

کتابچه دستورات شایع در اورژانس

گروه طب اورژانس

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان زمستان 1398

مقدمه:

یکی از شیوه های مفید و پرکاربرد در آموزش علوم پزشکی استفاده از الگوها و الگوریتم های تشخیص و درمان استاندارد و از پیش تعریف شده می باشد. استفاده از این الگوها در موضوعات مختلف حوزه پزشکی از آموزش دانش و مهارت تا تغییر نگرش و آموزش اصول اخلاق حرفه ای می باشند.

روش های آموزش مبتنی بر پایه الگو و یا الگوریتم امکان ویژه ای جهت تمرین و ممارست فراگیران برای یادگیری مطالب جدید و با اطمینان بالا از صحت مطالب از اصول اولیه دانش و مهارت را ایجاد خواهند کرد و این امتیاز نه تنها احتمال بروز خطاهای پزشکی را کمتر خواهد نمود بلکه عاملی برای وحدت رویه و جلوگیری از تشتت آراء در محیط های درمانی نیز ایجاد خواهد کرد و این امر در نهایت منجر به انجام تصمیم گیری های بالینی در حداقل زمان ممکن در مواجهه با موارد خاص نیز خواهد شد.

البته نکته مهمی که همواره در استفاده از این گونه روش ها می بایست در نظر داشت تفاوت هایی است که بین بیماران وجود دارد. در واقع هیچ دو بیماری کاملاً شبیه به یکدیگر نیستند و اهمیت این موضوع می طلبد که همواره در استفاده از روش های تشخیصی یا درمانی بر پایه الگو یا الگوریتم، تفکر انتقادی و استدلال بالینی نیز در نظر گرفته شوند.

بخش اورژانس به دلیل ویژگی های خاص محیطی خود که عملاً جزوی از فضاهای آموزشی همواره در حال ارائه خدمت (service setting) می باشند یکی از مکان هایی است که در استفاده از روش های آموزش و درمان بر اساس الگوهای از پیش تعریف شده و الگوریتم های تشخیص و درمان پیش رو بوده است.

آموزش در بخش اورژانس همواره برای معلمان و فراگیران با نگرانی هایی همراه است. محیط پر تلاطم اورژانس همراه با بیماران جدید و بعضاً در وضعیت های بحرانی نیازمند روش های ویژه ای برای آموزش و درمان است تا علاوه بر اینکه بتوانند بیشترین بهره آموزشی را ایجاد کنند همزمان میزان خطا را به حداقل رسانده و بهترین تصمیمات درمانی برای بیماران را نیز شامل شوند.

کتابچه پیش رو مجموعه ای از دستورات از پیش تعریف شده از شایعترین شکایت های بیماران مراجعه کننده به اورژانس می باشند که با در نظر داشتن مطالب پیشگفت به صورت الگوهای درمان و تشخیص تدوین شده است.

امیدوار هستیم استفاده از این مجموعه دستورات پزشکی همزمان با استفاده از تفکر نقادانه و کاربست اصول و روش های استدلال بالینی منجر به بهبود فرایندهای یاد دهی - یادگیری در بخش اورژانس و همچنین ارتقاء سطح کیفی مدیریت بیماران گردد.

به نام خدا

فهرست دستورات شایع اورژانس:

الف: تروما

1. ترومای نافذ شکم ----- 7
2. ترومای صورت ----- 10
3. ترومای نافذ قفسه سینه ----- 12
4. ترومای مینور سر ----- 15
5. ترومای متوسط و شدید سر ----- 18
6. مالتیپل تروما ----- 21
7. ترومای گردن ----- 24

ب: قلب

8. سندروم کرونری حاد ----- 27
9. درد اتیپیک قفسه صدري ----- 30
10. ادم حاد ریه ----- 32

پ: ریه

11. دیسپنه ----- 35
12. تشدید COPD ----- 37
13. حمله آسم ----- 40
14. پنومونی ----- 43

ت: ارتوپدی

15. ترومای بلانت اندام ----- 49
16. ترومای نافذ اندام ----- 53
17. در رفتگی شانه ----- 56

ث: سر و گردن

18. در رفتگی مندیبل ----- 58
19. اپیستاکسی ----- 59

ج: کلیه

20. اختلال پرموکت ----- 61

21. رنال کولیک ----- 63
22. نارسایی حاد کلیه ----- 65
23. پیلونفریت ----- 67

چ: غدد

24. هیپرکالمی ----- 69
25. زخم پای دیابتی ----- 71

ح: گوارش

26. خونریزی گوارشی ----- 73
27. آنسفالوپاتی کبدی ----- 75

خ: شکم جراحی

28. انسداد روده کوچک ----- 77
29. انسداد روده بزرگ ----- 79
30. درد شکم RLQ ----- 81
31. درد شکم اپیگاستر و RUQ ----- 83

د: مسمومیت ها

32. مسمومیت با مواد مخدر اویوئیدی ----- 85

33. مسمومیت با وارفارین ----- 88

ذ: نورولوژی

34. سردرد ----- 90

35. تشنج ----- 92

36. سرگیجه ----- 95

37. سنکوپ ----- 97

38. کاهش سطح هوشیاری ----- 99

39. سکته حاد مغزی ----- 101

40. ضعف عمومی ----- 103

دستورات ترومای نافذ شکم

Impression: Penetrating Abdominal Trauma

Condition: II

Diet: NPO

Activity: CBR

Position: Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/dif...f, BUN/Cr, Na, K, VBG, BG/Rh, UA
Amylase Lipase Ast Alt Alk Ph Bill T, D CPK, LDH
- 3) HM, PO
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 5) upright CXR → بعد از پایدار شدن بیمار
- 6) Abdominal and pelvic CT with IV Contrast
- 7) IV line ×2 Large
- 8) Serum N/S 1 Lit Free if...
- 9) eFAST
- 10) NGT fix if...
- 11) Foley catheter fix if...
- 12) Reserve 4 Unit P.C isogroup, iso Rh if...
- 13) Reserve 4 Unit F.F.P isogroup if...
- 14) Amp Morphine Sulfate 3mg IV slow over 2 min
- 15) Amp Td 0.5 cc IM stat if...
- 16) Amp Tetobulin 250 cc IM stat if...
- 17) Amp Cefazolin 1gr IV Infusion
- 18) پس از پایدار شدن بیمار و اجرای دستورات جهت اکسپور زخم به اتاق عمل اورژانس منتقل شود.
- 19) Amp Ranitidin 50mg IV stat
- 20) check Hb/Hcr 6hr
- 21) control I/O

22) ECG

23) Collor Fix

24) تخت حفاظ دار و همراه فیکس

1) اگر بیمار ناپایدار است یعنی فشارخون کمتر از 90 میلی متر جیوه دارد، خونریزی فعال از شکم دارد، کاهش سطح هوشیاری دارد، روده های بیمار از شکم بیرون است، علائم پریتونیت تندرns، ریباند تندرستی، گاردینگ و رزیدیتی دارد، چاقو و یا جسم خارجی درون شکم مانده است بیمار فوراً به اتاق احیا برده شود و همزمان ویزیت اورژانس سرویس محترم جراحی درخواست شود.

2) برای زنان در سنین باروری βHCG چک شود

- برای افراد مسن و ترومای نافذ قفسه سینه Trop چک شود

- در افراد ناپایدار Lactate چک شود

3) اگر زخم شکم بیمار بسیار سطحی است و کف زخم مشخص است و عمق زخم زیاد نیست و از پریتوئن رد نشده است نیازی به ارسال آزمایشات کامل نمی باشد.

نکته: در هر بیمار ترومایی با $BP > 90$ دیسترس تنفسی که نیاز به اینتوباسیون دارد یا ترومای نافذ با گلوله به گردن، توراکس، شکم، پروگزیمال اندام ها و $GCS \leq 8$ ویزیت اورژانس سرویس محترم جراحی درخواست شود.

4) در صورت افت شدید ساچوریشن خون زیر 80%، اکسیژن با ماسک Non-Rebreather ، lit/min ، 8-10 گذاشته شود.

5) اگر بیمار راه نرفته است PXR

- اگر بیمار تندرns لگنی دارد PXR

- اگر شک به جسم خارجی مثل چاقو و ... در داخل شکم است گرافی AP, lat شکمی گرفته شود

- اگر بیمار ناپایدار است CXR پرتابل گرفته شود.

6) اگر بیمار پایدار است و عمق و کف زخم مشخص نیست و یا زخم و پارگی شکم عمیق است، CT شکم و لگن با کنتراست وریدی درخواست شود

- اگر کف زخم مشخص است و زخم عمیق نیست و پریتوئن intact دارد نیازی به درخواست CT با کنتراست نیست.

10 و 11) در صورتی که زخم عمیق نیست، کف زخم مشخص است و سطحی است و پری‌توئن را رد نکرده است و با یک ترمیم ساده قابل تشخیص است نیازی به NGT و سوند نمی باشد.

12 و 13) در بیماران با خونریزی شدید و یا همودینامیک ناپایدار لازم است.

14) در بیماران آسم و COPD، مورفین تزریق نشود.

15 و 16) اگر واکسیناسیون کامل است نیازی به تزریق واکسن کزاز نیست و براساس جدول اندیکاسیون های کزاز تصمیم گیری شود (مورد 6 و 7 در ترومای نافذ اندام)

22) اگر بیمار جوان است، سابقه مشکلات قلبی ندارد، ترومای قفسه سینه نداشته است و شکایت درد قفسه سینه ندارد. نیازی به ECG نیست.

23) اگر ترومای شدید جای دیگر بدن نداشته باشد. تندرست گردن، FND، شرح حال مسمومیت، کاهش سطح هوشیاری و شکستگی استخوان های بلند (Nexus Criteria) را ندارد. نیازی به بستن کلارگردنی ندارد اما هر کدام از موارد فوق را داشت باید کلار گردنی بسته شود و گرافی AP lat گردنی نیز درخواست شود.

- اگر بیمار ناپایدار بود:

- انتقال به اتاق احیا و احیای بیمار براساس پروتکل ATLS اجرا شود
- وسایل احیا و اینتوبه برای این بیمار آماده باشد
- ویزیت سرویس محترم نوروسرجری بعد از BrCT
- BrCT
- جابه جایی با تیم احیا
- در صورت اینتوبه شدن بیمار: آمپول فنی توئین 1gr / IV ظرف نیم ساعت داخل 250cc نرمال سالین انفوزیون شود.
- در صورت تزریق فنی توئین حتما ECG قبل از تزریق دارو جهت بررسی بلوک های قلبی درخواست شود.
- در صورت دفورمیتی اندام ها، گرافی از اندام ها درخواست شود و قبل از درخواست گرافی معاینه عروق و عصب اندام ها انجام شود و اگر اختلال در معاینه عروق و نبض ها و معاینه عصبی وجود داشت، ویزیت سرویس محترم جراحی و ارتوپدی درخواست شود.

دستورات ترومای صورت

IMP: Facial trauma

C: III

D: NPO

A: CBR

P: SUP

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check Labs data IF...
- 3) PO HM
- 4) O2 With Non Rebreather mask 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 5) If ...Xray
- 6) facial CT Axial, Cronal if...
- 7) IV line
- 8) serum N/S 1 lit IV stat
- 9) Amp Td 0.5 cc IM stat if...
- 10) Amp Tetabulin 250cc IM stat if...
- 11) Amp cefazolin 1gr iv infusion if...

12) پس از اقدامات فوق جهت شستشو پانسمان و ترمیم زخم به اتاق عمل اورژانس منتقل شود.
C: در صورت خونریزی شدید صورت، هیپوکسی، سیانوز، ادم شدید لب ها و صورت و زبان شکستگی و خردشدگی های شدید استخوانی و یا تروماهای شدید لب و زبان و فک و یا هماتوم های شدید لب و زبان و گردن که احتمال به مخاطره انداختن راه هوایی را دارد در سطح II و یا حتی I قرار می گیرد و در این صورت اقدامات فوری احیای بیمار انجام شود. وسایل احیا و اینتوباسیون و وسایل اکستراگلوتیک مانند LMA و ست کیری کوتیروتومی بر بالین بیمار آماده باشد.

2) در صورت وجود موارد فوق که نیاز به احیا و انتوباسیون پروفیلاکتیک بیمار می باشد آزمایشات PT, PTT, INR/ VBG/Na,K/ BUN,Cr/CBC, dif...f چک شود.

5- در صورت وجود همزمان Nexus کرایتریای گرافی AP&Lat گردنی درخواست شود و color گردنی بسته شود.

- Distracting Injury

- LOC

- Intoxication

- FND

- Tenderness گردن

5) گرافی Bilateral Nasal Xray در صورت وجود موارد زیر گرفته شود

1) هماتوم سپتوم 2) اپیستاکسی کنترل نشده 3) نتواند از هر دو سوراخ بینی نفس بکشد

4) شکل بینی نامتقارن باشد

6) در صورت وجود 1) آبلانگ تست + 2) شکستگی های lefort 3) غیرقرینگی صورت

4) وجود تریسوموس 5) هرگونه شک به fx در صورت CT صورت (آگزیا و کرونا) انجام شود.

9 و 10) براساس اندیکاسیون های واکسن کزاز تصمیم گیری شود. به مورد 6 و 7 در ترومای نافذ اندام رجوع گردد.

11) اندیکاسیون های تجویز آنتی بیوتیک در زخم های صورت: 1- گاز گرفتگی 2- درگیری غضروف

گوش و بینی 3- تامپون بینی 4- زخم کراش 5- شکستگی open و شکستگی که به سینوس ها راه دارد 6- لسراسیون های through and through

دستورات ترومای نافذ قفسه سینه

IMP: Penetrating Chest Trauma

C: II

D: NPO

A: CBR

P: Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/dif...f BUN/Cr PT PTT INR BG/Rh Trop VBG Na ,k
- 3) CXR
- 4) Chest CT
- 5) PO,HM
- 6) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $spo_2 \leq 90\%$
- 7) IV line
- 8) Serum N/S 1 Lit iv stat
- 9) FAST, eFAST
- 8) Serum N/S 1 Lit iv stat free infusion
- 9) FAST and efast
- 10) Amp MS 3mg IV slow over 2 min (If... needed)
- 11) Amp Td 0.5 cc IM stat if...
- 12) Amp Tetabulin 250 cc IM stat
- 13) Amp Cefazolin 1gr IV Infusion
- 14) Reserve 2unit P.C Isogroup iso Rh
- 15) Reserve 2 unit ffp isogroup
- 16) ECG
- 17) Amp Ranitidin 50mg iv stat
- 18) Check Hb/Hct 6 hr

(19) در صورت ناپایدار بودن بیمار دستورات زیر اجرا شود بیمار به اتاق احیا منتقل شود:

(20) وسایل احیا و اینتوباسیون آماده بر بالین

(21) دوبرانول خاکستری جهت نیدل توراکوستومی آماده و انجام شود

(22) وسایل chest tube آماده بر بالین

(23) وسایل توراکوتومی اورژانس بر بالین آماده

(24) ویزیت اورژانس سرویس محترم جراحی

Foley catheter fix (25)

control I/O (26)

NGT fix (27)

(28) تخت حفاظ دار

C: در صورت شرایط Unstable بیمار مانند $BP \geq 90$ ، دیسترس تنفسی، هیپوکسی و کاهش صدای یک طرفه و کاهش سطح هوشیاری بیمار در Level یک قرار می گیرد بیمار به اتاق احیا منتقل شده و عملیات احیای بیمار براساس پروتکل ATLS اجرا می شود و ویزیت اورژانس سرویس جراحی درخواست شود.

(2) در صورت وجود شوک، لاکتات چک شود. در خانم های سنین باروری HCG β درخواست شود.

(3) در صورت ناپایدار بودن بیمار CXR پرتابل درخواست شود.

(4) در بیماران ترومای توراکس، CT حساس تر و اختصاصی تر از گرافی است و می توان از ابتدا Chest CT درخواست کرد اما در بیماران پایدار که کاهش یک طرفه صدا ندارند، $O_2 SAT \geq 94\%$ است، تندر نس شدید دنده ای و استرنوم ندارند، Loc ندارند، توکسیک نیستند، دیس ریتمی و chest pain ندارند، دیسترس تنفسی ندارد. کاملاً هوشیار و stable هستند. می توان جهت کاهش هزینه ها به همان CXR ساده کفایت کرد و CT درخواست نکرد

(7) در بیمار ناپایدار، کاهش یک طرفه صدا، $BP > 90$ کاهش سطح هوشیاری، Chest pain و دیسترس تنفسی داشته باشد، Iv line دو عدد بزرگ گرفته شود. عملیات احیای بیمار آغاز شود.

(8) سونوگرافی eFAST حساس تر از گرافی CXR جهت تشخیص PTX است.

