

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

پروتکل بیماریهای شایع بخش داخلی

زینب عالی منش

سرپرستار بخش داخلی

رئیس بخش: دکتر آرش آریا

با نظارت سوپروایزر آموزشی

سرکار خانم آسیه مکاری

بهار 99

فهرست

3.....	پروتکل درد شکم حاد ریه
4.....	خونریزی گوارشی (GIB)
5.....	هیپاتیت
6.....	آنمی شدید
7.....	ترومبوسایتوپنی
8.....	منوآرتریت حاد
9.....	نقص ایمنی
10.....	لوپوس
12.....	ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)
13.....	هایپوگلیسمی
13.....	کتو اسیدوز دیابتی (DKA)
15.....	COPD
16.....	آسم
17.....	آمبولی ریوی
18.....	سل
19.....	نارسایی مزمن کلیه
20.....	ادم حاد ریه
20.....	پریکار دیال افیوژن
21.....	پانکراتیت حاد
22.....	انسداد روده
24.....	پریتونیت
25.....	کوله سیستیت حاد
27.....	درد شکم
28.....	پروتکل آنفلوآنزا
29.....	پروتکل سندرم پاسخ التهابی سیستمیک
31.....	پروتکل بیماریهای عفونی

پروتکل درد شکم حاد ریه

اختلالی است که در آن مقداری مایع بطور غیر عادی در ریه تجمع مییابد. بعلت آسیب شدید

عملکرد بطن چپ، یک اورژانس پزشکی محسوب میشود، و بدلیل شرایط تهدیدکننده ی حیات بیمار، ارائه ی مراقبتهای فوری ، جهت پایدارسازی و خروج بیمار از شرایط بحرانی، ضروری میباشد.

شرح فعالیت:

• پوزیشن نیمه نشسته

• استراحت مطلق

• اکسیژن نازال یا با ماسک

• بررسی علائم حیاتی

• نوار الکترو کاردیوگرام

• سونداژ

• در صورت فشارخون سیستولیک کمتر از 100 شروع اینوتروپ دوپامین و دوبوتامین

• در صورت عدم هیپوتانسیون فشارخون سیستولیک بیشتر از 100 ، لایکس وریدی 10 تا 40 میلیگرم با 5 / 0 تا

1 میلیگرم در کیلوگرم انفوزیون و کنترل مکرر فشارخون

• در صورت فشارخون بیشتر از 100 شروع TNG وریدی با کنترل مکرر فشارخون 2 تا 4 میلیگرم مورفین وریدی

• ABG

خونریزی گوارشی (GIB)

در اثر صدمه و آسیب موضعی ایجاد میشود و به دو دسته با منشأ فوقانی و تحتانی تقسیم میشود. خونریزیهایی که در قسمت دوازدهه به بالا رخ داده باشند خونریزی دستگاه گوارش فوقانی و خونریزیهای از دوازدهه تا مقعد خونریزی دستگاه گوارش تحتانی نامیده میشود.

شرح فعالیت:

- قدم اول: مانیتورینگ راههای هوایی، علائم حیاتی، وضعیت قلبی ریوی و برونده ادراری
- قدم دوم NPO: نمودن بیمار
- قدم سوم: تعبیه NGT
- قدم چهارم: تعبیه دو رگ محیطی بزرگ
- قدم پنجم: ارسال اورژانسی آزمایشات CBC/ UREA/CR/PT/PTT/INR
- قدم ششم: رزرو حداقل دو واحد P.C
- قدم هفتم: تجویز سرم ایزوتونیک شامل N/S یا رینگر در ساعتهای اولیه بصورت دوز بولوس با کنترل سمع ریه و برونده ادراری
- قدم هشتم: تجویز PPI AMP PANTASOL 80mg IV/STAT THEN 8mg/INF/HOUR
- قدم نهم: تجویز P.C در صورت لزوم (هایپوتانسیون علیرغم مایع درمانی (HB کمتر از 10 در افراد مسن و بیماران قلبی و HB کمتر از 7 در بیماران) LOW RISK
- قدم دهم: تجویز FFP در صورت اختلال فاکتورهای انعقادی
- قدم یازدهم: تجویز پلاکت در صورت وجود ترومبوسیتوپنی (پلاکت زیر 5000)
- قدم دوازدهم: مشاوره اورژانس با فوق تخصص گوارش
- قدم سیزدهم: در صورت بروز خونریزی از واریس مرسی تجویز اوکترتاید 50mg / 50mg/h / IV/inf AMP OCTROTIDE
- قدم چهاردهم: تجویز AB در صورت وجود سیروز

IV/STAT

به معنای التهاب کبد میباشد. هیپاتیت علت مختلفی دارد که یکی از انواع آن هیپاتیت بر اثر زیاد هرووی در مصرف الکل پدید میآید که در غرب شایع است. نوع دیگری از هیپاتیت ناشی از چربی است که با تجمع و رسوب چربی در کبد فرد دچار کبد چرب میباشد؛ در افراد چاق و دیابتی شایعتر میباشد که به آن هیپاتیت چربی گفته میشود.

انواع هیپاتیتهای ویروسی:

- هیپاتیت A (مدفوعی دهانی)
- هیپاتیت B (سیروز یا نارسایی کبد)
- هیپاتیت C (شیوه انتقال آن مانند هیپاتیت B میباشد).

شرح فعالیت:

- ایزولاسیون تماسی-اطلاع به پزشک جهت شروع درمان
- تستهای سرولوژیک دقیقترین روش جهت تشخیص انواع گوناگون هیپاتیت ویروسی میباشد.
- هیپاتیت A همواره از راه مدفوعی دهانی است. انتقال این ویروس از فردی به فرد دیگر با عدم رعایت بهداشت فردی و ازدحام جمعیت تشدید شده و از طریق مصرف آب و غذا باعث بروز اپیدمیک میشود. سفر به مناطق آندمیک، منشا آلودگی افراد بزرگسال در مناطق غیر آندمیک است.
- هیپاتیت B: راه اصلی انتقال از طریق تلقیح پوستی است HBS Ag. تقریباً در همهی مایعات بدن اشخاص آلوده از جمله بزاق دهانی دیده میشود.
- دو راه اصلی غیر پوستی که بیشترین خطر را دارد - 1 تماس (نزدیکی) جنسی - 2 انتقال حین زایمان و اکسیناسیون هیپاتیت B باعث کاهش 90 درصد هیپاتیت B و عوارض آن مانند کارسینوم هپاتوسلولار شده است.
- هیپاتیت D: در میان مبتلایان به هیپاتیت D بصورت آندمیک دیده میشود و معمولاً از طریق غیر پوستی بنحوی تمامی تماسهای نزدیک فردی منتقل میشود. در نواحی غیر آندمیک از طریق خون و فرآوردههای آن منتقل میشود (هموفیلی معتادان)
- هیپاتیت C: مهمترین روش انتقال از طریق خون است. از طریق شیر دادن منتقل نمیشود. خطر انتقال بدلیل

• هپاتیت: E مشابه هپاتیت A از راه دهانی منتقل میشود. بطور شایع پس از آلودگی منابع آب بروز میکند.

درمان:

- در اکثر موارد، هپاتیت A نیازی به درمان نمیباشد.
- یک برنامه غذایی پرکالری باید در نظر گرفته شود. در صورت بروز خارش کلستیرامین استفاده میشود.
- در هپاتیت C مزمن میتوان از اینترفرون آلفا استفاده کرد.

