چشم انداز

مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز

آموزش خود مراقبتی ویژه بیماران جراحی
به همراه بیماری ها و داروهای شایع بخش جراحی
به سفارش واحد آموزش

تهیه و تنظیم :
فاطمه رضائی

پاییز ۹۹

و تو به نظر خسته تر از همیشه می آیی

در سکوت دل آزار شبهای بیداری

جائی که جز آه دردمند بیماران دلتنگ و آزرده برای تو همزبانی نیست

آری به نظر خسته می آئی...

با وجود این همه حجم سنگین خستگیها. یقین می دانم که تنها تونی که فرصت با خدا بودن را به گران سنگترین قیمتها هم نمی فروشی و میدانم با من هم عقیده ای در این که درد خوبان فروختنی نیست. به جان خریدنی است...

جائی که شب است وتنهایی. تنها تو به این حقیقت ایمان داری که با تو کسی است که گام به گام خستگیها را در می نوردد و در بالین دردمند و رنجور بیمارانت. تا سپیده دمان همراه تو شکیبائی را به شهد معنا می چشاند...

آری تنها تونی که در امتداد شبهای بیداری در بالین رنج و اندوه بیمارانت احساس شیرین التیامی ...

می روی. می آیی. بارها و بارها. به آه سنگین بیماران سر میزنی. در فضای اندوه بیمارانت نفس میکشی و لحظه به لحظه در اندوه ذوب می شوی ...

صدای گامهای استوار تو سینه سنگین سکوت را می شکافد و همراهی تو را به بالین دردمند بیمارانت نوید می دهد.

ای پرستار گامهایت استوار باد

استوار تر از همیشه

با ایمانی به بلندای عشق و ایثار...

اگر دیگران به شیرینی خوابی که در آن غلطیده اند می نازند. تو به رویای کودک بیماری بناز که از لبخند آرام تو. در آغوش مادر به آسودگی به خواب می رود و یا به تبسم بیماری بناز که با شنیدن صدای مهربان تو. با احساس امنیت و آرامشی بی نظیر. در کنار شیرینترین آرزوی بهبودی خود. تو را با دعائی سبز به خدا می سپارد و از اینکه کسی چون تو برای آرامش او بیدار است طوفان آشفتگی دلش را به نسیم سبز آرامش فرا می خواند.

آری بگذار زندگی راه ارزشهای خودش را در پیش بگیرد.

هرکسی به دنبال آرزوهای خود و تو نیز با ارزشهای خودت

تا هر افق روشنی از عشق و اخلاص که میتوانی پر بگشا

وتا همیشه بر مرام خود استوار بمان.

بنام آنکه

فکرت

آموخت ...

سوگند به پروردگاریت که من زیبائیهای بیشماری می بینم در رنجهائی که تو برایم می آفرینی.

تقدیم به تمامی مرزداران حریم سلامت

و

با تشکر ویژه از همکار ارجمندم جناب آقای بختیار امینی دانشجوی ارشد پرستاری، که در تهیه مطالب این کتاب، نهایت همکاری را با اینجانب داشتند.

آنچه شما در این کتاب مطالعه خواهید کرد:

مقدمه

آموزش های بدو ورود..

آنچه که در بدو ورود لازم است بدانید ... (۹)

منشور حقوقی مربوط به خود را مطالعه نمائید. (۱۰)

منشور حقوقی مربوط به پرسنل درمان را نیز مطالعه فرمائید.(۱۲)

نحوه رسیدگی به شکایات را بیاموزید.(۱۳)

با محیط فیزیکی بخش آشنا شوید.(۱۴)

امکانات رفاهی و بهداشتی بخش را در نظر داشته باشید.(۱۵)

نحوه فراخوانی پرستار را بیاموزید.(۱۵)

با قوانین بخش (ساعات و چگونگی ویزیت بیماران، ساعات و نحوه حضور همراهان، نحوه اطلاع از وضعیت بیماری و سیر درمان بیماران و ...) آشنا شوید.(۱۶)

چگونگی رعایت بهداشت فردی و عمومی (۱۶)

چگونگی و نحوه مراقبت از خود(۱۷)

آنچه که در طول بستری در بخش بهتر است بدانید (۲۳)

از درمان انتخابی پزشک معالجتان مطلع شوید.(۲۴)

ساعات ویزیت پزشکتان را بدانید.(۲۴)

پرستار خود را در هر شیفت بشناسید.(۲۵)

داروهای تجویزی خود را بشناسید.(۲۵)

عوارض احتمالی داروهای خود را بدانید.(۲۶)

مسائل مربوط به خود مراقبتی را همچنان رعایت کنید.(۲۶)

از نحوه همکاری با تیم درمانی خود مطلع باشید.(۲۶)

از رژیم غذایی روزانه خود آگاه باشید.(۲۷)

نحوه مراقبت از اتصالات را بدانید.(۲۸)

سوند فولی (ادراری) چیست ؟(۲۸)

سوند معده چیست ؟(۲۹)

درن چیست ؟(۳۲)

چست تیوب چیست ؟(۳۰)

اصول اخذ رضایت آگاهانه را یاد بگیرید.(۳۳)

علائم خطر را بشناسید.(۳۴)

نحوه اطلاع رسانی وضعیت خود را به تیم درمانی بدانید.(۳۵)

آنچه که در هنگام ترخیص باید بدانید

علائم خطر را در منزل بشناسید.(۳۷)

داروها و عوارض احتمالی آنها را بدانید.(۳۷)

نحوه و زمان و مکان مراجعات بعدی را بدانید.(۳۸)

ویزیت اساتید در مطب و درمانگاه بیمارستان(۳۹)

نحوه پیگیری و دریافت نتایج معوقه خود را بدانید.(۳۹)

میزان و نحوه فعالیت خود را در منزل بدانید.(۳۹)

نحوه و نوع تغذیه را بدانید. (۴۰)

چگونگی استحمام را بدانید.(۴۱)

بیماریهای شایع بخش جراحی یک (قسمت اول)–(۴۲)

آپاندیسیت(۴۳)

کله سیستیت – کله لیتیازیس(۵۲)

هموروئید(۶۱)

سینوس پایلوئیدال(۶۵)

فیستول پری آنال(۶۹)

تعریف کله سیستیت و کله لیتیازیس

انواع سنگهای صفراوی

عوامل خطر سنگهای صفراوی

تظاهرات بالینی

بررسی و یافته های تشخیصی

درمان

مراقبتهای قبل از عمل

مراقبتهاب بعد از عمل

۱- تشخیص های پرستاری بعد ازعمل

۲- اقدامات پرستاری

۳- تغذیه

۴- خود مراقبتی بیماران عمل شده

راهنمای خود مرافبتی بعداز کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک

هموروئید

تعریف هموروئید

انواع هموروئید

تظاهرات بالینی

درمان

آمادگیهای قبل عمل

آمادگیهای بعد از عمل

نکات آموزشی حین ترخیص

آموزشهای پیشگیرانه

سینوس یا کیست پایلونیدال (کیست موئی)

تعریف سینوس پایلونیدال

عوامل خطر

علایم بیماری

درمان

آمادگیهای قبل از عمل

مراقبتهای بعد از عمل

تداوم مراقبت

فیستول پری آنال

تعریف فیستول پری آنال

عوامل به وجود آورنده فیستول پری آنال

تظاهرات بالینی

روشهای تشخیصی

درمان

فیستولکتومی

عوارض جراحی فیستول مقعدی

آمادگیهای قبل از عمل

مراقبتهای بعد از عمل

تداوم مراقبت

داروهای شایع بخش جراحی یک (قسمت اول)(۷۳)

سفتریاکسون(۷۴)

مترونیدازول(۷۷۹

سفازولین(۸۱)

هپارین(۸۴)

پنتاپرازول(۸۸)

هوالشافی

مددجوی محترم ضمن عرض خوش آمد گویی و با آرزوی باز یابی و تداوم سلامتی شما عزیزان، کتابچه ای که هم اکنون پیش روی شماست جهت راهنمایی و آموزش شما و همراهان محترمتان تالیف و گردآوری شده است. لطفا" این کتاب را مطالعه نموده و در صورت بروز هر گونه سئوال و یا احساس نیاز به سایر توضیحات آموزشی، از سرپرستار بخش خانم منوچهری و یا اینجانب رضایی مسئول آموزش بخش و یا پرستار مسئول در شیفتهای عصر و شب، رفع اشکال نمایید.

شما در این بخش مدتی چند و بنا بر وضعیت بیماری و سیر درمان خود، میهمان ما می باشید و مطمئنا" تمام تلاش تیم درمانی بخش، متمرکز بر تشخیص و درمان شما عزیزان می باشد تا انشاا.. در سایه الطاف بی بدیل الهی و سعی و تلاش صادقانه تمام خدمتگزاران حیطه سلامت و نیز همراهی و همکاری شما عزیزان، به نتایج مورد انتظار و قابل قبولی در حوضه سلامتی دست یابیم.

آنچه که در بدو ورود لازم است بدانید...

منشور حقوقی مربوط به خود را مطالعه نمائید.

منشور حقوقی مربوط به پرسنل درمان را نیز مطالعه فرمائید.

نحوه رسیدگی به شکایات را بیاموزید.

با محیط فیزیکی بخش آشنا شوید.

امکانات رفاهی و بهداشتی بخش را در نظر داشته باشید.

نحوه فراخوانی پرستار را بیاموزید.

با قوانین بخش (ساعات و چگونگی ویزیت بیماران، ساعات و نحوه حضور همراهان ، نحوه اطلاع از وضعیت بیماری و سیر درمان بیماران و ...) آشنا شوید.

چگونگی رعایت بهداشت فردی و عمومی را یاد بگیرید.

چگونگی و نحوه مراقبت از خود بدانید.

در ابتدا خواهشمندیم قوانین مربوط به منشور حقوق خودتان (بیمار) و پرسنل درمان را مطالعه فرمائید.

منشور حقوق بیمار

*

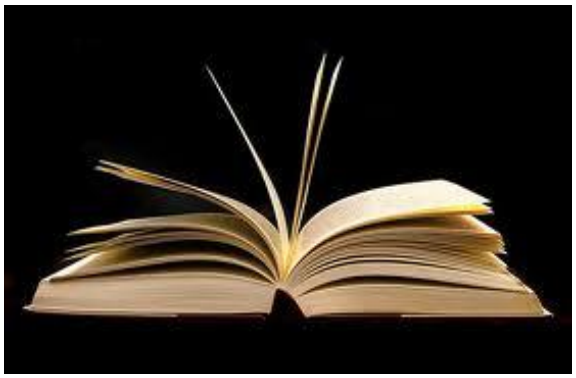
۱–دریافت مطلوب خدمات سلامت، حق بیمار است.

۲–اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۳–حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، باید محترم شمرده شود.

۴–ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

۵–دسترسی به نظام کار آمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.



منشور حقوق بیمار

مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) تبریز

۱ -دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمـــار است.

۲ -اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمـــار قرار گیرد.

۳ -حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۴ -ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

۵ -دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایت حق بیمار است.

منشور حقوق پرسنل و کارکنان عرصه سلامت

حق اول:

کارکنان درمانی حق دارند از هر گونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری مصون باشند.

حق دوم:

کارکنان درمانی حق دارند برای ایفای وظایف شغلی امنیت داشته باشند. (مالی، جانی و شغلی)

حق سوم:

کارکنان درمانی حق دارند از حمایت و مساعدت قضائی و قانونی مسئولین خود در مواردیکه به سبب انجام وظایف شغلی مورد پیگرد قرار میگیرند، برخوردار باشند.

حق چهارم:

کارکنان درمانی حق دارند علیرغم درخواست و اصرار بیماران ، از انجام اعمال خارج از حدود شرع و قانون که موجب آسیب دیدن جسمی و روحی بیمار می شود، امتناع نمایند.

حق پنجم:

کارکنان درمانی حق دارند در تصمیم گیری ها ئیکه بر پایه اصول علمی و قانونی بوده و در محدوده شرح وظایف ایشان است استقلال داشته باشند.

حق ششم:

کارکنان درمانی حق دارند از سلوک مناسب و تکریم از سوی مسئولین، سایر کارکنان، ماموران دولتی، بازرسان، بیماران و همراهان ایشان برخوردار باشند.

حق هفتم:

پرسنا بیمارستان حق دارند در قبال ارائه مراقبت مطلوب و موثر از جانب بیماران و همراهان مورد احترام کامل قرار گیرند

حق هشتم:

کارکنان درمانی حق دارند از آخرین دستورالعملها و روشهای نوین درمانی و آئین نامه هایی که مرتبط با وظایف شغلی آنان می باشد، در چارچوب مقررات مربوطه بهره مند شوند.

حق نهم:

طبق ماده ۶۰۸ قانون مجازات اسلامی هرگونه توهین یا تهدید کارمندان در محیط کاری ۳ الی ۶ ماه حبس و یا ۷۴ ضربه شلاق را شامل می شود.

نحوه رسیدگی به شکایات را بیاموزید.

مددجویان گرامی در صورت وجود هرگونه شکایت با روشهای ذیل میتوانید شکایت خود را عنوان و پیگیری نمائید:

سایت بیمارستان امام رضا تبریز imamreza.tbzmed.ac.ir

صندوق شکایات، که در راهرو مرکز نصب شده است.

تلفنی (۹ – ۰۴۱۳۳۳۴۷۰۵۴)

مراجعه ی حضوری (مسئول بخش، دفتر پیگیری امور بیماران، دفتر پرستاری)

به موضوع مورد شکایت، با تعیین سطح الویت رسیدگی، در قالب:

رسیدگی آنی (مداخله ی اصلاحی بلافاصله توسط دفتر پیگیری امور بیماران و یا سوپروایزر مرکز صورت می پذیرد)،

رسیدگی فوری (مداخله ی اصلاحی حداکثر تا ۶ ساعت توسط دفتر پیگیری امور بیماران و یا سوپروایزر مرکز صورت می پذیرد)،

رسیدگی عادی (مداخله ی اصلاحی حداکثر تا ۲۴ ساعت توسط دفتر پیگیری امور بیماران و یا سوپروایزر مرکز صورت می پذیرد)

و نوع بدون الویت (مداخله در فرصت مناسب پیگیری خواهد شد) ، پاسخ داده خواهد شد.

معرفی فضای فیزیکی بخش جراحی یک

بخش جراحی یک در طبقه دوم ضلع جنوب غربی قرار دارد. دارای ۱۱ اتاق برای بیماران که ۵ اتاق دو تخته و ۶ اتاق ۴ تخته میباشد.

یک اتاق دو تخته به عنوان اتاق ایزوله (جهت بیماران نیازمند به ایزولاسیون) درسمت راست، مجهز به دستگاه مانیتورینگ دیواری و سه اتاق دو تخته دیگر (اتاقهای ۲۰۰۲–۲۰۰۳–۲۰۱۰) مجهز به دستگاه مانیتورینگ دیواری می باشند که برای بیماران بدحال و نیازمند به مانیتورینگ و یا بیماران تحت ونتیلاتور و بیماران نیازمند به کنترل علائم حیاتی هر نیم یا یک ساعت در نظر گرفته شده است. در تمامی اتاقها، سرویس دستشویی و بهداشتی (توالت فرنگی در اتاقهای دو خوابه) و دوش حمام وجود دارد. هر اتاق مجهز به یخچال و تلویزیون میباشد. تختهای بخش مجهز به ساید ریل دو طرفه جهت ایمنی بیمار میباشد. هر تخت مجهز به دستگاه احضار پرستار می باشد که توسط کادر تجهیزات پزشکی بصورت دوره ای کنترل میشود .

