

مرکز آموزشی درمانی طالقانی

کتابچه اختصاصی بخش مامایی

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱



## فهرست مطالب کتابچه

معرفی بخش:

مکان فیزیکی: طبقه اول

تعداد تخت فعال: ۴۰ تخت

رییس بخش: دکتر عباسعلیزاده

سرپرستار: پروین علی آبادی

کادر بخش:

\*ماما

\*کمک بهیار

\*خدمات

\*منشی

خدمات بخش:

\*مراقبتهای بعد از زایمان طبیعی

\*مراقبتهای بعد از سزارین

\*خونریزی بعد از زایمان

\*پره اکلامپسی

\*دیابت بارداری

تلفن مستقیم: ۳۴۴۲۴۴۲۲

ساعات تلفن داخلی: ۱۱۳-۱۶۲

ملاقات: از ساعت ۱۵ الی ۱۶) در زمان بحران بیماری ها از جمله کوید ۱۹ براساس دستورالعمل های ابلاغی اجرا می شود)

### اتاقهای موجود در بخش:

\* سالن اصلی بخش

\* ۱۲ اتاق جهت بستری

\* ۴۰ تخت

\* های ریسک

\* اتاق استراحت پرسنل

\* اتاق تمیز و اتاق کثیف

اتاقهای ۴ و ۵ و ۱۱ مجهز به مانیتور بزرگسال می باشد و اتاق ۸ های ریسک می باشد که مجهز به فتال مانیتور- ساکشن- سونی کیت- مانیتور بزرگسال- ترالی احیا- دستگاه الکتروشوک و اکسیژنهای سانترال و شامل ۸ تخت بیمار می باشد.

در اتاق ۸ مادران های ریسک (پره اکلامپسی- دیابتیک- خونریزی- IUGR- پره ترم لیبر و کاهش حرکات جنین و .....) بستری می باشند.

### تجهیزات بخش:

\* مانیتور

\* دستگاه الکتروشوک

\* دستگاه ECG

\* پمپ انفوزیون

\* پمپ سرنگ

\* گلوکومتری

\* سونی کیت

\* فتال مانتور

\* ساکشن بزرگسال

\* ساکشن نوزادی

\* آمبویگ





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز

کمیسیون تحول اداری (کمیته اصلاح ساختارهای تشکیلاتی)

فرم شماره ۱

فرم شرح شغل

تاریخ تهیه: ۸۷/۱۰/۱۱

الف) شناسنامه شغل	<p>۱- عنوان پست سازمانی: سرپرستار</p> <p>۲- واحد سازمانی: مراکز آموزشی و درمانی / بیمارستانها</p> <p>۳- رشته: بهداشتی و درمانی</p> <p>۴- رشته فرعی: خدمات پرستاری و مامائی</p> <p>۵- رشته شغلی: پرستار</p> <p>۶- گروه و طبقه شغلی (ورود به شغل):</p> <p>۷- عنوان سرپرست مستقیم: مدیر خدمات پرستاری یا رئیس خدمات پرستاری</p> <p>۸- نویسنده و تجزیه و تحلیل گر شغل: میرسجاد موسوی</p> <p>۹- تعداد مصاحبه شوندگان: ۳ نفر</p> <p>۱۰- در تدوین این شرح شغل، شرایط احراز و شرح وظایف جناب آقایان سعید ملک پور و علی نعمتی و خانم تهمنه معنوی همکاری فرمودند.</p>
ب ۱) خلاصه شغل	<p>۱- کمک به اهداف سازمانی مرکز آموزشی و درمانی در راستای تأمین سلامت و بهبودی بیماران</p> <p>۲- رهبری، کنترل و نظارت بر خدمات پرستاری در طول شبانه روز و پیگیری دستورات بمنظور ارائه بهترین مراقبتهای پرستاری از بیماران</p> <p>۳- تعیین وظایف کادر پرستاری مربوطه براساس نیاز بیماران، تعداد پرسنل و نوع بخش</p>
ب ۲) هدف شغل	<p>تلاش در جهت تأمین سلامت و بهبودی بیماران به منظور برگرداندن بیمار به وضعیت زندگی عادی با ارائه بهترین خدمات پرستاری</p>
ج) مسئولیها	<p>شاغل این پست براساس شرح وظایف مصوب در قبال:</p> <p>مسئولیت حفظ و نگهداری بهینه اموال تحت اختیار، کنترل و نظارت بر نحوه انجام امور پرستاری در حد استانداردهای تعیین شده و پروتکل‌های موجود توسط کادر تحت سرپرستی، رسیدگی و برقراری نظم و ترتیب در پرونده های بیماران بستری براساس شاخص های مدارک پزشکی مسئول و پاسخگو می باشد.</p>
ج ۱) ارتباطات	<p>شاغل این پست بصورت مستقیم و موثر با:</p> <p>بیماران و خانواده ایشان - پزشکان و دانشجویان رشته پزشکی، پرستاری - پرسنل تحت سرپرستی - سایر سرپرستاران، سوپروایزرهای آموزشی و بالینی، مدیر یا رئیس خدمات پرستاری، حسابداری، مدارک پزشکی، مددکاری - مدیر و رئیس بیمارستان ارتباط کاری دارد.</p>
ج ۲) اختیارات	<p>شاغل این پست در چهارچوب قوانین، مقررات، آئین نامه ها و بخشنامه ها و با هماهنگی مسئولین ذیربط در قبال:</p> <p>ارزشیابی پرسنل تحت سرپرستی و اعطای امتیاز براساس شاخص های تعیین شده - پیشنهاد تعیین میزان اضافه کار و کارانه برای کادر مربوطه - پیشنهاد تعیین افراد و پرسنل مورد نیاز به دفتر پرستاری مرکز اختیارات لازم را دارد.</p>
ج ۳) شرایط محیط کار	<p>- فعالیت شغلی در محیط بیمارستان و نامناسب بودن فضای بخشهای بستری به علت حجم و تراکم بیماران</p> <p>- احتمال ابتلاء به بیماریهای مسری و عفونی و کار در محیط عفونت زا</p> <p>- بروز حساسیت های دارویی ناشی از مواد شوینده و جراحات پوستی و وجود گازهای شیمیائی</p> <p>- نامناسب بودن هوای موجود در بخشهای بستری</p> <p>- سخت بودن خدمات پرستاری ارائه شده به بیماران</p> <p>- کار با مواد رادیو اکتیو و پرتوهای مضر</p>



فرم شرح شغل

تاریخ تهیه: ۸۷/۷/۴

الف) شناسنامه شغل	<p>۱- عنوان پست سازمانی: ماما</p> <p>۲- واحد سازمانی: مراکز آموزشی و درمانی / بیمارستانها</p> <p>۳- رشته: بهداشتی و درمانی</p> <p>۴- رشته فرعی: خدمات پرستاری و مامایی</p> <p>۵- رشته شغلی: ماما</p> <p>۶- گروه و طبقه شغلی (ورود به شغل): گروه ۸ طبقه ۲</p> <p>۷- عنوان سرپرست مستقیم: سرپرستار بخش</p> <p>۸- نویسنده و تجزیه و تحلیل گر شغل: میرسجاد موسوی</p> <p>۹- تعداد مصاحبه شوندگان: ۱ نفر</p> <p>۱۰- در تدوین این شرح شغل، شرایط احراز و شرح وظایف سرکار خانم بهناز صلاحی همکاری فرمودند.</p>
ب) خلاصه شغل	<p>۱- همکاری با پزشک معالج در امر معاینه و تجویز دارو یا درخواست آزمایشات کلینیکی یا پاراکلینیکی</p> <p>۲- کمک به امر زایمان طبیعی زنان باردار</p> <p>۳- مراقبت از نوزاد و مادر و ارائه آموزشهای لازم</p> <p>۴- کنترل وضعیت بیماریهای مربوط به زنان و زایمان</p> <p>۵- انجام مشاوره های مامایی</p>
ب) هدف شغل	<p>کمک به امر سلامت مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از طریق ارائه خدمات مراقبتی، آموزشی و بهداشتی</p>
ج) مسئولیتها	<p>شاغل این پست براساس شرح وظایف مربوطه در امر نحوه گرفتن شرح حال، چگونگی انجام معاینات فیزیکی کامل، توزین، اندازه گیری فشار خون، بررسی ارتفاع رحم و رشد جنین، سمع صدای قلب جنین بصورت دوره ای، درخواست آزمایشات حاملگی لازم و ضروری، ارجاع موارد غیرطبیعی به پزشک متخصص، درخواست سونوگرافی جهت تعیین سن حاملگی و بررسی وضعیت سلامت جنین، بررسی مشکلات و بیماریهای دوران حاملگی، ارزیابی سلامت مادر و جنین، تصمیم گیری و دستور پذیرش و تشکیل پرونده، کنترل علائم حیاتی بیمار، اجرای دستورات دارویی، رزرو خون برای بیماران سزارین و انجام فوریتهای مامایی (در حد امکانات) مسئول و پاسخگو می باشد.</p>
ج-۱) ارتباطات	<p>با توجه به فرم شغل، شاغل این پست اغلب با پرسنل داخل بخش زایمان، سرپرستار، سوپروایزرین آموزشی و بالینی، مترون پرستاری، متخصص زنان و زایمان، کادر اتاق عمل، آزمایشگاه، رادیولوژی (سونوگرافی)، داروخانه، پذیرش و ترخیص صندوق، واحد پرستاری و اداره امور درمان (امور مامایی) معاونت درمان در ارتباط کاری می باشد.</p>
ج-۲) اختیارات	<p>متصدی این پست براساس شرح وظایف مربوطه در امر پذیرش یا ترخیص بیماران زایمان طبیعی، معاینات و درخواست آزمایشات لازم، درخواست سونوگرافی، تجویز داروهای مجاز در حاملگی طبق دستورالعمل مربوطه، ارجاع بیماران به پزشک متخصص، اطلاع به پزشک در فوریتهای پزشکی، دادن بی حسی موضعی و انجام ایپی زیاتومی، ترمیم پارگی درجه ۱ و درجه ۲ و ایپی زیاتومی، انجام معاینات تناسلی و غربالگری بیماریها، تجویز روشهای پیشگیری از بارداری، درخواست کشت ترشحات واژن، گذاردن IUD و خارج کردن آن و ... دارای اختیار می باشد.</p>
ج) شرایط محیط کار	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سلیقه ای عمل کردن برخی مسئولین و ضعف برنامه ریزی ها</li> <li>- عدم آشنایی کافی برخی مسئولین با شرح وظایف ماما و شغل مامایی</li> <li>- عدم ایجاد انگیزه برای کادر مامایی از سوی مسئولین مراکز یا بیمارستانها</li> <li>- مسئولیت در خصوص مراقبت و حفاظت از جان مادر و نوزاد</li> <li>- احتمال ابتلا به برخی بیماریهای عفونی و مسری از قبیل ایدز، هپاتیت و ...</li> <li>- احتمال تهاجم اطرافیان بیمار به کادر بخش مامایی و اتاق زایمان در پاره ای از موارد</li> </ul>



**فرم شرح شغل**

تاریخ تهیه : ۸۸/۷/۲۲

الف) شناسنامه شغل	<p>۱- عنوان پست سازمانی: کمک بهیار                  ۲- واحد سازمانی: مراکز آموزشی و درمانی / بیمارستانها                  ۳- رسته: بهداشتی و درمانی                  ۴- رسته فرعی: خدمات پرستاری و ماماایی                  ۵- رشته شغلی: کمک بهیار                  ۶- گروه و طبقه شغلی (ورود به شغل):                  ۷- عنوان سرپرست مستقیم: سرپرستار - مدیر دفتر پرستاری                  ۸- نویسنده و تجزیه و تحلیل گر شغل: میرسجاد موسوی                  ۹- تعداد مصاحبه شوندگان: ۳ نفر                  ۱۰- در تدوین این شرح شغل، شرایط احراز و شرح وظایف افرا مهربانی، اکرم خزایی، علی نعمتی همکاری فرمودند.</p>
ب ۱) خلاصه شغل	<p>۱- انجام امور مراقبتی                  ۲- مراقبت و حفظ وسایل و تجهیزات پزشکی و لوازم موجود در بخش                  ۳- کسب دستور و برنامه کار از مسئول شیفت</p>
ب ۲) هدف شغل	<p>مراقبت و حفاظت از بیمار با همکاری مسئول شیفت و با استفاده از وسایل و امکانات موجود همراه با مراقبت از وسایل و تجهیزات در راستای ارائه خدمات به بیماران با رعایت اصول و قوانین استاندارد</p>
ج) مسئولیتها	<p>شاغل این پست در قبال نیازهای بیمار تحت سرپرستی مسئول شیفت مسئولیت مستقیم داشته و موظف است در قبال مراقبت هایی که برای بیمار تعیین شده است، فعالیتهای محوله را انجام داده و نتایج حاصله را گزارش بدهد پیشگیری از حوادث احتمالی و مراقبت از خود بیمار در قبال خطرات اعم از حوادث یا انتقال آلودگی و بیمار از ارکان این پست بود و فرد در قبال آن پاسخگو خواهد بود بررسی دوره ای وسایل و تجهیزات مصرفی در رابطه با مراقبت بیمار به منظور حفظ کارایی بایستی انجام بشود.</p>
ج ۱) ارتباطات	<p>مسئولین شیفت (پرستاران یا بهیاران) و نیز کارکنانی که با توجه به محوریت بیمار با آنان ارتباط برقرار می شود از ارتباطات این شغل می باشند. نظیر کارکنان آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی و سایر قسمتهای پاراکلینیکی و تشخیصی و توانبخشی، از سوی دیگر ارتباط غیرمستقیم با پزشکان و دانشجویان رشته های مختلف نیز مدنظر می باشد.</p>
ج ۲) اختیارات	<p>شاغل پست کمک بهیاری طبق شرح وظیفه در مراقبت و نگهداری از بیمار و نیز ارتباط درست با بستگان بیمار مسئولیتهایی دارد که براساس قوانین جاری به انجام آنها می پردازد رسیدگی به امور بیمار بایستی با هماهنگی سایر عوامل بخش باشد.</p>
ج) شرایط محیط کار	<p>کار در محیطهای بستری بیماران مستلزم داشتن دانش کافی برای محافظت از خود و مراقبت از بیمار و بستگان وی می باشد انجام امورات بیماران از جمله جابجایی و انتقال و مراقبت مستقیم از موارد مختلف بیماریها از مشکلات این شغل می باشد لزوم همکاری درساعاتی متوالی کار و نبودن تعطیل و استراحت کافی بین شیفتها از موارد قابل ذکر است از آنجائیکه کمک بهیار تحت نظر افراد متعدد و متفاوتی خدمت می کند در معرض فشارهای روحی و جسمی قرار می گیرد و لزوم مراجعت مکرر به اتاقهای بیماران و سایر قسمتهای بیمارستان وی را در معرض خستگی و فرسودگی زودرس قرار می دهد. بدلیل عدم وجود رده های بهیاری در بیمارستان ها قسمتی از وظایف آنها برعهده کمک بهیاران قرار داده شده که بر صعوبت و خطر شغلی می افزاید زیرا فرد مجبور به انجام اموری است که برای آن آموزش رسمی و کلاسی دریافت نکرده است.</p> <p>فشارهای جسمی و روحی - صعوبت کاری - زیان آور بودن - در معرض خطر بودن</p>

## پره اکلامپسی - اکلامپسی:

### تعریف پره اکلامپسی:

فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستول مساوی و یا بیشتر از ۹۰ که برای اولین بار بعد از هفته ۲۰ بروز می کند (تایید با فاصله ۴ ساعت) و همراه با پروتئینوری یا فشارخون سیستولیک مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ و یا دیاستولیک مساوی یا بیشتر از ۹۰ همراه با شواهد درگیری چندارگانی به صورت ترومبوسیتوپنی، اختلال عملکرد کلیه، کبد، سیستم عصبی یا ادم ریه است.

### تعریف اکلامپسی:

بروز تشنج در خانم پره اکلامپتیک، اکلامپسی نامیده می شود.

