



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

ماهنامه ایمنی بیمار البرز



* ایمنی کارکنان الزامی برای ایمنی بیمار *

* شناسایی صحیح بیمار الویت اول هر اقدام درمانی *

ماهنامه شماره ۱۹ اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۲

آدرس: بلوار طالقانی شمالی، روبروی دادگستری، خیابان دیوسالار، بوستان پنجم، پلاک ۲۰

WWW.abzums.ac.ir - info@abzums.ac.ir

واحدایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه ایمنی

البرز



واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه ایمنی

البرز

جناب آقای دکتر امیر عباس واعظی

(معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز)

صاحب امتیاز

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی

(مدیر امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی)

مدیر مسئول

سرکار خاتم الهمام ابراهیم زاده

(کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی)

سر دبیر

جناب آقای دکتر کاظمی (مسئول ایمنی بیمار بیمارستان قائم (عج)

جناب آقای دکتر محمدی (مسئول ایمنی بیمارستان امام حسن مجتبی)

سرکار خاتم نیلوفر محرابی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم (عج)

سرکار خاتم نرگس صلواتی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن

مجتبی (ع) نظر آباد

هیأت تحریریه

سرکار خانم نیلوفر محرابی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم کرج

سرکار خانم نرگس صلواتی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) نظر آباد

ویراستار

فهرست

دیورتیکولیت روده

۱-۶

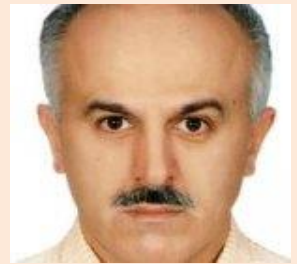
پنومونی ۷-۱۶

شناسایی صحیح گروه
های پرخطر ۱۷-۲۶

پیشگیری و مراقبت
زخم فشاری ۲۷-۳۶

سناریوهای خطاهای
پزشکی

دیورتیکول / دیورتیکولیت روده



دکتر سید علی رضا کابلی

فوق تخصص گوارش

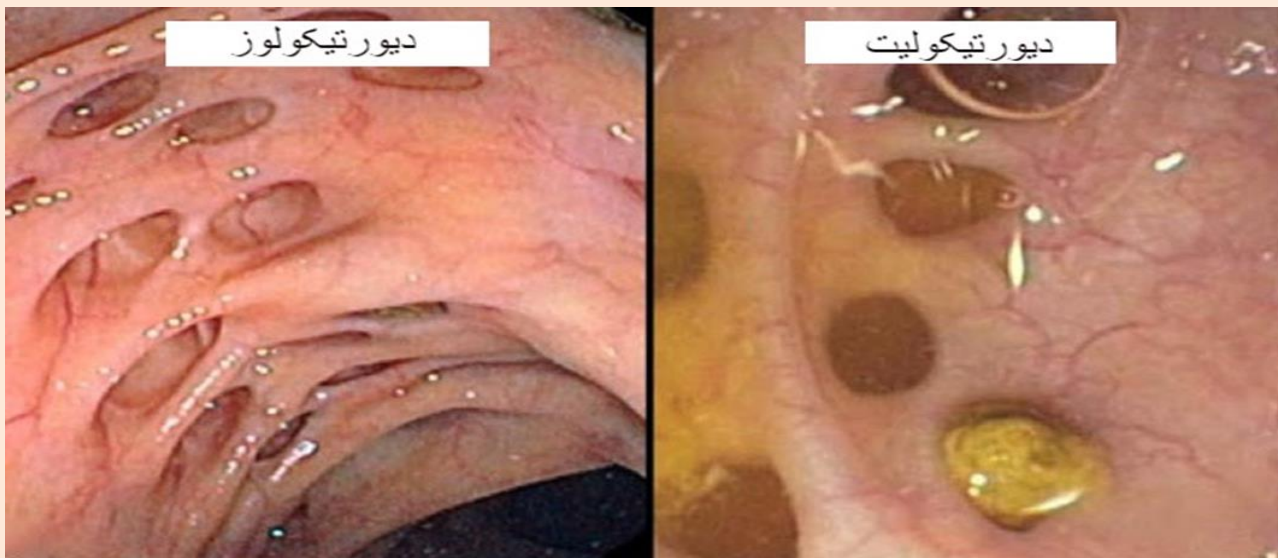


مقدمه :

دیورتیکول نوعی بیرون زدگی از یک ساختار توخالی (یا پر از مایع) در بدن است

تفاوت بین بیماری دیورتیکولوز و دیورتیکولیت چیست؟

دیورتیکول به تنهایی اغلب علائم قابل توجهی ایجاد نمی کند و در صورت بروز علائمی مانند گرفتگی ، یبوست ، نفخ ، اسهال ، معمولاً به بیماری دیورتیکولوز نسبت داده نمی شوند . اکثر افراد مبتلا به بیماری دیورتیکولوز نمی دانند که به این بیماری مبتلا هستند . با این حال اگر دیورتیکول قرمز ، ملتهب یا آلوده شود ، بیماری دیورتیکولیت به وجود می آید . درد شکم با ابتلا به این بیماری بیشتر نمایان می شود و ممکن است تب و لرز همراه با علائم گوارشی را تجربه کنید . دیورتیکولوز یک بیماری گوارشی ، داشتن کیسه های کوچک و ریز به نام دیورتیکول در دیواره روده بزرگ می باشد ، این کیسه ها می توانند به اندازه یک نخود یا بزرگتر باشند . دیورتیکول می تواند مانع جریان طبیعی مواد گوارشی از روده بزرگ به راست روده شود .



انواع مختلف بیماری دیورتیکولیت چیست؟

یک دیورتیکول می تواند در هر نقطه از دستگاه گوارش ، از مری تا روده بزرگ ایجاد شود و در حقیقت ، دیورتیکول می تواند در امتداد دیواره هر اندام توخالی ایجاد شود. انواع دیورتیکولیت و دیورتیکول عبارتند از:

- دیورتیکول و دیورتیکولیت روده بزرگ که در روده بزرگ یا کولون رخ می دهد
- دیورتیکول و دیورتیکولیت مثانه که بیشتر در مردان رخ می دهد و به ندرت علائمی ایجاد می کند
- دیورتیکول و دیورتیکولیت مری که در هر جای مری از گلو تا معده می تواند ایجاد شود
- دیورتیکول و دیورتیکولیت مکل (Meckel's) که در روده کوچک رخ می دهد و از بدو تولد وجود دارد.

دیورتیکولیت مکل (Meckel's)

دیورتیکولیت مکل التهاب یا عفونت دیورتیکول مادرزادی در روده کوچک است . دیورتیکول مکل در بدو تولد ، از بقایای باقی مانده بند ناف جنین به وجود می آید ، علائم انحرافی این بیماری شامل موارد زیر است:

درد شکمی ، نفخ ، اسهال یا یبوست و استفراغ ، به دلیل انسداد روده ناشی از دیورتیکول و خون در مدفوع. از عوارض این بیماری می توان به خونریزی زخم در روده کوچک و انسداد روده اشاره کرد.

دیورتیکولیت مری

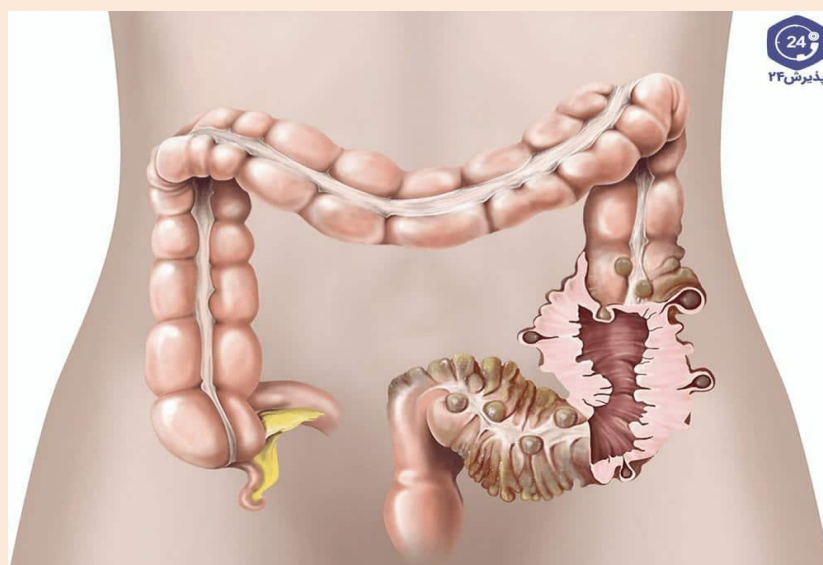
دیورتیکولیت مری التهاب یا عفونت دیورتیکول در مری است ، دیورتیکول در مری بسیار نادر است و به طور معمول در افراد مسن تشخیص داده می شود. این بیماری می تواند در ناحیه ای از دیواره مری ایجاد شود که به دلیل مشکلات دیگر مری ضعیف شده است ، همچنین فشار خارجی نیز می تواند باعث ایجاد دیورتیکول در مری شود.

دیورتیکولیت مثانه

دیورتیکول مثانه معمولاً علائمی ایجاد نمی کند. با این حال ممکن است خونریزی کند و باعث ایجاد خون در ادرار (هماچوری) شود ، عفونت یا باعث احتباس ادرار شود. سوراخ شدن یا پارگی در دیورتیکول مثانه می تواند منجر به التهاب یا عفونت در این اندام شود.

دیورتیکولیت روده

دیورتیکولیت (Diverticulitis) التهاب یا عفونت ناشی از دیورتیکول (diverticula) می باشد ، دیورتیکول یا دیورتیکول کولون (colonic diverticula) کیسه های کوچک می باشند که در قسمت های ضعیف روده بزرگ ایجاد می شود. دیورتیکول ها می تواند در هر نقطه از روده بزرگ ایجاد شود ، اما بیشتر در کولون ، نزدیک به راست روده در بخشی به نام کولون سیگموئید مشاهده می شود. دیورتیکول در دیواره روده گسترش می یابد و می تواند جریان طبیعی مواد گوارشی از طریق روده بزرگ را مختل کنند.



پاتوفیزیولوژی :

دیورتیکول زمانی تشکیل میشود که لایه های مخاطی و زیر مخاطی کولون به دلیل وجود فشار بالای داخل مجرای، حجم پایین در کولون (محتویات کم فیبر) و کاهش قدرت عضلانی در دیواره ی کولون (هیپر تروفی عضلانی ناشی از توده های سخت شده مدفوع)، از طریق دیواره عضلانی آن بیرون زده می شود. دیورتیکول ممکن است در اثر تداوم انسداد ملتهب شود. سپس التهاب به قسمت های محیطی دیواره روده گسترش یافته و باعث افزایش تحریک پذیری و اسپاسم کولون می شود (دیورتیکولیت). آبسه هایی ممکن است تولید شده و سپس پاره شوند و در نتیجه پریتونیت و خونریزی ناشی از آسیب عروقی ایجاد میشود.



تظاهرات بالینی :

علائم و نشانه های دیورتیکولوز معمولا خفیف میباشند و شامل بی نظمی در فعالیت روده، اسهال متناوب، شروع ناگهانی درد های کرامپی در ربع تحتانی چپ شکم همراه با تب خفیف هستند. تهوع و بی اشتها نیز ممکن است وجود داشته باشد. گاهی نفخ شکم هم رخ میدهد. در دیورتیکولیت حاد، بیمار از درد خفیف تا شدید ربع تحتانی چپ شکم همراه تهوع، استفراغ، تب، لرز و لکوسیتوز شاکی خواهد بود در صورت عدم درمان و رفع مشکل، خطر بروز پریتونیت و سپتی سمی وجود دارد.

بررسی و یافته های تشخیصی :

کولونوسکوپی روش تشخیصی مورد تایید است، در تشخیص دیورتیکولیت انجام تنقیه باریم میتواند منجر به پارگی روده شود. سی تی اسکن همراه با ماده حاجب روش انتخابی دیگر برای تشخیص دیورتیکولیت و آبسه ها است.

عوارض:

عوارض دیورتیکولیت شامل پریتونیت، فیستول، تولید آبسه و خونریزی است. دیورتیکول ملتهب در صورت پاره شدن، باعث بروز درد موضعی در همان قسمت مبتلا، معمولاً سیگموئید خواهد شد که به دنبال آن، آبسه موضعی یا پریتونیت ایجاد میشود. گاهی التهاب دیورتیکول یک راه غیر طبیعی بین ساختارهای بدن ایجاد میکند، مثل فیستول بین کولون و مثانه.

درمان:

• رژیم غذایی و درمان دارویی

دیورتیکولیت به طور سرپایی با دارو و رژیم غذایی قابل درمان است. در ابتدا از رژیم مایعات شفاف استفاده می شود تا التهاب فروکش کند. سپس رژیم پر فیبر و کم چرب توصیه میگردد. این رژیم زمان توقف مدفوع در کولون را کاهش داده و در نتیجه از افزایش فشار داخل مجرا می کاهد. به مدت ۷ تا ۱۰ روز آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک تجویز میگردد.

