


|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>کد سند:<br/>ISH/EMG/POL/56<br/>ویرایش: 0<br/>تاریخ تصویب:<br/>95/09/30<br/>تاریخ<br/>بازنگری: 98/07/30<br/>صفحه: 1</p> | <p>بیمارستان امام سجاد (ع)<br/>آشتیان</p> <p>خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»</p> |  <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک<br/>بهداشتی درمانی اراک</p> |
|---|--|---|

**هدف (بیانیه خط مشی و روش):** هدف (بیانیه خط و مشی و روش): ارائه بهترین و جدیدترین روش درمانی بیماران بستری که منجر به مراقبت مستمر و با کیفیت بیشتر می شود:

- کنترل و درمان به موقع وضعیت های مجزای بیماران
  - درمان و کاهش آسیب به بیماران
  - افزایش ایمنی بیماران هنگام انتقال به بخش های ویژه
- مانیتور علائم حیاتی برای نظارت، نمایش، بازنگری، ذخیره، الارم چندکانه پارامتر های فیزیولوژیک از جمله: الکتروکاردیوگرافی (EKG)، آنالیز اریتمی، ضربان قلب (HR)، سرعت تنفس (PR)، دمای بدن (TEMP)، درصد اشباع اکسیژن (SPO2)، سرعت ضربان (PR)، فشار خون غیر تهاجمی (NIBP) فشار متوسط به کار می رود.
- دامنه کاربرد:** کلیه بیماران بستری در بخش های ویژه
- تعاریف:**

- بیماری حاد: بیماری که شروع ناگهانی داشته و معمولا دوره آن کوتاه است.
- بیماران حاد: بیمارانی که دارای اختلالات همودینامیک ناپایدار بوده که به صورت ناگهانی در وی ایجاد می شود
- مراقبت بحرانی: مراقبت هایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت تهدید کننده حیات با ارائه حمایت های تخصصی و پیشرفته از ارگان های مختلف و مانیتورینگ تهاجمی صورت می گیرد
- هیپوکسمی: کاهش میزان اکسیژن خون شریانی چنانچه در سطح سلولی منجر به کاهش اکسیژن رسانی بافت گردد هیپوکسمی رخ می دهد. علائم آن عبارت است از: 1- دیس پنه 2- تعریق 3- سیانور 4- تلاش تنفسی
- دستگاه ونتیلاتور: زمانی که شدت بیماری به اندازه ای باشد که فرد به حالت عادی نتواند نفس بکشد و الگوی تنفسی مناسب ندارد، برای بررسی وضعیت تنفس و بهبود اکسیژن رسانی و آزمایش ABG و تعداد PR و SAT از دستگاه ونتیلاتور با تنظیمات مدنظر پزشک معالج بیمار استفاده می شود

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>تصویب کننده:</p>  <p>رئیس بیمارستان</p> | <p>تأیید کننده:</p>  <p>مدیریت داخلی</p> | <p>تهیه کنندگان:</p>  <p>مترون . سرپرستار<br/>اورژانس. بهبود</p> |
|---|---|---|

کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

• **منابع و مراجع:** کلیات استاندارد های مراقبتي و حرفه اي پرستار  
تالیف اعظم گیوری ،مهوش صلصالي و دیگران (وزارت بهداشت و  
آموزش پزشکی -دفتر مشاوره وزیر در امور پرستاري)

**فرد پاسخگوی خط مشی :** : پزشك ،سرپرستار ،مسئول شیفت ،پرستار مسئول  
بیمار ،بھیار

**نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:** -مشاهده و مصاحبه با بیماران-2  
بررسی مستندات پرونده بیمار

**شیوه انجام کار ( به صورت گام به گام همراه با مسئول، زمان و مکان  
اجراء):**  
**تئوريات:**

- 1- مراحل تنظیم دستگاه ونتیلاتور:
- 2- انتخاب مد دستگاه
- 3- تنظیم درصد هوای دمی FIO2
- 4- تنظیم تعداد تنفس در دقیقه
- 5- تنظیم حجم جاری
- 6- تنظیم حساسیت دستگاه تنظیم سرعت جریان هوای دمی
- 7- ثبت دم و بازدم

### مدهای \_حالت های دستگاه ونتیلاتور

- IPPV یا CMC یا VC : این نوع تهویه حجمی است در این مد ونتیلاتور  
هوای دمی را با حجم جاری و تعداد از پیش تعیین شده (صرف نظر  
از کوشش های تنفسی بیمار )به ریه های بیمار تحویل می  
دهد. در صورت کوشش تنفسی بیمار قادر به تحریک ونتیلاتور برای  
تحویل یک تنفس مکانیکی نخواهد بود و کوشش تنفسی بیمار توسط  
دستگاه بلوکه شده که موجب جنگیدن ( FIGHTING ) با دستگاه خواهد  
شد.

