



## راهنمای تکمیل شیت بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU)

معاونت درمان  
دقتیریت یارستانی و تعلی خدمات بالینی  
کرده مدیریت آمار و اطلاعات درمان



مولفان:

دکتر محمد اسماعیل کابلی - عذر اصابری زعفرندی - اکرم واحدی برزکی - دکتر فاطمه بهتاج - مرنوش پروان - دکتر زحرارام بیته - فزناستوفیان - دکتر پریسا ترابی - دکتر عطیه رهنی کلرودی - زهره کوبی رستمیانی - فاطمه حاجیان - دکتر آناهک نجینی -  
دکتر رضا شرامی - دکتر نیما عاقری درخش - دکتر امید مرادی مقدم - دکتر مهدی شایینی - دکتر بهزاد قهنتی - سعید جوادی درآباد - اسماعیل فلاحتی - مهنا محسنیان - فاطمه پیرمحمدی - مریم نادی زاده

شهریورماه ۱۳۹۵

آدرس: تهران - شهرک غرب (قدس) - بلوار فرخزادی - ایوانک شرقی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک آ - طبقه ۷ - تلفن تماس: ۸۱۴۵۴۵۰۴ - ۸۱۴۵۴۶۲۲

آدرس الکترونیک: <http://medcare.behdasht.gov.ir> - پست الکترونیک: [HIM@health.gov.ir](mailto:HIM@health.gov.ir)

**کلیات:** این راهنما در برگیرنده اصول پرکردن فرم شیت ویژه NICU که بعد از ابلاغ این راهنما، اجرای آن الزامی است.

**هدف کلی:** ایجاد حداکثر تطابق بین نحوه خدمات و نحوه ثبت

**اهداف اختصاصی:**

۱- ارتقاء نظام ثبت و گزارش دهی

۲- ثبت دقیق و منظم علایم حیاتی و شرایط بیمار در بخشهای ویژه جهت ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پرستاری و پزشکی.

۳- یکسان سازی و استاندارد نمودن فرمها به منظور حمایت حقوق بیماران و کادر درمان

۴- کاهش مستند سازی از جمله گزارش پرستاری (نیازی به ثبت مجدد گزارش پرستاری در پرونده نمی باشد)، ارزیابی درد و ...

**شمول دستورالعمل:**

بخشهای ویژه NICU

- ❖ شیت مذکور می بایست به صورت پمفلت ( ۳ برگه A4) در سایز ۲۹/۷ در ۲۱ سانتی متر و سایز کلی ۶۵ در ۳۰ سانتی متر ( در نظر گرفتن فضای بین صفحات) چاپ گردد و از چاپ در سایزهای دیگر خودداری شود.
- ❖ در بالای صفحه، وسط، محل پانچ و قرار گرفتن در پرونده در نظر گرفته شده است (مطابق با ۱۸ برگ استاندارد).
- ❖ فرم مذکور مختص ثبت مشاهدات و عملکرد پرستار می باشد.
- ❖ ثبت داده ها و اطلاعات شیت به صورت ۲۴ ساعته و از ساعت ۷ صبح تا 6:59 دقیقه صبح روز بعد و توسط پرستار مسئول بیمار انجام می گردد.
- ❖ اقدامات دارویی، در پشت صفحه در قسمت اقدامات پرستاری و دارویی ثبت گردد. اقدامات دارویی و پرستاری در روی صفحه، جهت جلوگیری از تکرار مستند سازی، حذف گردیده است.
- ❖ پیشنهاد می گردد جهت جلوگیری از تکرار ثبت داده ها، کاردکس مراقبتی حذف شود ولی کاردکس دارویی مثل گذشته ثبت میگردد.

## دستورالعمل استفاده از شیت NICU

فرم مربوطه جهت کلیه نوزادان بستری در بخش های NICU روزانه (از ساعت بستری بیمار) تکمیل می گردد.

### صفحه اول

**H (history)** : سابقه بیماری ثبت می گردد:

- BG (Blood group): گروه خون
- Weight: وزن بیمار
- DM (diabetes mellitus): سابقه دیابت
- HTN (hypertension): پر فشاری خون
- SMO/ADD (smoker- addict): سیگاری، اعتیاد به مواد مخدر و روانگردانهای صنعتی و دارویی
- Gestational age: سن حاملگی
- Weight of B (weight of birth): وزن زمان تولد نوزاد

### **Consultation: مشاوره ها**

\* Time: ساعت درخواست مشاوره

\* Consultation (the field of consultation): نوع مشاوره

\* Condition: وضعیت انجام مشاوره

- در صورت درخواست مشاوره توسط پزشک، نوع درخواست ثبت می گردد و در صورت اطلاع در قسمت

وضعیت مشاوره (Condition) کلمه مطلع و یا (م) ثبت می گردد. و در صورت انجام مشاوره تیک انجام

و یا ساعت درج می گردد و در صورت عدم انجام و اطلاع کلمه پیگیری ثبت گردد.

