

إدارة المرضى الذين يعانون من الصدر والجهاز التنفسي السفلي اضطرابات

بقلم د. سهير الغبيش مراجعة: د. مها

صبيح

أهداف التعلم

عند الانتهاء من هذا الفصل، سيكون الطلاب قادرين على:

1. ربط الانصباب الجنبى بالعدوى الرئوية.
2. وصف عوامل الخطر للتدابير المناسبة للوقاية من الانسداد الرئوي وإدارته.
3. مناقشة طرق العلاج والإدارة التمريضية ذات الصلة لمرضى سرطان الرئة.
4. وصف مضاعفات صدمات الصدر ومظاهرها السريرية والإدارة التمريضية.

السل الرئوي

(TB) هو مرض معد يؤثر في المقام الأول على حمة الرئة.

دقو ينتقل أيضًا إلى أجزاء أخرى من الجسم، بما في ذلك السحايا والكلى والعظام والغدد الليمفاوية. لماعل المعدي الأساسي هو المتفطرة السلية، وهي عصيات هوائية مقاومة للأحماض وتنمو ببطء وحساسة للحرارة والأشعة فوق البنفسجية. دعي السل مشكلة صحية عامة في جميع أنحاء العالم، وتستمر معدلات الوفيات والمراضة في الارتفاع.

السل الرئوي

م. يصيب مرض السل ما يقدر بثلاث سكان العالم ويظل السبب الرئيسي للوفاة بسبب الأمراض المعدية في العالم.

هنا السبب الرئيسي للوفاة بين الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية .

طبتري السل ارتباطًا وثيقًا بالفقر وسوء التغذية والاكتظاظ والسكن دون المستوى المطلوب وعدم كفاية الرعاية الصحية.

عوامل النقل والمخاطر

لقد تنبأ مرض السل من شخص لآخر عن طريق الهواء.

• الرذاذ عن طريق التحدث، أو السعال، أو العطس، أو الضحك، أو الغناء.

لاصت الـ الوثيق مع شخص مصاب بالسل النشط.

- حالة ضعف المناعة (مثل المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، والسرطان، والأعضاء المزروعة، والعلاج طويل الأمد بجرعة عالية من الكورتيكوستيرويدات)

ي طاعتـ المخدرات (مستخدمو المخدرات عن طريق الوريد أو الحقن ومدمني الكحول)

يأـ شخص لا يتمتع برعاية صحية كافية (المشردون، الفقراء، الأطفال دون سن 15 عامًا والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و44 عامًا).

تالاحلـ الطبية الموجودة مسبقًا أو العلاج الخاص (مثل مرض السكري، والفشل الكلوي المزمن ، وسوء التغذية)

عوامل النقل والمخاطر

•الهجرة من البلدان التي ترتفع فيها معدلات انتشار مرض السل (جنوب شرق آسيا، أفريقيا، أمريكا اللاتينية، منطقة البحر الكاريبي)

•إضفاء الطابع المؤسسي (مثل مرافق الرعاية الطويلة الأجل، والطب النفسي المؤسسات والسجون)

•العيش في مساكن مكتظة ودون المستوى المطلوب

•كونك عامل رعاية صحية يقوم بأنشطة عالية المخاطر:

إدارة الأدوية المتطايرة، وإجراءات تحريض البلغم، وتنظير القصبات، والشفط، وإجراءات السعال، ورعاية المريض الذي يعاني من ضعف المناعة، والرعاية المنزلية مع السكان المعرضين للخطر الشديد، وإدارة التخدير والإجراءات ذات الصلة (مثل التنبيب والشفط)

الاعراض المتلازمة

يناعي معظم المرضى من حمى منخفضة الدرجة، وسعال، وتعرق ليلي، وتعب، وفقدان الوزن.
سعال غير منتج، أو بلغم مخاطي قيحي.

دق يحدث أيضًا نفث الدم. ةداع ما تكون الأعراض الجهازية والرئوية مزمنة

وربما كانت موجودة لأسابيع إلى أشهر. ةداع ما يعاني كبار السن من أعراض أقل وضوحًا من
المرضى الأصغر سنًا.