شش تخت اکسترا نیز برای بخش در نظر گرفته شده است که با رعایت اصول ایمنی، در صورت اورژانسی بودن شرایط، این تخت های اکسترا نیز فعال میشوند و اکثرا" ضریب اشغال تخت در بخش بالای ۹۵ درصد میباشد .

گاهی اوقات وضعیت بالینی شما و یا سایر بیماران، ایجاب میکند که در بخش (تخت بیماران) جابجایی هایی صورت بگیرد. فلذا خواهشمندیم در خصوص برخی جابجائیها و یا سایر مواردیکه به صلاح شما عزیزان و سایر بیماران گرامی صورت می پذیرد، همکاری بفرمایید.

" استیشن " یا " ایستگاه پرستاری" که در واقع مرکز فرماندهی بخش می باشد، تقریبا" در مرکز بخش قرار دارد و جائیست که کادر پرستاری و پرسنل بخش از آنجا توسط سرپرستار بخش، سازماندهی میشوند و پزشکان نیز اطلاعات مربوط به درمان بیماران را به کادر پرستاری منتقل و از آنجا پیگیری می نمایند.

روبروی ایستگاه پرستاری اتاق کار قرار دارد. در این اتاق داروها و سرمها و برخی تجهیزات و وسایل نگهداری می شوند.

سایر اتاقهای موجود در بخش، اتاق استراحت پرسنل خانم و آقا، انبار تجهیزات، اتاق ملافه ها و لباسها، اتاق استراحت پرسنل خدمات و اتاق البسه کثیف می باشد. در ورودی بخش در طرف راست نیز اتاق مربوط به کار خدمات بخش (تی خانه) قرار دارد.

لازم است بدانید که شما عزیزان حق ورود به این اتاقها را به هیچ وجه ندارید.

امکانات رفاهی و بهداشتی بخش را در نظر داشته باشید.

در ورودی تمام اتاقها سرویس بهداشتی و روشویی تعبیه شده است. در اتاقهای دو خوابه ، سرویس بهداشتی فرنگی و در اتاقهای چهار خوابه، سرویس بهداشتی ایرانی وجود دارد. این سرویسها محدود به بیماران داخل اتاقها نمی باشد و تمام بیماران بنا بر وضعیت خود میتوانند از این سرویسها استفاده نمایند. دوش حمام نیز در تمامی اتاقها وجود دارد. یک دستگاه یخچال در ورودی تمام اتاقها و یک دستگاه تلویزیون در داخل اتاقها، جهت استفاده شما عزیزان قرار دارد .

معرفی زنگ احضار پرستار

درقسمت فوقانی تمام تختها، زنگ احضار پرستار تعبیه شده است که به ایستگاه پرستاری وصل می باشد. این زنگ برای فراخواندن کمک در مواقع بحرانی وضعیت بیمار و یا جهت اطلاع رسانی در زمان تغییر شرایط بیمار و یا اطلاع تغییر وضعیت اتصالات (درنها ، چست تیوب ها ، کاتتر ها و ...) و نیز اعلام نیازها استفاده میشود.

در مورد استفاده از زنگ احضار پرستار، به موارد ذیل دقت فرمائید:

همراه محترم، زمانیکه در کنار بیمار حضور دارید، در صورت وجود هر درخواست و یا سئوالی، بهتر است با فشردن قسمت ضربدری زنگ، با پرستار و یا ایستگاه پرستاری ارتباط برقرار کند و تا حد امکان به استیشن مراجعه حضوری انجام ندهید.

در زمانیکه کنار بیمار حضور ندارید زنگ را در کنار دست بیمار قرار دهید تا خود بیمار در صورت نیاز از زنگ استفاده نماید.

* در زمانیکه همراهی کنار بیمار حضور ندارد، زنگ در کنار دست بیمار قرار داده میشود (توسط پرستار و یا همراه) تا خود بیمار در صورت نیاز از زنگ استفاده نماید.

از تمام همراهان محترم خواهشمندیم در صورت خارج شدن از اتاق بیمار، حتما" زنگ را کنار دست بیمارشان قرار دهند و اگر بیمارشان در وضعیتی قرار دارد که توانائی استفاده از زنگ را ندارد حتما" هنگام خروج از اتاق و یا بخش، پرستار بیمار خود را از خروج خود مطلع سازد.

در سرویس های بهداشتی نیز زنگ احضار تعبیه شده است. لطفا" توجه فرمائید که در شرایطی که در داخل سرویسها دچار مشکل شدید، بایستی از این زنگ استفاده کنید. با توجه به اینکه این زنگ برای شرایط بحرانی در نظر گرفته شده است لطفا" دقت فرمائید که این زنگ با سیفون دستشوئی اشتباه گرفته نشده و کشیده نشود. بارها مشاهده میشود که چنین اشتباهی صورت گرفته و زنگ احضار نا بجا به صدا در آمده است.

با قوانین بخش (ساعات و چگونگی ویزیت بیماران، ساعات و نحوه حضور همراهان، نحوه اطلاع از وضعیت بیماری و سیر درمان بیماران و ...) آشنا شوید.

همراهان عزیز باید توجه فرمایند که بعلت شروع ویزیت بیماران در شیفت صبح کاری و نیز پیگیری و انجام اقدامات درمانی، از ساعت ۷ صبح بایستی از بخش خارج شوند و تنها آن دسته از همراهانی میتوانند در بخش و در کنار بیماران خود بمانند که طبق صلاحدید سرپرستار بخش، برای بیمار مورد نظر حضور همراه ضرورت داشته باشد.

در شیفتهای عصر و شب وجود همراه برای بیماران بلامانع است مگر در شرایطی که پرستار مسئول شیفت صلاح نداند و یا منع قانونی وجود داشته باشد و یا بنا بر صلاحدید پزشک مربوطه، بیمار ممنوع الملاقات باشد. در چنین شرایطی کاملا" منطقیست که همراهان عزیز اصرار نفرموده و همکاری فرمایند.

چگونگی رعایت بهداشت فردی و عمومی

در تمام اتاقها ماده ضد عفونی قرار داده شده است. راهنمای چگونگی استفاده از آن نیز در کنار محلول نصب شده است. شما بایستی در صورت آلودگی و نیاز، دستهای خود را ضدعفونی نمائید.

اگر دستهای شما به ترشحات عفونی و یا خونی آلوده می باشد حتما" با مایع دستشوئی و طبق دستورالعمل موجود بشوئید.

حتما" از ماسک استفاده نمائید.

فاصله اجتماعی را رعایت کنید.

دستهای خود را به چشم ها یتان نمالید و به صورت خود نزنید مگر اینکه قبل از آن، دستهایتان را ضدعفونی کرده و یا شسته باشید.

وسایل شخصی خود را همواره شسته و تمیز نگه دارید.

وسایل خود را هرگز روی زمین نگذارید.

از وسایل شخصی دیگران هرگز استفاده نکنید.

در صورت آلودگی لباس و یا ملافه هایتان ، به پرستارتان اطلاع دهید.

در صورتیکه درن، لوله بینی، لوله ریوی، زخم و یا پانسمان دارید هرگز به آنها دست نزنید.

در صورت نیاز به استحمام پرستار خود را در جریان بگذارید تا بعد از اطلاع به پزشکتان و اخذ دستور کتبی در پرونده، مقدمات استحمامتان را فراهم نماید.

هرگز بدون اطلاع و اجازه از پزشک و پرستارتان حمام نکنید.

موهای خود را با برس شخصی خود مرتب شانه کنید و ناخن های خود را همیشه کوتاه نگه دارید.

در تفکیک زباله ها دقت نموده و طبق پروتکل بهداشتی بیمارستان عمل کنید.

خود مراقبتی

منظور از خود مراقبتی آن است که شما بیماران عزیزان، با در اختیار داشتن اطلاعات لازم و کافی، بتوانید از توان و مهارت خود به عنوان یک منبع استفاده کرده و به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کنید.

اینک مهم است که یاد بگیرید چگونه از خودتان در بخش مراقبت کنید.

۱–به هنگام پذیرش در بخش، پرستار شما مشخص می شود. ایشان کنار تخت شما آمده و اقدامات درمانی شما را پیگیری و انجام می دهد. پرستار شما در بدو ورود شما به بخش، اطلاعات لازم در مورد مراقبت از خودتان را به شما آموزش میدهد. به تمامی این موارد به دقت گوش کنید و اگر مطلبی را متوجه نشدید حتما" از پرستارتان سئوال کنید.

۲–در دو طرف تخت شما، نرده هایی تعبیه شده است. این نرده ها بایستی همیشه کشیده شده باشند تا از سقوط و افتادن شما از تخت جلوگیری نمایند. پس دقت فرمائید در تمام ساعاتی که شما در تخت قرار دارید (چه در زمان خوابیدن و چه به هنگام نشستن) این نرده ها حتما" بالا باشند. به هنگام بالا کشیدن کناره تخت، اگر

نیاز به کمک داشتید اطلاع دهید.

۳–در بدو ورود شما به بخش، دستبندی به مچ دست غالب شما نصب می شود که مشخصات شما در آن درج شده است. این دستبند و مشخصات آن بسیار مهم است چرا که شما به وسیله آن شناسایی میشوید و تمام کارهای درمانی شما بعد از کنترل با دستبند شما و بررسی صحیح بودن آن انجام میگیرد. پرستار شما در

هر شیفت این دستبند را کنترل می کند و با پرونده شما مطابقت می دهد تا اشتباهی در اقدامات درمانی شما (کارهایی که برای درمان شما انجام میگیرد) به وجود نیاید.

در زمان بستری دستبند شناسایی برای تمامی بیماران داده می شود که باید پس از اینکه بیمار شناسایی شد بر حسب وضعیت بیمار با رنگ مشخصی به مچ دست غالب ایشان نصب گردد.

❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋

رنگ بندی مشخص شده دستبند شناسائی برای بیماران :

دستبند سفید

برای بیماران معمولی

دستبند زرد :

برای بیمارانیکه در تقسیم بندی در گروه پرخطر قرار گرفته اند (مادران باردار، کودکان زیر ۱۲ سال، افراد مسن بالای ۶۰ سال ، بیماران روانی، بیماران بسیار چاق مستعد زخم بستر ، بیماران منتقل از زندان)

دستبند قرمز :

برای بیماران با سابقه آلرژی و حساسیت

دستبند بنفش:

برای بیماران مجهول الهویه

❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋❋

یکی از وظایف شما این است که از دستبند خود مراقبت کنید. در صورتیکه دستبند شما باز شود و یا خیس، آلوده و یا خراب گردد در اولین فرصت حتما" به پرستار خود اطلاع دهید تا جایگزین شود.

۴–هرگز در بخش از دخانیات استفاده نکنید.

۵–بهداشت فردی و عمومی را رعایت کنید. دستهایتان را مرتب ضد عفونی کنید. دستهایتان را قبل از ضدعفونی به صورت، چشم ها، دهان و بینی خود نزنید چرا که اینکار باعث انتشار آلودگی در بدنتان می شود.

۶–اگر هنگام ورود به بخش اتصالاتی داشتید (از جمله سوند، درن، چست تیوب و ...) به دقت از آنها مراقبت کنید.

۷– روحیه خود را شاد نگه دارید. استرس را از خودتان دور کنید. به افکار خوب و یا اتفاقات خوشایند زندگیتان فکر کنید. در صورت امکان مطالعه کنید و یا به تماشای تلویزیون بپردازید.

۸– موهای خود را مرتب کرده و شانه کنید. در صورت نیاز به استحمام با پزشک خود صحبت کرده و با نظر و دستور ایشان و هماهنگی با پرستار خود، استحمام کنید.

۹–در صورتیکه منعی نداشته باشید خوب غذا بخورید.

۱۰–حتما" مسواک بزنید. دهان و دندانهای خود را تمیز نگه دارید. اگر نیاز به دهانشویه داشتید به پرستار خود اطلاع دهید.

۱۱–از پوست خود مراقبت کنید. اگر وزنتان سنگین است و مجبورید به مدت طولانی در تخت بخوابید طبق صلاحدید پزشکتان و با راهنمائی پرستارتان در تخت تغییر وضعیت دهید تا به زخم بستر مبتلا نشوید.

۱۲–از راه وریدی (برانول) که پرستارتان تعبیه کرده است، مراقبت کنید.

۱۳–اگر قسمتی از بدنتان پانسمان و یا زخم دارد به هیچ عنوان آنرا دستکاری نکنید.

۱۴–اگر قبلا" در منزل داروئی مصرف می کردید بدون اجازه و صلاحدید پزشکتان آنها را مصرف نکنید .

۱۵–در صورتیکه سوء مصرف مواد دارید حتما" به پزشک و پرستار خود اطلاع دهید و دیگر به هیچ عنوان در بخش آن مواد را مصرف نکنید.

۱۶–تا میتوانید روزها نخوابید و خود را مشغول نگه دارید تا شبها راحت بخوابید.

معرفی تیم درمان و وظایف آنها

شما در بخش توسط یک تیم، تحت مراقبت و درمان قرار میگیرید و باید اعضای این تیم را بشناسید تا درخواستها، نیازمندی ها و مشکلات خود را با آنها در میان بگذارید.

پس توصیه میکنیم:

۱-پزشک خود را بشناسید.

شما تحت نظر و مداوای یک استاد قرار دارید و در عین حال یک پزشک دیگر (رزیدنت) نیز روزانه شما را ویزیت می کند. این دو پزشک مرتبا" شما را چک و کنترل می کنند و شما باید آنها را بشناسید و نامشان را بدانید.

اینترن ها نیز وظیفه دارند شما را کنترل و ویزیت کنند و در مواقع ضروری فورا" در بخش حضور داشته و اقدامات اولیه و ارژانس را قبل از حضور رزیدنت انجام دهند.

۲-پرستار خود را بشناسید.

در هر شیفت یک نفر پرستار، مسئولیت دارد از شما مراقبت کند و کارهای درمانی شما را انجام دهد. پرستار شما در ابتدای هر شیفت، خودش را به شما معرفی میکند. شما باید پرستار خود را بشناسید و تمام اطلاعات مربوط به بیماری و درمان خودتان را از ایشان سئوال کنید. امکان دارد در اتاق شما، کادر زیادی رفت و آمد داشته باشند و پرسش از این افراد شما را سردرگم نماید. پس دقت فرمائید تنها با پرستار خود در ارتباط باشید و سئوالات خود را فقط از ایشان بپرسید.

پرستار شما :

انجام دستورات داروئی شما را بر عهده دارد.

اتصالات شما را بررسی کرده و ترشحات آنها را یادداشت می کند.

وضعیت صحیح اتصالات شما را کنترل می کند.

علائم حیاتی شما را کنترل و ثبت می کند. این علائم عبارتند از :

تب، فشار خون، میزان ضربان قلب، میزان تنفس و وضعیت اکسیژن بدنتان

شما را دائما" در طول شیفت کنترل کرده و علائم غیر عادی را بررسی میکند.

علائم خطر را به شما آموزش می دهد.

در مورد داروها و عوارض آنها به شما اطلاع رسانی می کند.

وضعیت بهداشتی شما را بررسی و در صورت نیاز اقدامات مناسب را انجام میدهد. (مثل تهیه دهانشویه در مواقع لزوم و یا نیاز به استحمام و ...)

علائم غیر طبیعی را به پزشک اطلاع می دهد.

آزمایشات شما را ارسال می کند.

در صورت نیاز شما به دریافت محصولات خونی، آنها را درخواست کرده و به شما تزریق می کند.

