

کتابچه راهنمای بخش جراحی ۲ مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)



تهیه و تنظیم:

فرزانه صادقیپور

زهرا دهقان

مهر ماه ۹۶

تاریخچه بیمارستان

بیمارستان امام خمینی واقع در شهر تبریز یک بیمارستان دانشگاهی آموزشی که در سال ۱۳۳۹ با ظرفیت ۵۰۰ تخت ثابت تاسیس گردید.

تخصصهای داخلی جراحی جراحی قفسه سینه اورژانس گوش و حلق و بینی اورولوژی جراحی مغز و اعصاب پیوند کلیه و بخشهای ویژه آن فعال بود

در سال ۱۳۸۶ بدنبال زلزله های متعدد در تبریز و خطر ریزش ساختمان بدلیل قدمت و فرسودگی دچار آسیبهای جدی شد و در ادامه کارکنان و تجهیزات آن به بیمارستان امام رضای کنونی انتقال یافت.



بیمارستان امام رضا با ۶۴۵ تخت

و با زیربنای ۴۴ هزار متر مربع به

صورت طبقاتی تنها مرکز درمانی

که امداد هوایی اورژانس منطقه

را نیز پوشش میدهد در سال

۱۳۸۴ در رشته های فوق

تخصصی و آموزشی و پژوهشی

با ۱۴ اتاق عمل و ۱۶ تخت اورژانس دارای درمانگاههای داخلی جراحی، ریه، کلیه، پیوند کلیه، اعصاب

، جراحی مغز و اعصاب، جراحی توراکس، اورولوژی، گوارش، غدد، گوش و حلق و بینی، عفونی و اورتوپدی

با امکانات تشخیصی و درمانی، رادیوتراپی، رادیولوژی و سونوگرافی، سونوداپلر، ماموگرافی،

الکترومیلوگرافی، الکتروآنسفالوگرافی، الکتروکاردیوگرافی، آندوسکوپی، برونکوسکوپی، کلونوسکوپی

، تست ریه، طب هسته ای، فیزیوتراپی، سی تی اسکن اسپیرال، یورودینامیک، رکتوسیگموئیدوسکوپی،

لیزر، لاپاراسکوپی، پاتولوژی، آزمایشگاه، اکوداپلر میباشد.

هم اکنون بخشهای آی سی یو جراحی، آی سی یو اعصاب، آی سی یو مغزو اعصاب، آی سی یو ریه، آی

سی یو جنرال، اورتوپدی، بخش جراحی ۱ و ۲، ترومای مغز، فک و صورت، بخش اعصاب، داخلی ریه،

غدد، گوارش، عفونی، اورولوژی، نفرولوژی، پیوند کلیه، دیالیز، گوش و حلق و بینی، توراکس،

انکولوژی، دیالیز صفاقی و جراحی مغز فعال هستند.

ساختار فیزیکی بخش

بخش جراحی ۲ در طبقه دوم ساختمان بیمارستان امام رضا واقع می باشد. ایستگاه پرستاری در مرکز بخش قرار دارد. بخش دارای یک ورودی و یک خروجی می باشد که اتاقها در امتداد راهرو U شکل بخش قرار دارد که



ایستگاه پرستاری در مرکز U قرار گرفته است
بخش شامل یک اتاق کار ، یک اتاق برای
کادر خانمها ، یک اتاق برای کادر آقایان و
اتاق کثیف مخصوص جمع آوری البسه کثیف
یک سرویس بهداشتی جداگانه برای کادر که
در انتهای بخش قرار گرفته ، یک اتاق
مخصوص مسئول بخش ، یک اتاق کوچک
مخصوص تی شوئی دو انباری ، دو اتاق
مخصوص لوازم بخش می باشد.

اتاقهای بیماران مجهز به اکسیژن سانترال +

یخچال + تلویزیون + سیستم زنگ احضار پرستاری می باشد.

تجهیزات بخش شامل یک دستگاه ECG + یک دستگاه ساکشن + یک دستگاه الکتروشوک به همراه ترالی
احیا + یک دستگاه رادیولوژی پرتابل - شش عدد پایه سرم + دو عدد ویلچر - دو عدد برانکارد و دو عدد
کپسول اکسیژن پرتابل ۲۰ لیتری + چهار عدد کپسول اکسیژن پرتابل ۱۰ لیتری + یک عدد کپسول اکسیژن پرتابل
پنج لیتری مخصوص حمل و ترالی احیا می باشد.

اتاق کار دارای کابینت زمینی و دیواری می باشد که تمام لوازم و وسایل لازم درون آن به طور مرتب چیده شده
و روی هر کمد یا کشو نام لوازم جهت دستیابی آسان نوشته شده است بخش مجهز به سیستم کامپیوتری می
باشد که درخواستهای آزمایشات ، رادیوگرافی ، سونوگرافی ، دارو و وسایل مصرفی بیمار از طریق کامپیوتر به
واحد مربوطه ارسال میشود. همچنین یک دستگاه کامپیوتر در اتاق مسئول بخش موجود می باشد.

سیستم گرمایشی و سرمایشی بخش بشکل فن کوئل می باشد

نیروی انسانی بخش

شامل پزشکان - پرستاران - کمک بهیاران و
نیروی خدماتی است.



پزشکان :

دکتر فرزاد کاکائی متخصص جراحی عمومی فلوشیپ پیوند اعضا رئیس بخش

دکتر شهریار هاشمزاده متخصص جراحی عمومی فوق تخصص جراحی توراکس

دکتر تورج اسودی متخصص جراحی عمومی و عروق فلوشیپ تروما

دکتر عبد الرضا مهدی نواز متخصص جراحی عمومی

دکتر دارا الوند فر متخصص جراحی عروق

دکتر فرشاد مهدوی متخصص جراحی عمومی

دکتر رامین آروغ متخصص جراحی عمومی

دکتر ابولقاسم فخری متخصص جراحی عمومی

رزیدنت های سال ۱ تا ۴



پرستاران

سرپرستار ۱ نفر

پرستار ۱۷ نفر

کمک بهیار ۸ نفر

منشی ۱ نفر



پرسنل خدمات ۳ نفر در شیفت های چرخشی

نحوه تقسیم کار در بخش : بیماران بستری بخش با

روش کیس متد بین پرستاران حاضر در بخش تقسیم می شود و کارهای مربوط به بیماران از جمله چک دستورات پزشک انجام دستورات دارویی آماده نمودن بیماران جهت انجام اعمال جراحی و نوشتن گزارش بیماران توسط پرستار مسئول همان بیمار انجام میگردد.

اهداف بخش :

درمان و بهبود بیماران در جهت ارتقاء سطح کیفی

زندگی در افراد جامعه



روتین های بخش

ورود بیمار با معرفی نامه پزشک معالج و ثبت در دفتر نوبت دهی جهت اطلاع روز بستری یا بستری همانروز.

بستری از طریق ارائه برگ پذیرش مخصوص بخش به بیمار و تشکیل پرونده توسط پذیرش و در نهایت بستری بیمار می باشد.

پذیرش بیماران بشکل مراجعه از مطب پزشکان متخصص و یا درمانگاه (الکتیو) یا بطور اورژانسی از طریق اورژانس بیمارستان و یا بستری سرپائی می باشد. لازم به ذکر می باشد که درمانگاه جراحی همه روزه صبح وعصر و پنج شنبه فقط صبح با حضور اتندینگ دایر است، ترخیص بیماران بعد از بهبودی کامل یانسی بطور مستقیم ازبخش به منزل می باشد.

اقدامات پرستاری :



مراقبتهای پرستاری دربخش جراحی شامل مراقبتهای عمومی قبل از عمل در بیماران و مراقبتهای اختصاصی بعد از عمل می باشد که بطور اختصار ضمیمه می گردد.

چک علائم حیاتی روتین:

کنترل فشار خون هر ۱۲ ساعت (۹-۲۱)

کنترل تب و نبض هر ۱۲ ساعت (۶-۱۸)

ساعات داروئی روتین:

هر ۶ ساعت (۶-۱۲ - ۱۸ - ۲۴) هر ۱۲

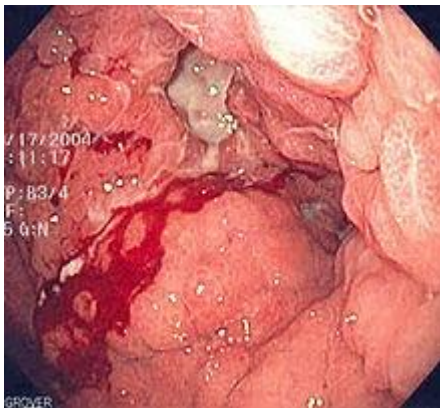
ساعت (۹-۲۱) هر ۸ ساعت (۹-۱۷-۱)





عمل های جراحی قابل انجام در بخش جراحی :

سرطان معده:



سرطان معده (gastric cancer) نوعی سرطان است و شایعترین فرم آن، آدنوکارسینوم یا سرطان غددی در معده است. سرطان معده را می توان رشد بدون کنترل سلول های بدخیم در معده دانست. سایر فرم های کمتر شایع سرطان معده، شامل لنفوما (سرطان در گیر کننده سیستم لنفاوی) و سارکوما (سرطان بافت همبند مانند عضله، چربی یا عروق خونی) است. سرطان معده سالیانه باعث مرگ حدود یک میلیون نفر در سرتاسر جهان می شود

اهمیت بیماری

این بیماری باعث مرگ افراد بسیاری در سرتاسر جهان می شود. شیوع این بیماری در مردان دوبرابر زنان است و چهارمین سرطان شایع در جهان محسوب می گردد.

این سرطان در افرادی با گروه خونی A شایعتر است. پسماندهای سلولهای جنینی در مری و یک سوم فوقانی معده عاملی برای ابتلا به سرطان معده است. بقایای سلولهای جنینی قابلیت سرطانی شدن را دارند که با بررسی ها و تست های تشخیصی معمول، رادیو گرافی و سی تی اسکن قابل شناسایی نیستند.

سرطان معده در مردان پس از سرطان ریه شایعترین سرطان است حال آنکه در زنان سرطان پستان شایع ترین سرطان به شمار می آید. علائم و نشانه های اولیه سرطان معده گول زننده و مشابه ناراحتیهای گوارشی است به طوریکه افراد سعی دارند با پرهیز غذایی و درمان خودسرانه بهبود پیدا کنند. کاهش وزن و بی اشتها

علامت‌مهمی در تشخیص سرطان معده است. در مراحل اولیه ناراحتی‌های گوارشی چون تهوع، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، درد ملایم و متناوب و در مراحل پیشرفته وجود خون در مدفوع و مدفوع سیاه رنگ (ملنا) و در مراحل پیشرفته تر استفراغ خونی بروز می‌کند.

وجود هلیکوباکتریلوری و استعداد ابتلاء فرد به سرطان معده از فرضیات موجود در دنیای پزشکی است، حال آنکه افزایش اسید معده، استعمال دخانیات، مصرف غذاهای نمک سود شده و دودی، افزایش مصرف غذاهای سرخ کردنی همگی از عوامل پرخطر برای ابتلاء به سرطان معده هستند. آندوسکوپی و رادیوگرافی معده از راههای تشخیص سرطان معده هستند. در زخمهای معده احتمال سرطانی شدن وجود دارد از این رو چنانچه زخم معده ای پس از ۳ ماه دارو درمانی به درمان پاسخ ندهد اندیکاسیونی برای جراحی معده است. افراد با کوچکترین علامت در تغییر وضعیت مزاج، دفع، بی‌اشتهایی، تهوع و کاهش وزن باید برای بررسیهای بیشتر به پزشک متخصص مراجعه کنند.

کanser مری:



مری هم مانند دیگر بافت ها و ارگانهای بدن دارای انواع بیماریها و سرطان است. سرطان مری یا Esophageal Cancer از کشنده ترین سرطان های شناخته شده است چرا که در مراحل اولیه که برای درمان زمان طلایی محسوب میشود، بدون علامت خاصی است و علائم هنگامی ظاهر میشوند که بیماری در مراحل پیشرفته باشد.

علائم شایع: مشکل یا درد به هنگام بلع کاهش وزن سریع استفراغ مخاط خون آلوده

انواع سرطان مری:



سرطان مری بر دو نوع اصلی است:

۱- کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC):

یکی از دو نوع مهم سرطان مری است. مصرف الکل و سیگار، نقش فوق العاده موثری در ایجاد این نوع سرطان ایفا می‌کند. سلولهای بافت پوششی سنگفرشی مری در این حالت سرطانی می‌شوند.

در سرتاسر دنیا این نوع سرطان ۸۰ درصد سرطان های حاصله در مری را تشکیل میدهد. این نوع سرطان مرحله ی طولانیتری از دوره ی درجا (این سیتو) را دارد.

ابتدا ضایعات ضخیم شده ی پلاک ماندی ظهور پیدا کرده که پس از ماهها تا سالها به یکی از سه شکل زیر در می آیند:

- توده های پولیپ مانند برجسته به داخل مجرای مری که در بیشتر موارد باعث گرفتگی مجرا می شوند.
- زخم های بدخیم که گسترش عمقی یافته و گاهی به داخل مجاری تنفسی، سرخرگ آئورت یا دیگر مکان ها نفوذ و تهاجم میابند.
- بدخیمی های منتشر که سبب ضخیم شدن، سفتی دیواره و باریک شدن مجرای مری خواهند شد. این نوع سرطان حدود ۲۰ درصد موارد از قسمت گردنی و سینه های فوقانی، ۵۰ درصد از یک سوم میانی و ۳۰ درصد از یک سوم تحتانی مری منشأ می گیرد.

۲- **آدنوکارسینوم (Adenocarcinoma)** این نوع سرطان مری نیز در سالیان اخیر رشد زیادی در جوامع غربی داشته است. در ایالات متحده افزایش بسیار زیاد (سه تا پنج برابر در ۴۰ سال اخیر) شیوع این شکل از بدخیمی، باعث پیشی گرفتن آن از نوع اول شده است. آدنوکارسینوم برخلاف کارسینوم سلول سنگفرشی معمولاً در یک سوم انتهایی مری واقع میشوند.

بیماری مری بارت (Barrett Esophagus) که در آن مخاط سنگفرشی طبیعی انتهای تحتانی مری با مخاط استوانهای حاوی سلول های ترشحی (مشابه بافت روده) جایگزین شده اند، مهمترین عامل بروز این نوع سرطان مری است.

عوامل ایجاد کننده: برخی عوامل خطر ساز بدین شرح اند:

ریفلاکس: ریفلاکس عبارت است از بازگشت محتویات همراه با اسید معده به مری و آسیب مخاط مری که در نتیجه ی آن بیماری مری بارت و در انتها سرطان مری ایجاد می شود.

عوامل مختلفی در ریفلاکس دخیلاند که از جمله میتوان به افزایش حجم معده در اثر پر خوری، مصرف الکل، دراز کشیدن بلافاصله پس از صرف غذا و ... اشاره کرد.

التهاب مری: یا ازوفازیت که در اثر عوامل مختلفی از جمله انواع عفونت ها ایجاد می شود.

مصرف سیگار و الکل: باعث ایجاد التهاب و آزرده گی مری شده و همچنین دارای عوامل سرطانزا نیز هستند.

مصرف مایعات داغ و سوزاننده: مانند چای و قهوه داغ که با سوزاندن و التهاب مری احتمال ابتلا را افزایش می‌دهند. برای مثال، مصرف چای داغ در استان‌های آذری زبان ایران یکی از عوامل اصلی شیوع سرطان مری است. همچنین برخی مایعات اسیدی و قلیایی نیز به آسیب و التهاب مری کمک می‌کنند.

رژیم غذایی: مصرف مواد پیش‌ساز سرطان‌زا مانند نیتريت‌ها که به ماده‌ی سرطان‌زای نیتروزآمین تبدیل می‌شوند و به وفور در مواد غذایی مانند سوسیس و کالباس وجود دارند، به شدت خطر ابتلا به انواع سرطان به خصوص سرطان‌های گوارشی و مری را افزایش می‌دهند.

وراثت و جهش‌های ژنتیکی: همانند دیگر سرطان‌ها خطر ابتلا را بالا می‌برند.

سابقه‌ی قبلی: سابقه‌ی قبلی در ابتلا به سرطان‌های سر و گردن می‌تواند خطر ایجاد سرطان مری را افزایش دهد.

چاقی: خطر ابتلا را تا چهار برابر افزایش می‌دهد. محققان حدس می‌زنند بین چاقی و افزایش ریفلاکس ارتباطی وجود داشته باشد.

بیماری‌ها: همچون بیماری سلیاک، سندرم هاول - اوآنس و سندرم پلومر - وینسون در بالا رفتن خطر درگیری با سرطان مری نقش دارند.

ویروس پاپیلومای انسانی (HPV): که یک ویروس مولد تومور و سرطان است.

برای رفع انسداد مری از یک توری فلزی ارتجاعی استفاده می‌شود تا برای بیمار مشکل خاصی پیش نیاید.

علائم: متأسفانه در اغلب موارد، بروز علائم حاکی از پیشرفته بودن بیماری دارد و شروع بیماری در بیشتر مواقع بدون علائم بالینی است.

۱. **سختی بلع:** یا دیسفاژی اولین علامتی است که بیشتر مبتلایان از آن شکایت دارند. در این حالت ۷۵ درصد قطر طبیعی مری توسط بافت سرطانی اشغال شده است.

۲. همچنین بلع دردناک نیز ممکن است بروز کند. مایعات و غذاهای نرم می‌توانند تحمل شوند، اما با خوردن غذاهای سفت مانند نان، سختی بلع بیشتر حس می‌شود. در مراحل پیشرفته‌ی بیماری، مایعات هم به سختی بلع خواهند شد.

۳. **احساس گیر کردن غذا در گلو یا سینه:** به دلیل انسداد مری این علامت بروز می‌کند. این علامت ممکن است در اثر فلجی مری و قطع حرکات دودی آن نیز بروز یابد که خود در سرطان مری شایع است.

۴. کاهش وزن: به دلیل عدم میل به صرف غذای کافی در اثر سختی و دردناکی بلع، کاهش وزن قابل توجهی رخ خواهد داد.

۵. صدای خشن: ممکن است یکی از علامت های زودهنگام باشد.

۶. حالت تهوع و استفراغ

۷. بالا آوردن خون: سطح تومور ممکن است شکننده باشد و خون جاری شده از آن به سمت حلق و دهان بازگردد.

۸. سرفه و سکسکه

۹. بیماری های تنفسی: که از دست اندازی سرطان به نای منشأ می گیرند.

۱۰. از دیگر علائم می توان به: درد در ناحیه قفسه ی صدری، آبریزش دهان (به دلیل عدم بلع بزاق)، سوزش سر دل، خستگی و ضعف اشاره کرد.

مصرف چای و مایعات داغ و سوزاننده باعث افزایش خطر ابتلا به سرطان مری خواهد شد

تشخیص و درمان:

برای تشخیص بیشتر از روشهای تصویر برداری و نمونه برداری اندوسکوپی استفاده میشود. همچنین آزمایشات استخوان و نای برای بررسی دست اندازی ضروری است.

درمان به چند عامل مانند مکان، اندازه و گستردگی ضایعه و همچنین وضعیت عمومی شخص بستگی دارد:

۱- **جراحی:** همانند دیگر سرطانها، جراحی بهترین درمان پیشنهاد شده است اما باید توجه کرد در صورتی جراحی انجام خواهد شد که بخشی از مری درگیر شده باشد (در ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران) و نه تمام مری. جراح ضایعه را به همراه عقده های لنفی و بافت های نزدیک ضایعه برخواهد داشت و دو سر سالم مری را به هم می دوزد. برخی مواقع از بافت معده یا روده نیز استفاده خواهد شد.

۲- **شیمی درمانی:** اگر ضایعه ی سرطانی بزرگ باشد یا احتمال دست اندازی تومور وجود داشته باشد، شیمی درمانی نیز تجویز خواهد شد.

۳- **پرتو درمانی:** معمولاً به طور هم زمان و همراه شیمی درمانی استفاده میشود. البته پرتو درمانی را باید با احتیاط در درمان سرطان مری استفاده کرد، زیرا احتمال می رود خود یکی از عوامل ابتلا باشد.

۴- **لیزر درمانی:** استفاده از پرتوهای نور پراثری یا لیزر برای انهدام سلولهای سرطانی که تنها هنگامی که عارضه را نتوان با جراحی برداشت انجام می شود. لیزر درمانی روش مناسبی برای رفع سختی بلع و درد ناشی از آن است

۵- **درمان فوتودینامیک:** شاخه ای از لیزر درمانی است که در آن همزمان از داروهای خاصی استفاده می شود که با جذب در سلول های سرطانی و قرار گرفتن در معرض نور خاصی فعال شده و سلولهای سرطانی را نابود می کنند

۶- مهم ترین عامل در پیش بینی طول عمر بیماران که بر انتخاب روش درمانی تأثیر می گذارد مرحله تومور است

جراحی در مراحل اولیه مؤثر می باشد. بطور همزمان یا منحصر می توان شیمی درمانی و پرتودرمانی نیز انجام داد. جراحی اندسکوپیک با لیزر نیز ممکن است. در مراحل پیشرفته بیماری جراحی جهت عنوان کمک به عبور غذا صورت می گیرد و درمانی نیست

پیشگیری:

۱- **سیگار و الکل:** نقش این دو در بیشتر سرطانها اثبات شده است، پس با عدم مصرف یا کاهش مصرف می توان تا حدی موثری از ابتلا جلوگیری کرد.