• درمان جراحی

اگرچه با درمان دارویی و غذایی دیورتیکولیت حاد معمولاً رفع خواهد شد ولی در موارد بروز عوارض (سوراخ شدن، پریتونیت، تولید آبسه، خونریزی یا انسداد) نیاز به جراحی فوری خواهد داشت. در صورت آبسه بدون انسداد، پریتونیت و خونریزی تحت اسکن و از طریق پوستی تخلیه آبسه انجام شده و آنتی بیوتیک های وریدی تجویز میشوند.

انواع جراحی هایی که ممکن است برای درمان این بیماری لازم باشد شامل موارد زیر است:

- برداشتن روده بزرگ یا کولکتومی که شامل برداشتن بخشی از روده بزرگ است
 - ترمیم فیستول، که شبیه روش کولکتومی می باشد
- جراحی شکم برای تمیز کردن عفونت از حفره شکم در صورت ایجاد پریتونیت

منابع: کتاب برونر سودارت

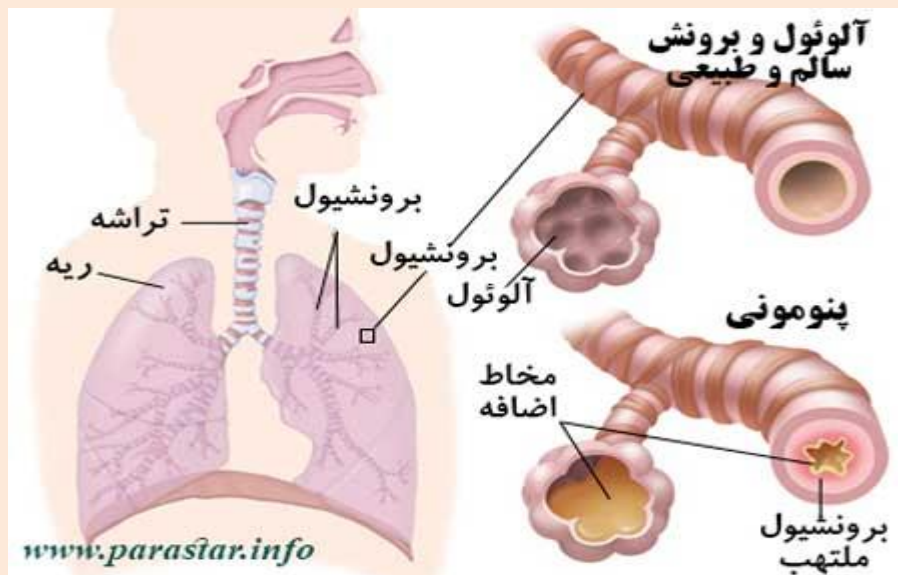
مؤلف: خانم مریم علیخانی

پنومونی



دکتر خاقان محمدی

متخصص طب اورژانس



مقدمه:

پنومونی یکی از عفونت های رایج ریه است که در اثر باکتری، ویروس یا قارچ ایجاد می شود. پنومونی و علائم آن می تواند از خفیف تا خیلی شدید متغیر باشد. درمان های زیادی برای پنومونی در دسترس است. درمان به علت پنومونی، شدت علائم، سن و سلامت کلی فرد بستگی دارد. بیشتر افراد سالم در طی یک تا سه هفته از پنومونی بهبود می یابند، اما پنومونی در بعضی افراد می تواند تهدید کننده حیات باشد. خبر خوب این است که پنومونی قابل پیشگیری است، از طریق تزریق سالانه فلو – (flu shot) زیرا فلو اغلب موجب پنومونی می شود، شستن مکرر دست ها و تزریق واکسن پنومونی پنوموکوکی (pneumococcal pneumonia) در افرادی که در خطر بالا هستند.

تعریف پنومونی:

پنومونی یک بیماری عفونی شایع ریه ها است که توسط باکتری، ویروس یا قارچ ایجاد می شود. پنومونی اغلب توسط سرفه، عطسه، تنفس منتشر می شود. حتی کسانی که علامت بیماری را ندارند می توانند ناقل بیماری بوده و پنومونی را منتشر کنند.

زمانی که پنومونی تشخیص داده می شود، اغلب راهی برای اطمینان از علت باکتری یا ویروسی داشتن بیماری وجود ندارد؛ بنابراین عموماً پزشکان درمان را با آنتی بیوتیک شروع می کنند. معمولاً آنتی بیوتیک براساس طبقه پنومونی داده می شود که شایعترین طبقه های پنومونی شامل پنومونی اکتسابی از جامعه (CAP) و پنومونی مرتبط با مراقبت بهداشتی (HCAP) است. پنومونی اکتسابی از جامعه به پنومونی اطلاق می شود که شخص مبتلاً اخیراً در محیط های بیمارستانی یا آسایشگاهی نبوده است و شایعترین علت آن استرپتوکوک پنومونیه است.

نوع دیگر پنومونی، پنومونی آسپیراسیون است که در اثر آسپیراسیون یا استنشاق مواد شیمیایی و باکتری از دهان یا معده به ریه ها استنشاق شود. این بیشتر در افراد دارای بیماری همزمان مثل سکنه مغزی دیده می شود. بیشتر افراد سالم در طی ۱ تا ۳ هفته از پنومونی بهبود می یابند، اما پنومونی می تواند در عده ای کشنده باشد و حیات بیمار را تهدید کند. می توان با گرفتن واکسن و عادات بهداشتی خوب از پنومونی پیشگیری کرد.

پنومونی عفونت یک یا هر دو ریه است. بسیاری از میکروب ها از قبیل باکتری، ویروس ها، قارچ ها می توانند موجب پنومونی شوند. پنومونی یک بیماری با علت منفرد نیست. علت پنومونی بیشتر از ۳۰ مورد است. دانستن علت پنومونی مهم است، زیرا درمان پنومونی به علت آن بستگی دارد.

تقریباً یک سوم موارد پنومونی در ایالات متحده توسط ویروس ایجاد می شود. این ویروس ها بخصوص در بچه ها و بالغین جوان بیشتر موجب پنومونی می شوند.

ویروس فلو شایعترین علت پنومونی ویروسی در بالغین است. سایر ویروس هایی که می توانند موجب پنومونی شوند شامل ویروس ساینیکال تنفسی (RSV)، رینوویروس (rhinovirus)، ویروس تب خال ساده (herpes simplex virus)، ویروس سندرم شدید حاد تنفسی (SARS) و عده ای دیگر از ویروس ها است.

بیشتر اوقات بینی و راه های هوایی هوای تنفس شده را از میکروب ها پاک می کنند. این موجب می شود که ریه ها از عفونی شدن محافظت شوند. اما گاهی اوقات به طرقی میکروب وارد ریه ها شده و موجب عفونت می شود. میکروب در بیشتر مواقع بدلائل زیر می تواند وارد ریه شود:

سیستم ایمنی بدن ضعیف شده باشد

میکروب قوی باشد، یا به تعداد زیاد به ریه حمله کند

بدن نتواند هوای نفس را فیلتر کرده و میکروب ها را قبل از رسیدن به ریه پاک کند

زمانی که میکروب عامل پنومونی به ریه ها رسید، کیسه های هوای ریه (آلوئول ها) دچار التهاب شده و از مایع پر می شوند.

این تغییر موجب بروز علائم پنومونی از قبیل سرفه، تب، لرز، تنگی نفس می شود.

وقتی به پنومونی مبتلا می شویم، ممکن است اکسیژن نتواند براحتی به خون برسد. اگر میزان اکسیژن خون کم باشد،

سلول های بدن نمی توانند درست کار کنند. به همین علت و به علت گسترش عفونت در بدن، پنومونی می تواند موجب

مرگ شود.

پنومونی به دو شیوه روی ریه ها تاثیر می گذارد. ممکن است فقط یک بخش یا یک لوب از ریه ها را درگیر کند که به آن

پنومونی لوبی (lobar pneumonia) گفته می شود و یا ممکن است در ریه ها منتشر شده و لکه هایی در هر دو ریه

عفونی کند که آن را پنومونی برونشی (bronchial pneumonia) یا برونکوپنومونی (bronchopneumonia) می

گویند.

پنومونی در بچه ها و نوزادان، سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال)، کسانی که مشکلات و بیماری های مزمن همزمان دیگری

دارند، افرادی که دارای ضعف سیستم ایمنی هستند و به دلایل مختلف مثل بیماری یا فاکتورهای دیگر دارای سیستم ایمنی

ضعیف هستند؛ خیلی خطرناک تر است.

شانس بهبودی سریع از پنومونی در کسانی بیشتر است که:

- جوان هستند
- پنومونی سریع تشخیص و درمان شود
- سیستم ایمنی خوب کار کند
- همزمان دچار بیماری های دیگر نیستند

اگر درمان مناسب و صحیح به موقع شروع شود، پنومونی در طی ۱-۳ هفته بهبود خواهد یافت. سالمندان و افراد معلول و

ناتوان ممکن است به زمان طولانی تری برای بهبودی نیاز داشته باشند.

علائم ابتلا به پنومونی

علائم و نشانه های ذات الریه بسته به عواملی مانند نوع میکروب، عامل عفونت و سن و سلامت کلی شما از خفیف تا شدید متفاوت است. علائم و نشانه های خفیف اغلب شبیه علائم سرماخوردگی یا آنفولانزا هستند، اما طولانی تر هستند.

علائم و نشانه های ذات الریه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- درد قفسه سینه هنگام نفس کشیدن یا سرفه

- سردرگمی یا تغییرات در آگاهی ذهنی (در بزرگسالان ۶۵ سال و بالاتر)

- سرفه که ممکن است خلط ایجاد کند

- خستگی

- تب، تعریق و لرز

- دمای بدن کمتر از حد طبیعی (در بزرگسالان بالای ۶۵ سال و افراد با سیستم ایمنی ضعیف)

- حالت تهوع، استفراغ

- اسهال

تنگی نفس نوزادان و نوزادان ممکن است هیچ علامتی از عفونت نشان ندهند. یا ممکن است استفراغ کنند، تب و سرفه داشته باشند، بیقرار یا خسته و بدون انرژی به نظر برسند، یا در تنفس و غذا خوردن مشکل داشته باشند.

راههای تشخیص ذات الریه چیست؟



- بر اساس تاریخچه (بخصوص یک عفونت اخیر در مجاری تنفسی)
- معاینه فیزیکی توسط پزشک
- عکس برداری از قفسه سینه
- کشت خون یا CBC
- آزمایشات خلط
- در صورت صلاحدید پزشک برونکوسکوپی نیز صورت میگیرد.

چه زمانی باید به پزشک مراجعه کرد؟

اگر مشکل تنفس، درد قفسه سینه، تب مداوم ۳۹ درجه سانتیگراد یا بالاتر، یا سرفه مداوم دارید، به خصوص اگر سرفه خلط دار می کنید، به پزشک مراجعه کنید. به ویژه مهم است که افراد در این گروه های پرخطر به پزشک مراجعه کنند:

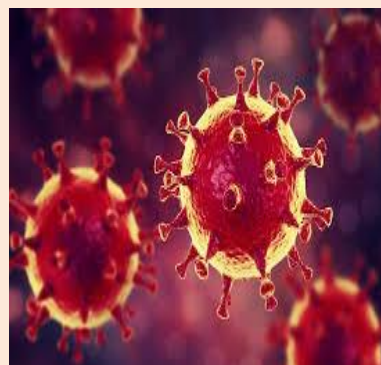
۱. بزرگسالان بالای ۶۵ سال

۲. کودکان کمتر از ۲ سال با علائم و نشانه ها پنومونی

۳. افرادی که دارای یک بیماری زمینه ای یا سیستم ایمنی ضعیف هستند

۴. افرادی که شیمی درمانی می کنند یا داروهای مصرف می کنند که سیستم ایمنی را سرکوب می کند

برای برخی از افراد مسن و افراد مبتلا به نارسایی قلبی یا مشکلات مزمن ریوی، ذات الریه می تواند به سرعت به یک وضعیت تهدید کننده زندگی تبدیل شود.



علل ابتلا به پنومونی

بسیاری از میکروب ها می توانند باعث ذات الریه شوند. شایع ترین آنها باکتری ها و ویروس هایی هستند که در هوایی که تنفس می کنیم وجود دارند. بدن شما معمولاً از ورود این میکروب ها به ریه ها جلوگیری می کند. اما گاهی اوقات این میکروب ها می توانند بر سیستم ایمنی شما غلبه کنند، حتی اگر سلامتی شما به طور کلی خوب باشد. ذات الریه بر اساس انواع میکروب هایی که باعث آن می شوند و محل ابتلا به عفونت طبقه بندی می شود.