زمینه راحتی و آسایش شما را در بخش فراهم می کند.

مشکلات شما را بررسی و در صورت نیاز اقدامات مناسب را انجام می دهد.

نیازهای عمومی شما را پیگیری می کند.

وضعیت ایمنی شما را کنترل می کند.

در صورت نیاز شما به عمل جراحی، کارهای مربوطه را انجام می دهد.

شما را به اتاق عمل ارسال میکند.

بعد از عمل، شما را تحت نظر فرار می دهد.

در مورد انواع مشاوره ها، ضرورت اخذ رضایت آگاهانه، ارسال برخی آزمایشات، ارسال شما به سایر قسمتهای بیمارستان از جمله رادیولوژی، درمانگاهها، سونوگرافی و ... به شما توضیح داده و راهنمایی می کند.

در صورت نیاز از شما نوار قلب اخذ می کند.

سرمها و برانول شما را کنترل و تعویض میکند.

در جهت انجام کارهای مربوط به درمان شما ، نقش رابط را بین تمام اعضای تیم درمانی بر عهده دارد.

به هنگام ترخیص، معلومات لازم را به شما آموزش می دهد.

۳-کمک بهیاران بخش و وظایف آنها را بشناسید.

بهتر است شما وظایف کمک بهیاران بخش را بدانید تا در مواقع لزوم از آنها کمک بگیرید.

کمک بهیاران وظیفه نظافت تخت، کمد کنار تخت ، میز و نیز اتاق شما را بر عهده دارند. خالی کردن کیسه ادراری و نیز کیسه درنها با هماهنگی و صلاحدید پزشک و پرستار بر عهده ایشان است. همچنین آنها تعویض ملافه ها و البسه شما را نیز بر عهده دارند.

۴-وظایف کادر خدمات بخش را نیز بهتر است بدانید.

کادر خدمات وظیفه دارند تا کف اتاقها، سرویسهای بهداشتی، شیشه ها و سالن بخش را نظافت کنند.

کلیه کادر وظیفه دارند تا اتیکت شناسایی داشته باشند.

آنچه که در طول بستری در بخش بهتر است بدانید...

از درمان انتخابی پزشک معالجتان مطلع شوید.

ساعات ویزیت پزشکتان را بدانید.

پرستار خود را در هر شیفت بشناسید.

داروهای تجویزی خود را بشناسید.

عوارض احتمالی داروهای خود را بدانید.

مسائل مربوط به خود مراقبتی را همچنان رعایت کنید.

از نحوه همکاری با تیم درمانی خود مطلع باشید.

از رژیم غذایی روزانه خود آگاه باشید.

نحوه مراقبت از اتصالات را بدانید.

اصول اخذ رضایت آگاهانه را یاد بگیرید.

علائم خطر را بشناسید.

نحوه اطلاع رسانی وضعیت خود را به تیم درمانی بدانید.

از درمان انتخابی پزشک معالجتان مطلع شوید.

با توجه به اینکه روشهای مختلفی در درمان بیماری شما، می تواند وجود داشته باشد، پزشک شما بسته به شرایط شما، تصمیم میگیرد تا درمان مناسب شما را انتخاب کند. در این خصوص شما باید از این روش مطلع باشید. در صورت وجود هر گونه ابهام میتوانید از پزشک و یا پرستار خود سئوال کنید. در تمام شرایط بهتر است

از تصمیمات درمانی پزشک خود پیروی بفرمائید.

ساعات ویزیت پزشکتان را بدانید.

شما در طول بستری هم توسط رزیدنت جراحی و هم استاد جراح ویزیت خواهید شد. در طول شیفتها، اینترن بخش نیز ممکن است بنا بر وضعیتتان، شما را بارها ویزیت نماید. رزیدنتهای جراحی همیشه تحت نظر استاد جراح انجام وظیفه می کنند و دائما " با استادان خود، در امور مربوط به بیماران در ارتباطند.

در روزهای غیر تعطیل معمولا" ویزیت رزیدنتها از ساعت ۷:۳۰ صبح شروع می شود ولی در روزهای تعطیل معمولا" از ساعت ۸ یا ۹ صبح ویزیتها شروع میشود.

اساتید جراحی در روزهای غیر تعطیل از ساعت ۸ الی ۱۰ معمولا" ویزیت خود را از بیماران انجام می دهند ولی با توجه به وضعیت اتاق عمل و بیماران در حال عمل گاها" اتفاق می افتد که دیرتر از این ساعات (در اواخر شیفت صبح) در بخش حضور یافته و ویزیت بیماران را انجام دهند. در روزهای تعطیل اساتید ویزیت نمی کنند.

پرستار خود را در هر شیفت بشناسید.

همانطوریکه قبلا" نیز اشاره شد در هر شیفت یک پرستار مسئولیت مراقبت از شما را بر عهده دارد.

در ابتدای هر شیفت، پرستار شما در بالین شما حضور یافته و خود را به شما معرفی می کند.

در تابلوی بالای سر شما نیز اسم پرستار تان نوشته میشود. شما در هر شیفت باید پرستارتان را بشناسید و تنها با ایشان در ارتباط باشید.

داروهای تجویزی خود را بشناسید.

پرستار شما وظیفه دارد تا داروهایتان را متناسب با سطح درک شما به شما معرفی نماید. در مورد داروهای در یافتی خود و یا عوارض احتمالی آنها می توانید با پرستار خود گفتگو کنید. در قسمتهای بعدی این کتاب، پنج داروی شایع بخش برای مطالعه شما عزیزان آمده است.

عوارض احتمالی داروهای خود را بدانید.

ضمن اینکه پرستار شما در مورد داروهایتان با شما صحبت میکند، عوارض احتمال آنها را نیز به شما خواهد گفت. بنابراین بهتر است عوارض را بخوبی یاد بگیرید و در صورت بروز این عوارض هوشیارانه به پزشک یا پرستار خود اطلاع دهید. در قسمتهای بعدی این کتاب، عوارض داروئی پنج داروی شایع بخش برای مطالعه شما عزیزان آمده است.

مسائل مربوط به خود مراقبتی را همچنان رعایت کنید.

با توجه به اینکه در قسمت آموزشهای بدو ورود مفصلا" به شما عزیزان آموزش داده شد که چگونه از خودتان مراقبت نمایید لازم است همچنان این آموزشها را جدی گرفته و تا زمانیکه در بخش حضور دارید به صورت کامل اجرا نمائید.

از نحوه همکاری با تیم درمانی خود مطلع باشید.

بیماران و مددجویان عزیز، بهتر است تا زمان ترخیص تمام آموزشهای تیم درمان را جدی گرفته و به آنها عمل نمائید. همکاری شما سبب میشود زودتر به اهداف درمانی خود تان برسیم. زمانیکه پزشک یا پرستارتان از شما می خواهد تا پوزیشن مناسب را در تخت رعایت نمائید و یا از رژیم غذایی خاصی پیروی کنید حتما" آن را انجام دهید. در صورت بروز هر نوع مشکل و یا وضعیت غیر عادی به پرستار خود اطلاع دهید.

گاهی ممکن است پرستار و یا پزشکتان از شما بخواهد تا در صورت بروز شرایطی خاص در خودتان به آنها اطلاع دهید در این مواقع حتما" همکاری نمائید.

از رژیم غذایی روزانه خود آگاه باشید.

رژیم غذایی شما در طول درمان دائما" در حال تغییر می باشد. پرستار شما دستور غذایی شما را چک کرده و به شما اطلاع می دهد. شما وظیفه دارید طبق برنامه غذایی تعیین شده پزشکتان پیش بروید. در صورتیکه از رژیم غذایی خودتان پیروی ننمائید مطمئنا" دچار آسیب جدی خواهید شد. قابل ذکر است که به صورت عمومی شب قبل از عمل بایستی چیزی میل نکنید. شرایط دیگری نیز که نباید چیزی میل کنید ، توسط پرستارتان مطمئنا" اطلاع رسانی خواهد شد.

نحوه مراقبت از اتصالات را بدانید.

بر حسب وضعیت بیماری خود، شما دارای اتصالات متعددی خواهید بود.

امکان دارد شما سوند ادراری داشته باشید.

امکان دارد لوله معده ای داشته باشید.

ممکن است شما دارای چست تیوب باشید.

ممکن است شما درن داشته باشید.

پس ضرورت دارد که هم اتصالات خود را بشناسید و هم نحوه مراقبت از آنها را یاد بگیرید.

سوند فولی (ادراری) چیست ؟

سوند فولی کاتتری است که از طریق کانال ادراری شما به مثانتان وارد می شود تا ادرار شما از این طریق از مثانه شما خارج و در یک کیسه جمع شود.

اگر شما سوند ادراری دارید بهتر است بدانید چگونه از آن مراقبت نمائید.

به هیچ عنوان به سوند خود دست نزنید.

توجه داشته باشید سوند زیر بدنتان قرار نگیرد چرا که ادرار نمی تواند خارج شده و داخل مثانه شما انبار میشود و مشکلاتی برایتان به وجود می آورد.

دقت کنید سوندتان کشیده نشود. در صورتیکه کشیده شود خونریزی شدیدی در محل ایجاد می شود و شما را به خطر می اندازد.

اگر در محل ورود سوند، سوزش داشته باشید با پزشک یا پرستار خود در میان بگذارید.

به هنگام حرکت و جابجایی از سوند خود مراقبت نمائید.

به هنگام دست زدن به کیسه ادرار خود، از دستکش استفاده کنید.

در صورتیکه دستتان به ترشحات ادراری آلوده شد حتما با مایع دستشوئی بشوئید.

کنترل کنید سوندتان جایی گیر نکند.

هرگز کیسه سوند را بدون اجازه خالی نکنید.

اگر کیسه پر و سنگین شده باشد اطلاع دهید.

هرگز کیسه سوند را بدون اجازه خالی نکنید.

تا حدامکان در نگهداری و تحمل سوند ادراری همکاری نمائید.

****

سوند معده چیست ؟

سوند معده لوله ای نرم و قابل انعطاف است که از طریق بینی وارد معده شما میشود. این لوله جهت خارج کردن ترشحات صفراوی و یا خونی و نیز هوا از معده شما به بیرون استفاده می شود. ترشحات خارج شده در کیسه ای جمع و پس از کنترل و بررسی دور ریخته می شود.

اگر شما سوند معده دارید باید بدانید چگونه از آن مراقبت کنید.

مانع کشیده شدن سوند معده خود شوید.

در صورتیکه چسب سوند شل شده باشد به پرستار خود اطلاع دهید تا آن را ثابت کند.

سوند معده و کیسه وصل شده به آنرا دستکاری نکنید.

هرگز سوند معده خود را خودسرانه خارج نکنید .

دقت کنید سوند زیر بدنتان قرار نگیرد.

کنترل کنید سوندتان جایی گیر نکند.

هرگز کیسه سوند معده را بدون اجازه خالی نکنید.

اگر کیسه پر و سنگین شده باشد اطلاع دهید.

تا حدامکان در نگهداری و تحمل سوند معده همکاری نمائید.

****

چست تیوب چیست ؟

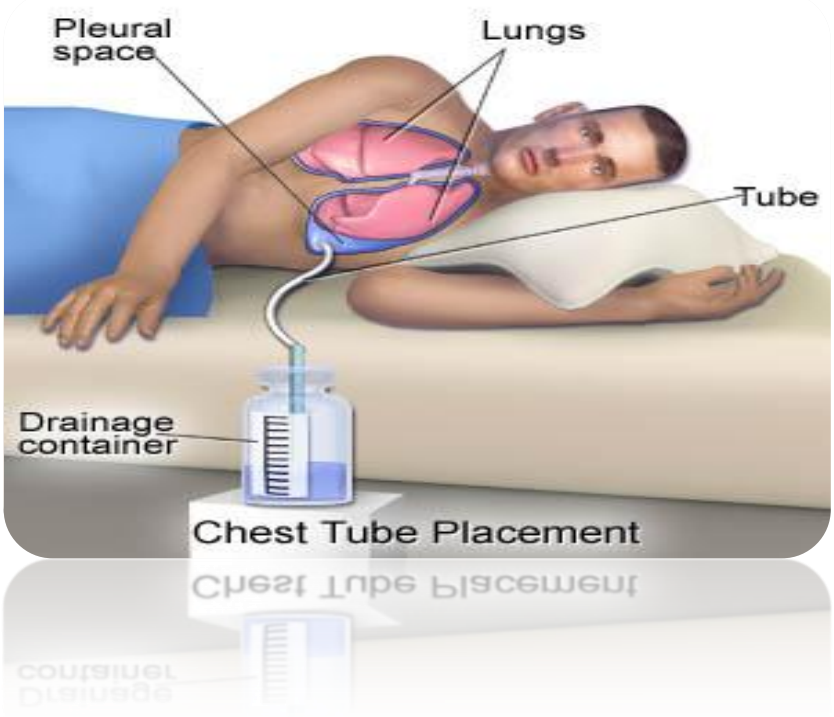
گاهی ممکن است در اثر آسیب ریه های شما، خون، هوا و یا ترشحات عفونی در ریه هایتان جمع شده باشد و نفس کشیدن را برای شما بسیار سخت نماید و نیز زندگی شما را به خطر بیاندازد. در این زمان پزشک مجبور است لوله ای را وارد یک ریه و یا هر دو ریه شما کند تا جان شما را نجات دهد. این لوله قطور چست تیوب یا لوله ی ریوی نام دارد.

در مورد مراقبت از چست تیوب به موارد زیر حتما " توجه نمایید:

هرگز روی لوله ی ریوی خود نخوابید.(موقع خواب نباید لوله در زیر شما قرار بگیرد)

سعی کنید سرفه و تنفس عمیق انجام دهید تا ریه هایتان روی هم نخوابد.

درصورت جدا شدن لوله از سیستم تخلیه سریعا" و حتماً باید لوله قفسه سینه را کلمپ کرده و به پرستار خود اطلاع دهید.



دقت کنید لوله به هیچ وجه تا نشود.

دقت کنید لوله هرگز کشیده نشود.

دقت کنید لوله، لای نرده های کناری تخت، گیر نکند.

در هنگام انتقال و جابجایی، باتل را پائین تر از سطح ریه های خود بگیرید و حرکت نمائید.

به گیره لوله ریوی هرگز دست نزنید.

لوله را هرگز دستکاری ننمائید.

در صورت وجود تنگی نفس حتما " به پرستار خود اطلاع دهید.

پانسمان چست تیوب را دستکاری و یا باز نکنید.

درن چیست ؟

درنها وسیله تخلیه هستند و در اندازه و اشکال مختلف می باشد. برخی لوله ای و برخی دیگر نواری و پهن می باشند که جهت تخلیه ترشحات خونی و یا سروزی در محل جراحی شده قرار داده می شود و مثل دستگاه ساکشن (مکنده) عمل می کند. درنها معمولا" از طریق سوراخی در پوست نزدیک محل عمل جراحی گذاشته می شوند و با بخیه روی پوست ثابت می گردند. درنها به یک مخزن وصل می شوند تا ترشحات به داخل آن ریخته شوند.

اگر شما دارای درن هستید بهتر است بدانید

چگونه از درنهای خود مراقبت کنید؟

توجه داشته باشید درنها در زیر بدنتان قرار نگیرد.

دقت کنید درنها کشیده نشود.

درنها را دستکاری نکنید.

به ترشحات درنها دست نزنید.

دقت کنید درنها لابه لای کناره های تخت گیر نکند و کشیده نشود.

هرگز ترشحات درنها را خالی نکنید.