### سندرم HELLP:

سندرمی که شامل همولیز، افزایش آنزیم های کبدی و ترومبوسیتوپنی است که احتمالا می تواند بدنبال پره اکلامپسی باشد. در ۲۰-۱۵٪ موارد نیز بدون افزایش فشارخون و پروتئینوری است. معیارهای آزمایشگاهی ضروری جهت تشخیص HELLP عبارتند از:

- آنمی همولیتیک میکرو آنژیوپاتیک (شیستوسیت کمتر از ۱٪)
- پلاکت کمتر از ۱۰۰ هزار
- AST بیشتر و مساوی ۷۰
- Bil Total بیشتر و مساوی ۰/۲

### طبقه بندی:

اکلامپسی	پره اکلامپسی شدید	پره اکلامپسی خفیف	یافته ها
پره اکلامپسی عارضه دار شده است شروع حملات تشنج درمادر بارداری است که حاملگی اش توسط	$\geq 160/110$ mmHg	$\geq 140/90$ mmHg	فشارخون
	۲ گرم یا بیشتر	+۱ یا بیشتر	پروتئینوری
	احتمال وجود	-	سردرد- اختلال بینایی- درد اپی گاستر
	وجود	-	الیگوری (ادرار کمتر از ۴۰۰ CC در ۲۴ ساعت)
	افزایش ( $\geq 1/2$ mg/dl)	طبیعی	کراتینین سرم
	وجود ( $< 100000$ mm <sup>3</sup> )	-	ترومبوسیتوپنی
	چشمگیر	ناچیز	افزایش آنزیمهای کبدی یا بیلی روبین



زمان کد زدن :

در صورت بروز اکلامپسی و یا علائم سندرم HELLP

فرد مسئول کد احیا : ماما مسئول شیفت

اعضای تیم احیا دریدو کد زدن

۱. متخصص بی هوشی
۲. \*ماما مسئول شیفت
۳. \*پرستار مسئول شیفت در صورتیکه مادر در بخش کد زده شود
۴. \*متخصص زنان مقیم یا آنکال مسئول بیمار یا رزیدنت ارشد
۵. \*مامای عامل زایمان
۶. مسئول آزمایشگاه و بانک خون : کد به ایشان اطلاع داده شود و نیاز به حضور فیزیکی ایشان برالبین بیمار نیست. پیگیری اورژانسی جواب آزمایشات انجام گیرد.
۷. متخصص داخلی و هماتولوژیست: پروتکل تزریق خون و فرآورده‌های خونی (مانند پلاکت و ..) تهیه و در اختیار قرار گیرد و در صورت لزوم با هماتولوژیست هماهنگی شود.
۸. \*سوپروایزر کشیک
۹. تکنسین بی هوشی مقیم یک نفر

اعضای تیم پشتیبان

- پزشک مسئول ICU
- متخصص زنان آنکال دوم
- متخصص جراحی عمومی
- متخصص نورولوژی
- متخصص هماتولوژی

- زمان حضور اعضای تیم ستاره دار بلافاصله و بدون ستاره حداکثر ۲۰ دقیقه

توجه: اقدام اصلی در پره‌اکلامپسی شدید ختم بارداری است و مهمترین عامل پیشگیری کننده از مرگ و میر در پره‌اکلامپسی، کنترل مناسب فشارخون (سیستول و دیاستول) است.

وظایف اعضای تیم

۱- متخصص زنان (رهبر تیم می باشد)

➤ ارزیابی وضعیت مادر و بررسی علائم و نشانه‌های شدت بیماری (سردرد، اختلال بینایی، درد اپیگاستر، افزایش وزن ناگهانی حدود ۱/۵ کیلوگرم و بیشتر در هفته)

➤ درخواست آزمایشات جهت رد یا تایید سندرم HELLP

➤ شروع دارو درمانی با سولفات منیزیم (طبق پروتکل)

➤ درخواست خون و فرآورده

➤ دستور تعبیه سوند فولی

➤ دستور داروهای کاهنده فشارخون در صورتیکه فشارخون بیشتر یا مساوی ۱۶۰/۱۱۰ (شامل لابتالول، هیدرالازین و نیفیدپین)

➤ در صورت بروز اکلامپسی اقدامات مربوط به کنترل تشنج (کنترل دارویی، باز کردن راه هوایی و ...)

➤ در صورت بروز عدم هوشیاری، علائم نورولوژیک موضعی، تشنج پایدار یا تکرار شونده، تشنج آتپیک و یا کمای طولانی مدت، انجام مشاوره نورولوژی، CT-Scan یا MRI توصیه می‌شود.

➤ در صورت بروز سندرم HELLP مشاوره با متخصص داخلی و تجویز آمپول بتامتازون

➤ اعزام به مراکز مجهزتر در صورت نیاز

➤ ختم بارداری در صورت تایید پره‌اکلامپسی شدید

➤ مشاوره با متخصص بیهوشی جهت تعیین میزان خطر بیهوشی در سزارین

## ۲- ماما مسئول شیفت /پرستار مسئول شیفت

➤ اعلام کد احیا

➤ هماهنگی برای حضور سریع اعضا تیم بربالین بیمار

➤ هماهنگی با آزمایشگاه جهت ارسال سریعتر جواب آزمایشات

➤ تهیه دارو و وسایل مورد نیاز

➤ کمک به مامای عامل زایمان

## ۳- پرستار /ماما مسئول بیمار(بسته به اینکه مادر در بخش یا بلوک زایمانی کد بخورد)

➤ در دسترس قرار دادن امکانات و تجهیزات لازم (دستگاه فشارسنج، کپسول اکسیژن، ماسک و آمبوبگ، وسایل انتوباسیون، دستگاه پالس اکسی‌متر، پمپ انفوزیون و یا میکروست، داروهای ضد تشنج، داروهای ضدفشارخون، گلوکونات کلسیم و ایروی)

➤ اطمینان از بالا بودن نرده‌های کنار تخت بیمار و قرار گرفتن بیمار به پهلو چپ و سر کمی بالاتر از بدن به منظور جلوگیری از آسپیراسیون

➤ NPO نگه داشتن بیمار

- گرفتن دو رگ
- تعبیه سوند فولی (در صورت نداشتن) و کنترل جذب و دفع
- تهیه ۲۰ سی سی خون وریدی برای آزمایشات
- قرار دادن بیمار تحت مانیتورینگ مداوم
- ارسال آزمایشات درخواستی (هماتوکریت، کراتنین، پلاکت، آنزیمهای کبدی، فیبرینوژن، تستهای انعقادی، قندخون و پروتئین ادرار)
- تحویل و ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی

## در صورت اکلامپسی:

- گذاشتن ایروی، در دسترس بودن ساکشن، ماسک و آمبوگ
- مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج و خوابانیدن مادر به پهلو چپ و در تخت حفاظ دار
- تجویز اکسیژن به میزان ۸-۱۰ لیتر در هر دقیقه با درصد اشباع بالای ۹۰٪ با ماسک دهانی
- استفاده از پالس اکسی متر و مانیتور مداوم میزان اشباع اکسیژن
- تجویز داروی سولفات منیزیم و در صورت عدم کنترل تکرار دوز آن، در صورت تداوم فنی توپین داخل سرم و داروی بعدی دیازپام
- اندازه گیری مداوم فشار خون مادر

## در صورت بروز سندرم HELLP

- علاوه بر اقدامات فوق در صورت تشخیص متخصص، انجام اقدامات لازم جهت اعزام بیمار

## ۴- متخصص بی هوشی

- ارزیابی علایم حیاتی مادر و تعیین وضعیت بیمار (بررسی فشارخون، هشیاری و...)
- کنترل وضعیت قلبی عروقی بیمار و تثبیت آن
- نظارت بر نحوه تزریق مایعات و خون در صورت نیاز (DIC، اکلامپسی، HELLP و ..)
- درخواست فرآورده های خونی بصورت اورژانس در صورت نیاز
- شروع نوراپی نفرین در صورت نیاز
- تهیه CVP لاین در صورت نیاز
- حمایت تنفسی بیمار و انتوباسیون در صورت نیاز
- دستور انتقال مادر به ICU در صورت نیاز
- حضور در اتاق عمل در صورت نیاز به مداخلات جراحی

#### ۵- هماتولوژیست یا متخصص داخلی

- تخمین شدت بیماری
- نظارت بر نحوه تزریق فرآورده های خون و انتخاب مناسب انواع وملاحظات مربوطه (طبق پروتکل)

#### ۶- مسئول آزمایشگاه

- نظارت وتسریع در آماده سازی آزمایشات وفرآورده های خونی

#### ۷- سوپروایزر

- نظارت کامل برفرآیند احیا وثبت وقایع دربرگه مربوطه ،همکاری درتهیه وسایل وهماهنگی جهت حضورسریع اعضای تیم ودرجریان قرار دادن همراهان بیمار
- توجه: هدف از کاهش فشارخون رساندن آن به ۲۵٪ فشارخون اولیه در طی دو ساعت می باشد و ماکزیمم افت فشارخون باید به ۱۵۰-۱۳۰ میلی متر جیوه در فشارخون سیستولیک و ۱۰۰-۸۰ میلی متر جیوه در فشار دیاستولیک برسد.

#### زمان سنجی از زمان کد زدن

- آماده شدن جواب CBC,BG: ۱۵ دقیقه
- آماده شدن جواب تستهای کبدی و کلیوی: ۲ ساعت
- آماده شدن تستهای انعقادی PT,PTT,INR: ۲۰ دقیقه
- آماده شدن جواب آزمایش فیبرینوژن: ۲ ساعت
- درخواست FFP تا تحویل ۴۰ دقیقه
- دسترسی به فاکتور ۷: حداقل ۳ ساعت
- دسترسی به پروستا گلاندین F2a

#### ریسک فاکتورهای پره کلامپسی:

- مادران شکم اول
- زنان با سابقه خانوادگی پره کلامپسی
- زنان با سابقه پره کلامپسی در بارداری قبلی
- زنان چاق
- زنان مبتلا به دیابت قبل یا حین بارداری



➤ زنان باردار زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال

➤ زنان با سابقه فشارخون قبل بارداری

➤ زنان با سابقه بیماری کلیوی قبل بارداری

#### نکات مهم

در صورت بروز ترومبوسیتوپنی تزریق عضلانی ممنوع می‌باشد.

بدلیل دریافت دوز بالای سولفات منیزیم در اینم موارد باید به علائم مسمومیت توجه و گلوکونات کلسیم در دسترس باشد.

اگر مادر پس از زایمان دچار ادم ریه، آنوری، فشارخون مقاوم به درمان، تشنج مکرر، **End Organ Damage** و **TTP** شد، بایستی به **ICU** منتقل شود.

انفوزیون پلاکت در زایمان طبیعی در شمارش پلاکت زیر ۲۰۰۰۰ و در سزارین جهت رساندن آن به بالای ۵۰-۴۰ هزار انجام می‌شود.

مشاوره با متخصص بیهوشی در بیماران **HELLP** قبل از ختم بارداری باید انجام شود.

مسئول کنترل بیمار بعد از زایمان در بلوک زایمانی: عامل زایمان، در صورت وجود علامت خطر بلافاصله به رده بلااطلاع داده شود

مسئول کنترل بیمار در اتاق عمل: عامل سزارین-پرستار مسئول ریکاوری

مسئول کنترل بیمار در بخش: ماما ی مقیم در بخش جراحی زنان

پرونده کلیه مادران پرخطر از نظر پره‌اکلامپسی با زدن برچسب **High Risk** مشخص می‌شود. پرکردن فرم **MEOWS**

برای تمام بیماران **High Risk** بهتر است در بدو ورود به زایشگاه ۲ واحد خون رزرو شود.

آموزش دوره ای هر ۶ ماه جهت پرسنل اتاق عمل و زایشگاه انجام شود.

نمونه پروتکل خونریزی زودرس بعد از زایمان (PPH)

تعریف خونریزی زودرس پس از زایمان :

- از دست دادن حدود ۵۰۰ سی سی خون یا بیشتر طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان طبیعی
- از دست دادن بیش از ۱۰۰۰ سی سی خون پس از عمل جراحی سزارین
- کاهش میزان هماتوکریت پس از زایمان به میزان ۱۰٪ یا بیشتر

### طبقه بندی شدت خونریزی

مهلک IV	شدید III	متوسط II	خفیف I	طبقه بندی شدت خونریزی
بیش از ۲۰۰۰ سی سی	۱۵۰۰ - ۲۰۰۰ سی سی	۱۰۰۰ - ۱۵۰۰ سی سی	۱۰۰۰ < سی سی	میزان خونریزی از دست رفته
> ۱۴۰	۱۴۰ - ۱۴۰	۱۰۰ - ۱۱۹	< ۱۰۰	تعداد ضربان قلب
کاهش	کاهش	طبیعی، ارتواستاتیک متغیر	طبیعی	فشار خون
کاهش	کاهش	کاهش	طبیعی	فشار نبض
آنوری یا بسیار جزئی	۵ - ۱۵	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۵۰ تا ۳۰)	بیرون ده ادراری (ml/hr)
> ۳۵	۳۰ - ۴۰	۲۰ - ۳۰	طبیعی (۱۴-۲۰)	تعداد تنفس در دقیقه
گیج و تارزیک	گیج (confused)	مضطرب (anxious)	کمی مضطرب	وضعیت هوشیاری
کریستالوئید و خون	کریستالوئید و خون	کریستالوئید	کریستالوئید	مایع جایگزین جیرانی مورد نیاز

زمان کد زدن :

خونریزی شدید یا تخمین بیش از ۱۰۰۰ سی سی در زایمان طبیعی یا بیش از ۱۵۰۰ سی سی در سزارین، علائم بالینی:  $HR > 100$

،هیپوتانسیون ارتواستاتیک یا فشارخون نرمال، نبض ضعیف،  $U/O < 30cc$ ، وضعیت هوشیاری مضطرب یا خواب آلوده یا گیج

فرد مسئول کد احیا : ماما مسئول شیفت

اعضای تیم احیا دربدو کد زدن

۱۰. متخصص بی هوشی

۱۱. ماما مسئول شیفت

۱۲. پرستار مسئول شیفت در صورتیکه مادر در بخش کد زده شود

۱۳. متخصص زنان مقیم یا آنکال مسئول بیمار

۱۴. مامای عامل زایمان

۱۵. مسئول آزمایشگاه بانک خون: کد به ایشان اطلاع داده شود و نیاز به حضور فیزیکی ایشان بر بالین بیمار نیست.

۱۶. متخصص داخلی یا هماتولوژیست : پروتکل تزریق خون تهیه و در اختیار قرار گیرد و در صورت لزوم با هماتولوژیست هماهنگی شود.