- مد تهویه AMV : در این مد ونتیلاتور حجم از پیش تعیین شده را  
تنها با تحریک کوشش های دمی بیمار ،در اختیار ریه ها قرار

|   |   |   |
|---|---|---|
| تصویب کننده :   | تأیید کننده :   | تهیه کنندگان :  |
| <br>رئیس بیمارستان | <br>مدیریت داخلی | <br>مترون . سرپرستار<br>اورژانس. بهبود |

کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

می دهد. به این معنی که فشار منفی ایجاد شده در ونتیلاتور ناشی از دم ارادی بیمار، دستگاه را تحریک کرده و ونتیلاتور حجم از پیش تعیین شده را تحت فشار مثبت همزمان بال دم بیمار به داخل ریه ها می فرستد

- مد تهویه اجباری متناوب هماهنگ شده SIMV: این مد ترکیبی از تهویه ارادی نتهئیه کمکی است. ونتیلاتور در فواصل از پیششده به کوشش های تنفسی بیمار حساس شده و این کوشش به صورت تحویل یک تنفس مکانیکی پاسخ می دهد. در فواصل این سیکل های کمکی بیمار به طور اداری و با تعداد حجم انتهایی خود تنفس می کند و ونتیلاتور کمکی به این تنفس های ارادی نمی کند.

- مد تهویه ارادی sponit: در این مد ونتیلاتور هیچ گونه تنفس اجباری یا کمکی به ریه های بیمار تحویل نمی دهد و بیمار تعیین کننده کل کار تنفسی بوده و حجم تنفسی بوده و حجم تنفسی و تعداد تنفس در دقیقه بستگی به کوش تنفسی و توانایی عضلات تنفسی بیمار دارد.

- مد تهویه با حمایت فشاری غیر تهاجمی NIOV یا BIPAP: این مد شبیه تهویه با حمایت فشار دمی (PS) است اما در اینجا نیازی به راه هوایی مصنوعی ندارد. حجم جاری و سرعت جریان و زمان بر حسب کوشش تنفسی بیمار مقدار فشار تنظیم شده و تغییر در کمپلیانس و مقاومت متغیر می باشد. تهویه این مد از طریق ماسک فیکس شده و با بینی صورت می گیرد.

### امور پرستاری از بیمار تحت تهویه مکانیکی:


کنترل علائم حیاتی (V/S) هر دو ساعت یکبار 2- تغییر پوزیشن 3- تسکین درد 4- ساکشن بیمار 5- کنترل  $O_2^*$  6- کنترل روزانه الکترولیت های خون 7- تغذیه از راه گاوژ

### جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور (Weaning)

هدف نهایی مراقبت از بیماران تحت تهویه مکانیکی، رسیدن به تنفس ارادی و جداسازی موافق امیز از دستگاه ونتیلاتور است. در موارد زیر بیمار را از دستگاه جدا می کنیم:

- تب نداشتن

|   |   |  |
|---|---|--|
| تصویب کننده:<br><br>رئیس بیمارستان | تأیید کننده:<br><br>مدیریت داخلی | تهیه کنندگان:<br><br>مترون . سرپرستار<br>اورژانس. بهبود |
|---|---|--|

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>کد سند:<br/>ISH/EMG/POL/56<br/>ویرایش: 0<br/>تاریخ تصویب:<br/>95/09/30<br/>تاریخ<br/>بازنگری: 98/07/30<br/>صفحه: 1</p> | <p>بیمارستان امام سجاد (ع)<br/>آشتیان<br/>خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و<br/>مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»</p> |  <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات<br/>بهداشتی درمانی اراک</p> |
|---|---|---|