در صورتیکه درن شما به صورت ناگهانی کشیده و جابجا شد فورا" به پرستار خود اطلاع دهید.

اگر از محل ورود درن خونریزی مشاهده کردید به پرستار خود اطلاع دهید.

به پانسمان محل درن هرگز دست نزنید.

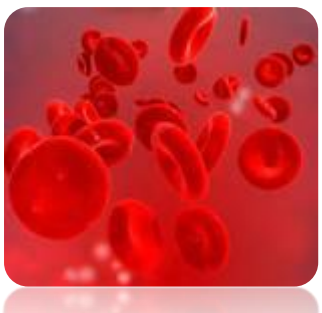
اصول اخذ رضایت آگاهانه را یاد بگیرید.

گاهی اتفاق می افتد که طبق نظر و تصمیم پزشک برای شما درمانهایی صورت گیرد که نیاز باشد شما با آگاهی کامل به آن درمان ها، رضایت داشته باشید. این به این معناست که اگر شما به انجام درمانی که پزشکتان در نظر دارد راضی نباشید می توانید و این حق را دارید که فرم رضایت آگاهانه را پر نکنید. در این صورت درمان مورد نظر نمیتواند روی شما انجام شود مگر در مواردیکه پزشک وضعیت وخیمی را در شما ببینید و عمل را ارژانسی تشخیص دهد و برای نجات جان شما مصلحت ببیند آن عمل را انجام دهد که در این صورت نیازی به رضایت از بیمار و یا اقوام درجه یک بیمار وجود ندارد.

مواردیکه لازم است از شما رضایت آگاهانه گرفته شود:

عملهای جراحی غیر ارژانسی

تزریق خون و فرآورده های خونی



اخذ آزمایش گازهای خونی شریانی

انجام اقدامات تشخیصی پرخطر:

آندوسکوپی، تعبیه چست تیوب، تعبیه سی وی پی لاین، تعبیه کاتتر همو دیالیز، بیوپسی ها (برداشتن نمونه از بافتهای داخلی بدن)، آنژیوپلاستی، همودیالیز، بلوک عصبی

اگر از شما رضایت آگاهانه اخذ می شود بهتر است بدانید :

باید در مورد عمل مورد نظر به شما کاملا" اطلاعات داده شود.

باید عوارض عمل یا اقدام مورد نظر به صورت شفاف به شما توضیح داده شود.

اگر شما متوجه عوارض یا مشکلات اقدام مورد نظر نشدید حتما " باید سئوال کنید تا موضوع کاملا" برایتان روشن شود.

شما باید خطرات احتمالی اقدام مورد نظر را بدانید.

شما حق دارید روشهای جایگزین عمل مورد نظر را نیز بپرسید و بدانید.

حق دارید در کمال آرامش تصمیم گیری کنید.

حق دارید سمت رضایت گیرنده را بدانید.

حق دارید هزینه اقدام مورد نظر را بدانید.

زمان بهبودی مورد انتظار باید به شما گفته شود.

شما باید بدانید هرگاه خواستید می توانید رضایت خود را پس بگیرید.

بهتر است بدانید اعتبار هر رضایت آگاهانه شما برای عمل جراحی ۳۰ روز می باشد.

علائم خطر را بشناسید.

در بخش جراحی علائم خطر عموما" به شرح ذیل است :

خونریزی

تنگی و سختی تنفسی

پائین آمدن سطح هوشیاری

تب شدید ناگهانی

استفراغ شدید و جهنده ناگهانی

باز شدن ناگهانی محل جراحی

خارج شدن و یا جابجایی چست تیوب (لوله ریوی)، سی وی پی لاین و یا کاتتر دیالیزی

شما باید این علائم را بشناسید و در صورت بروز حتما" به پرستار خود اطلاع دهید.

نحوه اطلاع رسانی وضعیت خود را به تیم درمانی بدانید.

شما همواره به پرستار خود در بخش دسترسی دارید. هرگاه نیاز داشتید، زنگ احضار پرستار را به صدا درآورید و با پرستارتان ارتباط برقرار کرده و وضعیت خود را به اطلاع ایشان برسانید.

در صورتیکه خواستید با پزشکتان در ارتباط باشید از پرستار تان بخواهید هماهنگیهای لازم را در این خصوص انجام دهد.

آنچه که در هنگام ترخیص باید بدانید...

علائم خطر را در منزل بشناسید.

داروها و عوارض احتمالی آنها را بدانید.

نحوه ، زمان و مکان مراجعات بعدی را بدانید.

نحوه پیگیری و دریافت نتایج معوقه خود را بدانید.

میزان و نحوه فعالیت خود را در منزل بدانید.

نحوه و نوع تغذیه را بدانید.

چگونگی استحمام را بدانید.

علائم خطر را در منزل بشناسید

*.

بسته به نوع بیماری که داشتید خطراتی که در منزل شما را تهدید می کنند به شرح ذیل می باشند :

خونریزی

عفونت

تنگی و سختی تنفسی

تب شدید

تهوع و استفراغ

باز شدن محل جراحی

خروج ترشحات عفونی از محل جراحی

نفخ شدید شکم

عدم کارکرد روده و مشکل در اجابت مزاج

در صورتیکه هر کدام از این علائم را داشتید فورا" به مرکز درمانی ارژانس و یا در صورت امکان به پزشک مربوطه خود مراجعه نمائید

داروها و عوارض احتمالی آنها را بدانید

برحسب نوع بیماری و یا عمل جراحی شما، پزشک معالجتان برای شما دستور داروئی می نویسد. طریقه مصرف دارو ها و نیز عوارض احتمالی آنها را پرستار و پزشکتان به شما توضیح می دهد. یک نسخه چاپی نیز در این زمینه به همراه سایر آموزشهای حین ترخیص به شما داده می شود. لطفا" آن را به دقت مطالعه نموده و در صورت نیاز قبل از ترک بیمارستان سئوال نمائید.

نحوه و زمان و مکان مراجعات بعدی را بدانید

به شما توصیه می شود تا یک هفته بعد به درمانگاه جراحی و یا مطب پزشکتان مراجعه نمائید. باید توجه داشته باشید که هنگام مراجعه حتما" مدارک پزشکی خود را به همراه داشته باشید.

اگر قصد داشته باشید به درمانگاه مراجعه نمائید باید بدانید که بصورت اینترنتی از سایت مرکز بایستی وقت بگیرید. imamreza.tbzmed.ac.ir

اگر بخواهید به مطب پزشکتان مراجعه نمائید جدول زمانی و مکانی مطب پزشکان جراحی خدمتتان ارائه می شود.

زمان و مکان ویزیت اساتید در مطب و درمانگاه بیمارستان

نام پزشک	کلینیک سلامت/بهاران/شیخ الرئیس	درمانگاه امام رضا	آدرس	تلفن تماس
دکتر مهدوی	شیخ الرئیس: شنبه–یکشنبه–پنجشنبه (بعدازظهر)	شنبه(صبح)–دوشنبه(صبح)	خیابان آزادی نرسیده به گلگشت، کلینیک شیخ الرئیس	۳۳۳۶۶۲۱۵ – ۱۸
دکتر شریفی	شیخ الرئیس: یکشنبه–پنج شنبه–	–	خیابان آزادی نرسیده به گلگشت، کلینیک شیخ الرئیس	۳۳۳۶۶۲۱۵ – ۱۸
دکتر آژوغ	کلینیک بهاران: شنبه– سه شنبه و چهارشنبه (بعدازظهر)	---	کلینیک بهاران– طبقه۶،واحد۱۵	۳۳۳۷۴۱۶۲
دکتر الوند فر	کلینیک بهاران: یکشنبه – سه شنبه (بعد از ظهر)	دوشنبه(صبح)	کلینیک بهاران–طبقه۶، واحد۱۰	۳۳۳۶۶۲۱۵ – ۱۸
دکتر فخری	کلینیک سلامت: یکشنبه–سه شنبه (بعدازظهر)	شنبه(بعدازظهر)–سه شنبه(صبح)	کلینیک سلامت،کمربندی میانی،بلوار نیایش،مابین میدان پیش قدم و میدان سجادیه	۳۳۳۶۶۲۱۵ – ۱۸
دکتر اسودی	شیخ الرئیس:یکشنبه –سه شنبه	چهارشنبه (بعدازظهر)،پنجشنبه (صبح)	خیابان آزادی نرسیده به گلگشت، کلینیک شیخ الرئیس	۳۳۳۶۶۲۱۵ – ۱۸

نحوه دریافت نتایج معوقه را بدانید.

اگر از شما نمونه پاتولوژی ارسال شده باشد تا ۱۰ روز پیامک آماده بودن جواب آن به شما ارسال خواهد شد. شما برای دریافت جواب میتوانید به بخش تشریف آورده و از جوابتان کپی بردارید. (برگه اصلی پاتولوژی به شما داده میشود تا شما کپی تهیه کرده و آنرا برگردانید.) اگر پاتولوژی شما در بخش موجود نباشد میتوانید از بخش پاتولوژی جوابتان را دریافت نمائید و کپی تهیه کنید. بخش پاتولوژی در طبقه اول قرار دارد.

میزان و نحوه فعالیت خود را در منزل بدانید.

در طول نقاهت خود در منزل ، استراحت لازم را داشته باشید. هرگز اجسام سنگین را بلند نکنید. ندوید . ورزش یا فعالیت سنگین نداشته باشید. از پله ها سریع بالا و پائین نروید. در حد انرژی خود فعالیت انجام دهید.

اگر محدودیتهای دیگری در مورد فعالیت خود داشته باشد، تیم درمانی ، به اطلاع شما خواهند رسانید.

نحوه و نوع تغذیه را بدانید.

توصیه می کنیم از سبزیجات و میوه های تازه استفاده کنید.

سعی کنید ویتامین بیشتری استفاده کنید.

غذا را کم و به دفعات میل کنید.

نوشابه های گاز دار و یا غذاهای تند و پر ادویه مصرف نکنید.

به میزان کافی آب مصرف کنید. آب جوشیده ی خنک شده بهتر است.

همیشه غذا را به میزان مورد استفاده در یک وعده غذایی بپزید و از مصرف غذاهای مانده بپرهیزید.

اگر کیسه صفرای شما برداشته شده است تا حد امکان روغن مصرف نکنید و اگر امکانپذیر نباشد روغن را به میزان بسیار کم و از یک روغن قابل اعتماد (مثلا" روغن زیتون) استفاده نمائید.

چگونگی استحمام را بدانید.

اگر شما دارای چست تیوب بودید و قبل از خروجتان چست تیوبتان خارج شده است تا ۳ الی ۵ روز نباید پانسمان و باند کشی اطراف آن را باز کنید. اگر بخواهید می توانید اطراف بدنتان را شستشو دهید بطوریکه این قسمتها را خیس نکنید. بعد از ۳ الی ۵ روز میتوانید پانسمان را برداشته و تا یک هفته دوش سرپایی بگیرید و اگر تا یک هفته مشکلی نداشتید می توانید از آن به بعد استحمام عادی داشته باشید.

در موارد دیگر تا یک هفته می توانید بصورت سرپائی دوش بگیرید بعد از آن میتوانید بطور عادی استحمام کنید.

درشرایطی که نمیتوانید استحمام کنید و منعی برای استحمام شما وجود داشته باشد حتما" پرستار و پزشک شما به شما اطلاع خواهند داد.

بیماریهای شایع بخش

جراحی یک

(قسمت اول)

آپاندیسیت

کله سیستیت - کله لیتیازیس

هموروئید

سینوس پایلوئیدال

فیستول پری آنال

آپاندیسیت

Appendicitis

(آویز آماس)

آنچه شما در این بخش مطالعه خواهید کرد:

تعریف آپاندیسیت

عوامل ایجاد کننده

علایم بالینی آپاندیسیت حاد

یافته‌های آزمایشگاهی

بررسی های تشخیصی

تشخیص افتراقی

درمان

آپاندیسیت

آپاندیسیت به التهاب ناگهانی آپاندیس گفته می شود.

آپاندیسیت حاد، یک بیماری عفونی با علل مختلف است. روند شایع آن، تهاجم باکتری به دیواره آپاندیس می‌باشد.

عوامل ایجاد کننده :

عوامل ایجاد کننده، انسداد داخل لوله‌ای، تجمع مواد مدفوعی، هایپرپلازی لنفوئید، خوردن اجسام خارجی، پارازیت‌ها و تومورها است. انسداد داخل لومن به دلیل پرولیفراسیون باکتری‌ها و افزایش ترشح موکوس ایجاد می شود و منجر به افزایش فشار داخل لوله‌ای شده و به دنبال افزایش فشار، احتقان لنفاوی و وریدی و ادم ایجاد می‌گردد. سپس اختلال پرفیوژن رگ‌ها سبب ایسکمی جدار آپاندیس و در نهایت نکروز آن می‌شود. فولیکول‌های لنفاوی زیر مخاطی نیز می‌توانند انسداد لومن آپاندیس را ایجاد کنند که به تعداد اندکی در بدو تولد وجود دارند و در طول کودکی به تدریج افزایش می‌یابند و در دوره نوجوانی به حداکثر می‌رسند و پس از ۳۰ سالگی کاهش می‌یابند. فکالیت و آپاندیسیت هر دو در کشورهای توسعه یافته بیشتر دیده می‌شود.

علایم بالینی آپاندیسیت حاد :

علائم بالینی آپاندیسیت حاد کاملا متفاوت است. علایم می‌تواند کلاسیک یا متغیر باشد. علایم بالینی کلاسیک آپاندیست بی‌اشتهایی و کسالت عمومی است.سایر علائم:

درد شکم

درد شکمی از علایم اولیه بیماری است که در ساعات اولیه پس از شروع بیماری، آغاز می‌گردد. درد اولیه مبهم است. ارتباط با فعالیت یا وضعیت بیمار ندارد. اغلب کولیکی و اطراف ناف است که ناشی از التهاب احشاء و به دلیل گشاد شدن آپاندیس می باشد. با پیشرفت روند التهابی در طی ۱۲–۲۴ ساعت، درد در ناحیه راست و پایین شکم متمرکز می‌شود. سپس به مرور درد بسیار شدید و پایدار می‌شود و با حرکت افزایش می‌یابد.

تهوع و استفراغ

تهوع و استفراغ در بیش از ٪۵۰ بیماران رخ می‌دهد و اغلب به دنبال آن، درد شکمی در عرض چند ساعت ایجاد می‌شود.

بی اشتهایی

بی اشتهایی یک یافته کلاسیک در آپاندیسیت حاد است.

اسهال و علائم ادراری

بخصوص در موارد پرفوراسیون آپاندیس یا احتمال آبسه داخل لگنی دیده می‌شود.

تب

تب در آپاندیسیت خفیف است، مگر این که پرفوراسیون رخ داده باشد.

تاکی کاردی

بصورت خفیف در اغلب بیماران دیده می‌شود.

پیشرفت بیماری از درد خفیف و مبهم، کسالت و بی اشتهایی تا درد شدید شکمی ، تب و تهوع به طور سریع در اغلب موارد در عرض ۴۸– ۲۴ ساعت رخ می‌دهد. تأخیر در تشخیص بیشتر از ۳۶–۴۸ ساعت منجر به افزایش ریسک پرفوراسیون در ٪۶۵ موارد می‌شود.