۱۷. سوپروایزر کشیک

۱۸. تکنسین بی هوشی مقیم یک نفر

اعضای تیم پشتیبان

- پزشک مسئول ICU
- متخصص زنان آنکال دوم
- متخصص جراحی عمومی، جراح عروق، ارولوژیست در صورت نیاز
- انکولوژیست زنان در صورت امکان

- زمان حضور اعضای تیم حداکثر ۲۰ دقیقه

وظایف اعضای تیم

- ۸- متخصص زنان (رهبر تیم می باشد)
  - ارزیابی وضعیت مادر و تخمین میزان و شدت خونریزی
  - درخواست خون و فرآورده
  - دستور تعبیه سوند فولی
  - شناسایی علت خونریزی (4T)
  - طراحی پلان درمانی برای کنترل خونریزی (یوتروتونیک ها، تکنیکهای غیر دارویی، تکنیکهای جراحی)
  - تجویز آنتی بیوتیک در صورت نیاز
- ۹- ماما مسئول شیفت / پرستار مسئول شیفت
  - اعلام کد احیا
  - هماهنگی برای حضور سریع اعضا تیم بر بالین بیمار
  - هماهنگی با آزمایشگاه جهت ارسال سریعتر جواب آزمایشات

- تهیه دارو و وسایل مورد نیاز
- کمک به مامای عامل زایمان
- 10- پرستار / ماما مسئول بیمار (بسته به اینکه مادر در بخش یا بلوک زایمانی کد بخورد)
  - گرفتن دو رگ با آنژیوکت خاکستری (۱۶-۱۴)
  - تهیه ۲۰ سی سی خون وریدی برای آزمایشات
  - دادن اکسیژن ۱۰٪ به مقدار ۱۵-۱۰ لیتر در دقیقه با ماسک و بالابردن پاها
  - انفوزیون اکسی توسین ۴۰ واحد عضلانی در یک لیتر نرمال سالین / رینگر لاکتات با سرعت ۶۰ قطره در دقیقه تا ۳ لیتر یا تزریق ۱۰ واحد عضلانی مستقیم در عضله میومتر
  - شروع انفوزیون کریستالوئید گرم ۲ تا ۳ لیتر تا آماده شدن خون
  - گرم نگه داشتن مادر
  - ارسال آزمایشات درخواستی
  - گذاشتن سوند فولی و کنترل جذب و دفع
  - تزریق آنتی بیوتیک در صورت لزوم
  - تحویل و ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی
  - درخواست کمک از سایر ماماها جهت مراقبت از نوزاد تازه متولد شده
- 11- متخصص بی هوشی
  - ارزیابی علایم حیاتی مادر و تخمین میزان خونریزی
  - کنترل وضعیت قلبی عروقی بیمار و تثبیت آن
  - نظارت بر نحوه تزریق فرآورده های خون و انتخاب مناسب انواع آن
  - تهیه CVP لاین در صورت نیاز
  - دستور انتقال مادر به ICU در صورت نیاز
  - حضور در اتاق عمل در صورت نیاز به مداخلات جراحی
- 12- تکنسین بیهوشی
  - کمک به متخصص بی هوشی



- کنترل علائم حیاتی مداوم
- آماده سازی اتاق عمل
- ۱۳- هماتولوژیست یا متخصص داخلی
- نظارت بر نحوه تزریق فرآورده های خون و انتخاب مناسب انواع و ملاحظات مربوطه (طبق پروتکل)
- ۱۴- مسئول آزمایشگاه
- نظارت و تسریع در آماده سازی آزمایشات و فرآورده های خونی
- ۱۵- سوپروایزر
- نظارت کامل بر فرآیند احیا و ثبت وقایع دربرگه مربوطه ، همکاری در تهیه وسایل و هماهنگی جهت حضور سریع اعضای تیم و درجریان قرار دادن همراهان بیمار
- زمان سنجی از زمان کد زدن
- آماده شدن جواب **CBC, BG**: ۱۵ دقیقه
- آماده شدن جواب تستهای کبدی و کلیوی: ۲ ساعت
- آماده شدن تستهای انعقادی **PT, PTT, INR**: ۲۰ دقیقه
- آماده شدن جواب آزمایش فیبرینوژن: ۲ ساعت
- درخواست **FFP** تا تحویل ۴۰ دقیقه
- درخواست خون تا تحویل با کراس مچ صحرائی: ۳۰ دقیقه
- درخواست خون تا تحویل با کراس مچ استاندارد: ۶۰ دقیقه
- درخواست خون تا تحویل بدون کراس مچ: بلا فاصله
- دسترسی به فاکتور ۷: حداقل ۳ ساعت
- دسترسی به پروستا گلاندین **F2a**
- دسترسی به ترانس اگزامیگ اسید
- دسترسی به میزوپروستول

ریسک فاکتورهای خونریزی بعد از زایمان :

- -چاقی
- سابقه خونریزی بعد از زایمان در حاملگی های قبلی
- بی هوشی عمومی
- سزارین اورژانسی
- زایمان زودرس
- اینداکشن یا تقویت انقباضات با سنتوسینون
- عفونت (کوریو آمینیت )
- پره اکلامپسی واکلامپسی
- بیماران آسیب پذیر وبدون مراقبت
- نارسایی مزمن کلیه
- زنان دارای جثه کوچک
- پاریته بالا(۵ بار به بالا)
- سابقه آتونی رحمی
- جنین درشت
- پلی هیدآمیوس
- پلاستنا پرویا
- دکولمان
- پلاستنا آکرتا وپره کرتا
- زایمان غیر طبیعی
- مول هیداتیفرم
- کبد چرب حاملگی
- مرگ طولانی جنین دررحم
- حاملگی همراه با میوم
- چند قلبی
- سابقه اختلالات انعقادی مادرزادی(هموفیلی ،ترمبو سیتوپنی)

➤ اختلالات انعقادی اکتسابی (مصرف آنتی کوآگولان-ترومبوسیتوپنی)

➤ آنمی

➤ بیماری قلبی پیشرفته

➤ سایر موارد

نکات مهم

درمدیریت خونریزی زودرس بعداز زایمان

۱- مسئول کنترل بیمار بعداز زایمان در بلوک زایمانی: عامل زایمان، در صورت وجود علامت خطر بلافاصله به رده بالا اطلاع

داده شود

۲- مسئول کنترل بیمار در اتاق عمل: عامل سزارین-پرستار مسئول ریکاوری

۳- مسئول کنترل بیمار در بخش: ماما ی مقیم در بخش جراحی زنان

۴- پرونده کلیه مادران پرخطر از نظر خونریزی بعداز زایمان با زدن برچسب **High Risk** مشخص می شود. پرکردن فرم

**MEOWS**

۵- برای تمام بیماران **High Risk** بهتر است در بدو ورود به زایشگاه ۲ واحد خون رزرو شود.

۶- آموزش دوره ای هر ۶ ماه جهت پرسنل اتاق عمل و زایشگاه انجام شود.

## ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی

تعاریف:

ترومبوز ورید عمقی ( DVT ) و آمبولی ریه ( PE ) با هم شرایطی را تحت عنوان ترومبوآمبولی وریدی به وجود می آورند .

سه فاکتور مهم در ایجاد ترومبوز دخیل هستند که عبارتند از صدمه به دیواره عروق ، استاز وریدی و افزایش انعقاد پذیری

زمان کد زدن :

در صورت بروز علائم قلبی ریوی و شک به آمبولی (مجموعه‌ای از علائم تنگی نفس، تاکی پنه، تاکیکاردی، درد پلورتیک قفسه سینه یا شواهد

DVT)

فرد مسئول کد احیا : ماما مسئول شیفت

اعضای تیم احیا دربدو کد زدن

۱۹. متخصص بی هوشی

۲۰. \*ماما مسئول شیفت

۲۱. \*پرستار مسئول شیفت در صورتیکه مادر در بخش کد زده شود

۲۲. \*متخصص زنان مقیم یا آنکال مسئول بیمار یا رزیدنت ارشد

۲۳. \*مامای عامل زایمان

۲۴. مسئول آزمایشگاه و بانک خون :کد به ایشان اطلاع داده شود و نیاز به حضور فیزیکی ایشان بر بالین بیمار نیست. پیگیری

اورژانسی جواب آزمایشات انجام گیرد.

۲۵. متخصص داخلی و هماتولوژیست: پروتکل تزریق خون و فرآورده‌های خونی تهیه و در اختیار قرارگیرد و در صورت لزوم با

هماتولوژیست هماهنگی شود.

۲۶. \*سوپروایزر کشیک

۲۷. تکنسین بی هوشی مقیم یک نفر

اعضای تیم پشتیبان

➤ پزشک مسئول ICU

➤ متخصص زنان آنکال دوم

➤ متخصص جراحی عمومی



- متخصص هماتولوژی یا داخلی
- متخصص رادیولوژی
- متخصص قلب و ریه

- زمان حضور اعضای تیم ستاره دار بلافاصله و بدون ستاره حداکثر ۲۰ دقیقه

#### وظایف اعضای تیم

##### ۱۶- متخصص زنان (رهبر تیم می باشد)

- تثبیت علائم حیاتی در اولویت اول است. راه هوایی، تنفس، گردش خون باید بلافاصله مورد توجه قرار گیرند و ممکن است نیاز به بستری در بخش مراقبت های ویژه باشد.
- دستور اخذ EKG و CXR جهت رد بقیه علل تنگی نفس
- درخواست سونوگرافی داپلر، D دایمر و یا سی تی اسکن جهت تایید تشخیص
- در آمبولی ریوی (تهدید کننده حیات) درمان ترومبولیتیک (از بین بردن لخته) مورد نیاز است. ممکن است درمان با داروهای ضد انعقاد هم شروع شود
- درخواست خون و فرآورده
- دستور تعبیه سوند فولی
- انجام مشاوره با متخصص قلب
- اعزام به مراکز مجهزتر در صورت نیاز

##### ۱۷- ماما مسئول شیفت / پرستار مسئول شیفت

- اعلام کد احیا
- هماهنگی برای حضور سریع اعضا تیم بر بالین بیمار
- هماهنگی با آزمایشگاه جهت ارسال سریعتر جواب آزمایشات
- تهیه دارو و وسایل مورد نیاز
- کمک به مامای عامل زایمان

##### ۱۸- پرستار / ماما مسئول بیمار (بسته به اینکه مادر در بخش یا بلوک زایمانی کد بخورد)

- در دسترس قرار دادن امکانات و تجهیزات لازم (دستگاه فشارسنج، کپسول اکسیژن، ماسک و آمبویگ، وسایل انتوباسیون، دستگاه پالس اکسی متر، پمپ انفوزیون و یا میکروست، داروهای ضد تشنج، داروهای ضد فشارخون، گلوکونات کلسیم و ایروی)
- اطمینان از بالا بودن نرده‌های کنار تخت بیمار و قرار گرفتن بیمار به پهلو چپ و سر کمی بالاتر از بدن به منظور جلوگیری از آسیب‌راسیون
- گرفتن دو رگ
- تعبیه سوند فولی (در صورت نداشتن) و کنترل جذب و دفع
- تهیه ۲۰ سی سی خون وریدی برای آزمایشات
- قرار دادن بیمار تحت مانیتورینگ مداوم
- ارسال آزمایشات درخواستی (لوپوس آنتی کواگولان، آنتی بادی آنتی کاردیولیپین IgG و IgM، آنتی بتا دو گلیکوپروتئین یک IgM و IgG)

➤ شروع انفوزیون داروهای ضد انعقاد با دستور پزشک

➤ تجویز اکسیژن به میزان ۸-۱۰ لیتر در هر دقیقه با درصد اشباع بالای ۹۰٪ با ماسک دهانی

➤ استفاده از پالس اکسی متر و مانیتور مداوم میزان اشباع اکسیژن

➤ اندازه گیری مداوم فشار خون مادر

➤ در صورت تشخیص متخصص، انجام اقدامات لازم جهت اعزام بیمار

#### ۱۹- متخصص بی هوشی

➤ ارزیابی علائم حیاتی مادر و تعیین وضعیت بیمار (بررسی فشارخون، هشیاری و...)

➤ کنترل وضعیت قلبی عروقی بیمار و تثبیت آن

➤ نظارت بر نحوه تزریق مایعات و خون در صورت نیاز (DIC و ..)

➤ درخواست فراورده‌های خونی بصورت اورژانس در صورت نیاز

➤ شروع نوراپی نفرین در صورت نیاز

➤ تهیه CVP لاین در صورت نیاز

➤ حمایت تنفسی بیمار و انتوباسیون در صورت نیاز

➤ دستور انتقال مادر به ICU در صورت نیاز

➤ حضور در اتاق عمل در صورت نیاز به مداخلات جراحی

#### ۲۰- هماتولوژیست یا متخصص داخلی

- تخمین شدت بیماری
- نظارت بر نحوه تزریق داروهای ضد انعقاد
- نظارت بر نحوه تزریق فرآورده های خون و انتخاب مناسب انواع و ملاحظات مربوطه (طبق پروتکل)

#### ۲۱- مسئول آزمایشگاه

- نظارت و تسریع در آماده سازی آزمایشات و فرآورده های خونی

#### ۲۲- سوپروایزر

- نظارت کامل بر فرآیند احیا و ثبت وقایع دربرگه مربوطه، همکاری در تهیه وسایل و هماهنگی جهت حضور سریع اعضای تیم و در جریان قرار دادن همراهان بیمار

#### زمان سنجی از زمان کد زدن

- آماده شدن جواب CBC, BG: ۱۵ دقیقه
- آماده شدن جواب تستهای کبدی و کلیوی: ۲ ساعت
- آماده شدن تستهای انعقادی PT, PTT, INR: ۲۰ دقیقه
- آماده شدن جواب آزمایش فیبرینوژن: ۲ ساعت
- درخواست FFP تا تحویل ۴۰ دقیقه
- دسترسی به فاکتور ۷: حداقل ۳ ساعت
- دسترسی به پروستا گلاندین F2a

#### ریسک فاکتورهای ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریه :

\*شناسایی بیماران با استعداد ابتلا به ترومبو آمبولی وریدی و امبولی ریوی و عوامل خطر و جلوگیری از رخداد مجدد عوارض

- بیماران دارای تاریخچه ورید های واریسی
- سابقه قبلی ترومبو آمبولی وریدی و سابقه خانوادگی ترومبوآمبولی وریدی
- سابقه داشتن زمینه بیماریهای قلبی و عروقی مانند تعویض دریچه میترال
- چاقی شامل بیماران با سطح توده بدنی BMI بالای ۳۰
- سن بالا
- استعمال دخانیات
- اعتیاد تزریقی
- بیماران محدودیت حرکتی مانند بیماران فلج و بیماران بی حرکت در بستر
- وضعیت انعقاد پذیری شامل مصرف داروهای ضد انعقاد و داروهای استروژنی

- داشتن زمینه بیماریهای عروقی مانند عروق کرونر MI حادثه مغزی عروقی STROKE
- تروما یا جراحی بزرگ اخیر
- وجود بدخیمی فعال
- حاملگی / دوره پس از زایمان
- بیماریهای مستعد کننده مانند بیماری بهجت و لوپوس اریتماتوزیس
- بارداری سوم یا بیشتر
- بارداری با روشهای کمک باروری
- بارداری چندقلویی
- استفراغ شدید بارداری
- دهیدراتاسیون
- پره اکلامپسی
- لیبرطولانی بیشتر از ۲۴ ساعت
- زایمان با ابزار،
- تزریق خون
- خونریزی بیشتر از یک لیتر پس از زایمان
- عفونت پس از زایمان

#### نکات مهم

#### \*اقدامات پیشگیرانه:

۱. تشویق بیماران بستری و مادران باردار و زایمان کرده به انجام تمرینات منظم بدنی، حرکت زودرس و تمرینات تنفسی توسط پرستار یا مامای مسئول بیمار
۲. پایین آوردن بیماران تحت عمل جراحی توسط کمک بهیار حداکثر ۸ ساعت بعد از عمل جراحی از تخت
۳. تغییر پوزیشن هر دو ساعت بیمارانی که قادر به حرکت و جابجایی نیستند با نظارت پرستار توسط کمک بهیار
۴. اقدام به کاهش میزان ابتلا به ترومبو آمبولی با به کارگیری اصول صحیح کانتراهای وریدی هنگام تعبیه لاینهای وریدی و بررسی مستمر آنها از نظر میزان فلبیت یا ایجاد پلاک داخل انژیوکت توسط پرستار مسئول بیمار
۵. پیشگیری از استاز وریدی و تشکیل ترومبوز توسط پرستار مسئول بیمار با بالا بردن ساق پا بالاتر از سطح قلب و استفاده از جوراب الاستیک (سایز مناسب بیمار) که باعث افزایش جریان خون و بهبود بازگشت وریدی می گردد.
۶. بستن شکم بند برای بیماران با جراحی های بزرگ و بیماران چاق طبق دستور پزشک معالج توسط پرستار مسئول بیمار
۷. اطلاع هر گونه علائم غیر طبیعی در اندامهای تحتانی شامل: قرمزی، تورم و گرم شدن عضو و الگوی غیر موثر تنفسی شامل: تنفسهای سطحی و تاکی پنه، تنگی نفس و اختلال در حرکات قفسه سینه سریعاً توسط پرستار به پزشک مسئول
۸. تزریق زیر جلدی هپارین در بیماران تحت عمل جراحی طبق تجویز پزشک توسط پرستار مسئول بیمار
۹. استفاده مجدد بانداژ پا با جورابهای الاستیک که در ۴ تا ۸ ساعت یکبار باز شده

۱۰. به بیماران انجام تمرینات منظم بدنی، قطع سیگار در صورت کشیدن آن و کاهش وزن در صورت چاقی آموزش داده می شود .

به بیماران علائم هشدار شامل درد و تورم اندامهای تحتانی و گرم و حساس شدن آنها و تنگی نفس و تند و سریع شدن تنفس آموزش داده می شود که در صورت بروز هر کدام از این علائم سریعاً به پزشک مراجعه نمایند .

روش ارجح تصویربرداری اسکن پرفیوژن است.

طول مدت درمان بین ۳-۶ ماه شامل ۶ هفته پس از زایمان متغیر است.

همارین اولین انتخاب برای پیشگیری و درمان آمبولی ریه در بارداری است.