نتائج التقييم والتشخيص

رابت خا التوبركولين الجلدي: يتم حقن مشتق البروتين المنقى (PPD) في الطبقة داخل الأدمة من الجانب الداخلي للساعد، على بعد 4 بوصات أسفل الكوع، ويتم حقن حوالي 0.1 مل من PPD، مما يؤدي إلى ارتفاع في الجلد أو انتفاخ أو انتفاخ. فقاعة.

م تي تسجيل الموقع واسم المستضد وتاريخ ووقت الاختبار.

م ت قراءة نتيجة الاختبار بعد 48 إلى 72 ساعة من الحقن. تميل الاختبارات التي تتم قراءتها بعد 72 ساعة إلى التقليل من الحجم الحقيقي للتصلب (تصلب).

در الفحل الموضوعي المتأخر يشير إلى أن الشخص كذلك حساسة ل tuberculin.

نتائج التقييم والتشخيص

• يحدث رد فعل عند تصلب الجلد والحمامي (الاحمرار) ويلاحظ.

• الحمامي دون تصلب لا تعتبر كبيرة. • يعتبر التفاعل الذي يتراوح من 0 إلى 4 ملم غير مهم. قد يكون رد الفعل بمقدار 5 ملم أو أكثر مهمًا لدى الأفراد الذين يعتبرون معرضين للخطر.

• عادة ما يعتبر تصلب الجلد بمقدار 10 ملم أو أكثر أمرًا مهمًا لدى الأفراد الذين لديهم مناعة طبيعية أو ضعيفة بشكل طفيف.

نتائج التقييم والتشخيص

• يشير التفاعل الكبير إلى أن المريض قد تعرض لمرض السل مؤخرًا أو في الماضي أو تم تطعيمه بلقاح عصيات كالميت غيرين • (BCG). يتم إعطاء لقاح BCG لإنتاج مقاومة أكبر لمرض السل.

• يتم تعريف رد الفعل بمقدار 5 ملم أو أكثر على أنه إيجابي للمرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية

• أو لديك عوامل خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وتكون حالة فيروس نقص المناعة البشرية غير معروفة،

• الأشخاص الذين هم على اتصال وثيق بحالة نشطة،

• والذين لديهم نتائج أشعة للصدر تتفق مع مرض السل.

تصنيف السل

• يتم استخدام البيانات من التاريخ والفحص البدني واختبار الجلد والأشعة السينية للصدر والدراسات المجهرية لتصنيف مرض السل إلى واحدة من خمس فئات.

• الفئة 0: لا يوجد تعرض؛ لا عدوى

• الفئة 1: التعرض. لا يوجد دليل على العدوى

• الفئة 2: العدوى الكامنة. لا يوجد مرض (مثل رد فعل PPD الإيجابي

ولكن لا يوجد دليل سريري على وجود مرض السل النشط)

• الفئة 3: المرض. نشط سريريا

• الفئة 4: المرض. غير نشط سريريا

• الفئة 5: المرض المشتبه فيه. التشخيص معلق

الإدارة الطبية

متمّي علاج السل الرئوي بشكل أساسي باستخدام عوامل العلاج الكيميائي (العوامل المضادة للسل) لمدة تتراوح بين 6 إلى 12 شهرًا. عدم العلاج طويلة ضرورية لضمان القضاء على الكائنات الحية ومنع الانتكاس.

في علاج السل الحالي، يتم استخدام خمسة أدوية الخط الأول: INH (أيزونيازيد)، وريفامبين، وبيرازيناميد، وإما ستربتومايسين أو إيثامبوتول يوميًا لمدة 8 أسابيع.

ربتعي الشخص غير معدٍ بعد 2 إلى 3 أسابيع من العلاج الدوائي المستمر.

متمّي إعطاء فيتامين ب (البيريدوكسين) عادة مع INH لمنع الاعتلال العصبي المحيطي المرتبط بالـ INH

المضاعفات المحتملة

- سوء التغذية

- الآثار الجانبية الضارة للعلاج بالأدوية: التهاب الكبد، والتغيرات العصبية (الصمم أو التهاب العصب)، والطفح الجلدي، واضطراب الجهاز الهضمي

- مقاومة الأدوية المتعددة

- انتشار عدوى السل (السل الدخني)

عملية التمريض: المريض المصاب بالسل

تقدير

• تقوم الممرضة بإجراء التاريخ الكامل والفحص البدني.

