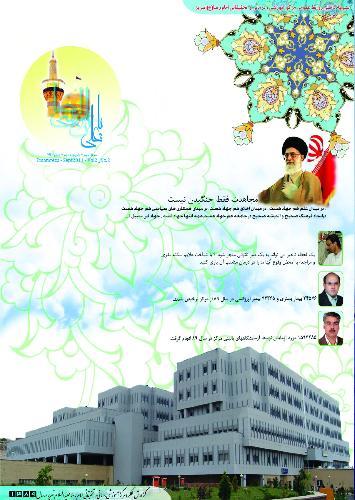
[](http://imamreza.tbzmed.ac.ir/uploads/17/CMS/user/file/34/?O???%20C?C?)

**بيمارستان امام رضا(ع)**



**بخش آي سي يو جنرال**

**فهرست صفحه بخش آي سي يو 3**

**بسته خدمت سرپرستار 5**

**بسته خدمت پرستار 6**

**بسته خدمت كمك بهيار 7**

**مراقبتهاي روتين بخش 8**

**داروي پروپوفول 9**

**تيوپنتال 11**

**نروإيد 13**

**لابتالول 15**

**كلونازپام 16**

**آلبومين 18**

**رانيتيدين 21**

**انسولين 23**

**انلاپريل 27**

**فورسمايد 30**

**دوبوتامين 34**

**دوپامين 36**

**ماركائين(بوپي كائين) 38**

**سولويت F 40**

**ان استيل سيستئين 41**

**مريلنون 42**

**سيردالود 44**

**كلونيدين 45**

**هالوپريدول 46**

**ميدازوللام 48**

**اينتراميل 49**

**پروكلسي تونين 51**

**آزمايشHbA1C 53**

**انسداد روده 54**

**سرطان كولون و ركتوم 57**

**مراقبت از كولوستومي 61**

**سرطان حفره دهان 63**

**سرطان كليه و مثانه 80**

**سرطان مثانه 82**

**كانسر حنجره 84**

**لب شكري و شكاف كام 86**

**تومورهاي مدياستن 90**

**كانسر مري 91**

**پنوموني باكتريال 95**

**آمفيزم 97**

**كيست هيداتيك 101**

**آنسفالوپاتي كبدي 104**

**مسموميت با متانول 105**

**پروسيجرهاي بخش 112**

**ترانسفوزيون 112**

**چست تيوب 115**

**انتوباسيون 117**

**تهويه مكانيكي 124**

**ساكشن لوله تراشه 130**

**سونداژ مثانه 132**

**انما 133**

**ترميم زخم 135**

**زخم بستر 136**

**انواع پانسمان 138 شستشوي مثانه با سوند سه راه 142**

**شستشوي مثانه با سوند دو راه 144 مانيتورينگ Cvp 146**

**كاتدان 148**

**تجهيزات بخش 149**

**بخش ICU جنرال**

**بخش آي سي يو جنرال**

**نظري بر بخش مراقبتهاي ويژه**

بخش مراقبتهاي ويژه جنرال بيمارستان امام رضا(ع) واقع در طبقه دوم بيمارستان با تعداد 12 تخت با هدف ارائه بهينه خدمات ويژه تشخيصي، درماني و مراقبتي در سال 1389 تاسيس گرديد. البته در اوايل با اختصاص 2 تخت از تختهاي ارتوپدي شروع و با افزايش تعداد بيماران و نياز به تخت آي سي يو تختها اضافه گرديد. در حال حاضر(فروردين 1391)فعلا 9 تخت فعال و 7 غير فعال دارد كه به زودي فعال خواهند شد.بخش آي سي يو با حضور پزشكان متخصص و پرستاران كارشناس كه آموزش مراقبتهاي ويژه در بخش ديده اند و با تجهيزات ويژه و امكانات پيشرفته و تخصصي چون مانيتورينگ قلبي و تنفس مكانيكي ، كاردياك آوت پوت و... خدمات خود را در قسمتهاي زير ارائه مي دهد:

* مراقبتهاي ويژه داخلي – جراحي
* مراقبتهاي ويژه در بيماران اعصاب و حوادث عروق مغزي
* مراقبتهاي ويژه مسموميتهاي دارويي و شيميايي
* مراقبتهاي ويژه بعداز اعمال جراحي توراكس – ارولوژي- فك و صورت- ارتوپدي- پيوند كليه- گوش حلق بيني

نحوه پذيرش بيماران

بخش آي سي يو در طول ساعت مختلف آماده پذيرش كليه بيماران كه به مراقبتهاي ويژه نياز دارند(بجز اطفال)مي باشد. پذيرش بيمار با هماهنگي مسئول بخش(پزشكان بيهوشي)از طريق اورژانس يا مشاوره از بخشهاي ديگر بيمارستان و انتفال از بخشهاي مربوطه صورت مي گيرد.پزشك متخصص بيهوشي مقيم در بخش مسئوليت نظارت بر امور درماني و مراقبتي بيماران بستري در آي سي يو را بر عهده دارد.

اساتيد و بنيانگذاران بخش آي سي يو جنرال:

1. دكتر كامران شادور(رئيس بخش)
2. دکتر عطا محمود پور

علاوه بر پزشكان بيهوشي پزشك مسئول هر بيمار نيز در اوقات از شبانه روز بر بالين بيمار حاضر و بر سير بيماري نظارت كامل دارد.انتقال يا ترخيص بيمار بعد از بخش مسئول بيمار با پزشك آي سي يو مي باشد .در صورت صلاحديد پزشكان بيهوشي بيماران مي توانند از بخش انتقال يا مرخص شوند.

**در اين بخش از بخشهاي**

* توراكس(دكتر سكوتي- دكترشيرين زاده- دكترهاشمي – دكتر بهشتي روي- دكتر هاشم زاده)
* گوش حلق و بيني
* فك و صورت (دكتر خورشيدي- دكتر آرتا- دكترطاهري)
* ارولوژي(دكتر امجد- دكتر زمزدي- دكتر نوريزاده- دكتر حاج ابراهيمي)
* پيون كليه دكترزمردي- دكتر صفا)
* ارتوپدي(دكتر ايرجيان – دكتر ترابي- دكتر نظري)
* عفوني (دكتر حسن پور- دكترورشوچي- دكتر نقيلي )

در هر شيفت كاري با وجود 4 تخت در حال حاضر 2 پرستار و يك كمك بهيار شيفت ميباشند. تقسيم كار پرستاري در بخش Per case مي باشد ومسئول شيفت نظارت و هماهنگي بين كادر و تقسيم بيماران بر عهده دارد.

**بسته خدمت سرپرستار**

1. كنترل حضور وغايب پرسنل پرستاري كمك بهيار و خدمات
2. كنترل وپيگيري وثبت و اجراي دستورات پزشك
3. كنترل كاركرد تجهيزات بخ در صورت خراب اقدا به رفع آن
4. همراهي با پزشك به هنگام ويزيت و ارائه گزارشات لازم
5. گزارش نواقصات و موارد ضروري و مورد نياز
6. تنظيم برنامه پرسنل بخش در شيفتهاي مختلف
7. تقسيم كار پرسنل و تحويل كار آنان جهت ارائه بهتر خدمات و با توجه به نبودن منشي در بخش:
8. تنظيم ليست غذايي بيماران
9. ارسال برگه هاي مشاوره و نظارت بر انجام آنها
10. درخواست خريد وسايل وتجهيزات مورد نياز بخش و پيگيري در مورد خريد آنها
11. درخواست وسايل هفتگي بيماران و داروها و وسايل مورد نياز بيماران ونظارت بر انجام آنها
12. هماهنگي جهت پذيرش بيماران در بخش با توجه به اولويتها
13. هماهنگي در مورد نقل و انتقالات بيماران بخشها و پرونده بيماران
14. تنظيم و بررسي نواقصات پرونده هاي فوت شده يا مرخص شده
15. ارسال گرافي جهت رپورت يا اسكن
16. ارسال نمونه هاي پاتولوژي يا نمونه هاي خون به ديگر مراكز
17. جوابگويي به ارباب رجوع در مورد شرح حال بيمار يا وسايل مورد نياز جهت تهيه از بيرون از بيمارستان
18. تكميل روزانه و ماهانه آمار
19. بررسي پرونده ها و كنترل چك دستورات واجراي دستورات توسط نرسينگ

**بسته خدمت پرسنل پرستاري**

1. پذيرش وتحويل بيمار از بخش ديگر يا اتاق عمل
2. مانيتورينگ بيمار وكنترل علايم حياتي بيمار وثبت آنها
3. تعيين سطح هوشياري بيمار و ثبت آن
4. حفظ و مراقبت راه هوائئ و انجام انتوباسيون در موارد ضروري
5. تشويق بيماران به انجام سرفه موثر استفاده از اسپيروبال و آموزش صحيح استفاده آن و تشويق به تنفس عميق
6. گرفتن نمونه آزمايشات ABG و ساير نمونه ها
7. بررسي وضعيت پوست و حس و حركت و اختلالات اعصاب و بررسي از نظر بدسور
8. كنترل وسايل و تجهيزات بخش در صورت معيوب بودن اطلاع جهت تعمير آن
9. تغذيه بيماران از طريق سوند معده
10. خارج كردن لوله تراشه يا درنها و.... در صورت دستور پزشك با بررسي وضعيت تنفس بيمار
11. مانيتورينگ بيمار و در صورت ديس ريتمي اطلاع به پزشك
12. انجام ساكشن بيماران از طريق دهان يا لوله تراشه يا تراكئوستومي
13. كنترلCVP تاريخ سوندها ولوله تراشه و... وثبت تارخ آنها در پشت كاردكس
14. انجام دستورات داروئي ،تعويض پانسمانها ومراقبتهاي روتين بخش توسط پرستار مسئول هر بيمار انجام ميشود.
15. هماهنگي جهت پذيرش بيماران در بخش با توجه به اولويتها
16. هماهنگي در مورد نقل و انتقالات بيماران بخشها و پرونده بيماران

بسته خدمت كمك بهيار

1. تحويل وسايل بخش از شيفت قبلي و ثبت در دفاتر مربوطه
2. تخليه ترشحات و كيسه هاي ادرارطبق روتين و در صورت لزوم
3. انجام انما در موارد ضروري
4. نگهداري وسايل شخصي بيماران و تحويل آنها به خانواده شان با گرفتن امضا
5. انجام مراقبت از جسد
6. ارسال آزمايشات و نمونه ها به آزمايشگاه
7. نقل و انتقال بيمار به همراه نرس بيمار
8. رعايت بهداشت فردي بيماران در صورت لزوم و صلاحديد نرس بيمار
9. انجام دهانشويه بيماران در هر شيفت كاري
10. كنترل نظافت اتاق بيماران و تجهيزات در هر شيفت كاري و موقع ترخيص بيمار
11. گذاشتن چراغ اولتراويوله بعد از فوت يا ترخيص بيمار
12. تعويض ملافه و البسه بيماران در هر شيفت وشمارش تحويل آنها به رختشويخانه
13. آماده كردن وسايل مورد نياز جهت انجام پروسيجرها و جمع آوري و شمارش وسايل بعد از انجام آن
14. پگ كردن ستها با گذاشتن نوار انديكاتور در آن و ارسال و دريافت ستها از CSR
15. تغيير پوزشين بيماران هر سه ساعت و كنترل بيمار از نظر بدسور ماساژ پشت بيمار
16. اسكراب كليه وسايل و تجهيزات پزشكي در هر شيفت كاري

**مراقبتهای روتین پرستاری در ICU**

1. کنترل و چارت سطح هوشیاری و مردمکها و علائم حیاتی و  و O2sat و مشخصات ونتیلاتور هر ساعت
2. کنترل و چارت ترشحات کلیه درنها و CT در هر شیفت
3. رعایت پوزیشین بیمار طبق دستور
4. تعویض سوند معده و مثانه هر 10 روز با ذکر تاریخ در پشت کاردکس
5. تعویض برانول و ست سرمها هر 72 ساعت
6. تعویض کلیه پانسمانها هر 48 ساعت و در صورت نیاز PRN(دستور پزشک ارجحیت دارد)
7. ساکشن ترشحات ریوی و دهانی PRN
8. دادن اکسیژن به میزان دستور داده شده از طریق کانول، ماسک، کاتتر یا تی تیوب
9. گاواژ مایعات ( فرمولا) به میزان دستور داده شده هر 3 ساعت
10. تغییر وضعیت بیماران هر 2 ساعت توسط کمک بهیار با نظارت پرستار
11. دهانشویه با محلول کلرهگزیدین هر شیفت توسط کمک بهیار با نظارت پرستار
12. کنترل بهداشت فردی بیمار(ناخنها،زیر بغل و ...) توسط کمک بهیار با نظارت پرستار
13. چک دستورات پزشک با ذکر تاریخ، ساعت و موارد و امضا و اجرای دستورات دارویی طبق کاردکس و چارت در برگه GCS
14. کنترل چک لیست بیمار پذیرش شده با پرونده قبلی بیمار(در صورت ناقص بودن، اطلاع به بخش مربوطه)
15. نوشتن شرح عمل برای پروسیجرهای اجرا شده و وارد کردن آن در HIS
16. ذکر تاریخ آنتی بیوتیکها و داروها در کاردکس
17. تعویض کلیه سرمها هر 24 ساعت
18. ثبت مشخصات بیمار، نوع سرم، شروع و خاتمه و امضای نرس بر روی برچسب سرمها و داروها
19. یادداشت گزارش پرستاری بیماران در هر شیفت
20. تعویض چست باتل هر 48 ساعت و کنترل و چارت ترشحات در هر شیفت
21. انجام مراقبتهای تراکئوستومی
22. ذکر تاریخ انتوباسیون، CT، CVP، ونتیلاتور، درنها در پشت کاردکس
23. ثبت ترانسفوزیون در دفتر مربوطه در صورت ایجاد حساسیت به PC، تکمیل فرم و ارسال آن به بانک خون

**پرپوفول**

**اشکال‌دارویی‌:**

Injection 10 mg/ml

پروپوفول‌یک‌داروی‌بیهوش‌کننده‌است‌که‌به‌منظور القاء وادامه‌بیهوشی‌مصرف‌می‌شود. این‌داروهمچنین‌برای‌ایجاد تسکین‌در حین‌مراقبت‌های‌ویژه‌و یا اعمال‌جراحی‌وتشخیصی‌بکار می‌رود

فارماکوکینتیک‌: پروپوفول‌به‌سرعت‌دربدن‌توزیع‌شده‌و وارد CNS نیز می‌شود.خروج‌سریع‌آن‌نیز از CNS دلیل‌طول‌اثرکوتاه‌آن‌است‌. به‌سرعت‌در کبد متابولیزه‌می‌گردد. نیمه‌عمر دفع‌آن‌حدود ۱۲ ـ ۳ساعت‌است‌. شروع‌اثرآن‌آرام‌ولی‌سریع‌است‌و طی‌۴۰ ثانیه‌بعد از تزریق‌بیمارهوشیاری‌خود را از دست‌می‌دهد. طول‌اثر آن‌حدود ۵ ـ ۳ دقیقه‌است‌. زمان‌هوشیابی‌بعد از قطع‌مصرف‌دارو نیزسریع‌بوده‌و اغلب‌بیماران‌طی‌۸ دقیقه‌بیدار می‌شوند

مقدار مصرف‌:

بزرگسالان‌: برای‌القاء بیهوشی‌، از طریق‌تزریق‌وریدی‌، به‌میزان‌ mg/kg ۲/۵ ـ ۱/۵(در افراد کمتر از ۵۵ سال‌سن‌) و با سرعت‌۴۰ ـ ۲۰ میلی‌گرم‌در هر ۱۰ ثانیه‌(در افرادبالای‌سن‌۵۵ سال‌، محدوده‌مصرف‌پایین‌تر است‌) تجویز می‌شود. برای‌تداوم‌بیهوشی‌، از طریق‌انفوزیون‌داخل‌وریدی‌به‌میزان‌ mg/kg/h ۱۲ ـ ۴ یا تزریق‌داخل‌وریدی‌به‌میزان‌۵۰ ـ ۲۵ میلی‌گرم‌تجویزمی‌شود که‌بسته‌به‌نیاز بیمار قابل‌تکرارمی‌باشد. برای‌ایجاد تسکین‌در حین‌مراقبت‌های‌ویژه‌(همراه‌با تنفس‌کمکی‌)، ازطریق‌انفوزیون‌داخل‌وریدی‌به‌میزان mg/kg/h ‌۴ ـ ۰/۳ و تا مدت‌۳ روز تجویزمی‌شود. برای‌ایجاد تسکین‌در اعمال‌تشخیصی‌یا جراحی‌در ابتدا از طریق‌تزریق‌داخل‌وریدی‌، مقدار mg/kg ۱ ـ ۰/۵در مدت‌زمانی‌بیش‌از ۵ ـ ۱ دقیقه‌تجویزمی‌شود.

مقدار مصرف‌نگهدارنده‌از طریق‌انفوزیون‌داخل‌وریدی‌ mg/kg/h ۴/۵ ـ ۱/۵(در صورت‌نیاز به‌افزایش‌سریع‌عمق‌تسکین‌، به‌میزان‌۲۰ ـ ۱۰ میلی‌گرم‌افزایش‌می‌یابد) می‌باشد. در افراد بالاتر ازسن‌۵۵ سال‌ممکن‌است‌به‌مقادیر کمترنیاز باشد.

کودکان‌: برای‌القاء بیهوشی‌در سنین‌بالای‌۳ سال‌به‌میزان‌ mg/kg ۲/۵ که‌بسته‌به‌ضرورت‌، تنظیم‌می‌شود بر اثر حفظ وتداوم‌بیهوش‌، در سنین‌بالای‌۳ سال‌به‌میزان‌ mg/kg/h ۱۵ ـ ۹ تجویز می‌شود

موارد احتياط: ۱ ـ مصرف‌پروپوفول‌هنگام‌زایمان‌توصیه‌نمی‌شود.

۲ ـ مصرف‌پروپوفول‌در اختلالات‌قلبی‌ـ عروقی‌، اختلالات‌متابولیسم‌چربی‌،افزایش‌فشار داخل‌جمجمه‌ای‌و اختلالات‌عروق‌مغزی‌باید با احتیاط فراوان‌صورت‌گیرد.

۳ ـ احتمال‌بروز تشنج‌، آنافیلاکسی‌وتأخیر در بازگشت‌از بیهوشی‌، وجود دارد.

۴ ـ به‌دلیل‌احتمال‌بروز تشنج‌به‌صورت‌تأخیری‌تا یک‌روز بعد از عمل‌نیز بایدمراقبت‌از بیمار بعمل‌آید.

**عوارض‌جانبی‌:**

آپنه‌، برادی‌کاردی‌و کاهش‌فشارخون‌و درد در ناحیه‌تزریق‌درصورت‌تزریق‌وریدی‌از عوارض‌جانبی‌شایع‌پروپوفول‌هستند.

نکات‌قابل‌توصیه‌: ۱ ـ تجویز پروپوفول‌فقط باید توسط متخصصین‌بیهوشی‌و درمحلی‌که‌به‌امکانات‌اورژانس‌دسترسی‌دارند صورت‌گیرد.

۲ ـ تزریق‌پروپوفول‌باید به‌صورت‌داخل‌وریدی‌باشد و تزریق‌داخل‌شریانی‌آن‌توصیه‌نمی‌شود.

۳ ـ به‌منظور جلوگیری‌از بروز عفونت‌ناشی‌از آلودگی‌باکتریایی‌در هنگام‌کشیدن‌دارو در سرنگ‌بایستی‌کاملاشرایط استریل‌ایجاد نمود.

-دارای اثرات ضد تهوع واستفراغی.ایجادهایپوتنشن.جریان خون مغزوفشارداخل سر راکاهش ميدهد.

می تواند تهویه راتضعیف کند.

-ضد درد نمی باشدبنابراین پروپوفول را با مخدر تجویز میکنند تا بیمار زیربیهوشی هنگام برش‌جراحی تحریک نشود

-استفاده در جراحی های سرپایی و سایر جراحی ها.سریع بیهوشی می دهد و ریکاوری سریع هم دارد.

-دوام اثر آن کم می باشد

**نسدونال یا تیوپنتال(Thiopental):**

گروه دارويي: باربيتورات

.ضد تشنج و بيهوش كننده ، ICP را کاهش می دهد.

مصرف در حاملگي:C

-بصورت پودر زرد رنگ می باشد که در ویال های mg 500 یا g 1 وجود دارد.

موارد مصرف:

 القاء بیهوشی(indaction) و نگهداری بیهوشی (maintenance)

- درمان صرع و درمان فشار داخل جمجمه ای بالا ---برای آرام کردن بیمار در ICU.

بطور معمول دوز آن mg/kg 5-3است ، در افراد پیر و مسن دوز دارو mg/kg    3-2.5 و در کودکان 6 mg/kg  می باشد . اگر رفلکس eye lash مثبت بود ، در حدود100-50 میلی گرم دارو را بار دیگر تزریق می کنیم

-صرفا باید IVتزریق شود.

-اگر وارد شریان شود شریان را منقبض می کند و دست فاقد حرکت می شود و در نتیجه اسپاسم شریانی رخ می دهد.

**عوارض جانبی :**

کاهش فشار خون و برادیکاردی (در بیماران هیپوولمیک کاهش فشار خون بیشتر است) - تضعیف تنفسی - نکروز بافت و آسیب به عصب (اگر عضلانی تزریق شود) - اگر داخل شریان تزریق شود باعث نکروز و اسپاسم شریان شده و سبب رنگ پریدگی و تاول آن قسمت می شود (برای درمان از گشادکننده های عروق استفاده می شود و همچنین پاپاورین نیز تزریق می شود) - اسپاسم برونش و حنجره (در بیماران مبتلا به آسم بهتر است داده نشود ولی منع مصرف مطلق ندارد ) - واکنش آلرزیک به دارو

**موارد منع مصرف :** انسداد راه هوایی - حساسیت به دارو - شانت راست به چپ ( در این صورت دارو بدون رقیق شدن وارد قلب و مغز می شود که بایستی دوز آن کاهش یابد ) - نارسایی کبد و کلیه ( دوز را کاهش نداده ، فقط آهسته تزریق می کنیم در عفونت های حاد تنفسی.در هایپوتانسیون و در بیماری پورفیریا.

**کپسول Neuraid 0.4g**

Quick DetailSupports Neurological Functions for Stroke Recovery & Stroke Rehabilitation پشتیبانی از توابع عصبی برای بهبود سکته مغزی و توانبخشی سکته مغزی

Neuroaid is a supplement for stroke recovery. Neuroaid یک مکمل برای بهبود سکته مغزی است. It supports rehabilitation and helps stroke patients to achieve better neurological and functional recoveهمچنین این برنامه و توانبخشی بیماران سکته مغزی کمک می کند تا برای رسیدن به بهبود عصبی بهتر و کاربردی Recommended Treatment توصیه می شود.

**درمان :Four capsules Three times a day For 3 months** چهار کپسول سه بار در روز به مدت 3 ماه

NeuroAid safety profile has been validated by several trials which have shown it does not does not significantly affect hematological, hemostatis, and biochemical parameters nor interact with aspiriمشخصات ایمنی NeuroAid توسط آزمایشات متعدد نشان داده اند که نشانی از آن نمی معنی داری

تحت تاثیر قرار خونی، hemostatis.، و پارامترهای بیوشیمیایی و نه ارتباط برقرار کردن با آسپرین تایید شده است.

Neuroaid has been available in China for nearly 5 years and no severe adverse reactions were repoNeuroaid در چین برای نزدیک به 5 سال بوده است و هیچ واکنش های شدید نامطلوب گزارش شد.

