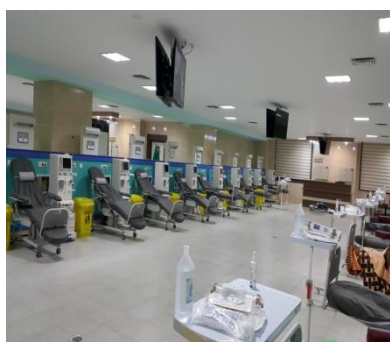


بخش همودیالیز امید

نام بخش	دیالیز امید
طبقه	همکف
تعداد تخت	۴۶
رئیس بخش	آقای دکتر طیبی خسروشاهی
سرپرستار بخش	خانم ویدا احمدی نژاد
شماره تماس داخلی	۷۰۰۴-۷۰۰۲
آدرس اینترنتی	www.dialysisnurse.blogfa.com
آدرس: تبریز - خیابان دانشگاه - مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) ساختمان شماره ۲	

بخش همودیالیز امید مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

در مورخه ۹۵/۰۷/۱۸ با کمک خیرین، بخش دیالیز امید با تعداد ۴۶ دستگاه همودیالیز (Fresenius 4008S) و ۵ سری دستگاه تمام اتوماتیک (RO) شروع به فعالیت نمود. این بخش در ساختمان شماره ۲، طبقه همکف واقع شده که در طبقه فوقانی آن، بخشهای دیالیز احسان، مهر و دیالیز صفاقی قرار دارند. بخش دیالیز امید بعنوان تنها بخش همودیالیز مرکز میباشد که بصورت ۲۴ ساعته آماده خدمت به تمام بیماران دیالیزی میباشد.



پرسنل بخش

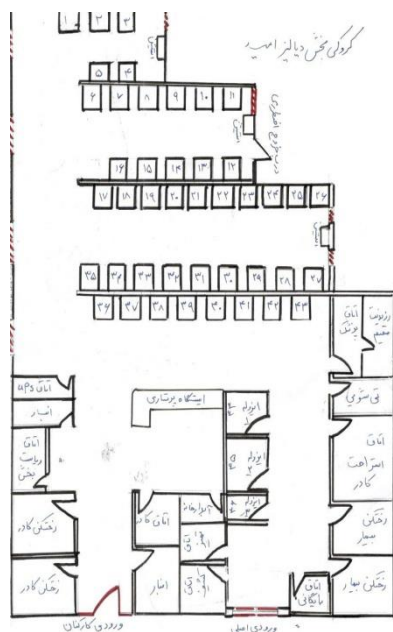
- رییس بخش: آقای دکتر حمید طبیبی خسروشاهی
- اساتید بخش (فوق تخصص بیماریهای کلیه و فشار خون) : آقای دکتر محمدرضا اردلان – خانم دکتر سیماعابدی آذر – آقای دکتر جاوید صفا – آقای دکتر صدرالدین رایی هاشمی – آقای دکتر جلال اعتمادی – آقای دکتر حمید طبیبی خسروشاهی – آقای دکتر بهرام نیک نفس
- سرپرستار بخش: ویدا احمدی نژاد
- کارشناس خبره : جیران دهقان
- مسئول آموزش به بیمار : جیران دهقان
- تعداد پرسنل حرفه ای : ۴۰ نفر
- تعداد پرسنل غیر حرفه ای : ۱۶ نفر
- رزیدنت مقیم : یک نفر

نقشه بخش و موقعیت قرار گیری

بخش دارای ۴ سالن مجزا می باشد که هر سالن استیشن پرستاری مجزا دارد و دارای خط تلفن مستقل می باشد. سه اتاق ایزوله مختص به بیماران هیاتیت ب می باشد.

بخش دارای انبار دارو ، اتاق کار ، اتاق رئیس بخش، اتاق سرپرستار بخش، اتاق رزیدنت مقیم، اتاق رختکن و استراحت پرسنل مجزا برای آقایان و خانمها ، اتاق کثیف ، البسه (تمیز)، رختکن مختص بیماران همراه با سرویس بهداشتی مجزا برای آقایان و خانمها و... می باشد.

