



۱- هدف: آگاهی پرستاران از نحوه مراقبت از بیماران بعد از انجام آنژیوپلاستی و پایش مستمر علائم حیاتی بعد از آنژیوپلاستی به منظور پیشگیری و کنترل عوارض حاد به ویژه در ۲۴ ساعت ابتدایی بعد از پروسیجر و همینطور کاهش میزان بروز عوارض خونریزی و هماتوم و حفظ ایمنی بیمار و افزایش رضایتمندی بیماران از مراقبت های ارائه شده و کاهش زمان اقامت و اشغال تخت در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار در بیمارستان نیکان است.

۲- دامنه کاربرد: بخش های CCU1, CCU2 , ICU-OH

۳- تعاریف:

۴- سیاست اجرایی بیمارستان:

۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف پایش مستمر و آمادگی لازم از اقداماتی که مانع از بروز عوارض پر خطر در ۲۴ ساعت ابتدایی بعد از آنژیوپلاستی و کاهش میزان بروز عوارض خونریزی و هماتوم بعد از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی و حفظ ایمنی بیمار و افزایش رضایتمندی بیماران از مراقبت های ارائه شده و کاهش زمان اقامت و اشغال تخت در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی بیمار در بیمارستان نیکان تدوین شده است.

۵- مسئول پاسخگو: مدیر پرستاری، سرپرستار بخش ویژه

۶- مسئولیت ها و اختیارات:

۶-۱- مدیر پرستاری: مسئولیت بازخورد عدم انطباق به سرپرستار بخش جهت اقدام اصلاحی

۶-۲- سوپروایزر قلب و بالینی: مسئول نظارت بر اجرای دستورالعمل و مشاهده موارد عدم انطباق و گزارش به مدیر پرستاری

۶-۳- سرپرستار/ مسئول شیفت: مسئول انتخاب پرستار توانمند در مراقبت از بیمار high risk و نظارت بر عملکرد پرستار

۶-۴- پرستار: مسئولیت شناسایی و مراقبت و مانیتورینگ مستمر بیمار را در کل شیفت برعهده دارد .

۷- شیوه انجام کار:

مسئول اجرا

۱-۷- مراقبت های لازم بلافاصله بعد از انتقال بیمار به بخش

۱-۷-۱- بعد از انجام پروسیجر بیمار توسط پرستار طبق فرایند نقل و انتقال ایمن به بخش ویژه منتقل شود.

۱-۷-۲- در لحظه ورود بیمار به بخش بلافاصله بیمار مانیتورینگ کامل قلبی و ریوی (spo2,HR,BP,T,rhythm) شود همینطور چک نبض اندام های تحتانی هم در لحظه تحویل و همینطور در بخش نیز کنترل گردد.

۱-۷-۳- بعد از مانیتورینگ قلبی و ریوی، از بیمار نوار قلب گرفته شود.

۱-۷-۴- چک فشار خون تا یک ساعت اول هر ۱۵ دقیقه، سپس تا ۲ ساعت هر ۳۰ دقیقه و سپس هر یک ساعت تا زمان بستری در بخش ویژه ادامه پیدا کند.

۱-۷-۵- PO شدن بیمار با توجه به دستور پزشک و پس از ثابت شدن وضعیت همودینامیک بیمار باشد.

۱-۷-۶- با توجه به محل آنژیوپلاستی (فemorال، رادیال) در مورد RBR کردن بیمار حتما طبق دستور پزشک رفتار شود حتی برای بیماری که دستور CBR دارد و اصرار به پایین آمدن از تخت میکند از پزشک معالج کسب تکلیف کنید، شاید طبق دستور پزشک معالج نیاز به انجام مشاوره پزشکی قانونی باشد (RBR کردن بیمار حتما در حضور پرستار و با کمک پرسنل کمک بهیار انجام شود). توجه داشته باشید در بیمارانی که از طریق شریان femoral آنژیوپلاستی شده اند تا زمانی که CBR هستند سر تخت بیشتر از ۳۰ درجه نباشد.

۱-۷-۷- با توجه به لزوم دریافت داروی آنتی پلاکت بعد از آنژیوپلاستی حتما دستور پزشک بعد از پروسیجر توسط دو پرستار چک شود.



