



مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع)

کتابچه راهنمای بخش جراحی یک

تهیه کننده :

فاطمه رضایی

تأیید

۱۳۹۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۸	تاریخچه بیمارستان.....
۹	بخش جراحی یک.....
۱۰	کروکی بخش.....
۱۱	معرفی کلی بخش و کادر بخش جراحی یک.....
۱۱	راهنمای بخش جراحی یک.....
۱۳	کادر بخش جراحی یک.....
۱۴	شرح وظایف جانشین سرپرستار.....
۱۵	شرح وظایف پرستار و پرستار مسئول (درشیفت های عصر و شب):.....
۱۶	شرح وظایف منشی:.....
۱۷	تعداد پرسنل در هر شیفت کاری:.....
۲۰	بیماریهای رایج بخش و مراقبتهای پرستاری بیماریها.....
۲۰	بیماریهای رایج بخش جراحی یک:.....
۲۱	بیماران پرخطر:.....
۲۲	ایسکیمی اندام تحتانی:.....
۲۲	تظاهرات بالینی:.....
۲۲	بررسی و یافته های تشخیصی:.....
۲۳	تدابیر طبی:.....
۲۳	درمان دارویی:.....
۲۴	درمان جراحی:.....
۲۴	تشخیص های پرستاری:.....
۲۵	درد حاد در رابطه با جریان خون ناکافی به پاها.....

۲۷	سرطان مری:
۲۷	پاتوفیزیولوژی:
۲۷	تظاهرات بالینی:
۲۷	بررسی و یافته تشخیصی:
۲۸	تدابیر پزشکی:
۲۹	تدابیر پرستاری:
۳۰	آموزش بیماران مبتلا به کانسر معده و مری:
۳۱	پریتونیت
۳۱	پاتوفیزیولوژی
۳۱	تظاهرات بالینی
۳۲	بررسی و یافته های تشخیصی
۳۲	عوارض
۳۲	تدابیر پزشکی
۳۴	تدابیر پرستاری
۳۴	بیماری های نئوپلاستیک کولون و رکتوم
۳۶	دسموئید های شکمی
۴۲	آموزش کلهستومی به زبان ساده برای بیماران
۴۵	نحوه تعویض کیسه کلهستومی:
۴۷	راهنمای غربالگری کانسر کولورکتال
۴۸	کله سیستیت
۴۸	علائم
۴۹	تشخیص
۴۹	التهاب حاد
۵۰	التهاب مزمن
۵۰	درمان
۵۱	اقدامات پس از عمل:

۵۱	 بعد از ترخیص:
۵۱	 رژیم غذایی بعد عمل:
۵۱	 سنگ کیسه ی صفرا
۵۲	 پاتوفیزیولوژی
۵۳	 تظاهرات بالینی
۵۳	 درد و کولیک صفراوی
۵۴	 بررسی و یافته های تشخیصی
۵۴	 تدابیر پزشکی
۵۴	 آموزش بیماران کله سیستکتومی
۵۵	 انسداد روده کوچک
۵۶	 عوامل انسداد روده کوچک
۵۶	 پاتوفیزیولوژی
۵۶	 تظاهرات بالینی :
۵۷	 بررسی و یافته های تشخیصی
۵۷	 تدابیر پزشکی
۵۷	 تدابیر پرستاری
۵۷	 تعریف هموویژیلانس:
۵۸	 ترانسفوزیون خون
۵۸	 تاریخچه هموویژیلانس :
۵۸	 اهداف اجرای نظام هموویژیلانس :
۵۹	 اهمیت هموویژیلانس:
۵۹	 موثر بودن سیستم هموویژیلانس بستگی دارد به :
۵۹	 نحوه اجرای هموویژیلانس:
۶۱	 پزشکان هموویژیلانس :
۶۱	 فرم های هموویژیلانس:
۶۲	 آشنایی با انواع فرآورده های خونی و نحوه نگهداری و اندیکاسیون ها و علائم اختصاری :

- ۶۲انواع فرآورده خونی و موارد کاربرد بالینی :
- ۶۳اندیکاسیون های مصرف خون کامل :
- ۶۳موارد کنتر اندیکاسیون خون کامل :
- ۶۳گلبول قرمز متراکم.....
- ۶۳اندیکاسیون های مهم تزریق
- ۶۴سایر فرآورده های گلبول قرمز :
- ۶۴پلاکت متراکم :
- ۶۵کرایو پرسپیٹیت.....
- ۶۵یخچال خون :
- ۶۵نحوه تزریق فرآورده های خون :
- ۶۶کنترل کیسه خون :
- ۶۶کنترل هویت بیمار و فرآورده های خونی قبل از تزریق :
- ۶۶محدوده های زمانی مناسب برای تزریق فرآورده های خونی :
- ۶۷وسایل مورد استفاده در ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن :
- ۶۷گرم کردن خون :
- ۶۸فرآورده های خونی و فرآورده های دارویی :
- ۶۸واکنش های انتقال خون : عوارض حاد مرتبط با تزریق خون.....
- ۶۹علائم کلیوی:.....
- ۷۰بررسی نشانه های مهم عوارض حاد مرتبط با تزریق خون.....
- ۷۰تب:.....
- ۷۰اقدامات فوری:.....
- ۷۱تنگی نفس:.....
- ۷۱اقدامات فوری.....
- ۷۱اطلاع به بانک خون.....
- ۷۲اقدامات مورد نیاز.....
- ۷۲افت فشار خون:.....

۷۲	اقدامات فوری:
۷۳	آلودگی باکتریایی
۷۳	علائم:
۷۳	پیشگیری
۷۴	آنافیلاکسی
۷۵	واکنش های همولیتیک تاخیری
۷۵	مراقبت های پرستاری :
۷۶	مراحل تزریق :
۷۷	وظایف سازمان انتقال خون
۷۸	مهمترین نکته در تهیه نمونه خون قبل از تزریق
۷۸	تایید هویت بیمار
۷۸	تهیه نمونه خون قبل از تزریق خون :
۷۸	اقدامات قبل از تزریق :
۷۹	آزمایشات لازم قبل از انتقال خون
۸۰	داروهای رایج مورد استفاده در بخش جراحی یک :
۸۱	پروسیجرهای تهاجمی شایع در بخش:
۸۴	پروسیجرهای تهاجمی بخش جراحی یک
۸۶	دارودهی:
۸۷	لیست تجهیزات بخش:
۸۸	شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری
۹۱	شرح وظایف کمک بهیار
۹۲	شرح وظایف منشی بخش

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 در 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

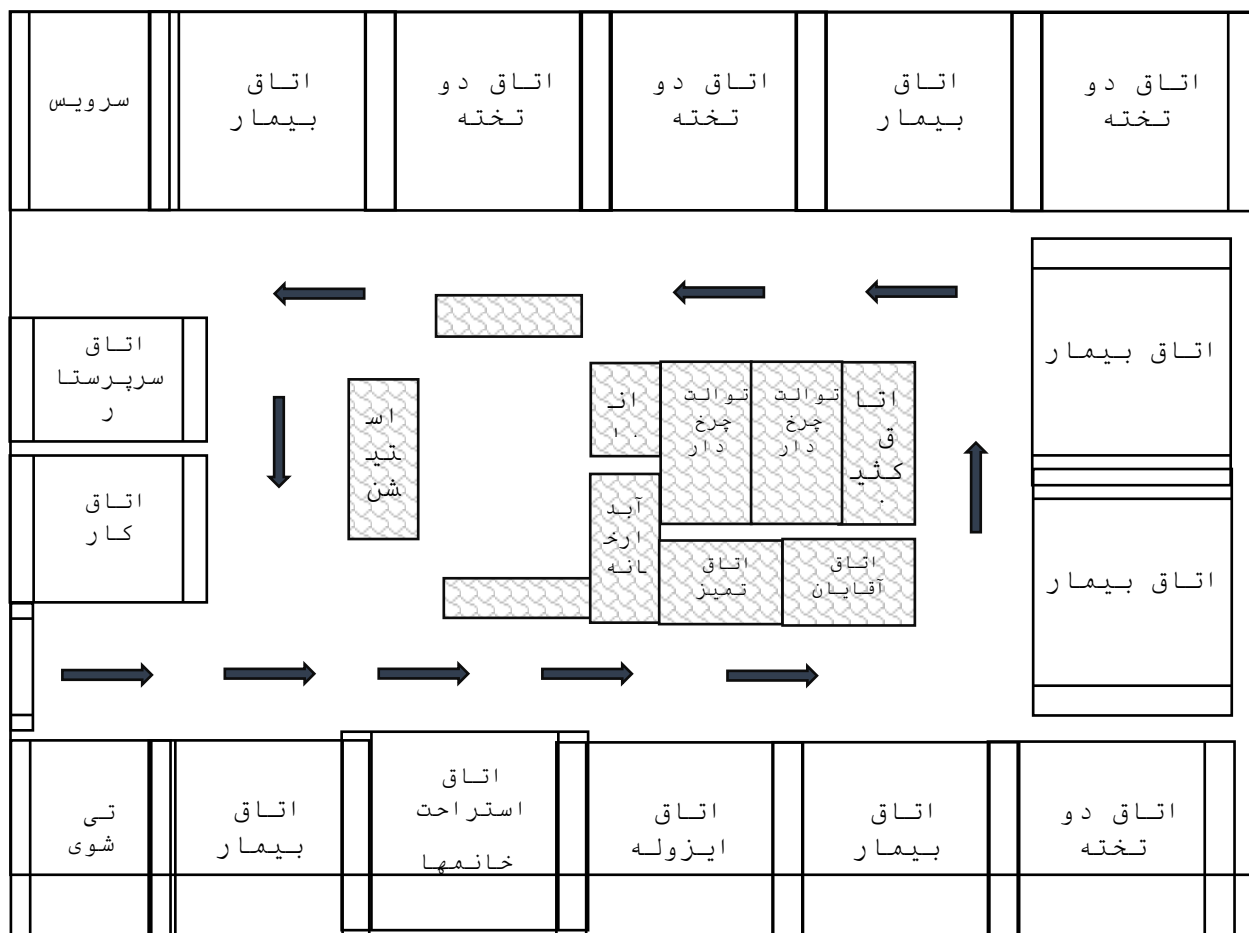
در سال ۱۳۸۴ در رشته های فوق تخصصی و آموزشی و پژوهشی با ۱۴ اتاق عمل و ۱۶ تخت اورژانس دارای درمانگاههای داخلی جراحی، ریه، کلیه، پیوند کلیه، اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، جراحی توراکس، اورولوژی، گوارش، غدد، گوش و حلق و بینی، عفونی و اورتوپدی با امکانات تشخیصی و درمانی، رادیوتراپی، رادیولوژی و سونوگرافی، سونوداپلر، ماموگرافی، الکترومیلوگرافی، الکترو آنسفالو گرافی، 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 یک و دو، 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.

ساختمان جدید با همت خیرین استان ساخته شده و شامل سه طبقه می باشد که در طبقه همکف دیالیز امید، غذاخوری و انبار تاسیسات و نگهبان قرار داشته و در طبقه اول دیالیز احسان، دیالیز صفاقی و بخش مهر و تجهیزات پزشکی و اتاق مسئول پرستاری (مدیریت ساختمان) قرار دارد. طبقه دوم شامل بخش های پیوند اعضا و پیوند ارتوپدی و بخش فراهم آوری اعضا بوده و طبقه سوم شامل اتاق عمل است.

بخش جراحی یک

بخش جراحی به عنوان یکی از بخشهای فعال بیمارستان امام رضا (ع) در طبقه دوم، ضلع جنوب غربی قرار داشته و دارای ۱۱ اتاق برای بیماران است که ۵ اتاق دو تخته و ۶ اتاق ۴ تخته می باشد. همچنین یک اتاق دو تخته به عنوان اتاق ایزوله (جهت بیماران نیازمند به ایزولاسیون) در سمت راست بخش و مجهز به دستگاه مانیتورینگ دیواری، و یک اتاق دو تخته دیگر در سمت چپ استیشن پرستاری مجهز به دستگاه مانیتورینگ دیواری می باشد که برای بیماران بدحال و نیازمند به مانیتورینگ، بیماران تحت ونتیلاتور و بیماران نیازمند به کنترل علائم حیاتی هر نیم یا یک ساعت در نظر گرفته شده است. در تمامی اتاق های دو تخته سرویس دستشویی مجهز به توالت فرنگی و دوش حمام وجود دارد. هر اتاق مجهز به یخچال و تلویزیون می باشد. تخت های بخش مجهز به سایه ریل دو طرفه جهت ایمنی بیمار می باشند، هر تخت مجهز به دستگاه احضار پرستار بوده که توسط کادر تجهیزات پزشکی بصورت دوره ای کنترل میشوند. شش تخت اکسترا نیز برای بخش در نظر گرفته شده است که با رعایت اصول ایمنی در صورت اورژانسی بودن شرایط فعال میشوند و اکثرا ضریب اشغال تخت در بخش بالای ۹۵ درصد می باشد.

کروکی بخش



معرفی کلی بخش و کادر بخش جراحی یک

راهنمای بخش جراحی یک

موقعیت بخش: طبقه دوم _ ضلع جنوب غربی

تعداد تخت فعال: ۳۴ تخت داخل اتاقها و ۶ تخت اکسترا

تعداد اتاق بیماران: ۱۱ اتاق (۵ اتاق ۲ تخته و ۶ اتاق ۴ تخته)

رئیس بخش: دکتر فرشاد مهدوی

سرپرستار: افسانه منوچهری

تعداد کادر بخش: ۱۸ نفر پرستار - ۱۰ نفر کمک بهیار - ۱ نفر منشی و ۳ نفر خدمات

مدیر گروه

دکتر شهریار هاشم زاده

معاون پژوهشی

دکتر دارا الوند فر

معاون آموزش تخصصی و فوق تخصصی

دکتر محمد بصیر ابوالقاسم فخری

معاون آموزش عمومی

دکتر تورج اسودی

لیست جراحان بخش جراحی یک

دکتر فرشاد مهدوی (رئیس بخش)

جراح عمومی

دکتر دارا الوند فر

فوق تخصص جراحی عروق

دکتر رامین آژوغ

جراح عمومی

دکتر عبدالرضا مهدی نواز

جراح عمومی

دکتر شریفی

فوق تخصص پیوند

	آقای دکتر مهدوی: جراح عمومی (رئیس بخش جراحی) ویزیت شیخ رئیس: شنبه-یکشنبه- پنجشنبه (بعد از ظهر) درمانگاه امام رضا: شنبه (صبح)-دوشنبه (صبح)
	آقای دکتر آژوغ: جراح عمومی کلینیک بهاران: شنبه-دوشنبه- چهارشنبه (بعد از ظهر) درمانگاه امام رضا: یکشنبه صبح و عصر
	آقای دکتر مهدی نواز: مرخصی تحصیلی
	آقای دکتر الوندفر: فوق تخصص جراحی عروق شیخ رئیس: یکشنبه-سه شنبه (بعد از ظهر) درمانگاه امام رضا: دوشنبه صبح

کادر بخش جراحی یک شامل

خانم افسانه منوچهری : کارشناس پرستاری - سرپرستار بخش جراحی یک

کادر باسابقه و پرتوان بخش خانمها و آقایان :

حمیده حضرتی - شهناز عبدالحسین پور - معصومه کرداری - هانیه خلیلی - فاطمه رضایی - میترا مریخیان - فاطمه جاه جو - رحیمه سخنور - عظیمه گلستانی - نسرين گل طبق - زهرا قدرتی - فرزانه صفی - سعید حکیم خانی - مهران خضرآقا - بختیار امینی - مهتاب معصومی - فاطمه ایزدی - زهرا شکرنازاد و پریناز قدسیان.

بخش از یازده اتاق که شش اتاق ۴ تخته و پنج اتاق دو تخته می باشد تشکیل شده است.

با توجه به اینکه در این بخش کیس متد اجرا می شود با در نظر گرفتن سطوح بیماران و تقسیم بندی ارائه شده از دفتر پرستاری بیماران تقسیم می شوند.

شرح وظایف سرپرستار بخش :

- نظارت و برنامه ریزی در تمامی امورات بخش.
۱. همراهی با پزشک به هنگام ویزیت بیماران.
۲. نظارت بر حسن اجرای کلیه خدمات پرستاری در واحد مربوطه.
۳. همراهی با سوپروایزر و مسئولین در زمان راند بخش .
۴. شرکت در جلسات و کمیته ها.
۵. نظارت بر اجرای دستورات پزشک.
۶. مشارکت و همکاری در آموزش دانشجویان پرستاری و سایر کارآموزان .
۷. پاسخگویی به ارباب رجوع.
۸. تایید نهایی دفتر گزارش و نظارت بر گزارش ها و دفتر گزارش و پیگیری جواب مشاوره ها و آزمایش و... در صورت لزوم .
۹. پیگیری امورات مربوط به بخش و بیماران .
۱۰. توجه و اجرای شرح وظایف عمومی و تخصصی سرپرستار.
۱۱. پیش بینی نیاز های واحد مربوطه و بیماران از نظر امکانات، تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پیگیری جهت تامین آنها.
۱۲. تقسیم بیماران بر اساس نوع مراقبت ها بین پرستاران در شیفت صبح.

شرح وظایف جانشین سرپرستار (پرستار مسئول):

۱. درخواست دارو.
۲. چک داروهای استوک و کراشکارد و داروهای مخدر.

۳. پاسخگویی به ارباب رجوع.

۴. جانشین سرپرستار در غیاب ایشان.

۶. مشارکت در ویزیت پزشکان با هماهنگی سرپرستار.

۷. کار با بیمار (تعداد بیمار پرستار مسئول ۱/۲ تعداد بیمار پرستار بخش خواهد بود).

۸. پیگیری امورات مربوط به بخش و بیماران.

۹. توجه و اجرای شرح و وظایف عمومی و تخصصی پرستار.

شرح وظایف پرستار و پرستار مسئول (در شیفت های عصر و شب):

تقسیم بیماران ما بین پرستاران توسط پرستار مسئول صورت می پذیرد و در عین حال تعداد بیماران پرستار مسئول، ۲ نفر کمتر از تعداد بیماران پرستاران بخش خواهد بود.

۱. برقراری ارتباط موثر با بیمار.

۲. ثبت دقیق اقدامات مراقبتی انجام شده براساس استانداردهای خدمات پرستاری در پرونده بیمار.

