سینه

تعریف:

این صدمات در اثر برخورد با صندلی یا فرمان اتومبیل، در اثر سقوط، پرتاب شدن یا موارد دیگر ایجاد می شود. صدمات انفجاری نیز عامل مهم آسیب بسته قفسه سینه می باشد. در کودکان به علت خاصیت ارتجاعی شکستگی دنده ها کمتر بروز می کند ولی صدمات اعضاء درون قفسه سینه بیشتر است. و برعکس آن در افراد سالخورده مشاهده می شود. بیمار را از نظر باز بودن راه هوایی، مشاهده قفسه سینه، وریدهای گردن و تنفس مشکل، صداهای غیر طبیعی، صدمات شدید به صورت و دهان و یا گردن باید بررسی نمود. آسیب هایی که توسط جسم نافذ مانند چاقو یا گلوله ایجاد می شود. ظاهر کوچک زخم ممکن است فریبنده باشد و صدمات سبب بروز پنوموتوراکس، هموتوراکس، کانتوژن ریه، صدمات قلب و عروق بزرگ شوند.

در کودکان و اطفال آسیب غیرنافذ منجر به کوفتگی ریوی می گردد. هیپوکسی شدید نشان دهنده نیاز به ونتیلاتور و تهویه مکانیکی است.

تظاهرات بالینی:

درد ناحیه قدامی سینه- حساسیت و تندرns در حالت دراز کش- اکیموز- کریپیتوس- تورم و بدشکلی دیواره قفسه سینه- انقباض عضلات روی محل شکستگی- تنفس های کم عمق و سطحی- صدای کراکل- شوک- رفتارهای غیرمعمول و بیقراری بعلت هیپوکسی

بررسی و یافته های تشخیصی:

رادیوگرافی قفسه سینه، نوار قلب، پالس اکسیمتری و گازومتری، آزمایشات انعقادی و شمارش گلبولی، کراس مچ

درمان:

اهداف درمان، ارزیابی وضعیت بیمار و آغاز درمان های فوری و احیاء بیماران است. اکسیژن تراپی، برخی موارد ایتتوباسیون، برقراری حجم کافی مایعات، تعبیه چست تیوب در موارد ضروری، کنترل خونریزی، کنترل درد، در صورت نیاز به تهویه با فشار مثبت (ونتیلاتور)

کوفتگی ریه

این نوع آسیب با شکستگی دنده همراه است.

آموزش مراقبت از خود به بیمار

درد ممکن است ۳ تا ۶ هفته وجود داشته باشد.

درد شما ممکن است با حرکت کردن، سرفه، عطسه، خنده و حتی تنفس عمیق تشدید شود.

از استراحت مداوم به مدت بیش از ۲ روز پرهیز نمایید. هر ۱ تا ۲ ساعت ۱۰ تنفس عمیق جهت جلوگیری از بروز عفونت بکشید.

بطور کامل سرفه نمایید و جهت کاهش درد یک بالش را روی قفسه سینه محکم فشار دهید. سرفه کردن با تخلیه ی ترشحات ریه باعث کاهش احتمال بروز عفونت می شود.

از بستن قفسه سینه با باند یا... خودداری کنید.

بدون دستور پزشک از داروهای کورتونی استفاده نکنید. مصرف زیاد دیکلوفناک، بروفن، ناپروکسن باعث ناراحتی و سوزش معده می شود و چنانچه سابقه ابتلا به زخم معده دارید فقط استامینوفن مصرف کنید. در صورت تجویز آنتی بیوتیک، در زمان معین استفاده کنید و دوره درمان را کامل کنید.

استفاده از کمپرس سرد روی محل درد به مدت ۲۰ دقیقه در ۱ یا ۲ روز اول صدمه و سپس کمپرس گرم روزانه ۴ بار

جهت جلوگیری از یبوست استفاده از میوه، سبزیجات و مایعات کافی توصیه می گردد.

از رانندگی طولانی مدت به مدت ۳-۴ هفته خودداری کنید.

فعالیت های سنگین، ورزش های سنگین، دوچرخه سواری و شنا کردن حداقل به مدت ۶ هفته پرهیز نمایید.

در صورت بروز تب بالای ۳۸ درجه یا لرز، تشدید درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش قلب، خروج خلط با حجم زیاد یا رنگ تیره، تهوع و استفراغ، بی اشتها، بی اشتها، رنگ پریدگی، تعریق یا سرد شدن اندام ها، کاهش سطح هوشیاری، تعریق، سرگیجه و احساس سبکی سر، یبوست و نفخ مجدداً به اورژانس یا پزشک مراجعه نمایید.

در صورتیکه در اورژانس از شما عکسبرداری یا سی تی اسکن شده است تا زمان بهبودی کامل نزد خود نگاه دارید.

زمانی که در منزل تنها هستید از رفتن به حمام خودداری کنید و هنگام تنهایی در منزل همواره گوشی تلفن یا همراه در دسترس قرار دهید.

داروهای مورد نیاز

اکسیژن، موکولیتیک، آنتی بیوتیک، ضد درد ها بجز آسپرین

تجهیزات مورد نیاز

مانیتورینگ، پالس اکسیمتری، سونو پرتابل، برونکوسکپی، سوند معده

لروما نافذ قفسه سینه

تعریف:

آسیب باز قفسه سینه نتیجه ی زخم نافذی است که بوسیله ی چاقو، شلیک گلوله، انواع وسیعی از اشیاء دیگر بوجود می آید. قلب می تواند بوسیله تروما نافذ و غیرنافذ آسیب ببیند. صدمات همراه با تروما نافذ قفسه سینه شامل: پنوموتوراکس بسته، پنوموتوراکس باز، پنوموتوراکس فشارنده، هموتوراکس، هموپنوموتوراکس، پارگی ساختمان های عروقی، پارگی درخت نای-برونشی، پارگی های مری، صدمات نافذ قلبی، تامپوناد پریکاردی، آسیب های طناب نخاعی، پارگی دیافراگم

مهمترین نکته در ارزیابی اولیه ترومای نافذ قفسه سینه، سمع ریه و در عین حال دقت در قرینه بودن حرکات قفسه سینه، لمس قفسه سینه و بررسی علایم حیاتی است. تریاد تشخیصی پنوموتوراکس فشاری: تاکیکاردی، برجستگی وریدهای گردنی و فقدان یا کاهش صداهای تنفسی در سمت درگیر

مصدوم دارای آسیب قفسه سینه بدلیل احتمال بدتر شدن سریع وضعیت، تهویه ناکافی و اکسیژن رسانی ضعیف در اولویت بالایی قرار می گیرد. در هر مصدوم ترومایی خصوصا دچار ترومای قفسه سینه توجه و دقت به تمام مناطق بدن و معاینه کلی مصدوم ضرورت دارد.

