

مركز تعريب العلوم الصحية

ACMLS – دولة الكويت



طب الطوارئ



تأليف : د. جمال جودة

مراجعة : مركز تعريب العلوم الصحية

سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

ج	تقديم الأمين العام
هـ	تقديم الأمين العام المساعد
ز	المؤلف في سطور
ط	مقدمة المؤلف
1	الفصل الأول : مفهوم طب الطوارئ
7	الفصل الثاني : الشروط الواجب توافرها في مكان طب الطوارئ
15	الفصل الثالث : سيارة الإسعاف
27	الفصل الرابع : إدارة طب الطوارئ
31	الفصل الخامس : الحالات التي يستقبلها طب الطوارئ وكيفية التعامل معها
43	الفصل السادس : كيفية الإقلال من عدد الحالات
47	الفصل السابع : الجوانب القانونية في قسم الطوارئ
51	المراجع

تقديم الأمين العام

يعتبر طب الطوارئ من أكثر المهن التي تحتاجها المجتمعات الحديثة في ظل كثرة الحوادث وتنوعها، كما تعتبر الإسعافات الأولية ومعلوماتها وتطبيقاتها ذات أهمية كبرى في اللحظات الحاسمة في الحوادث بأنواعها المرورية والمنزلية والمدرسية وغيرها، حيث إن العمل في طب الطوارئ مهنة إنسانية واجتماعية وصحية مهمة ولها دور كبير في إنقاذ المرضى والمصابين، علاوة على أن الإصابات والأمراض تحدث بمعدل كبير جداً، وهذا يستوجب الاستعداد والقدرة على مواجهتها في حالة حدوثها، وبذل كافة الجهود الممكنة لضمان أن مقدمي الخدمات الطبية الطارئة يملكون المهارة والمعرفة والتدريب اللازم للمهام التي يؤدونها عبر أفضل معايير التدريب والتأهيل، ويعتبر أخصائي طب الطوارئ المتقدم أعلى مستوى من مستويات مقدم الرعاية الطبية الطارئة، وهو قائد فريق الرعاية الطبية الطارئة خارج المستشفى، ومهمته الأساسية هي تقديم الرعاية الطبية الطارئة خارج المستشفى. كما يستطيع إجراء بعض العمليات السريعة لإنقاذ المصابين في مواقع الإصابة وأثناء النقل.

وقد قُسم هذا الكتاب إلى سبعة فصول حيث يتناول الفصل الأول مفهوم طب الطوارئ، وفي الفصل الثاني يتم توضيح الشروط الواجب توافرها في مكان طب الطوارئ، كما يتضمن الفصل الثالث مواصفات سيارة الإسعاف، ويتحدث الفصل الرابع عن إدارة طب الطوارئ، ومن ثمَّ الحالات التي يستقبلها طب الطوارئ وكيفية التعامل معها في الفصل الخامس، وأخيراً يتطرق الفصلين السادس والسابع إلى كيفية الإقلال من عدد الحالات في قسم الطوارئ، والجوانب القانونية في قسم الطوارئ.

ونأمل أن يكون الكتاب مفيداً لكل مهتم في هذا المجال الحيوي.

والله ولي التوفيق،،

الدكتور عبدالرحمن عبدالله العوضي

الأمين العام

لمركز تعريب العلوم الصحية

تقديم الأمين العام المساعد

يتوقف نقل المعرفة من لغة لأخرى على الانفتاح الفكري والثقافي والفهم الشمولي، الذي يفعل إبداعات النقل في أجواء بعيدة عن الانغلاق أو الانكفاء على الثقافة المحلية أو ضيق مساحة التعبير عن الأشياء لأسباب سياسية أو تحيزية أو اتجاهات غير موضوعية.. الإبداع في النقل يعني القدرة على الهضم والاستيعاب والتطويع كأساس للتطوير ومن ثم الخلق.. وهذا له أهمية بالغة في تجنب حالة التصلب الفكري الناتج عن عوامل عرقية وسياسية ومذهبية.

والنقل يتأثر أيضاً بمنهجية الفكر ومدارسه وأدواته، وكذلك الإلمام بالتراث والثقافة القومية، وهذه عوامل تحفز العمليات العقلية والفكرية، وتحد من الاختلافات عند الناس والتي تعيق حركة الترجمة والنقل والنشر. ولقد وُجدَ أن من أبرز الأسباب في ضعف أو تعثر النقل من اللغات تلك التي تتعلق بإشكالية فهم التراث أو تعثر استيعاب التراث الإنساني الذي يجري نقله حيث نجد أحياناً الفكر الرفض الذي يقلل باب الاجتهاد الفكري واللغوي، ويضع القيود بإتباع أساليب مختلفة كاستعداد العقيدة والشرعية أو النعرة بالتمسك بالموروث في مواجهة المنقول الوافد.. وهذا يفسر لنا الأزمة الفكرية التي تتجلى في إعاقه تطوير اللغة ونموها.

والله ولي التوفيق،

الدكتور يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

لمركز تعريب العلوم الصحية

المؤلف في سطور

* د. جمال محمد حسين جودة

* فلسطيني الجنسية.

* حاصل على بكالوريوس الطب والجراحة العامة - جامعة المنصورة - ج.م.ع.

* عمل بمراكز الرعاية الأولية منذ عام 1986م - دولة الكويت.

* يعمل طبيباً في قسم الطوارئ - مستشفى مبارك الكبير - وزارة الصحة - دولة الكويت.



مقدمة المؤلف

يُعتبر قسم الطوارئ واجهة أي مستشفى؛ وفيه يتم التعامل مع الحالات الحرجة والخطيرة لحظة قدومها، وتشخيص حالة المريض وإجراء الإسعافات الضرورية، وتقديم العلاج المناسب لتثبيت حالة المريض أولاً والحفاظ على حياته وانتظام عمل المضخة الحيوية مثل ضخ السوائل ونقل الدم وإيقاف النزيف وتحفيز الجهاز الدوري والإنعاش القلبي والرؤي وغيرها، ومن ثم يتم تحويل المريض إلى الأخصائي لتكملة العلاج وترتيب عملية إدخال المريض إلى المستشفى وهذا يدل على ضرورة أن يكون طب الطوارئ وطبيب الطوارئ على مستوى عالٍ من الخبرة العملية والدراسة العلمية وإلمام واسع بكل الحالات الطارئة، بالإضافة إلى الحنكة الإدارية والمواصفات الشخصية والنفسية من تحمل الضغوط النفسية والإرهاق الجسدي كما يجب أن تكون له القدرة على التركيز في الظروف الصعبة والحرجة.

لذا رأينا من الضروري أن نوضح للمجتمع مفهوم طب الطوارئ والشروط الواجب توفرها في مكان طب الطوارئ أضف إلى ذلك مواصفات سيارة الإسعاف والإجراءات الإدارية والطبية عند استقبال المريض وكيفية التعامل معه للوصول إلى تشخيص حالته والإجراءات المتخذة لتحويل المريض إلى العيادات الخارجية.

كما رأينا أن نوضح أنواع الحالات التي يجب أن يستقبلها طب الطوارئ وكيفية التعامل معها والوسائل التي تؤدي إلى الإقلال من عدد الحالات المتوجهة إلى قسم الطوارئ.

ونتمنى من الله أن نكون قد حققنا الأهداف المرجوة داعين الله للجميع بموفور الصحة والعافية.

دكتور جمال جودة

الفصل الأول

مفهوم طب الطوارئ

إن طب الطوارئ تخصص طبي يعتمد على المعرفة والمهارات المطلوبة لمنع وتشخيص وعلاج الحالات الطارئة والحرية. ويعتبر قسم طب الطوارئ واجهة أي مستشفى، وهو القسم المسؤول عن استقبال الحالات الطارئة والخطيرة والحرية لحظة قدومها وفيه يتم تشخيص وعلاج هذه الحالات التي تحتاج إلى علاجات طبية سريعة ويقوم العاملون في هذا القسم من أطباء وممرضون ومسعفون وإداريون بتطبيق نظام الفرز في ممارستهم، حتى يتم فرز هذه الحالات الطارئة والحرية وتقديم الخدمات الطبية المناسبة في الوقت المناسب وبدون تأخير، وبهذا لا يختص هذا الفرع من الطب على العلاج المستمر أو طويل الأمد، ولكن يقدم الخدمات الطبية التي تساعد على تحسين العلاج المزمع للمرضى ومساعدتهم في حالة انتكاسة مرضهم، ولا يقتصر هذا التخصص على تقديم الخدمات في قسم الطوارئ فقط بل يمتد إلى خارج المستشفى حيث يقوم الفريق الطبي المتخصص المتنقل من الوصول المبكر إلى موقع الحدث وبعدها يتم فرز الحالات الحرية إلى حالات طارئة وحادة وميؤوس منها وتقديم الخدمة المناسبة في موقع الحدث من إنعاش قلبي ورئوي مبكر للمريض وتقديم الإسعافات الأولية للمصابين من إيقاف النزيف والعلاج الأولي للكسور ونقلهم بأقصى سرعة، ولتقديم هذه الخدمة يجب أن يكون هناك تعاون مشترك بين الفرق الطبية للطوارئ والدفاع المدني والمرور والنجدة والوحدات الخاصة ولا ننسى مشاركة أفراد المجتمع في ذلك الذين يجب أن يكونوا على درجة عالية من الثقافة بمبادئ الإسعافات الأولية.

يمكن تعريف مفهوم طب الطوارئ على أنه: مجموعة من العناصر المترابطة والمتكاملة التي تهدف إلى إنقاذ حياة المرضى، ومجموع هذه العناصر خمسة عشر سنفصلها في الفقرات التالية.

1 - الأفراد والأشخاص (Personelle):

ليس بالضرورة أن يكونوا أطباء أو أشخاصاً متعلمين فقد يكون شخصاً عادياً ماراً بجانب المصاب وساعده في إزاحة الأخطار المحدقة به.

2 - التدريب (Training):

يشمل دورات الإسعافات الأولية البدائية والمتقدمة والمذاعة عبر وسائل الإعلام المختلفة أو عن طريق دورات متخصصة تقام من خلال جمعيات الهلال الأحمر أو الصليب الأحمر. وتشمل هذه المهارات كيفية استخدام أجهزة التنفس الصناعي وعمليات إنعاش القلب.

3 - وسائل الاتصال (Communication):

ونقصد بها تحديد رقم هاتفي سهل الحفظ لطلب سيارة الإسعاف من قسم الطوارئ وإبلاغه بالحضور لوجود حالة طارئة في مكان ما.



(الشكل 1) : وسائل الاتصال

4 - نقل المصاب (Patient transport):

يعتبر نقل المريض للأمان جزءاً أو مرحلة مهمة من مراحل عملية الإسعاف، وسواء كانت سيارة الإسعاف عادية أو مجهزة بالكامل، فإن أهم ما يجب توافره فيها هو التأكد من أن مكان جلوس المسعف مناسب لرؤية المصاب مباشرة دون عائق.