کروکی بخش دیالیز امید



نحوه پذیرش بیماران در بخش دیالیز امید

پذیرش در این بخش بر اساس نحوه معرفی به پنج دسته تقسیم می شود

۱. بیماران سرپایی مزمن

- ۱- بیماران دائمی (طبق برنامه تعیین شده)
- ۲- موقت (با هماهنگی تلفنی)
- ۳- مهمان (با در دست داشتن برگه مهمان و جواب آزمایش آنتی ژن هپاتیت B طی ۶ ماه گذشته)

۲. معرفی از مطب پزشکان

- ۱- داشتن دستور پزشک داخلی نفرولوژی به تاریخ روز
- ۲- داشتن جواب آزمایش آنتی ژن هپاتیت B طی ۶ ماه گذشته
- ۳- داشتن دسترسی عروقی مناسب

۳. معرفی از اورژانس

- ۱- داشتن دستور پزشک داخلی نفرولوژی به تاریخ روز
- ۲- داشتن جواب آزمایش آنتی ژن هپاتیت B طی ۶ ماه گذشته
- ۳- وضعیت همودینامیک پایدار
- ۴- داشتن دسترسی عروقی مناسب

۴. معرفی از بخشهای بیمارستان

- ۱- داشتن دستور پزشک داخلی نفرولوژی به تاریخ روز
- ۲- داشتن جواب آزمایش آنتی ژن هپاتیت B طی ۶ ماه گذشته
- ۳- وضعیت همودینامیک پایدار
- ۴- داشتن دسترسی عروقی مناسب

۵. معرفی از سایر مراکز درمانی

- ۱- برگه اعزام
- ۲- مشاوره نفرولوژی
- ۳- داشتن جواب آزمایش آنتی ژن هپاتیت B طی ۶ ماه گذشته
- ۴- وضعیت همودینامیک پایدار
- ۵- داشتن دسترسی عروقی مناسب

تجهيزات اختصاصی بخش

دستگاه همو دیالیز : ۴۶ عدد

دستگاه D.C شوک : دو عدد

پمپ انفوزیون : ۲ عدد

دستگاه مانیتورینگ قلبی و تنفسی : ۷ عدد

دستگاه ساکشن پرتابل : ۳ عدد

دستگاه پالس اکس متری پرتابل : ۱ عدد

دستگاه الکترو کاردیو گرافی : یک عدد

کپسول اکسیژن پرتابل : ۱۱ عدد

ترازوی دیجیتالی : ۳ عدد



معرفی سرپرستار بخش دیالیز امید

۱- مشخصات فردی

 محل درج عکس پرسنلی در ص ورت تمایل	نام و نام خانوادگی	ویدا احمدی نژاد
	مدرک تحصیلی	کارشناسی
	رشته تحصیلی	پرستاری
	دانشگاه محل تحصیل	دانشگاه علوم پزشکی تبریز
	میزان سابقه	۲۳ سال
	آدرس ایمیل	

۲- سوابق

سوابق	نام مرکز	نام بخش	مدت زمان فعالیت
سوابق بالینی	بیمارستان امام خمینی	Icu مغز	یکسال
	بیمارستان امام خمینی	دیالیز	۹ سال
	بیمارستان شهید مدنی	دیالیز	۹ سال
سوابق مدیریتی	بیمارستان شهید مدنی	دیالیز	۲ سال
	بیمارستان امام رضا (ع)	دیالیز امید	۲.۵ سال

۳- سایر فعالیت ها

آیتم	نوع فعالیت
فعالیت های علمی و پژوهشی	شرکت و همکاری در طرح های تحقیقاتی اساتید نفرولولژی در بخش دیالیز
مهارت های خاص	مربی مراکز دیالیز استان آذربایجان شرقی

شرح وظایف سرپرستار

سرپرستار بخش همودیالیز امید پرستاری است که اداره کارکنان پرستاری، تجهیزات و ارایه خدمات پرستاری یک واحد را بر عهده دارد.