تظاهرات بالینی:

درد محل آسیب-درد موضعی تشدید شونده با تنفس-تنگی نفس-خلط خونی-اختلال اتساع طبیعی یک یا دو طرفه قفسه سینه-نبض سریع و ضعیف و کاهش فشار خون-سیانوز اطراف لب ها یا بستر ناخن ها

درمان:

اکسیژن تراپی-تنفس عمیق-ساکشن ملایم-تسکین درد با بلوک اعصاب بین دنده ای-کنترل خونریزی-کنترل علایم حیاتی و توجه به علایم شوک-انفوزیون مایعات وریدی-تعبیه چست تیوب

شکستگی دنده

شایعترین صدمات قفسه سینه هستند. که شکستگی دنده های ۴ تا ۸ شایع ترین هستند. عدم تقارن بدلیل شکستگی کلاویکول و اسکاپولا، احتمال پیشرفت آمفیزم زیرجلدی، احتمال شوک و ایست قلبی از علایم آن هستند.

اقدامات درمانی : تجویز اکسیژن-پوزیشن نیمه نشسته-مسکن-کمک به تخلیه ترشحات-کنترل علایم حیاتی

قفسه سینه ناپایدار یا شناور (Flail chest)

زمانی بوجود می آید که ۲ یا چند دنده از ۲ یا چند نقطه دچار شکستگی شده و قسمت شناور در دنده ایجاد گردد. علایم مهم دیسترس شدید تنفسی-درد تیز و شدید قفسه سینه با هر دم-لمس کریپتوس

نکته:

درد قفسه سینه، محدودیت حرکت قفسه سینه و آسیب بافت ریه از علتهای هیپوکسی در مصدوم هستند. اقدامات درمانی: باید شامل کنترل دقیق هیپوکسی باشد، اکسیژن تراپی، دادن وضعیت نیمه نشسته، مونیتورینگ قلبی و ریوی، تجویز ضد درد برای کنترل درد بسیار مهم است، مایعات داخل وریدی کافی، کنترل علایم تنفسی، کنترل برون ده ادراری

پنوموتوراکس

پنوموتوراکس در اثر صدمات نافذ و غیرنافذ ایجاد می شود. پارگی بافت ریه همراه شکستگی دنده و نشت هوا از شایعترین علل پنوموتوراکس می باشد. انواع پنوموتوراکس شامل: ساده، ضربه ای (باز)، فشاری

علایم:

درد سینه هنگام دم-پرشدن بیش از حد قفسه سینه از هوا-کاهش صداهای تنفسی در سمت مبتلا-تاکی پنه-در نوع ضربه ای یا باز خون کف آلود در محل زخم و کاهش حجم و دیسترس تنفسی

اقدامات درمانی:

تخلیه مایع، خون یا هوا با چست تیوب می باشد. از وارد کردن گاز بداخل زخم پرهیز کنید. در مصدومین تحت ونتیله، احتمال تبدیل به پنوموتوراکس فشاری است.

پنوموتوراکس فشاری :

یک آسیب جدی و تهدید کننده است و باعث کلاپس ریه و قلب و انحراف عروق بزرگ و تراشه به سمت سالم قفسه سینه می شود. عملکرد سیستم تنفس و قلب عروق بعلت افزایش فشار داخل قفسه سینه مختل شده و موجب کاهش بازگشت وریدی به قلب و در نتیجه کاهش برون ده قلب می گردد. در بچه ها علایم بسیار جزیی است و باید به علایم پوستی و تائیکاردی بعنوان علایم شوک دقت شود.

توجه:

اتساع وریدهای ژوگولار و انحراف تراشه نشانه های بسیار دیررس هستند. علایم زجر تنفسی شاخص های بهتری هستند. اطمینان از اکسیژناسیون خوب و کفایت حجم و سرعت تنفس مهم است.

علایم:

درد معمولاً ناگهانی و پلوریتیک -اضطراب و بیقراری-تائیکاردی و نبض ضعیف-نبض پارادوکس(نبضی که در دم ضعیف یا گمشده، در بازدم دوباره به حالت اول بر میگردد)-انحراف تراشه به طرف ریه سالم-پوست سرد و مرطوب و خاکستری-دیسترس شدید تنفسی و تاکی پنه-افت فشار خون همراه با باریک شدن فشار نبض

اقدامات درمانی:

به علت ایجادکننده و شدت آن بستگی دارد. هدف از درمان تخلیه خون یا هوا از فضای جنب است.

هموتوراکس

تجمع خون در فضای پلور است. تجمع خون خفیف، کمتر از ۳۵۰ سی سی، متوسط ۳۵۰ تا ۱۵۰۰ سی سی، شدید ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ سی سی یا در هر ساعت ۲۰۰ سی سی خون از قفسه سینه بیمار خارج شود.

در هنگام معاینه قفسه سینه کاهش محسوس یا عدم وجود صداهای ریوی در ریه آسیب دیده وجود دارد. در دق ناحیه هموتوراکس صدای ماتیتة شنیده می شود. بدلیل افزایش فشار داخل قفسه سینه در اثر تجمع خون و

سایر صدمات مثل پنوموتوراکس فشارنده و تامپوناد، فشار ورید ژوگولر افزایش می یابد و بر عکس در اثر هیپوولمی ممکن است دچار کولاپس شود.

علامت:

تاکیکاردی و نبض ضعیف، نبض پارادوکس، افت فشار خون، دیسترس شدید تنفسی و تاکی پنه، اتساع وریدهای ژوگولار، انحراف تراشه به طرف ریه سالم، صدای مات در دق، پوست سرد و مرطوب، شوک و احتمال وقوع ایست قلبی

درمان:

اولین قدم برگرداندن خون از دست رفته و برداشتن فشار از روی قفسه سینه است.

آمفیژم زیر جلدی:

بدون توجه به نوع صدمه قفسه سینه، وقتی که ریه ها و یا مجاری هوا صدمه ببینند، ممکن است هوا وارد بافت زیر جلدی شده و مسافتی را در زیر پوست طی کند. در هنگام لمس، احساس کراکل ایجاد می شود. اگر فشار هوای محبوس شده روی نای بر باز بودن راه هوایی تاثیر نامطلوب بگذارد، از تراکئوستومی استفاده می شود.

تامپوناد قلبی:

فشرده گی قلب در نتیجه ی تجمع خون یا مایع در پریکارد، که معمولا حاصل صدمات بسته یا نفوذی قفسه سینه می باشد. ممکن است بدنبال کاتتریزاسیون تشخیصی قلب، آنژیوگرافی و یا قراردادن پیس میکر، که می توانند موجب پارگی قلب و عروق بزرگ شوند.

آسم

تعریف:

آسم یک بیماری التهابی مزمن راههای هوایی است که موجب حساسیت بیش از حد راه هوایی، ادم مخاطی و تولید مخاط می شود. این التهاب نهایتاً منجر به عود نشانه ها مانند: سرفه، سفتی قفسه سینه، ویزینگ و تنگی نفس می شود. آلرژی مهمترین عامل مستعدکننده آسم است. عوامل محرک راههای تنفسی نظیر آلودگی هوا، گرما، سرما، تغییرات هوا، بوها یا عطرها، قوی، دود، آلاینده های شغلی و فعالیت های ورزشی، استرس، عوامل همومونی، داروها، عفونت های ویروسی و ریفلاکس معدی به مری از عوامل شروع کننده آسم است. عوارض آسم شامل: آسم مقاوم، نارسایی تنفسی، پنومونی و آتلکتازی می باشد. آسم شایعترین بیماری مزمن دوران کودکی است.