5 - الإمكانيات (Facilities):

يختار أهل المصاب المستشفى المفضل لديهم لعلاج مصابهم، إلا إذا كان شديد البعد عن مكان الحادث عندها يحدد المسعف إلى أي مستشفى سيتجه، وتصنف المستشفيات من قبل الهيئات الحكومية حسب إمكانياتها والتخصصات التي تقدمها للمرضى ومن بعد ذلك تقيم مستوى الخدمة تبعاً للعلاج المقدم ووضع المرضى بعد الخروج من المستشفى. ولقد برزت في الآونة الأخيرة مستشفيات تخصصت فقط باستقبال الحالات الطارئة فقط، أو التي خصصت قسماً خاصاً كاملاً للحالات الطارئة وهذا بالطبع يرفع من قيمة هذه المستشفى.

6 - وحدات الرعاية الحرجة (Critical care units):

تتبنى بعض مراكز الإسعاف سياسة نقل المريض مباشرة إلى المركز التخصصي للحالات الحرجة الذي تراه مناسباً لحالة المريض بدلاً من نقله إلى المستشفى العام، ومن ثم إلى مركز الرعاية الحرجة التخصصية؛ حيث تشمل هذه الحالات: الولادة، الحروق، الكسور، اختناق المولود الجديد، وضمنياً يفهم أن هذه الحالات سيتم نقلها إلى مستشفى الولادة، أو مستشفى الحروق، أو مستشفى العظام لعلاج الكسور، أو مستشفى المواليد الجدد تبعاً.

7 - وكالات السلامة العامة (Public safety agencies):

تشمل هذه الوكالات مراكز الشرطة ومراكز الإطفاء ولا يتوقف دورهم في التحقيق بالحالة أو إطفاء الحريق فقط، بل يجب أن يتداخل عملهما مع عمل قسم الطوارئ، وكذلك يجب على قسم الطوارئ أن يعرف كيفية أداء هذه المراكز وكيف

ومتى يمكن أن يطلبها للمساعدة؟ وخصوصاً أن طاقم هذين المركزين هم من يلتقون المصاب للوهلة الأولى، ولذا فقد تبنت بعض مراكز الشرطة تزويد سيارات النجدة بأجهزة الصدمة الكهربائية القلبية وتعليم طاقمها كيفية استخدامها.

8 - اشتراك الأفراد:

يلعب أفراد المجتمع دورين هامين للارتقاء بالخدمات الإسعافية **أولها:** تمويل القسم بالتبرعات المادية أو العينية **ثانيها:** الاتصال بمراكز الإسعاف وقت وقوع الحادث.

9 - سهولة الحصول على الخدمة (Access to care):

لا يميز قسم الطوارئ الناجح بين الأفراد في سهولة الحصول على الرعاية، فيتساوى عنده الأبيض والأسود والغني والفقير الذي لا يقدر أن يدفع ثمن العلاج ولكن هناك ما يعوق تطبيق هذه السياسة **أولها:** ارتفاع عدد المراجعين للقسم **وثانيها:** انشغال طاقم قسم الحوادث بعلاج حالة صعبة؛ مما يزيد فترة الانتظار لبقية المراجعين.

10 - نقل المصاب بين مراكز الخدمة (Transfer of care):

يتطلب عند بعض المواقف نقل المصاب من مركز لآخر، إما لتلقي رعاية حثيثة متخصصة مثل علاج الحروق، أو لعدم توفر أسرة لكل الحالات وخصوصاً عند حدوث الكوارث مثل الزلازل، عندها يجب الاتصال بالمركز المستقبل، والتأكد من توفر أماكن للمصاب المنقول ولتزويد الطبيب بمعلومات عن حالة المريض.

11 - تسجيل البيانات

:(Standardization of patients records)

تتوفر لدى مراكز الإسعاف نماذج محفوظة ثابتة يسجل فيها المسعف بيانات

المصاب ونبذة موجزة عن حالته وقت معاینته لأول وهلة وحالته وقت النقل إلى مركز الخدمة.

12 - ثقافة الأفراد وتعليمهم (Public culture and education):

يجب على الهيئات المسؤولة توعية الناس بدورهم في منظومة طب الطوارئ، ويمكن تنفيذ هذا الهدف على أرض الواقع من خلال اتباع الأمور التالية:

- أ - يجب تنبيه الأفراد عن وجود قسم طوارئ في البلد.
- ب - يجب تعليم الأفراد أساسيات الإسعافات الأولية.
- ج - يجب تزويد الأفراد بخريطة توضح عنوان مركز الخدمة.
- د - يجب أن يدرك الفرد أن نقل المصاب إلى مركز الخدمة يتحدد برغبة المصاب نفسه، أو أهله وخصوصاً في الحالات المستعصية أو الميؤوس منها.

13 - الاستقلالية في مراجعة وتقييم الحالات (Independent review and evaluation):

يجب أن نمارس الاستقلالية والحيادية في تقييم قسم الطوارئ، وألا نحكم أن هذا القسم عاجز أو مقصر في حالة تدهور حالة شاذة من ضمن آلاف الحالات التي يتم علاجها بكفاءة في نفس القسم.

14 - الاتصال بمراكز الكوارث (Disaster linkage):

تُعتبر الصلة بين قسم الطوارئ ومراكز الكوارث من الأهمية بمكان لفهم احتمالات حدوث أي كارثة متوقعة (مثال مركز تقصي الزلازل)، وبالتالي تزويد مركز الكوارث بمعلومات عن إمكانات القسم، وكم حالة يمكنه التعامل معها في حالة حدوث كارثة؟



(الشكل 2) : تعاون أفراد مراكز الكوارث

15 - الاتفاق على التعاون مع أقسام الطوارئ خارج المدينة أو البلد (Mutual aid agreement):

يلعب هذا التعاون دوراً هاماً في حالات خاصة مثل ضحايا الحروب والكوارث الطبيعية مثل الفيضانات.



الفصل الثاني

الشروط الواجب توافرها في

مكان طب الطوارئ

يعتبر قسم الطوارئ وحدة متكاملة للمستشفى، وانطباع المترددين على هذا القسم يؤثر بصورة مهمة على انطباع المجتمع لهذا المستشفى. ويقوم قسم الطوارئ باستقبال المرضى من مختلف الفئات العمرية والتشخيصات المتباينة، ومن ثم تثبيت المرضى المترددين على المستشفى سواء كانت حالتهم طارئة أو مستقرة، وبالإضافة إلى ذلك يقوم باستقبال وعلاج ضحايا الكوارث والتي تعد جزءاً هاماً من الخطة الموضوعية في هذا القسم. ولضمان أداء هذه المهمة يجب مراعاة المساحات والتصاميم المناسبة عند إنشاء قسم الطوارئ، كما يجب مراعاة إمكانية توسيع القسم في المستقبل ليوكب النمو المتوقع وزيادة الحاجة الصحية للمجتمع.

تحديد المساحات الرئيسية:

يتقيد تحديد المساحات بالمناطق الوظيفية الرئيسية للقسم ويمكن تقسيمها

إلى:

- منطقة إدارية.
- منطقة الاستقبال والفرز والانتظار.
- منطقة الإنعاش
- منطقة معالجة الحالات الحرجة.

- منطقة الاستشارات ومعالجة الحالات المستقرة.
- منطقة للموظفين.
- منطقة خاصة لأهالي المرضى لمقابلة الأطباء والاستفسار عن مرضاهم.
- منطقة عمليات وضمد وتثبيت الكسور بالجبس.
- منطقة تشخيصية وتشمل المختبر وقسم الأشعة والتصوير المقطعي المحوسب.
- منطقة إقامة طارئة.
- الصيدلية.
- منطقة خدمات.

ويجب مراعاة سهولة الوصول السريع إلى كل منطقة، كما يجب أن تكون منطقة الإنعاش ومناطق معالجة الحالات الحرجة والحالات المستقرة قريبة من بعضها البعض، ويجب مراعاة سهولة الوصول إلى الأقسام الأخرى للمستشفى مثل قسم العناية المركزة، وقسم عناية القلب المركزة وغرفة العمليات الرئيسية، وبنك الدم، حيث إن الوصول السريع وتقليل وقت نقل المرضى مهم جداً في بعض الحالات الحرجة مثل حالات النزيف الداخلي، وفيما يلي شرح مختصر لبعض تلك المناطق:

موقع قسم الطوارئ ومواقف السيارات:

إن قسم الطوارئ يجب أن يُحدَد بالطابق الأرضي ويجب أن يُميّز بشكل واضح بحيث يمكن رؤيته من جميع الجهات سواء بأوقات النهار أو الليل للتأكد من سهولة الوصول إليه، ويجب أن يكون لقسم الطوارئ مدخلان، مدخل خاص للمرضى الذين يتم نقلهم بسيارة الإسعاف والشرطة والمدخل الآخر للمرضى الآخرين الذين يتم نقلهم بوسائل أخرى، ويجب مراعاة إمكانية سهولة وقوف هذه العربات عند المدخل المناسب لها.

الشروط الواجب توافرها في مواقف السيارات:-

- مواقف خاصة للطواقم الطبي والإداري وذلك للتأكد من سهولة وصولهم لقسم الطوارئ في حالة النداء المستعجل.

- مواقف خاصة لسيارات الإسعاف والشرطة.
- مواقف خاصة لسيارات الأجرة والسيارات الخاصة.
- يجب أن يتوفر مهبط خاص للطائرات المروحية مع مراعاة قربه من عربات الإسعاف.

منطقة الإداريين والاستعلامات والسجلات:

يقوم موظفو الاستعلامات باستقبال المرضى وتوجيههم إلى منطقة الفرز، بعد تقييم المرضى في هذه المنطقة يتم توجيههم أو مرافقتهم مرة أخرى إلى منطقة الاستعلامات والسجلات لتدوين المعلومات اللازمة للسجلات الطبية.

منطقة الاستقبال والفرز:

يجب أن تتميز هذه المنطقة بموقع يمكن للعاملين بها من ملاحظة ورؤية مداخل القسم وقسم السجلات ومنطقة انتظار المرضى كما يجب أن يؤدي المدخلان الخاصان بقسم الطوارئ إلى هذه المنطقة.



(الشكل 3) : منطقة الاستقبال والفرز

أهداف قسم الفرز:

- التعرف السريع على المصابين بحالات حرجة أو حالات مهددة بالموت.
- تقرير مكان علاج الحالات كل حسب درجة خطورتها (مثلاً حالة السكتة القلبية تذهب لغرفة الإنعاش).
- تقليل تكدس المراجعين عند غرفة العلاج.
- تزويد الحالات بتقييم مستمر لحين عرضه على الطبيب.
- تزويد المريض والأهل بخصوص نوعية الرعاية التي سيتلقاها والعناية المتوقعة وفترة الانتظار.
- المساهمة بإعطاء الطبيب معلومات تفيدته عن مقياس حدة الحالات.