پنومونی اکتسابی از جامعه

پنومونی اکتسابی از جامعه شایع ترین نوع پنومونی است. در خارج از بیمارستان ها یا سایر مراکز مراقبت های بهداشتی رخ می دهد. ممکن است ناشی از:

- **باکتری ها:** شایع ترین علت پنومونی باکتریایی در ایالات متحده استرپتوکوک پنومونیه است. این نوع ذات الریه می تواند به خودی خود یا پس از سرماخوردگی یا آنفولانزا رخ دهد. ممکن است یک قسمت (لوب) ریه را تحت تأثیر قرار دهد، وضعیتی به نام پنومونی لوبار. موجودات شبیه باکتری مایکوپلاسما پنومونیه نیز می تواند باعث ذات الریه شود. معمولاً علائم خفیف تری نسبت به سایر انواع ذات الریه ایجاد می کند؛ معمولاً آنقدر شدید نیست که نیاز به استراحت در بستر داشته باشد.
- **قارچ ها:** این نوع ذات الریه در افرادی که مشکلات سلامت مزمن یا سیستم ایمنی ضعیف دارند و در افرادی که دوزهای زیادی از ارگاناسم ها را استنشاق کرده اند، بیشتر دیده می شود. قارچ های ایجاد کننده آن را می توان در خاک یا مدفوع پرندگان یافت و بسته به موقعیت جغرافیایی متفاوت است.
- **ویروس ها:** از جمله COVID-19، برخی از ویروس هایی که باعث سرماخوردگی و آنفولانزا می شوند می توانند باعث ذات الریه شوند. ویروس ها شایع ترین علت ذات الریه در کودکان زیر ۵ سال هستند. پنومونی ویروسی معمولاً خفیف است. اما در برخی موارد می تواند بسیار جدی شود. کروناویروس ۲۰۱۹ (COVID-19) ممکن است باعث ذات الریه شود که می تواند شدید شود.

پنومونی اکتسابی در بیمارستان

برخی از افراد در طول بستری شدن در بیمارستان به دلیل بیماری دیگری به ذات الریه مبتلا می شوند. ذات الریه اکتسابی در بیمارستان می تواند جدی باشد زیرا باکتری های ایجاد کننده آن ممکن است در برابر آنتی بیوتیک ها مقاوم تر باشند و

افرادی که به آن مبتلا می شوند قبلاً بیمار هستند. افرادی که روی دستگاه‌های تنفسی (تهویه‌ها) که اغلب در بخش‌های مراقبت‌های ویژه استفاده می‌شوند گذاشته شدند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این نوع ذات‌الریه هستند.

پنومونی اکتسابی از مراقبت‌های بهداشتی

پنومونی اکتسابی از مراقبت‌های بهداشتی یک عفونت باکتریایی است که در افرادی که در مراکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنند (مانند خانه سالمندان) یا در کلینیک‌های سرپایی از جمله مراکز دیالیز کلیه تحت مراقبت قرار می‌گیرند، رخ می‌دهد. مانند ذات‌الریه اکتسابی در بیمارستان، ذات‌الریه اکتسابی از مراقبت‌های بهداشتی نیز می‌تواند توسط باکتری‌هایی ایجاد شود که نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها مقاوم‌تر هستند.

پنومونی آسپیراسیون

پنومونی آسپیراسیون زمانی رخ می‌دهد که غذا، نوشیدنی، استفراغ یا بزاق را به ریه‌های خود وارد می‌کنید. اگر چیزی رفلکس طبیعی تهوع شما را مختل کند، مانند آسیب مغزی یا [مشکل بلع](#)، یا استفاده بیش از حد از الکل یا مواد مخدر، آسپیراسیون احتمال بیشتری دارد.

عوامل خطر (عوامل مستعد کننده) پنومونی

ذات‌الریه می‌تواند هر کسی را تحت تاثیر قرار دهد. اما دو گروه سنی در بالاترین خطر عبارتند از: کودکانی که ۲ سال یا کمتر دارند و افرادی که ۶۵ سال یا بیشتر سن دارند.

سایر عوامل خطر عبارتند از:

- **در بیمارستان بستری شدن:** اگر در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان هستید، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به ذات‌الریه قرار دارید، بخصوص اگر روی دستگاهی گذاشته شدید که به شما کمک می‌کند تنفس کنید (تهویه هوا).
- **ابتلا به بیماری مزمن:** در صورت ابتلا به آسم، بیماری انسداد مزمن ریه (COPD) یا بیماری قلبی، احتمال ابتلا به ذات‌الریه بیشتر است.
- **سیگار کشیدن:** سیگار به دفاع طبیعی بدن شما در برابر باکتری‌ها و ویروس‌هایی که باعث ذات‌الریه می‌شوند آسیب می‌رساند. -سیستم ایمنی ضعیف یا سرکوب شده: افرادی که مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز هستند، پیوند عضو انجام داده‌اند یا شیمی‌درمانی یا استروئیدهای طولانی مدت دریافت می‌کنند در معرض خطر هستند.

عوارض ابتلا به پنومونی چیست؟

حتی با درمان، برخی از افراد مبتلا به پنومونی، به ویژه آنهایی که در گروه های پرخطر قرار دارند، ممکن است عوارضی را تجربه کنند، از جمله:

- **حضور باکتری در جریان خون (باکتری می):** باکتری هایی که از ریه های شما وارد جریان خون می شوند می توانند عفونت را به سایر اندام ها منتقل کنند و به طور بالقوه باعث نارسایی اندام شوند.
- **دشواری در تنفس:** اگر ذات الریه شما شدید است یا بیماری های مزمن زمینه ای ریه دارید، ممکن است در تنفس اکسیژن کافی مشکل داشته باشید. ممکن است نیاز به بستری شدن در بیمارستان و استفاده از دستگاه تنفس (تهویه) در حین بهبود ریه داشته باشید.
- **تجمع مایع در اطراف ریه ها (افیوژن پلور):** ذات الریه ممکن است باعث ایجاد مایع در فضای نازک بین لایه های بافتی شود که ریه ها و حفره قفسه سینه (پلور) را پوشانده است. اگر مایع عفونی شود، ممکن است لازم باشد آن را از طریق لوله قفسه سینه تخلیه کنید یا با جراحی خارج کنید.
- **آبسه ریه:** اگر در یک حفره در ریه چرک ایجاد شود، آبسه ایجاد می شود. آبسه معمولا با آنتی بیوتیک درمان می شود. گاهی اوقات برای برداشتن چرک به جراحی یا تخلیه با یک سوزن یا لوله بلند در آبسه نیاز است.

درمان ذات الریه چگونه است؟

درمان اصلی پنومونی آنتی بیوتیک صحیح بر اساس جواب کشت می باشد و بیشتر افراد با استراحت در منزل حال عمومی بهتری پیدا می کنند. اما افراد با بیماری شدیدتر باید در بیمارستان بستری شوند تا سطح اکسیژن خون و سرعت تنفس آنها تحت نظر باشد. برای افراد بستری در بیمارستان عمدتا آنتی بیوتیک های تزریقی تجویز میگردد. ضد تب ها، تسکین دهنده های درد، ضد سرفه ها و خلط آور



پیشگیری از ابتلا به ذات الریه (پنومونی)

برای کمک به پیشگیری از ذات الریه:

- **واکسن بزنید؛** واکسن هایی برای پیشگیری از برخی از انواع ذات الریه و آنفولانزا در دسترس هستند. در مورد دریافت این واکسن ها با پزشک خود صحبت کنید. دستورالعمل های واکسیناسیون در طول زمان تغییر کرده است، بنابراین مطمئن شوید که وضعیت واکسیناسیون خود را با پزشک خود بررسی کنید، حتی اگر به یاد داشته باشید که قبلا واکسن ذات الریه دریافت کرده اید. مطمئن شوید که کودکان واکسینه می شوند. پزشکان واکسن پنومونی متفاوتی را برای کودکان کمتر از ۲ سال و برای کودکان ۲ تا ۵ ساله که در معرض خطر بیماری پنوموکوک هستند توصیه می کنند. کودکانی که در یک مرکز مراقبت از کودکان گروهی حضور دارند نیز باید واکسن را دریافت کنند. پزشکان همچنین واکسن آنفولانزا را برای کودکان بزرگتر از ۶ ماه توصیه می کنند.
- **بهداشت را خوب رعایت کنید؛** برای محافظت از خود در برابر عفونت های تنفسی که گاهی منجر به ذات الریه می شود، دست های خود را به طور مرتب بشوید یا از ضدعفونی کننده های الکلی استفاده کنید.
- **سیگار نکشید؛** سیگار به دفاع طبیعی ریه های شما در برابر عفونت های تنفسی آسیب می رساند. سیستم ایمنی خود را قوی نگه دارید.
- **به اندازه کافی بخوابید،** به طور منظم ورزش کنید و یک رژیم غذایی سالم داشته باشید.

در صورت ابتلا به ذات الریه چه اقداماتی انجام دهیم؟

۱. داروهایی که پزشکان تجویز می کنند به موقع مصرف نمائید و دوره درمانی با آنتی بیوتیک را کامل کنید.
۲. در صورتی که محدودیت مصرف مایعات ندارید، روزانه ۶ الی ۸ لیوان آب مصرف نمایید. مصرف مایعات به رقیق شدن و خروج ترشحات کمک می نماید.
۳. خوب استراحت کنید اما از خوابیدن طولانی در یک وضعیت خودداری کنید.
۴. در هوای آلوده از منزل خارج نشوید.
۵. از دستگاه بخور برای مرطوب کردن هوای استنشاقی استفاده کنید.
۶. سرفه کردن به خروج ترشحات بسیار کمک می کند.
۷. از سیگار کشیدن و مصرف الکل خودداری کنید.
۸. اسپری ها و شوینده ها عمدتاً حاوی مواد محرک تنفسی هستند، از مصرف آنها اجتناب کنید.

۹. بیشتر علائم مانند درد قفسه سینه و تب در عرض چند روز بعد از درمان تخفیف مییابد، سرفه معمولاً ۲ تا ۳ هفته طول می کشد ولی خستگی و ضعف ممکن است ماه ها زمان ببرد تا به طور کامل برطرف گردد.
۱۰. اگر علائم شما در حد انتظار بهبود نیافته و یا چنانچه بیماری عود کرد به پزشک خود جهت بررسی بیشتر مراجعه کنید.

درانتهای

پنومونی یک عفونت در یک یا هر دو ریه است که توسط باکتری ها، ویروس ها یا قارچ ها ایجاد می شود. عفونت منجر به التهاب در کیسه های هوایی ریه ها می شود که به آن آلوئول می گویند. آلوئول ها با مایع یا چرک پر می شوند و تنفس را دشوار می کنند. پنومونی ویروسی و باکتریایی هر دو مسری هستند. این بدان معناست که آنها می توانند از طریق استنشاق قطرات معلق در هوا ناشی از عطسه یا سرفه از فردی به فرد دیگر سرایت کنند. شما همچنین می توانید این نوع ذات الریه را با تماس با سطوح یا اشیایی که به باکتری ها یا ویروس های عامل ذات الریه آلوده هستند، سرایت دهید؛ همچنین شما می توانید از محیط اطراف به ذات الریه قارچی مبتلا شوید که از فردی به فرد دیگر سرایت نمی کند.

منابع: کتاب برونر سوارث

مؤلف: جانیس ال هینکل-کری اچ چیور

شناسایی صحیح گروه های پرخطر



نیلوفر محرابی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم (عج))

مقدمه :

یکی از موارد تضمین کننده ایمنی بیمار، شناسایی صحیح وی می باشد. شناسایی بیمار، از بدو ورود و در هنگام پذیرش بیمار، شروع شده و در طی ارائه مراقبت های سلامت نیز باید انجام شود.

نکات مهم راهنمای شناسایی صحیح بیماران

یک روش پیشگیری از خطا در شناخت صحیح بیماران (استفاده از "دستبند شناسایی" در کلیه بیماران بستری است). محل مناسب برای بستن دستبند شناسایی بیماران، بر روی بازوی دست غالب بیماران می باشد. اندازه دستبند شناسایی باید متناسب با ساختار بدنی بیمار باشد و به نحوی بسته شود که منجر به فشردگی پوست بیمار نشود.

در صورت حضور دو بیمار بستری با نام و نام خانوادگی مشابه چه کنیم؟

الف) درج نام پدر بر روی دستبند شناسایی

ب) درج عبارت "احتیاط بیمار با اسامی مشابه" بر روی جلد پرونده بیمار، به منظور هشدار به کادر درمان

دستبند شناسایی در چه زمانی در اختیار بیمار قرار می گیرد و چه زمانی از وی دریافت می شود؟

- دستبند شناسایی بیماران، توسط بخش پذیرش، تهیه و هنگام پذیرش و قبل از ورود بیماران به بخش، در اختیارشان قرار می گیرد.

- ضروری است که بیمار، دریافت باند شناسایی را در پرونده و به صورت کتبی، تایید و امضا نماید.

- هنگام ترخیص بیماران نیز دستبند شناسایی آنها تحویل بخش می شود و امحا می گردد.