- مثال:

Time	Consultation (field)	Condition
۱۴	داخلی	✓
۱۸	عفونی	مطلع
۲۰	اورولوژی	پیگیری

#### **:Pain/sedation score**

در نوزادان نشانه های رفتاری و فیزیولوژیکی درد، تنها راه ابزار آن محسوب می شود. به همین دلیل در تلاش برای قابل مشاهده و کمی ساختن درد نوزادان و تسهیل شناسایی بروز شدت درد توسط پرستاران، تحقیقاتی با هدف تنظیم ابزارهای مورد اعتماد و دارای اعتبار علمی انجام شده است که منجر به ایجاد ابزارهایی جهت بررسی هورمونی، متابولیکی، فیزیولوژیکی و رفتاری درد شده است.

• CRIES: مورد استفاده برای نوزادان ۳۲ هفته و بیشتر پس از عمل جراحی (۱)

❖ CRIES: Neonatal Postoperative Pain Measurement Score

آیتم	۰	۱	۲	امتیاز
گریه	بدون گریه یا گریه آرام	گریه شدید و قابل تسکین	گریه شدید و غیر قابل تسکین	
نیاز به اکسیژن	ندارد	کمتر از ۳۰٪ قبل از جراحی	بیشتر از ۳۰٪ قبل از جراحی	
افزایش PR-BP	PR-BP کمتر و مساوی قبل از عمل	PR-BP کمتر از ۲۰٪ نسبت به قبل از عمل	PR-BP بیشتر از ۲۰٪ نسبت به قبل از عمل	
حالت چهره	بدون درهم رفتگی صورت	درهم رفتگی صورت	درهم رفتگی صورت همراه با ناله های بی صدا	
کم خوابی	ندارد	بیداری در دوره های مکرر نسبت به قبل از عمل	بیداری به طور مداوم نسبت به قبل از عمل	
امتیاز کل (۰ تا ۱۰ نمره) - امتیاز بیشتر از ۴ نیاز به مداخله دارد.				

- **NIPS:** مورد استفاده برای نوزادان پره ترم و فول ترم (۱)

❖ **NIPS: Neonatal Infant Pain Scale**

آیتم های مورد توجه	زمان اندازه گیری	قبل	در طول پروسیجر	بعد
حالت چهره	آرام: نمره ۰ درهم فرو رفته: نمره ۱			
گریه	بدون گریه: نمره ۰ نال: نمره ۱ گریه شدید: نمره ۲			
الگوی تنفسی	آرام و طبیعی: نمره ۰ تغییر در تنفس: نمره ۱			
دست	آرام و مهار شده: نمره ۰ خم شده یا باز شده: نمره ۱			
پاها	آرام و مهار شده: نمره ۰ خم شده یا باز شده: نمره ۱			
وضعیت انگیزتگی	خواب و یا هوشیار: نمره ۰ بیقرار و کلافه: نمره ۱			
امتیاز کل (۰ تا ۷ نمره) - امتیاز بیش از ۳ احتیاج به مداخله غیر دارویی و سپس دارویی دارد.				

PIPP: مورد استفاده برای نوزادان پره ترم و فول ترم اینتوبه (دارای لوله تراشه) (۱).

• PIPP: premature Infant Pain Profile

آیتم	۰	۱	۲	۳	امتیاز
سن داخل رحمی	۳۶ هفته و بیشتر	۳۲ تا ۳۵ هفته	۲۸ تا ۳۱ هفته	کمتر از ۲۸ هفته	
وضعیت رفتاری (مشاهده وضعیت در مدت ۱۵ ثانیه)	فعال/هوشیار، چشمان باز، حرکات صورت	ساکت/هوشیار، چشمان باز، بدون حرکات صورت	فعال/خواب، چشمان بسته، حرکات صورت	ساکت/خواب، چشمان بسته، بدون حرکات صورت	
ضربان قلب پایه	افزایش ۰ تا ۴ ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	افزایش ۵ تا ۱۴ ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	افزایش ۱۵ تا ۲۴ ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	افزایش بیش از ۲۵ ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	
اشباع اکسیژن پایه	کاهش ۰-۲/۴ درصد نسبت به حالت پایه	کاهش ۲/۵-۴/۹ درصد نسبت به حالت پایه	کاهش ۵-۷/۴ درصد نسبت به حالت پایه	کاهش ۷/۵ درصد و بیشتر نسبت به حالت پایه	
ابروهای برآمده (مشاهده وضعیت در مدت ۳۰ ثانیه)	بدون تغییر حالت ۰-۹ درصد زمان مشاهده	تغییر کم ۱۰-۲۹ درصد زمان مشاهده	تغییر متوسط ۴۰-۶۹ درصد زمان مشاهده	تغییر شدید بیش از ۷۰ درصد زمان مشاهده	
فشردن چشم ها (مشاهده وضعیت در مدت ۳۰ ثانیه)	بدون تغییر حالت ۰-۹ درصد زمان مشاهده	تغییر کم ۱۰-۲۹ درصد زمان مشاهده	تغییر متوسط ۴۰-۶۹ درصد زمان مشاهده	تغییر شدید بیش از ۷۰ درصد زمان مشاهده	
شیار بینی مشاهده وضعیت در مدت ۳۰ ثانیه)	بدون تغییر حالت ۰-۹ درصد زمان مشاهده	تغییر کم ۱۰-۲۹ درصد زمان مشاهده	تغییر متوسط ۴۰-۶۹ درصد زمان مشاهده	تغییر شدید بیش از ۷۰ درصد زمان مشاهده	
امتیاز کل (۰ تا ۲۱ نمره) - امتیاز ۷ تا ۱۲ بیان کننده درد خفیف است که احتیاج به مداخله غیر دارویی دارد و امتیاز بیشتر از ۱۲ بیانگر درد شدید و نیاز به مداخله دارویی دارد					