**اریتروپوئیتین**

**نام تجاری( Epogen)**

**گروه دارویی: هورمون های صناعی**

**گروه درمانی: درمان کم خونی**

**شکل دارویی: تزریقی**

**مصرف در دوران حاملگی: گروه C**

**موارد مصرف: کم خونی ناشی از نارسایی مزمن کلیه، کم خونی در بیماری های HIV که تحت درمان با زیدوودین قرار گرفته اند یا بیماران دچار تومور های بدخیم**

**میزان مصرف: 50 تا 100 واحد به ازای هر کیلوگرم سه بار در هفته به صورت وریدی یا زیر جلدی تجویز شود.**

**موارد مانع: حساسیت مفرط نسبت به آلبومین انسانی**

**عوارض جانبی: خشکی، ضعف عمومی، اسهال، تهوع، استفراغ، عارضه پوستی، فشار خون،**

**و تشنج و علائم شبیه آنفولانزا**

**توجهات: مراقب باشید میزان هماتوکریت بیمار از 36% بالاتر نرود. احتمال بروز تشنج را به بیمار متذکرشوید.**

**آموزش: در صورت بروز علائم تنگی نفس و سردرد یا فشار خون بالا به پزشک اطلاع دهید**

**شرایط نگهداری: در دمای داخل یخچال (2 تا 8 درجه) نگهداری شود**.

**Labetalol**

**دسته داروئی:**ضد فشار خون

**شکل داروئی:**قرص 100 و 200 میلی گرم

**مواردمصرف:**برای کنترل و درمان فشار خون بالا

دوز آغاز کننده لابتالول 100 میلی گرم دو بار در روز و بعد از غذا می باشد .

دوز دارو را یک یا دو بار در هفته تنظیم نماید .دوز معمول نگهدارنده از 200 میلی گرم تا 400 میلی گرم دو بار در روز می باشد.حداکثر دوز مصرفی 600 میلی گرم دو بار در روز می باشد.

این دارو ممکن است به تنهائی اما اغلب همراه با سایر داروهای کاهنده فشارخون بنام دیورتیکها کاربرد دارد .فرم تزریقی این دارو در مورد یکه فشار خون بالای حاد وجود داشته باشد بکار می رود.

**منع مصرف:**

1. وجود حساسیت نسبت به لابتالول یا هر یک از اجزای تشکیل دهنده دارو
2. در شوک کاردیوژنیک
3. وجود ضربان قلب کند حاد
4. وجود آسم یا سابقه هر گونه بیماری انسدادی مجاری تنفسی
5. ایست قلبی وخیم
6. نارسائی قلبی کنترل نشده
7. وجود فشار خون خیلی پائین
8. موارد احتياط: در بیماران هایپرتیروئیدی باید با احتیاط مصرف گردد.

**عوارض جانبی:**

،سرگیجه یا حواس پرتی ،خواب آلودگی (خفیف)،اختلال در خواب ،خستگی و ضعف غیر طبیعی ، اختلالات تنفسی یا خس خس و درد سینه ،دستها و پاهای سرد

از عوارض جانبي ديگر دارو: اضطراب یا حالتهای عصبی ،تغییر در حس چشائی ،یبوست ،اسهال ،خشکی و درد چشم

**مصرف در حاملگی و شیردهی:**

مصرف در حاملگی در صورتی مجاز می باشد که فواید دارو بر مضرات آن ارجح باشد .لابتالول به درون شیر ترشح می شود .نباید توسط مادران شیر ده مصرف گردد.اگر بنا به ضرورت مادر شیرده مجبور به مصرف آن شودباید شیردهی را قطع نماید.

**توجهات پرستاري:**

1. به هنگام تغییر وضعیت از حالت های خوابیده یا نشسته به حالت ایستاده به خصوص در دوزهای اولیه ممکن است سرگیجه رخ دهد. لذا با احتیاط تغییر وضعیت صورت گیرد.
2. مصرف دارو را بدون مشورت با پزشک ناگهانی قطع ننمائید.
3. در صورت فراموش کردن یک دوز ،در صورت امکان هر چه سریعتر آنرا مصرف نمائیدو مصرف دارو را برطبق معمول ادامه دهید .اگر در حدود 8 ساعت تا دوز بعدی زمان باشد ،دوز فراموش شده را رها و مصرف دارو را بر طبق برنامه معمول ادامه دهید.هرگز دوز دارو را 2 برابر ننمائید.
4. دارو رابعد از غذا میل نمائید.

**Clonazepan**

Clonopin, Rivotril

* طبقه بندی
* گروه دارویی: بنزودیازپین
* گروه درمانی: ضد تشنج
* گروه مصرف در حاملگی: C
* **اشکال دارویی**

Ds Tab: 1mg, 2mg

* موارد، روش و مقادیر مصرف
* صرع ابانس و آتیپکال ابانس، صرع آکینتیک و میوکلونیک
* بالغین: دوزاژ شروع نباید از 1.5mg/d Po منقسم به tid تجاوز نماید. دوزاژ را می توان هر 3 روز 0.5-1mg افزایش داد تا صرع کنترل گردد. حداکثر دوزاژ روزانه 20mg است.
* کودکان تا 10 سال یا تا 30kg و کمتر: 0.01-0.03mg/kg/d Po (از 0.5mg/kg/d تجاوز نکند)، منقسم به دوزهای 8 ساعته. افزایش دوزاژ به مقدار 025-0.5mg هر 3 روز تا دوز حداکثر نگهدارنده 1-2mg/kg/d
* **موارد منع مصرف**
* شایع: ندارد
* خطرناک: خواب آلودگی، آتاکسی، اختلال رفتاری، ترومبوسیتوپنی، دپرسیون تنفسی

**ملاحظات پرستاری**

* سطح خونی دارو: سطح درمانی 80 – 20 نانوگرم در میلی لیتر است.
* آزمایشات کلیوی: U/A، BUN ، کراتینین ادرار.
* آزمایشات خونی: RBC، Hct، Hgb، رتیکولوسیت هر هفته تا 4 هفته و سپس هر ماه.
* آزمایشات کبدی: ALT، AST، بیلیروبین، کراتینین.
* سطوح دارو در طی درمان اولیه.
* نشانه های قطع فیزیکی در صورت قطع ناگهانی دارو.
* وضعیت منتال: خلق، آگاهی روانی، احساسات، تسکین بیش از حد، تغییرات رفتاری؛ در صورت تغییر وضعیت منتال، تجویزکننده را در جریان قرار دهید.
* مشکلات چشمی: ضرورت معاینه چشم قبل، حین و بعد از درمان (اسلیت لمپ، فوندوسکوپی، تونومتری).
* واکنش آلرژیک: راش قرمز و برآمده: با بروز راش، دارو را D/C نمایید.
* هشد ار: دسکرازی های خونی: تب، جراحت گلو، کبودی یا خونمردگی، راش، زردی.
* مسمومیت: دپرسیون مغز استخوان (BMD)، تهوع، اسفراغ، آتاکسی، دیپلوپی، کلاپس قلبی عروقی.
* تجویز

برای کاهش علایم GI، دارو را با غذا یا شیر تجویز نمایید.

* دارو را در درجه حرارت اتاق نگهدارید.
* به علت بروز گیجی، بویژه در پیران، در مراحل اولیه درمان، هنگام حرکت به بیمار کمک کنید.
* پاسخ درمانی: کاهش فعالیت تشنجی براساس چارت بیمار.
* آموزش بیمار / خانواده
* کارت هشدار طبی (نام، وضعیت، داروهای تجویزی، نام تجویزکننده، تلفن) را همراه داشته باشید.
* از رانندگی یا دیگر فعالیت های نیازمند هوشیاری بپرهیزید.
* از مصرف همزمان الکل و داروهای ساپرسانت CNS بپرهیزید، زیرا ممکن است باعث افزایش تسکین شوند.
* بعد از درمان طولانی، دارو را به طور ناگهانی قطع نکنید، قطع دارو باید بآرامی و بتدریج طی یک هفته صورت گیرد.

**Albumin Normal Serum (R)**

Albuminar, Albutein, Buminate

* طبقه بندی
* گروه دارویی: مشتق خون
* گروه درمانی: پروتئین پلاسما
* گروه مصرف در حاملگی: C
* **اشکال دارویی**

Inf: 5%, 20%

* موارد، روش و مقادیر مصرف
* بالغین: 500ml محلول 5% انفوزیون وریدی و احیاناً تکرار آن بعد از 30 دقیقه، حداکثر 250g/48h
* کودکان: 10-20ml/kg محلول 5% انفوزیون وریدی (حداکثر سرعت 5-10ml/min)
* هیپوپروتئینمی
* بالغین: 1000-1500ml محلول 5% روزانه انفوزیون وریدی (حداکثر سرعت 5-10ml/min) یا 200-300ml محلول 25% روزانه انفوزیون وریدی (حداکثر سرعت 3ml/min)
* سوختگی ها
* بالغین و کودکان: براساس سطح سوختگی و شرایط بیمار. معمولا تا سطح آلبومین پلاسما 2-3g/dl
* هیپریبلی روبینمی
* شیرخواران: 1g/kg آلبومین (4ml/kg محلول 25%) یک تا 2 ساعت قبل از ترانسفوزیون.

**موارد منع مصرف**

* حساسیت مفرط به دارو

**عوارض جانبی**

* شایع ندارد
* خطرناک: افزایش حجم عروقی به دنبال انفوزیون سریع

**ملاحظات پرستاری**

* آزمایشات خونی Hgb , Hct. در صورت کاهش پروتئین سرم، تنگی نفس و هیپوکسمی بروز می کند.
* نسبت I & O (برون ده ادراری ممکن است کاهش یابد).

هشدار: در صورت افزیش حجم بیش از حد خون (Overload) ، CVP و PWP افزایش پیدا می کنند.

* با بروز آلرژی (تب، راش، خارش، لرز، فلاشینگ، کهیر، تهوع، استفراغ، کاهش فشار خون) دارو را قطع کنید. برای برقراری مجدد انفوزیون، از محلول جدیداستفاده کنید.
* CVP بیمار را بخوانید. وریدیهای گردنی برجسته، حاکی از افزایش بار (Overload) جریان خون می باشد. علایم افزایش بار ریوی عبارتند از کوتاه شدن تنفس، اضطراب، بی خوابی، رالهای بازدمی، سرفه حاوی خون کم رنگ کف آلود.
* IV: برای جلوگیری از افزایش بار مایع، به آهستگی تجویز نمایید. دارو را با NS تزریقی یا D5W رقیق نمایید. می توان محلول 5 درصد را بدون رقیق کردن مصرف نمود. محلول 25 درصد به صورت رقیق شده یا رقیق نشده مصرف می شود. دارو طی 4 ساعت از طریق پمپ انفوزیون تجویز می گردد.

ارزیابی

* پاسخ درمانی: افزایش BP، کاهش ادم، افزایش سطح آلبومین سرم، افزایش پروتئین پلاسما.

**Ranitidin HCI**

Zantac

* طبقه بندی
* گروه دارویی: آنتاگونیست رسپتور H2
* گروه درمانی: ضد اوسر
* گروه مصرف در حاملگی: B

**اشکال دارویی**

Tab: 150mg

Inj: 25mg/2ml

**موارد، روش و مقادیر مصرف**

* اوسر دئودنوم و معده (درمان کوتاه مدت)، ترشح بیش از حد اسید معده مثل سندرم زولینگر – السیون

بالغین: 150mg PO did یا 300mg hs دوزهای تا 6g/d ممکن است در سندرم زولینگر – الیسون تجویز گردد. تزریقی IV/IM 50mg هر 6-8h

* درمان نگهدارنده در اولسر دئودنوم

بالغین: 150mg PO hs

* پروفیلاکسی اولسر استرس

بالغین: IV inf مداوم 150mg در 250ml محلول سازگار با سرعت 6.25mg/h با پمپ انفوزیون

* بیماری رفلاکس معده به مری (GERD)

بالغین: 150mg PO bid

* ازوفاژیت اروزیو
* بالغین: 150mg خوراکی qid
* خود درمانی در سوزش گهگاهی سر دل، سوه هاضمه اسید، و جراحت معده
* بالغین75mg qd-bid ، حداکثر 150mg/24h

**موارد منع مصرف**

* حساسیت مفرظ به دارو، سابقه پورفیری حاد

عوارض جانبی

* شایع: ندارد
* خطرناک: لکوپنی گذرا، پان سیتوپنی، گرانولوئسیتوپنی، ترومبوسیتوپنی، آنافیلاکسی

**ملاحظات پرستاری**

* PH معده (باید بیش از 5 نگهداری شود)
* نسبت I&O، BUN، کراتینین
* وضعیت منتال: کنفوزیون، گیجی، دپرسیون، اضطراب، ضعف، ترمور، سایکوز، اسهال، ناراحتی شکمی، زردی و گزارش فوری آنها به تجویز کننده.
* شکایات GI: تهوع، استفراغ، اسهال، کرامپ.

با غذا برای طولانی شدن اثر دارو

آنتی اسید یک ساعت قبل یا یک ساعت بعد از رانیتیدین

تزریق IV بعد از رقیق کردن هر 50 میلی گرم دارو و 20 میلی لیتر کلرسدیم 0.9 درصد، D5W، D10W، NaCo3 5%, LR و با سرعت 50 میلی گرم یا کمتر در دقیقه یا بیشتر؛ می توان هر 50 میلی گرم دارو را در 100-50 میلی لیتر محلولهای فوق رقیق نمود وطی 20-15 دقیقه تجویز کرد.

* پاسخ درمانی: کاهش درد شکم
* آموزش بیمار / خانواده
* ممکن است ژنیکوماستی و ناتوانی جنسی بروز کند که برگشت پذیر است
* تا پایدار شدن آثار دارو، از فعالیت های خطرناک رانندگی پرهیز نمایید
* پرهیز از مصرف فلفل سیاه، کافئین، الکل، قطعات زبر و خشن و غذای بسیار داغ
* برای تأثیر دارو باید دوره درمان را کامل کنید و دوزاژ توصیه شده را مصرف نمایید.

**Insulin**

Human Regular Insulin: Humulin-R

Isophane Insulin Suspension (NPH): insulin Isophane, Novolin N

Insulin Biphasic: Humulin 70/30

* طبقه بندی
* گروه دارویی: هورمون پانکراس
* گروه درمانی: ضد دیابت
* گروه مصرف در حاملگی: NR
* اشکال دارویی

I Inj 100 IU/ml

II inj 100 IU/ml III Inj 100 IU/ml

**موارد، روش و مقادیر مصرف**

* کتواسیدوز دیابتیک (Regular Insulin)
* بالغین: Loading dose به مقدار 0.15U/kg سپس 0.1u/kg/h انفوزیون مداوم، کاهش سرعت انفوزیون با رسیدن سطح گلوکز پلاسما به 300mg/dl، آغاز جداگانه انفوزیون D5W با رسیدن سطح گلوکز پلاسما به 250mg/dl، یک دوز انسولین SC سی دقیقه قبل از قطع انفوزیون انسولین (انسولین متوسط الاثر مثل NPH). روش جانشین 50-100U IV و 50-100USC فوری؛ دوزهای بعدی براساس پاسخ درمانی و سطح گلوکز، استون و کتون با مونیتورینگ هر 2 – 1 ساعت، یا 2.4-7.2U IV به عنوان Loading Dose، سپس 2.4-7.2 U/h
* کودکان: U/kg 0.5-1 در دو دوز منقسم، یکی IV و دیگری SC، سپس 0.5-1 U/kg IV هر 1-2h؛ یا 0.1U/kg بولوس وریدی، سپس 0.1U/kg/h انفوزیون وریدی مداوم تا رسیدن سطح گلوکز پلاسما به 250mg/dl؛ سپس شروع انسولین SC.
* دیابت ملتیوس
* بالغین و کودکان: دوزاژ براساس سطح گلوکز خون و ادرار
* هیپرکالمی
* بالغین: 5-10U از انسولین Regular با 50ml از D5W طی 5 دقیقه، یا 25U SC از انسولین Regular و انفوزیون 100ml دکستروز 10% در آب با 90mEq بیکربنات سدیم (330ml طی 30min بالانس آن طی 3h)
* تست محرک ترشح هورمون رشد (GH)
* بالغین: تزریق IV سریع انسولین Regular به میزان 0.05-0.15U/kg

**موارد منع مصرف**

* نداردعوارض جانبی
* شایع: لیپوآتروفی، لیپوهیپرتروفی
* خطرناک: آنافیلاکسی، هیپوگلسیمی

**ملاحظات پرستاری**

* FBS (نرمال 150-80 میلی گرم در دسی لیتر)، 2h pp (نرمال 130-70 میلی گرم در دسی لیتر)، Hgb گلیکوزیله برای ارزیابی تأثیر درمان
* کتون ادرار در طی ناخوشی؛ نیاز به انسولین ممکن است در طی استرس، ناخوشی و جراحی افزایش یابد.
* واکنش هیپوگلسیمی که در زمان اوج بروز می کند (تعریق، ضعف، گیجی، لرز، کنفوزیونت، سردرد، تهوع، نبض ضعیف و تند، خستگی، تاکیکاردی، اختلال موقت حافظه، تکلم بریده بریده، راه رفتن تلوتلوخوردن، اضطراب، ترمور، گرسنگی).
* هیپرگلیسمی: تنفس با بوی استن، پلی اوری، خستگی، پلی دپسی، پوست خشک و فلاش، لتارژی.
* SC: برای پرهیز از تزریق انسولین سرد، دارو را با چرخاندن در کف دست تا درجه حرارت اتاق گرم کنید؛ فقط از سرنگ انسولین یا سرنگ مندرج برحسب U/ml استفاده نمایید؛ محل تزریق را به طور چرخشی در هر ناحیه عوض کنید: شکم، قسمت فوقانی پشت، ران ها، قسمت فوقانی بازو، باسن ها؛ محل تزریق را یادداشت نمایید؛ در صورت بروز تولرانس، دوز انسولین را اضافه کنید؛ در افراد حساس به انسولین گاوی یا خوکی، از انسولین انسانی استفاده کنید؛ در صورت تغییر رنگ، غلیظ شدن یا کدورت، استفاده نکنید.
* IV: داروی رقیق نشده را از طریق ورید، سایت Y یا سه راهی استاپ کوک تریق وریدی مستقیم کنید؛ برای اطمینان از دوز درست دارو، از پمپ انفوزیون IV استفاده کنید؛ با رسیدن قند خون به 250 میلی گرم در دسی لیتر، دوز دارو را کاهش دهید.

دارو را می توان در درجه حرارت اتاق تا حداکثر یک ماه نگهداشت، دارو را از حرارت و نور آفتاب محافظت نمایید. دیگر فرآورده ها را در یخچال نگهدارید؛ در صورت تغییر رنگ مصرف نکنید؛ از یخ زدن فرآورده جلوگیری کنید؛ فقط انسولین رگولار را IV تزریق نمایید.

پاسخ درمانی: کاهش پرادراری، پرنوشی، پرخوری، شفاف شدن آگاهی روانی، فقدان گیجی و راه رفتن پایدار و عادی

آموزش بیمار / خانواده

* تیرگی دید بروز می کند. تا پایدار شدن دید (2-1 ماه) لنزهای خود را عوض نکنید
* انسولین و وسایل مورد نیاز را همیشه آماده داشته باشید
* این دارو، دیابت را کنترل می کند و نه درمان را
* کارت هشدار طبی مبنی بر ابتلا به بیماری را همراه داشته باشید.
* واکنش هیپوگلیسمی را بشناسید: سر درد، لرزش، خستگی، ضعف.
* دوزاژ، روش تجویز یا مخلوط کردن، محدودیت غذایی و فرآیند بیماری را بشناسید
* برای درمان هیپوگلیسمی، همراه خود آبنبات یا حبه قند داشته باشید.
* علایم کتواسیدوز را بشناسید: تهوع، تشنگی، پرادراری، دهان خشک، کاهش BP، پوشت فلاش (برافروخته) و خشک) تنفس با بوی استن، خواب آلودگی، تنفس کوسمال.
* برنامه رژیم غذایی و فعالیت یا ورزش لازم است؛ رژیم غذایی را کاملا رعایت نمایید و برنامه فعالیت و یا ورزش را اغییر ندهید.
* قند خون را تست کنید و روش صحیح اندازه گیری سطح قندخون را یاد بگیرید.
* از مصرف داروهای OTC، جز با دستور تجویزکننده، اجتناب کنید.

Enalapril

* طبقه بندی
* گروه دارویی: مهارکننده ACE
* گروه درمانی: ضد هیپرتانسیون
* گروه مصرف در حاملگی: C (سه ماهه دوم و سوم: D)
* اشکال دارویی

Tab: 5, 20mg

**موارد، روش و مقادیر مصرف**

* هیپرتانسیون
* بالغین: شروع همراه با دیورتیک 5mg PO qd سپس تعدیل دوزاژ برحسب پاسخ. دوزاژ معمول 10-4-mg/d در یک یا دو دوز منقسم.
* نارسایی قلبی
* بالغین: شروع 2.5mg PO دوزاژ توصیه شده 2.5-20mg bid PO حداکثر 40mg/d PO در دوزهای منقسم
* اختلال عملکرد بطن چپ (بدون علامت)
* بالغین: شروع 2.5mg PO bid و تیتراسیون آن تا 20mg/d در دوزهای منقسم برحسب تحمل

**موارد منع مصرف**

* حساسیت مفرط به دارو، سلبقه آنژیوادم با ACEL

**عوارض جانبی**

* شایع: سردرد، گیجی،خستگی، هیپوتانسیون، سرفه خشک و مقاوم
* خطرناک: نوتروپنی، ترومبوسیتوپنی، آگرانولوسیتوز؛ آنژیوادم

**ملاحظات پرستاری**

* آزمونهای خونی: نوتروفیل، کاهش پلاکت، WBC با Diff پایه و هر 3 ماه، قطع دارو در صورت کاهش نوتروفیل به کمتر از 1000.
* BP، سطح سرمی حداقل و حداکثر، هیپوتانسیون ارتوستاتیک، سنکوپ هنگام استفاده با دیورتیک، نبض هر 4 ساعت و توجه بهسرعت، ریتم و چگونگی ضربان قلب
* الکترولیتها: K، Na، Cl طی 2 هفته اول درمان.
* آزمونهای عملکرد کبدی و کلیوی پایه قبل از شروع درمان و یک هفته بعد از شروع
* ادم در پاها و ساق پاها هر روز
* رطوبت پوست، خشکی غشاهای مخاطی برای بررسی وضعیت هیدراسیون بیمار

تجویز

* PO: دارو را می توان بدون توجه به وعده های غذا، تجویز نمود.
* پاسخ درمانی: کاهش BP.
* آموزش بیمار / خانواده
* از مصرف فرآورده های OTC (ضدسرفه، سرماخوردگی و الرژی) بپرهیزید مگر با دستور تجویزکننده.
* از مصرف جانشین های نمک بپرهیزید.
* از نور خورشید بپرهیزید، یا برای اجتناب از حساسیت به نور، از ضدآفتاب استفاد کنید.
* حتی با احساس بهبودی، دارو را مطابق دستور و دوزاژ توصیه شده مصرف کنید.
* جراحت دهان، جراحت گلو، تب، تورم دست ها یا پاها، ضربان نامنظم قلب، درد قفسه سینه و نشانه های آنژیوادم را به اطلاع تجویزکننده برسانید.
* تعریق مفرط، کم آبی (دهیدراسیون)، استفراغ و اسهال ممکن است باعث کاهش فشار خون شوند. در صورت بروز این موارد، تجویزکننده را در جریان قرار دهید.
* این دارو ممکن است باعث راش پوستی یا اختلال تعریق گردد. آنژیوادم بروز کند و در این صورت دارو باید قطع شود.
* این دارو را به طور ناگهانی قطع نکنید.
* ممکن است واکنش های نامطلوب قلبی عروقی بروز کند.
* برای کاهش هیپوتانسیون ارتوستاتیک، هنگام برخاستن از حالت خوابیده و نشسته، احتیاط نمایید.