آنمی شدید

کاهش هموگلوبین به زیر مقدار نرمال است. علت اصلی کاهش تعداد و یا عملکرد گلبولهای قرمز در گردش خون است که منجر به کاهش اکسیژنرسانی به بافت میشود. آنمی با توجه به علت زمینهای به انواع مختلفی تقسیم میشود. آنمی فقر آهن که میتواند علتهای متعددی از جمله کاهش ذخیره آهن، خونریزی، زخمهای گوارشی و... داشته باشد. آنمی آپلاستیک، آنمی پرنیثیوز، آنمی مزمن، آنمی همولیتیک، آنمی مگالوبلاستیک و... از انواع آنمی هستند.

شرح فعالیت:

• توجه به نشانه های ACTIVITY INTOLERANCE شامل: تنگی نفس، سردرد، سرگیجه، حس خستگی

مفرط در بیمار و اطلاع سریع به پزشک

• انجام مانیتورینگ بیمار و اطلاع SPO2 کمتر از 92%

• تشویق بیمار به تنفسهای عمیق و منظم و تجویز اکسیژن در صورت صلاحدید

• پیشگیری از تروما و بالا بودن Bed side

واحد آموزش پرستاری

کنترل علائم حیاتی هر 4 ساعت و اطلاع هر گونه تغییر (افزایش ضربان قلب، کاهش فشارخون، درد قفسه سینه)

در مراحل اولیه میتوان متوجه آنمی و خطرات آن شد.

کنترل I/O و توجه به کاهش برون ده ادراری که نشانه‌ی کاهش جریان خون کلیه هاست.

در صورت نیاز تجویز خون طبق دستور پزشک

CBC و Retic

لام خون محیطی در صورت شک به همولیز (لوپوس، فاویسم) و شک به TTP

سایر آزمایشات با نظر پزشک معالج (فریتین، آهن، TIBC، LDH، بیلی روبین، هاپتاگلوبولین سرم، U/A)

اطلاع به پزشک جهت شروع درمان و مداخله سریع

در صورت (Blood loss ملنا، رکتورژی) رزرو PC و اطلاع پزشک جهت بررسی از نظر نیاز به آندوسکوپی

اورژانسی

از دریافت کامل توصیه های پزشکی بیمار از جمله رژیم درمانی، دارو درمانی و تجویز فرآورده های خونی اطمینان

حاصل نمایید.

ترومبوسایتوپنی

به تعداد پلاکت زیر 150000 گفته میشود و ترومبوسایتوپنی شدید یا Severe به هنگامی گفته

میشود که پلاکت بیمار به زیر 50000 عدد در هر میکرولیتر در خون برسد.

ترومبوسایتوپنی شدید، دارای ریسک بسیار بالایی برای خونریزیهای کشنده است. هر چند که همیشه با این

امر همراهی ندارد.

شرح فعالیت:

چه زمانی نسبت به خونریزی بیمار با پلاکت زیر 50000 عدد در هر میکرولیتر احساس خطر کنیم؟ در صورت

وجود:

1 کاهش سطح هوشیاری غیر قابل توجیه)

2 خونریزی گوارش و یا خونریزی از لثه بیمار)

3 سابقه خونریزی و پلاکت پایین برای بیمار)

4 وجود (Wet purpura) مثلا در مخاط دهان

5 وجود بیماری‌ای که موجب اختلال در عملکرد پلاکت شود مانند مشکلات کبدی و یا DIC) و یا سایر

سندرم‌های اختلال پلاکتی

• در برخورد با کاهش پلاکت شدید باید موارد زیر را رعایت نمود:

1 بیمار حتما (CBR) و با حفاظت کامل از تروما بستری شود

2 بررسی تمامی محلهای احتمالی خونریزی و اطلاع سریع خونریزی به پزشک مسئول)

3 تکرار (CBC) و تستهای انعقادی بیمار

عدم تزریق پلاکت بدون هماهنگی با پزشک مسئول (در مواردی مانند ITP) تزریق پلاکت اندیکاسیون دارد).

5 از هر گونه تزریق (IM) و یا SC در صورت عدم فوریت پرهیز شود.

6 برای دسترسی (IV) از سوزن کوچکتر و باریکتر استفاده شود.

7 از هر گونه مداخلات و یا انما از طریق رکتوم پرهیز شود).

8 رژیم بیمار مایعات فراوان و به صورت (Semi solid) باشد.

9 از بستن کاف فشار سنج محکم پرهیز شود و فقط در صورت نیاز فشار گرفته شود).

10 همواره بدسایدها بالا باشد).

output (11) ادراری بیمار به دقت پایش شود و در صورت کاهش اطلاع داده شود.

12 در صورت وجود پلاکت زیر 10000) در هر میکرولیتر و یا پلاکت زیر 20000 و وجود همزمان هر گونه علائم

بیماری (تب، خونریزی، سردرد، ضایعات پتشی و).... جهت دریافت پلاکت به پزشک مربوطه اطلاع داده شود.

منوآرتريت حاد

عبارت است از درد شدید و ناگهانی یک مفصل که معمولا با تورم (افیوژن- قرمزی) همراه است.

شرح فعالیت:

• بررسی بیمار از نظر احتمال وجود حملهی نقرسی و گرفتن شرح حال دارویی (در صورت مصرف ASA ،

هیدروکلورتیازید) و BMI بالای 30

• بررسی از نظر شرح حال عفونت اخیر (مخصوصاً عفونت ادراری) اطلاع سریع به پزشک معالج جهت آسپیراسیون

مایع مفصل در صورت وجود

• در صورت تب ارسال کشت خون در دو نوبت

• در صورت تب مفصل ارسال نمونه - cell count- اسمیر و کشت و بررسی از نظر کریستال و خون

• آنتیبیوتیک تراپی در صورت شک بالا به آرتزیت عفونی (خروج چرک هنگام آسپیراسیون)

نقص ایمنی

به هرگونه وضعیتی که منجر به پایین آمدن سیستم دفاعی شود نقص ایمنی میگویند و شامل مصرف داروهای

کورتیکواستروئید - شیمی درمانی میباشد.

شرح فعالیت:

• در صورت مواجهه با بیمار نقص ایمنی رعایت موارد زیر الزامیست:

1) ایزولاسیون :عدم بستری در کنار بیمار عفونی)

2) در صورت تب سریعاً اطلاع به پزشک و ارسال کشت خون و بررسی از نظر وجود کانون عفونی - سوند)

فولی -علایم فلبیت در لاین وریدی - زخم های دهانی (کاندیدیا)

3) در بیمارانی که کورتون مصرف میکنند کنترل BS (در برنامه کاری قرار گیرد.

4) رعایت بهداشت فردی و شستشوی دست الزامیست) .

5) در صورت گلبول سفید زیر 1500) و یا نوتروپنی، بیمار ایزوله معکوس گردد.

6) گرفتن شرح حال سینوزیت مکرر - پنومونی-آفتهای دهانی مکرر -ضایعات پوستی

لوپوس

یک اختلال در سیستم ایمنی بدن میباشد. در این بیماری، سلولهای ایمنی به بافتهای سالم بدن حمله میکنند و موجب التهاب و تخریب بافت میگرددند. علائم ممکن است فقط در پوست باشد، اما بیشتر اوقات لوپوس موجب درد مفاصل نیز میگردد. در بسیاری از موارد، لوپوس باعث آسیب قلب، کلیه ها و دیگر اندامهای حیاتی بدن میشود.