یافته‌های آزمایشگاهی

در C.B.C در اوایل بیماری، در کمتر از ۲۴ ساعت اول ممکن است لکوسیت‌ها نرمال باشند. هم زمان با پیشرفت بیماری ۲۴الی ۴۸ ساعت اول لکوسیت‌ها مختصر افزایش یافته و به ۱۱۰۰۰–۱۶۰۰۰ می‌رسد. در موارد آپاندیسیت پرفوره، گاه لکوسیتوز بالای ۲۰۰۰۰ نیز داریم. البته به طور نادر در موارد بدون پرفوراسیون هم این مقدار دیده شده‌است. در آزمایش ادرار، تعداد کمی گلبول سفید یا قرمز دیده می‌شود، اما باید فاقد باکتری باشد. هماچوری واضح نیز نادر است و نشان دهنده درگیری کلیوی می‌باشد. الکترولیت‌ها و تست‌های کبدی معمولا" نرمال هستند، مگر این که تأخیر در تشخیص یا دهیدراتاسیون شدید یا SEPSIS وجود داشته باشد. اندازه گیری آمیلاز و تست‌های کبدی فقط برای افتراق از پانکراتیت و یا کوله سیستیت انجام می‌شود. انجام C.R.P غیر اختصاصی است. سرم آمیلوئید A، پروتئینی است که در بیماران با آپاندیسیت حاد بالا می‌رود و میزان حساسیت و اختصاصی بودن آن ٪۸۶ و ٪۸۳ است.

بررسی های تشخیصی:

عکس رادیوبولوژی معمولی، حساسیت کمی برای تشخیص آپاندیسیت دارد و به طور معمول پیشنهاد نمی‌گردد ولی در موارد عارضه دار نظیر انسداد روده توصیه می‌شود. سونوگرافی در ارزیابی آپاندیسیت حاد توصیه می‌گردد و حساسیت بیش از ٪۹۰ دارد. اسکن و ام آر آی از دیگر اقدامات تشخیصی می باشد.

تشخیص افتراقی :

بیماری‌هایی که می‌توانند علایم آپاندیسیت را تقلید کنند شامل:

گاستروآنتریت، آدنیت مزانتریک، دیورتیکول مکل، پانکراتیت، عفونت ادراری، پنومونی، کوله سیستیت و در خانم‌ها تورشن تخمدان، حاملگی خارج رحمی و P.I.D است.

درمان :

درمان اصلی این بیماری جراحی و آپاندکتومی است.

آپاندکتومی

– جراحی لاپاراسکوپی

-جراحی باز

جراحی لاپاراسکوپی کی و چگونه انجام می شود؟

معمولا" آپاندیسیت پاره نشده را میتوان در مراحل ابتدائی با جراحی لاپاروسکوپی از شکم خارج نمود.

جهت وارد کردن لوله لاپاروسکوپ، یک یا چند شکاف جزئی در قسمتهای مختلف شکم ایجاد می گردد. برای باد کردن شکم از گاز دی اکسید کربن استفاده خواهد شد تا به راحتی آپاندیس و سایر ارگانهای شکمی رویت شود. لوله لاپاروسکوپ داخل شکم فرو برده می شود و مکان دقیق آپاندیس مشخص خواهد شد.

بعد از شناسائی دقیق، آپاندیس از طریق یک شکاف با چند بخیه دوخته شده و از شکم خارج میشود. پس از پایان جراحی، لاپاروسکوپ و ابزارهای جراحی از شکم خارج می شوند. با ایجاد یک شکاف نیز گاز دی اکسید کربن را از شکم خارج میکنند. ممکن است برای تخلیه ترشحات از یک درن تخلیه کوچک (پن رز) نیز استفاده شود که بعد از چند روز توسط پزشک خارج خواهد شد.

جراحی باز کی و چگونه انجام می شود؟

در صورتیکه آپاندیس پاره شده باشد و یا عفونت زیادی داشته باشد با روش جراحی باز و ایجاد یک شکاف بزرگتر میتوان آپاندیس را خارج نمود. در این روش، یک شکاف یا برش در قسمت تحتانی و راست شکم بیمار ایجاد میشود. عضلات شکمی از هم جدا می سازند و شکم بیمار باز میشود. سپس آپاندیس را با چند بخیه می بندد و آن را خارج می سازند و بعد از آن دیواره شکم و عضلات شکمی با چندین بخیه بسته میشود.

در صورتیکه آپاندیس پاره یا ترکیده باشد شکم بیمار با سرم نمکی شستشو داده میشود و امکان دارد که بعد از عمل تا چندین روز شستشو ادامه یابد.

جراحی تحت بیهوشی کامل انجام میگیرد.

مراقبتهای قبل ازعمل جراحی

مداخلات قبل از عمل فرصت محدودی وجود دارد لیکن عمده توجهات قبل از عمل در صورت نیاز بشرح ذیل می باشد:

- **NPO بودن**
- **اخذ رضایت عمل از بیمار و خانواده (در صورتیکه عمل ارژانسی باشد رضایت عمل ضروری نیست)**
- **شیو محل عمل**
- **اخذ شرح حال دقیق از بیمار در زمینه بیماریهای زمینه ای قبلی و سابقه مصرف سیگار و مخدرها و حساسیت های غدایی و دارویی**
- **عکس قفسه سینه، نوارقلب، آزمایشات روتین وکنترل هموگلوبین در صورت درخواست پزشک معالج**
- **آموزش در خصوص تنفس عمیق و تغییر وضعیت بدن پس از عمل جراحی جهت جلوگیری از پنومونی و آتلکتازی**
- **آگاهی دادن به بیمار در خصوص احتمال داشتن درن تخلیه و یا لوله بینی معده**
- **آموزش به بیمار در خصوص فرآیند عمل جراحی و آماده کردن او جهت کاهش استرس قبل از عمل**
- **نداشتن گیره ، زنجیر یا وسیله فلزی و یا دندان مصنوعی و... هنگام انتقال به اتاق عمل**
- **وجود دستبند شناسایی در مچ دست غالب و کنترل صحت آن**
- **رزرو خون**
- **لاین وریدی مطمئن**

مراقبتهای بعد ازعمل جراحی

تشخیص های پرستاری بعد از عمل

اقدامات پرستاری

تغذیه

خود مراقبتی بیماران عمل شده

تشخیص های پرستاری بعد از عمل

- **درد حاد در رابطه با برش جراحی**
- **اختلال در تبادل گازها دررابطه با برش جراحی بالای شکم و عدم تنفس صحیح به علت درد ناشی از عمل**
- **اختلال در سلامت پوست در رابطه با مداخلات جراحی و تعبیه درن و نیز از بین رفتن تمامیت پوست در اثر برش جراحی**
- **اختلالات تغذیه ای کمتراز نیازهای بدن دررابطه با NPO بودن و تهوع و استفراغ ناشی از بیهوشی**
- **اختلال در حرکت در زمینه درد و ترس از جابجایی اتصالات (درن ها ، سوند فولی ، NGT و ...)**
- **تهوع و استفراغ در زمینه تاثیر داروهای بیهوشی**
- **احتمال خونریزی در زمینه مشکلات انعقادی، اشکال در نحوه و فرآیند عمل جراحی**

اقدامات پرستاری

- چک علایم حیاتی و چک دیورز بیمار (ادرار بیمار بیش از ۷۰ سی سی در ساعت حفظ شود.)
- کنترل محل عمل از نظر خونریزی مشهود و خارجی
- کنترل علائم حیاتی و بررسی آنها
- قراردادن بیمار دروضعیت Low Fowler بعد از عمل (بطوریکه دروضعیت طاقباز بالاتنه بیمار مختصری بالاتر قرارگیرد و زانوهایش مختصری خم شود.)
- NPO نگه داشتن بیمار روز عمل تا مدت مشخص طبق دستور پزشک مربوطه
- تاکید بر انجام تنفس عمیق و سرفه برای اتساع ریه ها وجلوگیری ازآتلکتازی هریک ساعت
- کنترل درد بیمار طبق دستور کتبی پزشک مربوطه
- شروع رژیم مایعات دو تا سه روز بعد از عمل طبق دستور کتبی پزشک مربوطه
- تجویز مایعات وریدی و کنترل ساکشن بینی – معدی برای کاستن از اتساع شکم
- آموزش در مورد مراقبت از درن (در صورتیکه درن تعبیه شده باشد)
- راه انداختن به موقع بیمار (معمولا" ۸ ساعت بعد از عمل) برای جلوگیری از بروز عوارض ریوی وسایرعوارض نظیر ترومبوآمبولی وریدی
- چک کردن درن متصل به بیمار و ثبت ترشحات آن
- درصورت تعبیه درن پن رز، تعویض پانسمان در صورت نیاز و روزانه جهت جلوگیری از صدمه به پوست و عفونت و انسداد
- چک رنگ مدفوع و رنگ و حجم ادرار
- آموزش علایم عفونت و نشانه های آن به بیمار (تب و لرز و خروج ترشحات چرکی از محل عمل)
- آموزش به بیمار در مورد اجتناب ازکشیدن سیگارجهت پیشبرد بهبود ریوی بعد از عمل

تغذیه

- **رژیم غذایی بیماران عمل شده :**

بیمار روز عمل نباید چیزی میل کند (NPO بوده) و روز بعد از عمل رژیم مایعات طبق دستور کتبی پزشک مربوطه شروع می شود. روزهای بعد نیز رژیم غذایی معمولی بر حسب وضعیت بیمار و سطح تحمل وی و طبق دستور کتبی شروع شده و ادامه می یابد.

خود مراقبتی بیماران عمل شده

محل عمل جراحی را خشک و تمیز نگه دارید.

بخیه های محل جراحی، در ویزیت یک هفته بعد از ترخیص توسط پزشک برداشته خواهند شد.

تا یک هفته میتوانید دوش بگیرید و سپس طبق دستورالعمل بعدی پزشک خود (در ویزیت تکمیلی) عمل نمائید.

از ایستادن به مدت طولانی بپرهیزید چون ممکن است درد در محل عمل و عضلات شکم ایجاد شود.

در طول روز میتوانید کمی پیاده روی کرده و قدم بزنید.

از مصرف آسپرین جدا" بپرهیزید چون احتمال خونریزی را افزایش می دهد.

فقط داروهائی که پزشکتان تجویز کرده است را مصرف نمائید.

زمان دقیق مراجعات بعدی به پزشک را بدانید.

عوارض احتمالی آپاندکتومی

خونریزی

عفونت زخم

عفونت و قرمزی و دیستانسیون شکم (نفخ شکم)

انسداد روده

درگیری ارگانهای مجاور

در صورتیکه هر یک از این علائم را مشاهده نمودید به پزشک یا ارژانس مراجعه نمائید:

تب و لرز

قرمزی ، ورم ، خونریزی یا خارج شدن سایر ترشحات از محل عمل

احساس درد پیشرونده در محل زخم و بخیه ها

استفراغ

کاهش اشتها یا عدم توانائی در خوردن و آشامیدن

مشکلات تنفسی (سختی تنفسی ، سرفه های پی در پی و ...)

درد شکم و گرفتگی عضلات یا ورم اندامها

شل بودن مدفوع به مدت دو روز یا بیشتر

اسهال آبکی بیش از سه روز

کله سیستیت و کله لیتیازیس

آنچه شما در این بخش مطالعه خواهید کرد:

تعریف کله سیستیت و کله لیتیازیس

انواع سنگهای صفراوی

عوامل خطر سنگهای صفراوی

تظاهرات بالینی

بررسی و یافته های تشخیصی

درمان

مراقبتهای قبل از عمل

مراقبتهاب بعد از عمل

کله سیستیت :

التهاب حاد کیسه صفرا ست که میتواند حاد یا مزمن باشد.

موجب بروز درد و حساسیت و سفتی قسمت فوقانی راست شکم میشود که ممکن است به ناحیه وسط جناغ یا شانه راست منشعب شود و با تهوع و استفراغ و نشانه های معمول التهاب حاد همراه است.

*** سنگهای صفرا (کله لیتیازیس) علت بیش از ٪ ۹۰ موارد کوله سیستیت حاد هستند.**

کله لیتیازیس :

کله لیتیازیس عبار است از سنگهای کیسه صفرا که از مواد جامد (نمکها ی) موجود در صفرا تشکیل میشوند و معمولا" از نظر شکل و اندازه و ترکیب بسیارمتنوع هستند و با افزایش سن – بدلیل افزایش ترشح کلسترول کبدی و کاهش تولید اسیدهای صفراوی – میزان تشکیل این سنگها افزایش می یابد.

انواع سنگهای کیسه صفرا :

دو نوع سنگ کیسه صفرا وجود دارد:

سنگهای رنگدانه ای که غیر قابل حل هستند و باید با عمل جراحی خارج شوند و سنگهای کلسترولی که شایعترین نوع میباشند.

عوامل خطر سنگهای صفراوی :

–دیابت

-فیبروز کیستیک

-تغییرات مکرر وزن (رژیمهای چاقی و لاغری)

-بیماری ایلیوم

-استروژن درمانی

–چاقی

–زنان

تظاهرات بالینی :

– درد و کولیک صفراوی

– یرقان

– تغییر رنگ ادرار و مدفوع (تیره رنگ شدن ادرار و رنگ خاکستری مدفوع)

– کمبود ویتامین های محلول در چربی

بررسی و یافته های تشخیصی :

– اولتراسونوگرافی

– کوله سیستوگرافی دهانی

– کولانژیوپانکراتوگرافی برگشتی از طریق اندوسکوپ (ERCP)

درمان :

❖ ۱- درمان داروئی و مراقبتی

❖ ۲– درمان جراحی

– عمل جراحی باز

– عمل لاپاروسکوپی

- **درمان داروئی و مراقبتی (غیر جراحی)**

در طی دوره حاد از روشهای غیرجراحی جهت کاهش محرکهای کیسه صفرا استفاده میشود مثلا " دارو درمانی، مصرف مایعات ، غذاهای کم حجم و کم چرب و در صورت تهوع و استفراغ ممکن است از لوله بینی معده استفاده شود.