- در گرافی رادیولوژی از قفسه سینه مشخص شود که ریه ها پاک شده است.
- احتمال بروز دیس پنه های خطرناک نباشند
- وضعیت همو دینامیک بیمار با تجویز دارو ثابت باشد
- بیمار به هوش بوده و قادر به تنفس خود به خودی باشد
- ABG در حد طبیعی و قابل قبول باشد.
- وضعیت تغذیه ای مناسب باشد و مایعات کافی دریافت کند
- در موارد زیر دستگاه ونتیلاتور محدا وصل شود :
- بالا رفتن فشار سیستولیک از 20mmHg
- بالا رفتن فشار سیستولیک از 10mmHg
- بالا تر رفتن سرعت ضربان قلب از 120 بار در دقیقه
- بالا تر رفتن تعداد تنفس از 35 بار در دقیقه
- خفگی مفرط بیمار
- مختل شدن مقادیر ABG
- بروز دیس ریتمی قلبی و تغییرات EKG
- زجر تنفسی بیمار

### پارامتر های اصلی برای تفسیر گاز های خونی شریانی

علاوه بر Pao2 و o2Sat و سایر مقدار لازم برای تغییر اختلالات اسید و باز شامل: (Base Excess) ، BE ، HCO3 ، PH ، Anion Gap است.

- PH: میزان آن اسیدیته خون بین 7.35 و 7.45 است. این میزان اگر بالاتر از 7.45 شود الکالمی و زیر 7.35 شود اسیدی نامیده می شود. به طور متوسط 7.4 در نظر گرفته می شود.

- PACO2: نماینگر میزان دی اکسید کربن موجود در خون شریانی است. میزان طبیعی آن 35-45mmHg است. افزایش بیش از 45mmHg اسیدوز تنفسی و کاهش کمتر از 35 mmHg الکالوز تنفسی نامیده می شود.

- HCO3: میزات طبیعی بودن بیکربنات 24-26 mEq/L می باشد. افزایش این مقدار از 26 mEq/L الکالوز متابولیک و کاهش آن از 22 mEq/L اسیدوز متابولیک نامیده می شود.

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>تصویب کننده :</p>  <p>رئیس بیمارستان</p> | <p>تأیید کننده :</p>  <p>مدیریت داخلی</p> | <p>تهیه کنندگان :</p>  <p>مترون . سرپرستار<br/>اورژانس. بهبود</p> |
|--|--|--|

کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

- BE ( Base Excess ) یا افزایش باز : در شرایطی که Paco2 در 37 درجه سانتی گراد معادل 40 mmhg بوده و کمبود اکسیژن هم وجود داشته باشد، BE به مقدار اسید و باز اطلاق می گردد که برای حفظ PH در حد طبیعی و نیز حفظ بیکربنات به میزان 24mEqv/L مورد نیاز است. مقدار طبیعی آن بین +2 و -2 است. افزایش این مقدار به بیش از +2 نماینگر احتباس باز غیر فرار (الکالوز متابولیک) و کاهش این مقدار از -2 نماینگر احتباس اسید (اسیدوز متابولیک) می باشد

### روش تفسیر ABG :

- مرحله اول مشاهده Pao2 و o2Sat : ابتدا pao2 را برای مشخص شدن هیپوکسمی بودن یا نبودن بیمار بررسی می کنیم. مقدار طبیعی آن 80-100mmHg است. در صورتیکه این مقدار 60-70 mmHg باشد هیپوکسمی خفیف 40-59 mmHg باشد هیپوکسمی متوسط ، کمتر از 40mmHg باشد هیپوکسمی شدید می باشد. مقدار هیپوکسمی کمتر از 60mmHg را مخاطره امیز می دانیم .

- مرحله دوم مشاهده Ph مقدار PH اگر کمتر از 7.35 اسیدوز و بیشتر از 7.45 الکالوز است.

- مرحله سوم مشاهده PaCO2 : این مقدار کمتر از 35 الکالوز تنفسی و بالاتر از 45 اسیدوز تنفسی است .

- مرحله چهارم مشاهده بیکربنات ( HCO3 ) مقادیر بیش از 28 mEqv/L الکالوز متابولیک و کمتر از 22mEqv/L اسیدوز متابولیک است.