۳. توجه به نیازهای جسمی بیمار شامل:

خواب - استراحت - آرامش - تغذیه - ارزیابی عملکرد - لوله ها و درن ها - تنفس - گردش خون - نظارت بر تحرک بیمار - کنترل تعادل آب و الکترولیت ها - مراقبت از سیستم پوستی - مراقبت از سیستم عصبی - توانبخشی - توجه به منشور حقوق بیمار - انجام مراقبت های تشخیصی و درمانی تجویز شده - انجام اقدامات اولیه احیا قلبی ریوی تا حضور تیم احیا - ارائه خدمات پرستاری در زمان انتقال بیمار

۴. توجه به ایمنی بیمار.

۵. توجه به نیازهای آموزشی بیمار

۶. ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل.

۷. راهنمایی و مشاوره با بیمار.

۸. آماده سازی بیمار جهت ترخیص.
۹. شرکت در دوره های آموزشی.
۱۰. شرکت و همراهی با پزشکان در ویزیت بیماران.
۱۱. نوشتن دفتر گزارش توسط پرستار خود بیمار.
۱۲. پاسخگویی به ارباب رجوع.
۱۳. بیمار علاوه بر انجام اقدامات فوق پرستار مسئول در شیفت عصر و شب عهده دار از وظایف ذیل می باشد: پیگیری انجام اقدامات پاراکلینیکی هر بیمار توسط پرستار خود -چک دستورات پزشک توسط پرستار خود بیمار- تحویل تجهیزات و استوک دارویی توسط پرستار بخش و تحویل داروهای نارکوتیک و کراشکارد و اموال بخش توسط پرستار مسئول.
۱۴. نظارت بر کلیه امورات بخش: بدیهی است هر پرستار در قبال بیمار خود دارای مسئولیت می باشد.
۱۵. توجه و اجرای شرح وظایف عمومی و تخصصی پرستار.

شرح وظایف منشی:

۱. انجام امورات مربوط به پذیرش، بستری و ترخیص.
۲. مرتب کردن اوراق و دفاتر و تکمیل روازنه فرم ها.
۳. آمار روزانه.
۴. فرستادن مشاوره ها و پیگیری آن ها.
۵. پاسخ به تلفن ها.
۶. گرفتن وقت برای اقدامات پاراکلینیکی و ثبت در.
۷. پیگیری انجام اقدامات پاراکلینیکی.
۸. پاسخگویی به ارباب رجوع.
۹. تمامی کارهای مربوط به پرونده های بیماران.
۱۰. ثبت رژیم غذایی در سیستم.

بیمارانی که در این بخش مورد پذیرش قرار میگیرند در ۴ طیف طبقه بندی میشوند :

۱- بیماران الکتیو

با معرفی اساتید در بخش بستری و تحت نظر ایشان تحت درمان قرار میگیرند. بیشتر این بیماران در شیفت صبح با نامه بستری اساتید مراجعه مینمایند و در صورت وجود تخت خالی پس از نوشتن دو برگ پذیرش به واحد پذیرش مراجعه نموده و پس از تکمیل پرونده و رویت کارشناس بیمه به بخش مراجعه می نمایند، نرس بیمار پس از خوش آمدگویی و معرفی خود، بیمار را آماده نموده و اقدامات روتینی بیمار را بر اساس پروتکل درمانی بخش انجام می دهد و بیمار را در لیست عمل همان روز یا روزهای بعد قرار می دهد.

در صورتیکه بیماران تازه بستری در لیست عمل فردا باشند حتما توسط رزیدنت سال سه ویزیت میشوند و دستورات ایشان چک و کاردکس و اجرا می گردد. لیست عمل دو برگه بود و در اواسط شبکاری به اتاق عمل ارسال می شود. بیمار پس از عمل جراحی به بخش مبدا یا طبق دستور به بخش ویژه جراحی منتقل می شود.

۲- بیماران اورژانسی

بیمارانی که مستقیما از بخش اورژانس یا اتاق عمل با پذیرش اولیه از اورژانس بیمارستان بستری میشوند.

۳- بیماران انتقالی

بیماران انتقال یافته از بخش هایی نظیر بخش های داخلی و یا طبق صلاح دید رزیدنت های جراحی از بخش ویژه (آی سی یو) به بخش جراحی منتقل میشوند.

۴- بیماران سرپایی

بیمارانی که طبق ویزیت قبلی اساتید در مطب یا درمانگاه، در بخش حضور می یابند و تحت درمان و یا عمل سرپایی قرار می گیرند نظیر انواع بیوپسی ها، بیماران واریس با عمل اسکروتراپی و تعبیه یا تعویض کاتتر دیالیز موقت یا دائم و ..

تعداد پرسنل در هر شیفت کاری:

صبح ها: یک نفر سرپرستار، چهار نفر پرستار، سه نفر کمک بهیار و یک نفر منشی

یک نفر از نرسینگ که ثابت می باشد بعنوان نرس مسئول درخواست و تحویل روزانه دارو می باشد و ۳ الی ۴ نفر بیمار تحت پرستاری ایشان قرار میگیرد.

روزهای تعطیل و عصر و شب: سه نفر پرستار که یک نفر با احتساب سابقه و کارایی بعنوان نرس مسئول انتخاب می شود و با تعداد دو الی سه بیمار کمتر از سایر نرسینگ کار می کند و نظارت بر بخش و سایر نرسینگ را عهده دار است.

ویزیت جراحان در بخش های جراحی در اوایل شیفت صبحکاری یا در اواخر شیفت شبکاری انجام می شود و ویزیت اساتید تا ساعت ده صبح انجام می گیرند، بیماران بخش توسط رزیدنتهای مربوطه همه روزه ویزیت می شوند.

ترخیص بیماران در سه طیف طبقه بندی می شود:

۱- ترخیص با دستور پزشک:

پس از دستور ترخیص، گزارش پرستاری برای بیمار نوشته می شود و برگ آموزش توسط پزشک و پرستار تکمیل می شود و توسط پزشک و پرستار با زبان قابل فهم به بیمار توضیح داده می شود و یک برگ نیز به بیمار تحویل می گردد. پرونده توسط منشی بخش تکمیل شده و پس از چک شدن از سیستم اچ ای اس به واحد ترخیص منتقل می شود. پس از اینکه همراه بیمار تسویه حساب نمودند اسم بیمار از کامپیوتر حذف می گردد و بیمار اجازه خروج از بخش را می یابد.

۲- ترخیص با رضایت شخصی:

در صورتی که بیمار یا ولی وی به هر علتی از ادامه درمان ممانعت کند و بخواهد بیمار را با رضایت شخصی خود ترخیص نماید با اطلاع و ثبت تمامی خطرات احتمالی برای بیمار و اخذ اثر انگشت و امضا از بیمار و ولی وی بیمار ترخیص می شود.

۳-ترخیص جهت انتقال یا اعزام به سایر مراکز:

در مواردی نادر که بیمار از سرویس جراحی ترخیص است و نیاز به سایر درمانهای تخصصی که در این مرکز موجود نیست را دارا باشد بیمار اعزام یا انتقال داده می شود که طی هماهنگی طبق خط مشی بیمارستان کارهای اعزام بیمار انجام می گیرد و ترجیحا" پس از تسویه حساب بیمار اعزام یا انتقال می یابد.

توجهات مربوط به نرسینگ در بخش جراحی یک:

۱- اخذ آزمایشات روتین اولیه برای بیماران تازه بستری. با توجه به تشخیص بیماری تستهای تخصصی نیز ارسال می گردد.

در بیماران با رفتارهای پرخطر آزمایشات ایمنولوژی و تستهای آنتی ژن نیز ارسال می شود. در تمامی بیماران تعبیه کاتتر یا فیستول آزمایشات بیوشیمی و یا در صورت نبود مستندات آزمایشات آنتی ژن نیز ارسال می شود تا در صورت نیاز، بعد از عمل، بیمار در اسرع وقت به دیالیز منتقل گردد.

۲- اخذ نوار قلبی برای بیماران بالای ۴۰ سال یا بیمارانی که در ارزیابی اولیه سابقه بیماری قلبی یا هیپرتانسیون را ذکر می کنند.

۳- گرافی کنترل سینه در بیماران بالای ۴۰ سال سن و در مواردیکه چست تیوب بیمار خارج شده باشد، همچنین بعد از تعبیه کاتتر همودیالیز یا کاتتر سی وی پی لاین حتما" اخذ و به رویت رزیدنت سال بالا رسانده می شود.

۴- رزرو خون در بیمارانی که کاندید عمل جراحی هستند، در بیماران کانسر، بیمارانی که بتدریج دچار افت هموگلوبین خون شده اند و یا خونریزی داخلی یا خارجی دارند و در تمامی بیماران آنوریزم و بیمارانی که دستور رزرو خون دارند انجام میگیرد.

۵- تعبیه آنژیوکت برای تمامی بیماران بستری شده در بخش الزامی است.

۶-آمادگی روده ای برای تمامی بیمارانی که کاندید عمل جراحی روده هستند با اخذ دستور کتبی پزشک مربوطه انجام میگیرد. (بجز در موارد انسداد کامل)

۷- شیو محل عمل و اطراف آن و در عملهای عروق شیو اندام مبتلا و مقابل بعثت احتمال برداشت عروق از اندام مقابل جهت پیوند صورت می پذیرد.

۸- ناشتا ماندن از شب قبل عمل برای تمامی بیمارانیکه نیاز به بیهوشی عمومی دارند رعایت می شود.

۹- شروع سرم تراپی برای تمامی بیماران ناشتا می باشند مگر بیماران کلیوی و دیالیزی.

۱۰- تعویض روزانه و در صورت نیاز پانسمانها و اطلاع مواردی غیر طبیعی به رزیدنت کشیک بخش .

بیماریهای رایج بخش و مراقبتهای پرستاری بیماریها

بیماریهای رایج بخش جراحی یک :

	کله سیستیت
	هموروئید
	تعیه کاتتر
	هرنی ها
	کanser کولون
	کanser معده
	کanser مری
	پنوموتراکس
	کیست پاره شده
	آنورسم
	ایسکمی اندام



آپاندکتومی

تیروئیدکتومی

فیستول پری آنال

بیماران پرخطر :

موارد زیر جزو بیماران پرخطر محسوب می شود و هنگام مراجعه این موارد و بستری در بخش ضروری است
 موارد حتما" به اتند آنکال همان روز اطلاع داده می شود و هرگونه اعمال جراحی و...طبق دستور و نظر
 ایشان باشد.

۱	تروما	قفسه سینه باز یا بسته شکم(لاسرسیون طحال و کبد) اندامها و عروق (کات شریان) پرفوراسیون احشا
۲	شکم حاد	انسداد شکم حاد مادران باردار ایسکمی مزانتیر پریتونیت پانکراتیت
۳	عروق	آنوریسم عروق بزرگ شکمی ایسکمی اندامها آمبولی شریان انسداد شریان
۴	زنان باردار	تروما شکم حاد جراحی های شکم جراحی های عروق

ایسکیمی اندام تحتانی:

نارسایی شریانی اندام ها در مردان بیشتر از زنان رخ داده و میتوان گفت شایع ترین علت معلولیت و ناتوانی است پا بیشتر محل درگیر بوده و سن و شروع و شدت بیماری تحت تاثیر عوامل خطر ساز اترواسکلروز قرار دارد. ضایعات انسدادی عمدتاً به قسمت هایی از سیستم شریانی محدود می شود که از ائورت از زیر شریان های کلیوی تا شریان پشت پایی وجود دارد اما بیماری انسدادی دور اغلب در بیماران مبتلا به دیابت شیرین و سالمندان دیده می شود.

تظاهرات بالینی:

لنگیدن متناوب از نشانه های شاخص است درد ممکن است به صورت یک درد ناراحت کننده . کرامپ . خستگی یا ضعف به طور مداوم با فعالیت یا ورزش ایجاد شده و یا استراحت تسکین یابد . درد معمولاً در گروهی از عضلات یک مفصل در زیر محل تنگی یا انسداد روی می دهد با پیشرفت بیماری ممکن است دچا رکاهش توانایی در راه رفتن شود.

بررسی و یافته های تشخیصی:

حتی سردی و کرختی در اندام ها ممکن است همراه با لنگیدن متناوب باشد و به دلیل کاهش میزان جریان خون شریانی ایجاد می شود. هنگام معاینه اندام ممکن است که در لمس سرد احساس شود. با بالا بردن آن رنگ پریده و با آویزان کردن اندام قرمز تیره یا سیانوز گردند.

تغییراتی در پوست و ناخن زخم گانگیرن و اتروفی عضلانی ممکن است دیده شود بروئی ممکن است با استتوسکوپ سمع گردد. نبض های محیطی کم شده یا وجود ندارد، معاینه نبض های محیطی به عنوان بخشی از بررسی بیماری انسداد شریان اهمیت دارد. نبض های نامتقارن بین اندام ها و یا فقدان لمس نبض به طور طبیعی ، نشانه بیماری شریان محیطی است .

وجود محل و وسعت بیماری انسدادی شریان توسط گرفتن یک تاریخچه دقیق از علایم و معاینه ی بالینی تشخیص داده می شود. رنگ و درجه حرارت اندام مورد توجه است و نبض لمس می شود، ناخن ها ممکن است ضخیم و کدر و پوست براق و اتروفیک خشکی همراه با اختلال در رشد مو باشد. بررسی مقایسه ای در

اندام راست و چپ انجام می شود. تشخیص بیماری انسدادی شریان محیطی ممکن است از طریق استفاده از داپلر، داپلر موج مداوم و شاخصهای موج پا براکیال، تست صفحه ی متحرک برای لنگیدن، اولتراسونوگرافی داپلکس صورت میگیرد.

تدابیر طبی:

به طور کلی بیماران با انجام بعضی از انواع برنامه های ورزشی احساس بهتری پیدا می کنند. انجام حرکات و تمرینات ورزشی متمرکز برای راه رفتن بر روی یک نقطه ی ایجاد کننده ی درد به صورت ۳ بار در هفته نشان داده است که مدت زمان راه رفتن را به حداکثر می رساند و تقریباً ۱۵۰ درصد سبب بهبود توانایی راه رفتن می شود.

اگر این برنامه با کاهش وزن همراه و قطع مصرف دخانیات همراه باشد، بیماران اغلب می توانند تحمل فعالیت خویش را بهبود بخشند. نباید به بیماران قول داد که با قطع مصرف دخانیات علایم آنان رفع می شود، زیرا لنگیدن ممکن است ادامه داشته باشد و این مسئله انگیزه بیمار را برای نکشیدن سیگار از بین می برد.

درمان دارویی:

پنتوکسی فیلین (ترنیال) و سیلواستازول (پله تال) برای درمان لنگیدن علامت دار به کار می رود. پنتوکسی فیلین انعطاف پذیری اریتروسیت را بالا می برد و پایین آورنده ی غلظت فیبرینوژن خون و ضد پلاک می باشد. سیلواستازول یک بازدارنده ی فسفودی ایستراز ۳ با اثر متسع کننده عروق است که با خاصیت ضد تجمع پلاکت دارد.

عوامل ضد تجمع پلاکت مثل اسپرین یا کلوپیدوگرل (پلاویکس) به پیشگیری از تشکیل ترومبومبولی ایجاد کننده انفارکتوس میوکارد و یا سکته مغزی کمک می کند. اسپرین اثر کاهش دهنده خطر وقایع قلبی – عروقی را در بیماران عروقی را نشان می دهد اما اثرات جانبی ناشی از اسپرین خونریزی معده – روده ای است. درمان با استاتین میزان وقوع علایم لنگیدن متناوب جدید را در بیماران با انفارکتوس میوکاردی ابتدایی یا علایم آنژین را کاهش می دهد. زمان راه رفتن بدون درد را افزایش می دهد. این داروها همچنین اثرات مفید بر التهاب عروق، تثبیت پلاکت، اختلال عملکرد اندوتلیال و ترومبوز دارند.

درمان جراحی:

جراحی برای درمان تشدید لنگیدن متناوب و ناتوایی یا خطر قطع عضو به دلیل از دست رفتن بافت مطرح است. انتخاب روش جراحی به درجه و محل تنگی یا انسداد بستگی دارد. سایر توجهات مهم وضعیت کلی سلامتی بیمار. طول مدت روش که میتوان تحمل کرد و میزان امید به زندگی است. برخی مواقع انجام قطع عضو به عنوان درمان تسکینی بیشتر از بای پس شریانی ضروری است. پیوند بای پس به منظور ایجاد راهی برای جریان خون در اطراف محل تنگی و انسداد انجام می شود قبل از انجام آن جراح محل اناستوموز دور را تعیین میکند. رگ دارای جریان خارجی دور باید حداقل ۵۰ درصد باز باشد که بعد از انجام گرافت باز باقی بماند علاوه بر باز بودن بالاتر رگ. طول رگ بای پی تا حد امکان کوتاه تر میگردد.

در صورت انتخاب جراحی پیوند ورید در اتاق عمل باید مراقب بود که بعد از جدا شدن ورید به آن آسیبی وارد نباید به سر ورید بسته شده و سپس آن را توسط محلول حاوی هپارین پر می کنند و از نظر باز بودن و احتمال نشت و سوراخ بودن کنترل می کنند.

پس از انجام این کار بایستی ورید را داخل محلول حاوی هپارین به منظور پیشگیری از خشک و کشنده شدن آن نگهداری کرد.

تشخیص های پرستاری :

پرفیوژن بافتی غیر موثر در ارتباط با قطع جریان خون ثانویه به انسداد شریانی

مداخلات:

- ۱- بیمار مبتلا به بیماری شریانی را در وضعیتی قرار دهید که جریان خون به سمت ساق ها و پاها افزایش یابد
- ۲- ممانعت از انقباض عروق: ترک سیگار - بیمار را تشویق کنید که از شرایط پر استرس اجتناب کرده و آرام باشد. از سرماخوردگی بیمار اجتناب کنید

درد حاد در رابطه با جریان خون ناکافی به پاها

مداخلات :

۱- هر عاملی که گردش خون اندام ها را افزایش دهد (بالا گرفتن سر تخت) به تخفیف درد کمک میکند.
ممکن است از مسکن استفاده شود.

خطر عدم سلامت پوست در رابطه با کاهش گردش خون محیطی

مداخلات:

۱- از آسیب به اندام ها مخصوصا پاها جلوگیری شود.