هیچ درمان قطعی برای لوپوس وجود ندارد و فقط میتوان علائم این بیماری را تحت کنترل قرار داد.
انواع لوپوس:

• لوپوس اریتماتوی سیستمیک: این نوع شایعترین نوع لوپوس است.

• لوپوس اریتماتوی جلدی: این نوع لوپوس باعث درگیری ارگانها نمیشود.

• لوپوس دارویی

• لوپوس نوزادی که نادر است.

علائم بالینی:

• تب و خستگی

• بی اشتهاپی و کاهش وزن

• درد مفاصل و عضلات اولین علامت است. مفاصل ممکن است ملتهب و گرم شوند.

• ضایعات پوستی پروانه ای شکل روی گونه ها و بینی است.

• سایر مشکلات پوستی عبارتند از: حساسیت به نور، وجود لکه های قرمز، پوسته پوسته شدن، بثورات جلدی

مختلف بر روی نقاط مختلف بدن از جمله صورت، گردن و بازوها

• مشکلات تنفسی

• ریزش موها

• زخم های وسیع بر دهان و لب

واحد آموزش پرستاری

• پدیده رینود: در هوای سرد و یا در هنگام استرس، انگشتان دست و پای این بیماران دچار تغییر رنگ بصورت

سفیدشدن نوک انگشتان و سپس کبودی و در مرحله آخر قرمزی و سپس بهبودی میشود.

داروهای درمان کننده:

1 کرم های کورتیکو استروئید برای درمان بثورات پوستی)

2 داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی برای درمان تب و درد مفاصل)

3 داروهای ضد مالاریا (شامل کلروکین و هیدروکسی کلروکین) برای درمان درد مفاصل، زخم ها و سایر)

بثورات پوستی و نیز جلوگیری از شعله ور شدن بیماری

4 کورتیکو استروئیدهای خوراکی و یا تزریقی)

5 داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی بدن (مثل متوترکسات، آزاتیوپین، مایکوفنولات))

• مراقبت در لوپوس:

1 جلوگیری از تابش نور آفتاب، استفاده از ضدآفتاب و سایر پوشش ها)

2 نکشیدن سیگار)

3 ورزش)

4 پرهیز از استرس)

5 داشتن خواب و استراحت کافی

یک موقعیت تهدید کنندهی حیات محسوب شده و حالتی است که بعلت ورود باکتری به بدن، افت فشار خون

شریانی و کم شدن حجم خون و بدنبال آن افت اکسیژن در بافتها و وقوع هایپوکسی اتفاق میافتد.

شرح فعالیت:

• قدم اول **stable**: کردن راههای هوایی و وضعیت تنفسی: تجویز اکسیژن نازال و مانیتورینگ وضعیت

اکسیژناسیون، پالس اکسیمتری و بعضی موارد حتی انتوباسیون و ونتیلاسیون مکانیکال نیز ممکن است ضرورت

یابد.

• قدم دوم **CXR**، **ABG**، آزمایشات **CBC** (**CRP**، **ESR**، **Na**، **K**، **VBG**، **B/C**، **U/A**، **U/C**)،

• قدم سوم: بررسی اولیه وضعیت پرفیوژن (هایپوتانسیون، پوست سرد و رنگ پریده، تاکیکاردی، الیگوری، آنوری)

و مانیتورینگ فشارخون و اندازه گیری I/O

• قدم چهارم: تعبیه 2 رگ محیطی بزرگ و یا تعبیه کاتتر ورید مرکزی

• قدم پنجم: تجویز سرم ایزوتونیک شامل N/S یا رینگر به میزان حداقل 5 لیتر در طی 6 ساعت اول با کنترل

سمع قلب و بررسی وضعیت ریوی و میزان برون ده ادراری

• قدم ششم: در صورتیکه علیرغم مایع درمانی کافی در طی چند ساعت اولیه هایپوتانسیون باقی بماند استفاده از

وازوپرسورها شامل دوپامین یا نوراپی نفرین

• قدم هفتم: پیدا کردن محل عفونت از طریق شرح حال و معاینه دقیق و شروع هر چه سریعتر آنتی بیوتیک موثر

(با توجه به شک بالینی به ارگان درگیر، مصرف AB قلبی، عفونت اکتسابی از بیمارستان یا جامعه)

• قدم هشتم: در صورتیکه علیرغم مایع درمانی کافی و وازوپرسور سیستمولیک BP کمتر و مساوی 90 برای بیشتر

از یک ساعت باقی بماند، شروع کورتون وریدی

ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)

به تشکیل لخته خون در دیواره داخلی سیاهرگ عمقی اطلاق می شود که بیشتر

اندامهای تحتانی را درگیر میکند؛ ولی امروزه بعلت استفاده از کاتترهای ساب کلاوین، وقوع آن در اندام فوقانی

نیز در حال افزایش است.

شرح فعالیت:

• قدم اول STABLE: کردن وضعیت بالینی بیمار، مانیتورینگ قلبی

• قدم دوم CBR: کردن بیمار، بالا نگهداشتن اندام مبتلا

• قدم سوم: شروع ضد انعقاد وریدی

1) A: AMP HEPARIN 80u/kg/iv/stat then 18u/kg/iv/h

2) B: AMP ENOXAPRIN 1mg/kg/sq/stat then 1mg/kg/sc/bd

• قدم چهارم: در صورت شروع هپارین باید چک pt/ptt هر 6 ساعت انجام شود، در صورت شروع انوکسپارین

چک PT-PTT هر 24 ساعت انجام شود.

• قدم پنجم: شروع آنتی کوآگلان خوراکی warfarin 5mg/po/daily

واحد آموزش پرستاری

• قدم ششم: ارسال آزمایشات مربوط به افزایش انعقاد پذیری با توجه شرح حال و سوابق بیماری فرد

• قدم هفتم: پس از آنکه INR مختل شد هپارین یا انوکسپارین را قطع کرده و وارفارین را به تنهایی ادامه می‌دهیم

تا زمانی‌که INR بین 2 تا 3 بدست آید.

هایپوگلیسمی

به پایین افتادن قند خون به زیر 55 میلی گرم بر دسی لیتر اطلاق می‌شود.

شرح فعالیت:

در افراد بدون علامت:

• اگر داروی خوراکی کاهنده قندخون و یا انسولین مصرف می‌کرده است HOLD شود و رژیم پرکربوهیدرات داشته

باشد.

در افراد علامتدار:

• اگر بیمار هوشیار است و توانایی بلع مناسب دارد تجویز گلوکز خوراکی، شکلات، آب قند و رژیم پرکربوهیدرات

در بیمارانی که داروهای ترشح کننده انسولین مانند گلی بن گلامید را همزمان با آکابوز مصرف می‌کنند تجویز

گلوکز خالص (دکستروز) موثر است و تجویز بقیه کربوهیدرات ها مانند سوکروز مفید نیست.