مسئول کنترل بیمار بعد از زایمان در بلوک زایمانی: عامل زایمان، در صورت وجود علامت خطر بلافاصله به رده بلااطلاع داده شود

مسئول کنترل بیمار در اتاق عمل: عامل سزارین-پرستار مسئول ریکاوری

مسئول کنترل بیمار در بخش: ماما ی مقیم در بخش جراحی زنان

پرونده کلیه مادران پرخطر از ترومبو آمبولی و آمبولی ریه با زدن برچسب High Risk مشخص می شود. پرکردن فرم

#### MEOVS

برای تمام بیماران High Risk بهتر است در بدو ورود به زایشگاه ۲ واحد خون رزرو شود.

آموزش دوره ای هر ۶ ماه جهت پرسنل اتاق عمل و زایشگاه انجام شود.

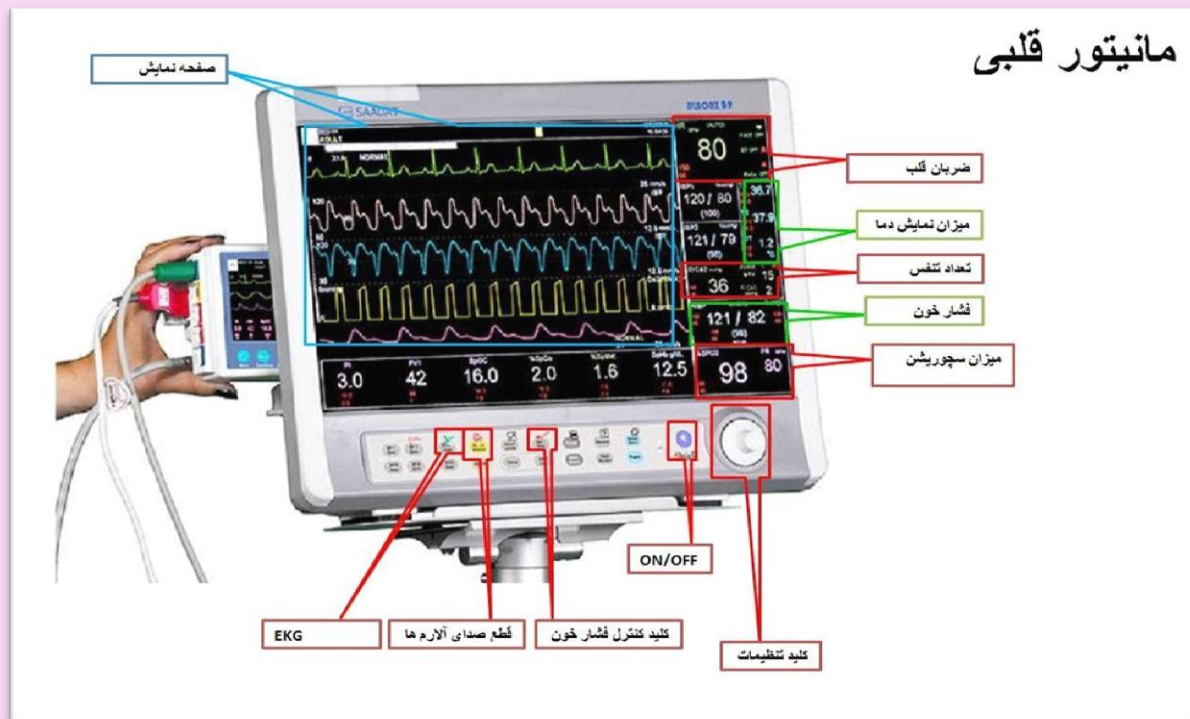
## دیابت بارداری

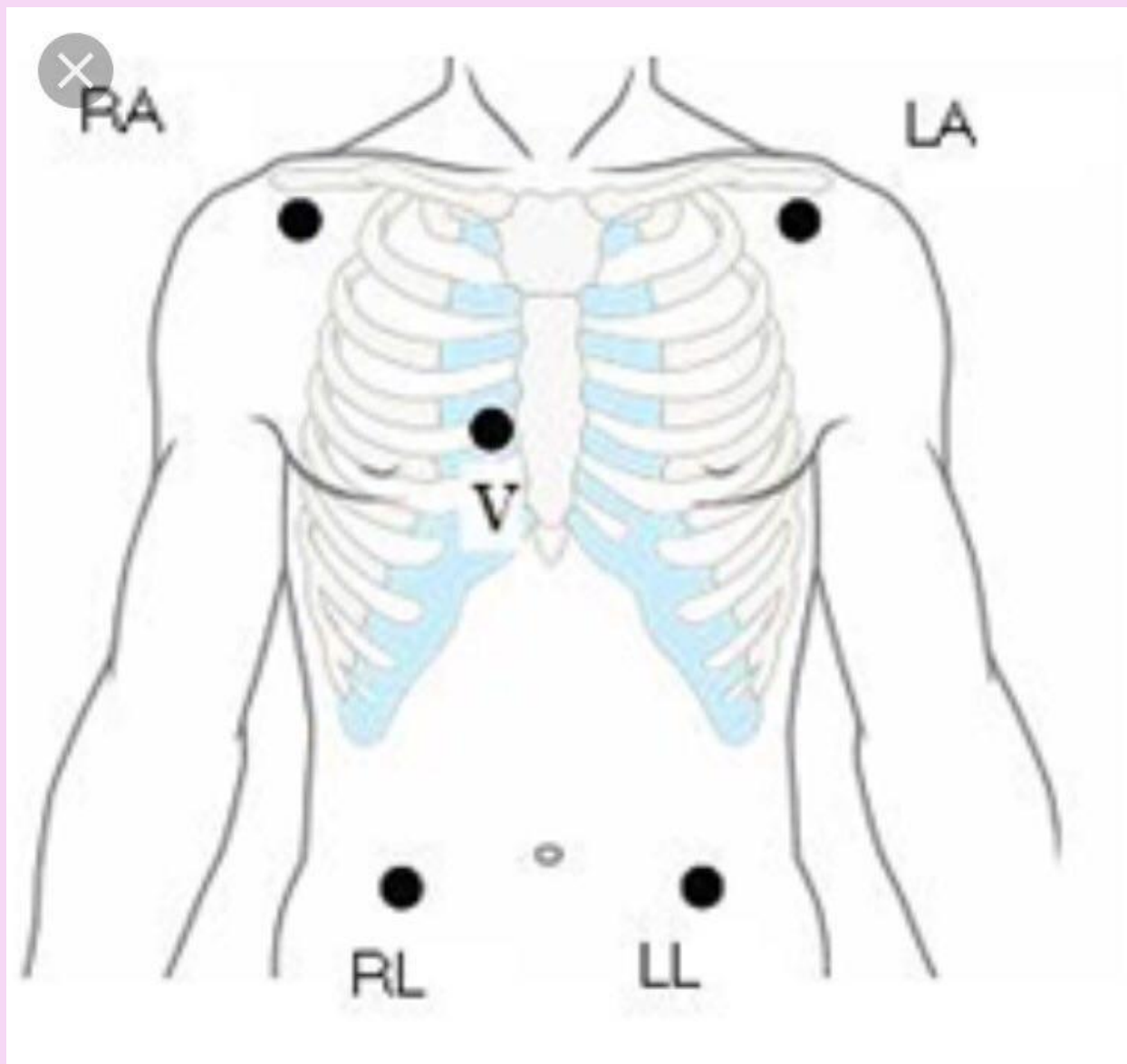
عدم تحمل سطح گلوکز خونی که برای اولین بار در بارداری مشخص می شود.

مشکلات	تشخیص های احتمالی	اقدامات مراقبتی
برادراری و دهیدراتاسیون مادر	خطر کاهش حجم مایعات در ارتباط با پرادراری و دهیدراتاسیون	(۱) نگهداری تعادل مایعات و الکترولیت ها (۲) پایش وضعیت حجم مایعات (۳) اندازه گیری مکرر علائم حیاتی (بررسی وضعیتی فشار خون و نبض) (۴) پایش و کنترل مقادیر آزمایشگاهی الکترولیتی سرم
مشکل تغذیه و افزایش وزن	اختلال در تغذیه در ارتباط با عدم تعادل بین انسولین، غذا و فعالیت جسمی (احتمال هیپو و هیپرگلیسمی)	(۱) بهبود دریافت مواد غذایی (۲) دقت در متعادل بودن دریافت انسولین با سطح گلوکز خون جهت جلوگیری از هیپو گلیسمی و هیپرگلیسمی (۳) تشویق بیمار به استفاده از رژیم دیابتی (۴) انتقال از رژیم کم سدیم و کم پروتئین (۵) توصیه به ورزش
آسیب پوست تعریق، تپش قلب، بیحالی	احتمال آسیب به پوست و پای دیابتی اختلال قند خون	(۱) بررسی روزانه پوست از نظر خشکی و ترک خوردگی (۲) ارائه آموزش به مادر در خصوص : تمیز کردن پاها با آب و صابون اجتناب از خیس ماندن پاها به مدت طولانی چرب کردن پاها عدم پا برهنه راه رفتن عدم استفاده از جوراب و کفش در تمامی اوقات
احتمال سقوط از تخت	(۱) تخت bed side داشته باشد (۲) اتاق نور مناسب داشته (۳) آموزش پیشگیری از سقوط	



# مانیتور بزرگسال





### مشخصات ظاهری:

نمای جلویی و کنار دستگاه کانکتورهای کنار دستگاه، کلیدهای کنترل کننده عملیاتی، صفحه نمایش، نشانگرها، نمای پشت دستگاه می باشد.

### کانکتورهای کنار دستگاه:

تمامی کانکتورها نسبت به استفاده همزمان با Defibrator محافظت شده اند.

## کلیدهای کنترل کننده عملیاتی:

### ALARM silence:

با فشردن این کلید میتوان صدای آلام را به طور موقت به مدت دو دقیقه قطع کرد.

### FREEZE:

از این کلید جهت ثابت کردن سیگنالهای روی صفحه استفاده می گردد. با فشردن مجدد آن، ترسیم سیگنالها ادامه خواهد یافت.

### HOME MENU:

با این کلید می توان همواره به منو یا صفحه قبل برگشت.

### POWER:

از این کلید جهت روشن یا خاموش کردن سیستم استفاده می گردد.

@: با این کلید می توان روشنایی تصویر را کم یا زیاد نمود.

علاوه بر این کلیدها، پنج کلید فشاری در قسمت پایین صفحه نمایش برای استفاده از امکانات و عملکردهای سیستم قرار دارند.

## صفحه نمایش:

در این صفحه شکل موجها، حالت و مقادیر انتخاب شده، پیغامهای خطا، مقادیر تنظیم محدوده های آلام دستگاه، تاریخ، ساعت و صفحه TREND و صفحه SET UP قابل رویت می باشد.

## نمای پشت دستگاه:

در پشت دستگاه چند کانکتور و یک فیوز تعبیه شده است.

جهت اتصال ولتاژ مستقیم به سیستم یا از برق ۱۲ ولت اتومبیل و یا از برق منبع تغذیه ایزوله استفاده می شود.

## راهنمای مختصر برای کار با دستگاه:

۱. پروب های مربوط به پارامترهای مختلف علائم حیاتی را در کانکتورهای مربوطه محکم نمایید.
۲. الکترودها و پروب های دستگاه را به بیمار وصل کنید.
۳. دستگاه را روشن نموده و منتظر صفحه نمایش اصلی بعد از انجام تست داخلی که توسط خود دستگاه انجام می گیرد، باشید.
۴. محدوده های آلارم را چک نمایید و در صورت نیاز آنها را تنظیم نمایید.
۵. در صورت نیاز می توانید روشنایی نور دستگاه را با استفاده از کلیدهایی که برای این منظور در نظر گرفته شده اند، تنظیم نمایید.
۶. در صورت استفاده از شبکه سانترال، کابل شبکه را به کانکتور مربوطه وصل کنید.

## صفحه نمایش:

صفحه های نمایش دستگاه می تواند به یکی از شکل های زیر نمایش داده شود:

مدل ERT، توانایی اندازه گیری و نمایش پارامترهای زیر را دارد:

۱. ECG
۲. RESP
۳. TEMP

مدل ESN، توانایی اندازه گیری و نمایش پارامترهای زیر را دارد:

۱. ECG
۲. SPO2
۳. NIBP

شکل موج ECG

شکل موج ECG

شکل موج PLTH

مقادیر عددی مربوط به ECG

مقادیر عددی مربوط به TEMP

مقادیر عددی مربوط به SPO2

SET UP

ALARM

TREND

مدل EST، توانایی نمایش و اندازه گیری پارامترهای زیر را دارد:

**TEMP ، SPO2**

مدل ENTER، نمایش و اندازه گیری پارامترهای زیر را دارد:

**ECG,NIBP,TEMP,RESP**

ناحیه عددی:

در قسمت راست صفحه پنجره هایی وجود دارد که پارامترهای عددی SPO2, HR, NIBP, TEMP, RR در آنها نمایش داده می شوند.

**کلیدهای کاربردی:**

**SELECT:**

با فشردن این کلید می توان هر یک از متغیرهای محدوده های بالا و پایین آلام مربوط به پارامترهای عددی را جهت تغییر و تنظیم انتخاب نمود. این آمادگی به صورت تغییر رنگ پس زمینه پارامتر عددی قابل مشاهده می باشد.

#### ON/OFF:

با این کلید میتوان دستگاه را نسبت به آلام پارامترهای موجود فعال یا غیر فعال نمود.

#### INC:

با این کلید می توان محدوده عددی آلام انتخاب شده را زیاد کرد.

#### DEC:

با این کلید می توان محدوده عددی آلام انتخاب شده را کم کرد.

#### SAVE:

با این کلید می توان تغییراتی را که در صفحه آلام ایجاد شده ذخیره و اعمال کرد.

#### HOME/MENU:

جهت خارج شدن از صفحه آلام و برگشت به منوی اصلی مورد استفاده قرار می گیرد.

**مانیتورینگ و کابل ECG:** کابل ECG و لیدهای متصل به آن به وسیله کانکتور قفلی که جهت اتصال محکم کابل ECG به مانیتور انتخاب شده است، به مانیتور وصل می گردد.

۱. کابل ECG را به کانکتور مربوطه در کنار دستگاه متصل نمایید.
۲. CHEST LEAD ها را در محل مناسب روی سینه بیمار قرار دهید.
۳. الکترودها را به CHEST LEAD متصل نمایید.
۴. با استفاده از کلیدهای مناسب، لید مورد نظر خود را انتخاب نمایید که بهترین دامنه را در صفحه نمایش مشاهده نمایید.



۵. فیلتر ECG را در حالتی قرار دهید که مورد نظرتان است. توجه داشته باشید که اگر در محیطی به شدت نویزی از دستگاه استفاده می‌نمایید، از فیلتر مانتور استفاده کنید.
۶. با استفاده از منوی SET UP، بزرگسال یا نوزاد بودن بیمار را مشخص کنید.

دستگاه قادر به تشخیص و حذف PACE MAKER است. در صورت فعال بودن PACED ECG، سیگنال ناشی از PACE MAKER تشخیص داده شده و آنها در شمارش نبض دخالت داده نمی‌شوند. سیگنالهای PACE تشخیص داده شده توسط خطهای عمودی به ارتفاع یک سانتی متر روی سیگنال ECG قابل رویت خواهند بود.

### پنجره عددی:

در پنجره عددی که جهت HR در نظر گرفته شده است، اطلاعات زیر وجود دارد:

- ۱- عدد HR
- ۲- شماره ی LEAD
- ۳- عدد SIZE
- ۴- محدوده های بالا و پایین آلارم و ALARM ON/OFF
- ۵- نوع FILTER
- ۶- نشانگر ضربان

### فیلتر ECG:

فیلترهای دستگاه طبق جدول زیر قابل تنظیم است:

تنظیم فیلتر ECG را می‌توان از طریق منوی SET UP انجام داد.

### میان گیری HR:

همواره فاصله زمانی بین QRS تا QRS قبلی وارد جدول میانگیری شده و HR از میانگین ۴، ۸ و یا ۱۶ ثانیه گذشته، QRS ها محاسبه می گردد. تنظیم زمان میانگیری در منوی SET UP ، با عنوان HR Avrage امکان پذیر است.

## وضعیت پاسخ SPO2:

این امکان وجود دارد که اندازه گیری و نمایش SPO2 در سه حالت زیر در منوی SET UP تنظیم گردد. NORMAL: برای اکثر اوقات این وضعیت توصیه می شود.