(11 و 12) در صورت نیاز و بر اساس جدول واکسیناسیون کزاز تصمیم گیری شود به مورد 6 و 7 در ترومای نافذ اندام رجوع شود.

(13) در صورت وجود لاسراسیون سفازولین تزریق شود

(14 و 15) در صورت نیاز و بسته به شدت تروما و علائم حیاتی و حال عمومی بیمار درخواست شود. در صورتی که بیمار کاملاً Stable است، هوشیار است و معاینات نرمال است و زخم نافذ توراکس سطحی است نیازی به رزرو FFP, P.C ندارد.

*ناپایداری بیمار شامل: کاهش سطح هوشیاری $SBP \geq 90 - O_2SAT \leq 90\%$ ، نبض های ضعیف و تاکی کاردی و پرشدگی مویرگی تاخیری، کاهش صدای یک طرفه همراه با افت BP، دیسترس تنفسی شدید، دیس ریتمی قلبی، خونریزی فعال قلبی، زخم مکنده، احتمال هموتوراکس ماسیو و PTX فشارنده.

*در صورت شکستگی در سه دنده ی تحتانی احتمال آسیب های داخل شکمی به کلیه، کبد، طحال، زیاد است و در صورت شکستگی بیشتر از سه دنده از مجموع دنده ها بستری دائم لازم است.

دستورات ترومای سر مینور (GCS =14 - 15)

IMP: Minor Head Trauma

C: II

D: NPO

A: CBR

P: Supine, Head elevation 30°

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/diff BUN/Cr PT INR PTT
- 3) HM, PO
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 5) Brain CT
- 6) IV Line
- 7) Serum N/S 1 Lit IV infusion
- 8) داروی ضد تشنج اگر.....
- 9) Amp Diazepam stand by if...
- 10) Amp Td 0.5 cc IM stat if...
- 11) Amp Tetabulin 250 UIM stat if...
- 12) Amp Cefazolin 1gr IV Infusion

(13) آنتی بیوتیک در ترومای نافذ همراه با شکستگی در مجموعه

(14) انتقال به اتاق عمل اورژانس جهت شستشو و ترمیم زخم در صورت نیاز

5) اندیکاسیون های Brain CT در ترومای مینور سر :

مشکوک به شکستگی Depress باشد. علائم Skull base fx داشته باشد - رینوره - اتوره - Battle sign - استفراغ بیشتر و مساوی دو نوبت - سن ≤ 65 سال یا کمتر و مساوی 2 سال - فراموشی - بیهوشی - سردرد منتشر - مسومیت همزمان با الکل - تشنج - هماتوم اسکالپ - FND - کوآگولوپاتی - رفتار غیرنرمال

8) اندکاسیون دادن داروی ضد تشنج:

1- سابقه تشنج داشته باشد

2- بعد از H.T دچار تشنج شده باشند

3- شکستگی depress

4- $GCS \geq 8$

5- افراد ترومایی که اینتوبه می شوند

6- هرگونه Contusion-SDH-EDH-ICH-SAH

7- ضایعه فضاگیر مغزی مثل تومور

9) اگر موارد ذکر شده در مورد 8 را داشت

اگر داروی ضد تشنج خواستیم بدهیم به صورت زیر نوشته می شود

Amp Phenytoin 1gr in 250 cc N/S over 1 hour infusion

یا

Amp Levetiracetam(Keppra) 500mg iv infusion

در صورت تجویز فنی توئین نوار قلب جهت بلوک های درجه 2 و 3 قبل از تجویز فنی توئین لازم است.

10 و 11) در صورت وجود لاسراسیون بر حسب اندیکاسیون های کزاز داده شود. به مورد 6 و 7 در ترومای نافذ اندام رجوع گردد.

12) در لاسراسیون های اسکالپ آنتی بیوتیک به صورت روتین تجویز نمی شود مگر زخم های بسیار کراش، آلوده، آلوده به مواد مدفوعی و زخم هایی که با شستشو به خوبی تمیز نمی شوند.

13) آنتی بیوتیک در ترومای نافذ جمجمه که همراه با شکستگی جمجمه باشد

Amp Ceftazidime 2 gr iv infusion

+

Amp Vancomycin 1gr in 250 CCN/S over 1hour infusion

يا

Amp Metronidazole 500 mg iv infusion

+

Amp Gentamicin 80mg iv

+

Amp Vancomycin 1gr in 250cc N/S over 1hour infusion

GCS ≤ 13 دستورات ترومای سر متوسط و شدید

IMP: Mod, Severe Head Trauma

C: I

D: NPO

A: CBR

P: Supine, Head elevate 30°

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/dif...f BUN/Cr Na, K ,PT PTT INR ,BG/Rh
- 3) HM, PO
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 5) CXR AP/10r گرمی PXR
- 6) Brain CT
- 7) IV Line x 2
- 8) Serum N/S 1 Lit IV Stat infusion
- 9) BS Glucometry
- 10) ECG
- 11) Collar fix
- 12) OGT fix
- 13) Foley catheter fix
- 14) Control I/O
- 15) Amp Ranitidine 50mg iv stat
- 16)..... (16) داروی ضد تشنج اگر
- 17) Amp Td 0.5 cc IM stat
- 18) Amp Tetabulin 250 IU IM stat if...
- 19) Amp Cefazolin 1gr IV Infusion

(20) آنتی بیوتیک در ترومای نافذ سر همراه با شکستگی جمجمه

(21) اگر شک به هرنیاسیون مغزی داریم

(22) داروی تب بر مثل آپوتل وریدی در صورت وجود تب

- 23) Head elevate 30°
- 24) Reserve 4 unit P.C isogroup isoRh
- 25) Reserve 4 unit FFP isogroup
- 26) check GCS every 15 min
- 27) check vital sign every 30min

(28) جابه جایی بیمار صرفاً با حضور تیم احیا

(29) تخت حفاظ دار و همراه ثابت

(30) ویزیت سرویس محترم نوروسرجری

(31) ویزیت سرویس محترم جراحی در صورت اندیکاسیون

- 32) check Hb/Hct 6 hr

C: در صورت ناپایدار بودن بیمار، $SBP \geq 90$ ، $GCS \geq 8$ ، دیسترس تنفسی، و زخم نافذ اسکالپ بیمار به اتاق احیا منتقل شود. براساس پروتکل ALTS مدیریت بیمار آغاز گردد. اینتوباسیون انجام شود و ویزیت جراحی و نوروسرجری درخواست گردد.

16) اندیکاسیون دادن داروی ضد تشنج (رجوع به مورد 8 در ترومای مینور سر)

1- سابقه تشنج داشته باشد

2- اگر بعد از H.T دچار تشنج شده باشد

3- شکستگی دپرس جمجمه - $GCS \geq 8$

4- افراد ترومایی که اینتوبه شده اند.

5- هرگونه Contusion-EDH-SDH-ICH-SAH

6- ضایعه فضاگیر مغزی مانند تومور

اگر داروی ضد تشنج خواستیم بدهیم به صورت زیر نوشته می شود:

Amp Phenytoin 1gr in 250 cc N/C over 1 hour infusion

یا

Amp Levetiracetem 500mg iv infusion

17 و 18) براساس اندیکاسیون های واکسیناسیون کراز تجویز شود به مورد 6 و 7 در ترومای نافذ اندام رجوع گردد

19) رجوع شود به مورد 12 در ترومای مینور سر

20) رجوع شود به مورد 13 در ترومای مینور سر

21) در صورت وجود علائم مشکوک به هرنیاسیون مغزی مثل آنیزوکوریا در مردمک ها، HTN همراه با برادی کاردی: ویال سالین هیپرتونیک 5%، infusion/iv 100CC شود و یا

مانیتول 0.5-1gr/kg انفوزیون شود به شرط وجود عملکرد کلیوی نرمال. (مثال: در بیمار 70 کیلوگرمی با دوز 0.5 گرم/ کیلوگرم از مانیتول 20% = 350 سی سی در طی مدت 30 تا 60 دقیقه)

یا اگر بیمار اینتوبه است، هیپرونتیلیاسیون به صورت 16-24 تنفس در دقیقه داده شود. (با هدف P_{aO_2} کمتر از 32 mmHg)

دستورات بیمار با ترومای متعدد (مالتیپل تروما)

IMP: MT

C: II

D: NPO

A: CBR

P: SUP

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/diff BUN/Cr Na, K PT PTT INR UA BG/Rh
- 3) HM,PO
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 5) CXR , AP/Lat , *PXR* , سایر گرافی ها , گردن
- 6) Brain CT
- 7) IV Line
- 8) Serum N/S 1 Lit IV Stat
- 9) Amp Ranitidine 50mg iv stat
- 10) e FAST
- 11) Amp MS 3mg IV stat Slow over 2 min
- 12) Amp Td 0.5 cc IM stat
- 13) Amp Tetabulin 250 UIM stat if...
- 14) Amp Cefazolin 1gr IV Infusion
- 15) check Hb/Hct 6hr
- 16) mech color fix

(17) تخت حفاظ دار و همراه فیکس

در صورت ناپایدار بودن بیمار اقدامات زیر به دستورات اضافه شود.

CXR پرتابل شود. 2 * Iv line 1arge

(18) وسایل احیا و اینتوباسیون آماده بر بالین

(19) جابه جایی صرفا با حضور تیم احیا

20) NGT fix

- 21) Foley catheter fix
- 22) control I/O
- 23) BS Glucometry
- 24) ECG
- 25) Check ECG 15 min
- 26 check vital sign 1 hour
- 27) Reserve 4 unit P.C isogroup, isoRh
- 28) Reserve 4 unit FFP isogroup

(29) در صورت اینتوباسیون بیمار

Amp Phenytoin 1 gr 250 cc N/S over 1hour infusion

(30) ویزیت سرویس محترم جراحی

(31) در صورتی که FAST بیمار مثبت بود و یا شکستگی های لگنی همراه با همودینامیک ناپایدار

Amp tranexamic Acid 1gr iv over 15 Min and then 1 gr iv over 15 Min
every 8hour infusion

C: در صورت ناپایدار بودن بیمار، $BP \geq 90$ ، $GCS \geq 8$ ، زخم نافذ گردن، توراکس شکم و پروگزیمال اندام ها، دیسترس تنفسی که نیاز به اینتوباسیون داشته باشد، بیمار فوراً در سطح Level یک بستری شده اقدامات احیا و اینتوباسیون بیمار و انجام پروتکل ATLS آغاز شده و ویزیت سرویس محترم جراحی درخواست می شود.

(2) در موارد خانم در سنین باروری βHCG اضافه گردد

در صورت شوک در بیمار MT، لاکتات، VBG درخواست شود

(5) در هر بیمار MT حتما CXR گرفته شود

- گرافی گردن در صورت وجود کرایتریای نکسوس Nexus گرفته شود

اگر هر کدام از موارد روبه رو مثبت بود lat & Ap گردن درخواست شود

1. آسیب های شدید پرت کننده حواس بیمار

2. LOC

3. Intoxication

4. FND

5. تندرns میدلاین گردن

- در بیمارانی که راه رفته اند، LOC ندارند، تندرns کمر بند لگنی ندارند، بیمار کاملاً هوشیار است،

معاینه لگنی پایدار است و ترومای نافذ ندارد، گرافی لگن اندیکاسیون ندارد

(6) Brain CT براساس اندیکاسیون ها در مورد 16 ترومای متوسط و شدید سر درخواست شود

(11) در صورت درد شدید آمپول مورفین 3mg /iv آهسته ظرف دو دقیقه تزریق شود

12 و 13 و 14) در صورت وجود لاسراسیون و سابقه واکسیناسیون کزاز تصمیم گیری شود. به مورد 6 و

7 در ترومای نافذ اندام رجوع گردد.

(29) برای سایر اندیکاسیون ها دادن داروی ضد تشنج به ترومای سر متوسط - شدید در مورد 16 رجوع

شود.

دستورات ترومای گردن
IMP: Neck trauma
C: II
D: NPO
A: CBR
P: SUP, Trendelenburg

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/dif...f BUN/Cr Na, K PT PTT INR
- 3) HM,PO
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $spo_2 \leq 90\%$
- 5) Neck X-ray AP, Lat, Odontoid view پس از *stable* شدن
- 6) Neck CT پس از *stable* شدن
- 7) Neck CT Angiography در صورت شک به آسیب عروق گردنی
- 8) Neck Hard caller fix
- 9) Iv line
- 10) Serum N/S 1 lit iv stat
- 11) Amp Td 0.5 cc IM stat
- 12) Amp Tetabulin 250 IU IM stat if
- 13) Amp Cefazolin 1gr IV Infusion
- 14) Amp Ketorolac 30mg IV stat

15) تخت حفاظ دار و همراه فیکس

در صورت ناپایدار بودن بیمار دستورات شماره 18 به بعد از دستورات بیمار مالتیپل تروما اضافه گردد.
C: در صورتی که بیمار ناپایدار باشد، علائم حیاتی Unstable داشته باشد. $SBP \geq 90$ ، دیسترس تنفسی نیازمند به اینتوباسیون، $GCS \geq 8$ و یا هر کدام از Hard sign گردنی شامل: هماتوم گسترش یابنده، خونریزی فعال و شدید، تریل روی شریان، فقدان یا کاهش پالس رادیال، شواهد ایسکمی مغزی، انسداد راه هوایی، استریدور و خشونت صدا، بیمار تحت level یک قرار می گیرد و به اتاق احیا منتقل شده

و عملیات احیای بیمار و ادامه ATLS انجام می شود و ویزیت اورژانس سرویس محترم جراحی درخواست می شود.

- اگر علائم Soft-sign رویت شد مانند: هموپتیزی، هماتمز غیرماسیو، مشاهده خون در دهان و حلق، تنگی نفس، هماتوم گسترش نیابنده، دیس فونی و دیس فاژی، هوای زیرجلدی و یا یافته فوکال عصبی، نشت دائم هوا از chest tube. در این شرایط بیمار تحت مانیتورینگ دقیق و نزدیک قرار می گیرد و اقدامات تشخیصی دیگر درخواست می شود.

5) اندیکاسیون های تصویربرداری از گردن: از کرایتریای نکسوس Nexus استفاده می شود اگر هر کدام از موارد:

1- Distracting injury مثل شکستگی استخوان های بلند (آسیب های شدید پرت کننده حواس)

2- LOC

3- Intoxication – تروما همراه با مسمومیت ها

4- FND

5- تندرns گردنی در خط وسط

در هر کدام از این موارد که مثبت بود می توان گرافی گردنی گرفت و مسکن داد و در صورت تداوم درد و تندرns و علائم بیمار CT گردنی درخواست کرد (البته براساس رفرنس های دیگر از همان ابتدا هم CT گردنی می توان انجام داد)

7) در موارد شک به آسیب عروق گردن، موارد کاهش سطح هوشیاری و یا بررسی سطح و محل آسیب در موارد آسیب های stable در zone یک و سوم می توان انجام داد اما در zone II به علت در دسترس بودن عناصر گردنی اکسپلور جراحی شایع تر است.

- در موارد کاهش سطح هوشیاری، دازدگی های همراه با LOC، علائم یک طرفه و FND و شواهد ایسکمی مغزی Brain CT نیز درخواست شود.

8) کلار گردنی فقط در آسیب های گردنی بلانت و یا وجود FND کاربرد دارد

11 و 12) در صورت لزوم و برحسب اندیکاسیون های ایمن سازی کزاز و رجوع به مورد 6 و 7 در ترومای نافذ اندام شود.

13) در صورت شک به پارگی مری باید آنتی بیوتیک وسیع الطیف شروع شود. (پیپراسیلین - تازوباکتام)

14) در صورت درد شدید گردنی می توان از " آمپول مرفین 3mg، iv آهسته ظرف 2 دقیقه تزریق شود " استفاده نمود.