## RDS score: ارزیابی دیسترس تنفسی

سندرم زجر تنفسی (RDS) یک حالت عدم کفایت ریوی است علائم کلینیکی معمولاً هنگام یا مدتی کوتاه پس از تولد شروع می شود و شدت آن در دو روز اول افزایش پیدا می کند. در صورت عدم درمان مناسب نارسایی تنفس، مرگ در انتظار نوزاد خواهد بود. در نوزادانی که زنده می مانند معمولاً بهبودی بین روزهای ۲-۴ شروع می شود.

- زجر تنفسی خفیف: نمره کمتر از ۵ که از بدو تولد شروع شده باشد و کمتر از ۴ ساعت طول بکشد
- زجر تنفسی متوسط: نمره ۵-۸ یا زجر تنفسی خفیفی که بیش از ۴ ساعت طول بکشد.
- زجر تنفسی شدید: نمره بیش از ۸ یا آپنه شدید یا تنفس منقطع (gaspings)

نمره	۰	۱	۲
تعداد تنفس	۴۰-۶۰ بار در دقیقه	۶۰-۸۰ بار در دقیقه	بیشتر از ۸۰ بار در دقیقه
نیاز به اکسیژن	خیر	$\geq 50\%$	$< 50\%$
رتراکسیون	خیر	خفیف تا متوسط	شدید
ناله	خیر	با تحریک	مداوم در حال استراحت
صداها تنفسی	به آسانی شنیدن در کل	کاهش یافته	به سختی قابل شنیدن
سن حاملگی	بزرگتر از ۳۴ هفته	۳۰ تا ۳۴ هفته	کوچکتر از ۳۰ هفته
هر نوزادی که پیش از تنظیم آنالیزر اکسیژن، اکسیژن دریافت می کرده است می بایست نمره یک داده شود.			

## Vital sign: ارزیابی علائم حیاتی

- T (Temperature): درجه حرارت
- PR (pulse rate): تعداد نبض
- RR (Respiratory Rate): تعداد تنفس
- BP (Blood Pressure): پر فشاری خون
- O2 SAT (O2 saturation): میزان اکسیژن خون شریانی

در نوزادانی که اکسیژن دریافت می کنند جهت جلوگیری از رتینوپاتی (ROP) در حدود ۸۵-۹۳٪ باشد.

- ART (Arterial Pressure): فشار خون شریانی
- MAP (Mean Arterial Pressure): فشار متوسط شریانی یک پارامتر مهم بالینی جهت بررسی پرفیوژن بافتی است. فشار متوسط شریانی بین ۷۰ تا ۹۰ میلی متر جیوه ایده آل است. حفظ فشار متوسط شریانی بیش از ۶۰ میلی متر جیوه جهت پرفیوژن کافی و مناسب شریانهای کرونر، مغز و کلیه ها ضروری می باشد. میانگین فشار متوسط شریانی را می توان اندازه گرفت یا تخمین زد. محاسبه تخمینی آن به صورت زیر می باشد:

$$\text{فشار متوسط شریانی (MAP)} = \frac{1}{3} \text{سیستول} + \frac{2}{3} \text{دیاستول}$$

این فرمول بر اساس این فرض بنا شده که دیاستول نشانگر دو سوم از سیکل قلبی است که مطابق است با تعداد ۶۰ ضربان قلب در دقیقه. بنابراین اگر ضربان قلب سریع تر باشد (که در بیماران بسیار بد حال امری عادی است) در تخمین فشار متوسط شریانی خطا بوجود می آید. در صورت تاکیکاردی و برادیکاردی، فشار آرتریولاین (ART) ارجح می باشد و در صورت عدم امکان فشار نبض گرفته می شود.

فشار متوسط شریانی که نشانگر فشار خون رسانی بافتی است، بر اساس فشارخون‌های دیاستولی و سیستولی محاسبه می‌شود.