تظاهرات بالینی:

سرفه، تنگی نفس و ویزینگ است. در بعضی موارد، سرفه تنها علامت آسم است. اغلب در هنگام شب یا اوایل صبح، روی می دهد. سرفه با یا بدون تولید خلط وجود دارد. تعریق، تکیکاردی و هیپوکسی

درمان:

ممکن است انجام اقدامات فوری ضروری باشد، زیرا بروز تنگی نفس مداوم پیشرونده منجر به افزایش اضطراب و بدتر شدن وضعیت می شود. درمان دارویی در آسم عبارتند از: داروهای طولانی اثر و داروهای تسکین دهنده سریع است. کنترل آسم پایدار بطور اولیه با مصرف منظم داروهای ضدالتهاب

تدابیر پرستاری:

مراقبت فوری به شدت نشانه ها بستگی دارد. پرستار وضعیت تنفس بیمار را از طریق پایش شدت نشانه ها، صداهای تنفسی، حداکثر سرعت جریان، پالس اکسیمتری و علایم حیاتی ارزیابی می کند. قبل از تجویز داروها

تاریخچه ای از واکنشهای آلرژیک به داروها گرفته شود. مشخص کردن داروهای کنونی، بررسی پاسخ بیمار به داروها و تجویز مایعات در بیماران دهیدراته

آموزش به بیمار:

درک ماهیت آسم بعنوان یک بیماری التهابی مزمن، هدف و مکانیسم عمل هر دارو، عوامل محرک و چگونگی اجتناب از آنها و روش صحیح استنشاق داروها را بدانند. انواع مختلف داروهای اسنشاقی، داروهای ضدآلرژی، داروهای ضدرفلاکس و نیز اقدامات اجتنابی، همگی برای کنترل طولانی مدت ضروری هستند.

عوامل خطرزای مربوط به تشدید بیماری:

آلرژن ها* عفونت های تنفسی* ورزش، تهویه زیاد* تغییرات آب و هوا* قرار گرفتن در معرض برخی غذاها و داروها

تشخیص های پرستاری:

الگوی نامناسب و غیر موثر تنفسی در رابطه با عدم تنفس موثر

پاکسازی غیر موثر راه هوایی در رابطه با افزایش ترشحات ریوی یا تجمع ترشحات

اختلال در تبادلات گازی در رابطه با الگوی نامناسب تنفسی یا پاکسازی نامناسب راه هوایی

داروهای مورد نیاز

اکسیژن تراپی، اسپری، بخور تراپی، آنتی بیوتیک، موکولیتیک، کورتیکواستروئیدهای استنشاقی و سیستمیک

تجهیزات مورد نیاز

کپسول اکسیژن، پالس اکسیمتری، دستگاه بخور، دستگاه نبولایزر، آسمیاریا دمیار، اسپرومتر، لوله تراشه و دستگاه ونتیلاتور و مانیتورینگ در مواقع نارسایی تنفسی شدید و با تشخیص پزشک

سندرم کمپارتمان

از نظر آناتومیک، کمپارتمان یک ناحیه از بدن است که با استخوان یا فاشیا پوشیده شده است. (مانند غشاء فیبروزی که عضلات را پوشانده و آنها را از هم جدا می کند) و حاوی عضلات، اعصاب و عروق خونی می باشد.

سندرم کمپارتمان وضعیتی است که در آن بر اثر بالا رفتن فشار بافت در اندام، درد شدیدی در آن بوجود می آید. این افزایش فشار منجر به کاهش جریان خون بافت و در نتیجه کاهش اکسیژن رسانی به عضلات و اعصاب می شود. با افزایش فشارهای داخل کمپارتمان، خون رسانی ناحیه کاهش می یابد و باعث بروز آنوکسی و نکروز اعصاب و عضلات می شود. در صورتیکه فقدان اکسیژن بیش از ۴ ساعت باشد، عملکرد عضو برای همیشه از بین می رود. این سندرم در اثر کاهش اندازه کمپارتمان عضلانی به علت بانداژ یا قالب گچی تنگ یا افزایش محتویات داخل کمپارتمان به علت ادم یا خونریزی ایجاد می شود. بیشتر در عضلات ساق پا و ساعد دیده می شود. علامت ویژه در سندرم کمپارتمان وجود درد است. برای ارزیابی نبض ها استفاده از سونوگرافی داپلر مفید است.

ویژگی های درد سندرم کمپارتمان:

- شدت درد بیش از حد انتظار برای آسیب وارد شده یا شکستگی است.
- شدت درد با گذشت زمان بیشتر می شود.
- درد در تمام طول اندام و نه در محدوده تروما و شکستگی احساس می شود.
- درد نامشخص و منتشر شونده است.
- درد با مسکن های غیر استروئیدی کم نمی شود.
- درد در ساق پا با حرکت مچ پا شدیدتر می شود.

اقدامات پرستاری جهت پیشگیری از سندرم کمپارتمان

- ❖ اطمینان از عدم سفت بودن گچ
- ❖ مقایسه اندام شکسته و سالم از نظر گردش خون، حرکت، حس، تورم، بو
- ❖ حرکت انگشتان دست و پا هر دو ساعت یکبار
- ❖ بررسی مکرر وضعیت عصبی عروقی بعد از شکستگی، اهمیت زیادی دارد.

❖ بررسی علائم ps5 شامل pain (درد) pallor رنگ پریدگی pulselessness عدم نبض

عصبی فلج paralgsis پارستزی parasthesia

(پارستزی یا حس سوزش و خارش و کرحتی در مسیر یک عصب، از علائم زودرس گرفتاری عصبی است). فقدان حرکت یا فلج، امکان بروز آسیب عصبی را مطرح می کند.

- ❖ عدم خاراندن سطح زیر گچ (خارش با ششوار سرد تسکین می یابد).
- ❖ خشک نگه داشتن گچ

درمان:

درمان سریع سندرم کمپارتمان حاد بسیار اهمیت دارد.

- هشدار پرستاری: اندام مبتلا در سطح قلب، نه بالاتر از سطح قلب قرار گیرد.
- باز کردن دو طرف گچ و باز کردن گچ یا آتل
- بعد از رسیدن پزشک استخوان های شکسته را بطور موقت جاندازی می کند تا از طریق آنهافشاری به عروق وارد نشود.

اگر اقدامات فوق در عرض نیم ساعت وضعیت عروقی بیمار را بهبود ندهد نیاز به عمل جراحی وجود دارد.

در عمل جراحی، پزشک معالج فاشیای دور عضلات را پاره میکند. این کار اجازه میدهد تا فضای بسته کمپارتمان تبدیل به یک فضای باز شده و فشار داخل آن کم شود. اگر در درمان این بیماری کوتاهی یا تاخیری صورت گیرد و فشار داخل کمپارتمان مدت زیادی بالا بماند و خون کافی به اندام نرسد، بیمار

دچار ایسکمی ولکمن Volkman's contracture یا گانگرن سیاه شدن اندام می شود. این وضعیت اگر به نکروز و قطع اندام نینجامد بعدها عضلات اندام فیبروز و تغییر شکل می دهند که به آن کنتراکچر ولکمن می گویند.