وظایف سرپرستار این بخش بر اساس اصول مدیریت و با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استاندارد های مراقبتی به شرح زیر است:

الف- جمع آوری اطلاعات و برنامه ریزی :

۱. بررسی وضعیت موجود در واحد تحت نظارت به منظور تعیین مشکلات مرتبط با ارایه خدمات و کیفیت مراقبت
۲. تعیین خط مشی جهت واحد مربوطه در راستای اهداف کلی سازمان
۳. برنامه ریزی در جهت اجرای استانداردهای مراقبتی
۴. تنظیم برنامه کار کارکنان تحت نظارت در شیفت های مختلف
۵. تعیین وظایف کارکنان تحت نظارت (تقسیم کار)
۶. برنامه ریزی جهت ثبت واریه گزارش کامل از وضعیت از ثبت و ارایه گزارش کامل از وضعیت هر بیمار/مددجو در هر شیفت بر بالین بیمار
۷. برنامه ریزی جهت آگاه سازی کارکنان جدیدالورود به مقررات اداری ،استانداردهای مراقبتی وشناخت کامل نسبت به واحد از نظر محیط فیزیکی ،وسایل و آشنایی با سایر قسمت های مرکز
۸. برنامه ریزی جهت ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده توسط کادر تحت سرپرستی
۹. برنامه ریزی جهت آموزش به مددجویان/بیماران،خانواده و..... (مراقبت از خود و توانبخشی و)
۱۰. پیش بینی نیاز های واحد مربوطه از نظر امکانات ،تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پی گیری جهت تامین آن
۱۱. برنامه ریزی جهت تحویل و تحول تجهیزات واحد مربوطه در هر شیفت کاری
۱۲. برنامه ریزی جهت کنترل عملکرد تجهیزات مورد استفاده در بخش در هر شیفت

ب: سازماندهی:

- ۱- تشکیل جلسات گروهی و جلب مشارکت کارکنان در جهت حل مشکلات واحد مربوطه (کارکنان، مددجویان ، بیماران و)
- ۲- برقراری حسن تفاهم بین کارکنان واحد مربوطه و سایر واحد ها

شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش دیالیز (از طرف سازمان نظام پرستاری)

علاوه بر وظایف عمومی، وظایف تخصصی پرستار در بخش دیالیز با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو و مبتنی بر فرایند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

شرح وظایف پرستار در بخش همودیالیز:

- ۱ - پذیرش و ارزیابی مددجو قبل از دیالیز
- ۲ - بررسی و حمایت روانی - جسمی مددجو جهت دیالیز
- ۳ - بررسی وضعیت مددجو از نظر انواع هیپاتیت و HIV، انجام تدابیر لازم در صورت مثبت بودن آزمایشات فوق
- ۴ - رعایت اصول جداسازی در صورت مثبت بودن آزمایشات فوق
- ۵ - برنامه ریزی و اجرای واکسیناسیون براساس ضوابط مربوطه
- ۶ - بررسی راههای دست یابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن
- ۷ - دستیابی به عروق به روش استاندارد از طریق فیستول / کاتترهای دو جداره / کورتکس و سایر روش ها
- ۸ - انجام مراقبت پرستاری از راه عروقی باز در مددجویان
- ۹ - رعایت اصول احتیاطات همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از ابتلاء به بیماری های منتقله از راه خون
- ۱۰ - انتخاب صافی مناسب براساس وضعیت مددجو
- ۱۱ - انجام و بررسی آزمایشات قبل، حین و بعد از دیالیز و تعیین شرایط دیالیز مددجو
- ۱۲ - آماده کردن دستگاه دیالیز و وسایل مربوطه جهت وصل نمودن به مددجو
- ۱۳ - ست کردن دستگاه به روش استاندارد، شستشو و آماده کردن ست و صافی دستگاه دیالیز
- ۱۴ - اتصال مددجو به دستگاه دیالیز با توجه به وزن خشک و راه های دستیابی به عروق، تنظیم دستگاه براساس نیازهای خاص
- ۱۵ - هماهنگی، کنترل و نظارت بر کالیبراسیون منظم و مستمر دستگاه های دیالیز و سیستم RO
- ۱۶ - بررسی نتایج آزمایشات قبل و بعد از همودیالیز و گزارش موارد ضروری به پزشک

