



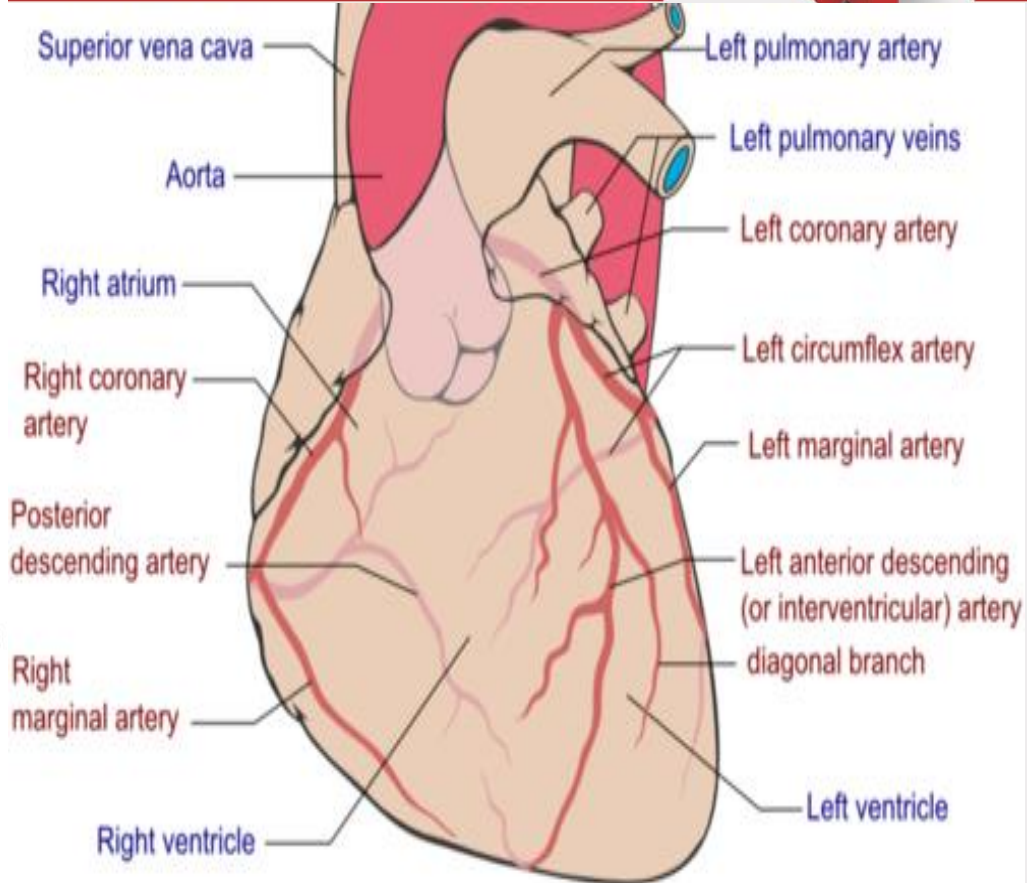
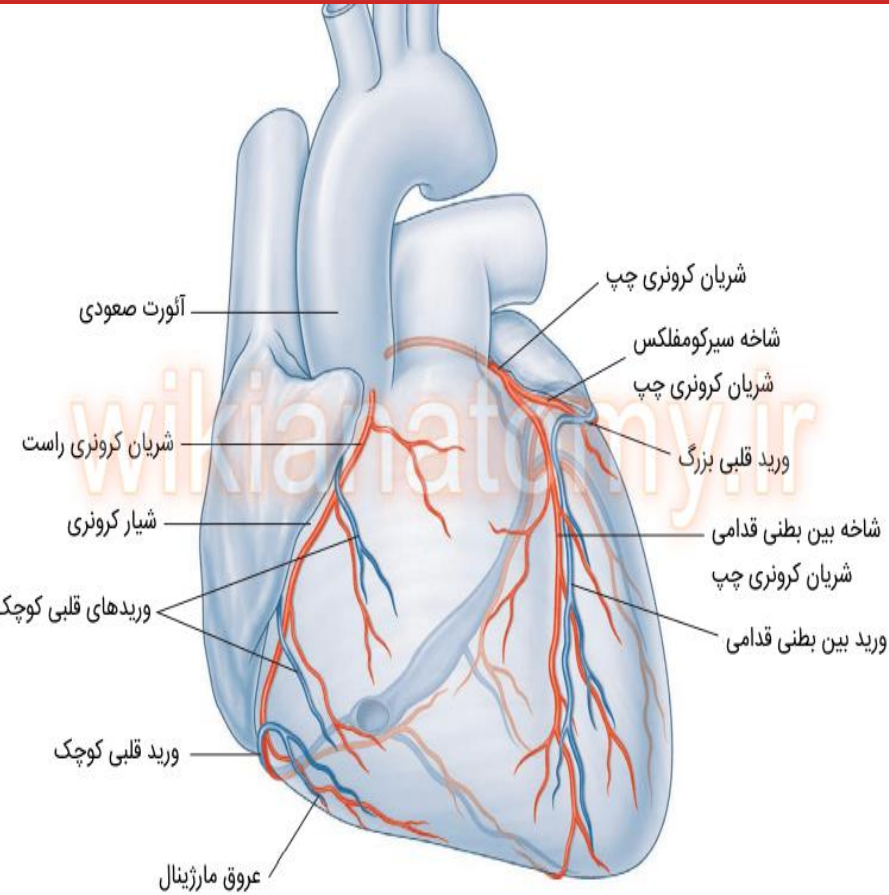


فرایند کد ۲۴۷ (مدیریت سکته حاد قلبی)

تهیه کننده: افسانه عسکرخواه-کارشناس ارشد اتاق عمل و رابط آموزشی اتاق عمل
تحت نظارت: آذر رضاصفت-کارشناس ارشد پرستاری کودکان
سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی هفده شهریور رشت