- مرحله پنجم مشاهده (BASE EXCESS) : این مقدار برای تفسیر اسیدوز یا الکالوز با منشا متابولیک ، دقیقتر از HCO3 است. در صورتیکه بیش از +2 باشد الکالوز متابولیک و کمتر از -2 باشد اسیدوز متابولیک است.

- مرحله ششم "فعال شدن مکانیسم جبرانی PH (بافری تنفسی متابولیک) در بدن (با جبران یا بدون جبران) در زمان اختلال اسید و باز بررسی می شود. تصمیم گیری در این خصوص به سه حالت زیر می باشد :  
حالت اول : بدون جبران ( PH غیر طبیعی بوده ، Paco2 یا HCO3 غیر طبیعی هستند)

|   |   |   |
|---|---|---|
| تصویب کننده :   | تأیید کننده :   | تهیه کنندگان :  |
| <br>رئیس بیمارستان | <br>مدیریت داخلی | <br>مترون . سرپرستار<br>اورژانس. بهبود |

کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

الف) قانون یک: اگر تغییرات PH و  $Paco_3$  مخالف یکدیگر باشند، یک بیماری تنفسی (اسیدوز یا الکالوز) وجود دارد.  
ب) قانون دو: اگر تغییرات PH و  $Paco_3$  مخالف هم جهت باشند، یک بیماری متابولیک (اسیدوز یا الکالوز) وجود دارد.  
حالت دوم: جبران ناقص (PH و  $Pao_2$  و یا  $HCO_3$  هر سه طبیعی هستند)  
( : به این معنی است که مکانیسم های جبرانی فعال شده اند اما موفق به اصلاح کامل PH نشده اند.



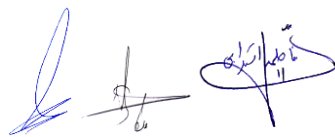
الف) قانون 3: اگر  $Pao_2$  و  $HCO_3$  هم جهت باشند، بدن در حال جبران عدم تعادل است.

حالت سوم: جبران کامل (PH طبیعی بوده،  $Paco_2$  و  $HCO_3$  هردو غیر طبیعی هستند):

الف) قانون چهارم: در وضعیت جبران کامل براتشخیص اختلال مکانیسم اولیه و مکانیسم جبرانی ابتدا با نگاه کردن به مقادیر  $BE t, HCO_3$  و  $Paco_3$  نوع اختلال را مشخص کرده و سپس به مقدار PH توجه می کنیم: در صورتیکه میزان PH بین 7.35 و 7.45 بود فعلت اولیه اسیدوز است. در صورتیکه میزان PH بین 7.40 و 7.45 بود علت اولیه الکالوز است.

### اجرایات

- 1- پرستار مسئول بیمار سطح هوشیاری بیمار را با مقیاس گلاسکو تعیین کرده و به ارزیابی مردمک های هردو چشم می پردازد.
- 2 پرستار مسئول بیمار وضعیت درد بیمار را (شدت، طول، نواحی درد و ...) ارزیابی کرده و شرایط به پزشک معالج اطلاع رسانی می دهد و تا زمانی که درد بهبود نیافته است، هر 15 دقیقه درد بیمار توسط مجددا ارزیابی می نماید.
- 3 پرستار مسئول بیمار هر یک ساعت، یکبار برون ده ادرار بیمار را ارزیابی و کنترل می کند و در وقتی که برون ده کمتر از  $30\text{ CC}$  در ساعت باشد به پزشک معالج بیمار اطلاع می دهد. همچنین کنترل دفع و جذب را نیز انجام می دهد.
- 4 پرستار مسئول بیمار، پاسخ بیمار را به درمان را ارزیابی کرده و موارد مهم را به پزشک معالج بیمار گزارش می دهد.

|   |   |   |
|---|---|---|
| تصویب کننده :   | تأیید کننده :   | تهیه کنندگان :  |
| <br>رئیس بیمارستان | <br>مدیریت داخلی | <br>مترون . سرپرستار<br>اورژانس. بهبود |

کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

5 پزشک معالج بیمار دستورات را در خصوص مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیمار، ضمن درج ساعت و تاریخ، مهر و امضاء می کند

6 بعد از پذیرش بیماران در بخش ویژه پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک معالج را بررسی می کند.