آیا می توان از شماره اتاق و تخت بیمار، به عنوان ملاکی برای شناسایی بیمار استفاده کرد؟

خیر؛ با جابجایی بیمار، احتمال خطا وجود دارد.

سیستم کدبندی رنگی در دستبندهای شناسایی چگونه است؟

رنگ **قرمز**، برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی

رنگ **زرد**، برای شناسایی سایر گروه بیماران در معرض خطر (مانند بیماران مستعد سقوط، ابتلا به زخم فشاری و یا

ترومبوآمبولیسم وریدی)



نکاتی بسیار کلیدی در رابطه با فرایند شناسایی صحیح نوزادان

مواردی که الزامی است بر روی دستبند نوزادان قید شود:

- نام و نام خانوادگی مادر (نام پدر درمورد اسامی مشابه)
- تاریخ تولد دقیق نوزاد
- جنسیت نوزاد
- ساعت تولد
- شماره پرونده مادر

در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان، باید برای نوزاد، دو دستبند شناسایی تهیه کرده و پس از چک مجدد با مشخصات مادر، به میچ پاهای وی ببندید.

نکاتی در رابطه با فرایند "شناسایی صحیح بیماران" قبل از عمل جراحی در دو مرحله:

۱. دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل
۲. در اتاق عمل قبل از شروع پروسیجر جراحی

در بیماران بستری الکتیو:

- دریافت و بررسی نسخه دستور بستری از بیمار از نظر تاریخ بستری و عمل جراحی
- بررسی تکمیل برگه رضایت آگاهانه توسط پزشک، مهر و امضا بیمار، یا ولی و قیم بیمار.
- کنترل و اجرای دستورات قبل از بستری.
- راهنمایی بیمار جهت انجام آزمون‌های تشخیصی و مشاوره‌ها قبل از بستری و سپس کنترل مستندات ایشان
- پذیرش بستری بعد از تطبیق اطلاعات بیمار با مستندات و پرسش نام و نام خانوادگی، نام پدر و سن بیمار از بیمار یا در صورتی که بیمار حضور ندارد یا قادر به گفتن نام خود نباشد (بیماران دارای معلولیت، کودکان، نوزادان و بیماران دارای اختلال هوشیاری و ... از خانواده همراه بیمار) پرونده و دستبند شناسایی سفید را چاپ می‌نماید.
- بیمار به بخش مراجعه کرده و پرستار پذیرش دهنده بر اساس معیارهای تعریف شده و گرفتن شرح حال از بیمار رنگ و کد دستبند شناسایی را تعیین یادداشت می‌کند و به منشی بخش جهت تهیه اعلام می‌کند.
- منشی بخش بعد از مراجعه به پذیرش دستبند جدید را تهیه و به پرستار مربوطه تحویل می‌دهد و.....
- پرستار مربوطه بیمار بعد از دریافت دستبند شناسایی جدید، بر اساس معیارهای فوق ریسک خطر بیمار را تعیین کرده و کد مربوطه را روی دستبند شناسایی بیمار یادداشت کرده و بعد از شناسایی صحیح بیمار (پرسیدن نام و نام خانوادگی، نام پدر، سن و مطابقت آن با پرونده و دستبند مربوطه) دستبند را به دست غالب بیمار می‌بندد.
- در صورت الصاق دستبند شناسایی بر روی پرونده بستری پرستار پذیرش دهنده بیمار بعد از پذیرش بیمار دستبند شناسایی که روی پرونده الصاق شده است را جدا کرده و بعد از شناسایی صحیح بیمار (پرسیدن نام و نام خانوادگی، نام پدر، سن و مطابقت آن با پرونده و دستبند مربوطه) دستبند را به دست غالب بیمار می‌بندد.
- در بیمارانی که قادر به گفتن نام خود نیستند (بیماران دارای معلولیت، کودکان و نوزادان و بیماران دارای اختلال هوشیاری و ...) نام بیمار از خانواده او سؤال می‌شود.

بیماران بستری در اورژانس بیشتر از ۶ ساعت:

به بیماران سطح یک و دو تریاژ با تعیین تریاژگر و قید رنگ دستبند توسط ایشان دستبند شناسایی تعلق می‌گیرد. در صورتی که بیمار به هر علتی قبل از ۶ ساعت در اورژانس تعیین تکلیف نشده و در اورژانس باقی مانده است پرستار اورژانس با بررسی و ارزیابی اولیه بیمار و طبق معیارهای موریس، برادن، ژنو و SAD، سوء تغذیه، تشنج و یا حساسیت دارویی و غذایی کد دستبند شناسایی مدنظر بیمار را بر روی صفحه اول پرونده اورژانس قید می‌نماید. کد رنگ دستبند توسط پرستار مسئول بیمار روی صفحه اول پرونده بیمار یادداشت می‌شود. پرونده اورژانس توسط پرستار مسئول بیمار به همراه بیمار داده می‌شود تا با مراجعه به بخش پذیرش مطابق با کد دستبندی که بر روی آن قید گردیده است دستبند تهیه شود.

پذیرش اورژانس طبق کد دستبندی که پرستار مربوطه بر روی پرونده قید نموده است دستبند شناسایی مربوطه را چاپ و بعد از تطبیق اطلاعات بیمار (با پرونده و پرسش نام و نام خانوادگی، نام پدر و سن بیمار از همراه بیمار) پرستار مربوطه بیمار بعد از دریافت پرونده، دستبند شناسایی که روی پرونده الصاق شده است را جدا کرده و بعد از شناسایی صحیح بیمار (پرسیدن نام و نام خانوادگی، نام پدر، سن و مطابقت آن با پرونده و دستبند مربوطه) دستبند را به دست غالب بیمار می‌بندد.

در بیمارانی که قادر به گفتن نام خود نیستند (بیماران دارای معلولیت، کودکان و نوزادان و بیماران دارای اختلال هوشیاری و ...) نام بیمار از خانواده او سؤال می‌شود.

بیماران بستری از اورژانس:

در صورتی که بیمار قبل از ۶ ساعت تعیین تکلیف گردیده است و دستور بستری در بخش را دارد، طبق همان ارزیابی اولیه و کد دستبندی که از ابتدا قید نموده شده بر روی پرونده، نام بخش بستری را نیز کنار آن نوشته و پرونده اورژانس به همراه جهت تشکیل پرونده به پذیرش ارجاع داده می‌شود.

پذیرش بستری طبق کد دستبندی که پرستار مربوطه بر روی پرونده قید نموده است دستبند شناسایی مربوطه را چاپ و بعد از تطبیق اطلاعات بیمار (با پرونده و پرسش نام و نام خانوادگی، نام پدر و سن بیمار از همراه بیمار) به برگه پذیرش با الصاق و پرونده اورژانس را به همراه بیمار تحویل داده و آن را به اورژانس راهنمایی می‌کند.

پرستار اورژانس بعد از دریافت پرونده، دستبند شناسایی که روی پرونده الصاق شده است را جدا کرده و بعد از شناسایی صحیح بیمار (پرسیدن نام و نام خانوادگی، نام پدر، سن و مطابقت آن با پرونده و دستبند مربوطه) دستبند را به دست غالب بیمار می‌بندد و پس از آن بیمار را به بخش مربوطه منتقل و تحویل می‌دهد.

در بیمارانی که قادر به گفتن نام خود نیستند (بیماران دارای معلولیت، کودکان و نوزادان و بیماران دارای اختلال هوشیاری و ...) نام بیمار از خانواده او سؤال می‌شود.

نکات:

الصاق دستبند به دست غالب بیمار، توسط پرستار مربوطه در حضور پرستار شاهد، در بخش قبل از هرگونه ارائه خدمات انجام می‌شود.

جهت نوزادان دو عدد پابند تهیه و به هر دوپای نوزاد بسته می‌شود.

مشخصات ضروری روی دستبند: نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، سن، جنس، شماره پرونده، کد دستبند و تاریخ پذیرش می‌باشد.

دستبند به گونه‌ای بسته شود که سبب آسیب پوستی نشود.

مرتب دستبند از نظر نوع بسته بودن و آسیب احتمالی به پوست بیمار توسط پرستار مسئول کنترل شود.

در صورت پاره، کثیف یا مفقود شدن دستبند پرستار مسئول بیمار موضوع را به اطلاع منشی بخش می‌رساند و توسط ایشان دستبند جدید تهیه و تحویل پرستار مربوطه داده و پس از شناسایی مجدد بیمار دستبند برای بیمار بسته می‌شود.

بعد از ترخیص بیمار دستبند از دست بیمار باز شده و به عنوان زباله عفونی امحا می‌شود.

جهت بیماران سوختگی از گردن‌بند شناسایی استفاده می‌شود.

شناسایی بیماران روان‌پزشکی در صورت عدم حفظ دستبند شناسایی توسط دو نفر در بخش با تطبیق فرد با پرونده یا کاردکس بیمار صورت می‌گیرد.

در صورتی که نوزاد دو یا سه‌قلو باشد روی دستبند شناسایی قل نوزاد حتماً قید شود.

در بیماران مجهول‌الهویه از شماره به جای اسم استفاده می‌شود.

تشابه اسمی:

واحد پذیرش، در صورت پذیرش بیمار با تشابه اسمی، صفحه اول پرونده مهر قرمز رنگ با علامت خطر و کلمه تشابه اسمی درج نماید.

واحد پذیرش، در صورت پذیرش بیمار با تشابه اسمی، روی دستبند شناسایی بیمار علامت خطر و کلمه تشابه اسمی درج نماید.

در صورت وجود تشابه اسمی روی پرونده بیمار برچسب زرد رنگ با علامت خطر و کلمه تشابه اسمی نصب شود.

نام پدر شناسه ضروری در موارد تشابه اسمی می‌باشد که می‌بایست در هر بار شناسایی بیمار سؤال شود.

تمامی کادر درمان می‌بایست در زمان ارائه خدمات به بیمار با تشابه اسمی فرآیند فوق را بررسی و طبق دستورالعمل از شناسه سوم جهت پیشگیری از خطا در ارائه خدمت استفاده کنند.

هدف:

شناسایی بیماران آسیب پذیر در بخشها در راستای ارتقاء خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی و ارتقای ایمنی بیماران و با فراهم نمودن امکانات و شرایط مناسب.

تعریف:

منظور از بیماران/ مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند که شامل: ۱. بیماران سالمند ۲. بیماران روانپزشکی/ اختلالات ذهنی ۳. معلولیت‌های جسمی ۴. بیماران مجهول الهویه ۵. بیماران با اختلال هوشیاری ۶. نوزادان و کودکان ۷. مادران باردار ۸. افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتالین به ایدز ۹. سوء مصرف مواد ۱۰. زندانیان ۱۱. بیماران با شخصیت ضد اجتماعی ۱۲. افراد بیخانمان میباشند.

اقدامات حمایتی:

* سالمندان

۱. تأمین ویلچر، واکر یا عصای چهارپایه در صورت نیاز

۲. مراقبت ویژه پرستاری با هدف جلوگیری از ورود آسیبهای احتمالی به بیمار توسط بیماران دیگر

۳. انجام مشاوره تغذیه

۴. اختصاص تخت دارای Bed side

۵. تأمین دمپایی ویژه سالمندان

۶. بستری بیمار در نزدیکترین اتاق ممکن به ایستگاه پرستاری

* معلولان ذهنی و جسمی

۱. شناسایی نیازهای ویژه بیمار و اندیشیدن تدابیری برای رفع آنها

۲. تأمین ویلچر/ واکر و عصای چهارپایه در صورت نیاز

۳. تأمین خدمات توانبخشی روانی و فیزیکی برای بیمار

۴. بستری در بخشهای طبقه اول

۵. تأمین رمپ در ورودی بخشها

۶. بستری در نزدیکترین اتاق ممکن به ایستگاه پرستاری و مراقبت از نظر احتمال آسیب رساندن بیماران

دیگر به بیمار مورد نظر

* بیماران مجهول الهویه

۱. پیگیری شناسایی بیمار و خانواده
۲. هماهنگی با مراجع قضائی جهت انتشار عکس بیمار با هدف شناسایی وی

* بیماران با اختلال هوشیاری

۱. تعیین سطح هوشیاری بیمار با معیار گلاسکو (GCS)
۲. اطلاع به پزشک و ویزیت و بستری بیمار
۳. انجام اقدامات اولیه (کنترل علائم حیاتی - کنترل راه هوایی)
۴. انجام آزمایشات اورژانسی BS-ABG و..... طبق دستور پزشک

* زنان باردار

۱. اطلاع به پزشک معالج جهت رعایت ملاحظات تجویزهای درمانی
۲. ارجاع به واحد مامایی در بازه زمانی حداکثر هفت روز کاری پس از دریافت جواب آزمایشات روتین و انجام ویزیت‌های منظم مامایی طبق نظر متخصص مامایی و پیگیری روند درمان
۳. انجام مشاوره تغذیه
۴. بستری کردن بیمار در نزدیکترین اتاق ایستگاه پرستاری
۵. اختصاص تخت دارای Bed side به بیمار
۶. پیگیری روند زایمان بیمار
۷. ارائه خدمات ویژه هنگام ایجاد مشکلات بارداری
۸. مراقبت ویژه پرستاری با هدف جلوگیری از موارد آسیب‌های احتمالی به بیمار

* کودکان

۱. تفکیک اتاق کودکان خردسال از کودکان بالای ۱۲ سال
۲. تفکیک اتاق ها بر اساس جنسیت، سن
۳. تأمین اتاق بازی مفروش
۴. فراهم نمودن تسهیلات لازم جهت حضور همراه در بخش حسب تشخیص روانپزشک معالج.

* افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز

۱. عدم ثبت در تابلو مشخصات بیمار و بر روی پرونده (عدم لیبل گذاری واضح)
۲. حفظ محرمانگی بودن شرایط بیمار
۳. اطلاع به پرسنل و تیم درمان به صورت بیماران پرخطر در داخل پرونده
۴. رعایت احتیاطات استاندارد

* سوء مصرف مواد

۱. ارزیابی بیمار و اطلاع به پزشک معالج
۲. حفظ محرمانگی شرایط بیمار
۳. کنترل علائم بیمار از نظر سندرم قطع

* بیماران دارای شخصیت ضد اجتماعی

۱. ارزیابی بیمار و معرفی بیمار به روانپزشک
۲. وجود امکانات ایمنی مثل اتاق ایزوله و تجهیزات مهار فیزیکی و شیمیایی
۳. دور از دسترس نگهداشتن وسایل و تجهیزات خطرآفرین

تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران

۱. به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی درج شود.
۲. بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرنیت شود.
۳. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
۴. هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.

* برخی حیطه های عملکردی شایع که بیشترین میزان شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود

۱. دارو دهی به بیماران

۲. فلبوتومی

۳. ترانسفوزیون خون

۴. اقدامات تهاجمی

۵. اعمال جراحی

۶. اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونهبرداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج

۷. ترخیص نوزادان

۸. خدمات غیر مستمر مانند مشاورهها

۹. انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری،

سونوگرافی تیت گاید، دیالیز و سایر)

۱۰. ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند بهکارگیری نیروها از سایر بخشها در قالب اضافه کار)

۱۱. بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه



*برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران

۱. تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبتهای کاری، بین بخشی، بین بیمارستانی
۲. مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیربالینی
۳. عدم به کار بستن چک لیستهای قبل از عمل
۴. عدم رعایت روشهای صحیح کنترلی
۵. بیماران دارای محدودیتهای خاص در برقراری ارتباط مانند گویش ها و زبانهای مختلف
۶. بیماران با سطح هوشیاری پایین یا اغما
۷. نوزادان و کودکان، سالمندان (به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر)
۸. بیماران روانپزشکی / افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

*روش شناسایی فعال بیماران

۱. از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
۲. پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
۳. اگر بیمار کودک/ معلول ذهنی/ قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.
- در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار میگیرد.

*ارزیابی و مراقبتهای پرستاری در هر نوبت کاری توسط پرستار معین برای هر بیمار انجام گردد

۱. تعیین پرستار مسئول برای هر بیمار در هر نوبت کاری
۲. تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در شیفت بجز سرپرستار
۳. معرفی پرستار مسئول بیمار، در شروع هر نوبت کاری به بیمار/ همراه و ثبت نام پرستار مسئول در تابلوی مشخصات بالای تخت بیمار
۴. ثبت نتایج ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول
۵. ثبت اقدامات پرستاری انجام شده در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول هر بیمار در فرم گزارش پرستار
۶. همراهی پرستار مسئول بیمار در تمامی ویزیت پزشکها و تبادل اطلاعات و نتایج ارزیابی های انجام شده

برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ابزار موریس، زخم فشاری مقیاس هایی پیش بینی کننده معتبر مانند برادن، و مانند آن پیشنهاد میشود. برای هر یک از بیماران در معرض خطر به صورت مکتوب، مدون با دستور پزشک، پیگیری و اقدامات لازم از سوی پرستار مربوطه هم اقدامات مقابله با ریسک و هم طرح درمان مشخص و در قالب دستورات پزشکی درج و توسط پرستار اجرا میشود. در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شانوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار میگیرند. پلی فارمسی به مواردی اطلاق می گردد که بیمار بیش از ۴ دارو مصرف می نماید. وجود تعریف برای هر یک از این موارد و ابزار تعیین ریسک بیماران در هر یک از این گروهها ضروری است. توصیه میشود عنوان گروه/گروههای پرخطر که بیمار در آن قرار گرفته (مانند زخم فشاری) بر روی دستبند شناسایی زرد درج گردد

منابع: راهنمای شناسایی صحیح بیماران، فرناز مستوفیان – مرداد ۲۳

پیشگیری و درمان زخم فشاری



نرگس صلواتی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن مجتبی نظرآباد)

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خرد کننده می باشد. به عبارت دیگر مهم ترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود. در واقع هنگامی که بافت نرم بدن انسان در میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد می شود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان مختلف از نیم تا دو ساعت متغیر است. زخم های فشاری بر اساس بافت صدمه دیده به دو دسته تقسیم می شوند: عمقی و سطحی

* زخم های فشاری عمقی که از بافت زیرجلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند با علائم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود.

* زخم فشاری سطحی که از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند، خود به چهار درجه به شرح ذیل تقسیم می شوند:

۱: زخم فشاری درجه یک:

پرخونی پوست، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد علائم نشانه های زخم فشاری درجه یک است.

۲: زخم فشاری درجه دو:

زخم فشاری درجه ۲ با تظاهر تاول، خراشیدگی و یا نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم قرمزی لبه های زخم مشخص می شود.

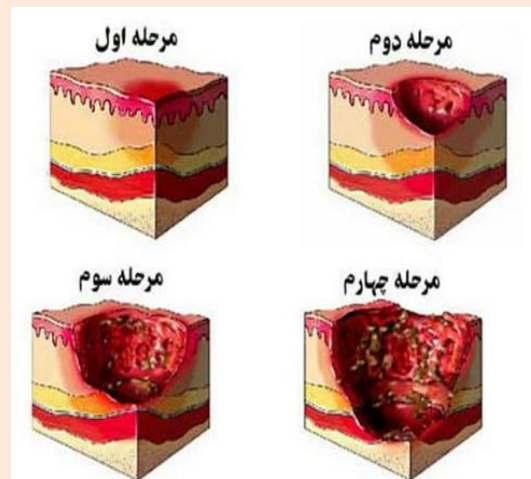
۳: زخم فشاری درجه سه:

فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیر جلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علائم و نشانه های زخم فشاری درجه ۳ است.

۴: زخم فشاری درجه چهار:

علائم و نشانه های زخم فشاری درجه ۴ عبارت است از فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم.

بروز زخم های فشاری موجب از بین رفتن اولین خط دفاعی بدن، احتمال ابتلا به عفونت، عدم تعادل الکترولیتی (دفع پروتئین و مایعات غنی از الکترولیت از بدن)، درد شدید، افسردگی، تعادل منفی نیتروژن، سپتی سمی، استئومیلیت، آمیلوئیدوز و مرگ می شود.



اصول عمومی

از رویکرد ساختارمند برای ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری با توجه به عوامل داخلی به شرح ذیل استفاده نمائید:

(a) بی اختیاری ادرار و مدفوع

(b) فقدان درک حسی

(c) فاکتورهای عروقی

(d) سالمندی

(e) سوء تغذیه

(f) کاهش فشار خون شریانی

(g) افزایش درجه حرارت بدن

(h) کاهش مقاومت بدن به عفونت

(i) اختلالات رطوبتی پوست اعم از پوست بسیار خشک یا مرطوب و پوست اریتماتو

(j) محدودیت حرکتی به ویژه بیماران وابسته به تخت یا صندلی چرخدار (همی پلژی، پاراپلژی و کوادرپلژی)

(k) بیماری های مزمن: دیابت، سرطان و آنمی

از رویکرد ساختارمند برای ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری با توجه به عوامل خارجی به شرح ذیل استفاده نمائید:

(a) فشار

(b) نیروهای ناشی از اصطکاک

(c) نیروهای خرد کننده

(d) عدم رعایت بهداشت

(e) جابجایی و تغییر وضعیت بیمار به روش غلط

(f) وضعیت نامطلوب بیمار در بستر

(g) تزریقات مکرر در یک ناحیه از پوست

(h) سختی سطوح زیرین بیمار

(i) ناهمواری سطوح زیرین بیمار

(j) وجود تکه های ریز غذا و مواد زائد مختلف در تخت بیماران

از رویکرد ساختارمند مبتنی بر عوامل خطر زای اصلی زخم فشاری و قضاوت بالینی برای ارزیابی بیماران مستعد زخم فشاری استفاده کنید.

۱: شاخص های وضعیت تغذیه بیمار شامل آنمی، هموگلوبین، سطح آلبومین سرم، میزان دریافت مواد غذایی و وزن.

۲: عوامل موثر بر تهویه و اکسیژناسیون بافت شامل ابتلا به دیابت، فاکتورهای عروقی، اختلالات قلبی عروقی، فشار خون پایین

۳: سن بالا

۴: کاهش مقاومت بدن به عفونت و ابتلا به بیماری های مزمن مانند سرطان و آنمی، سوء تغذیه، کاهش فشارخون شریانی

۵: تاثیر بالقوه عوامل ذیل بر احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری

(a) نیروهای ناشی از اصطکاک و شکست پوست

(b) درک حسی

(c) وضعیت عمومی سلامت

d) درجه حرارت بدن (افزایش درجه حرارت بدن)

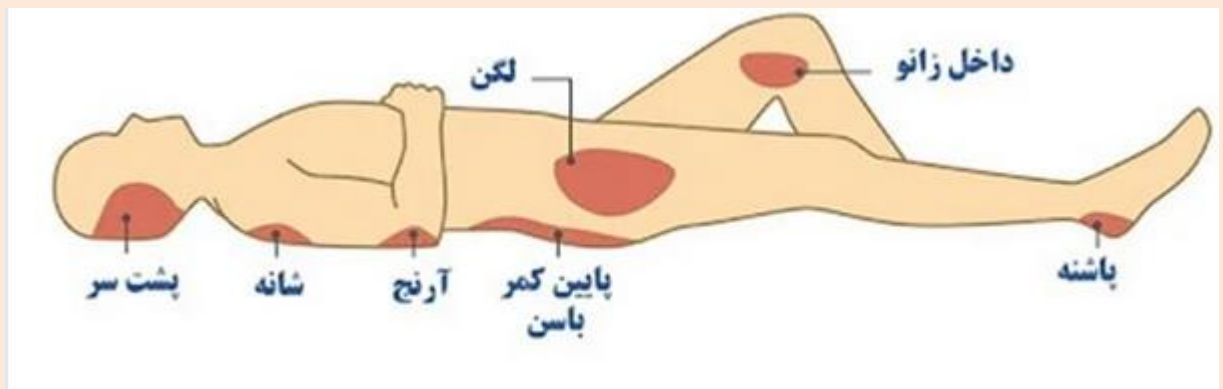
با تغییر شرایط، بیمار را به لحاظ احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری ارزیابی مجدد نمائید.

در پرونده بیمار نتیجه ارزیابی اولیه را ثبت نمائید. این کار می تواند توسط کادر پرستاری ذی صلاح با استفاده از "معیارهای پیشگو کننده ابتلا به زخم فشاری" در بدو پذیرش بیمار در بیمارستان/بخش بستری و معاینه جامع پوست و قضاوت بالینی پزشک معالج انجام شود.

در بیماران مستعد بر اساس میزان خطر الزامی است با رویکرد تیمی اقدامات مراقبتی پیشگیرانه /درمانی برنامه ریزی و اجرا کنید.

A: با توجه به عوامل خطر زای شناسایی شده در ارزیابی بیمار به لحاظ استعداد ابتلا به زخم فشاری به منظور به حداقل رسانیدن تاثیر متغیرها برنامه درمانی اختصاصی پیش بینی نمائید.

B: به برجستگی های استخوانی بیمار در وضعیت های مختلف توجه نمائید.



*نقاط فشاری در وضعیت خوابیده به پشت:

پشت سر، ساکروم، باسن، آرنج ها و پاشنه های پاها

**نقاط فشاری در وضعیت طرفی:

لاله گوش، شانه، قسمت قدامی خار خاصره ای، تروکانتر، قسمت داخلی زانو، ساق پا، پشت پا در ناحیه زانو، لبه خارجی پا، قوزک میانی و خارجی اندام تحتانی

***نقاط فشاری در وضعیت دمر:

گونه ها، آرنج ها، جلوی پا، خار خاصره ای، زواید دنده ای، پستان ها، ناحیه تناسلی خارجی در مردان

C: مددجویان در معرض خطر زخم فشاری عبارتند از گروه های ذیل که اجرای برنامه مراقبتی پیشگیرانه از ابتلا به زخم فشاری برای آنان الزامی است:

*سالمندان

*افراد چاق و یا فوق العاده لاغر

*مبتلایان به ضایعات عصبی

*بیماران فوق العاده کم تحرک که از فعالیت جسمانی اندکی برخوردارند و یا بیماران آرتیته که مهار فیزیکی شده اند.