مراقبت های بعد از فاشیاتومی

- به منظور فراهم کردن امکان اتساع برای بافت زخم بخیه زده نمی شود وبا استفاده از یک پانسمان استریل آغشته به نرمال سالین پوشانده می شود
- اندام در وضعیت عملکردی آتل بندی و در سطح بالا نگه داشته می شود.
- بعد از ۶ تا ۴ ساعت ورزش های دامنه ی حرکتی شروع می شود.
- در طی ۶ تا ۵ روز با فروکش کردن تورم و خونرسانی بافتی، ابتدا زخم دباید و بعد بسته میشود.
- اگر مفاصل خم شده است آن ها را باز کنید.
- عوارض فاشیاتومی: نکروز آوسکولار ، عفونت

آموزش به بیمار:

درمان کردن سریع سندرم کمپارتمان حاد بسیار اهمیت دارد. در صورت تاخیر در درمان ممکن است آسیب دائمی عصبی عضلانی و حتی نکروز و آمپوتاسیون ایجاد شود.

زایمان طبیعی

اوج دوران بارداری یک زن است که شامل خارج شدن یک یا چند نوزاد از رحم مادر است. زایمان طبیعی روشی از زایمان با «تکنولوژی پایین» است. در این روش فرد اجازه می‌دهد که طبیعت انسان کار خود را در زایمان انجام دهد. برخی از زنان تصمیم می‌گیرند که هنگام زایمان از هیچ دارویی استفاده نکرده و به جای آن برای کاهش دردشان از روش‌هایی مانند تمدد اعصاب یا کنترل تنفس استفاده کنند. در زایمان طبیعی مادر کنترل بدن خود را در دست می‌دهد؛ البته به هنگام زایمان یک فرد همیار نیز او را به آرامی برای پشت سر گذاشتن مراحل زایمان راهنمایی و حمایت می‌کند.

کنترل خونریزی پس از زایمان:

- ❖ با بیمار ارتباط برقرار نموده و مراحل انجام کار را به وی توضیح دهید.
- ❖ خلوت بیمار را فراهم نمایید.
- ❖ بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.
- ❖ از خالی بودن مثانه بیمار مطمئن باشید.
- ❖ شکم بیمار را برهنه کنید و روی پاهای بیمار را با ملحفه بپوشانید.
- ❖ با دست به آهستگی حدود رحم را مشخص کنید، رحم باید ۲ الی ۱ سانتی متر زیر ناف باشد.
- ❖ در صورت شل بودن رحم با فشار ملایم اقدام به تخلیه خون از داخل رحم کنید.
- ❖ هم زمان یک رگ محیطی مناسب جهت انفوزیون سرم یا خون از بیمار بگیرید.
- ❖ میزان خون تخلیه شده از رحم را بررسی کنید.
- ❖ کیف یخ را به روش صحیح روی رحم بیمار قرار دهید.
- ❖ به دستور پزشک داروی منقبض کننده رحم را تزریق کنید.
- ❖ برون ده ادراری بیمار را کنترل کنید (هر ساعت ۳۰ سی سی).

- ❖ در صورت ادامه خونریزی کانال زایمان را از نظر پارگی یا باقی ماندن تکه ایی از جفت بررسی کنید.
- ❖ در صورت نیاز جهت بیمار خون رزرو کنید
- ❖ هر نیم ساعت فشار خون بیمار و ریت قلبی او را کنترل کنید
- ❖ کلیه مشاهدات خود را ثبت کنید

کنترل ناحیه اپیزیاتومی:

- ❖ با بیمار ارتباط برقرار نموده و مراحل انجام کار را به وی توضیح دهید
- ❖ وسایل مورد نیاز را آماده کنید
- ❖ دستهای خود را بشوید
- ❖ خلوت بیمار را فراهم کنید
- ❖ نور کافی جهت دید بهتر موضع فراهم کنید
- ❖ بیمار را در وضعیت لیٹاتومی در تخت قرار دهید
- ❖ روی پاهای بیمار را حداقل امکان با یک ملحفه بپوشانید
- ❖ وسایل شستشوی پرینه را به اتاق وی بیاورید
- ❖ ناحیه اپیزیاتومی را به دقت بررسی کنید، تغییر رنگ یا رنگ پریدگی، درد شدید، عدم امکان دفع ادرار، وجود توده سفت، حساس و مواج نشان دهنده تشکیل هماتوم می باشد.
- ❖ جهت تعیین اندازه هماتوم آماده معاینه واژینال شوید
- ❖ دستها را با آب و صابون بشوید
- ❖ دستکش استریل بپوشید
- ❖ ناحیه پرینه را با سرم نرمال سالین بشوید
- ❖ جهت سهولت معاینه واژینال دستکش را با سرم فیزیولوژی اغشته کنید
- ❖ با انگشت سبابه معاینه را انجام دهید (به دلیل درد شدید ناحیه هماتوم)

- ❖ پس از انجام معاینه دستکش را خارج کرده و در سطح زباله بیاندازید
- ❖ در صورتی که بیمار قادر به دفع ادرار نباشد وی را سونداژ نمایید
- ❖ وجود هماتوم را به پزشک اطلاع دهید
- ❖ در هماتومهای کوچک از کیسه یخ برای کاهش درد استفاده کنید
- ❖ در صورت وجود خونریزی، واژن را با گاز استریل به مدت ۱۲ الی ۲۴ ساعت پک کنید
- ❖ دستها را پس از انجام کار با آب و صابون بشوید
- ❖ علائم بیمار را هر ۴ ساعت کنترل کنید
- ❖ کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید

تعیین آپکار نوزاد:

- ❖ دستها را بشوید
- ❖ دستکش بپوشید
- ❖ نوزاد را خشک کردا و از هیپوترمی جلوگیری کنید
- ❖ نوزاد را در وضعیت تلندرنبرگ جهت خروج ترشحات قرار دهید
- ❖ سر را با بالا بردن جهت باز کردن راه هوایی به آرامی وضعیت دهید
- ❖ تلاش تنفسی نوزاد را بررسی کنید و در صورت نیاز با مالش پشت و ضربه به کف پا، وی را تحریک تنفسی کنید
- ❖ در صورت پاسخ تنفسی غیر طبیعی احیای نوزاد را طبق دستتر پزشک شروع کنید
- ❖ قلب نوزاد را به مدت ۳۰ ثانیه با گوشی به دقت کنترل کنید
- ❖ تون عضلانی و فعالیت نوزاد را بررسی کنید
- ❖ جهت جلوگیری از هیپوترمی نوزاد به سرعت وی را بپوشانید
- ❖ تحریک پذیری نوزاد به هر گونه محرک را بررسی کنید
- ❖ تنفس نوزاد را به مدت ۶۰ ثانیه بشمارید
- ❖ رنگ پوست نوزاد را بررسی کنید
- ❖ نمره فعالیت‌های فوق را در پرونده ثبت کنید