7 پرستار مسئول بیمار بر بالین آمده و خود را معرفی می کند و به بیمار توضیح می دهد که کلیه اقدامات برای نظارت بر بیمار بوده و بدون درد می باشد و بلافاصله بیمار را تخت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار می دهد.

8 پرستار مسئول بیمار بسته به نوع بیمار:

- در صورت هوشیار بودن، اکسیژن را به صورت کانولای بینی یا مایک گذاشته و بیمار را به ریلکسیشن و انجام تنفس های موثر توصیه می کند.

- در صورت عدم هوشیاری بیمار، بیمار را اینتوبه کرده و طبق دستور پزشک معالج بیمار، با داروهای بیهوشی آرام سازی کرده و دستگاه ونتیلاتور را با تنظیمات مناسب متصل می کند.

### مانیتورینگ ضربان قلب:

- پرستار مسئول بیمار، به بیمار توضیح می دهد که اتصال لیدها برای بررسی قلب می باشد.

- پرستار مسئول بیمار، چست لیدهای قلبی را در مکان های صحیح به قفسه سینه بیمار وصل کرده و ریتم قلب بیمار را در مانیتور چک می کند. مانیتورینگ ضربان قلب و ریتم قلب در بخش ویژه و به صورت مداوم انجام می گیرد.

- پرستار مسئول بیمار، دامنه تنظیمات دستگاه با توجه به شرایط بیمار تنظیم می نماید

- در صورت صاف شدن خط ریتم پرستار مسئول بیمار ابتدا چست لیدها و بالین بیمار را چک کرده و سپس با اطمینان از اتصال صحیح تمامی لیدها و محرز شدن ایست قلبی بیمار، کد احیاء قلبی ریوی (CPR) اعلام میشود

مانیتورینگ فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و فشار متوسط شریانی:

|   |   |  |
|---|---|--|
| تصویب کننده:<br><br>رئیس بیمارستان | تأیید کننده:<br><br>مدیریت داخلی | تهیه کنندگان:<br><br>مترن . سرپرستار<br>اورفانس . بهبود |
|---|---|--|

کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

- پرستار مسئول بیمار، فشار خون بیماران بخش ویژه را به دو روش تهاجمی ثبت می نماید.
- (الف) روش غیر تهاجمی: کاف فشار سنج دستی را به دور دست بیمار بسته می شود و کلید مربوط گرفتن فشار خون را روی دستگاه مانیتورینگ فشار می دهد. بلافاصله کاف شروع به باد شدن کرده و پس از لحظاتی فشار خون سیستول و دیاستول و میانگین فشار خون شریانی بر روی مانیتور نمایش داده می شود. پرستار اعداد را در برگه ((کنترل علائم حیاتی)) ثبت می کند
- (ب) روش تهاجمی:
- پرستار مسئول بیمار 30 دقیقه قبل از اقدام به گرفتن فشار خون ، به بیمار آموزش می دهد که از مصرف کافئین خودداری نماید.
- پرستار مسئول بیمار 5 دقیقه قبل از اقدام به گرفتن فشار خون بیمار را دعوت به استراحت می کند.
- پرستار مسئول بیمار، ابتدا به بیمار توضیح می دهد که این کاف برای اندازه گیری فشار می باشد و کاف دستگاه فشار را به دو سوم (2/3) بازوی بیمار وصل کرده و دست بیمار را هم سطح با قلب قرار می دهد و از بیمار صاف نگه داشتن و عدم حرکت دست خود در هنگام گرفتن فشار را درخواست می نماید.
- پرستار مسئول بیمار، با استفاده از تجربه خود تنظیمات مربوطه به فشار و زمان اندازه گیری فشار به صورت خودکار توسط دستگاه را تنظیم می کند.
- در بیمارانی که داروهایی به صورت انفوزیون با کنترل فشار نظیر TNG ، دوپامین ، دوبوتامین و ... دریافت می کنند باید فواصل اندازه گیری فشار تنظیم شده و برای خسته نشدن دست بیمار ، کاف هر چند ساعت به دست دیگر بیمار متصل شود.