**Furosemide**

Apo-Furosemide, Lasix

* طبقه بندی
* گروه دارویی: دیورتیک لوپ
* گروه درمانی: دیورتیک، ضدهیپرتانسیون
* گروه مصرف در حاملگی: C
* اشکال دارویی

Tab: 40mg

Inj: 10mg/ml

IV Inf: 250mg/25ml

**موارد، روش و مقادیر مصرف**

* ادم حاد ریه
* بالغین: 40mg IV آهسته، سپس 80mg IV طی 1 ساعت prn.
* شیرخواران و کودکان: 1mg/kg IM/IV q2h تا پاسخ مطلوب، حداکثر 6mg/kg.
* ادم
* بالغین: 20-80mg/d PO صبح، دوز دوم در 8-6 ساعت بعد، تعذیل دوزاژ تا 600mg/d برحسب نیاز. یا IM/IV 20-40mg و افزایش به میزان 20mg هر 2 ساعت تا پاسخ مطلوب. دوز وریدی را آهسته وطی 2-1 دقیقه تزریق کنید.
* شیرخواران و کودکان: 2mg/kg/d PO افزایش به میزان 1-2mg/kg هر 8-6 ساعت prn تعدیل دوزاژ تا حداکثر 6mg/kg/d
* هیپرتانسیون
* بالغین: 40mg PO bid

**موارد منع مصرف**

* آنوری، حساسیت مفرط به دارو

**عوارض جانبی**

* شایع: ندارد
* خطرناک: پانکراتیت، آگرانولوسیتوز، لکوپنی، ترومبوسیتوپنی، آنمی آپلاستیک

**ملاحظات پرستاری**

* نشانه های آلکالوزمتابولیک: خواب آلودگی، بیقراری.
* نشانه های هیپوکالمی: هیپرتانسیون وضعیتی، ناراحتی و کسالت عمومی، خستگی، تاکیکاردی، کرامپ ساق پا، ضعف.
* راش، افزایش درجه حرارت هر روز.
* کنفوزیون، بویژه در پیران، احتیاطات لازم برای سلامتی بیمار در صورت نیاز (از جمله کمک در حرکت و بالا آوردن حفاظ تخت).
* شنوایی از جمله وزوز گوش و فقدان شنوایی در درمان دراز مدت با مقادیر بالا.
* وزن، نسبت I&O هر روز برای ارزیابی فقدان مایعات، اگر دارو روزی یک مرتبه مصرف شود، ممکن است اثر آن کاهش یابد.
* تعداد، عمق و ریتم تنفس، تاثیر فعالیت، صداهای ریه.
* BP در حالت خوابیده و ایستاده، هیپوتانسیون وضعیتی ممکن است بروز کند.
* الکترولیت ها: K، Na،Vl؛ نیز bun، قندخون، cbc، کراتینین سرم، PH خون، ABGs، اسیداوریک، Ca، Mg.
* رطوبت پوست، ادم، وضعیت غشاهای مخاطی در دهان و بینی.
* گلوکز ادرار در صورت دیابتی بودن بیمار.
* آلرژی به سولفونامیدها و تیازیدها.
* تجویز در AM برای پرهیز از تداخل با خواب بیمار در صورت استفاده از دارو به عنوان دیورتیک.
* جایگزینی K در صورتی که کمتر از 3 میلی گرم در دسی لیتر باشد.
* در صورت بروز تهوع، داروی خوراکی را با غذا تجویز کنید، هر چند ممکن است جذب دارو اندکی کاهش یابد. می توان قرص را خرد کرد.
* IV: می توان دارو را رقیق نشده تجویز کرد؛ می توان از طریق تیوب Y یا سه راهی استاپ کوک تجویز نموده؛ دارو را با سرعت 20 میلی گرم یا کمتر در دقیقه تجویز کنید؛ می توان به NS یا D5W افزود در صورتی که دوزهای بالا و انفوزیون وریدی لازم باشد که در این صورت نباید از 4 میلی گرم در دقیقه سریعتر تجویز نمود؛ از پمپ انفوزیون استفاده کنید.
* پاسخ درمانی: بهبود روزانه ادم پاها، ساق پاها و ناحیه ساکرال در صورت استفاده از این دارو در درمان CHF.
* آموزش بیمار / خانواده
* نیاز به رژیم غذایی غنی از پتاسیم یا جایگزینی پتاسیم با دستور تجویزکننده می باشد.
* افزایش دریافت مایعات به 3-2 لیتر در روز، مگر ممنوع باشد.
* برای جلوگیری از هیپوتانسیون ارتوستاتیک، باآرامی برخیزید.
* واکنش های نامطلوب را بشناسید؛ کرامپ عضلانی، ضعف، تهوع، گیجی.
* رژیم کامل درمانی: فعالیت، رژیم غذایی، رهایی از استرس برای هیپرتانسیون و دارو درمانی.
* برای کاهش علایم GI، دارو را با غذایا شیر مصرف کنید.
* برای جلوگیری از حساسیت به نور، از پوشش کامل یا ضدآفتاب استفاده نمایید.
* برای جلوگیری از بی خوابی، دارو را صبح مصرف کنید.

**Dobutamine HCI**

Dobutrex

* طبقه بندی
* گروه دارویی: آدرنرژیک، آگونیست بتایک
* گروه درمانی: اینوتروپ
* گروه مصرف در حاملگی: B

**اشکال دارویی**

For lnf:12.5mg Dobutamine/Vial

**موارد، روش و مقادیر مصرف**

* افزایش برون ده قبلی (Cardiac Output) در درمان کوتاه مدت عدم جبران قلبی ناشی از سرکوب قدرت انقباضی (Contractility)
* **بالغین:** 2.5-15mcg/kg/min IV lnf تا حداکثر 40mcg/kg/min.

**موارد منع مصرف**

* حساسیت مفرط به دارو، IHSS

**عوارض جانبی**

* **شایع:** افزایش ضربان قلب
* **خطرناک:** هیپرتانسیون، PVCS؛حمله آسم

**ملاحظات پرستاری**

هیپوولمی؛ در صورت وجود ،ابتدا آن را تصحیح کنید؛ قبل از دوتامین، گلیکوزید قلبی بدهید.

* کمبود اکسیژناسیون/ پرفوزیون (چک کردن BP درد قفسه سینه، گیجی، فقدان هوشیاری).
* نارسایی قلبی: گالوی S3 تنگی نفس، دیستانسیون ورید گردن کراکل های قاعده های ریه در بیماران مبتلا به CHF ، کاردیومیوپاتی.
* ECG در طی تجویز به طور مداوم؛ در صورت افزایش BP دارو را کاهش دهید؛ CVP یا PWP برون ده قلبی در طی انفوزیون.
* الکترولیت های سرم، برون ده ادرای.
* هشدار: حساسیت به سولفیت، که ممکن است مهلک باشد.

**تجویز**

* IV: ابتدا هر 250 میلی گرم را با 10 میلی لیتر آب استریل یا DW5% رقیق کنید؛ می توان در 50 میلی لیتر یا بیشتر محلول سازگار، دارو را بیشتر رقیق نمود و با سرعت تجویز شده تزریق کرد، برای رسیدن به سرعت مطلوب می توان سرعت انفوزیون را بتدریج افزایش داد؛ از کانتر CVP یا ورید محیطی بزرگ و پمپ انفوزیون استفاده کنید و بر اساس پاسخ بیمار، دوزاژ دارو را تیتراسیون نمایید.
* هر 48 ساعت محل انفوزیون دارو را عوض کنید.
* برای درمان هیپوولمی از محلول های حجیم کننده پلاسما استفاده کنید.
* محلول رقیق شده اولیه دارو در یخچال تا 24 ساعت پایدار است.
* پاسخ درمانی : افزایش: افزایش BP و پایدار شدن ۀن، افزایش برون ده ادراری.

**Dopamine HCI**

Intropin

* طبقه بندی
* گروه دارویی: آدرنرژیک
* گروه درمانی: اینوتروپ، وازوپروسور
* گروه مصرف در حاملگی: c
* شکال دارویی:

Inj: 200 mg/ 5ml

**موارد،روش و مقادیر مصرف**

* داروی کمکی در شوک برای افزایش برون ده قلبی، فشار خون، و جریان ادرار
* **بالغین:** 1-5mcg/kg/min IV Inf تا 20-25mcg/kg/min سرعت انفوزیون را می توان هر 30-10 دقیقه به میزان 1-4mcg/kg/min افزایش داد تا پاسخ مطلوب به دست آید. در بیمار شدیداً ناخوش انفوزیون را با سرعت5,cg/kg/min شروع نمایید و به تدریج به میزان 5-10mcg/kg/min تا پاسخ مطلوب افزایش دهید.
* درمان کوتاه مدت نارسایی مزمن، مقاوم و شدیدقلبی
* **بالغین:** ابتدا 0.5-2mcg/kg/mn IV Inf و سپس افزایش دوزاژ تا پاسخ مطلوب. دوز متوسط 1-3mcg/kg/min

**موارد منع مصرف**

* تاکی آریتمی کنترل نشده، فئوکروموسیتوم یا فیبریلاسیون بطنی
* **عوارض جانبی**
* **شایع:** هیپوتانسیون
* **خطرناک:** برادیکاردی؛ حمله آسم، واکنش آنافیلاکتیک

**ملاحظات پرستاری**

* هیپوولمی؛ در صورت وجود هیپوولمی، ابتدا آن را اصلاح کنید.
* کمبود اکسیژناسیون/ پروفوزیون (چک کردن BP، درد قفسه سینه، گیجی و فقدان هوشیاری).
* نارسایی قلبی: گالوی S3 ، تنگی نفس ، دیستانسیون ورید گردن، کراکل های قاعده ریه ها در بیماران مبتلا به CHF ، کاردیومیوپاتی.
* نسبت I& O : در صورت کاهش برن ده ادراری، بدون کاهش BP، ممکن اسن نیاز به کاهش دوزاژ دارو باشد.
* ECG مداوم در طی تجویز؛ در صورت افزایش BP، دارو D/C می گردد.
* کنترل BP و نبض هر 5 دقیق بعد از روش تزریقی.
* CVP یا PWP در طی انفوزیون در صورت امکان.
* پارستزی و سردی اندام ها؛ ممکن است جریان خون محیطی کاهش یابد.
* محل تزریق: تخریب بافتی(در صورت بروز تخریب یا لجن بافتی فنتولامین مخلوط شده با NS تجویز کنید).
* برای هیپوولیمی از خون کامل یا اکسپاندرهای پلاسما استفاده کنید. 400-200 میلی گرم دارو را با 500-250 میلی لیتر محلول DW%5 ، DW%5 در کلرید سدیم 0/45 درصد، DW%5 در کلرید سدیم 0/9 درصد، DW%5 رقیق کنید. تزریق وریدی باید آهسته باشد. از پمپ انفوزیون استفاده کنید و قبل از انفوزیون خط وریدی را فلاش نمایی. انفوزیون را ا خط وریدی دوم انجام دهید.
* محل رقیق شده اولیه را در یخچال تا 24 ساعت می توان نگهداشت.
* محلول دارو را از نور حفاظت کنید و از محلول تغییر رنگ داده استفاده نکنید.
* **Bupivacaine HCI**
* **Marcaine**
* **طبقه بندی**
* **گروه دارویی:** بیحس کننده موضعی نوع آمید
* **گروه درمانی:** بیحس کننده موضعی
* **گروه مصرف در حاملگی:** C
* **اشکال دارویی**

Lnj: 0.25%

Spinal lnj: 0.75%

**موارد،روش و مقادیر مصرف**

بی حسی موضعی یا منطقه ای، ضد درد وانسداد حرکتی قبل از جراحی، دندانپزشکی، زایمان

* **بالغین:** 175mg SD حداکثر 400mg/d

**موارد منع مصرف**

* حساسیت مفرط به بیحس کننده های آمیدی، خونریزی شدید، هیپوتانسیون شدید
* عفونت موضعی، سپتی سی، بلوک قلبی کامل(برای انسداد زیرعنکبوتیه ای)

**عوارض جانبی**

* این دارو نسبت به سایربیحس کننده های موضعی، اثرکاردیوکسیک بیشتری دارد.
* **ملاحظات پرستاری**
* وضعیت قلبی عروقی، تنفسی وهوشیاری بعد ازهربا تزریق.
* پوزیشن بیمار در انفوزیون اپیدورال.
* BP،نبض و تنفس در طول درمان. احتمال بروز کاهش فشار خون، تاکیکاردی، دپرسیون تنفسی و آشفتگی عصبی وجود دارد.
* واکنش های آلرژیک: راش،کهیر، خارش
* این دارو باید به آهستگی تزریق شود. قبل از هربار تزریق و طی آن، برای اطمینان از عدم ورود به داخل رگ خونی، آسپیره لازم است، حتی اگر دارو از طریق کانتر تجویز می شود.
* برای تزریق اپیدورال، ابتدا دوز آزمایشی 2.5 میلی لیتر از دارو را تزریق نمایید و از نظر بروز علایم بیمار را تحت نظر بگیرید.
* وسایل احیای بیمار، اکسیژن و داروهای لازم را قبل از تزریق، آماده نمایید.

**Soluvite F**

Generic Name: [multivitamin with fluoride](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dsoluvite%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.drugs.com/cdi/multi-vit-fl-chewable-tablets.html&usg=ALkJrhiwXRoks2AUbl9T17u6jVJhbDLgqA) (MUL tee VYE ta min with FLOOR ide) گروه دارويي:Multivitamins provide essential vitamins and minerals that are not taken in to the body through diet. ویتامین ها و مواد معدنی.

**موارد مصرف**

Fluoride strengthens tooth enamel, which helps prevent dental cavities. Multivitamin with fluoride is used as a supplement to the diet of infants and children who do not receive adequate fluoride through drinking water. Soluvite F به عنوان یک مکمل رژیم غذایی نوزادان و کودکان و بيماران که از طریق آب آشامیدنی فلوراید کافی دریافت نمی كنند مورد استفاده قرار می گیرد. Multivitamin with fluoride is also used to prevent tooth decay in people treated with radiation, which may cause dryness of the mouth and increased risk of tooth decay. Soluvite Fبرای جلوگیری از پوسیدگی دندان در افراد تحت درمان با اشعه، که ممکن است باعث خشکی دهان و افزایش خطر ابتلا به پوسیدگی دندان شوند. مورد استفاده قرار مي گيرد.

**Overdose symptoms may include nausea, vomiting, stomach pain, diarrhea, drooling, numbness or tingling, muscle stiffness, or seizures (convulsions). علائم سوء مصرف :**

شامل تهوع، استفراغ، درد معده، اسهال، سرازیر شدن آب، بی حسی یا سوزش، سفتی عضلانی، تشنج (تشنج).What should I avoid while taking Soluvite F (multivitamin with fluoride)?

**Avoid taking any other multivitamin product within 2 hours before or after you take multivitamin with fluoride. عوارض جانبي:**

stomach upset;ناراحتی معده؛ headache; or سردرد، یا weakness. ضعف.

**توجهات پرستاري**

1. Multivitamin with fluoride may also be used for other purposes not listed in this medication guide.What is the most important information I should know about Soluvite F (multivitamin with fluoride)? Taking in too much fluoride can cause an irreversible condition called fluorosis. با توجه فلوراید بیش از حد می تواند به یک بیماری غیر قابل برگشت به نام فلوئوروزیس می شود. This condition can permanently damage teeth and possibly other cells in the body. این وضعیت برای همیشه می تواند از دندانها و احتمالا دیگر سلول ها در بدن صدمه بزند.
2. nv w,vj p The chewable tablet must be chewed or allowed to dissolve in the mouth before swallowing it. قرص ها جویدنی است و باید جویده و يا قبل از غورت دادن آن در دهان حل شو د.همچنین با آب آشامیدنی، آب میوه، یا شیر خشک( نوزاد) حل شده و استفاده می شود. Measure the liquid form of multivitamin with fluoride using a special dose-measuring spoon or cup, not a regular table spoon.
3. توجه 2 ساعت قبل يا بعد از مصرف Soluvite F نبايد دارو مولتي ويتامين ديگري مصرف شود باعث عوارض جانبي جدي خواهد شد .كلسيم جذب Soluvite F را كمتر مي كند. در صورت باردار بودن پزشك خود را مطلع سازيد
4. Brush teeth regularly, at least two times each day or after meals.حداقل دو بار در هر روز و یا پس از غذا جهت جلوگیری از تغییر رنگ دندان مسواك زده شود.
5. Take the missed dose as soon as you remember. در صورت فراموش كردن يك دوز ،دوز فراموش شده استفاده شود مگر با دوز بعدي نزديك باشد.
6. Do not take this medication with milk, other dairy products, calcium supplements, or antacids that contain calcium.Get emergency medical help if you have any of these signs of an allergic reaction: hives; difficulty breathing; swelling of your face, lips, tongue, or throat. واکنش حساسیتی: کهیر، مشکل تنفسی، تورم صورت، لبها، زبان، یا گلو داشتيد به پزشك مراجعه كنيد.

**ACETYLCYSTEINE**

( ان استیل سیستئین)

گروه دارويي:مشتق آمينواسيد

گروه درماني:موكوليتيك،پادزهر مسموميت با استامينوفن

مصرف در حاملگي:C

**اشکال‌دارویی‌:**

Injection: 200mg / ml و قرصهاي جوشان 600 mg قرص خوراکی 200mg

مقدارمصرف‌:به‌عنوان‌پادزهردرمسمومیت‌بااستامینوفن‌درابتدامقدار 150mg/kgدر 200 میلی‌لیتردکستروز 5%طی‌دقیقه‌انفوزیون‌وریدی‌می‌شودومتعاقبمقدار50 mg/kgدر 500 میلی‌لیتردکستروز 5% طی‌

4 ساعت‌وسپس‌mg/kgدر 1000 میلی‌لیتردکستروز5% و در عرض 16 ساعت انفوزيون مي گردد.

.مقدارمصرف‌این‌دارودرکودکان‌مشابه‌بزرگسالان‌است‌.

**مواردمصرف‌:**

استیل‌سیستئین‌برای‌درمان‌مسمومیت‌بااستامینوفن‌وبه‌منظورجلوگیری‌ازاثرسمی‌آن‌برکبد ،

وبه عنوان یک داروی موکولیتیک و خلط آور به‌کاربرده‌می‌شود.

مواردمنع‌مصرف‌: درآسم‌شدیدوحساسیت‌به‌استیل‌سیستئین‌نبایدمصرف‌گردد.

**موارد احتياط:**

1 ـدرصورت‌وجودزخم‌معده‌بااحتیاطمصرف‌گردد.

2 ـدرمان‌بااین‌داروحتی‌درصورت‌بروزکهیربایدادامه‌یابد.

**عوارض‌جانبی‌:**

عوارض‌این‌داروخیلی‌شایع‌نیست‌ولی‌شامل‌واکنش‌های‌حساسیتی‌،انقباض‌برونش‌،ادم‌صورت‌،بثورات‌جلدی‌،

آنافیلاکسی‌،گیجی‌،تب‌،تهوع‌واستفراغ‌می‌باشد.

**توجهات پرستاري:**

1 ـدارورامی‌توان‌به‌صورت‌تزریق‌داخل‌وریدی‌تجویزکرد.

2 ـقبل‌ازاستفاده‌ازاین‌دارودردرمان‌مسمومیت‌بااستامینوفن‌ضروری‌است‌که‌محتویات‌داخل‌معده‌تخلیه‌شود.

3 ـدرمان‌بااین‌داروحداکثرظرف‌ساعت‌اول‌پس‌ازمسمومیت‌صورت‌گیرد.

**STORAGE:**

**Milrinone Milrinone**

گروه دارويي: مهار كننده فسفو دي استراز بي پيريدين

گروه درماني:وازوديلاتور اينو تروپيك

مصرف در حاملگي:C

اشكال دارويي: Amp 10mg/10mil

Pronunciation: MILL-ri-noneBrand Name: Generic only.Treating congestive heart failure. درمان IV كوتاه مدت نارسایی احتقانی قلب.

Milrinone is an inotrope and vasodilator. Milrinone inotrope و گشادکننده عروق است. It works by increasing the force with which the heart pumps blood through the body and widens blood vessels, which allows blood to flow through the body more easily. با افزایش نیروی قلب پمپاژ خون را از طریق بدن و رگهای خونی،بيشتر ميكند و اجازه می دهد تا خون را به بدن راحت تر جریان یابد.

**منع مصرف**

Do NOT use Milrinone if:you are allergic to any ingredient in Milrinone حساسيت به مشتقات Milrinone

you have severe blockage of your aorta or certain heart valve problems (pulmonic valvular disease), or you have recently had a heart attackانسداد شدید آئورت یا برخی از مشکلات قلبی (بیماری های ریوی دریچه)، و یا به تازگی دچار حمله قلبی شده است.

**Contact your doctor or health care provider right away if any of these apply to you.موارد احتياط :**

if you have allergies to medicines, foods, or other substances حساسيت دارويي يا غذاها، یا سایر مواد

if you have a history of kidney problems, irregular heartbeat or other heart problems (eg, hypertrophic cardiomyopathy), heart attack, or heart valve conditions سابقه مشکلات کلیوی، ضربان قلب نامنظم و یا سایر مشکلات قلبی (به عنوان مثال،

کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک)، حمله قلبی، Some MEDICINES MAY INTERACT with Milrinone.

How to use Milrinone: Milrinone is usually administered as an injection at your doctor's office, hospital, or clinic. Milrinone معمولا به عنوان تزریق در مطب های پزشک ،در بیمارستان، درمانگاه استفاده شود.

**Possible side effects of Milrinone: عوارض جانبی :**

All medicines may cause side effects, but many people have no, or minor, side effects. Check with your doctor if any of these most COMMON side effects persist or become bothersome: همه داروها ممکن است عوارض جانبی ایجاد کند باعثDizziness; headache. سرگیجه، سردرد می شود.

Seek medical attention right away if any of these SEVERE side effects occur:Severe allergic reactions (rash; hives; difficulty breathing; tightness in the chest; swelling of the mouth, face, lips, or tongue); chest pain; fast or irregular heartbeat; severe dizziness or lightheadedness. واکنش های شدید حساسیتی (بثورات جلدی، کهیر، مشکل تنفسی، تنگی در قفسه سینه، ورم دهان، صورت، لبها، یا زبان)، درد قفسه سینه، ضربان قلب سریع یا نامنظم، سرگیجه شدید و یا سبکی سر.