۲- **ریفلاکس:** با پیشگیری کردن از بروز ریفلاکس میتوان خطر را کم کرد. باید توجه کرد که تا ۹۰ درصد بروز ریفلاکس به رفتار تغذیه ای و پس از آن بستگی دارد.

برای مثال با جلوگیری از حالت درازکش بلافاصله پس از صرف غذا یا مصرف نکردن الکل می توان از بروز ریفلاکس جلوگیری کرد

۳- **مایعات داغ:** همانطور که گفته شد مصرف مایعات داغ با آسیب به بافت مخاطی مری می تواند عامل مهمی در ابتلا به سرطان مری باشد که با پیشگیری از آن خطر ابتلا کم خواهد شد.

۴- **نیتروز آمین ها:** این مواد که در اکثر ظروف و مواد غذایی مصرفی کشورها به خصوص کشورهای جهان سوم قرار دارند با ایجاد جهش های ژنتیکی در ابتلا به انواع سرطان ها موثرند.

در ایران متأسفانه با مصرف چای و غذای داغ در ظروف یک بار مصرف پلاستیکی و آزاد شدن این مواد در چای و غذا، ابتلا به انواع سرطان ها در حال افزایش است.

درمان

پیش آگاهی بیماران مبتلا به کارسینوم مری وخیم است. به همین جهت بسیاری از پزشکان معالجه خود را منحصر به کنترل بیماری مینمایند. جراحی تمام تومور (ازوفاکتومی) تنها در ۴۰ درصد موارد مسیر بوده و سلولهای تومورال باقیمانده کرارا در حاشیه ناحیه بریده شده، وجود دارند. نتایج شیمی درمانی با مخلوطی از داروها مشتمل بر سیس پلاتین در ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران درمان شده، موفقیت آمیز می باشد. اقدامات درمانی

مشمول بر شیمی چند دارویی، رادیوتراپی به عنوان راه درمانی اولیه است که به تنهایی یا به دنبال اقدام به رزکسیون جراحی نیز صورت می پذیرد.

برای بیماران لاعلاج که تومورهای مری با جراحی قابل رزکسیون نیست، معالجه دیسفاژی، سو تغذیه و فیستول به مری عملکرد عمدهای محسوب می شود. روش تسکین این عوارض وابسته به سرطان دیلاتاسیون مکرر توسط آندوسکوپ، انجام جراحی به منظور گاستروستومی یا ژوژنوستومی به منظور رساندن مایعات و غذا به مریض و وارد کردن یک پروتز پلی ونیل برای از میان بردن مواد غذایی از کنار تومور می باشد. به نظر میرسد سوزاندن آندوسکوپ تومورهای مسدود کننده توسط لیزر امید بخش ترین این روشها است.

سرطان روده بزرگ

سرطان روده بزرگ، سومین سرطان شایع در دنیا بوده و دومین سرطان کشنده پس از سرطان ریه محسوب می شود. مرگ ناشی از این سرطان ۱۱ درصد مرگ و میر ناشی از کل سرطان ها است. اما خوشبختانه اگر این سرطان زود شناخته شود، یکی از قابل درمان ترین سرطان ها است. سرطان روده معمولا با ایجاد برآمدگی هایی به نام پولیپ در دیواره روده به وجود می آید. پولیپ ها خیلی شایع هستند، ولی بیشتر آنها به سرطان تبدیل نمی شوند، حتی اگر پولیپ های مشکوک زود تشخیص داده شوند، قابل درمان هستند.

نکته مهم: این است که بیشتر سرطان های روده ای، نشانه ای ندارند و معمولاً وجود خون در مدفوع اولین علامت است که اغلب با چشم غیر مسلح قابل رویت نبوده و با آزمایش های میکروسکوپی تشخیص داده می شود. این نشانه به خصوص در افراد بالای ۶۰ سال باید جدی گرفته شود. اگر متوجه نشانه ای شدید، سعی کنید عادت غذایی خود را برای مدتی تغییر داده و نتایج را بررسی کنید. گاهی مصرف بعضی داروها نیز می تواند چنین نشانه هایی تولید نماید، یا حتی مصرف بعضی از غذاها مانند گوجه فرنگی، فلفل قرمز، چغندر،... در مدفوع رنگ قرمز ایجاد می کند، که نباید با خونریزی اشتباه گرفته شود.

عوامل خطر

عوامل زیر ممکن است شانس ابتلا به سرطان روده بزرگ را در فرد افزایش دهد.

۱- سن: اکثر افراد مبتلا به این بیماری سن بالای ۵۰ سال دارند اما این بیماری در هر سنی اتفاق می افتد

۲- رژیم غذایی: بین این بیماری و رژیم غذایی پر از چربی و پر انرژی و کم فیبر، رابطه مستقیم وجود دارد.

۳- **پولیپ ها:** این بیماری بصورت رشد توده های خوش خیم در جدار روده تعریف میشود که معمولاً بعد از سن ۵۰ سالگی شایع است. به نظر میرسد که در این ساختار شانس ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد.

۴- **تاریخچه شخصی:** کسانی که قبلاً سرطان های روده بزرگ داشته اند یا خانم هایی که مبتلا به سرطان تخمدان، رحم، یا پستان بوده اند. شانس بیشتری جهت ابتلا به این بیماری دارند. در حال حاضر در بعضی از موارد این سرطان، ژنهای مسؤول شناسایی شده اند. لذا قبل از بروز سرطان، چنین افرادی را از نظر حامل ژن بودن مورد بررسی قرار می دهند.

۵- **کولیت اولسروز:** در این بیماری پوشش جدار روده بزرگ دچار التهاب شده است. افراد مبتلا به این بیماری شانس بیشتری جهت ابتلا دارند.

علائم و نشانه ها

علائم این بیماری ممکن است شبیه به سایر علائم نظیر عفونت ها، بواسیر و بیماریهای التهابی روده باشد. بنابراین مراجعه به پزشک به منظور ارزیابی بهتر، لازم و ضروری میباشد. از آنجایی که در مراحل اولیه این بیماری با موفقیت قابل درمان است. در صورت مشاهده هر کدام از علائم زیر به پزشک مراجعه نمائید.

۱- وجود هرگونه تغییر در عادات دفعی روده نظیر اسهال، یبوست یا کاهش قطر مدفوع که بیش از یک روز طول بکشد.

۲- خونریزی از راست روده یا وجود خون در مدفوع

۳- دردهای قولنجی معده

۴- استفراغ

۵- ضعف و خستگی

۶- یرقان و زردی پوست یا سفید چشم

در بعضی از موارد ممکن است فرد مبتلا به سرطان بوده اما هیچگونه علامتی نداشته باشد. بنابراین غربالگری در افراد پر خطر مثل افراد بالای ۵۰ سال ضروری می باشد.

غربالگری و تشخیص

استفاده از روشهای غربالگری معمولی در بیمارانی که هرگونه فاکتور خطری داشته باشند یا اینکه علائم مذکور را داشته باشند توصیه می شود. از جمله روش های تشخیصی که برای غربالگری این سرطان مورد استفاده قرار میگیرد. می توان به آزمایش های زیر اشاره نمود.

۱- **معاینه راست روده:** در این معاینه پزشک راست روده را معاینه میکند تا وجود هرگونه مورد را بررسی کرده و در صورت وجود مواد در داخل راست روده آنها را از نظر آغشته بودن با خون مورد بررسی قرار دهد.

۲- **پروکتوسکوپی:** در این روش از طریق دستگاه های خاصی بصورت مستقیم داخل راست روده و قسمت های تحتانی روده بزرگ مورد مشاهده قرار میگیرد. از طریق این روش نیمی از سرطانها قابل تشخیص هستند. در این روش ممکن است بیمار احساس فشار کند اما دردی را احساس نخواهد کرد.

۳- **کولونوسکوپی:** از طریق این روش نیز با ابزارهای خاصی، مشاهده کلی روده بزرگ و راست روده ممکن میشود. در این حالت نیز فرد دردی را احساس نخواهد کرد.

در صورت وجود هرگونه توده در طول این قسمتها نیاز است که بخشی از توده برداشته شود تا در زیر میکروسکوپ از نظر وجود بافت یا سلولهای سرطانی مورد بررسی قرار گیرد. این عمل را بیوپسی می نامند. پیش آگهی و درمان سرطان روده، به مرحله بیماری (به این معنا که سلولهای سرطانی فقط بافت پوششی روده را یا تمامی جدار آنرا درگیر کرده اند) و شرایط سلامتی عمومی فرد بیمار بستگی دارد. بعد از درمان به منظور اندازه گیری نوعی آنتی ژن در خون آزمایش خون داده شده و عکسبرداری انجام میگیرد تا مشخص شود که آیا سرطان عود کرده است یا خیر

روشهای درمانی

بطور کلی سه روش درمانی جهت درمان سرطان روده بزرگ وجود دارد که شامل جراحی، پرتودرمانی و شیمیدرمانی است. روش دیگر درمانی نیز وجود دارد که در آن از روشهای بیولوژی برای درمان استفاده می شود. البته استفاده از این روشها در حد مطالعات بالینی است.

۱- **جراحی:** جراحی شایعترین روش درمانی در تمامی مراحل سرطان به حساب می آید. این روش به طرق مختلف انجام شده و براساس نظر پزشک و مرحله سرطان، روشهای جراحی متفاوت می باشد.

عوارض جانبی جراحی: عوارض جانبی جراحی به محل تومور و نوع جراحی بستگی دارد. معمولاً در چند روز اول بعد از جراحی بیمار احساس ناراحتی دارند ولی معمولاً درد با دارو قابل کنترل می باشد. مدت زمان بهبود بعد از عمل جراحی از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است.

۲- **پرتو درمانی** : در این روش از اشعه X با انرژی بالای برای کشتن سلولهای سرطانی و کوچک نمودن اندازه تومور استفاده میشود. تولید اشعه میتواند خارج از بدن و بهوسیله ماشینهای خاص یا در داخل بدن و از طریق موادی که تولید کننده اشعه هستند، صورت گیرد. پرتو درمانی به تنهایی یا همراه با جراحی و شیمی درمانی انجام می گیرد.

۳- عوارض جانبی پرتو درمانی: شایعترین عوارض جانبی پرتودرمانی شامل خستگی، واکنش پوستی در محل برخورد اشعه با پوست و کاهش اشتها می باشد. بعلاوه ممکن است این روش منجر به کاهش گلبولهای سفید خونی که از بدن در برابر عفونتها محافظت میکنند شود. بعضی از این عوارض قابل کنترل و قابل درمان هستند و در بسیاری از موارد این عوارض دائمی نمی باشند.

۴- شیمی درمانی: این روش از داروها به منظور کشتن سلولهای سرطانی استفاده می شود. اکثر داروهای ضد سرطانی بصورت تزریق داخلی در بدن یا داخل عضلات مورد استفاده قرار می گیرند. اما بعضی دیگر نیز به فرم خوارکی قابل مصرف هستند. شیمی درمانی یک روش درمانی سیستمیک به حساب میآید به این معنا که دارو از طریق جریان خون به هر قسمتی از بدن میرود تا سلولهای سرطانی را بکشد. در این روش داروها به صورت دورههای تجویز میشوند. یعنی دوره درمانی با یک دوره استراحت ادامه می یابد و بعد از آن از ابتدا دوره درمانی شروع می شود. در صورتیکه سلولهای سرطانی کبد را درگیر کرده باشند، می توان دارو را مستقیماً به شریانهای تغذیه کننده کبد تزریق نمود.

بعد از آنکه جراح تمامی سلولها و بافت سرطانی را از طریق جراحی برداشت، یک دوره شیمی درمانی نیز داده می شود تا سلولهای سرطانی باقیمانده نیز در صورت وجود از بین بروند. عوارض جانبی شیمی درمانی: داروهای شیمی درمانی معمولاً سلولهای با سرعت تکثیر بالا را مورد هدف قرار می دهند. از آنجایی که در بدن علاوه بر سلولهای سرطانی بافتهایی نظیر سلولهای خونی، بافت پوششی سیستم گوارشی و سلولهای فولیکول مو نیز از سرعت تکثیر بالایی برخوردار هستند، لذا ممکن است این بافتها نیز مورد هدف داروهای شیمی درمانی قرار بگیرد. در نتیجه عوارض جانبی شامل : عفونتها، خستگی، ریزش موی موقتی، زخمهای دهانی و یا سایر علائم است. از جمله مهم ترین عوارض جانبی داروهای شیمی درمانی کاهش کلی سلولهای خونی می باشد. از آنجایی که داروهای شیمی درمانی مغز استخوان را به شدت تحت تأثیر قرار میدهند، ممکن است کم خونی (بصورت کاهش انرژی انجام کارها)، کاهش پلاکتهای خونی (بصورت خونریزی) یا کاهش گلبولهای سفید (بصورت

افزایش استعداد ابتلا به عفونتها) ایجاد شود. معمولاً همه کسانی که از این روش درمانی استفاده می کنند به تمامی این علائم مبتلا نمی شوند. به علاوه در طی دوره استراحت و بعد از قطع درمان تمامی این علائم برطرف می شوند.

عوامل تشدید کننده: مصرف زیاد گوشت های چرب، غذاهای خیلی چرب، غذاهای سرخ کرده، چاقی و زیادی وزن.

عوامل بازدارنده: مصرف میوه جات تازه مخصوصا سبز

واریس

وریدهای واریسی معمولا بصورت طنابهایی برجسته و آبی رنگ درست زیر سطح پوست دیده می شوند. در هر قسمتی از بدن می توان این وریدها را دید، اما بیشتر پاها در گیر می شوند. وریدهای متورم و پیچ در پیچ قابل رویت که گاهی به وسیله مویرگ های پرخونی به نام وریدهای با نمای عنکبوتی شکل احاطه شده اند، همان وریدهای واریسی سطحی هستند. این وریدها دردناک و ظاهرا بد شکل هستند، اما معمولا بی ضرر هستند. گاهی اوقات این وریدها متورم می شوند حین تماس حساس هستند. مانع جریان خون می شوند که در این صورت باعث تورم ناحیه، خارش پوست و درد در ناحیه مبتلا می شوند. پاهای ما علاوه بر شبکه ورید سطحی یک شبکه وریدی داخلی یا عمیق هم دارد. در مواردی نادر، ورید داخلی پا به حالت واریسی در می آید. این وریدهای واریسی عمقی معمولا دیده نمی شوند، اما می توانند باعث تورم یا درد در سراسر پا بشوند. در وریدهای واریسی عمقی ممکن است لخته های خون هم تشکیل شود. مشکل واریس نسبتا شایع است و بسیاری از مردم در خانواده خود این مشکل را دارند. احتمال بروز واریس در زنان ۲ برابر مردان است.

علت واریس

شریان ها که خون پر اکسیژن را از قلب به سراسر بدن می برند دیواره ای عضلانی و ضخیم دارند که دارای بافت الاستیک است. وریدها خون را از بدن به قلب برمی گردانند که دیواره آنها عضلانی است و شبکه ای از دریچه ها درون آنها وجود دارد که فقط به سمت قلب باز می شوند. وقتی خون در وریدها به حرکت در می آید دریچه ها به نوبت باز می شوند تا خون حرکت کند و به جلو برود و بعد بسته می شوند تا خون به عقب برنگردد. در وریدهای واریسی، این دریچه ها خوب کار نمی کنند به صورتی که خون در وریدها جمع می شود و عضلات براحتی نمی توانند خون را به سمت قلب حرکت دهند. خون به جای این که از یک دریچه به دریچه دیگر به

جریان در آید به صورت جمع شده در ورید حرکت می کند، فشار وریدی و احتمال احتقان ورید زیاد می شود و ورید متورم شده حالت پیچ در پیچ پیدا می کند. به دلیل این که وریدهای سطحی عضلات دیواره ای قوی ندارند احتمال واریس در این وریدها بیشتر از وریدهای عمقی است، چرا که دیواره عضلانی وریدهای عمقی

قوی تر است. هر شرایطی که باعث فشار بیش از حد روی پاها یا شکم شود می تواند منجر به واریس شود. شایع ترین فشار زمان بارداری، در افراد چاق یا افرادی که طولانی مدت می ایستند، وجود دارد. یبوست مزمن و در بعضی موارد نادر تومورها هم می توانند باعث واریس شوند. ماندن در حالت ساکن احتمال واریس را زیاد می کند، زیرا عضلات در حالتی که فرد بی حرکت است به پمپ کردن خون کمک نمی کنند. با بالا رفتن سن وریدها ضعیف تر می شوند و احتمال واریس بیشتر می شود. در قدیم می گفتند چهارزانو نشستن باعث واریس می شود در حالی که این باور غلط است؛ اما اگر کسی واریس داشته باشد چهارزانو نشستن آن را بدتر می کند.

علائم واریس

رگهای خونی برجسته به رنگ آبی تیره بخصوص در پاها درد پا، احساس سنگینی در پا و حساس شدن آنها که اغلب با تورم پاها پس از ایستادن طولانی مدت همراه است.

موارد زیر را نیز به خاطر داشته باشید و در صورت بروز آنها حتما به پزشک مراجعه کنید:

اگر تورم بیش از حد یا وقتی پوست روی وریدهای واریسی پوسته پوسته شد، زخمی شده تغییر رنگ داد یا مستعد خونریزی شد احتمال ابتلا به درماتیت (التهاب پوست) ناشی از توقف خون در رگ وجود دارد. ممکن است در این صورت برای اجتناب از گرفتاری بیشتر و پیشگیری از مشکلات جدی در گردش خون جراح، ناچار به برداشتن وریدهای مبتلا شود. اگر وریدهای واریسی قرمز رنگ هستند باید به پزشک مراجعه شود زیرا احتمال دارد به فلبیت (التهاب رگ) مبتلا باشید. اگر بر اثر حادثه ای وریدهای واریسی پاره یا بریده شوند برای کنترل خونریزی و پیشگیری از عوارض باید به پزشک مراجعه شود.

درمان واریس

نوع خفیف واریس معمولا به درمان نیاز ندارد. در این موارد در خانه با انجام کارهایی می توان درد و ناراحتی را تسکین داد. وریدهای واریسی سطحی به طور طبیعی به درمان نیاز ندارد، اما نباید از آنها غافل شد. ممکن است پزشک برای تسکین درد و فراهم کردن راحتی برای بیمار جوراب های الاستیک مخصوص واریس را توصیه کند. این جوراب ها به عضلات پای شما کمک می کنند که با تمرکز فشار در نزدیکی وریدها خون را به سمت

بالا پمپ کنند. باید صبحها بعد از بیدار شدن و قبل از این که از بستر حرکت کنید، این جوراب ها را بپوشید. در بستر که هستید پاها را بلند کنید و بالا ببرید، سپس جورابها را بپوشید. جوراب ها نباید در قسمت مچ پا یا کشاله ران فشار وارد کنند و تنگ باشند در روز باید این جوراب ها را در طول روز چندین بار به مدت ۱۰-۱۵

دقیقه پای خود را بالاتر از سطح بدن نگه دارید. گاهی پزشک برای تسکین تورم و درد، داروهای ضدالتهاب مثل آسپرین یا بروفن را تجویز می کند. اگر احساس کردید پوست اطراف وریدهای واریسی زخمی شده یا تغییر شکل داده اند یا اگر بدون نشانه های خارجی احساس درد مداوم دارید، حتما به پزشک مراجعه کنید؛ چراکه ممکن است وریدهای عمقی شما مبتلا شده باشند. در بیشتر موارد لازم نیست وریدهای واریسی برداشته شوند. اگر واریس خیلی اذیت کرد با چند روش می توان آنها را برداشت. وریدهای عنکبوتی را براحتی می توان به وسیله لیزر برداشت. در مواردی که واریس حالت خفیفی دارد، جراح با روش اسکروترپی درمان را انجام می دهد یعنی ماده ای شیمیایی به نام عامل اسکروزینگ به درون ورید تزریق می شود تا دیواره های آن روی هم بخوابد و دیگر نتواند خون را جابه جا کند و به عبارتی ورید واریسی از مسیر خون حذف شود و خون از وریدهای دیگر به حرکت درآید. در موارد شدیدتر با عمل جراحی ورید مبتلا به واریس برداشته می شود. متأسفانه هیچ درمانی نمی تواند از تشکیل واریس مجدد جلوگیری کند. قبل از اقدام درمانی باید با جراح عروق مشورت کنید تا راه درمانی مناسب برایتان در نظر گرفته شود.

چگونه می توان از تشکیل واریس جلوگیری کرد؟

- ۱- به طور منظم ورزش کنید. تناسب وزن و فعالیت بهترین راه برای قوی نگهداشتن عضلات پا و به حرکت درآمدن خون در بدن است. وزنتان را کنترل کنید و از چاقی پرهیزید.
- ۲- از غذاهای کم چرب، کم نمک و کم شیرین استفاده کنید. آب زیاد بنوشید.
- ۳- اگر کارتان طوری است که باید در طول روز سرپا بایستید، هر از گاهی پاهای خود را به حالت کشش درآورده و نرمش دهید تا جریان خون زیاد شود و فشار وریدی کاهش یابد.
- ۴- از مصرف دخانیات خودداری کنید. تحقیقات نشان داده است سیگار باعث افزایش فشارخون و بدتر شدن واریس می شود.
- ۵- اگر باردار هستید به جای آن که به پشت بخوابید روی پهلوئی چپ بخوابید تا فشار وارده از رحم روی وریدهای لگن به حداقل برسد. این وضعیت باعث می شود جریان خون به جنین هم راحت تر برسد.