فشار متوسط شریانی ۲ خصوصیت دارد که آن را برای کنترل فشار شریانی بر فشار سیستولیک برتری داده است:

۱. فشار متوسط فشار حقیقی در جریان خون محیطی است.
۲. میانگین فشار با حرکت امواج فشاری به سمت عروق دیستال دستخوش تغییر نمیشود. در صورت افت برون ده قلبی، بدن از طریق انقباض عروق محیطی باعث حفظ فشار خون می‌شود در نتیجه فشار متوسط شریانی ثابت است در چنین وضعیتی بررسی فشار نبض کمک کننده خواهد بود.

\* **CVP (Central Venous Pressure)**: یک فاکتور بسیار مهم فشار پر شدن بطن راست قلب می‌باشد. فشار پر شدن بطن راست، حجم ضربه ای قلب به معنای اندازه خون پمپ شده با هر ضربان قلب را مشخص می‌کند. همچنین یک شاخص درستی از نیروی قلب برای پمپ کردن خون به منظور حفظ فشار خون طبیعی و پرفیوژن بافتی می‌باشد. در آخر CVP شاخص صحیحی از حجم پایان دیاستولی بطن راست است. در اکثر انسیتوها CVP بر اساس سانتیمتر آب اندازه گیری می‌شود. در این مقیاس میزان نرمال CVP در بزرگسالان ۵ تا ۱۰ سانتیمتر آب و در کودکان ۳ تا ۹ سانتیمتر آب می‌باشد. بعضی از انسیتوها CVP را در مقیاس میلی متر جیوه اندازه می‌گیرند که در این مقیاس مقدار نرمال آن تقریباً ۴ - ۸ میلی متر جیوه می‌باشد. مانیتورینگ CVP دقیق تر از اندازه گیری فشار خون می‌باشد زیرا تغییرات حجم در گردش بدن به محض کاهش حجم خون در CVP منعکس شده و CVP سریعاً تغییر می‌کند.

\* **ثابت برگه نمودار علایم حیاتی موجود در پرونده (کد ۱۳) در پایان ۲۴ ساعت ضروری است.**

**Blood gas**: ثبت نتایج گازهای خونی شریان

**اقدام اصلاحی:** در زمان ارزیابی در صورت هر گونه اختلال در هریک از سیستم های بیمار و یا تغییرات دستگاه در قسمت اقدام اصلاحی همان شیفت، اقدام مربوطه ثبت میگردد و یا در صورت عدم نیاز به اقدام طبق دستور پزشک، جمله به پزشک اطلاع داده شد ثبت گردد و در پایان ۲۴ ساعت اقدام اصلاحی ۲۴ ساعت ثبت می گردد.

مثال ۱- بیمار با تشخیص نارسایی و سابقه دیالیز به صورت سه روز در هفته در بخش ویژه بستری است. در بررسی Output بیمار، آنوریک می باشد. در قسمت اقدام اصلاحی همان شیفت یکی از اقدامات زیر پس از انجام ثبت میگردد:

- نیاز به اقدامی ندارد.
- به پزشک اطلاع داده شد.
- با استفاده از علامت منفی، عدم نیاز به اقدام اصلاحی ثبت میگردد و یا هر اقدامی طبق دستور پزشک به صورت خلاصه و در چند کلمه ثبت گردد.

مثال ۲- بیمار اینتوبه با افت  $o_2sat$  بستری می باشد توسط پزشک ویزیت و پس از چک ABG پارامترهای دستگاه ونتیلاتور و توسط پزشک تغییر داده می شود. در قسمت اقدام اصلاحی همان شیفت یکی از جملات زیر ثبت میگردد:

- نیاز به اقدامی ندارد.
- چک ABG
- تغییر پارامتر دستگاه
- ساکشن راه هوایی

و یا هر اقدامی طبق دستور پزشک به صورت خلاصه و در چند کلمه ثبت گردد.

**Ventilation:** ثبت تنظیمات ونتیلاتور و تغییر آن براساس نتایج گازهای خونی شریان

- Mod/non/invasive: مد دستگاه (تهاجمی - اینتوبه : Invasive) و (غیر تهاجمی شامل اکسیژن با ماسک - نازال:

(Noninvasive)

- Fio2- اکسیژن ناسیون شریانی

- I:E (Inspiration: Expiration) / IT (Inspiration time): نسبت دم / بازدم

- RR (Respiratory rate): تعداد تنفس

- PIP (Peak Inspiration Pressure): حداکثر فشار پایان دمی

- در صورت استفاده از PIP بالا (بیش از ۲۰ سانتیمتر آب) بایستی به احتمال خطر بارو تروما که افزایش شیوع سندرم های

نشست هوا (پنوموتوراکس) و بیماری مزمن ریوی را به همراه داشته است و همچنین سبب کاهش برون ده قلب، در نتیجه

کاهش اکسیژن رسانی می گردد.