- **درمان جراحی**

۱– جراحی باز

۲- لاپاراسکوپی (ایجاد سوراخ بدون باز کردن شکم)

مراقبتهای قبل ازعمل جراحی در کله سیستکتومی

- NPO بودن ۸ ساعت قبل ازعمل
- اخذ رضایت عمل از بیمار و خانواده
- شیو محل عمل
- اخذ شرح حال دقیق از بیمار در زمینه بیماریهای زمینه ای قبلی و سابقه مصرف سیگار و مخدرها و حساسیت های غدایی و دارویی
- عکس قفسه سینه، نوارقلب، آزمایشات روتین و آزمونهای کارکرد کبدی
- تجویز ویتامین K در صورت پایین بودن سطح پروترومبین سرم
- تجویز گلوکز و مکمل های پروتینی (در صورت مطلوب نبودن وضعیت تغذیه بیمار) برای التیام زخم و پیشگیری از بروز صدمات کبدی
- آموزش در خصوص تنفس عمیق و تغییر وضعیت بدن پس از عمل جراحی جهت جلوگیری از پنومونی و آتلکتازی
- آگاهی دادن به بیمار در خصوص داشتن لوله های تخلیه، لوله بینی معده و درنها
- آموزش به بیمار در خصوص فرآیند عمل جراحی و آماده کردن او جهت کاهش استرس قبل از عمل
- نداشتن گیره ، زنجیر یا وسیله فلزی و یا دندان مصنوعی و... هنگام انتقال به اتاق عمل
- وجود دستبند شناسایی در مچ دست غالب و کنترل صحت آن
- توصیه به خواب و استراحت در شب قبل از عمل
- رزرو خون
- اخذ OK قلب ، ریه ، داخلی ، نورولوژی و ... در صورت درخواست پزشک معالج

مراقبتهای بعد ازعمل جراحی کله سیستکتومی

۱ - تشخیص های پرستاری بعدازعمل

۲– اقدامات پرستاری

۳– تغذیه

۴– خود مراقبتی بیماران عمل شده

تشخیص های پرستاری بعد از عمل:

- درد حاد و ناراحتی دررابطه با برش جراحی
- اختلال در تبادل گازها در رابطه با برش جراحی بالای شکم (در صورت جراحی کوله سیستکتومی سنتی) و عدم تنفس صحیح به علت درد ناشی از عمل
- اختلال در سلامت پوست دررابطه با مداخلات جراحی و تعبیه درنها و نیز از بین رفتن تمامیت پوست در اثر برش جراحی
- اختلالات تغذیه ای کمتر از نیازهای بدن در رابطه با NPO بودن و تهوع و استفراغ ناشی از بیهوشی
- اختلال در حرکت در زمینه درد و ترس از جابجایی اتصالات (درن ها ، سوند فولی ، NGT و ...)
- تهوع و استفراغ در زمینه تاثیر داروهای بیهوشی

اقدامات پرستاری

- چک علایم حیاتی و چک دیورز بیمار (بیش از ۷۰ سی سی در ساعت)
- پس از به هوش آمدن بیمار، قراردادن بیمار دروضعیت Low Fowler (بطوریکه دروضعیت طاقباز بالاتنه بیمار مختصری بالاتر قرارگیرد و زانوهایش مختصری خم شود)

- NPO نگه داشتن بیمار روز عمل طبق دستور پزشک مربوطه
- تاکید بر انجام تنفس عمیق و سرفه برای اتساع ریه ها و جلوگیری از آتلکتازی هر یک
- ساعت
- کنترل درد بیمار طبق دستور کتبی پزشک مربوطه
- شروع رژیم مایعات دو تا سه روز بعد از عمل طبق دستور کتبی پزشک مربوطه
- تجویز مایعات وریدی و کنترل ساکشن بینی – معده برای کاستن از اتساع شکم
- دادن آب و مایعات روز بعد از عمل لاپاراسکوپیک طبق دستور کتبی پزشک مربوطه
- شروع رژیم غذایی نرم پس ازبرگشت صداهای طبیعی روده که معمولا در روش لاپاراسکوپیک روز بعد این اتفاق می افتد.
- دریافت رژیم غذایی کم چرب و سرشار از پروتئین و کربوهیدرات پس ازجراحی (تاکید بر محدودیت های چربی)
- راه انداختن به موقع بیمار (معمولا" ۸ ساعت بعد از عمل) برای جلوگیری از بروز عوارض ریوی وسایر عوارض نظیر ترومبوآمبولی وریدی
- چک کردن درن های متصل به بیمار و ثبت ترشحات آنها و درصورت تعبیه درن پن رز، تعویض پانسمان در صورت نیاز جهت جلوگیری از صدمه به پوست و عفونت و انسداد
- چک رنگ مدفوع و رنگ و حجم ادرار
- آموزش علایم عفونت و نشانه های آن به بیمار
- آموزش به بیمار در مورد اجتناب ازکشیدن سیگارجهت پیشبرد بهبود ریوی بعد از عمل

تغذیه

- **رژیم غذایی بیماران عمل شده :**

بیمار روز عمل ناشتا بوده و روز بعد از عمل رژیم مایعات طبق دستور کتبی پزشک مربوطه شروع می شود. روزهای بعد نیز رژیم غذایی معمولی بر حسب وضعیت بیمار و سطح تحمل وی و طبق دستور کتبی شروع شده و ادامه می یابد.رعایت محدودیت مواد چربی نیز در نظر گرفته می شود. استفاده از گروه ویتامین ها و پروتئینها نیز توصیه می شود.

- **رژیم غذایی بعد ازحمله حاد بیماری :**

معمولا شامل مایعات کم چربی و مصرف مکملهای پودری سرشار از پروتئین و کربوهیدرات همراه با شیر بدون چربی است.

رژیم غذایی مجاز

میوه های پخته ، برنج ، پوره سیب زمینی ، گوشت کم چرب و سبزیجاتی که باعث نفخ نمیشوند و نان وقهوه وچای درحد تحمل

رژیم غذایی غیرمجاز

تخم مرغ ، خامه ، غذاهای سرخ شده ، پنیر، سبزیهایی که باعث نفخ میشوند ، دسرها و الکل

راهنمای خود مراقبتی بعداز کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک

مدیریت درد

تجربه درد یا ناراحتی ناشی ازگازیست که جهت بادکردن ناحیه شکمی درطی جراحی استفاده می شود.

جهت کاهش و یا رفع درد ، مستقیم نشستن روی تخت یا صندلی، قدم زدن و استفاده از پد گرمایی توصیه می شود.

درصورتیکه بیمار عمل جراحی باز داشته است استفاده از مسکن خوراکی تجویزی پزشک (معمولا" قرص استامینوفن ، ژلوفن و ...) در صورت عدم فروکش شدن درد با روشهای فوق توصیه میشود.

فعالیت ها

- انجام فعالیت سبک (قدم زدن)
- دوش گرفتن بعد از ۱ یا ۲ روز پس از ترخیص
- رانندگی بعد از ۴_۳ روز در عمل جراحی لاپاروسکوپی
- پرهیزاز بلند کردن اجسام بیش از ۳ کیلوگرم به مدت ۱ ماه
- شروع فعالیت جنسی بنا به شرایط جسمانی و در صورت تمایل

مراقبت از زخم

- چک کردن روزانه محل سوراخ از نظر وجود علایم عفونت در نوع لاپاروسکوپی
- کنترل محل عمل از نظر التهاب، خارش، ترشحات عفونی و یا خونی و ... در عمل جراحی باز
- شستن ملایم محل عمل و یا سوراخ در نوع لاپاروسکوپی با آب و شوینده ملایم
- پرهیز از دستکاری محل عمل و بخیه ها

تغذیه

- شروع تغذیه نرمال درمنزل با تاکید بر محدودیت چربیها
- مصرف ویتامینها
- گنجاندن آش و سوپ در وعده های غذایی جهت جلوگیری از یبوست
- استفاده از سبزیجات و میو ه جات تازه

مراجعات و پیگیری ها

- مراجعه به درمانگاه جراحی و یا پزشک خود ۷ تا ۱۰ روز بعد از ترخیص
- اطلاع دادن به جراح درصورت مشاهده هرگونه علایم عفونت درمحل برش یا اطراف آن (قرمزی ، حساسیت و گرما یا خارج شدن ترشحات خونی و یا عفونی از محل عمل)
- اطلاع به جراح درصورت دچارشدن به تب بالاتر از ۳۷/۷c بیش از دو روز متوالی
- مراجعه به پزشک درصورت دچارشدن به تهوع و استفراغ یا درد شکمی شدید

هموروئید

آنچه شما در این بخش مطالعه خواهید کرد:

تعریف هموروئید

انواع هموروئید

تظاهرات بالینی

درمان

آمادگیهای قبل عمل

آمادگیهای بعد از عمل

نکات آموزشی حین ترخیص

آموزشهای پیشگیرانه

هموروئید چیست؟

هموروئید عبارت است از قسمتهای متسع شده وریدهای واقع در کانال مقعدی، که بسیار شایع بوده و در سن ۵۰ سالگی حدود ۵۰ درصد افراد دچار درجاتی از هموروئید می شوند.

انواع هموروئید :

هموروئیدها به دو دسته تقسیم میشوند:

آنهایی که در بالای اسفنکتر داخلی ایجاد شده اند ، **هموروئیدهای داخلی** نامیده میشوند و آنهایی که در بیرون اسفنکتر خارجی ظاهر شده اند **هموروئیدهای خارجی** نامیده میشوند.

تظاهرات بالینی :

هموروئیدها باعث خارش و درد میشوند و با خونریزی قرمز روشن همراه با دفع مدفوع همراه هستند.

هموروئیدهای خارجی با درد شدید ناشی از التهاب و تورم ایجاد شده بوسیله ی ترومبوز همراه هستند. این وضعیت ممکن است به ایسکمی و در نهایت نکروز منتهی شود.

هموروئیدهای داخلی اغلب دردناک نیستند اما بزرگ شدن آنها ممکن است خونریزی یا پرولاپس ایجاد کند.

درمان :

-اشعه مادون قرمز برای ایجاد انعقاد

(Infrared photocoagulation)

-دیاترمی دوقطبی

(Bipolar diathermy)

-لیزر

-استفاده از روش بستن

(Ligation)

هموروئیدکتومی با روش جراحی انجمادی

(Cryosurgical hemmorrhoidectomy)

آمادگیهای قبل از عمل:

۱ – از ۱۲ ساعت قبل از عمل بیمار ناشتا باشد.

۲– چناچه بیمار آسپرین مصرف میکند از ۱۰–۷ روز قبل از عمل دارو باید با نظر پزشک قطع شود.

۳– قبل از عمل بایستی ناحیه عمل را تا فاصله ی زیادی ازمحل عمل شیو کرده و سپس استحمام نماید.

۴– در خصوص فرآیند عمل جراحی و آماده کردن بیمار جهت کاهش استرس آموزش داده شود.

۵– قبل از عمل، شرح حال دقیق از بیمار در زمینه بیماریهای زمینه ای قبلی و سابقه مصرف سیگار و مخدرها و حساسیت های غدایی و دارویی اخذ شود.

۶– اخذ رضایت عمل

۷– نداشتن گیره ، زنجیر یا وسیله فلزی و یا دندان مصنوعی و... هنگام انتقال به اتاق عمل

۸– وجود دستبند شناسایی در مچ دست غالب و کنترل صحت آن

۹– توصیه به خواب و استراحت در شب قبل از عمل

۱۰– رزرو خون

۱۱– اخذ OK قلب ، ریه ، داخلی ، نورولوژی و ... در صورت درخواست پزشک معالج

مراقبتهای بعد از عمل :

شروع رژیم مایعات بعد از هوشیاری کامل

دریافت مسکن مناسب طبق دستور پزشک

آموزش نحوه مراقبت در منزل

نکات آموزشی حین ترخیص:

طبق دستور پزشک، مش محل عمل را در منزل بعد از خیساندن در زیر دوش آب گرم، به آرامی خارج نمائید.

با مصرف مایعات، میوه و سبزیجات از یبوست جلوگیری کنید.

از زور زدن هنگام دفع خودداری کنید.

از نشستن طولانی در دستشویی اجتناب کنید.

بعد از هربار اجابت مزاج، برای جلوگیری از تنگی و عفونت مقعد، آن را تمیز نگه دارید.

بعد از دفع محل را شستشو داده و با دستمال، آن را خشک و تمیز نگه دارید.

برای پاکیزگی و بهبودی هرچه بهتر مقعد میتوانید با یک تکه پارچه، گرمایی مطلوب در محل ایجاد کنید.

بلافاصله بعد از عمل از گرما استفاده نکنید چون شانس خونریزی را افزایش میدهید.

در صورت صلاحدید پزشکتان، ۸ تا ۱۲ ساعت بعد از جراحی میتوانید از تشت حاوی بتادین و آب گرم ۳ الی ۴ روز استفاده کنید.

اگرچه بعلت عدم تشرح مقعد ، پانسمان آن ضرورتی ندارد ولی مناسبترین پانسمان اطراف مقعد استفاده از دستمالهای بهداشتی است.

در وقت تعیین شده به پزشک معالج خود مراجعه کنید.

در ۲ تا ۴ هفته ی اول بعد از عمل، حمام رفتن فقط بصورت دوش ایستاده باشد و از نشستن در حمام خودداری کنید.

در صورت عوارض زیر به پزشک معالج خود مراجعه کنید

خونریزی – درد – احتباس ادرار – ترشح چرکی – اسهال – تب

آموزشهای پیشگیرانه:

۱–از نشستن طولانی پرهیز کنید.

۲–روزانه ۶ تا ۸ لیوان مایعات بنوشید.

۳–زمان احتیاج به اجابت مزاج سریعا" اقدام کنید.

۴–غذاهای فیبردار مصرف کنید تا از یبوست جلوگیری کنید.

۵–زمان دفع زیاد زور نزنید.

۶–مرتب ورزش کنید.

سینوس یا کیست پایلونیدال (کیست موئی)

آنچه شما در این بخش مطالعه خواهید کرد:

تعریف سینوس پایلونیدال

عوامل خطر

علایم بیماری

درمان

آمادگیهای قبل از عمل

مراقبتهای بعد از عمل

تداوم مراقبت

سینوس یا کیست پایلونیدال (کیست موئی)

Pilonidal Sinus or Cyst

سینوس یا کیست پایلونیدال:

سینوس یا کیست پایلونیدال در شکاف بین دو برجستگی باسن و روی سطح خلفی قسمت پایینی ساکروم به وجود می آید و علت آن نفوذ موها به داخل اپی تلیوم و بافت زیر جلدی در اثر بروز صدمه ی موضعی است. همچنین ممکن است به طور مادرزادی در اثر فرورفتگی بافت اپی تلیال در زیر پوست تشکیل شود و به وسیله ی یک یا چندین سینوس کوچک با سطح پوست ارتباط پیدا کند.

عوامل خطر:

شغل کم تحرک – اضافه وزن یا چاقی – سابقه ی خانوادگی – وجود سوراخ مادرزادی انتهای دنبالچه ای – پرمویی با داشتن موهای مجعد و درشت – ضربه به ناحیه پایین کمری – سن – جنس مذکر

علایم بیماری:

این کیست تا رسیدن به سن نوجوانی و یا ابتدای جوانی بندرت خود را نشان میدهد و دراین زمان با بروزعفونت باعث ایجاد ترشحی تحریک کننده یا آبسه میشود که به سادگی در اثرتعریق یا تماس تحریک میشود.

درصورت تشکیل آبسه ، فرد دچار تب و درد و تورم فزاینده پایین پشت میشود و گاهی نیز بیمار حین استحمام یا شستشوی این ناحیه متوجه یک توده ی بدون درد یا تورم و یا یک گودی یا سوراخ در پوست ناحیه ی بین باسن میشود.

درمان:

در مراحل اولیه ، عفونت ممکن است به وسیله ی درمان آنتی بیوتیکی کنترل شود اما با تشکیل آبسه جراحی ضرورت می یابد.

آمادگیهای قبل از عمل:

۱– از ۱۲ساعت قبل از عمل بیمار ناشتا باشد.

۲– چناچه بیمار آسپرین مصرف میکند از ۱۰–۷ روز قبل از عمل دارو باید با نظر پزشک قطع شود.

۳– قبل از عمل بایستی موهای ناحیه عمل را تا فاصله ی زیادی از محل سینوس شیو نموده و سپس استحمام نماید.

۴– در خصوص فرایند عمل جراحی و آماده کردن او جهت کاهش استرس به بیمار آموزش داده شود.

۵– قبل از عمل شرح حال دقیقی از بیمار در زمینه بیماریهای زمینه ای قبلی و سابقه مصرف سیگار و مخدرها و حساسیت های غدایی و دارویی اخذ شود.

۶– رضایت عمل اخذ شود.

۷– نداشتن گیره ، زنجیر یا وسیله فلزی و یا دندان مصنوعی و... هنگام انتقال به اتاق عمل کنترل شود.

۸– وجود دستبند شناسایی در مچ دست غالب و کنترل صحت آن چک شود.

۹– خواب و استراحت کافی در شب قبل از عمل توصیه شود.

۱۰– آزمایشات روتین چک و رزرو خون انجام شود.

۱۱– اخذ OK قلب ، ریه ، داخلی ، نورولوژی و ... در صورت درخواست پزشک معالج انجام شود.

