



دليل رقم 6

افاقه حديثي الولاده



2024/2025

الفهرس

1- تقييم الوليد بمقياس ابجار
2- افاقة الوليد
3- الانعاش القلبي الرئوي
4- الصدمة الوليدية

إفافة الوليد

مقدمة :

تعتبر اللحظات الأولى من حياة الطفل هي "الحظة ذهبية" وهي من اهم واخطر اللحظات تهديدا على حياة الطفل ولذلك يجب على ممرضة حديثي الولادة ان تتوقع المشاكل التي قد يتعرض لها الوليد بسبب عدم قدرته على بدء عملية التهوية حتى يمر بعملية افافة ناجحة دون مضاعفات .

يمكن تقسيم دور ممرضة وحدة رعاية حديثي الولادة إلى خمسة مراحل :

أولاً : قبل الولادة (الاستعداد) :

- الاستجابة فور تلقي بلاغ الولادة، والتأكد من اكتمال محتويات شنطة الإفافة .
- التأكد من أن منطقة الإفافة مجهزة وتحتوي على :
 - ❖ جهاز تدفئة نظيف يعمل بحالة جيدة مع التأكد من وضعه على الحائط بشكل عمودي، ومن تشغيله قبل الولادة بحوالي ١٠ الى ٢٠ دقيقة
 - ❖ شفاط يدوي أو جهاز تشفيط كهربائي نظيف خاص بحديثي الولادة يعمل بحالة جيدة، مع مراجعة قوة الشفط للتأكد من أنها تتراوح ما بين ٨٠ الى ١٠٠ ملليمتر زئبقي
 - ❖ مصدر أكسجين متصل بجهاز التحكم في معدل تدفق الأكسجين (فلوميتر)، ووصلة أكسجين.
 - ❖ شنطة إفافة أو عربة طوارئ يمكن تحريكها بسهولة يتم مراجعة محتوياتها ويتم تسليم وتسليم الشنطة كل شفت مع بداية كل يوم عمل للتأكد من أنها تحتوي على الآتي:
 - ✓ أمبوج أطفال حديثي الولادة (مقاس ٢٠٠ الى ٧٥٠ مليلتر) وقناعات للوجه مقاس (0-1-2) .
 - ✓ منظار حنجري ذو نصل مستقيم مقاس (0) لناقصي النمو، ومقاس (00,1) لمكتملي النمو، مع توصيل النصل للتأكد من أن اللمبة تعمل بصورة جيدة.
 - ✓ أنابيب حنجرية مقاس (2, 2,5, 3 – 3,5 – 4) .
 - ✓ كانيولات مقاس (24 ، 26) و قساطر تشفيط مقاس (٦) و قساطر سرية مقاس (٣,٥ – 5)
 - ✓ مشرط جراحي معقم، ومشبك سرية
 - ✓ قفازات معقمة، شفاط مخاط
 - ✓ بلاستر , ايرواي
 - ✓ أنبوية تغذية مقاس (6) .
 - ✓ سرنجه 1سم , سرنجه 3سم , سرنجه 5سم , سرنجه 10سم
 - ✓ أمبولات (أدرينالين , ف ك , سوليوكورتيف , اترابين)

ثانياً : أثناء الولادة :

- توصيل وصلة الأكسجين بالفلوميتر المتصل بمصدر الأكسجين، وضبطه على معدل ٥ الى ٨ لتر/دقيقة.
- توصيل قسطرة تشفيط ذات مقاس مناسب بجهاز التشفيط مع الإبقاء عليها داخل الجراب .
- التأكد من توصيل الماسك ذي الحجم المناسب بالأمبوباج، ثم اختبار كفاءة عمل الأمبوباج بوضعه على راحة اليد للتأكد من عدم وجود تسريب.
- توصيل النصل ذي الحجم المناسب بالمنظار الحنجري، والتأكد من أن اللمبة تعمل، مع مراعاة عدم تشغيله إلا في وقت الحاجة.
- مراعاة تطبيق قواعد التحكم في انتشار العدوى في جميع الخطوات.
- تحديد الاحتياجات لبدء افاقة الوليد
- يعتمد هذا على التقييم المبدئ السريع من خلال الاجابة على الثلاث أسئلة الاتية :
 - فترة حمل كاملة ام لا ؟
 - يوجد حركة عضلية جيدة ام لا ؟
 - يتنفس ويبكى ام لا ؟
- إذا كانت الإجابة على جميع الأسئلة ب " نعم " ، يتم بقاء الوليد مع الأم وتقديم الرعاية الروتينية

ويتم عمل الاتي (تجفيف الوليد باستخدام فوطة قطنية معقمة للمحافظة على درجة الحرارة، ملاحظة التنفس والنشاط، ملاحظة اللون باستمرار، يتم لمس جلد الطفل بجلد الام) .