*بیماران با کاهش سطح هوشیاری و کمایی

*بیماران با اختلالات بی اختیاری ادرار و مدفوع

*بیماران با اختلالات ارتوپدی نظیر بیماران تحت درمان با گچ، کشش یا بریس

*بیماران ادماتو که دچار کمبود ویتامین و یا پروتئین هستند

*مبتلایان به سوء تغذیه و کم خونی

*مبتلایان به بیماری های مزمن نظیر نارسایی احتقانی قلب، اختلالات کلیوی، گوارش، دیابت و سرطان ها

*بیماران با اختلالات حرکتی اعم از بیماران همی پلژی، پاراپلژی و کوادرپلژی

*بیماران با تب بالا

*بیماران با اختلالات شدید مغزی نظیر کتوتونیا و عقب ماندگی ذهنی

*بیماران با درد های شدید

*بیماران بستری در بخش ICU

#ارزیابی جامع و کامل پوست، ثبت یافته ها در پرونده بیمار و تبادل اطلاعات در کل تیم بایستی جزئی از ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری باشد.

+ارزیابی جامع پوست شامل تکنیک شناسایی پاسخ به تغییر رنگ به سفید شدن در قبال فشار انگشت در موضع، گرما، ادم و سفتی موضعی را به متخصصین آموزش دهید.

+با توجه به اینکه قرمزی موضع در بیماران رنگین پوست به خوبی قابل شناسایی نیست، در بیماران در معرض خطر ابتلا به ویژه در صورت وخامت شرایط کلی بیمار، به طور فعال در دوره های زمانی کوتاه نواحی مختلف پوست را به لحاظ قرمزی جستجو نمائید.

*به خاطر بسپارید که کشف به موقع علائم از پیشروی سریع زخم کمک می نماید.

***جستجوی پوست بیمار به لحاظ گرما، ادم و سفتی موضعی به ویژه در بیمارانی که دارای پوستی تیره بوده به لحاظ کشف سریع علائم زخم فشاری درجه یک بسیار حائز اهمیت است.

***ازبیماران در خصوص وجود هرگونه درد یا ناراحتی که می تواند به شناسایی آسیب ناشی از زخم فشاری کمک نماید، پرسید.

***پوست بیمار را به لحاظ آسیب ناشی از وسایل و لوازم پزشکی نظیر کاتترها، لوله اکسیژن، لوله ونتیلاتور و بريس گردنی سفت و غیره نمائید.

😊 مراقبت پوست

۱: تا حد امکان بدن بیمار را بر روی موضعی که هنوز از فشار قبلی قرمز است برنگردانید.

۲: از ماساژ برای پیشگیری از ابتلا به زخم فشاری استفاده نکنید.

ماساژ استراتژی توصیه شده در پیش گیری از ابتلا به زخم فشاری نیست.

۳: مالش شدید پوست در افراد مستعد به ابتلا زخم فشاری خودداری نمائید.

a: مالش شدید پوست می تواند سبب تخریب لایه های پوست، افزایش پاسخ التهابی به ویژه در بیماران مسن ضعیف گردد.

b: به منظور بهبود جریان خون موضعی، بعد از تغییر وضعیت بیمار پوست سالم اطراف زخم را با استفاده از مواد نرم کننده به ملایمت ماساژ دهید.

c: از ماساژ نواحی قرمز پوست به دلیل صدمه بیشتر پیش گیری نمائید.

d: برای تمیز نمودن پوست از مواد تمیز کننده با خاصیت اسیدی ملایم استفاده نمایید و سپس آن را خشک نموده و با لوسیون ماساژ ملایم دهید.

e: جهت تمیز نمودن پوست از آب داغ استفاده نکنید.

۴: به منظور کاهش احتمال خطر آسیب پوست با استفاده از امولوسیون های مرطوب کننده، پوست را مرطوب نگاهدارید.

۵: از آنجا که رطوبت زیاد و تغییر دمای ناشی از آن سبب از بین رفتن ویژگی های مکانیکی لایه شاخی پوست می شود، به منظور کاهش احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری از پوست در قبال رطوبت بسیار زیاد محافظت نمائید.

اقدامات

پیشگیری

*بهبود وضعیت تغذیه برای پیشگیری از ابتلا به زخم فشاری:

۱: از آنجا که سوءتغذیه از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد زخم و پیشرفت زخم فشاری بشمار می رود، وضعیت تغذیه ای تمام افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نمائید.

۲: استفاده از ابزار تائید شده و پایا جهت غربالگری وضعیت تغذیه افراد در معرض خطر

۳: انجام مشاوره تغذیه جهت تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری

۴: حمایت تغذیه ای برای افراد مستعد به ابتلا به زخم فشاری و احتمال خطر سوء تغذیه

۵: با توجه به این که بیماران در طی دوره بیماری می توانند به روش های درمانی متفاوت نیاز داشته باشند، پیامدهای تغذیه ای بیمار را با ارزیابی مکرر وضعیت تغذیه ای وی در دوره های زمانی منظم پایش و ارزشیابی نمائید.

۶: برای بیماران در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری که مشکلات تغذیه ای داشته یا در معرض خطر سوء تغذیه می باشند تغذیه روده ای در نظر بگیرید.

۷: برای افرادی که در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری و سوء تغذیه می باشند، روزانه حداقل ۳۰-۳۵kcal به ازای هر کیلو وزن بدن با ۱،۲۵-۱،۵ g/kg/day پروتئین و ۱ میلی لیتر دریافت مایعات به ازای هر kcal روزانه در نظر بگیرید.

۸: رژیم غذایی سرشار از فرآورده های آهن، ویتامین "ث"، "آ"، "ب" و مواد معدنی و روی و سولفور در پیش گیری از زخم فشاری موثر است.

۹: در بیماران با بی اختیاری ادراری و مدفوع:

*در مورد نیاز بیمار به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یکبار سؤال نمائید.

**در صورت وقوع بی اختیاری پوست ناحیه پرینه را با آب و صابون بشوئید، ملحفه های بیمار را سریعاً تعویض نمائید.

#توصیه های اختصاصی

علاوه بر رژیم غذایی معمول برای بیمارانی که به علت بیماری حاد یا مزمن یا پس از مداخلات جراحی در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری و سوء تغذیه می باشند، مکمل های ترکیبی پروتئین را به صورت خوراکی از راه دهان یا از راه لوله بدهید. به یاد داشته باشید که تغذیه از راه دهان روش ارجح دریافت مواد غذایی است و دریافت مکمل های مواد غذایی در بیماران مستعد ابتلا به زخم فشاری در کاهش میزان بروز زخم فشاری بسیار مفید بوده است.

#تغییر وضعیت

در تمامی افراد در معرض خطر بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبت پیشگیرانه باشد. فشار شدید در نواحی استخوانی برای مدت کوتاه یا فشار ملایم در طولانی مدت آسیب رسان می باشند.

#تکنیک تغییر وضعیت

- A: با در نظر گرفتن راحتی، حرمت و توانایی عملکردی فرد بایستی تغییر وضعیت انجام شود.
- B: بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که فشار از روی موضع یا برداشته شود یا توزیع مجدد شود.
- C: در هنگام تغییر وضعیت بیمار کاملاً بی حرکت، بستری در تخت یا وابسته به صندلی، از کشیدن وی در تخت اجتناب نموده و وی را کاملاً از سطح تخت جدا کرده و سپس جابجا نمایید.
- D: برای سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیماران کاملاً بی حرکت می توان از ملحفه استفاده نمود.
- E: بیمار را مستقیماً بر روی وسایل درمانی متصل به وی نظیر لوله ها و کاتترها جابجا نکنید.
- F: از جابجایی و تغییر وضعیت مددجو یا اعمال فشار مستقیم بر روی تروکانتر بزرگ در وضعیت طرفی بپرهیزید.
- G: از جاگذاری بیمار روی زائده موجود استخوانی با آریتمی که در اثر فشار سفید نمی شود اجتناب نمایید.
- H: بیمار را به صورت متناوب در وضعیت دراز کشیده متمایل به سمت طرفی (چپ و راست) و دراز کشیده به پشت قرار دهید. یا در صورت تحمل بیمار او را در وضعیت دمر قرار دهید. از وضعیت هایی که میزان فشار را در مواضع خاصی می افزاید نظیر دراز کشیده به سمت طرفی، نیمه نشسته یا نشسته در وضعیت ۹۰ درجه اجتناب نمایید.
- I: در صورت امکان از بالا بودن سر تخت به میزان بیش از ۳۰ درجه و در مدت بیشتر از نیم ساعت در بیماران بستری اجتناب نمایید.
- L: در صورت نیاز به وضعیت نیمه نشسته بیمار در بستر، با گذاردن تخته پایین تخت و در کف پای بیمار از لغزیدن بیمار در تخت و اعمال فشتر بیش از حد بر روی ساکروم پیش گیری نمایید

K: در صورت قرار گرفتن بیمار در وضعیت نیمه نشسته در تخت از بلند کردن سر تخت و یا در وضعیت مجاله که باعث افزایش فشار در ناحیه ساکرا ل و کوکسی میشود اجتناب نمایید.

#تغییر وضعیت فرد نشسته:

A: بیمار را به نحوی وضعیت دهید که امکان فعالیت کامل او حفظ شود

B: بیمار را در وضعیتی قرار دهید که از نظر وی راحت است

C: در هنگامی که در وضعیت نشسته پای فرد به زمین نمی رسد از زیر پایی برای وی استفاده کنید، به نحوی که لگن کمی خم شده و ران ها کمی پایین تر از وضعیت افقی قرار گیرند.

D: با توجه به این که در وضعیت نشسته بیشترین فشار بر روی توبرزیته ایسکیال وارد می شود و از آن جا که سطح بسیار کوچکی است، لذا فشار فوق العاده زیاد در زمان کوتاهی خواهد بود که در صورت عدم تغییر وضعیت بیمار منجر به زخم فشاری سریع خواهد شد.

E: برنامه تغییر وضعیت بیمار به ویژه تکرر و وضعیت های داده شده و پیامدهای آن را ثبت نمایید.

F: به تمامی کادر بتلینی که در مراقبت از افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری دخیل می باشند، تغییر وضعیت و اهمیت آن را در پیش گیری از زخم فشاری آموزش دهید.

تدابیر کلی:

۱- در یک ناحیه از پوست بیمار به صورت مستمر از چسب های طبی استفاده ننمایید.

۲- بستر بیماران را عاری از مواد زاید و تکه های ریز غذا نگه دارید.

۳- در یک ناحیه از پوست بیماران به طور مکرر تزریق ننمایید.

۴- به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مددجویان ناخن های خود را کوتاه و انگشتر یا سایر زینت آلات را از دست خود خارج نمایید.

۵- ملحفه زیرین بیمار را صاف و عاری از چین و چروک نگه دارید.

سطوح حمایتی:

۱- تا زمانی که بیماران در معرض خطر زخم فشاری می باشند استفاده از سطوح حمایتی بایستی از سطوح حمایتی برای آنان استفاده شود.

۲- در تعیین سطح حمایتی مورد نیاز بیمار، بایستی سطح حرکتی بیمار و راحتی را در نظر گرفت.

- A: از تشک های کم فشار (تشک های با فشار متناوب و یا موج) استفاده نمایید.
- B: با استفاده از وسایلی نظیر بالش و حوله های تا شده از سایش مستقیم زواید استخوانی نظیر زانوها و قوزک ها بر روی یکدیگر پیش گیری نمایید.
- C: با استفاده از پد های محافظ ، لایه ای اضافی متناسب با وزن بدن مددجو در زیر ساکروم ، تروکانتر ها ، پاشنه ها، آرنج، خارکتف و پشت سر ایجاد کنید.
- D: با استفاده از گهواره روی تخت از میزان فشار وارده بر انگشتان پای مددجو بکاهید.
- E: از پشم گوسفند در پیش گیری از زخم فشاری می توان استفاده نمود
- F: با قرار دادن قوزک های پا در بین پلی از دوبلش از بروز زخم فشاری در پاشنه های پای بیمار پیش گیری نمایید.
- G: از قرار دادن بیماران بر روی تشک های هوایی حلقه ای اجتناب نمایید.