ACS دستورات سندرم حاد کرونری

IMP: ACS

C: II

D: NPO

A: CBR

P: SUP or semi sitting

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/diff BUN/Cr Na, K Ca Ph Mg Alb, Troponin 0-6
- 3) HM, PO
- 4) O₂ With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 94\%$
- 5) CXR پرتابل
- 6) ECG serial
- 7) IV line
- 8) Serum N/S lit IV 8hr infusion
- 9) BS Glucometry
- 10) Tab ASA 325mg (non-enteric coated) chewed po stat
- 11) Tab Plavix 300mg po stat
- 12) Tab Atorvastatin 40mg po stat
- 13) Tab Metoral 25mg po stat if $\text{SBP} \geq 90$, $\text{PR} \geq 60$
- 14) Tab oxazepam 10mg po stat
- 15) Amp Pantazol 40mg iv stat
- 16) Amp ms 3mg iv stat slow over 2min with RR control
- 17) Amp Enoxaparin 60mg SC Stat if...
- 18) Amp ondansetron 4mg iv stat در صورت داشتن تهوع
- 19) Pearl TNG Sublingual stat and x 3 dose q 3-5 min
در صورت وجود درد قفسه سینه/ به شرط $50 < \text{PR}$, $90 \leq \text{BP}$
- 20) Serum TNG 10 mic/min infusion if... $\text{SBP} \geq 100$, $\text{PR} \geq 50$
NO RV MI, NO Post MI

21) تخت حفاظ دار و همراه فیکس

C: در صورتی که بیمار $PR \geq 90$ و یا $PR < 150$ داشته باشد (دسی ریتمی نیاز به شوک الکتریکی) و یا دیسترس تنفسی شدید، سیانوز، وضعیت نشستن Tripod، تعریق شدید ژنرالیزه، Chestpain شدید و خنجری و یا تیر کشنده به کمر (مشکوک به دایسکشن آئورت) و یا کاهش سطح هوشیاری، درد قفسه سینه و گردن به همراه علائم FNP و ایسکمی مغزی (احتمال دایسکشن آئورت و کاروتید)، کاهش صدای یک طرفه ریوی همراه با BP پایین و JVP برجسته، مافل بودن صداهای قلبی همراه با JVP برجسته و فشارخون پایین (احتمال تامپوناد)، Chest pain همراه با استفراغ های شدید و سطح مایع هوا در مدیاستن یا شک به پارگی مری، افت o_2sat و افت BP و JVP برجسته و ECG با RV Pattern (احتمال massive PTE) و یا ECG با STE (احتمال STEMI)، ادم ریه، $BP > 90$ و افت O_2 SAT (ادم حاد ریه ناپایدار) بیمار به سطح 1 تغییر کرده و به اتاق احیا منتقل شده و عملیات احیا و اقدامات لازم انجام شود.

4) در صورتی که O_2SAT بیمار در اتاق بالای 94% است نیازی به اکسیژن مکمل ندارد

5) در صورتی که بیمار Stable است بعد از انجام ECG های سریال و به شرطی که موارد ذکر شده در ردیف C را نداشته باشد جهت CXR به رادیولوژی اعزام شود و نیازی به پرتابل بودن ندارد.

8) در صورتی که BP بیمار بالا است و یا کلیه نارضا است سرم تراپی تعدیل شود.

10) در صورتی که بیمار از قبل آسپرین می خورده است 80 mg داده شود.

11) در صورتی که بیمار از قبل پلاویکس می خورده است 75mg داده شود

13) دادن بتا بلوکر و ACEI در مرحله حاد ACS در اورژانس لزوم و اجباری ندارد.

17) در چه کسانی آنتی کوآگولانت (هپارین، انوکساپارین) بدهیم؟

1- درد قفسه سینه دائمی داریم و یا تکرار شونده بوده است.

2- ECG همراه با تغییرات St-t

3- مثبت شدن مارکرهای سرمی قلبی

4- MI حاد

در صورتی که بیمار نارسایی کلیه دارد، هپارین بدهیم.

در صورت لزوم تجویز هپارین به صورت زیر داده شود:

- آمپول هپارین Stat 5000 U و 1000 U در ساعت infusion شود.
- در صورتی که بیمار کاندید دریافت ترومبولیتیک (استرپتوکیناز، رتپلاز، آلتپلاز و ...) است، هپارین با دوز stat 60 u/kg و سپس 12u/kg در ساعت داده شود.
- 19 و 20 TNG در بیماران با فشار کمتر از 90 و 50>PR و RV MI و Inferior MI ندهیم
- در صورتی که با سه بار دادن Pearl TNG همچنان درد قفسه سینه ادامه دارد و شرایط کنتراندیکاسیون دادن TNG ندارد، سرم TNG در شماره 20 اجرا شود.

دستورات Atypical chest pain

IMP: Atypical chest pain

C: II

D: NPO

A: CBR

P: SUP

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/dif...f BUN/Cr Na, K PT PTT INR Troponin (0-6)
- 3) HM,PO
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 94\%$
- 5) CXR بعد از *stable* شدن
- 6) ECG serial
- 7) IV line
- 8) Serum N/S lit IV 8hr infusion
- 9) Tab ASA 325mg po chewed po stat
- 10) Tab Atorvastatin 40mg po stat
- 11) pearl TNG Sublingual stat X3 dose q5 min if... $\text{PR} > 50$, $\text{SBP} \geq 100$
- 12) Amp Ranitidine 50mg iv stat
- 13) Bed guard up with fix assistant

C: در هر بیمار که با درد قفسه صدری مراجعه می کند بیماری های خطرناک و کشنده زیر در نظر گرفته شوند.

1- تاکی یا برادی دیس ریتمی ($\text{PR} < 150$ و یا $\text{PR} < 50$)

2- دایسکشن آئورت: درد خنجری تیر کشنده به پشت یا شانه

3- دایسکشن آئورت و کاروتید: درد خنجری همراه با درد یک طرفه گردن و علائم CVA

4- پنوموتوراکس فشارنده PTX: کاهش یک طرفه صدای ریوی همراه $\text{BP} \geq 90$ و افت

O2SAT و JVP برجسته

- 5- تامپوناد: مافل شدن صداهای قلبی همراه با JVP برجسته و افت BP
- 6- پارگی مری: درد شدید مدیاستن همراه با سطح مایع هوا در مدیاستن و یا پلورال افیوژن
- 7- Massive PTE: درد شدید قفسه سینه، همراه با افت BP و افت O2SAT و JVP برجسته و RV Strain ECG و بطن راست به شدت دیلاته در اکو
- 8- AMI: علائم قلبی + Trop مثبت همراه با کاهش حرکت منطقه ای در اکو
- 9- ادم حاد ریه
- در صورت وجود هر کدام از موارد فوق بیمار در سطح 1 قرار می گیرد و به اتاق احیا منتقل می شود و اقدامات احیا آغاز می گردد.

- دستورات ادم ریه Decompensate Heart Failure DHF

- IMP : Acute pulmonary Edema

- C: II

- D: NPO

- A: CBR

- P: semi sitting or sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/diff BUN/Cr Na Ca Ph mg Alb PT PTT INR Trop
(0-6), D-Dimmer, NT Pre BNP VBG

3) HM,PO

4 O2 With 8-10 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 90\%$

5) CXR " پرتابل "

6) ECG " سریال "

7) BS Glucomety " اگر سابقه دیابت دارد "

8) IV Line

9) Lung ultrasound- توسط رزیدنت محترم طب اورژانس

10) Echocardiography Bed side توسط رزیدنت محترم طب اورژانس

A: $90 < \text{SBP}$ درمان ادم ریه در بیماران با پرفیوژن مناسب و

11) Pearl TNG 0.4mg q 5min

یا TNG Infusion 5-10 μ/min

12) Amp morphine sulfate 2-5mg iv slow with Airway support

13) Amp Furosemide 0.5-1mg/kg iv

B: $90 \geq \text{SBP}$ درمان ادم ریه در بیماران با پرفیوژن نامناسب و

11) Arterial Catheter line

12) serum N/S 250CC iv Bolus over 10 min

13) Norepinephrine Drip 8-12 μ/min " ارجح "

یا

Epinephrin Drip 1-4 μ/min

یا

Dopamin Drip 0.5-2 $\mu/\text{Kg}/\text{min}$

یا

Dobutamin Drip 0.5-1 $\mu/\text{Kg}/\text{min}$

14) مد نظر داشتن وسایل اکسس و دیالیز " در موارد همراهی ادم ریه با نارسایی شدید کلیه

15) اگر $\text{Hb} > 8$ " تزریق P.C ایزوگروپ و ایزو Rh

16) درمان اورژانس فیبریلولیتیک و یا PCI " اگر ادم ریه همراه با STEMI است

17) کنترل Rate با دیگوکسین 0.5 mg Iv " در موارد وجود ریتم AF و Rapid Flutter

Response

18) درمان دیس ریتمی برحسب بیمار " در موارد وجود دیس ریتمی

19) DC Shock stand by

20) $\text{PR} < 50$ در موارد وجود برادی کاردی

آتروپین 0.5mg stat و تکرار تا شش نوبت و آماده بودن پیس میکسر اکسترنال و Drip دوپامین

21) وسایل احیا و اینتوباسیون آماده بر بالین

22) درمان عوامل تشدید کننده مانند تب ، COPD و ...

C: در موارد وجود سیانوز، آپنه، دیسترس تنفسی و آژیتاسیون شدید، درصد اشباع اکسیژن پایین علی رغم دریافت اکسیژن کافی، در سطح I قرار می گیرد به اتاق احیا منتقل شده و اینتوباسیون مد نظر باشد.

4- بسته به شرایط بیمار اکسیژن با نازال کانولا، ماسک، ماسک همراه با رزروگ و یا اینتوباسیون مد نظر باشد.

18) در موارد وجود تاقی دیس ریتمی $PR < 150$ همراه با هر یک از موارد زیر:

1- $BP > 90$

2- افت حاد سطح هوشیاری

3- علائم شوک

4- علائم Chest pain ایسکمیک

5- نارسایی حاد قلبی

J100 مد نظر داشتن شوک سینکرونی

20) در موارد وجود برادی کاردی $PR > 50$ همراه با هر یک از موارد پنج گانه که در فوق ذکر شد !
آتروپین 0/5 mg تا شش نوبت، اگر به آتروپین جواب نداد مد نظر قرار داشتن Drip دوپامین و یا پیس میکر اکسترنال

22) در موارد وجود تب - درمان تب انجام شود.

در موارد وجود پنومونی - درمان پنومونی انجام شود.

در موارد وجود COPD - درمان COPD انجام شود.

دستورات دیسپنه Dyspnea

IMP: Dyspnea

R/O Asthma Attack, PTE, MI, CHF Decompensate, Pneumoni

C: II

D: NPO

A: CBR

P: Semi sitting or sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/diff BUN/Cr Na K PT PTT INR

Trop(0,6)-D-Dimmer,NT-Pro-BNP, ABG, BS

3) HM,PO

4) O₂ With Nasal cannula 4-6 lit/min if spo₂ ≤ 94%

5) CXR

6) Blue protocol sonography توسط رزیدنت محترم طب اورژانس

7) IV line

8) Serum N/S 1 Lit iv stat

9) Amp Ranitidine 50 mg iv stat

10) BS Glucometry

11) Bed side gaurd up with fix assistant

12) رجوع به دستورات آسم " در موارد شک به آسم

13) COPD رجوع به دستورات " COPD در موارد شک به COPD

14) رجوع به دستورات پنومونی " در موارد شک به پنومونی

15) آنتی کواگولان در موارد ریسک متوسط و بالا " در موارد شک به PTE

شروع شود و CT ریه با پروتکل PTE با آماده بودن جواب BUN/Cr درخواست شود

16) CHF رجوع به دستورات ادم ریه " در موارد شک به ادم ریه و CHF

17) Amp Epinephrine 0.3 mg IM " در موارد شک به آنافیلاکسی

درخواست ویزیت جراحی و آماده بودن وسایل " در موارد شک به Flail chest, PTX 18) chest tube

19) ECG

20) رجوع به دستورات ACS و درخواست " در موارد شک به MI

فیبرینولیتیک (رتپلاز) و ویزیت اورژانس قلب جهت PCI و اعزام بیمار

21) در نظر داشتن اینتوباسیون پروفیلاکتیک " در موارد بلع مواد توکسیک با دیس پنه و ویزیت جراحی

22) رجوع به دستورات DKA " در موارد شک به DKA

23) آماده بودن وسایل اینتوباسیون و تجویز AB وسیع الطیف (تازوسین + وانکومايسين) " در موارد شک به اپی گلویتیت

24) مافل بودن صداهاى قلبی و کاهش فشار خون و برجسته بودن JVP " در موارد شک به تامپوناد قلبی درخواست سونوگرافی و اکوی قلب اورژانس و وسایل پریکاردیوستنز آماده بر بالین

25) تجویز آتروپین تا خشک شدن ترشحات ریوی " در موارد مسمومیت با ارگانوفسفره ها تجویز پرالیدوکسیم و مد نظر قرار داشتن اینتوباسیون

26) درخواست اکسیژن با ماسک رزرو بگ 15 lit/min و مدنظر قرار داشتن اینتوباسیون " در موارد مسمومیت با CO

27) اقدامات لازم انجام شود. Brain CT " در موارد شک به CVA، گیلن باره، میاستنی گراویس و فلج تیک

28) RUSH Exam " در موارد $90 \geq SBP$

29) AB وسیع الطیف " در موارد سپیس های شکمی و سیستمیک و درخواست ویزیت جراحی

30) اقدامات حیاتی تجویز مایع، FFP, P.C و اکروتاید مد نظر باشد. " در موارد وجود GIB

دستورات COPD

IMP : COPD Exacerbation (mod, severe)

C: II

D: NPO

A: CBR

P: sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/diff BUN/Cr Na K ca Ph Mg Alb PT PTT IMR CPK LDH Trop Nt-proBNP ABG D-Dimmer

3) HM,PO

4) " بعد از تجویز نبولایزرها O2 With Nasal cannula 4-3 lit/min if $spo_2 \leq 90\%$

5) CXR " پس از stable شدن

6) Blue protocol sonography توسط رزیدنت محترم طب اورژانس

7) ECG

8) IV Line

9) serum N/S 1 Lit over 8hr in f

10) Bed side guard up + fix Assistant

11) Bs Glucometry

12) Amp pantezol 40mg iv stat

13) Neb salbutamol 2.5 mg $\times$ 3dose ,q 20min up to 1 hour

14) Neb pulmicort 0.5mg $\times$ 3dose ,q 20min up to 1 hour

15) Neb Atrovent 0.5mg $\times$ 3dose ,q 20min up to 1 hour

16) Amp levofloxin 750mg iv stat

یا

Amp ceftriaxon 1g iv infusion+ Cap Azithromycin 500mg po stat

17) Amp Enoxaparin 60 mg sc stat

18) Amp methyl prednisolone 125mg iv stat

یا

Tab prednisone 50mg po stat

19) Bi-PAP آماده بر بالین

C: در موارد وجود سیانوز، تنفس های کاملاً شکمی، دیسترس تنفسی شدید، نارسایی تنفسی
Respiratory failure، کاهش سطح هوشیاری، $100 < pCO_2$ ، ناپایداری همودینامیک، خواب
آلودگی شدید، بیمار در سطح I قرار می گیرد و برحسب قضاوت بالینی نیاز به اینتوباسیون ممکن است
داشته باشد.

IMP: همان طور که اشاره شد این دستورات مربوط به COPD متوسط و شدید است که به
COPD اطلاق می شود که $FEV_1/FVC < 70\%$ و $FEV_1 < 80\%$ است.

- در موارد نیاز به اینتوباسیون، وسایل احیاء و اینتوباسیون آماده بر بالین باشد و داروهای فنتانیل
 200μ ، اتومیدیت 20mg و ساکس 100mg آماده بر بالین باشد (توجه: هرگز این داروها بدون
حضور رزیدنت و اتند محترم تزریق نشود).
- در موارد اینتوباسیون، ونتیلاتور به نحو زیر تنظیم شود:

Mode: Assist-control SIMV

TV: 6-8 CC/Kg

R Rate: 8-10 Breath/min

IFR: 80-100 Lit/min

Fio₂: 100%

I/E: 1/4 - 1/3

- 13-15- در موارد COPD خفیف به جای استفاده از نبولایزرها می توان 8 پاف از اسپری ها با دم
یار و نظارت مستقیم بر بیمار جهت مصرف صحیح اسپری ها استفاده کرد.
- در مواردی که بیمار اینتوبه می شود این نبولایزرها به صورت In Line با استفاده از ونتیلاتور
استفاده می شود.

18) در موارد COPD خفیف می توان قرص پردنیزون PO/50mg داده شود

19) در مواردی که بیمار موارد C را نداشته باشد و اینتوباسیون نخواهد، ارست قلبی تنفسی نداشته باشد،
آژیتیه و بی قرار نباشد، خواب آلود نباشد، انسداد راه هوایی نداشته باشد، ریسک آسپیراسیون نداشته باشد،

جراحی اخیر معده و مری و صورت نداشته باشد، ترومای صورت و آنومالی نداشته باشد، می توان از BIPAP استفاده کرد.

