وزارة التعليم العالي

جامعة حماة – كلية التمريض

السنة الرابعة – تمريض الحالات الحرجة

المحاضرة الأولى بعنوان:

مقدمة إلى تمريض الحالات الحرجة

Introduction to Critical Care Nursing

أولاً: تعريف تمريض الحالات الحرجة

يُعرَّف تمريض الحالات الحرجة (Critical Care Nursing) بأنه ذلك التخصص التمريضي الذي يُعنى بتشخيص ومعالجة استجابات الإنسان تجاه المشكلات الصحية التي تُهدد الحياة بشكل فعلي أو محتمل، ويقدَّم عادةً للمرضى غير المستقرين فيزيولوجياً الذين يحتاجون إلى مراقبة مستمرة ودقيقة وتدخلات علاجية مكثفة (وفق تعريف الجمعية الأمريكية لممرضي الحالات الحرجة AACN).

يتميز هذا التخصص بكونه ديناميكياً وقائماً على البراهين العلمية (Evidence-Based Practice)، ويتطلب من الممرض مستوى عالياً من التفكير النقدي (Critical Thinking) والمهارات الفنية والقدرة على اتخاذ القرار السريع تحت الضغط.

أهداف الرعاية الحرجة

- الحفاظ على الوظائف الحيوية ومنع تدهور الحالة الصحية للمريض.
- الكشف المبكر عن أي تغيّر فيزيولوجي والتدخل الفوري لتفاديه.
- تقديم رعاية شاملة تجمع بين البعد الجسدي والنفسي والاجتماعي والروحي للمريض وأسرته.
- تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة وتقليل معدلات المضاعفات والوفيات.

ثانياً: التمييز بين تمريض الحالات الحرجة وتمريض الطوارئ

على الرغم من التداخل الكبير بين التخصصين من حيث التعامل مع المرضى غير المستقرين، إلا أن لكل منهما فلسفة وسياقاً وأهدافاً مختلفة؛ إذ يمثّل قسم الطوارئ غالباً نقطة الدخول الأولى للمريض الحرج، بينما تُقدَّم الرعاية الحرجة استمراراً لتلك الرعاية ضمن بيئة أكثر تخصصا

المعيار	تمريض الحالات الحرجة	تمريض الطوارئ
الهدف الأساسي	**المراقبة المستمرة والدعم العضوي المتقدم لفترة ممتدة**	**الفرز السريع (Triage) وتحقيق الاستقرار الأولي للحالات المهددة للحياة**
مدة التعامل مع المريض	**ممتدة (أيام إلى أسابيع)**	**قصيرة نسبياً (دقائق إلى ساعات)**
طبيعة المعلومات عن المريض	**متوفرة وموثقة بدقة ضمن خطة علاجية متابَعة**	**غالباً غير معروفة مسبقاً وتُجمع بسرعة**

مثال سريري	مريض بعد جراحة قلب مفتوح أو في صدمة إنتانية تحت العلاج المكثف	مريض وصل حديثاً إثر حادث سير أو نوبة قلبية حادة

ثالثا: وصف خصائص المريض الحرج

التعريف الإكلينيكي للحالة الحرجة

يُوصف المريض بأنه "حرج" Critically عندما يعاني من خلل فعلي أو وشيك في وظيفة عضو حيوي واحد أو أكثر، بحيث يكون احتياطه الفيزيولوجي (Physiological Reserve) محدوداً جداً، مما يجعله عرضة لتدهور سريع ومفاجئ دون سابق إنذار واضح، ويستلزم تدخلاً علاجياً فورياً ومراقبة لصيقة للحفاظ على الحياة.

أمثلة على الحالات السريرية الشائعة لدى المريض الحرج

- الفشل التنفسي الحاد (Acute Respiratory Failure) والحاجة إلى التهوية الميكانيكية.
- حالات الصدمة بأنواعها (نزفية، إنتانية، قلبية المنشأ، تأقية).
- اضطرابات النظم القلبي الخطيرة واحتشاء العضلة القلبية الحاد.
- الفشل الكلوي الحاد المحتاج إلى غسيل كلوي عاجل.
- إصابات الرأس والجهاز العصبي المركزي الشديدة.
- المرحلة الحرجة بعد الجراحات الكبرى أو الصدمات المتعددة (Multiple Trauma).