مقياس حدة الحالات:

وضع مقياس حدة الحالات لتنشيط قسم الفرز في قسم الطوارئ، وهدفه الرئيسي هو تمييز الحالات الأكثر حرجاً، والتي تحتاج رعاية من قبل الآخرين، ويصنفها إلى مراحل، **المرحلة الأولى:** حالات الإنعاش، **المرحلة الثانية:** الحالات الحرجة، **المرحلة الثالثة:** الحالات الطارئة، **المرحلة الرابعة:** الحالات شبه الطارئة و**المرحلة الخامسة:** الحالات العادية.

يقوم هذا القسم أيضاً بقراءة العلامات الحيوية (سرعة نبض القلب، وسرعة التنفس، ومقياس ضغط الدم، ودرجة الحرارة) وتقييم درجة الألم بالإضافة إلى قياس الوزن، ويقوم أيضاً بأخذ فكرة عن أهل المريض، كيف يتعاملون مع المريض، وهل يفعلون بطريقة مناسبة للموقف وعن استعدادهم لمتابعة المريض أثناء وجوده في المستشفى أو البيت.

منطقة الانتظار:

وتتميز هذه المنطقة بمساحات واسعة ومتلازمة لانتظار المرضى وأقربائهم ومرافقيهم، مع مراعاة سهولة حركة كراسي المعاقين، ويجب أن تكون مفتوحة وسهلة المراقبة من منطقة الفرز والاستقبال.

جدول (1): مقياس حدة الحالات

المرحلة	تعريف المرحلة	أعراض المريض	التشخيص
المرحلة الأولى (يجب أن يصل الطبيب لحظتها)	الحالات المهددة للحياة أو مؤدية للإعاقة	توقف التنفس الصدمة الإغماء توقف القلب والرئتين	الغيبوبة الصرع التضييق التنفسي فقد الوعي الحروق المنتشرة حوادث الطرق النزف الشديد السكتة القلبية
المرحلة الثانية يصل الطبيب خلال 15 دقيقة	الحالات التي قد تؤدي للموت أو الإعاقة	تضييق تنفسي متوسط الحدة تذبذب درجة الوعي الجفاف إصابات متعددة	تسمم الدم الربو الشعبي الحاد الصرع بعد الهجمة النوبة الكيتونية لداء السكري الكسور المفتوحة
المرحلة الثالثة يصل الطبيب خلال 30 دقيقة	الحالات التي قد تؤدي إلى إعاقة غير مستديمة	شخص واعى إصابة طفيفة ثبات القراءات الحيوية له مثل دقات القلب وضغط الدم	الحروق البسيطة الكسور البسيطة الالتهاب الرئوي بدون تضييق تنفسي
المرحلة الرابعة يصل الطبيب خلال ساعة	حالات مزمنة أو متعلقة بعمر المريض	تقيؤ وإسهال خدوش بسيطة بالجلد	مرضى ضغط الدم
المرحلة الخامسة يصل الطبيب خلال ساعتين	حالات عادية عمل تحاليل مخبرية	ثبات القراءات الحيوية	حالات النزلة المعوية بدون جفاف



(الشكل 4) : منطقة انتظار المرضى في قسم الطوارئ

منطقة العلاج:

منطقة علاج الحالات المستقرة والاستشارات الطبية، ويجب أن تزود بالأجهزة اللازمة لعلاج الحالات المستقرة مثل حالات الأنف والأذن والحنجرة، وحالات طب العيون.

غرفة الإنعاش:

وهي مخصصة لعلاج الحالات الخطرة الحرجة والمصابين إصابة خطيرة وتتميز هذه الغرفة بالتالي:

- 1 - أسرة خاصة للإنعاش (غرفة العناية المركزة: "ICU" Intensive care unit).
- 2 - مساحات كافية يمكن للفريق الطبي والأجهزة بالحركة حول منطقة العمل.
- 3 - أجهزة وأدوات خاصة للإنعاش القلبي وعلاج الإصابات الحادة وأجهزة المراقبة الطبية.
- 4 - التصوير الطبي.
- 5 - موقع سهل الوصول إليه من مدخل الإسعاف ومنطقة الفرز والملاحظة ومناطق العلاج الأخرى.

منطقة علاج الحالات الحادة:

يتم فيها علاج الحالات الخطرة الحادة، وتزود هذه المنطقة بالأسرة الخاصة لهذه الحالات، وتفصل بين الأسرة مساحة لا تقل عن مترين، وتوضع هذه الأسرة بموقع مناسب بحيث يسمح بمراقبتها مباشرة من موقع الفريق الطبي المعالج وتزود هذه المنطقة لجميع الأجهزة، والإمكانات الطبية الخاصة وجميع الخدمات الأخرى.

منطقة علاج حوادث الأطفال:

تشكل حوادث الأطفال 5-15٪ من مجمل عدد حالات استقبال الحوادث بالجملة، لذا كان لابد من تخصيص قسم لهم، وتندر حالات السكتة القلبية عند الأطفال، بينما نجد معظم الحالات تكون عبارة عن نوبات حادة من الربو الشعبي، أو الاختلاجات العصبية أو إصابات المنزل والطرق المتعمدة أو غير المتعمدة.

غرف خاصة (العزل):

تستخدم لعلاج الحالات التي تحتاج إلى عزل أو تتطلب سرية، أو أن تكون هذه الحالات مصدر عدوى للآخرين.

غرفة العمليات:

تنقسم غرفة العمليات إلى غرفة للعمليات الصغرى وغرفة لعلاج الجروح والضماد، وغرفة لبعض الإجراءات الخاصة مثل: بذل النخاع الشوكي، بذل السائل البلوري، بذل السائل الصفاقي أو شق القفص الصدري، وغرفة خاصة لعلاج الكسور وثبيتها بالجبس.



الفصل الثالث

سيارة الإسعاف

سيارة الإسعاف هي سيارة لنقل المرضى أو المصابين من وإلى أماكن المعالجة من مرض أو جرح، وقد يستعمل التعريف لسيارة الإسعاف على أنه سيارة تُستخدم لجلب العناية الطبية خارج المستشفى، وعندما تستقر حالته في موقع الحادث يُنقل إلى المركز الطبي لمتابعة العلاج وإجراء الفحوصات اللازمة، وقد تُستعمل أيضاً لنقل أحد أفراد الطاقم الطبي لتزويد العلاج للمصاب أينما كان، تُزود سيارة الإسعاف الاعتيادية بضوء تحذيري لامع مع صوت صفارة إنذار لتسهيل مرور حركتها هذا، وقد تستخدم الحافلات الصغيرة والطائرات والسفن لنقل الرعاية الطبية والمرضى.

أنواع سيارات الإسعاف:

- سيارة الإسعاف الطائرة (المجهزة):

هي أكثر الأنواع شيوعاً وتقوم بتزويد العناية للمرضى ذوي الحالات الحرجة أو حالات الجروح الخطرة.



(الشكل 5) :

سيارة الإسعاف الطائرة

- سيارة الإسعاف لنقل المريض المستقرة حالته:

تقوم هذه السيارة بنقل المريض المستقرة حالته من وإلى مركز الخدمة مثل مركز غسيل الكلى أو إلى مراكز رعاية المسنين والأحداث.

- سيارة الإسعاف البدائية:

هي صغيرة وغير مجهزة ولا يمكن أن تسعف المريض وتحتاج دائماً سيارة إسعاف مجهزة تصاحبها وتساعد على نقل المريض.

- دراجة بخارية:

تستعمل في الدول النامية للرد السريع في حالة الطوارئ، كما يمكنها أن تتحرك في الأماكن المزدحمة، وقد تستخدم لنقل المريض إلى سيارة الإسعاف الحقيقية.

- الطائرة المروحية:

تُستخدم للأماكن البعيدة، ولكن يشترط وجود مطار لهبوطها وتنقل الحالات الحرجة في وقت قصير.



(الشكل 6) :

الطائرة المروحية

- الطائرة بالمحرك:

قد تقل المرضى مع أطبائهم بين القارات أو البلدان البعيدة أو الجزر وسط المحيط.

- السفن:

استخدمت خصيصاً كمستشفى متنقل للقوات العسكرية البحرية، وإنقاذ حالات الغرق ونقلها إلى المركز الطبي المناسب، عادة ما تزود سيارة الإسعاف بشعار مثل الهلال الأحمر أو الصليب الأحمر، وقد عرضت هذه الرموز في إتفاقية جنيف باتفاق كل الدول الموقعة عليها.

التجهيزات الواجب توافرها في سيارة الإسعاف:

* المعدات الطبية والأدوات:

- ناقلة مريض مناسبة مزودة بفرشة وأحزمة.
- ستائر جانبية وخلفية.
- مروحة صغيرة.
- حامل ملابس بسيط.
- خزان أكسجين مع منظم وصمام
- خزانة الأدوية.
- كرسي مريح لثلاثة أشخاص.



(الشكل 7) : ناقلة المريض

* أدوات الإسعافات الأولية:

- المقص الجراحي.
- لوح تثبيت الكسور.



- مقياس حرارة زئبقي.
- سماعة طبية.
- شاش معقم.
- رباط ضاغط مناسب.
- سائل معقم.
- أدوية.
- بطاريات.

(الشكل 8) : أدوات الإسعافات الأولية

* أدوات التنبيه

- صفارة بنغمة خاصة بالإسعاف.
- ضوء متذبذب على الجوانب والقمة من الخارج ومن الخلف.
- مصدر كهربائي.
- مكبر صوت لإفساح المارة لإفساح الطريق.
- إضاءة داخلية مركزة على المريض.

* أدوات الأمان:

- طفاية حريق.
- إطار إضافي.
- صندوق عدة.

إن وجود سيارات الإسعاف في أي بلد تعكس التطور الحضاري لتلك البلد ويعكس اهتمام المسؤولين بصحة السكان، إلا أنه قد تعترض مهام السيارة بعض المعوقات مثل بعد المسافات والازدحام المروري، وقلة الأيدي الماهرة بالإسعافات الأولية. وما زالت بعض الأمور غير الواضحة بالنسبة لدور المسعف وسيارة الإسعاف في تقرير حال المريض، هل يعطي الطبيب ثقته الكاملة للمسعف لإنقاذ المصاب على الرغم من قلة خبرته في هذا المجال؟ هل يتصرف المسعف وحده إذا ما واجهته حالة خطيرة جداً أم لا يتصرف وحده ويعرض نفسه للمساءلة القانونية؟ ما

مدى فاعلية الإسعافات الأولية في التقليل من مضاعفات الإصابات، وغيرها من الأمور التي لم يتوصل إلى قرار ثابت بشأنها. وإلى أن يتوصل إلى اتفاق يبقى المريض هو الهم الأول للطبيب والمسعف أو أي شخص متواجد مكان الحادث.