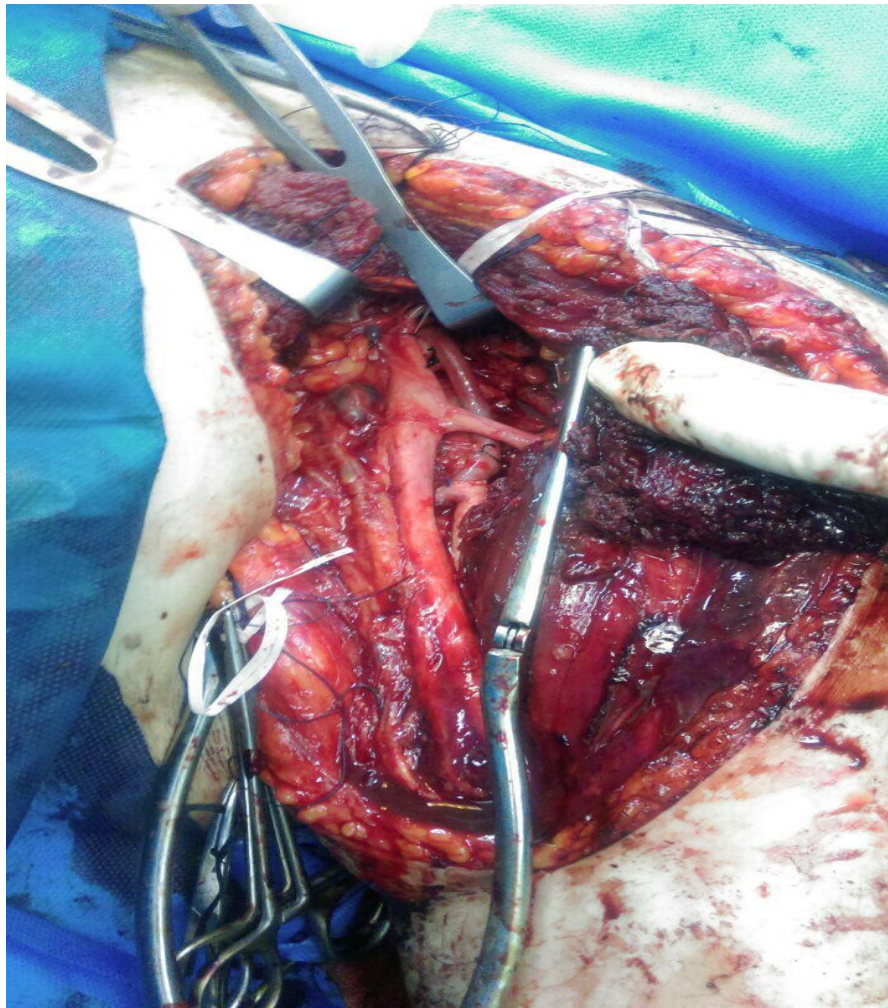
۲- استفاده از صابون های خنثی و لوسیون های بدن برای جلوگیری از خشکی و ترک خوردن پوست مهم است.

خطر عدم تحمل فعالیت به علت درد پا بعد از راه رفتن

مداخلات:

۱- اگرچه ورزش به بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری های عروقی کمک میکند بعضی از بیماران نباید ورزش کنند این افراد شامل کسانی است که زخم پا، درد موقع استراحت، سلولیت یا گانگرن دارند.

۲- استفاده از گرما برای بهبود جریان خون شریانی و توصیه به اجتناب از تماس با درجه حرارت پایین از اقدامات پرستاری است. از لباس و پوشاک تنگ مثل بند جوراب، کمر بند و بند کفش اجتناب شود.



تظاهرات بالینی انسداد حاد شریانی
۱-درد
۲-فقدان نبض
۳-سردی عضو
۴-رنگ پریدگی
۵-پارستزی یا گزگز عضو مبتلا
۶-فلج اندام همراه با لنگیدن

سرطان مری:

در امریکا سالانه ۴۶۰/۱۷ مورد جدید ابتلا به کارسینوم مری تشخیص داده می شود. بیشتر در سیاه پوستان و در پنجمین یا ششمین دهه زندگی دیده می شود.

پاتوفیزیولوژی:

سرطان مری می تواند از دو نوع سلول زیر منشأ بگیرد: آدنوکارسینوما و اسکوئاموس سل کارسینوما. این سرطان به طور اولیه در مری انتهایی و محل اتصال مری به معده پدید می آید. عوامل خطر در آدنوکارسینوم مری شامل تحریک مزمن مری است. یک ارتباط آشکار بین بیماری رفلاکس معده به مری و آدنوکارسینوم مری وجود دارد. در افراد مبتلا به مری بارتز احتمال وقوع سرطان مری بالاتر است. عوامل خطر در اسکوئاموس سل کارسینومای مری شامل خوردن غذای طولانی مدت مایعات یا غذاهای داغ، مواد غذایی، بهداشت بد دهان، کشیدن سیگار و مصرف طولانی مدت الکل، تماس نیتروآمین ها در محیط یا ضمن مصرف غذاها و آسیب به مری است.

تظاهرات بالینی :

نشانه ها عبارتند از سختی در بلع، ابتدا هنگام خوردن غذاهای سخت و به تدریج خوردن مایعات؛ احساس وجود توده در گلو، بلع دردناک، احساس درد یا پری در زیر جناغ سینه؛ و بعدها پس زدن غذای هضم نشده همراه نفس بدبو و سکسکه. در مراحل ابتدایی بیمار ممکن است به سختی در بلع متناوب و فزاینده خود پی ببرد. با رشد بیشتر تومور انسداد کامل تر می شود، به طوری که مایعات نیز نمی توانند از مری عبور کرده و به معده وارد شوند. نشانه های نهایی شامل درد زیر جناغ، سکسکه مداوم، تنفس بدبو و سختی در تنفس می باشد.

بررسی و یافته تشخیصی :

تشخیص به وسیله انجام آندوسکوپی مری، معده و دوازدهه همراه با نمونه برداری مشخص می شود. هم چنین سی تی اسکن قفسه سینه و شکم برای مشخص کردن متاستاز سرطان به ریه ها، کبد و کلیه واقع می

شود. توموگرافی با حساسیت بیشتری در مقایسه با سی تی برای تشخیص متاستاز به کار می رود. سونوگرافی اندوسکوپی یک برای بررسی گسترش سرطان به غدد لنفاوی و یا سایر ساختارهای موجود در مدیاستن کاربرد دارد.

لاپاراسکوپی بهترین روش برای تشخیص گرفتاری غدد لنفاوی در سرطان قسمت انتهایی مری است.

تدابیر پزشکی:

اگر سرطان مری در مرحله ی اولیه تشخیص داده شود، اهداف درمانی در جهت کسب بهبود کامل تنظیم خواهند شد، اما متأسفانه اغلب سرطان مری در مراحل انتهایی مشخص می شود. لذا اهداف درمانی به منظور تسکین نشانه ها تنظیم می گردند. بر حسب میزان گسترش بیماری، ممکن است درمان جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی یا ترکیبی از آنها مورد استفاده قرار گیرد.

درمان جراحی معمولاً شامل برداشتن کامل مری همراه با برداشتن تومور و غدد لنفاوی موجود در ناحیه است. بر حسب محل قرارگیری تومور، ممکن است قفسه سینه یا شکم باز شود. زمانی که تومور در ناحیه گردن یا قسمت بالای قفسه سینه قرار دارد، مری همراه با تومور برداشته می شود و از قسمتی از ژرژنوم برای جایگزینی استفاده می گردد. برای جایگزینی مری برداشته شده ممکن است از کولون استفاده شود با اینکه معده ممکن است به داخل قفسه سینه بالا آورده شده و قسمت باقی مانده مری در آن کار گذاشته شود.

جراحی تومورهای قسمت پایینی مری ساده تر است و تمامیت لوله گوارش با کارگذاری مری تحتانی در معده برقرار می گردد. اعمال جراحی مری با درصد مرگ و میر بالایی به دلیل خطر عفونت، عوارض ریوی یا نشت از محل پیوند زده شده همراه است. بعد از عمل، بیمار سوند بینی معده ای خواهد داشت که نباید دستکاری شود. ممنوعیت مواد خوراکی تا زمان بهبود محل جراحی و اطمینان از عدم وجود نشت با انسداد با استفاده از مطالعات اشعه ایکس تداوم خواهد یافت. درمان تسکینی ممکن است به منظور باز نگه داشتن مری، کمک به دریافت مواد غذایی و کنترل بیرون ریزی بزاق ضروری باشد. درمان تسکینی به وسیله متسع کردن مری، درمان لیزری، جاگذاری یک پروتز داخلی، پرتودرمانی یا شیمی درمانی امکان پذیر است.

تدابیر پرستاری:

تدابیر پرستاری با هدف بهبود وضعیت غذایی و جسمی بیمار در آمادگی برای جراحی، پرتودرمانی یا شیمی درمانی به اجرا درمی آیند. به منظر اصلاح کاهش وزن، رژیم غذایی پرکالری و پروتئین در اختیار بیمار گذارده می شد. بعد از کسب هوشیاری، بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار داده می شود و سپس در وضعیت نشسته، تا از رفلاکس ترشحات مری پیشگیری شود. بیمار را باید به دقت از نظر برگشت محتویات معده به دهان و تنگی نفس مورد مشاهده قرار داد. برای کمک به خروج ترشحات تنفسی بیمار از فیزیوتراپی قفسه سینه به دلیل خطر آسپیراسیون استفاده نمی شود، بلکه از تمرینات تنفسی و مرطوب کردن هوا بهره گرفته می شود. درجه حرارت باید به طور مرتب کنترل شود، زیرا افزایش آن ممکن است نشانگر آسپیراسیون و نشت مایع از محل عمل به داخل مدیاستن باشد. ترشح از زخم ناحیه گردن، معمولاً بزاق، نشانه ای از نشت مری است. اقدام درمانی در این هنگام، ممنوعیت مواد خوراکی و استفاده از تغذیه وریدی یا روده ای است. عوارض قلبی شامل برادی کاردی است که به دلیل تحریک عصب واگ در حین جراحی پدید می آید. معمولاً برای درمان دیگوکسین با بتابلوکرها تجویز می شوند. در خلال جراحی یک سوند بینی-معده ای وارد شده و در محل ثابت می شود. این سوند به ساکشن متناوب با فشار پایین وصل می شود. فوراً بعد از جراحی قسمت بیرون سوند بینی-معده ای علامت گذاری می شود تا در صورت کوچکترین جابجایی به جراح اطلاع داده شود. پرستار هرگز نباید سعی در برگرداندن سوند به داخل نماید، زیرا خطر آسیب رسانی به آناستوموز وجود دارد. ۵ تا ۷ روز بعد از عمل سوند بینی-معده ای خارج می شود و با استفاده از بلع باریم وجود هرگونه نشت از آناستوموز قبل از شروع تغذیه بررسی می گردد.

با شروع تغذیه بیمار، پرستار بیمار را تشویق به فرو دادن جرعه های کوچک آب و سپس مقادیر کوچک غذای پوره شده می نماید. زمانی که بیمار توانست به مقدار کافی غذا دریافت کند، مایعات وریدی قطع می شوند. بعد از هر نوبت تغذیه، بیمار حداقل به مدت دو ساعت در وضعیت نشسته قرار گیرد تا غذا به راحتی از لوله گوارش عبور کند در بیماران مبتلا به ناراحتی معده از آنتی اسید استفاده می شود.

سندروم دامپینگ که ممکن است بین ۲۰ دقیقه تا ۲ ساعت بعد از غذا رخ دهد، به علت اختلال در تارهای عصب واگ پدید می آید که در نتیجه باعث اختلال در عملکرد ذخیره سازی معده و مکانیسم تخلیه پیلور

می شود. به این علت مقدار زیاد غذا و مایع به سرعت وارد دوازدهه می شود و بیمار کرامپ شدید شکمی، اجابت مزاج آبکی را تجربه می کند که ممکن است با تعریق شدید و تند شدن نبض و تنفس همراه شود. این عارضه به تدریج با کسب بهبودی بیمار و تبعیت از رژیم غذایی مناسب برطرف می شود. زمانی که بیمار برای رفتن به منزل آماده می شود، به خانواده او باید در مورد تغذیه، روش های مقابله با عوارض، برقراری آسایش بیمار و رفع نیازهای جسمی و ارائه ی حمایت عاطفی آموزش داده شود.

آموزش بیماران مبتلا به کانسر معده و مری

□ اگر بیمار می تواند از راه دهان چیزی بخورد سعی کند مایعات نرم (نیمه جامد) - سبک به مقدار کم و دفعات بیشتر مصرف کند و غذا را در پوزیشن نشسته مصرف کند.

در هنگام خواب زیر سر بالش بزرگ قرار داده و در حالت فلت نخوابد.

فعالیت سنگین نداشته باشد.

یک هفته پس از ترخیص جهت ویزیت و ادامه درمان و برداشتن بخیه ها به مطب پزشک معالج مراجعه کند.

داروهای نسخه در دفترچه را مصرف کند که بیشتر شامل آنتی بیوتیک - مسکن می باشد.

اگر ژنوستومی داشت و قرار است گاوآذر فرمولا انجام شود آموزش دهیم که نیمه گرم باشد و با سرعت کم داده شود و پس از هر بار دادن آب نیمه گرم به مقدار □□ - □□ سی سی گاوآذر شود.

پانسمان اطراف ژنوستومی نگذارند اگر ترشحات زیاد از کنار ژنوستومی داشت حتما به پزشک معالج مراجعه کند.

داروهای نسخه شده در دفترچه شامل آنتی بیوتیک - مسکن و... را مصرف کند.

توصیه میشود که جهت دریافت جواب پاتولوژی ۳ روز پس از آمدن پیامک مبنی بر آماده بودن جواب پاتولوژی جهت دریافت جواب پاتولوژی به بخش مراجعه کند و جواب را به پزشک معالج جهت ادامه درمان ببرد.

در صورت جراحی علاوه بر گردن در ناحیه شکم هم باشد داشتن شکم بند سوال شود.

پریتونیت

پریتونیت عبارت است از التهاب پریتوئن یا غشای سروزی پوشاننده حفره شکم و احشاء. معمولاً علت آن یک نوع عفونت باکتریال است. میکروب ممکن است از طریق دستگاه گوارش یا در زنان از طریق اندام های تولید مثل (لوله فالوپین) باعث عفونت شود. شایع ترین عامل عفونی اشرشیا کولی، کلابسیلا، پروتئوس، سودوموناس و استرپتوکوک است.

التهاب و فلج ایلئوس از اثرات مستقیم عفونت است. پریتونیت همچنین می تواند ناشی از یک منبع خارجی باشد مثل آسیب یا صدمه (زخم گلوها یا چاقو) یا ممکن است به علت گسترش التهاب از اندامی خارج از ناحیه پریتوئن مثل کلیه ایجاد شود. سایر علل شایع پریتونیت عبارتند از: آپاندیسیت و پارگی ناشی از زخم های گوارشی، دیورتیکولیت، سوراخ شدن روده، پریتونیت ممکن است در تعقیب روش های جراحی شکم و یا دیالیز صفاقی نیز روی دهد.

پاتوفیزیولوژی

پریتونیت به علت نشت محتویات اندام های شکمی به داخل حفره شکم معمولاً به دنبال التهاب، عفونت، کم خونی موضعی، صدمه یا سوراخ شدن ناشی از تومور ایجاد می شود. سپس تکثیر باکتری ها صورت می گیرد. تورم بافت ها و به فاصله کمی تراوش مایع پدید می آید. مایع در داخل حفره پریتوئن با افزایش مقدار پروتئین، گلبول های سفید، زایدات سلولی و خون کدر می شود. واکنش فوری روده، افزایش تحرک آن است که به سرعت به فلج ایلئوس همراه با تجمع مایع و هوا در داخل روده منجر می شود.

تظاهرات بالینی

نشانه ها بستگی به محل و وسعت التهاب دارد. تظاهرات بالینی اولیه پریتونیت غالباً همان نشانه های اختلال ایجاد کننده پریتونیت است. در ابتدا یک درد منتشر احساس می شود. سپس درد به صورت مداوم، موضعی و با شدت بیشتری در مجاورت محل التهاب احساس می شود که با حرکت تشدید می شود. قسمت مبتلای شکم در لمس حساس و نفاخ خواهد بود و عضلات سفت می شوند. حساسیت در لمس برگشتی و فلج ایلئوس ممکن است وجود داشته باشد و کاهش ادراک درد ناشی از پریتونیت در افراد تحت درمان با

کورتیکواستروئیدها و مسکن ها وجود دارد. بیماران دیابتیک مبتلا به نوروپاتی پیشرفته و بیماران مبتلا به سیروز دارای علائم آسیت ممکن است دردی احساس نکنند. معمولاً بی اشتها، تهوع و استفراغ روی داده و حرکات دودی کاهش می یابد. درجه حرارت $38/3 - 37/8$ درجه سانتی گراد و نبض افزایش می یابند. با وخیم تر شدن وضعیت، فشار خون ممکن است کاهش می یابد.

بررسی و یافته های تشخیصی

تعداد گلبول های سفید افزایش خواهد یافت. هموگلوبین و هماتوکریت در صورت وجود خونریزی کاهش خواهد داشت. در بررسی الکترولیت های سرم، ممکن است تغییر در میزان پتاسیم، سدیم و کلراید وجود داشته باشد.

در عکس ساده شکم، وجود هوا و مایع و همچنین قوس های متسع روده مشاهده می شود. در اولتراسونوگرافی شکمی، ممکن است آبسه و تجمع مایع آشکار شود و آسپیراسیون تحت راهنمایی اولتراسوند ممکن است به جای گذاری آسان تر درن ها کمک کند. از سونوگرافی هم ممکن است برای تشخیص برای تشخیص آبسه های شکمی استفاده شود. در اسکن شکم ممکن است وجود آبسه نشان داده شود. آسپیراسیون مایع صفاق و کشت آن ممکن است نشان دهنده ی وجود عفونت و نوع میکروب تولید کننده آن باشد.

عوارض

اغلب التهاب، موضعی نبوده و کل حفره شکم درگیر است. عفونت خون علت اصلی مرگ ناشی از پریتونیت است. شوک ممکن است به دلیل هیپوولمی یا سیتی سمی ایجاد شود. فرآیند التهاب ممکن است موجب انسداد روده ناشی از چسبندگی در روده شود.