FAST: در حالتی که بیمار بیهوش است می تواند مورد استفاده قرار بگیرد. در این وضعیت SPO2 به حرکت بیمار حساس خواهد بود، ولی در عوض تغییرات SPO2 سریعتر قابل مشاهده می باشد.

SLOW: حساسیت نمایش SPO2 به حرکت بیمار در حداقل مقدار خود قرار دارد. در این وضعیت باید توجه داشت که ممکن است تغییرات SPO2 بیمار به کندی نمایش داده می شود.

## مانیتورینگ NIBP:

دستگاه S630 با استفاده از تکنیک تکنیک نوسان سنجی فشار غیر تهاجمی، فشار خون را اندازه گیری می کند. پمپ داخل دستگاه کاف را تا فشار تقریبی ۱۸۰ mmhg یا تا زمانی که به طور موثری جریان خون مسدود شود باد می کند. سپس تحت کنترل مانیتور فشار داخل کاف، به تدریج کاهش پیدا می کند، در این هنگام یک سنسور فشار، فشار هوا را تشخیص و یک سیگنال به مدار NIBP ارسال می کند. همین طور که بتدریج فشار کاف کاهش داده می شود، خون در شریانی که قبلا مسدود شده بود جریان پیدا می کند و مقدار اندازه گیری شده ی فشار توسط سنسور تغییر میکند.

## کلیدهای کاربردی:

کلیدهایی که در منوی NIBP قرار دارند، به شرح زیر می باشند:

STOP: جهت قطع کردن ادامه کار اندازه گیری NIBP

**START:** جهت شروع اندازه گیری NIBP

**MODE:** جهت انتخاب یکی از حالت‌های AUTO یا MANUAL

**List:** جهت دیدن فهرست اندازه گیری ها که دارای دو منوی زیر است:

**NEXT:** جهت دیدن پنجره فهرست بعدی

**BACK:** جهت دیدن پنجره فهرست قبلی

## مانیتورینگ TEMP:

اندازه گیری دمای بدن بیمار با تحلیل سیگنالی که از پروب مربوطه دریافت می گردد انجام می گیرد. این سیگنال ناشی از تغییرات مقدار مقاومت قطعه ای است که مقاومت آن بسته به دما می باشد. این قطعات ترمیستور نامیده می شوند. سیگنال ارسال شده از پروب توسط مدار داخلی دریافت و پس از تحلیل و پردازش جهت اندازه گیری و درج مقدار دمای بیمار مورد استفاده قرار می گیرد.

## مانیتورینگ RESPIRATION:

تنفس بیمار به وسیله دو الکتروود از سه الکترودهای کابل ECG قابل تشخیص می باشد. یک سیگنال تحریک خیلی کوچک در اثر تغییرات امپدانس بافت‌های قفسه سینه به دلیل تنفس الکتروودها اعمال می شود که جهت نمایش سیگنال و اندازه گیری تعداد تنفس در دقیقه مورد استفاده قرار می گیرد. اطلاعات تنفسی به صورت یک شکل موج در قسمت گرافیکی ترسیم می گردد. تعداد تنفس در یک دقیقه در پنجره عددی نمایش داده شده و در اطلاعات ذخیره می گردد.

## کلیدهای کاربردی:

**RESP SIZE:** با این کلید می توان سرعت جاروب سیگنال RESP را روی مقادیر 6mm/s, 12.5, 25 تنظیم کرد.

## نگهداری و رفع اشکال:

پیغامهای خطای سیستمی:

یک پیغام خطا موقعی اتفاق می افتد که یک یا تمام قسمت‌های دستگاه به طور درست عمل نکند و این پیغام خطا تا زمانی که عامل آن از بین نرود مشاهده می شود. اگر دستگاه نتواند هر کدام از وظایف خود را به طور صحیح انجام دهد و یا بخشی از سخت افزار به طور صحیح کار نکند یک پیغام خطا مشاهده خواهد شد.

**سرویس:** مانیتور S630 احتیاجی به سرویس مرتب به جز تمیز کردن، نگهداری باطری و آنچه که به مراکز درمانی توصیه شده است را ندارد. دستورات سرویس به طور کامل در **Service Manual** آمده است.

### تمیز کردن:

بر روی دستگاه **Auto clave** انجام ندهید و آن را با اکسید اتیلن و سایر شوینده های ساینده استریل ننمایید. دستگاه را در مایعات غوطه ور نسازید. برای استریل کردن آن می توانید از محلول فرمالین، قرص فرمالین و یا از لامپ **UV** استفاده کنید.

### نگهداری باطری:

اگر به مدت طولانی نمی خواهید از دستگاه استفاده کنید، فیوزی که در پشت دستگاه تعبیه شده را خارج کنید. اگر به مدت طولانی از دستگاه استفاده نکرده اید، جهت استفاده مجدد باید دستگاه حداقل به مدت ۱۶ ساعت جهت شارژ کامل به برق **AC** متصل باشد.

## دستگاه الکترو شوک:



### نکات ایمنی (بسیار مهم)

۱. به هیچ وجه برای تخلیه شوک، پدالها را به هم نچسبانید.
۲. به هیچ وجه برای تخلیه شوک، گاز خیس بین پدالها قرار ندهید.
۳. تست دستگاه فقط تحت شرایط ذکر شده در تست ۳۰ ژول (انتخاب انرژی ۳۰ ژول، شارژ آن و تخلیه روی خود دستگاه) باید انجام شود. تست دستگاه به هر روش دیگری غیر مجاز است. به هم چسباندن پدالها یا استفاده از گاز خیس و تخلیه شوک، ضمن ایجاد خطر برای کاربر، موجب آسیب جدی دستگاه میشود.

۴. با توجه به هوشمند بودن این دستگاه، انرژی شارژ شده را روی هوا تخلیه نمی‌کند و حتماً باید پدالها آغشته به ژل الکترولیت شده و روی بدن بیمار قرار داده شود.

۵- برای شوک دادن حتماً سطح پدالها را کاملاً به ژل آغشته کنید و با فشاری در حدود ۱۰ کیلوگرم روی سینه فشار دهید. بعد از اتمام کار حتماً ژل روی سطح پدالها کاملاً با الکل تمیز شود.

۶- در صورتیکه هرگونه پیغام **FAULT** روی نمایشگر دستگاه ظاهر شد، دستگاه را خاموش نموده و به نمایندگی ارسال نمایید.

آریتمی‌ها بیشتر توسط داروها درمان می‌شوند اما در مواردی داروها موثر نیستند در این موارد ممکن است از درمانهای الکتریکی خاص استفاده شود که شایع‌ترین آنها شوک الکتریکی و پيس میکر است.

نظر به اینکه مهمترین حلقه در زنجیره بقا، دفیبریلاسیون سریع می‌باشد، لذا استفاده از شوک الکتریکی جایگاه بسیار مهمی در درمان آریتمی‌ها و احیاء قلبی ریوی دارد

## مکانیسم شوک الکتریکی:

در فاصله چند هزارم ثانیه انرژی الکتریکی با ولتاژ بالا تخلیه کرده که باعث دپولاریزاسیون تمام سلولهای قلبی شده و سپس رپولاریزاسیون و بدنبال آن به گره سینوسی اجازه ضربان سازی داده میشود.

## روشهای بکارگیری شوک الکتریکی :

شوک غیرهماهنگ دفیبریلاسیون **Defibrillation**

شوک هماهنگ کاردیوورژن **cardioversion**

الف) دفیبریلاسیون ( شوک الکتریکی غیر سینکرونیزه )  
**Defibrillation** :



(وارد کردن مقدار انرژی الکتریکی ۳۶۰ - ۲۰۰ ژول (یا وات بر ثانیه) به بیماری که دچار فیبریلاسیون بطنی شده است، این انرژی الکتریکی بصورت غیر سینکرونیزه (غیر هماهنگ با ریتم قلب) به قلب وارد میشود. شوک الکتریکی غیر سینکرونیزه در موارد تکیکاردی بطنی سریع بدون نبض (فلاتر بطنی) نیز کاربرد دارد.

## ب) کاردیوورسیون Cardioversion (شوک الکتریکی سینکرونیزه):

استفاده از شوک الکتریکی سینکرونیزه برای قطع آریتمیهایی است که کمپلکس QRS دارند مانند: PAT، فلاتر و فیبریلاسیون دهلیزی، تکیکاردی بطنی (بانبض)،

معمولاً بصورت انتخابی و در بیماران هوشیار انجام میشود. عبارت دیگر، کاردیوورسیون وارد نمودن مقدار معینی انرژی الکتریکی (معمولاً به مقدار کم) به قلب در زمان مناسب است، بطوری که تخلیه (شوک) الکتریکی از موج T (مرحله آسیب پذیری قلب) فاصله داشته و همزمان با موج R باشد. در کاردیوورسیون مقدار ولتاژ معمولاً بین ۲۰۰ - ۵۰ میباشد.

### انواع دستگاههای الکتروشوک

بر اساس شکل موج این دستگاهها بر اساس موجی که ایجاد می کنند به دو گروه مونوفازیک و بای فازیک تقسیم می شوند.

دستگاه مونوفازیک

دستگاه بایفازیک

### دستگاه الکتروشوک مونوفازیک:

در دستگاه های مونوفازیک جریان الکتریسیته بین الکترودها فقط در یک مسیر جریان میابد.

## دستگاه الکتروشوک بای فازیک:

در دستگاه های بایفازیک در دو مرحله جریان الکتریکی انتقال می یابد، ابتدا در یک مسیر جریان مییابد، سپس به صورت بالعکس برمیگردد و در حقیقت جریان الکتریسیته به صورت دو طرفه در طی دو فاز بین پدال ها به جریان در میآید.

دستگاه های بایفازیک با مقدار انرژی کمتر نسبت به منوفازیک دارای اثر بخشی بیشتر میباشند ، در این دستگاه ها با کاهش انرژی تا حد ۵۰٪ همان اثرات درمانی یا بیشتر از آن نیز کسب میشود. نتایج تحقیقات نشان داده اند که میزان انرژی بالا در حین شوک دادن، ممکن است باعث آسیب سلولهای قلب شود. با توجه به اینکه میزان انرژی مورد نیاز در دفیبریلاتورهای بایفازیک کمتر از منوفازیک میباشد، بنابراین خطر صدمه به سلولهای قلبی و اختلال عملکرد قلبی بعد از احیاء کاهش می یابد .

## دفیبریلاتورهای منوفازیک :

در افرادی که دارای مقاومت بالا در جدار قفسه سینه بعلت مواردی مانند وجود مو در قفسه سینه ، بزرگ بودن قفسه سینه، تماس ضعیف پدالها با قفسه سینه و پوست خشک ممکن است اثر بخشی کافی نداشته باشد. اگر مقاومت خیلی بالا باشد ممکن است جریان الکتریسیته کافی به قلب نرسد و در نتیجه دفیبریلاسیون موفقیت آمیز نباشد. بعضی از انواع دفیبریلاتورهای بایفازیک به گونه ای طراحی شده اند که در تمامی افراد با مقاومت های مختلف، قادرند مقدار انرژی یکسان را به عضله قلب برسانند، به عبارتی در صورت استفاده از این نوع دفیبریلاتورها ، میزان مقاومت قفسه سینه تأثیری در رسیدن انرژی الکتریکی به عضله قلب ندارد.

جدول معادل سازی مقادیر دستگاه الکتروشوک منوفازیک به بای فازیک

۳۶۰ ۳۰۰ ۲۰۰ ۱۵۰ ۱۰۰ ۷۵ ۵۰ ۳۰ منوفازیک

۲۰۰ ۱۵۰ ۱۲۰ ۱۰۰ ۷۵ ۵۰ ۳۰ ۲۰ بای فازیک

## محل گذاشتن پدالهای الکتروشوک:

۱. پدال اول در سمت راست و فوقانی استرنوم (دومین فضای بین دنده ای، قاعده قلب)

۲. پدال دوم در فضای پنجم بین دنده ای (نوک قلب) در امتداد خط میدکلاویکولار (میان ترقوه ای)

هنگام استفاده از دستگاههای الکتروشوک خارجی بصورت دفیبریلاسیون جهت درمان تاکیکاردی بطنی بدون نبض (فلاتر بطنی) و فیبریلاسیون بطنی (VF) توجه به نکات زیر ضروری است:

در صورت وجود Tach.V (تاکیکاردی بطنی) بدون نبض یا VF باید سریعاً دفیبریلاسیون انجام شود زیرا درمان انتخابی VF دفیبریله کردن میباشد (باید توجه شود که در بیماران با VT دارای نبض و هوشیار از کار دیوورسیون یا شوک الکتریکی سینکرونیزه استفاده میشود)

در صورت نبودن مانیترینگ، باید به بیمار بزرگسال بدون نبض و بیهوش شوک الکتریکی داد زیرا اگر بیمار دچار آسیستول هم باشد استفاده از شوک الکتریکی صدمه زننده نیست. واحتمال رفع آن بوسیله شوک الکتریکی زیاد است. در این موارد CPR برای دو دقیقه با نسبت ۲:۳۰ انجام شود و سپس از دفیبریلاسیون استفاده شود.

در استفاده از دفیبریلاسیون برای درمان T.V یا F.V، زمان بسیار مهم است. در صورت استفاده سریع از دفیبریلاسیون، میزان موفقیت بسیار زیاد است.

بعد از وقوع T.V (بدون نبض) یا F.V، ابتدا یک شوک الکتریکی به میزان ژول ۳۶۰ در منوفازیک یا ۲۰۰ ژول در بای فازیک داده میشود، اگر مؤثر نبود شوک دوم با همان ژول داده میشود.

نکته: در اطفال شوک الکتریکی به میزان ۲ ژول به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن استفاده میشود در صورت عدم جواب، شوک الکتریکی با دو برابر میزان اولیه ادامه میابد.

در صورت نبودن مانیترینگ، نباید به کودکان بدون نبض و بیهوش شوک الکتریکی داد. سطح پدال الکتروشوک بالغین ۸۱۲ سانتیمتر باشد اگر کوچک باشد احتمال سوختگی پوست وجود دارد در کودکان بالای یکسال می توان از پدال الکتروشوک بالغین استفاده کرد.

فشار روی پدالها در هنگام دادن شوک ۸ کیلوگرم در بزرگسالان و ۵ کیلوگرم در بچه های ۸-۱ سال می باشد. ایجاد جرقه نشانه عدم تماس صحیح پوست و پدالها است.

لازم است قبل از شوک الکتریکی مقاومت پوستی را پایین آورد ، کاهش مقاومت پوست با وسایل زیر صورت می گیرد :

با گازهای آغشته به نرمال سالین به شرط آنکه مایع آنها زیاد نبوده و باعث ایجاد ارتباط در سطح پوست بین دو پدال نگردد

. هرگز از گاز آغشته به الکل نباید استفاده شود که باعث ایجاد جرقه و انفجار و سوختگی خواهد شد.