• در صورتیکه سطح هوشیاری بیمار کاهش یافته و یا توانایی خوردن نداشته باشد:

1- قدم اول (GLU50%25GR/IV/STAT) :

2- قدم دوم (DW10%/100cc/hour/inf) :

3- قدم سوم: چک قند خون هر یک ساعت)

4- قدم چهارم: در صورت داشتن دو نوبت BS (بالای 200 DW10%/50cc/hour/Inf)

5- قدم پنجم: در صورتیکه دو نوبت BS (بالای 200 داشته باشد انفوزیون DW10% قطع شود

کتواسیدوز دیابتی (DKA)

یک اختلال شدید و حاد ناشی از دیابت می‌باشد که بیشتر در بیماران با دیابت نوع I

دید می‌شود. در این اختلال هیپرگلیسمی مداوم همراه با فقدان انسولین منجر به تولید و تجمع کتواسیدها و

شرح فعالیت:

ابتدا تشخیص کتواسیدوز را با استفاده از موارد زیر تایید میکنیم:

1) $BS > 250$

2) $PH < 7.3$

3) $HCO_3 < 15$

4 مثبت شدن کتون در سرم یا ادرار)

در صورت $PH < 7$ یا کاهش سطح هوشیاری بستری در ICU، موارد زیر را چک می کنیم:

1 الکترولیت های سرم (Na-K-Mg-Ca):

2 وضعیت اسید و باز ($PH-HCO_3-PCO_2$):

3 عملکرد کلیوی: برون ده ادراری، (BUN, Cr)

جایگزینی مایعات: طی 1 الی 3 ساعت اول 3 - 2 لیتر نرمال سالین می دهیم. سپس سرم Half salin با سرعت

250-500 سی سی در ساعت انفوزیون میشود. هنگام رسیدن BS به 250 به سرم half salin سرم دکستروز

50 درصد اضافه میکنیم.

تجویز انسولین رگولار U/Kg 0/1: انسولین به صورت وریدی در ساعت انفوزیون میکنیم. اگر پتاسیم اولیه کمتر

از 3/3 باشد تا زمان تصحیح پتاسیم از دادن انسولین خودداری میکنیم.

چک قند خون را هر یک ساعت و چک الکترولیت ها بویژه پتاسیم هر 4 ساعت.

علامه حیاتی، وضعیت هوشیاری و جذب و دفع را هر 3 - 1 ساعت چک میکنیم.

اگر $K < 3.5$ باشد 80 - 40 میلی اکی والان در ساعت پتاسیم به سرم اضافه میکنیم.

اگر $3.5 < K < 5.2$ باشد 10 میلی اکی والان در ساعت پتاسیم به سرم اضافه میکنیم.

اگر $K > 5.2$ می باشد پتاسیم به سرم اضافه نمیکنیم.

مواردی که ممکن است باعث ایجاد DKA شده باشند (عفونت، تروما، بارداری، MI، CVA) را بررسی و درمان

میکنیم.

واحد آموزش پرستاری

موارد فوق را ادامه می دهیم تا وضعیت بیمار Stable شود (BS=150-250 ، PH>7.3 ، HCO₃>15)

به محض شروع غذا برای بیمار پس از Stable شدن، انسولین طولانی اثر را به صورت Stat تزریق میکنیم و به

مدت 4 - 2 ساعت انسولین کوتاه اثر را به صورت over lap ادامه میدهیم

COPD

یک نوع بیماری انسدادی ریه است که بصورت جریان ضعیف هوا در طولانی مدت تعریف میشود . شامل علائم اصلی تنگی نفس، سرفه و خلط پروداکتیو است . مصرف سیگار، هوای الوده و ژنتیک در ابتلا به آن نقش مهمی دارند . تماس طولانی با عوامل محرک ذکر شده باعث ایجاد پروسه التهابی در ریه و در نتیجه تنگی و محدودیت راههای هوایی کوچکی ریه میشود.

شرح فعالیت:

• استراحت مطلق شود

• پوزیشن نیمه نشسته

• چک علائم حیاتی هر 6 ساعت

• اکسیژن تراپی با سوند نزال یا ماسک

• نوار الکتروکاردیوگرام

• گرافی قفسه سینه

• VBG

• اسپیری سالبوتامول 4 پاف هر 20 دقیقه تا سه بار سپس 4 پاف هر 6 ساعت

• اسپیری اتروونت 4 پاف هر 6 ساعت

• اسپیری سروتايد 2 پاف هر 12 ساعت

• تجویز هپارین در صورت سن بالای 70 ، دیابتی بودن و کراتینین بالا

• سرم تراپی بر اساس نیاز بیمار

• اسمیر و کشت خلط جهت BK در سه نوبت بسته به شرایط بیمار

فیزیوتراپی تنفسی بسته به شرایط بیمار

• واکسیناسیون انفلوانزا و پنوموکوک

• اکسیژن تراپی 2 - 1 لیتر در دقیقه (جهت حفظ اشباع اکسیژن ، O2sat بالای 90%)

• می توان از درمان ترکیبی مثل نبولایزر + Combivent هر 6 ساعت به جای اسپری سالبوتامول و آتروونت

استفاده کرد.

• در موارد شدید COPD باید گلوکوکورتیکوئید (وریدی یا خوراکی) تجویز شود.

• AB در حملات COPD تجویز می شود.

آسم

یک بیماری التهابی رایج مزمن مجاری هوایی است که حمله آسم در اثر سفت شدن عضلات صاف راههای

هوایی اتفاق می افتد. علایمی مثل تنگی نفس، خس خس سینه دمی و بازدمی، سرفه، تنفس سریع، درد قفسه

سینه، احساس اضطراب و تعریق می دهد.

شرح فعالیت:

• استراحت مطلق شود

• پوزیشن نیمه نشسته

• چک علائم حیاتی هر 2 ساعت

• اکسیژن تراپی با سوند نازال یا ماسک 3 تا 5 لیتر در دقیقه در صورت هایپوکسی 8 لیتر در دقیقه

• نوار الکتروکاردیوگرام

• گرافی قفسه سینه

• پالس اکسیمتری و کاردیاک مانیتورینگ

• امپول هیدروکورتیزون 200 میلی گرم stat و سپس 100 میلی گرم هر 8 ساعت

• اسپری سالبوتامول 2 پاف stat و سپس هر 15 دقیقه 4 پاف تا یک ساعت و سپس هر 6 ساعت

• اسپری اتروونت 4 پاف stat و سپس هر 8 ساعت

• در صورت دیسترس تنفسی شدید و حمله آسم آمپول آمینوفیلین 250 همراه با سرم دکستروز واتر 5 درصد طی 2 ساعت انفوزیون وریدی و یا آمینوفیلین 500 میلی همراه با 1000 سی سی سرم دکستروز واتر 5 درصد 24 ساعته

آمبولی ریوی

وجود لخته خون یا چربی در یکی از شریانهایی که به ریه خونرسانی میکنند میباشد. لخته خون ابتدا در وریدهای عمده با منشأ اندام تحتانی شکل گرفته و سپس از طریق جریان خون و گذشتن از قلب وارد شریانهای خونرسان ریه میشوند، که در نهایت سبب کاهش توانایی تنفس بیمار میشود.

شرح فعالیت:

- استراحت مطلق شود
- پوزیشن نیمه نشسته
- چک علائم حیاتی هر 2 ساعت
- اکسیژن تراپی با سوند نازال یا ماسک
- نوار الکتروکاردیوگرام
- گرافی قفسه سینه
- چک روزانه PT-INR
- چک PTT هر 4 ساعت
- سونوگرافی داپلر هر دو اندام شریانی
- سی تی آنژیوگرافی ریه

• هپارین وریدی بصورت بلوس 10000 - 5000 واحد سپس انفوزیون دریب 1000 تا 1500 واحد در ساعت یا انوکسپارین یک میلی گرم در کیلوگرم هر 12 ساعت برای 5 روز.