- اما إذا كانت الإجابة ب " لا " على أي من هذه الأسئلة
- يجب أن يتم نقل الوليد الى جهاز التدفئة لتوفير التدفئة واتباع الإجراءات التالية :
- ✓ استقرار الطفل من خلال (التدفئة والحفاظ على درجة الحرارة في المعدل الطبيعي ، وضع الطفل ، تنقية الممر الهوائي (التشفيط) عند وجود افرازات، التجفيف ، الاستشارة)

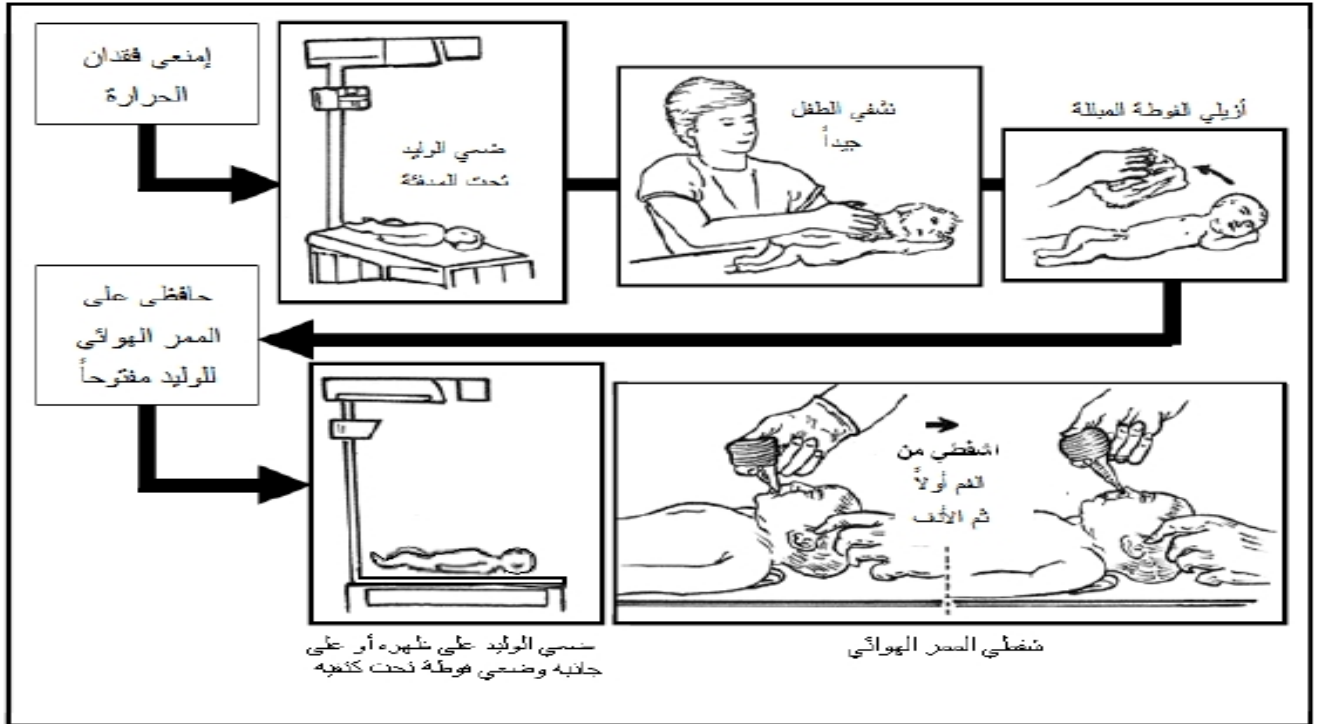
- ✓ توفير الاكسجين والتهوية الجيدة
- ✓ بدء الضغوطات على الصدر
- ✓ اعطاء الادوية (الادرينالين)

✓ التأخير في قص الحبل السري بعد ١-٣ دقائق من الولادة افضل من قص الحبل السري قبل اول دقيقه بعد الولادة حيث انه يقلل من حدوث انيميا للوليد حتى يصل عمره من ٨-١٢ شهر ، يزيد من تشبع الانسجه بالاكسجين ،يعمل على استقرار الدورة الدموية وضغط الدم الا في حالة اختناق الوليد والذي يحتاج الى التعامل الفوري معه

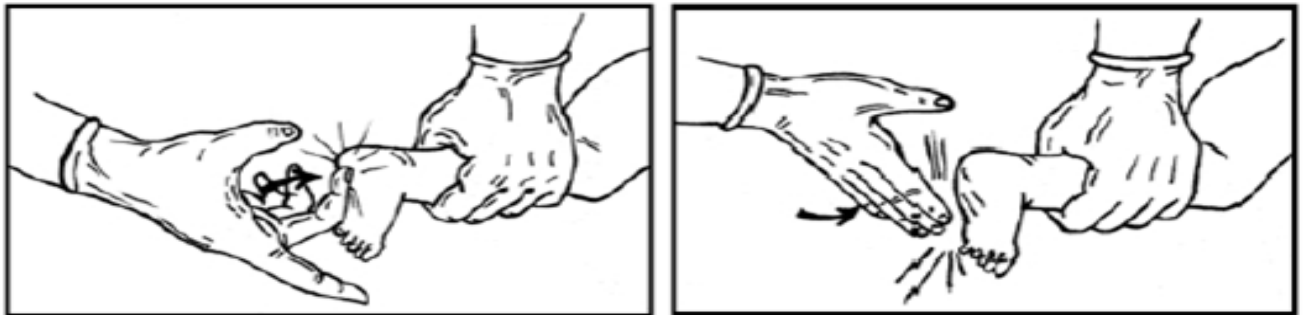
ثالثا : بدء خطوات افاقة الوليد :