به کار بردن ژل مخصوص الکتروود که کاملاً بین پدالها و پوست ارتباط برقرار می کند در استفاده از ژل نیز باید دقت کرد باعث ایجاد ارتباط در سطح پوست بین دو پدال نگردد. به هیچ وجه از KY ژل استفاده نشود. هنگام استفاده از شوک الکتریکی افراد از تخت فاصله داشته باشند

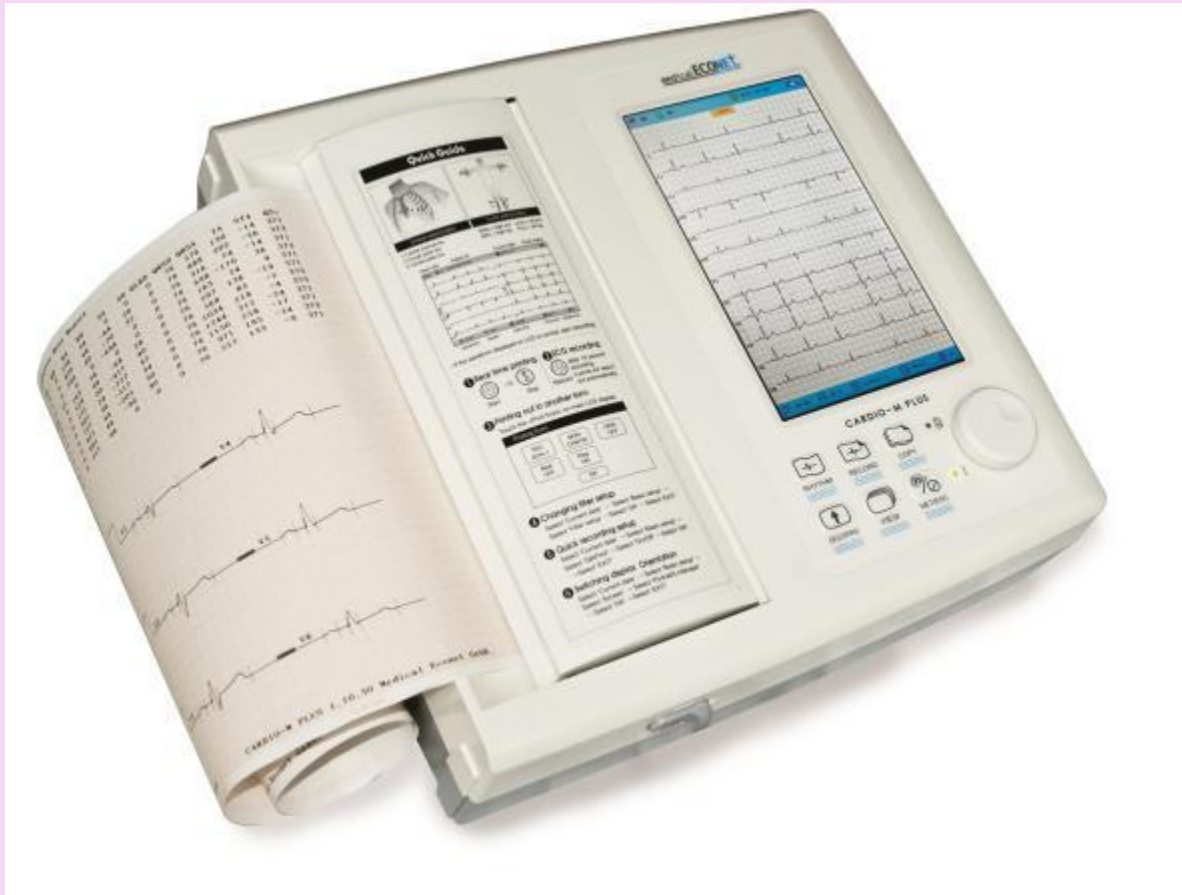
هنگام استفاده از شوک الکتریکی جریان اکسیژن قطع شود.

اگر بیمار دچار فیبریلاسیون بطنی نرم (F.V Fine) باشد باید از داروی آدرنالین استفاده شود تا فیبریلاسیون بطنی نرم به فیبریلاسیون بطنی خشن (F.V Coarse) تبدیل شود تا بهتر به دفیبریلاسیون پاسخ دهد. در F.V نرم، ارتفاع امواج بطنی کمتر از ۱ میلیمتر بوده و پیش آگهی بد است.

در F.V خشن، ارتفاع امواج بطنی بیشتر از ۱ میلیمتر بوده و پیش آگهی بهتری نسبت به VF نرم دارد.

گاهی سلولهای میوکارد به دفیبریلاسیون جواب نمیدهند که معمولاً در نتیجه کاهش اکسیژن، کاهش درجه حرارت، اسیدوز و عدم تعادل الکترولیتی است. در این موارد با تصحیح علت، دفیبریلاسیون مجدداً استفاده میشود.

## دستگاه ECG:



راهنمای استفاده سریع از دستگاه الکتروکاردیوگراف :

مدل medical ECONET CardioM Plus :

### دستگاه: ۱

۱- نمایشگر

۲- پرینتر

۳- کلید درب پرینتر

دکمه راه اندازی مجدد : با فشار این دکمه دستگاه خاموش شده و مجدد روشن می شود. ۴-

با فشار این دکمه می توانید فقط نحوه نمایش کانال ها را روی نمایشگر تغییر دهید. ۵-

جهت توقف پرینت در هر لحظه می توانید از این کلید استفاده کنید. ۶-

۷- کلید گردان

جهت پرینت مجدد از آخرین نوار قلب از این دکمه می توانید استفاده کنید. ۸-

دکمه پرینت با تفسیر ۹-

دکمه پرینت بدون تفسیر ۱۰-

۱۱- نشانگر شارژ باتری : زمانی که باتری شارژ کامل شود این نشانگر سبز می شود

۱۲) نشانگر اتصال برق شهر

۱۳) محل اتصال کابل برق شهر

۱۴) پورت اتصال سریال

۱۵) پورت اتصال شبکه

۱۶) محل اتصال سیم زمین به دستگاه

۱۷) کلید روشن و خاموش دستگاه

۱۸) پورت اتصال USB

۱۹) محل اتصال کابل بیمار

۲۱) نشانگر ضربان قلب (HR)

۲۱) محل وارد کردن مشخصات بیمار : جهت وارد کردن مشخصات بیمار این قسمت را لمس کنید. پنجره

ای باز می شود که می توانید مشخصات را وارد کنید.

۲۲) نشانگر تاریخ



۲۳) نشانگر منبع تغذیه و شارژ باتری در زمان استفاده از باتری

۲۴) نشانگر **Lead Long**: جهت انتخاب این قسمت را لمس کنید. در پنجره باز شده در قسمت **CH1** لید را انتخاب کنید.

۲۵) فرم پرینت: جهت انتخاب این قسمت را لمس کنید. در پنجره باز شده در قسمت **REC** فرم پرینت را انتخاب کنید.

۲۶) لیست بیمارهای ذخیره شده در حافظه دستگاه

۲۷) سرعت پرینت: جهت تغییر آن این قسمت را لمس کنید.

۲۸) گین دامنه: جهت تغییر آن این قسمت را لمس کنید.

## ۲) روش کار با دستگاه:

ابتدا دستگاه را به برق متصل کنید و با استفاده از کلید روشن و خاموش دستگاه را روشن کنید. آیکون را انتخاب کنید. جهت انتخاب می توانید از کلید گردان استفاده کرده یا صفحه نمایشگر را لمس کنید.

کلمپ و پوارها را پس از ژل زدن به بیمار متصل کنید. پس از آن که عدد ضربان قلب روی نمایشگر به درستی ظاهر شد و تمامی لیدها روی نمایشگر بدرستی نمایش داده شد به دو صورت می توانید پرینت بگیرید.

پرینت بدون تفسیر (**RHYTHM**): (در این حالت دستگاه به طور همزمان سیگنال دریافتی از بیمار را به شکل ۱۲ کاناله پرینت می گیرد).

پرینت بدون تفسیر (**RECORD**): (در این حالت دستگاه به مدت ۱۱ ثانیه سیگنال را در حافظه خود ذخیره می کند و سپس فیلترها را به سیگنال ذخیره شده اعمال می کند و پارامترهای نوار قلب و تفسیر آن را استخراج کرده و به فرم تنظیم شده پرینت می گیرد).

## نکات مهم :

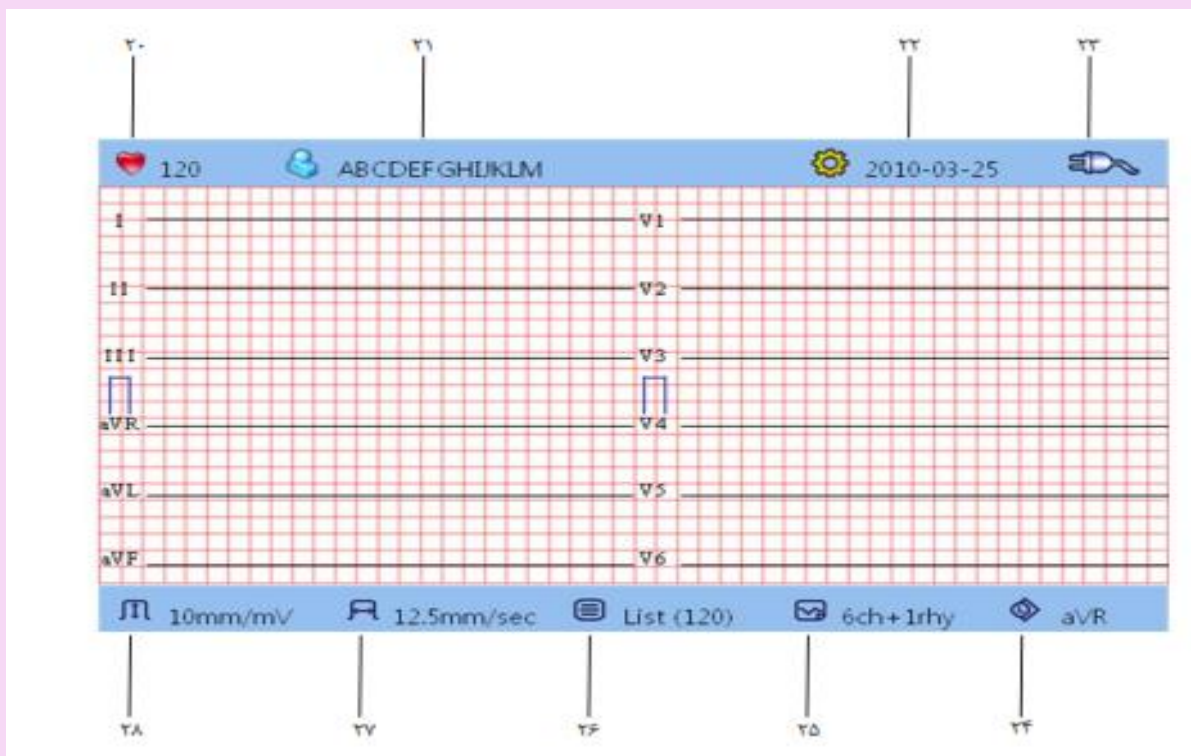
۱- از آنجایی که در حالت پرینت با تفسیر سیگنال به طور کامل پردازش می شود این نحوه پرینت گرفتن توصیه می گردد.

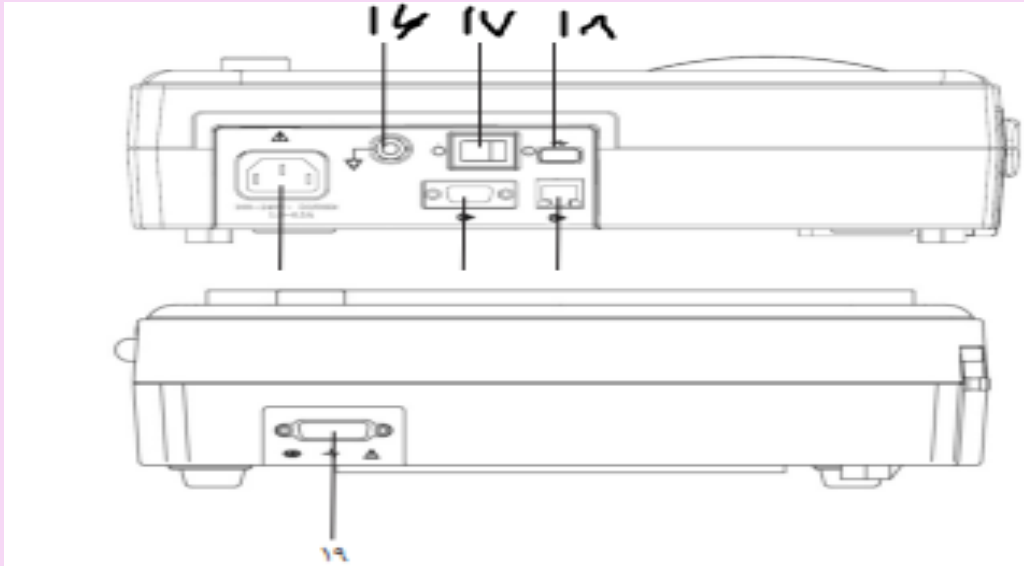
۲- جهت جلوگیری از خراب شدن زود هنگام کلمپ و پوارها و به حداقل رساندن نویز در نوار قلب بعد از انجام هر تست ژل روی کلمپ و پوارها را تمیز کنید تا خشک نشود و پیچ آنها را محکم کنید.

۳- حتی الامکان هرگونه وسیله فلزی را از بیمار دور کنید و از بیمار بخواهید از عطسه زدن و سرفه کردن پرهیزد.

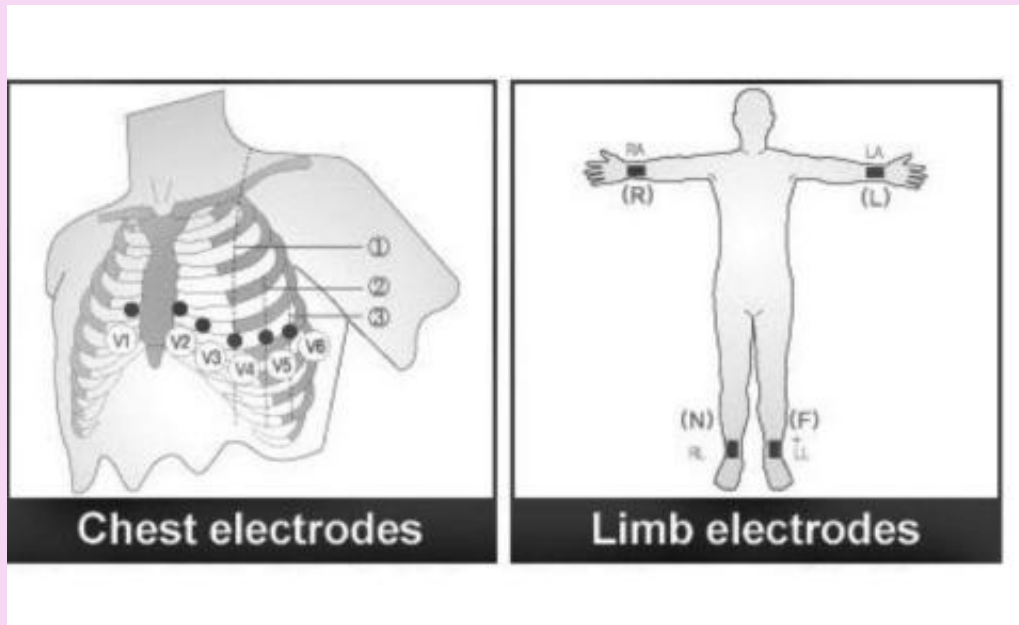
۴- جهت جلوگیری از خراب شدن زود هنگام باتری از آن استفاده شود. زمان کافی برای شارژ باتری ۱۱ ساعت می باشد.

۵- جهت بازکردن درب پرینتر درب را به پایین فشار داده و همزمان کلید درب پرینتر را به راست بکشید





٣- نحوه اتصال کابل بیمار:



## پمپ سرنگ:



## پمپ سرنگ MEDIMA:

بعد از وصل پایه پمپ با استفاده از یک پیچ به کف پمپ بر روی صفحه نگهدارنده متصل به پایه سرم و اطمینان از خشک بودن پریز دستگاه کابل برق را وصل می کنیم.

۱. حین استفاده از میکروست قطره بر دقیقه همان  $ml/h$
۲. دستگاه از قطره شمار استفاده نمی کند
۳. دستگاه جهت استفاده از ست یا میکروست نیاز به تنظیم ندارد
۴. با استفاده از دکمه‌ها دکمه **on/off** دستگاه را روشن کنید
۵. منتظر شوید تا دستگاه تست اولیه خود را به پایان برساند
۶. سرعت تزریق بر حسب  $ml/h$  را توسط صفحه کلید اعداد وارد کنید و کلید **yes** را فشار دهید
۷. مقدار تزریق بر حسب  $ml$  در مقابل پارامتر **volume** وارد کرده و کلید **yes** را فشار دهید
۸. با زدن کلید **yes** به صورت پیوسته مقادیر مربوطه را تایید تا از منو تنظیمات خارج شوید.