• قرص وارفارین 5 تا 10 میلی گرم روزانه 2 تا 3 روز سپس 2 / 5 میلی گرم روزانه با چک INR PTT INR و INR بین 2 تا 3 حفظ شود.

یک بیماری شایع عفونی است که معمولاً توسط مایکوباکتریوم توبرکلوزیس ایجاد میشود. سل بطور معمول به ریهها حمله میکند، اما سایر قسمتهای بدن را میتواند درگیر کند. برخی علائم سل شامل سرفه همراه با خلط آغشته به خون، تب، تعریق شبانه و کاهش وزن است و افراد از طریق سرفه، عطسه و بزاق میتوانند بیماری را به سایر افراد منتقل کنند.

شرح فعالیت:

- بیمار در اتاق ایزوله بستری شود. بیماری این افراد از زمانی که دچار سرفه و خلط شدهاند تا 2 هفته از شروع درمان دارویی ضد سل برای اطرافیان خطر سرایت دارد.
- رعایت رژیم غذایی پر پروتئین نظیر گوشت و لبنیات
- چک علائم حیاتی هر 6 ساعت
- اکسیژن تراپی در صورت تنگی نفس با سوند نازال یا ماسک 3 تا 5 لیتر در دقیقه در صورت هایپوکسی 8 لیتر در دقیقه
- نوار الکتروکاردیوگرام
- گرافی قفسه سینه
- تست PPD
- آغاز درمان به مدت 2 ماه چهار داروی ایزونیاژید، ریفامپین، اتامبوتول و پیرازینامید
- سپس بمدت 4 ماه فقط دو داروی ایزونیاژید و ریفامپین

به از بین رفتن پیشرونده و غیر قابل برگشت عملکرد کلیه اطلاق میشود. عوامل خطر ساز شامل فشار خون، دیابت، بیماری اتوایمیون، سن بالا و نژاد سیاه میباشد.

شرح فعالیت:

- کنترل و چارت I/O
- بررسی علائم حیاتی هر شش ساعت
- گرافی قفسه سینه
- نوار قلب
- چک آزمایشات روتین و $ipth / alb$
- توزین روزانه
- درمان هایپرکالمی و همو دیالیز در موارد CKD مقاوم به درمان
- فشار خون بالا: یک بیماری مزمن است که در آن فشار خون در شریانها بالا میرود. فشار خون بالاتر از 160 بر 90 میلیمتر جیوه را به عنوان آستانه حمله فشار خون بالا میدانند. علائم شامل سردرد شدید، استفراغ، تاری دید، اپیستاکسی، تنگی نفس، وزوز گوش و خواب آلودگی میباشد.
- دامنه کاربرد:
- کلیهی بخشهای بالینی
- شرح فعالیت:
- برقرار کردن خط وریدی
- کنترل راه هوایی
- کنترل فشار خون هر 15 دقیقه
- گرفتن نوار قلبی و انجام اکو کاردیوگرافی
- مانیتورینگ کردن بیمار
- آزمایش ادرار و بررسی الکترولیتها

• استراحت مطلق بودن بیمار تا وضعیت مناسب و سپس استراحت نسبی

• برقراری سوند فولی

• رژیم غذایی کم نمک

• کاهش مصرف دخانیات و الکل

• ایجاد محیط امن و آرام و کم نور و کم صدا

• کاهش وزن

• داشتن تحرک

ادم حاد ریه

یک وضعیت تجمع غیر طبیعی مایع در ریه هاست. مایع در فضای میان بافتی یا آلوئول تجمع می یابد. ادم ریه می تواند ناشی از یک واقعه حاد مانند CHF یا اختلالات غیر قلبی مانند نارسایی کلیه، نارسایی کبد، وضعیت های خونی که باعث ماندن مایع در بدن شده، ایجاد می گردد.

علائم بالینی: تنگی نفس، احساس خفگی، پوست مرطوب، کبودی ناخن، نبض سریع و ضعیف، رگهای گردنی متسع، تیرگی شعور و خروج خلط کف آلود خونی از تراشه

پریکاردیال افیوژن

پریکارد از دو لایه تشکیل شده که شامل پریکارد احشایی و پریکارد جداری است که بین آنها فضا یا حفره های وجود دارد. در حفره پریکاردیال در حدود 20 میلیتر مایع وجود دارد و می تواند تا 120 میلیتر مایع را هم بدون بروز تغییرات همودینامیک در خود جای دهد. التهاب پریکارد و افزایش مایع درون حفره پریکاردیال ممکن است به پریکاردیال افیوژن بیانجامد. عارضه اصلی پریکاردیال افیوژن زمانی اتفاق می افتد که فشار ناشی از تجمع مایع عملکرد طبیعی قلب را مختل کند.

یک بیماری التهابی پانکراس است، که بدون فیبروز غده یا فیبروز اندک همراه است که فاکتورهایی مثل سنگ صفرای و الکل و تروما و عفونت و موارد ارثی در آن دخیل هستند و عوارضی مثل سپسیس، شوک، نارسایی تنفسی و کلیوی و مرگ به همراه دارند. پانکراتیت حاد از زمان تشخیص در بخش اورژانس تا پذیرش در بخش بیمارستانی و در نهایت زمان ترخیص با تمرکز بر روی ویژگیهای برجسته براساس عوارض و شدت بیماری حائز اهمیت است. شدت پانکراتیت حاد طیف گسترده ای دارد از یک بیماری خفیف خود محدود شونده تا فرم نکرزان تهدید کننده حیات و بدون توجه به شدت بیماری بیمار ان مشکوک به پانکراتیت حاد جهت تحت نظر قرار گرفتن و انجام اقدامات تشخیصی بستری می شوند.

شرح فعالیت:

- بعد از تایید تشخیص، بیمار ان مبتلا به فرم متوسط تا شدید باید به ICU منتقل شوند.
- مهمترین درمان اولیه، محدودیت تغذیه ORAL و جایگزینی مایع و الکترو لیتها و کنترل درد می باشد
- راه وریدی مناسب گرفته شود و مایع درمانی شروع شود. تجویز مایعات حداقل 5 تا 10 لیتر نرمال سالین یا رینگر لاکتات در 24 ساعت اول با کنترل برون ده ادراری
- جهت کنترل درد از پنتازوسین، پتدین، مپریدین و فنتانیل استفاده میشود. از مصرف مورفین به علت اسپاسم اسفنکتر دودی در کنترل درد باید اجتناب کرد.
- هر 12 - 8 ساعت Hct-BUN جهت اطمینان از کفایت مایع درمانی و برای پاسخ به درمان اندازه گیری می شود.
(بالا بودن BUN نشانگر هیدراتاسیون ناکافی می باشد)
- اصلاح هایپرکلیسمی با تزریق انسولین و اصلاح کلسیم و منیزیم.
- در صورت وجود ARDS معمولی نیاز به ونتیلاسیون با فشار پایان بازدمی مثبت می باشد.
- لاواژ پریتون یا TAP مایع آسیت در بیمار ان با عملکرد بد و یا شوک ارزشمند است.
- پانکراتیت حاد ممکن است با حوادث قلبی عروقی نظیر آریتمی و MI و شوک کاردیوژنیک و نارسایی احتقانی قلب همراه باشد که درمان های معمولی این موارد، به علاوه حمایتهای گفته شده لازم است.
- در بیمار ان مبتلا به پانکراتیت حاد نباید تا زمان بهبود علایم بالینی تغذیه ORAL شروع شود. در پانکراتیت

واحد آموزش پرستاری

خفیف این امر معمولاً طی 3 تا 7 روز اول صادق است و در پانکراتیت شدید تا چندین هفته حمایت تغذیه‌ای ضروری است.