تشخيص التمريض

• بناءً على بيانات التقييم، قد تشمل التشخيصات التمريضية ما يلي:

• عدم فعالية تطهير مجرى الهواء بسبب الإفرازات الرغامية القصبية الغزيرة

• نقص المعرفة حول نظام العلاج والتدابير الصحية الوقائية وما يتصل بذلك من إدارة فردية غير فعالة للنظام العلاجي (عدم الامتثال)

• عدم تحمل النشاط المرتبط بالتعب، وتغير الحالة التغذوية، والحمى

عملية التمريض:

المريض المصاب بالسل

التخطيط والأهداف

لم شت الأهداف الرئيسية للمريض الحفاظ على مجرى الهواء مفتوحًا، وزيادة المعرفة بالمرض ونظام العلاج والالتزام بنظام الدواء، وزيادة تحمل النشاط، وغياب المضاعفات.

التدخلات التمريضية

- 1- تعزيز تطهير مجرى الهواء
- 2- الدعوة إلى الالتزام بنظام العلاج
- 3- تعزيز النشاط والتغذية الكافية
- 4- مراقبة وإدارة المضاعفات المحتملة
- 5- تعزيز الرعاية المنزلية والمجتمعية

عملية التمريض: المريض المصاب بالسل

التقييم: قد تشمل النتائج المتوقعة للمريض ما يلي:

1. يحافظ على مجرى الهواء مفتوحًا عن طريق إدارة الإفرازات عن طريق الترطيب، والترطيب، والسعال، والتصريف الوضعي

2. يُظهر مستوى مناسبًا من المعرفة

أ. يسرد الأدوية بالاسم والجدول الزمني الصحيح لتناولها

ب. أسماء الآثار الجانبية المتوقعة للأدوية

ج. يحدد كيف ومتى يتم الاتصال بمقدم الرعاية الصحية

3. يلتزم بنظام العلاج عن طريق تناول الأدوية كما هو موصوف والإبلاغ عن فحوصات المتابعة

4. يحافظ على جدول النشاط

5. يشارك في التدابير الوقائية

أ. التخلص من المناديل المستعملة بشكل سليم

ب. يشجع الأشخاص الذين هم على اتصال وثيق بالإبلاغ عن الاختبار

ج. يلتزم بتوصيات نظافة اليدين

6. لا يظهر أي مضاعفات

أ. يحافظ على الوزن المناسب أو يزيد الوزن إذا لزم الأمر

ب. يظهر نتائج طبيعية لاختبارات وظائف الكبد والكلى

7. يتخذ خطوات لتقليل الآثار الجانبية للأدوية

أ. تناول الفيتامينات التكميلية (فيتامين ب)، على النحو الموصوف، لتقليل الاعتلال العصبي المحيطي

ب. يتجنب استخدام الكحول

ج. تجنب الأطعمة التي تحتوي على التيرامين والهستامين (الأدوية تتداخل مع إنتاج أوكسيداز أحادي الأمين، مما يجعل استهلاك التيرامين خطيرًا).

د. لديه فحوصات بدنية منتظمة واختبارات دم لتقييم الكبد و

وظائف الكلى والاعتلال العصبي والسمع وحدة البصر

الانصباب الجنبي

• الارتصاب الجنبي، وهو تجمع للسوائل في الحيز الجنبي، نادراً ما يكون عملية مرضية أولية ولكنه عادة ما يكون ثانوياً لأمراض أخرى.

• عادة، يحتوي الفضاء الجنبي على كمية صغيرة من السائل (5 إلى 15 مل)، والذي يعمل بمثابة **مادة تشحيم** تسمح للأسطح الجنبية بالتحرك دون احتكاك.

• قد يكون الانصباب الجنبي أحد مضاعفات فشل القلب، والسل، والالتهاب الرئوي، والالتهابات الرئوية (خاصة الالتهابات الفيروسية)، والمتلازمة الكلوية، وأمراض النسيج الضام، والانسداد الرئوي، والأورام الورمية. • سرطان القصبات الهوائية هو الورم الخبيث الأكثر شيوعاً المرتبط بالانصباب الجنبي.