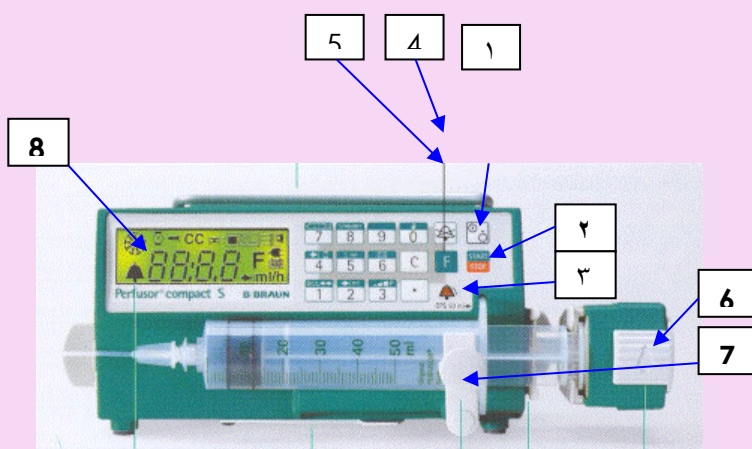
۹. بادو دست دوطرف ست سرم را گرفته و در محل مخصوص خود فشار دهید تا درپوش محافظ بسته شود

۱۰. سپس بخش سمت راست سرم را داخل کلمپ سبز رنگ قرار داده و کلمپ را در محل مخصوص خود قرار دهید و پس از باز کردن کلمپ ست سرم دکمه **yes** را فشار دهید. همچنین در صورت وجود هوا داخل ست با زدن دکمه <<< اقدام به هواگیری نمایید.

۱۱. در صورت انجام صحیح موارد بالا عبارت **ready** بر روی صفحه نمایشگر مشخص می شود.

۱۲. سوزن را به بدن بیمار وارد نموده و در صورتی که در ست حباب هوا وجود ندارد دکمه **start** را بزنید پس از متوقف نمودن یا پایان یافتن تزریق ابتدا کلمپ ست سرم را بسته و به ترتیب دکمه **open** و دکمه **yes** را فشار دهید و پس از چند ثانیه و مشاهده پیام **remoye iv set** سرم را از محل خود خارج و کلمپ سبز رنگ را نیز جدا نمایید.

## دستورالعمل کار با دستگاه پمپ سرنگ B BRAUN



(۱) کلید **On/Off** : برای

خاموش کردن دستگاه به مدت ۲ ثانیه فشار دهید .

(۲) **Start/Stop** : شروع و پایان تزریق

(۳) نمایشگر آلام

(۴) قطع آلام



۵) کلید عملکرد F : ابتدا کلید F را جهت دسترسی به عملکردهای خاص دستگاه فشار دهید.

انتخاب / کلید (Enter)

۶) قفل کننده انتهای پیستون سرنگ : برای حرکت دادن قسمت نگهدارنده پیستون سرنگ با دست باید ابتدا این کلید به سمت بالا هل داده شود تا صدا و گیر کند .

۷) نگهدارنده سرنگ : سرنگ را در محل آن قفل می کند. برای برداشتن سرنگ ابتدا بکشید و سپس به چپ بچرخانید.

۸) صفحه نمایشگر : تمامی اطلاعات مهم را در یک لحظه نشان می دهد : ریت تزریق، نوع سرنگ، استفاده از باتری ها برق شهر، نشانگر تزریق و نشانگرهای آلام

۹) دکمه حذف اطلاعات

• نحوه تزریق و تنظیمات مربوط به آن :

دستگاه را توسط کلید ۱ روشن کنید. در ابتدا دستگاه کلیه قسمتها را به صورت ظاهر شدن بر روی صفحه به مدت ۲ ثانیه چک می کند و صدای آلام برای یک لحظه شنیده می شود. برای جا انداختن سرنگ ابتدا هولدر سرنگ را باز کنید . نگهدارنده انتهای پیستون را بالا داده و سرنگ را جا بباندازید مادامیکه سرنگ جا می افتد کلید نگهدارنده انتهایی به سمت پایین بر می گردد. در انتها هولدر سرنگ را به جای اولیه آن برگردانید .

وقتی سرنگ جا افتاد به صفحه نمایش دقت کنید ، در صورتی که علامت سرنگ در گوشه سمت راست بالای صفحه چشمک بزند آن قسمتی که چشمک زن است خوب جا نیافتاده است و باید سرنگ را طوری تنظیم نمود که علامت سرنگ ثابت شود .

کد سرنگ با نوع آن باید مطابقت کند .(برای سرنگ ۵۲ سی سی ایرانی کد ۵۴ و برای سرنگ ۲۲ سی سی کد ۲۳ ظاهر می شود.



اگر کد اشتباه بود ابتدا کلید F را زده و سپس دکمه شماره ۷ را فشار دهید . توسط کلید C کد موجود را پاک کرده و کد مورد نظر را وارد کنید و دکمه F را مجدد فشار دهید .

لاین متصل به سرنگ را توسط دکمه Bol پریم نمایید . برای این کار ابتدا دکمه F و سپس ۱ را فشار دهید. (این قسمت خاص مدل Perfusor Compact s می باشد. )

تنظیم ریت تزریق :

جهت تنظیم حجم تزریق ابتدا کلید F و کلید شماره ۲ را به ترتیب زده تا خط صاف --- نمایان شود .حجم مورد نظر را به دستگاه بدهید و جهت تایید مجدداً کلید F را فشار دهید.

برای تعیین زمان کل تزریق کلید F و سپس ۴ را فشار دهید تا خط صاف --- نمایان شود حال زمان را بر اساس ساعت کامپیوتری به دستگاه بدهید و جهت تایید مجدداً کلید F را فشار دهید .

برای مشاهده مقدار حجم تزریق شده تاکنون ابتدا F و سپس دکمه شماره ۵ را فشار دهید.

جهت BOLUSE (تزریق سریع) مقداری از حجم سرنگ کلید F را زده و سپس دکمه ۱ را فشار دهید ؛ بعد توسط کلید C ریت تزریق را پاد کرده و مقدار حجم مورد نظر خود جهت تزریق سریع را فشار داده و مجدد دکمه F را بزنید.

جهت شروع عمل تزریق و متوقف کردن آن از کلید Start/Stop استفاده شود .

برای خاموش کردن موقت آلارم کلید ۳ را فشار دهید .

نکته: باید توجه داشت که در پمپ سرنگ مدل Perfusor Compact تنها می توان حجم مورد نظر برای تزریق را بر اساس ml در یک ساعت تزریق کرد . بنابراین جهت تنظیم ریت تزریق باید ابتدا شخص کل حجم تزریق را بر زمان کل تقسیم کرده و حجم بدست آمده برای تزریق در یک ساعت را به دستگاه بدهد ، زیرا در این مدل زمان قابل تنظیم نمی باشد.

## دستگاه گلوکومتری:



برای اندازه گیری قند خون بیماران استفاده می شود.

## اجزای تشکیل دهنده:

- ۱- لانست یا سوزن کوچک
- ۲- نوار تست
- ۳- گلوکومتر
- ۴- پد الکل

## روش اجرا:

دست های خود را با آب و صابون بشویید محل مورد نظر را با پد الکل تمیز نموده و نوار تست را داخل گلوکومتر قرار دهید با لانست یا سوزن کوچک نمونه گیری کرده قطره اول دور انداخته شود و قطره دوم را لمس کنید بعد از چند ثانیه نتیجه را ثبت نمایید.

## سونی کیت



این دستگاه جهت تشخیص صدای قلب جنین و محاسبه تعداد ضربان قلب آن با استفاده از روش ماوراء صوت داپلر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دستگاه سونیکید بر مبنای تئوری داپلر با سیستم فرا صوت و از طریق پروب تبدیل‌کننده پیزوالکتریک، صدای قلب جنین را منعکس کرده و از طریق بلندگو یا گوشی شنیده می‌شود. این دستگاه قابل حمل بوده و جهت استفاده در مطب یا بخش زایمان مناسب است. طرز کار دستگاه بسیار آسان و ساده بوده و با برق شهر و باتری کار می‌کند. دستگاه از نظر اتصال الکتریکی از ایمنی بالایی برخوردار است. و خطری از نظر اشعه، امواج الکتریکی و یا الکترو مغناطیسی ندارد. استفاده از پروب با تکنولوژی جدید امکان پوشش سطحی وسیع تر و یافتن آسان تر جنین را فراهم آورده است. همچنین جهت بهینه شدن صدای قلب جنین از تکنولوژی کاهش نویز استفاده شده است.

## نکات قابل توجه:

۱. دستگاه حتما روی لاکر قرار گیرد و از نزدیکی آن با وسایل الکتریکی و مایعات خودداری شود.
۲. دستگاه از برق جدا شود تا با باتری کار کند. برای استفاده از دستگاه لازم است ژل مخصوص بر روی شکم فرد قرار گیرد. حال ابتدا پروب را از جایگاه بیرون بیاورید و سپس دستگاه را روشن کنید.
۳. از کشیدن کابل پروب و ضربه به پروب جدا خودداری شود و پس از هر بار استفاده از دستگاه، باقیمانده ژل روی پروب حتما تمیز گردد (ترجیحا با پنبه و الکل).
۴. روشن شدن وضعیت هشدار نوری وضعیت باتری نشاد دهنده این است که دستگاه باید به برق وصل شود تا باتری شارژ شود.
۵. پس از هر بار استفاده از دستگاه، ابتدا آن را خاموش نمایید و سپس پروب را در جایگاه قرار دهید.
۶. اکیدا تاکید می شود در پایان هر روز کاری دستگاه را جهت شارژ به برق متصل نمایید و در طول روز (ساعات کاری) دستگاه از برق جدا باشد و با باتری کار کند.

## ساکشن نوزادی



این وسیله برای خارج کردن مایعات مترشحه که در نتیجه شکاف ایجاد شده برای جراحی ها و نیز هر جا که مایعات خارج شده از بدن بیمار بالا باشد استفاده می شود که در موارد سرفه بیمار، وجود دیسترس سمع راههای تنفسی، افزایش فشار و نیتلاتور و افت ناگهانی SPO2 استفاده می شود.

### اجزا مهم تشکیل دهنده این وسیله:

۱-موتور الکتریکی ۲-موتور فشار منفی ۳-مخزن جمع آوری ۴- فیلتر تصفیه ۵- مانومتر ۶- اتصالات انتقال دهنده مایعات ۷- فشار منفی

### روش ساکشن کردن:

۱-باز و بسته کردن استریل به روش استاندارد ۲-روشن کردن ساکشن با تنظیم فشار دستگاه ۳- پوشیدن گان، ماسک و عینک در صورت لزوم ۴- وصل سوند استریل به دستگاه ساکشن ۵- پهن کردن یک حوله استریل بر روی سینه بیمار و زیر لوله تراکتوستومی ۶- پوشیدن دستکش استریل ۷- قرار دادن سوند استریل در دست غالب و ساکشن بیمار

فشار ساکشن بر حسب میلی متر جیوه ۶۰ تا ۸۰

فشار ساکشن بر حسب سانتی متر آب ۸۰ تا ۱۰۰



## آمبویگ

آمبویگ یک مخزن هوایی از جنس سیلیکون یا پلاستیک است که همیشه متسع میشود مگر در صورت فشرده شدن. آمبویگ به صورت دستی در ایجاد فشار مثبت ریوی و یا در شرایط پنوموتراکس یا در تنفس مصنوعی استفاده می شود.

این وسیله دارای شیر ی یکطرفه برای ورود هواست به نحوی که از آن خارج نمی شود. آمبویگ بدون وصل شدن اکسیژن غلظت ۲۱٪، بعد از وصل کردن اکسیژن غلظت ۴۰٪ و بعد از وصل کردن اکسیژن و کیسه رزرو اکسیژن غلظت ۱۰۰٪ را تامین می کند.

آمبویگ به دو صورت استفاده می شود. یا به لوله تراشه متصل می شود. یا مستقیماً با ماسک روی صورت استفاده می شود که در این صورت از تکنیک EC استفاده می شود سه انگشت زیر فک تحتانی به شکل E و انگشت اشاره و شصت برای نگه داشتن ماسک به شکل C استفاده می شود و ماسک روی صورت کیپ می شود.

برای چک کردن آمبویگ ، سوپاپ اطمینان بسته می شود و قسمت خروج هوا با کف یک دست بسته می شود. و آمبویگ با دست دیگر فشار داده می شود. در صورت سالم بودن آمبویگ باید نشتی نداشته باشد. سوپاپ اطمینان در صورت استفاده کردن از آمبویگ باید باز باشد تا باعث بارو تروما نشود.





## فتال مانیتورینگ



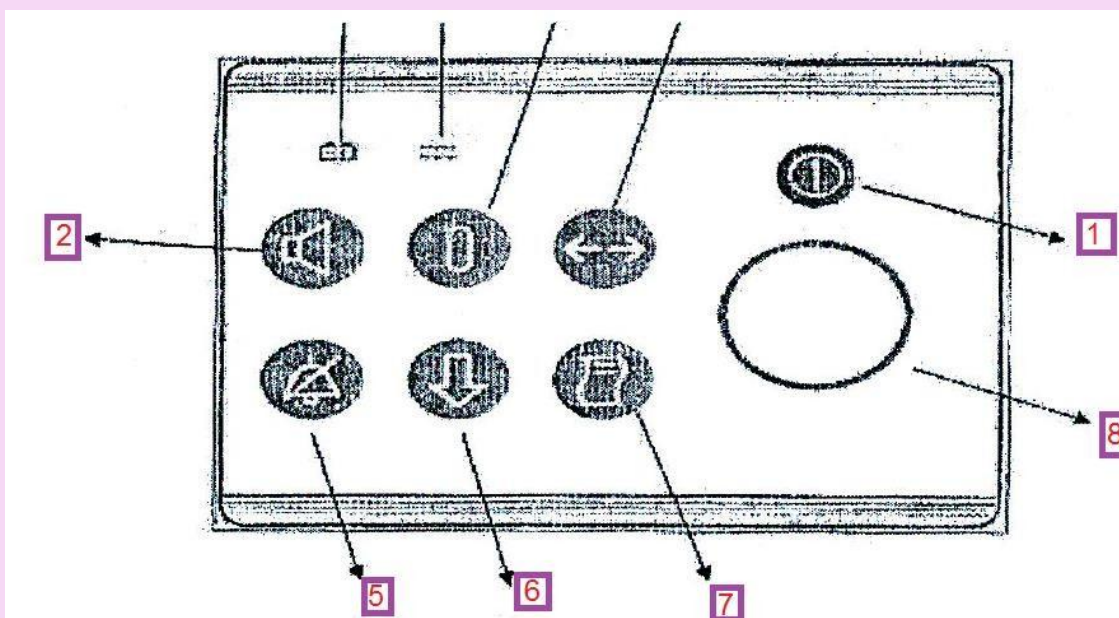
مانیتورینگ الکترونیکی در زایمانهای عارضه دار مفید است. در اوایل، مانیتور الکتریکی ضربان قلب جنین، بیشتر در حاملگی عارضه دار مورد استفاده قرار می گرفت، اما بتدریج در اغلب حاملگی ها نیز کاربرد یافت. امروزه با بهره گیری از تکنیک مانیتورینگ قلب جنین در طول مراقبتهای قبل از زایمان، در بخشهای زایمانی بیمارستانها و مراکز درمانی، تقریباً اجتناب ناپذیر و امری اساسی در اداره یک پروسه زایمانی، برای پرسنل مربوطه می باشد.

## روش های انجام مانیتورینگ ضربان قلب جنین:

- مانیتورینگ داخلی
- مانیتورینگ خارجی

## کلیدهای فتال مانیتورینگ قلب جنین:

با چرخش ولوم دستگاه می توانیم موارد ذیل را انتخاب کرده و با فشار دادن کلید به سمت داخل وارد منوی مربوطه شده و آن را تنظیم نماییم.



۱- کلید روشن و خاموش کردن دستگاه

۲- کلید تنظیم صدای بلندگو

۳- کلید تنظیم صفر UA

پس از تنظیم پروب TOKO و بعد از آماده شدن بیمار برای علامتگذاری شروع تست این کلید را فشار دهید.

۴- کلید انتخاب اطلاعات ذخیره شده

۵- کلید قطع و وصل آلارم

۶- کلید علامت گذار پرستار

۷- کلید شروع و پایان چاپ اطلاعات

## تنظیمات فتال مانیتورینگ جنین: FHR

توسط ولوم دستگاه ناحیه عددی FHR را انتخاب کنید سپس ولوم را فشار دهید تا این قسمت فعال شود. حال با چرخاندن ولوم FHR LOW را روی ۱۲۰ و FHR HIGH را روی ۱۶۰ تنظیم نمایید.

### :DELAYTIME

مدت زمان تست می باشد آن را روی ۲۰ قرار می‌دهیم.

### :LINE COLOR

را به سلیقه خود در رنگهای متفاوت انتخاب نمایید.