- يتم استقبال الوليد في فوطة معقمة ودافئة من طبيبب النسا والتوليد ، مع مراعاة عدم حمله من قدميه ورأسه لأسفل .
- وضع الطفل على ظهره تحت جهاز التدفئة للمحافظة على درجة حرارته ورأسه في اتجاه مسؤل الافاقة.
- تجفيف الطفل مع مراعاة تجفيف الرأس جيدا ثم التخلص من الفوط المبللة .
- المحافظة على الممر الهوائي مفتوحا عن طريق وضع فوطه تحت كتفيه (وضع التنشق) .
- التشفيط برفق من فم الطفل اولا ثم انفه لمدة لا تزيد عن 5 ثوانى .
- القيام بعمل تنبيه للوليد بتدليك ظهره او الضرب برفق على بطن القدم في حال عدم قدرته على التنفس بصورة تلقائية .
- في حالة اصطباج السائل الأمنيوسي والطفل بالعقى وكان الطفل مرتخيا يتم عمل خطوات الافاقة كاملة على السرفو ، ويتم بدء بالقيام بعملية التهوية للرنئين باستخدام الامبوباج والماسك اذا كان

الطفل لا يتنفس و معدل ضربات القلب اقل من 100 نبضة في الدقيقة , (اصبح تركيب الانبوبة



الحنجرية لتنشيط العقى غير مفضل كما كان سابقاً) .



رابعاً: التقييم:

- يتم تقييم حالة الوليد من ناحية (عدد ضربات القلب , الجهد المبذول في التنفس , اللون).
- ويعتبر ارتفاع معدل ضربات القلب اثناء عملية الافاقة اهم مؤشر يدل على نجاح هذه العملية ومن المهم التقييم المستمر لمعدل ضربات القلب اثناء الافاقة حيث انه يستخدم ايضا لتقييم الجهاز التنفسي وتحديد مدى الحاجة إلى التدخلات اللاحقة ويتم التقييم من خلال وضع ثلاث وصلات (الالكترود) الموصلة بالمونيتور لرسم القلب لمراقبة معدل النبض لأنها اكثر دقة من عد النبض بالطريقة التقليدية , وتقيم الجهد المبذول في التنفس عن طريق وجود توقف للتنفس (apnea) ام لا؟ وتقيم لون الطفل (هل يوجد زرقة ام لا) .

الاستمرار في خطوات الافاقة:

- اذا كان لا يوجد توقف للتنفس (apnea) ومعدل ضربات القلب اكثر من 100 نبضة في الدقيقة ولكن يوجد صعوبة في التنفس او يعانى من الزرقة المركزية يتم عمل (تعديل الوضع وتنشيط الممر الهوائي ومتابعة نسبة تشبع الدم بالأكسجين spo2 , اعطاء اكسجين حر حسب اوامر الطبيب ويمكن توصيل CPAP حسب الحاجة , ثم يتم تقييم الطفل وعند وجود تحسن يتم عمل

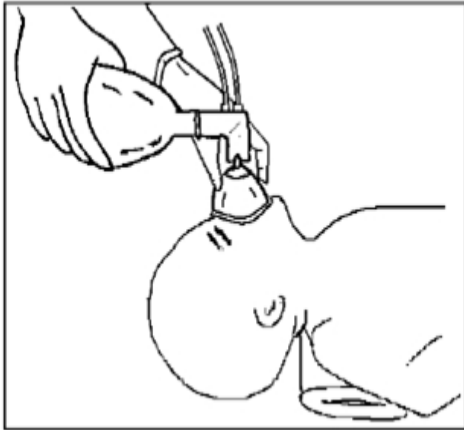
عناية ما بعد الافاقة واذا لم يتحسن او انخفض معدل ضربات القلب اقل من 100 نبضة في الدقيقة يتم عمل تهوية للرتنين باستخدام الامبوباج .

- اذا كان لا يوجد تنفس (apnea) ومعدل ضربات القلب اقل من 100 نبضة في الدقيقة يتم عمل تهوية للرتنين باستخدام الامبوباج والماسك مع متابعة النبض ومتابعة نسبة تشبع الدم بالاكسجين spo2 كما يلي :-

⊗ التأكد من وضع رأس الوليد في وضع التنشق , ثم وضع فوطة تحت كتفيه اذا لزم الامر , مع التأكد من ان ممرات الهواء مفتوحة وخالية من الافرازات .

⊗ يوضع الماسك ذو الحجم المناسب على وجه الوليد بحيث يغطي الذقن والفم والانف معا وعدم ملامسة العينين , مع القيام بعملية التهوية باتباع منظومة (نفس - 2 - 3) مع مراعاة اعتصار القربة بقوة المناسبة للطفل .

⊗ يلاحظ ارتفاع الصدر اثناء عملية التهوية بالامبوباج مع التعديل من قوة الاعتصار حسب درجة ارتفاع الصدر وتركيب انبوبة حنجرية عند اللزوم .



- يتم تقييم معدل ضربات القلب وعند وجود تحسن يتم عمل عناية ما بعد الافاقة واذا لم يتحسن بالرغم من التأكد من التهوية الفعالة واستمر معدل ضربات القلب اقل من 100 نبضة في الدقيقة يتم الاستمرار في عمل تهوية للرتنين باستخدام الامبوباج والماسك اما اذا انخفض معدل ضربات القلب اقل من 60 نبضة في الدقيقة فيتم تركيب انبوبة حنجرية اذا لم يتم تركيبها مسبقا ويبدئ فوراً في عمل الضغط الصدري (تدليك القلب) مع استمرار التهوية كما يلي :-