آبان ۱۴۰۲

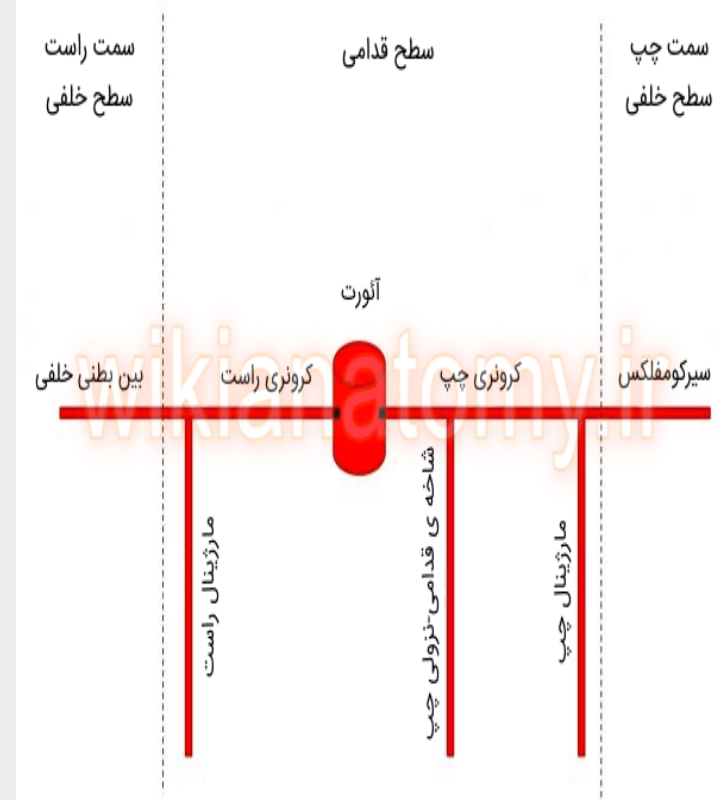
آناتومی عروق قلبی



آناتومی عروق قلبی



- ♥ LAD supplies ~ 40% of the L.V., including apex, septum and anterior wall
- ♥ Left main coronary artery supplies two-thirds of the myocardium
- ♥ RCA supplies less L.V. myocardium, but all of the R.V. myocardium
- ♥ LAD supplies most of the conduction system below the A-V node (i.e. the His-Purkinje system)
- ♥ RCA supplies most of the conduction system at or above the A-V node (i.e. the A-V node and, usually, the S-A node)



سکته حاد قلبی



در دهه گذشته بیماری های قلبی عروقی به عنوان مهم ترین علت مرگ و میر در دنیا مطرح و به صورت اپیدمی جهانی شناخته شده است. در سال ۲۰۱۰ بیماری های قلبی عروقی عامل ۱۶ میلیون مرگ و ۲۹۳ میلیون از کارافتادگی بوده است. طبق همین آمار، بیماری های قلبی عروقی علت ۳۰٪ از مرگ ها و ۱۱٪ از موارد DALYs (Disability adjusted life years) گزارش شده است.



بیماری های عروق کرونر براساس پاتولوژی زمینه ای به انواع
زیر تقسیم می شوند



✓ بیماری مزمن قلبی عروقی

سندرم های حاد کرونری :

✓ NSTEMI - UA -STEMI

✓ مرگ ناگهانی

STEMI: **ST** Elevation **M**ycocardial **I**nfarction

UA: **U**nstable **A**ngina

NSTEMI: **N**on **ST** Elevation **M**ycocardial **I**nfarction.



ارزیابی



- ✓ یکی از مهمترین جنبه های مراقبت از بیمار مبتلا به MI، ارزیابی است
- ✓ درد قفسه سینه را ارزیابی کنید که با استراحت یا دارو تسکین نمی یابد
- ✓ علائم حیاتی، به ویژه فشار خون و ضربان نبض را کنترل کنید.
- ✓ وجود تنگی نفس، دیس پنه، تاکی پنه را ارزیابی کنید.
- ✓ تهوع و استفراغ را ارزیابی کنید.
- ✓ کاهش برون ده ادرار را ارزیابی کنید.
- ✓ مناطق V را مرتباً ارزیابی کنید.
- ✓ تاریخچه بیماری ها را ارزیابی کنید

✓ انجام یک ارزیابی فیزیکی دقیق
و کامل برای تشخیص عوارض
و تغییرات در وضعیت بیمار

بر اساس تظاهرات بالینی، تاریخچه، و داده‌های ارزیابی تشخیصی، تشخیص‌های اصلی پرستاری ممکن است شامل شوند

پرفیوژن بافت قلب ناکارآمد مرتبط با کاهش جریان خون
کرونر است.

خطر پرفیوژن بافت محیطی غیر موثر مرتبط با کاهش برون
ده قلبی ناشی از اختلال عملکرد بطن چپ.

دانش ناقص مربوط به خودمراقبتی پس از MI.

پرستاری



برای ایجاد یک برنامه مراقبتی، تمرکز باید روی موارد زیر باشد:

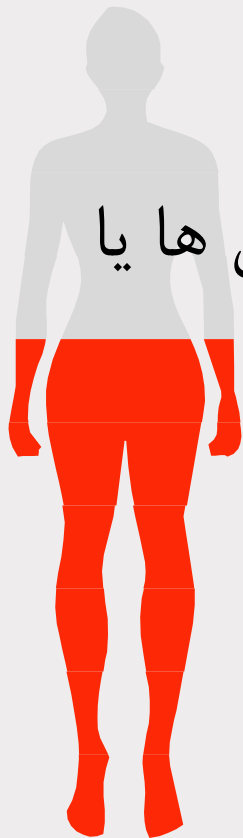
- ✓ تسکین درد یا علائم و نشانه های ایسکمیک.
- ✓ پیشگیری از آسیب میوکارد.
- ✓ عدم وجود اختلال در عملکرد تنفسی.
- ✓ حفظ یا دستیابی به پرفیوژن بافتی کافی.
- ✓ کاهش اضطراب.
- ✓ عدم وجود یا تشخیص زودهنگام عوارض.



برای ایجاد یک برنامه مراقبتی، تمرکز باید روی موارد زیر باشد:

- ✓ درد قفسه سینه وجود ندارد/کنترل شده است.
- ✓ ضربان / ریتم قلب برای حفظ برون ده قلبی / پرفیوژن بافتی کافی است.
- ✓ دستیابی به سطح فعالیت کافی برای خودمراقبتی اولیه.
- ✓ اضطراب کاهش / مدیریت شد.
- ✓ روند بیماری، طرح درمان، و پیش آگهی درک شده است.
- ✓ برای رفع نیازها پس از ترخیص در محل برنامه ریزی کنید.