الاعراض المتلازمة

• عادة ما تكون المظاهر السريرية هي تلك الناجمة عن المرض الأساسي.

• يسبب الالتهاب الرئوي حمى وقشعريرة وألمًا جانبيًا في الصدر، بينما قد يؤدي _____ الانصباب الخبيث إلى ضيق التنفس والسعال.

• حجم الانصباب ومرض الرئة الكامن لدى المريض يحددان شدة الأعراض.

• الانصباب الجنبى الكبير يسبب ضيق في التنفس. دن ع• وجود انصباب جنبى صغير إلى متوسط ، قد لا يكون ضيق التنفس موجودًا أو يكون في حده الأدنى فقط.

نتائج التقييم والتشخيص

دك وئي الفحص البدني والأشعة السينية للصدر والأشعة المقطعية للصدر وبزل الصدر وجود السوائل. يف بعض الحالات، يتم إجراء تصوير بالأشعة السينية للاستلقاء الجانبي. بالنسبة لهذه الأشعة السينية، يستلقي المريض على الجانب المصاب في وضعية الاستلقاء الجانبية. يتم تحليل السائل الجنبى عن طريق الزراعة البكتيرية، وصبغة جرام، وصبغة العصية الحمضية السريعة (للسل)، وتعداد اللون الأحمر وخلايا الدم البيضاء، والدراسات الكيميائية (الجلوكوز، الأميليز، هيدروجيناز اللاكتيك، البروتين)، والتحليل الخلوي للخلايا الخبيثة، ودرجة الحموضة. نكمي أيضًا إجراء خزعة جنبية.

الإدارة الطبية

فأدهأ العلاج هي اكتشاف السبب الكامن وراء ذلك، ومنع إعادة تراكم السوائل، وتخفيف الانزعاج، وضيق التنفس، ومشاكل الجهاز التنفسي. مـتـي تـوجـيـه العلاج المحدد إلى السبب الأساسي (مثل قصور القلب والالتهاب الرئوي وسرطان الرئة وتليف الكبد). اذإن كان السائل الجنبى عبارة عن إفرازات، يتم إجراء إجراءات تشخيصية أكثر شمولاً لتحديد السبب.

مـتـي بعد ذلك علاج السبب الرئيسي.
مـتـي إجراء بزل الصدر لإزالة السوائل، والحصول على عينة للتحليل، وتخفيف ضيق التنفس ومشاكل الجهاز التنفسي.

الإدارة الطبية

أدامت على حجم الارتصاب الجنبى، يمكن علاج المريض عن طريق إزالة السائل أثناء إجراء بزل الصدر أو عن طريق إدخال أنبوب صدري متصل بنظام تصريف محكم الغلق أو الشفط لإخلاء الحيز الجنبى وإعادة توسيع الرئة. .

إذا كان السبب الأساسي هو ورم خبيث، فإن الانصباب يميل إلى التكرار خلال بضعة أيام أو أسابيع. تشمل العلاجات الأخرى للانصباب الجنبى الخبيث استئصال الجنبه جراحياً، أو إدخال قسطرة صغيرة متصلة بزجاجة تصريف لإدارة العيادات الخارجية، أو زرع تحويلة جنبية صفاقية.

الإدارة الطبية

نوكات التحويلة الجنبية الصفاقية من قسطرتين متصلتين بواسطة حجرة مضخة تحتوي على صمامات أحادية الاتجاه. ينتقل السائل من الحيز الجنبى إلى حجرة المضخة ومن ثم إلى التجويف البريتونى. موقى المريض بضخ الخزان يدويًا يوميًا لنقل السائل من الحيز الجنبى إلى الحيز البريتونى

إدارة التمريض

• تقوم الممرضة بإعداد المريض ووضعه لإجراء بزل الصدر
يقدم الدعم طوال الإجراء.

• إدارة الألم هي الأولوية، وتساعد الممرضة المريض على اتخاذ الأوضاع الأقل إيلاًماً. ومع ذلك،
فإن الدوران المتكرر والمشي مهمان لتسهيل التصريف. • تقوم الممرضة بإعطاء المسكنات على
النحو الموصوف وحسب الحاجة. • إذا كان سيتم التعامل مع المريض كمريض خارجي باستخدام
قسطرة الجنبية للتصريف، تكون الممرضة مسؤولة عن تثقيف المريض والأسرة فيما يتعلق بإدارة
ورعاية نظام القسطرة والصرف.