- در صورت استفاده از PIP پایین احتمال تهویه ناکافی و آتلکتازی می گردد.

- PEEP (Positive end expiration Pressure): فشار مثبت انتهای بازدمی

**Intake**: ثبت میزان دریافت مایعات خوراکی و تزریقی

- Infusion1 - Infusion2 - Infusion3: حجم دریافتی سرمهای و داروهایی که از طریق پمپ

انفوزیون می گردد با توجه به ساعت انفوزیون ثبت می گردد.

- Nutrition: تغذیه وریدی و یا خوراکی دریافتی با توجه به ساعت انفوزیون، گاوژ و یا خوراکی ثبت

می گردد.

- Enteral: تغذیه انترال یا تغذیه لوله ای (Enteral Nutrition) گاوژ و یا خوراکی

- Parenteral: تغذیه پرنترال یا تغذیه وریدی (Parenteral Nutrition)

- Oral: خوراکی

**Out put**: ثبت میزان دفع مایعات و مدفوع

Vomiting: تعداد و یا حجم استفراغ ثبت شود.

Lavage: میزان برگشتی معده ثبت شود.

L.chest tube: میزان ترشحات چست تیوب چپ ثبت شود.

R.chest tube: میزان ترشحات چست تیوب راست ثبت شود.

Drain: میزان ترشحات درنجا ثبت شود.

Urine: میزان حجم ادرار ثبت شود.

Stool: تعداد دفعات دفع مدفوع در ساعت مربوطه با علامت مثبت و منفی مشخص گردد.

### **Push tools (Pressure Ulcer Healing Chart):** ارزیابی زخم بیمار به صورت روزانه انجام می گردد.

ابزار زخم مشاهده و اندازه گیری زخم فشاری است و با توجه به سطح منطقه، اگزودا، و نوع بافت زخم دسته بندی می شود. یک زیر نمره برای هر یک از این ویژگی ها زخم ثبت می گردد و سپس زیر نمرات برای به دست آوردن نمره کل، جمع می گردد. مقایسه نمره کل اندازه گیری در طول زمان نشانه ای از بهبود و یا وخامت بهبود زخم فشاری فراهم می کند.

- طول X عرض: بزرگترین طول (سر تا پا) و بزرگترین عرض (سمت به سمت دیگر) با استفاده از یک خط کش سانتی متر اندازه گیری کنید. برای بدست آوردن سطح زخم به سانتی متر مربع ( $cm^2$ )، این دو اندازه گیری (طول X عرض) را ضرب می کنیم.

- **اخطار:** حدس نزنید و حتما همیشه از یک خط کش سانتی متر استفاده شود و همیشه هر بار که زخم اندازه گیری می شود از همان روش ثابت استفاده گردد.

- میزان ماده مترشحه: مقدار ترشحات زخم، پس از برداشتن پانسمان و قبل استفاده از هر عامل موضعی به زخم اندازه گیری می شود. ترشحات با هیچ کدام، کم، متوسط و سنگین اندازه گیری و ثبت می گردد.

- نوع بافت: بافتی که در زمان ارزیابی روی سطح زخم وجود دارد:
- امتیاز "۴": بافت نکروزه، سیاه و سفید، قهوه ای، و یا بافت قهوه‌ای مایل به زرد است که بصورتی پایدار و محکم چسبیده به بستر زخم و یا لبه‌های زخم بوده و ممکن است به صورت سفت تر و یا نرم تر از پوست اطراف زخم باشد.
- امتیاز "۳": پوسته خارجی، بافت زرد یا سفید است که چسبیده به سطح زخم در رشته‌ها و یا توده ضخیم، یا دلمه است
- امتیاز "۲": بافت گرانوله، بافت قرمز به رنگ صورتی یا گوشتی با ظاهر مرطوب، دانه دانه و براق است.
- امتیاز "۱": بافت پوششی، برای زخم‌های سطحی، صورتی جدید و یا بافت براق (پوست) که از لبه و یا به عنوان جزیره در سطح زخم رشد می‌کند.
- امتیاز "۰": بسته / ترمیم شده، زخم به طور کامل با اپیتلیوم (پوست جدید) پوشیده شده است.

طول X عرض (in cm <sup>2</sup> )	<b>1</b> < 0.3	<b>2</b> 0.3 – 0.6	<b>3</b> 0.7 – 1.0	<b>4</b> 1.1 – 2.0	<b>5</b> 2.1 – 3.0	زیر نمره
	<b>6</b> 3.1 – 4.0	<b>7</b> 4.1 – 8.0	<b>8</b> 8.1 – 12.0	<b>9</b> 12.1 – 24.0	<b>10</b> > 24.0	
میزان ترشحات	<b>0</b> None	<b>1</b> کم	<b>2</b> متوسط	<b>3</b> زیاد		زیر نمره
نوع بافت	<b>0</b> بسته	<b>1</b> بافت براق- مخاطی	<b>2</b> گوشتی	<b>3</b> دلمه	<b>۴</b> بافت نکروز	زیر نمره
اقدامات اصلاحی						نمره کل

- تفاوت برادن، واترلو و Push tools: برادن و واترلو ابزار پیشگویی زخم و Push tools ابزار اندازه گیری زخم است.