تدابیر پزشکی

جایگزینی مایع، مواد کلونیدی و الکترولیت ها مهم ترین تاکید سامان دهی درمانی بیمار است. تجویز چندین لیتر محلول ایزوتونیک صورت می گیرد. هیپوولمی ممکن است به علت حرکت مقادیر زیاد مایع و

الکترولیت‌ها از مجرای روده به داخل حفره پریتون و در نتیجه کاهش مایع در داخل عروق ایجاد شود. برای تسکین درد از مسکن‌ها استفاده می‌شود. داروهای ضد استفراغ برای درمان تهوع و استفراغ استفاده می‌شود. سوندگذاری داخل روده ای و متصل کردن آن به ساکشن، می‌تواند به کاهش نفخ شکم و بهبود عملکرد روده کمک کند. تجمع مایع در داخل حفره شکم باعث ایجاد فشار و در نتیجه محدودیت در انبساط ریه‌ها و دیسترس تنفسی می‌شود. برای تامین اکسیژن کافی، از طریق ماسک یا سوند دو شاخه بینی اکسیژن تجویز می‌شود.

اما گاهی لوله گذاری داخل نایی و تهویه مکانیکی در صورت بروز شوک سپتیک ضروری خواهد بود. درمان آنتی بیوتیک وسیع در بدو تشخیص آغاز می‌شود. از یک آنتی بیوتیک وسیع الطیف با دوز بالا به صورت وریدی استفاده می‌گردد و با تشخیص عامل میکروبی ایجاد کننده، درمان با آنتی بیوتیک اختصاصی شروع می‌شود. اگر پریتونیت در اثر دیالیز صفاقی ایجاد شده باشد، درمان آنتی بیوتیکی مناسب اهمیت حیاتی دارد. اگر بعد از گذشت پنج روز از درمان، واکنش مناسب ماهده نشد، سوند مخصوص دیالیز صفاقی باید خارج شود.

اهداف جراحی شامل خارج سازی مواد عفونی و اصلاح علت ایجاد کننده است. درمان جراحی ممکن است با هدف برداشتن آپاندیسف همراه یا بدون انجام پیوند قسمت های باقی مانده روده، ترمیم سوراخ شدگی و تخلیه آبسه صورت گیرد. در صورت بروز عفونت وسیع، ممکن است منحرف کردن مسیر دفع روده ای مورد نیاز باشد. در بعضی موارد، تخلیه ترشحات آبسه های شکمی داخل پریتون و یا خارج پریتون تحت راهنمایی اولراسوند یا سی تی اسکن می‌تواند موجب فروکش کردن حالت بحرانی و عدم نیاز به جراحی یا تعویق آن شود.

دو عارضه مهم بعد از عمل، باز شدن زخم جراحی و تولید آبسه است، لذا باید به هرگونه شکایت بیمار دال بر این که احساس می‌کند زخم دارد باز می‌شود یا شکم حساس و دردناک است، توجه داشت و آن را گزارش نمود. ظهور ناگهانی ترشح سروز از محل عمل، گواه باز شدن زخم است.

تدابیر پرستاری

اغلب مراقبت ویژه ضروری است. در صورت بروز شوک، فشار خون به وسیله یک خط شریانی اندازه گیری می شود. فشار ورید مرکزی و دفع ادرار به طور مرتب بررسی می شود. به علاوه بررسی مداوم درد، علایم حیاتی، عملکرد گوارشی. تعادل مایع و الکترولیت ها ضروری است. ماهیت درد، محل آن در شکم و هرگونه تغییر در محل آن باید گزارش داده شود. تجویز داروهای مسکن و قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب در ایجاد راحتی و کاهش درد مفید واقع می شوند. بدین منظور بیمار باید به پهلو خوابانده شود، در حالی که زانوهای خمیده هستند. این وضعیت باعث کاستن از فشار وارده بر اندام های شکمی می شود. اندازه گیری و ثبت دقیق میزان مایعات دریافتی و دفعی و اندازه گیری فشار ورید مرکزی به جایگزینی صحیح مایع کمک خواهد کرد. محلول های وریدی باید به دقت جایگزین شوند. لوله گذاری بینی معده ای ممکن است نیاز باشد.

علایم نشانگر فروکش کردن پریتونیت شامل کاهش تب و تعداد نبض نرم شدن شکم، برگشت صداهای روده، دفع گاز و شروع حرکات روده است. در این حال به تدریج مایعات و غذای خوراکی آغاز شده و میزان مایعات وریدی کاهش داده می شود. بدتر شدن وضعیت بیمار ممکن است بیانگر بروز یک عارضه باشد و پرستار باید بیمار را برای یک جراحی فوری آماده نماید. اغلب در خلال جراحی، درن هایی وارد می شوند که در مرحله بعد از عمل، وظیفه پرستار مشاهده و ثبت مشخصات ترشحات است. هنگام حرکت دادن بیمار، باید از جابجایی و خروج تصادفی درن ها پیشگیری شود. وظیفه دیگر پرستار، آماده کردن بیمار و خانواده او برای ترخیص است. به آنها باید در مورد مراقبت از خط بخیه و درن ها آموزش داده شود. مراقبت در منزل ممکن است برای پایش بیشتر وضعیت بیمار و آموزش او و افراد خانواده ضروری باشد.

بیماری های نئوپلاستیک کولون و رکتوم

ریسک فاکتورها

- عوامل ژنتیکی: سابقه خانوادگی کانسر کولون
- عوامل محیطی: مصرف چربی، سرخ کردنی ها، رژیم کم فیبر

- عوامل پیش بدخیم: پولیپ‌های آدنوماتوز
 - بیماری التهابی روده (مخصوصاً کرونی که کولون را درگیر می‌کند).
 - عوامل دیگر: سن بالا، نژاد، سیگار، الکل، چاقی و بی‌حرکی، یورتروسیگموئیدوستومی، آکرومگالی و رادیاسیون (به ویژه اشعه به لگن)
- *نکته: مصرف آسپرین، کلسیم، سلنیوم و کاروتینوئیدها و فنل‌های گیاهی و رژیم پرفیبر نقش محافظتی دارد.

پولیپوز آدنوماتو فامیلی

- اگر فردی سابقه اف-آ - پی داشته باشد و حتی یک عدد پولیپ آدنوماتوز داشته باشد یا اگر فردی بعد از بلوغ ۱۰۰ پولیپ آدنوماتوز داشته باشد (بدون سابقه فامیلی) پولیپوز آدنوماتو فامیلی گفته می‌شود.
- اهمیت این بیماری در احتمال بسیار زیاد ۱۰۰٪ ایجاد کانسر است (تا ۵۰ سالگی همه بیماران کانسر کولون می‌گیرند)
- اسکرین مبتلایان به اف - آ - پی با ژن ای - پی - اس
- ۱. ژن ای - پی - اس منفی: سالانه رکتوسیگموئیدوسکوپی افراد فامیل درجه اول یا بررسی ژن ای - پی - اس در افراد فامیل درجه یک
- ۲. ژن ای - پی - اس مثبت: چک اعضای فامیل از نظر ای - پی - اس
- ژن ای - پی - اس منفی: مثل افراد عادی جامعه اسکرین شود بلوغ و بالاتر ده بیماران دچار اف - آ - پی در خطر آدنوم‌های قسمت‌های مختلف دستگاه گوارش بخصوص دئودنوم و معده هستند
- درمان: پس از تشخیص اف - آ - پی درمان جراحی پروکتوکولکتومی توتال و ایلئوآنال پانچ لازم است. مهارکننده‌های هم تجویز می‌شود که جلوی پیشرفت پولیپ‌ها گرفته می‌شود.
- بیماران اف - آ - پی در معرض کانسرهای پری آمپولری و معده هم هستند و از سن ۳۵-۲۵ سالگی باید هر ۳-۱ سال تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گیرند.
- اف - آ - پی تخفیف یافته

- پولپ کمتری نسبت به اف - آ - پی دارند (۱۰-۱۰۰)
- درگیری در کولون راست شایعتر است.
- احتمال کانسر ۵۰٪ است.
- در ۳۰٪ موارد ژنای - پی - اس وجود دارد (کدون موتاسیون یافته در اف - آ - پی وای - اف - آ - پی متفاوت است)
- متوسط سن ابتلا بالاتر است.
- سیر بالینی خوشخیم تر از کارسینوم کولورکتال خانوادگی است
- غربالگری: با ارزیابی ژنتیکی است و اگر امکان تست ژنتیکی نبود ارزیابی با کولونوسکوپی از سن ۱۵-۱۳ سالگی (هر ۴ سال تا ۲۸ سالگی) شروع شود و سپس هر ۳ سال .
- درمان: کل کولون را بر می داریم اما رکتوم را نگه می داریم و آناستوموز ایلئورکتال می دهیم نه ایلئوآنال چون درگیری رکتوم کمتر است .

دسموئید های شکمی

- توده ای در مزو یا جدار شکم است
- دسموئیدها در جدار شکم قابل رزکت است
- دسموئید ریشه مزو غیر قابل جراحی است و دارو تاموکسیفن و سولینداک می دهیم
- به دلیل کم سلول بودن، اف - ان - آ در تشخیص ان کارآیی ندارد.
- ۷۰٪ افراد مبتلا کانسر می گیرند
- کنسر در کولون راست شایعتر است.
- تشخیص: بر اساس معیار های آمستردام

۱. ابتلا سه تن از اعضاء فامیل بطوریکه یکی از آنها فامیل درجه اول باشد

۲. بیماری حداقل در دو نسل باشد

۳. حداقل یک بیمار قبل از ۵۰ سالگی تشخیص داده شده باشد

مثال: خانم ۴۵ ساله مبتلا که برادر و پدرش هم مبتلا باشند اف - آ - پی است.

- غربالگری اف - آ - پی:

- ارزیابی ژنتیکی در اینها هم انجام می شود ولی دقت پایینی دارد
- در افراد در معرض خطر با کولونوسکوپی (نه رکتوسیگموئیدسکوپی) از سن ۲۵-۲۰ سالگی و یا ۱۰ سال جوانتر از جوان ترین عضو بیمار خانواده انجام شود
- در خانم ها باید از سن ۳۵-۲۵ سالگی سونوگرافی ترانس واژینال و چک سی آ ۱۲۵ و بیوپسی آندومتر سالانه نیز انجام شود (چون ریسک فاکتور کانسر آندومتر و تخمدان نیز می باشد)

- درمان:

- در صورت پیدایش آدنوم یا کارسینوم جراحی در اینها بصورت توتال کولکتومی و آناستوموز ایلئورکتال است
- همچنین در پایان دوره باروری در خانمها بهتر است هیستریکتومی و سالپنگواووفورکتومی هم انجام شود.

سرطان کولورکتال خانوادگی

- احتمال کانسر کولون در فردیکه یک فامیل درجه اول مبتلا به کانسر کولون داشته دو برابر می شود و اگر دو فامیل درجه اول مبتلا داشته باشد این ریسک ۶ برابر می شود
- توصیه در کسانی که فامیل درجه اول مبتلا داشته اند کولونوسکوپی (نه سیگموئیدسکوپی) از سن ۴۰ سالگی و یا ۱۰ سال زودتر از سن فرد مبتلا شروع شود و هر ۵ سال تکرار شود .

تظاهرات کانسرهای کولورکتال

- تومورهای کولون راست با آنمی فقر آهن و توده مراجعه می کنند و تغییر اجابت مزاج شایع نیست (زیرا این تومورها به سمت لومن رشد نمی کنند و به سمت بیرون رشد می کنند)
- تومورهای کولون چپ با درد و انسداد می آیند (چون این تومورها به سمت لومن رشد می کنند)
- بی اشتها و کاهش وزن هم ممکن است داشته باشند

- تغییرات در اجابت مزاج باید حتما مورد بررسی قرار گیرند
- دفع خون نگران کننده است بخصوص اگر همراه با دفع موکوس باشد

ارزیابی های قبل از عمل

- کولونوسکوپی جهت بررسی از نظر کانسره های سینکرونوس و متاکرونوس
- اسکن توراکس جهت بررسی متاستازها
- اسکن شکم و لگن بهترین روش کانسر کولون
- اسکن لگن یا سونوگرافی اندورکتال جهت استیگینگ کانسر رکتوم
- تست های معمولی خونی و سی ای آ و آلبومین جهت تعیین وضعیت تغذیه ای بیمار

درجه بندی سرطان کولون

- تومور استیج
- کارسینوما اینسایتو
- تی ۱: در حد زیر مخاطی
- تی ۲: به عضله رسیده است
- تی ۳: به سروز رسیده است و یا پرفوره شده است
- تی ۴: به عضو مجاور مثلا به کلیه رسیده است و یا پرفوره شده است
- نودال استیج
- نو: متاستاز لنفاوی
- نو ۱: درگیری ۱-۳ لنف نود پری رکتال یا پری کولیک
- نو ۲: درگیری ≤ 4 لنف نود پری رکتال یا پری کولیک
- نو ۳: متاستاز به غدد لنفاوی اطراف عروق ماژور
- نوع درگیری
- استیج کانسر کولون

۵. پرفوراسیون روده

۶. افزایش □□□□□□: وقتی در خون یافت می شود که تومور از سرور رد شده است

۷. هیپرکروماتیسم هسته ای

۸. سلول های اناپلوئید

پولیپ ها در کولون:

۱. پولیپ آدنوماتوز

- ریسک بدخیمی در انواع پولیپ های آدنوماتوز: ویلوس <توبولو ویلوس <توبولر
- اندازه پولیپ فاکتور مهمتری از نوع آن است----< در پولیپ <۲ سانتی متر ریسک بدخیمی بالاتر است.

- درمان ----< پدانکوله: اگر در پاتولوژی بدخیمی داشت باید سگمان مبتلا را خارج کرد
- : اگر پولیپ آدنوماتوز بود--< رزکسیون و اگر تعداد پولیپ زیاد بود یا کانسری بود --< کولکتومی

۲. پولیپ های هامارتومی: ۴ نوع پولیپوز هامارتومی داریم

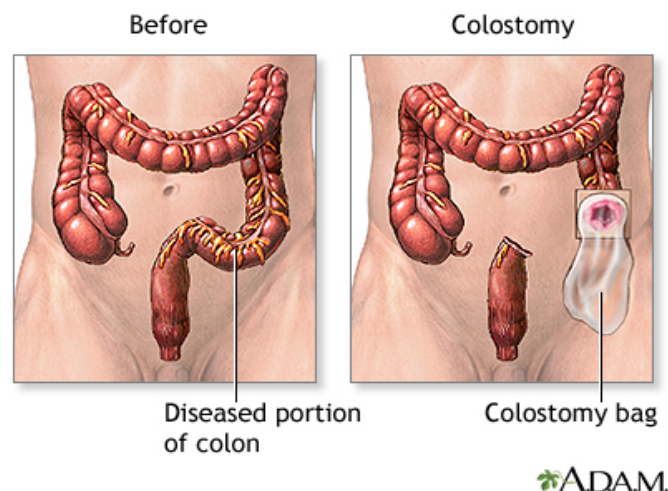
- پولیپ فامیلیال جوانان: احتمال بدخیمی دارد/صدها پولیپ هامارتومی در کولون رخ می دهد/کولونوسکوپی از سن ۱۰-۱۲ سالگی/در درمان وسعت رزکسیون بستگی به وسعت درگیری روده دارد.

- سندرم پوتز جگر: ارثی است/پیگماتتاسیون های پوستی و مخاطی دارد/پولیپ های هامارتومی بیشتر روده باریک را درگیر می کند ولی درگیری کولون هم دارد/خود پولیپ بدخیم نمی شود ولی شانس بدخیمی □□ و خارج □□ در این بیماران زیاد است/غریبالگری--<کولونوسکوپی و اندوسکوپی از ۲۰ سالگی و اگر سالم بود رکتوسیگموئیدوسکوپی □□□□□□□□ سالیانه

- سندرم کرانکایت کانادا

- سندرم □□□□□□

برداشته گردد. اگر این محل در ابتدای روده بزرگ باشد میتوان قسمت درگیر را برداشت و ابتدا را به انتها متصل کرد که به اصطلاح میگویند آناستوموز میدهند



حال اگر محل درگیری در انتهای روده بزرگ باشد چه باید کرد؟

کاری که انجام میدهند این است که محل درگیری را برداشته اما چون روده کوتاه شده است و به مقعد نمیرسد تا مدفوع را به خارج ببرد. مجبورن انتهای روده را به شکم بیاورند. بله یعنی مدفوع از شکم بیرون می آید و یک کیسه به آن وصل مینمایند که به آن کیسه کلستومی میگویند. مجرای که بیرون آمده و روی شکم گذاشته اند استوما نامیده میشود.

در کل دونوع کلستومی داریم :

کلستومی موقت :

گاهی اوقات باید به قسمتی از کولون استراحت داد تا التیام یابد و کولون دوباره بوسیله عمل جراحی سر جای اولش برمی گردد که ممکن است ماه ها، سالها یا ماه ها طول بکشد.

کلستومی دائمی :

این نوع کلستومی در آینده به سر جای اصلیش برنمی گردد.

در طول زندگی سائز استوما تغییر میکند که این تغییر در ۸-۶ هفته بعد از جراحی قابل توجه است. اندازه کلتومی بعد از عمل جراحی بزرگ و متورم است که با گذشت چندین هفته و بهبودی کامل اندازه آن کوچکتر خواهد شد. بنابراین یک بار در هفته باید استوما را اندازه بگیرید و دهانه کیسه کلتومی را طبق سائز استوما با هم جفت نمایید. انتهای استوما هیچ عصبی ندارد و اگر لمسش کنید دردناک نیست پس ترسی از لمس آن نداشته باشید. وقتی کلتومی را تمیز میکنید ممکن است قطرات خون را ببینید که این طبیعی است. چهار مشکل شایع که با آن مواجه خواهید بود نفخ شکم، بوی بد کیسه، اسهال و یبوست است. غذاهایی که باعث نفخ شکم میشوند (ماهی، حبوبات، شکلات، آبجو، خانواده کلم، نوشابه های گازدار- ذرت- خیار- قارچ- اسفناج و تخم مرغ...) کمتر مصرف نمایید. حبوبات را حتما روز قبل از مصرف خیس نمایید بعد در غذا بریزید.