### مانیتورینگ تعداد تنفس:

- پرستار مسئول بیمار، ابتدا به ارزیابی وضعیت باز بودن راه هوایی و پاک بودن ریه ها می پردازد. در صورتیکه که علائم مبنی بر انسداد راه هوایی (خرخر کردن و استریدور) باشد فاین مشخصه انسداد راه هوایی فوقانی است. در این حالت مانور باز کردن راه

|   |   |   |
|---|---|---|
| تصویب کننده :   | تأیید کننده :   | تهیه کنندگان :  |
| <br>رئیس بیمارستان | <br>مدیریت داخلی | <br>مترون . سرپرستار<br>اورژانس. بهبود |



کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

- هوایی اجرا می شود (چنانچه بیمار هوشیار است وی را تشویق به سرفه کردن نموده و در وضعیت نشسته قرار می دهند و با مشت به پشت بیمار ضربه می زنند و با انگشت اشاره اقدام به خروج مواد از دهان بیمار می کنند. و در صورت لازم اقدام به ساکشن و قرار دادن ایروی (Airway) و اکسیژن تراپی می شود.
- اکسیژن درمانی در موارد زیر تجویز می شود:  
الف) کاهش اکسیژن خون شریانی (ب) افزایش کار تنفسی و خستگی بیمار (از تنفس ج) نیاز به کاهش بار کاری میوکارد
  - روشهای تجویز اکسیژن:  
الف) کانولای بینی : 1-6 LITR/MIN (ب) ماسک ساده صورت : 5-8 LITR/MIN
  - ج: ماسک ذخیره اکسیژن : بیشتر از 6 LITR/MIN
  - پرستار مسئول بیمار، ارزیابی می کند که آیا بیمار تنفس خود به خودی دارد؟ و آیا بیمار نیاز به حمایت تنفسی دارد؟
  - پرستار مسئول بیمار، تعداد تنفس را کنترل کرده و مقادیر مندرج در دستگاه را با بالین بیمار مطابقت می دهد.
  - پرستار مسئول بیمار، بنا بر وضعیت بیمار طبق دستور پزشک معالج بیمار در مواقعی که حمایت تنفسی نیازی به اقدام تهاجمی ندارد، از ماسک و یا کانولای بینی برای بیمار استفاده می کنند.
  - درجه حرارت : پرستار مسئول بیمار درجه حرارت بیماران بستری در بخش ویژه را به صورت روتین هر 6 ساعت و با دماسنج دهانی انجام می دهند. در صورت بستری بیماران با شرایط بیماران التهاب قلب و تب دار بیماران به صورت مداوم و با سنسور های دستگاه از نظر دما ارزیابی می شوند
  - درصد اشباع اکسیژن خون شریانی :
  - پرستار مسئول بیمار، پروب مربوط به اندازه گیری خون را به دست بیمار وصل کرده و به او توضیح می دهد که برای اندازه گیری اکسیژن خون او می باشد
  - پرستار مسئول بیمار، نمودار مربوط به درصد اشباع اکسیژن را در دستگاه دیده ئ تنظیمات آن را وابسته به شرایط بیمار تغییر می دهد.

|   |   |   |
|---|---|---|
| تصویب کننده :   | تأیید کننده :   | تهیه کنندگان :  |
| <br>رئیس بیمارستان | <br>مدیریت داخلی | <br>مترون . سرپرستار<br>اورژانس. بهبود |

کد سند:  
ISH/EMG/POL/56  
ویرایش: 0  
تاریخ تصویب:  
95/09/30  
تاریخ  
بازنگری: 98/07/30  
صفحه: 1

## بیمارستان امام سجاد (ع) آشتیان

خط مشی و روش «مراقبت فیزیولوژیک و  
مانیتورینگ مداوم بیماران حاد»



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی اراک

- بهتر است دستگاه به انگشت دست و یا پای بیماران و در صورت عدم تحمل لاله گوش وصل شود
  - در صورت عدم سنس و یا افت ناگهانی سطح اکسیژن ابتدا اتصالات را چک کنید فگاهی سردی دست بیماران منجر به نتیجه کاذب می شود.
- امکانات و تجهیزات:** مانیتور پرتابل، پالس اکسیمتری، دفیبریلاتور

|   |   |  |
|---|---|--|
| تصویب کننده :   | تأیید کننده :   | تهیه کنندگان :   |
| <br>رئیس بیمارستان | <br>مدیریت داخلی | <br>مترون . سرپرستار<br>اورفوانس. بهبود |