ویپل

نوعی بیماری که با اسهال، مدفوع چرب، التهاب مفاصل، لاغری و ضعف مشخص میشود. این بیماری با رسوب چربی در راه های لنفاوی روده همراه است

تعبیه فیستول شریانی

یکی از درمان های جایگزین کلیه در افراد مبتلا به نارسایی کلیه دیالیز خونی است. در هر نوبت از دیالیز، خون فرد تصفیه می شود و مواد زائد آب و نمک اضافی برداشته می شود و به این ترتیب تعادل بدن حفظ می شود. برای انجام یک دیالیز خونی مناسب باید در هر دقیقه حدود ۲۵۰-۳۰۰ سی سی در دقیقه از خون فرد وارد صافی دستگاه دیالیز شود. از آنجایی که عروق معمول موجود در اندام ها توانایی خون دهی با این میزان را ندارند، لازم است از روش هایی برای سرعت بخشیدن به خروج خون از بدن استفاده گردد. این روش ها شامل ایجاد فیستول، گذاشتن کاتتر موقت یا دائم می باشد که هر کدام در مواردی خاص مورد استفاده قرار می گیرد.

فیستول شریانی وریدی:

با ایجاد یک اتصال بین شریان (سرخرگ) و ورید (سیاهرگ) در ناحیه مچ دست یا آرنج فیستول ایجاد می شود. با انجام این عمل سیاهرگ های دست برجسته و پر خون می شود و با سوزن زدن بخوبی می توان به جریان خون مورد نظر در حین دیالیز دست یافت. فیستول در دست غیر غالب (معمولاً دست چپ در افراد راست دست) ایجاد می گردد که معمولاً چهار هفته پس از ایجاد قابل استفاده است. استفاده پیش از موعد از فیستول ممکن است طول عمر آن را کاهش دهد. در افراد مسن و مبتلا به دیابت و بیماری های عروقی گاهی برای آنکه فیستول قابل استفاده باشد به ۶ ماه زمان احتیاج داریم. برای همین معمولاً در این افراد زودتر فیستول ایجاد می شود. این روش بهترین راه دستیابی به عروق در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه است. در بیماران دیالیزی مزمن که رگ های مناسبی برای ایجاد فیستول شریانی - وریدی ندارند، می توان از "پیوند شریانی - وریدی" استفاده کرد. در پیوند شریانی - وریدی از یکی از وریدهای خود بیمار (مثلاً ورید پا) یا از یک رگ مصنوعی (اصطلاحاً گورتکس) استفاده می شود.

توصیه: قبل از ایجاد فیستول از هر گونه خونگیری یا گرفتن فشار خون از دست مورد نظر باید پرهیز گردد.

چند نکته در مورد مراقبت از فیستول شریانی - وریدی:

انجام دیالیز خوب و موفق بستگی به وجود یک فیستول شریانی - وریدی مناسب دارد. برای حفظ کارایی فیستول خود به نکات زیر توجه کنید:

۱. پس از ایجاد فیستول ورزش های دست (باز و بسته کردن مشت دست و فشردن مکرر یک تکه خمیر) را به طور مرتب انجام دهید تا وریدهای اطراف فیستول هر چه زودتر متسع (گشاد) و برای دیالیز قابل استفاده شوند.
۲. با لمس یک فیستول فعال لرزشی در زیر دست خود احساس می کنید. در صورت قطع این لرزش ابتدا با دست دیگر ضربات مکرری بر روی فیستول بزنید تا اگر لخته ای ایجاد شده از فیستول خارج شود و سریعاً به جراح مراجعه کنید. بخیه ها معمولاً ۱۵ روز بعد کشیده می شوند.
۳. پس از فیستول گذاری تا حد امکان از افت فشار خون در حین دیالیز، بلند کردن بار سنگین با دست فیستول دار، گذاشتن آن دست در زیر سر، ضربه خوردن به فیستول و انداختن دسته کیف روی فیستول جلوگیری کنید. این عوامل ممکن است موجب از کار افتادن فیستول شوند.
۴. در صورت بروز درد، تورم، قرمزی، گرمی یا ترشح چرکی در فیستول یا تورم ساعد و بازوی دست فیستول دار به سرعت به پزشک معالج خود مراجعه کنید.
۵. گاه فیستول دچار آنوریسم می شود، یعنی در یک ناحیه به شدت برجسته و پر خون می گردد. دقت کنید که آنوریسم چون جدار نازکی دارد، در خطر پارگی و خونریزی شدید است. پس حتماً آن را به جراح نشان دهید، به خصوص اگر پوست روی آن نازک شده باشد. مراقب باشید که هیچگاه ضربه یا فشار محکمی بر روی آنوریسم وارد نشود.
۶. از پرستار بخش دیالیز درخواست کنید تا جای سوزن ها را به طور چرخشی در جلسات دیالیز تغییر دهد. این کار عمر فیستول شما را افزایش می دهد.
۷. ممکن است به دنبال عمل دست دچار تورم شود که معمولاً با انجام حرکات ورزشی و قرار دادن دست در سطحی بالاتر از سطح بدن تورم کاهش می یابد.

گذاشتن رگ مصنوعی:

در افرادی که سرخرگ و سیاهرگ مناسب برای اتصال وجود نداشته باشد با نظر پزشک متخصص از رگ مصنوعی استفاده می شود. رگ مصنوعی معمولاً ۲-۳ هفته پس از عمل جراحی قابل استفاده است. قطر رگ مصنوعی ۴-۸ میلی متر است و از سطح پوست لمس می شود ولی دیده نمی شود. طول عمر رگ مصنوعی از فیستول کمتر بوده و شانس لخته شدن خون در آن بیشتر است.

کاتتر موقت :



در مواردیکه فرد مبتلا به نارسایی کلیه به صورت اورژانس نیازمند دیالیز باشد، فرصت کافی برای ایجاد فیستول وجود ندارد و از کاتتر موقت استفاده می شود. این کاتتر ها در ورید های بزرگ گردن و یا ناحیه کشاله ران گذاشته می شود و برای جلوگیری از بروز عفونت باید در کمتر از یک ماه خارج شود. از آنجایی که کاتتر از سطح پوست وارد ورید مرکزی

می شود، احتمال بروز عفونت در آن زیاد است، لذا داشتن ماسک هنگام دیالیز، استفاده از پماد موپیروسین در محل پس از خاتمه دیالیز، جلوگیری از ضربه و کشیده شدن کاتتر و مراقبت از درپوش های آن توصیه می گردد. علائم بروز عفونت شامل ترشح و قرمزی شدید در محل کاتتر و بروز تب و لرز خصوصاً هنگام دیالیز می باشد. در صورت بروز چنین علائمی مراجعه سریع به پزشک و خارج کردن کاتتر زیر نظر پزشک مسئول توصیه می شود.

کاتتر دائم:

از نظر محل قرار گیری مشابه کاتتر موقت در ورید مرکزی ناحیه گردن می باشد و قسمت خارجی آن در جلوی قفسه سینه قرار می گیرد. اگر کاتتر دچار عفونت نشود تا یک سال می تواند باقی بماند. در افرادی که وریدهای بیمار برای گذاشتن فیستول مناسب نباشد و یا فیستول به مدت طولانی قابل استفاده نباشد از کاتتر دائم استفاده می شود.

چند نکته در مورد مراقبت از کاتتر وریدی "مرکزی" :

خطراتی که کاتتر را تهدید میکنند شامل عفونت کاتتر، پاره شدن بخیه ها و خارج شدن کاتتر، خونریزی از کاتتر و ورود هوا به داخل کاتتر و بروز آمبولی هوا هستند. پس به نکات زیر توجه کنید:

۱. از خم کردن کاتتر، باز کردن سر لوله های آن در منزل، خیس کردن پانسمان کاتتر، خاراندن زیر پانسمان، یا باز کردن و دستکاری پانسمان با دست آلوده خودداری کنید.

۲. پانسمان کاتتر را حداقل ۳ بار در هفته در بخش دیالیز یا یک مرکز بهداشتی درمانی به روش استریل تعویض کنید.

۳. در هنگام حمام کردن روی کاتتر را با یک پوشش ضد آب مانند کیسه نایلون بپوشانید و تا حد امکان از دوش دستی استفاده کنید تا پانسمان کاتتر خیس نشود. بهتر است قبل از دیالیز حمام کنید تا اگر پانسمان خیس شد آن را در بخش دیالیز عوض کنید.

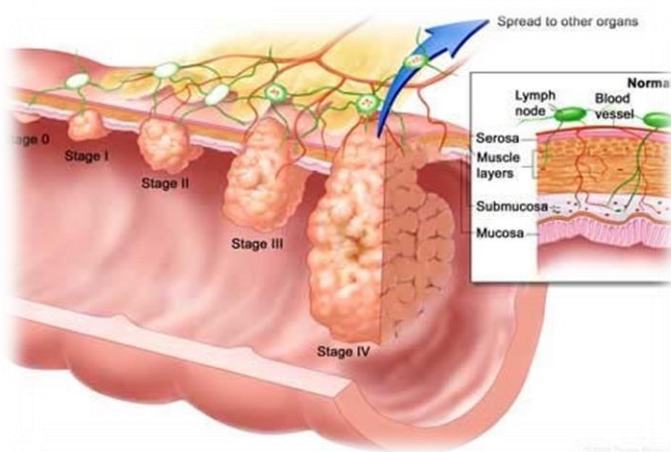
۴. اگر دیالیز به علتی قطع شد ولی کاتتر را به صلاحدید پزشک خود نگاه داشتید، حتماً در یک مرکز بهداشتی درمانی چند بار در هفته لوله های کاتتر را هپارینه کنید تا از لخته شدن و انسداد کاتتر جلوگیری شود.

۵. در صورت مشاهده هر نشانه ای از عفونت کاتتر مانند تب و لرز (به طور دایم یا در هنگام دیالیز)، قرمزی، تورم، گرمی یا ترشح چرکی در محل خروج کاتتر، یا بروز خون مردگی یا درد در این محل به پزشک معالج یا بیمارستان مراجعه کنید.

۶. در صورت بروز خونریزی، پاره شدن بخیه ها یا خارج شدن کاتتر از بدن، با یک گاز استریل محل کاتتر را فشار دهید و به سرعت به بیمارستان مراجعه کنید.

۷. توجه کنید که طول عمر کاتترهای موقت در ورید گردن حداکثر ۳ هفته و در ورید بالای قفسه سینه حداکثر یک ماه است. پس اگر فیستول شما هنوز قابل استفاده نیست، برای کاهش خطر عفونت، پس از گذشت این زمان به پزشک خود مراجعه کنید تا در صورت لزوم کاتتر تعویض گردد.

۸. در زمان استفاده از کاتتر وریدی استفاده از ماسک صورت برای بیمار و پرستار الزامی است. کاتتر دایم بخیه خارجی ندارد و معمولاً نیازی به پانسمان کردن آن نیست. مراقب باشید که کاتتر کشیده، لخته یا باز نشود



انسداد روده :

انسداد روده یک بیماری حاد جراحی است که با وجود درمان پذیر بودن در صورتیکه تشخیص به موقع تشخیص داده نشود می تواند کشنده باشد ، چون روده تقریباً بطور دائم ترشحاتی دارد که بتدریج در طول روده پیش رفته و دفع می شود ، حالا اگر این مسیر بسته باشد و ترشحات یک جا جمع بشود روده متسع شده و ممکن است پاره شود. این پارگی روده است که باعث عفونت حفره شکم (پریتونیت) می شود و کشنده است ؛ از طرفی بدلیل فشاری که تجمع مواد بر دیواره روده میاورد و باعث مختل شدن خونرسانی می شود عدم درمان به موقع منجر به آسیب دیواره روده می شود .

مهمترین علامتهای انسداد روده که در مراحل اولیه بیماری بروز می کند ناشی از توقف عبور مواد از روده است که شامل استفراغهای شدید و مکرر و عدم دفع گاز و مدفوع است ، استفراغ بیمار اغلب موارد حاوی صفرا و

حتی گاهی مواد مدفوعی است (اینکه چه موادی در استفراغ بیمار وجود داشته باشد تا حدی سطح انسداد را نشان می دهد)، درد شدید شکم که همراه با حساسیت در شکم است هم علامت نیست که در اغلب شکم های حاد جراحی دیده می شود، گاهی این درد بویژه در صورت پریتونیت حالت دفاعی پیدا می کند که اغلب نیاز به جراحی اورژانس را مطرح می کند. سایر علایم هم که بصورت غیراختصاصی دیده می شود شامل تب، ضعف و... است. یکی از مهم ترین چیزهایی که در اغلب موارد به تشخیص یک بیماری کمک می کند زمینه های مستعد کننده فرد برای یک بیماری است، ما انتظار داریم که انسداد روده را در افراد زیر ببینیم:

۱- کودکان بدلیل وضعیت فیزیکی روده که در صورت پیچ خوردگی روده ممکن است دچار این حالت شوند که البته علایم خاص خودش را دارند، افرادی که هوشیاری کافی ندارند و ممکن است جسم خارجی را ببلعند و... مثل اطفال و افراد مسن.

۲- اما گروه اصلی که اغلب دیده می شوند افرادی هستند که سابقه ضربه شدید به شکم را ذکر می کنند و یا جراحی های وسیع قبلی روی شکم داشتند بویژه اگر بعد از جراحی دچار عفونت شده باشند، در چنین حالاتی بدلیل تحریک بافت پیوندی داخل شکم چسبندگی هایی ایجاد می شود به عنوان باندهای چسبنده که می توانند به صورت حلقه هایی یک مقطع از روده را احاطه کنند و باعث انسداد شوند.

تشخیص انسداد روده بیشتر بالینی است. مختصرا برای تایید تشخیص می شود از گرافی های ساده شکم کمک گرفت که بصورت سطوح مایع - هوا خودش را نشان می دهد، تعداد این سطوح مهم نیست و وجود حتی یک سطح در مکانی غیر طبیعی (در معده و رکتوم سطح مایع - هوا طبیعی) تشخیص را تایید می کند.

اولین اقدامی که تا رسیدن بیمار به اتاق عمل باید انجام داد دکمپرس کردن و تخلیه لوله گوارش توسط ان-جی تیوب (لوله بینی - معدی) است و طبیعتا جراحی در اولین فرصت ممکن درمان اصلیت.

نکته جالب اینکه خود جراحی در شکم ریسک انسداد روده را افزایش می دهد بنابراین در بیماری که یک بار با انسداد روده جراحی شده باید همیشه گوش به زنگ تکرار این اتفاق بود. در تشخیص و درمان انسداد روده زمان اهمیت زیادی دارد، در صورت مشاهده کوچکترین علامتی شامل عدم دفع گاز و مدفوع و استفراغ بویژه در افراد با خطر ابتلای بالا باید بیمار از نظر انسداد روده بررسی شود، در مواردی که علایم هنوز کامل نشده تحت نظر گرفتن بیمار کمک کننده است.

مراقبتهای عمومی قبل از عمل جراحی:

۱- انجام آزمایشات روتین: (بیوشیمی - CBC)

۲- انجام آزمایش PT- PTT -INR

۳- گرفتن رضایت عمل از بیمار و اقوام درجه یک بیمار

۴- داشتن OK قلبی در بیماران بالای ۴۰ سال (در صورت نبود مشکل قلبی در افراد زیر ۴۰)

۵- شیو و حمام روز قبل از عمل

۶- بودن از ۱۲ شب قبل عمل

۷- انجام رزرو خون

۸- گرفتن نوار قلبی

۹- رادیو گرافی از قفسه سینه

۱۰- انجام مشاوره بیهوشی شب قبل عمل

۱۱- استفاده از جوراب واریس قبل عمل برای اعمال جراحی بزرگ

۱۲- آمادگی روده در عملهای روده و کیست کبد با ۴ بسته پودر پیدرولاکس در سه لیتر آب و مصرف هر لیوان آن

در عرض ۱۵ دقیقه تازمان پاک شدن روده ها از مدفوع و تغییر آن به شکل مایع شفاف.

۱۳- مصرف قرص مترونیدازول و اریترو مایسین از هر کدام دو عدد ساعت ۱ بعد از ظهر دو عدد ۲ بعد از ظهر دو

عدد دیگر ۹ شب

مراقبتهای بعد از عمل جراحی

۱- کنترل علائم حیاتی بیمار به محض ورود به بخش و تحویل پرونده بیمار و نمونه احتمالی و کنترل و تطبیق مشخصات

نمونه با بیمار

۲- کنترل محل عمل از نظر خونریزی

۳- چک و اجرای دستورات بعد از عمل

۴- کنترل درد بیمار پس از هوشیاری کامل

۵- آموزش به بیمار و همراه وی در مورد نحوه مراقبت بیمار

۶- تشویق به سرفه و تنفس عمیق برای کنترل عفونت ریه ها و جمع شدن مایع در ریه ها

۷- پانسمان یا شستشوی محل زخم روزانه

۸- NPO تا زمان مقرر عمل مربوطه

۹- CBR تا روز بعد از عمل سپس OOB با شکم بند

۱۰- مراقبت و چارت دقیق میزان ترشحات سوندهای مختلف که شامل سوند فولی - هموگگ راست و چپ

NG Tub - ردی واگ - می باشد.

داروهای رایج در بخش جراحی

استامینوفن - آپوتل	امپرازول	آلبومین	آمیکاسین	آمینوفیلین
آمینوپلازما	آملودپین	آمپیسیلین	انوکسپارین	ASA
ایمی پنم	اریترومایسن	برم هگزین	ب کمپلکس	بیزاکودیل
پنی سیلین	پرومتازین	پروپرانولول	پنتازول	تتراسایکلی
جنتامایسین	دایمتیکون	دگزامتازون	دiazepam	دیکلوفناک
رانیتیدین	سفتریاکسون	سفازولین	سایمتیدین	سیپروفلوکساسین
فنو باربیتال	فنی توئین	فروزماید	کاپتو پریل	کربنات کلسیم
کلیندا مایسین	گلین کلامید	گلوکونات کلسیم	مترونیدازول	متفورمین
ویتامین A	ویتامین C	ویتامین K	وارفارین	هپارین

شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری

شرح وظایف عمومی پرستار با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر میباشد:

۱- جلب اعتماد و اطمینان مددجو (فرد، خانواده، جامعه) و برقراری ارتباط حرفه ای موثر (آشناسازی محیط، معرفی خود و همکاران به مددجو، پاسخ صحیح به سوالات درخواست ها و مشکلات با دادن اختیار وی با بکار گیری مهارت های کلامی و غیر کلامی و در نظر گرفتن تفاوت های فردی مددجویان) تلاش در ایجاد محیطی امن و حفظ استقلال و کیفیت زندگی و سلامت مددجو

۲- بررسی و شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده

۳- تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بهداشتی مددجو و تشخیص پرستاری مبتنی بر دانش، مهارت و پژوهش

۴- برنامه ریزی اقدامات مراقبتی براساس اهداف و اولویت ها و ثبت آن در پرونده

۵- مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات و نظارت بر فعالیت تیم پزشکی

۶- انجام اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای خدمات پرستاری و ثبت و پیگیری آن، با توجه به:

- تامین بهداشت فردی (پوست و مو، دهان و ...)
- خواب، استراحت و آسایش
- تغذیه تعیین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی بیمار سوند گذاری معده (NGT) گاوآژو انجام مراقبت های لازم و تامین نیازهای دفعی بیماری کنترل و ارزیابی عملکرد سیستم ادراری و گوارشی سوند گذاری مثانه شست و شوی مثانه مراقبت از سوند و درنهای لاواژ مراقبت از کلتومی و انواع تنقیه تنفس (تمرینات تنفسی، اکسیژن رسانی، ساکشن، مراقبت از تراکتوستومی، مراقبت از لوله تراشه) گردش خون (کنترل علائم حیاتی) نظارت بر ایجاد تحرک در بیمار (حرکت در تخت، خروج از تخت، انتقال به صندلی تغییر وضعیت، انجام حرکات فعال و غیرفعال، بکارگیری از وسایل کمک حرکتی) تعادل آب الکترولیت ها (کنترل جذب و دفع و بررسی و حفظ تعادل الکترولیتی، توزین روزانه) مراقبت از سیستم پوستی (مراقبت از پوست، انواع زخم ها، انجام بخیه لایه اول پوست، کشیدن بخیه) مراقبت از سیستم عصبی (کنترل سطح هوشیاری بیمار و کنترل تحریکات محیطی مناسب) حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی و خود کفایی در فعالیت های روزمره زندگی با مشارکت تیم توانبخشی، اعتلای مفهوم از خود در مددجو / تطابق روانی اجتماعی مددجو (تشویق بیمار به شرکت فعال تر در تصمیم گیری های درمانی خود ...) ایجاد محیط مناسب جهت تامین نیازهای معنوی و مذهبی مددجو دفاع از حقوق مددجو بر اساس منشور حقوق بیمار.