تمهیدات ویژه در گروه های خاص

بیماران تحت عمل جراحی

- A: با در نظر گرفتن عواملی از جمله طول عمل ، افزایش دوره های کاهش فشارخون شریانی در طی عمل، کاهش درجه حرارت بدن و کاهش سطح حرکتی بیمار در طی روز اول پس از عمل که باعث افزایش خطر احتمال بروز زخم فشاری در بیماران کاندیدای عمل جراحی می شود، میزان احتمال بروز زخم فشاری را در بیمار ارزیابی کنید.
- B: از تشک های توزیع کننده فشار بر روی تخت عمل جراحی برای تمامی بیمارانی که در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری می باشند استفاده نمایید.
- C: بیمار را در حین جراحی به نحوی وضعیت دهید که از احتمال خطر بروز زخم فشاری کاسته شود
- D: پاشنه های پای بیمار را از سطح تخت بلند کنید و زانوهای بیمار کمی خم نمایید به نحوی که وزن بدن بیمار بدون این که بر روی تاندون آشیل قرار گیرد بر روی تمامی ساق پای وی توزیع شود، با این عمل از هیپر اکستنسیون زانو که میتواند سبب انسداد ورید پوپلیته آل شده و فرد را در معرض ترومبوز وریدهای عمقی قرار دهد نیز اجتناب می شود.
- E: بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی بر روی تشک کم فشار قرار دهید.
- F: بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی به نحوی وضعیت دهید که با وضعیت وی در حین عمل متفاوت باشد.

منبع: راهنمای پیشگیری از زخم فشاری فرناز مستوفیان مرداد ۱۳۹۳

درس آموخته ها

علل اصلی حادثه

اقدامات اصلاحی

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان	سقوط بیمار
شرح حادثه	بیمار ۶۶ ساله که در تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۲۰ ساعت ۴:۰۵ بدلیل استفراغ خونی و ملنا در بخش بستری شدند. بیمار سابقه کانسر معده و دیابت را ذکر می نماید. هموگلوبین بدو ورود بیمار ۹,۱ گزارش گردید. پرستار به بیمار و همراه وی در زمینه خارج نشدن از تخت آموزش میدهد. علیرغم توضیحات داده شده در ساعت ۷ صبح همراه بیمار، وی را جهت انجام اجابت مزاج به سرویس بهداشتی منتقل می نماید. بیمار در سرویس بهداشتی دچار سقوط می گردد. پرستار سریعاً بیمار را به تخت منتقل و با پزشک معالج تماس می گیرد. طبق درخواست ایشان بیمار توسط پزشک اورژانس مورد معاینه قرار می گیرد. جهت بیمار گرافی قفسه سینه و لگن انجام می شود که هر دو نرمال بوده است. آثاری از کبودی و خراشیدگی ندارد. همودینامیک نرمال گزارش گردید. بدلیل خونریزی های شدید گوارشی توسط جراح مشاوره و به اتاق عمل منتقل گردید. نقاط خونریزی دهنده اطراف توده جراحی و خونریزی بیمار اصلاح می گردد.
علل رویداد حادثه	* آموزش ناکافی بیمار و همراه در زمینه احتمال سرگیجه بدنبال افت هموگلوبین و سقوط * کمبود کمک پرستار جهت شیفت شب
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	آموزش چهره به چهره بیماران ارائه پمفلت آموزشی انجام اثربخشی آموزشی بیماران پیگیری جذب کمک پرستار جهت کلیه شیفت ها

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان

فوت نوزاد

شرح حادثه

مددجو خانم ۳۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۲ ساعت ۲۳:۳۰ با درد شکم که از شب قبل داشته به بلوک زایمان مراجعه کرد. بیمار گراوید ۵ است. با همسر نسبت فامیلی دارد. سابقه بیماری ندارد. طبق سونوگرافی سن بارداری ۴۰ هفته بوده است. توشه واژینال انجام شد ۴-۵ cm / ۲۰٪ / سفالیک بوده است. کانترکشن ها mild بوده است. زایمان های دوم و چهارم بیمار نیز با وکیوم انجام شده است. در معاینه جنین به نظر بزرگ و ماکروزم به نظر می رسد. وضعیت مددجو به اطلاع دکتر زنان رسید. به دستور ایشان بستری گردید. NST اول بیمار بدلیل عدم همکاری مددجو کامل انجام نشد. جهت وی خط وریدی تعبیه و نمونه جهت آزمایشات ارسال شد. NST دوم در ساعت ۰۰:۳۷ انجام شد. جواب آزمایشات ضمیمه پرونده شد. WBC: ۱۲,۸ داشته. در ساعت ۰۱:۱۵ آمنیوتومی شد که مختصر مایعی خارج شد که به ظاهر شفاف بود. مددجو از ساعت ۱:۱۵ full شد. در ساعت ۲:۰۰ با نظارت ماما به تخت زایمان منتقل شد و به اطلاع دکتر زنان رسید. تلاش ها و تشویق مددجو جهت زور زدن و تنفس عمیق انجام شد. در ساعت ۲:۱۵ علیرغم تلاش های انجام شده Station در جایگاه صفر باقی ماند. که به اطلاع دکتر زنان رسید. ساعت ۲:۲۵ دکتر زنان بر بالین بیمار حاضر شدند. با توجه به عدم جایگاه مناسب سر جنین و عدم نزول سر جنین دستور سزارین اورژانسی صادر گردید. از زمان full شدن تا تحویل به اتاق عمل FHR و کانترکشن ها هر ۵ دقیقه چک شد (FHR: ۱۱۰)

۲ گرم سفازولین انفوزیون و ساعت ۲:۴۵ به اتاق عمل منتقل شد. سریعاً به تخت جراحی منتقل و توسط متخصص بیهوشی تحت بیهوشی اسپینال قرار گرفت. در اتاق عمل BP: ۸۵/۴۰ داشته که به دستور دکتر بیهوشی افدرین تزریق گردید. حین عمل فشار خون بیمار در حدود ۱۰۵/۶۰ حفظ گردید. در ساعت ۲:۵۵ نوزاد دختر با آپگار ۳ بدنیا آمد. هنگام تولد نوزاد به شدت مکونیومی بود و واکنش خفیف و تغییر چهره ضعیف داشته است. اکروسیانوز بود. ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ داشته. عضلات شل و تنفس نداشته است. توسط دکتر زنان ترشحات دهان و بینی پوآر شد. واکنش خفیف به تحریک داشته است. سریعاً کد ۸۸ اعلام و عملیات احیا آغاز گردید. نوزاد زیر وارمر قرار گرفته و توسط دکتر بیهوشی اینتوبه شد و و همزمان ماساژ قلبی و دارودرمانی انجام شد. عملیات تا ساعت ۳:۳۰ بطول انجامید ولی متأسفانه ریتم قلبی و تنفس نوزاد برنگشت و ختم CPR اعلام شد

علل رویداد حادثه

- *انجام نشدن NST بلافاصله قبل از عمل
- *انجام نشدن ABG جهت کلیه نوزادان پرخطر
- *نبودن متخصص اطفال
- *نبودن دستگاه سونیکت در اتاق عمل
- *انجام نشدن ویزیت متخصص زنان ۳۰ دقیقه پس از پذیرش بیمار
- *وجود تناقض در ثبیتات پزشک و پرسنل مامایی
- *عدم حضور مداوم متخصص بیهوشی در اتاق جراحی و تاخیر در شروع احیاتوسط ایشان
- *عدم تکمیل مستندات پرونده توسط پزشک طبق پروتکل های ابلاغی
- *عدم رعایت فرایند تحویل و تحول مناسب مددجو

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

- *گرفتن تراسه NST در موارد عدم پیشرفت قبل از انتقال به اتاق عمل
- *انجام ABG از بند ناف در مورد نوزادان پرخطر
- *هماهنگی ریاست با معاونت درمان جهت پیگیری جذب متخصص اطفال
- *پیگیری تهیه سونیکت جهت اتاق عمل
- *استفاده از سونیکت بلوک زایمان در زمان تحویل بیمار به اتاق عمل جهت سمع قلب جنین
- *مکاتبه با متخصصین جهت رعایت دستورالعمل محدوده زمانی ویزیت پزشکان
- *مکاتبه با پزشکان جهت انجام صحیح ثبیتات در پرونده بیمار
- *مکاتبه با متخصص بیهوشی جهت حضور مداوم متخصص بیهوشی در اتاق جراحی و تاخیر در شروع احیا توسط ایشان
- *مکاتبه با پزشکان جهت تکمیل مستندات پرونده توسط پزشک طبق پروتکل های ابلاغی
- *برگزاری دوره آموزشی دستورالعمل های ایمنی بیمار

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان	بیمار سقوط
شرح حادثه	بیمار آقای ۷۰ ساله که در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۴ با تشخیص کووید در بخش ایزوله بستری شد. هوشیار و از نظر روحی شرایط نرمال داشته است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۶ ساعت ۴:۲۰ صبح در حالیکه قصد برداشتن آب از میز کنار تخت را داشته از بالای نرده تخت روی زمین افتاده و دچار پارگی ابروی راست به اندازه ۲ سانت شده است. توسط پزشک اورژانس مورد معاینه قرار گرفته و توسط دکتر (طب اورژانس) سوچور ناحیه بریدگی انجام شده است. سیتی اسکن مغزی انجام شد که نرمال گزارش گردید. در حال حاضر شرایط نرمال دارد.
علل رویداد حادثه	*آموزش ناکافی بیمار در ارتباط با درخواست کمک در صورت نیاز *چینش نامناسب وسایل مورد نیاز بیمار و دسترسی سخت به وسایل
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	. آموزش چهره به چهره بیماران ارائه پمفلت آموزشی در زمینه پیشگیری از سقوط انجام اثربخشی آموزشی بیماران سرکشی هر یک ساعت به بیماران در ساعات ۲۲ تا ۶ قرار دادن وسایل مورد نیاز بیمار در نزدیکترین فاصله با وی

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان

بررسی علل خونریزی پست پارتوم بیمار

شرح حادثه

. بیمار شکم اول ۱۹ ساله و ۳۸ هفته که با شروع دردهای زایمانی بستری و با دردهای خودش پیشرفت کرد. در ساعت ۱۱:۱۵ به روش طبیعی بدون مشکل خاصی زایمان انجام شد در زمان زایمان بدلیل حضور پزشک در اتاق عمل در حین زایمان پزشک مقیم زنان حضور نداشت فقط از سوی مامای عامل زایمان به متخصص زنان اطلاع رسانی شد که جفت بلافاصله خارج نگردیده است که طبق دستور دکتر فرصت جهت خارج شدن جفت داده شود و جفت پس از ۱۵ دقیقه خودبخود خارج شده است. بیمار پس از دو ساعت ریکاوری در بلوک زایمان، با علائم حیاتی نرمال و با خونریزی کمتر از یک پد به بخش پست پارتوم انتقال داده شد. در ساعت ۲۲:۳۰ از سوی پرستار بخش به دکتر اجتهاد اطلاع داده می شود که بیمار دچار دفع لخته و تاکی کاردی می باشد بیمار هوشیار است و علائم گیجی، ضعف و بی حالی را ندارد خروج از تخت را پس از زایمان داشته است. بلافاصله بیمار به بلوک زایمان مجدد انتقال داده شد. سوند فولی فیکس شد که میزان ۵۰۰ سی سی ادرار تخلیه گردید ماساژ رحمی دو دستی داده شد اقدامات دارویی شامل ۵۰ واحد سنتو به همراه یک عدد امپول مترژن و ۸۰۰ میکروگرم میزوپروستول رکتال جهت بیمار استفاده گردید. کوراژ رحمی نیز توسط دکتر اجتهاد انجام شد که به اندازه ۲ سانتی متر پرده به همراه مقداری لخته خارج گردید با انجام اقدامات صورت گرفته میزان خونریزی بیمار کنترل شد بدلیل افت HB از ۱۴ به ۱۰ طبق دستور پزشک دو واحد پک سل نیز تزریق گردید بیمار مختصری تاکی کارد می باشد، هوشیار است و دیورز نیز شفاف برقرار است در روز بعد بدلیل تاکی کاردی مشاوره قلب انجام شد که طبق دستور ایشان ایندرال ۲۰ تجویز گردید. دو روز بعد از زایمان مادر نیز با علائم حیاتی نرمال و خونریزی در حد لکه بینی ترخیص شد.