• عفونت پکی از علل جدی مرگ در پانکراتیت است و در پانکراتیت نکروزان عفونی توصیه به درمان AB شده است همراه با دبریدمان جراحی شامل درناژ خارجی از طریق جراحی یا از طریق قرار دادن کاتتر از راه پوست میباشد.

• در بیماران با پانکراتیت صفاوی در صورت انسداد که اقدامات جراحی High Risk است اسفنکترتومی اندوسکوپییک از طریق ERCP و خارج کردن سنگ ضروری است.

انسداد روده

به حالتی گفته میشود که علتی باعث بسته شدن راه روده کوچک یا روده بزرگ میشود و مواد داخل روده به علت انسداد قادر به عبور از روده نیستند. علت بسته شدن راه روده میتواند در داخل خود روده یا خارج از آن باشد. در داخل روده وجود یک تومور یا بافت اضافی یا التهاب و تورم روده میتواند باعث انسداد شود و در خارج روده یک ارگان دیگر یا اختلال در عملکرد یکی از بافتهای خارجی اطراف روده میتواند باعث فشار به روده یا پیچ خوردن آن شود. انسداد روده میتواند در روده بزرگ و کوچک اتفاق بیافتد و این انسداد میتواند کامل یا جزئی باشد.

شرح فعالیت:

تظاهرات بالینی:

1. تهوع و استفراغ که میتواند حاوی مدفوع باشد

2. اتساع شکم

3. عدم دفع گاز و مدفوع

بروز حالت تهوع و استفراغ به محل انسداد بستگی دارد. هرچه محل انسداد بالاتر باشد استفراغ زودتر رخ میدهد. بیمار دچار انسداد روده دچار درد شکم نیز میشود. دردهای شکم در ابتدا به صورت دوره‌های هستند و هر چند دقیقه یکبار رخ میدهند، اما با کامل شدن انسداد این درد ها به شدت زیاد میشوند.

واحد آموزش پرستاری

در اثر انسداد، قسمت بالایی انسداد گشاد میشود و فشار وارده به دیوارهی روده موجب تحت فشار قرار گرفتن عروق خونی دیواره و اختلال خون رسانی به رودهها میشود که این مسئله میتواند موجب مرگ بافت روده و پارگی آن شود.

تشخیص:

انسداد را میتوان از روی علایم بیماری تشخیص داد.

سه علامت تهوع و استفراغ، عدم دفع گاز و مدفوع و اتساع شکم مطرح کنندهی انسداد است. در صورت شک به انسداد از روش رادیوگرافی و آزمایش استفاده میشود.

رادیوگرافی شامل گرافی ساده ایستاده شکم میباشد که در % 80 - 60 موارد میتوان انسداد روده را تشخیص داد ولی در اوایل انسداد و انسداد قسمتهای ابتدایی روده باریک، گرافی طبیعی به نظر میرسد، لذا در صورت طبیعی بودن گرافی انسداد روده رد نمیشود. در چنین مواردی سی تی اسکن بدون مادهی حاجب درخواست میشود که در اغلب موارد باعث تعیین علت و سطح انسداد میشود.

همچنین در صورتی که پزشک احتمال بدهد که شخص به انسداد رودهی بزرگ مبتلاست، کولونوسکوپی انجام میدهد. در صورتی که انسداد رودهی بزرگ در اثر پیچ خوردگی باشد با عبور دادن کولونوسکوپی از درون روده پیچ خوردگی روده باز میشود و انسداد روده درمان میشود.

درمان:

انسداد کامل روده معمولاً نیاز به انجام جراحی دارد. جراحی هم به منظور برطرف کردن انسداد و هم بررسی انسداد انجام میشود. در طول جراحی ممکن است عامل مسدود کننده برداشته شود، فتق روده برطرف شود یا با انجام اعمالی ریسک پیچ خوردگی مجدد روده از میان برداشته شود. در صورتی که قسمتی از روده آسیب جدی دیده باشد یا دچار قطع خون رسانی شده باشد جراحان آن قسمت را خارج میکنند.

مراقبت های پرستاری:

• NG Tube • بیمار فیکس باشد و میزان ترشحات ثبت گردد.

کنترل I/O

• بیمار حداقل ساعتی 50 سی سی ادرار داشته باشد

• بیمار گرم نگه داشته شود

• سر تخت 45 درجه بالا نگه داشته شود

• جایگزینی تزریقی مواد مغذی مثل آلومین و مکمل های ویتامینی

• اکسیژن تراپی 2 - 3 لیتر در دقیقه

• کنترل و چارت علایم حیاتی بیمار

• انجام آزمایشات بیوشیمی، انعقادی و CBC diff عصر بعد از عمل

• ناشتا نگه داشتن بیمار

پریتونیت

عفونت یا التهاب وخیم قسمتی از صفاق (پرده پوشاننده لوله گوارش) میباشد.

شرح فعالیت:

علائم شایع:

درد سراسر شکم یا قسمتی از آن که معمولا به طور ناگهانی آغاز شده و به طور پیش رونده تشدید میابد. درد ممکن است در ابتدا حالت متناوب داشته باشد و سپس حالت ثابت پیدا کند. بیمار دچار این درد اغلب ترجیح میدهد به پشت بخوابد و هیچگونه حرکتی نکند زیرا حرکت یا فشار به شکم باعث افزایش این درد میشود. نشانه های تشخیصی:

درد شانه، تب و لرز، ضعف و منگی، تکیکاردی، فشار خون پایین، تشنگی، تهوع و استفراغ، کاهش اشتها و کاهش صداهای روده ای

عوامل ایجاد کننده ی پریتونیت :التهاب شدید پردهی صفاق که هنگام ورود مواد خارجی به حفره شکم میباشد. این مواد خارجی شامل باکتری، محتویات لوله گوارش نظیر ترشحات هضم کنندهی غذا میباشد.

درمان:

1. انجام آزمایش خون (WBC (برای شناسایی التهاب و RBC برای یافتن خونریزی.

2. انجام سونوگرافی و سی تی اسکن برای تعیین مشکل ایجاد کنندهی بیماری.

برای درمان این عارضه بیمار در بیمارستان بستری میشود. درمان در جهت جبران کم آبی، حمایت تنفسی میباشد. تزریق خون ممکن است لازم باشد.

جراحی برای ترمیم آسیب یا جراحی عضو که راه ورود مواد خارجی به داخل حفره شکم میباشد انجام میشود.

1. NG Tube . 1 بیمار fix باشد و خارج نگردد.

2. کنترل I/O.

3. بیمار حداقل ساعتی 50 سی سی ادرار داشته باشد. کمتر از 30 سی سی در ساعت اطلاع داده شود.

4. بیمار گرم نگه داشته شود.

5. سر تخت 45 درجه بالا نگه داشته شود.