تسکین درد، اضطراب

بار کاری میوکارد را کاهش دهید

پیشگیری/تشخیص و کمک به درمان دیس ریتمی ها یا
عوارض تهدید کننده حیات.

ارتقاء سلامت قلب، مراقبت از خود.

برای کمک به تسکین علائم، اکسیژن را همراه با دارودرمانی تجویز کنید.

برای کمک به کاهش ناراحتی قفسه سینه و تنگی نفس، استراحت در رختخواب را تشویق کنید و پشتی را بالا ببرید.

برای کمک به جلوگیری از تجمع مایع در قاعده ریه ها، تغییر موقعیت ها را به طور مکرر تشویق کنید.



دمای پوست و نبض های محیطی را مرتباً بررسی کنید تا پرفیوژن بافتی را کنترل کنید.

اطلاعات را به شیوه ای صادقانه و حمایتی ارائه دهید.

بیمار را از نظر تغییرات در ضربان و ریتم قلب، صدا های قلب، فشار خون، درد قفسه سینه، وضعیت تنفسی، برون ده ادرار، تغییرات در رنگ پوست و مقادیر آزمایشگاهی از نزدیک تحت نظر بگیرید.



فقدان درد یا علائم و نشانه های ایسکمیک وجود دارد.
از آسیب میوکارد جلوگیری می شود.
عدم وجود اختلال در عملکرد تنفسی.
پرفیوژن بافتی کافی حفظ می شود.
اضطراب کاهش می یابد.



رهنمودهای ترخیص و مراقبت در منزل

موثرترین راه برای افزایش احتمال اجرای رژیم خودمراقبتی پس از ترخیص توسط بیمار، شناسایی اولویتهای بیمار است.

الویت های بیمار



تحصیلات.

این یکی از اولویت هایی است که پرستار باید به بیمار در مورد زندگی سالم قلب آموزش دهد.

مراقبت در منزل.

پرستار مراقبت در منزل به بیمار در برنامه ریزی و پیگیری قرار ملاقات های بعدی و رعایت مدیریت بازتوانی قلبی تجویز شده کمک می کند.

الویت های بیمار



نظارت پیگیری

بیمار ممکن است نیاز به یادآوری درمورد نظارت بعدی از جمله آزمایشات دوره ای آزمایشگاهی و نوار قلب و همچنین غربالگری سلامت عمومی داشته باشد.

تبعیت. همچنین پرستار باید پایبندی بیمار به محدودیت های غذایی و داروهای تجویز شده را تحت نظر داشته باشد.

دستورالعمل های مستندسازی



برای اطمینان از اینکه هر اقدام مستند شده یک اقدام انجام شده است ، اسناد باید ایمن شوند. موارد زیر باید مستند باشد:

یافته های فردی: علائم حیاتی، ریتم قلبی، وجود دیس ریتمی.

طرح مراقبت و کسانی که در برنامه ریزی دخیل هستند.

طرح تدریس: پاسخ به مداخلات، آموزش و اقدامات انجام شده.

دستیابی یا پیشرفت به سمت نتایج مطلوب.

اصلاحات در برنامه مراقبت

تعاریف



سکته قلبی که با بالا رفتن قطعه

ST در نوار قلبی همراه باشد و اصطلاحاً STEMI نامیده می شود، در اثر انسداد کامل یک رگ اصلی کرونر به و سیله لخته خونی رخ می دهد.



این فرم وخیم ترین تظاهر سندرم حاد کرونری و تهدید کننده حیات می باشد. باتوجه به این که زمان شروع درمان در پیشگ یری از عوارض و مرگ و میر آن نقش دارد، تشخیص و شروع در مان آن باید با سرعت انجام شود





برقراری STEMI درمان استاندارد برای بیمار مبتلا به سکته قلبی از نوع مجدد جریان خون در عروق بسته شده (ری پرفیوژن) به صورت فوری می باشد.

هدف از این درمان جلوگیری از نکروز میوکارد و نجات میوکارد در معرض خطر، کاهش بروز

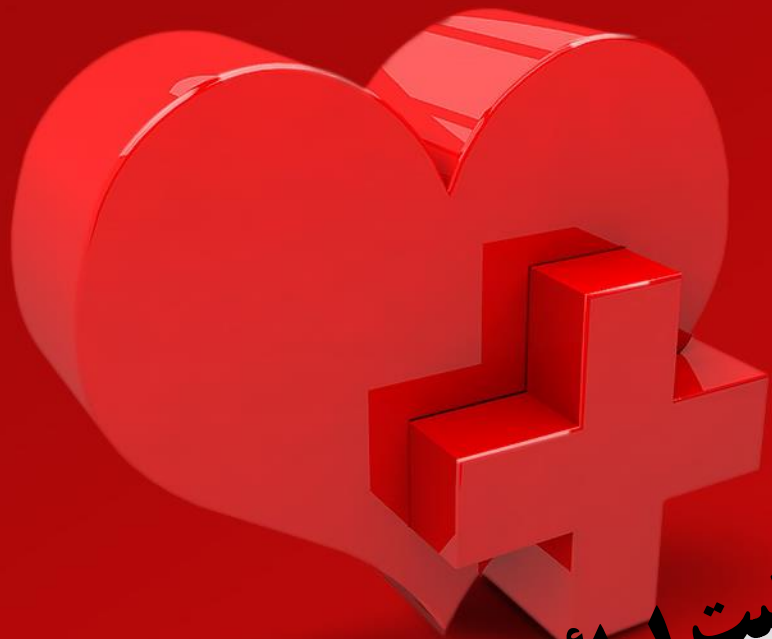
نارسایی قلبی و نهایتاً افزایش طول عمر بیمار می باشد



ملزومات کد ۲۴۷

- ▶ درمان استاندارد برای بیمار مبتلا به سکته قلبی از نوع STEMI برقراری مجدد جریان خون در عروق بسته شده ری پرفیوژن به صورت فوری
- ▶ آموزش دقیق و درست به جامعه برای درک علایم سکته قلبی و تماس زود هنگام با سیستم درمانی
- ▶ هماهنگی سیستم اورژانس برای اقدامات درمانی به موقع قبل از بیمارستان
- ▶ انتقال بیمار مطابق با استانداردها به مراکز مجهز
- ▶ انجام اقدامات درمانی ری پرفیوژن با رعایت استانداردهای زمانی توسط یک تیم مجرب در بیمارستان





بیمارستان ۲۴۷: بیمارستان با قابلیت ارائه خدمت
آنژیوپلاستی اولیه که متعهد می شود خدمات را به
صورت تمام وقت ۲۴ ساعته و ۷ روز در هفته ارائه
نماید.