آريتمي و تاكيكاردي بطني،فيبريلاسيون بطني

Hh **If you miss a dose of Milrinone, contact your doctor immediately.Important safety information:توجهات پرستاري:**

1. Milrinone may cause dizziness or lightheadedness. Milrinone ممکن است باعث سرگیجه یا سبکی سر می شود. Do not drive, operate machinery, or do anything else that could be dangerous until you know how you react to Milrinone. رانندگی، ماشین آلات عمل، و یا هر چیز دیگری که می تواند خطرناک باشد مصرف الکل با دارو ممکن است توانایی خود را به رانندگی یا انجام سایر وظایف به طور بالقوه کاهش دهد.
2. Milrinone may cause dizziness, lightheadedness, or fainting. Milrinone ممکن است باعث گیجی، سبکی سر، یا غش شودآب و هوای گرم، ورزش، و تب می تواند این اثرات را افزایش دهد. To prevent them, sit up or stand slowly, especially in the morning. برای جلوگیری از آنها نشسته شود(مخصوصا دراوقات صبح). Also, sit or lie down at the first sign of dizziness, lightheadedness, or weakness. نشستن و یا دراز کشیدن در اولین نشانه از سرگیجه، احساس سبکی سر، یا ضعف ضروري است.
3. LAB TESTS, including heart function, kidney function, blood electrolytes, and blood pressure, may be performed to monitor your progress or to check for side effects. تست های آزمایشگاهی(Na,K,Cl,Ca)و آزمونهاي عملكرد كليه شمارش پلاكت، ، الکترولیت های خون انجام شود
4. كنترل فشار خون،نبض هر 5 دقيقه؛ در صورت افت فشار خون قطع دارو و اطلاع به پزشك.
5. كنترل وزن و جذب و دفع بيمار
6. تغيير وضعيت بارامي ؛جهت جلوگيري از هيپوتانسيون.

## Sirdalud

Sirdalud (Tizanidine-Oral or Generic Zanaflex)) is a muscle relaxant is used to help relax certain muscles in your body. Sirdalud (تیزانیدین دهان یا Zanaflex عمومی

گروه دارويي: شل کننده عضلانی

مصرف در حاملگي:C

**موارد مصرف:**

درSirdalud is a muscle relaxant is used to help relax certain muscles in your body. اسپاسم عضلاني ناشي ازاسکلروز متعدد یا آسیب دیدن ستون فقرات

Sirdalud برای درمان اسپاسم، دل درد و سفتی عضلات ناشی از diplegia ،اسپاستیک، آسیب های ستون فقرات و سیستم CNS Sirdalud Tablets (Generic Zanaflex) – Dosage

مقادير مصرف:Sirdalud comes as a tablet to take it orally. معمولا دو یا سه بار در روزاستفاده ميشود دوز شروع بزرگسال از Sirdalud به 4 میلی گرم یک بار در روز است.

## Drug Class and Mechanism موارد احتياط:Warnings and Precautions to be taken when using Generic Sirdalud Tabletsمواردمم موارد ا

Before taking this medication, tell your doctor if you have liver disease, have kidney disease, have low blood pressure or you are on medication to treat high blood pressure; or you are taking birth control pills. قبل از مصرف این دارو بیماری های کبدی، بیماری های کلیه، فشار خون

مصرف در بارداري و شيردهي از دسته C مي باشد

## Side Effects of Sirdalud Tablets عوارض جانبی:

Side effects from Sirdalud Tablets can possibly occur.سرگیجه، ناراحتی معده، استفراغ، احساس سوزش در بازوها، پاها، دستها، و پاها، خشکی دهان، افزایش اسپاسم های عضلانی. If you experience either of the following symptoms, call your doctor immediately: yellowing of the skin or eyes, unexplained flu-like symptoms. an allergic reaction (difficulty breathing; closing of your throat; swelling of your lips, tongue, or face; or hives);مشکل تنفسی،

liver damage (yellowing of the skin or eyes, nausea, abdominal pain or discomfort, unusual bleeding or bruising, severe fatigue). آسیب کبدی (زردی پوست یا چشم ها، تهوع، شکم درد یا ناراحتی، خونریزی غیر معمول یا کبودی، خستگی شدید). خواب آلودگی یا سرگیجه؛ Amblyopia (blurred vision) تنبلی چشم (تیرگی بینایی)

**توجهات پرستاري:تتت**

RhinitisKeep Sirdalud Tablets in the container it came in, tightly closed, and out of reach of children. قرص Sirdalud را در ظرف دربسته و دور از دسترس کودکان نگهداريد

Store it at room temperature and away from excess heat and moisture (not in the bathroom).در دمای اتاق و دور از گرمانگهداري شود از نگهداشتن دارو در رطوبت بیش از حد جلوگيري شود

انجام Liver function tests abnormal تست های عملکرد غیر طبیعی کبد ضروري است. SGPT/ALT increased SGPT / ALT افزایش یافته است به پزشك اطلاع داده شود.

در صورت Urinary frequency تکرر ادرار ، Dry mouth خشکی دهان ، تیرگی بینایی، Dry mouthخواب آلودگي به پزشك اطلاع داده شود.

**Clonidin is a promising antihypertensive medication that can help patients deal with psychological bouts as well. Clonidin**

[Catapres](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/reviews/Catapres.html&usg=ALkJrhiEXaHOXZalxG38PLeWa6Y4gq9vug) و [Dixarit](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/reviews/Dixarit.html&usg=ALkJrhhCQD3Ux3GkWZllXugZiJYBddR1VQ)

گروه دارويي:گروه دارويي:آگونيست آلفا آدرنرژيك با اثر مركزي

گروه درماني:ضد هيپرتانسيون

مصرف در حاملگي:C

موارد مصرف:Clonidin is an antihypertensive medication, which acts as an a2 adrenergic agonist. هيپرتانسيون

قرص 0.2mg-0.1 قرصص

Generally used to treat [hypertension](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Heart_diseases/Hypertension.html&usg=ALkJrhhfbnD5wVRyIh3Uyopm1Dg_a7m_tA) by stimulating [brain](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/human_anatomy/organs/Brain.html&usg=ALkJrhgRQcBdVuObqtQ7o8Pca7DOsdYi3g) receptors in order to relax [blood vessels](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/human_anatomy/organs/Blood_vessels.html&usg=ALkJrhhVBEX3CWAjrj0V4JWS1csu6X8H4A) in the body, it is also used to treat Tourette's syndrome, neuropathic pain, sleep hyperhydrosis and opioid detoxification. به طور کلی در درمان [فشار خون بالا](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Heart_diseases/Hypertension.html&usg=ALkJrhhfbnD5wVRyIh3Uyopm1Dg_a7m_tA) تحریک [مغز](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/human_anatomy/organs/Brain.html&usg=ALkJrhgRQcBdVuObqtQ7o8Pca7DOsdYi3g) گیرنده به منظور شل شدن [رگهای خونی](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/human_anatomy/organs/Blood_vessels.html&usg=ALkJrhhVBEX3CWAjrj0V4JWS1csu6X8H4A) در بدن مورد استفاده دارد، آن را نیز برای درمان سندرم تورت، درد نوروپاتیک، hyperhydrosis خواب و سم زدایی مواد مخدر مورد استفاده است. Clonidin can be used with stimulants to treat ADHD or attention-deficit [hyperactivity](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Mental_health/Hyperactivity.html&usg=ALkJrhh7JXvXK6i5zlil9mmXlJXxg6DDdg) disorder..

Clonidin is also known by the brand names [Catapres](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/reviews/Catapres.html&usg=ALkJrhiEXaHOXZalxG38PLeWa6Y4gq9vug) and [Dixarit](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/reviews/Dixarit.html&usg=ALkJrhhCQD3Ux3GkWZllXugZiJYBddR1VQ) .It comes in a pill, an injectable via epidural and transdermal patches. Other useful actions of Clonidin include treating [migraine headaches](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Pain_relief/Migraine_headaches.html&usg=ALkJrhh0M33R3SwZzZFTQp9i2ST4XEwlGw) , menopausal hot flashes, [alcohol withdrawal](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Addiction/Alcohol_withdrawal.html&usg=ALkJrhgkGqDC7nXU4NIDaXfxF-r5K2n8Kw) symptoms, [smoking cessation](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Addiction/Smoking_cessation.html&usg=ALkJrhhna2gbkqsv7QylUERAqqAw8bexVQ) symptoms and [ulcerative colitis](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Digestive_system/Ulcerative_colitis.html&usg=ALkJrhhGwSLZt_39N85NbPtJIHr1FSGiAw) .در درمان [سردرد میگرن](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Pain_relief/Migraine_headaches.html&usg=ALkJrhh0M33R3SwZzZFTQp9i2ST4XEwlGw) ، گرگرفتگی دوران یائسگی، و [کولیت اولسراتیو](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Digestive_system/Ulcerative_colitis.html&usg=ALkJrhhGwSLZt_39N85NbPtJIHr1FSGiAw) .

موارد منع مصرف:موارد منع مصرف:حساسيت مفرط به دارو.

**عوارض جانبي**

The medication can result in side effects that are mild, moderate or severe. دارو می تواند عوارض جانبی خفیف، متوسط ​​یا شدید منجر شود

: خشکی دهان، [سرگیجه](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Neurological_disorders/Dizziness.html&usg=ALkJrhigN3FHe5iWMQNXaKCPnAAK8DGaBQ) ، خواب آلودگی، fatigability، costiveness، عصبانیت، ، راش و [استفراغ](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Digestive_system/Vomiting.html&usg=ALkJrhhqMtuvktpI591hXVkzKsd-HA-7yA) است. Other serious side effects include fainting, slow or rapid heartbeat, arrhythmia, swollen feet or ankles and allergic symptoms like facial and [lips](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/human_anatomy/organs/Lips_cheeks_and_palate.html&usg=ALkJrhi2ay658JfhGrYvJ2JvJCRAINIJcQ) [swelling](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Joint_pain/Swelling.html&usg=ALkJrhhwrKm4OdgDzrxriSZFMLvNC6XDIw) , breathing difficulty and [hives](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/Skin_diseases/Hives.html&usg=ALkJrhiZw6Kj2pdqvTkMFfjQNJegDdWHBA) . سایر اثرات جانبی خطرناك: براديكاردي ،ريباند هيپرتانسيون

**Special precautions are taken with pregnant women and nursing mothers. موارداحتیاط :**

Patients about to undergo surgery, including dental procedures, should inform their physician to avoid bleeding complications. بیماران تحت عمل جراحی، از جمله درمان های دندانپزشکی،

بیماران به این دارو آلرژی دارند و کسانی که نارسايي [کلیه](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fa&prev=/search%3Fq%3Dclonidin%26hl%3Dfa%26gbv%3D2%26biw%3D1024%26bih%3D614%26prmd%3Dimvns&rurl=translate.google.com&sl=en&u=http://www.medicalook.com/human_anatomy/organs/Kidneys.html&usg=ALkJrhglOzijtiRhYhRpJfO0ntDn5wjD7A) ، قلب،انفاركتوس ميوكارد، و بیماری عروق کرونر، بيماري عروق مغزي و سکته مغزی.

توجهات پرستاري:

1. اين دارو باعث خواب آلودگي مي شود از رانندگي وساير مواردي كه نياز به دقت هست خودداري شود.
2. جهت جلوگيري از هيپوتانسيون وضعيتي ،از تغيير وضعيت ناگهاني خودداري شود.
3. از مصرف ديگر داروهاي تضعيف كننده سيستم CNSخودداري شود.Clonidin is a prescription medication and should only be purchased from legitimate and verified pharmacies and physicians' clinics.Patients should watch out for symptoms of Clonidin overdose such as lethargy, lightheadedness, vomiting and drowsiness.
4. آزمايشات خوني :نوتروفيل ها،كاهش پلاكتها
5. آزمايشات كليوي:BUN پروتيئنكراتينين؛افزايش سطح ممكن است حاكي از سندرم نفروتيك باشد.
6. كنترل نبض و فشار خون
7. ادم در پاها و ساق پاها كنترل شود كنترل I&O روزانه
8. در صورت بروز ؛زخمهاي دهان،جراحت گلو ؛درد قفسه سينه ؛بروز اسهال ؛خشكي دهان؛راشهاي جلدي ؛دهيدراتاسيون به پزشك اطلاع داده شود.

# **هالوپریدول Haloperidol**

False2 نام های تجارتی : Serenace, Halodol

گروه دارويي:بوتيروفنون

گروه درماني : ضد سايكوز

مصرف در حاملگي:C

اشكال دارو : قرص0.5mg 5mg-10mg-

و ‌آمپول5mg 50mg-

زمان مصرف دارو : 2 تا 4 بار در روز ؛درمان بیماری های روانی (3 تا 10 میلی گرم در روز و در آغاز درمان و سپس این مقدار به 20 میلی گرم در روز قابل افزایش است.) درمان اضطراب شدید (1 میلی گرم در روز)

موارد مصرف: اختلالات سايكوتيك

این دارو برای كاهش شدت بیماری های روانی مانند شیزوفرنی، دیگر بیماری های روانی كه در آنها حالت جنون پیدا می شود، مورد استفاده قرار می گیرد. ضمناًً در درمان كوتاه مدت بیماری اضطراب، نیز مؤثراست. گرچه نمی تواند بیماری را درمان نماید اما سبب كاهش اضطراب می گردد. همچنین برای بچه هایی كه دچار مشكلات و ناهنجاری های شدید رفتاری هستند، كاربرد دارد

**عوارض جانبی :**

عوارضی مانند بي اشتهايي، خواب آلودگی، ضعف و بیحالی، سرگیجه یا غش

عوارض اكستراپيراميدال،سفتی زبان و خشكی گردن و اندام ها ،تشديد علايم سايكوز

هيپوتانسيون ارتوستاسيك، تاكيكاردي،خواب آلودگي،تغييرات ECG

تاري ديد ،وزوز گوش،يبوست،آنمي ترومبوسيتوپني،نكروز محل تزريق ،افزايش فشار داخل چشم

**موارداحتیاط:**

اختلالات مزمن كبدی و كلیوی ،گلوكوم،هيپوكلسمي،حساسيت به هالوپريدول ،بيماري پاركينسون

نارسایی قلبی و مشكلات گردش خون.

بیماری صرع ،آسم، برونشیت و یا دیگر بیماری های ریوی.

**توجهات پرستاري:**

1. قطع دارو تدريجي است، زیرا قطع ناگهانی مصرف دارو ممكن است به عود مجدد علائم بیماری منجر گردد. اما در صورت عوارض شدیدی مانند تب شدید، گیجی، سفتی عضلات، مصرف دارو را قطع و سریعاًً پزشك اطلاع داده شود.
2. چون دارو ممكن است موجب خواب آلودگی و كندی عكس العمل درافراد گردد، لذا كلیه رانندگان و كسانی كه كارهای پرمخاطره انجام می دهند، باید هنگام مصرف این دارو از فعالیت های مربوطه دست بكشند. و هنگام بر خاستن از حالت خوابيده يا نشسته احتياط كنند.
3. كنترل نبض و فشار خون هر 4 ساعت در صورت كاهش30 ميلي متر جيوه فشار اطلاع به پزشك.
4. كنترل اريانتاسيون،LOC ،رفلكس ها،راه رفتن،اختلالات الگوي خواب ،نوسانات خلق و خوي
5. كنترل ناتواني در بيحركت نشستن،حركات بدون نظم و برنامه(اكاتزي)،ديسكنزي تارديو(حركات عجيب و غريب فك، دهان زبان و اندامها) پاركينسونيسم كاذب(رژيديته،ترمور دست).
6. كنترل يبوست و احتباس ادراري؛در صورت بروز افزايش فيبر غذايي و مايعات دريافتي.
7. رعايت بهداشت دهان جهت جلوگيري از كانديدياز دهان

كنترل I&O، CBC,Bill روزانه

**میدازولام:**

گروه دارويي:بنزودیازپین.

گروه درماني:ضد تشنج.-آرامبخش.-ضد اضطراب یا دلهره.داروي كمكي در بيهوشي عمومي

اشكال دارويي:Amp 5mg/mli

مصرف در حاملگي:D

مقادير مصرف:هم به عنوان پره مد و هم بعنوان اینداکشن کاربرد دارد.يكساعت قبل از عمل جراحي mg/kg IM 0.04 استفاده مي شود. بعنوان ضد درد استفاده نميشود.

5mg/ml یا10 mg/5ml باشد.

میدازولام به مقدار5/2-1میلی گرم وریدی می تواند برای آرامبخشی هنگام بیحسی ناحیه ای و همچنین روشهای درمانی کوتاه مدت موثر باشد.

شروع اثر سریعتری نسبت به دیازپام دارد. میل ترکیبی میدازولام با گیرنده بنزودیازپین حدودا دو برابر دیازپام

است که با قدرت اثر بیشتر این دارو مطابقت دارد.

در مقایسه با دیازپام.....ایجاد می کند:فراموشی بیشتروآرامبخشی کمتر بعد ازعمل.

-مقدار برای القای بیهوشی:2/0-1/0میلی گرم/کیلوگرم وریدی.

شروع اثر میدازولام آهسته تر از نسدونال بوده ولی طول اثرش بیشتر از نسدونال است.

- می توان با تجویز مقدار کمی مخدر -مانند فنتانیل به مقدار100-50میکروگرم/کیلوگرم وریدی-1 الی 3 دقیقه قبل از میدازولام شروع بيهوشي را تسهیل کرد.هذیان هنگام خروج از بیهوشی رخ نمی دهد.

- محلول در آب بودن این دارو احتمال درد شدیدیا جذب متغیر پس از تزریق داخل عضلانی یا درد هنگام تجویز داخل وریدی این دارورا کاهش می دهد.

موارد منع : حساسيت به دارو،سميت حاد الكل،گلوكوم حاد زاويه بسته،شوك،كما

**عوارض جانبي:**

هيپوتانسيون، تاكيكاردي، تاري ديد و نيستاگموس،آپنه، افزايش ترشح بزاق، درد و تندرنس محل تزريق كاهش سرعت تنفس،تهوع و استفراغ

توجهات پرستاري:

1. جهت جلوگيري از هيپوتانسيون وضعيتي ،از تغيير وضعيت ناگهاني خودداري شود.

2. اين دارو باعث خواب آلودگي مي شود از رانندگي وساير مواردي كه نياز به دقت بيشتري است خودداري شود.

3. درجه فراموشي در افراد مسن،ممكن است افزايش يابد.

4.دارو در درجه اتاق نگهداري شود.

5.كنترل تنفس وآپنه بخصوص در افراد پير.

**اینترامیل فیبر بالا**

مواد تشکيل دهنده 15درصدانرژي از پروتئين 32درصدانرژي از روغن کانولا 53درصدانرژي از مالتودکسترين و فروکتوز اينولين،گوارگام

هيدروليزشده،فيبر جودوسر فاقد گلوتن

خواص و موارد مصرف غذاي کامل براي بيماران نيازمند به گاواژ بويژه بيماراني که به گاواژ طولاني مدت (3تا 6هفته ) نياز دارند.َ سالمندان

و افرادي که سوء تغذيه دارند و قادر به تامين نياز روزانه خود به تنهايي از طريق غذا نمي باشند. کمک به رشد و ترميم مخاط روده کاهش

کلسترول و LDL کمک به جذب Ca ,Mg کنترل بهتر هيپرگلايسمي کاهش بروز اسهال و يبوست بهبود عملکرد سيستم ايمني

**اینترامیل استاندارد**

غذاي کامل براي بيماران نيازمند گاواژ بيماراني که تحت استرس کاتابوليک مي باشند (تروما، سوختگي، سرطان، بعد از جراحي و ...) بهتر است

4-5 روز ابتدايي گاواژ را با اين محصول شروع کرده و سپس در صورت نياز از پودرهاي ديگر مثل انتراميل پروتئين بالا استفاده شود. مکمل

غذايي مناسب براي سالمندان و افرادي که قادر به تامين نياز روزانه خود به تنهايي از طريق غذا نمي باشند. افراد دچار اختلالات بلعيدن و جويدن

افرادي که سوء تغذيه شديد دارند.

• مواد تشکيل دهنده(درصد از انرژي)

• %55 انرژي ازکربوهيدرات( مالتودکسترين)

• 15% انرژي از پروتئين با ارزش بيولوژيکي بالا

• 30% انرژي از روغن آفتابگردان و روغن نارگيل .

**اینترامیل دیابتی**

فاقد گلوتن ,غذاي کامل براي بيماران با محدوديت دريافت کربوهيدرات (بيماران ديابتي، ريوي، هيپرگلايسمي، عدم تحمل گلوکز ، هيپرگلايسمي ناش

ي از استرس) مديريت زخم در بيماران ديابتي قابل استفاده به صورت خوراکي يا گاواژ

مواد تشکيل دهنده (درصد از انرژي). 48%چربي از منبع روغن کانولا. 37% کربوهيدرات به صورت مالتودکسترين و فروکتوز. فيبر جو دوسر

اينولين گوارگام هيدروليز شده. 15% پروتئين با ارزش بيولوژيکي بالا.

اینترامیل فیبر بالا

مواد تشکيل دهنده 15درصدانرژي از پروتئين 32درصدانرژي از روغن کانولا 53درصدانرژي از مالتودکسترين و فروکتوز اينولين،گوارگام

هيدروليزشده،فيبر جودوسر فاقد گلوتن

خواص و موارد مصرف غذاي کامل براي بيماران نيازمند به گاواژ بويژه بيماراني که به گاواژ طولاني مدت (3تا 6هفته ) نياز دارند.َ سالمندان

و افرادي که سوء تغذيه دارند و قادر به تامين نياز روزانه خود به تنهايي از طريق غذا نمي باشند. کمک به رشد و ترميم مخاط روده کاهش

کلسترول و LDL کمک به جذب Ca ,Mg کنترل بهتر هيپرگلايسمي کاهش بروز اسهال و يبوست بهبود عملکرد سيستم ايمني

**Procalcitonin (PCT) In the Diagnosis and Monitoring of Sepsi**

تشخیص سریع ومناسب سپسیس جزء چالشهای روزمره بخشهای اورژانس و ICUمیباشد.امروزه روشهای مختلف درمانی منجر به بهبود وضعیت زنده ماندن بیماران مبتلا به سپسیس شده است لذا تشخیص سریع وصحیح امری ضروری است.سپسیس فاقد علائم ونشانه های اختصاصی است ،کشت میکروبی مستلزم صرف وقت بوده وپاسخ التهابی سیستمیک بیمار رانشان نمیدهد..

در بین جدید ترین بیومارکر های سپسیس، PCT بالاترین صحت تشخیص را دارد.میزان PCT به سرعت (در عرض 6 تا 12 ساعت) پس از حمله عفونی باعوارض سیستمیک ا فزایش می یابد .اندازه گیری PCT برای تشخیص مؤثر وسریع در بیمارانی که مشکوک به سپسیس وپاسخ التهابی سیستمیک هستند توصیه شده است.

PCT چه موقعی باید اندازه گیری شود؟

1) در زمان بستری یا هر زمانی از بستری در بیمارستان که مشکوک به سپسیس باشیم

PCT پلاسما شاخصی از پاسخ التهابی بدن انسان به یک عفونت غیر ویروسی است . افزایش PCTنشان دهنده قوی عفونت باکتریال با عوارض سیستمیک است. در مواردیکه PCTپلاسما کمتر از ng.ml 0.5 باشد سپسیس باکتریال غیر محتمل است PCT بیش از ng.ml 2 با افزایش احتمال وجود سپسیس باکتریال است مگر اینکه موارد دیگر مثل تروماهای چند گانه ،جراحی عمده ، سوختگی شدید یا نوزاد وجود داشته باشد.وقتی مقادیر PCT بین 0.5 تا2 باشد عفونت سیستمیک را نمی توان رد کرد ومیزان PCT در عرض 6 تا 24 ساعت باید تکرار شود.

2) در عرض 6 تا 24 ساعت :

3) برای تشخیص افتراقی سپسیس ،اگر غلضت PCT به میزان کمی افزایش یافته است یا اگر بیماری با علائم و نشانه های سپسیس تظاهر کرده است

4) هر 24 ساعت یکبار :در بیمارانی که در معرض خطر ایجاد سپسیس و اشکال عملکرد ارگان باشند.

5) در بیماران با تشخیص سپسیس به منظور ارزیابی درمان.