الخصائص الفيزيولوجية

- عدم استقرار في وظيفة عضو واحد أو أكثر من الأعضاء الحيوية (قلب، رئتان، كلى، جهاز عصبي مركزي).
- قابلية عالية لحدوث تدهور سريع ومفاجئ في الحالة الصحية.
- الاعتماد الكبير على التقنيات الداعمة للحياة (Technology Dependency) كالتهوية الميكانيكية والأدوية الوريدية الفعّالة الأثر والغسيل الكلوي.

الخصائص النفسية والاجتماعية

- القلق والخوف من الموت، واضطراب الإدراك الزمني والمكاني نتيجة البيئة العلاجية غير المألوفة.
- اضطرابات النوم الناتجة عن الضجيج والإضاءة المستمرة وكثرة التدخلات.

- احتمال حدوث هذيان وحدة العناية المركزة (ICU Delirium) لدى نسبة معتبرة من المرضى.
- تأثر الأسرة نفسياً واجتماعياً، وحاجتها الماسة إلى المعلومات والدعم والطمأنة (وفق ما توثقه استبانة احتياجات أسر المرضى الحرجين CCFNI: المعلومات، القرب من المريض، الطمأنة، الراحة، الدعم).

رابعا: وحدة العناية المركزة ومستويات الرعاية

تُصنَّف مستويات الرعاية داخل المشافي وفق شدة حالة المريض واحتياجه إلى المراقبة والتدخل، وتشمل بشكل عام:

المستوى	الوصف
المستوى الأول (عام)	**مرضى مستقرون يحتاجون رعاية تمريضية اعتيادية ضمن الأجنحة العامة**
المستوى الثاني (متوسط الاعتماد)	**مرضى يحتاجون مراقبة أدق ودعماً لعضو واحد (High Dependency Unit - HDU)**
المستوى الثالث (العناية المركزة)	**مرضى غير مستقرين يحتاجون دعماً متقدماً لعضوين أو أكثر ومراقبة لحظية (ICU)**

أنواع وحدات العناية المركزة المتخصصة

- وحدة العناية القلبية (CCU/CICU).
- وحدة العناية الجراحية (SICU).
- وحدة العناية العصبية (Neuro-ICU).
- وحدة عناية حديثي الولادة (NICU) ووحدة عناية الأطفال المركزة (PICU).
- وحدة عناية الحروق (Burn Unit).

خامسا: الفريق الصحي متعدد التخصصات ودور الممرض

تعتمد فعالية الرعاية الحرجة على تكامل جهود فريق متعدد الاختصاصات يضم: طبيب العناية المركزة، الممرض، أخصائي التنفس، الصيدلي السريري، أخصائي التغذية، المعالج الفيزيائي، والأخصائي الاجتماعي والنفسي، إضافة إلى الأسرة كشريك أساسي في القرار.

أدوار ممرض الحالات الحرجة

- المراقبة المستمرة للوظائف الحيوية وتفسير المعطيات السريرية والمخبرية.

- تنفيذ التدخلات العلاجية المعقدة وإدارة الأجهزة الداعمة للحياة.
- المناصرة (Advocacy) لحقوق المريض وأسرته وتمثيل مصلحته ضمن الفريق العلاجي.
- التنسيق والتواصل الفعّال بين أعضاء الفريق الصحي.
- تقديم الدعم النفسي والتثقيف الصحي للمريض والأسرة.

سادسا: نموذج التآزر والكفايات الأساسية (AACN Synergy Model)

يقوم نموذج التآزر الذي طورته الجمعية الأمريكية لممرضي الحالات الحرجة على مبدأ أساسي مفاده أن أفضل النتائج الصحية تتحقق عندما تتطابق خصائص المريض واحتياجاته مع كفايات الممرض المقدِّم للرعاية. ومن أبرز الكفايات الثمانية التي حددها النموذج:

- التفكير النقدي السريري (Clinical Judgment).
- المناصرة والأخلاقيات المهنية (Advocacy and Moral Agency).
- ممارسة الرعاية المتمركزة حول المريض والأسرة (Caring Practices).
- التعاون الفريقي (Collaboration).
- القدرة على التكيّف مع المواقف المتغيرة (Systems Thinking).
- الاستجابة للتنوع الثقافي (Response to Diversity).
- التيسير للتعلّم (Facilitation of Learning).
- الاستقصاء السريري القائم على البراهين (Clinical Inquiry).