ب- انجام مراقبت های تشخیصی درمانی تجویز شده در موارد زیر:

، دادن داروهای خوراکی، واژینال، رکتال، تزریقی (جلدی، زیرجلدی، وریدی، عضلانی و واکسیناسیون)، مایعات وریدی / تزریق خون و فرآورده های آن / پیشگیری و کنترل اثر درمان و عوارض جانبی آنها / TPN / تغذیه کامل وریدی / انجام EEG، ECG، گچ گیری، آتل گذاری، سوند گذاری داخل مثانه، گذاشتن

تراکشن ، بخیه لایه اول پوست بر قراری خط وریدی (IV Line) ج - انجام اقدامات اولیه احیاء قلبی ریوی تا حضور تیم احیاء

د - ارائه اقدامات پرستاری در انتقال بیمار از بخش به بخش دیگر و ارائه گزارشات مربوطه

۷- ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و در صورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت های لازم

۸- ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد

۹- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف از پیش تعیین شده در موقعیت ها و حوادث غیر مترقبه

۱۰- اقدامات مناسب در جهت تامین ایمنی بیمار یا مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی

۱۱- سرپرستی و نظارت مستمر بر حسن اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری

۱۲- بررسی نیازهای آموزشی ، تعیین سطح انگیزش ، توسعه برنامه های آموزشی ، اجرای آموزش و ارزیابی یادگیری در مددجو ، خانواده و جامعه به منظور تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت ۱۳

۱۳- ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل

۱۴- راهنمایی و مشاوره با مددجو در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی ، حمایتی و اجتماعی

۱۵- ماده سازی مددجو جهت ترخیص

۱۶- پیگیری و ارائه خدمات پرستاری و اقدامات مراقبتی در منزل پس از ترخیص با هماهنگی مرکز درمانی

۱۷- انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت ها (آموزش و پژوهش)

۱۸- همکاری با گروه بهداشتی جهت رفع مشکلات محیطی حفاظتی و خدماتی با استفاده از همفکری همیاری و مشارکت جامعه (فرد خانواده گروه مدرسه کارخانه و...) و پیگیری آنها

۱۹- شرکت در دوره های آموزشی و همکاری در برنامه ریزی آموزشی - پژوهشی (آموزش ضمن خدمت باز آموزی ها آموزش دانشجویان پرستاری و سایر اعضای گروه بهداشتی و درمانی همکاری در انجام پژوهش های مورد نیاز در جهت اعتلای کیفیت خدمات پرستاری....)

۲۰- مشارکت در ارائه خط مشی های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات

۲۱- مراقبت از بیمار و خانواده بیمار در حال احتضار و نظارت و کنترل به مراقبت از جسد طبق موازین شرعی

۲۲- تحویل بخش به پرسنل شیفت قبل و بعد بر بالین بیمار و گزارش اقدامات انجام شده

۲۳- شرکت و همراهی با پزشکان در ویزیت بیماران گزارش و اقدامات انجام شده مشاهدات و پاسخ های بیمار جهت تعیین خط مشی درمانی مناسب از سوی تیم پزشکی

۲۴- ثبت کلیه اقدامات انجام شده

شرح وظایف کمک بهیار

کمک بهیار فعالیتهای مشروح زیر را در امر مراقبت اولیه از بیمار به صورت خدمات غیر حرفهای، تحت نظارت پرستار انجام میدهد:

۱- کسب دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه

- ۲- تأمین نیازهای بهداشتی اولیه مددجو بر حسب صلاحدید سرپرست مربوطه شامل:
- ۳- حمام دادن یا کمک در حمام کردن/ دهان شویه/ امور نظافتی مانند شستن دست و رو./ کوتاه کردن ناخن‌ها، تعویض البسه، مرتب کردن مددجو/ ماساژ/ تغییر وضعیت/ شیر
- ۴- کمک در خوردن غذا به مددجویانی که قادر به اینکار نیستند.
- ۵- دادن لگن و لوله به مددجویان بنا به صلاحدید سرپرست مربوطه و شستشوی آنها با رعایت اصول بهداشتی
- ۶- کمک به مددجو در حرکت و نقل و انتقالات (راه رفتن، انتقال به برانکارد و صندلی چرخدار،...)
- ۷- آماده کردن وسایل لازم جهت انجام امور مراقبتی توسط پرستار (مانند وسایل پانسمان و ...) / جمع آوری آنها پس از اتمام کار/ شستشوی وسایل و در صورت لزوم انتقال بر حسب سیاست بیمارستان به مرکز استریلیزاسیون
- ۸- آماده کردن تختها(با یا بدون بیمار) و برانکارد
- ۹- شمارش ملحفه قبل از تحویل به رختویخانه و هنگام تحویل گرفتن آنها
- ۱۰- آماده کردن بیمار برای معاینه پزشک شامل برقراری ارتباط/ دادن وضعیت مناسب به بیمار/ محیط مناسب برای معاینه/ برداشتن پوش و در معرض قرار دادن/ عضو مورد معاینه/ در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز جهت معاینه
- ۱۱- پاکیزه نگهداشتن کلیه وسایل و تجهیزات پزشکی موجود (تخت بیمار، میز بیمار، مانیتورها، وسایل کمک تنفسی....)
- ۱۲- مراقبت در حفظ و نظم و نظافت بخش و پاکیزگی و شست و شوی کلیه لوازم بخش
- ۱۳- تحویل وسایل بخش طبق روتین در هر شیفت
- ۱۴- تخلیه کردن ترشحات کلیه کیسه ها و ظرف هایی که نیاز به تخلیه دارد و همچنین نظافت و ضد عفونی آنها مانند کیسه های ادراری شیشه های ساکشن و ...
- ۱۵- مشارکت در انجام انما بیماران طبق دستور و روتین بخش
- ۱۶- حفظ امنیت بیمار در رابطه با پیشگیری از بروز حوادث احتمالی
- ۱۷- کمک در امر توانبخشی ممدجو (کمک در بکار بردن چوب زیر بغل و...)
- ۱۸- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی
- ۱۹- حفظ و نگهداری اموال شخصی بیمار بر اساس سیاست های مرکز مربوطه
- ۲۰- جمع آوری و کنترل نمونه های آزمایشگاهی تحت نظارت پرستار مربوطه
- ۲۱- انجام کلیه امور محوله طبق نشر سرپرست مربوطه

شرح وظایف منشی بخش

- ۱- منشی بخش پرستاری مسئولیت انجام کلیه امور دفتری بخش را زیر نظر مستقیم سرپرستار عهده دار می باشد .
- ۲- کسب دستور و برنامه کار از سرپرستار با پرستار مسئول

- ۳- انجام امور اداری مربوط به پذیرش ، بستری و ترخیص بیماران شامل :
- ۴- راهنمایی بیماران در موقع بستری به اطاق ، گرفتن لباس ، اشیاء قیمتی و ... بیمار و تحویل به خانواده ... طبق ضوابط مرکز
- ۵- دریافت پرونده بیمار هنگام پذیرش
- ۶- آماده کردن پرونده بیماران بخش
- ۷- تکمیل روزانه کلیه فرمها و اوراق پرونده با مشخصات بیمار
- ۸- کنترل روزانه و نگهداری پرونده بیماران ، انطباق آزمایشات و ...
- ۹- گرفتن وقت برای بیماران بستری جهت انجام برخی آزمایشات ، عکس و ... در داخل یا خارج مرکز
- ۱۰- جمع آوری و آماده نمودن پرونده بیماران ترخیصی و تحویل به حسابداری بیماران
- ۱۱- کنترل برگ خروج بیماران در موقع ترخیص
- ۱۲- تحویل کلیشه رادیولوژی و بقیه اوراقی که باید در موقع خروج به بیمار داده شود
- ۱۳- مرتب نگهداشتن ایستگاه پرستاری و آماده کردن اوراق و دفاتر مورد لزوم بخش از قبیل برگه علائم حیاتی ، درخواست آزمایش و غیره
- ۱۴- تنظیم اوراق اداری و درخواستهای مختلف در صورت لزوم ارسال و پیگیری آن به بخشها و سایر قسمتها یا اداری ، درمانی و خدماتی مرکز شامل :
- ۱۵- تهیه آمار روزانه بیماران
- ۱۶- تهیه لیست رژیم غذایی بیماران و ارسال به امور تغذیه بیمارستان
- ۱۷- آماده کردن یادداشتهای مورد نیاز بخش (نوشتن ، تایپ ، تکثیر) پاکنویس برنامه کاری کارکنان و ارسال به دفتر پرستاری
- ۱۸- فرستادن اوراق مشاوره پزشکی و اوراق مختلف به بخشها و دفتر پرستاری
- ۱۹- آماده نمودن و نوشتن برگ درخواست های انبار ، خرید های مستقیم ، تعمیرات و پیگیری امور مربوط به آن
- ۲۰- ثبت و ورود اطلاعات و نسخه دارویی و درخواستهای آزمایشگاهی در رایانه
- ۲۱- پاسخ به تلفن ها ، دریافت و رساندن پیغام به پزشکان ، کادر پرستاری و بیماران
- ۲۲- رسیدگی به مشکلات و سوالات بیمار و خانواده در امور پذیرش و ترخیص
- ۲۳- شرکت در دوره های آموزش شغلی
- ۲۴- انجام سایر امور محوله طبق دستور مقام مافوق

استانداردهای پروسیجرهای شایع در بخش

نوع فعالیت: تزریق عضلانی هدف: تجویز دارو طبق نیاز بیمار

وسایل مورد نیاز: سرنگ ۳ یا ۵ میلی لیتری - کارت دارویی - ویال یا آمپول حاوی داروی استریل - شماره و طول سوزن بسته به نوع عضله، نوع محلول تزریقی، محل تزریق، میزان بافت چربی که عضله مورد نظر را پوشانیده و سن بیمار متفاوت است - پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده - گاز استریل ۵ در ۵ سانتی متر - دستکش طبق مقررات موسسه

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

مراحل انجام کار

- ۱ - کارت دارو را با کاردکس تطبیق دهید.
- ۲ - کلیه وسایل را آماده کنید.
- ۳ - داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر بر دارید.
- ۴ - برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت بخوانید و دوباره با کارت دارو مقایسه کنید.
- ۵ - دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کنید.
- ۶ - از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کنید بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را:
 - قبل از برداشتن از قفسه دارویی
 - قبل از کشیدن دارو
 - هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کنید.
- ۷ - از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل کنید.
- ۸ - دست های خود را به روش جراحی بشوید.
- ۹ - سرنگ و سوزن را به طریق استریل آماده کنید.

۱۰ - از ثابت بودن سوزن به گردن سرنگ مطمئن شوید، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار دهید.

۱۱ - دارو را به روش زیر در سرنگ بکشید

الف در صورتی که از ویال حاوی داروی مایع استفاده می کنید:

- ۱- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی بچرخانید ولی هرگز آن را به شدت تکان ندهید.
- ۲- فاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است بردارید.
- ۳- لاستیک درب ویال را با ماده ضد عفونی کننده^(الکل ۷۰٪) تمیز کنید. بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه آغشته به الکل تمیز کنید.
- ۴- پیش از خشک شدن سر ویال پوشش روی سوزن را بردارید. در این حال دقت کنید که آن را به طور مستقیم خارج کنید تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری شود، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ بکشید.
- ۵- با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کنید، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ باشید.
- ۶- در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کنید.
- ۷- ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم خود بگیرید. در حالیکه سر سوزن داخل محلول دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ بکشید.
- ۸- سوزن را از داخل ویال خارج کرده و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار دهید.
- ۹- سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرار دهید.
- ۱۰- ویال را دور انداخته و یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرار دهید.
- ۱۱- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید نمایید.

ب در صورتی که از ویال حاوی پودر استفاده می کنید:

- ۱- دستور کارخانه سازنده را به دقت بخوانید.

- ۲- با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کنید.
- ۳- آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کنید.
- ۴- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی بچرخانید.
- ۵- حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ بکشید.
- ۶- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کنید.
- ۷- چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی ویال بنویسید.
- ۸- ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کنید در صورتی که از آمپول استفاده می کنید
- ۹- آمپول را برداشته به صورت دورانی بچرخانید به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پو که قرار گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول دارو را به قسمت پهن پایین پو که منتقل کنید
- ۱۰- در صورتی که در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول واره را پاک کنید سپس در حالیکه گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آنرا با اهر خراش دهید.
- ۱۱- پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج سر آمپول را از بدنه جدا کنید پوشش روی سوزن را به طریق مناسب بردارید.
- ۱۲- سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ بکشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج دارید با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را در سرنگ بکشید.
- ۱۳- پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ باشید.
- ۱۴- سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار دهید.
- ۱۵- آمپول مصرف شده را دور بیندازید.
- ۱۶- ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام دهید.
- ۱۷- چنانچه دارو موجب تحریک بافت زیر جلدی می شود قبل از تزریق سوزن را عوض کنید.

۱۸- کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده، نام بیمار را از او

سؤال کنید.

۱۹- خلوت بیمار را فراهم کنید، او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید.

۲۰- دست های خود را بشوید.

۲۱- بسته به حجم محلول تزریقی و جثه و سن بیمار، محل تزریق را انتخاب کرده و بیمار را در وضعیت

مناسب قرار دهید.

۲۲- محلی را که برای تزریق انتخاب می کنید باید عاری از هرگونه ضایعه، حساسیت به لمس، تورم، سفتی و التهاب

موضعی بوده و به طور مکرر استفاده نشده باشد.

۲۳- در صورت نیاز به تزریق مکرر، محل تزریق را به طور چرخشی انتخاب کنید.

۲۴- محل انتخاب شده را برهنه کنید

۲۵- در صورت لزوم دستکش بپوشید

۲۶- محل انتخابی را طبق مقررات موسسه با ماده ضد عفونی کننده به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج به

وسعت ۵ سانتی متر ضد عفونی کنید.

۲۷- پنبه الکلی را برای استفاده بعدی بین انگشت سوم و چهارم دست غیر فعال خود معمولاً دست چپ قرار دهید

۲۸- در حالی که منتظر خشک شدن پوست از ماده ضد عفونی کننده می باشید پوشش روی سوزن را بردارید

۲۹- برای این منظور به طریقی اقدام کنید که سوزن آلوده نشود

۳۰- سرنگ را طوری در دست بگیرید که هوای داخل آن به طرف نوک سرنگ متمایل باشد در این حال تنها ۰/۲

میلی لیتر هوا در سرنگ باقی گذاشته و بقیه هوای اضافی را خارج کنید. این عمل خصوصاً جهت داروهای

که موجب تحریک پوست و بافت های زیر جلدی می شوند مفید خواهد بود.

۳۱- سرنگ را در دست راست خود بین انگشتان و شست بگیرید.

۳۲- با استفاده از دست دیگر پوست را کشیده یا جمع کنید انتخاب این روش بسته به محل تزریق و وضعیت بیمار

قطر بافت زیرجلدی می تواند متفاوت باشد.

۳۳- قبل از وارد کردن سوزن، بیمار را از نظر ایجاد حس سوزش ناشی از وارد کردن سوزن مطلع کنید

۳۴- با یک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را با زاویه ۹۰ درجه وارد عضله کنید. با دست

چپ بدنه سرنگ و با دست راست دسته پیستون را بگیرید.

۳۵- با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج بکشید اگر خون وارد سرنگ شد آن را خارج کرده

سرنگ و سوزن را دور انداخته، تزریق دیگری آماده کنید در غیراین صورت تمام محلول را به آرامی تزریق

کنید

۳۶- پنبه الکلی را به آرامی در محل تزریق فشار دهید در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل

خشک فشار دهید تا خونریزی قطع شود پس از اتمام تزریق، بدون برگردانیدن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده

شده را داخل ظرف تزریق قرار دهید.

۳۷- وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها به عمل آورید، سوزن استفاده شده را در سiftی

باکس بیاندازید

۳۸- در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کنید و دست ها را بشوید اطلاعات خود را در مورد نوع داروی

تزریقی، مقدار، روش تجویز و هرگونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار

یادداشت کنید.

۳۹- تاثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزشیابی کنید

اهداف:

حفظ حجم خون بعد از خونریزی شدید و جراحی های بزرگ و پلاکت - (VIII)

فراهم کردن فاکتورهای پلاسمایی از قبیل فاکتور ضد هموفیلی برای پیشگیری یا درمان خونریزی

وسایل مورد نیاز: ست خون فرآورده خونی نرمال سالین کاتترویدی با سر سوزن شماره ۲۰ و بزرگتر پایه سرم

چسب دستکش فرم رضایت نامه

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

مراحل انجام کار

- ۱ - دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- ۲ - با بیمار ارتباط برقرار کنید و دلایل انجام کار و مراحل آن را برای وی توضیح دهید.
- ۳ - هر گونه واکنش های قبلی نسبت به تزریق خون را از بیمار سؤال کنید.
- ۴ - فرم رضایت نامه تزریق خون را توسط بیمار یا همراه وی به امضاء برسانید.
- ۵ - به بیمار توصیه کنید که لرز، سرگیجه، خارش و راش و یا هر گونه علائم غیر طبیعی را گزارش دهد.
- ۶ - برگ درخواست خون را با برچسب کیسه خون از نظر نوع گروه خونی تاریخ انقضاء شماره کیسه و نام بیمار کنترل کنید RH.
- ۷ - کیسه خون را از نظر وجود لخته یا حباب و یا هر گونه موارد غیر طبیعی در کیسه خون بررسی و در صورت اشکال به بانک خون برگردانید.
- ۸ - در صورت نیاز به گرم کردن خون از گرمکن مخصوص استفاده کرده و از روش هایی چون فن کوئل استفاده نکنید.
- ۹ - در صورتی که چند واحد برای بیمار خون تجویز شده، بقیه کیسه را داخل یخچال نگهداری کنید دمای درجه سانتی گراد.
- ۱۰ - دست های خود را بشوئید، دستکش بپوشید و کلیه وسایل لازم را بر بالین بیمار ببرید.
- ۱۱ - یک خط وریدی مناسب از بیمار طبق استاندارد خط وریدی بگیرید.
- ۱۲ - در صورت تزریق نرمال سالین همراه با خون به طور همزمان از یک ورید از رابط Y شکل استفاده کنید.
- ۱۳ - ست خون را به کیسه خون وصل کنید، به پایه سرم آویزان کنید و ست خون را هواگیری کنید.

- ۱۴ - قبل از شروع تزریق خون علائم حیاتی بیمار را کنترل و در فرم علائم حیاتی ثبت کنید.
- ۱۵ - جریان خون را به آرامی شروع کنید برای ۱۵ دقیقه اول بیشتر از ۲۵ تا ۵۰ میلی لیتر نباشد، یعنی ۱۰ الی ۱۵ قطره در دقیقه.
- ۱۶ - به مدت ۵ تا ۱۵ دقیقه اول تزریق کنار بیمار مانده و به دقت وی را از نظر علائم حساسیت کنترل کنید.
- ۱۷ - در صورت بروز برافروختگی تنگی نفس خارش، سرگیجه یا راش جریان خون را سریعاً قطع کرده و نرمال سالین تزریق کنید و پزشک را در جریان قرار دهید.
- ۱۸ - برای نیم ساعت اول هر ۱۵ دقیقه یکبار و بعد از آن هر نیم تا یک ساعت علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت کنید.
- ۱۹ - در صورت عدم واکنش نسبت به خون، سرعت تزریق را به تدریج افزایش دهید.
- ۲۰ - بعد از اتمام تزریق خون، نرمال سالین را تزریق و علائم حیاتی را مجدداً کنترل و ثبت کنید.
- ۲۱ - کیسه خون مصرف شده را جمع آوری و طبق مقررات بیمارستان به بانک خون برگردانید.
- ۲۲ - نحوه اجرای تزریق خون، شماره کیسه خون، زمان شروع و اتمام مقدار و نوع فرآورده خونی واکنش های بیمار میزان سرم تزریقی و مداخلات پزشکی و پرستاری حین تزریق خون را به صورت دقیق در گزارش پرونده ثبت کنید.

نکات آموزشی:

تزریق هر کیسه خون نباید بیش از ۴ ساعت به طول انجامد زیرا در ترکیب فرآورده خونی مشکلاتی را ایجاد و باعث بروز عوارض در بیماران می شود.

نوع فعالیت :خون گیری وریدی



اهداف: جمع آوری نمونه خون جهت انجام بررسی های آزمایشگاهی

وسایل مورد نیاز: تورنیکه -دستکش - سرنگ و شیشه و لوله های جمع آوری خون - پنبه الکلی - برچسب - گاز کوچک ۵ در ۵ سانتی متر استریل - برگه درخواست آزمایش و جعبه وسایل خونگیری

عامل انجام کار : پرستار

مراحل انجام کار

- ۱ - دستان خود را کاملاً بشوئید و دستکش بپوشید.
- ۲ - بیمار را با صدا کردن نامش شناسایی کنید.
- ۳ - به بیمار توضیح دهید که نمونه را برای چه منظوری می خواهید و چه کاری انجام خواهید داد.
- ۴ - از بیمار سؤال کنید آیا هنگام خون دادن دچار حالت غش یا حالت تهوع و ضعف می شود؟
- ۵ - اگر بیمار در تخت دراز کشیده است بخواهید که در وضعیت به پشت خوابیده قرار گیرد.
- ۶ - در بیماری که نشسته است بخواهید که دست خود را روی لبه صندلی یا میز بگذارد.
- ۷ - وریدهای بیمار را برای انتخاب محل خون گیری بررسی کنید.
- ۸ - تورنیکه را ۵ سانت بالای محل موردنظر ببندید.
- ۹ - برای راحتی دسترسی به عروق از بیمار بخواهید که چند بار میچ خود را باز و بسته کند.
- ۱۰ - محل خونگیری را با پنبه الکلی یا بتادین به شکل دایره ای ضد عفونی کنید.
- ۱۱ - اجازه دهید تا محل ضد عفونی کاملاً خشک شود.
- ۱۲ - ورید را با فشار دادن شست خود زیر ناحیه خونگیری بکشید تا پوست به طرف پایین ثابت شود.