EPAP:2.5-5 cm H₂O, IPAP:7.5-15 cm H₂O

دستورات حمله آسم

IMP : Asthma Attack

C: II

D: NPO

A: CBR

P: semi sitting or sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/diff BUN/Cr Na K PT PTT INR Trop Ca Ph Mg Alb VBG

3) HM,PO

4 O₂ With Nasal cannula 4-3 lit/min if spo₂ ≤ 90%
<94% in pregnant women and IHD

5) CXR " پس از stable شدن "

6) IV Line

7) serum N/S 1 Lit over 8hr in f

8) Bed side guard up + fix Assistant

9) ECG

10) Neb salbutamol 2.5 mg , q 20min up to 3dose

11) Neb Atrovent 0.5mg , q 20min up to 3dose

12) Neb pulmicort 0.5mg ,q 20min up to 3dose

13) Amp methyl prednisolone 80 mg iv stat

Or

Tab prednisolone 50mg po stat

14) Antibiotics if

-Amp Ceftriaxon 1gr iv infusion

-Cap Azithromycin 500g po stat

یا

Amp Levofloxacin 750 mg iv stat

C: برای بررسی شدت آسم اگرچه اسپیرومتری امری ضروری است اما به صورت کلی بیمارانی که یک جمله نسبتاً کامل می توانند بگویند در شدت خفیف قرار دارند آن ها که "عبارت" می گویند در شدت متوسط و آن هایی که "کلمه کلمه" صحبت می کنند در حمله شدید قرار دارند. از طرف دیگر موارد زیر در شدت شدید قرار می گیرند: آن هایی که $PR < 120$ ، $RR < 40$ استفاده از عضلات فرعی، $Pao_2 \geq 60$ ، $POCo_2 \leq 42$.

-اسپیرومتری و پیک فلومتری در همه موارد برای بررسی شدت آسم و جواب به درمان باید انجام شود.
- در مواردی که بیمار در حمله شدید آسم، دیس پنه شدید، تاکی کاردی شدید تعریق شدید، کانفیوژن، کاهش سطح هوشیاری، سیانوز، نزدیک به آپنه، دیسترس تنفسی شدید، نارسایی تنفسی شدید قرار دارند در وضعیت I قرار می گیرد و انتقال به اتاق احیاء و ایتوباسیون مد نظر باشد.

5- CXR برای مواردی که مشکوک به تشخیص دیگری غیر از آسم مشکوک هستیم : PTX پنومونی، CHF باید گرفته شود . در غیراز این موارد در بیماران آسم اندیکاسیون ندارد
9- ECG برای بیماران قلبی و یا داشتن Chest pain توصیه می شود.

10- به جای نبولایزر سالبوتامول برای موارد آسم خفیف می توان از اسپری سالبوتامول 12-8 پاف همراه با دم یار و نظارت دقیق در مصرف صحیح دمیار استفاده کرد
در موارد آسم شدید به جای 2/5 mg سالبوتامول، می توان 5 mg و 20 دقیقه تا یک ساعت استفاده کرد.

استفاده از آتروونت مربوط به افرادی که در حمله شدید آسم قرار دارند، افراد بالای 40 سال، برونکواسپاسم مربوط به B بلوکرها و افرادی که در حمله ی آسم قبلی به آتروونت جواب داده اند.

13- کورتون در مواردی که به سالبوتامول جواب ندهند و یا در موارد شدید از ابتدا داده می شود در موارد عدم توانایی در تحمل خوراکی فرم IV می دهیم در غیر این موارد فرم خوراکی ارجح است.

14- آنتی بیوتیک در بیماران آسمی برای افرادی که تب دارند سینوزیت دارند، خلط چرکی دارند و پنومونی دارند اندیکاسیون دارد در غیر این موارد اندیکاسیون ندارد.

- در حملات شدید آسم که به همه درمان های فوق جواب نداده اند و $FEV_1 > 25\%$ است منیزیم سولفات 2 تا 3 گرم ظرف 20 دقیقه می دهیم.

- در مواردی که بیمار نمی تواند بتاآگونیست استنشاقی مصرف کند و یا برونکواسپاسم شدید دارد می تواند از اپی نفرین 1/1000 0/2 تا 0/5 mg SC / یا IM استفاده کرد. هر 20 دقیقه تا سه دوز.
- در موارد بسیار شدید آسم که تحمل PO و استنشاقی ندارد از تربوتالین وریدی و اپی نفرین می توان استفاده کرد.
- بعد از یک ساعت بیمار مجدد ارزیابی می شود در موارد بهبودی % 40-69 FEV Predicted سالبوتامول هر یک تا سه ساعت تکرار می شود.
- در موارد عدم بهبودی FEV Predicted <40% سالبوتامول به صورت دائم و یا هر یک ساعت ادامه می یابد.
- کورتون هر 6 تا 8 ساعت ادامه می یابد
- برای هر بیماری که کورتون دریافت کرده است و قابل ترخیص از اورژانس است قبل از ترخیص 10 mg دگزامتازون و یا 40mg تریامسینولون و یا 160 mg متیل پردنیزولون استفاده شود.
- در موارد نیاز به اینتوباسیون به دستورات COPD مراجعه کنید.

Pneumonia دستورات پنومونی

IMP : Pneumonia

C: I یا II یا III با توجه به بالین بیمار

D: NPO

A: CBR

P: Semi sitting or sitting

Please:

In patient Pneumonia	CAP	A
-------------------------	-----	---

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) CBC BUN/Cr VBG
- 3) PO, & HM
- 4) O₂ With Nasal cannula 4-6 lit/min if $spo_2 \leq 94\%$
- 5) CXR
- 6) IV line
- 7) Serum N/S 1 Lit 12 hr IV infusion
- 8) Bed side guard up + fix assistant
- 9) ECG
- 10) Amp ceftriaxon 1gr IV stat هر 24h
- +
- Cap Azitromycin 500 mg po stat هر 24hr
- یا
- Amp Levo Floxacin 750 mg IV stat هر 24hr
- 11) اگر " ایزوله کردن بیماران

Severe pneumonia (ICU)	B
------------------------	---

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) CBC BUN/Cr VBG
- 3) PO,& HM
- 4) O2 With Nasal cannula 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$
- 5) CXR
- 6) IV line
- 7) Serum N/S 1 Lit 12 hr Q IV infusion
- 8) Bed side guard up + fix assistant
- 9) ECG
- 10) Amp Ceftriaxon 1gr IV infusion هر 24hr
- 11) Amp levofloxin 750mg IV infusion هر 24hr
- 12) Amp vancomycin 1g IV infusion هر 12hr in 250 cc N/S

Over 1 hour infusion

- 13) مد نظر داشتن مایع درمانی شدید
- 14) مد نظر داشتن وازوپرسور
- 15) ! مد نظر داشتن ترانسفیوژن خون در صورت لزوم
براساس الگوریتم سیتیک شوک
- 16) مد نظر داشتن انتوباسیون و تهویه مکانیکی در صورت لزوم

H CAP	Health care-associated Pneumonia	C
-------	----------------------------------	---

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) CBC BUN/Cr VBG
- 3) PO,& HM
- 4) O2 With Nasal cannula 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$
- 5) CXR
- 6) IV line
- 7) Serum N/S 1 Lit 12 hr IV infusion
- 8) Bed side guard up + fix assistant
- 9) ECG
- 10) Amp Cefepime 2gr IV هر 12hr infusion
- 11) Amp Ciprofloxacin 500mg IV هر 12hr infusion
- 12) Amp vancomycin 1g IV infusion هر 12hr in 250 cc N/S

Over 1 hour

Pneumonia Aspiration

D

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) CBC BUN/Cr VBG
- 3) PO,& HM
- 4) O2 With Nasal cannula 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$
- 5) CXR
- 6) IV line
- 7) Serum N/S 1 Lit q 12 hr IV infusion
- 8) Bed side guard up + fix assistant
- 9) ECG

آنتی بیوتیک در صورتی اندیکاسیون دارد که:

1. تب جدید پیدا کند
2. اینفیلتراسیون بعد از 36 ساعت افزایش یابد
3. بدتر شدن وضعیت بالینی بدون علت مشخص

آنتی بیوتیک مشابه CAP معمولی شروع می شود فقط با توجه به احتمال وجود میکروب‌های بی هوازی باید کلیندامایسین یا مترونیدازول نیز اضافه شود.

- 10) Amp Ceftriaxon 1gr IV infusion هر 24hr
- 11) Cap Azithromycin 500mg po stat هر 24hr
- 12) Amp clindamycin 600mg IV stat

یا

Amp metronidazole 400mg IV stat

- به جای موارد 10، 11 و 12 در پنومونی اسپیراسیون می توان ارتاپنم یا تازوسین به تنهایی داد.

Pneumonia AIDS: PCP

- در مواردی که AIDS مطرح است و یا کاویته در ریه همراه با LDH بالا داریم باید به موارد فوق توجه کرد.

- درمان مشابه درمان های قبلی بسته به نوع بیمار A یا B یا C است فقط باید آمپول کوتریماکسازول اضافه گردد به صورت زیر:

AB قبلی + 6hr هر TMP-SMX 240/1200mg IV

اندیکاسیون تجویز کورتون در AIDS:

الف) $PaO_2 < 70$

ب) $A-Gradient > 35 \text{ mmHg}$

Condition: در صورت وجود سیانوز، آپنه، دیسترس تنفسی شدید، آژیتاسیون شدید، شوک سپتیک، O_2SAT پایین، در سطح I قرار می گیرد و به اتاق احیا منتقل شود و اینتوباسیون مد نظر باشد. همین طور در صورت تنفس های کاملاً شکمی، نارسایی تنفسی، کانفیوژن، و $Paco_2 < 100$ ، ناپایداری همودینامیک، در این موارد نیز سطح I قلمداد شود و وسایل احیا و اینتوباسیون آماده بر بالین قرار گیرد.

2. به صورت روتین انجام آزمایشات خاصی الزامی نمی باشد اما در موارد شدید نیاز به CBC/Diff, BUN/Cr, LFT, Na, K و ABG است.

- $WBC < 15000$ نه به صورت قطعی اما تا حدودی مطرح کننده پنومونی با کتریال است.
- ESR, CRP, Procalcitonin به صورت کلی کمک کننده نیستند اما اگر procalcitonin پایین بود می توان از دادن آنتی بیوتیک بیش از حد خودداری کرد.

2- در بیمارانی که ABG - VBG مطرح کننده اسیدوز متابولیک است و یا اختلال در LFT و BUN/Cr دارند توصیه به بستری بیمار شده است.

2- انجام کشت خون B/C فقط در موارد زیر انجام شود

الف) بیمارانی نقص ایمنی (ب) سپسیس شدید و شوک (ج) ریسک فاکتورهای عفونت اندووسکولار مانند دریچه مصنوعی، IDU و کاویتاسیون در ریه

3- PO و Hm & در تمامی موارد پنومونی حتماً باید انجام شود.

5- CXR برای همه لازم نیست اما به صورت کلی می توان CXR انجام داد.

- در موارد افراد مسن و بیماری زمینه ای همراه بهتر است CT ریه انجام شود.

11- ایزوله کردن بیماران در صورتی انجام شود که:

- تماس بیمار با فرد مبتلا به TB

- بیماران با سرفه و HIV +

- بیماران نقص ایمنی با سرفه

- بیماران الکلی

- بیماران IVDU

- بیماران بی خانمان

- بیمارانی که از مناطق شایع TB، مهاجرت داشته اند

B: بیمارانی که به صورت شدید ill هستند؛ سپسیس شدید و یا سپتیک شوک هستند. نیاز به مایع

درمانی زیاد و وازوپرسور و مکانیکال ونتیلاسیون دارند، در سیستم امتیازبندی CURB 65 ، سه

امتیاز به بالا دارند، $RR < 30$ ، $BUN < 20$ ، $BP > 90$ ، Confusion و سن < 65 سال

دارند. این بیماران در دسته B قرار می گیرند که در ICU نیاز به بستری دارند

C: هر بیماری که پنومونی شدید همراه با نوتروپنی دارد و یا برونشکتازی و یا داشتن یکی از موارد

زیر بیمار را در این گروه قرار می دهد.

- پنومونی در خانه سالمندان و مراکز نگهداری

- در 90 روز اخیر 2 روز بستری در بیمارستان داشته باشد.

- در 30 روز اخیر AB وریدی، کموتراپی و یا مراقبت زخم داشته باشد

- همودیالیز انجام می دهد

نکته متفرقه:

- اندیکاسیون دادن وانکومایسین در پنومونی:

الف) پنومونی شدید همراه با سپسیس

ب) تماس با فرد مبتلا با MRSA

ج) تظاهر رادیوگرافیک پنومونی نکروزان

دستورات ترومای بلانت اندام

I: Blunt limb injury

C: III

D: NPO

A: RBR

P: Sup/Sitting

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check labs if...
- 3) HM,PO if...
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 90\%$ If...
- 5) X rays if... → بعد از پایدار شدن بیمار
- 6) CT if...
- 7) Iv Line
- 8) Amp ms 3mg iv stat slow over 2 min
- 9) serum N/S 500 CC iv infusion
- 10) در موارد لازم پس از اقدامات فوق جهت آتل گیری و جاناندازی به اتاق گچ منتقل شود
- 11) در صورت نیاز داروهای سداسیون جهت جاناندازی بر بالین بیمار آماده باشد
- 12) Sonography if...
- 13) CT Angiography if...
- 14) soft sign, Hard sign در صورت وجود
- 15) ice pack & limb elevation

C: اگر ترومای بلانت اندام همراه با اختلال در معاینه نوروسکولار باشد مانند اینکه اختلال در نبض داشته باشد و یا معاینه عصبی حسی و حرکتی مختل باشد در سطح II و اگر در معاینه سیانوز اندام ها، دفورمیتی واضح همراه با اختلال پرفیوژن و شواهد سندرم کمپارتمان و شواهد دررفتگی مفصل باشند که احتمال آمپوتاسیون قریب الوقوع اندام وجود دارد در سطح II قرار می گیرد و اقدامات اورژانسی نجات دهنده عضو و اندام درگیر، انتقال اورژانس به اتاق عمل جهت جاندازی دررفتگی و یا آتل گیری و بی حرکت سازی انجام شود و ویزیت اورژانس جراحی و یا ارتوپدی درخواست گردد.

2) در صورت وجود موارد فوق که نیاز به اقدام نجات دهنده حیات است و یا احتمال عمل جراحی اورژانس دارد چک آزمایشات روتین برای Na ,k PT PTT INR/ BUN/Cr/ CBC/dif...f انجام شود و در غیر این صورت وجود یک ترومای ساده نیازی به چک آزمایشات نمی باشد.

3 و 4) در صورت وجود موارد فوق و داشتن اندیکاسیون انجام شود

5) برای نماهای مچ دست، ساعد، آرنج، بازو، مچ پا، ساق پا، زانو و ران پا از گراف های AP, lat استفاده می کنیم

- برای بررسی کف دست و کف پا از نماهای AP/Oblique استفاده می کنیم.

- برای مواردی که تندرns در Anatomical Snuff Box وجود دارد از گرافی اختصاصی Scaphoid view استفاده می شود

- برای گرافی اختصاصی از آرنج از نمای true lat استفاده می شود

- برای بررسی آسیب lisfranc در پا یا گرافی (هرچند تشخیص قطعی اغلب با MRI است) از گرافی اختصاصی Lat weight Bearing پا، استفاده می شود

- برای بررسی شکستگی کالکانئوس از گرافی اختصاصی calcaneal view استفاده می شود.

- برای تروماهای قوزک خارجی پا علاوه بر Ap&lot گرافی Mortise view درخواست شود.

- برای بررسی اختصاصی زانو از نماهای pattelor view و Tunnel view استفاده می شود.

6) CT بدون کنتراست در صورت وجود گرافی های نرمال و شک به شکستگی های مخفی و یا عدم وزن گذاری در اندام های تحتانی و یا تندرns شدید در مچ دست و آرنج همراه با اختلال ROM و یا شکستگی مخفی در شانه و لگن .

7) در صورت نیاز به جاناندازی اندام و یا شکستگی که همراه با درد شدید است و نیاز به آتل گیری و یا گچ گیری دارد و نیاز به سداسیون (PSA) دارد و یا درگیری اختلالات نورووسکولار IV line گرفته شود.

8) در صورت درد خفیف و یا نبود درد نیازی به تجویز مسکن نیست.

- در موارد درد خفیف می توان از قرص استامینوفن همراه با قرص ژلوفن (بروفن) استفاده کرد.
- در صورت موارد درد شدید از مخدر استفاده شود و البته مراتب عوارض ناشی از مخدر از جمله احتمال آپنه تنفسی باشیم.

9) در صورت وجود موارد ذکر شده در شماره 7، سرم نرمال سالین وصل شود و اگر اندیکاسیون تزریق مایعات ایزوتون بیشتر است براساس آن تصمیم گیری شود.

10) به صورت ساده و کلی

- برای آسیب های فالنکس های میانی و پروگزیمال انگشتان به غیر شست پا و شست دست، آتل Buddy tapping گرفته شود.

- برای آسیب شست پا آتل مخصوص Toe plate گرفته شود.