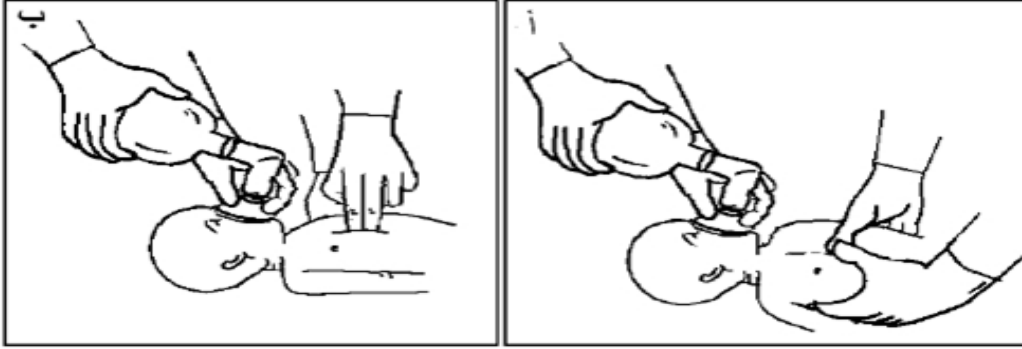
⊗ وضع اصبعي الابهام على الثلث الاسفل من عظمة القص , ولف اليدين حول القفص الصدري للطفل , حيث يلتقي اصابع اليدين خلف ظهر الوليد , او بوضع اصبعي الوسطى والسبابة لأحدى اليدين على الثلث الاسفل من عظمة القص , مع وضع اليد الاخرى لتسند ظهر الطفل , ثم القيام بضغط القفص الصدري حوالى ثلث المسافة لمحيط الصدر الجانبي .

⊗ يتم التنسيق بين الشخص الذى يقوم بعمل الضغط الصدري والشخص الذى يقوم بعمل التهوية باتباع منظومة (الثلاث ضغوطات) والتي تستغرق كل منها حوالى ثانييتين بأجمالي 120 خطوة في الدقيقة (90 ضغطة مقابل 30 نفس في الدقيقة) .

ملحوظة هامة :

يتم استخدام هذه المنظومة (ضغطة , 2 , 3 , نفس) اذا كان قصور الجهاز التنفسي (compromise of gas exchange) هو السبب الاول والرئيسي في عمليه الافاقة اما اذا كان قصور القلب (cardiac problem) هي السبب الاول والرئيسي فيتم استخدام منظومة المعدل الاعلى للضغوطات (15 ضغطة : 2 نفس) .

- اذا استمر معدل ضربات القلب اقل من 60 نبضة في الدقيقة يتم تركيب قسطرة سرية ويتم اعطاء ادرينالين ورید , ومعالجة نقص السوائل , الوقاية من حدوث الاسترواح الهوائي .



خامسا : اعطاء الادوية :

- اذا استمر معدل ضربات القلب اقل من 60 نبضة في الدقيقة يتم تركيب قسطرة سرية بواسطة طبيب الاطفال ويتم اعطاء الادرينالين المخفف وريد (الجرعة حسب تعليمات الطبيب) , ومعالجة نقص السوائل بإعطاء ممددات الحجم حسب تعليمات الطبيب (مثل محلول ملح طبيعي 0,9 % او لبنات الرينجر) .

ملحوظة :

اذا تطلبت حالة الطفل القيام بعملية التهوية باستخدام الامبوباج لفترة طويلة , يجب وضع انبوبة التغذية (رايل) لإزالة انتفاخ المعدة حتى لا يضغط على الحجاب الحاجز مما يمنع التمدد الكامل للرئتين .

انهاء عملية الافاقية :

- توقف جميع اعمال الافاقية اذا لم يتنفس الوليد او ينبض قلبه بعد مرور 15 دقيقة من القيام بمجهودات الافاقية الكاملة , ويتم اعطاء الدعم النفسي المطلوب للام والاهل .
- اذا استجابة الوليد لأعمال الافاقية , فيجب ان يظل تحت جهاز التدفئة مع الملاحظة , حتى يتم الاطمئنان على استقرار حالته .
- يمكن اصطحاب الوليد الى وحدة رعاية حديثي الولادة لاستكمال الرعاية المطلوبة اذا لزم الامر , مع الاستمرار في مراقبة العلامات الحيوية وملاحظة أي علامات غير طبيعية مثل (توقف التنفس , زيادة الجهد المبذول في التنفس , زرقة مركزية) وابلاغ الطبيب فورا .

الاعتبارات الاخلاقية لعملية الافاقية

- يتم اخذ موافقة كتابية من الاهل بعدم استكمال عملية الافاقية
- حسب رأى الطبيب فى الحالات الاتية :
1- اذا كان الطفل اقل من 22 اسبوع رحمى .
2- اذا كان هناك تشوهات وعيوب خلقية شديدة باجزاء متفرقة بجسم الطفل