علل رویداد
حادثه

-حضور نداشتن متخصص زنان در زمان زایمان بیمار
-چک نشدن جفت از نظر کامل بودن پس از زایمان
-عدم توجه به تخلیه مکرر ادرار توسط مادر پس از زایمان

اقدامات
اصلاحی
پیشنهادی

-هماهنگی با متخصص زنان جهت حضور بر بالین بیمار
-آموزش مجدد پرسنل جدید الورود در زمینه کنترل جفت از نظر کامل بودن
-انجام کوراژ پس از زایمان در صورت خارج نشدن کامل جفت
-کنترل تخلیه ادرار بیمار در زمان پست پارتوم
-کنترل علائم حیاتی و میزان خونریزی بیمار
-برگزاری کلاس آموزشی PPH و الزام پرسنل جهت گذراندن دوره مربوطه

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان

دستوشی زایمان طبیعی (شکستگی کلاویکول)

شرح حادثه

مددجو خانم بی بی عبدالله زاده در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۲۳ در ساعت ۱۰:۳۵ جهت زایمان طبیعی به زایشگاه مراجعه کرده. مددجو با سابقه Gv P4 Ab2 Ep1 میباشد. مددجو سابقه مصرف قرص آمی تریپتیلین و متوپرولول را ذکر می کند. اقدامات اولیه در زایشگاه انجام می شود. مددجو تحت مانیتورینگ قلبی قرار میگیرد. زایمان طبیعی در ساعت ۱۸:۱۵ با پارگی درجه ۲ در حالی که دیستوشی شانه نیز وجود داشت انجام شد که حاصل آن نوزاد پسر با وزن ۴۵۷۰ گرم با آپگار ۹/۱۰ می باشد. طبق دستور تلفنی متخصص اطفال نوزاد به علت بی حرکتی دست و افت سطح اکسژن خون، در ساعت ۱۹:۴۰ به بخش نوزادان منتقل شد. نوزاد تحت نظر در بخش نوزادان می باشد و ساعت ۲۱:۲۰ توسط متخصص اطفال ویزیت می شود و طبق دستور، نوزاد به بخش و نزد مادر منتقل شود. در حین تحویل نوزاد، مجدد SPO2 چک می شود که به علت افت SPO2 نوزاد تا ۸۰٪، در بخش نوزادان می ماند. روز بعد تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۲۴ طبق دستور پزشک معالج پرونده بستری تشکیل گردید. گرافی از دست و شانه نوزاد انجام شد و متأسفانه نوزاد دچار شکستگی کلاویکول شده است. طبق دستور ارتوپد دست بیمار با بانداز بی حرکت شود. اقدامات لازم انجام شد. نوزاد تحت نظر در بخش می باشد.

علل رویداد حادثه

- ۱- پر خطر بودن شرایط مادر (سابقه سقط، حاملگی خارج رحمی، هایپر تانسیون)
- ۲- ناکافی بودن آگاهی کارکنان در خصوص اقدامات مورد نیاز برای کمک به مادر در مواقعی که دیستوشی ایجاد می شود.
- ۳- وزن بالای نوزاد (۴۵۷۰ گرم)

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

- ۱- مقرر گردید: در بیماران پرخطر که سابقه ناباروری و حاملگی پرخطر دارند در صورت صلاحدید پزشک زایمان سزارین انجام شود.
- ۲- مقرر گردید: پرسنل ماما جهت کمک به مادر در مواقع دیستوشی، آموزش هایی مانند مانور مک روبرت را بیاموزند.
- ۳- مقرر گردید: در صورت صلاحدید پزشک در مواقعی که وزن جنین بیشتر از ۴۵۰۰ گرم گزارش شده، زایمان سزارین انجام شود.

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان	جاماندن جسم خارجی
شرح حادثه	مددجو خانم ۶۷ ساله در تاریخ ۱۸/۵/۱۴۰۱ در ساعت ۹:۱۰ به صورت الکتیو با پای خودش جهت جراحی TKA هر دو زانو در سرویس ارتوپدی بستری می شود. اقدامات اولیه انجام شده و بیمار آماده OR می شود. در ساعت ۱۰:۲۰ بیمار به اتاق عمل منتقل می گردد. مددجو بعد از عمل جراحی به واحد تصویربرداری منتقل می شود و بعد از انجام گرافی هردو زانو، مددجو در ساعت ۱۶ به بخش SICU منتقل می گردد. در بخش SICU پرستار بعد از رویت گرافی متوجه وجود جسم خارجی در زانوی چپ می شود. بلافاصله با پزشک معالج تماس گرفته شد و مددجو در ساعت ۱۷ مجدد به OR فرستاده شد. بنا به گزارش اتاق عمل سوزن توسط پرسنل شرکتی که با پزشک معالج در عمل حضور داشتند، زیر جلد جا مانده بود که خارج گردید و مجدد پوست بخیه شد و مددجو به بخش ICU باز میگردد. خوشبختانه عارضه ای بدنبال نداشت و مددجو با حال عمومی خوب تحت نظر در بخش می باشد.
علل رویداد حادثه	۱- عدم حضور پزشک بر بالین بیمار تا انتهای جراحی ۲- ناکافی بودن آگاهی کارکنان در خصوص اهمیت دستورالعمل جراحی ایمن ۳- عدم شمارش دقیق تجهیزات استریل جراحی بعد از عمل ۴- عدم برقراری ارتباط موثر منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن در انجام کار تیمی
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- مقرر گردید: جراح تا انتهای عمل بر بالین بیمار حضور داشته باشند. ۲- مقرر گردید: کارکنان دستورالعمل جراحی ایمن را رعایت کنند. ۳- مقرر گردید: کارکنان، تجهیزات استریل جراحی را بعد از عمل به صورت دقیق شمارش کنند. ۴- مقرر گردید: کارکنان در زمان انجام کار تیمی ارتباط موثر منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن داشته باشند.

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

سقوط بیمار

عنوان

مددجو ۸۰ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۵ با تشخیص Cr بالا و هیپوناترمی در بخش post ccu بستری گردید. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۲۷ ساعت ۱:۱۵ جهت خروج از تخت و رفتن به سرویس بهداشتی بدون اطلاع به پرستار و بدون استفاده از زنگ احضار یا بیدار نمودن همراه خود، در حین خروج از کنار بدساید به زمین سقوط کرد. لازم به ذکر است همراه بیمار خانم بود و چندین بار به ایشان تذکر داده شده بود که پرده های اطراف بیمار را نکشد ولی ایشان امتناع نموده و در حالی که خواب بوده با توجه به اینکه ساید ها بالا بوده بیمار از لبه ی تخت اقدام به خروج نموده و دچار عدم تعادل گردیده و به زمین خورده است. به دنبال آن کمک بهیار و پرستار بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند و مددجو مجدداً بر روی تخت منتقل می شود (برای بیمار جراحی و مشکلی پیش نیامده است).

شرح حادثه

- پرده کنار تخت بیمار کشیده شده بود و بیمار غیر قابل رویت بود

- ناکافی بودن آموزش به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار

- ناکافی بودن آگاهی کارکنان و سوپروایزرین شبکار در خصوص پایش و اهمیت اثر بخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار

علل رویداد حادثه

- آموزش به بیمار در خصوص اهمیت استفاده از زنگ احضار پرستار در هنگام خروج از تخت داده شود

- ارتقا سطح آموزش کارکنان

- توجه کافی به نیاز های بیماران و تلاش در جهت رفع آنها

- سوپروایزران بالینی ارزیابی حین بستری بیمار را پایش و آموزش دهند

اقدامات اصلاحی

پیشنهادهای

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

سقوط بیمار

عنوان

مددجو آقای ۴۰ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۱۱ جهت جراحی دیسک گردن بستری گردید. آموزشهای لازم بدو ورود در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار و بالا بودن بدساید به بیمار داده شد. پس از اتمام سرم، بیمار لبه ی تخت نشسته و در حالی که پرستار و همراه بیمار بر بالین حضور داشتند بیمار دچار سرگیجه و افت فشار شد و سقوط کرد، بیمار بر روی تخت منتقل می شود و اقدامات لازم انجام میگردد (لازم به ذکر میباشد بیمار دچار جراحت نشده است)

شرح حادثه

- نا کافی بودن آموزش های لازم قبل از خروج از تخت به بیمار
- ناکافی بودن آموزش های بدو ورود و قبل از عمل (احتمال سرگیجه و افت فشار خون به علت ناشتایی ، احتمال سقوط به علت افت فشار و قند خون)
- توجه ناکافی پرستار مسئول بیمار به نیاز های بیمار
- بالا نبودن بدساید تخت تا قبل از اطمینان از سرگیجه نداشتن بیمار جهت خروج از تخت

علل رویداد حادثه

- آموزش و تاکید به کارکنان جهت آموزش های بدو ورود و حین بستری
- افزایش توجه و دقت به نیاز های بیمار
- بدساید ها تا قبل از اطمینان به توانایی جهت خروج از تخت و عدم سرگیجه بیمار ، بالا و فیکس باشد
- آموزش های قبل از عمل به صورت جدی و مکرر به بیمار و همراه بیمار داده شود

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان	سقوط بیمار
شرح حادثه	مددجو آقای ۵۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۱ جهت انجام کلونوسکوپی در واحد اسکوپي بستری گردید. آموزشهای لازم در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار و بالا بودن بدساید به بیمار داده شد ، بیمار همراه داشته است . بعد از اتمام کلونوسکوپی پس از اینکه ۳۰ دقیقه از بیهوشی گذشته و کاملاً هوشیار بوده توسط کمک بهیار بر لبه ی تخت پاهای بیمار آویزان گردیده است پس از اطمینان از عدم سرگیجه لباس بیمار تعویض گردیده به سالن ترخیص انتقال داده شده است بر روی صندلی سالن نشسته جهت ترخیص همراه ، بیمار را ترک نموده و در همان حین بیمار Faint کرده و با سر بر زمین خورده است ، پیشانی بیمار به اندازه ی ۲ سانت جراحت پیدا کرده به سوچور نیاز نداشته است، به دنبال آن کمک بهیار و سر پرستار بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند و بیمار به واحد اسکوپي بر روی تخت منتقل می شود ، سر بیمار پانسمان شد کمپرس یخ گذاشته و بیمار به اورژانس منتقل میشود . (لازم به ذکر میباشد بیمار سابقه ی Faint داشته است، همراه بیمار پزشک عمومی بوده و پس از انجام سی تی اسکن و رویت توسط پزشک اورژانس اصرار بر ترخیص بیمار نمودند و حاضر به انجام مابقی اقدامات درمانی و مشاورات درخواستی نشدند و با رضایت شخصی بیمار خود را ترخیص نمودند)
علل رویداد حادثه	- عدم ارائه ی خدمات به بیمار در واحد اسکوپي تا زمان ترخیص - ناکافی بودن آموزش های بدو ورود و حین ترخیص به بیمار - عدم پایش کارکنان در خصوص اثر بخش بودن آموزشهای ارائه شده
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	بیمار قبل از ترخیص از بخش مربوطه خارج نگردد. آموزش و تاکید به کارکنان جهت آموزش های بدو ورود و حین ترخیص ، دریافت هیستوری کامل از سوابق بیمار صورت پذیرد. سوپروایزران بالینی ارزیابی بیمار را پایش و به کارکنان آموزش دهند .

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان	عارضه خون
شرح حادثه	بیمار خانم ۷۱ ساله ایست که در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۰۶ به علت CVA بستری شده است: HB: ۷,۵ بوده است، بیمار سابقه تزریق خون تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۰۹ یک واحد پکسل ایزوگروپ و ایزو RH در ساعت ۱۴/۴۵ به بیمار ترانسفوزیون می گردد که عارضه بدنبال داشته و بیمار دچار لرز میگردد اقدامات لازم انجام گردید. مجدد در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۲۹ به علت HB=۹ پزشک با آگاهی از اینکه یک بار بیمار حین تزریق خون دچار عارضه گردیده دستور تزریق یک واحد خون شسته شده را میدهند. علائم حیاتی بیمار قبل از تزریق خون BP = ۱۱۰/۷۰ و T=۳۶/۲ میباشد. در ساعت ۱۸:۳۰ ترانسفوزیون خون شروع شد در ساعت ۱۹:۳۰ مددجو دچار لرز می شود. (HR=۱۳۷ RR=۲۱ BP=۹۰/۵۵ T=۳۶ -SPO2=۹۲٪) که بلافاصله تزریق متوقف می شود و به سوپروایزر کشیک اطلاع داده می شود و مشاوره داخلی انجام می شود که طبق دستور ایشان اقدامات دارویی و اکسیژن تراپی انجام می شود و خوشبختانه علائم بیمار بهبود پیدا می کند و عارضه ای بدنبال نداشت.
علل رویداد حادثه	- عدم کنترل و چک دمای کیسه ی خون توسط پرستار مسئول بیمار - عدم نظارت بر میزان سرعت دریافت خون - عدم آگاهی پرسنل در خصوص فرآورده های خونی و دستورالعمل تزریق خون - عدم دقت و افزایش حساسیت پرسنل در بیماران با سابقه ی عارضه ی خون
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	- چک بالین و کنترل علائم حیاتی بیمار به صورت مداوم هر ۱۰ الی ۱۵ دقیقه توسط پرستار حین دریافت خون - آموزش به پرسنل در خصوص دستورالعمل تزریق خون به ویژه در بیماران با سابقه ی عارضه ی خون - پایش و اثر بخشی آموزش های داده شده توسط سوپروایزرین جهت کارکنان صورت پذیرد - ملزم نمودن آگاهی کلیه پرسنل از دستورالعمل تزریق خون