- برای آسیب های شست دست آتل مخصوص تامب اسپایکا گرفته شود

- برای آسیب های کف دست و مچ دست و دیستال ساعد آتل ولار کوتاه گرفته شود.

- برای آسیب های میانی و پروگزیمال ساعد و آرنج و دیستال هومروس آتل بلند دست گرفته شود.

- برای آسیب های پروگزیمال هومروس و قسمت های میانی و دیستال هومروس از آتل U slab استفاده شود.

- برای آسیب های شانه و کلاویکل از Arm sling استفاده شود.

- برای آسیب های کف پا و مچ پا از آتل کوتاه پا استفاده شود

- برای آسیب های ساق پا از آتل کوتاه و یا آتل بلند پا استفاده شود

- برای آسیب های زانو از آتل سیلندریک استفاده شود.

11) در صورت نیاز به جاناندازی های استخوان ها و مفاصل بزرگ و نیاز به سداسیون با هماهنگی با متخصص قلب اورژانس داروهای زیر بر بالین بیمار آماده باشد و آمبوبگ، oral Airway ساکشن و HM و PO و آمپول انداسترون و تجهیزات مدیریت راه هوایی و لازم برای PSA همراه با اخذ شرح حال بیماری های قلبی و ریوی و سایت های دارویی و سابقه اینتوباسیون سخت مد نظر باشد.

1- کتامین 150mg آماده بر بالین

یا

2- فنتانیل 100μ (میکروگرم) آماده بر بالین

3- نسدونال 300 mg آماده بر بالین

12) در صورت وجود اندیکاسیون و اختلالات واسکولار در معاینه نبض های محیطی سونوگرافی کالر داپلر شریانی همان اندام درخواست شود.

13) در صورت وجود اندیکاسیون و یا هماهنگی متخصص قلب اورژانس انجام شود.

14) به مورد 12 در ترومای نافذ اندام رجوع گردد.

دستورات ترومای نافذ اندام

I: Penetrating Limb Injury

C: III

D: NPO

A: CBR

P: Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check Labs data
- 3) HM , PO
- 4) O2 With Mask non Rebreather 8-10 lit/min if... $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 5) Xray ...If دستورات Ap& lat از عضو درگیر نوشته شود

مثال: Ap&lat ساعد دست راست

...6) Amp Td 0.5mg IM stat if

...7) Amp Tetabulin 250 cc IM stat if

8) Amp Cefazolin 1gr IV Infusion

9) بعد از اقدامات فوق جهت اکسیلور زخم و شستشو پانسمان به اتاق عمل اورژانس انتقال یابد.

10) Arterial color Doppler Sonography of Injured limb

11) CT Angiography

12) در صورت وجود Hard sign و soft sign

13) تجویز مسکن

14) آتل گیری اندام

Condition: معاینه عصبی و عروقی انجام می شود. در صورتی که اختلال عصبی در حس و حرکت اندام داشت و یا اختلال در نبض اندام و یا خونریزی ضربان دار و جهنده داشت، condition بیمار در سطح II قرار می گیرد. احتمال آمپوتاسیون قریب الوقوع اندام و ویزیت اورژانسی سرویس محترم جراحی و ارتوپدی مدنظر باشد.

2) در صورت خونریزی شدید و یا اختلال همودینامیک و یا اختلال عروقی و عصبی که نیاز به اتاق عمل اورژانس داشته باشد، آزمایشات زیر درخواست شود و رزرو خون و FFP نیز درخواست شود.

CBC/dif...f BUN/Cr PT PTT INR Na,K

در غیر این صورت در تروماهای ساده و نافذ بدون شرایط فوق نیازی به آزمایشات نیست.

5) گرافی مچ دست، ساعد، آرنج و بازو **AP lat**

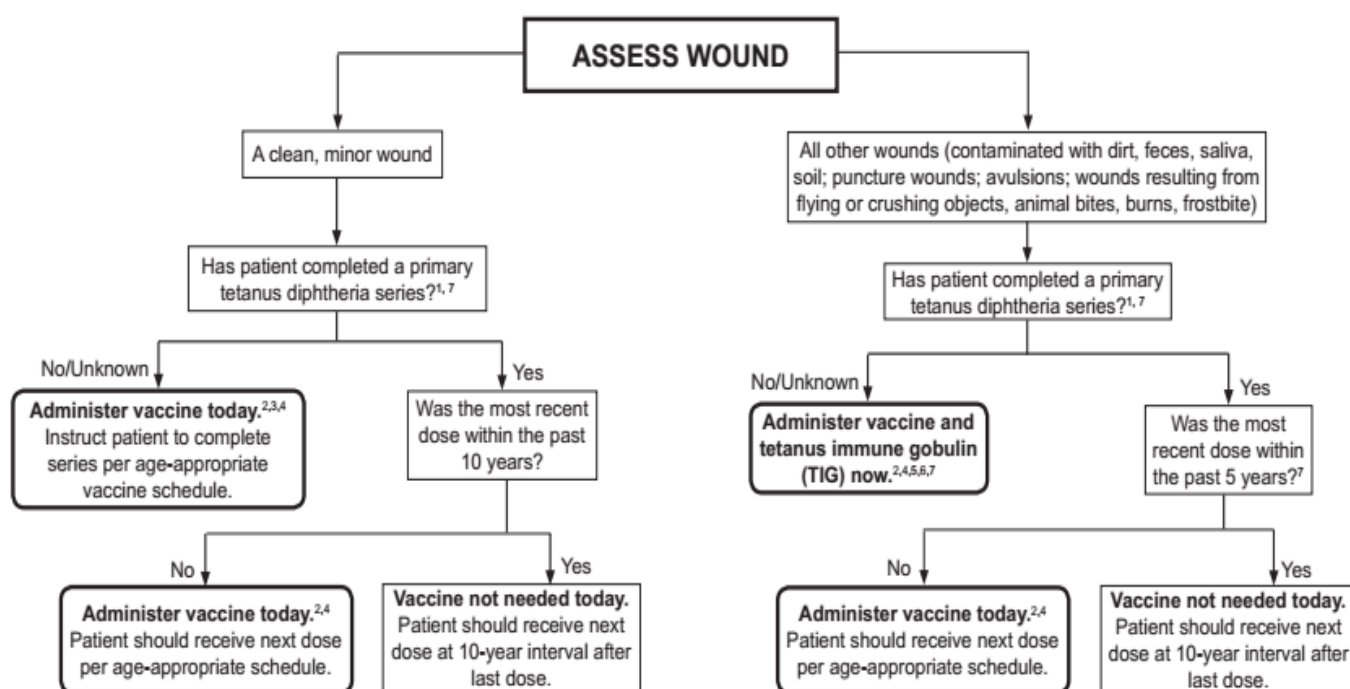
- گرافی کف دست و کف پا **AP/Oblique**

- گرافی مچ پا، ساق، زانو و ران **AP lat**

- گرافی شانه **AP**

6 و 7) در صورت واکسیناسیون کزاز کامل نیازی به تزریق واکسن های فوق نیست.

- در صورت سابقه حساسیت به واکسن کزاز در نوبتهای قبلی، کنترااندیکاسیون تزریق دارد.



(جدول واکسن کزاز.....)

8) در صورت وجود شکستگی همزمان با پارگی پوستی بیشتر از 1cm (گرید II و III) آمپول جنتامایسین اضافه گردد.

آمپول جنتامایسین 80 mg /IV stat

- در صورت حساسیت به سفازولین از آمپول کلیندامایسین 600 mg / IV استفاده شود
- (10) در صورت وجود علائم تهدید کننده ی حیات مثل خونریزی های ماسیو، شوک هموراژیت، علائم عصبی و عروقی و اختلال نبض ها، حتما ویزیت جراحی درخواست شود و اقدامات احیا آغاز گردد و سونوگرافی اورژانسی کالر داپلر شریانی اندام درخواست شود.
- IV line x 2 large داشته باشد.
- N/S 1litre یک لیتر Stat داده شود.
- (11) برحسب اندیکاسیون با هماهنگی متخصص طب اورژانس انجام شود.
- (12) در صورت وجود علائم Hard sign مانند:
 - (1) نبودن نبض
 - (2) ایسکمی اندام
 - (3) هماتوم گسترش یافته
 - (4) خونریزی ضربان دار
 - (5) بروئی یا تریل روی شریان
- ویزیت اورژانس جراحی و اقدامات اورژانس لازم مانند PO, HM IV line ، سرم تراپی، مسکن و انتقال به اتاق عمل اورژانس جهت جاناندازی و یا چک کردن اورژانس محل خونریزی و در صورت شرایط unstable درخواست FFP, P.C
- در صورت وجود علائم Soft sign مانند (1) کاهش Force نبض و یا غیرقرینگی نبض (2) هماتوم بزرگ غیرضربان دار و غیر پیشرونده (3)علائم بی حسی و پarestزی، سونوگرافی کالر داپلر شریانی درخواست شود و معاینه مکرر انجام گردد.
- (13) به مورد 8 در ترومای بلانت اندام رجوع گردد.
- (14) به مورد 10 در ترومای بلانت اندام رجوع گردد
- *در هر بیمار با آسیب ترومای نافذ اندام با گلوله در پروگزیمال اندام ها و یا $BP \geq 90$ در بیماران ترومایی ویزیت اورژانس جراحی درخواست شود.

دستورات دررفتگی شانه

IMP : shoulder Dislocation

C: III

D: NPO

A: CBR

P: sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) HM,PO

3 O2 With Nasal cannula 4-6 lit/min if SPO2 ≤ 90%

4) Bed side guard up + fix Assistant

5) AP Shoulder x ray & y view

6) iv line

7) serum N/S 250CC IV infusion

8) برای سداسیون و یا بلوک عصبی جهت جاناندازی به اتاق عمل اورژانس منتقل شود
جهت سداسیون داروهای زیر stand by بر بالین بیمار آماده باشد و بدون حضور رزیدنت ارشد طب اورژانس به هیچ عنوان داروهای فوق تزریق نشود.

9) بر بالین بیمار آماده Amp Fentanyl 100mg

10) بر بالین بیمار آماده Amp Thiopental 300 mg

11) (گرافی control) should Xray After Reduction

12) برای شانه جا انداخته شده گرفته شود Arm sling and Swath

13) معاینه نورووسکولار قبل و بعد از جاناندازی لازم است

14) دستورات حین ترخیص داده شود.

C: در موارد وجود علائم نوروولوژیک مانند بی حسی، اختلال در حرکات مربوط به عصب آگزیلاری،
اختلال حسی و حرکتی و همچنین اختلال عروقی مانند اختلال در نبض ها و غیرقرینگی نبض ها،
ایسکمی اندام ها، سیانوز اندام ها، در سطح یک یا دو قرار می گیرد و نیاز به اقدامات اورژانسی جهت
نجات اندام دارد.

5) تمامی دررفتگی های تروماتیک (غیرخودبه خودی) و دررفتگی های بار اول نیاز به گرافی قبل از جاناندازی دارند.

8- در موارد انجام بلوک عصبی پس از تعبیه راه وریدی مطمئن از طریق بلوک سوپراکلاویکولار و یا اینتراسکال (15 تا 20 سی سی لیدوکائین 1%- پماد زایلای - سوزن LP شماره 21 (سبز) و اکستنشن تیوب آماده باشد)

9 و 10- داروهای سداتیو جهت PSA برحسب نوع بیمار ممکن است متفاوت انتخاب شوند.

9 و 10 - مانند همه ی PSA یک فرد مسلط به مدیریت راه هوایی بیمار بر بالای سر بیمار و یک فرد پروسیجر (جاناندازی) را انجام می دهد و تمام اقدامات لازم برای PSA مانند بررسی کلی بیمار، بررسی راه هوایی، قلبی، تنفسی، GI هپاتیک و کلیوی، PO و Hm، کاپنوگرافی (در موارد در دسترس)، ECG مانیتورینگ وسایل احیا و ایتتوباسیون، علائم حیاتی بیمار، اکسیژن مکمل، آماده بر بالین باید باشد. بلوک عصبی با حضور 2 نفر دستیار طب اورژانس می بایست انجام گردد.

11- بعد از تمامی جاناندازی ها گرافی کنترل لازم است

14- شرایط ترخیص بیمار مانند رانندگی، وعده های غذایی و تصمیمات مهم تا 12 ساعت بعد از سداسیون اگر هرگونه سختی در تنفس، تهوع استفراغ داشت به اورژانس بازگردد.

کودکان به تنهایی بتوانند بنشینند، تا دو ساعت چیزی نخورند، تا 12 ساعت ورزش های خطرناک مانند دوچرخه سواری، ژیمناستیک نکند. حمام و پخت و پز کار با وسایل الکتریکی تا 12 ساعت نداشته باشند. در موارد بلوک عصبی برای بیمار توضیح داده شود که احساس سنگینی و خواب رفتگی اندام بلوک شده تا چندین ساعت پس از انجام پروسیجر طبیعی است.

در مواردی که دررفتگی همراه با شکستگی باشد و یا درگیری نورووسکولار داشته باشد ویزیت ارتوپدی درخواست شود.

دستورات دررفتگی ماندیبل

IMP : Mandible Dislocation

C: III

D: NPO

A: RBR

P: sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) HM,PO

3 O2 With Nasal cannula 4-6 lit/min

4) Bed side guard up + fix Assistant

5) اگر دررفتگی تروماتیک باشد در غیر این موارد نیازی به گرافی نمی باشد " Facial CT یا Panorex Xray

6) iv line

7) serum N/S 250CC IV infusion

8) جهت سداسیون و جاناندازی به اتاق عمل اورژانس منتقل شود
در مواردی که نیاز به سداسیون جهت جاناندازی باشد داروهای زیر بر بالین بیمار آماده باشد و بدون حضور
رزیدنت ارشد به هیچ عنوان تزریق نگردند.

9) بر بالین بیمار آماده Amp Fentanyl 100 μ

10) بر بالین بیمار آماده Amp Thiopental 300 mg

11) بعد از جاناندازی بسته شود " Barton Bondage

12) دستورات حین ترخیص داده شوند

5) تمامی دررفتگی های تروماتیک نیاز به گرافی panorex و یا facial CT دارند

9 و 10- به موارد 9 و 10 در رفتگی شانه مراجعه شود.

دستورات اپیستاکی

IMP : Epistaxis

CIV/III/II

D: NPO

A: CBR

P: Semi sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/Diff BUN/Cr PT PTT INR BG/Rh " اگر

3) IV line

4) serum N/S 1 lit IV stat " اگر

5- قطره بینی نفازولین یا اکسی متازولین در داخل هر بینی دو نوبت چکانده شود و سپس 10 تا 15 دقیقه فشار بر بینی با انگشتان انجام شود

6) در صورت عدم بهبودی با مانور فوق، کوتر شیمیایی به کمک نیترات نقره به مدت 5 ثانیه انجام شود و بیشتر از 15 ثانیه نشود.

7) در صورت عدم بهبودی surgical آغشته به ترانس آمین (Tranexamic Acid) داخل بینی گذاشته شود.

8) در صورت عدم بهبودی تامپون قدامی بینی در همان سوراخ بینی گذاشته شود و اگر کنترل نشد تامپون در سوراخ سالم نیز گذاشته شود.

9) در صورت عدم کنترل خونریزی و شک به خونریزی خلفی بینی تامپون خلفی بینی با سوند فولی شماره 12 و 5 تا 7 سی سی آب مقطر گذاشته شود.

10) در صورت عدم کنترل خونریزی مشاوره ENT و یا جراحی درخواست شود.

C: بسته به شرایط بیمار و میزان خونریزی می تواند یک خونریزی ساده تا خونریزی های شدید و ماسیو باشد که منجر به شوک هیپوولمیک شود لذا سطح بندی بیمار برحسب شرایط بیمار متفاوت است

2- آزمایشات لازم نمی باشد مگر این که بیمار وارفارین مصرف می کند و یا داروی ضد انعقاد دیگر مثل انوکسپارین و .. مصرف می کند و یا یک بیماری زمینه ای شدید دارد

3 و 4- رگ گیری و سرم تراپی لازم نیست مگر این که بیمار خونریزی شدید داشته باشد و نیاز به مایعات داشته باشد.