زمان های مهم در ارائه خدمت آنژیوپلاستی اولیه:

Onset of symptoms: زمان شروع علائم در بیمار)

(شامل تاریخ، ساعت و دقیقه)

Door Time (Admission Time)

زمان پذیرش بیمار در بیمارستان (شامل تاریخ، ساعت و دقیقه)

توضیح: در بیماران بستری **Door Time** زمان است که ب

بیمار کادر درمانی را از علائم خود مطلع می کند.





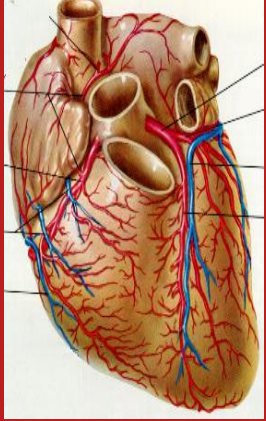
first Medical Contact

زمان اولین ویزیت بیمار توسط پزشک یا تیم پزشکی که نوار قلبی گرفته و تفسیر شده باشد (شامل تاریخ، ساعت و دقیقه)

Device Time

زمان عبور وایر جهت (PCI شامل تاریخ، ساعت و دقیقه

زمان های مهم در ارائه خدمت تجویز ترومبولیتیک



❖ **Needle Time :** زمان تزریق ترومبولیتی

ک (شامل تاریخ، ساعت و دقیقه)

❖ **عوارض :** عوارض ناشی از وقوع سکته حاد ق

لبی و یا عوارض درمان

❖ کاهش کسر جهشی قدرت پمپاژ عضله قلب



زمان های مهم در ارائه خدمت تجویز ترومبولیتیک

Ejection Fraction ❖

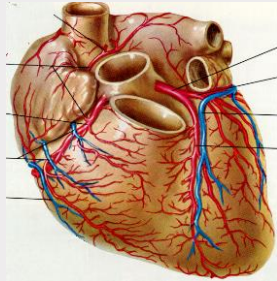
نارسایی دریچه ای حاد ❖

دیس ریتمی ❖

خونریزی ❖

آسیب بافت ساختار عضله قلب ❖

آسیب سایر ارگانها ❖



❖ بیمارستان باید دارای حداقل یک بخش کت لب فعال با تجهیزات مناسب و با استانداردهای مورد تایید معاونت درمان باشد.

❖ در هر بیمارستان باید کمیته ای تحت عنوان سگته های قلبی تشکیل شود. ریاست این کمیته به عهده رییس بیمارستان بوده، دبیر علمی آن که یک اینترنشنال کاردیولوژیست

است و توسط رئیس بیمارستان انتخاب می گردد و دبیر اجرایی آن معاونت درمان بیمارستان می باشد



❖ کلیه اجزای مدیریتی، پشتیبانی و اجرایی بیمارستان من تخب باید با فرآیند آنژیوپلاستی اولیه آشنا شوند و آن را در اولویت های اول قرار دهند.

❖ بیمارستان می بایست به تعداد کافی اینترونشنال کاردیو لوژیست جهت پوشش ۲۴ ساعته و ۷ روز در هفته داشته باشد. (به تشخیص کمیته سکتة های قلبی بیمارستان)

❖ حداقل دو نفر پرسنل (یک نفر پرستار و یک نفر تکنسین) می بایست در کت لب بیمارستان مقیم باشند.



❖ پزشک اینترونشنال کاردیولوژیست باید در بیمارستان مقیم باشد یا تمام وقت آنکال باشد که یا متعهد شود ظرف ۳۰ دقیقه از زمانی که مطلع می شود، در بیمارستان حاضر گردد.

❖ حداقل دو نفر پرسنل (یک نفر پرستار و یک نفر تکنسین) می بایست در کت لب بیمارستان مقیم باشند.

❖ پرستار باید سابقه دو سال کار در سی سی یو، کت لب یا آی سی یو داشته باشد و تکنسین باید با مسایل تکنیکال دستگاه کت لب آشنایی کامل داشته باشد.



هر دو پرسنل باید دوره احیای قلبی پیشرفته را گذرانده باشند و (در سال اول اجرای برنامه ترجیحاً و سپس حتماً) با اصول کار با دستگاه بالن پمپ آشنا باشند.

سرپرستار کت لب موظف است هر روز صبح از وجود کلیه تجهیزات مورد نیاز به تعداد کافی و به ویژه استوک کامل استنت های دارویی و غیر دارویی اطمینان حاصل کند.



اینترنشنال کار دیولوژیست باید حداقل ۷۵ مورد آنژیوپلاستی در سال انجام دهد و از این تعداد باید ۱۱ مورد آنژیوپلاستی اولیه باشند. در بیمارستان هایش شرکت کننده در طرح باید سالانه حداقل ۳۶ مورد آنژیوپلاستی اولیه انجام شود.
(در پایان سال اول و جهت ادامه طرح)



الف- تریاژ سریع و مناسب بیماران مبتلا به سندرم حاد کر و نری شامل اخذ شرح حال دقیق و معاینه سریع با در نظر داشتن استاندارد زمانی از جهت تعیین اندیکاسیون و کنترا اندیکاسیون های ری پرفیوژن و گرفتن نوار قلبی (ECG) (طبق زمان استاندارد)

ب- درمان های همراه یا دارو درمانی در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونر



فعال کردن کد ۲۴۷ برای انجام آنژیوپلاستی اولیه:
برای فعال شدن کد دو مسیر جداگانه را می توان در نظر
گرفت

روش اول: در مورد بیمارانی که با سیستم اورژانس پیش
بیمارستانی منتقل می شوند تریاژ بیمار براساس پروتکل
پیش بیمارستانی انجام می شود.