- ۱۳ - سوزن را با زاویه ۳۰ درجه در حالی که سمت شیب دار سوزن رو به بالاست وارد ورید کنید.
- ۱۴ - هنگامی که خون وارد سرنگ شد به آرامی خون را بکشید و تا میزان مورد نیاز خون بگیرید.
- ۱۵ - تورنیکه را باز کنید.
- ۱۶ - بعد از نمونه گیری، گاز کوچک را روی محل سوزن گذاشته و به آرامی سوزن را از ورید خارج کنید.
- ۱۷ - فشار ملایمی روی محل ورود سوزن به مدت ۲ الی ۳ دقیقه وارد کنید تا خون بند بیاید.
- ۱۸ - بعد از توقف خونریزی روی آن چسب بزنید.
- ۱۹ - اگر از سرنگ استفاده کرده اید نمونه را به شیشه مخصوص نمونه انتقال دهید.
- ۲۰ - نمونه را در محل نگهداری نمونه قرار دهید.
- ۲۱ - در پایان، محل خونگیری را از نظر توقف خونریزی چک کنید.
- ۲۲ - اگر خونریزی متوقف نشده بود محل مورد نظر را مجدد ۵ دقیقه فشار دهید.
- ۲۳ - وسایل را جمع کنید.
- ۲۴ - زمان، تاریخ، ناحیه خونگیری، نام تست، زمانی که خون به آزمایشگاه فرستاده شد، میزان خون جمع آوری شده، درجه حرارت بیمار و هر نوع عکس العمل بیمار به خونگیری را ثبت کنید.

نکات آموزشی:

از رگی که درمان وریدی می شود یا به آن خون وصل شده است خونگیری نکنید زیرا باعث تغییر نتایج آزمایش می شود به علت احتمال انتقال آلودگی به داخل سیستم عروقی از محل های عفونی و آلوده خونگیری نکنید.

از اندام های دارای ادم، شانت های شریانی - وریدی و نواحی که صدمه عروقی یا هماتوم دارند خونگیری نکنید. اگر بیمار عروق واضح و برجسته دارد از تورنیکه استفاده نکنید. در بیمارانی که داروهای ضد انعقاد دریافت می کنند فشار به ناحیه خونگیری را حتماً تا ۵ دقیقه بعد از خروج سوزن ادامه دهید تا حد امکان از وریدهای پا برای خونگیری استفاده نکنید چرا که این کار احتمال ترومبو فلیت را افزایش می دهد. در بعضی موسسات و بیمارستان ها برای خون گیری از پا، دستور پزشک لازم است، سیاست مرکز خود را مطالعه کنید.

نوع فعالیت : کشت خون

هدف: جمع آوری خون جهت بررسی از نظر وجود باکتری می و سپتی سمی

وسایل مورد نیاز: تورنیکه - دستکش - الکل یا بتادین - سرنگ ۱۰ سی سی برای کودکان - شیشه کشت خون شیشه ۵۰ میلی لیتر برای بالغین ، ۲۵ میلی لیتر برای کودکان و نوزادان - برگه درخواست آزمایش - جعبه مخصوص وسایل خونگیری

عامل انجام کار : پرستار

مراحل انجام کار

- ۱ - به بیمار بگویید که نیاز به چند بار خون گیری است.
- ۲ - فرایند کار را به بیمار شرح دهید.
- ۳ - دستان خود را بشوید و دستکش بپوشید.
- ۴ - ناحیه خونگیری را با پنبه الکل یا بتادین ضد عفونی کنید.
- ۵ - به صورت دورانی ضد عفونی را انجام دهید.
- ۶ - ۳۰ تا ۶۰ ثانیه صبر کنید تا الکل یا بتادین خشک شود.
- ۷ - سوزن را وارد رگ کرده و خونگیری نمایید ۱۰ سی سی در بالغین ، ۶ سی سی در کودکان.
- ۸ - درب شیشه کشت خون را با بتادین ضد عفونی کنید.
- ۹ - سوزن را وارد کرده و خون را آهسته داخل شیشه بریزید.
- ۱۰ - ۵ میلی لیتر از خون را به شیشه ۵۰ میلی لیتری و ۲ میلی لیتر را به شیشه ۲۰ میلی لیتری وارد کنید.
- ۱۱ - بر چسب حاوی نام ، شماره اتاق ، نام پزشک ، زمان و تاریخ جمع آوری را به شیشه بچسبانید.
- ۱۲ - سرنگ و سر سوزن را معدوم کنید.
- ۱۳ - دستکش ها را خارج کنید.
- ۱۴ - زمان و تاریخ نمونه گیری ، نام آزمایش ، میزان خون گرفته شده ، تعداد شیشه های مورد استفاده ، درجه حرارت بیمار و عکس العمل های بیمار به خونگیری را ثبت کنید.

نکات آموزشی:

- خونگیری برای کشت را هر بار از یک محل متفاوت انجام دهید.
- شایع ترین عارضه خونگیری، تشکیل هماتوم است در صورت وجود هماتوم از کیسه آبگرم در محل استفاده کنید.



نوع فعالیت: تست قند خون

اهداف:

۱. بررسی و اندازه گیری میزان قند خون در مواردی

مثل دیابت

۲. غربالگری دیابت و هیپوگلیسمی نوزادان

۳. کمک به افتراق کمای دیابتیک از کمای

غیردیابتیک

وسایل مورد نیاز: دستکش گلوکومتر در صورت در دسترس بودن پنبه الکلی گاز استریل لانست

چسب ساعت دارای ثانیه شمار

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

مراحل انجام کار

۱. روش کار را به بیمار یا والدین کودک شرح دهید.
۲. محل خونگیری را مشخص کنید معمولاً نوک انگشتان و لاله گوش در کودکان و پاشنه پا در نوزادان.
۳. دست های خود را بشویید.

۵. در صورت نیاز به گرم کردن ناحیه برای ۱۰ دقیقه عروق را گشاد کنید.

۶. محل خونگیری را با پنبه الککل ضد عفونی کرده و با گاز استریل خشک کنید.

۷. برای نمونه گیری از نوک انگشت با استفاده از لانس ، لانس را به نوک انگشت بیمار بزنید این کار را

سریع و با دقت انجام دهید.

۸. یک قطره از خون را روی نوار قرار دهید.

۹. بعد از خونگیری، از فشار مستقیم برای جلوگیری از تشکیل هماتوم استفاده کنید.

۱۰. اجازه دهید خون به مدت ۶۰ ثانیه روی نوار بماند.

۱۱. تغییر رنگ موجود در نوار را با نمودار رنگ استاندارد که روی جعبه وجود دارد مقایسه کنید.

۱۲. اگر از گلوکومتر استفاده می کنید، براساس دستورالعمل کار دستگاه عمل کنید.

۱۳. در صورتی که محل خونگیری ، خونریزی نداشت روی آن چسب بزنید.

۱۴. - جواب آزمایش ، زمان و تاریخ تست را ثبت کنید.

نکات آموزشی:

قبل از استفاده از نوارهای شیمیایی چک قند خون ، تاریخ انقضا را روی بسته آن کنترل کنید و در

صورت خراب بودن، آن را دور بیندازید

به نکات آموزشی و روش استفاده روی بسته توجه کنید.

بسته نوارهای شیمیایی را دور از نور ، گرما و رطوبت نگه دارید.

از خونگیری از محل های سرد ، سیانوتیک و متورم خودداری کنید، چون ممکن است نتوانید نمونه

کافی به دست آورید.

اگر نتوانستید از مویرگ های محیطی با کمک لانس خون بگیرید از ورید استفاده کنید.

اگر از خونی که در یخچال نگهداری شده است استفاده می کنید اول آن را در دمای اتاق بگذارید

تا به دمای اتاق برگردد و سپس آزمایش کنید.

مراقبت در منزل

اگر بیمار در خانه از گلوکومتر یا نوارهای شیمیایی استفاده خواهد کرد روش استفاده از آن را آموزش دهید.

نوع فعالیت: جمع آوری نمونه تمیز وسط ادرار

اهداف:

۱ - به عنوان بخشی از بررسی و معاینه بیمار در بدو پذیرش جهت تکمیل پرونده.

۲ - جهت غربالگری اختلالات سیستمیک یا دستگاه ادراری

وسایل مورد نیاز:

لگن یا لوله ادراری - دستکش - ظرف نمونه گیری - برگه درخواست آزمایش - آب و صابون - دستمال کاغذی - ظرف نمونه گیری استریل - گاز استریل ۵ سانتی متر - محلول بتادین - لگن و لوله ادراری در صورت نیاز - برگه درخواست آزمایش.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

مراحل انجام کار

۱ - روش کار را به دقت به بیمار شرح دهید.

۲ - تأکید کنید که نمونه بایستی بدون آلودگی و تمیز باشد.

۳ - به بیمار بگویید قبل از ادرار کردن ناحیه پرینه را با آب و صابون بشوید و سه بار با گازهای استریل ۵ در ۵

سانتی متر آغشته به محلول بتادین شستشودهد^۱ به شستن از جلو به عقب ناحیه تناسلی در خانم ها تأکید کنید.

۴ - به بیمار خانم بگویید که هنگام ادرار کردن با انگشت شست و اشاره لب های فرج را از هم باز کند و تا

پایان ادرار به همان حالت نگه دارد.

۵ - به بیمار بگویید که شروع به ادرار کردن کند سپس بدون اینکه جریان ادرار را ۳۰ سی سی ادرار قطع کند ظرف را

زیر ادرار نگه دارد و حدود ۵۰ جمع آوری کند.

۶ - در صورتی که بیمار برگه جذب و دفع دارد بقیه ادرار بیمار را نیز جمع کرده و اندازه گیری کنید.

۷ - ظرف استریل حاوی ادرار را از بیمار بگیرید.

۸ - از دست زدن به قسمت داخلی ظرف پرهیز کنید.

۹ - دستکش های خود را خارج کنید.

۱۰ - دستان خود را بشوید.

۱۱ - برچسب حاوی نام بیمار، شماره اتاق، نوع نمونه، زمان جمع آوری و تشخیص را روی ظرف نمونه

بچسبانید.

۱۲ - در صورتی که نمونه ادرار جهت کشت تهیه می شود هر نوع درمان آنتی بیوتیکی را یادداشت کنید.

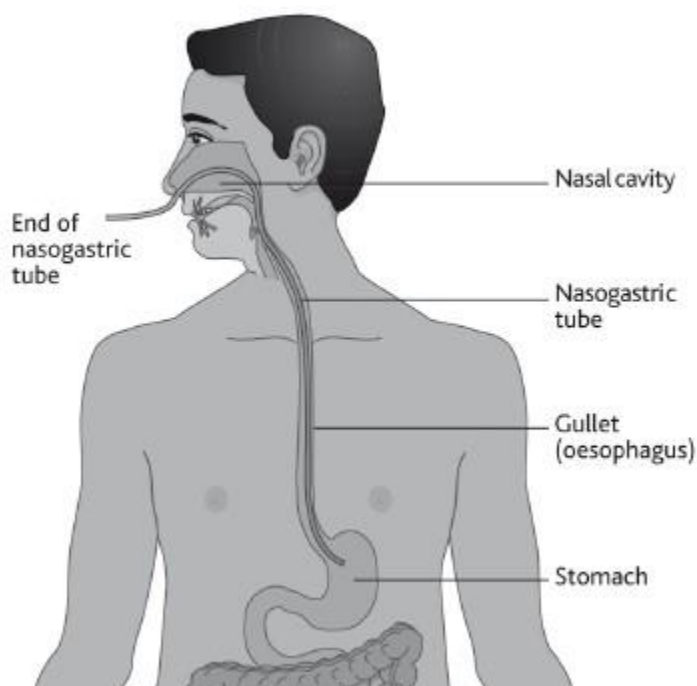
۱۳ - نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه بفرستید یا اینکه در یخچال مخصوص نمونه ها قرار دهید.

نوع فعالیت: کار گذاشتن لوله بینی - معده ای

هدف:

معاینه، درمان و تغذیه از طریق لوله

معده ای روده ای



وسایل مورد نیاز:

۱۶ یا ۱۸ برای بالغین، ۱۰ الی ۱۴، لوله بینی، معده ای (معمولا شماره های ۱۲ برای کودکان و ۵ الی ۸ برای

نوزادان و شیر خواران - (طرف برای استفراغ - تجهیزات ساکشن) سوند نلاتون دستگاه ساکشن - (چسب -

لیوان آب دستکش ژل محلول در آب - سرنگ ۵۰ سی سی مخصوص گاواژ - محلول سرم فیزیولوژی - گوشی پزشکی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف مراحل انجام کار

۱ - با بیمار ارتباط برقرار کنید.

۲ - محیط امن و خلوت برای بیمار فراهم کنید.

۳ - وسایل را از قبل آماده کرده و در دسترس قرار دهید.

۴ - قبل از انجام کار، دستور پزشک را کنترل کنید.

۵ - قبل از گذاشتن لوله چند دقیقه آن را در جای سرد بگذارید. چنانچه بیمار ^{NGT} بیهوش است و نیاز به ساکشن حلق

و دهان دارد قبل از گذاشتن آن را انجام دهید.

۶ - دستان خود را قبل از انجام پروسیجر بشوید و دستکش بپوشید.

- ۷ به بیمار کمک کنید در وضعیت نیمه نشسته قرار بگیرد اگر کنتراندیکاسیون ندارد.
- ۸ اگر راست دست هستید در سمت راست بیمار قرار بگیرید.
- ۹ اندازه لوله را تا قسمتی که باید داخل شود علامت بزنید.
- ۱۰ چند سانت اول لوله را با ژل محلول در آب چرب کنید.
- ۱۱ لوله را از یک سوراخ بینی وارد کنید.
- ۱۲ وقتی لوله به حلق بیمار رسید به بیمار بگویید سرش را کمی به جلو خم کند و یک جرعه آب بنوشد.
- ۱۳ آنقدر لوله را داخل کنید تا به محل علامت زده برسید.
- ۱۴ برای این که از قرارگیری لوله در محل صحیح مطلع شوید، محتویات معده را آسپیره کنید یا هوا داخل
- ۱۵ لوله تزریق کنید و با گوشی سمع کنید.
- ۱۶ پس از اطمینان از قرار گرفتن لوله در معده، آن را به وسیله چسب ثابت کنید.
- ۱۷ وسایل را جمع کرده و دستکش را خارج کنید.
- ۱۸ مراحل انجام کار و حالات بیمار را در گزارش ثبت کنید.

نکات آموزشی:

- در نوزادان کم وزن (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) حداقل اندازه طول دهانی - معدی شامل:

۱۰۰۰ گرم ۱۷ سانتی ۷۵۰- گرم ۱۵ سانتی متر، ۷۵۰-۱۲۴۹ گرم ۱۳ سانتی متر، ۹۹۹

۱۲۵۰ گرم ۱۹ سانتی متر می باشد - متر و ۱۴۹۹ میلی لیتر در نوزاد نارس تا ۰/۵ حجم هوایی که وارد معده می کنید ممکن است از ۵ میلی لیتر در کودک بزرگتر متفاوت باشد.

عنوان فعالیت: تغذیه از طریق لوله غذایی

هدف:

تأمین مواد غذایی بیمارانی که قادر به دریافت مواد غذایی از راه دهان نمی باشند.

وسایل مورد نیاز:

ماده غذایی میکس شده طبق دستور و رژیم غذایی خاص بیمار - ظرف مدرج - آبیبه میزان کافی ۸۰ سی سی

- (کلمپ - حوله یا پد نگه دارنده - سرنگ ۶۰ سیسی - گوشی - ست گاوآژ

عامل انجام کار: پرستار

ردیف مراحل انجام کار

- ۱ - با بیمار ارتباط برقرار کنید.
- ۲ - محیط امن برای بیمار ایجاد کنید.
- ۳ - دستان خود را بشویید.
- ۴ - دستکش تمیز بپوشید.
- ۵ - وسایل مورد نیاز را از قبل آماده کنید.
- ۶ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.
- ۷ - از محل صحیح لوله غذایی اطمینان حاصل کنید^(۱) با آسپیراسیون.
- ۸ - ماده غذایی را از نظر دما کنترل کنید^(۲) درجه حرارت باید ولرم باشد.

- ۹ - قبل از انجام گاوآژ ۳۰ سی سی آب گاوآژ کنید.
- ۱۰ - لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار دهید.
- ۱۱ - سرنگ را بالا بگیرد تا با نیروی جاذبه، مواد غذایی وارد معده شود.
- ۱۲ - اگر لوله غذایی ژنوستومی و گاستروستومی است مواد به آهستگی تزریق شود.
- ۱۳ - بعد از انجام گاوآژ مقدار ۵۰ سی سی آب مجدداً گاوآژ کنید تا داخل لوله شسته شود.
- ۱۴ - وضعیت سر بیمار را حداقل به مدت نیم ساعت ۳۰ درجه بالا نگه دارید.
- ۱۵ - در صورت عدم تحمل بیمار گاوآژ را متوقف کرده و به پزشک اطلاع دهید.
- ۱۶ - وسایل را جمع آوری کرده، دست ها را بشوید.
- ۱۷ - میزان مایع گاوآژ شده، ساعت آن و موارد عدم تحمل بیمار را ثبت کنید.
- ۱۸ - میزان مایعات گاوآژ شده را در فرم جذب و دفع ثبت کنید.

عنوان فعالیت: شست و شوی معده از طریق لوله بینی معده ای



هدف:

خارج نمودن خون و مواد سمی از داخل معده

وسایل مورد نیاز: سرم فیزیولوژی، رابط، ست
مخصوص گاوآژ

عامل انجام کار: پرستار

ردیف مراحل انجام کار

۱. لوله را کلامپ کنید و از دستگاه ساکشن یا تغذیه جدا کنید.
۲. قبل از انجام رویه، کنترل کنید تا لوله در معده باشد.
۳. سرنگ ۵۰ سی سی را با سرم فیزیولوژی پر کنید، بعد کلامپ را باز کرده و به آهستگی تزریق کنید.
۴. اگر محلول به راحتی وارد نشد از نظر مسدود شدن و نحوه قرار گیری پزشک را مطلع کنید.
۵. پیستون سرنگ را بکشید تا مایع شست و شو برگردد.
۶. مواد خارج شده را اندازه گیری کنید و خصوصیات مواد خارج شده را ثبت کنید.
۷. اگر لوله کدر بود چند بار دیگر آن را بشوید.
۸. دوباره لوله را کلامپ کرده سرنگ را بیرون بکشید و لوله را به دستگاه ساکشن یا تغذیه وصل کنید و کلامپ را باز کنید.
۹. بعد از در آوردن لوله، بهداشت دهان بیمار را حفظ کنید.
۱۰. مواردی را که باید ثبت کنید شامل ساعت گذاشتن و خارج کردن لوله، نوع و اندازه لوله، مشکلاتی که حین گذاشتن لوله پیش آمده و مواردی که محدودیت ایجاد کرده می باشد.

نوع فعالیت: مراقبت از لوله بینی - معده ای

اهداف:

۱. اطمینان از کارکرد صحیح لوله بینی، معده
۲. کنترل عملکرد گوارشی بیمارانی که لوله بینی معده دارند

وسایل مورد نیاز:

تجهیزات ساکشن تجهیزات دهان شویه دستکش گوشی پزشکی 60 CC سرنگ

عامل انجام کار: پرستار

مراحل انجام کار

۱. دست ها را بشوید
۲. دستکش پوشید
۳. با بیمار ارتباط برقرار کنید و فرآیند کار را توضیح دهید
۴. لوله بینی، معده ای را هر ۴ ساعت یکبار از نظر باز بودن کنترل کنید
۵. به رنگ موادی که از لوله خارج می شود توجه داشته باشید
۶. هر ۸ ساعت میزان دریافت و دفع مایع را از طریق لوله بینی، معده ای اندازه گیری کنید.
۷. مراقبت از دهان را به طور روتین انجام دهید.
۸. مراقبت از سوراخ بینی را به طور روتین انجام دهید.
۹. نموده و آسپیراسیون را NGT ۱۰ از هوا با سرنگ وارد CC مقدار انجام دهید.
۱۰. به مقدار برگشت مواد غذایی در لوله توجه کنید (رنگ، مقدار، بو).
۱۱. اطمینان NGT با گوشی ناحیه معده را سمع کنید تا از محل درست حاصل کنید.
۱۲. حالات بیمار و مراحل انجام کار را در گزارش ثبت کنید.