میزان حرکات روده به این بستگی دارد که چه مقدار از کولون در عمل جراحی برداشته شده است. اگر میزان حرکات روده زیاد شود باعث اسهال میگردد. اضطراب و استرس های روانی و احساسی، ادویه، پیاز، میوه، سبزیجات، قهوه و آبجو باعث اسهال میگردد. اگر از طولانی شدن اسهال رنج میبرید از کیسه های بزرگتر و کیسه هایی که درن دارند استفاده نمایید تا محل استوما با مدفوع در تماس نباشد. سیب- موز- پنیر- ماست- بادام زمینی- ماکارونی- برنج- شیر- سبزی و گل ختمی کرفس، نارگیل و آجیل مدفوع را سفت مینماید.

تخم مرغ و برنج پخته شده باعث کاهش حرکات روده و در نتیجه یبوست میگردد اگر از یبوست رنج میبرید: آب گلابی و انگور، آلوو آب آلو مصرف نمایید.

در طول دو هفته بعد از جراحی استوما غذاهای کم فیبر بخورید. غذاهای پرفیبر شامل سبزیجات و میوه است. حتی اگر زمان غذا گرسنه نیستید غذا بخورید شما به کالری زیادتری نسبت به قبل از عمل نیاز دارید تا بهبود یابید سعی کنید به شیر یا آب میوه خود قند یا عسل اضافه نمایید. بعد از آن از رژیم معمولی خود استفاده کنید ۲۴-۱۶ ساعت طول میکشد تا غذا بعد از قورت دادن به استوما برسد پس خوب است غذاهای جدید را در یک زمان بخورید و اثر آن را روز بعد ببینید. اگر فکر کردید غذا روی شما اثر بدی دارد فوراً آن را رد نکنید تاسه مرتبه آن را تکرار نمایید اگر بعد از آن مطمئن شدید که اثر بدی دارد مقادیر کمی از آن را

بخورید. شما می توانید با کیسه یا بدون کلتومی براحتی حمام کرده ولی توجه داشته باشید بقایای صابون باید به داخل محل کلتومی شما داخل نشود بهتر است از صابونهای بدون چربی استفاده گردد .

نحوه تعویض کیسه کلتومی:

هنگامی که نصف حجم کیسه پر شد اقدام به تخلیه و یا تعویض کیسه نمائید. کیسه کلتومی باید هر ۴-۷ روز عوض شود. اگر نشت، خارش یا سوزش در زیر کیسه پیدا کردید نیز کیسه را تعویض نمایید.

به رنگ استوما، وجود تورم، وضعیت پوست اطراف استوما، مقدار و نوع ماده دفعی، وجود حساسیت به نوارچسب توجه فرمایید.

به توالی بروید روی یک صندلی بنشینید. دستهایتان را بشویید. دستکش بپوشید. درحالی که پوست اطراف استومارا با یک دست گرفته اید بادت دیگر کیسه را به آرامی از پوست جدا کنید. با استفاده از آب گرم پوست اطراف استوما را تمیز نمایید. اگر از صابون استفاده میکنید باید خوب آبکشی نمایید تا صابون روی پوست باقی نماند. پوست باید خشک شود بعد کیسه جدید را بچسبانید. از خمیر مناسب اطراف استوما استفاده نمایید تا سطح صافی برای اتصال کیسه فراهم شود.

این خمیرها از آسیب پوست نیز جلوگیری مینماید. ۲-۱ دقیقه صبر نمایید تا خمیر خشک شود دراین زمان استوما را با یک دستمال کاغذی بپوشانید تا محتویات روی پوست نریزد. اگر میتوانید از محافظ جامد صفحه ای شکل اطراف استوما استفاده نمایید. با استفاده از راهنمای اندازه گیری دهانه کلتومی، اندازه دهانه استوما را اندازه بگیرید.

اگر راهنما ندارید یک کاغذ بردارید روی استوما بگذارید و با مداد آرام اطراف استوما را رسم نمایید. دایره ای که رسم کرده اید را پشت صفحه محافظ بگذارید و ۰/۳- ۰/۴ سانتی متر بزرگتر از دایره استوما رسم نمایید و با قیچی درآورید. قسمت چسبناک صفحه محافظ را در حالی که استوما از سوراخ مرکزی آن خارج شده است اطراف استوما بچسبانید. به طوری که هیچ گونه هوا یا چروکیدگی در آن مشاهده نشود.

همان دایره ای را که روی ماده محافظ رسم نموده بودید روی کیسه جدید رسم نمایید و ببرید. قسمت چسبناک کیسه را در حالی که استوما از سوراخ مرکزی آن خارج شده است اطراف استوما بچسبانید. در زمان چسباندن کیسه هوای داخل آن را با فشار دادن بر رویش خارج نمایید.

به آهستگی قسمت چسبناک را بر روی پوست از دهانه به طرف خارج فشار دهید تا چروک خوردگی ها کاملاً رفع گردد.

هر زمانی یکی از اتفاقات زیر افتاد به پزشک مراجعه نمایید.

رنگ استوما به بنفش یا سیاه تغییر کرد.

خونریزی زیاد از دهانه استوما

تورم غیر عادی اطراف استوما

هر تغییر غیر عادی درباره درد شکم یا استفراغ و تهوع

راهنمای غربالگری کانسر کولورکتال

جمعیت مورد نظر	سن شروع غربالگری	تست اسکرین توصیه شده
افراد عادی	۵۰ سالگی	- سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر هر ۵ سال - □□□□□ سالیانه + سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر هر ۵ سال - باریم انمای با کنتراست هوا هر ۵ سال - کولونوسکوپی هر ۱۰ سال
پولیپ آدنوماتوز	۵۰ سالگی	- کولونوسکوپی هنگام تشخیص سپس ۳ سال بعد--< اگر پولیپ بیشتر نباشد هر ۵ سال - اگر پولیپ های دیگر هم باشد هر ۵ سال - کولونوسکوپی سالانه اگر <۵ آدنوم وجود داشته باشد
کارسینوم کولورکتال	در زمان تشخیص	- کولونوسکوپی قبل از درمان سپس ۱ سال بعد از رزکسیون □□□□□□□□: کولونوسکوپی بعد از ۳ سال و اگر ضایعه جدیدی نداشت --هر ۵ سال
کولیت ناشی از □□□	در زمان تشخیص سپس ۸ سال بعد برای پان کولیت و ۱۵ سال بعد برای کولیت چپ	- کولونوسکوپی + بیوپسی متعدد هر ۲-۱ سال
□□□ و □□□□□□□□□□□□□□□□	۱۰-۱۲ سالگی ۲۰ سالگی	- سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر سالانه و اندوسکوپی □□□□□□□□ بعد از ظاهر شدن پولیپ
□□□□□	۲۰-۲۵ سالگی	- کولونوسکوپی هر ۲-۱ سال - بیوپسی اسپیراسیون اندومتر هر ۲-۱ سال
کانسر فامیلی در بستگان درجه اول	۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از سن جوانترین فرد مبتلا در فامیل	- کولونوسکوپی هر ۵ سال - فواصل نزدیکتر بخصوص اگر افراد متعدد فامیل در سن زیر ۵۰ سال مبتلا شده باشند

کله سیستمیت

به معنی التهاب کیسه صفرا است و به دو نوع حاد و مزمن تقسیم می شود. التهاب مکانیکی، التهاب شیمیایی و التهاب میکروبی (در ۵۰ تا ۸۵ درصد موارد) می توانند موجب بروز واکنش التهابی کیسه صفرا و کوله سیستیت شوند. میکروب هایی که در اکثر موارد، در کشت صفراوی بیماران التهاب کیسه صفرا (کوله سیستیت) یافت می شوند عبارتند از ای کولای ، گونه های کلبسیلا ، گونه های استرپتوکوک و گونه های کلستریدیوم

علائم

علايم كوله سيستيت عبارتند از:

– درد شدید و دایمی ربع فوقانی راست شکم (ممکن است درد در ابتدا به پهلوی راست یا کتف راست انتشار پیدا کند).

— تب خفیف

— تهوع و استفراغ

بروز تب شدید، شوک و یرقان، احتمال ایجاد عوارضی مانند آبسه یا سوراخ شدن کیسه ی صفرا را مطرح می کند. علایم کوله سیستیت مزمن، غیر اختصاصی و شامل تهوع، درد مبهم شکم، آروغ زدن و اسهال هستند □

تشخيص

[illegible]

التهاب حاد

کوله سیستیت حاد اغلب به شکل حمله ای و قولنجی آغاز و به تدریج تشدید می شود. حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران التهاب کیسه صفرا حملات قبلی را که خود به خود بهبود یافته است ذکر می کنند. ممکن است درد التهاب کیسه صفرا به ناحیه بین دو کتف منتشر شود یا به شانه کتف راست انتشار پیدا کند. درد التهاب کیسه صفرا ممکن است با تکان خوردن یا تنفس عمیق تشدید شود. بی اشتهایی، و غالباً تهوع وجود دارد. استفراغ نسبتاً شایع است و ممکن است موجب تخلیه مایعات بدن شود. معمولاً یرقان در اوایل کوله سیستیت حاد به ندرت ایجاد می شود. تب خفیف اغلب در التهاب کیسه صفرا وجود دارد ولی لرز شایع نیست. در ۲۵ تا ۵۰ درصد بیماران التهاب کیسه صفرا، کیسه صفرا لمس می شود. □

در ۵ تا ۱۰ درصد بیماران مبتلا به التهاب کیسه صفرا و کوله سیستیت حاد، در جراحی، سنگ مسدود کننده ی مجرای صفراوی وجود ندارد. این نوع کوله سیستیت ها به ویژه در ارتباط با ضربه های جدی یا سوختگی

ها، طولانی شدن مدت وضع حمل و پس از اعمال جراحی ارتوپدی یا سایر جراحی های بزرگ غیر صفراوی ایجاد می شوند □

التهاب مزمن

التهاب مزمن کیسه صفرا تقریباً همیشه همراه با سنگ کیسه ی صفرا ایجاد می شود. در بیش از ۲۵ درصد بیماران مبتلا به التهاب کیسه صفرا و کوله سیستیت مزمن، باکتری در صفرا یافت می شود. ممکن است التهاب کیسه صفرا یا کوله سیستیت مزمن، سال ها بدون علامت باشد، به سمت بیماری علامتدار کیسه صفرا یا کوله سیستیت حاد پیشرفت کند و یا با عوارض تظاهر یابد □ کوله سیستیت یا التهاب کیسه صفرا، اغلب در اثر وجود □ سنگ های صفراوی □ ایجاد می شود و تغلیظ صفرا، متوقف شدن جریان صفرا و عفونت ثانویه ناشی از میکروب های روده (به ویژه اشریشیاکلی و گونه های باکتریوید) را به دنبال دارد □□ درمان سنگ صفرا □ در درمان التهاب مزمن موثر می باشد □□

درمان

درمان قطعی التهاب کیسه صفرا در اکثر مراکز درمانی، برداشتن کیسه ی صفرا به وسیله ی عمل جراحی (کوله سیستکتومی) است که می توان آن را به صورت جراحی باز یا از طریق لاپاروسکوپی انجام داد. ولی معمولاً پیش از آن باید وضعیت بیماری را در بیمارستان تثبیت نمود که این کار با محدود کردن خوردن غذا، قرار دادن لوله در داخل معده و کشیدن محتویات آن و اصلاح اختلالات الکترولیتی انجام می شود. در صورت وجود التهاب شدید، شوک یا خطرناک بودن بی هوشی عمومی برای بیمار، با استفاده از رادیولوژی، لوله (کاتتر) مخصوص تخلیه از راه پوست به داخل کیسه ی صفرا فرستاده می شود و بیمار تا زمان برطرف شدن التهاب حاد تحت درمان با آنتی بیوتیک قرار می گیرد. پس از تخلیه ی ترشحات و برطرف شدن التهاب، کوله سیستکتومی انجام می شود. سوراخ شدن کیسه صفرا از عوارض نادر ولی خطرناک التهاب کیسه صفرا حاد است که می تواند موجب مرگ بیمار شود و باید به سرعت توسط دکتر متخصص گوارش تحت درمان قرار گیرد.

اقدامات پس از عمل:

- مددجو را در وضعیت لاو فاو لرس یا ۳۰ درجه قرار می‌دهیم زانوهای را کمی خم می‌کنیم
- تجویز مایعات داخل وریدی
- بعد از ۲۴ ساعت بیمار می‌تواند آب و سایر مایعات بنوشد
- بعد از برگشتن صداهای طبیعی روده رژیم غذایی نرم توصیه می‌شود
- عمیق تنفس کند چون درد را کاهش می‌دهد
- تجویز مسکن
- گذاشتن بالشت یا شکم بند
- مستقیم نشستن و قدم زدن درد را کاهش می‌دهد
- بعد از ۷ تا ده روز به پزشک مراجعه کند

بعد از ترخیص:

- ممکن است علایمی مثل یرقان . ادرار تیره . مدفوع رنگ پریده . خارش . خون مردگی □
- بعد ۳ تا ۴ روز رانندگی را شروع کند
- از بلند کردن اشیای سنگین جلوگیری کند
- فعالیت جنسی را هر موقع تمایل داشت میتواند انجام دهد
- مدفوع شل علتش ورود مستقیم و مداوم صفرا به دوازدهه است

رژیم غذایی بعد عمل:

باید مددجو مدت کمی از غذاهای کم چرب استفاده کند و بعد مدتی می‌تواند هر نوع غذایی را آزادانه مصرف کند.

سنگ کیسه ی صفرا

سنگهای کیسه ی صفرا که از مواد جامد موجود در صفرا تشکیل میشوند معمولاً از نظر شکل. اندازه و ترکیب

بسیار متنوع هستند این سنگ ها در بچه ها و بالغین جوان به ندرت دیده می شوند اما با افزایش سن شایع تر میشوند و روی ۳۰ الی ۴۰ درصد افراد تا سن ۸۰ سالگی تاثیر میگذارد

پاتوفیزیولوژی

دو نوع سنگ کیسه ی صفرا وجود دارد: سنگ هایی که بخش اعظم آنها را رنگدانه ها تشکیل میدهند و سنگهایی که عمدتاً از کلسترول ساخته میشوند سنگ های رنگدانه ای احتمالاً در اثر رسوب رنگدانه های غیر کونژوگه ی صفرا تشکیل میشوند حدود ۱۰ درصد تا ۲۵ درصد موارد سنگ های صفراوی در امریکا از نوع رنگدانه ای میباشند. خطر بروز ایجاد سنگ ها در بیماران سیروز، همولیز و عفونت سیستم صفراوی بیشتر است. سنگ های رنگدانه ای قابل حل نیستند و باید با عمل جراحی خارج شوند. ۷۵ درصد باقی مانده ی بیماری کیسه صفرا در ایالات متحده ی امریکا به وسیله ی سنگ های کلسترولی ایجاد میشوند کلسترول که یکی از اجزای طبیعی صفرا هست در اب نا محلول است.

حالات ان در صفرا به اسیدهای صفراوی و لستین {فسفولیپید ها} موجود در صفرا بستگی دارد در افراد مستعد سنگ تولید اسید های صفراوی در کبد کاهش و تولید کلسترول توسط کبد افزایش میابد. در نتیجه کلسترول صفرا ب حد فوق اشباع میشود و صفرا ب شکل سنگرسوب میکند ب عنوان محرک. سبب تغییرات التهابی در کیسه ی صفرا میشود □

شیوع سنگ های کلسترولی و بیماری های صفراوی در زنان دو تا سه برابر مردان است این زنان معمولاً چاق و چند زاده هستند و بالای ۴۰ سال سن دارند مصرف استروژن ها و قرص های ضد بارداری خوراکی و کلوفیبرات باعث بالا رفتن غلظت کلسترول صفراوی و در نتیجه شیوع سنگ های کلسترولی میشود با افزایش سن به دلیل افزایش ترشح کلسترول کبدی و کاهش تولید اسید های صفراوی. میزان تشکیل سنگهای صفراوی افزایش میابد همچنین در اثر سوء جذب املاح صفراوی در مبتلایان به بیماری های گوارشی. فستول لوله ی تی. برداشتن یا بای پس ایلیوم خطر بروز سنگ های صفراوی افزایش میابد در بیماران دیابتی نیز میزان بروز این عارضه بالاست

تظاهرات بالینی

گاهی سنگ های کیسه ی صفرا بدون علامت و فاقد درد میباشند و فقط علایم خفیف گوارشی دارند این سنگ ها ممکن است ب صورت تصادفی هنگام جراحی یا ارزیابی مشکلات دیگر شناسایی شوند.

بیمار مبتلا ب بیماری سنگ کیسه صفرا دو دسته علایم دارند □

(۱) علایم مربوط به بیماری کیسه صفرا

(۲) علایم ناشی از انسداد مجاری صفرا بوسیله ی سنگ.

علایم بیماری ممکن است حاد با مزمن باشند ناراحتی در ناحیه اپی گاستر مانند پری و نفخ در شکم و درد مبهم در ناحیه ی ربع فوقانی راست شکم میتواند رخ دهد □

درد و کولیک صفراوی

در صورت انسداد مجرای سیستیک توسط سنگ صفراوی کیسه ی صفرا متسع و در نهایت دچار التهاب و عفونت میشود (کوله سیستیت حاد) بیمار تب دارد و گاهی اوقات توده ی شکمی قابل لمس دارد این بیمار بعد از چند ساعت خوردن غذای سنگین دچار کولیک صفراوی یه شکل درد بسیار شدید در ربع فوقانی راست شکم میشوند ک به پشت و شانه ی راست تیر میکشد معملا با تهوع و استفراغ همراه است بیمار بیقرار و دایما در حال حرکت است و نمیتواند وضعیت راحتی برای خود پیدا کند درد بعضی از بیماران مداوم است و ماهیت کولیکی ندارد.

انقباضات کیسه ی صفرا (که به علت انسداد ناشی از سنگ قادر به تخلیه ی صفرا نیست) باعث بروز کولیک صفراوی میشود در صورت اتساع صفرا . فوندوس ان با دیواره ی شکم در ناحیه ی غزروف دنده ای نهم و دهم تماس میابد این حالت باعث ایجاد حساسیت در ربع فوقانی شکم میشود و از تنفس عمیق بیمار در حالت دم ممانت به عمل میاورد. درد کوله سیستیت حاد ممکن است انقدر شدید باشد که نیاز به ضد درد باشد هنوز در باره استفاده از مورفین که قبلا به دلیل نگرانی در مورد ایجاد اسپاسم اسفنکتر اودی

اجتناب میشود و از مپردین به جای آن استفاده میشود .