### :US2 OF SET

در حالی که از US1 برای کانال اول استفاده می کنید، حتما این قسمت را روی ۲۰ قرار دهید تا هنگام استفاده از کانال دوم، گرافهای آنها روی هم منطبق نشود. با انتخاب عدد ۲۰ گرافهای کانال دوم، ۲۰ واحد با گراف کانال اول فاصله خواهد داشت. سپس روی OK ولوم فشار دهید تا تغییرات اعمال شود.

### :TOKO

توسط ولوم روی دستگاه روی ناحیه عددی TOKO را انتخاب نمایید، سپس ولوم را فشار دهید تا این قسمت فعال شود. حال با چرخاندن ولوم BASELINE را روی ۵ تنظیم نمایید گراف آن را در حالت OFF

قرار داده و **THRISHOLD** را روی ۳۰ درصد تنظیم نمایید، سپس روی **OK** ولوم فشار دهید تا تغییرات اعمال شود.

## **پرینتر:**

توسط ولوم روی دستگاه ناحیه پرینتر را انتخاب کرده، سپس ولوم را فشار دهید تا این قسمت فعال شود. حال با چرخاندن ولوم، **SPEED** را روی ۱ قرار دهید. در صورتی که از کاغذ فاکس استفاده می کنید، **GRID** را در حالت **ON** در غیر این صورت روی **OFF** قرار دهید.

در صورتی که از کاغذ **A4** استفاده می کنید، سایز را در حالت **A4** و در صورت استفاده از کاغذ **B5** آن را در حالت کاغذ **B5** قرار دهید.

## **:CONTRAST**

چاپ را روی حالت ۱ قرار داده‌اید. در صورتی که حالت ۲ را انتخاب کنید، چاپ پررنگ تر می شود.

## **:REAL TIME**

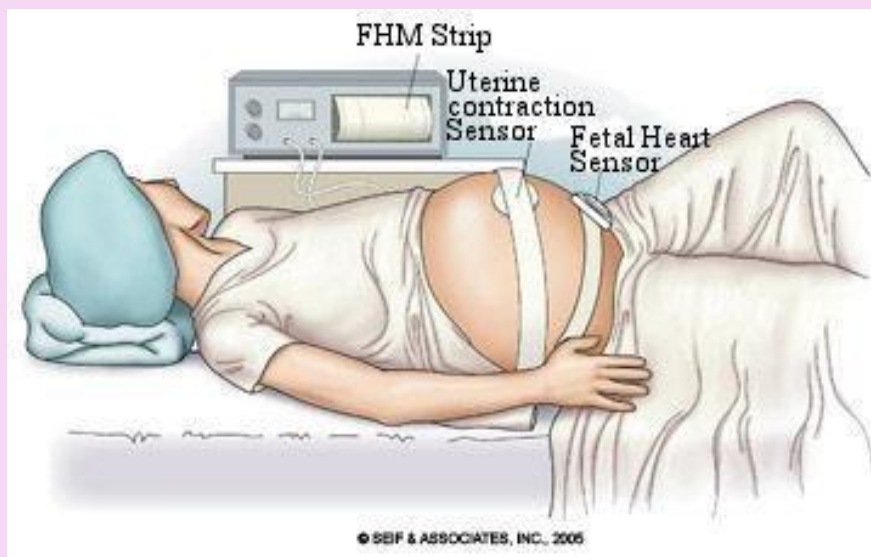
مدت زمان چاپ می باشد. آن را روی ۲۰ قرار دهید.

## **:TRACE**

مدت زمانی که دستگاه اطلاعات را ذخیره می کند. آن را روی ۲۰ قرار دهید تا کلیه اطلاعات ذخیره شود.

## **:CTG**

**CTG** را روی **ON** قرار دهید تا اطلاعات همراه تغییر بر روی کاغذ چاپ شود.



کیس های بستری، بخش جراحی (۱) و مراقبت های پرستاری:

## نفاس یا دوره پس از زایمان (Postpartum):

از زمان تولد تا شش هفته بعد که تغییرات غیر ارادی رخ می دهد، دوره پس از زایمان یا پست پارتوم نامیده می شود.

### مشکل چیست؟

هیچ مشکلی وجود ندارد.

### پیش آگهی

برگشت به وضعیت قبل از حاملگی



## علائم و نشانه های تشخیصی

- ترشحات واژن (lochia) کاهش یافته، رنگ ترشحات روشن تر می شود
- سایز رحم کاهش می یابد
- شکم جمع می شود
- پستان بزرگ و پر از شیر می شود
- وزن بدن کاهش می یابد

## اقدامات پرستاری:

- کنترل علائم حیاتی
- بررسی رحم از نظر نظر خونریزی
- بررسی از نظر کم خونی با انجام CBC برای بررسی میزان دفع خون
- تجویز مکمل آهن در صورت اندیکاسیون

## تشخیص های پرستاری:

- ◆ خستگی
- ◆ اختلال تصویر از بدن
- ◆ تغذیه موثر با شیر مادر

## مداخلات پرستاری و آموزش های لازم:

- ◆ آموزش بهداشت پرینه و بخیه های اپی زیوتومی و عدم نزدیکی تا بهبودی کامل بخیه ها
- ◆ تشریح لوشی (ترشحات واژینال پس از زایمان) - رنگ و مقدار ترشحات
- ◆ پاسخ به سئوالات مربوط به شیردهی با پستان



- ◆ تذکر به بیمار در مورد تماس با پزشک زنان در صورت وقوع تب، ترشح یا خونریزی شدید، درد قفسه سینه یا تنگی نفس
- ◆ بحث در مورد جلوگیری از بارداری - تخمک گذاری ممکن است قبل از شروع مجدد قاعدگی صورت گیرد.

## سزارین و مراقبت های پرستاری:

- مراقبت های پس از سزارین شامل دو مرحله است. مراقبت های روز اول و دوم که در بیمارستان و توسط تیم درمانی انجام می شود و مراقبت های در منزل که باید به مدت ۶ هفته صورت گیرد.

### مراقبت های پس از عمل در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری
- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا بالا رفتن نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- تعداد تنفس
- میزان خونریزی واژینال و جمع شدن رحم
- اندازه گیری حجم ادرار
- کنترل محل بخیه از نظر خونریزی فعال یا هماتوم
- کنترل استفراغ
- کنترل درد
- تجویز سرم و مایعات کافی در ۲۴ ساعت اول پس از سزارین
- حرکات دست و پا و تنه در بستر
- آموزش مراقبت های پس از عمل سزارین در منزل:
- پس از رفتن به منزل آرامش محیط لازم است..
- بی حرکتی در این مرحله نیز مضر است و حتما در منزل راه بروند.
- رژیم غذایی شامل ویتامین، مایعات و پروتئین کافی است. مصرف آب میوه تازه و تخم مرغ و شیر و دوغ و آب باید در برنامه تغذیه روزانه گنجانده شود..

- دوش گرفتن روزانه به صورت کوتاه مدت و به کمک همراه از روز دوم جراحی سزارین توصیه می شود. محل بخیه نیاز به لیف و صابون زدن ندارد، پس از دوش گرفتن محل بخیه به آرامی خشک شود.
- بخیه ها نیاز به پانسمان - مالیدن آنتی بیوتیک یا کرم ندارند. شستشو با بتادین لازم نیست.
- اگر شکم افتاده و چاق است توصیه می شود با پارچه نخی یا شکم بند یا دست، شکم بالا نگه داشته شود که روی شکاف عمل نیفتد و محل بخیه، خشک باشد نه مرطوب و عرق کرده. اگر محل بخیه دچار درد و قرمزی و ورم یا ترشح شد باید به پزشک اطلاع داده شود.
- فرد زائو باید هر روز دفع کافی ادرار و اجابت مزاج داشته باشد اگر اختلالی در این رابطه وجود داشت باید تیم درمانی را در جریان قرار داد.
- از نظر خونریزی واژینال معمولا هر روز به سمت کم شدن می رود. اگر مشخصا از حد روز دوم قاعدگی فرد بیشتر شد و ادامه داشت، باید به پزشک اطلاع دهند.
- هر نوع احساس تب باید به وسیله درجه حرارت زیرزبانی ثبت شود اگر از ۳۸ درجه سانتی گراد بیشتر بود و ادامه داشت علامت خطر است و ممکن است به دلیل آندومتريت حاصل از سزارین عفونت ادراری، عفونت زخم، ترومبوفلیت و غیره باشد.
- علائم درد و تورم و تغییر رنگ در پا به ویژه وقتی یک طرفه باشد زنگ خطر ترومبوفلیت است که در پای چپ شایع تر است و اورژانس طب می باشد. در عمل جراحی سزارین شانس این بیماری بیشتر از زایمان طبیعی می شود.
- علائم سوزش یا درد حین ادرار کردن، درد ناحیه پهلو که نیاز به پیگیری فوری دارد که ممکن است نشانه عفونت ادراری پس از سزارین مثلا در اثر سونداژ مثانه باشد.
- مصرف مسکن در حد تخفیف درد، نه الزاما برطرف کردن کامل درد، توصیه می شود به ویژه در مادران شیرده، ترجیح این است که مصرف مسکن زیاد نباشد.
- مصرف قرص آهن باید ادامه یابد حداقل تا ۶ هفته ضروری است. سپس براساس شیردهی مادر و اندازه گیری هموگلوبین خون تصمیم گیری شود.
- در مراقبت های پس از سزارین باید بدانیم که حداقل تا ۳ هفته فرد نباید مقاربت داشته باشد. پس از این مدت اگر شرایط روحی و جسمی تثبیت شده بود و خونریزی نداشت؛ می تواند تماس جنسی داشته باشد.

# استانداردهای ایمنی. بخش

## ۹ راه حل ایمنی بیمار

- ۱) توجه به دارو های با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲) شناسایی بیمار
- ۳) ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴) انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵) کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۶) اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه ی خدمات
- ۷) اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸) استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
- ۹) بهبود بهداشت دست

## نتایج معوقه تست های پاراکلینیک:

منظور از نتایج معوقه تست های پاراکلینیک ، نتایج پاراکلینیکی آماده شده اعم از آزمایش، نتایج پاتولوژی و سونوگرافی و رادیولوژی است که نتایج آن پس از ترخیص بیمار یا اعزام مشخص می شود. لیست آزمایشات معوقه در مرکز شامل:

\*نتایج غیر طبیعی : TSH – HBsAg – HIV – HCV- U/C - B/C – - RETIC - COOMBS BILL – G - - C<sub>1</sub>PD HbA<sub>1c</sub>HALC – آزمایشات لوپوس – تستوسترون – پروژسترون – کلیه آزمایشات ارجاعی به بیرون از مرکز که توسط اساتید زنان و نوزادان درخواست کرده اتد .  
❖ روش کار:

- ۱) فرم پیگیری تست های معوقه شامل مشخصات مددجو، تاریخ انجام تست پاراکلینیکی ، شماره پرونده ، شماره تماس بیمار ، نوع تست پاراکلینیکی (اعم از آزمایش و یا نمونه پاتولوژیک و نتایج گرافی و سونوگرافی های انجام شده در مرکز )، تاریخ تحویل جواب ، تحویل گیرنده ، تحویل دهنده و آدرس بیمار توسط سرپرستار تهیه و تنظیم شود
- ۲) موارد نیاز به پیگیری بعد از ترخیص یا اعزام مددجو در دفتر پیگیری نتایج پاراکلینیکی معوقه توسط مراقب مسئول در بخش های بالینی ثبت شود
- ۳) جواب آزمایشات معوقه و پاتولوژی از آزمایشگاه یا جواب رادیو گرافی و سونوگرافی از رادیولوژی و طبق مستندات دفتر پیگیری توسط سرپرستار در بخش های بالینی پیگیری و دریافت شود
- ۴) نتایج معوقه اعم از طبیعی و غیر طبیعی توسط سرپرستاربخش به رویت پزشک رسانده شده و مهر و امضا شده و بعد از اخذ کپی از نتیجه غیر طبیعی ضمیمه پرونده بیمار می شود .
- ۵) لیست نتایج معوقه غیر طبیعی به منشی بخش جهت اطلاع رسانی به بیماران توسط سرپرستار داده شود
- ۶) در بخشهای بالینی به مددجو یا همراه وی جهت مراجعه برای دریافت نتایج معوقه غیر طبیعی توسط منشی بخش اطلاع تلفنی داده شود.
- ۷) در صورت عدم مراجعه بیمار یا همراهش برای دریافت جواب نتایج معوقه غیر طبیعی بعد از سه بار تماس تلفنی به فواصل ۲۴ ساعت ، نتایج به آدرس بیمار توسط دبیر خانه ارسال شود .

۸) اطلاع رسانی نتایج تستهای معوقه غیر طبیعی و نمونه های پاتولوژی بیماران سرپایی مراجعه کننده به آزمایشگاه از طریق شماره تلفن های اخذ شده از بیماران سرپایی و ارسال پیام کوتاه به شماره بیمار از طریق **his** در واحد مربوطه انجام شود .

۹) تاریخ تحویل نتایج پاراکلینیکی معوقه غیر طبیعی به مددجو یا همراه وی در فرم ثبت شده و اثر انگشت اخذ شود

\*\*\*لازم به ذکر است آزمایش **TSH** می بایستی بعد از تایید استاد مقیم کشیک درخواست گردد .

#### ➤ موارد رعایت بهداشت دست

۱) قبل از تماس بیمار

۲) بعد از تماس با بیمار

۳) قبل از انجام اقدامات آسپتیک

۴) بعد از تماس با مایعات بدن

۵) بعد از تماس با محیط بیمار

#### ➤ شرح وظایف رابط کنترل عفونت

۶) همکاری در تکمیل فرم های بهداشت دست

۷) شرکت در جلسات و دوره های آموزشی کنترل عفونت

۸) کمک در بیمار یابی، عفونت های بیمارستانی در بخش مربوطه

۹) نظارت و کمک در ایزولاسیون بیماران عفونی در بخش مربوطه

۱۰) همکاری با تیم کنترل عفونت بیمارستانی برای تشخیص، تحقیق و کنترل بروز عفونت های بیمارستانی

۱۱) همکاری در آموزش کارکنان بیمارستانی در خصوص دستورالعمل و روش های اجرایی

عفونت های بیمارستانی و پیگیری اثر بخشی آموزش

۱۲) همکاری در پیاده سازی موازین کنترل عفونت در بخش مربوطه

## عوامل تهدید کننده حیات:

### ✚ وقایع مرتبط با اعمال جراحی

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتنی در یک عضو از بدن است و می بایذیکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و ...)
۴. جا گذاشتن هر گونه **device** اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن بیمار
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی ( کلاس یک طبقه بندی **ASA** انجمن بیهوشی آمریکا)

۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (**DONOR**) اشتباه در زوجین ناباور

### ✚ وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز **HBS Ag** آنتی ژن مثبت به بیمار **HBS Ag** آنتی ژن منفی)

۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

### ✚ وقایع مرتبط با مراقبت بیمار

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری ...)
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

### ✚ وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:



۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و ...

۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی)

🛠️ وقایع مرتبط با محیط درمانی:

۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گاز های مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر ...)

۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،....)

۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابه جایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله، ...)

🛠️ وقایع جنایی:

۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی

۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

۲۷. ربودن بیمار

۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

## موازین تزریقات ایمن

**محل تمیز ( Clean Work Plan ) :** تعیین مکان خاص برای تزریق ، قرار دادن وسایل مورد نیاز ، دفع بلافاصله سرنگ در

Safety Box در نزدیک ترین محل به تزریق

**ب: شستشوی دست ( Hand Washing )**

**ج : سر سوزن و سرنگ استریل :** سالم بودن بسته بندی سرنگ و سرسوزن ، کنترل تاریخ انقضا ، دست زدن به سر سوزن

قبل و بعد از تزریق و اجتناب از سربوش گذاری مجدد

**د : تمیز کردن محل تزریق: ( Skin Cleaning )**

### تزریقات ایمن

✓ به بیمار آسیب نزنند

✓ به کارکنان آسیب نزنند

✓ به محیط و مردم آسیب نزنند

جهت تکمیل اطلاعات به کتابچه عمومی بیمارستان واقع در سایت مرکز مراجعه نمایید.

گردآورندگان:

سرکار خانم علی آبادی، سرپرستار محترم بخش مامایی

سرکار خانم اصلی نژاد

سرکار خانم نوروزی

سرکارخانم وحدی

سرکار خانم مردانی

با تشکر از همکاری خانم محمودی، سوپروایزر آموزشی

و واحد بهبود کیفیت

پاییز ۱۴۰۰