۱۷ - ارائه تدابیر لازم در مواقع اضطراری از قبیل : پارگی ست و صافی، لخته شدن صافی، قطع برق، خرابی دستگاه

۱۸ - ارائه مراقبت های خاص حین دیالیز جهت پیشگیری از عوارض، کنترل و درمان حین دیالیز از قبیل افت فشار خون، کرامپ عضلانی، درد قفسه سینه و سایر موارد

۱۹ - بررسی وضعیت مددجو از نظر میزان نیاز هپارین و تنظیم دستگاه جهت تزریق هپارین

۲۰ - بررسی مددجو و ارائه مراقبت های خاص دارویی با توجه به ویژگی های دارو به منظور پیشگیری از عوارض

۲۱ - بررسی مددجو از نظر علایم کم خونی و اتخاذ تدابیر لازم با نظر پزشک

۲۲ - تعیین و محاسبه میزان کفایت دیالیز در مددجویان و اتخاذ تصمیمات لازم با نظر پزشک

۲۳ - جدا نمودن مددجو از دستگاه بعد از انجام دیالیز و انجام مراقبت های لازم حین قطع و بعد از دیالیز

۲۴ - شستشوی دستگاه دیالیز براساس استانداردها

۲۵ - هماهنگی جهت انجام کشت های منظم از دستگاه دیالیز

۲۶ - تعیین نیازهای آموزشی و مشاوره با مددجو و خانواده مددجو و ارائه آموزش های لازم

۲۷ - بررسی و اتخاذ تصمیمات لازم جهت دیالیز در منزل در صورت امکان

۲۸ - بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی مددجو و ارجاع وی به واحدهای ذیربط در صورت امکان

۲۹ - هماهنگی با تیم درمان در انجام فرآیندهای تشخیصی، درمانی و توانبخشی

۳۰ - ثبت دقیق و گزارش کلیه اقدامات انجام شد

شرح وظایف منشی بخش دیالیز

منشی بخش مسئولیت انجام کلیه امور دفتری بخش را زیر نظر مستقیم سرپرستار به شرح ذیل عهده دار می باشد.

۱- کسب دستور و برنامه کار از سرپرستار یا پرستار مسئول

۲- انجام امور اداری مربوط به پذیرش بیماران جدید

۳- راهنمایی بیماران در مورد نوبت دیالیز، گرفتن و تعویض لباس، تغییر برنامه دیالیز بیماران با نوبت دهی بیماران
مهمان و موقت با هماهنگی سرپرستار بخش

۴- اخذ مدارک بیمار و تکمیل پرونده بیماران

- ۵- تکمیل پرونده بیماران طبق مشخصات بیمار قبل از هر جلسه دیالیز
- ۶- کنترل پرونده بیماران بعد از هر جلسه دیالیز ، الصاق آزمایشات ، نوار قلبی
- ۷- اخذ برگ دفترچه بیماران بصورت ماهانه و تنظیم اوراق بیمه بیماران
- ۸- ارایه مدارک بیمه ای بیمار به واحد درآمد
- ۹- ثبت بیماران تامین اجتماعی در سایت مربوطه
- ۱۰- ثبت سه ماهه فرانشیز بیماران در سایت معاونت درمان
- ۱۱- ثبت پذیرش ، فوت، و پیوند بیماران در سایت امور بیماری های خاص به طور مداوم
- ۱۲- ثبت مشخصات بخش دیالیز ، مشخصات فنی دستگاههای دیالیز و سیستم RO پرسنل بخش دیالیز در سایت امور بیماری های خاص
- ۱۳- مرتب نگه داشتن ایستگاه پرستاری و آماده کردن اوراق و دفاتر مورد لزوم بخش از قبیل برگه علایم حیاتی ، درخواست آزمایش و غیره
- ۱۴- تنظیم اوراق اداری و درخواستهای مختلف در صورت لزوم ارسال و پی گیری آن به بخش ها و سایر قسمتهای اداری ، درمانی و خدماتی مرکز
- ۱۵- تهیه آمار روزانه و ماهانه و سالانه بخش دیالیز
- ۱۶- تهیه آمار فوت شده ها و بیماران پیوند شده و ارایه آنها به مراکز ذیربط
- 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 درخواستهای انبار ، خریدهای مستقیم ، تعمیرات و پی گیری امور مربوط به آن
- ۲۰- ثبت و ورود اطلاعات ، وسایل مصرفی و درخواست آزمایشگاه به رایانه با هماهنگی سرپرست مربوطه
- ۲۱- رسیدگی به مشکلات و سئوالات بیمار و خانواده در امور پذیرش و ترخیص
- ۲۲- شرکت در دوره های آموزش شغلی
- ۲۳- انجام سایر امور محوله طبق دستور مقام ما فوق