❖ دستکشها را خارج کنید و دستها را بشوید

گرم کردن نوزاد:

- ❖ دستهای خود را بشوید
- ❖ انکیباتور یا وارمر را روشن نموده و به دمای مطلوب برسانید
- ❖ حوله و پتوی گرم را زیر وارمر آماده کنید
- ❖ دستکش بپوشید
- ❖ نوزاد را زیر وارمر گرم قرار داده و با پوشش گرم خشک کنید
- ❖ حتی الامکان از اتلاف دما در نوزاد پیشگیری کنید
- ❖ درجه حرارت بدن نوزاد را اندازه گیری کنید
- ❖ لباس و کلاه نوزاد را در زیر وارمر بپوشانید
- ❖ سریعاً نوزاد را جهت شیر خوردن آماده کنید
- ❖ دستکش خود را خارج کنید
- ❖ دستهای خود را بشوید
- ❖ درجه حرارت نوزاد را ثبت کنید

وسایل مورد نیاز:

ساعت ثانیه شمار، دستکش، گوشی پزشکی، برگ ارزیابی آپکار، ژل، کیف یخ، پوار، کلمپ بند ناف، ست زایمان، وارمر نوزاد، اکسی هود، نخ سیلک ۲ صفر، نخ کرومیک صفر، ملحفه، کلاه نوزاد، مانیتورینگ، پالس اکسی متری، پالس نوزاد، لارنگوسکوپ با تیغه میلر، لوله تراشه، آمبویگ نوزاد، ماسک نوزاد

آنفارکتوس میوکارد

تعریف:

تجمع غیرطبیعی لیپید و بافت فیروز در داخل دیواره عروق کرونر سبب ایجاد پلاک آترواسکروز در این شریان ها می شود که سبب تنگی عروق و کاهش جریان خون به عضله قلب می شود. این آسیب ممکن است بر اثر عواملی مانند: استعمال سیگار، افزایش فشار خون، افزایش چربی خون و یا سایر عوامل آغاز شود. بزرگ شدن بیش از حد این پلاک و یا پارگی پلاک و بدنبال آن ایجاد لخته سبب نرسیدن خون به یک قسمت از عضله قلب و بروز سنرم حاد کرونری و یا حتی آنفارکتوس میوکارد حاد می شود.

تظاهرات بالینی:

از شایعترین تظاهرات بالینی درد قفسه سینه است هرچند ممکن است علایمی مانند احساس ناراحتی و مشکل در ناحیه بالای معده (اپی گاستر) یا درد منتشر به فک یا بازوی چپ نیز بروز کند. بیماران سالمند یا افرادی با سابقه دیابت یا نارسایی قلبی ممکن است علامتی مثل تنفس کوتاه را بیان کنند. علائم غیر اختصاصی شامل سوء هاضمه، تهوع، سرگیجه، تپش قلب و بی حسی و ضعف می باشد.

درمان:

درمان در مراحل اولیه شامل استفاده از داروهای وازودیلاتور از جمله نیتروگلیسرین، داروهای ضدپلاکتی و ضد انعقاد از جمله آسپرین و هپارین و داروهای بتابلاکر مثل پروپرانول که سبب کاهش مصرف اکسیژن توسط سلولهای میوکارد می شود.

اگر درمان دارویی موثر واقع نشود و یا بیماری در مراحل حاد باشد تیم درمان از روشهای تهاجمی استفاده می کنند که شامل آنژیوپلاستی با هدف باز کردن عروق با بالون و تعبیه استنت در محل پلاک می باشد. در صورتی که هیچ یک از این روش ها برای درمان کفایت نکند بیمار تحت عمل جراحی قلب باز قرار می گیرد که در این عمل قسمتی از کرونر که دچار گرفتگی شده است با یک رگ سالم که از قسمت دیگری از بدن برداشته می شود تعویض می گردد.

تشخیص های پرستاری:

- کاهش قابلیت پرشدگی و یا تخلیه بطنها در ارتباط با ایسکمی میوکارد
- کاهش فشار خون بدنال کاهش پس بار در ارتباط با ایسکمی میوکارد
- درد در قفسه سینه در ارتباط با ایسکمی میوکارد
- تنگی نفس در ارتباط با ایسکمی میوکارد

آموزش مورد نیاز بیمار

- به وسیله ایجاد توازن ما بین فعالیت و استراحت احتمال ایجاد درد آنژینی را کم می کند.
- شرکت در یک برنامه فعالیتی منظم روزانه طوری که ایجاد ناراحتی، درد قفسه سینه، تنگی نفس و ایجاد خستگی نکند.
- آگاه به این مسئله باشد که در دمای زیاد یا کم احتمال ایجاد درد آنژین وجود دارد از این رو از فعالیت در درجه حرارت کم یا زیاد ممانعت به عمل آورد.
- در شرایطی که برایش استرس ایجاد می شود از نیروهای مناسب مانند پرستار، مشاور، روحانی و پزشک کمک می گیرد.
- از استفاده از داروهای بدون نسخه بدون مشاوری با پزشک ممانعت می کند.
- سیگار و سایر دخانیات را ترک کرده و از حضور در مکان هایی که دخانیات استعمال می شود اجتناب می کند.
- از رژیم غذایی که دارای چربی های اشباع کم، فیبر زیاد، و تا جایی که امکان دارد کالری کم رعایت می کند.
- فشارخون را تا حد نرمال رسانده و در همین حد نگه میدارد.
- میزان قند خون را به حد نرمال رسانده و در همین حد حفظ می کند.
- داروها به خصوص آسپرین و بتا بلاکرها را مطابق با توصیه پزشک معالج مصرف می کند.

داروهای مورد نیاز

- نیترات ها شامل: نیتروگلیسرین، نیترو کانتین و ایزوسورباید
- بتابلاکرها شامل: پروپرانولول، کاپتوپریل و انالاپریل
- ضد انعقاد ها شامل: آسپرین، هپارین و وارفارین
- بلوک کننده های کانال کلسیمی شامل: دیلتیازیم، نفیدیپین و وراپامیل

تجهیزات مورد نیاز

مانیتور*اکتروشوک*پیس میکر*بخش کت لب*بخش سی سی یو*اکو کاردیوگرافی*تست ورزش

آنژین صدری

آنژین صدری یک سندرم بالینی است که با حملات درد یا فشار بر قسمت قدامی قفسه ی سینه مشخص می شود. علت آن، جریان خون ناکافی کرونری است. آنژین صدری در نتیجه ی بیماری آترواسکلروزی قلب ایجاد می شود و همیشه با انسداد قابل توجه یکی از سرخرگ های کرونر همراه است. به طور طبیعی، میوکارد جهت دستیابی به تقاضای مداوم میزان زیادی اکسیژن از گردش خون دریافت می کند. هنگام انسداد یک شریان کرونر، جریان قادر به افزایش نبوده و ایسکمی رخ می دهد.