6. اکسیژن 2 - 3 لیتر در دقیقه nasal

7. انجام آزمایش بیوشیمی، CBC diff و ABG پس از عمل طبق دستور پزشک

8. کنترل و چارت علائم حیاتی بیمار

9. ناشتا نگه داشتن بیمار برای اجتناب از تحریک مجاری روده ای

10. مراقبت از زخم و درن و توجه به علائم و نشانه های عفونت ناحیه عمل

کوله سیستیت حاد

التهاب ناگهانی کیسه صفرا است که باعث درد شدید شکم میشود. در 90 % موارد

کولهسیستیت، حاد است که توسط سنگ کیسه صفرا در کیسه صفرا ایجاد میشود. کولهسیستیت زمانی رخ

میدهد که صفرا در کیسه صفرا گیر کرده باشد. تجمع صفرا باعث تحریک و فشار به کیسه صفرا میشود که

منجر به عفونت میگردد.

به عبارت دیگر کولهسیستیت، عفونت یا التهاب کیسه صفرا یا مجاری صفراوی است که صفرا را از کیسه صفرا

به روده کوچک انتقال میدهند. این وضعیت امکان دارد با هپاتیت، پانکراتیت یا زخم دوازدهه اشتباه شود.

شرح فعالیت:

علائم شایع:

دردی شبیه دل پیچه که ناگهانی است و در قسمت فوقانی شکم در سمت راست حس میشود. امکان دارد درد

در قفسه سینه (مشابه حمله قلبی)، قسمت فوقانی پشت یا شانه راست نیز حس شود. این علائم غالباً پس از

مصرف غذاهای پرچرب رخ میدهد.

احساس درد به هنگام لمس ناحیه فوقانی شکم، تهوع و استفراغ، آروغ زدن و تب خفیف وجود دارد. اگر لرز همراه با تب بالا وجود داشته باشد، نشان دهنده یک عفونت باکتریایی است.

عوامل احتمالی افزایش دهنده خطر بروز کولهسیستیت عبارتند از:

چاقی، تاریخچه ی فامیلی مثبت، بارداری های متعدد، سیروز کبدی، کم تحرکی، رژیم غذایی پر چرب و پر کالری در کولهسیستیتحاد شروع ناگهانی درد در اپی گاستر، سمت راست فوقانی شکم یا شانه ی راست میباشد.

یرقان، تهوع و استفراغ، عدم تحمل غذای چرب، تب و بیقراری و حساسیت بیش از حد کیسه صفرا در لمس از علائم دیگر این بیماری است.

در کولهسیستیت مزمن، درد در ربع فوقانی راست شکم، تب خفیف، سوزش سر دل و عدم تحمل چربی وجود دارد.

روش تشخیص و درمان:

1. گرفتن شرح حال بیمار و انجام معاینات بالینی

2. انجام سونوگرافی از کیسه صفرا و مجاری صفراوی-انجام MRCP و سی تی اسکن

3. استفاده از روش تشخیصی ERCP با تعیین محل دقیق سنگ های ایجاد کننده ی التهاب

4. در آزمایشات سطح بیلی روبین، آنزیم های کبدی و گلبول های سفید در صورت وجود انسداد بالا میرود

5. مصرف آنتی بیوتیک مناسب به تجویز پزشک

6. تخلیه محتویات معده با استفاده از NGT

7. جایگزینی وریدی مایعات و تجویز داروی ضد تهوع و استفراغ

8. برداشتن کیسه صفرا با جراحی

مداخلات پرستاری:

1. پایش علائم حیاتی از نظر وجود هر گونه تغییر درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون

2. بررسی شکم از نظر صداهای روده، نفخ و اتساع شکم، سفتی و تندرینس شکم

3. بررسی سطح درد برای کنترل موثر درد

4. بررسی زخم پس از عمل از نظر ترشحات، علائم و نشانه های عفونت

5. بررسی درن بیمار از نظر ترشحات، تخلیه و ثبت میزان ترشحات

ممکن است حاد یا مزمن باشد و درد حاد بیانگر تغییرات جدی فیزیولوژیک است و نیاز به مداخله فوری دارد. درد مزمن ممکن است چند ماه وجود داشته باشد و به توجه فوری نیاز ندارد.

محل درد اغلب نشان دهنده ارگان ایجاد کننده درد است. بطور کلاسیک درد در ناحیه اپیگاستر دلالت بر سوء هاضمه یا زخم پپتیک دارد در صورتیکه درد ناحیه RUQ نشان دهنده کولمسیستیت و اختلالات صفراوی هست. درد شدید در پرفوراسیون احشا و درد پاره کننده یا خرد کننده در پارگی آنوریسم دیده میشود. درد مزمن شدت کمتری دارد. درد ثابت و مبهم در IBS سندرم روده تحریک پذیر و سوء هاضمه و درد مالشی (درد گرسنگی) در زخم پپتیک مزمن دیده میشود.

فقدان صداهای روده ای مطرح کننده ایلئوس می باشد. در صورتیکه صداهای قوی مطرح کننده انسداد هستند. بررسیهای متعدد احتمال بیماریهای عروق مهم (ایسکمی) را مطرح میکند. احساس درد هنگام دق شکم بر واکنش و تحریک صفاق دلالت دارد.

شرح فعالیت:

در ارزیابی درد شکم حاد اولین سوال تعیین نیاز به مداخله جراحی هست. مشاوره جراحی حتی در موارد مشکوک باید ترجیحاً در ابتدا و قبل از قطعی شدن تشخیص صورت گیرد

– UA – CBC. آمیلاز -لیپاز -بیلیروبین -والکترولیت‌های سرم اندیکاسیون دارد. افزایش WBC نشان دهنده بیماریهای التهابی و مقدار بسیار بالای آن نشان دهنده ایسکمی حاد روده ای میباشد.

افزایش آمیلاز سرم معمولاً نشان دهنده پانکراتیت حاد میباشد اما در پرفوراسیون زخم یا ترومبوز نیز دیده میشود.

ارزیابی رادیولوژیک – عکس ساده شکم و عکس ایستاده و استفاده از سونوگرافی

در موارد سوء هاضمه درمان ضد اسید با H2 بلاکرها و PPI مانند امپرازول یا درمان ریشه کنی H.Pylori میتواند کمک کننده باشد.

پروتکل آنفلوآنزا

تعریف و هدف:

آنفلوآنزا، بیماری ویروسی حاد دستگاه تنفسی است که با تب، سردرد، درد عضلانی، تعریق، آبریزش بینی، گلودرد و سرفه تظاهر میکند. سرفه اغلب شدید و برای مدتی ادامه مییابد، ولی سایر نشانه‌های بیماری بعد از 2 تا 7 روز خود به خود بهبودی پیدا میکند.

شناسایی بیماری معمولاً بر اساس مشخصات اپیدمیولوژیک آن صورت گرفته و موارد تک گیر آن را فقط با کمک روشهای آزمایشگاهی میتوان تشخیص داد. وجود آبریزش بینی، سرفه و قرمزی چشم بر علیه تشخیص فارنژیت استرپتوکوکی است.