نوع فعالیت: درآوردن لوله بینی - معده ای

اهداف:

۱. جلوگیری از ترومای وارده به دستگاه گوارش
۲. پیشگیری از ایجاد عفونت در سیستم گوارشی
۳. کمک به برگشت مکانیسم طبیعی گوارش و سایل مورد نیاز دستگاه ساکشن سوند نلاتون دستکش

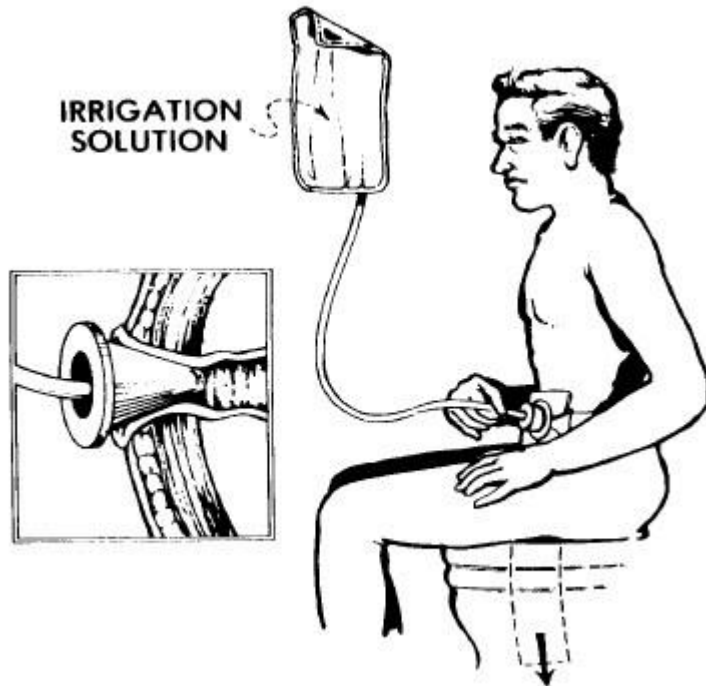
عامل انجام کار: پرستار

مراحل انجام کار

- ۱- با بیمار ارتباط برقرار کنید و مراحل انجام کار را توضیح دهید.
- ۲- محل امن و خلوت برای بیمار ایجاد کنید.
- ۳- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید دست ها را شسته و دستکش بپوشید.
- ۴- نوار چسب را به آرامی از اطراف بینی بیمار باز کنید.
- ۵- لوله را کلمپ کرده و به بیمار بگویید که نفس خود را نگه دارد.
- ۶- وقتی بیمار بازدم انجام می دهد لوله بینی ، معده ای را به آهستگی و بایک حرکت خارج کنید.
- ۷- برای اطمینان، ساکشن دهان و ته حلق را انجام دهید.
- ۸- دهان شویه برای بیمار انجام دهید.
- ۹- مواد دفعی را به روش صحیح دفع کنید.
- ۱۰- دستکش ها را درآورده و دست ها را بشوید.

نوع فعالیت: تخلیه و تعویض کیسه ایلئوستومی و کلتومی

اهداف:



۱- برقراری راحتی و آسایش بیمار

۲- مراقبت از ناحیه استوما

وسایل مورد نیاز: کیسه ایلئوستومی یا کلتومی - وسیله اندازه گیری استوما - چسب استوما - کیسه پلاستیکی - آب - حوله یا پارچه - کلامپ - توالت یا لگن - آب یا محلول تمیز کننده کیسه - دستکش - دستمال کاغذی - در صورت لزوم - کمربند استومی، نوار چسب، صابون ملایم بدون مرطوب کننده، وسایل اصلاح پوست، مایع درز گیر، خوشبو کننده کیسه

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

مراحل انجام کار

۱. مراحل انجام کار را توضیح دهید.

۲. محیط امن و خلوتی فراهم کنید.

۳. بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید.

۴. در ابتدا برای انتخاب کیسه مناسب، دهانه استوما را اندازه گیری کنید.

۵. کیسه ای را انتخاب کنید که دهانه آن ۳۲ میلی متر بزرگ تر از دهانه استوما باشد.

۶. وسایل آماده شده را نزد بیمار ببرید.

۷. دست های خود را بشوید.

۸. دستکش بپوشید.

۹. دروشیت را زیر بیمار قرار دهید.

۱۰. کیسه قبلی را به روش صحیح جدا کنید.

۱۱. ناحیه استوما را به آرامی با دستمال خشک کنید.

۱۲. ناحیه استوما را به ملایمت با صابون ملایم و آب بشوید.

۱۳. پوست را به آرامی خشک کنید و اجازه دهید در معرض هوا به طور کامل خشک شود.

۱۴. پوشش روی چسب پشت کیسه را بردارید.

۱۵. آن را روی استوما قرار داده و به ملایمت فشار دهید.

۱۶. اطراف ناحیه استوما را از قسمت پایین به ملایمت فشار دهید تا کیسه به خوبی چسبیده شود.

۱۷. به بیمار بگویید به مدت ۵ دقیقه در وضعیتی ثابت قرار گیرد.

۱۸. کیسه را به آرامی بکشید تا از چسبیدن آن اطمینان یابید.

۱۹. در صورت امکان برای حفظ بهتر کیسه از کمربند مخصوص استفاده کنید.

۲۰. برای درناژ بهتر، اجازه دهید مقداری هوا در کیسه باقی بماند.

تخلیه کیسه

- ۱- کلامپ قسمت انتهایی کیسه را باز کنید.
- ۲- اجازه دهید محتویات کیسه به داخل لگن یا توالت تخلیه شود.
- ۳- در صورت امکان می توانید انتهای کیسه را داخل آب قرار دهید اما مراقب باشید چسب آن خیس نشود.
- ۴- پس از تخلیه مواد دفعی کلامپ انتهایی کیسه را ببندید.
- ۵- زمان و تاریخ تعویض یا تخلیه کیسه را ثبت کنید ویژگی های مواد دفعی از جمله رنگ، حجم، نوع و قوام آن را ثبت کنید ویژگی های استوما و پوست اطراف آن را ذکر کنید موارد آموزش داده شده به بیمار، توانایی مراقبت از خود و فرآیند یادگیری وی را ثبت کنید.

نکات آموزشی:

۱. هنگامی که یک سوم یا نیمی از کیسه پر شد آن را تعویض یا تخلیه کنید.
۲. بهترین زمان تخلیه کیسه هنگامی است که روده ها کمترین فعالیت را دارند که عموماً ۲ تا ۴ ساعت پس از
۳. تغذیه می باشد کیسه هایی که یک بار مصرف نیستند ۵ روز یک بار تعویض شوند.
۴. کیسه ایلئوستومی و کلستومی را روزی ۴ تا ۵ بار تخلیه کنید.
۵. کیسه را خیلی محکم به ناحیه استوما نچسبانید چون ناحیه استوما فاقد گیرنده های درد است و امکان دارد بدون این که بیمار متوجه شود، ناحیه استوما دچار اختلال شود.
۶. تقریباً بین ۶ هفته تا ۱ سال پس از جراحی، اندازه نهایی استوما مشخص می شود
۷. در افراد دارای ایلئوستومی قبل از شروع نشت، برنامه منظمی برای تعویض کیسه باید در نظر گرفته شود.
۸. مدت زمانی که فرد می تواند کیسه را حفظ کند بستگی به محل استوما و ساختمان بدن دارد.
۹. پس از توضیح روش برای بیمار، وی را به مشارکت در مراقبت از خود تشویق کنید.

۱۰. برای پیشگیری از بروز حساسیت فقط در صورتی از چسب ها یا مواد پاک کننده چسب استفاده کنید که قبلاً آن را روی پوست امتحان کرده اید.

۱۱. در صورت شکایت بیمار از احساس سوزش و خارش یا نشت کیسه، آن را بردارید.

۱۲. پیش از ترخیص به بیمار آموزش دهید از مصرف غذاهایی که تولید بوی نامناسب می کند نظیر ماهی، تخم مرغ، پیاز و سیر یا غذاهای نفاخ خودداری کند.

عوارض:

در صورتی که کیسه دقیقاً روی استوما قرار نگیرد یا از کمربند مخصوص نگه داری کیسه به طور نامناسب استفاده شود موجب تخریب استوما می شود. مراقب واکنش های حساسیتی به چسب یا دیگر وسایل استوما باشید.



نوع فعالیت: گذاشتن کاتتر ادراری

اهداف:

۱- اندازه گیری حجم ادرار باقی مانده

۲- اندازه گیری مداوم ادرار دفع شده

۳- گرفتن نمونه ادرار جهت انجام تست های

تشخیصی

۴- تخلیه مثانه در زمان احتباس ادراری

۵- کمک به پر شدن مثانه جهت انجام تست های پاراکلینیکی تشخیصی

۶- کم کردن فشار مثانه روی بافت های اطراف، جهت اعمال جراحی

۷- جهت درمان احتباس ادراری ناشی از تنگی های لوله ادراری، تکرر ادرار عفونت یا مثانه نوروزنیک

وسایل مورد نیاز:

کاتتر باقی ماندنی استریل از جنس لاتکس یا سلیکون (معمولاً شماره های ۱۴ تا ۱۶) نرمال سالین، صابون مایع مشمع و رویی آن، سرنگ دستکش استریل⁻ محلول ضد عفونی کننده^T ژل لوبریکانت استریل، کیسه جمع آوری ادرار استریل، برگه کنترل جذب و دفع در صورت نیاز، چسب ضد حساسیت، برگه درخواست آزمایش در صورت نیاز⁻ منبع نور⁻ بالش یا ملحفه های رول شده⁻ رسیور

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط ردیف

مراحل انجام کار

- ۱- دستور پزشک مبنی بر سونداژ را بررسی کنید.
- ۲- در صورتی که اندازه یا نوع مشخصی از کاتتر مورد نظر پزشک مربوطه می باشد آن را آماده کنید.
- ۳- دست هایتان را بشویید.
- ۴- وسایل را آماده کنید و آن ها را به اتاق بیمار بیاورید.
- ۵- با بیمار ارتباط برقرار کنید.
- ۶- چارت بیمار را چک کنید و زمان خالی شدن مثانه در نوبت قبلی را سوال کنید.
- ۷- مثانه را معاینه و لمس کنید تا زمان تخلیه آن را حدس بزنید.
- ۸- از همکار تان بخواهید که چراغ را طوری تنظیم کند که شما بتوانید ناحیه را به خوبی ببینید.
- ۹- تخت را طوری تنظیم کنید که مجرای ادراری را به وضوح ببینید.
- ۱۰- در مورد بیماران زن: (supine).
- الف) بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید
- ب) زانوهای وی را کاملاً خم کنید.
- پ) زانوها را از هم دور کنید.

ت) پاهای او را به صورت شل دو طرف تخت بگذارید (به صورت جدا از هم)

ث) اگر بیمار در این وضعیت ناراحت است، یک زانوی او را خم کنید و پای دیگر او را به حالت صاف روی تخت قرار دهید.

ج) در صورت ضعف شدید بیمار زیر زانوهای او بالش بگذارید تا به حالت خمیده دربیاید.

۱۱. در مورد بیماران مرد:

الف) بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید.

ب) پاهایش را باز کنید و صاف روی تخت بگذارید.

ج) از بیمار بخواهید که وضعیت خود را به همین شکل حفظ کند.

د) در صورت نیاز از یک نفر کمک بخواهید تا وضعیت بیمار را حفظ کند و چراغ را تنظیم کند.

۱۲- دست هایتان را بشوید و دستکش بپوشید.

۱۳- بیمار را به روش صحیح شستشوی پرینه بدهید.

۱۴- ناحیه ژنیتال را خشک کنید.

۱۵- مشمع و رویی آنرا زیر باسن و پاهای بیمار پهن کنید.

۱۶- پک استریل را در بیماران خانم بین دو پای او قرار دهید.

۱۷- پک را به روش استریل باز کنید.

۱۸- در بیماران آقا پک استریل را روی ران های او باز کنید.

۱۹- دستکش استریل بپوشید.

۲۰- شان استریل را روی ران های بیمار پهن کنید (یا تعدادی گاز استریل).

۲۱- ناحیه ژنیتال را باز نگه دارید.

۲۲- از عدم حساسیت بیمار به ید یا محلول های ضد عفونی مطمئن شوید.

- ۲۳- درب ظرف محتوی محلول ضد عفونی کننده را باز کنید.
- ۲۴- به آرامی بدون ریختن محلول روی وسایل کمی از محلول را در ظرف محتوی پنبه بریزید.
- ۲۵- درب تیوپ ژل لوبریکانت استریل را باز کنید.
- ۲۶- پاکت کاتتر را به روش استریل باز کنید و در محیط استریل قرار دهید.
- ۲۷- مقداری از ژل لوبریکانت را در محیط استریل بگذارید.
- ۲۸- در صورت آلوده شدن دستکش ها، آن ها را عوض کنید.
- ۲۹- با دست پوشیده شده به وسیله دستکش استریل، سرکاتتر را به ژل لوبریکانت آغشته کنید.
- ۳۰- انتهای کاتتر را به سر کیسه تخلیه ادرار استریل وصل کنید.
- ۳۱- اطمینان پیدا کنید که در پوش انتهایی کیسه جمع آوری ادرار بسته است.
- ۳۲- تمام کاتتر را استریل نگه دارید.
- ۳۳- قبل از انجام سوند گذاری، بالون آن را با ۱۰ سی سی آب مقطر امتحان کنید (جهت اطمینان از عدم وجود منفذ)
- ۳۴- با سرنگ ۱۰ سی سی آب مقطر به داخل بالون تزریق کنید.
- ۳۵- مجدد آن را خالی کنید.
- ۳۶- در بیماران خانم:
- الف) لب های ماژور و مینور را از هم باز کنید (توسط انگشتان شست، اشاره و میانی دست غیر غالب خود)
- ب) در طول انجام پروسیجر فاصله لب ها را از هم حفظ کنید.
- پ) با دست غالب خود، با استفاده از پنبه سوآپ آغشته به محلول ضد عفونی، دور تا دور مجرای خروج ادرار را به صورت دورانی ضد عفونی کنید.
- ت) قسمت های دیگر را با یک پنبه سوآپ دیگر ضد عفونی کنید.
- ث) با یک گاز ناحیه خروج ادرار و ژنیتال را خشک کنید.
- ج) دستکش هایتان را استریل حفظ کنید.

الف) پنیس بیمار را با دست غیر غالب خود نگه دارید:

ب) پنیس را از ۶۰ به ۹۰ درجه زاویه بدهید:

پ) تا آخر پروسیجر این وضعیت را حفظ کنید:

ت) با دست غالب خود نوک آلت را به کمک پنیس با پنبه سواب ضد عفونی کنید:

ث) با یک حرکت دورانی نوک آلت را تمیز کنید:

ج) ناحیه اطراف را در مرحله بعد ضد عفونی کنید:

۳۸-دستکش هایتان را استریل حفظ کنید:

۳۹-کاتتر را با دست غالب خود بردارید:

۴۰-کاتتر را به ژل لوبریکانت آغشته کنید:

۴۱-از بیمار بخواهید همزمان با فرو بردن کاتتر سرفه کند:

۴۲-از بیمار بخواهید که تنفس آرام و عمیق داشته باشد تا اسفنکتر ادراری شل شود:

۴۳-کاتتر را از سمت سر آن بردارید:

در بیماران خانم:

الف) کاتتر را ۷ سانتی متر داخل ببرید

ب) در ضمن فرو بردن کاتتر لب ها از هم دور نگه دارید (تا زمانی که ادرار شروع به خارج شدن کند) (پ) اگر کاتتر

اشتباها وارد واژن شد آنرا خارج کنید:

ت) در دوشیزگان تا مطمئن نشدید که کاتتر وارد مجرای ادراری می شود کاتتر را وارد نکنید:

ث) مجدداً اجرای مراحل پروسیجر را شروع کنید:

در بیماران آقا:

الف) ۱۲ سانتی متر داخل کنید

ب) خروج ادرار را بررسی کنید:

۴۴- وقتی که خروج ادرار قطع شد، سرنگ را به محل مجرای بالون کاتتر وصل کنید.

۴۵- بالون کاتتر را پر کنید.

۴۶- کاتتر را به بغل ران بیمار با چسب ضد حساسیت ثابت کنید.

۴۷- کیسه جمع آوری ادرار را در محل مخصوص در سطح پایین تر از مثانه آویزان کنید.

۴۸- ۵۰ - اطمینان پیدا کنید که لوله ادراری در لای ریل نرده کنار تخت قرار نگرفته باشد.

۴۹- در صورتی که بیمار دستور جمع آوری نمونه جهت آزمایش دارد، نمونه را از طریق پیچ انتهای بگ

۵۰- ادراری به طریق استریل جمع آوری کنید.

۵۱- نمونه جمع آوری شده را به آزمایشگاه ارسال کنید

۵۲- جهت اندازه گیری مقدار ادرار دفع شده بیمار (جهت کنترل)، بگ ادرار را هر ۸ ساعت تخلیه کنید.

۵۳- کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید:

الف) تاریخ و زمان گذاشتن کاتتر

ب) اندازه و نوع کاتتر

ج) میزان، رنگ و دیگر مشخصه های ادرار

د) در صورت داشتن دستور کنترل میزان حجم ادرار، ثبت در برگه چارت جذب و دفع ه) میزان تحمل

و همکاری بیمار در انجام رویه ی) میزان و نمونه آزمایش در خواست شده

نکات آموزشی:

در صورت کمبود پرسنل و انجام این کار به صورت یک نفره قبل از پوشیدن دستکش استریل وسایل را آماده کنید.

اگر بیمار با کاتتر ادراری به جا ماندنی مرخص می شود، به خود و خانواده او اصول مراقبت از خود را در رابطه با کاتتر از قبیل رعایت اصول بهداشتی با شستشوی دستها قبل و بعد از آویزان کردن بگ ادراری به محل مخصوص خود، شست و شوی پرینه و اطراف کاتتر با آب و صابون، نوشیدن ۷ تا ۸ لیوان آب در روز، مراقبت و پیشگیری از کشیده شدن کاتتر، دقت و توجه به اینکه بگ ادراری همیشه در سطح پایین تری نسبت به مثانه قرار گیرد، گزارش موارد غیرعادی مثل ادرار خونی و کد ریا تب به پزشک مربوط خود آموزش بدهید. یادآوری کنید که همیشه کاتتر را به بغل پای خود ثابت کند و این که هر ۱۵ روز سوند دائم را تعویض کند یا به مرکز درمانی مراجعه کند و یا از پزشک و پرستاری که می شناسد بخواهد تا جهت تعویض کاتتر مراجعه کند

نوع فعالیت: خارج کردن سوند دائمی

اهداف:

خارج کردن سوند دائمی جهت برقراری جریان طبیعی ادرار

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گاز استریل - نوار چسب - سرنگ ۱۰ سی سی - پد ضد آب

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف مراحل انجام کار

۱- دست های خود را بشوید.

۲- تخت را تا ارتفاع مناسب بالا بیاورید.

۳- تجهیزات را آماده کنید.

- ۴- بیمار را در پوزیشن صحیح قرار دهید.
- ۵- پد ضد آب را زیر بیمار قرار دهید.
- ۶- در صورت نیاز، نمونه ادرار جهت کشت بگیرید.
- ۷- نوار چسب یا نگه دارنده سوند را بر دارید.
- ۸- مایع تزریق شده داخل بالن کاتتر را آسپیره کنید.
- ۹- کاتتر را خارج کنید.
- ۱۰- کیسه ادرار و تیوب را از تخت جدا کنید.
- ۱۱- بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت قرار دهید.
- ۱۲- در صورت نیاز، مراقبت مورد نیاز را از قسمت پرینه بیمار به عمل آورید.
- ۱۳- حجم ادرار داخل کیسه را اندازه بگیرید و سپس محتویات آن را خالی کنید.
- ۱۴- لبه تخت را پایین بیاورید.
- ۱۵- وسایل آلوده را در ظرف مخصوص زباله بریزید.
- ۱۶- دست های خود را بشوید.
- ۱۷- یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کنید.

نوع فعالیت: شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی (سیستم بسته) اهداف:

۱- باز نگه داشتن سوند ادراری

۲- رفع انسداد سوند ادراری

وسایل مورد نیاز: مشمع و رویه - کاسه استریل - محلول دستور داده شده - کلمپ - رسیور استریل - سرنگ استریل

۳۰ یا ۵۰ سی سی با سوزن شماره ۲۳ در صورت لزوم - گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده -

دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

مراحل انجام کار

۱- از انسداد قطعی سوند به روش زیر مطمئن شوید:

الف: ضرورت انجام شست و شو را با لمس مثانه بیمار از نظر احتباس ادرار مشخص کنید.

ب - میزان دفع ادرار بیمار را با میزان دفع ادرار وی در شیفت قبل مقایسه کنید.

ج - چنانچه ادرار به راحتی در سوند جریان ندارد، لوله را از طرف بدن بیمار به طرف کیسه ادرار بدوشید. د - در

صورت عدم رفع انسداد عمل شست و شو را انجام دهید.

۱- دستور پزشک را از نظر نوع، حجم و غلظت محلول کنترل کنید.

۲- وسایل رابه اتاق بیمار برده وی را از برنامه مورد نظر مطلع کنید.

۳- خلوت بیمار را فراهم آورید.

۴- بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید.