فشل الجهاز التنفسي الحاد

لشَفَّ الجهاز التنفسي هو تدهور مفاجئ ومهدد للحياة في وظيفة تبادل الغازات في الرئة. ويحدث عندما لا يتمكن تبادل الأكسجين لثاني أكسيد الكربون في الرئتين من مواكبة معدل استهلاك الأكسجين وإنتاج ثاني أكسيد الكربون بواسطة خلايا الجسم.

يتم تعريف فشل الجهاز التنفسي الحاد (ARF) على أنه انخفاض في ضغط الأكسجين الشرياني (PaO_2) إلى أقل من 50 ملم زئبق (نقص الأكسجة في الدم) وارتفاع في ضغط ثاني أكسيد الكربون الشرياني (PaCO_2) إلى أكثر من 50 ملم زئبق (فرط ثنائي أكسيد الكربون في الدم)، مع درجة حموضة الشرايين أقل من 7.35.

ARF، يفشل تضعف آليات التهوية أو التروية في الرئة. لم شت آليات الجهاز التنفسي التي تؤدي إلى الحمى الروماتيزمية الحادة ما يلي: • نقص التهوية السنخية • تشوهات الانتشار • عدم تطابق التهوية مع التروية • التحويل

نسب التهوية والتروية:

أ- النسبة الطبيعية

ب- التحويلات

ج- الفضاء الميت

د- الوحدة الصامتة



فشل الجهاز التنفسي المزمن

-يعرف الفشل التنفسي المزمن بأنه تدهور في وظيفة تبادل الغازات في الرئة والذي تطور بشكل خفي أو استمر لفترة طويلة بعد نوبة الحمى الروماتيزمية.

•عدم وجود أعراض حادة ووجود حمض تنفسي مزمن يوحي بوجود فشل تنفسي مزمن.

•هناك سببان للفشل التنفسي المزمن هما:

•مرض الانسداد الرئوي المزمن والأمراض العصبية والعضلية

الاعراض المتلازمة

•العلامات المبكرة هي تلك المرتبطة بضعف الأوكسجين وقد تشمل الأرق، والتعب، والصداع، وضيق التنفس، والجوع الهواء، وعدم انتظام دقات القلب، وزيادة ضغط الدم.

•مع تقدم نقص الأكسجة في الدم، قد تظهر علامات أكثر وضوحًا، بما في ذلك الارتباك، والحمول، وعدم انتظام دقات القلب، وتسرع التنفس، وزرقة مركزية، وتعرق غزير، وأخيرًا توقف التنفس. •النتائج الجسدية هي تلك المتعلقة بضائقة تنفسية حادة، بما في ذلك استخدام العضلات الإضافية، وانخفاض أصوات التنفس إذا كان المريض لا يستطيع التنفس بشكل مناسب، والنتائج الأخرى المتعلقة على وجه التحديد بعملية المرض الأساسية وسبب الحمى الروماتيزمية الحادة.

الإدارة الطبية

- أهداف العلاج هي تصحيح السبب الأساسي واستعادة تبادل الغازات الكافية في الرئة. • قد تكون هناك حاجة إلى التنبيب والتهوية الميكانيكية للحفاظ على التهوية الكافية والأكسجين أثناء تصحيح السبب الأساسي.

إدارة التمريض

دعاسملا في التنبيب والحفاظ على التهوية الميكانيكية
مريضات حالة الجهاز التنفسي للمريض من خلال مراقبة مستوى استجابة المريض،
ABGs، ووقياس التأكسج النبضي، والعلامات الحيوية
وتقييم الجهاز التنفسي.
ذيفنت الاستراتيجيات (مثل جدول التحول، والعناية بالفم، والعناية بالبشرة، ونطاق
حركة الأطراف) لمنع المضاعفات.
مريضات فهم المريض لاستراتيجيات الإدارة المستخدمة.
مريضات معرفة المريض بالاضطراب الأساسي وتوفير التدريس المناسب لمعالجة
الاضطراب الأساسي.