شرح وظایف کمک بهیار دیالیز

فعالیت های مشروحه زیر را در امر مراقبت اولیه از بیمار به صورت خدمات غیر حرفه ای تحت نظارت پرستار انجام می دهد:

- ۱- کسب دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه
- ۲- تحویل شیفت از همکار شیفت قبلی
- ۳- آماده کردن وسایل و ملزومات دیالیز در بالین بیمار
- ۴- کمک به توزین بیمار و هدایت وی به تخت
- ۵- هماهنگی و همکاری با پرستاران در هنگام شروع و خاتمه دیالیز
- ۶- آماده کردن وسایل لازم جهت انجام امور مراقبتی توسط پرستار (مانند وسایل پانسمان و) و جمع آوری پس از اتمام کار- شستشوی وسایل و در صورت لزوم انتقال بر حسب سیاست بیمارستان به مراکز استرلیزاسیون
- ۷- آماده کردن تختها (با یا بدون بیمار) و برانکارد
- ۸- دادن لگن و لوله به مددجویان بنا به صلاحدید سرپرست مربوطه و شستشوی آنها با رعایت اصول بهداشتی
- ۹- کمک به مددجویان در حرکت و نقل و انتقالات (راه رفتن انتقال به برانکارد و صندلی چرخ دار،)
- ۱۰- آماده کردن بیمار برای معاینه پزشک شامل :
- برقراری ارتباط- دادن وضعیت مناسب به بیمار- حفظ محیط مناسب برای معاینه- برداشتن پوشش و در معرض معاینه قرار دادن عضو مورد معاینه- در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز جهت معاینه
- ۱۱- پاکیزه نگه داشتن کلیه وسایل و تجهیزات پزشکی موجود (دستگاه دیالیز، تخت بیمار، میزبیمار مانیتورها و وسایل کمک تنفسی و)
- ۱۲- شمارش ملفحه ها قبل از تحویل به رختشویخانه و هنگام تحویل گرفتن آنها
- ۱۳- حفظ و نگهداری اموال اختصاصی بیماران در موارد خاص
- ۱۴- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی
- ۱۵- حفظ امنیت در رابطه با پیش گیری از بروز حوادث احتمالی
- ۱۶- تمیز کردن و ضدعفونی کردن دستگاه دیالیز بعد از اتمام دیالیز

۱۷- انتقال مواد مصرفی روزانه از انبار

۱۸- انتقال دارو ها و تجهیزات مورد نیاز بخش از دارو خانه و انبار بیمارستان

۱۹- انجام سایر امور محوله طبق دستور مقام ما فوق

وظایف کادر خدماتی در بخش همودیالیز

- ۱- نظافت بخش در هر شیفت کاری (شستن کف - گردگیری و...).
- ۲- ضد عفونی کردن بخش به صورت موردی و کل بخش در هر شیفت کاری.
- ۳- خالی کردن سطل های زباله.
- ۴- شستن و ضد عفونی کردن سطل ها به صورت موردی و شستن و ضد عفونی کردن آنها به صورت کلی هفته ای یکبار.
- ۵- گزارش فوری سطل ها و ترالی مشکل دار.
- ۶- جدا نمودن سطل های عفونی و غیر عفونی (سطل زرد با کیسه زرد - سطل آبی با کیسه سیاه).
- ۷- شستن و ضد عفونی کردن وسایل شستشو در محل تی شویی.
- ۸- استفاده از گندزدا ها طبق بروشور کارخانه سازنده (پرسیدین ۱٪: برای سطوح بیمارستانی ، دو تا چهار فنجان در ۱۰ لیتر - تجهیزات ، دو تا چهار فنجان در ۱۰ لیتر / ۳-۵ دقیقه).
- ۹- به علت انتقال عفونت به هیچ عنوان وسایل شستشو به خارج از بخش برده نشود.
- ۱۰- سiftی باکس هر ۵ روز یکبار یا در صورت پر شدن ۲/۳ آن تعویض گردد.
- ۱۱- استفاده از دستکش در تمام مراحل کاری الزامی است.