سابعا: تحديد الأولويات الأساسية في رعاية المريض الحرج

يُعد تحديد الأولويات مهارة جوهرية لدى ممرض الحالات الحرجة، إذ لا يمكن التعامل مع جميع مشكلات المريض في آن واحد؛ لذا تُبنى الأولويات على مبدأين رئيسين: معالجة التهديدات المباشرة للحياة أولاً، والتدخل العلاجي أحياناً قبل استكمال التشخيص الدقيق لدى المريض شديد عدم الاستقرار (Treat First, Diagnose Later).

الترتيب الهرمي العام للأولويات

١. المحافظة على مجرى هوائي سالك وتأمين تهوية فعّالة.

٢. استقرار الدورة الدموية وضمان التروية النسيجية الكافية.

٣. السيطرة على أي نزف فعّال أو عدم استقرار حاد آخر يهدد الحياة.

٤. تقييم الحالة العصبية والعمل على منع أي أذى دماغي ثانوي.

٥. الوقاية من المضاعفات المحتملة (العدوى، التخثر الوريدي العميق، قرح الفراش).

٦. تلبية الاحتياجات النفسية وتوفير الراحة والتواصل الفعّال مع المريض والأسرة.

يُلاحَظ أن هذا الترتيب يعكس تكييفاً لهرم ماسلو للاحتياجات (Maslow's Hierarchy of Needs) بما يلائم سياق الرعاية الحرجة: إذ تُقدَّم الاحتياجات الفيزيولوجية البحتة المرتبطة بالبقاء على قيد الحياة أولاً، تليها احتياجات السلامة، ثم الاحتياجات النفسية والاجتماعية.

ثامنا: مقاربة التقييم الأولي للمريض الحرج (ABCDE Approach)

تُستخدم مقاربة ABCDE كأداة عملية منظمة لترجمة الأولويات السابقة إلى خطوات تقييم متسلسلة، بهدف الكشف المبكر عن أي خلل مهدِّد للحياة ومعالجته فور اكتشافه دون انتظار إتمام التقييم الكامل:

١. A – مجرى الهواء (Airway): التأكد من سلامة مجرى الهواء وخلوّه من الانسداد.

٢. B – التنفس (Breathing): تقييم معدل ونمط التنفس، الإشباع الأكسجيني (SpO_2)، وأصوات الرئتين.

٣. C – الدورة الدموية (Circulation): تقييم النبض، ضغط الدم، زمن الامتلاء الشعري، وعلامات النزف أو الصدمة.

٤. D – العجز العصبي (Disability): تقييم مستوى الوعي باستخدام مقياس غلاسكو (GCS) وحدقتي العين.

٥. E – التعرّض والبيئة (Exposure): كشف المريض بالكامل لفحص شامل مع الحفاظ على حرارة الجسم والخصوصية.

تاسعا: مبادئ السلامة ومكافحة العدوى في وحدة العناية المركزة

يُعد مرضى العناية المركزة أكثر عرضة للعدوى المكتسبة من المشفى (Healthcare-Associated Infections - HAIs) بسبب ضعف المناعة، وكثرة الأجهزة والقساطر الغازية، وطول مدة الإقامة؛ لذا تُطبَّق حزم رعاية موحدة (Care Bundles) قائمة على البراهين للحد من هذه المخاطر.

حزم الوقاية من العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية

- حزمة الوقاية من الالتهاب الرئوي المرتبط بالتهوية الميكانيكية (VAP Bundle): رفع رأس السرير بزاوية ٣٠-٤٥ درجة، التقييم اليومي لجاهزية سحب أنبوب التهوية، العناية الفموية المنتظمة، والوقاية من قرحة الجهاز الهضمي والتخثر الوريدي العميق.