بررسی و یافته های تشخیصی

(۱) عکس ساده ی شکمی

(۲) اولترا سونوگرافی

(۳) کوله سیستوگرافی

□□□□□ ۴

تدابیر پزشکی

اهداف اصلی درمان طبی . کاهش بروز حملات درد در کیسه ی صفرا و کوله سیستیت به وسیله ی تدابیر حمایتی و تغذیه ای است و در صورت امکان علت کوله سیستیت را با دارو درمانی و پروسیجر های اندوسکوپی یا مداخلات جراحی برطرف کرد گرچه روش های غیر جراحی خطرات مربوط به جراحی را ندارند اما در این روش ها معمولا علایم ادامه یافته و با عود تشکیل سنگ همراه هستند بیشتر روش های غیر جراحی از جمله لیتوتریپسی و حل سنگ ها صرفا راه حل موقتی برای مشکلات مربوط به سنگ هستند عمل برداشتن کیسه صفرا از طریق روش کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی که به جای کوله سیستکتومی استاندارد سنتی انجام میپذیرد در موارد بسیار نادر ممکن است پروسیجر جراحی استاندارد نیاز باشد .

آموزش بیماران کله سیستکتومی

□ توصیه به کاهش چربی رژیم غذایی تا حدود یک ماه بعد از عمل جراحی.

محدودیت حرکتی ندارد.

در صورت داشتن تندر نس شکمی و عدم کارکرد شکمی حتما اطلاع داده شود.

در صورت داشتن پن رز و خروج آن روز ترخیص، روز پس از ترخیص میتواند حمام کند . در

صورت داشتن استحمام روزانه نیازی به پانسمان نیست.

دارو های نسخه شده در دفتر چه که شامل آنتی بیوتیک مسکن و قرص معده هست مصرف کند.

یک هفته پس از ترخیص جهت ادامه درمان و برداشتن بخیه ها به مطب پزشک معالج مراجعه کند.
در صورت داشتن درد تورم قرمزی و خروج ترشحات و عدم کارکرد شکمی به پزشک مراجعه کند.
*علائم ایکتر انسدادی توضیح داده شود (زردی اسکلرا، تغییر رنگ ادرار) و مراجعه اورژانسی به
پزشک معالج در صورت بروز علائم ایکتر انسدادی بسیار واضح به بیمار توضیح داده شود.

توصیه میشود که جهت دریافت جواب پاتولوژی □ روز پس از آمدن □□ مبنی برآماده بودن جواب
پاتولوژی به بخش مراجعه نموده و پس از دریافت جواب پاتولوژی، جواب را به پزشک معالج جهت ادامه
درمان ببرد.

□□ انسداد روده کوچک

۱- انسداد مکانیکی

۲- انسداد عملکردی

انسداد مکانیکی: انسداد در داخل مجرای گوارشی و یا دیواره ی اطراف آن رخ می دهد که علت ان فشار
وارد شده بر دیواره روده است. نمونه هایی از حالات ایجاد کننده ی انسداد مکانیکی عبارتند از: تومورهای
پولیپی و نئوپلاسم ها، تنگی، چسبندگی، فتق ها و آبسه ها

انسداد عملکردی: دیواره های عضلانی روده قادر به جلو راندن محتویات در طول روده نیست نمونه هایی از
حالات ایجاد کننده انسداد عملکردی عبارتند از: دیسترونی عضلات، اختلالات عصبی مثل بیماری
پارکینسون، اختلالات اندوکرینی مثل دیابت قندی و نیز می تواند در اثر دستکاری روده در خلال جراحی
نیز روی دهد.

انسداد ممکن است نسبی یا کامل باشد، شدت آن بستگی به ناحیه درگیر شده روده، درجه انسداد ایجاد شده
و درجه اختلال ایجاد شده در گردش خون روده. اکثر انسداد های رود در روده کوچک روی می دهد.

عوامل انسداد روده کوچک

چسبندگی‌ها شایعترین علت انسدادهای روده کوچک هستند و پس از فتق‌ها و نئوپلاسم‌ها سایر علل‌ها در هم‌رفتگی روده . پیچ خوردگی روده، فلج ایلئوس.

پاتوفیزیولوژی

محتویات روده مثل مایع و گاز در قسمت بالایی انسداد جمع می شود باعث دیستانسیون شده و دیستانسیون جذب مایعات را کاهش می دهد. با افزایش نفخ، فشار داخل مجرای روده افزایش می‌یابد و در نتیجه موجب کاهش فشار مویرگی، شریانی و وریدی می شود که باعث تورم، احتقان، نکروز و در نهایت پارگی یا سوراخ شدن دیواره‌ی روده و پریتونیت می‌شود. نفخ شکم باعث استفراغ می‌شود و استفراغ باعث از دست رفتن یون‌های هیدروژن و پتاسیم از معده و در نتیجه باعث آلکالوز متابولیک شده و از دست رفتن آب و سدیم باعث کم آبی و اسیدوز شود و در نهایت کاهش شدید مایع بدن، شوک هیپوولمی ممکن است رخ دهد .

تظاهرات بالینی :

نشانه‌های اولیه معمولاً درد کرامپی موجی شکل است. بیمار ممکن است موکوس و خون دفع کند، بدون دفع مدفوع و گاز استفراغ روی می‌دهد. در صورت کامل بودن انسداد در ابتدا حرکات دودی بسیار شدید و سپس حرکات معکوس شده و محتویات به جای عبور به طرف رکتوم به طرف دهان باز می‌گردد. اگر انسداد در ایلئوم باشد استفراغ مدفوع صورت می‌گیرد. ابتدا محتویات معده خود را استفراغ می‌کند، سپس محتویات آغشته به صفراوی دوازده و ژژنوم و بالاخره با هر حمله درد محتویات تیره تر .و شبیه به مدفوع ایلئوم به خارج ریخته می‌شود، در ادامه علایم کم آبی ظاهر می شود.

علایم کم آبی: عطش زیاد بیمار، خواب آلودگی و ضعف عمومی و درد. زبان و غشای مخاطی خشک و ترک خورده می‌شود. شکم دیستانت است و هرچه محل انسداد پایین تر باشد نفخ شکم بیشتر خواهد بود. اگر انسداد رفع نشود شوک به علت کم آبی و کاهش حجم پلاسما ایجاد می شود.

بررسی و یافته های تشخیصی

تشخیص بر اساس نشانه های ذکر شده و تصویر برداری امکان پذیر است. در عکس ساده شکم و اسکن مقادیر غیر طبیعی گاز و مایع یا هر دو در روده مشخص خواهد شد. مطالعات آزمایشگاهی شامل بررسی سطح الکترولیت ها و شمارش کامل گلبولی، تصویری از کم آبی و کاهش حجم پلاسما و احتمالاً عفونت را نشان خواهد داد.

تدابیر پزشکی

برداشتن فشار از روی روده بوسیله وارد کردن سوند □□. در صورت انسداد کامل روده و احتمالاً قطع جریان خون جراحی ضروری است و قبل از جراحی جایگزینی مایعات لازم است. نوع جراحی بستگی به علت انسداد دارد. در انسدادی مثل فتق و چسبندگی روش جراحی شامل ترمیم فتق یا جداسازی چسبندگی است. در برخی مواقع ناحیه مبتلا برداشته شده و سپس آناستوز نواحی باقی مانده صورت می گیرد.

تدابیر پرستاری

در صورت عدم جراحی تدابیر پرستاری در بیمار مبتلا به انسداد روده کوچک شامل:

۱. برقراری عملکرد مناسب □□ و اندازه گیری ترشحات خارج شده از □□،
 ۲. بررسی بیمار از نظر وجود اختلال در مایع و الکترولیت.
 ۳. بررسی وضعیت غذایی و مشاهده ی علایم بهبود (برگشت صداهای روده، کاهش نفخ شکم، کاهش درد و حساسیت در لمس شکم و دفع مدفوع یا گاز)
- پرستار باید تشدید درد یا نفخ شکم و افزایش در مقدار ترشح خارج شده □□ را گزارش کند.

تعریف هموویژیلا نس:

همو به معنای خون و ویژیلا نس به معنای مراقبت است و ترکیب مراقبت از خون به عنوان برگردان هموویژیلا نس بکار می رود و به فعالیت هایی اطلاق می شود که در کل زنجیره انتقال خون از زمان جمع آوری خون تا زمان تزریق آن به گیرنده (به منظور جمع آوری و ارزیابی اطلاعات مربوط به وقوع عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تزریق خون و فرآورده های آن در افراد گیرنده انجام شده تا در صورت امکان

مانع از بروز مجدد آنها شود. در واقع هموویژیلانس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون است .

ترانسفوزیون خون

هموویژیلانس یک سیستم نظارت کشوری بر سلامت خون و فرآورده های آن در تمام مراحل در زنجیره انتقال خون یعنی از زمان خونگیری از اهدا کنندگان تا پیگیری دریافت کنندگان خون و فرآورده ها گردآوری و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به اثرات ناخواسته انتقال خون و اعلام خطر به منظور تصحیح و اقدامات لازم برای جلوگیری از وقوع مجدد آن هاست هم چنین ضرورت قابل ردیابی بودن خون و فرآورده ها از اهدا کننده تا دریافت کننده در بیمارستان های دولتی، خصوصی و مراکز انتقال خون توصیه شده است

تاریخچه هموویژیلانس :

در ایران هیچگونه سیستم سازمان یافته ای در این خصوص وجود نداشته است به همین علت اطلاعات و آمار دقیقی درباره میزان وقوع ترانسفوزیون و میزان بروز رویدادها و واکنش های ناخواسته ناشی از انتقال خون وجود ندارد . هرچند با تصویب آیین نامه کمیته های بیمارستانی پیشرفت هایی در برخی از بیمارستان ها حاصل شد ولی تا به حال گزارش عوارض ناشی از تزریق خون به درستی انجام نشد و هنوز مشکلات زیادی در این خصوص در بیمارستانها موجود است و همچنان نیاز به یک سامانه مناسب برای ردیابی تزریق خون و گزارش عوارض احتمالی وجود دارد . اجرای فرآیندها جهت بستر سازی استقرار این سیستم از ابتدای سال ۱۳۸۷ در کشور آغاز شد .

اهداف اجرای نظام هموویژیلانس :

- ۱- گزارش عوارض ناشی از تزریق به صورت سیستماتیک و جمع آوری در یک واحد
- ۲- گردآوری و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به اثرات ناخواسته انتقال خون و اعلام خطر به منظور تصحیح و اخذ اقدامات اصلاحی لازم برای جلوگیری از وقوع مجدد آنها .

۳- مستندسازی موارد تزریق خون در یک بیمارستان و بررسی مقایسه ای آن در سال های متوالی

۴- هدایت و ارتقای تزریق خون در بیمارستان ها

۵- ارتقاء سلامت بیماران به دلیل افزایش آگاهی پرستاران و پزشکان در رابطه با نحوه تزریق استاندارد خون و در واقع: یادگیری از اشتباهات — رفع علل ریشه ای اشتباه به منظور جلوگیری از تکرار مجدد آنها

۶- استفاده از یک فرم استاندارد در تمام مراکز درمانی جهت درخواست خون و فرآورده های خونی که منجر به تجویز صحیح و جلوگیری از مصرف نابجای فرآورده و به عبارت بهتر مصرف بهینه خون می شود.

۷- تهیه دستورالعمل های مرتبط با استانداردهای تزریق خون در سطح بیمارستان و یا در سطح کشور به منظور آموزش مداوم و علمی پرستاران و پزشکان درگیر در امر تزریق خون

اهمیت هموویژیلانس:

تلاش در جهت شناخت و حذف این عوارض مرتبط با تزریق خون و اصلاح علل آن ها سبب کاهش میزان مرگ، عفونت ها و کاهش میزان ناتوانی شده و از طرف دیگر سبب افزایش خدمت رسانی به بیمارستان ها، افزایش رضایتمندی بیماران، بهبود خروجی بیمارستان ها و در نهایت ارتقاء سلامت جامعه می شود.

موثر بودن سیستم هموویژیلانس بستگی دارد به:

شناسایی و تشخیص عوارض + مستندسازی و گزارش آنها و گزارش تمام عوارض مرتبط با تزریق خون و تجزیه و تحلیل عوارض و اخذ اقدامات اصلاحی مناسب به جهت پیشگیری از وقوع مجدد آنها و یادمان باشد که: اشتباهات قابل بخششند اما نادیده انگاشتن آنها هرگز

نحوه اجرای هموویژیلانس:

ابتدا قبل از دادن آموزش های لازم، چک لیست جهت ارزیابی وضعیت تزریق خون در چند بخش پر مصرف بیمارستان تکمیل می شود. سپس پس از انجام آموزش های مربوطه این چک لیست مجدداً در همان

بخش ها جهت بررسی اثر بخش بودن آموزش ها تکمیل می شود . حتی الامکان سعی می شود کل پرستاران دخیل در امر تزریق خون و پزشکانی که به صورت ثابت در سه شیفت کاری صبح، عصر و شب در بیمارستان حضور ثابت دارند، آموزش های لازم را دریافت نمایند تا در مواقع بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون، بتوانند آن عارضه را مدیریت نموده و در عین حال رابط آن بیمارستان و دفتر هموویزیلانس ستاد مرکزی انتقال خون باشند . جهت یکنواخت بودن آموزش های داده شده، از اسلایدهایی که برای گروه هدف پزشکان و پرستاران تهیه شده استفاده می شود .

پس از گروه های هدف در دو مرحله یکبار بلافاصله قبل از دادن آموزش ها و نوبت دوم بعد از اتمام آموزش ها (جهت بررسی اثربخش بودن دوره آموزشی) آزمون به عمل آمده و به کسانی که این دوره را با موفقیت گذرانده اند، گواهی از سوی سازمان اعطا می شود در این خصوص دو بخش ایمونوهماتولوژی سازمان انتقال خون ایران، آموزش های عملی لازم نیز به پرسنل بانک خون بیمارستان ها داده شده و به کسانی که این دوره را با موفقیت گذرانده اند گواهی از سوی سازمان اعطا می شود . در مرحله بعدی فرم ها توسط پرستاران و پزشکان آموزش دیده تکمیل می شود و از این میان توسط پزشک هموویزیلانس، تنها فرم ثبت عوارض، جهت بررسی به دفتر هموویزیلانس ستاد مرکزی ارسال می شود .

در طی استقرار سیستم هموویزیلانس ارزیابی و پایش توسط همکاران بخش های هموویزیلانس به خصوص در ماه اول استقرار با فواصل ۱۰-۱۲ بار نظارت در ماه و سپس در ماه های بعدی با فواصل بیشتر انجام می شود. طبق الگوریتم اجرایی سیستم هموویزیلانس در بیمارستان ها، عوارض گزارش شده توسط پزشکان هموویزیلانس (پزشکان آموزش دیده) از تمامی مراکز درمانی در استان های مرتبط در جلسات مربوطه بررسی و تحلیل شده و برای آن ها با توجه به ماهیت عارضه، اقدامات اصلاحی یا پیشگیرانه مناسب اتخاذ شده و بر حسب مورد به آن مرکز یا کل مراکز درمانی اعلام می شود . قابل ذکر است که جهت اجرای نظام پروتکل آن که به شرح فوق و خلاصه گفته شده است هر مرکز نیز موظف است پزشک ارشد هموویزیلانس و پزشک هموویزیلانس را معرفی کند و به پزشکان منتخب این وظیفه ابلاغ گردد .

پزشکان همووژیلاز :

در هر بیمارستان و بخش مستقل باید پزشک مسئول همووژیلاز که ترجیحاً از رشته های مرتبط باشد انتخاب و مسئولیت آن را بعهده گیرد.

فرم های همووژیلاز :

بدنبال اجرای نظام فرم هایی جایگزین فرم های قبلی می گردد و هر فرآورده فرم مخصوص و جداگانه ای دارد که شامل :

۱- فرم مخصوص درخواست خون و فرآورده های خون به رنگ سبز و صورتی که در دو نسخه پر می شود بررسی می شود و هر دو نسخه به بانک خون ارسال می شود و نسخه صورتی در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال می گردد .

۲- فرم درخواست خون و فرآورده خونی به طور اورژانس (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه) که توسط پزشک حتماً پر می شود و در ۲ نسخه تکمیل می شود و پس از ارسال به بانک خون و ثبت درخواست تکمیل قسمت مربوط توسط بانک خون نسخه صورتی در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی جهت نگهداری مجدداً به بخش ارسال می گردد.

۳- فرم درخواست پلاکت فرزیس که به رنگ بنفش و در ۲ نسخه تکمیل می شود پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست و تکمیل قسمت مربوط توسط بانک خون نسخه صورتی رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده مجدداً به بخش ارسال می گردد .

۴- فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز نیز در دو نسخه و توسط پزشک و پرستار تکمیل می شود و نسخه اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخه صورتی رنگ به بانک خون برگردانده می شود که باید به طور دقیق و خوانا و صحیح پر شود . (سه نسخه بود، دو نسخه گردد)

۵- فرم نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد (□□□□) پلاکت و کرایو که مانند فرم قبلی، نیز باید پرو ضمیمه شود.

۶- فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده که قسمت های مربوط به تکمیل توسط پزشک هموویزیلانس و تکمیل توسط پرستار و دفتر هموویزیلانس مرکزی (استانی) که معمولاً انتقال خون در مرکز می باشد. حداکثر ظرف ۴۸ ساعت پس از وقوع عارضه باید به تهران فاکس شود و اصل فرم را تا زمان تحویل آن به پایگاه انتقال خون در دفتر پرستاری و کپی آن در پرونده بیمار نگهداری شود.

آشنایی با انواع فرآورده های خونی و نحوه نگهداری و اندیکاسیون ها و علائم اختصاری :

خون اگر به طور مناسب به کار رود حیات بخش است اما شواهد نشان می دهند که خون و فرآورده های آن اغلب به طور نامناسب مورد استفاده قرار می گیرند اندیکاسیون های بالینی تجویز فرآورده های خونی متفاوت است . شرایط بالینی بیماران تعیین می کند که تجویز کدام عنصر خونی اندیکاسیون دارد . پرستار باید تشخیص دهد که در شرایط گوناگون، بیمار به کدام فرآورده خونی نیاز دارد . قابل ذکر است بیمارانی که نیاز به بیش از یک واحد خون دارند برای تزریق هر واحد نیاز به تهیه نمونه جدید خون جهت کراس میج می باشد .