پرستار مسئول	۸-۱-۷- در صورت بروز درد قفسه سینه و یا ناپایداری همودینامیک بلافاصله به پزشک مقیم اطلاع داده شود سپس نوار قلب گرفته و همان لحظه به پزشک معالج نیز اطلاع داده شود.
پرستار مسئول	۹-۱-۷- مانیتورینگ قلبی و ریوی به طور مستمر برای بیمار انجام شود و در صورتی که بیمار برای انتقال به سرویس بهداشتی جابه‌جا میشود بعد از برگشت به تخت حتما بلافاصله مانیتورینگ قلبی و ریوی ادامه پیدا کند.
۲-۷- کشیدن شیت بیماران بعد از آنژیوپلاستی	
پرستار مسئول	۱-۲-۷- تخلیه TR Band حتما طبق پروتکلی که از پیش تعریف شده است باشد.
پرستار مسئول	۲-۲-۷- در زمان کشیدن شیت فمورال بیماران: • مثانه بیمار خالی باشد (جهت تحمل کیسه شن) • حتما دو عدد آمپول آتروپین و سرنگ بر بالین بیمار standby باشد. • سرم بیمار وصل و آماده تزریق باشد. (به علت احتمال وقوع vasovagal syncope) • کشیدن شیت در حضور دو پرستار انجام شود. • از لحظه‌ای که دسیله کشیده میشود تا حداقل ۱۰ دقیقه اول فشار موضعی بر روی ناحیه توسط یک پرستار ادامه پیدا کند در صورت نیاز به جابه‌جایی با همکاری بعدی بعد از ده دقیقه اول انجام شود. (به این علت که جابه‌جایی همکاران جهت فشار دادن محل پانکچر در ۱۰ دقیقه ابتدایی احتمال خونریزی و هماتوم را افزایش میدهد)
پرستار مسئول	۳-۲-۷- بعد از کشیدن شیت تا یک ساعت اول هر ۱۵ دقیقه ناحیه از نظر هماتوم و خونریزی بررسی شود.
	۳-۷- در بیماران HIGH RISK POST PCI از قبیل: - LM PCI - Primary PCI - Acute MI - CTO - TAVI - DISSECTION - ROTABLATION - Multi vessel PCI - Intracranial and Carotid Angioplasty • بیماری که دچار عارضه هماتوم وسیع شده است • بیماری که در کت لب دچار آریتمی/ تغییر ریتم و دریافت شوک شده است. • بیمارانی که در بخش وضعیت همودینامیک ناپایدار دارند.
سرپرستار مسئول شیفت	۱-۳-۷- این بیماران حتما در بخش باید مورد توجه ویژه قرار بگیرند و به عنوان بیمار high risk در کاردکس و دفتر تقسیم کار و دفتر گزارش پرستاری علامتگذاری شوند.
سرپرستار مسئول شیفت	۲-۳-۷- سرپرستار/ مسئول شیفت پرستار با توانمندی و مهارت بالا را جهت مراقبت از بیمار high risk انتخاب نماید.
سرپرستار مسئول شیفت	۳-۳-۷- جهت نظارت، مانیتورینگ بیشتر و دقیق تر، بیمار high risk در اتاق یا تختی که در مجاورت و در معرض دید ایستگاه پرستاری است قرارداد شود.
۸- پایش و نظارت:	
۳-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده مسئول فنی می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.	
۲-۸- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مسئول فنی بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.	



۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۱-۹- تایید: پس از تایید اولیه توسط مدیر پرستاری و مسئول اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان، کمیته دارودرمان مرجع تایید این پروتکل خواهد بود.

۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان نیکان مرجع تصویب و ابلاغ این پروتکل خواهد بود.

۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این پروتکل توسط دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان صورت خواهد گرفت.

۴-۹- بازنگری: این پروتکل توسط دفتر بهبود کیفیت بیمارستان نیکان به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت و برحسب نیاز و تایید آن، پیشنهاد بازنگری در این پروتکل خارج از بازه‌ی زمانی انجام می گردد.

۱۰- منابع و مراجع:

۱-۱۰- کتاب Cardiac nursing

۲-۱۰- کتاب Braunwald's 2022

۳-۱۰- کتاب راهنمای طرح مراقبت پرستاری قلب و عروق

تهیه کنندگان

		فرزاد گندمگون سوپروایزر آموزش	مهتاب زمانی مدیر پرستاری
			
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تأیید اولیه	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	
			
توزیع نسخ			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	