نقل المصاب:

يستقبل قسم الطوارئ حالات مختلفة بدرجات متباينة في الخطورة والنوع، وعلى هذا دعت الضرورة لإيجاد وسيلة لنقل المريض إلى مراكز ثانوية متخصصة لعلاج أمراض معينة (مثلاً مرضى القلب يحتاجون رعاية معينة نجدها في مستشفى متخصص لأمراض القلب)، إذن كيف السبيل إلى ذلك؟ وما هي الاحتياطات الواجب اتخاذها لنقل المريض؟



(الشكل 9) : يوضح الشكل كيفية نقل المصاب

يتألف فريق نقل المصاب بالحالات الحرجة من المرحلتين الأولى والثانية – على الأقل – من شخصين ويجب أن يكون أحدهما ممرض والشخص الآخر إما

مسعف أو أخصائي إنعاش رئوي أو طبيب مقيم، والهدف من جمعهما معاً هو تزويد المصاب بما يلزمه من إسعافات أولية خلال رحلة نقله إلى مكان آخر، وبذلك تقل نسبة المضاعفات التي قد تحدث له خلال هذه الفترة، ومن تلك المضاعفات اضطراب القراءات الحيوية للمريض، وتعطل وظيفة جهاز التنفس الصناعي أو انسداد الحقنة الوريدية، أو حدوث سكتة قلبية مفاجئة خلال عملية النقل. وللتقليل من احتمال حدوث هذه المضاعفات يمكن عمل الآتي: تقديم الإنعاش الرئوي للمريض قبل نقله، تزويد فريق النقل بأجهزة تقصي معتبرة للالتقاط المبكر لأي خلل بالعلامات الحيوية، وشرح الحالة من قبل الطبيب المعالج بالتفصيل للفريق الناقل حتى يكونوا على دراية بخطورة الوضع، والتصرف بحكمة حيال أي تدهور في الوضع.

التحضير للنقل:

* الأجهزة والمعدات:

يُفضل تزويد الفريق بأجهزة صغيرة الحجم خفيفة الوزن وثابتة عند التنقل، كما يجب إجراء الصيانة الدورية على هذه الأجهزة، واستبدالها في حالة حدوث عطل ما فيها وتوفير بطاريات إضافية لها، والتأكد من صلاحيتها قبل مغادرة المكان، والجدول رقم (2) يوضح هذه الأجهزة ووظائفها.



(الشكل 10) : جهاز قراءة العلامات الحيوية

جدول (2) الأجهزة والمعدات اللازمة أثناء عملية النقل

اسم الجهاز	الوظيفة
أجهزة قراءة العلامات الحيوية	قياس سرعة نبض القلب قياس ضغط الدم قياس نسبة أكسجين الدم قياس الحرارة
أجهزة ضخ السوائل الوريدية	نقل السوائل أو الأدوية عبر الوريد
عدة الإنعاش	أنبوب التنفس الصناعي نقل السوائل للقلب مباشرة (Central line) عدة لشق القفص الصدري عدة لبذل نقي العظم
الأدوية والمحاليل الوريدية	أدوية الإنعاش أدوية الضخ الوريدي المهدئات أدوية التخدير عقار المضاد الحيوي المحاليل الوريدية (أو الدم إن لزم الأمر)
أنبوب أكسجين	حالات نقص الأكسجين
جهاز التنفس الصناعي	حالات توقف التنفس
ملف المستندات	ملف المريض معلومات النقل معلومات للأهل أرقام الهواتف
ملابس حماية	ملابس دافئة ملابس للتبديل غطاء مناسب للقدمين
هاتف محمول	الاتصالات الضرورية

وسيلة النقل:

تتقرر نوعية وسيلة النقل تبعاً لأكثر من عامل أهمها درجة حدة الحالة، توفر الوسيلة البرية أو الجوية، البعد المكاني والزمني لعملية النقل، الازدحام المروري وحالة الطقس. وبناءً على ذلك تتقرر وسيلة النقل. الجدول رقم (3) يوضح مزايا وعيوب وسائل النقل المختلفة.

جدول (3): مزايا وعيوب وسائل النقل المختلفة

الوسيلة	
* سيارة الإسعاف	
المزايا	نقل فوري للمريض من قسم الطوارئ مساحة واسعة
العيوب	إمكانية التوقف لإجراء أي تغيير أو تعديل بوضع المريض بطيئة
* الطائرة المروحية	
المزايا	نقل سريع
العيوب	يمكنها الهبوط عند موقع الخدمة مساحة ضيقة مزعجة تحرك الأجهزة بالاهتزازات تتأثر بالطقس
* طائرات النقل	
المزايا	النقل لمسافات بعيدة
العيوب	مزعجة تحرك الأجهزة بالاهتزازات تتأثر بالطقس تحتاج قوى عاملة إضافية للنقل من وإلى المطار

تحضير المريض للنقل:

1 - المبادئ الأساسية لمغادرة المستشفى عن طريق الإسعاف:

يجب أن يُعد المريض جيداً لنقله إلى مكان رعاية آخر بصورة آمنة على صحته، لذا فإن وسيلة النقل تعتبر مركزاً صحياً متنقلاً أُعِد خصيصاً لهذا الغرض، ولكي نرقى بمستوى الخدمة فإنه يجب أن نتبع منهجاً منظماً في ترتيب المكان، والتأكد من أن الجهة المستقبلة للمريض جاهزة لاستقباله.

2 - أدوات الإنعاش الرئوي القلبي:

يجب أن نتأكد أن المريض موصل بإحكام إلى أجهزة التنفس الصناعي - في حالة احتياجه إليها أثناء النقل - وأن يعرف الناقل كيف يتصرف إذا فلت جزء من هذا الجهاز عن المريض، والأفضل استخدام أجهزة التنفس الصناعي المحركة بالبطاريات عن استخدام الأدوات اليدوية، يفضل أيضاً إجراء تحليل نسبة غازات الدم للمرضى المنقولين على أجهزة التنفس الاصطناعي. كذلك يجب التأكد من فاعلية عمل جهاز الشفط، وأن أنبوب الأكسجين ممتلئ وليس فارغ.



(الشكل 11) : أدوات الإنعاش الرئوي القلبي

3 - الحفاظ على الدورة الدموية:

يجب التأكد من أن المحاليل الوريدية تعمل بكفاءة وأن أماكن وضع الحقن الوريدية سالكة، وإن تعطل عملها لأي سبب فإن إعطاء السوائل عن طريق نقي العظم أصبح لازماً، ولذا يجب - كما ذكرنا آنفاً - أن يتقن الناقل هذه المهارة.

4 - التأكد من سلامة الأجهزة والتوصيلات:

يجب التأكد من أن أجهزة مراقبة المريض تعمل بكفاءة أثناء النقل وأهمها جهاز قياس ضغط الدم وقياس دقات القلب، يجب متابعة كمية البول التي يخرجها المريض عن طريق خرطوم جمع البول، وكذلك أن خرطوم التغذية من الأنف يعمل على ما يرام.

5 - استخدام المهدئات والأدوية المنومة:

يجب التأكد من أن المريض لا يتألم قبل النقل وإن كان كذلك يجب إعطاؤه المسكن المناسب قبل نقله، والتأكد من توفر كمية إضافية منه داخل وسيلة النقل المراد استخدامها، أما في حالة استمرار إحساسه بالألم بالرغم من إعطائه جرعة الدواء، عندها يمكن إعطاؤه المسكن عن طريق مضخة متواصلة تعطيه الدواء على دفعات قليلة فترة النقل.

6 - إعداد الملفات والسجلات:

يجب إحضار ملف المريض والأوراق التي تخص تحاليله وأي فحص تم عمله له، كذلك يجب التأكد من أخذ دليل هواتف المستشفيات القريبة من المنطقة تحسباً لأي طارئ يطرأ على المريض، ومن خلال الاتصالات الهاتفية أيضاً يتم تبليغ المكان المستقبل بقرب وصول الحالة ليكونوا جاهزين لاستقباله.

تنبيهات تخص النقل عن طريق الطائرة:

يتأثر وضع المريض المنقول عن طريق الطائرة بعدة عوامل متعلقة بالمحيط الجوي في الطبقات العليا، أهمها:

1 - قانون بويلز (Boyle's law):

يتمدد الغاز عند الارتفاع عن سطح الأرض، لذا يجب تفريغ المنطقة المحيطة بالركبتين من الهواء المنحبس فيه.

استرواح الصدر (تهوية الصدر) (Pneumothorax):

عند بعض مرضى الحالات الحرجة، ويجب تثبيت خراطيم التنفس الصناعي سواء الموصولة من الفم أو من القصبة الهوائية.

أنبوب داخل الرغامى (القصبة الهوائية) (Endotracheal tube):

كذلك يجب توصيل خرطوم من الفم إلى المعدة كي نمنع انتفاخ المعدة أثناء الطيران، ولا يغيب عن أذهاننا أن نراقب درجة وعي المريض وفي حالة تدهوره أثناء النقل عندئذ يجب التفكير بأن زيادة الضغط داخل التجاويف الدماغية هو السبب والتصرف الفوري حيال ذلك.

2 - زيادة متطلبات الأكسجين:

تنخفض نسبة الأكسجين الجوي في الطبقات العليا، ولذلك نجد احتياجات المريض من الأكسجين تزداد وخصوصاً مرضى الاعتلال التنفسي.

3 - الضوضاء:

تؤدي الضوضاء إلى صعوبة التواصل بين أفراد الطاقم، وكذلك إلى صعوبة سماع دقات القلب بالسماعة الطبية.

4 - انخفاض درجات الحرارة:

يجب مراقبة درجة حرارة المريض من وقت لآخر وتزويده بالملابس اللازمة لتدفئته إذا لزم الأمر.

5 - الاهتزاز والاضطراب:

تسوء هذه الأحوال في الجو الحار وهبوب عواصف رملية، كذلك التغير المفاجئ في حركة الطائرة قد يؤذي المريض لذا يجب تأمين مكان ثابت للمريض.

6 - الجفاف:

إن حدوث الجفاف لدى المريض قد يكون ناجماً من قلة نسبة رطوبة الهواء في الطبقات العليا، لذا فإن تزويد المريض بكمية من السوائل أمر مهم جداً.

7 - التسارع والتباطؤ:

تؤثر عملية إقلاع وهبوط الطائرات المحركة إلى تغير مفاجئ بالتروية الدموية لشرايين الدماغ، لذا يجب وضع رأس المريض بحيث يكون باتجاه غرفة القيادة عند رأس الطائرة.