- **Change Position:** ثبت ساعت انجام تغییر پوزیشن (ساعت) انجام تیک زده شود.

**پرستار بر اساس شرایط بیمار و هر سه ساعت، پوزیشن بیمار را تغییر می دهد.**

**Suction:** در هر زمان ساکشن انجام گردید در ساعت مربوطه اگر ترشحات کم باشد حرف L (مخفف Low)، اگر ترشحات متوسط باشد، حرف M (Moderate) و اگر زیاد باشد حرف H (High) ثبت گردد.

\* براساس کتاب استاندارد خدمات پرستاری جهت جلوگیری از vap ساکشن به روش استریل انجام گردد.

\* اندازه کاتتر ساکشن (نلاتون) باید حداقل نصف قطر داخلی لوله تراشه و یا لوله تراکئوستومی باشد. بدین منظور از فرمول فرمول (اندازه قطر داخلی لوله تراشه به میلی متر - ۱) × ۲ استفاده کنید. به طور کلی نلاتون نارنجی (۱۶) و یا سبز (۱۸) برای انجام ساکشن در بزرگسالان مناسب می باشد.

\* استفاده روتین از نرمال سالین برای ریختن داخل لوله تراشه بیمار قبل از انجام ساکشن به چند دلیل به هیچ وجه توصیه نمی گردد:

۱- این کار نه تنها کمکی در برداشتن ترشحات و رقیق تر نمودن آن نمی کند، بلکه باعث کاهش ضربان قلب، کاهش SO2 و افزایش عفونت در راههای هوایی تحتانی می شود.

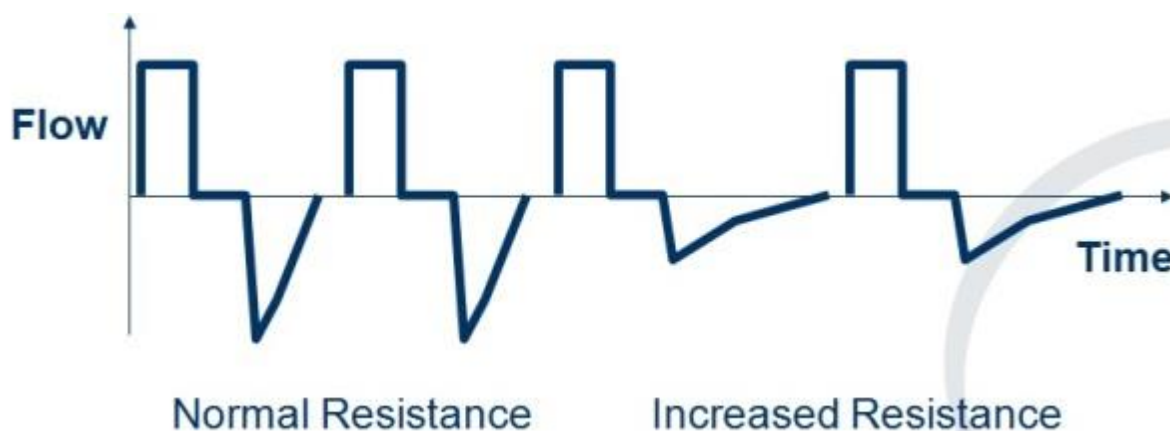
۲- مشخص گردیده است خصوصیات ویسکوالاستیک ترشحات تنفسی، هیدروفیل و یا محلول در آب نیست و سالین با ترشحات ریوی مانند آب و روغن بوده و با هم مخلوط نمی شوند و تنها درصد کمی از سالین به وسیله ساکشن از راه های هوایی برداشته می شود و باقی مانده در راه هوایی بیمار باقی می ماند و منجر به عفونت می شود.



۳- نتایج نشان داده که تزریق ۵ میلی لیتر سالین می تواند بیش از ۳۰۰۰۰۰۰ کلونی باکتریال زنده را از سطح داخلی لوله جابجا کند.

۴- مسئله دیگر توجه به نوع سالین است که حتما باید استریل و از نوع شستشو باشد. سالین تزریقی مواد محافظی دارد که بافت ریه را تخریب می کند تعویض سالین می بایست هر ۲۴ ساعت یکبار باشد.

\* اگر شیب منحنی بازدمی حاد باشد، مقاومت راه هوایی وجود دارد و نوزاد می بایست ساکشن شود تا ترشحات تخلیه و مقاومت راه هوایی کاهش یابد. (در ونتیلاتورهایی که صفحه نمایش دارند قابل بررسی است).