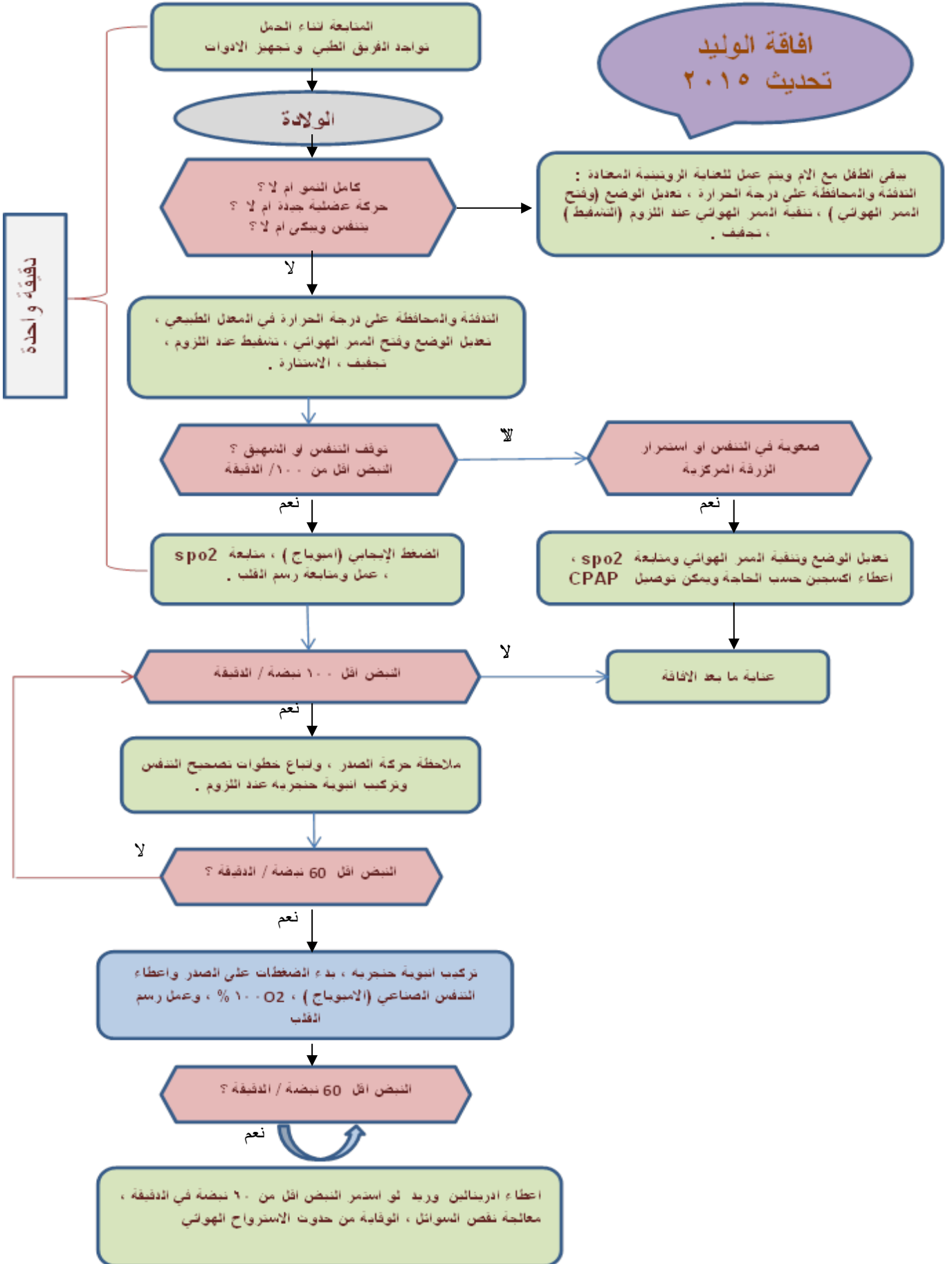
تقديم العناية الروتينية للوليد بعد ثبات العلامات الحيوية :

- ☒ العناية بالحبل السرى
- ☒ اعطاء فيتامين ك
- ☒ وضع قطرة مطهرة للعين
- ☒ المحافظة على استقرار درجة حرارة جسم الوليد
- ☒ بدء الرضاعة الطبيعية
- ☒ العمل على تقوية صلة الام بوليدها بعد الولادة مباشرة
- ☒ تشجيع ملامسة الجلد بين الام والوليد
- ☒ اثبات شخصية الوليد
- ☒ وزن الوليد

بعد انتهاء خطوات الافاقية :

- ☒ يجب التخلص من الادوات التي تم استخدامها للوليد , كل في المكان المخصص له .
- ☒ تنظيف وتطهير جهاز التدفئة .
- ☒ تطهير الامبوباج والكمادات ونصل المنظار الحنجري .
- ☒ القيام بتسجيل مدة الافاقية وما تم فعله لإفاقية الوليد في تذكرة الام او في تذكرة الوليد في حالة دخوله الوحدة .
- ☒ استعاضه ما تم استخدامه من ادوات بشنطة الافاقية عند الوصول الى وحدة رعاية حديثي الولادة

افاقة الوليد تحديث ٢٠١٥



مقياس أبجار (Apgar Score)

- لا يجب الاعتماد على مقياس أبجار كأساس لاتخاذ قرار البدء في القيام بعمل خطوات الإفاقة أو الاستمرار فيها، ولا يبنى عليه أي قرار يتعلق بمسار عملية الإفاقة، فالفاصل الزمني في عملية الإفاقة يقاس بالثواني وليس بالدقائق، ولكن يتم الاعتماد عليه لتقييم عملية الإفاقة بوجه عام.
 - يتم حساب مقياس أبجار لكل وليد بعد دقيقة ٥ , ١٠ دقائق من الولادة.
 - مقياس أبجار عند الدقيقة الأولى يشير إلى مدى احتياج الوليد لخطوات إفاقة تالية، وإلى مدى حدوث اختناق في مرحلة ما حول الولادة.
 - ويقم الوليد برقم صحيح، ولا يمكن أن يحتوي على كسر – . يتراوح مقياس أبجار بين صفر الى 10
- عناصر مقياس أبجار :**