الفصل الرابع

إدارة طب الطوارئ

تتفاوت الحالات التي تصل إلى القسم من ناحية نوعية الحالات ودرجة حدة الإصابة، لذا فإنه من المفروض على إدارة القسم تخصيص مناطق مختلفة من القسم لاستقبال وفرز الحالات، ومن ثم تقديمها للطبيب بالأولويات فالحالة الأكثر حدة تصل للطبيب قبل «الحالة الباردة»، وهكذا نضمن جودة الخدمة وحسن التنظيم.

لا يمكن لأي منظومة علمية كانت أو أدبية أن لا يكون لها إدارة تنظم عملها وتحدد موظفيها وتقيم أداءها. لذا فإن إنشاء إدارة مستقلة لقسم الطوارئ أمر بديهي لضخامة عدد العاملين بها ولجسامة المهام المناطة بهم. ومن أهم الأمور التي يجب أن توضع في الاعتبار عند إنشاء إدارة قسم الطوارئ ما يلي:

- 1 - عند تجهيز القسم بالأيدي العاملة، فإنه يجب اختيار أطباء من الكفاءات العالية الموثوق بهم، وكذلك الهيئة التمريضية الماهرة.
- 2 - يجب تخصيص أفراد من الهيئة الطبية لمتابعة الأمور الإدارية للقسم، وتتبع ما يستجد عبر الكتب والمجلات والشبكة العنكبوتية من تطورات، للرقى بخدمات القسم والضلوع بإجراء الأبحاث العلمية
- 3 - يجب تجنيد الأطباء ذوي الخبرة لتدريب الأطباء حديثي الإنضمام للقسم، أو الأطباء الذين يعملون في مراكز الصحة الأولية.
- 4 - زيادة عدد العاملين بالقسم ليتناسب مع حجم العمل.

وبما أن عدد الحالات التي تصل إلى القسم يتباين من وقت لآخر؛ فإن تجنيد أطباء أكفاء يعد أمراً ضرورياً لتحسب أي طارئ في أي وقت، وكذلك الهيئة التمريضية يجب أن تتوفر بعدد كافي، وتكون تحت قيادة مدير كفؤ ويفضل أن يكون

استشارياً ليستفاد من خبرته العلمية والعملية، وهو من يقرر عدد العاملين بالقسم والمهام المناطة بكل منهم وتحديد ساعات العمل لعدد العاملين في كل وردية. ومن المهام التي يقوم بها مدير القسم أن يعين أطباء ذوي خبرة للإشراف على المتدربين وتعليمهم أسس الإسعافات الأولية وكيفية إعطاء الأدوية الوريدية ومتى يطلب التحاليل المخبرية ونوعها وكيف يسجل ما قام به في سجل المريض. ومن الواضح أن هذا العمل قد يهدر الوقت الثمين لطبيب الحوادث المتخصص، لذا فإن كثيراً من المراكز العالمية توصي بأن يتواجد في القسم طبيب استشاري في جميع الفترات، ويكون معه طبيب مسجل أول على الأقل وأن لا يعتمد على الأطباء حديثي التخرج، أو على الأطباء ذوي الخبرة الضئيلة في علاج حالات الطوارئ.

تنظيم الوقت

تنظيم الوقت داخل القسم يعتبر أمراً هاماً، لقد أُجريت دراسة عن مقدار الوقت الذي يلزم لعلاج الحالات المختلفة كل حسب حدتها، ولقد وجد أن الحالات الحرجة جداً قد يستغرق علاجها ما يقارب 160 دقيقة، والحالات الأقل حدة من 60-80 دقيقة، والحالات الباردة من 20 إلى 40 دقيقة، وبالتالي يمكن حساب الوقت اللازم لعلاج تلك الحالات بمعرفة عدد المراجعين وحدة إصابتهم، وعلى هذا الأساس يقرر رئيس القسم عدد الأطباء والهيئة التمريضية الواجب تواجدها في الفترة الواحدة.

الهيئة الفنية وتشمل الهيئة الطبية والهيئة التمريضية:

الهيئة الطبية:

تشمل الهيئة الطبية درجات مختلفة من الأطباء وتكون مرتبة على النحو التالي:

- 1 - الاستشاريون المتخصصون (Consultants) بطب الطوارئ وتشمل رئيس القسم.
- 2 - أطباء مسجلون أوائل (Senior registrar).

3 - أطباء مسجلون.

4 - أطباء مساعدين مسجلون.

5 - أطباء مقيمون.

يقوم الاستشاري بالأعمال الإدارية مثل التسجيل والتخطيط وإدارة الأبحاث والاتصال بالوزارات للرقى بالقسم، ولا يلجأ إليه لفحص المصابين إلا إذا كان وضع المصاب حرجاً جداً أما وظيفة الطبيب المسجل الأول والمسجل فيجب أن ينظما دخول المصابين إلى الأسرة وتخصيص أسرة معينة لمرضى معينين (مثل حالات الإنعاش توضع على سرير الإنعاش)، والإشراف على الأطباء الجدد وتعليمهم وترتيب برامج التعليم المستمر (Continuing medical education; CME)، إن تخصيص 30٪ من الوقت للمسجل الأول والمسجل للأعمال غير الإكلينيكية (أي لعمل الأبحاث وتتبع الجديد في الطب) يعتبر أمراً ضرورياً للرقى بمستوى أداء القسم.

الهيئة التمريضية:

إن حجم العمل في القسم ونوعيته هما ما يحددان عدد أفراد طاقم الهيئة التمريضية المفروض تواجدها في كل وردية، وإن وظيفة الممرضات الجدد ليس فقط تنفيذ أوامر الطبيب لإعطاء المريض الدواء فقط، بل أيضاً إرشاد الطبيب للحالات الأكثر حرجاً، والتي تحتاج عناية قبل غيرها عندما تستقبل المريض عند غرفة الفرز، وكما يوجد طبيب استشاري ومسجل أول وهكذا، فذلك الممرضات يوجد القائدة (Metron) والممرضة المسؤولة والممرضة المسجلة، ومساعدة الممرضة. ويشترط في كل منهم حبهم لعملهم حتى يخلصوا في الأداء. يشبه عمل الممرضة القائدة عمل الطبيب الاستشاري من ناحية تنظيم الأمور الإدارية، وعمل المسجل الأول في ترتيب الأسرة والإشراف على الممرضات الجدد.

هيئة الموظفين الإداريين:

يجب أن يكون لديهم مهارة عالية في الأداء وتخصص عالي بالتعامل مع

الملفات الطبية والسجلات الدورية. ومن هنا فإن وظيفة الكاتب الطبي تعتبر وظيفة دقيقة جداً لأنها متعلقة بتسجيل بيانات أفراد، ثم إدخال تلك البيانات في أنظمة الحاسوب المركزية الموصلة بباقي الأقسام وأجنحة المستشفى المختلفة.

أما الوظائف الموازية للطب فإنها تشمل أخصائي العلاج الطبيعي والأخصائي الاجتماعي. أما أخصائي العلاج الطبيعي فإنه يساعد في تأهيل المريض بعد استقرار حالته الصحية ليصبح قادراً على ممارسة حياته الطبيعية بعد الخروج من المستشفى. أما مساعدة المرضى الفقراء، أو الذين لا يجدون مأوى لهم بعد خروجهم من المستشفى، فهي من مهام الأخصائي الاجتماعي التابع للمستشفى.

هذا، وبعد استعراض إدارة طب الطوارئ فإنه يجب التأكد من أن العمل داخل الإدارة يسير على ما يرام، لذا فإنه من الضروري إعداد نظام ضبط الجودة لرصد الخدمة، ومن ثم مقارنتها بالأنظمة المثالية لاكتشاف الخلل في الإدارة ثم تطبيق الإجراءات المناسبة لتصحيح الأخطاء، ومن أهم هذه الإجراءات:

- 1 - إعادة توظيف أفراد أكثر كفاءة وخبرة.
- 2 - توظيف أكثر عمقاً للهيئة الإدارية وأفراد الوظائف الموازية لمصلحة القسم.
- 3 - تكليف الممرضات بمهام أكثر حرفية من مثيلاتها في الأقسام الأخرى.
- 4 - الاستفادة من التقنية الحديثة مثل الأقمار الصناعية سواء الشبكة العنكبوتية أو القنوات الفضائية.



الفصل الخامس

الحالات التي يستقبلها طب الطوارئ وكيفية التعامل معها

تطور مبدأ طب الطوارئ تطوراً سريعاً خلال العقود الثلاثة الأخيرة، ومن هنا يتطلب أن يتقن أي طبيب ممارس للطب مهارات التعامل مع الحالات الحرجة، أو الشائعة التي قد يواجهها خلال عمله، بعض الحالات المهددة لحياة الإنسان التي يتعرض لها مثل حالات الحساسية المفرطة (Anaphylaxis) قد تصادف الطبيب مرة واحدة في حياته المهنية كلها، ومع ذلك يجب عليه معرفة ما هو جديد في علاج مثل هذه الحالة النادرة. سنسرد في الصفحات القادمة بعض الحالات الشائعة التي يقابلها طبيب الطوارئ، والاستقصاءات الضرورية التي يمكن عملها في القسم وتساهم في التعامل معها.

لا يخفى على العاقل كم هي الأمور الطارئة التي قد يتعرض لها الإنسان أينما كان، سواء حدثت بقصد منه أو دون قصد، وأيضاً لا يخفى على الواعي معرفة مبادئ الإسعافات الأولية لكل شخص، لأنها ضرورية عندما يكون مضطراً لإنقاذ شخص مصاب حوله. تتباين الحوادث التي قد تطرأ على الإنسان، ولكن بعضها يحدث بصورة متواترة أكثر من غيرها.