الانسداد الرئوي

(PE) • يشير إلى انسداد الشريان الرئوي أو أحد فروعِه بسبب خثرة تنشأ في مكان ما في الجهاز الوريدي أو في الجانب الأيمن من القلب.

• في أغلب الأحيان، يكون الانصمام الرئوي ناتجًا عن جلطة دموية أو خثرة. ومع ذلك، هناك أنواع أخرى من الصمات: الهواء، والدهون، والسائل الأمنيوسي، والإنتانية (من الغزو البكتيري للخرثرة).

PE • هو اضطراب شائع وغالبًا ما يرتبط بالصدمات، والجراحة (جراحة العظام، وجراحة البطن الكبرى، والحوض، وأمراض النساء)، والحمل، وقصور القلب، والعمر الأكبر من 50 عامًا، وفرط تخثر الدم.

الدول، والجمود لفترات طويلة.

الانسداد الرئوي

- على الرغم من أن معظم الخثرات الدموية تنشأ في الأوردة العميقة في الساقين، إلا أن المواقع الأخرى تشمل أوردة الحوض والأذين الأيمن للقلب.

- يمكن أن ينجم الخثار الوريدي عن تباطؤ تدفق الدم (الركود)، أو نتيجة ثانوية لتلف جدار الأوعية الدموية (خاصة بطانة الأوعية الدموية) أو التغيرات في آلية تخثر الدم (ثالوث فيرشوس).

- الرجفان الأذيني هو أيضا سبب للانسداد الرئوي.

- يؤدي تضخم الأذين الأيمن في حالة الرجفان إلى ركود الدم وتشكل جلطات في هذه المنطقة.

- تكون هذه الجلطات عرضة للانتقال إلى الدورة الدموية الرئوية.

الاعراض المتلازمة

• تعتمد أعراض PE على حجم الخثرة ومساحة الشريان الرئوي المسدود بالخثرة. قد تكون غير محددة.

• ضيق التنفس هو العرض الأكثر شيوعاً. تسرع النفس هو العلامة الأكثر شيوعاً. تعتمد مدة وشدة ضيق التنفس على مدى الانصمام.

• ألم الصدر شائع وعادةً ما يكون مفاجئاً وذات جنب. قد تكون ذبحة صدرية تحت القص وتقليدية أو احتشاء عضلة القلب.

• تشمل الأعراض الأخرى القلق، والحمى، وعدم انتظام دقات القلب، والخوف، والسعال، والتعرق الشديد، ونفث الدم، والإغماء.

نتائج التقييم والتشخيص

• تحدث الوفاة بسبب القذف المبكر عادة خلال ساعة واحدة من ظهور الأعراض. وبالتالي، فإن الاعتراف والتشخيص المبكر هما من الأولويات.

• يتضمن العمل التشخيصي • فحص التهوية والتروية، • تصوير الأوعية الرئوية، • تخطيط القلب • (S1Q3T3) دراسات الأوعية الدموية الطرفية، • وتحليل ABGs.

وقاية

• بالنسبة لأولئك المعرضين للخطر، النهج الأكثر فعالية للوقاية من القذف المبكر يكون:

- للوقاية من تجلط الأوردة العميقة • (DVT) تمارين الساق
- النشطة لتجنب الركود الوريدي،
- التمشي المبكر،
- واستخدام الجوارب الضاغطة المرنة

الإدارة الطبية

• إدارة الطوارئ هي الاهتمام الرئيسي. بعد اتخاذ تدابير الطوارئ واستقرار حالة المريض، يكون هدف العلاج هو إذابة (ليز) الصمات الموجودة ومنع تكون صمات جديدة.

• قد يشمل علاج القذف المبكر مجموعة متنوعة من الطرق:

• تدابير عامة لتحسين حالة الجهاز التنفسي والأوعية الدموية

• العلاج المضاد للتخثر

• علاج التخثر

• تدخل جراحي

إدارة الطوارئ

• يتم إعطاء الأكسجين على الفور لتخفيف نقص الأكسجة في الدم، وضيق التنفس، والزرقة المركزية.

• بدء تشغيل خطوط التسريب الوريدي لتحديد مساراتها

الأدوية أو السوائل التي ستكون هناك حاجة إليها.