روش دوم: بیمار مبتال به سندرم حاد کرونری که خود به اورژانس بیمارستان مراجعه می کند پس از ورود به تریاژ به بخش اورژانس منتقل می شود و از او نوار قلب گرفته می شود. در صورت شک پزشک اورژانس به STE MI بیمار باید در اسرع وقت توسط متخصص قلب مقیم یا دستیار قلب یا متخصص/دستیار طب اورژانس و یا متخصص/دستیار داخلی ویزیت شود. در صورتی که او نیز تشخیص را تایید نمود باید با اینترونشنال کاردیولوژیست تماس بگیرد و همزمان کد سکت قلبی را فعال نماید.



فعال کردن کد ۲۴۷ برای
انجام آنژیوپلاستی اولیه

اطلاع به سوپروایزر شيفت جهت تامین سریع امکانات لازم بر
ای آنژیوپلاستی اولیه

اطلاع به تم اینترنشن شامل اینترنشنال کاردیولوژیست،
پرستار و تکنسین مقیم بر اساس روش مصوب کمیته سخته
های قلبی هر بیمارستان انتقال سریع بیمار به کت لب حین
تشکیل پرونده انتقال بیمار باید با همراهی پذیرش یا پرستار
و مانیتور با دستگاه الکتروشوک انجام شود و آمبوبگ و وسایل
احیا باید همراه وی فرستاده شوند



د- ترومبولیتیک تراپی در بیمارستان هایی که قادر به ارائه خدمات آنژیوپلاستی اولیه نیستند و زمان انتقال به مرکزی با توانایی انجام **PCI Primary** بیش از ۱۲۰ دقیقه از زمان اولین تماس با تیم پزشکی باشد، بلافاصله بعد از تایید تشخیص، باید داروی ترومبولیتیک (برای بیمار تجویز شود برای انجام ترومبولیتیک تراپی تاییدیه مالی ضرورتی ندارد.



د- ترومبولیتیک تراپی در بیمارستان هایی که قادر به ارائه خدمات آنژیوپلاستی اولیه نیستند و زمان انتقال به مرکز بیش از ۱۲۰ دقیقه PCI Primary کزی با توانایی انجام یقه از زمان اولین تماس با تیم پزشکی باشد، بلافاصله بعد از تایید تشخیص، باید داروی ترومبولیتیک (برای بیمار تجویز شود



اخذ رضایت و براءت بصورت کتبی الزم نبوده و فقط عدم رضایت بیمار باید بصورت کتبی دریافت شود، در صورتی که بیمار هوشیار نباشد؛ هیچ گونه رضایتی نیاز ندارد. تجویز داروهای اولیه براساس گایدلاین توسط پزشک اورژانس یا آمبولانس در صورت ایست قلبی بیمار، این داروها گواژ میشوند.



- اطلاع به سوپروایزر کشیک جهت تسریع امکانات لازم و هماهنگی لازم برای تامین تخت سی سی یو به منظور انتقال بیمار
- مانیتورینگ قلبی شامل تعداد ضربان قلب، ریتم قلب و فشارخون و اشباع اکسیژن شریانی
- داشتن مسیر وریدی مناسب
- داشتن دستگاه دفیبریلاتور و ترالی کد کنار بستر بیمار
- حضور پزشک یا پرستار مجرب بر بالین بیمار



در بیماران با شوک کاردیوژنیک جهت رد عوارض مکانیکی
ی در صورت امکان بهتر است قبل از تجویز ترومبولیتیک،
اکوکاردیوگرافی قلب انجام شود.

نظارت بر کدگذاری مناسب تشخیص و خدمات ارائه شده
در سامانه **HIS** بیمارستان از طریق هماهنگی و آموزش
پرسنل مدارک پزشکی



▶ ارزیابی بعد از خدمت

- ❖ الف - آنژیوپلاستی اولیه
- ❖ ادامه مانیتورینگ قلب و عروق
- ❖ بررسی از نظر عوارض PPCI و نیاز به اقدامات اصلاحی مربوطه
- ❖ اکوکاردیوگرافی قبل از ترخیص
- ❖ ثبت اطلاعات بیمار در فرم سامانه ۲۴۷
- ❖ کنترل پرونده بیمار از نظر ثبت کد تشخیص و خدمت