* الحالات التي تطرأ على الإنسان بصورة متواترة:

- السكتة القلبية (Cardiac arrest) والإنعاش القلبي الرئوي الأساسي (Basic life support system):

تكثر حالات السكتة القلبية عند المرضى المصابين بفرط ضغط الدم، أو بالداء



(الشكل 12) : الإنعاش القلبي الرئوي

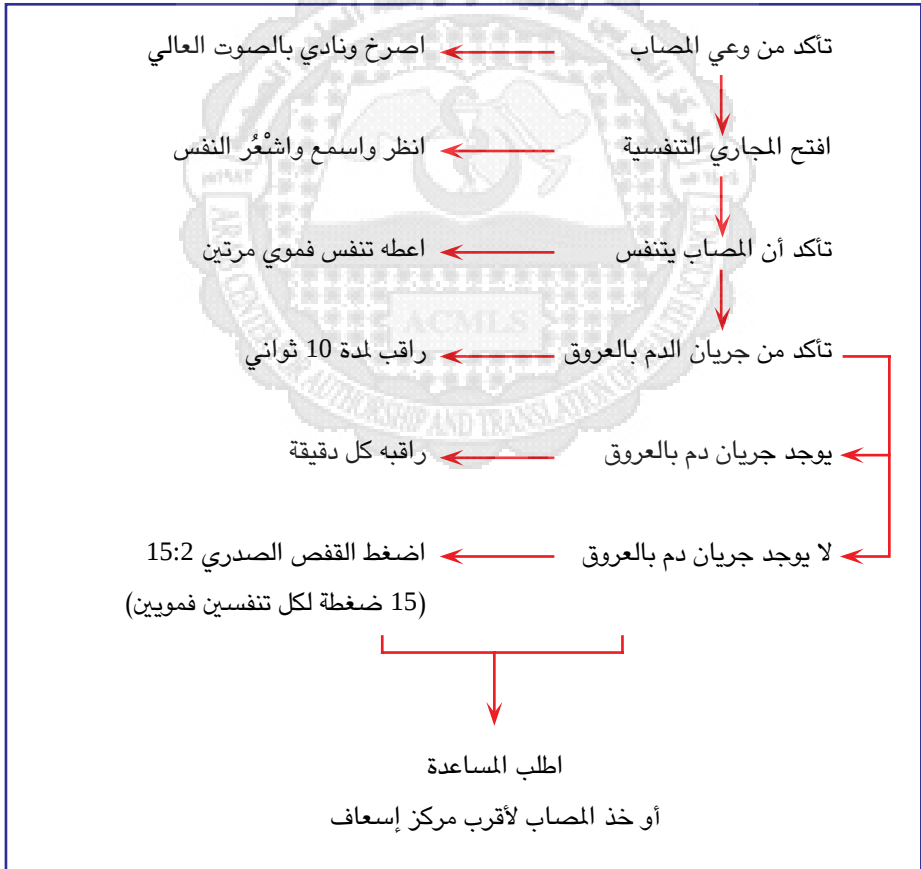
السكري، وهذا لا ينفي حدوثها عند غيرهم، بل إنها قد تحدث لأسباب أخرى مثل حالات تسمم الدم أو اضطراب ضربات القلب.

لا يُخفى على القارئ أهمية معرفة مبادئ الإنعاش القلبي الرئوي، بل إن معرفة هذه المبادئ تُعتبر ضرورة حتمية ليس فقط للهيئة الطبية، بل لكل شخص يجلس في بيته أو يمشي في الشارع أو يتسامر مع أهله في جلسة اجتماعية، لما تؤدي هذه المعرفة إلى إسعاف حالات كثيرة خارج نطاق المستشفى.

يصل المريض إلى القسم بحالة من ألم الصدر وفشل عضلة القلب للقيام بوظيفتها؛ مما يؤدي إلى قصور بقية الأعضاء عن أداء وظيفتها على أكمل وجه، لذا فإنه من المهم أن يتلقى المصاب خطوات التنفس الصناعي، والإنعاش القلبي الرئوي الأساسي يستقبل خلالها المصاب جرعات جيدة من الأكسجين، يستمر الإنعاش من 5 إلى 10 دقائق يحضر خلالها أيضاً عقار الأدرينالين (القابض لعضلة القلب ويشغل جهاز الصدمة الكهربائية للقلب لإنعاش القلب بالطرق المتطورة "Advanced life support system") وبعدما يستجيب المريض عن طريق مراقبة سرعة التنفس وسرعة دقات القلب ودرجة حرارة الجسم وقياس ضغط الدم، يبدأ الطبيب بإجراء بعض الفحوصات الأساسية مثل مستوى إنزيمات عضلة القلب في الدم ورسم تخطيط القلب لمعرفة سبب ما حدث للمريض.

يمكن تعريف الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي على أنه مجموعة من الخطوات مخصصة للحفاظ على تنفس المريض، وبقاء المسالك التنفسية مفتوحة والدورة الدموية مستمرة المخطط رقم (1). وبهذا التعريف نفهم أنه لا يوجد أي آلة مستخدمة لتمام العملية لحين وصول جهاز الصدمة الكهربائية لإنعاش القلب (Defibrillator). ومع ذلك فإن هذه الخطوات وحدها قد تكون كافية لإنقاذ حياة غريق أو شخص مخنوق أو آخر تناول جرعة زائدة من المخدر.

المخطط رقم (1): يوضح الخطوات اللازمة لإداء الإنعاش القلبي الرئوي مُرتبة



بعد هذه الخطوات الأساسية يصل المصاب إلى مركز الإسعاف حيث يتلقى المزيد من العناية الفائقة (Advanced life support system) التي تشمل إعطاء الأدوية، واستعمال أجهزة الصدمات الكهربائية وغيرها كل حسب حالته. وبتابع هذه الخطوات البسيطة لإسعاف المصاب قبل وصوله إلى المستشفى، تقلل كثيراً من حالات موت الدماغ التي قد تنتج من توقف القلب لفترة طويلة.

الإصابات (Trauma):

تبقى إصابات الحوادث الأكثر شيوعاً في قسم الطوارئ، تشكل الحوادث أعلى نسبة من أسباب الوفاة وخصوصاً الأعمار ما بين الـ 15 و 30 سنة في هذا القسم. هذا وتختلف أنواع الإصابات التي تصل إلى القسم، وأهم هذه الحوادث تتركز في الهبوط من أعلى (5 أمتار فما فوق) وحوادث الطرق.

* عواقب حوادث الطرق والسرعة الزائدة:

- إصابة المرافقين للسائق.
- إصابات المشاة.
- إصابات الدراجات النارية.
- ارتطام الرأس بعجلة القيادة.

* مصاب حوادث الطرق:

ليس من المستغرب أن نجد إحصائيات قسم الحوادث مليئاً بمصابي حوادث الطرق، قد تشكل حوادث الطرق ما يقارب من 30-40٪ حالة من حالات الإصابات التي تصل إلى القسم. ولعل أهم خطوة في إسعاف المصاب في حوادث الطرق هي معاینته عند موقع الحادث قبل وصوله إلى قسم الطوارئ، وعلى هذا يجب على المسعف القيام بالخطوات التالية:

- تحديد مكان المصاب بدقة.
- تقدير نوع إصابته.

- تقدير المخاطر المحيطة.
- تسهيل وصول سيارات الإسعاف.
- تقدير عدد المصابين.
- طلب المزيد من المساعدة من جهات أخرى (الإطفاء مثلاً).
- إطفاء أية آلية مشتعلة.
- نقل المصاب إلى المستشفى.



(الشكل 13) : يمكن طلب الإطفاء في حوادث الطرق لمزيد من المساعدة

عند وصول المصاب يقوم الطبيب بتقدير درجة الإصابة، وتقديم المسكنات اللازمة بالجرعة المناسبة وبعد التأكد من عدم وجود إصابات العمود الفقري يقوم الطبيب بإدخال المصاب إلى أجنحة المستشفى لاستكمال باقي التحاليل والأشعة اللازمة.

حوادث الحريق:

تختلف أنواع الحروق من حروق الصاعقة الكهربائية والحروق بالنار والسوائل الحارة، عند حدوث الحروق الكهربائية يجب التأكد من إطفاء جميع القوالب الكهربائية ثم الاطمئنان على سلامة تنفس المصاب، وانتظام نبض قلبه والحصول على رسم قلبه، للتأكد من خلوه من أي اضطراب بالنبض ومن ثم إبقاء المصاب بالمستشفى لمراقبة النبض لمدة لا تقل عن 24 ساعة.



أما بالنسبة للحرق بالنار فمن المهم تقدير درجة الحرق ومساحته حتى يتسنى للطبيب تزويد المريض بالسوائل الكافية لتعويض ما فقده المريض، يكون خلالها قد أجرى فحصاً مخبرياً لقياس نسبة الأملاح في الدم، ومن ثم يدخل المريض إلى الجناح لاستكمال العلاج.

(الشكل 14) : حوادث الحريق

الاختناق:

تندر حالات الاختناق ولكنها إن وجدت فإنها تثير القلق لدى المسعف، لما قد تحمله من خطر قطع الحبل الشوكي، والذي يؤدي إلى الشلل التام، لذا من الواجب طرح المخنوق أرضاً وتثبيت جسمه على قاعدة صلبة، ومن ثم القيام بالخطوات التالية:

- 1 - تثبيت الرقبة بوضع يسمح للهواء بالدخول والخروج بسهولة.
- 2 - افتح المجرى التنفسي عن طريق تحريك الحنك وليس الرأس.
- 3 - اعط الأكسجين.
- 4 - ابدأ بخطوات الإسعاف الأولي.
- 5 - التأكد من خلو المريض من أية إصابات أخرى.
- 6 - قم بتسجيل حالة المصاب والإسعافات التي تلقاها في سجل خاص به، وإبلاغ مركز الشرطة في حالة الشك أن الإصابة مقصودة وليست عرضية.

- حالات الربو الشعبي الحاد (Life threatening bronchial asthma):

يصل المريض مرهقاً ومستهلكاً، ويمكن أن يصل مغمى عليه من ضيق النفس ونقص نسبة الأكسجين وارتفاع نسبة ثاني أكسيد الكربون في الدم. تظهر



(الشكل 15) : إسعاف حالات الربو الشعبوي

على المريض هذه العلامات مصحوبة بتباطؤ نبض القلب وهبوط بضغط الدم، بالإضافة إلى تزرق بالأغشية المخاطية، يهتم الطبيب عند استقبال مريض بهذه الصورة أن يوفر له مكاناً مريحاً ويزوده بالأكسجين ورذاذ الأدوية الموسعة للشعب الهوائية عن طريق جهاز الكمام (Nebuliser)، وعند استقرار حالة المريض يقوم الطبيب بإجراء بعض الفحوصات الأساسية مثل تصوير الصدر بالأشعة السينية، وقياس نسبة الأكسجين في الدم والتأكد بعد العلاج الأساسي من استجابة المريض، ومن ثم إدخاله إلى أجنحة المستشفى لاستكمال علاجه.

الاختلاجات العصبية (Seizures):

قد يصل مريض الاختلاجات العصبية وهو في حالة تشنج، عندها يجب أن يحاول الطبيب تأمين الأكسجين له، والتأكد من أن نسبة سكر الدم ليست منخفضة وبعدها يُسَعَف المريض بإعطائه الأدوية المثبطة للتشنج، إلى أن يستقر المريض

ويتوقف التشنج، بعدها يقوم الطبيب بالكشف على المريض والتأكد من سلامة وعيه وخلوه من الالتهاب السحائي، أو أي أسباب أخرى للتشنج مثل النزف داخل التجاويف الدماغية، وحينها يقرر الطبيب حاجة المريض إلى التصوير المقطعي المحوسب (Computerised tomography of the Brain)، ويكمل المريض علاجه داخل المستشفى لاستكمال بقية الفحوصات وتكملة العلاج اللازم.