• يتم إجراء فحص التروية وقياسات الدورة الدموية وتحديد • . ABGs يمكن إجراء تصوير مقطعي حلزوني (حلزوني) أو تصوير الأوعية الرئوية .

• يتم علاج انخفاض ضغط الدم عن طريق التسريب البطيء للدوبوتامين (Dobutrex) الذي له تأثير موسع للأوعية الرئوية والقصبات الهوائية) أو الدوبامين

• تتم مراقبة مخطط كهربية القلب بشكل مستمر بحثًا عن عدم انتظام ضربات القلب وفشل البطين الأيمن، والذي قد يحدث فجأة.

إدارة الطوارئ

• إذا أشار التقييم السريري وتحليل ABGs إلى الحاجة إلى ذلك، يتم **تنبيب** المريض ووضعه على جهاز التنفس الصناعي **الميكانيكي**.

• يتم إعطاء جليكوسيدات الديجيتال ، ومدرات البول عن طريق الوريد ، والعوامل المضادة لاضطراب النظم عندما يكون ذلك مناسبًا.

• يتم سحب الدم لتحليل إلكتروليتات المصل، CBC.

• إذا كان المريض يعاني من انسداد شديد وانخفاض ضغط الدم، يتم إدخال قسطرة بولية ساكنة لمراقبة إخراج البول.

• يتم إعطاء جرعات صغيرة من المورفين أو المهدئات عن طريق الوريد لتخفيف قلق المريض، وتخفيف انزعاج الصدر، وتحسين تحمل الأنبوب **الرغامي**، وتسهيل التكيف مع جهاز التنفس الصناعي الميكانيكي.

الإدارة العامة

• البدء في اتخاذ التدابير اللازمة لتحسين الحالة التنفسية والأوعية الدموية للمريض.

• **يتم إعطاء العلاج بالأكسجين لتصحيح نقص الأكسجة في الدم**، وتخفيف تضيق الأوعية الدموية الرئوية، والحد من ارتفاع ضغط الدم الرئوي. • استخدام الجوارب الضاغطة المرنة أو أجهزة ضغط الساق الهوائية المتقطعة يقلل من الركود الوريدي.

• تعمل هذه التدابير على ضغط الأوردة السطحية وزيادة سرعة الدم في الأوردة العميقة عن طريق إعادة توجيه الدم عبر الأوردة العميقة. • رفع الساق (فوق مستوى القلب) يزيد أيضاً من التدفق الوريدي.

العلاج الدوائي

العلاج المضاد للتخثر:

• يستخدم الهيبارين لمنع تكرار الصمات ولكن ليس له أي تأثير على الصمات الموجودة بالفعل. يتم إعطاؤه كبلمعة في الوريد من 5000 إلى 10000 وحدة، يتبعها تسريب مستمر يبدأ بجرعة 18 وحدة / كجم في الساعة.

يتم إعطاء الهيبارين عادة لمدة 5 إلى 7 أيام. • يبدأ تناول وارفارين الصوديوم (الكومادين) خلال 24 ساعة بعد بدء العلاج بالهيبارين لأن بداية مفعوله تكون من 4 إلى 5 أيام. يستمر استخدام الوارفارين عادةً لمدة تتراوح من 3 إلى 6 أشهر

العلاج الدوائي

العلاج التخثري:

• يعمل العلاج المذيب للخثرات على حل الخثرات أو الصمات بسرعة أكبر واستعادة الأداء الطبيعي للديناميكية الدموية للدورة الدموية الرئوية، وبالتالي تقليل ارتفاع ضغط الدم الرئوي

• وتحسين التروية والأكسجين، ويتم إيقاف الهيبارين قبل إعطاء العامل المذيب للخثرة.

• بعد الانتهاء من عملية التسريب الحالة للخثرة (والتي تختلف مدتها وفقًا للعامل المستخدم والحالة التي يتم علاجها)، يتم إعطاء المريض مضادات التخثر.

الإدارة الجراحية

• نادراً ما يتم إجراء عملية استئصال الصمة الجراحية ولكن يمكن الإشارة إليها إذا كان المريض يعاني من PE كبير أو عدم استقرار الدورة الدموية أو إذا كانت هناك موانع للعلاج الحالة للخطر.

النهاية