تشخیص:

در هنگام استقرار بیماری، جداسازی ویروس یا بررسی آنتیژنهای ویروسی در ترشحات تنفسی بهترین تکنیک تشخیصی میباشد. ویروس همچنین بوسیله نمونه‌های تهیه شده بوسیله سواب بینی، سواب گلو، شستشوی بینی یا نمونه‌های بینی و گلو به طور اولیه جدا میگردد. تستهای سرولوژی از قبیل ثبوت مکمل و ممانعت کنندهای هم‌آگلوتیناسیون برای تأیید تشخیص گذشته نگر عفونت آنفلوآنزا بکار میروند. جهت انجام این پروتکل بیماریهای عفونی

تستها احتیاج به دو نمونه است، یک نمونه دوران حاد بیماری و یک نمونه دوران نقاهت به فاصله 10 الی 20 روز از نمونه اول.

چه کسانی نیاز به بستری دارند؟

• فرم شدید بیماری (به عنوان مثال، درگیری ریوی)

• افراد با بیماری زمینهای (مثل دیابت، نارسایی مزمن کلیوی، بیماریهای مزمن قلبی و ریوی)

• افراد با ضعف سیستم ایمنی

• خانمهای باردار

در صورت رویت تنفس بیش از 24 در دقیقه (24/Min)، بایستی بیمار در بخش مراقبت های ویژه بستری شود.

ایزولاسیون تنفسی •

اکسیژن درمانی در صورت نیاز •

رژیم مایعات (در صورت دیسترس تنفسی) NPO •

• برقراری IV line

در صورت دیسترس تنفسی ABG • :

• CBC,diff,ESR, BUN, cr, BS, Na, K, AST,ALT, Alk ph

• CXR

کپسول اوستامیویر 75 • میلی گرم دوبار در روز حداقل به مدت 5 روز (در نارسایی کلیه دوز دارو نصف میشود)

• تجویز آنتی بیوتیک در صورت شک به سوپر اینفکشن

• تجویز قرص یا شیاف استامینوفن

پروتکل سندرم پاسخ التهابی سیستمیک

تعریف و هدف:

سپتیسمی سندرم پاسخ التهابی سیستمیک (SIRS) (ناشی از عفونت میباشد).

بیمار با علائم علل غیر عفونی:

• پانکراتیت

• آمبولی ریه

• انفارکتوس میوکارد

• نارسایی آدرنال

• آنوریسم دیسکانت

• خونریزی مخفی

• تامپوناد

• آنافیلاکسی

• سوختگی

• POST Cardiopulmonary bypass syn

· Tumor necrosis associated Acidosis

· drug overdose

پروتکل پنومونی

بیمار سرپایی:

· قبلاً سالم بوده و در 3 ماه گذشته آنتی بیوتیک مصرف نکرده است.

· یک ماکرولید (کلاریترومایسین 500mg (خوراکی دو بار در روز) یا آزیترومایسین 500 mg (خوراکی یک بار در

روز، سپس 250 mg یک بار در روز) یا داکسی سیلین 100mg (خوراکی دو بار در روز)

· وجود بیماریهای همزمان یا مصرف آنتی بیوتیک در 3 ماه اخیر: یک داروی جایگزین، از رده ای متفاوت انتخاب

کنید.

· یک فلوروکینولون موثر بر ریه (موکسی فلوکساسین 400 mg (خوراکی یک بار در روز)،

gemifloxacin (320mg خوراکی یک بار در روز) ، levofloxacin (750mg خوراکی یک بار در روز) یا

یک - β لاکتام (ترجیحاً دوز بالای آموکسی سیلین / کلاولانات 2g (دوبار در روز) ، داروهای جایگزین:

سفتریاکسون 1-2g (وریدی، یک بار در روز) ، cefpodoxime (200mg خوراکی دوبار در روز) (cefuroxime

500mg خوراکی دو بار در روز) به اضافه یک ماکرولید 1

· در مناطقی که شیوع مقاومت 2 پنوموکوک به ماکرولید بالا است، برای بیمارانی که بیماریهای همزمان دارند از

داروهای جایگزین فهرست بالا استفاده کنید.

بیمار بستری در بخش غیر از ICU

· یک فلوروکینولون موثر بر ریه (موکسی فلوکساسین 400 mg (خوراکی یا وریدی یک بار در روز)،

جمیفلوکساسین 320mg (خوراکی یک بار در روز)، لووفلوکساسین 750mg (خوراکی یا وریدی یک بار در

(روز)

پروتکل بیماریهای عفونی

یک - β - لاکتام { 3 سفوتاکسیم g1-2 (وریدی هر 8 ساعت)، سفتریاکسون g1-2 (وریدی یک بار در روز) ،

آمپی سیلین g2-1 (وریدی، هر 4 - 6 ساعت) ، g1 (ertapenem وریدی یک بار در روز در بیماران خاص) به

اضافه یک ماکرولید 4 دکلاریترومایسین یا آزیترومایسین (مطابق دستورالعمل بیماران سالم در بالا) یا

آزیترومایسین وریدی g1 (بار اول ، سپس 500 mg در روز)

بیمار بستری در ICU

یک - β - لاکتام { 3 سفوتاکسیم g2 (وریدی هر 8 ساعت) ، سفتریاکسون g2-1 (وریدی یک بار در روز)،

آمپیسیلین سولبا کتام g2 (وریدی ، هر 8 ساعت) ، به اضافه

آزیترومایسین یا یک فلوروکینولون (به شرح بیماری بستری در بخش های غیر از ICU)

موارد خاص

• اگر پسودوموناس مطرح است.

یک - β - لاکتام ضد پسودوموناس و ضد پنوموکوک ({ پپراسایین / تازوباکتام g5 / 4 (وریدی هر 6 ساعت)،

g2-1 (cefepime وریدی هر 12 ساعت)، g 500 (imipenem وریدی، هر 6 ساعت) ، g1 (meropenem

وریدی هر 8 ساعت) { به اضافه یا سیپروفلوکساسین mg400 (وریدی هر 12 ساعت) یا لووفلوکساسین

mg 750 وریدی یک بار در روز)

- β - لاکتام های بالا به اضافه یک آمینوگلیکوزید ({ آمیکاسین mg/kg15 یک بار در روز یا توبرامایسین

1 / 7 mg/kg یک بار در روز و آزیترومایسین }

- β - لاکتام های بالا به اضافه یک آمینوگلیکوزید به اضافه یک فلوروکینولون ضد پنوموکوک اگر CA-MRSA مطرح است:

Linezolid (mg600 . وریدی هر 12 ساعت) یا وانکومایسین g1 (وریدی هر 12 ساعت) اضافه کنید.

توجه:

CA-MRSA = 1 استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی سیلین اکتسابی از اجتماع

ICU = 2 بخش مراقبت های ویژه

3 داکی سیکلین mg100 . (خوراکی 2 بار در روز) جایگزین ماکرولید است.

MIC . 4 . بیش از ug/ml16 در % 25 از نمونه های رشد کرده در کشت

واحد آموزش پرستاری

5 یک فلوروکینولون موثر بر ریه را باید برای بیماران آلرژیک به پنی سیلین استفاده کرد. .

6 داکسی سیکلین 100mg . (وریدی هر 12 ساعت) می تواند جایگزین ماکرولید باشد.

7 برای بیماران آلرژیک به پنیسیلین، از فلوروکینولون موثر بر ریه و آزترنونام 2g . (وریدی هر 8 ساعت) استفاده

کنید)

8 برای بیماران آلرژیک به پنی سیلین، آزترنونام را جایگزین کنید. .

از توجه شما سپاسگذارم