العنصر	صفر	١	٢
معدل ضربات القلب في الدقيقة	لا يوجد	أقل من ١٠٠ نبضة/دقيقة	أكثر من ١٠٠ نبضة /دقيقة
التنفس	لا يوجد	سطحي أو غير منتظم	بكاء قوي
اللون	أزرق أو باهت	الأطراف أو زرقاء باهتة	الجسم كله وردي
حركة العضلات	مرتخي	حركات ضعيفة	حركات ملبئة بالحيوية
رد الفعل الانعكاسي أثناء التنشيط من الأنف	لا يوجد	تكشيرة	بكاء عطس كحه

تفسير نتيجة مقياس أبجار :

- ✓ إذا كان مقياس أبجار من 7 الى 10 فإن ذلك يشير إلى عدم وجود اختناق وليدي
- ✓ إذا كان مقياس أبجار من 4الى6 فإن ذلك يشير إلى وجود اختناق متوسط
- ✓ إذا كان مقياس أبجار من ٠ الى ٣ فإن ذلك يشير إلى وجود اختناق شديد
- ارتفاع مقياس أبجار عند الدقيقة الخامسة يشير إلى مدى نجاح عملية الإفاقة .بينما يشير انخفاض مقياس أبجار عند الدقيقة الخامسة إلى أهمية استكمال خطوات الإفاقة .فإذا كانت النتيجة أقل من ٧، يجب أن يعاد التقييم كل ٥دقائق، حتى تصل النتيجة إلى ٧ فأكثر، وذلك حتى إتمام ٢٠ دقيقة.

الصدمة الوليدية

الصدمة هي حالة خطيرة وحادة من قصور الدورة الدموية ونقص الأكسجين اللازم لسد إحتياجات الأنسجة والأجهزة الحيوية للطفل، وهذا القصور يكون نتيجة لنقص كمية الدم، أو ضعف عضلة القلب، أو التسمم الدموي، مما يؤدي إلى إعتقاد الخلايا على التمثيل الغذائي اللاهوائي لإنتاج الطاقة اللازمة لها، وينتج عن ذلك زيادة حموضة الدم.

الأسباب :

- النزيف وفقد كميات كبيرة من الدم؛ إما قبل الولادة، كما في حالة الانفصال المبكر للمشيمة، أو بعد الولادة مثل أمراض السيولة بالدم، أو النزيف الرئوي الحاد.
- الإختناق الوليدي
- التلوث البكتيري للسائل الأمنيوسي، والتسمم الدموي الشديد.
- بعض العيوب الخلقية بالقلب، مثل إسداد الصمام الأورطي

الأعراض :

تعتمد أعراض و علامات الصدمة على المرحلة المرضية لها:

1. مرحلة الصدمة المبكرة (Early shock):

- زيادة عدد ضربات القلب (أحياناً تقل ضربات القلب في المواليد الذين تقل أوزنهم عن ١٠٠٠ جم)
- ضعف التغذية الدموية الطرفية، حيث يزداد الوقت المستغرق لإعادة إمتلاء الشعيرات الدموية (أكثر من 3-ثواني).
- برودة و زرقة بالأطراف.
- تغير لون الطفل (باهت ، مبرقش)

2. مرحلة الصدمة المؤكدة (Established shock):

- زيادة عدد ضربات القلب.
- إنخفاض ضغط الدم
- قلة أو عدم إدرار البول
- خمول
- إرتخاء العضلات

3. مرحلة الصدمة المتقدمة (Advanced shock):

- أعراض فشل الأجهزة الحيوية بالجسم (الرئة و الكلى و المخ و القلب).

4. مرحلة الصدمة الغير مرتجة (Irreversible shock):

- و تعبير المرحلة النهائية من الصدمة و تتميز
- ظهور أعراض نقص الأكسجين وصعوبة التنفس (زرقة، زيادة معدل التنفس، نته، وإنجذاب الصدر).
- حموضة الدم
- عدم انتظام ضربات القلب
- غيبوبة

العلاج :

- إن منع حدوث الصدمة الوليدية هو أفضل طرق العلاج. لكن إذا حدثت، يجب إكتشاف أعراض الصدمة مبكراً وعلاجها من خلال وضع خطة ذات أهداف واضحة وحسب الأولوية؛ لتفادي المضاعفات الخطيرة التي قد تنتج عنها.
- إعطاء الوليد ١٠ – ٢٠مليلتر/ كجم من ممددات الدورة الدموية (مثل مطول ملح، رينجر، أو بلازما) كما يقرر الطبيب.
- متابعة قياس الضغط الوريدي المركزي إن أمكن، وذلك لتقييم توازن السوائل داخل جسم الوليد.

- علاج نقص الأوكسجين، وإنخفاض مستوى الجلوكوز بالدم.
- إعطاء الدوبامين، الدوبيوتامين، أو الأدرينالين حسب تعليمات الطبيب.

الرعاية التمريضية:

الحفاظ على بقاء الممرات الهوائية مفتوحة، وتحسين عملية التهوية والأوكسجة

- تشفيط الإفرازات، إن وجدت.
- تقييم ومتابعة الحالة التنفسية للطفل، ونسبة تشبع الدم بالأوكسجين؛ وذلك بوضع الطفل على المونيتور.
- إعطاء الأوكسجين حسب حاجة الطفل، وحسب نتائج غازات الدم، وتعليمات الطبيب.