حالات الغرق:

لا يوجد هناك فرق بين الغرق في المياه المالحة أو المياه العذبة من ناحية طرق العلاج. لا يقدر أي شخص على إسعاف غريقاً إذا كان هو نفسه غير متقناً لفنون السباحة. عند إخراج الغريق من الماء يجب تدفئته جيداً لحفظ خلايا الدماغ من ضرر نقص الأكسجين المصاحب للبرودة، ثم يبدأ المسعف بتطبيق خطوات الإنعاش القلبي الرئوي، إلى أن ينبض القلب وإلا فإن الطبيب يستعين بجهاز الصدمة الكهربائية لإنعاش القلب.

الكسور:

يقوم الشخص المُسعف في تلك المواقف بمسح المصاب بصورة سريعة للتأكد من عدم وجود كسور بالرقبة أو العمود الفقري، وأيضاً من خلو المصاب من نزف مستمر من مكان الإصابة، بالإضافة إلى تأمين التنفس والدورة الدموية كما ذكرنا آنفاً، ومن ثم ينقل المصاب إلى المستشفى لتلقي بقية الإسعافات المتقدمة من أدوية وغيرها.

يتألم المصاب بالكسر ألماً شديداً يدعو الطبيب إلى إعطائه أقوى أنواع مسكنات الألم، إلى أن يقوم طبيب العظام بفحصه وإجراء تصوير الأشعة السينية ليحدد مكان ونوع الكسر، ليتسنى له بعد ذلك تثبيت الجبيرة في المكان الصحيح.

الرعاف (النزف من الأنف):

تأتي معظم الحالات بوضع شبه مستقر ويتم التعامل معها بسهولة، ففي النزف البسيط يكفي الضغط على الجزء الأمامي من الأنف لمدة خمس دقائق لإيقاف النزف، ويتم ذلك ورأس المريض قائماً وليس مائلاً إلى الخلف (كما هو معتاد لدى الناس)، وإذا لم يتوقف النزف يضع المسعف ضمادة من القطن إلى أن يتوقف النزف.

الإصابات الأكثر شيوعاً بقسم طب طوارئ الأطفال:

تتسبب الحوادث في إصابة ما يقارب من 20-25٪ من الأطفال، وفي موت ما يقارب 40٪ من الأطفال بعمر أربع سنوات وتشكل السبب الرئيسي للوفاة عند الأطفال حتى عمر تسع عشرة سنة، ومن أهم الحوادث التي قد يتعرض لها الطفل الوقوع من أعلى أو حوادث السير أو حوادث السيارات، أو حالات الحريق أو الغرق.

يلعب الطبيب دوراً فعالاً في الوقاية من الحوادث وعلاجها ومتابعة الطفل بعد الشفاء، ولكن دوره لا يلغي دور البيت أو المدرسة أو المجتمع، وتُعتبر الحوادث سبباً رئيسياً لحالات الإصابات والموت عند الأطفال بعد الأشهر الأولى من العمر، والوقاية منها وتقديم الإسعافات الأولية للطفل المصاب، والمتابعة بعد العلاج الطريقة الأمثل لتقليل احتمال حدوثها وتجنب الأطفال الحياة مع إعاقة أو الموت، وتنقسم الإصابات التي يمكن أن يتعرض لها الطفل إلى نوعين: إصابة متعمدة (Non-accidental) وإصابة غير متعمدة (Accidental).

حوادث السيارات:

تُعتبر حوادث السيارات السبب الرئيسي للوفاة عند الأطفال، وبالأخص من عمر 5-9 سنوات حين يعبرون الشارع، تشكل حوادث السيارات نسبة عالية (ما يقارب من 50٪) من الوفاة للمراهقين وهم يقودون السيارة.



(الشكل 16) : حوادث السيارات

حوادث الغرق:

تكثر حالات الغرق في برك السباحة عند الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ومرحلة الدراسة المبكرة (من 3-12 سنة)، وفي البحر لدى المراهقين سواء أثناء السباحة أو حين اقتيادهم للقوارب الآلية.

حوادث الحريق:

تشكل حوادث الحريق ما يقارب من 10% من كل الحوادث معظمها يحدث تحت سن الخامسة، وتحدث الوفاة نتيجة استنشاق الدخان، وتكون حالات الاختناق أكثر من الوفاة بسبب الحرق بالنار.

حوادث البلع والاختناق:

تكثر عند الأطفال الأصغر من سنة حيث يشرقون بحبة مكسرات أو قطعة صلبة من الطعام، أو يقطع بلاستيكية مثل قطع مطاط حلقة قنينة الرضاعة، ولا يستطيعون بلعها فيختنقوا، وقد تؤدي إلى الوفاة عند أكثر من 40% من الأطفال.

حوادث القتل:

تعتبر السبب الرئيسي لحالات الوفاة للأطفال الأقل من سنة من العمر، والسبب الرابع لحالات الوفاة للأطفال بين السنة والأربع عشرة سنة.

حوادث الانتحار:

يندر حدوثها تحت سن العاشرة وتعد السبب الثالث للوفاة بين عمر الخامسة عشر والتاسعة عشر.

مبادئ الوقاية من الحوادث:

إن مبادئ الوقاية من خطر الحوادث عند فئة الأطفال: تختلف عنها لدى الكبار، فالطفل بمراحل نموه وتطوره المختلفة يتعرض لأنواع مختلفة من الأخطار كل حسب درجة حركته ونشاطه، انظر جدول (4).

جدول (4): وسائل الوقاية من الأخطار المتوقعة للطفل حسب مرحلته العمرية

المولود الجديد

- استعمال حزام الأمان
- التحكم بدرجة حرارة ماء الصنبور
- استعمال أجهزة إنذار الحريق

الرضيع

- استعمال حزام الأمان
- التحكم بدرجة حرارة ماء الصنبور
- استعمال وسائل الأمان أثناء الاستحمام

تابع: جدول (4)

مرحلة ما قبل المدرسة - استعمال حزام الأمان - تعليم الطفل كيف يعبر الطريق - وسائل الأمان أثناء السباحة - إبقاء الدواء والمنظفات بعيداً عن متناول الأطفال
المرحلة الابتدائية - استعمال حزام الأمان - وسائل الأمان أثناء السباحة - استعمال خوذة قيادة الدراجة - عزل أعواد الثقاب عن متناول الأيدي
المرحلة المتوسطة - استعمال حزام الأمان - عزل أعواد الثقاب عن متناول الأيدي - تعليم الطفل وسائل الأمان بالطريق
المرحلة الثانوية - استعمال حزام الأمان - تجنب المشروبات الروحية - استعمال وسائل الأمان أثناء الدروس العملية - عزل أعواد الثقاب عن متناول الأيدي



الفصل السادس

كيفية الإقلال من عدد الحالات

لعدة عقود من الزمن يحاول قسم الطوارئ بتقديم خدمة عالية الجودة للمراجعين، ويسعى في كل عام أن يقدم أفضل من العام الماضي، لذا يقوم القسم بتقييم الأداء بصفة دورية عن طريق تتبع عدد المراجعين، وعدد حالات دخول المستشفى، ومدة بقاء المريض فيه، والتحاليل التي خضع إليها، ودقة التشخيص الذي وصل إليه.

لقد ظهرت مفاهيم جديدة في مجال تقييم الخدمات الطبية ودورها في التقليل من الحالات التي ترد على القسم، ومن أهم هذه المفاهيم:

1 - الخدمة النوعية (Quality):



تعني الارتقاء بمستوى نوع الخدمة المقدمة في مراكز الصحة الأولية وفي العيادات الخارجية لتتناسب مع التشخيص المبدي وتُجرى التحاليل فقط في الوقت المناسب. ويمكن الوصول إلى ذلك عن طريق تطبيق نظام التعليم المستمر والتطوير المهني الوظيفي (Continuing medical education CME; Professional development; PD). ولكن ما يحد هذا الارتقاء في بعض الأحيان حداثة عهد الموظفين بالعمل وقلة الأيدي العاملة في هذا المجال، لذا فإنه يتوجب أن يكون

(الشكل 17) : التطوير المهني الوظيفي

الشخص الذي سيعمل في قسم الطوارئ لديه من الحب لعمله ما يجعله يتفانى في الأداء ويتناسى صعوبة المسؤولية والأداء.

2 - ضمان الخدمة النوعية (Quality assurance):

هو نظام أنشئ خصيصاً لتقييم جودة الخدمة، ويتم إما عن طريق سؤال المرضى مباشرة أو عن طريق دراسة دقة التشخيصات النهائية، وبالتالي التقاط أي خلل في الخدمة وتصحيح الأخطاء.

3 - تحسين نوعية الخدمة (Quality improvement):

الارتقاء من وضع الجيد إلى الأفضل وهذا يتطلب تحديد نوعية المراجعين ورغباتهم، وابتكار خدمة تلبي تلك الرغبات ووضع الأساليب المناسبة لتطبيقها بالواقع.

4 - تطوير النوعية المستمر (Continuous quality improvement):

يعني استخدام التقنية الحديثة ووسائل الاتصال المبتكرة، وربط المراكز الصحية الأولية مع مراكز الإسعاف والمستشفيات لتسهيل وصول بيانات المصاب وقت الحدث، كما تشمل أيضاً التخطيط للتقليل من مدة انتظار المريض لدوره بالفحص سواءً بزيادة الأيدي العاملة أو بتقنين قبول المراجع إلى القسم.

5 - إنشاء إدارة تقييم الجودة (Total quality management):

مهمتها هي متابعة الخدمة في المراكز المختلفة والمقارنة بينها من أجل تبادل الخبرات والمهارات. وأيضاً متابعة أداء مراكز الخدمة والتأكد من أنها تطبق ما هو مطلوب منها على وجه الدقة، وتنبيهها إلى أي انحراف عن الخطة المرسومة لها.

6 - مؤشرات الخدمة (Clinical indicators):

ينظم دراسات وأبحاث متبادلة بين الدول للوصول لأفضل الأساليب للتقليل من عدد الحالات التي تصل إلى القسم، ومن أهم هذه المؤشرات: مدة الانتظار، مدة الفحص، رضى المريض عن الخدمة، أداء الأجهزة ودرجة الأمان التي يوفرها المكان.

7 - إرشادات الخدمة (Clinical guidelines):

اللجوء إلى المراجع الطبية المعتمدة لتطبيق الخطوات بالنسق المناسب للحالة كما أقره مجلس أطباء القسم.



الفصل السابع

الجوانب القانونية في قسم الطوارئ

ينص القانون بحق المريض على الطبيب في العلاج للحفاظ على حياته، ومن حق المريض أيضاً أن يرفض العلاج، أو التحليل الذي قرره الطبيب حتى لو أدى قراره إلى أذيته، ومن حق المريض أيضاً عدم إبداء السبب لرفضه هذا.