۵- پوشش های روی بیمار را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار، کنار بزنید.

۶- مشمع و رویه را در محل پهن کنید.

۷- دست های خود را بشویید.

۸-دستکش پوشید.

۹-کاسه استریل را از محلول دستور داده شده با درجه حرارت مناسب پر کنید.

۱۰-رسیور را زیر قسمت انتهایی سوند قرار دهید.

۱۱-سوزن را به روش استریل به سرنگ وصل کرده و به مقدار مورد نیاز از محلول دستور داده شده در سرنگ بکشید.

۱۲-در صورت شست و شوی مثانه، زیر محل ورود سرنگ به سوند را کلمپ کنید تا از جریان یافتن محلول

۱۳-تزریقی و ادرار به درون کیسه جمع آوری ادرار جلوگیری شود.

۱۴- محل ورود سرنگ به سوند را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده، تمیز کنید.

۱۵-سرنگ را به محل مناسب وارد و محلول را به آرامی تزریق کنید:

الف: برای هر بار شستشوی سوند ۴۰^{cc}- ۳۰ تزریق کنید ب- برای هر

بار شستشوی مثانه ۱۰۰^{cc}- ۲۰ تزریق کنید

۱۶-پس از تزریق محلول، سرنگ را خارج کنید.

۱۷-محلول تزریق شده را تخلیه کنید.

الف- در شستشوی سوند بلافاصله سوند را پایین آورید تا محلول تزریق شده به راحتی به طرف کیسه جمع

آوری ادرار جریان یابد.

ب- در شستشوی مثانه، کلمپ را باز کنید تا محلول تزریق شده از طریق سوند به داخل کیسه جمع آوری ادرار جریان

یابد. در صورت لزوم روش را تکرار کنید تا محلول دستور داده شده تمام شود یا به هدف مورد نظر، دست یابید.

۱۸- مقدار ادرار بیمار را اندازه گیری و مقدار محلول شستشوی استفاده شده را از آن کسر کنید.

۱۹-وضعیت بیمار و چگونگی تخلیه ادرار را بررسی کنید.

الف- به میزان رفع مشکلات بیمار توجه کنید.

ب- ادرار تخلیه شده را از نظر رنگ و شفافیت و وجود محتویات غیر طبیعی بررسی کنید.

ج- جریان ادرار را در سوند و لوله کیسه جمع آوری بررسی کنید.

۲۰- وسایل را به محل مربوطه برگردانید و توجه مورد نیاز را از آنها به عمل آورید.

۲۱- دست ها را بشویید.

۲۲- مشاهدات و اطلاعات خود را در مورد مقدار ، شفافیت و رنگ ادرار ، مقایسه مایعات ورودی و خروجی ، وجود اتساع مثانه و میزان ناراحتی بیمار ثبت کنید.

نوع فعالیت: دارو دادن بنابه تقاضای بیمار یا تشخیص پرستار (PRN)

اهداف:

۱- دادن دارو جهت تسکین درد

۲- پائین آوردن درجه حرارت بدن

۳- کمک به اجابت مزاج ،رفع بیخوابی ،تسکین هیجانات عصبی یا رفع حالت تهوع و استفراغ

وسایل مورد نیاز:

کارت مخصوص داروئی PRN که رنگ آن طبق مقررات هر مرکز مشخص میشود وسایل مورد نیاز برای تجویز

دارو مورد نظر

عامل انجام کار: پرستار -بیمار

۱- کارت داروئی مورد نیاز را بردارید

۲- کارت را با کاردکس طبق روش آموخته شده کنترل کنید

۳- از روی پرونده بیمار ساعت آخرین تجویز دارو را در نظر بگیرید

۴- چنانچه فاصله زمانی با دستور پزشک تطبیق میکند، در مورد دادن دارو اقدام کنید

۵- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، داروی تجویز شده و نکات مورد ارزشیابی در پرونده بیمار

یادداشت کنید

۶- کارت داروئی را در محل مخصوص خود قرار دهید

نوع فعالیت: پالس اکسی متری در بزرگسالان

اهداف:

- ۱- بررسی در صد اکسی ژن اشباع شده شریانی
- ۲- یک روش غیر تهاجمی جهت سنجش اشباع هموگلوبین ها از اکسیژن در بیماران با احتمال هیپوکسی
- ۳- همراهی و حمایت از بیمار تا زمان رفع اشکالات مربوط به اختلالات تنفسی در بیماران
- ۴- بررسی میزان اکسیژن خون در طی عمل جراحی در اتاق عمل
- ۵- بررسی میزان اکسیژن خون در ضمن اقدام درمانی در راه هوایی بیمار گذاشتن لوله تراشه ساکشن کردن ترشحات و راه هوایی
- ۶- بررسی میزان اکسیژن خون در ضمن انتقال بیمار
- ۷- بررسی میزان اکسیژن خون در ضمن نقل و انتقال بیمارانی که اختلالات تنفسی دارند
- ۸- بررسی میزان افزایش اکسیژن خون در بیمارانی که اکسیژن دریافت میکنند
- ۹- همراهی با بیمار
- ۱۰- بررسی میزان اکسیژن خون شریانی در بیمارانی که از دستگاه تهویه مصنوعی جدا شده و تحت مراقبت جداسازی از دستگاه میباشند

وسایل مورد نیاز:

- دستگاه پالس اکسی متر- پروب انگشتی- محلول مناسب- سنسور در صورت لزوم- برس ناخن - پنبه الکلی
- عامل انجام کار: پرستار - کاردان هوشبری مراحل انجام کار:
- ۱- دفترچه راهنمای کارخانه تولید کننده پالس اکسی متر مورد نظر را مطالعه کنید
 - ۲- با بیمار ارتباط برقرار کنید و مراحل انجام کار را به وی توضیح دهید
 - ۳- نوع مناسب سنسور را بر اساس سن بیمار و محل اتصال مشخص کنید
 - ۴- از انگشت اشاره بیمار استفاده کنید
 - ۵- در صورتی که مشکلی در انگشتان دست بود میتوان از سنسور های انگشتان پا و یا لاله گوش استفاده کرد
 - ۶- اگر انگشتان دست بیمار خیلی بزرگ باشد انگشت کوچکتر بیمار را برای پروب انتخاب کنید

۷- مطمئن شوید که ناخن مربوطه با لاک یا ماده دیگری پوشانده نشده است

۸- اگر مورد نیاز است ناخن را با برس ناخن تمیز کنید

۹- اگر مورد نیاز است روی سنسور پروب را با پنبه الکلی تمیز کنید

۱۰- سنسور را به انگشت بیمار که انتخاب نموده اید طوری وصل کنید که چراغ نوری و سنسور پروب در دو نقطه

مقابل هم قرار گیرن

۱۱- اگر ناخن های بیمار خیلی بلند باشد پروب را به حالت عمودی به انگشت انتخاب شده وصل کنید

۱۲- صورت لزوم ناخن بیمار را کوتاه کنید دست بیمار را هم سطح قلب او قرار دهید

۱۳- میزان SpO_2 را یادداشت کنید

۱۴- تعداد نبض بیمار را با نبض ثبت شده روی دستگاه پالس اکسی متری مقایسه نمائید

۱۵- پس از انجام دستورالعمل پروب را خارج کنید

۱۶- دستگاه را خاموش کنید

۱۷- پروب را با پارچه نرم و پد الکلی تمیز کنید

۱۸- مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید:

الف- تفاوت نبض اندازه گیری شده به وسیله خود با نبض اندازه گیری شده توسط دستگاه

ب- میزان SpO_2 را با وضعیت بالینی بیمار مقایسه و در چارت مربوطه ثبت کنید میزان SpO_2

را در صورت غیر طبیعی بودن به اطلاع پزشک برسانید/ت- تغییرات ایجاد شده در بیمار

نکات آموزشی :

۱- در صورت ایجاد اختلال در نمایش osat توسط پالس اکسی متری اقدامات زیر را انجام دهید:

الف- ناحیه انتخاب شده را ماساژ دهید یا بال الکل ایزوپروپیل بمالید

ب- محل سنسورها را تغییر دهید/سنسور را با پنبه الکل تمیز کنید

ت- منبع نور سنسور را درست در مقابل دستگاه گیرنده نور

قرار دهید ث- لامپ های اطراف بیمار را خاموش کنید

ج- بررسی کنید که دست بیمار درست هم سطح قلب وی باشد

۲- در موارد زیر پالس اکسی متر جواب صحیح نمیدهد:

• شوک ایست قلبی انقباض شدید عروق محیطی به خاطر پائین آمدن دمای بدن خونریزی ها و

کاهش هموگلوبین

• فشار دادن یا گرفتن خط وریدی از اندامی که پالس اکسی متر به آن وصل است

• در بیماری که سیگاری بوده یا در مجاورت با مونواکسید کربن باشد میزان اکسیژن خون شریانی

پایین خواهد بود

• افزایش میزان بیلی روبین خون فرد باعث میشود اکسیژن خون فرد به طور کاذب پایین

نشان داده شود

نوع فعالیت: کنترل دستورات پزشک

هدف: اجرای دستورات پزشک طبق روش معین و بدون اشتباه

وسایل مورد نیاز: کاردکس - کارت دارویی - پرونده بیمار

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط مراحل انجام کار

۱- توجه کنید که یک دستور کامل دارای تاریخ ساعت و امضاء پزشکی می باشد

۲- توجه کنید در یک دستور دارویی باید نوع نام مقدار طریقه مصرف و دفعات مصرف دارو دقیقاً قید شده باشد

۳- دقت کنید که دستورات کتبی باشند و در پرونده بیمار قید گردند

۴- در موارد اضطراری دستورات شفاهی بخش را دریافت کنید که لازم است بلافاصله در ورقه دستور پزشک وارد

شود تا در اولین فرصت توسط پزشک امضاء شود ۵- دستورات شفاهی را یک بار برای پزشک قرائت کنید

۵- دستورات کتبی را اول از پرونده بیمار وارد کاردکس و سپس وارد کارت دارویی کنید

۶- پس از وارد کردن دستورات در کاردکس و کارت دارویی در مقابل هر دستور در ورقه دستور پزشک علامت

تیک بگذارید

۷- در صورت خوانا نبودن دستورات و یا هر گونه اشکال بلافاصله از پزشک سؤال کنید

۸- پس از کنترل کردن دستورات در زیر آخرین دستور پزشک خطی افقی رسم نموده و در محل مخصوص امضا

کنید.

نکات آموزشی:

- پرستاری که دستور را کنترل میکند مسوول اجرای آن برای اولین بار میباشد

- دستوراتی که فقط برای یک بار میباشد را نیز در کاردکس وارد کنید

نوع فعالیت: تجویز اکسیژن با کانولای بینی

مقدمه: بیماری نیاز به اکسیژن تراپی دارد که دچار اورژانس های تنفسی یا قلبی باشد یا افزایش عمل متابولسم داشته باشد که افزایش متابولسم در زمان وارد شدن تروما زخم های و یا تب بالا دیده میشود هدف:

۱- اکسیژن رسانی به روش ساده و ایمن به بیمار مبتلا به هیپوکسی

۲- اکسیژن رسانی به بیمار به آسان ترین و راحت ترین وضعیت

۳- اکسیژن رسانی برای بیمارانی که نیاز به حجم و سرعت کن اکسیژن دارند

۴- اکسیژن رسانی در بیمارانی که قادر به خوردن آشامیدن و یا صحبت کردن میباشند

۵- اکسیژن رسانی در افرادی که تحرک کافی داشته و نیاز به بستری در بیمارستان ندارند

وسایل مورد نیاز: منبع اکسیژن- فلومتر- مخزن آب مقطر- آب مقطر غیر استریل- وسیله رساندن اکسیژن (کانولای بینی)- کانکشن در اندازه های مختلف عامل انجام کار: پرستار بهیار کاردان هوشبری

مراحل انجام کار

۱- نحوه کار با وسایل اکسیژن رسانی را بیاموزید

۲- خروجی اکسیژن را جهت اطمینان از وجود جریان مناسب بررسی کنید

۳- دستور پزشک مبنی بر اکسیژن رسانی را بررسی کنید

۴- دست های خود را بشویید

۵- وضعیت بیمار را بررسی کنید

۶- با بیمار ارتباط برقرار کنید و مراحل پروسیجر را به وی توضیح داده و بیان کنید که چرا به اکسیژن نیاز دارد

۷- اتاق بیمار را از نظر امنیت در زمان اکسیژن رسانی بررسی کنید

۸- در صورت لزوم دو شاخه وسایل برقی را از پریز خارج کنید

۹- تابلوی کشیدن سیگار ممنوع را در اتاق بیمار نصب کنید

۱۰- در مورد بچه ها و بیمارانی که از چادر اکسیژن استفاده میکنند وسایل مولد جرقه را از اتاق خارج کنید

- ۱۱- تابلو در حال اکسیژن گرفتن را بالای تخت بیمار و در پشت در اتاق وی نصب کنید
- ۱۲- چنگک های کانولا را در سوراخ های بینی بیمار وارد کنید و مطمئن شوید که انحنای آن متناسب با سوراخ های بینی بیمار میباشد
- ۱۳- لوله های کانولا را از پشت گوش ها به پایین و زیر چانه آورده و محکم کنید
- ۱۴- پیچ اکسیژن را به اندازه دستور داده شده باز کنید
- ۱۵- حین اکسیژن تراپی بیمار را بررسی کنید (تعداد و نوع تنفس)
- ۱۶- ABG بیمار را چک کنید در صورت نیاز و صلاح دید پزشک ABG کنترل شود
- ۱۷- بیمار را به تنفس از راه بینی با دهان بسته تشویق کنید
- ۱۸- مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید:

الف- زمان و تاریخ دریافت اکسیژن

- ب- نوع وسیله ای که جهت اکسیژن رسانی استفاده کرده اید
 - ج- میزان جریان اکسیژن علایم حیاتی بیمار رنگ پوست مشکلات تنفسی صداهای تنفسی بیمار و پاسخ های قبل و بعد از درمان
 - د- زمان و تاریخ پایان اکسیژن تراپی و تغییرات گازهای خون شریانی در پاسخ به اکسیژن رسانی نکات آموزشی :
- وجود مداوم سوند بینی باعث تحریک و خشک شدن بافت مخاطی بینی میشود با نرم کردن مخاط اثرات ناشی از خشک شدن مخاط از بین میرود
 - سرعت ورود اکسیژن نباید بیش از ۶ لیتر در دقیقه باشد
 - بیماران مبتلا به انسداد حفره بینی مقدار کمتری اکسیژن دریافت میکنند
 - با هر سرعتی که اکسیژن داده میشود غلظت اکسیژنی که وارد دستگاه تنفس بیمار میشود به نسبت تنفس دهان به بینی و همین طور به الگوی تنفسی فرد بستگی دارد
 - کودکان شیرخوار خردسال و سن مدرسه سوند بینی را به خوبی تحمل میکنند اما کودکان نوپا اغلب آن را از روی صورت بر میدارند اکسیژن نباید مستقیماً به صورت کودک خصوصاً نوزاد دمیده شود در نوپایان استفاده از ماسک برای رساندن اکسیژن مناسب تر است

نوع فعالیت: مراقبت از تیوب T

T تیوب را پس از کوله سیستمکتومی در مجرای مشترک صفراوی قرار می دهند

مقدمه

T تیوب بین ۷ تا ۱۴ روز در محل باقی میماند تا خروج ترشحات صفراوی تسهیل شود

اهداف:

۱- جلوگیری از انسداد راه خروج صفرا

۲- پیشگیری از تخریب پوست ناحیه و جدا شدن تیوب

۳- پیشگیری از عفونت

وسایل مورد نیاز: ظرف جمع آوری - کیسه پلاستیکی - دستکش استریل و تمیز ۱۰ - سانتی متر استریلپانسمان شفاف

- باند پلاستیکی - کلامپ - پد گازی ۱۰ - محلول نرمال سالین - پدهای آغشته به بتادین -

پانسمان استریل جاذب - چسب ضد حساسیت - مواد محافظ پوست از جمله وازلین ، اکسید دوزنگ ، ژل محتوی

آلومینیوم در صورت لزوم پانسمان مونتگومری

عامل انجام کار: پرستار

ردیف مراحل انجام کار

۱- وسایل مورد نیاز را آماده کنید

۲- ۵۰ سی سی محلول ضد عفونی کننده و ۵۰ سی سی نرمال سالین در ظرف های استریل به طور جداگانه بریزید

۳- روش کار را برای بیمار توضیح دهید

۴- دست ها را بشوید

۵- دستکش تمیز بپوشید

۶- ظرف جمع آوری را زیر دریچه درناژ کیسه قرار دهید

۷- محتویات کیسه را به داخل ظرف، تخلیه کنید

- ۸- میزان ترشحات تخلیه شده را با دقت اندازه بگیرید.
- ۹- ویژگی های ترشح از قبیل رنگ و حجم ترشحات را ثبت کنید.
- ۱۰- دستکش ها را در آورید.
- ۱۱- دست های خود را بشویید.
- ۱۲- دستکش های تمیز بپوشید.
- ۱۳- پانسمان های قبلی را بردارید و دور بیندازید.
- ۱۴- دستکش ها را در آورید.
- ۱۵- دست ها را بشویید.
- ۱۶- دستکش استریل بپوشید.
- ۱۷- محل تیوب را از نظر علایم عفونت از جمله قرمزی، تورم، گرمی، حساسیت، قوام پوستی، اختلال پوستی یا ترشحات بررسی کنید.
- ۱۸- با توجه به تجویز پزشک از محلول ضد عفونی در اطراف محل ورود تیوب استفاده کنید.
- ۱۹- پس از آن از محلول نرمال سالین برای شست و شوی ناحیه استفاده کنید.
- ۲۰- ناحیه را با گازهای استریل خشک کنید.
- ۲۱- اطراف محل ورود تیوب را با پنبه حاوی بتادین به طور چرخشی خشک کنید.
- ۲۲- اجازه دهید پوست در مجاورت هوا خشک شود.
- ۲۳- از مواد محافظ پوست نظیر وازلین، اکسید دوزنگ یا ژل آلومینیوم استفاده کنید.
- ۲۴- از پانسمان جاذب استفاده کنید برای جذب ترشحات اطراف لوله
- ۲۵- روی پانسمان جاذب از گاز استریل و پانسمان استفاده کنید.
- ۲۶- پانسمان را با چسب ضد حساسیت محکم کنید.
- ۲۷- تاریخ و زمان تعویض پانسمان و ویژگی های محل اطراف زخم را ثبتا ذکر کنید. همچنین رنگ پوست و غشاء مخاطی اطراف لوله درجه حرارت بیمار و میزان تحرک روده ها را ثبت کنید.

نکات آموزشی:

- گاهی اوقات برای کمک به هضم غذا پزشک توصیه می کند ۱ ساعت قبل و بعد از به وسیله یک باند پلاستیکی بسته شود در این شرایط واکنش بیمار را به T غذا لوله این روش بررسی کنید.
- مراقب بروز علائم انسداد مجرای صفراوی از قبیل لرز، تب، تاکی کاردی، تهوع، احساس پری و درد در رب ع فوقانی و راست شکم، زردی، ادرار تیره و مدفوع خاکستری باشید و این علائم را در اسرع وقت گزارش کنید.
- میزان ترشح طبیعی صفرا ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ سی سی در روز است.
- میزان ترشح شده در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر است.
- وضعیت الکترولیت ها، مایعات و PH بیمار را کنترل کنید برای جلوگیری از اتلاف بیش از حد صفرا بیش از ۵۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت اول (اطمینان یابید که کیسه در ناژ در سطح شکم قرار گیرد).
- در صورتی که در ناژ صفرا بیش از حد می باشد ۱۰۰۰ (تا ۱۵۰۰ سی سی روزانه)، صفرای اضافی را با آب میوه مخلوط نموده و از طریق لوله بینی، معدی به بیمار بازگردانید.
- پانسمان ها را به طور مرتب تعویض نموده و از پوست مراقبت کنید.
- ناحیه مورد نظر را در ۸ ساعت اول هر یک ساعت و سپس هر ۴ ساعت تا خروج درن کنترل کنید.
- تغییر رنگ مدفوع و ادرار را کنترل کنید.

مراقبت در خانه

به بیمار علائم انسداد مجرای صفراوی را آموزش دهید و بگوئید به محض دیدن این علائم به پزشک مراجعه کند.

به وی آموزش دهید چگونه در منزل از T تیوب مراقبت کند

عوارض انسداد مسیر عبور صفرا، اختلال یا شکندگی عوارض شایع پوستی، خارج شدن تیوب، بازگشت محلول درناژ شده و عفونت

عنوان فعالیت : آماده سازی بیمار جهت انواع رادیوگرافی سیستم گوارشی

اهداف:

بررسی سیستم گوارشی از نظر تشخیص بیماری ها

وسایل مورد نیاز طبق دستورالعمل های واحد رادیوگرافی

عامل انجام کار : پرستار

مراحل انجام کار

- ۱- به بیمار در مورد نوع و نحوه انجام رادیوگرافی آموزش دهید.
- ۲- بیمار را حمایت عاطفی کنید.
- ۳- از بیمار یا ولی او رضایت نامه کتبی بگیرید.
- ۴- آمادگی های مورد نیاز جهت انجام رادیوگرافی را برحسب پروتکل بخش رادیولوژی انجام دهید.
- ۵- ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام دهید.