6) افزایش پایدار PCT پلاسما به بیش از 2 ng/ml نشان دهنده عدم کنترل روند عفونت است . چنین مواردی با پیش اگهی نامطلوب همراه بوده وبرای مراقبت بیمار باید اصلاحاتی انجام شده ،ارزیابی های اضافی انجام پذیرفته یا حتی تغیر درمان انجام شود.

شرایط محدودی برای افزایش PCT بدون علل عفونی شرح داده شده است . این شرایط شامل (اما نه محدود به ) موارد زیر است.

روزهای اول پس از:

1) یک ترومای عمده

2) اعمال جراحی عمده

3) سوختگیهای شدید

4)درمان با انتی بادیها و داروهای دیگر که ازاد سازی سیتوکاینهای پیش التهابی را تحریک میکند

5) نوزادان با عمر کمتر از 48 ساعت

6) بیماران با:شوک کاردیوژنیک شدید یا طولانی، پروفیوژن غیر طبیعی وشدید ارگان؛کانسر small cell ریه

بنابراین مقادیر PCT همیشه باید با توجه به وضعیت بالینی بیمار تفسیر گردد

سرم یا پلاسما ( به شرط چمع آوری نمونه با نمک لیتیم هپارین ) را می توان مورد آزمایش قرار داد. توصیه می گردد نمونه خون را در لوله های بدون ضدانعقاد چمع آوری نموده و در اسرع وقت به آزمایشگاه منتقل نمود. در صورت جداسازی سرم میتوان آن را در 8-2 درجه سانتیگراد تا 48 ساعت قبل از انجام آزمایش نگهداری نمود.

**آزمایش HbA1C**

گلو کز به راحتی میتواند وارد گلبولهای قرمز خون بشود و درانجا با هموگلوبین(Hb) باند شود .به این Hb هموگلوبین گلوکوزه یا A1C میگويند. وقتی قند خون بالا باشد میزان A1C بالا میرود .درحالت طبیعی این میزان درافراد غیر دیابتی زیر6% است و هدف در افراد دیابتی حدود 7% میباشد . تست A1C درصد HbA1C را در حدود 2تا 3 ماه گذشته نشان میدهد و بالا بودن ان نشانه کنترل بد در 2ماه گذشته است .

این یکی از ازمایشهایی است افراد دیابتی حتما باید حداقل هر 3 ماه یکبار انجام بدهد تا ازوضعیت کنترل قند خون مطلع بشود .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HbA1c % | Mean Blood Glucose (mg/dL) | Average Plasma Glucose (mg/dL) | Interpretation |
| 4 | 61 | 65 | Non-Diabetic Range |
| 5 | 92 | 100 |
| 6 | 124 | 135 |
| 7 | 156 | 170 | Target for Diabetes in Control |
| 8 | 188 | 205 | Action Suggested according ADA guidelines |
| 9 | 219 | 240 |
| 10 | 251 | 275 |
| 11 | 283 | 310 |
| 12 | 314 | 345 |

**انسداد روده چیست؟**

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

**علایم :**

مهمترین علامتهای انسداد روده که در مراحل اولیه بیماری بروز می کند ناشی از توقف عبور مواد در روده است که شامل استفراغهای شدید و مکرر و عدم دفع گاز و مدفوع است ، استفراغ بیمار اغلب موارد حاوی صفرا و حتی گاهی مواد مدفوعی است ( اینکه چه موادی در استفراغ بیمار وجود داشته باشد تا حدی سطح انسداد رو نشان می دهد )، درد شدید شکم که همراه با حساسیت در شکم هست هم علامتی است که در اغلب شکم های حاد جراحی دیده می شود ، گاهی این درد بویژه در صورت پریتونیت حالت دفاعی پیدا می کند که اغلب نیاز به جراحی اورژانس رو مطرح می کند . سایر علایم هم که بصورت غیراختصاصی دیده می شود شامل تب ، ضعف و . . . است .

چه کسانی بیشتر در معرض بیماری هستند ؟

یکی از مهم ترین چیزهایی که در اغلب موارد به تشخیص یک بیماری کمک می کند زمینه های مستعد کننده فرد برای یک بیماری است ،

ما انتظار داریم که انسداد روده رو در افراد زیر ببینیم :

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

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

**تشخیص و درمان بیماری :**

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

اولین اقدامی که تا رسیدن بیمار به اتاق عمل باید انجام داد دکمپرس کردن و تخلیه لوله گوارش توسط NGTهست و طبیعتا از موترد اوژانس جراحی است .

نکته جالب اینکه جراحی در شکم ریسک انسداد روده رو افزایش می دهد بنابراین در بیماری که یک بار با انسداد روده جراحی شده عود مكرر بيماري وجود دارد .

در تشخیص و درمان انسداد روده زمان اهمیت زیادی دارد ، در صورت مشاهده کوچکترین علامتی شامل عدم دفع گاز و مدفوع و استفراغ بویژه در افراد با خطر ابتلای بالا باید بیمار از نظر انسداد روده بررسی بشود ، در مواردی که علایم هنوز کامل نشده تحت نظر گرفتن بیمار کمک کننده است .

**توجهات پرستاري:**

1)كنترل علايم حياتي بعد از عمل ، تب و نبض و فشار

2)كنترل محل عمل از نظر ترشحات و خونريزي و كنترل اتساع شكم.

3)رژيم مايعات صاف شده:اين رژيم حاوى کربوهيدرات‌هاى راحت هضم، مقادير کم پروتئين، و محتواى انرژى حدود

۶۰۰ کيلوکالرى در mL ۲۰۰۰ مى‌باشد. چنين رژيمى معمولاً به‌مدت ۲-۱ روز پس از جراحى شکمى و قبل از اينکه بيمار

بتواند رژيم آزادترى دريافت نمايد، تجويز مى‌شود. تجويز چنين رژيمى منطقى نمى‌باشد،

زيرا بيمار چند روز بيش از آنچه لازم است از دريافت مواد مغذى محروم مى‌گردد. اين رژيم از نظرتمام مواد مغذى به‌جز ويتامين C دچار کمبود است

4)عوارض ايجادشده در عملکرد گوارشى - از جمله تهوع، استفراغ، اتساع شکم، يبوست و اسهال - در ۲۵% بيمارانى که از راه لوله تغذيه مى‌شوند رخ داده، دليل اصلى عدم تحمل تغذيه روده‌اى مى‌باشند. 5)تهوع، استفراغ و اتساع شکم را مى‌توان با وارد کردن مايع به داخل دوازده به‌جاى معده و انفوزيون مداوم رژيم غذائى به‌جاى انفوزيون آن به‌صورت بولوس، به‌حداقل رسانيد.

6)اسهال معمولاً نتيجه تجويز داروهاى گوناگون (مانند آنتى‌بيوتيک‌هاى متعدد)، اختلال عملکرد مکانيکى روده (مانند انسداد نسبى رودهٔ باريک)، رشد بيش از حد باکترى‌هاى روده (مانند انسداد نسبى رودهٔ باريک)، رشد بيش از حد باکترى‌هاى روده (مانند کلستريديوم ديفيسيل)، محتواى پروتئينى يا اسمولاليتهٔ رژيم، بيمارى داخل روده (مانند بيمارى التهابى روده)، يا بيمارى سيستميک (مانند عفونت با HIV، آميلوئيدوز) مى‌باشد.

درمان اين عارضه قطع داروهاى به غلظ تجويزشده، تصحيح اختلال عملکرد روده، تجويز آنتى‌بيوتيک‌هاى مناسب، تعديل محتواى پروتئينى (پروتئين دست‌نخورده در برابر فرمول‌هاى آمينواسيدى يا پلى‌پپتيدي)

يا اسمولاليتهٔ محلول، اضافه کردن پکتين يا فيبر به رژيم غذائي، يا تجويز داروهاى ضد اسهال، مى‌باشد.

7) تغذيهٔ نازواينتستيانل براى درمان تغذيه‌اى کوتاه‌مدت (کمتر از ۶ هفته) استفاده شده، مواد مغذى با کمک يک پمپ حجمى به‌صورت دائمى تجويز مى‌گردند. تغذيه به‌صورت بولوس يا با استفاده از جاذبه توصيه نمى‌شود، زيرا در اين حالات احتمال اتساع معده و آسپيراسيون وجود دارد. نبايد از لولهٔ تغذيه‌اى نازوگاستريک (که سر ديستال آن در معده قرار مى‌گيرد) استفاده شود، زيرا در اين‌صورت امکان اتساع معده و آسپيراسيون وجود دارد.

8)استفاده از لوله‌هاى تغذيه‌اى در گاستروستومى و ژرژنوستومى از راه پوست، در مورد درمان تغذيه‌اى طولانى‌مدت (بيش از شش هفته) توصيه مى‌شود.

9)جايگزيني مايعات و الكتروليتها از طريق داخل وريدي.آب و سديم ،كلر و پتاسيم قبل از عمل بايد مد نظر باشد.

10)كنترل ترشحات معده بعداز عمل.بررسي تعادل آب و الكتروليتها.

11)بررسي درد و اتساع شكم و بررسي از نظر افزايش ترشحات NGT و اطلاع به پزشك.

12)اندازه گيري فشار داخل شكم در صورت افزايش اطلاع به پزشك.

**سرطان كولون و ركتوم:**

عموما از نوع آدنوكارسينوما است.اين بيماري بصورت پوليپي شروع و سپس بد خيم مي شود.وگسترش مي يابد.

ريسك فاكتورها:

سن بالاي 80سال،سابقه خانوادگي،بيماري التهابي روده،رژيم غذايي غني از چربي و پر پروتئين و كم فيبر.

**علايم بيماري:**

تغيير در عادات روده اي،دفع خون در مدفوع كه دومين علامت بيماري است.

بسياري از بيماران بدون علامت مي باشند و با بروز علايم فوق به پزشك مراجعه مي كنند.

بي اشتهايي، كاهش وزن

ضايعات سمت چپ با انسداد همراه است و ضايعات راست با درد مبهم شكم و دفغ ملنا همراه مي باشد.

ضايعات ركتوم با تنسموس(زور زدن دردناك غير موثر هنگام اجابت مزاج) درد ركتوم،احساس دفع ناكامل بعد از اجابت مزاج، اسهال ،يبوست و مدفوع خوني

بررسي تشخيصي

آزمايش مدفوع از نظر خون مخفي،تنقيه باريم انما،پروسيگوئيدوسكوپي،كولونوسكوپي،بيوپسي ميباشد.

درمان: بستگي به مرحله بيماري دارد.

برطرف كردن انسداد، در صورت خونريزي ،ترانسفوزيون خون،جراحي بسته به اندازه تومور دارد.

درمانهاي حمايتي و كمكي،شامل شيمي درماني و پرتو درماني و ايمونوتراپي.

**كولوتومي لاپاراسكوپيك همراه با پوليپكتومي ممكن است مورد استفاده قرار گيرد.كولوستومي موقت يا دائم انجام مي شود**

**انواع کلستومی** :

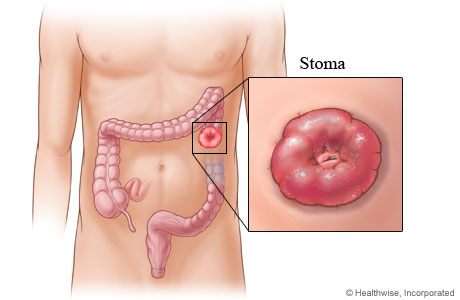
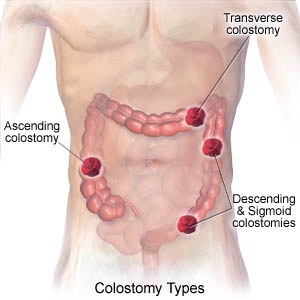
**کلستومی صعودی :** این نوع کلستومی یک استوما (سوراخ)  در سمت راست  شکم دارد. موادی (مدفوع) که  از این استوما  خارج می شوند تقریبا به شکل مایع است.

**کلستومی عرضی :** این کلستومی یک استوما دارد که بالای شکم سمت راست یا میانی قرار دارد. موادی که از این استوما  خارج می شوند ممکن است شل یا نرم باشد.

**کلستومی نزولی یا کلستومی سیگموئید :** این کلستومی یک استوما (سوراخ) در سمت چپ شكم  دارد. .

**مراقبت از بيمار كولوستومي شده:**

واژه‌های استومی ، **استوما** و **کولوستومی** ، برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها واژه‌های غریبی هستند. نگرش بیماران بسیار متنوع است .پس علاوه بر آموزش به بیمار و خانواده ، آموزش به همکاران تیم درمانی نیز از جمله وظایف پرستار ویژه‌ی استومی می‌باشد . سایر اعضای تیم درمان نیز به منظور دستیابی به نتایج بهتر، می بایست در مراحل قبل و پس از عمل با پرستار ویژه‌ی استومی مشورت کرده و وی را در برنامه‌های درمانی بیمار مشارکت دهند

 **Diseased portion of Colostomy bag**

**colon**

**مراقبتهاي قبل از عمل**

قبل از عمل می بایست در مورد نوع استومی ، نتایج ، ظاهر و عملکرد آن ، با بیمار صحبت شود. نگرانی‌های معمول بیماران قبل از عمل جراحی مربوط به مراقبت از زخم ، کنترل بو و نحوه‌ی لباس پوشیدن می‌باشد . باید این اطمینان خاطر به بیماران داده شود که تجهیزات و کیسه‌های جدید مربوط به استومی ، محکم ، ضد بو و کوچک می باشند و با انواع استومی و فیزیک بدنی و شیوه‌های زندگی افراد مختلف قابل تطبیق می‌باشند . هم در زمان قبل از عمل و هم پس از آن باید در مورد جنبه‌های روانی- جسمی استومی و جراحی ، توضیحاتی برای بیمار ارائه گردد . جراح می‌بایست در مورد آسیب‌های احتمالی به **عصب لگنی** و مشکلات **جنسی** متعاقب آن به بیمار اطلاع رسانی کرده ، و پرستار نیز در مورد انتخاب نوع کیسه و نیز گزینه‌های مربوط به کیسه‌های کوچک و پوشش‌های کسیه‌ی استومی ، به منظور حفظ تصویر بدنی با بیمار صحبت کند . پرستار باید حامی بیمار بوده و سبب ارتقای عملکرد روانی بیمار گردد.

یکی از کارهایی که می بایست قبل از عمل انجام شود ، انتخاب و علامت‌گذاری دقیق محل قرارگیری استومی می‌باشد . به طور کلی محل قرارگیری استومی به نوع **استوما** بستگی داد. در مورد استوماهای کولون نزولی و راست روده ، معمولاً استومی روی ربع تحتانی ، سمت چپ شکم قرار داده می‌شود. در موارد دیگر، معمولاً سطح **زیر ناف** و منطقه‌ای فاقد چین و چروک و برجستگی‌های استخوانی انتخاب می‌گردد. ناحیه‌ی مورد نظر باید در وضعیت‌های خوابیده به پشت ، نشسته و ایستاده مورد بررسی و تغییرات منطقه همراه با تغییر وضعیت ، مورد ملاحظه قرار گیرند . به منظور حفظ توانایی مراقبت از خود در بیمار، استومی باید در منطقه‌ای تحت **دید** بیمار قرار گیرد. همچنین استفاده از تجهیزات ارتوپدی مثل چوب زیر بغل و صندلی چرخ‌دار نیز در انتخاب ناحیه باید مدنظر باشد. در برخی بیماران مخصوصاً افرادی که بسیار چاق هستند یا از صندلی چرخ‌دار استفاده می‌کنند ، شاید بهتر باشد استومی روی ربع‌های فوقانی شکم قرار داده شود. در موارد اورژانسی ، یا مواردی که استومی به طور موقت مورد استفاده قرار خواهد گرفت ، انتخاب محل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. جراح می‌تواند با اقدامات مختلفی در حین جراحی‌های اورژانسی ، محل مناسبی را برای استومی انتخاب کند

**مراقبتهاي پس از عمل**

مراقبت‌های پس از عمل به کارگذاری استوما شامل مراقبت از استومی و زخم‌های روی شکم و پرینه ، و نیز ثابت‌سازی لوله‌های تخلیه متصل به بیمار می باشد.

پس از عمل ، پوست و مخاط در ناحیه‌ی استومی باید به دقت بررسی شوند . استفاده از کیسه‌های استومی شفاف ، امکان مشاهده‌ی این مناطق را فراهم می‌آورد.

به مرور زمان می بایست ادم کم شود و مخاط ناحیه مرطوب و شبیه به گوشت تازه به نظر برسد. استفاده طولانی مدت از ملیّن‌های حاوی «سنا»  باعث تغییر رنگ مخاط به قهوه‌ای خواهد شد و ممکن است توسط پرسنل کم‌تجربه با ایسکمی مخاط اشتباه گرفته شود.

در اندازه ‌گیری قطر استومی باید دقت کافی مبذول شود تا کیسه در فاصله‌ی حداکثر یک هشتم اینچی از پایه‌ی استومی قرار گیرد. انتخاب نوع کیسه برای استومی ، به عوامل مختلف طبی و فردی بستگی دارد و بر اساس نیازهای بیماران مختلف انواع و اقسام کیسه‌های استومی و تجهیزات جانبی مربوطه در بازار وجود دارد.

**عوارض بعد از كولوستومي:**

1)درماتیت تحریکی در اثر مواد شیمیایی

2)عفونت‌های باکتریایی یا ویروسی

3)واکنش های ایمنی در اثر حساسیت به مواد استفاده شده

4)تروماهای فیزیکی در اثر استعمال و برداشتن تجهیزات.

پیشگیری از وقوع این عوارض و تشخیص و درمان زود هنگام آن‌ها به منظور جلوگیری از صدمات جسمی

و روانی بیشتر ضروری است.از استعمال پمادهاو فراورده‌هایی که چربی آن‌ها بر روی پوست باقی می‌ماند،باید خودداری شود. استفاده از مقدار کمی پودر و پاک کردن اضافی آن‌ها با استفاده از برس ،

به چسبیدن چسب به پوست کمک می‌کند.

**کیسه ته  باز :** این نوع کیسه به شما امکان آن را می دهد ته کیسه را برای تخلیه محتویات آن باز کنید. معمولا این کیسه با یک کلامپ بسته می شود. کیسه ته باز معمولا توسط کسانی که کلستومی صعودی یا عرضی دارند استفاده می شود. محتویات از این نوع کلستومی ها شل یا غیر قابل پیش بینی  هستند ، به فواصل منظم  خارج نمی شوند.

**کیسه های ته بسته :** این نوع کیسه وقتی پر شود ،  به دور انداخته می شود. کیسه ته بسته معمولا برای کلستومی نزولی یا سیگموئید استفاده می گردد . مواد  خروجی از این نوع کلستومی ها سفت هستند و نیازی به درناژ ندارند.

بیمار باید از نظر عوارض کنترل شود :

1)نشت محل آناستوموز 2)پرولاپس استوما 3) پرفوراسیون روده

4)رتراکسیون استوما 5)تراکم مدفوع 6)تحریک پوستی

7)عوارض توام با جراحی شکم

**مراقبتهای پرستاری پس از کلستومی**

1)شکم از نظر برگشتن صداهای روده ایی و خصوصیات مدفوع بررسی شود.

2)در24 ساعت اول پس از جراحی پانسمان شکم مکررا از نظر خونریزی بررسی شود.

3)به بیمار آموزش می دهیم در هنگام سرفه وتنفس عمیق برای کاهش فشار بر لبه های برش شکمی شکم را ثابت نگه دارد.

4)درجه حرارت ، نبض ، تنفس از نظر افزایش باید کنترل شوند که ممکنست نشان دهنده فرآیند عفونی باشد.

5)در 24ساعت اول استوما باید از نظر **تورم** ( ادم جزیی ناشی از دستکاری جراحی طبیعی است.) **رنگ** (رنگ استوما **صورتی** یا **قرمز** باشد) **ترشح** (ترشح کم یا نرمال است.)  **خونریزی**(**یک علامت غیر طبیعی است**.) کنترل شود.

6)در روز اول پس از عمل بیمار از رختخواب خارج شده  وبه مشارکت در مراقبت از کلستومی تشویق میشود.

7)برای بیماران کلستومی یک بررسی تغذیه ایی کامل انجام می شود . بیمار باید از مصرف غذاهایی که موجب بوی زیاد ودفع گاز می شود اجتناب کند ( ماهی ، حبوبات ، خانواده کلم ، تخم مرغ ، محصولات سلولزی ) غذاهای غیرمتحرک می توانند جایگزین غذاهایی شوند که محدود شده اند تا کمبود غذایی جبران شود .

8)در صورت ایجاد اسهال به بیمار غذاهایی توصیه می  شود که مدفوع را سفت می کند . مثل : سیب ،  موز ،  پنیر ، ماست ، بادام زمینی ، ماکارونی ، برنج ، شیر ، سبزی وگل ختمی در صورت ایجاد یبوست به بیمار غذاها یی توصیه می شود که مدفوع را شل می کند ، مثل آلو وآب آلو.

9)غذاهایی که بو را از بین می برند شامل :جعفری ، ماست ، آب پرتقال ،آب گوجه فرنگی واسفناج تازه.

10)اگر بیمار بخواهد قبل از گذاشتن وسیله تمیز کلستومی حمام کند یا دوش بگیرد باید در طی استحمام اطراف کیسه را با چسب ظریف بپوشاند.

11)برای در آوردن وسیله بیمار در یک وضعیت راحت می ایستد یا می نشیند و پوست زیر صفحه را می کشد تا کیسه ازمحل استومی فاصله بگیرد فشار آرام از آسیب به پوست ونشت مایع مدفوعی جلوگیری می کند به بیمار توصیه می شود تا پوست را به آرامی بشوید  و آنرا به آهستگی خشک کند  پس از تمیز کردن پوست باید کاملا پوست را خشک کرد و از محافظ پوستی استفاده شود . زمان شستشوی کلستومی باید ثابت باشد و پس از ترخیص تنظیم گردد

**آموزش به بیمار** در منزل

1)بیماران باید یاد بگیرند که وقتی **یک سوم** کیسه پر شد ، آن را تخلیه کنند .

2)جدا کردن کیسه با فشار دادن رو به داخل و آرام پوست اطراف انجام می‌شود.

3) موهای اطراف استومی باید تراشیده شوند.پوست اطراف باید از نظر علایم آسیب مورد بررسی قرار گیرد.

4)به منظور اطمینان از تطبیق دهانه کیسه با دهانه‌ی استومی، می‌بایست در شش الی هفت هفته‌ی اول پس از عمل ، حداقل هفته‌ای یک بار، قطر دهانه‌ی استومی مورد اندازه‌گیری قرار گیرد.

5)برای شستشوی پوست اطراف استومی از آب گرم ساده یا همراه با صابون‌های ملایم استفاه می‌شود. پوست زیر چسب باید قبل از چسباندن کاملاً تمیز و خشک شده باشد.

6)در بیماران دارای استومی در ناحیه‌ی **کولون نزولی** یا **راست‌روده** ، شستشوی کولوستومی یک گزینه‌ی مراقبتی است .حدود 750 سی‌سی آب گرم آشامیدنی از طریق قیف وارد روده می‌شود و سپس محتویات روده ب تخلیه می‌شود. ورود آب **7 دقیقه** و تخلیه‌ی کامل به **45 دقیقه** زمان احتیاج دارد.

7)پس از منظم شدن روده‌ها ، می‌توان روی استومی را با یک سرپوش دارای فیلتر ضد بو، بست تا محتویات روده‌ای پشت آن تجمع یابند.

8)برای منظم شدن روده‌ها به گذشت 3 تا 4 هفته زمان احتیاج است. اگر در بین فواصل شستشو، دفع مدفوع وجود داشت ، باید میزان مایع شستشو و روش کار بیمار ارزیابی شود.