دستورات Permcath Dysfunction

IMP : Permcath Dysfunction

C: II

D: NPO

A: CBR

P: Sitting or semi sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/Diff ,BUN/Cr ,Na ,K ,PT ,PTT ,INR ,VBG

اورژانسی 3K) چک

4) PO,& HM

5) O2 With Nasal cannula 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$

6) CXR " ECG بعد از رویت

7) ECG

8) Serum N/S 250CC+Out put in 6 hours/ 8hr هر

8) Bed side guard up + fix assistant

9) ویال رتیلاز یا آلتیلاز آماده به بالین بیمار

C: در ابتدای برخورد با بیماران دچار اختلال پرمیکت ابتدا باید مواردی که دیالیز اورژانس نیاز دارند را بررسی کرد که شامل:

1. Overload شدید مایع

2. HTN مقاوم

3. هیپرکالمی غیرقابل کنترل

4. تهوع و استفراغ مقاوم به درمان

5. اسیدوز متابولیک شدید مقاوم به درمان

6. خواب آلودگی ، کوما، ترمور، تشنج، آستریکسی

7. پریکاردیت و خطر تامپوناد

8. $100-70 < \text{BUN}$

9. آنسفالوپاتی اورمیک

10. در صورت وجود هر کدام از موارد فوق بیمار در سطح I قرار می گیرد و دیالیز اورژانسی مدنظر باشد و درمان لازم برحسب آن شروع شود.

IMP: اختلال در کاتتر ممکن است به علل زیر باشد:

1. Improper position

2. Kinking

3. Intraluminal thrombus

4. Extraluminal thrombus

5. fibrin sheath

ابتدا مانور والسالوا، وضعیت trendelenburg می دهیم. می توان همزمان یک کشش خفیف در کاتتر داد و بیمار را مختصر هیدره کرد و دستش را بالای کلاویکل ببریم. اگر با موارد فوق لومن ها باز نشد: CXR می تواند محل شکستگی یا فشار و یا پیچ خوردگی کاتتر را نشان دهد.

9. در صورتی که با موارد فوق باز نشد با شک به ترومبوس اقدامات زیر را می توان انجام داد.
الف) $1\text{cc}=1\text{mg}$ از آلتیلاز را با آب مقطر (SW) به حجم هر لومن رسانده و داخل هر لومن تزریق می کنیم و بعد از دو ساعت چک میکنیم. در صورت شکست یک بار دیگر انجام می شود.
یا

ب) هر ویال رتپلاز معادل 18 میلی گرم است که با 9 CC آب مقطر رقیق شود. در حال حاضر هر 1 CC معادل 2 میلی گرم رتپلاز است که به حجم هر لومن رسانده و تزریق می کنیم و بعد از 30 دقیقه چک میکنیم در صورت شکست درمان یک بار دیگر انجام می شود.

نکته از up to date: قبل از همه اقدامات فوق در ترومبوز های داخل کاتتر در قدم اول با سرنگ 10cc پر از نرمال سالین با حداکثر فشاری که می توان ، داخل لومن پوش (push) می کنیم (Force full saline flushes) که چند بار می توان این کار را انجام داد.

11. در موارد هیپرکالمی < 6 درمان اورژانسی هیپرکالمی شروع شود.

دستورات Renal Colic

IMP : Renal Colic

C: II

D: NPO

A: RBR

P: Supineine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/Diff BUN/Cr UA
- 3) Serum N/S 500 CC IV stat infusion
- 4) Sonography of kidney and Bladder and ureter
- 5) Amp Ketoroloc 30mg IV stat
- 6) Amp M.S 3 mg IV stat slow with RR Control

2. چک BUN/Cr و UA ضروری نیست اما در بیمارانی که :

(1) تک کلیه

(2) کلیه پیوندی

(3) شرح حال نارسایی کلیه می دهند باید حتما چک شود

- WBC می تواند به علت درد زیاد افزایش پیدا کند.

4. در افراد بالای 50 سال با رنال کولیک حتما آنوریسم آئورت شکمی مدنظر باشد و معاینه و سمع و در صورت نیاز سونوگرافی آئورت درخواست شود.

- سونوگرافی و به طور کلی تصویربرداری به صورت روتین لازم نیست مگر این که بیمار کلیه پیوندی، تک کلیه ای، توکسیک و یا انسداد شدید داشته باشد.

اندیکاسیون های مطلق بستری در سنگ کلیه:

- سنگی که انسداد داده است همراه با عفونت ادراری
- تهوع ، استفراغ غیرقابل کنترل
- درد شدیدی که نیاز به تکرار متناوب مسکن تزریقی داشته باشد
- اکستراواژیشن ادراری
- کریز هیپرکلسمیک

اندیکاسیون های نسبی بستری در سنگ کلیه:

- بیماری زمینه ای واضح که درمان سرپایی را مشکل می کند
- انسداد بسیار شدید
- لوکوسیتوز
- تک کلیه و یا بیماری های کلیوی
- فاکتورهای اقتصادی اجتماعی

دستورات AKI
IMP : AKI
C: II
D: NPO
A: RBR
P: Supineine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/Diff ,BUN/Cr ,Na, K, Ca, Ph, mg, Alb, PT, PTT, INR, UA, Fe Na, UrineNa, HBsAg HCVAb HIVAb
- 3) PO & Hm
- 4) O2 With Nasal cannula if $spo_2 \leq 90\%$
- 5) Bed Side guard up & fix Assistant
- 6) CXR
- 7) ECG
- 8) Serum N/S " اگر "
- 9) Kidney and urinary tract sonography
- 10) Foley catheter fix
- 11) control I/O
- 12) Amp Lasix or Manitol " اگر "

C: هر بیمار که با AKI و یا CKP مراجعه کند در درجه اول باید هیپرکالمی و ادم ریه را در بیمار مدنظر قرار داشت و در صورت وجود یکی از این دو مورد رسیدگی سریع لازم است.

2. در صورتی که بیمار اندیکاسیون دیالیز اورژانس دارد مارکرهای ویرال HBSAS, HCVAb, HIVAb جهت نیاز به دیالیز ارسال شوند

- ادم ریه

- HTN غیرقابل کنترل منجر به انسفالوپاتی

- هیپرکالمی مقاوم به درمان

- اختلالات الکترولیتی مقاوم به درمان

- overload مایع

- پریکاردیت

- $100 < \text{BUN}$

- مسمومیت های خطرناک و کشنده ناشی از لیتیوم، متانول، آسپیرین، اتیلن گلیکول، تتوفیلین

8- با توجه به وضعیت بالینی بیمار در صورت دهیدره بودن و AKI با علت پره رنال نیاز به درمان سریع و کافی مایع می باشد

عللت pre renal شامل: اسهال - استفراغ - نارسایی قلبی، سوختگی، جراحی، تب، تروما، GIB و ... است. در این شرایط سرم N/S تا خارج شدن بیمار از شرایط دهیدراتاسیون به صورت N/S یک لیتر Stat IV و در صورت لزوم تکرار می شود.

- در صورت وجود علل post renal، انسداد با کاتتر فولی برطرف می شود و در صورت ادامه بستری بیمار و مایع درمانی، همان مایع نگهدارنده را می توان تجویز کرد. ! سرم $2/3-1/3$ یک لیتر هر 8 ساعت.

- در موارد علل رنال و یا نرمال بودن وضعیت دهیدراتاسیون بیمار، سرم $250 \text{ cc N/S} + \text{out}$ put هر 8 ساعت.

10- کاتتر فولی جهت رفع علل انسدادی و درمان موقت post renal و همین طور کنترل I/O موثر است.

12- در صورتی که پس از اصلاح حجم، بیمار همچنان الیگوریک باشد می توان آمپول لازیکس یا مانیتول تجویز کرد.

دستورات پیلونفریت

IMP: Pyelonephritis

C: II

D: NPO

A: CBR

P: SUPINE

Please

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/Diff BUN/Cr UA U/C β HCG
- 3) Po & Hm
- 4) 4) O2 With Nasal cannula if $spo_2 \leq 90\%$

(5) اگر " سونوگرافی کلیه و مجاری ادراری

(6) اگر " CT کلیه مجاری ادراری

7) IV line

8) Serum NS 1 lit IV stat

9)

برای موارد بدون عارضه: ϕ 12h Tab ciprofloxacin 500 mg po یا Tab
levofloxacin 750 mg daily PD
برای موارد عارضه دار:

AMP cefepime 2g IV ϕ 12h

یا AMP ceftriaxone 1g IV ϕ 12h

یا AMP ciprofloxacin 400 mg IV ϕ 12h

یا AMP levofloxacin 500 mg IV ϕ 12h

یا AMP tazocin 3.375g ϕ 6h

10) Amp apotel 10/7 int 18 $T \geq 38^\circ$

-2 BHCG در بیماران خانم در سنین باروری چک می شود.

5 و 6- تنها در صورتی تصویربرداری انجام می‌شود که شکل بالا به:

- اختلالات آناتومیکی زمینه‌ای

- شک به آپسه

- شک به سنگ و پیلونفریت

- عدم قطع تب علی رغم گذشت 72 ساعت از شروع آنتی‌بیوتیک

9- در بیماران بارداری، نقص ایمنی، اختلالات آناتومیکی، داشتن DM و بیماری زمینه‌ای همراه، CKD و

یا ARF، بهتر است درمان نوع عارضه‌دار را شروع کرد.

دستورات هیپرکالمی

IMP: Hyperkalemia

C: II- I

D: NPO

A: CBR

P: SUPINE

Please

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca Ph mg Alb VBG HBS Ag
HCVAb HIV Ab

3) PO & & HM

4) O2 With Nasal cannula if $\text{spo}_2 \leq 94\%$

شدن STABLE پرتابل یا پس از 5CXR **B**

6) ECG

7) IV line

8) Serun NS "

9) Amp Insulin 10 unit + 100 cc dextrose 50%

10) Neb salbutamol 15 mg stat with mask

11) Amp calcium gluconate stany by بر بالین بیمار آماده باشد

12) Vial bicarbonate sodium " اگر

13) Amp lasix 40mg " اگر

14) Bed side guard up t fix assistant

15) وسایل اکسس بر بالین بیمار آماده باشد

16) DC Shock آماده بر بالین

C: بیماران هیپرکالمی می‌توانند ناگهان دچار ایست قلبی تنفسی و یا Wide QRS شوند که در این موارد درمان اورژانس هیپرکالمی باید آغاز شود و در این شرایط به سطح I و احیا منتقل شوند.

2HBS Ag, HCV Ab, HIV - در صورتی که احتمال دیالیز بیمار وجود دارد مارکرهای ویروسی
چک شوند. Ab

8 ساعت ادراری هر Serum N/S 250+ output هستند 8over load- در بیمارانی که

Serum N/S 1 Lit q 8 h و اگر اختلال کلیوی ندارند

10QRS را ظرف 3 دقیقه تزریق شود، به شرطی که 11mg=10cc - آمپول کلسیم گلوکونات را می توان

30 ادامه داد. cc باشد و تا Wide

نباشد و اسیدوز شدید داشته باشد 150Overload به شرطی که بیمار 12mg- بی کربنات سدیم تا

می توان تزریق کرد. همچنین در ارگانیک اسیدی ها بسیار کاربرد دارد. $PH < 7$

13- آمپول لازیکس در بیمارانی که عملکرد کلیوی آنان باقی مانده است می توان تجویز کرد.

دستورات زخم پای دیابتی

IMP : Diabetic foot

C: I یا II یا III

D: NPO

A: CBR

P:Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) IV line
- 3) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb PT PTT INR UA ESR CRP BC BS VBG
- 4) PO & Hm
- 5) O2 Nasal with nasal cannula 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 6) Bed side guard up + fix Assistant
- 7) Bs Glucometry
- 8) ECG
- 9) AP/oblique of foot xray

(10) اسمیر و کشت از ترشحات زخم ارسال شود

(11) شستشو و پانسمان زخم

(12) جهت شروع آنتی بیوتیک به بخش ملاحظات صفحه بعد رجوع شود " AB Therapy

C: برحسب میزان عفونت، عمق عفونت و میزان تهدید کننده سپسیس و یا سپتیک شوک برای بیمار سطح بندی بیمار متغیر است

(12) AB آنتی بیوتیک تراپی در زخم های پای دیابتی:

- اگر زخم شرایط زیر را داشت: زخم $< 2 \text{ cm}$ ، زخم عمیق، ترشحات بدبو و چرکی، تب، تغییرات ایسکمی، ادم و تورم پا، سپسیس و یا سپتیک شوک
- در موارد فوق اگر علائم حیاتی بیمار stable است

Amp clindamycin 900 mg هر 6hr

+

Amp cipro floxacin 400 mg هر 8hr

- اگر علائم حیاتی بیمار unstable است (سپتیک شوک)

Amp meropenem 1gr هر 8hr

+

Amp vancomycin 1gr in 250cc N/S over 1hr هر 12hr

- اگر شرایط فوق را نداشت

کلیندامایسین خوراکی داده شود.

دستورات GIB

IMP : GIB

C: II/III

D: NPO

A: CBR

P: Supine or Semi sitting

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBRPK LDH AST Alt Alk ph lactose BG/Rh VBG
- 3) PO & Hm
- 4) O2 Nasal 4-6 lit/min if $spo_2 \leq 94\%$
- 5) CXR " اگر "
- 6) Abdomen Xray " اگر "
- 7) ECG (سن < 40 سال)
- 8) BS Glucometry " اگر "
- 9) NGT " اگر "
- 10) Foley catheter " اگر "
- 11) control I/O
- 12) Reserve 4 unit P.C isograph iso RH
- 13) Reseve 4 unit FFP iso Rh
- 14) IV Line x 2 large
- 15) serum N/S 1 lit IV stat IV infusion
- 16) Aggressive Re warming
- 17) Amp Plasil 10mg IV stat
- 18) Amp Ceftriaxon 1gr IV infusion " اگر "
- 19) Amp Pantazol 80mg IV stat and then 8mg/hr infusion
- 20) Amp octreotide 50 μ and 50 μ /hr infusion " اگر "
- 21) مصرف وارفارین با هر عدد از INR یا $INR > 1.5$ " تصحیح کوآگولوپاتی "

FFP 10-15 cc/kg stat

± Amp vit K 10mg IV stat

ویزیت سرویس محترم گوارش (داخلی) (22)

اگر " stand by " -Blakemore tube -sengstaken (23)

C: در صورت Massive GIB، شوک، هیپوکسی، تاکی پنه شدید، کاهش سطح هوشیاری بیمار در سطح یک قرار گرفته است. مایع درمانی شدید و برنامه ماسیو ترانسفیوژن و اینتوباسیون برای بیمار مد نظر قرار گیرد.

2- هدف از Hb: حفظ $Hb < 7 \text{ mg/dl}$ و در افراد دارای IHD و سالمندان حفظ $Hb < 9 \text{ mg/dl}$

- در صورت پلاکت کمتر از 50 هزار و خونریزی فعال، 6 واحد پلاکت تزریق گردد.

10- در بیماران دارای بیماری زمینه ای، افراد ناتوان و شوک کاتتر فولی فیکس شود.

در افرادی که شک به پرفوراسیون احشاء، انسداد و یا جسم خارجی داریم گرافی اندیکاسیون دارد.

15- در بیمارانی که نیازمند دوز بولوس نرمال سالین هستند پس از دریافت هر دوز طی (20min)

نیازمند به چک مجدد علائم حیاتی براساس پروتکل شوک جهت تکرار دوز بولوس هستند جهت حفظ SBP در حدود 100mmHg.

18- آنتی بیوتیک در افراد نقص ایمنی، سیروتیک و شک به پریتونیت باکتریایی شروع شود.

20- اکتروتاید در افراد زیر تزریق شود.

1- بیماری های کبدی

2- افراد الکلی

3- واریس مری

4- LFT مختل

دستورات انسفالوپاتی کبدی

IMP : Hepatic Encephalopathy

C: II

D: NPO

A: CBR

P: semi sitting or sitting

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/diff, BUN/Cr Na, K, Ca.ph, Mg, Alb, PT, PTT, Afp, NH4 INR, CPK, LDH, HBS Ag , HCVA b ,HIV Ab AST ALT AlkPh, BillT, Bill D, Amylase, lipase, VBG
- 3) HM,PO
- 4 O2 With Nasal cannula 4-6 lit/min if O₂ SAT < 94%
- 5) CXR
- 6) Brain CT
- 7) ECG
- 8) Bs Glucometry
- 9) IV line
- 10) serum 1/3 2/3 1lit , 12hr infusion
- 11) Tab metronidasol 250mg po stat , q 8h
- 12) syrup lactulose 30gr po stat و سیب هر 6 ساعت تا ایجاد اسهال و مدفوع نرم
- 13) وسایل tap تشخیصی مایع آسیت آماده بر بالین
- 14) Amp Cefotaxime 2 g iv stat " اگر شک به SBP وجود دارد
- 15) Amp Ranitidine 50mg iv stat
داروهای سداتیو دریافت نکند
- 16)
- 17) Tab Zinc 600mg PO daily
- 18) NGT Fix

- C: در موارد افت سطح هوشیاری $GCS \leq 8$ ، عدم وجود رفلکس های Gag احتمال آسپیراسیون، فشارخون ≥ 90 بیمار در سطح 1 قرار می گیرد و وسایل احیا و اینتوباسیون آماده بر بالین بیمار قرار گیرد.
- 2- سطح آمونیاک خون حتما چک شود
- 4- بسته به شرایط بیمار از نازال کانولای تا اینتوباسیون متغیر است
- 6- در موارد کاهش سطح هوشیاری و کانفیوژن، Brain CT انجام شود.
- 11- به جای مترونیدازول می توان از نئومایسین و یا وانکومایسین خوراکی استفاده کرد.
- 18- در موارد کاهش سطح هوشیاری NGT فیکس شود و قرص مترونیدازول و شربت لاکتولوز گاواژ شود.
- نکته: در موارد کاهش سطح هوشیاری و خطر آسپیراسیون می توان از انمای لاکتولوز 300 CC همراه با 700cc آب استفاده کرد.