- حزمة الوقاية من عدوى مجرى الدم المرتبطة بالقسطرة المركزية (CLABSI Bundle): التعقيم الكامل للجلد أثناء الإدخال، الحفاظ على تقنية معقمة صارمة، والتقييم اليومي لضرورة استمرار القسطرة.
- حزمة الوقاية من عدوى المجاري البولية المرتبطة بالقسطرة (CAUTI Bundle): الاقتصار على إدخال القسطرة عند وجود استطباب واضح، وإزالتها فور زوال الحاجة إليها.

مبادئ السلامة العامة

- الالتزام بنظافة اليدين (Hand Hygiene) وفق لحظات منظمة الصحة العالمية الخمس قبل التماس المريض وبعده.
- تطبيق احتياطات العزل (Isolation Precautions) المناسبة وفق طريقة انتقال العامل الممرض، واستخدام معدات الحماية الشخصية (PPE) بشكل صحيح.
- الوقاية من قرح الفراش (Pressure Injury Prevention) عبر تغيير وضعية المريض بشكل دوري وتقييم الجلد المستمر.
- سلامة الأدوية عالية الخطورة (High-Alert Medications) كالمرخيات العضلية ومركزات الشوارد، عبر التحقق المزدوج (Double-Check) قبل الإعطاء.
- الوقاية من السقوط وتأمين بيئة آمنة حول سرير المريض.

عاشرا: العملية التمريضية في الرعاية الحرجة

تُطبَّق خطوات عملية التمريض ذاتها في بيئة الرعاية الحرجة، مع تكثيف وتيرتها نظراً لسرعة تغيّر حالة المريض:

- التقييم المستمر (Continuous Assessment): جمع بيانات فيزيولوجية ونفسية لحظية عبر أجهزة المراقبة والفحص السريري.
- التشخيص التمريضي (Nursing Diagnosis): مثل عدم فعالية نمط التنفس، اختلال في تروية الأنسجة، القلق المرتبط بالبيئة العلاجية.
- التخطيط ووضع الأولويات (Planning & Prioritization): تحديد التدخلات الأكثر إلحاحاً وفق الأولوية الحيوية للمريض.
- التنفيذ (Implementation): تطبيق التدخلات العلاجية والتمريضية بدقة وضمن بروتوكولات السلامة.
- التقييم النهائي (Evaluation): مراجعة استجابة المريض للتدخلات وتعديل الخطة العلاجية باستمرار.

حادي عشر: الاعتبارات الأخلاقية والقانونية

- مبدأ الموافقة المستنيرة (Informed Consent) وتحديات تطبيقه لدى المريض غير القادر على اتخاذ القرار.
- قرارات نهاية الحياة (End-of-Life Decisions)، مثل أوامر عدم الإنعاش (DNR) وسحب أو حجب العلاج الداعم للحياة.
- الحفاظ على كرامة المريض وخصوصيته وسرية معلوماته الصحية.
- التوثيق الدقيق والقانوني لجميع التدخلات والمراقبات (Documentation).
- العدالة في توزيع الموارد الحرجة، لا سيما في ظل محدودية الأسرّة والأجهزة.

الخلاصة

يُعد تمريض الحالات الحرجة أحد أكثر تخصصات التمريض تعقيداً وأهمية، إذ يتطلب من الممرض دمج المعرفة العلمية العميقة بالمهارات الفنية المتقدمة والحس الأخلاقي الرفيع، ضمن بيئة عمل ديناميكية تفرض تحديد الأولويات بدقة، والمراقبة المستمرة، والالتزام الصارم بمبادئ السلامة ومكافحة العدوى، إضافة إلى القدرة على التفكير السريري السريع عند أي مؤشر على تدهور حالة المريض. وسيتناول الطلاب في المحاضرات اللاحقة تفصيلاً للأنظمة الفيزيولوجية الحرجة (التنفسي، القلبي الوعائي، العصبي، الكلوي) وأبرز التدخلات التمريضية المرتبطة بكل منها.

انتهت المحاضرة