مطالب آموزشی

پنج بیماری شایع بخش دیالیز

بخش همودیالیز یک بخش سرپایی می باشد و بیماران این بخش فقط بیماران با نارسایی کلیه هستند که نیاز به همودیالیز دارند.

اکثریت بیماران ESRD می باشند و در مرحله نهایی نارسایی مزمن کلیه هستند ولی بیماران با نارسایی حاد کلیه هم ممکن است نیاز به دیالیز پیدا کنند که احتمال بهبود وضعیت کلیه به حالت عادی در این بیماران وجود دارد.

نارسایی حاد کلیه

به از کار افتادن یا کاهش عملکرد کلیه به شکل ناگهانی که سبب افزایش میزان سموم دفعی کلیه در خون می شود اطلاق می گردد. این مدت زمان می تواند بین چند ساعت تا چند روز باشد. در این حالت اندازه کلیه ها در سونوگرافی و KUB طبیعی می باشد.

بازگشت عملکرد کلیوی بستگی به وضعیت اسکارونابودی نفرون های عملکردی می باشد که طی اپیزود حاد نارسایی کلیه رخ داده است.

نارسایی حاد کلیه به صورت الیگوری، آنوری یا حجم ادرار طبیعی بروز می کند. الیگوری (حجم ادرار کمتر از 400 ml/daily) شایع ترین وضعیت بالینی در نارسایی حاد کلیه می باشد.

بیمار مبتلا به ARF دچار افزایش سطح Cr و BUN سرم و احتباس سایر مواد زائد دفعی (ازوتمی) می شود که در حالت عادی به وسیله کلیه ها دفع می شود.

علل نارسایی حاد کلیه

به ۳ علت عمده ایجاد می شود:

۱- pre renal (کاهش پرفیوژن کلیه)

مربوط به اختلالات در پرفیوژن کلیه ها می باشد. به عنوان مثال هایپوولمی، خونریزی، دهیدراتاسیون، استفراغ، ساکشن معده، دیابت بیمزه، درناژ زخم، سیروز، سوختگی، تعریق زیاد، کاهش برون ده قلبی، سپسیس، هیپوتانسیون، نارسایی قلبی، انواع شوک ها، تامپوناد پریکارد، از جمله مواردی هستند که می توانند باعث نارسایی حاد کلیه شوند.

۲-renal (صدمات بافت کلیه)

معمولا به علت صدمه ساختمانی در گلومرول یا توبول های کلیوی به وجود می آید. داروها ، ماده حاجب پرتونگاری، فلزات سنگین، لوپوس اریتماتو، واسکولیت ، عفونت ها، پیلونفریت حاد، ترومبوز ورید کلیوی از علل صدمه به بافت کلیه می باشد.

۳-post renal (انسداد در برابر جریان ادرار)

انسداد مجاری ادراری، لگنچه، داخل حالب با سنگ ، تومور، هایپرپلازی خوش خیم پروستات،

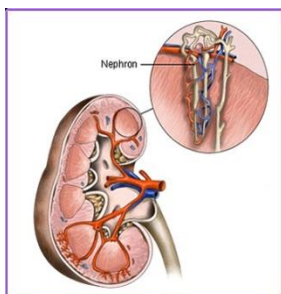
نارسایی مزمن کلیه:

کاهش پیشرونده و غیر قابل برگشت کلیه که بیشتر از ۳ ماه طول کشیده باشد را نارسایی مزمن کلیه می گویند و به مرحله پیش رفته CKD که جهت ادامه حیات به دیالیز یا پیوند نیاز باشد را مرحله انتهایی بیماری کلیه (ESRD) گویند.