دستورات انسداد روده کوچک

IMP: Small Bowel Obstruction

C: II

D: NPO

A: CBR

P: SUPINE

Please

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/Diff ,BUN/Cr ,Na,K,PT,PTT,INR,VBG,BS,Lactate
- 3) Po & Hm
- 4) O2 Nasal cannula 4-6 lit/min if spo2 $\leq$ 90%
- 5) IV line
- 6) Serum NS 1 lit ϕ 12 hr infusion
- 7) CXR ایستاده

" left lat decubitus اگر نمی تواند " گرافی ایستاده خوابیده شکمی

8) ECG

9) NGT fix " اگر کاهش هوشیاری دارد به ساکشن وصل شود "

10) Amp ondancetron 4 mg IV stat

11) Amp ms 3 mg IV stat slow با کنترل تنفسی

12) Abdomen and pelvic CT with IV contrast " اگر

Antibiotic " اگر

13) Amp cefuroxime 1000 mg IV tid

یا

Amp meropenem 1g IV tid

14) octreotide 0.3 mg/day " اگر

(C) در موارد شوک، کاهش سطح هوشیاری و احتمال اختلال راه هوایی به علت استفراغ های شدید بیمار در سطح 1 قرار گرفته و نیاز به مایع درمانی شدید دارد.

- 9- اگر کاهش سطح هوشیاری دارد NGT به ساکشن وصل شود.
- 10- آنتی بیوتیک در انسداد روده کوچک زمانی لازم است که شواهد پرفوراشیون وجود داشته باشد و یا برنامه جراحی مد نظر باشد.
- 14- در موارد احتمال زیاد انسداد روده و عدم وجود شواهد در گرافی انجام شود.
- 15- در موارد آسیب شدید و یا کارسینوماتوز شکمی، اکتروتاید با دوز 300 میکروگرم در روز تجویز شود.

دستورات انسداد روده بزرگ

IMP : Large Bowel obstruction

C: II

D: NPO

A: CBR

P: Semi sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/Diff, BUN/Cr, Na, K, Ca, Ph, mg, Alb, PT PTT INR
VBG, BS, Lactate

3) PO & & Hm

4) O2 Nasal 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$

5) IV Line

5) ECG

6) Serum N/S 1 lit IV stat

7) CXR ایستاده

Left lat decubitus " اگر نمی تواند بایستد " گرافی ایستاده خوابیده شکمی

9) NGT Fix

10) Antibiotic " اگر "

Amp ciprofloxacin 400 mg IV stat and 12hr هر

+

Amp Metronidazol 500mg IV stat and 12hr هر

یا

Amp Ampicilin 2 gr IV هر 6hr

+

Amp metronidazole 500mg IV هر 6hr

+

Amp Gentamicin 7mg/kg هر 24hr

یا Amp imipenem 500mg IV هر 6hr

11) Amp ondancetron 4mg IV stat

12) Amp ms 3mg IV stat slow " با کنترل تنفس "

13) Abdomin & pelvic CT with IV contrast " اگر "

C: در صورت وجود شوک، کاهش سطح هوشیاری و احتمال اختلال راه هوایی به علت استفراغ‌های مکرر، بیمار در سطح یک قرار می‌گیرد و مایع درمانی اگرسو شروع می‌شود.

9- اگر کاهش هوشیاری دارند NGT باید به ساکشن وصل شود.

10- آنتی بیوتیک اگر شواهد گانگرن و یا پرفوراسیون و علائم تویک صفاقی دارد باید تجویز شود

13- اگر مشکوک به انسداد کاذب هستیم می‌توان از انمای کنتراست محلول در آب استفاده کرد.

دستورات درد شکمی RLQ

IMP : RLQ Abdominal pain

C: II/III

D: NPO

A: CBR

P: Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K VBG UA PT PTT INR CRP
- 3) PO & & Hm
- 4) O2 with Nasal cannula 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$
- 5) ECG (سن < 40 سال)
- 6) IV Line
- 7) Serum N/S 1 lit IV infusion هر 12hr
- 8) Bed Side guard up + fix Assistant
- 9) RLQ Sonography Graded compression US R/O Appendicitis
- 10) Amp ms 3mg IV slow " با کنترل تنفس "
- 11) Antibiotic therapy
آپاندیسیت غیر پرفوره
Amp metronidazole 500 mg IV
Amp ciprofloxacin 400mg IV
یا
Amp ceftriaxone 1 gr IV infusion
Amp metronidazole 500g IV infusion
آپاندیسیت پرفوره
Amp tazocin (piperacillin – tazobactam) 4.5gr IV
یا
Amp Cefepim 2 gr IV infusion

یا Amp Imipenem 500gr IV infusion

12) Amp ondancetron 4mg IV stat

13) Amp Apotel 1gr IV infusion if $T \geq 38^{\circ} C$

14) اگر " CT شکم و لگن

15) MRI " اگر

C: در صورت وجود شوک $SBP \geq 90$ ، تاکی کاردی، Cap Refill کاهش یافته، کاهش سطح هوشیاری و خواب آلودگی فوراً به اتاق احیا و در سطح یک بستری شده مایع درمانی زیاد و AB آنتی بیوتیک وسیع الطیف شروع شود.

2-BHCG در خانم های سنین باروری چک شود.

9- در صورت قطعی نبودن تشخیص بالینی **B** سونوگرافی RLQ از نظر آپاندیسیت

- در صورت مونث بودن **B** درخواست همزمان سونوگرافی از نظر آپاندیس و رحم و ضمام از نظر تورشن تخمدان.

- در صورت BHCG مثبت علاوه بر مورد فوق از نظر EP نیز بررسی شود.

- در صورت علائم رنال کولیک دفعه اول **B** سونوگرافی کلیه مجاری ادراری اضافه گردد.

14- اگر تشخیص بالینی غیرقطعی است و سونوگرافی منفی و یا غیر تشخیصی است در همه افراد به غیر از خانم های باردار CT شکم و لگن با کنتراست IV درخواست می شود.

15- اگر تشخیص بالینی غیرقطعی است و سونوگرافی منفی و یا غیر تشخیصی است در خانم های باردار MRI شکم و لگن بدون کنتراست درخواست می شود.

دستورات Epigastric and RUQ Pain

IMP : R/O Gastritis, I Pancreatitis, GIB/AAA

Cholangitis, cholecystitis, cholelithiasis

Mesentric ischemia, DKA, Perforation

obstruction/Hepatitis

C: I/II/III

D: NPO

A: CBR

P: Semi sitting

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K PT PTT INR CPK LDH Trop VBG
AST Alt Alk Bili(Direct & Total) Amylase lipase BS Lactate BHCG

(خانمها در سنین باروری)

3) PO & & Hm

4) O2 Nasal 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 90\%$

5) Bed side guard up + fix Assistant

6) CXR

7) " left lat Decubitus " اگر نمی تواند " گرافی ایستاده خوابیده شکمی

8) ECG

9) Bs Glucometry

10) IV line

11) serum N/S 1 lit IV stat free infusion

12) سونوگرافی کیسه صفرا، کبد و مجاری صفراوی

13) Amp Ranitidin 50mg IV stat

14) Amp ondancetron 4mg IV stat

15) Antibiotic " اگر

16) در صورت وجود علائم شکم حاد جراحی (پریتونیت) ویزیت جراحی درخواست شود

17) Amp MS 3mg IV stat slow

18) CT " اگر

C: در بیماران با درد شکم و شوک، هیپوتانسیون مقاوم به درمان، کاهش سطح هوشیاری، بیمار فوراً به احیا منتقل شده در سطح یک قرار گرفته و اقدامات فوراً درمانی آغاز می شود

RUSH Exam توسط طب اورژانس انجام شده در صورت نیاز اینتوباسیون انجام شود.

6 و 7- CXR ایستاده و گرافی شکمی در مواردی انجام شود که شک به پارگی احشا، پرفوراسیون پپتیک اولسر، انسداد و یا جسم خارجی داریم.

15- آنتی بیوتیک در بیماران شوک از ابتدا وسیع الطیف شروع شود اما

- در کوله سیتیت حاد ! آمپول تازوسین infusion/IV 3.375gr شود.

- در پانکراتیت اگر عفونی و نکروزان باشد و یا همراه کلانژیت باشد.

Amp ciprofloxacin 400mg IV stat

+

Amp metronidazole 500mg IV stat

یا

Amp Tazocin 3.375gr IV infusion

یا

Amp ceftriaxon 1gr IV infusion

+

Amp metronidazol 500mg IV infusion

18- CT اسکن درخانم های غیرباردار و سایر افراد به شرطی که علت درد ناشناخته بماند جهت پیدا کردن

علت درد توصیه می شود

دستورات Opioid toxicity

IMP: Opioid toxicity

C: I/II

D: NPO

A: CBR

P: Semisiting

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb BS VBG Toxin level
- 3) PO & Hm
- 4) O2 Nasal 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$
- 5) ECG
- 6) Bs Glucometry
- 7) Brain CT
- 8) IV Line
- 9) serum N/S 1 lit IV stat
- 10) NGT fix شستشو تا شفاف شدن ترشحات
- 11) Amp Naloxane standby

- اگر بیمار هوشیار نیست تنفس ندارد gasp است بلافاصله CPR شروع می شود و نالوکسان 2mg تزریق می شود

- اگر فرد آپنه، سیانوز یا $\text{RR} > 12$ دارد **B** 2mg نالوکسان (5 آمپول) یک جا تزریق می شود
- اگر فرد شرایط بالا را ندارد:

- در افراد معتاد $0.1\text{mg} = \frac{1}{4}$ آمپول را تزریق می کنیم و هر سه دقیقه تکرار تا هوشیاری یا تا زمان رسیدن به دوز توتال 10 میلی گرم.
در افراد معمولی $0.4\text{mg} = 1$ آمپول را تزریق می کنیم و هر سه دقیقه تکرار تا هوشیاری یا تا زمان رسیدن به دوز توتال 10 میلی گرم.

12) اگر " گلاژ شود 50gr/PO/ chacol

13) Bed side gourd up + fix assistant

15) Drip Naloxane

- دو سوم کل مقدار دوز نالوکسانی که باعث افزایش سطح هوشیاری و بهبود وضعیت تنفس بیمار گردید را در ساعت Drip می گذاریم مثلاً برای 6 ساعت
مثال: بیمار با 3 عدد نالوکسان = 1/2 mg هوشیار شده است

$$\text{آمپول نالوکسان } 12 = 4.8\text{mg} = \text{ساعت } 6 \times \frac{2}{3} \times 1.2$$

4.8Mg = 12 آمپول را در کستروز 5% می ریزیم و برای 6 ساعت انفوزیون می گذاریم.

C: در صورت وجود سیانوز، آپنه و $10 > RR$ بیمار بلافاصله به اتاق احیا منتقل می شود آمبوبگ ونتیلاسیون انجام شده 2mg نالوکسان تزریق می گردد و اینتوباسیون مد نظر باشد.

در صورت عدم هوشیاری و بدون تنفس و یا نفس های gasp بلافاصله CPR آغاز می شود و 2mg نالوکسان تزریق می گردد.

2- در افراد متادون توکسیستی مراقب اختلالات اکترولیتی باشیم.

5- در افراد متادون توکسیستی مراقب QT طولانی باشیم.

7- در صورتی که بیمار با نالوکسان هوشیار شود نیازی به انجام Br Ct نیست.

10- نحوه شستشو: در صورت هوشیاری کامل بیمار پس از اطمینان کامل از محل صحیح NGT بیمار در حالت Left lateral قرار می گیرد. سر بیمار کمی پایین تر از تنه و پاها مختصر در شکم جمع باشد. سپس 300cc گاوآژ می کنیم و سپس اجازه می دهیم که مایع خود به خود برگردد. چنانچه بیش از 1 ساعت از زمان بلع گذشته باشد انجام این کار سودی نداشته و توصیه نمی شود.

12- شارکول را وقتی می دهیم که کمتر از یک ساعت از خوردن ماده توکسیک گذشته باشد و یا داروهایی خورده باشد که موتیلیتی و حرکت روده ها را کم کند که در این صورت می توان بعد از یک ساعت نیز تجویز کرد. البته باید در نظر داشت که زمانی شارکول فعال تجویز می شود که وضعیت راه هوایی بیمار

مطمئن بوده و هیچگونه خطر آسپیراسیون نباید وجود داشته باشد. در موارد کاهش سطح هوشیاری و عدم وجود رفلکس gag قبل از تجویز شارکول، انتوباسیون بیمار ضروری است.

دستورات warfarin

IMP : warfarin toxicity

C: I یا II

D: NPO

A: CBR

P:Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) IV line
- 3) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb PT PTT INR BG/Rh VBG Trop Ast Alt Alk ph
- 4) check Hb/Hct 6hr
- 5) PO & Hm
- 6) O2 Nasal with nasal cannula 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 90\%$
- 7) Bed side guard up + fix Assistant
- 8) serum N/S 1 lit 12h IV infusion
- 9) reserve 4 unit p.c isograp iso Rh
- 10) Reserve unit FFP iso Rh
- 11) ECG
- 12) Bs Glucometry
- 13) CXR
- 14) Amp omeprazole 40mg IV stat
- 15) اصلاح کوآگولوپاتی با توجه به ملاحظات صفحه بعد
- 16) Amp vit K stand by

C: ABC ابتدا مد نظر قرار گیرد. افرادی که اختلالات انعقادی دارند و با خونریزی های ماسیو مانند ماسیو GIB و ماسیو همپتیزی و یا خونریزی های داخل شکم و یا خونریزی های مراجعه می کنند سریعاً باید عملیات احیا و ABC انجام شود

15- اصلاح کوآگولوپاتی به شرح زیر است

- اگر $3 < \text{INR} < 4.5$ و خونریزی تهدید کننده حیات ندارد **B** یک دوز وارفارین را Hold کنیم
- اگر $4.5 < \text{INR} < 10$ و خونریزی تهدید کننده حیات ندارد **B** یک یا دو دوز وارفارین را قطع و می توان 1 mg تا 2mg vit K خوراکی داد
- اگر $\text{INR} > 10$ و خونریزی تهدید کننده حیات ندارد **B** یک یا دو دوز وارفارین قطع و 2mg vit K خوراکی داده شود
- هر INR مختل با خونریزی های تهدید کننده ی حیات مانند GIB، هموپتیزی، خونریزی های داخلی و مغزی **B** 5mg vit k تا 10mg IV/ آهسته - مدنظر قرار دادن تزریق FFP یا PCC

دستورات سردرد

IMP : Head ache

C: III/II/I

D: NPO

A: CBR

P:Supine Head elevate 30 °

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K PT PTT INR BS ESR
BHCG(خانم در سنین بارداری)
- 3) PO & & Hm
- 4) O2 Nasal 4-6 lit/min if $\text{spo}_2 \leq 94\%$ " اگر
- 5) Bed side guard up + fix Assistant
- 6) IV line
- 7) serum N/S 1 lit IV stat free infusion
- 8) ECG
- 9) Brain CT " اگر
- 10) BS Glucometry
- 11) Amp Ranitidine 50mg IV stat
- 12) Tab Acetamiophen 500 po stat
یا tab Gelofen 400mg PO stat
- 13) Amp MS 3mg IV slow over 3min with RR control " اگر
- 14) Head elevate 30 °
- 15) Amp metocloperamide 10 mg IV

C: اگر بیمار کاهش سطح هوشیاری دارد، علائم FND دارد، علائم هرنی مغزی، تغییر در سطح هوشیاری، سردرد شدید و وحشتناک، درد گردن و یک طرفه صورت و بی حسی در دست و پا (مشکوک به دایسکشن کاروتید) بیمار در سطح یک قرار می گیرد. وسایل احیا و انتوباسیون بر بالین و اقدامات مقتضی انجام شود.

2- ESR در شک به آرتریت تمپورال معمولاً در خانم های سن بالای 50 سال با سابقه بیماری های کلاژن واسکولار و β HCG در خانم های در سنین باروری و شک به اکلامپسی چک شود.