الحفاظ على الدورة الدموية

- متابعة العلامات الحيوية؛ خاصةً النبض والضغط و درجة الحرارة.
- ملاحظة التغذية الدموية الطرفية، و ذلك باختبار لإعادة إمتلاء الشعيرات الدموية .
- متابعة درجة وعى و نشاط الطفل.
- علاج حموضة الدم، وذلك لإستعادة إستقرار الدورة الدموية، وضمان كفاءة التغذية الدموية للأعضاء الحيوية، وذلك عن طريق إعطاء الأدوية مثل الدوبامين، الدوبيوتامين، وأحياناً الأدرينالين بالجرعات التي يقررها الطبيب.

وقف النزيف وتعويض السوائل المفقودة

- إتخاذ الإجراءات اللازمة لوقف النزيف.
- إعطاء المحاليل الوريدية من خلال كانيولا طرفية أو قسطرة السرة.
- نقل الدم ومشتقاته لتعويض الفاقد، حسب تعليمات الطبيب.

علاج التسمم الدموي

- إعطاء المضادات الحيوية حسب نوع الميكروب بالجرعات التي يقررها الطبيب.

الإنعاش القلبي الرئوي المتقدم للرضع (أقل من سنة)

1. التعرف على الحالة

- الخطوات:

- فحص عدم وجود استجابة وفحص النبض في الشريان العضدي.

2. البدء بالإنعاش الأساسي

- الخطوات

- اضغط باستخدام إصبعين في منتصف الصدر بعمق 4 سم وبسرعة 100-120 ضغطة في الدقيقة.

- 15 ضغطة يتبعها تنفسان إذا كان هناك شخصان , أو 30 ضغطة يتبعها تنفسان إذا كان

المريض بمفرده.

3. استخدام جهاز إزالة الرجفان

- الخطوات

- استخدم اللصاقات الخاصة بالرضع أو الأطفال. في حالة عدم وجود لصاقات خاصة، يمكن

وضع لصاقات الكبار بوضعية مناسبة.

4. تأمين مجرى الهواء

- الخطوات

- استخدام القناع الحنجري (LMA) أو الأنبوب الحنجري الصغير مع التأكد عبر مراقبة CO2.او

سماع الأصوات التنفسية

5. التقييم المستمر

- الخطوات: متابعة استجابة الرضيع للإجراءات ومراجعة ما إذا كانت هناك حاجة لتعديل العلاج أو الاستمرار فيه.

الإنعاش القلبي الرئوي المتقدم هو عملية معقدة تتطلب تدريباً مستمراً وفهماً دقيقاً لكل خطوة لضمان

أقصى قدر من الفعالية والسلامة للمريض.

• تثقيف العاملين بشأن المعايير المحددة للتعرف على حالات الطوارئ و السكتة القلبية الرئوية

بين حديثي الولادة:

○ جميع العاملين بالمستشفى على دراية بالمعايير المحددة للتعرف على حالات الطوارئ والسكتة

القلبية الرئوية لحديثي الولادة.

○ جميع العاملين بالمستشفى على دراية بالاجراءات وقادرين على تفعيل نداء Code Blue.

○ جميع العاملين مدربون على البرنامج الاساسى لدعم حياة المريض (Basic life support).

○ يجب ان يكون فريق Code Blue قد حصل على دورة تدريبية في انعاش القلب الرئوى

الاساسى BLS والمتقدم PALS,و ACLS وتم اجتيازهم بنجاح.

- يقوم قسم الجودة بالتنسيق مع قسم التدريب و المدير الطبي بتدريب العاملين على تفعيل نداء الكود بلو و اجراءات الاستجابة السريعة.
- يقوم قسم التدريب بعمل تجارب محاكاة وهمية للكود بلو للتأكد من سرعة استجابة فريق الانعاش القلبي الرئوي.

● تحديد الاماكن التي يتم فيها تفعيل كود والاماكن الغير مفعلة:

- يتم تفعيل الكود بلو فى الاماكن الاتية:
- ✓ الاقسام الداخلية- الاقسام غير طبية و الاقسام الطبية (التعقيم ، الاشعة)
- ويكون الكود بلو غير مفعّل (صامت) فى الاماكن الاتية :
- ✓ العناية المركزة -الحضانات

● تحديد العاملين المعنيين بالاستجابة:

- يتكون فريق ال code blue اطفال :
- ❖ طبيب الرعاية اطفال
- ❖ مسئولة تمرريض المستشفى او من ينوب عنها
- ❖ 2 ممرضة الرعاية
- ❖ مسئولة التمرريض بالقسم المعنى
- ❖ طبيب الحالة او ممرضة الحالة اذا لزم الامر

تشكيل الفريق	المهام والمسؤوليات
● قائد الفريق (طبيب الرعاية)	● هو الذي يدير العملية بأكملها ويضمن تنفيذ الإجراء بفاعلية وكفاءة. ● ينسق الإجراءات مثل إتخاذ قرار إعطاء الصدمات وتركيب انبوبة حنجرية وإعطاء الادوية. ● يقيم حالة المريض. ● يطلب مساعدة إذا لزم الامر وطلب فحوصات. ● تنظيم خطة الرعاية بعد عملية الإنعاش والتأكد من توثيق الإجراء.
● فريق التمرريض	● يقوم قائد الفريق بتوزيع المهام عليهم كالتالى :