مراقبتهای بعد از عمل:

۱–آموزش در مورد نحوه ی تمیز نگه داشتن ناحیه ی اطراف مقعد

بدین منظور بیمار باید موضع را به آرامی با آب گرم شسته و سپس با پنبه دستمال یا پنبه جاذب، آب خود را خشک کند.

توجه: استفاده از دستمال توالت ممنوع است

۲–آموزش در مورد چگونگی انجام حمام نشیمنگاهی (۳–۴ بار در روز) و نحوه ی کنترل درجه حرارت آب

۳–آموزش در مورد امکان ایجاد اسپاسم های دردناک در اسفنکتر و عضلات پرینه در خلال ۲۴ ساعت اول بعد جراحی

به همین دلیل آموزش استفاده از یخ و پمادهای مسکن توصیه می شود.

۴–آموزش استفاده از کمپرسهای گرم برای تسکین تحریک بافتی

۵–آموزش به بیمار در مورد اینکه به تناوب روی شکم قرار گیرد زیرا این وضعیت به کاهش تورم بافتی کمک میکند

۶–پانسمانهای مرطوب شده با مقادیر مساوی آب سرد و ... به رفع تورم کمک میکند در هنگام استفاده از پانسمانهای مرطوب لازم است ناحیه ی مقعد چرب شود تا از آسیب پوستی جلوگیری شود.

۷–مصرف منظم داروهای تجویز شده

۸–بعد از هربار اجابت مزاج بهتر است زخم را دروان آب گرم حاوی بتادین به مدت ۱۵ دقیقه قرار داد.

معمولا برای پر شدن زخم به ۳–۲ ماه وقت نیاز هست.

۹–در صورتیکه نشستن برای بیمار مشکل و با درد همراه باشد بایستی یک بالشتک که وسط آن سوراخ است تهیه و از آن استفاده نمود. در این صورت زخم درناحیه سوراخ قرار میگیرد و فشاری برآن وارد نمیشود همچنین به بیمار تاکید میشود که از نشستن طولانی مدت بپرهیزد

تداوم مراقبت:

۱–لازم است برای یک تا دو هفته بعد از عمل،۳ –۴ بار در روز حمام نشیمنگاهی در وان یا لگن پلاستیکی انجام شود (قرار دادن ناحیه کفل و لگن در آب به تسریع روند درمان و جلوگیری از عفونت زخم کمک میکند).

۲–به بیمار توصیه میشود که به محض احساس تمایل به دفع و برای جلوگیری از یبوست، عمل دفع را به موقع انجام دهد.

۳–توصیه به مصرف حداقل دو لیتر آب در روز و انجام تمرینات ورزشی

۴–اصلاح رژیم غذایی و گنجاندن مواد فیبری بیشتر، تا حجم مدفوع افزایش یافته و با سهولت بیشتری دفع شود وتوصیه به استفاده از ملین های افزایش دهنده ی حجم مدفوع (مثل پسیلیوم) و نرم کننده های مدفوع(مثل دوکوسیت)

فیستول پری آنال

آنچه شما در این بخش مطالعه خواهید کرد:

تعریف فیستول پری آنال

عوامل به وجود آورنده فیستول پری آنال

تظاهرات بالینی

روشهای تشخیصی

درمان

فیستولکتومی

عوارض جراحی فیستول مقعدی

آمادگیهای قبل از عمل

مراقبتهای بعد از عمل

تداوم مراقبت

تعریف فیستول پری آنال:

فیستول مقعدی یک ساختمان فیبروزی، لوله ای شکل و باریک است که از طریق یک سوراخ ایجاد شده در کنار مقعد به داخل کانال مقعدی گسترش می یابد.

عوامل به وجود آورنده فیستول پری آنال:

انسداد غدد مترشحه، خراشیدگی، ضربه یا پارگی در طول کانال مقعد – رکتوم و پوست اطراف پرینه و عفونت از علل شایع آن بشمار می روند.

معمولا فیستول ها به دنبال عفونت ظاهر میشوند و آنها ممکن است در نتیجه آسیب، فیشر و یا بیماری کرون نیز ایجاد شوند.

تظاهرات بالینی:

خروج چرک یا مدفوع به طور مداوم از سوراخ پوست

دفع گاز یا مدفوع از طریق واژن یا مثانه و خارش اطراف مقعد (بستگی به محل فیستول)

روشهای تشخیصی:

شرح حال و معاینه دقیق در اغلب موارد تشخیص فیستول را مسجل میسازد و جهت تعیین عمق آن میتوان از سونوگرافی آندوآنال و یا MRI استفاده کرد.

درمان:

عدم درمان فیستول ممکن است باعث عفونت عمومی و نشانه های مربوطه شود.

درمان داخلی شامل تجویز آنتی بیوتیک یا مواد ضدالتهاب است. (مثل آزاتیوپرین، سیکلوسپورین)

عود فیستول شایع است و جراحی همواره تاکید میشود چون تعداد محدودی از فیستولها خودبخود بهبود می یابند.

فیستولکتومی:

برداشتن فیستول روش جراحی انتخابی است. قبل از عمل قسمت تحتانی روده با چندین نوبت تنقیه به طور کامل تمیز میشود. طی جراحی مجرای فیستول کامل مشخص میشود. فیستول بریده و خارج میشود یا بوسیله برش سراسری یعنی از دهانه واقع در راست روده تا دهانه بیرونی آن باز میگردد و زخم با گاز پر میشود .

عوارض جراحی فیستول مقعدی:

درد، خونریزی، بی اختیاری در دفع گاز و مدفوع به سبب آسیب به عضلات مقعد در اثر جراحی ، مشکل دفع ادرار، عفونت درصورت تر میم نشدن کامل مجرای مقعد ، تورم و ترشح ، تب، تهوع و یبوست

آمادگیهای قبل از عمل:

۱– از ۱۲ساعت قبل از عمل بیمار ناشتا باشد.

۲– چناچه بیمار آسپرین مصرف میکند از ۱۰–۷ روز قبل از عمل دارو باید با نظر پزشک قطع شود.

۳– قبل از عمل بایستی موهای ناحیه عمل را تا فاصله ی زیادی از محل سینوس شیو نموده و سپس استحمام نماید.

۴– در خصوص فرایند عمل جراحی و آماده کردن او جهت کاهش استرس به بیمار آموزش داده شود.

۵– قبل از عمل، شرح حال دقیقی از بیمار در زمینه بیماریهای زمینه ای قبلی و سابقه مصرف سیگار و مخدرها و حساسیت های غدایی و دارویی اخذ شود.

۶– رضایت عمل اخذ شود.

۷– نداشتن گیره ، زنجیر یا وسیله فلزی و یا دندان مصنوعی و... هنگام انتقال به اتاق عمل کنترل شود.

۸– وجود دستبند شناسایی در مچ دست غالب و کنترل صحت آن چک شود.

۹– خواب و استراحت کافی در شب قبل از عمل توصیه شود.

۱۰– آزمایشات روتین چک و رزرو خون انجام شود.

۱۱– اخذ OK قلب ، ریه ، داخلی ، نورولوژی و ... در صورت درخواست پزشک معالج انجام شود.

مراقبتهای بعد از عمل:

۱– آموزش در مورد نحوه ی تمییز نگه داشتن ناحیه ی اطراف مقعد
بدین منظور بیمار باید خود را به آرامی با آب گرم شسته و سپس با پنبه جاذب آب خود را خشک کند.

۲– حمام نشیمنگاهی
قرار دادن ناحیه کفل و لگن در آب به تسریع روند درمان و جلوگیری از عفونت زخم کمک میکند .

۳– مصرف منظم داروها خصوصا آنتی بیوتیکهای تجویز شده توسط پزشک معالج به منظور جلوگیری از عفونت

۴–تعویض مرتب پانسمان به منظور جلوگیری از عفونت

۵–جلوگیری از یبوست
برای این منظور آموزش به بیمار برای مصرف فیبر و آب کافی و درصورت لزوم ملین طبق تجویز پزشک

۶–اجتناب از وارد آوردن فشار بر زخم فیستول

تداوم مراقبت:

۱– لازم است برای یک تا دو هفته بعد از عمل، ۳–۴ بار در روز حمام نشیمنگاهی در وان یا لگن پلاستیکی انجام شود .

۲–به بیمار توصیه میشود که به محض احساس تمایل به دفع برای جلوگیری از یبوست عمل دفع را انجام دهد.

۳–توصیه به مصرف حداقل دو لیتر آب در روز و انجام تمرینات ورزشی

۴–اصلاح رژیم غذایی و گنجاندن مواد فیبری بیشتری تا حجم مدفوع افزایش یافته و با سهولت بیشتری دفع شود و توصیه به استفاده از ملین های افزایش دهنده ی حجم مدفوع (مثل پسیلیوم) و نرم کننده های مدفوع(مثل دوکوسیت) طبق دستور و صلاحدید پزشک مربوطه.

داروهای شایع بخش

جراحی یک

(قسمت اول)

سفتریاکسون

مترونیدازول

سفازولین

هپارین

پنتاپرازول

سفتریاکسون

Rocephin-Rocephalin

طبقه بندی فارماکولوژیک	سفالوسپورین نسل سوم
طبقه بندی درمانی	آنتی بیوتیک
طبقه بندی مصرف در حاملگی	گروه B
اشکال دارویی	For inj: 250 mg-500 mg- 1 g
اندیکاسیون ها	سپتیسمی – باکترمی– پروفیلاکسی پیش از جراحی ،التهاب باکتریایی گوش میانی گنوره بدون عارضه – مننژیت گونوکوکی –آندوکاردیت – بیماری التهابی لگن – سپتی سمی -عفونت ادراری نکته : حداکثر دوزاژ روزانه در نارسایی کلیه نباید از ۲ گرم روزانه بیشتر باشد
کنتراندیکاسیون و موارد احتیاط	حساسیت به سفالوسپورینها و پنی سیلینها
تداخلات دارویی	مصرف همزمان آمینوگلیکوزیدها خاصیت سینرژیک دارد. مصرف همزمان پروبنسید با دوز ۲– ۱ گرم روزانه ، میتواند ترشح صفراوی

	این دارو را کم کند. مصرف همزمان الکل باعث ایجاد واکنش disulfiram-like میشود. مصرف همزمان داروهای ضدانعقاد، اثر داروهای ضد انعقاد را زیادتر می نماید
تداخلات آزمایشگاهی	ممکن است افزایش LDH – ALK .P – SGPT – SGOT – BUNشود.
عوارض جانبی و ناخواسته	سیستم عصبی: سردرد – سرگیجه دستگاه گوارش: تهوع – استفراغ – اسهال – کولیت پسودومامبرانو – رسوب در کیسه صفرا – کولیک پوست: تورم و خارش سایر علائم: واکنش افزایش حساسیتی – لکوپنی – ترومبوسیتوز – تب – لرز – سنگ ادراری
مصرف در شیردهی	فقط با احتیاط تجویز شود.
سازگاری با دیگر داروها	آمینواسیدها - بی کربنات سدیم - مترونیدازول
ارزیابی تاثیر دارو	کشت و آنتی بیوگرام پاسخ درمانی، عبارت است کاهش نشانه های عفونت. منفی
درمان بیش از حد دارو	اپی نفرین,آنتی هیستامین ، درصورت نیاز احیاء قلبی–ریوی
شرایط نگهداری دارو	در درجه حرارت ۲۵–۱۵ درجه و دور از نور نگهداری شود .
اقدامات پرستاری	–حساسیت به پنی سیلین و دیگر سفالوسپورینها را بررسی کنید. – نفروتوکسیستی با افزایش اوره و کراتینین مشخص میشود.این موارد را چک کنید. – جذب و دفع مایعات را روزانه چک کنید. –کاهش برون ده ادراری را به پزشک اطلاع دهید زیرا یکی از تظاهرات

	مسمومیت کلیوی محسوب میشود – در درمان دراز مدت تستهای خونی ذیل چک و کنترل شود: -CBC – HCT – BILL - BUN – SGOT – SGPT – ALK .P – LDH –در درمان طولانی مدت است ماهانه الکترولیتهایی ذیل را چک و کنترل نمائید: Na – K - Cl – الگوی دفع روده ای را هر روز مورد بررسی قرار دهید . در صورت بروز اسهال شدید دارو باید قطع شود زیرا میتواند بر کولیت سودوممبران دلالت داشته باشد. – آنافیلاکسی (راش – کهیر – تب – لرز – درد مفاصل – خارش – آنژیوادم) را که ممکن است در چند روز اول بعد از شروع دارو پدید آید ، بدقت مددنظر قراردهید. ۹– علائم خونریزی (کبودی – خونریزی از لثه – هماچوری و خون در مدفوع) را روزانه کنترل کنید. ۱۰–تظاهرات پدیدار شدن عفونت ثانویه را نیز بررسی نمائید: خارش پرینه – تب – احساس ناخوشی – درد – قرمزی – تورم – ترشح – راش – اسهال – تغییر در سرفه و خلط ۱۱–محل تزریق را از نظر فلبیت چک کنید. نکته: احتمال هیپوپروترومبینمی وجود دارد و این دارو باعث تغییر در فلور باکتریایی روده و مولد ویتامین کا میشود.
آموزش به بیمار و خانواده	۱–در صورت ابتلا به دیابت لازم است گلوکز خون در طول درمان کنترل شود. ۲–موارد دال بر دیسکرازی خونی فورا گزارش شوند: خونریزی – کبودی – گلودرد و درد مفاصل ، همچنین اسهال مقاوم و یا اسهال توام با مخاط و خون اطلاع داده شوند زیرا میتواند دلالت بر کولیت سودومامبران داشته باشد. ۳–دارو باید سر ساعت خاصی دریافت شود و دوره درمان باید کامل شود.

مترونیدازول

Satric – Femazol – Flagy – Metryl

طبقه بندی فارماکولوژیک	نیترو ایمیدازول
طبقه بندی درمانی	ضد آمیب – تک یاخته و باکتری
طبقه بندی مصرف در حاملگی	گروه B
اشکال دارویی	Tab: 250-500mg Oral susp:125mg/5ml Inf-solution:5mg/ml(100ml)
اندیکاسیون	ژیاردیازیس – تریکوموناز یس - آمیبیاز روده ای - آبسه آمیبی کبد
کنتراندیکاسیون و موارد احتیاط	حساسیت مفرط - سه ماهه اول حاملگی – شیردهی – بیماری فعال CNS احتیاط:مصرف همزمان کورتون – اختلال شدید کبدی – دیسکرازیهای خونی
تداخلات	مصرف همزمان دی سولفیرام میتواند موجب سایکوز حاد شود.