9- CT مغز در صورت وجود FND، شک به افزایش ICP، علائم مننژیت LOC ترومای سر متوسط و شدید، سردردهای شدید و ناگهانی، تغییر در شدت، مدت زمان علائم سردرد قبلی وجود شانت مغزی، افراد مسن، تروماهای سر مینور که فرد داروهای ضد انعقاد، الکل، مشکلات کبدی و کلیوی دارد. سردردهایی که به درمان دارویی جواب نداده اند. سردرد در افراد نقص ایمنی و سردرد همراه با تشنج لازم است.

13- در صورت وجود سردرد های شدید و مقاوم به درمان های ضد درد قبلی مورفین آهسته در صورت عدم وجود کنترااندیکاسیون تزریق گردد

نکته:

در صورتی که بیمار سردرد شناخته شده قبلی دارد از تاریخچه بیمار آگاهی کامل داریم علایم مننژیسموس نداشته باشد، علایم حیاتی پایدار داشته باشد، FND نداشته باشد و در طی دوره تحت نظر بهبود یابد می توان از اورژانس مرخص نمود.

5- در صورت وجود سر درد کلاستر قدم اول اکسیژن High flow با ماسک اکسیژن 8-10 lit/min است

نکته: در صورت وجود BP $180/110 <$ کنترل فشار خون الزامی است.

دستورات تشنج

IMP : Seizure

C: II

D: NPO

A: CBR

P:Supine Head elevate :

Please:

1) CVS/ NPO/CBR

2) IV line

3) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb BS PT PTT INR

4) PO & Hm

5) O2 Nasal 4-6 lit/min if $spo_2 \leq 94\%$

6) Bed side guard up + fix Assistant

7) Serum N/S 1 lit IV stat free infusion

8) ECG

9) B- CT " اگر

10) BS Glucometry

11) جابه جایی با تیم احیاء

12) Amp Diazepam 10mg stand by

یا

Amp midazolam 5-10mg

(در صورت عدم وجود رگ محیطی IM تزریق شود)

13) Amp Ranitidin 50 mg IV stat

14) در صورت مصرف داروهای ضد تشنج چک سطح سرمی داروهای ضد تشنج مثل Depakin,

phenobarbital, valproic acid, levetiracetam, carbamazepin

15) Toxin Panel " اگر

16) وسایل احیا intubation آماده بر بالین

17) اگر " وسایل LP آماده بر بالین

3- در بیماران خانم در سنین باروری β HCG چک شود. در صورت شک به بیماری های کبدی LFT چک شود

9- اندیکاسیون های Brain CT : الف) تشنج بار اول ب) شک به ضایعات ساختاری مغزی پ) FND (نقص نورولوژی) ت) کاهش سطح هوشیاری مداوم ج) تب چ) ترومای سر اخیر ح) سردرد پایدار خ) سابقه کانسر د) مصرف داروهای ضد انعقاد ذ) سابقه نقص ایمنی و بیماری نقص ایمنی (AID) و شیمی درمانی ها ر) سن بالای 40 سال ز) تشنج پارشیل ش) تشنج بار اول

14- در صورتی که بیمار سابقه تشنج مصرف داروهای ضد تشنج دارد سطح سرمی داروها چک شود نکته: در مواردی که بیمار بار اول است که تشنج کرده است و فقط یک نوبت تکرار شده است اندیکاسیون شروع داروی ضد تشنج ندارد و نباید شروع شود

15- در بیمارانی که شک به سوء مصرف مواد داریم داروها و سطح توکسین دارویی چک شود درمان تشنج در شرایط خاص:

- در هیپوگلیسمی $BS > 60$! 1gr/kg از دکستروز 50% تزریق شود.
- هیپوناترمی $Na > 120$! تزریق 3cc/kg از سالین 3%
- هیپوکلسمی $Ca > 7-6$! تزریق 10 تا 30 cc از کلسیم گلوکونات 10%
- TCA Overdose ! آلکالیزاسیون ! 1mg/kg سدیم بی کربنات و انفوزیون آن
- ASA Overdose β آلکالیزاسیون + دیالیز β 1mg/kg سدیم بی کربنات و انفوزیون آن
- ایزونیازید β Overdose پریدوکسین 5gr/IV
- مسمومیت با لیتیوم β همودیالیز
- تشنج با کوکائین ، شیشه β بنزودیازپین
- اکلامپسی β منیزیوم سولفات 6gr ظرف 20 دقیقه
- درمان تشنج status: 1) تشنج $< 5\text{min}$ یا 2) تشنج های مکرر که در بین آن ها بیمار هوشیار نشود.
- خط اول : BNZ (دiazepam 5 میلی گرم طی 2 دقیقه تزریق و هر 2 تا 3 دقیقه قابل تکرار تا دوز تجمعی 20 میلی گرم)
- خط دوم: فنی توئین 20mg/kg با سرعت حداکثر 50mg/min/IV
- فس فنی توئین 20mg/kg با سرعت حداکثر 150mg/min/IV/IM

سدیم والپروات 20-40mg/kg ظرف 10 تا 20 دقیقه IV

لوتیراستام 1-3gr ظرف 15 دقیقه

- خط سوم: اینتوباسیون بیمار و شروع
- پنتوباریتال 5mg/kg و سپس 0.5-3 mg/kg/hr
- فنتوباریتال 20mg/kg و سپس 50mg/min
- میدازولام 0.2 mg/kg و سپس 0.1-0.4 mg/kg/hr
- پروپوفل 2mg/kg و سپس 5-10mg/kg/hr

دستورات سرگیجه

IMP : Vertigo

C: II

D: NPO

A: CBR

P:Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) IV line
- 3) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb PT PTT INR Trop BS
- 4) serum N/S 1 lit هر 12h IV infusion
- 5) PO & Hm
- 6) O2 Nasal with nasal cannula 4-6 lit/min if $spo_2 \leq 90\%$
- 7) Bed side guard up + fix Assistant
- 8) Br Ct
- 9) CXR
- 10) ECG
- 11) BS Glucometry
- 12) Amp ondancetron 4-8 mg IV stat
- 13) اگر " جابه جایی با تیم احیاء

14) وسایل احیا intubation آماده بر بالین

2- آزمایش های روتین به غیر از BS الزامی نیست اما در موارد مشکوک به سنکوپ CBC و الکترولیت ها کاربرد دارد

8- Br Ct در مواردی که سرگیجه به صورت تیپیک و قطعی پریفرال است لازم نیست

- در افتراق با سرگیجه موارد زیر مدنظر قرار گیرد: دیس ریتمی - MI - هیپوولمی - شوک وازواگال - سپسیس - حمله پانیک - آنمی - عفونت
- سرگیجه های محیطی: BPPV، سندرم منیر، نوریت وستیبولار - نوروما آکوستیک - لایبرنتیت

- سرگیجه های مرکزی: CVA، میگرن ورتیروبازیلار، هیپوگلیسمی، VBI، خونریزی مخچه، ترومای سر و گردن
- در بیمارانی که سن < 55 سال دارند ریتم قلبی AF دارند، DM مثبت هستند، بیماری های عروقی دارند، سرگیجه که با دارودرمانی بهتر نشده و یا سرگیجه های مرکزی دارند بستری شوند.
- در خونریزی های مخچه، مشاوره اورژانسی نوروسرجری درخواست شود.
- 13 و 14- در بیمارانی که با سرگیجه شدید مرکزی آمده اند و علائم نورولوژیک دارند و شک به خونریزی های مغزی مثل ICH و هموراژی های مخچه هستند این دو مورد مدنظر باشد
- 12- آمپول پرومتازین 25mg- IM نیز می توان استفاده کرد
- جهت کنترل BP در افراد خونریزی مغزی و $BP < 180/110$ ، لابتالول 20mg (4 cc) ظرف دو دقیقه تزریق شود و هر 10 تا 15 دقیقه تکرار شود.

دستورات سنکوپ

IMP : syncope

C: II

D: NPO

A: CBR

P:Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) IV line
- 3) Check CBC/Diff ,BUN/Cr, Na, K, Ca, ph mg Alb PT PTT INR Trop
- 4) PO & Hm
- 5) O2 Nasal with nasal cannula 4-6 lit/min if $spo_2 \leq 90\%$
- 6) Bed side guard up + fix Assistant
- 7) serum N/S 1 lit هر 12h IV infusion
- 8) Br Ct
- 9) CXR
- 10) ECG
- 11) BS Glucometry
- 12) Amp ranitidine 50 mg IV stat

3- در خانم های سنین باروری Bhcg چک شود در موارد شک به D-Dimnor PTE ارسال شود

در شک به موارد مسمومیت ها Screen دارویی و toxin panel ارسال شود

8- در بیماران با نقص نورولوژیک و موارد مشکوک به تشنج در بار اول و معاینات نورولوژیک مختل انجام شود.

10- ECG در همه افراد به غیر از افراد جوان و بدون سابقه بیماری های قلبی گرفته شود

- معاینه TR برای رد GIB ضروری است

- در موارد همراهی با درد شکم مد نظر قرار دادن آنوریسم آئورت، EP، MI، کیست هموراژیک

- سنکوپ در موارد زیر بستری و مانیتور شوند:

- همراهی با درد سینه، تنگی نفس توجیه نشده، CHF، بیماری های دریچه ای، دیس ریتمی های بطنی، طولانی شدن QT، BBB جدید، افراد بیشتر از 65 سال، سابقه مرگ ناگهانی در خانواده، DM همراه داشته باشد، سنکوپ حین فعالیت، سنکوپ در حالت خوابیده.

دستورات کاهش سطح هوشیاری

IMP : LOC

C: I یا II

D: NPO

A: CBR

P:Supine

Please:

- 1) ABC
- 2) CVS/ NPO/CBR
- 3) IV line
- 4) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb PT PTT INR UA BS CL VBGAST Alt Alk ph Trop TSH T₃ T₄ NH₄
- 5) Toxin panel, level Acetaminophen, level ASA level Ethanol, co-oximetry, meth Hb
- 6) PO & Hm
- 7) O₂ Therapy
- 8) Bed side guard up + fix Assistant
- 9) Bs Glucometry
- 10) ECG
- 11) CXR
- 12) Br Ct
- 13) Naloxon " اگر
- 14) جابه جایی با تیم احیا

(15) وسایل احیا intobation آماده بر بالین

- 1- ابتدا ارزیابی را هوایی، تنفس و سیرکولاسیون ارزیابی می شود در صورت $GCS \geq 8$ ، عدم وجود رفلکس Gog، بیمار تحت RSI اینتوباسیون می شود
- 7- میزان اکسیژن برحسب O_2SAT بیمار یا با اکسیژن نازال کانولا و یا با ماسک و یا با ماسک و رزروژگ داده شود و هدف حفظ $O_2SAT < 96\%$ است
- 13- در افرادی که مشکوک به اوردوز اپیوم هستند با تنفس های Gasp و آپنه آمده اند stat 2mg و تکرار هر 3 تا 5 دقیقه دوز 10mg maxi در افرادی که با میوز و کاهش خفیف سطح هوشیاری آمده اند:
 - افراد 0.1mg Addict
 - افراد سالم 4mg
 - تیامین 100mg: در مواردی که بیمار با loc مراجعه کرده است و کاشکتیک و سوء تغذیه دارد و زنان با هیپرامیزیس گراوید اروم شدید، الکلی ها داده شود
 - مانتیول 0.5-1gr/kg: در افرادی که هر نیاسیون مغزی دارند داده شود
 - در موارد CUA حاد در کمتر از 4/5 ساعت به شرط داشتن اندیکاسیون ترومبولیتیک آلتیلاز داده شود
 - در افراد مشکوک به مننژیت سفتریاکسون، 2gr و انکومایسین 1gr قبل از انجام B-Ct داده شود
 - در مورد شک به ضایعات عروقی و ساقه مغزی مانند دایسکشن کاروتید، آنوریسم های استنوز عروق بازیلار، CtA انجام شود
 - در موارد شک به تشنج های EEG, Non-compulsive انجام شود
 - MRI در موارد Loc حاد و عدم توانایی مانیتور کردن بیمار زیر MRI کمتر در مرحله حاد Loc کاربرد دارد مگر در موارد اپلکس مغزی حاد، پروسه های عفونی؟؟ نروپلاستیک

دستورات CVA کد 724

IMP : Acute CUA

C: I

D: NPO

A: CBR

P:Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/ CBR
- 2) IV line
- 3) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb PT PTT INR BS Trop
- 4) PO & Hm
- 5) O2 Nasal with nasal cannula 4-6 lit/min if $spo_2 \leq 90\%$
- 6) Bed side guard up + fix Assistant
- 7)
- 5) Toxin panel, level Acetaminophen, level ASA level Ethanol, co-oximetry, meth Hb
- 6) PO & Hm
- 7) serum N/S 500cc هر 4hr infusion
- 8) Br ct اورژانس
- 9) Bs Glucometry اورژانسی
- 10) ECG

(11) CXR پس از Stable شدن

(12) ویزیت اورژانس سرویس محترم نورولوژی

(13) در صورت $BP < 185/110$ ، لابتالول 20mg ، (4cc) IV ظرف دو دقیقه

14) Amp Pantozel 40 mg IV stat

15) جا به جایی با تیم احیا

(16) وسایل احیا intobation آماده بر بالین

(17) انتقال به SCU

(18) در صورت وجود اندیکاسیون های بالینی و رادیولوژیک آماده بودن تزریق آلتپلاز با Ok و مشورت نورولوژیست

C: در هر بیمار با شواهد stroke مثل همه بیماران دیگر ABC در قدم اول است. در صورت وجود $GCS \leq 8$ عدم وجود رفلکس Gog، تنفس های gasping علائم هریناسیون مغزی، Gaze چشم ها به طرفین و دیلاتاسیون یکی از مردمک ها، مردمک های pinpoint و کاهش هوشیاری مدنظر قرار دادن Intubation در ابتدا همین طور موارد Breathing و circulation ارزیابی و اقدامات لازم صورت گیرد

8- Br Ct اورژانسی حداکثر تا 20 دقیقه از ورود بیمار به اورژانس گرفته شده باشد و حداکثر تا 45 دقیقه رویت شده باشد

9- قند خون بیمار اورژانس قبل از Br-ct گرفته شود

13- در موارد استروک های ایسکمیک BP 185/110 درمان شود با لابتالون 20mg

- در موارد استراک های هموراژیک BP < 160 تا 180 و یا MAP < 130 با لابتالول 20Mg

8- در صورت وجود استروک های هوراژیک و مصرف آنتی کوآگولان توسط بیمار فوراً FFP و Vit K درخواست شود

18- در صورت وجود اندیکاسیون تزریق فیبرینولیتیک (آلتپلاز) در سکتة های ایسکمیک حاد، ویال آلتپلاز stat 5mg و 45 mg ظرف یک ساعت infusion شود

متخصص طب اورژانس و یا نورولوژیست مرکز این دستور اجرا شود(ok)حتما با

دستورات ضعف عمومی

IMP : Generalized weakness

C: II

D: NPO

A: CBR

P:Supine

Please:

- 1) CVS/ NPO/CBR
- 2) IV line
- 3) serum N/S 1 lit هر 12h IV infusion
- 4) Check CBC/Diff BUN/Cr Na K Ca ph mg Alb PT PTT INR CPK LDH Trop VBG UA U/C ESR CRP BC AST Alt Alk ph
- 5) PO & Hm
- 6) O2 Nasal with nasal cannula 4-6 lit/min if $spo_2 \leq 90\%$
- 7) Bed side guard up + fix Assistant
- 8) CXR
- 9) Br-ct
- 10) ECG
- 11) Bs Glucometry
- 12) Amp Ranitidin 50g IV stat
- 13) Amp apotec 1gr IV infusion if $\geq 37.8^\circ\text{C}$

C: بسته به نوع بیمار می تواند سطح یک دو و یا سه قرار گیرد بنابراین ABC در ابتدا انجام شده راه هوایی تنفس و وضعیت گردش خون حفظ شده باشد

- تشخیص افتراقی های مهم در این مبحث عبارتند از: CUA – گیلن باره - کریز میاستن، بوتولیسم، فلج تیک، مسمومیت ها، رابدومیولیز، دهیدراتاسیون، افت BS، اختلالات الکترولیت، آنمی، ایسکمی قلبی، سپسیس

بنابراین به تشخیص افتراقی های بالا باید فکر کرد

- شایع ترین علل ضعف ژنرالیزه در افراد مسن عبارتند از: اختلال الکترولیت، علل قلبی، عفونت های ریه و ژنیتویوریناری، دلیریوم، آنمی، اختلالات مصرف داروهای متعدد و بدخیم بنابراین به مسائل فوق قاید فکر کرد و مدنظر قرار داشت.