9)اگر علی رغم به کار گیری تمهیدات لازم ، پس از یک ماه از شروع برنامه‌ی شستشو هنوز روده‌ها منظم نشده بودند ، بهتر است شستشو را متوقف کرده و مثل سابق از کیسه استفاده کنند.

10)به بیمار آموزش داده شود درصورت بروز خونریزی ، نفخ ، سفتی شکم ، اسهال و تب به پزشک مراجعه کند.

**سرطان حفره ی دهان و حلق**

سرطان های حفره دهان و حلق، می توانند در هر قسمتی از دهان یا گلو پدید آیند و اگر زود تشخیص داده شوند، قابل درمان خواهند بود. تشخیص سرطان قبل از گسترش آن به غدد لنفاوی امید به بقای 5 ساله را به 80% می رساند. این سرطان ها با مصرف دخانیات و الکل مربوط می باشند. بسیاری بر این باورند که مصرف توأم الکل و دخانیات باعث تقویت اثر سرطان زایی آنها می شود، لذا آموزش افراد در مورد پرهیز از رفتارهای پرخطر می تواند در پیشگیری از این نوع سرطان ها حائز اهمیت باشد. بیشترین موارد سرطان دهان و حلق در افراد بالای 50 سال اتفاق می افتد. در کل، وقوع آن در مردان، دو برابر زنان است و بیشتر در افراد آفریقایی – آمریکایی روی می دهد.

تقریباً سالانه 35000 مورد جدید سرطان دهان و دهانی – حلقی در آمریکا تشخیص داده می شود. طی 20 تا 40 سال گذشته، درصد ابتلا به آن کاهش یافته است. 84% مبتلایان به این نوع سرطان، حداقل یک سال بعد از تشخیص زنده می مانند. صرف نظر از مرحله ی تشخیص سرطان، امید به بقای 5 تا 59% و امید به بقای 10 ساله 84% است.

**پاتوفیزیولوژی**

سرطان های بدخیم حفره دهان معمولاً از نوع سرطان های سلول های پوششی فلسی شکل هستند. هر قسمتی از ناحیه ی دهان و حلق می تواند محلی مناسب برای رشد بدخیمی ها باشد، اما لب ها، قسمت های جانبی زبان و کف دهان بیش از سایر قسمت ها در معرض خطر هستند.

**تظاهرات بالینی**

بسیاری از سرطان های دهان در مکراحل اولیه، بدون نانه یا با نشانه های محدودی هستند. بعدها، شایع ترین نشانه ظهور زخمی بدون در یا یک توده است که بهبودی نمی یابد، به علاوه ممکن است به سادگی دچار خونریزی شده و به صورت یک تکه قرمز یا سفید رنگ به نظر آید. یک ضایعه مشخص در سرطان دهان زخمی بدون درد و سخت با لبه های برجسته است. با پیشرفت سرطان، بیمار ممکن است از حساسیت در لمس، سختی در جویدن، بلع یا صحبت کردن، سرفه همراه با خلط خونی؛ یا بزرگی غدد لنفاوی گردن شکایت داشته باشد.

**بررسی و یافته های تشخیصی**

ارزیابی تشخیصی شامل معاینه ی دهان و غدد لنفاوی گردن از نظر احتمال متاستاز است. از ضایعات مشکوک (آنهایی که طی 2 هفته بهبود نمی یابند)، نمونه تهیه می ود. نواحی پرخطر عبارتند از: مخاط سطح داخلی گونه ها و لثه در کسانی که از سیگار و یا پیپ استفاده می کنند. در مصرف کنندگان سیگار و الکل نواحی پرخطر شامل کف دهان، قسمت جانبی زبان و مجموعه کام نرم (کام نرم، ناحیه لوزه ای قدامی و خلفی، زبان کوچک و ناحیه ی پشت محل اتصال زبان و رویش دندان آسیا) می باشند.

**تدابیر پزشکی**

تدابیر زمانی بر حسب ماهیت ضایعه، سلیقه ی پزشک و نیز انتخاب بیمار، متفاوت است. جراحی و پرتو درمانی روش های درمانی استاندارد هستند. افزودن شیمی درمانی ممکن است در بیماری پیشرفته مفید واقع شود.

در سرطان لب، ضایعات کوچک خارج می شوند؛ در ضایعات بزرگ دربرگیرنده ی بیش از یک سوم لب ممکن است از پرتو درمانی به خاطر حفظ ظاهر بیمار استفاده شود. معیار انتخاب نوع درمان، اندازه ی ضایعه، کسب بهبود بیمار همراه با حفظ زیبایی ظاهری او در حد امکان می باشد. تومورهای بزرگ تر از 4 سانتی متر اغلب عود می کنند.

سرطان زبان نیازمند درمانی وسیع است؛ زیرا خطرعود آن بالا می باشد. در سرطان زبان، ممکن است از شیمی درمانی و پرتودرمانی برای حفظ عملکرد زبان و کیفیت زندگی بیمار استفاده شود. ترکیبی از پرتودرمانی داخلی (کاشت مواد رادیواکتیو در بافت بینابینی) و پرتودرمانی خارجی ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. در ضایعات بزرگ تر، تنها ممکن است از پرتودرمانی خارجی استفاه شود. روش های جراحی زبان شامل برداشتن نیمی از زبان[[1]](#footnote-2) و یا کل زبان[[2]](#footnote-3) می باشد.

اغلب سرطان حفره دهان از طریق کانال لنفاوی گردن متاستاز می دهد، در این صورت، لازم است یک جراحی وسیع روی گردن[[3]](#footnote-4) همراه با جراحی ترمیمی انجام شود. جراحی ترمیمی متداول استفاده از پیوند پوست[[4]](#footnote-5) از ناحیه ی رادیال ساعد می باشد (استفاده از لایه ی نازک پوست تهیه شده از ساعد در طول شریان رادیال).

**تدابیر پرستاری**

قبل از عمل لازم است وضعیت تغذیه ای فرد بررسی شود. مشاوره ی تغذیه ای ممکن است مورد نیاز باشد. بیمار ممکن است برای رفع نیازهای غذایی خود در مراحل قبل و بعد از عمل نیازمند تغذیه کامل وریدی یا تغذیه روده ای باشد. اگر پیوند پوست رادیال مدنظر باشد، قبل از عمل با انجام تست آلن[[5]](#footnote-6) لازم است از باز بودن شریان اولنار[[6]](#footnote-7) اطمینان حاصل شود تا خونرسانی کافی به دست بعد از دستکاری شریان رادیال امکانپذیر باشد. نحوه انجام این تست به این صورت است که از بیمار خواسته می شود دست خود را مشت کند، همزمان معاینه کننده با دست خود شریان اولنار را فشار می دهد، سپس از بیمار خواشته می شود دست خود را شل کرده و در حالت کمی خمیده نگه دارد. کف دست رنگ پریده خواهد بود. فشار از روی شریان اولنار برداشته می شود. در صورت باز بودن این شریان، کف دست در حدود 3 تا 5 ثانیه بعد صورتی رنگ خواهد شد.

برقراری ارتباط کلامی بعد از جراحی وسیع سرطان دهان، ممکن است دستخوش اختلال شود. بنابراین قبل از جراحی باید از توان بیمار برای برقراری ارتباط نوشتاری مطمئن شد. لذا مداد و کاغذ باید در دسترس بیمار قرار گیرد. از تخته ای که کلمات یا تصاویر لازم بر روی آن نقش بسته است، برای برقراری ارتباط با بیمارانی استفاده می شود که قادر به نوشتن نیستند و آنها با اشاره ی دست می توانند نیازهای خود را مشخص کنند. بعد از عمل، مشاوره با گفتار درمان نیز ضرورت دارد.

بعد از عمل، باید از باز بودن راه هوایی بیمار اطمینان حاصل شود. بیمار ممکن است قادر به فرو دادن ترشحات دهان نباشد. در این صورت ساکشن ترشحات ضروری است. در صورت انجام پیوند، ساکشن باید با احتیاط انجام شود تا از آسیب رسانی به آن پیشگیری شود. زنده بودن پیوند باید به طور مرتب مورد بررسی قرار گیرد. اگر رنگ پیوند سفید باشد، دلیل بر انسداد شریانی است و اگر آبی باشد، ممکن است نشان دهندة احتقان وریدی باشد، البته ممکن است بررسی پیوند توسط مشاهده داخل دهان مشکل باشد. از این رو از اولتراسوند داپلر[[7]](#footnote-8) برای بررسی وجود نبض رادیال در محل پیوند و خون رسانی به پیوند استفاده می شود.

**پرستاری از بیمار مبتلا به مشکلات حفرة دهان**

پرستار باید اهمیت به کارگیری اصول مراقبت از دهان و حفظ بهداشت آن را به بیمار آموزش دهد. اگر بیماری قادر به تحمل مسواک زدن یا نخ دندان نباشد، لازم است شستشوی مرتب دهان با محلولی مرکب از یک قاشق چای خوری جوش شیرین در 240 میلی لیتر آب گرم، آب اکسیژنه رقیق یا محلول سرم فیزیولوژی انجام شود. پرستار باید بیمار را تشویق به مراقبت از دهان خود نموده و در بیمارانم ناتوان خود عهده دار انجام آن شود.

زمانی که عفونت قارچی یا باکتریال وجود دارد، پرستار باید از داروهای تجویزشده استفاده کرده و نحوه استفاده از آن در منزل به بیمار آموزش دهد. پرستار لازم است واکنش جسمی و رولنی بیمار را نسبت به درمان مورد بررسی قرار دهد.

خشکی دهان[[8]](#footnote-9) یک مشکل شایع در سرطان دهان است، به خصوص زمانی که غدد بزاقی تحت پرتودرمانی یا جراحی قرار می گیرند. این مشکل همچنین در بیماران دریافت کنندة برخی داروها، بیماران مبتلا به ایدز، با بیمارانی که از دهان تنفس می کنند، مشاهده می شود. برای کاهش این مشکل، به بیمار آموزش داده می شود که از مصرف غذاهای خشک و مایعات محرک خودداری کند. کشیدن سیگار و مصرف الکل مجاز نمی باشد. در صورت تحمل، میزان مایعات دریافتی باید افزایش داده شود و هنگام خواب از دستگاه بخور استفاده شود. استفاده از بزاق مصنوعی، ژل مرطوب کننده ضدمیکروبی مثل Oral balance یا محرک تولید بزاق مثل سالاگن[[9]](#footnote-10) ممکن است در رفع این مشکل موثر واقع شوند.

استوماتیت یا التهاب و آسیب مخاط دهان اغلب عارضة شیمی درمانی یا پرتودرمانی است. مراقبت پیشگیری کننده از دهان یا شروع دریافت این نوع درمان ها لازم است آغاز شود. گاهی این مشکل ممکن است به قدری شدید باشد که حتی توقف درمان را موجب گردد. اگر بیمار دریافت کنندة پرتودرمانی دارای دندان های ناسالم باشد، حتی ممکن است لازم باش قبل از شروع درمان، دندان ها کشیده شند تا از عفونت پیشگیری شود. بسیاری از مراکز پرتودرمانی مصرف فلوراید را در بیماران دریافت کنندة پرتوها در ناحیه ی سر و گردن توصیه می کنند.

**اطمینان از دریافت غذا و مایع کافی**

جهت تعیین کفایت تغذیه، سن، وزن و سطح فعالیت بیمار ثبت می شود. ممکن است تعیین میزان کالری دریافتی روزانه نیز ضروری باشد. دفعات و الگوی غذایی بیمار نیز باید ثبت شود تا عوامل روانی اجتماعی و فیزیولوژیک موثر بر خوردن مواد غذایی مشخص گردد. براساس نوع بیماری و علایق بیمار، پرستار باید توصیه های لازم را در مورد ایجاد تغییر در غلظت غذاها و دفعات خوردن غذا ارائه دهد. مشورت با یک متخصص تغذیه می تواند مفید واقع شود. هدف از این مشاوره، یاری بیمار برای حفظ وزن مناسب بدن و سطح انرژی است تا به بهبودی او نیز کمک شود.

**حمایت از تصویر شخصی مثبت**

بیمار مبتلا به مشکلات دهانی منجر به تغییر شکل ظاهری یا بیماری که تحت عمل جراحی تغییر دهنده شکل ظاهری قرار گرفته است، ممکن است دچار تغییر در تصویر از خود شود. بیمار را باید تشویق نمود تا احساسات خود را بیان کند و به طور واقع بینانه ای در مورد این تغییرات صحبت کند. هنگام که بیمار ترس ها و احساسات منفی (انزوا، افسردگی، خشم) خود را ابراز می دارد، پرستار باید او را حمایت کند. بدین منظور پرستار باید با دقت به سخنان بیمار گوش دهد و نیازهای بیمار را مشخص نماید. به این ترتیب امکان تدوین یک برنامه مراقبتی متناسب با نیازهای فردی بیمار فراهم خواهد آمد. توانایی ها و نقاط قدرت بیمار باید شناسایی و تشویق شوند.

پرستار باید اضطراب بیمار را در رابطه با برقراری ارتباط با دیگران تعیین کند. ارجاع بیمار به گروه های حمایتی، روان پرستار، مددکار یا یک فرد مذهبی می تواند یاور بیمار در مقابله با ترس ها و اضطراب های وی باشد. تأکید بر این که شایستگی های بیمار با تغییر شکل ظاهری او کاهش نخواهد یافت، می تواند کمک کننده باشد. پیشرفت بیمار در جهت کسب حرمت نفس مثبت باید مورد توجه قرار گیرد. پرستار باید نسبت به بروز علائم سوگواری در بیمار هوشیار بوده و تغییرات عاطفی وی را ثبت کند. با نشان دادن قبول و حمایت خود، می توان بیمار را به بیان احساسات ترغیب نمود.

ضایعات دهانی ممکن است دردناک باشند. رارهکارهای کاهش ناراحتی بیمار شامل اجتناب از مصرف غذاهای پرادویه، داغ، یا سخت (از قبیل آجیل ها) می باشد. غذای نرم یا مایع ممکن است ترجیح داده شود. به بیمار توصیه می شود که بهداشت دهان خود را به خوبی رعایت کند. استفاده از مسواک نرم، از بروز آسیب ثانویه جلوگیری می کند. ممکن است لازم باشد طبق تجویز به وسیلة مشتقات تریاک یا محلول لیدوکائین، درد او را تسکین داد. پرستار می تواند ترس از درد بیمار را به وسیلة آموزش روش های کنترل درد تسکین دهد.

**پیشگیری از عفونت**

لکوپنی[[10]](#footnote-11) (کاهش گلبول های سفید خون) ممکن است به دنبال شیمی درمانی یا پرتودرمانی سرطان دهان، ابتلا به ایدز و یا تأثیر برخی داروهای مورد استفاده در درمان ایدز ایجاد شود. در نتیجه سیستم دفاعی بدن ضعیف شده و خطر ابتلا به عفونت ها افزایش می یابد. سوء تغذیه نیز در بین این بیماران شایع است و ممکن است هر چه بیشتر مقاومت بدن را نسبت به عفونت کاهش دهد. بیمار مبتلا به دیابت نیز در معرض خطر عفونت قرار دارد.

یافته های آزمایشگاهی باید به طور مرتب بررسی شوند. درجه حرارت بدن بیمار لازم است هر 4 تا 8 ساعت اندازه گیری شود، هرگونه افزایش ممکن است دال بر وجود عفونت باشد. عیادت کنندگان حامل میکروب، باید از ملاقات با بیمار مبتلا به تضعیف سیستم ایمنی منع شوند. پوست های حساس را باید از صدمه محافظت کرد تا بدین وسیله سلامت پوست حفظ شده و از عفونت پیشگیری شود. هنگام تعویض پانسمان ها رعایت دقیق روش استریل ضروری است. پوست اندازی، واکنشی نسبت به پرتودرمانی است که می تواند به خشکی پوست و خارش منجر شده و در نهایت صدمه پوستی و عفونت ثانویه ایجاد کند.

علایم عفونت زخم مثل قرمزی، تورم، ترشح با حساسیت در لمس باید به پزشک گزارش شوند. به منظور پیشگیری از عفونت، آنتی بیوتیک ها ممکن است تجویز شوند.

**مراقبت در منزل**

لازم است در مورد مراقبت از دهان، تغذیه، پیشگیری از عفونت و علایم و نشانه های عوارض بیماری و عوارض ناشی از درمان، به بیمار آموزش داده شود. روش های آماده کردن غذاهای مقوی با طعم و درجة حرارت مناسب باید توضیح داده شوند. برای برخی بیماران ممکن است استفاده از غذاهای آماده خاص کودکان راحت تر از تهیة غذاهای آماده خاص کودکان راحت تر از تهیة غذاهای نرم و مایع در منزل باشد. بیماری که قادر به خوردن غذا نیست، ممکن است از طریق تغذیه روده ای یا وریدی مواد ضروری را دریافت کند. نحوة دریافت کردن این نوع تغذیه باید برای بیمار و مراقب او توضیح داده شده و عملاً نیز به اجرا گذاشته شود.

در بیماران مبتلا به سرطان، در مورد نحوة استفاده و مراقبت از دندان های مصنوعی آموزش داده می شود. تمیز نگه داشتن پانسمان باید مورد تأکید قرار گیرد؛ به علاوه در زمینة رعایت دقیق بهداشت دهان لازم است تأکید شود.

**تداوم مراقبت**

نیاز به تداوم مراقبت در منزل بستگی به وضعیت بیمار خواهد داشت. بیمار، اعضای خانواده یا فرد مسئول در امر مراقبت در منزل، پرستار و سایر افراد تیم مراقبتی (به طور مثال گفتار درمان، متخصص تغذیه، روان شناس) لازم است با همکاری یکدیگر برنامه ی مراقبتی فردی را تنظیم کنند.

در صورت نیاز داشتن به ساکشن ترشحات دهان یا تراکئوستومی، وسایل لازم باید مهیا شوند و نحوة استفاده از آنها به بیمار یا فرد مراقب آموزش داده شود. کنترل بوی محیط و رطوبت هوا به منظور مرطوب نگه داشتن ترشحات ضروری است.

بیمار و فرد مراقب باید بیاموزند که چگونه علایم انسداد، خونریزی و عفونت را بررسی کنند و در صورت بروز هر یک از آنها از نوع مراقبت های ضروری اطلاع حاصل نمایند. پرستار مراقبت در منزل ممکن است که فعالیت های متفاوتی شامل مراقبت جسمی، پایش بیمار از نظر بروز تغییر در وضعیت جسمی (مثل سلامت پوست، وضعیت غذایی، عملکرد تنفسی) و نیز بررسی فعالیت روش های کنترل درد را انجام دهد. پرستار همچنین توانایی بیمار و خانواده او را از نظر مراقبت از محل جراحی، درن ها و سوندهای غذارسان بررسی می کند. توانایی بیمار و خانواده او در قبول تغییرات جسمی و روانی نیز باید بررسی شود.

پیگیری ملاقات ها با پزشک از نظر بررسی وضعیت بیمار و تعیین نیاز برای ایجاد تغییرات و اصلاحاتی در برنامه درمانی و مراقبتی بسیار مهم است. پرستار باید با ارائه راهنمایی های لازم، مشوق بیمار جهت بهبود توانایی وی در امر مراقبت از خود باشد. از آنجایی که ممکن است بیمار، افراد خانواده وی و مسئولین مراقبت از او تنها بر روی نیازهای آشکار مراقبتی تأکید داشته باشند، لازم است که پرستار در مورد اهمیت برنامه های غربالگری و تداوم مراقبت و ارتقای سطح بیمار یادآوری کند.

**سرطان مثانه**

سرطان مثانه در بین افراد با سن بیشتر از 55 سال شایع تر است، مردان را بیشتر از زنان مبتلا می سازد.

سرطان مثانه، توأم با سرطان پروستات از شایع ترین موارد برخیمی دستگاه ادراری است و 90% کلیه تومورهای سرطانی را تشکیل می دهد. سرطان های پروستات، کولون و رکتوم در مردان و سرطان های بخش های پایینی دستگاه تناسلی در زنان به مثانه گسترش می یابند.

مصرف تنباکو همچنان یک عامل خطر عمده برای کلیة سرطان های دستگاه ادراری است. افرادی که از دخانیات استفاده می کنند، دو برابر بیشتر از سایرین مبتلا به این سرطان می شوند.

**تظاهرات بالینی**

منشأ تومورهای مثانه معمولاً قاعدة مثانه است و منافذ میزنای و گردن مثانه درگیر می شوند. خون ادراری قابل مشاهده و بدون درد شایع ترین نشانه سرطان مثانه است. عفونت دستگاه ادراری یک علرضه شایع است که موجب تکرر، فوریت و سوزش ادرار می شود. با این حال، هرگونه تغییر در دفع ادرار یا خود ادرار ممکن است نشانه ای از سرطان مثانه باشد. در صورت بروز متاستاز ممکن است درد لگنی یا پشت روی دهد.

**بررسی و یافته های تشخیصی**

روش های تشخیصی عبارتند از سیستوسکوپی (روش اصلی تشخیص)، اوروگرافی دفعی، CT، اولتراسونوگرافی و نیز معاینه ی دودستی تحت بیهوشی. بیوپسی تومور و مخاط مجاور، روش قطعی تشخیصی است.. معاینة سیتولوژی ادرار تازه و شستشوی مثانه با سالین می تواند پیش آگهی بیمار را، به ویژه در بیماران در معرض خطر بالای عود تومورهای اولیه مثانه، مشخص کند.

گرچه آزمایشات تشخیصی اساسی از جمله سیتولوژی و CT دارای قدرت تشخیصی بالایی هستند، ولی گران می باشند. روش های تشخیصی جدیدی مورد مطالعه قرار دارند. فاکتورهای رشد، پروتئین های سیتواسکلتال در دست مطالعه قرار دارند تا در زمینة تشخیص زودرس سرطان مثانه مورد کاربرد قرار گیرند.

**تدابیر طبی**

درمان سرطان مثانه به درجة تومور (براساس میزان تمایز سلولی)، مرحله رشد تومور (میزان تهاجم موضعی و متاستاز احتمالی) و چند کانونی بودن تومور بستگی دارد. سن و وضعیت فیزیکی، روانی و عاطفی بیمار باید هنگام تصمیم گیری برای درمان، در نظر گرفته شوند.

**درمان جراحی**

برش از راه پیشابراه (کوتریزاسیون)[[11]](#footnote-12) ممکن است برای پاپیلوم های ساده (تومورهای اپی تلیالی خوش خیم) انجام شوند.. در این روش ها، تومور به کمک برش جراحی یا جریان الکتریکی با استفاده از ابزارهایی که از پیشابراه وارد می شوند، نابود می گردد

درمان سرطان های سطحی مثانه بحث برانگیز است، زیرا معمولاً ناهنجاری های منتشری در مخاط مثانه وجود دارند. کل لایه مفروش کننده دستگاه ادراری (اوروتلیوم) در معرض خطر است، زیرا تغییرات کارسینوماتوز می تواند در مخاط مثانه، لگنچة کلیوی، میزنای و پیشابراه روی دهند. حدود 40 – 25% از تومورهای سطحی پس از برش از راه پیشابراه عود می کنند. بیماران مبتلا به پاپیلوماهای خوش خیم باید برای بقیة عمر خود به طور منظم تحت سیتولوژی و سیستوسکوپی قرار گیرند، بدخیمی های مهاجم ممکن است از این تومورها منشأ گيرد

سیستکتومی های ساده یا سیستکتومی رادیکال برای سرطان های مثانه ی مهاجم یا چندکانونی انجام می گیرد. سیتکتومی رادیکال در مردان شامل خارج کردن مثانه، پروستات و کیسه های منی و بافت های کاملا چسبیده به مثانه است. در زنان، سیتکتومی رادیکال شامل خارج کردن مثانه، بخش تحتانی میزنای، رحم، لوله های فالوپ، تخمدان ها، قسمت قدامی مهبل و پیشابراه است. در این روش ممکن است گره های لنفی لگنی خارج شوند.