پاتوفیزیولوژی:

کاهش عملکرد تعدادی از نفرون ها باعث هایپرتروفی سایر نفرون های باقیمانده می شود. جریان پلاسما در یک نفرون و فشار داخل گلومرول ها به دلیل وازودیلاتاسیون شریانچه های آوران افزایش می یابد.

هایپرفیلتراسیون گلومرولی خود باعث آسیب به گلومرول های باقیمانده خواهد شد و در نهایت باعث پیشرفت آسیب بافتی کلیه می گردد.



داروهای مصرفی بخش دیالیز

۱- کلسیتریول (روکالترول)

این دارو فرم فعال ویتامین D3 می باشد برای درمان سطح پائین کلسیم خون استفاده میشود و باعث کاهش سطح بالای هورمون پاراتیروئیدی PTH می شود



۲- رناژل

بصورت قرص ۸۰۰ میلی گرم موجود می باشد ، برای درمان فسفر بالا (فسفر را از طریق دستگاه گوارش رفع می کند) سبب کاهش فسفر می شود.

عوارض : سردرد، تهوع ، استفراغ ، کاهش فشارخون

نحوه مصرف دارو : دارو را همراه غذا یا بلافاصله بعد از غذا مصرف کنید.

فاصله مصرف رناژل با داروهای ضد تشنج و وارفارین و سیپروفلوکساسین باید حداقل یک تا سه ساعت باشد.



۳- اسید فولیک

در بیماران کم خون جهت تایید گلبول قرمز و خون سازی مصرف میشود.

عوارض: راش ، قرمزی، خارش ، ضعف عضلانی



۴- کربنات کلسیم

بصورت قرص ۵۰۰ میلی گرم موجود می باشد. کربنات کلسیم در روده با فسفر موجود در غذا ترکیب شده و از جذب آن در ورود به جریان خون جلوگیری می کند. و یا کمک به افزایش کلسیم می کند.

عوارض : در صورت بروز علائمی نظیر بی اشتهاپی ، تکرر ادرار خشکی دهان ، گیجی و هذیان که نشان دهنده افزایش بیش از حد کلسیم در بدن می باشد باید سریعاً به پزشک خود مراجعه کنید.



۵- میم پارا

داروی اختصاصی تر در درمان PTH (هورمون پاراتیروئید) بالا این دارو در صورت کلسیم خون بالاتر از ۸/۴ تجویز می شود. به علت اینکه این دارو باعث کاهش کلسیم می شود بنابراین در سطح کلسیمی پایین تجویز نمی شود.

عوارض : بیماری آدینمیک (کاهش شدید فعالیت سلول های استخوانی) ، عارضه تهوع شایع می باشد.



۶- نفروویت

مکمل غذای شامل ویتامین های B6, B12, B1, B2 بیوتین و روی و ... است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و بی اشتهاپی مصرف این دارو توصیه می شود . در نتیجه در سلامت و نگهداری بافت ها تقویت و بهبود عملکرد سیستم ایمنی و عصبی بدن موثر است.



۷- اپرکس (اریتروپویتین)

جهت درمان و اصلاح کم خونی (با تاثیر بر مغز استخوان) به شکل مایع بی رنگ بصورت آمپول های ۲۰۰۰ و ۴۰۰۰ و ۱۰۰۰۰ واحد عرضه می شود.

نحوه مصرف در منزل : تزریق به صورت زیرجلدی با استفاده از سرنگ انسولین (حداکثر حجم تزریقی باید ۱ سی سی باشد) محل تزریق بازوها و دیواره قدامی شکم (دورناف) که باید بطور مداوم تغییر کند.

عوارض دارو : با مصرف بیش از اندازه اپرکس غلظت خون افزایش می یابد که می تواند باعث از کار افتادن فیستول شود و همچنین باعث افزایش فشار خون می شود.

در درجه حرارت ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد نگهداری و از یخ زدگی آن جلوگیری شود . رنگ محلول باید شفاف باشد. از تکان دادن شدید آمپول خودداری کنید. نیم ساعت قبل از مصرف در دمای اتاق باشد.