**Lab test:** نتایج آزمایشات در ساعت انجام شده ثبت شود.

**Others:** انجام هر آزمایش دیگری غیر از موارد ذکر شده ثبت شود.

**Disability (ناتوانی):** ناتوانی از جمله نایبایی، ناشنوایی، پارزی، پلژی و .... بیمار ثبت گردد.

**Air way:** سایز، تاریخ، محل فیکس لوله تراشه و خارج نمودن آن

• Endo tracheal tube (ETT): لوله گذاری تراشه

• Endo tracheal tube (ETT) Repeat: لوله گذاری تراشه مجدد

• Tracheostomy tube (T.T): گذاشتن تراکئوستومی

- No.tube: شماره لوله تراشه گذاشته شده
- Size fix: سایز یا شماره فیکس شدن لوله تراشه
- Intube date: تاریخ گذاشتن لوله تراشه
- Extube date: تاریخ خارج کردن لوله تراشه

#### ۱۸. Routine Care: ثبت مراقبت های زیر:

- Cuff Pressure: اندازه گیری فشار کاف لوله تراشه هر ۶ ساعت و یا هر شیفت جهت تثبیت فشار کاف به وسیله دستگاه کاف سنج اندازه گیری و به میزان ۲۵ سانتیمتر آب می بایست باشد. (با توجه به اینکه لوله تراشه های فعلی مورد استفاده از نوع نرم می باشند، آسیب برای مجرای هوایی ایجاد نمی نمایند و نیازی به تخلیه کاف هر ۸ ساعت نمی باشد و تثبیت فشار آن ضروری است).
- Ear/Nose: مراقبت از بینی و گوش هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- Eye: مراقبت از چشم هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- Mouth: مراقبت از دهان هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- Physical restraint (مهار فیزیکی): اقدامهایی که مهار فیزیکی دارند (با دستبند و یا پابند ثابت شده اند) از نظر خونرسانی و جلوگیری از آسیب پوست و بافت هر ۳ ساعت بررسی و تیک زده شود.
- Foley: مراقبت از سوند فولی هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- Dressing: مراقبت از پانسمان هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- Physiotherapy (فیزیوتراپی): انجام فیزیوتراپی قبل از انجام ساکشن و یا بعد از تغییر پوزیشن بیمار تیک زده شود.
- Bath (حمام بیمار): پس از حمام دادن بیمار طبق دستور پزشک و یا روتین بیمارستان تیک زده شود.

**Para clinic:** پاراکلینیک های انجام شده در روز مربوطه تیک زده شود.

- به ترتیب پس از انجام هریک از موارد گرافی - سونوگرافی - سی تی اسکن - اکوکاردیوگرافی - الکتروکاردیوگرافی (نوارقلب) - الکتروانسفالوگرافی (نوارمغز) تیک زده شود.
- در قسمت Others: انجام هر پاراکلینیک دیگری غیر از موارد ذکر شده ثبت شود.

**Data Catheter Replacement:** ثبت تاریخ تعبیه و تعویض کاتترهای بیمار و در صورت انجام همان روز تیک زده

شود.

- **Feeding tube:** هر گونه لوله تغذیه (بینی - معده ای، دهانی - معده ای، گاستروستومی، بینی - دئودنال، دهانی - دئودنال، ژژونوستومی، بینی - ژژونال، دهانی - ژژونال) در صورت تعبیه و یا تعویض تیک زده شود.

- سایر آیتم ها به ترتیب: سوند فولی - چست تیوب راست - چست تیوب چپ - کاتتر آرترا لاین - کاتتر ورید مرکزی

**Guide OF nurse:** راهنمای ثبت گزارش پرستاری به ترتیب لیست ارائه شده:

۱. **Level of conscious:** سطح هوشیاری - در ابتدا گزارش پرستاری با ثبت وضعیت هوشیاری بیمار شروع میگردد.

۲. **Respiration:** مرحله دوم وضعیت تنفس بیمار ثبت میگردد.

۳. **E.C.G:** مانیتورینگ و وضعیت قلب بیمار

۴. **Visit & Time:** زمان ویزیت و نتایج

۵. Hemodynamic: همو دینامیک بیمار

۶. Operation site/ Drain: وضعیت محل جراحی در صورت داشتن / میزان ترشحات درن و شرایط درن‌ها

۷. Intake – IV line/ Feeding: وضعیت رگ محیطی بیمار و سایر کاتترهای تزریقی بیمار و میزان مایعات

دریافتی بیمار از راه وریدی / تغذیه بیمار در صورت داشتن لوله معده و یا تغذیه خوراکی