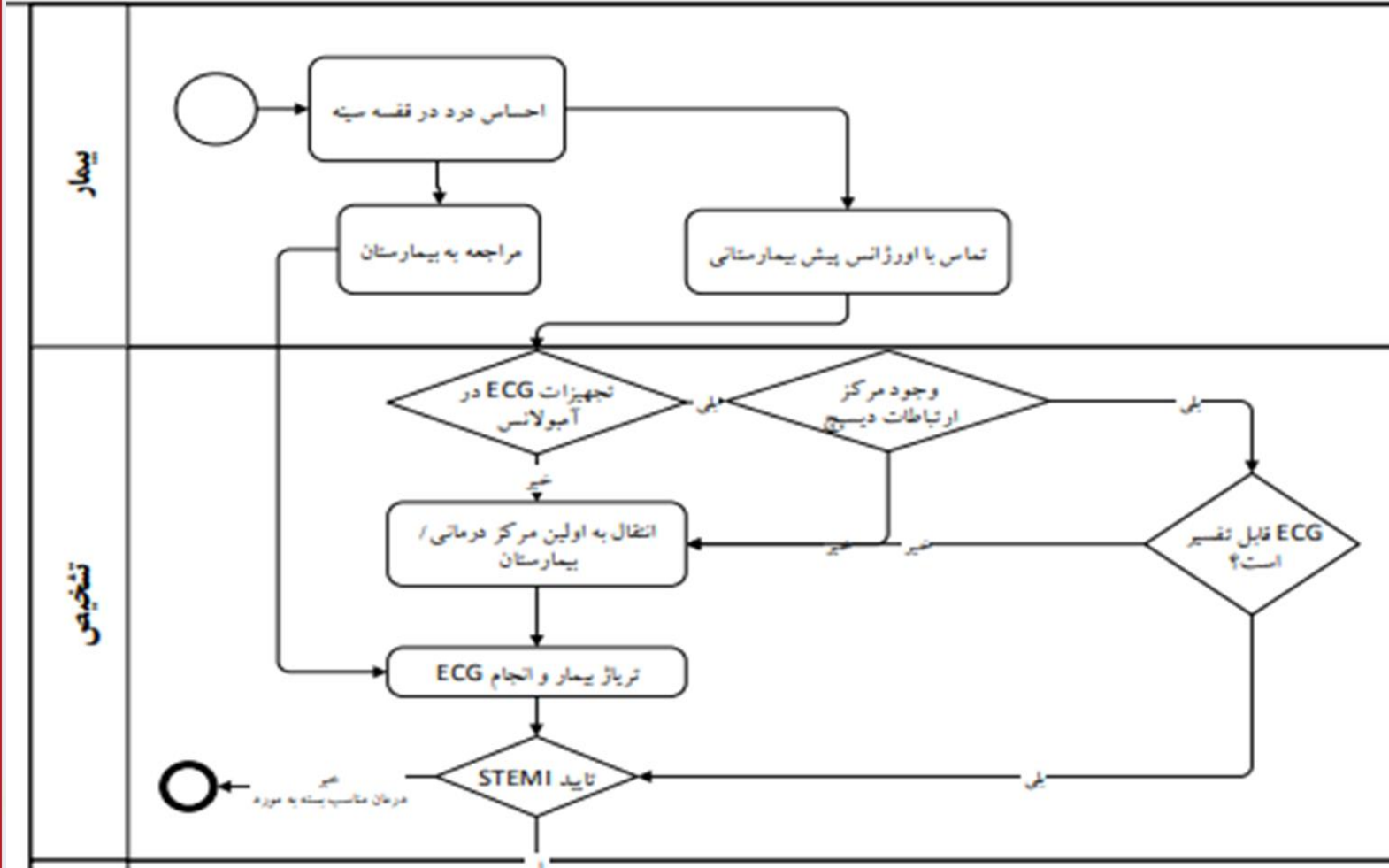
▶ ب- ترومبولیتیک تراپی

❖ ۱. ادامه مانیتورینگ قلب و عروق

❖ ۲ بررسی از نظر عوارض داروی ترومبولیتیک به خصوص خونریزی و نیاز به اقدامات اصلاحی مربوطه

❖ ۳ بررسی پاسخ مناسب به درمان ترومبولیتیک:

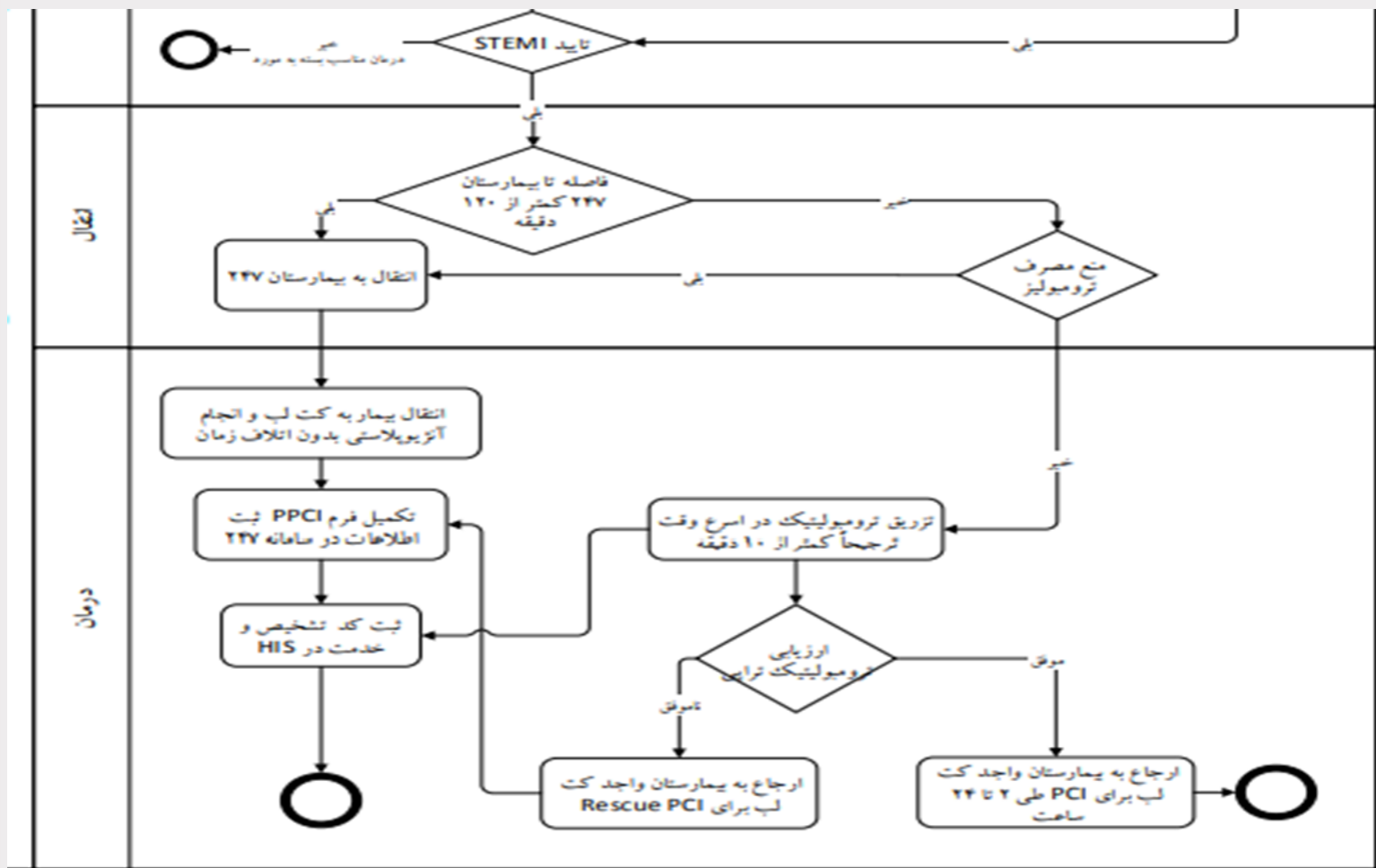
❖ زمان ارزیابی ۶۰ و ۹۰ دقیقه از زمان تجویز ترومبولیتیک و روش ارزیابی بررسی علایم و نوار قلب است.