اگرچه هنوز سیتکتومی رادیکال به عنوان استاندارد درمانی سرطان مثانه در ایالات متحده محسوب می شود، تحقیقات در زمینة سه شیوه درمانی دیگر نیز صورت گرفته است – خارج کردن تومور مثانه از طریق پیشابراهی، پرتودرمانی و شیمی درمانی – که از طریق تلاش در جهت رفع نیاز به سیتکتومی صورت می گیرد. انجام این سه شیوه درمانی و نیز سیستوسکوپی با فاصله زمانی مشخص باعث افزایش میزان بقای بیماران شده است. گرچه در اکثر بیماران مبتلا با استفاده از این روش، مثانه از هجوم عود بیماری در امان مانده است، اما یک چهارم از بیماران، مبتلا به موارد سطحی بیماری شده اند. این موارد را می توان توسط خارج کردن تومور مثانه از طریق پیشابراهی و درمان های درون مثانه ای معالجه نمود، اما در عین حال باید خطر نیاز به سیستکتومی در آینده را نیز در نظر داشت.

**درمان دارویی**

شیمی درمانی توسط ترکیبی از متوتروکسات (روماترکس)[[12]](#footnote-13)، 5- فلورواوراسیل (5-FU)[[13]](#footnote-14)، وین بلاستین (ولبان)[[14]](#footnote-15)، دوکسوروبیسین (آدریامایسین)[[15]](#footnote-16) و سیس پلاتین (پلاتینول)[[16]](#footnote-17) در فروکش نسبی کارسینوم سلول بینابینی مثانه در برخی بیماران موثر بوده است. شیمی درمانی داخل وریدی ممکن است که با پرتودرمانی همراه شود. شیمی درمانی موضعی (شیمی درمانی داخل مثانه ای یا تزریقی داروهای ضدنئوپلاسم به مثانه که موجب تماس دارو با دیواره ی مثانه می شود) هنگامی استفاده می شود که خطر عود بالا باشد، سرطان درجا باشد، یا برش تومور به طور کامل صورت نگرد. در شیمی درمانی موضعی غلظت بالایی از دارو (تیوتپا[تیوپلکس][[17]](#footnote-18)، دوکسوروبیسین، BCG [تراسیز][[18]](#footnote-19) و میتومایسین [موتامایسین][[19]](#footnote-20)) با تومور مواجه می شود تا تخریب تومور تسریع گردد. سرطان مثانه ممکن است با انفوزیون مستقیم داروهای سیتوتاکسیک از طریق شریان مشروب کننده مثانه انجام گیرد تا در اثر ایجاد غلظت بالاتر دارو در مثانه اثرات سیستمیک سمی کمتری ایجاد شود.

BCG مؤثرترین داروی داخل مثانه ای برای درمان سرطان مثانه عودکننده محسوب می شود، به خصوص در موارد کارسینوم سلول انتقالی، زیرا پاسخ ایمنی بدن را نسبت به سرطان افزایش می دهد.

BCG به میزان 43% در پیشگیری از عدد تومور مؤثز است و به صورت قابل ملاحظه ای بهتر از شیمی درمانی داخل مثانه ای (16% تا 21%) می باشد. به علاوه BCG خصوصاً در درمان کارسینوم درجا مؤثر می باشد و باعث ریشه کنی 80% از موارد بیماری می شود. در مقایسه با شیمی درمانی داخل مثانه ای، BCG از خطر پیشرفت تومور نیز می کاهد.

حد مطلوب درمان به وسیله ی BCG در طی 6 هفته درمان، به صورت یک بار تزریق دارو هر هفته ظاهر می شود. درمان باید طب 3 ماه به صورت برنامه ی درمانی سه هفته ای، در مورد تومورهایی که به درمان ها پاسخ نمی دهند، پیگیری شود.

در سرطان های پرخطر باید دوز نگهدارنده BCG هر 6، 12، 18 و 24 ماه به مدت 3 هفته تجویز شود تا از عود و پیشرفت بیماری جلوگیری به عمل آورد. در عین حال، عوارش سوء ناشی از چنین درمان طولانی مدتی ممکن است باعث محدودیت استفادة گسترده از آن شود.

پیش از انجام درمان به بیمار اجازة مصرف غذا و مایعات داده می شود. پس از پر شدن مثانه توسط دارو، لازم است که بیمار تا 2 ساعت قبل از دفع ادرار، آن را در مثانه نگه دارد. در پایان درمان، بیمار تشویق به ادرار و مصرف مقادیر آزاد مایعات می شود تا دارو به خوبی از مثانه شسته و خارج شود.

**پرتو درمانی**

پیش از جراحی می توان از پرتودرمانی به منظور کاهش گسترش میکروسکوپي سرطان و عمر سلول های تومور استفاده کرد که در این صورت، شانس عود تومور در بافت های اطراف و گسترش آن از طریق جریان خون و لنفاوی کم خواهد شد. پرتودرمانی همچنین به همراه جراحی و یا جهت کنترل بیماری در بیماران با تومورهای غیر قابل جراحی به کار می رود.

برای موارد پیشرفته تر سرطان و نیز در بیمارن مبتلا به خون ادراری صعب العلاج (به ویژه بعد از پرتودرمانی) یک بالون بزرگ حاوی آب داخل مثانه قرار داده می شود تا از طریق کاهش خون رسانی به دیوارة مثانه باعث نکروز شدن تومور شود (درمان هیدروستاتیک). تزریق فرمالین[[20]](#footnote-21)، فنل[[21]](#footnote-22) یا نیترات نقره[[22]](#footnote-23) در برخی بیماران باعث برطرف شدن خون ادراری و استرانگوری[[23]](#footnote-24) (دفع آهسته و دردناک ادرار) می شود.

**انحرافات ادراری [[24]](#footnote-25)**

انحراف ادراری برای منحرف کردن جریان ادرار از مثانه به یک خروجی جدید صورت می گیرد و معمولاً به کمک جراحی به سمت یک منفذ (استوما) پوستی جریان می یابد. این عمل به طور اولیه هنگامی انجام می شود که به دلیل یک تومور مثانه، خارج کردن کل مثانه (سیستکتومی) الزامی باشد. انحراف ادراری در موارد متعدد دیگری نیز استفاده می شود: بدخیمی لگنی، نقایص مادرزادی، تنگی ها و ضربه به میزنای ها و پیشابراه، مثانه نوروژنیک، عفونت مزمن که موجب آسیب های شدید میزنای و کلیه شود، سیستیت بینابینی شدید و راه نهایی درمان بی اختیاری ادرار.

محققین دربارة بهترین روش انجام انحراف دایمی ادرار اتفاق نظر ندارند. روش های جدید مرتباً برای بهبود پیش آگهی و کیفیت زندگی بیمار ارایه می شوند. سن بیمار، وضعیت مثانه، ساختمان بدن، میزان چاقی، میزان گشادی میزنای، وضعیت کارکرد کلیوی و معلومات و تمایل بیمار برای مراقبت های پس از عمل، همگی در زمان تعیین روش مناسب جراحی در نظر گرفته می شوند.

پذیرش بیمار برای انحراف ادراری به محل یا موقعیت منفذ پوستی، محکم شدن کیسة درناژ به پوست و نیز توانایی بیمار برای اداره ی کیسه و دستگاه درناژ بستگی دارد.

دو گروه انحراف ادراری وجود دارند: انحراف ادراری جلدی که در آن ادرار از طریق منفذی که در دیواره ی شکمی و پوست ایجاد شده است، تخلیه می گردد.

**انحرافات ادراری جلدی**

**مجرای ایلئومی[[25]](#footnote-26)**

روش مجرای ایلئومی(قوس ایلئومی) که قدیمی ترین روش انحراف ادراری می باشد، بیشترین موارد کاربرد را دارد، زیرا عوارض آن ناچیز است و جراحان با آن آشنا هستند. در این روش، ادرار به وسیله ی فرو بردن میزنای در یک قوس 12 سانتی متری ایلئوم که به دیواره شکمی ختم می شود، منحرف می گردد این قوس ایلئوم یک مجرای ساده (گذرگاه) برای عبور ادرار از میزنای ها به سطح است. یک قوس از کولون سیگموئید نیز ممکن است استفاده شود. یک کیسه ایلئوستومی برای جمع آوری ادرار استفاده می شود. دو انتهای بریده ی (جداشده ی) باقی مانده روده به یکدیگر متصل (وصل) می شوند تا روده ی ممتدی فراهم گردد.

استنت ها که معمولاً از لوله های نازک و قابل انعطاف ساخته شده اند، در میزنای ها قرار داده می شوند تا از انسداد ثانویه به ادم پس از جراحی پیشگیری شود. استنت های میزنای دوطرفه به ادرار اجازه می دهند تا ادرار از کلیه به منفذ تخلیه و برون ده ادراری به دقت اندازه گیری شود. آنها را می توان 10 الی 21 روز پس از جراحی در محل نگاه داشت. لوله های جکسون - پرات[[26]](#footnote-27) و یا سایر انواع درن ها برای پیشگیری از تجمع مایع در فضای ناشی از خروج مثانه مورد استفاده قرار می گیرند.

پس از انجام جراحی، یک سد پوستی و یک کیسه درناژ یک بار مصرف در اطراف مجرا قرار داده می شود که تا زمان برطرف شدن تورم و جمع شدن منفذ و رسیدن آن به اندازه طبیعی درجای خود باقی می ماند. از آنجایی که کیسه نو را عبور می دهد، مشاهده منفذ میسر و باز بودن استنت و برون ده ادراری قابل بررسی است. کیسه ایلئومی ادرار (نه مدفوع) را به صورت ممتد تخلیه می کند. وسیله (کیسه)، معمولا تا هنگام پر شدن در محل باقی می ماند؛ تعویض آن برای پیشگیری از نشت ادرار انجام می شود.

**عوارض**

عوارض اولیه ی این روش عبارتند از: از عفونت و یا سرباز کردن زخم، نشت ادراری، انسداد میزنای، اسیدوز هیپر – کلرمیک، انسداد روده ی باریک، ایلئوس و گانگرن منفذ جلدی. عوارض دیررس عبارتند از: انسداد میزنای، انقباض یا تنگی منفذ (استنوز)، نارسایی کلیوی به دلیل رفلاکس مزمن، پیلونفریت و سنگ های کلیوی.

**تدابیر پرستاری**

بلافاصله پس از جراحی، حجم ادرار هر ساعت یک بار اندازه گیری می شود. در سراسر مدت بستری بیمار، پرستار به دقت عوارض را زیر نظر می گیرد، علایم و نشانه های آن را به سرعت گزارش می کند و با دخالت به موقع، از پیشرفت آنها جلوگیری می کند.

برون ده ادراری کمتر از 30 میلی لیتر در ساعت دلیلی بر دهیدراسیون و یا انسداد مجرای ایلئوستومی و یا نشت از محل پیوند میزنای – ایلئوم است. پس از کسب دستور پزشک، ممکن است که یک کاتتر در مجرای ایلئال قرار داده شود تا بتوان ایستایی احتمالی یا ادرار باقی مانده را از طریق منفذ منقبض شده اندازه گیری نمود. تخلیه ی ادرار ممکن است از راه استنت میزنای دوطرفه و نیز از اطراف آن انجام گیرد. در صورت عدم عملکرد استنت، ممکن است پرستار آن را با 5 الی 10 میلی لیتر محلول نمکی نرمال سالین استریل شستشو دهد. این عمل باید با دقت صورت گیرد تا از ایجاد فشار استنت و جابه جایی آن جلوگیری شود. در 48 ساعت اول بعد از عمل ممکن است خون ادراری مشاهده شود، ولی معمولاً به خودی خود برطرف خواهد شد.

**بررسی ادرار و مراقبت از استومی**

رطوبت لباس بیمار یا بوی ادرار در اطراف بیمار باید به پرستار درباره ی نشت احتمالی کیسه، عفونت یا مشکلات بهداشتی بیمار هشدار دهد. به دلیلی این که کبره شدیداً قلیایی می تواند به سرعت در اطراف منفذ تشکیل شود، pH ادرار از طریق تجویز سرکه ی خواراکی کمتر از 5/6 نگه داشته می شود. pH ادرار با آزمودن ادرار خروجی از منفذ (نه از کیسه جمع آوری ادرار) اندازه گیری می شود. یک کیسه کاملاً به اندازه، برای پیشگیری از تماس پوست اطراف منفذ الزامی است. اگر ادرار بدبو باشد، با سوندگذاری منفذ (در صورت تجویز پزشک) به جمع آوری نمونه برای کشت و آزمون حساسیت می پردازیم.

**ترغیب به مصرف مایعات و رفع اضطراب**

به دلیل این که غشای موکوسی برای ایجاد مجرا به کار می رود، بیمار ممکن است مقادیر زیادی از موکوس را همراه ادرار دفع کند. این موضوع موجب نگرانی بسیاری از بیماران می شود. به منظور رفع این نگرانی، پرستار به بیمار اطمینان می دهد که اینپدیده ی طبیعی پس از یک جراحی مجرای ایلئومی است. پرستار بیمار را به مصرف مایع ترغیب می کند تا از تجمع موکوس کاسته شود.

**اورتروسیگموئیدوستومی[[27]](#footnote-28)**

اورتروسیگموئیدوستومی یکی دیگر از روش های انحراف ادراری پرظرفیت می باشد که در آن میزنای ها در کولون سیگموئید کاشته می شوند. معمولا این روش در بیمارانی که تابش های وسیع پرتو به لگن داشته اند، قبلاً بخشی از روده ی باریک آنها خارج شده یا بیماری های همزمان ر.ده ی باریک دارند، به کار می رود.

پس از جراحی، ادرار کردن (برای تمامی عمر) از رکتوم انجام می گیرد و سازگاری بیمار لازم می باشد، زیرا تکرر ادراری اجتناب ناپذیر است. درناژ معادل اسهال آبکی است و بیمار درجاتی از شب ادراری دارد. معمولا الگوی دفع بر فعالیت ها و زندگی روزانه ی بیمار تأثیر می گذارد. با این حال، بیمار دارای کنترل ادراری است و نیازی به وسایل جمع آوری خارجی ندارد.

**تدابیر پرستاری**

علاوه بر اقدامات معمول پیش از جراحی، بیمار برای چند روز قبل از عمل از رژیم غذایی آبکی استفاده می کند تا محتویات کولون رقیق شوند. آنتی بیوتیک ها (نئومایسین[[28]](#footnote-29)، کانامایسین[[29]](#footnote-30)) برای ضدعفونی کردن روده تجویز می شوند. اورتروسیگموئیدوستومی به یک اسفنکتر مقعدی سالم، کارکرد کلیوی کافی و پریستالتیسم کلیوی فعال نیاز داردو میزان کنترل اسفنکتر مقعدی را می توان با ارزیابی توانایی نگهداری تنقیه و به وسیله بیمار تعیین نمود بعد از جراحی، یک سوند در رکتوم قرار داده می شود تا ادرار را تخلیه کند و از رفلاکس ادرار به میزنای ها و کلیه ها پیشگیری نماید. لوله با نوارچسب به باسن متصل می شود و مراقبت ویژه پوستی اعمال می گردد تا از کنده شدن پوست اطراق مقعد جلوگیری ود. شستشوی لوله رکتومی ممکن است تجویز گردد، اما نباید با فشار صورت گیرد، زیرا ممکن است باکتری ها را به سمت میزنای ها براند.

**پایش مایع و الکترولیت ها**

در اورتروسیگموئیدوستومی، مناطق وسیع تری از مخاط روده در معرض ادرار قرار گرفته و موجب باز جذب الکترولیت ها می شود. به همین دلیل، برهم خوردن تعادل الکترولیتی و اسیدوز محتمل خواهد بود. پتاسیم و منیزیم ادرار ممکن است موجب اسهال شوند. بلافاصله پس از جراحی، تعادل مایع و الکترولیت به وسیله ی پایش دقیق سطح الکترولیت های سرم و تجویز انفوزیون های داخل وریدی مناسب برقرار می شود. اسیدوز را می توان با کاهش کلر رژیم غذایی و مکمل سیترات سدیم – پتاسیم پیشگیری نمود.

به بیمار گفته می شود که هرگز بیش از 3 – 2 ساعت برای تخلیه ادرار از روده تأخیر نکند. این امر فشار رکتوم را پایین نگاه می دارد و جذب اجزای ادراری را از کولون کاهش می دهد. باید به بیمار درباره ی نشانه های UTI آموزش داده شود: تب، درد پهلو، فوریت و تکرر ادرار.

**بازگشت کارکرد اسفنکتر مقعدی**

پس از خارج کردن سوند مقعدی، بیمار با استفاده از انواع تمرین های ویژه اسفنکتر را به دست می آورد. در ابتدا تکرر ادرار وجود دارد. با ترغیب بیمار و گذشت زمان، بیمار کنترل بیشتری را کسب کرده و میتواند بین نیاز برای دفع ادرار با مدفوع تمایز قایل شود.

**بهبود رژیم غذایی**

دستورالعمل غذایی ویژه، اجتناب از غذاهای تولید کننده ی گاز است (دفع گاز، موجب بی اختیاری استرسی و بوهای ناراحت کننده می شود). راه های دیگر برای اجتناب از دفع گاز عبارتند از: اجتناب از جویدن آدامس، مصرف سیگار و هر فعالیتی که موجب بلع هوا می شود. مصرف نمک نیز محدود می شود تا از اسیدوز هیپرکلرمیک پیشگیری شود. مصرف پتاسیم از راه غذا و دارو افزایش می یابد، زیرا در اسیدوز پتاسیم دفع می شود.

**پایش و درمان عوارض بالقوه**

پیلونفریت (UTI فوقانی) به دلیل رفلاکس باکتری ها از کولون نسیتاً شایع است. درمانی آنتی بیوتیکی دراز مذت به منظور پیگیری از عفونت تجویز می شود. یک عارضه دیررس، آدنوکارسینوم سیگموئید است که احتمالاًبه دلیل تغییرات سلولی ناشی از تماس مخاط کولونی با ادرار ایجاد می گردد. بعد از انجام اورتروسیگموئیدوستومی، عوامل سرطان زای ادراری باعث بروز سرطان دیررس کولون می شوند. بنابراین پیگیری مرتب وضعیت بیمار، ضروری است.

**سایر روش های انحراف ادراری**

انواع مختلف انحراف ادراری در تلاش به منظور شناسایی روش مؤثر و بدون عارضه ارایه می شود. اینها عبارتند از: مخازن سکومی، وصله سکومی و نیز Mainz. در این روش ها بخشی از روده ی بزرگ برای ساختن یک مخزن ادراری به کار رفته و یک منفذ شکمی ایجاد می شود. در روش کامی، بخشی از ایلئوم به عنوان جایگزین مثانه به کار می رود. در این روش، ایلئوم جداشده به عنوان مخزنی برای ادرار استفاده می شود.

**فرایند پرستاری**

**در بیمار تحت جراحی انحراف ادراری**

**بررسی پیش از جراحی**

بررسی های اصلی پرستاری پیش از جراحی عبارتند از:

* بررسی کارکرد قلبی – ریوی انجام می گیرد، زیرا معمولاً بیمارانی که تحت عمل سیستکتومی قرار می گیرند، مسن هستند و بیشتر در معرض خطر عوارض قلبی تنفسی هستند.
* بررسی تغذیه ای مهم است، زیرا بیمار ممکن است به دلیل بیماری زمینه ای به سوء تغذیه دچار شده باشد.
* آموزش به بیمار و خانواده ی وی با کمک WOCN در زمینه تغییر فیزیکی و کارکردی به واسطه جراحی لازم می باشد. مفهوم از خود و اعماد به نفس بیمار، به علاوه روش های تطبیق بیمار با تنش و آن چه که از دست داده است، ارزیابی می گردد. وضعیت روانی، راست دست یا چپ دست بودن و هماهنگی،روش هی ترجیحی بیمار بررای یادگیری مشخص می شوند، زیرا بر مرلقبت بیمار از خود پس از جراحی اثر می گذارد.

**عوامل خطر سرطان کلیه**

* جنس: اثرات در مردان بیش از زنان است.
* مصرف تنباکو
* تماس شغلی با ذرات شیمیایی مثل محصولات نفتی، فلزات سنگین و آزبستور
* چاقی
* استروژن درمانی unopposed
* بیماری کلیه ی پلی کیستیک

اولیه به ریه ها، استخوان، کبد، مغز و کلیه مجاور بدهند.یک چهارم از بیماران در هنگام تشخیص دارای بیماری متاستاتیک هستند. اگرچه استفاده از شیوه های تصویربرداری در شناسایی سرطان مراحل اولیه کلیه گسترش یافته، ولی مشخص نیست که چرا میزان سرطان های مراحل انتهایی کلیه بالاست.

**تظاهرات بالینی**

بسیاری از تومورهای کلیوی بدون علایم بوده و در طی معاینات بالینی معمول هنگام لمس شکم کشف می شوند.

علایم بالینی معمول هنگام لمس شکم کشف می شوند. علایم و نشانه های کلاسیک تنها در 10% از بیماران رخ می دهد و شامل خون ادراری، درد و وجود توده در پهلوها است. یک علامت اولیه که بازگوکننده ی تومور می باشد، خون ادراری بدون درد است که بیشتر موقت و میکروسکوپی بوده یا مداوم و شدید است. بیماران دارای درد مبهمی هستند که ناشی از فشار ایجاد شده به میزنای و رشد تومور در فضای اطراف کلیه یا خونریزی در داخل بافت کلیه است. درد کولیکی در اثر عبور لخته یا سلول های توموری در میزنای ایجاد می شود. نشانه های متاستاز ممکن است اولین علایم تومور کلیه و شامل کاهش وزن بدون علت، افزایش خستگی و کم خونی باشند.

**بررسی و یافته های تشخیصی**

تشخیص تومور کلیوی نیازمند اوروگرافی داخل وریدی، بررسی کردن مثانه، توموگرافی کلیه، آنژیوگرام های کلیه، اولتراسونوگرافی یا CT اسکن است. ممکن است که این تست ها برای بیمارانی که به دلیل اثرات سیستمیک تومور ناتوان شده اند و همچنین برای بیماران سالمند و بیمارانی که در مورد تشخیص بیماری و نتایج آن مضطرب هستند خسته کننده باشد. پرستار بیمار را از نظر آمادگی جسمی و روانی بررسی کرده و علایم و نشانه های کم آبی و ناتوانی را به دقت در بیمار پایش می کند.

**تدابیر طبی**

هدف از درمان، نابودی تومور پیش از وقوع متاستاز است.

**درمان جراحی**

**نفرکتومی[[30]](#footnote-31).** نفرکتومی رادیكال، درمان انتخابی برای برداشتن تومور است. این شیوه شامل برداشتن کلیه (ویا تومور)، غده ی آدرنال، چربی احاطه کننده اطراف کلیه، فاسیای Gerota و گره های لنفاوی است.