۸. Out put– F/c: سوند فولی و مراقبت از آن و میزان و شرایط ادراری و سایر ترشحات دفعی بیمار

۹. Skin condition & Dressing: مراقبت از پوست، تغییر پوزیشن بیمار و فیزیوتراپی و ماساژ اندامها

### پشت صفحه

#### ❖ صفحه سمت راست

- شماره پرونده بیمار ثبت می گردد.
- چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت صبح در قسمت Strip ضروری است.
- گزارش پرستاری صبح ثبت می گردد.
- ثبت داروهای مصرفی صبح (در ابتدای شیفت صبح می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد اعتبار بخشی در این قسمت ثبت گردد)
- توضیحات مورد نیاز جهت اندازه گیری ارزیابی دیسترس تنفسی و ارزیابی درد مورد استفاده برای نوزادان ۳۲ هفته و بیشتر پس از عمل جراحی
- امضاء و نام و نام خانوادگی پرستار مسئول در شیفت صبح

#### ❖ صفحه وسط

- نام و نام خانوادگی بیمار ثبت می گردد.
- چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت عصر در قسمت Strip ضروری است.

- گزارش پرستاری عصر ثبت می گردد.

- ثبت داروهای مصرفی عصر (در ابتدای شیفت عصر می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد اعتبار بخشی در این قسمت ثبت گردد).

- **ارزیابی تغذیه بیمار:**

ارزیابی تغذیه در هر شیفت توسط کارشناس تغذیه و پزشک تعیین و پس از درج توسط پزشک در قسمت دستورات پزشک توسط پرستار در قسمت مربوطه، میزان دریافتی و نتایج ثبت می گردد.

روش دریافت تغذیه: بر اساس تجویز پزشک معالج، یکی از سه روش NPO، دهانی و یا گاوژ علامت زده و اجرا می شود. محل دسترسی روده ای: جهت تجویز فرمولا، یکی از اشکال نصب لوله شامل بینی- معده ای، دهانی - معده ای، گاستروستومی، بینی- دئودنال، دهانی- دئودنال، ژژونوستومی، بینی- ژژونال، دهانی- ژژونال که توسط پزشک تعیین شده است، درج و اجرا می باشد.

سرعت و طریقه گاوژ: بر اساس مقدار محاسبه شده توسط مشاور تغذیه برای دریافت روزانه بیمار، سرعت گاوژ در محل طریقه انتخابی گاوژ شامل بولوس، مداوم و متناوب درج و اجرا می شود.

نوع فرمولا و محصول تغذیه روده ای: با ذکر نام محلول یا پودر استاندارد و یا احیانا دست ساز با ذکر مشخصات آن (مانند پر پروتئین، پر کالری، کم کالری و ...) در خانه مربوطه درج می گردد.

مقدار مورد نیاز طی ۲۴ ساعت: مقدار حجم محلول گاوژ مورد نیاز بیمار برای مدت ۲۴ ساعت است که بر حسب سی سی توسط مشاور تغذیه تعیین شده است.

مقدار تامین شده: مقداری از کل حجم محلول گاوژ مورد نیاز ۲۴ ساعته بیمار است که طبق برنامه مشاور تغذیه و بر اساس سرعت دریافت تنظیم شده و در هر وعده توسط پرستار به بیمار داده و ثبت می شود (بر حسب سی سی).

## Health promotion: ارتقای سلامتی در هر شیفت براساس تشخیص پرستاری بیمار ثبت می گردد.

ارتقای سلامت عبارت از روند توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان می باشد و میتوان مجموعه فعالیت هایی تلقی کرد که به فرد کمک می کند امکانات و منابع لازم برای سالم بودن و بهبود کیفیت زندگی را ارتقاء بخشد هدف و منظور حفظ و ارتقای سلامتی، تمرکز بر نیروهای بالقوه فردی برای سالم زیستن و تغییر عادات فردی الگوی زندگی و محیطی در جهت کاهش عوامل تهدید کننده سلامتی است. رفتارهای ارتقاء سلامتی مثل ورزش، فیزیوتراپی، برای حفظ کیفیت زندگی ضروری است چون باعث حفظ عملکرد می شوند.

- امضاء و نام و نام خانوادگی پرستار مسئول بیمار در شیفت عصر

### صفحه سمت چپ

- نام پدر بیمار ثبت می گردد.
- چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت شب در قسمت Strip ضروری است.
- گزارش پرستاری شب ثبت می گردد.
- ثبت داروهای مصرفی شب (در ابتدای شیفت شب می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد اعتبار بخشی در این قسمت ثبت گردد).
- جدول ارزیابی درد مورد استفاده برای نوزادان پره ترم و فول ترم اینتوبه و غیر اینتوبه
- امضاء و نام و نام خانوادگی پرستار مسئول در شیفت شب

## منابع:

۱. کتاب Acorn وزارت بهداشت

۲. درسنامه تهویه مکانیکی نوزاد

2. Flynn B. Marino's The ICU Book. Critical Care Medicine. 2014 Aug 1; 42(8):e608.