انواع فرآورده خونی و موارد کاربرد بالینی :

۱- خون کامل : (□□□□□□□□□□)

خون کامل حاوی ۴۵۰ میلی لیتر خون به اضافه ۶۳ میلی لیتر ماده نگهدارنده (□□□□□□) می باشد . همتوکریت آن به طور متوسط ۴۰٪ است و در حرارت ۶-۱ درجه نگهداری و تا ۳۵ روز قابل مصرف می باشد تزریق خون کامل همگروه از نظر سیستم □□□□□□□□ با گیرنده الزامیست .

در فرد بالغ مصرف یک واحد آن هموگلوبین را □□□□ ۱ و همتوکریت را ۴-۳٪ افزایش می دهند .

اندیکاسیون های مصرف خون کامل :

۱. جایگزینی بیش از یک حجم خون یا بیش از ۵-۴ لیتر در طی ۲۴

ساعت

۲. تعویض خون

۳. عمل بای پس قلبی ریوی

موارد کنترا اندیکاسیون خون کامل :

۱- نارسایی احتقانی قلب

۲- آنمی مزمن

گلوبول قرمز متراکم

حجم هر واحد تقریباً ۲۵۰ است هماتوکریت گلوبول قرمز ۶۵ تا ۸۰ درصد می باشد مدت نگهداری در درجه حرارت ۱-۶ درجه تا ۳۵ روز با ماده ضد انعقاد است . سرعت تزریق در بالغین ۱۵۰-۳۰۰ میلی لیتر در ساعت و در بچه ها ۵-۲ میلی لیتر به ازای هر کیلو گرم در ساعت است . تزریق همگروه و یا سازگار از نظر سیستم با پلاسمای گیرنده الزامیست. در فرد بالغ ملزم یک واحد از آن هموگلوبین را و هماتوکریت را ۳-۴ درصد افزایش می دهد .

اندیکاسیون های مهم تزریق

- آنمی علامتدار در یک بیمار با حجم خون طبیعی و علائمی مانند نارسایی احتقانی قلب، آنژین
- از دست دادن حاد خون بیشتر از ۸۵٪ حجم خون تخمین زده شده

()

سایر فرآورده های گلبول قرمز :

۱- گلبول قرمز شسته شده

۲- گلبول قرمز کم لوکوسیت

۳- گلبول قرمز اشعه داده شده

۴- گلبول قرمز منجمد شده- گلبول- قرمز شسته شده:

()

□□□ متراکم را با استفاده از ۱-۲ لیتر نرمال سالین شستشو می دهند . هدف از این کار کاهش واکنش های آلرژیک شدید است از این فرآورده در پورپورای پس از تزریق خون استفاده می شود در بیماران تالاسمی هم استفاده می شود در این فرآورده حدود ۲۰٪ □□□ و ۸۵٪ از □□□ و ۹۹٪ پلاسمای اولیه کاهش می یابد . حجم نهایی حدود ۳۰۰ میلی لیتر . این فرآورده بعد از شستشو ظرف مدت ۲۴ ساعت باید تزریق شود .

پلاکت متراکم :

هر واحد پلاکت □□□ ۶۰/۴۵ از پلاسما تهیه می کنند و ۵-۳ روز قابل نگهداری است و عمر کوتاهی دارد موارد استفاده در کاهش پلاکت می باشد.

پلاسمای تازه منجمد : ()

به پلاسمایی میگویند که حداکثر طی ۸-۶ ساعت پس از جمع آوری خون کامل از آن جدا و سریعاً منجمد شود .

کاربرد : کمبود فاکتورهای انعقادی در □□□ ، برگشت سریع اثر وارفارین — در درمان □□□

کنتراندیکاسیون □□□ : به عنوان افزایش دهنده حجم — به عنوان منبع تغذیه — کمبود یا نقص سیستم ایمنی — التیام زخم .

کرایو پرسیپتیت

□□□□□□□□□□□□□□□□

حجم این فرآورده ۱۰-۲۰ □□ و پس از آب شدن حداکثر تا ۶ ساعت باید مصرف شود □

موارد استفاده: کمبود فیبرینوژن – بیماران فون ویلبراند – کمبود فاکتور ۸ خونریزی در بیماران اورمیک

مطلع کردن بیمار: توضیح اهداف درمانی تزریق خون به بیمار و خویشاوندان وی گفته شود. برای تعیین هویت هر بیمار شماره پرونده از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این شماره باید بر روی لوله های نمونه و فرم درخواست خون و پرونده ثبت شود.

یخچال خون:

خون کامل، گلبولهای قرمز و پلاسمای تازه منجمد که از انجماد خارج شده بعد از ارسال از بانک خون باید ظرف مدت ۳۰ دقیقه تزریق شوند. در صورتی که ترانسفوزیون انجام نشود باید آنها را در دمای ۲ تا ۶ درجه سانتی گراد نگهداری نمود. یخچالهای خون باید منحصراً خاص ذخیره سازی خون باشند.

نحوه تزریق فرآورده های خون:

هر بیمارستان باید از روش عملیاتی استاندارد مکتوبی جهت تزریق فرآورده ها و عناصر خونی به ویژه در شناسایی بیمار، کیسه خون و مستندات مربوط به آن استفاده کند.

برچسب سازگاری: ۱- شامل اطلاعات ۲- شماره سریال ۳- نام و نام خانوادگی بیمار ۴- شماره پرونده بیمار ۵- نام بخش بستری ۶- گروه □□ و □□ بیمار ۷- گروه خونی کیسه خون ۸- تاریخ انقضاء کیسه خون ۹- تاریخ آزمایش سازگاری.

کنترل کیسه خون :

قبل از ارسال از بانک خون در هنگام تحویل و ورود به بخش یا اتاق عمل قبل از تزریق در موارد زیر نباید از واحد خون جهت تزریق استفاده نمود . در صورتی که واحد خون بیش از ۳۰ دقیقه خارج از یخچال قرار گیرد، آثار و علائم نشت یا باز شدن کیسه خون مشاهده شود و یا رنگ پلاسما صورتی یا قرمز باشد .

کنترل هویت بیمار و فرآورده های خونی قبل از تزریق :

برای بار آخر هویت بیمار را باید کنترل نمائیم . این بررسی و شناسایی بیمار باید برای بار آخر قبل از تزریق فرآورده خونی بر بالین بیمار انجام شود . خون یا فرآورده های خونی باید از نظر گروه □□□□□□ و تاریخ انقضاء کیسه خون نشت کیسه، رنگ غیر طبیعی و همولیز بررسی شود .

محدوده های زمانی مناسب برای تزریق فرآورده های خونی :

تزریق خون کامل طی ۳۰ دقیقه بعد از خارج شدن کیسه از دمای ۲ تا ۶ درجه و حداکثر طی ۴ ساعت باید تزریق شود .

پلاکت کنسانتره را باید به محض دریافت از بانک خون تزریق نمود و باید ظرف مدت ۲۰ دقیقه تزریق گردد .

در هنگام استفاده از □□□□□□ باید آن را در ۳۷ درجه سانتی گراد ذوب کرد و پس از ذوب شدن در عرض حداکثر ۴ ساعت مصرف کرد . چنانچه پلاسمایی پس از ذوب شدن مورد استفاده قرار نگیرد، می توان آن را در یخچال در دمای ۱ تا ۶ درجه سانتی گراد گذاشت و تا ۲۴ ساعت، هنوز هم به عنوان پلاسمای تازه مورد استفاده قرار داد □□

□□ سرعت تزریق در بالغین: ۳۰۰-۲۰۰ میلی لیتر در ساعت □

□□□ سرعت تزریق در بچه ها: ۱۲۰-۶۰ میلی لیتر در ساعت □

*باید از طریق فیلتر ۲۶۰-۱۷۰ میکرونی (صافی استاندارد) تزریق شود.

وسایل مورد استفاده در ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن :

- ۱- استفاده از کاتتر بزرگ (آنژیوکت طوسی یا سبز) کاتتر کوچک احتمال همولیز را افزایش می دهد .
- ۲- فیلتر استاندارد خون : تمام فرآورده های خونی باید از طریق فیلتر استاندارد تجویز شوند . هر فیلتر استاندارد خون حداکثر برای ۴ واحد خون استفاده می شود یک فیلتر استاندارد خون باید حداقل هر ۱۲ ساعت تعویض شود . اما در محیطهای خیلی گرم این ست را در فواصل زمانی کوتاهتر باید تعویض شود . جهت تزریق پلاکت کنسانتره باید از ست تزریق خون یا پلاکت که با محلول □□□ شستشو داده شده است استفاده کرد .
- از فیلتری که برای ترانسفوزیون □□□ استفاده شده نباید برای پلاکت استفاده کرد . چون سلولهای به دام افتاده از منافذ فیلتر عبور نمی کنند .
- ۳- دستکش لاتکس
- ۴- گان و محافظ صورت
- ۵- سرم □□□ که حتماً باید بر بالین بیمار باشد .

گرم کردن خون :

به صورت روتین توصیه نمی شود دمای خون گرم شده نباید از ۴۲ درجه فراتر رود و اگر خون گرم شود ولی مصرف نشود بایستی دور ریخته شود . خون سرد می تواند در رگی که تزریق از آن راه صورت می گیرد اسپاسم ایجاد کند در این صورت بهتر است از حوله گرم و خشک به طور موضعی استفاده شود. تزریق خون خیلی سرد باعث ایست قلبی می شود هرگز خون را در ظرف حاوی آب داغ یا دستگاه مایکروویو قرار ندهید چون باعث همولیز □□□ و آزاد سازی یون پتاسیم می شود .

فرآورده های خونی و فرآورده های دارویی :

هیچ فرآورده دارویی و هیچ محلول تزریقی به غیر از □□□ را نباید به فرآورده خونی افزود حداکثر حجم □□□□□□□□□□ عنوان شده است . محلول رینگر لاکتات حاوی کلسیم و باعث لخته شدن خون سیتراته می شود . محلول دکستروز ۵٪ باعث لیز □□□ می شود .

واکنش های انتقال خون : عوارض حاد مرتبط با تزریق خون □□

تعریف : هر نوع نشانه یا علامت ناخواسته یا نا مساعدی که در حین و یا به فاصله ۲۴ ساعت از انتقال یک واحد خون یا فرآورده رخ می دهد، ناشی از تزریق خون است مگر خلأش ثابت شود □□

یکی از اشتباهات شایعی که رخ می دهد، از فرد بیمار بر اساس فرم درخواست خون گیری می شود، ولی مشخصات فرد دیگری روی برچسب لوله نمونه بیمار نوشته می شود. □

علائم و نشانه های عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران هوشیار

علائم عمومی: تب - درد قفسه سینه - درد کمر - درد عضلانی - سردرد

علائم سیستم عصبی: گزگز اندام ها

علائم سیستم تنفسی: تاکی پنه تنگی نفس - ویز

علائم گوارشی: تهوع - استفراغ - کرامپ شکم - خونریزی دستگاه گوارش

علائم قلبی - عروقی: تغییرات ضربان قلب (تاکی کاردی، برادیکاردی)

علائم کلیوی:

تغییر در رنگ ادرار - تغییرات در حجم ادرار (الیگوری، آنوری)

علائم جلدی: راش - کهیر - خارش

احساس گرما در محل تزریق یا در طول رگ □□

علائم در بیمار غیر هوشیار

نبض ضعیف

تب

افت فشار خون یا افزایش فشار خون

تغییر در رنگ ادرار □

افزایش خونریزی در محل جراحی □

تاکی کاردی، برادیکاردی

الیگوری، آنوری

واکنش های حاد تزریق خون در ابتدای امر ممکن است، تظاهرات یکسان داشته باشند بنابراین هر نشانه ای باید جدی گرفته شود و تزریق خون متوقف تا علت مشخص گردد. □

بررسی نشانه های مهم عوارض حاد مرتبط با تزریق خون

تب: □

□ افزایش ۱ درجه سانتی گراد یا بیشتر در دمای پایه بدن طی تزریق خون و یا در طی ۱-۲ ساعت بعد از اتمام تزریق خون □□

اقدامات فوری: □

□ قطع تزریق خون و باز نگاه داشتن مسیر وریدی با نرمال سالین

□ چک مجدد علائم حیاتی

□ تایید هویت بیمار با توجه به مستندات موجود (کیسه خون - فرم درخواست خون و...) به جهت کسب اطمینان از تزریق فرآورده مورد نظر به بیمار مورد نظر □

□ اطلاع به بانک خون □ اطلاع به پزشک معالج

□ ارسال کیسه و ست تزریق خون - نمونه خون و ادرار جدید از بیمار بعد از وقوع عارضه به بانک □

□ پیگیری و تحت نظر گرفتن شدید بیمار □

ادامه تزریق (البته پس از قطع اولیه خون) □□□□□□ در مورد بحث می باشد و بستگی به نظر پزشک معالج - وضعیت بالینی بیمار و نتایج آزمایشات انجام شده از جمله رد واکنش همولیتیک داشته و در صورت ادامه تزریق باید با نظارت دقیق و شدید پزشک معالج و پرستار انجام شود.

تنگی نفس:

اقدامات فوری: قطع تزریق خون و باز نگاه داشتن مسیر وریدی با نرمال سالین - چک مجدد علائم حیاتی -
تایید هویت بیمار با توجه به مستندات موجود (کیسه خون - فرم درخواست خون و ...) به جهت کسب
اطمینان از تزریق فرآورده مورد نظر به بیمار مورد نظر

-اطلاع به بانک خون

□ اطلاع به پزشک معالج

-ارسال کیسه و ست تزریق خون - نمونه خون و ادرار جدید از بیمار بعد از وقوع عارضه به بانک خون □

کهنیر: □ کپروسایر علائم احتمالی همراه، ادم صورت، ادم راههای هوایی، علائم و نشانه های سیستم تنفسی
تحتانی، افت فشار خون، شوک □

اقدامات فوری:

□ قطع تزریق خون و بازنگاه داشتن مسیر وریدی با نرمال سالین

-تایید هویت بیمار با توجه به مستندات موجود (کیسه خون - فرم درخواست خون و ...) به جهت کسب
اطمینان از تزریق فرآورده مورد نظر به بیمار مورد نظر □ □ چک مجدد علائم حیاتی

اطلاع به بانک خون

□ اطلاع به پزشک معالج

□ ارسال کیسه و ست تزریق خون - نمونه خون و ادرار جدید از بیمار بعد از وقوع عارضه به بانک خون □

اقدامات مورد نیاز:

تجویز آنتی هیستامین مانند: دیفن هیدرامین طبق دستور پزشک، ادامه تزریق خون با نظارت دقیق و شدید پرستار و پزشک معالج در صورتی که کهیر پوستی کمتر از ۲/۳ سطح بدن باشد و بیمار علامت دیگری نداشته باشد و کهیر بیمار به درمان جواب داده و فروکش کرده باشد (با دستور کتبی پزشک)

توجه:

در صورتی که کهیر تمام سطح بدن را فرا گرفت و یا با سایر علائم سیستمیک همراه شد بایستی بلافاصله تزریق خون مجدداً قطع و اقدامات حمایتی - درمانی آغاز گردد.

افت فشار خون:

تعریف:

کاهش واضح فشارخون سیستولیک و یا دیاستولیک. در کم فشاری مرتبط با تزریق خون بیمار علائم و نشانه های عوارض دیگر انتقال خون مانند (تب - لرز - تنگی نفس و...) وجود ندارد. درجه کاهش فشار خون که برای تشخیص لازم است مورد بحث بوده و در کل کاهش ۳۰-۱۰ می لیتر جیوه را در فشار سیستول یا دیاستول خون شریانی به نسبت مقدار پایه قبل از تزریق در نظر می گیرند. کاهش فشار خون در خلل تزریق آغاز شده و با قطع تزریق خون بلافاصله بر طرف می گردد. چنانچه افت فشار خون تا ۳۰ دقیقه بعد از قطع تزریق خون بر طرف نگردد قطعاً تشخیص دیگری مطرح می باشد.

اقدامات فوری:

قطع تزریق خون و بازنگاه داشتن مسیر وریدی با نرمال سالین، تایید هویت بیمار با توجه به مستندات موجود (کیسه خون - فرم درخواست خون و ...) به جهت کسب اطمینان از تزریق فرآورده مورد نظر به بیمار مورد نظر. چک مجدد علائم حیاتی، اطلاع به بانک خون - ارسال کیسه و ست تزریق خون - نمونه خون و ادرار جدید از بیمار بعد از وقوع عارضه به بانک خون. اطلاع به پزشک معالج.

آلودگی باکتریایی

منشأ آلودگی: ورود فلورنرمال از پوست اهداء کننده در هنگام اهداء خون-باکتری می مخفی در اهداء کننده- ورود باکتری در حین جمع آوری - تهیه و ذخیره سازی فرآورده، بیشتر با فرآورده های پلاکتی اتفاق می افتد چون در دمای اتاق نگهداری می شوند.

علائم:

تب - لرز - تاکی کاردی - افت فشار خون - شوک - نارسایی کلیه

درمان: تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف، عودت کیسه خون به بانک خون جهت انجام کشت و رنگ آمیزی گرم.

حفظ برون ده ادراری، بررسی عوارض احتمالی موجود نظیر نارسایی کلیوی و یا تنفسی و

پیشگیری:

بررسی کیسه خون قبل از تزریق از جهت وجود علائم، همولیز، کدورت، گاز، تغییر رنگ، لخته توسط پرسنل بانک خون و پرستار، بهتر است تزریق فرآورده گویچه قرمز در طی دو ساعت و تزریق پلاکت یا پلاسما در خلال ۶۰ - ۳۰ دقیقه کامل شود فرآورده حداکثر می تواند ۳۰ دقیقه در دمای اتاق (۲۴-۲۰) سانتی گراد پس از خروج از بانک خون در بخش نگهداری شود.

واکنش تب زای غیر همولتیک

تعریف: افزایش ۱ درجه سانتی گراد یا بیشتر در دمای پایه بدن طی تزریق خون و یا در طی ۱-۲ ساعت بعد از اتمام تزریق خون

مکانیسم: وجود آنتی بادی بر علیه آنتی ژن موجود بر روی گلبول های سفید در گیرنده خون، تجمع سیتو کین های تب زای محلول در واحد اهداء شده در حین ذخیره سازی

تعریف: شروع ناگهانی هیپوکسمی در حین تزریق خون و یا ۶ ساعت پس از تزریق به همراه ادم دو طرفه ریوی با منشأ غیر قلبی در بیماری که سابقه چنین مشکلی را قبل از تزریق نداشته است.