عوامل متعددی که سبب درد تپیک آنژینی می شوند، عبارتند از:

- فعالیت فیزیکی
- تماس با سرما
- خوردن غذای سنگین
- استرس و یا هر حالت هیجانی

تظاهرات بالینی:

ایسکمی عضله ی قلب باعث ایجاد درد یا سایر علایم با شدت های مختلف می شود که از احساس سوء هاضمه تا خفگی شدید یا احساس فشار در قفسه سینه تا درد شدید همراه با نگرانی و یا احساس مرگ قریب الوقوع، متفاوت است. به طور معمول، درد و ناراحتی قفسه سینه به ندرت موضعی می باشد و به گردن، فک، شانه ها و سطح داخلی بازوها منتشر می شود. بیمار اغلب احساس فشار و یا سنگینی و گرفتگی می کند که کیفیتی فشاردهنده و مداوم دارد.

بیماران مبتلا به دیابت ممکن است درد شدید آنژین نداشته باشند، زیرا نوروپاتی همراه دیابت بر گیرنده های عصبی تاثیر می گذارد و موجب کاهش حس درد می شود.

احساس ضعف و بی حسی در بازوها، مچ ها و دست ها همراه با درد وجود دارد. ممکن است تنگی نفس، رنگ پریدگی، تعریق، سیاهی رفتن چشم، منگی، تهوع، استفراغ و اضطراب همراه با درد وجود داشته باشد. از خصوصیات مهم درد آنژینی، برطرف شدن آن با استراحت و مصرف نیتروگلیسرین است. در بسیاری از بیماران، علایم آنژینی الگوی ثابت و قابل پیش بینی دارد.

آنژین ناپایدار دارای مشخصه های حمله ی فزاینده در تعدد دفعات و شدت بوده و با استراحت و نیتروگلیسرین تسکین نمی یابد. بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار به اقدامات دارویی نیازمندند.

ملاحظات سالمندی

فرد سالمند مبتلا به آنژین صدری ممکن است درد تپیک را در فرایند آنژین، نشان ندهد. اغلب اوقات، سالمند دارای تنگی نفس است. در برخی مواقع فاقد علایم می باشد و تشخیص بالینی آن با مشکل مواجه می شود. بیماران سالمند را باید به شناسایی علامت شبیه درد قفسه ی سینه شان (نظیر ضعف) تشویق کرد، چرا که آنها باید استراحت کرده و یا داروی مورد نیاز را دریافت کنند.

بررسی و یافته های تشخیصی

تشخیص آنژین با گرفتن سابقه ی بیمار در ارتباط با انواع تظاهرات بالینی ایسکمی شروع می شود. یک الکتروکاردیوگرام ممکن است تغییراتی دال بر ایسکمی، مثل منفی شدن موج T، نشان دهد. تست استرس

ورزشی یا دارویی با کنترل الکتروکاردیوگرام یا اکو یا هر دو قرار گیرد. بیمار ممکن است برای انجام اسکن هسته ای و یا روش تهاجمی مثل کاتتریزاسیون قلبی، آنژیوگرافی کرونر) ارجاع داده شود.

تدابیر طبی

اهداف مراقبت و درمان طبی شامل کاهش نیاز میوکارد به اکسیژن و افزایش اکسیژن رسانی به میوکارد است. برای رسیدن به این اهداف می توان از درمان دارویی و کنترل عوامل خطرآفرین استفاده کرد.

درمان دارویی

انواع روش های درمان دارویی

نیتروگلیسرین

نیترات ها به عنوان درمانی اساسی برای بیماران آنژین صدری شناخته شده اند. به عنوان یک عامل فعال کننده ی عروقی، نیتروگلیسرین برای کاهش مصرف اکسیژن میوکارد و در نهایت تقلیل ایسکمی و نیز تسکین درد تجویز می شود. نیترو به طور اولیه وریدها را متسع کرده و با میزان مصرف بالا شریان ها را نیز متسع می نماید، در نتیجه ، خون کمتری به قلب بر می گردد و فشار پرشدگی کاهش می یابد. اگر بیمار دچار هیپوولمی باشد، کاهش فشار پرشدگی بطن می تواند موجب کاهش برون ده قلب و فشار خون بیمار گردد. نیترات ها با میزان مصرف بالا نیز بستر آرتریول های سیستمیک را شل نموده و فشار خون شریانی را پایین می آورند.

نیتروگلیسرین ممکن است به طرق مختلف: قرص زیرزبانی یا اسپری، موضعی و داخل وریدی تجویز شود. نیترو زیر زبانی، کپسول خوراکی بطور کلی در زیر زبان یا گونه گذارده و درد ناشی از ایسکمی در عرض ۳ دقیقه تسکین می یابد. ممکن است برای بیمار بستری در بیمارستان دارای علائم و نشانه های عودشونده ی ایسکمی یا پس از روش عروق سازی مجدد، یک انفوزیون داخل وریدی مداوم یا متناوب نیتروگلیسرین تجویز شود. میزان تجویز نیترو بر اساس علائم بیماری در برابر پیشگیری از بروز عوارض جانبی نظیر افت فشار خون است. معمولاً پس از بهبود علائم، نیتروگلیسرین ممکن است به مدت ۲۴ ساعت بصورت خوراکی یا موضعی مورد استفاده قرار گیرد. عارضه جانبی نیترو سردرد است که مصرف این دارو را در بعضی از بیماران محدود می کند.

داروهای بلوک کننده ی بتا آدرنژیک

متوپرولول و نیز آتنولول با ایجاد وقفه در تحریک گیرنده های بتاآدرنژیک سیستم سمپاتیک قلب، میزان اکسیژن میوکارد را کاهش می دهند، در نتیجه موجب کاهش سرعت ضربان قلب، آهسته کردن امواج، کاهش فشارخون و نیروی انقباضی میوکارد می گردد، بین نیاز به اکسیژن میوکارد و مقدار اکسیژن در دسترس تعادل برقرار می کند، موجب کاهش درد قفسه سینه و تاخیر در بروز ایسکمی در طی کار یا فعالیت ورزشی می گردد. عوارض جانبی قلبی و موارد منع مصرف دارو شامل کاهش فشارخون، برادیکاردی، بلوک پیشرفته دهلیزی بطنی و تشدید نارسایی احتقانی قلب است.

داروهای مسدودکننده ی کانال کلسیم

این داروها اثرات متفاوتی دارند. تعدادی از آنها قدرت خودکاری گره سینوسی-دهلیزی و هدایت گره دهلیزی-بطنی را کاهش می دهند. در نتیجه باعث آهسته تر شدن سرعت ضربان قلب و کاهش یافتن کشیدگی عضله ی قلب هنگام انقباض می گردد. این اثرات حجم کار قلب را کم می کند. مسدودکننده های کانال کلسیم باعث شل شدن دیواره ی عروقی، کاهش فشارخون و افزایش پرفیوژن سرخرگ کرونر می شوند. رایج ترین داروها آملودیپین، دیلتیازم می باشد. علاوه بر درمان آنژین برای هیپرتانسیون نیز تجویز می گردد.

داروهای ضد پلاکت و ضد انعقادی

انواع داروهای ضدپلاکت در پیشگیری از تجمع پلاکت ها و تشکیل ترومبوز که به کاهش جریان خون کرونری منجر می شود، تجویز می گردند.