	مصرف همزمان الکل میتواند باعث بروز واکنش شبه دی سولفیرام شود. مصرف همزمان فنوباربیتال موجب کاهش نیمه عمر مترونیدازول و کاهش اثر آن میشود. احتمال ایجاد لکوپنی با مصرف آزاتیوپرین زیاد میشود .
عوارض جانبی و ناخواسته	CNS: سردرد – سرگیجه - پارستزی اندامها – بیقراری - بی خوابی – آتاکسی - ضعف و خستگی – تشنج - افسردگی GI: تهوع – استفراغ – اسهال – یبوست – کاهش اشتها – درد شکمی – خشکی دهان Derm: کهیر – خارش GU: تیرگی ادرار – کاهش لیبیدو دیس پارونی – بی اختیاری – سیستیت Other: ادم – لکوپنی گذرا – طعم فلزی – احتقان بینی – ژنیکوماستی
مصرف در شیردهی	در طی درمان باید شیردهی قطع شود.
تداخلات آزمایشگاهی	ممکن است سبب افزایشAST,ALT,LDH شود.
توصیه ها	دارو را در ظرف مقاوم به نور نگه داشته،آن را در یخچال نگه ندارید.
سازگاری با دیگر داروها	آمیکاسین – آمینوفیلین – سفازولین – سفوتاکسیم – سفتازیدیم – سفتی زوکسیم – سفتی دیاکسول – کلرامفنیکل – سیپروفلوکساسین – کلیندامایسین – دیزوپیرامید – فلوکونازول – هپارین – جنتامایسین – مولتی ویتامین – پنی سیلین – جی پتاسیم –توبراماسین
ارزیابی تاثیر دارو	پاسخ درمانی عبارت است از کاهش نشانه های عفونت و

	کاهش تعداد و اندازه ی ضایعات
شرایط نگهداری دارو	در درجه حرارت اتاق و دور از نور و جای خشک نگهداری شود.
اقدامات پرستاری	۱–بیمار را از نظر عفونت (افزایش wbc ، تب، نشانه های زخم ، ترشحات زخم یا واژن) بررسی نموده و بعد از انجام کشت و آنتی بیوگرام ، این دارو را شروع نمایید. ۲–در طول درمان وضعیت مدفوع را در نظر بگیرید . در انتهای درمان باید از انگل(آمیبیاز) پاک شده باشد و به مدت یکسال بیمار تحت نظر گزفته میشود. ۳–در طول درمان و پس از آن تستهای بینایی را انجام دهید ممکن است مشکلات بینایی رخ دهد. ۴–I&O و وزن را روزانه کنترل نمایید . تعداد دفع مدفوع ، دفعات و مشخصات مدفوع را مد نظر قرار دهید. ۵–بیمار را از نظر مسمومیت عصبی(نوروپاتی محیطی،حملات تشنجی ، گیجی ، عدم هماهنگی ، خارش و دردهای مفاصل) بررسی نمایید. در صورت بروز ، دارو باید قطع شود. ۶– واکنشهای آلرژیک (تب ، راش ، خارش و لرز) را مد نظر قرار دهید . در صورت بروز این نشانه ها دارو باید قطع گردد. ۷–به تظاهرات ثانویه عفونت توجه نمایید: تب ، رشد مونیلیا ، خستگی بیش از حد ، احساس ناخوشی ۸–به اختلال در عملکرد کلیوی و دستگاه تولید مثل توجه نمایید: دیزوری ، پلی اوری ، ناتوانی جنسی ، مقاربت دردناک ، کاهش میزان میل جنسی ۹–دارو همراه غذا یا بعد از آن مصرف شود تا نشانه های

	گوارشی و طعم فلزی در دهان بر طرف گردد . میتوان در صورت لزوم قرصها را خرد کرد . از فراورده های حاوی آلومینیوم استفاده نشود.
آموزش به بیمار و خانواده	۱– ادرار ممکن است مایل به قهوه ای و یا قرمز تیره گردیده طعم متابولیک پیدا کند . ۲–بعد از مدفوع رعایت دقیق بهداشت را نموده ، تکنیک دست شستن را رعایت کنید. ۳–در صورت بروز بیحسی یا سوزن سوزن شدن در انتهاها به پزشک اطلاع دهید. ۴–از آنجایی که ممکن است گیجی رخ دهد از انجام فعالیتهای خطرناک بپرهیزید. ۵–لازم است دوره ی درمان کاملا رعایت گردد. ۶–در صورتیکه این دارو به منظور درمان تریکوموناز یس استفاده گردیده ، از کاندوم استفاده کنیدزیرا ممکن است آلودگی و انتقال عفونت به وجود آید. ۷–به منظور رفع خشکی دهان از آدامسهای بدون قند و آبنبات استفاده کنید. ۸–از مصرف الکل یا دیگر فراورده های حاوی الکل طی درمان و ۴۸ ساعت بعد از بکارگیری دارو اجتناب ورزید ممکن است واکنش دی سولفیرام مانند رخ دهد

سفازولین

Kefazol – Ancef - Zolicef

طبقه بندی فارماکولوژیک	سفالوسپورین نسل اول
طبقه بندی درمانی	آنتی بیوتیک
طبقه بندی مصرف در حاملگی	گروه B
اشکال دارویی	For inj: 250-500mg-1 gr
اندیکاسیون	عفونتهای ادراری– ریوی – پوستی – استخوانی و مفصلی – آندوکاردیت – سپتی سمی – پروفیلاکسی قبل از عمل – آنژین لدویگ ناشی از عفونتهای منتشر در دندانپزشکی نکته: در صورت تزریق عضلانی، تزریق باید عمیق صورت گیرد. نکته:به علت اینکه این دارو قابلیت همودیالیز دارد، در بیمارانی که همودیالیز میشوند باید دوز دارو بر اساس شدت عفونت، آسیب کلیوی و سطح سرمی دارو تنظیم شود.
کنتراندیکاسیون و موارد احتیاط	حساسیت مفرط به سفالوسپورینها و پنی سیلین ها
تداخلات	مصرف در آفتاب سوختگی باعث ایجاد خارش – اریتم و راش پوستی میشود. CNS: سردرد ، سرگیجه، پارستزی، بیحالی ، تشنج GI: تهوع ، استفراغ ، اسهال ، کاهش اشتها کرامپ شکمی ، گلوسیت ، تنسموس ، دیس پپسی ، کولیت پسودومامبرانو Hema : نوتروپنی، لکوپنی، آنمی

	Other : واکنش افزایش حساسیتی، تب، تنگی نفس، راش پوستی
مصرف در شیردهی	فقط با احتیاط تجویز شود.
تداخلات آزمایشگاهی	ممکن است سبب افزایش LDH,ALK-P,AST,ALT,GGT و شمارش ایوزینوفیل و کاهش نوتروفیل و WBC و پلاکت گردد.
سازگاری با دیگر داروها	مترونیدازول – وراپامیل – فلوکونازول – فاموتیدین – کلیندامایسین
سازگاری داخل سرنگ	هپارین – ویتامین ب
ارزیابی تاثیر دارو	پاسخ درمانی عبارت است کاهش نشانه های عفونت ، کشت و آنتی بیوگرام منفی
درمان آنافیلاکسی	اپی نفرین ، آنتی هیستامین ، درصورت نیاز احیاء قلبی–ریوی
شرایط نگهداری دارو	در درجه حرارت ۳۰–۱۵ درجه و دور از نور نگهداری شود.
اقدامات پرستاری	❋ ۱– حساسیت به پنی سیلین و دیگر سفالوسپورینها را بررسی کنید. ۲– نفروتوکسیستی خود را با افزایش اوره و کراتینین خود را نشان می دهد. این موارد را چک و کنترل کنید. ۳– جذب و دفع را روزانه کنترل کنید. ۴– در درمان دراز مدت این موارد را چک و کنترل کنید: LDH,HCT,CBC,ALK- P,ALT,AST و بیلی روبین ۵– در صورتیکه درمان طولانی مدت ادامه یابد الکترولیتهای ذیل را چک کنید: CL,K, NA ۶–الگوی دفع روده ای را هر روز مورد بررسی قرار دهید در صورت بروز اسهال شدید دارو باید قطع شود زیرا میتواند بر کولیت سودوممبران

	دلالت داشته باشد. ۷–کاهش برون ده ادراری را به پزشک اطلاع دهید زیرا یکی از تظاهرات مسمومیت کلیوی محسوب میشود. ۸–آنافیلاکسی (راش، کهیر، تب، لرز، درد مفاصل، خارش و آنژیو ادم) را که ممکن است در چند روز اول بعد از شروع دارو پدید آید را بدقت مددنظر قراردهید. ۹–خونریزی (کبودی ، خونریزی از لثه، هماچوری و خون در مدفوع) را روزانه کنترل کنید. ۱۰–تظاهرات پدیدار شدن عفونت ثانویه را بررسی کنید.این علائم عبارتند از: خارش پرینه ، تب، احساس ناخوشی، درد، قرمزیفر تورم، ترشح، راش، اسهال، تغییر در سرفه و خلط ۱۱–محل تزریق را از نظر تحریک و نشت چک کنید.

هپارین سدیم

Heparin – Hepalean - Uniparin

طبقه بندی فارماکولوژیک	ضد انعقاد
طبقه بندی درمانی	ضد انعقاد
طبقه بندی مصرف در حاملگی	گروه C
اشکال دارونی	Inj: 5000 – 10000 u/ml
فارماکوکینتیک-دینامیک-مکانیسم اثر	باعث غیر فعال شدن ترومبین و مانع تبدیل فیبرینوژن به فیبرین میشود. شروع اثر نوع وریدی بالا و نوع زیر جلدی ۲۰ الی ۶۰ دقیقه میباشد.
اندیکاسیون	جراحی قلب باز – انعقاد منتشره داخل عروقی – آمبولی ریه – آنژین ناپایدار – باز نگهداشتن کاتتر ثابت وریدی – پروفیلاکسی آمبولی – بعد از ام آی . و دی وی تی
کنتراندیکاسیون وموارد احتیاط	دیس کرازیهای خونی– زخم باز – خونریزی فعال – حساسیت مفرط – ترومبوسیتوپنی شدید – احتمال خونریزی مغزی – کمبود اسید اسکوربیک – هموفیلی – زخم پپتیک – اندوکاردیت باکتریایی تحت حاد – درطی یا بعد از جراحی مغز، چشم و نخاع – تهدید به سقط – هیپرتانسیون شدید
موارد احتیاط	شیردهی–قاعدگی–زخم پپتیک
مصرف در بارداری	هپارین از سد جفت عبور نمیکند. دردوران بارداری بویژه در سه ماهه سوم ودوران پس از زایمان به علت خطرخونریزی از محل اتصال جفت به رحم و خونریزی

	مادر، دارو باید با احتیاط مصرف شود.
ارزیابی تاثیرمصرف دارو	پاسخ درمانی عبارت است از کاهش میزان ترومبوز ورید عمقی و افزایش پی تی تی به میزان یک ونیم تا دو برابر زمان کنترل
عوارض جانبی	خونریزی–ترومبوسیتوپنی–هماتوم زخم–واکنش افزایش حساسیت
درمان مصرف بیش ازحد (آنتی دوت)	– قطع مصرف دارو – ۱ میلی گرم پروتامین سولفات میتواند ۱۰۰ واحد هپارین را خنثی کند
شرایط نگهداری	در درجه حرارت ۳۰–۱۵ درجه نگهداری شود.
اقدامات پرستاری	۱–تستهای خونی را سه ماه یکبار کنترل کنید.(هماتوکریت و خون مخفی در مدفوع) ۲–زمان پروترومبین نسبی باید به یک ونیم تا دو برابر زمان کنترل برسد. غالبا" پی تی تی روزانه چک می شود . به همراه پی تی تی ممکن است آ پی تی تی و آسی تی نیز ممکن است کنترل گردد. ۳–شمارش پلاکتی باید هر دو تا سه روز یکبار انجام گیرد. ۴–خونریزی از لثه، پتشی، اکیموز، مدفوع قیری یا سیاه رنگ، کاهش میزان فشار و هماتوکریت میتواند دلالت بر خونریزی داشته باشد که باید گزارش شود. ۵–موارد زیر را اطلاع دهید؛ تب ، راش و کهیر ۶–دوزاژ دارو برحسب نیاز هر یک تا دو هفته تغییر میکند.

	۷–هر روز در زمان خاصی باید دارو را بکار برد تا سطح خونی دارو حفظ شود. ۸–از تزریق داخل عضلانی دارو اجتناب ورزید زیرا میتواند سبب هماتوم و خونریزی گردد. ۹– تزریق زیر جلدی با سوزن جی ۲۵ انجام شده، از آسپیراسیون دارو و یا ماساژ بعد از تزریق اجتناب ورزید. محل تزریق به صورت چرخشی باید تعویض گردد و بعد از تزریق دارو، تنها فشار ملایمی بر روی محل تزریق وارد آورید (به مدت یک دقیقه). هرگز ناحیه را ماساژ ندهید. ۱۰–در تزریق داخل وریدی میتوان دارو را با سرمهای کلروسدیم ۰,۹٪ و دکستروز و یا رینگر رقیق نمود و بصورت مستقیم تزریق یا مداوم ، انفوزیون کرد. برای انفوزیون از پمپ استفاده کنید. ۱۱–ممکن است نتایج مثبت کاذب تستهای کبدی و تستهای تیروییدی با مصرف هپارین مشاهده شود و توجه به شمارش گلبولهای سفید نیز جهت کنترل ضروریست. ۱۲– درد شکمی احتمال خطر خونریزی را مشخص میکند. ۱۳– توجه نمائید افراد سالمند یا افراد مبتلا به نارسایی کلیه بیشتر در معرض خونریزی هستند.
آموزش به بیمارو خانواده	۱– از مصرف داروهای ضد بارداری خودداری کنید چون ممکن است باعث عوارض و تداخلات جدی شود. ۲–این دارو ممکن است طی دوره ی خونریزی فعال (پریود) بسته به شرایط قطع شود. ۳–به منظور پیشگیری از خونریزی از لثه ها از مسواک نرم استفاده کنید.

	۴–از ورزشهای تهاجمی پرهیز کنید. ۵– از تیغ استفاده نکنید ۶–تزریق عضلانی انجام ندهید. ۴–کارت شناسایی همراه داشته باشید که نشان دهد تحت درمان با این دارو هستید. ۵–علایم خوریزی را گزارش کنید: خونریزی از لثه، زیر پوستی ، خون در ادرار و مدفوع

پنتوپرازول

Protonix – Pantazol

طبقه بندی فارماکولوژیک	مهار کننده پمپ پروتون
طبقه بندی درمانی	کاهنده ی اسید معده
طبقه بندی مصرف در حاملگی	گروه B
اشکال دارویی	Tab: 20-40 mg *Cap: 15-20-40 mg* *Inj: 40 mg (powder)*
اندیکاسیون	درمان کوتاه مدت بیماری رفلاکس معده به مری درمان طولانی مدت وضعیت پاتولوژیک افزایش ترشح شامل سندرم زولینگر الیسون
تداخلات	استرهای آمپی سیلین، نمکهای آهن و کتوکونازول سبب کاهش جذب دارو میشوند.
عوارض جانبی و ناخواسته	CNS : سردرد – اضطراب – بیخوابی – میگرنژ گوارش : تهوع – استفراغ – اسهال – یبوست – درد و گاستروانتریت Derm:راش GU: عفونت مجاری ادراری – اختلال رکتال – تکرر ادرار CV: درد قفسه سینه ENT: سینوزیت – فارنژیت – رینیت

	Resp : افزایش سرفه – عفونت مجاری - دیس پنه - برونشیت فوقانی ریوی
مصرف در شیردهی	با احتیاط مصرف شود.
ارزیابی تاثیر مصرف دارو	پاسخ درمانی عبارت است از: عدم درد اپی گاستریک، برطرف شدن تورم و احساس پری شکم
اقدامات پرستاری	–دستگاه گوارش را بررسی کنید: هر ۸ ساعت به صداهای روده ای گوش کنید و شکم را از نظر درد ، تورم و بی اشتهایی مد نظر قرار دهید. – تستهای کبدی را حین درمان بررسی کنید.

کتاب حاضر به سفارش واحد اموزش مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز و در راستاری آموزش بیماران و ارتقای دانش خود مراقبتی ایشان تهیه و تنظیم گردیده است .

IMAM REZA TABRIZ
AUTUMN 13 99
Fatemeh Rezaei