علت: در بیشتر موارد علت وجود آنتی بادی بر علیه آنتی ژن موجود بر روی گلبول های سفید در اهداء کننده خون می باشد.

علائم: تنگی نفس - هیپوکسمی - تب - تاکی کاردی - سیانوز - لرز - ادم ریوی

درمان: درمان حمایتی است. اکسیژن درمانی در صورت هیپوکسمی بیمار. مکانیکال و نتیلایسون در موارد شدید، دیورز اندیکاسیون ندارد، ارزش استروئید ها در درمان ثابت شده نیست

واکنش های همولیتیک تاخیری

بر طبق تعریف حد اقل ۲۴ ساعت پس از تزریق خون اتفاق می افتد. ممکن است بروز علائم روزها تا هفته طول بکشد.

علائم بالینی: همولیز معمولاً به صورت خارج عروقی است اما همولیز داخل عروقی نیز ممکن است اتفاق بیفتد. کم خونی غیر منتظره و تب به دنبال تزریق فرآورده گلبول قرمز مشخصه است. علائم بالینی دیگر: زردی - درد قفسه سینه - تنگی نفس به ندرت ممکن است علائم نارسایی حاد کلیوی ایجاد شود

در بیماران مبتلا به بیماری سلول داسی شکل ممکن است ایجاد کریز کند که شامل علایمی نظیر راش ماکولو پاپولر، انتروکولیت و اسهال، تب، اختلال عملکرد کبدی و پان سیئوپنی. راش در تنه شروع شده و سپس و ممکن است به اندام ها هم برسد.

مراقبت های پرستاری :

کنترل کردن دقیق دستور پزشک - ارتباط با بیمار و توضیح دادن در مورد انجام کار و مراحل آن - پرسیدن در مورد واکنش های قبلی تزریق خون از بیمار، گرفتن رضایت نامه از بیمار و همراه وی برای تزریق خون، توصیه و آموزش به بیمار در مورد گزارش کردن علائم غیر طبیعی مثل: لرز، سرگیجه، راش،

- در صورت تب، برافروختگی، تنگی نفس، خارش، سرگیجه و راش جریان خون قطع می‌شود و رگ بیمار را با نرمال سالین بازنگه داشته و به پزشک اطلاع داده شود.
- در صورت عدم واکنش به ترانسفوزیون سرعت آن را افزایش می‌دهیم.
- در آخر ترانسفوزیون علائم حیاتی مجدد گرفته خواهد شد و سپس نحوه اجرای ترانسفوزیون، شماره کیسه، زمان شروع و اتمام، مقدار و نوع فرآورده و واکنش های بیمار و میزان سرم تزریقی در گزارش پرستاری ثبت می‌شود.

وظایف سازمان انتقال خون

در این مسیر انتقال خون نقشی بسیار موثری را دارد که وظائف این ارگان شامل :

- ۱- انتخاب اهدا کننده سالم :
- ۲- انجام یک سری آزمایشات لازم بر روی خون های اهدایی (بررسی □□□□□□□□□□□□□□ و سیفلیس و تعیین گروه خون)
- ۳- تهیه فرآورده های مختلف نظیر گلبول قرمز، پلاکت، پلاسما، کرایو و ...
- ۴- نگهداری صحیح فرآورده های خونی
- ۵- پخش خون

روند درخواست خون

برگه درخواست خون براساس دستور پزشک مربوطه با توجه به □□□ و وضعیت بیمار ارائه می‌گردد. ۲ نمونه الزامی است، اول نمونه □□□□ دار یا همان □□□ جهت تعیین گروه خون بیمار و دوم نمونه لخته جهت تهیه سرم بیمار. بهتر است از ورید برای گرفتن نمونه خون استفاده شود.

مهمترین نکته در تهیه نمونه خون قبل از تزریق □

تایید هویت بیمار

چنانچه بیمار هوشیار است : قبل از نمونه گیری از خود فرد، نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد را پرسیده و مشخصات بیمار را با پرونده و اطلاعات فرم درخواست خون و مچ بند مقایسه نمایید .

مطابقت مچ بند با اطلاعات پرونده و فرم درخواست تکمیل شده خون چنانچه بیمار غیر هوشیار است (یا موارد اورژانس) باید طبق دستورالعمل های داخلی در هر بیمارستان شناسایی این بیماران تعریف شده باشد. به عنوان مثال می توان از یک نام مستعار و شماره پرونده بیمار جهت شناسایی استفاده نمود .

تهیه نمونه خون قبل از تزریق خون :

در زمان خونگیری چنانچه بیمار در حال دریافت مایعات تزریقی از یک دست است به منظور اجتناب از ترکیب نمونه با مایعات تزریقی بهتر است از بازوی دیگر بیمار استفاده کرد.

نمونه جهت ارسال به آزمایشگاه باید عاری از هرگونه همولیز باشد . بستن تورنیک به مدت طولانی و جرخاندن سرنگ و سوزن در دست بیمار جهت یافتن رگ از مواردی است که باعث همولیز می شود .

نمونه برای انجام آزمایشات باید تازه باشد.

اقدامات قبل از تزریق :

تحويل گرفتن خون و فرآورده توسط بخش

اگر کیسه خون و یا فرآورده دارای هر یک از شرایط زیر باشد به بانک خون عودت داده شود

هرگونه نشت از کیسه

رنگ غیرطبیعی (بنفش – ارغوانی و ...)

• به گروه خون □□□ نمی توان هیچ گلبول قرمزی داد

• در موارد اورژانس می توان خون □□□□□ به فرد □□□□□ تزریق کرد اما اگر خون □□□□□ به فرد □□□□□ تزریق شود باید سریعاً آمپول روگام به این فرد تزریق شود □.

• اگر حتی وقت کافی برای تعیین گروه نباشد به بیمار خون □ - تزریق می کنیم . (همه موارد باید با دستور کتبی پزشک انجام شود)

۲- آزمایش سازگاری (□□□□□□□□)

این آزمایش جهت تشخیص آنتی بادی های موجود در سرم دهنده بر علیه گلبول گیرنده و یا تشخیص آنتی بادی های موجود در سرم گیرنده بر علیه گلبول دهنده به کار می رود . اگر □□□□□□□□□□ مثبت شود نباید تزریق خون انجام شود . بعد از اتمام □□□□□□□□□□ و در صورت □□ بودن یک کورد از کیسه خون و سرم بیمار بایگانی می شود که اگر بعد از تزریق خون اتفاقی برای بیمار افتاد امکان تکرار آزمایش وجود داشته باشد . □□□□□□□□□□ تستی است که پرسنل آزمایشگاه را می توان به دادگاه بکشاند.

کیسه خون در حین آزمایش □□□□□□□□□□ باید درون یخچال ۶-۲ سانتی گراد باشد . نهایت زمانی که کیسه خون می تواند در محیط بیرون بماند ۳۰ دقیقه است. لذا پرسنل محترم بخش ها نیز بعد از دریافت خون از آزمایشگاه به این نکته باید توجه کافی را داشته باشند .

داروهای رایج مورد استفاده در بخش جراحی یک :

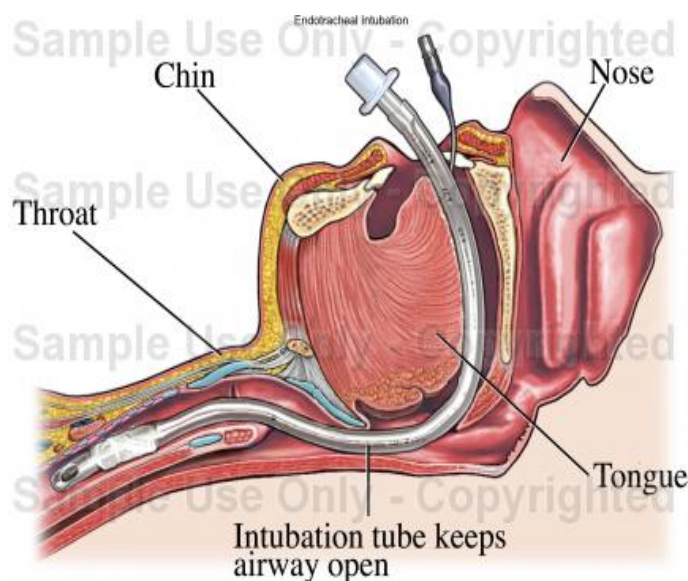
سفتریاکسون	مترونیدازول	سفازولین	رانیتیدین	پنتاپرازول
پتیدین	پتاسیم کلراید	وانکومايسين	ایمی پنم	مروپنم
هپارین	دیکلوفناک	استامینوفن	آپوتل	آلبومین
کترولاک	مورفین	انوکسپارین	پنتوکسی فیلین	پنتاپرازول
آسپرین	آترواستاتین			

در صورت ثبت دستورات آلبومین یا برخی آنتی بیوتیک ها مانند وانکومايسين، ایمی پنم، مروپنم از فرم مخصوص و با تایید پزشک داروساز مرکز استفاده میشود که در صورت تایید پزشک داروساز و (ارسال مشاوره عفونی ممهور به مهر اساتید عفونی جهت تایید بیمه) دارو به بخش تحویل داده میشود در غیر اینصورت دارو به بخش تحویل داده نمیشود.

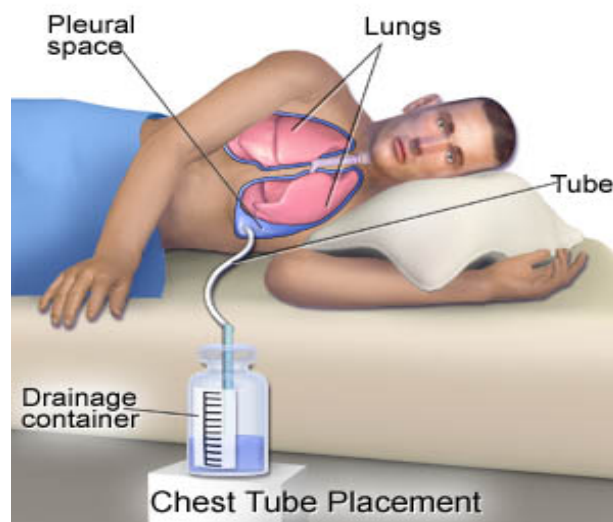
پروسیجریهای تهاجمی شایع در بخش:

۱- اینتوباسیون:

در مواردیکه بیمار دچار افت SpO_2 شده است، آسیب و انسداد راههای هوایی، دیسترس تنفسی، کاهش واضح SaO_2 و در زمان ارست قلبی و تنفسی

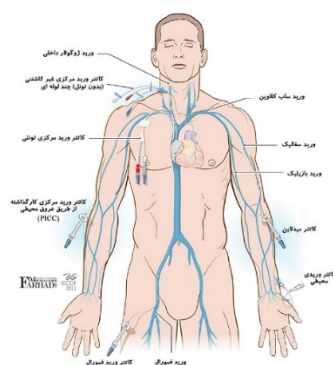


۲- تعبیه چست تیوب: در مواردی نظیر هموتوراکس، پنوموتوراکس و ترومای نافذ قفسه سینه و آسیب ریه ها...



۳- تعبیه کاتتر ساب کلاوین:

در موارد اندیکاسیون همودیالیز، قبل از عمل تعبیه □□□ و در زمان خونریزی وسیع و احتمال شوک و یا اعمال جراحی تروماهای وسیع به منظور جلوگیری از شوک جهت دریافت فراورده های خونی



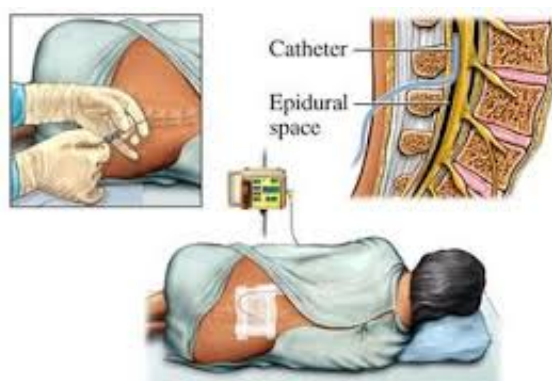
۴- تعبیه کاتتر ژوگولار

۵- تعبیه □□□□□□□□□□ جهت تعیین فشار ورید مرکزی و یا انفوزیون □□□

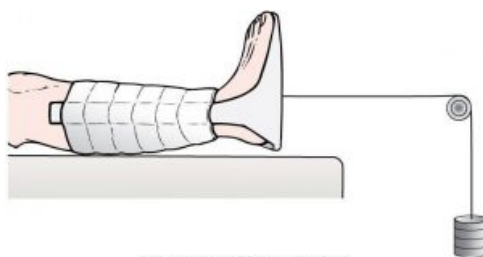
۶- کات دان وریدی : در مواردی نظیر عدم دسترسی به وریدهای محیطی جهت تعبیه آنژیوکت یا شروع □□□ تراپی

۷- تعبیه □□□

۸- تعبیه کاتتر اپیدورال: توسط متخصص بیهوشی در اتاق عمل انجام میشود.



۹- تراکشن استخوانی: توسط رزیدنت ارتوپدی جهت ایجاد کشش در اندام به دو صورت استخوانی و پوستی انجام میشود و میزان کشش بستگی به درخواست ارتوپدист دارد.



۱۰- ترانسفوزیون خون : با دستور کتبی پزشک و چک دو پرستار در مراحل چک، اخذ، کنترل و ترانسفوزیون که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه در زمان اولین ترانسفوزیون دارد و توسط نرسینگ اخذ رضایت انجام میشود .

پروسیج‌های تهاجمی بخش جراحی یک

۱. مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیج‌های) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی
۲. هرگونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست همراه باشد
۳. هرگونه پروسیجری که درانجام آن، بیحسی موضعی، بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
۴. آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست مانند: تعبیه چست تیوب، توراسنتز، مایع پلور یا آسیت
- . بیوپسی از پستان □، کبد □، عضلات □، لنف □، پوست □
- . پروسیج‌های لاپاراسکوپیک مانند: کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک □□□□□ و آپاندکتومی □
- . پروسیج‌های تهاجمی رادیولوژی از قبیل آنژیوپلاستی، بیوپسی زیرجلدی و تخلیه آبسه □
- . گذاردن کاتتر ورید مرکزی □
- . گذاردن □□□
- . لاواژ پری‌توئن □
- . تراکتوستومی □
- . ترانسفوزیون خون □
- . دیالیز خونی □
- . دیالیز صفاقی □
- . پلاسمافرز □
- . کلونوسکوپ و آندوسکوپ □

تعبیه سوند فولی، تعبیه لاین وریدی، سوند معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شوند و نیاز به اخذ رضایت از بیمار ندارند. پروسیجرهای تهاجمی بخش ضمن توضیح در ذیل در بولتن بخش نیز موجود می باشند که برای تمامی پروسیجرهای تهاجمی حتما رضایت عمل آگاهانه از بیمار و همراهان وی اخذ می شود.

همچنین اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی و اختلال هوشیاری الزامی نیست. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد اعمال جراحی و پروسیجرها حداکثر ۳۰ روز می باشد. برخی از اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی در خارج از مرکز انجام میشوند که با وجودی که اعمال خارج از مرکز و توسط مرکز دیگری انجام می شود باز هم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و همراهان وی ضروری میباشد. از جمله این اعمال می توان به اعمال جراحی آنژیوپلاستی، تعبیه استنت برای بیماران آنوریسم آئورت در مرکز مدنی و یا تعبیه ست نفروستومی □□□□ اشاره کرد.

۹ راه حل ایمنی بیمار مطابق با توصیه سازمان جهانی بهداشت به شرح ذیل می باشد:

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

دارودهی:

۱. بیمار صحیح

۲. داروی صحیح

۳. زمان صحیح

۴. راه مصرف صحیح دارو

۵. دوز مصرف صحیح دارو

۶. ثبت صحیح دارو

۷. تجویز صحیح دارو

۸. پاسخ مناسب بیمار به دارو

لیست تجهیزات بخش:

دستگاه □□ شوک نیهون کھون بای فازی یک دستگاه

پالس اکسیمتری پرتابل و پالس اکسیمتری انگشتی یک دستگاه

دستگاه □□□□□ یک دستگاه

مانیتورینگ دیواری دو دستگاه

مانیتورینگ پرتابل یک دستگاه

لارنگوسکوپ دو دستگاه و یک عدد سر صاف (کودکان)

پمپ سرنگی ۶ دستگاه

پمپ انفوزیون سرمی یک دستگاه

اتوافتالمسکوپ یک دستگاه

سیستم احضار پرستاری یک دستگاه

یخچال ۱۵ دستگاه

تلویزیون ۱۰ دستگاه

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 می باشد:

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 بکارگیری 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 ...)

۷. خواب، استراحت و آسایش

تغذیه تعیین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی بیمار سوند گذاری معده □□□□ گاواژ □ و 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 کلهتومی 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 خودکفایی 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 / □□□ / تغذیه کامل وریدی / انجام □□□□□□□□□□، گچ گیری، آتل گذاری، سوند گذاری داخل مثانه، گذاشتن تراکشن، بخیه لایه اول پوست بر قراری خط وریدی □□□□□□□□□□

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

۱- ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و در صورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور

ارائه مراقبت های لازم

۲- ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد

۳- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف از پیش تعیین شده در موقعیت ها و حوادث غیرمترقبه

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

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

- ۶- 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
- ۷- ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل
- ۸- راهنمایی و مشاوره با مددجو در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی، حمایتی و اجتماعی
- ۹- ماده سازی مددجو جهت ترخیص
- ۱۰- پیگیری و ارائه خدمات پرستاری و اقدامات مراقبتی در منزل پس از ترخیص با هماهنگی مرکز درمانی
- ۱۱- انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت ها (آموزش و پژوهش)
- ۱۲- 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
- ۱۳- 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....)
- ۱۴- مشارکت در ارائه خط مشی های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات
- ۱۵- مراقبت از بیمار و خانواده بیمار در حال احتضار و نظارت و کنترل به مراقبت از جسد طبق موازین شرعی
- ۱۶- تحویل بخش به پرسنل شیفت قبل و بعد بر بالین بیماران و گزارش اقدامات انجام شده
- ۱۷- 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
- ۱۸- ثبت کلیه اقدامات انجام شده

شرح وظایف کمک بهیار

کمک بهیار فعالیتهای مشروحه 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 ناخنهای، 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 مددجو (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