جهت انتقال دارو از جعبه یا کیف مخصوص اپرکس همراه با یخ استفاده کنید.

قبل از تزریق فشار خون کنترل شود در صورت فشار بالای ۱۶۰ میلی متر جیوه در منزل دارو تزریق نشود.



۸ - ونوفر

از ترکیبات آهن و ضد کم خونی می باشد . به شکل آمپول های ۵ میلی لیتری که حاوی ۱۰۰ میلی گرم محلول قهوه ای تیره آهن است عرضه می شود.

عوارض : افت فشار خون ، تغییر موقت حس چشایی ، تهوع و احساس طعم فلز در دهان می باشد.

ونوفر نیازی به نگهداری در یخچال ندارد ، با هیچ دارویی نباید مخلوط شود. در زمان مصرف قرص آهن قطع شود.



پروسجرهای شایع بخش همودیالیز

بخش دیالیز بخش سرپایی هست و پروسیجر شایع این بخش همودیالیز می باشد.

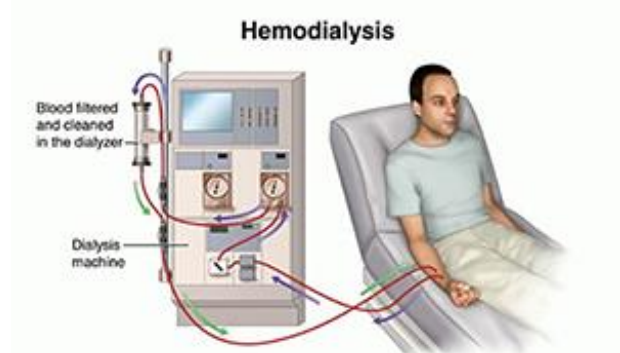
دیالیز چیست؟



کلیه ها مسئول فیلتر کردن و در واقع تصفیه کردن مواد زائد از خون هستند. دیالیز عملیاتی است که جایگزینی برای بسیاری از وظائف و مسئولیت های طبیعی کلیه ها می باشد. کلیه ها دو عضوی هستند که در هر دو طرف پشت حفره شکم قرار گرفته اند. دیالیز به افراد این امکان را می دهد، با اینکه دیگر کلیه هایشان به خوبی کار نمی کند، بتوانند زندگی خوب و مفیدی را بگذرانند.

یکی از وظائف مهم و اصلی کلیه ها، تنظیم توازن آب بدن است بیشتر باشد. یکی دیگر از وظائف اصلی کلیه ها خارج کردن مواد زائدی است که بدن در طول روز تولید می کند.

انواع دیالیز دیالیز دو نوع اصلی دارد: "همو دیالیز" و "دیالیز صفاقی".



مکانیسم همودیالیز :

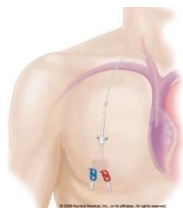
به طور ساده مکانیسم همودیالیز براین پایه استوار است که خون بیمار از داخل لوله های نیمه تراوا عبور کرده و مواد قابل دیالیز (سموم با وزن مولکولی کم) از خون وارد محلول دیالیز شده و گاهی بالعکس مواد ضروری از محلول دیالیز وارد خون می شود خون تصفیه شده بعد از تبدلات به بدن بیمار باز می گردد. در اینجا قوانین اسمز وانتشار و اولترافیلتراسیون حاکم است .



ACCESS (دسترسی عروقی)

برای انجام همودیالیز دسترسی به عروق با جریان خون فراوان ضروری است. در موارد اضطراری و نیاز به دسترسی موقت معمولاً از طریق یک کاتتر در یک ورید بزرگ مثل ژوگولار داخلی فمورال و یا ساب کلاوین از طریق عبور از پوست انجام می شود. حال آنکه بیماران با نارسایی مزمن کلیه نیاز به دسترسی عروقی - دائمی دارند .

دسترسی عروقی موقت:



۲. کاتتر وریدی مرکزی - شالدون

دسترسی عروقی دائمی:

۱. فیستول شریانی - وریدی

۲. گرافت

۳. کاتترهای وریدی دائمی