فرآیند ارائه خدمت ۲۴۷



فرایند ارائه خدمت ۲۴۷



❖ سامانه ثبت اطلاعات آنژیوپلاستی اولیه

❖ ۱- ورود اطلاعات:

❖ ۱-۱- اطلاعات فردی و پذیرش بیمار

❖ ۱-۲- نحوه مراجعه بیمار

❖ ۱-۳- زمان های مهم که باید براساس دقیقه، ساعت و تاریخ در سامانه انتخاب شود:

❖ **Onset of symptoms** : زمان شروع علائم در بیمار (شامل تاریخ ساعت و دقیقه) از روی برگه شرح حال یا سوال از بیمار تکمیل شود.

❖ **FMC (First Medical Contact)** : زمان اولین ویزیت بیمار توسط پزشک یا تیم پزشکی که نوار قلبی گرفته شده باشد.

❖ **Door Time (Admission Time)** : زمان پذیرش بیمار در بیمارستان که در بیمارستان بستری زمان نیست که بیمار کادر درمانی را از علائم خود مطلع می سازد

❖ **Device time** : زمان عبور وایر جهت PCI

❖ ۱-۴- اطلاعات کت لب

❖ ۱-۵- اطلاعات ترخیص

شاخص های مدیریت درمان سکته حاد قلبی

جدول شماره ۶- شاخص های گزارش گیری مدیریت درمان سکته حاد قلبی

عنوان شاخص	تعریف	صورت کسر	مخرج کسر	واحد	محل استخراج اطلاعات
		Dead آن Discharge باشد			
EF: Ejection Fraction	تعداد کل Severe LV Dysfunction (EF<30%) کل Primary PCI و Rescue PCI به تعداد	تعداد موارد Severe LV Dysfunction (EF<30%)	مجموع موارد Rescue PCI و Primary PCI	درصد	سامانه ۲۴۷ از طریق داشبورد PCI Registry
ترومبولیتیک تراپی	میزان ترومبولیتیک تراپی در بیماران سکته حاد قلبی	تعداد بیمارانی که داروی ترومبولیتیک گرفته اند (کد RVU3 ۹۰۰۶۴۵)	تعداد کل بیماران سکته حاد قلبی (کد I21 ICD10)	درصد	HIS
مرگ داخل بیمارستانی برای بیماران دریافت کننده ترومبولیتیک	کلیه موارد مرگ قبل از ترخیص در بیمار سکته حاد قلبی دریافت کننده ترومبولیتیک	تعداد مرگ هنگام ترخیص	تعداد بیمارانی که داروی ترومبولیتیک گرفته اند (کد RVU3 ۹۰۰۶۴۵)	درصد	HIS
درمان نشده Reperfusion	بیماران سکته حاد قلبی که هیچ یک از درمان های PPCI یا ترومبولیتیک را دریافت نکرده اند	تعداد کل بیماران سکته حاد قلبی (کد I21 ICD10) Primary PCI منهای موارد PCI (کد RVU3 ۹۰۰۶۸۰) منهای موارد Thrombolysis (کد RVU3 ۹۰۰۶۴۵)	تعداد کل بیماران سکته حاد قلبی (کد I21 ICD10) منهای موارد PCI (کد RVU3 ۹۰۰۶۸۰) منهای موارد Thrombolysis (کد RVU3 ۹۰۰۶۴۵)	درصد	HIS
مرگ داخل بیمارستانی در بیماران No Reperfusion	مرگ قبل از ترخیص بیماران سکته حاد قلبی که هیچ یک از درمان های PPCI یا ترومبولیتیک را دریافت نکرده اند	تعداد مرگ هنگام ترخیص	تعداد کل بیماران سکته حاد قلبی (کد I21 ICD10) منهای موارد Primary PCI (کد RVU3 ۹۰۰۶۸۰) منهای موارد Thrombolysis (کد RVU3 ۹۰۰۶۴۵)	درصد	HIS

۱. آیا اورژانس بیمارستان ۲۴۷ به بیمار با درد حاد قفسه سینه ارجاعی توسط سیستم اورژانس یا مراجعه شخصی پذیرش می دهد
۲. آیا زمان ورود بیمار به بیمارستان توسط پرستار تریاژ ثبت می شود
۳. آیا میانگین زمان شروع درد بیمار تا رسیدن بیمار به بیمارستان توسط پرستار تریاژ/اورژانس ماهانه مورد بررسی قرار می گیرد



۴. آیا فلوجارت فرآیند پذیرش و انتقال بیمار **STEMI** به بخش کت لب / مراقبت های ویژه قلبی در اورژانس موجود و در محلی مناسب و قابل رویت بر روی تابلوی اعلانات نصب شده است

۵. آیا کد **STEMI / ۲۴۷** در بیمارستان موجود است

۶. آیا سیستم فعال کردن کد سکته قلبی برای بیمار **STEMI** مطابق استانداردهای تشخیص و درمان انجام می شود



۷. بخش اورژانس در تمام اوقات شبانه روز و در تمام روزهای هفته (۲۴ ساعته و ۷ روز در هفته) دسترسی مناسب به اینترنشنال کاردیولوژیست دارد
۸. آیا اقدامات دارویی اولیه برای بیمار سکتة حاد قلبی به موقع اجرا و در پرونده ثبت می شود



۹. در صورت اثبات STEMI آیا در حداقل زمان ممکن ن کد سکتة قلبی / کد ۲۴۷ فعال می شود و زمان اعلام کد ۲۴۷ توسط پرستار اورژانس ثبت میشود