نوع فعالیت : کنترل درد بیمار

مقدمه: درد یک تجربه حسی و عاطفی همراه با آسیب بلقوه و واقعی بافتی است به خاطر داشته باشید که گزارش خود بیمار مبنی بر درد شاخص قابل اطمینانی از وجود درد می باشد. عموماً بیماران هنگام درد شدید به سیستم مراقبت بهداشتی مراجعه می کنند زیرا آنها نیز می دانند که درد نشان دهنده یک مشکل جدی است.

اهداف:

۱- کاهش یا از بین بردن درد بیمار

۲- ایجاد راحتی و آسایش بیمار

وسایل مورد نیاز: ابزار بررسی درد یا مقیاس ارزیابی درد وسایل بهداشت دهان، آب، مسکنهای غیر مخدر (مانند استامینوفن یا آسپرین)، داروهای مخدر با اثر متوسط (کدئین)، داروهای مخدر با اثر قوی (مرفین)

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

مراحل انجام کار

۱- درد بیمار را بررسی کنید:

الف - وضعیت درد بیمار را با پرسیدن سؤالات کلیدی و پاسخ وی به سؤالات بررسی کنید:

ب - از بیمار بخواهید که طول مدت، شدت، و مکان درد را بیان کند:

پ - درد بیمار را به وسیله مقیاس درد در فواصل منظم، بطور مثال هر ۲ ساعت بر اساس مقررات موسسه

بررسی کنید:

۲- درد بیمار با استفاده از متدهای زیر ساکت کنید:

الف) استفاده از داروها:

۱- در صورتیکه بیمار می تواند از راه دهان غذا بخورد از مسکن های غیر مخدر مانند استامینوفن و داروهای ضد التهاب

غیر استروئیدی عموماً هر ۴ تا ۶ ساعت و با توجه به دستور پزشک استفاده کنید:

۲- در صورت عدم تسکین درد بیمار با استفاده از روش بالا از مسکن های مخدر با اثر متوسط مانند کدئین و

۳- غیره طبق تجویز پزشک استفاده کنید.

۴- در صورتیکه با اقدامات بالا درد بیمار هنوز ادامه دارد طبق تجویز پزشک از داروهای مخدر با اثرات قوی تر مانند

مرفین و پتیدین استفاده کنید:

ب) حمایت روانی: نگرانی خود را نسبت به درد بیمار با محبت کردن به او نشان دهید: زیرا درد و ناتوانی وی را

ناراحت و نگران می کند که این خود سبب تشدید درد بیمار می شود:

ج) در دسترس قرار دادن وسایل راحتی جهت بیمار و ایجاد آسایش برای وی:

۱- بیمار را هر ۲ ساعت یک بار تغییر پوزیشن دهید (جهت کاهش اسپاسم عضلانی برداشتن فشار از روی

برجستگی های استخوانی ضروری)

۲- در صورت درد اندامها، اندام بیمار را جهت کاهش التهاب بالا نگه دارید:

۳- در صورت داشتن برش زخم جراحی در ناحیه شکم زاویه تخت بیمار را کاهش دهید:

۴- برشهای زخم جراحی روی ناحیه شکم و قفسه سینه بیمار را با یک بالش حمایت کنید:

- ۵- جهت کاهش ناراحتی و درد بیمار در صورت لزوم از کمپرس سرد استفاده کنید.
- ۶- جهت ریلکس شدن عضلات بیمار از ماساژ پشت استفاده کنید.
- ۷- از تمرینات حرکتی غیر فعال استفاده کنید این نوع تمرینات به شل شدن عضلات، ایجاد راحتی و کاهش سختی عضلات کمک می کند.
- ۸- به بیمار دهانشویه بدهید. لیوان آب را در کنار وی قرار دهید. زیرا بسیاری از داروهای ضد درد، دهان بیمار را خشک می کند.
- ۹- دستها و صورت بیمار را بشوید.

مراقبت‌های جانبی:

- از بیمار بخواهید که با تکنیک‌هایی مانند تنفس عمیق و تن آرامی اثرات ضد دردمسکن‌ها را روی درد خود افزایش دهد.
- سرو صدای محیط را کاهش دهید، نور اتاق را کم کنید.
- از بیمار بخواهید که تجربیات خوشایند خود را یادآوری کند و یا به فعالیت‌های مورد علاقه و لذت بخش خود فکر کند.
- با پخش کردن موزیک و یا روشن کردن رادیو و تمرکز دادن بیمار به آن دردهایی که در مدت کوتاهی بعد از انجام پروسیجرهای دردناک ایجاد می شوند را بکاهید.

تنفس عمیق:

- از بیمار بخواهید که به یک شی خیره شود و سپس به آرامی دم و باز دم کند و به بالا و پایین رفتن شکم خود تمرکز کند.
- او را تشویق کنید که در هر تنفس احساس بی وزنی کند.
- آرام سازی عضلانی:

- ۱- از بیمار بخواهید که بر یک گروه از عضلات خود متمرکز شود
 - ۲- وی را تشویق کنید که عضلات خود را منقبض کند و بعد از ۵ تا ۷ ثانیه مجدداً عضلات خود را شل کند
- ضمناً روی نواحی که شل نموده است متمرکز کند.

- ۳- از او بخواهید که تفاوت میان وضعیت انقباض و انبساط عضلات خود را بیان نماید.
- ۴- بعد از آن به ترتیب گروه های دیگر عضلات خود را منقبض و منبسط نماید هر مرحله گام های برداشته شده جهت اداره درد بیمار را ثبت کنید اطلاعاتی را که به صورت ذهنی و عینی از بیمار کسب کرده اید، یادداشت کنید.
- ۵- مکان، کیفیت و طول مدت درد و هر فاکتور تسریع کننده یا تخفیف دهنده درد را ثبت کنید.
- ۶- در صورتیکه درد بیمار کاهش پیدا نکرده آن را ثبت کنید.
- ۷- همچنین عوارض درمان دارویی را ثبت کنید.

نکات آموزشی:

- پاسخ بیمار را به کنترل درد ارزیابی کنید در صورتیکه بیمار هنوز درد دارد، وی را مجدداً بررسی کنید و طرح درمانی خود را تغییر دهید.
- توجه داشته باشید عقاید و فرهنگ بیمار پاسخ های رفتاری او را به درد تحت تاثیر قرار میدهد.
- بیمارانی که مرتب از مسکن های مخدر استفاده می کنند ممکن است در خطر وابستگی به دارو یا اعتیاد به این گونه داروها باشند مطالعات نشان داده است که اعتیاد به مخدر در طول درمان درد حاد کمتر از ۱ درصد میباشد.
- اعتیاد به معنای وابستگی روانی به مصرف دارو میباشد که در حقیقت اعتقاد به مصرف مداوم دارو بر خلاف آگاهی از عواقب جسمی، روانی و اجتماعی آن دارو میباشد.
- مهمترین عوارض جانبی مسکن ها شامل دپرسیون تنفسی (جدی ترین عارضه)، یبوست، تهوع و استفراغ میباشد.

سالمندان:

- در سالمندان، درد نباید به عنوان یک پدیده طبیعی به علت فرآیند پیری، محسوب گردد جهت کم کردن درد بیمار سالمند از داروها و تکنیک های غیر دارویی استفاده کنید در نظر داشته باشید که رعایت نکات ایمنی به ویژه جهت بیمارانی مستعد به سقوط ناشی از اختلالات حرکتی و درد و عوارض مخدرها ضروری است.
- فاکتورهای وابسته به سن و تاثیر آنها را بر کنترل درد بیمار بررسی کنید.
- عوارض دارویی داروهای خاص در افراد پیر باید شناسایی شوند.

کودکان:

به خاطر داشته باشید که کودکان درد را مانند افراد بزرگسال تجربه می کنند ، اما فاکتورهای تکاملی ممکن است بررسی درد کودکان را دشوار نماید . نوزادان و کودکان در بیان درد بصورت کلامی مشکل دارند ، در نتیجه مهم است که درد را در رفتار آنها مشاهده کنید (مثل گریه کردن ، در هم کشیدن صورت یا بستن چشمها .) جهت بررسی درد کودکان از مقیاس های مناسب استفاده کنید.

نام فرآیند: گرفتن نوار قلبی

عامل انجام کار: تکنسین نوارنگار، پرستار

وسایل و تجهیزات استاندارد:

۱۲ لید ECG، کابل و لید ، ECG ژل جهت هدایت الکتریکی - حوله نمناک - پارچه خشک

- الکترودها (صفحه ها ، کاپ های مکنده ، دکمه های سینه ای و یا الکترودهای یک بار مصرف

استاندارد مراحل انجام کار:

۱- روش انجام کار را برای مددجو توضیح دهید.

۲- وسایل مورد نیاز را آماده کنید.

۳- دمای محیط را کنترل کنید.

۴- خلوت مددجو را حفظ کنید.

۵- دستها را بشوئید.

۶- فقط بازوها و سینه مددجو را لخت کنید.

۷- مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید (پوزیشن به پشت خوابیده).

۸- دستبندها را پس از گرم کردن با دستها، به ژل آغشته کنید.

۹- دستبندها را به آرامی به دور دستها و پاها و مددجو وصل کنید.

- ۱۰- محل قرار گرفتن لیدهای سینه ای رابه ژل آغشته کنید.
- ۱۱- الکترودها رابه نحو صحیح به مدد جو متصل کنید.
- ۱۲- دستگاه را روشن کنید و از تمام لیدهای V₁، avf، I، II، III، aVR، aVL، V₆ و لید طولانی II، الکتروکاردیوگرام تهیه کنید.
- ۱۳- پس از پایان کار تمامی الکترودها را از مدد جدا کرده و با دستمال ژلها را پاک کنید.
- ۱۴- به مدد جو در خروج از تخت و پوشیدن لباس کمک کنید.
- ۱۵- مشخصات مدد جو (نام و نام خانوادگی، تاریخ و ساعت) و مشخصات نوار را روی نوار ثبت کنید.
- ۱۶- هرگونه ناراحتی و درد را حین گرفتن نوار قلب روی آن ثبت کنید.
- ۱۷- مراحل انجام شده و مشاهدات خود را در پرونده مدد جو ثبت کنید.
- ۱۸- در صورت بستری بودن مدد جو نوار را رابه پرونده مدد جو الصاق کنید.

نکات قابل توجه:

قرار دادن لیدهای سینه ای به ترتیب زیر:

-V₁ در فضای بین دنده ای چهارم در لبه راست استرنوم

-V₂ در فضای بین دنده ای چهارم در لبه چپ استرنوم -V₃ بین

V₄، V₂

-V₄ در فضای بین دنده ای پنجم در خط مید کلاویکولار

-V₅ هم سطح V₄ در خط مید اگزیلاری قدامی

-۶V هم سطح ۴V در مید اگزایلاری

۱۲ لید شامل ۶ لید اندامها و ۶ لید سینه ای می باشد.

I. اختلاف پتانسیل الکتریکی بین دست راست و دست چپ

II. اختلاف پتانسیل الکتریکی بین پای چپ و دست راست

III. اختلاف پتانسیل الکتریکی بین پای چپ و دست چپ - لیدهای اندام رنگ و کد مخصوص خود را دارد

A دست راست : سفید

B دست چپ: سیاه

C پای راست : سبز

D پای چپ: قرمز

- عموماً سرعت کاغذ ۲۵ میلیمتر در ثانیه است و برای مشاهده و گزارش هر چه بهتر کمپلکس ها سرعت را به

۵۰ میلیمتر در ثانیه می رسانیم.

اتصال سست الکترودها و عدم تماس کامل الکترود با بدن ممکن است باعث ایجاد پارازیت شود که باید چک شود.

در مواردی که مدد جوداروی ضد انعقاد (هپارین و وارفارین) استفاده میکنند فشار مکش الکترودها سینه ممکن است

باعث خونریزی زیر جلدی در منطقه شود.

در صورتیکه به هر دلیلی استفاده از پای راست برای وصل الکترود ممکن نباشد، میتوان الکترود مربوطه را به پای چپ یا هر اندام دیگر وصل کرد، چون این اشتقاق جهت جذف پارازیت بکار می رود. در صورتیکه استفاده از هریک از اندامه (دست راست و چپ و پای چپ) ممکن نباشد، الکترودهای مربوطه را به انتهای ترین قسمت آن اندام باید وصل نمود که برای قلب نقش دست راست و چپ و پای چپ را دارند.

نام فرآیند: مانیتورینگ قلبی مددجو عامل انجام کار: پرستار تجهیزات و وسایل استاندارد:

- دستگاه مانیتورینگ - چست لید - ژل مخصوص جهت هدایت - کاغذ مخصوص جهت گرفتن نوار قلب

استاندارد مراحل انجام کار:

۱- به مددجو در مورد لزوم انجام کار آموزش دهید.

۲- دستگاه را روشن و از کارکرد آن مطمئن شوید.

۳- محل نصب چست لیدها را مشخص کنید.

۴- به محل چست لیدها در صورت لزوم ژل بمالید.

۵- چست لیدها را در محل مناسب نصب کنید.

۶- سیمهای رابط را به چست لیدها وصل کنید.

۷- آلارمها و سرعت دستگاه را تنظیم کنید.

۸- مددجو را به طور مداوم کنترل کنید.

نکات قابل توجه:

- انجام مانیتورینگ همانند گرفتن فشارخون و ECG و با توجه به نوع دستگاهها و محل دکمه متغیر میباشد.

- جهت پایش مداوم وضعیت قلبی مددجو و تشخیص آریتمی های قلبی انجام میشود.

عنوان فرآیند: فرار مددجو

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

وسایل و تجهیزات استاندارد: پرونده مددجویان , کاردکس

مراحل انجام کار:

۱- کلیه پرسنل بخش حتی نگهبان بخش را از میزان احتمال فرار هر یک از مددجویان مطلع کنید.

۲- هنگامیکه مددجویان را برای کار درمانی یا گردش گروهی میبرید، اجازه ندهید که از گروه خارج شوند.

۳- تعداد مددجویان را بدانید و هر چند گاه بی آنکه توجه آنها جلب شود، اقدام به شمارش آنها کنید.

۴- مددجویانی که مشکوک به فرار هستند، راحتی هنگام توالی رفتن هم کنترل کنید.

۵-مددجویانی که تهدید به فرار میکنند، رابه شیفتهای بعدهم گزارش دهید.

۶-وقتی مددجویی در حال فرار است ،بلافاصله شخصی رابه تعقیب وی بفرستید.

اقدامات پس از فرار:

۷-به واحد مددکاری ،ریاست بیمارستان،پزشک معالج و سوپروایزر اطلاع دهید.

۸-فرار مددجو رابه خانواده وی اطلاع دهید.

۹-به نیروهای انتظامی ،پلیس راه (اگر مددجو شهرستانی است) مشخصات مددجو داده شود.

۱۰-فرار مددجو رابه شیفتهای بعدی گزارش دهید.

۱۱-فرم مخصوص حادثه را تکمیل کنید.

۱۲-در گزارش پرستاری ثبت کنید.

نکات قابل توجه:

- درب بخش همیشه قفل باشد.
- حفاظهای پنجره مرتب کنترل شود.
- مددجویانی که احتمال فرارشان بیشتر است:
- مددجویان پسیکو تیک عموماً خود را بیمار نمی دانند و فکر میکنند نباید در بیمارستان بستری باشند.
- مددجویانی که هذیان آسیب و گزند دارند.
- آنهایی که تمایلات ضد اجتماعی داشته و یا کارهای خلاف قانون انجام میدهند.
- مددجویان مانیک بعثت تحریکات و فعالیتهای فوق العاده خود متوجه قوانین بیمارستان نبوده و اقدام به فرار میکنند.

- مددجویانی که اقوامشان آنها را به اجبار به بیمارستان آورده و بستری کرده اند فکر میکنند آزادی و حق مسلم آنهاست و بابت بستری شدن در بیمارستان این آزادی از آنها سلب شده است در نتیجه از هر فرصتی جهت فرار استفاده میکنند.
- مددجویان افسرده برای انجام خودکشی مکرراً تقاضای مرخصی می نمایند و چون روانپزشک صلاح نمی داند که آنها را ترخیص کند از هر فرصتی جهت فرار استفاده می کنند.

نوع فعالیت : اجرای تجویز هپارین

اهداف : از هپارین برای ایجاد حالت ضد انعقادی کامل و سیستمیک در بیماران برای پیشگیری و درمان DVT آمبولی ریه آئزین ناپایدار انفارکتوس میوکارد و.... استفاده میشود.

وسایل مورد نیاز : داروی هپارین - میکروست سرم ۵D/W٪ پرفیوزر سرنگ آنتیوکت پنبه الککل بتادین چسب سرنگ ۵۰^{cc} لوله رابط پرفیوزر

عمل انجام کار : پرستار واجد شرایط

مراحل انجام کار

۱- با بیمار در مورد شروع دارو صحبت کنید و هدف از استفاده این دارو را به او توضیح دهید

۲- وسایل مورد نیاز را آماده کنید

۳- بیمار را وزن کنید

۴- دست هارا بشوید

۵- دستکش پوشید

۶- یک زگ مناسب برای بیمار بگیرید

۷- میکروست را به سرم وصل کنید و ۱۰۰ cc محلول ۵D/W% در آن بریزید طبق دستور هپارین را به حلال اضافه

کنید

۸- قبل از شروع انفوزیون دوز بلوس 60 u/Kg تا ماکزیمم 4000 واحد وریدی تزریق کنید

۹- انفوزوین را با 12 u/Kg/hr تا ماکزیمم 1000 u/hr برای بیمار تنظیم کرده و شروع کنید

۱۰- ۴-۶ ساعت پس از شروع انفوزیون و در صورت لزوم ۱۲ ساعت پس از آن PTT را کنترل کنید

۱۱- سپس روزانه PTT بیمار را چک کنید (PTT $1/5$ تا 2 برابر زمان نرمال باشد)

۱۲- چنانچه زمان PTT در این محدوده نبود طبق دستور میزان هپارین را تغییر دهید

۱۳- بیمار را از نظر خونریزی در نقاط مختلف بدن بررسی کنید (ادرار مدفوع پوست مایعات برگشتی معده و ...)

۱۴- بیماران خانم و افراد مسن را بیشتر از نظر عوارش خونریزی بررسی کنید

۱۵- شروع دارو و اقدامات انجام شده و مشاهدات خود را در پرونده یا چارت بیمار هبت کندی نکات آموزشی:

۱-تزریق عضلانی این دارو منع شده است

۲-به درد بیمار در ناحیه شکم توجه کنید (خونریی رترو پریتون)

۳-کنترل آزمایشات پایه شامل PT و PTT قبل از شروع Base اولیه ضروری است

۴-سولفات پروتامین در دسترس داشته باشید



عنوان فعالیت: خارج کردن چست تیوب هدف: جلوگیری از ایجاد

عفونت در پرده جنب

وسایل مورد نیاز: ست بخیه - گاز وازلین - گاز استریل - دستکش استریل

عامل انجام کار: پزشک و پرستار دوره دیده مراحل انجام کار

۱- با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را برای وی توضیح دهید

۲- نیاز به استفاده از مسکن را بررسی نموده در صورت لزوم ۳۰ دقیقه قبل از

انجام روش آنرا تزریق کنید

۳- دستها را شسته ست استریل را برای کشیدن بخیه ها و پانسمان مجدد با

ز کنید

۴- بیمار را بر حسب دستور پزشک در پوزیشن مناسب قرار داده از نظر جسمی و عاطفی مورد حمایت قرار دهید

۵- از بیمار بخواهید که بعد از کشیده شدن بخیه ها یک نفس عمیق بکشد و تا زمانی که پزشک لوله هارا خارج

میسازد نفس خود را نگه دارد

۶- گاز وازلین را به همراه چند عدد گاز در محل کشیده شدن چست تیوب قرار داده و با چسب پانسمان را فیکس

کنید

۷- علاوه بر بررسی تجهیزات بیمار را از نظر وضعیت سرفه و تنفس عمیق یا محل ورود چست تیوب بررسی و

شناخت قفسه سینه و علائم حیاتی در صورت لزوم مورد مشاهده قرار دهید ۸- بیمار را مجددا در وضعیت راحت

قرار دهید

۹- وسایل استفاده شده را برداشته و برچسب مواد مترشحه از بدن را روی آن بچسبانید

۱۰- پانسمان قفسه سینه را بررسی کنید مقدار ، رنگ و نوع مواد درناژ شده از قفسه سینه را بررسی و به هر گونه

عوارض توجه کنید و مراقبت های پرستاری مورد نیاز را به عمل آورید

۱۱- بعد از خارج شدن چست تیوب بیمار را از نظر وجود آمفیژم چک کنید

۱۲- تمام موارد انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت کنید

نکات آموزشی: پزشک زمانی دستور خارج کردن چست تیوب را میدهد که حالت شناور آب در لوله ها ، مدت

۲۴ ساعت متوقف شود ، ریه در سمع و دق طبیعی باشد مقدار درناژ کمتر از ۵۰ میلی لیتر در روز بوده عکس ریه

نمایانگر اتساع مجدد ریه باشد ، کلمپ کردن چست تیوب در علائم حیاتی بیمار اختلال ایجاد نکند و بیمار راحت

باشد

(3) إذا لم يتبين له حجة على صاحب البيت

[illegible]