آسپرین از فعالیت پلاکت جلوگیری کرده و میزان بروز MI و مرگ در بیماران مبتلا به CAD را کاهش می دهد. به بیماران بایستی در مورد ادامه آسپرین حتی به صورت مصرف کردن همزمان با داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی یا سایر ضددردها مثل استامینوفن توصیه گردد.

تینوپیریدین به طریقی متفاوت از آسپرین در بلوک فعالیت پلاکت عمل می کنند. هر چند برخلاف آسپرین این داروها را باید چند روز به بیمار داد تا اثرات ضدپلاکتی آن ظاهر شود. پلاویکس متداول ترین دارویی است که علاوه بر آسپرین در بیماران در معرض خطر بالای MI تجویز می گردد.

هپارین از تشکیل لخته خون تازه جلوگیری می کند. هپارین را به تنهایی برای درمان مبتلایان به آنژین ناپایدار با هدف کاهش احتمال وقوع MI استفاده می کنیم. درمان با هپارین معمولاً تا هنگام رسیدن PTT به ۲ تا ۲٫۵ برابر میزان طبیعی مورد توجه است.

تجویز اکسیژن به عنوان یک اقدام اصلی در برطرف کردن درد به صورت اصلاح اکسیژن دریافتی میوکارد انجام می شود. تاثیر اکسیژن درمانی با مشاهده سرعت تنفس و ریتم آن در تبادلات گازی، رنگ پوست و مخاط ها مشخص می شود.

داروهای مورد نیاز

داروهای ضد پلاکت و ضد انعقادی، داروهای مسدودکننده ی کانال کلسیم، داروهای بلوک کننده ی بتا آدرنرژیک، نیترات ها، مخدر

تجهیزات مورد نیاز

اکسیژن، مانیتورینگ، دستگاه گلوکومتر، پمپ انفوزیون یا سرنگ پمپ، پالس اکسیمتری، دستگاه نوار قلب، ایرو، دستگاه ساکشن، نلاتون در سایندهای مختلف، فینگر تیوب، سرم شستشو، میکروست و سرم نمکی و قندی

تشنج و صرع

تشنج در واقع دوره هایی از فعالیت های غیرطبیعی حسی، حرکتی، خودکار و یا روانی است که از تخلیه ی ناگهانی و بیش از حد بار الکتریکی سلولهای عصبی مغز ناشی می شود.

پاتوفیزیولوژی:

علت واقعی بروز تشنج را میتوان نوعی آشفتگی واختلال الکتریکی در سلولهای عصبی بخشی از مغز دانست. علل خاص بروز تشنج گوناگون هستند به دو دسته ژنتیکی بیماری های ساختمانی یا متابولیکی و علل ناشناخته تقسیم کرد. برخی علل تشنج عبارتند از: بیماری مغزی-عروقی، هیپوکسمی به هر علت شامل نارسایی عروقی، تب، آسیب دیدگی سر، افزایش فشارخون، عفونت های سیستم عصبی مرکزی، وضعیت های توکسیک و متابولیک، تومورهای مغزی، قطع دارو و الکل و آلرژی ها

حملات تشنجی تونیک-کلونیک: گراند مال

مرحله تونیک:

تمام عضلات عموماً شکل قرینه سفت و چشم‌ها به سمت بالا چرخش دارند بازوها معمولاً خم شده و پاها و سرو گردن کشیده می‌شود تقریباً ۲۰ ثانیه طول می‌کشد. کودک دچار آینه و سیانوز می‌شود. حملات تشنجی تونیک-کلونیک: گراند مال تحریک اتونوم سبب: ریزش بزاق، رنگ پریدگی، تعریق، سرخ شدن صورت و اتساع مردمک

مرحله کلونیک:

ابتدا انقباض ریتمیک تبدیل می‌شود و بعد سست می‌گردد. کودک دچار بی‌اختیاری ادرار و مدفوع می‌گردد. مرحله کلونیک ممکن است فقط چند ثانیه تا نیم ساعت یا بیشتر طول بکشد بعد از حمله به مدت چند ساعت حالت گیجی دارند. کودکان دچار اشکالات بینایی و تکلم همچنین استفراغ شده و از سردرد شکایت می‌کنند بعد از خواب هوشیاری کامل بر می‌گردد ولی از رویداد هیچ خاطره‌ای ندارد.

حملات آتونیک

به صورت از دست دادن ناگهانی و لحظه‌ای تون عضلانی شروع حمله معمولاً بین ۵-۲ سالگی است ممکن است هوشیاری از دست برود یا نرود. چندین دفعه ممکن است به طور کوتاه مدت سر کودک شل شود یا اینکه ناگهانی به زمین بخورد. کودک باید خود را با کلاه ایمنی بپوشاند.

حملات میوکلونیک

انقباضات ناگهانی و کوتاه مدت عضله یا گروهی از عضلات

بدون از دست دادن هوشیاری

بدون مرحله پس حمله است.

ممکن است با رفلکس از جا پریدن شدید اشتباه شود **startle Reflex**

در صورتی که امکان فشار دادن سر کودک به سمت جلو باشد نشان دهنده رفلکس از جا پریدن است.

تظاهرات بالینی:

- حملات نسبی: ساده و پیچیده شامل علائم پیچیده و اختلال در هوشیاری است .
- حملات عمومی
- بدون طبقه بندی

بسته به محل نوروهای در حال تخلیه، دامنه تشنج ها متفاوت است و می تواند از حالت خیره نگریستن ساده تا حرکات تشنجی طولانی همراه با فقدان هوشیاری تغییر کند. الگوی اولیه حملات نشان دهنده ی ناحیه ای از مغز است که حملات تشنجی از آنجا منشا گرفته اند. تنها یک انگشت یا یکی از دستها دچار لرزش می شود یا دهان پرش می کند. در حملات عمومی که هر دو نیمکره ی مغز، درگیر هستند و در نتیجه هر دو نیمه ی بدن از خود واکنش نشان می دهند. در این نوع صرع کل بدن دچار سفتی شدید شده و با پرش ها و تکان های عضلانی به طور متناوب از حالت شل به حال انقباض در می آید، دنبال می شود. زبان اغلب جویده می شود و بیمار دچار بی اختیاری ادرار و مدفوع می گردد.

بعد از به هوش آمدن بیمار اغلب دچار کنفیوز بوده و به سختی بیدار می شود و ممکن است که ساعت ها در خواب باشد. بیشتر بیماران از سردرد و درد عضلانی، خستگی و افسردگی شکایت دارند. حملات تشنجی عمومی گاه می توانند بدون نشانه باشد.

بررسی و یافته های تشخیصی:

هدف تعیین نوع حملات تشنجی، دفعات وقوع و شدت آنها و عواملی است که سبب تسریع در بروز این حملات می گردند. برای شناسایی ضایعات ساختمانی از MRI استفاده می شود. EEG نیز به طبقه بندی نوع حملات کمک می کند.