۱۰. آیا انتقال بیمار به کت لب در حداقل زمان ممکن

انجام می شود

۱۱. آیا در بخش اورژانس یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشنایی پرسنل مربوطه در مورد چگونگی برخورد با بیمار سکتة حاد قلبی موجود است

۱۲. آیا به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد بیماری، نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روش های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان ارائه می شود



۱۳. آیا شاخص های زیر هر ماه در اورژانس ثبت و توسط ممسوول اورژانس به کمیته بهبود کیفیت و کمیته مرگ و میر بیمارستان گزارش می شود میزان مرگ و میر داخل بیمارستانی (اورژانس) در بیمار STEMI 0 موارد اعلام کد احیاء برای بیماران STEMI 0 موفقیت / عدم موفقیت احیا

❖ ج- معیار های ارزیابی بخش آنژیوپلاستی (کت لب)

- ❖ ۱. آیا زمان رسیدن بیمار به کت لب توسط پرستار کت لب ثبت می شود
- ❖ ۲. با در نظر گرفتن و محاسبه زمان های ثبت شده در پرونده بیمار آیا زمان های مهم توسط پرستار کت لب برای بیمار **STEMI** محاسبه و ثبت می شود
- ❖ ۳. آیا خدمات پشتیبانی بخش کت لب (آزمایشگاه، خدمات دارویی و ...) به صورت شبانه روزی در دسترس می باشد
- ❖ ۴. آیا امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران در بخش کت لب وجود دارد
- ❖ ۵. آیا یک سیستم در بخش کت لب برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک تصویربردار همراه با گزارش بالینی حداکثر ظرف ۲۴ ساعت وجود دارد

6. آیا طبق مستندات پرستار مسئول کت لب از آماده، کامل و به رو ز بودن داروها و امکانات مورد نیاز آنژیوپلاستی، اطمینان حاصل می نماید.

7. آیا استانداردهای فضای فیزیکی بخش کاتتریزاسیون مطابق جداول موجود در شناسنامه تدوین استاندارد رعایت شده است.

8. آیا اینترنشنال کاردیولوژیست در زمان مناسب (با رعایت زمان استاندارد Time Device to FMC کمتر از 60 دقیقه) درکت لب حاضر می شود.

۶. آیا طبق مستندات پرستار مسئول کت لب از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات مورد نیاز آنژیوپلاستی، اطمینان حاصل می نماید

۷. آیا استانداردهای فضای فیزیکی بخش کاتتریزاسیون مطابق جداول موجود در شناسنامه تدوین استاندارد رعایت شده است

۸. آیا اینترونشنال کاردیولوژیست در زمان مناسب (با رعایت زمان استاندارد **Time Device to FMC** کمتر از ۶۰ دقیقه) در کت لب حاضر می شود

۹. آیا فرم کاغذی ثبت و گزارش دهی درمان سکتة قلبی توسط پرستار/ منشی کت لب و پزشک اینترونشنال کاردیولوژیست تکمیل شده و به امضای پزشک مسئول کت لب می رسد



۱۰. آیا اطلاعات فرم ثبت مطابق راهنمای تکمیل فرم در سامانه الکترونیکی مربوطه ثبت می شود
۱۱. در صورت عدم انجام آنژیوپلاستی برای بیمار، آیا علت عدم انجام و نوع درمان جایگزین در پرونده ثبت می شود

► - معیار های ارزیابی بخش مراقبت های ویژه قلبی) . CCU

- ❖ ۱. آیا بخش مراقبت های ویژه قلبی به بیماران سکته قلبی ارجاعی از کت لب پذیرش به موقع می دهد
- ❖ ۲. بخش مراقبت های ویژه قلبی در تمام اوقات شبانه روز و در تمامی روزهای هفته (۲۴ ساعته و ۷ روز در هفته) از حضور متخصص قلب مقیم برخوردار است
- ❖ ۳. آیا طبق مستندات موجود، اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی های شناسایی شده در برنامه آموزشی پرستار/ پرسنل درمانی و یا کمبود/نواقص تجهیزات و نیروی انسانی مرتبط با تشخیص و درمان بیمار سکته حاد قلبی توسط مسئول بخش مراقبت های ویژه قلبی انجام می گیرد

معیارهای ارزیابی بخش مراقبت های ویژه

❖ ۴. آیا شاخص های زیر به صورت هر ماه یکبار برای بیماران STEMI ثبت و به کمیته بهبود کیفیت و کمیته مرگ و میر بیمارستان گزارش می شود (میزان بهبودی و ترخیص از بیمارستان - میزان مرگ و میر بیمار - عوارض بیماری / عوارض جانبی درمان)

❖ ۵. آیا در زمان ترخیص بیمار از بخش مراقبت های ویژه قلبی، ارزیابی خطر بیمار از نظر عوارض بیماری (وجود و درجه نارسایی قلبی، میزان عملکرد عضله قلب) انجام می شود



معیارهای ارزیابی بخش مراقبت های ویژه

❖ ۶. آیا در زمان ترخیص بیمار از بخش مراقبت های ویژه قلبی، ، زمان پیگیری بعدی تعیین و توضیحات مربوطه به بیمار داده می شود



خطر سگته قلبی میتواند با اقداماتی کاهش یابد

توقف سیگار کشیدن

قرار دادن تمرینات ورزشی در برنامه مانند پیاده روی،
دوچرخه سواری و شنا (پنج روز در هفته، هرروز حداقل
۲۲ دقیقه)

کاهش استرس و فراگرفتن تکنیکهای مدیریت و کاه
ش استرس

کاهش مصرف چربیهای اشباع شده و جایگزینی با میوه
، سبزیجات و غلات کامل (سوسدا)



خطر سکته قلبی میتواند با اقداماتی کاهش یابد

کاهش وزن

توجه به توصیه های پزشک در صورت کلسترول بالا ، دیابت و یا فشارخون بالا جهت کنترل عوامل خطر سکته قلبی و در صورت لزوم دارودرمانی



رفرنس:

بر اساس شناسنامه استاندارد خدمات مدیریت
درمان سکته حاد قلبی ۱۳۹۸