<ul style="list-style-type: none"> • من يقوم باعطاء التنفس ومن يقوم باعطاء الضغوطات • المسئول عن تسجيل الاجراءات خطوة بخطوة وكتابة الملاحظات • المسئول عن تركيب الخط الوريدي • المسئول عن احضار الكراش والتعامل مع جهاز الصدمات الكهربائية • من تشارك في كتابة تقرير CODE BLUE 	
<ul style="list-style-type: none"> • مسئول عن شرح الحالة المرضية ومراجعة ملف المريض وإخبار قائد الفريق بأي معلومة يحتاجها ويشارك في عمل الضغوطات والإنعاش القلب الرئوي. 	<ul style="list-style-type: none"> • طبيب الحالة
<ul style="list-style-type: none"> • مسئول عن مجرى الهواء وتركيب انبوبة حنجرية وتركيب خط وريدي لو استعصى الامر 	<ul style="list-style-type: none"> • طبيب التخدير) ان استعدى الامر)

○ أفراد أخرى لا يتضمنها الفريق:

✓ فرد الأمن : مسؤول عن تنظيم حركة السير وإخلاء المكان الا من فريق code blue و تأمين متعلقات المريض و مرافقة المتوفى إلى المشرحة في حالة الوفاة مع تأكيد هوية المتوفى.

• آليات استدعاء العاملين للاستجابة ، بما في ذلك الرمز الذي يمكن استخدامه لاستدعائهم في

حالات الطوارئ:

○ يقوم مكتشف الحالة بالنداء بصوت عالي للمساعدة وطلب تنشيط (كود بلو) والبقاء مع المريض ولا يغادره والتأكد من سلامة مكان تواجد المريض والبدء في أساسيات الإنعاش القلبي الرئوي.

○ يقوم الشخص المساعد بالاتصال برقم السويتش المعن لجميع العاملين بتفعيل نداء ال code blue ومساعدة الشخص الأول في عملية الإنعاش الاساسي حتي وصول الفريق.

○ يقوم الموظف المسئول بالنداء علي فريق code blue وتحديد المكان وتحديد القسم ويكرر ثلاث مرات بصوت عالي وواضح.

• الإطار الزمني للاستجابة:

○ يجب ان تكون الإستجابة سريعة لأن السكتة القلبية تؤدي إلي الوفاة في غضون دقائق قليلة ما لم تبدأ الجهود الإنعاشية علي الفور و يقوم فريق code blue بالتوجه إلي المكان المحدد في وقت من 3 دقائق.

● الإستجابة موحدة على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع:

- تكون إستجابة فريق code blue للنداء على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع.
- يقوم رؤساء الاقسام المعنية (العناية المركزة) بعمل جداول Code blue الشهرية وتتم مراجعته بواسطة المدير الطبي.
- تقوم إدارة التمريض بعمل جدول لتمريض الفرق شهرياً.

● تسجيل الإستجابة والتعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية:

- تسجيل الاستجابة :
- ✓ تقوم الممرضة المسؤولة عن التسجيل بإعطاء ملخص الأحداث للممرضة المسؤولة عن كتابة تقرير Code blue أو تقوم هي بكتابته.
- ✓ يقوم قائد الفريق بإكمال النموذج و عمل Audit (تدقيق على البيانات المسجلة والإجراءات التي تمت).
- ✓ يقوم قائد الفريق بتسليمه إلى مشرفة القسم المعنى.
- ✓ يقوم مشرف القسم بإرساله إلى قسم الجودة لإبداء الرأي ووضع نسخة منها في ملف المريض.
- ✓ يقوم قسم الجودة برصد أحداث code blue والإبلاغ عنها لتحسين الأداء.
- **التعامل مع حالات الطوارئ الطبية والسكتة القلبية الرئوية:**
- ✓ اذا كان الشخص المصاب بعيدا عن منطقة تقديم الخدمة الطبية مثل (منطقة انتظار السيارات ، السطح ،التعقيم ،المغسلة ، المطبخ) يقوم فريق code blue المعنى على حسب الجدول بالتحرك إليه والتعامل معه بمعدات الإفاقة المتنقلة (شنتطة الطوارئ).
- ✓ توزع عربة الطوارئ في أنحاء المستشفى كالتالى :

● توزيع حقيبة الطوارئ بالمستشفى على النحو التالي:

- إذا كان المصاب موجود بمكان تقديم الخدمة الطبية يتم بدء عمل إنعاش القلب المتقدم فور وصول فريق code blue.
- يبدأ فريق code blue بالإنعاش القلبي المتقدم وتوصيل المريض بأكسجين 100 % وجهاز المونيتور وجهاز رسم القلب.
- جميع أفراد الفريق علي دراية تامة بأماكن عربة الطوارئ في كل مكان.

- يجب أن تكون عربة الطوارئ في مكان يسهل الوصول إليه وأن تكون كاملة المحتويات الخاصة بالأطفال والبالغين وجاهزة للاستخدام في أي وقت.
- يقوم أحد أفراد الفريق بإحضار عربة الطوارئ من المكان المحدد لهذا الدور بتوجيه من مشرفة القسم.
- كل فرد في فريق code blue علي دراية كاملة بدوره في الفريق بناء على تكليف قائد الفريق.
- يقوم قائد الفريق بإتخاذ قرار إستخدام جهاز الصدمات حسب حالة المريض.
- يستمر الفريق في إنعاش المريض حتي يتم إتخاذ قرار الإنهاء بواسطة قائد الفريق
- يقوم الطبيب المسؤول بإخطار أهل المريض بتغير الحالة وما تم الوصول اليه.
- يتم فحص عربة الطوارئ واستكمال محتوياتها لتكون جاهزة لأي إجراء اخر بعد الإنتهاء من الإنعاش القلبي الرئوى تبعا لسياسة مستلزمات الطوارئ.