تدابیر پرستاری:

در خلال بروز حملات تشنجی مسئولیت اصلی پرستار، مشاهده و گزارش توالی و ترتیب نشانه های به وجود آمده است. اختلالات پیش از بروز تشنج تحریک های بویایی، تحریکات شنوایی و بینایی، تحریکات لامسه ای، اختلالات روحی یا روانی، خواب و هایپرونتیلیسیون است.

علامت اورا می تواند دیداری، شنیداری و یا بویایی باشد.

بعد از بروز حملات تشنجی، نقش پرستار در ثبت حوادثی که منجر به بروز تشنج شده مهم است. بیمار در معرض خطر هیپوکسی، استفراغ و نیز آسپیراسیون تنفسی می باشد. برای جلوگیری از بروز عوارض بیمار در وضعیت خوابیده به پهلو قرار داده می شود.

اقدامات احتیاطی در رابطه با تشنج شامل در دسترس بودن تجهیزات ساکشن و ایروی و نرده های تخت اقدامات در تشنج: قرار دادن بیمار روی زمین، قرار دادن بیمار به پهلو، حفظ راه هوایی باز، تخلیه ترشحات و ساکشن، چک علائم حیاتی و دادن فرصت استراحت به بیمار

جلوگیری از عوامل تسریع کننده ی حملات مثل عوامل روحی، محیطی، تب-خوردن محرک ها-خستگی- محرومیت از خواب-محرک های نوری(استفاده از عینک دودی)-نوشابه های الکلی پرهیز کند.

رژیم پر پروتئین کم کربوهیدرات (رژیم غذایی کتوزنیک) داشته باشد.

صرع

صرع در واقع مجموعه ای از سندرم ها است که با حملات تشنجی تکرارشونده و بدون علت تحریک کننده مشخص می گردد. صرع می تواند اولیه یا ثانویه باشد. در صرع ثانویه، علت صرع مشخص بوده و در واقع زمینه ای از یک اختلال مثل تومور مغزی است. علت بروز صرع در بسیاری از مردم نامعلوم می باشد. صرع می تواند

به دنبال آسیب دیدگی های حین زایمان، اشکال و اختلال در استفاده از اکسیژن در نوزادان، آسیب دیدگی سر، برخی بیماریهای عفونی، سمیت، تب، اختلالات تغذیه ای و مسمومیت با الکل و مواد مخدر پدید آید.

علت صرع ایدیوپاتیک ناشناخته اما ممکن است ناشی از:

عوامل ژنتیکی

مشکلات مادرزادی

صدمات مغزی

رویدادهای بیوشیمیایی

تشنج در دو سال اول زندگی شایع تر از دیگر دوران کودکی است.

در شیرخواران بسیار کوچک شایعترین علل صدمات ناشی از تولد است.

عفونت حاد یکی از عوامل شایع تشنج در اواخر دوره شیرخوارگی و اوایل دوره کودکی است.

تغییرات هورمونی و متابولیکی دوره نوجوانی می تواند موجب تغییر آستانه تشنج شود.

در بعضی موارد تحریک فتوژنیک می تواند در کودکان مستعد موجب تسریع حمله شود.

فعالیت تشنجی به دلیل:

تخلیه ی الکتریکی خود به خودی گروهی از سلول های بسیار تحریک پذیر که بعنوان کانون مولد صرع معروف است.

درمان دارویی:

در صورتی که تحریک پذیری پایین تر از آستانه قرار بگیرد هیچ حمله ای رخ نمی دهد. دارو ها اثر خود را به وسیله کاستن پاسخ گویی نرون های طبیعی به تحریکات عصبی ناگهانی و تواتر بالا برخاسته از کانون صرعی اعمال می کنند. هدف، کنترل حملات همراه با بروز کمترین عوارض جانبی است. درمان معمولاً با یک دارو آغاز و به تدریج تا کنترل حملات افزوده می شود. برای قطع دارو معمولاً زمانی که بیمار دو سال حمله ای

نداشت و الکتروانسفالوگرام طبیعی داشته باشد، در طی چند هفته به تدریج دارو درمانی کاهش می یابد ولی در زمان عفونت و بلوغ مدت طولانی تری باید ادامه یابد.

عوارض جانبی داروهای ضدصرع سه دسته هستند: ایدیوسینکراتیک یا اختلالات آلرژیک که عمدتاً بصورت واکنشهای پوستی تظاهر می کند. سمیت حاد، که ممکن است در همان آغاز تجویز دارو اتفاق بیفتد. سمیت مزمن، که در مراحل بعدی روند درمان اتفاق می افتد.

تدابیر جراحی

جراحی برای بیمارانی که صرع آنها ناشی از تومور، آبسه، کیست یا آنومالی های عروقی باشد صورت می گیرد.

فرایند پرستاری

پرستار اطلاعات بیمار در رابطه با سابقه تشنج را ثبت می نماید.

تشخیص های پرستاری

خطر آسیب دیدگی در ارتباط با فعالیت های تشنجی

ترس در ارتباط با احتمال وقوع تشنج

تطابق غیرموثر فردی در ارتباط با بروز استرس های ناشی از صرع

کمبود آگاهی در رابطه با صرع و نحوه ی کنترل آن

مداخلات پرستاری

- پیشگیری از بروز آسیب دیدگی
- یک اولویت است و برای نرده های کنار تخت باید از بالشتک های مخصوص استفاده کرد.
- کاهش ترس از تشنج
- بهبود مکانیسم های تطابقی

برای کنترل حملات، همکاری بیمار و خانواده نسبت به ارزش رژیم دارویی تجویز شده، ضروری است. بدون ترس از وابستگی باید به طور مداوم مصرف شود. عواملی که بروز حملات را تشدید می کند شناسایی شوند. از جمله آشفتگی های روحی، عوامل تنش زای محیطی، شروع قاعدگی و تب

آموزش به بیمار

- باید به طور مداوم بیماران را تشویق و ترغیب کرد تا بر این واکنشها فایز آیند. بیماران مبتلا به صرع باید از دستبند هشدار پزشکی استفاده کنند.
- بیمار در طی حمله باید از صدمات محافظت شود.
- البته غیرممکن است که وقتی حمله ای آغاز شد بتوان آن را متوقف کرد.
- تلاش برای توقف حرکات به صورت فیزیکی نباید صورت بگیرد.
- شیء سفت بین دندان ها ی او قرار ندهید.
- پایش و کنترل عوارض احتمالی
- عارضه اصلی، صرع پایدار است و عارضه دیگر مسمومیت ناشی از داروهاست.

داروهای مورد نیاز

کاربامازپین ، کلونازپام، گاباپنتین، لاموتریگین، فنوباریتال، فنی توئین، پریمیدین، والپروات، زونیزامید

تجهیزات مورد نیاز

ایروی، دستگاه ساکشن، نلاتون در سائزهای مختلف ، سرم شستشو، فینگر تیوب ، کپسول اکسیژن، بالشتک های محافظ

دفرنس:

نکات برتر طب اورژانس برای پرستاران، تالیف سید احمد حسین زاده

و کتابچه دستورالعمل ترخیص از اورژانس

Nursing consult-patient education