تختلف الجوانب القانونية في قسم الحوادث من بلد لآخر ولا يوجد قانون ثابت يمكن تطبيقه على مستوى جميع البلدان، لذا فإننا سنتطرق لبعض القوانين المطبقة في المملكة المتحدة كنموذج يمكن أن يحتذى به، ويؤخذ منه ما يناسب كل دولة على حدة.

الإقرار:

يلزم المريض البالغ أن يقر بأن يعالجه الطبيب، ويكون الإقرار إما باللفظ أو الكتابة أو بالإيماء أو بالفعل. ويمكن اعتبار الإقرار فقط في حالة كون المريض كامل الأهلية والرشد من حيث:

1 - فهم واسترجاع المعلومات.

2 - تصديق المعلومات.

3 - تقييم المعلومات.

وعلى العموم فإن الشخص البالغ الخالي من الإعاقات الذهنية يعتبر بحكم القانون كامل الأهلية وراشداً، ولا يعتد بأي إقرار تم تحت التهديد أو الإكراه هذا وللمريض الحق بسحب إقراره في أي وقت شاء. أما بالنسبة للطفل فإن الأهل هم من يقررون له في أغلب الأحيان.

العلاج بحماية القانون:

يتدخل القانون المحلي لكل بلد لإقرار العلاج للمرضى الذين فقدوا أهليتهم أو رشدهم، بسبب المرض مثل مرضى السكتة القلبية أو السكتة الدماغية، وبذلك طالما تدخل الطاقم الطبي لحماية المريض من الموت أو الإعاقة، فإنهم غير مسألين قانونياً لماذا بدأوا العلاج دون إقرار المريض البالغ، بل إن القانون يمنعهم من الوقوف مكتوفي الأيدي دون التدخل لمساعدة المريض.

علاج الحالات الطارئة:

تُعتبر هذه المنطقة شائكة بالنسبة لاتخاذ القرار بعلاج المريض أو عدمه، فإذا كان المريض فاقد الأهلية أو فاقد الإدراك لحظة وصوله قسم الطوارئ، فإن القرار لعلاجيه يكون صعباً لعدم قدرته على الإقرار، وهنا يختلف الوضع حسب قوانين الدولة والظروف الاجتماعية المحيطة بالمريض.

بلاغ الشرطة:

تحول معظم الحالات الطارئة المتعلقة بحوادث الطرق إلى مركز الشرطة وتكون بموافقة المريض، إلا أن المريض المشتبه به فإن تقرير الطبيب يحول مباشرة، ويدخل ضمن الحالات التي يحولها الطبيب مثل حالات الإصابات بعد الشجار أو حالات تناول عقار بهدف الانتحار أو القتل.

البلاغ عن حالة وفاة

يقوم الطبيب بالإبلاغ عن حالة الوفاة وتوثيق سبب الوفاة الرئيسي، وتسجيل السبب الثانوي للوفاة وتقرير السبب المباشر للوفاة، وتوثيق هذه البيانات في نموذج خاص بالمتوفين، يشمل أيضاً بيانات ديموغرافية عن المتوفى وعناوين أقربائه.

تعريف حالة الموت:

يقوم طبيباً بمعينة الميت لحظة وفاته ويتأكدوا لحظتها من خلو أي علامة للحياة عند ذلك الميت وأهمها:

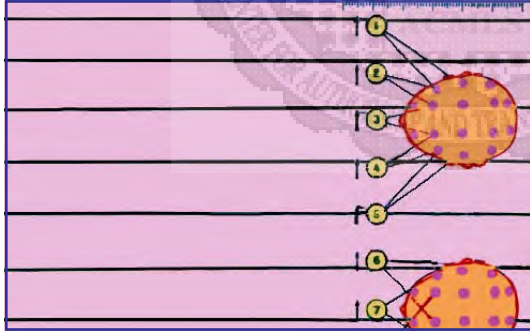
- الخلو من حركات التنفس وخلو الرئتين من صوت الهواء يدخل إليها.

- خلو الأطراف من نبضات قلبية وخلو القلب من النبض.
- اختفاء المنعكسات العصبية للعين (منعكس القرنية)
- اختفاء استجابة القرنية لنعكس الضوء.
- ويمكن في بعض الأحيان الحصول على رسم قلب للميت الذي يُظهر خطأً مستقيماً، أي توقف القلب عن العمل.
- يجب التأكد عند تقييم ثبوت موت المريض أن حرارة جسمه طبيعية، وأن جسمه خالياً من المواد المخدرة.

الموت الدماغى:

قد يواجه الطبيب بعض الأحيان مريضاً قلبه ينبض، ولكن وظائفه الدماغية متوقفة ويمكن تعريفها كالتالى:

- إغماء.
- انعدام التنفس التلقائى.
- انعدام الحركة اللاإرادية أو وجود نوبات صرع.
- انعدام منعكسات الجذع الدماغى.



(الشكل 19) :
مخطط الموت الدماغى

وعند فحص المريض يبحث الطبيب عن الأعراض التالية:

- انعدام المنعكس الضوئى للعين.
- انعدام منعكس القرنية.
- انعدام منعكس التوازن فى الأذن.

- انعدام النشاط الحركي في نطاق أعصاب الدماغ أو الأعصاب الطرفية.
 - انعدام منعكس البلع.
 - توقف التنفس لمدة 10 دقائق والمريض يتلقى الأكسجين خلالها.
 - تراكم ثاني أكسيد الكربون في دم المريض.
- والقرار لنزع أجهزة التنفس الصناعي قرار صعب جداً وتتدخل فيه الاعتبارات العقائدية والاجتماعية والقانونية وليس قرار الطبيب وحده.

التبرع بالأعضاء:

لا يتم عادة مناقشة التبرع بالأعضاء في قسم الحوادث إلا بعد التأكد من موت المريض، كما أن ذلك يستلزم مناقشة الأهل بهذا الموضوع، ولذا فإن هذا الموضوع عادة ما يتم طرحه أثناء تواجد المريض في قسم العناية الفائقة.

البلاغ عن الأمراض المعدية:

يحتم القانون الإبلاغ عن أي حالة مرضية معدية، واتخاذ الخطوات اللازمة لعزله وتحويله إلى مركز متخصص بعلاج حالات مماثلة، وذلك حماية لغيره من انتقال العدوى وكذلك لتلقي العلاج الذي يلزمه.

خروج المرضى من قسم الطوارئ:

كما أوضحنا أن دخول المريض إلى القسم يحتاج توثيق في المكتب الإداري للقسم، كذلك يلزم تسجيل المريض الذي تلقى علاجاً في القسم، وتدوين التشخيص الذي عولج منه ونوعية العلاج الذي تلقاه.

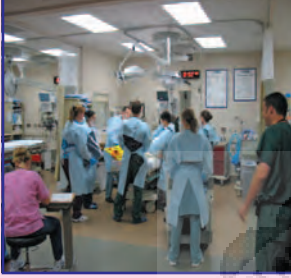
ولخروج المريض شروط أهمها:

- خلو المريض من حالة تهدد حياته.
- التأكد من إمكانية التكيف مع الحالة في المكان الذي سيخرج إليه.
- يمكن تأجيل بعض التحاليل لوقت آخر.
- رغبة المريض في الحصول على العلاج في مكان آخر (يكون هو مسؤولاً عن حالته خارج القسم).

المراجع

- Allison, Advanced life support skills, Mosby life line, 1994.
- An approach to clinical problem solving, Hamilton, 2003.
- C.R.W Edwards I.A.D Bouchier, Davidson's principles and practice of medicine Churchill livingstone , 20th edition.
- Chris Moulton, David Yates, Lecture notes on Emergency Medicine, Blackwell science, second edition 1999.
- Judith E. Tintinalli, Emergency medicine A comprehensive study guide fifth edition, American college of emergency physicians, Second edition 1999.
- K.C.Mchardy, Illustrated cases in acute clinical medicine, Churchill livingstone, 1994.
- M Roger, PR Barkin -Emergency pediatrics: a guide to ambulatory care, Mosby, 1999.
- Mary W. Lieh-Lai, Pediatric acute care , Lippincott Williams & Wilkins, Second edition, 2001.
- Peter Cameron George Jelinek, text book of adult emergency medicine, Churchill livingstone, First edition 2000.
- UMD, Unified medical dictionary.
- What to do in a general practice emergency, British medical journal Publishing group, 1997.
- Wyngaarden and smith Cecil Textbook of medicine, Saunders, 23rd edition.

في هذا الكتاب



يعتبر طب الطوارئ نظام أفقي التكامل للرعاية أثناء الطوارئ، حيث يتألف من إتاحة الرعاية في طب الطوارئ، وتقديمها في المجتمع وأثناء نقل المرضى، وفي أماكن استقبال المرضى أو في أقسام الطوارئ في المستشفيات، ويمكن لطب الطوارئ أن يقدم الكثير من الخدمات لتحسين الصحة العامة، ومن هذه الخدمات الوقاية الأولية من الأمراض، والتدخلات لمواجهة الحالات الحرجة والتثقيف حول الممارسات المحفوفة بالسلامة، وإدراج المرضى ضمن دراسة البحوث الإكلينيكية، بالإضافة إلى المساهمة في الاستجابات للكوارث الطبيعية.

إننا في هذا الكتاب «طب الطوارئ» نحاول أن نلقي الضوء على مفهوم طب الطوارئ، حيث إنه يعتبر من أكثر المهن التي تحتاجها المجتمعات الحديثة في ظل كثرة الحوادث وتنوعها، كما تعتبر الإسعافات الأولية ومعلوماتها، وتطبيقاتها ذات أهمية كبرى في اللحظات الحاسمة في الحوادث بأنواعها، ويحتوي هذا الكتاب على الشروط الواجب توافرها في مكان طب الطوارئ من حيث تحديد المساحات الخاصة بالمناطق الوظيفية الرئيسية للقسم، كما يحتوي هذا الكتاب على مواصفات سيارة الإسعاف وكيفية نقل المصاب، كذلك يلقي الكتاب الضوء على كيفية إدارة طب الطوارئ، وذلك لضخامة عدد العاملين بها، لجسامة المهام المناطة بهم، ومن ثم الحالات التي يستقبلها طب الطوارئ وكيفية التعامل معها، لنتمكن من الوصول إلى الكيفية التي يمكن بها الإقلال من عدد الحالات التي يستقبلها قسم الطوارئ، كما يبرز هذا الكتاب الجوانب القانونية في قسم الطوارئ كنموذج يمكن أن يحتذى به ويؤخذ منه ما يناسب كل دولة على حدة.

ونأمل أن يفيد هذا الكتاب جميع قراء كتب سلسلة الثقافة الصحية الصادرة عن مركز تعريب العلوم الصحية.