نفرکتومی لاپاراسکوپی برای برداشتن کلیه به همراه تومور کوچک انجام می شود. این شیوه از میزان ناخوشی بیمار کاسته و مدت زمان بهبودی وی را کوتاه تر می کند. پرتودرمانی، هورمون درمانی یا شیمی درمانی ممکن است به همراه جراحی استفاده شوند. ایمونوتراپی نیز در درمان سودمند است. برای بیماران مبتلا به تومورهای دوطرفه یا سرطان بخش بخش های عملکردی در یک کلیه، جراحی با باقی گذاشتن بخش هایی از کلیه (نفرکتومی نسبی) انجام می شود. نتایج مطلوب در بیماران دارای تومورهای کوچک موضعی و طبیعی بودن بخش های اطراف کلیه به دست می اید. جراحی با باقی گذاشتن بخش هایی از کلیه برای درمان بیماران دارای ضایعات کلیوی جامد مورد استفاده قرار می گیرد. میزان موفقیت تکنیکی در این نوع جراحی در حد عالی است و میزان ناخوشی و مرگ و میر در این جراحی کم می باشد.

در بیماران مبتلا به کارسینوم سلول های ترنزیشنال در دستگاه ادراری فوقانی از نفرویورترکتومی لاپاراسکوپی استفاده می شود. اگرچه این شیوه یک نوع روش جراحی طولانی مدت است، ولی دارای کارآیی یکسان می باشد و بهتر از نفرویورترکتومی باز، به وسیله بیماران تحمل می شود.

**آمبولیزاسیون شریان کلیه[[31]](#footnote-32).** در بیماران مبتلا به کارسینوم متاستاتیک کلیوی، شریان کلیه برای جلوگیری از خون رسانی به تومور و لذا نابودی سلول های توموری مسدود می شود. بعد از تکمیل مطالعات آنژیوگرافی، یک کاتتر به داخل شریان کلیه هدایت می شود و سپس مواد آمبولیزه کننده (مثل ژل فوم[[32]](#footnote-33)، لخته های خونی از خون خود فرد، حلقه های استیل) به داخل شریان تزریق می شود و با جریان خون حرکت کرده تا عروق تومور را به صورت مکانیکی مسدود نماید. بدین ترتیب خون رسانی موضعی به تومور کاهش می یابد و برداشتن آن از کلیه راحت تر می شود.

این شیوه همچنین پاسخ ایمنی را تحریک می کند، زیرا مرگ سلول های کارسینوم کلیه به آزاد شدن آنتی ژنهای وابسه به تومور منجر می شود که پاسخ بیمار را به ضایعات متاستاتیک افزایش می دهد. این پروسیجر، ممکن است سبب کاهش یافتن تعداد سلول های توموری موجود در جریان خون وریدی در طول اقدام جراحی شود. پس از آمبولیزاسیون شریان کلیه و مرگ تومور، مجموعه علایمی که اصطلاحاً سندرم پس از انفارکتوس است، رخ می دهد که 3 – 2 روز به طول می انجامد. بیمار دارای درد موضعی در ناحیه پهلو و شکم است، دمای بدن وی بالا می رود و بیمار دارای علایم گوارشی است. درد با داروهای مسکنوریدی درمان می شود و استامینوفن (تایلنول) به منظور کنترل تب تجویز می شود. داروهای ضداستفراغ، محدودیت دریافت مایعات و مایعات وریدی برای درمان علایم گوارشی استفاده می شود.

**درمان دارویی**

در حال حاضر، هیچ دارویی دارای کاربرد وسیع به منظور درمان کارسینوم سلول های کلیه نیست که نشان دهنده ی عدم پاسخ به اغلب داروهای شیمی درمانی است اما وابسته به مرحله تومور، ممکن است که پس از نفرکتومی نسبی یا کامل از طریق پوست، درمان با داروهای شیمی درمانی ادامه یابد.

از پرتودرمانی، به منظور تسکین علایم در بیمارانی که امکان جراحی برای آنها وجود دارد، استفاده می شود. درمان با تعدیل کننده های پاسخ بیولوژیک، مثل اینترلوکین – 2 (IL -2) نیز مؤثر است. IL – 2 یم پروتئین است که رشد سلولی را تنظیم کرده و به صورت تنها یا در ترکیب با سلولهای کشنده فعال کننده لنفوکین (گلبولهای سفید خونی که توسط IL – 2 تحریک شده اند تا توانایی آنها برای نابود کردن سلول های سرطانی افزایش یابد)، استفاده می شود. اینترفرون،یک نوع تعدیل کننده پاسخ بیولوژیک دیگر است که دارای اثرات ضد تکثیر مستقیم بر روی سلوهای توموری کلیه می باشد. تمسیرولیموس (توریسل)[[33]](#footnote-34) که به صورت هفته ای و انفوزیون داخل وریدی تجویز میشود، برای درمان کارسینوم پیشرفته سلولهای کلیوی کاربرد دارد. رویکرد تجربی امیدوار کننده دیگر برای درمان سرطان کلیه، انجام واکسیناسیون برای تحریک پاسخ ایمنی می باشد. این شیوه با واکسن هایی از سلولهای توموری اتولوگ به همراه IL-2، فاکتور فعال کننده گرانولوسیت – ماکروفاژ و سلول های نوع دندریتی انجام می شود. اگر بیمار مبتلا به سرطان کلیه به ایمونوتراپی پاسخ ندهد، ممکن است استفاده از سلول بنیادی[[34]](#footnote-35) آلوژنیک کاربرد داشته باشد.

**تدابیر پرستاری**

بیمار مبتلا به تومور کلیه غالباً تحت روش های تشخیصی و درمانی وسیعی قرار می گیرد. درمان در این بیماران شامل جراحی، پرتودرمانی و داروهاست. بعد از جراحی، معمولاً بیمار کاتترها و درن هایی در محل، برای حفظ عملکرد دستگاه ادراری، بررای دفع ترشحات و بررسی دقیق دفع ادرار دارد. به دلیل محل برش جراحی، موقعیت بیمار در طول جراحی و به دلیل شیوه جراحی، درد و ناراحتی عضلانی شایع می باشد. مداخلات دارویی اغلب شامل داروهای مهارکننده سیستم ایمنی هستند، و همچنین بیماران از نظر عفونت پایش می شوند. بیماران نیازمند تکرار داروهای ضددرد در طول دوره بعد از عمل هستند و نیاز به کمک برای جابه جا شدن، سرفه کردن، استفاده از اسپیرومتری انگیزشی و نیز تنفس عمیق برای پیشگیری از آتلکتازی و سایر عوارض ریوی دارند. بیمار و خانواده به کمک و حمایت برای سازگاری با تشخیص و پیش آگهی نامعلوم نیاز دارند.

**سرطان مثانه:**

شيوع در سنين 50-70 سالگي مشاهده مي شود.مردان بيشتر از زنان گرفتار مي شوند.(نسبت 3به1)

به دو شكل ديده مي شود: سطحي و متاستاتيك.

تومورها در قاعده مثانه ايجاد مي شوند و گردن مثانه وپيشابراه را در گير مي كنند.

علت اصلي كشيدن سيگار است .عفونتهاي انگلي كه باعث تحريك مثانه مي شوند نيز از عوامل خطر ساز مي باشد.

سرطانهاي پروستات و كولون و ركتوم نيز به مثانه متاستاز ميدهند.

**تظاهرات باليني:**

هماچوري بدون درد از شايعترين علايم است.

عفونت دستگاه ادراري شايع است كه منجر به ديزوري و تكررادرار و فوريت در دفع ادرار مي شود.

مشاهده هر گونه تغيير در دفع يا خود ادرار نشاندهنده بيماري است.درد لكن و كمر درد در صورت متاستاز وجود دارد.

بررسي تشخيصي:

تشخيص قطعي با بيوپسي از تومور مخاط است،

سيستوسكوپي،اوروگرافي ترشحي،سي تي اسكن؛ اولتراسونوگرافي؛ معاينه زير بيهوشي

بررسي سيتولوژيك ادرار تازه با مواد حاصل از شستشوي مثانه با سالين نرمال.

اقدامات درماني:

درمان بستگي به درجه رشد تومور دارد.

TUR، كنترل پاپيلوم خوش خيم با سيتولوژي و سيستوسكوپي دوره اي

سيستوسكوپي ساده يا راديكال براي سرطان مهاجم يا چند كانوني.

شيمي درماني،پرتو تراپي،استفاده از انفوزيون آهسته فرمالينداخل مثانه براي برطرف شدن هماچوري وتخليه آهسته

و درد ناك ادرار،عمل جراحي راديكال سيستكتومي

**مراقبت بعد از عمل**

1)كنترل علايم حياتي ،تب نبض و فشار خون

2)كنترل محل عمل از نظر ترشحات و خونريزي ،نشت ادرار از محل

3)كنترل ترشحات درنهاي حالي و ركتال و ردسيوس هد كدام مجزا يادداشت شود

4)در صورت نداشتن ترشح از درنها اطلاع به پزشك

5)رعايت بهداشت دهان تا زماني كه بيمار NPO مي باشد

6)مراقبت از درنها،در صورت جابجايي اطلاع به پزشك

**كانسر حنجره:**

اين تومور اغلب از نوع سلولهاي سنگفرشي است و ممكن است در ناحيه گلوت –طنابهاي صوتي

و نواحي سوپراگلوتيك وساب گلوتيك رخ دهد.در صورتي كه زود تشخيص داده شود قابل درمان است.

**عوامل خطر:**

مصرف دخانيات و مصرف الكل، لارنژيت مزمن، مواجهه با مواد سرطان زا، استعداد خانوادگي، كمبودهاي تغذيه

(كمبود ريبوفلاوين) سن 50-70 سال واكثرا در مردان بيشتر ديده مي شود.

**تظاهرات باليني:**

خشونت صدا، درد وسوزش گلو هنگام نوشيدن مايعات داغ واب مركبات

وجود توده در گردن ، علايم ديررس:ديس فاژي ،تنگي نفس، انسداد يا ترشح يكطرفه بيني ،خشونت صدا يا زخم

مداوم و تنفس بدبو،كاهش وزن ،بزرگ شدن گره هاي لنفاوي ،ضعف عمومي ودرد گوش

بررسي تشخيصي:

لارنگوسكوپي غير مستقيم، يا مستقيم تحت بيهوشي، سي تي اسكن MRI ،توموگرافي، بيوپسي از بافت مشكوك

**درمان:**

جراحي ، پرتودرماني يا شيمي درماني

اقدامات پرستاري بعد از عمل:

1. قرار دادن بيمار در پوزيشين نشسته يا نيمه نشسته بعد از هوشياري كامل
2. تشويق به سرفه وتنفس عميق و فيزيوتراپي سينه
3. بررسي از نظر استفاده از عضلات فرعي تنفس، تحريك پذيري،آژيتاسيون،تاكيكاردي،تاكي پنه
4. مراقبت از لوله لارنژكتومي (مثل مراقبت از تركئوستومي) هواي مرطوب
5. بررسي روزانه محل عمل و استوما كه محل بايد تميز و خشك باشد.
6. بيمار تا چند روز با توجه به وضع عمومي NPO مي باشد .تغذيه تام وريدي طبق دستور بايد شروع شود و تغذيه با مايعات غليظ در صورت تحمل جامد كه بلع آسان دارد شروع مي شود. از خوردن شيرينجات كه باعث افزايش بزاق مي شود، جلوگيري شود.
7. بيمار بايد دهانشويه مداوم انجام شود
8. كنترل علايم حياتي، افزايش نبض يا كاهش فشار خون يا تنفس سريع و عميق
9. بررسي ترشحات زخم،افزايش قرمزي يا حساسيت محل عمل جراحي،ترشحات بد بو ، از هم گسيختگي استومايا خونريزيو هماتوم محل و تعويض پانسمانها
10. مشورت با قسمتهاي پاراكلنيك( گفتاردرماني و توانبخشي)و افزايش تصورات ذهني و مثبت از بيماري تا بيمار هر چه سريعتر زندگي عادي داشته باشد.

**لب شكري يا شكاف لب**

یکی از نواقص زایشی بدن است. در این حالت بخشی از لب [نوزاد](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%86%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%AF) باز می‌ماند .حالت لب‌شکری ممکن است هم‌زمان با کام شکافته رخ بدهد.

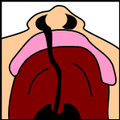
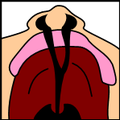
در حالت شكاف كام، بخش‌های چپ و راست [سخت‌کام](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B3%D8%AE%D8%AA%E2%80%8C%DA%A9%D8%A7%D9%85) پیوستگی ندارند. کام‌ها یا لب‌های شکافته در هر ۶۰۰ تا ۸۰۰ زایمان رخ می‌دهد و امروزه می‌توان با جراحی سریع پس از [زایمان](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B2%D8%A7%DB%8C%D9%85%D8%A7%D9%86) آن را رفع کرد.

شکاف کام یکی از متداول‌ترین [نقایص مادرزادی](http://fa.wikipedia.org/w/index.php?title=%D9%86%D9%82%D8%A7%DB%8C%D8%B5_%D9%85%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%B2%D8%A7%D8%AF%DB%8C&action=edit&redlink=1&preload=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%AE%D9%88%D8%A7%D9%86%E2%80%8C%D8%A8%D9%86%D8%AF%DB%8C&editintro=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D8%AA%E2%80%8C%D9%86%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3&summary=%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%DB%8C%DA%A9+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D9%86%D9%88+%D8%A7%D8%B2+%D8%B7%D8%B1%DB%8C%D9%82+%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF%DA%AF%D8%B1&nosummary=&prefix=&minor=&create=%D8%AF%D8%B1%D8%B3%D8%AA+%DA%A9%D8%B1%D8%AF%D9%86+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D8%AC%D8%AF%DB%8C%D8%AF) عمده در انسان است. در [سفیدپوستان](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B3%D9%81%DB%8C%D8%AF%D9%BE%D9%88%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86) شکاف کام همراه با شکاف لب، شیوعی معادل یک در هر هفتصد تا هزار تولد دارد. شکاف کامل لب به داخل سوراخ بینی گسترش می‌یابد و استخوان آلویول را درگیر می‌کند و تعداد دندان‌ها را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. گاهی اوقات نداشتن بعضی از جوانه‌های دندانی و یا داشتن دندان‌های اضافی مشاهده می‌شود.

لب‌شکری و شكاف كام

[](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%AF%D9%87:Cleft) [](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%AF%D9%87:Cleft) [](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%AF%D9%87:Cleft)

یک‌سویهٔ ناکامل یک‌سویهٔ کام کام و لب شکري

[](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%AF%D9%87:Cleftpal) [](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%AF%D9%87:Cleftpal) [](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%AF%D9%87:Cleftpal)

شکاف ناکامل کام --- شکاف یک‌سویهٔ کامل لب و کام------شکاف دوسویهٔ کامل لب و کام

درمان

شکاف لب و کام از شایع‌ترین [نقایص دهانی- صورتی](http://fa.wikipedia.org/w/index.php?title=%D9%86%D9%82%D8%A7%DB%8C%D8%B5_%D8%AF%D9%87%D8%A7%D9%86%DB%8C-_%D8%B5%D9%88%D8%B1%D8%AA%DB%8C&action=edit&redlink=1&preload=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%AE%D9%88%D8%A7%D9%86%E2%80%8C%D8%A8%D9%86%D8%AF%DB%8C&editintro=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D8%AA%E2%80%8C%D9%86%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3&summary=%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%DB%8C%DA%A9+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D9%86%D9%88+%D8%A7%D8%B2+%D8%B7%D8%B1%DB%8C%D9%82+%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF%DA%AF%D8%B1&nosummary=&prefix=&minor=&create=%D8%AF%D8%B1%D8%B3%D8%AA+%DA%A9%D8%B1%D8%AF%D9%86+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D8%AC%D8%AF%DB%8C%D8%AF) است که مورد توجه محققان قرار گرفته‌است. درمان شکاف لب همراه با شکاف کام و یا بدون آن، انجام جراحی‌های متعدد، گفتار درمانی و درمان‌های ارتودنسی و دندانی را بخصوص در ۱۸ سال اولیه عمر می‌طلبد. ارایه اطلاعات لازم به والدین این کودکان و انجام درمان‌های پزشکی- دندانپزشکی به هنگام، می‌تواند در بهبود وضعیت بسیار مؤثر باشد.

جذب متعادل ویتامین A در [دوران بارداری](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%AF%D9%88%D8%B1%D8%A7%D9%86_%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%AF%D8%A7%D8%B1%DB%8C) می‌تواند خطر ابتلا به شکاف کام و لب را کاهش دهد.

نوزادان مادرانی که در دوران بارداری مکملات ویتامین A را بسیار مصرف می‌کنند نسبت به نوزادان دیگر حدود ۵۰ درصد کمتر در خطر ابتلا به شکاف کام و یا لب شکری قرار دارند

مراقبت های پس از عمل جراحی شکاف لب:

راه هوایی نوزاد را با ساکشن متناوب ترشحات بینی و دهان بعد از عمل باز نگهدارید.

محل عمل از نظر خونریزی کنترل و بررسی گردد.

یکی از تلاشهای مهم در دوره پس از عمل جراحی محافظت از ناحیه عمل می باشد. به کارگیری یک وسیله حفاظتی از لب ها، متعاقب ترمیم شکاف لب، می تواند از وارد آمدن آسیب به ناحیه بخیه پیشگیری نماید. بلافاصله پس از عمل جراحی، استفاده از محدود کننده آرنج در جهت پیشگیری از تحریک ناحیه بخیه ممکن است به کار رود، اگرچه در بسیاری از مراکز استفاده از این روش توسط بسیاری از جراحان منسوخ شده است. توصیه می شود که وسیله مهارکننده با سنجاق به لباس شیرخوار ثابت شود.

شیرخوار بزرگتری که قادر به غلتیدن می باشد، جهت جلوگیری از غلتیدن بر روی شکم و تماس صورت با تخت ممکن است علاوه بر مهارکننده آرنج نیاز به استفاده از مهار کننده جلیقه داشته باشد. حائز اهمیت است که وسیله محدود کننده، در ساعات منظمی( به طور مثال هر 2 ساعت) باز شود.

با این کار می توان امکان حرکت بازوها و تسکین ناشی از محدودیت ها را پیش آورده و پوست را از نظر علائم تحریک تحت نظر گرفت. برداشتن محدودیت ها همچنین فرصت مناسبی را برای برقراری تماس بدنی و در آغوش کشیدن نوزاد فراهم می سازد.

بهترین وضعیت ،وضعیت طاقباز یا پهلو است کودک را طوری قرار دهید که از کشیده شدن لب به ملافه پیشگیری شود . استفاده از ضد دردهای مناسب، درد پس از جراحی را کاهش می دهد. آرامبخش نیز در مواردی که شیر خوار بسیار بی قرار و مضطرب باشد توصیه می شود.

اسباب بازیهای کوچک و موبایل در دسترس کودک نباشد چون ممکن است آنها را به دهان برده و باعث آسیب محل عمل شود.

جهت سهولت در تنفس کودک می توان از دستگاه بخور در اطاق وی استفاده نمود.

پس از هوشیاری کامل ، تغذیه با مایعات صاف شده، شروع و معمولا تغذیه با شیر مادر یا شیر خشک بر حسب تحمل کودک در وضعیت نشسته آغاز می گردد تغذیه شیر خوار تا چند روز بعد از عمل باید بدون فشار به خط بخیه انجام شود،به این منظور از قطره چکان یا سرنگ با نوک پلاستیکی استفاده کرده و آن را از کنار لب وارد دهان نمایید در صورت نیاز از گاواژ یا لوله بینی معده ای استفاده کنید .

به تدریج تغذیه باپستانک را انجام دهید و از غذا های نرم استفاده کنید . یک ماه بعد می توان غذا های معمولی بجز غذا های سفت را به کودک داد. دادن مواد غذائی و مایعات کافی در به دست آوردن وزن و جلوگیری از دهیدراتاسیون لازم و ضروری است برای جلوگیری از وارد آمدن فشار به خط بخیه از گریه کردن شیرخوار ممانعت می شود. بعد از هر بار تغذیه باید خط بخیه را با دقت از شیر یا ترشحات سروزی پاک نمود. ممکن است لایه باریکی از پماد آنتی بیوتیک جهت مالیدن به خط بخیه، پس از تمیز کردن آن ناحیه تجویز گردد. یکی از مسئو لیت های پرستار مراقبت دقیق از ناحیه بخیه است زیرا التهاب یا عفونت ، از التیام مناسب جلوگیری کرده و بر زیبایی پس از ترمیم تاثیر گذار است .بخیه ها 14-13 روز بعد از عمل جراحی برداشته می شود. محلول مورد استفاده جهت شستشوی محل بخیه ها اغلب سرم فیزیولوژی میباشد. چون این شیرخواران از طریق دهان تنفس می کنند ،در نتیجه مرتب دهان و لبهای آنها خشک شده و ترک می خورد .بنابراین باید با چرب کردن لبها ،از ترک خوردن لب ها جلو گیری کرد و پس از هر بار تغذیه شیرخوار باید دهان را با نرمال سالین شستشو داده و محل عمل را نیز با دقت کامل به وسیله نرمال سالین و توسط یک پنبه یا گاز نرم از شیر یا ترشحات پاک کرد.

به طور کلی الگوی پیشرفت تغذیه کودک بعد از عمل به صورت سوپ صاف شده ،سپس مایعات و بعد غذای نرم توصیه می شود.

**مراقبت های پس از عمل جراحی شکاف کام** :

بررسی محل جراحی و تمیز نگه داشتن ناحیه مورد نظر

برای تسهیل خروج ترشحات از دهان ،کودک را بر روی شکم قرار دهید.

در برخی موارد شیر خوار پس از عمل جراحی ، دچار مشکلات تنفسی می شود، زیرا جراحی موجب تغییر الگوی تنفسی معمول او شده و باید به تنفس از طریق بینی عادت کند .

حرکت آرنج ها محدود شود .

دارو های مخدر ممکن است به مدت 48-24 ساعت اول پس از جراحی استفاده شود .

تغذیه کودک پس از رفع کامل آثار بیهوشی در وضعیت نشسته انجام می گیرد

برای تغذیه کودک باید از فنجان یاکنار قاشق های بزرگ استفاده شود. چون استفاده از قاشق کوچک هر چند با احتیاط خطر آسیب به بخیه ها را به همراه دارد.

پرستار باید مراقب باشد هیچ چیزی را وارد دهان نکند زیرا سبب صدمه به ناحیه عمل می شود.

باید به والدین آموزش داده شود که بهبودی کامل کام 6-4 هفته طول می کشد.

شیر خواران بزرگ تر معمولا در زمان ترخیص می توانند از غذا های نرم استفاده کنند، باید از دادن غذاهای جامد سفت از قبیل سوخاری ،آب نبات ،چیپس سیب زمینی به کودک خودداری کرد، چون باعث آسیب به کام می شود .

پرستار باید به والدین یاد آوری کند که به دنبال شکاف کام ،فساد وخرابی فوق العاده دندانها وجود دارد بنابر این باید به والدین شیوه صحیح مسواک زدن دندانهای کودک را(زمانی که این کار ایمن باشد ) اموزش داد. اگر دندانها جابجا شوند و در وضعیت بدی قرار گیرند، برای اصلاح آنها به ارتودنتیست احتیاج می شود.

والدین می توانند عملکرد کام را با تحریک کودک به استفاده از واژه های ساده که نیاز به هماهنگی بخش های مختلف صحبت (تکلم) دارد توسعه بخشند تشویق به جویدن و بلع مکرر به تمرین عضلات حلق و کام کمک می کند

پی گیری های لازم در اهداف بلند مدت به والدین تاکید می شود.

در گیر کردن کودک در بازی هایی مانند فوت کردن به او کمک می کند که قادر به بستن قسمت خلفی کام شود. گفتار درمانگر با در نظر گرفتن نیازهای فردی کودک ، والدین را به انجام فعالیت های خاصی هدایت کرده که فرایند تکلم را در او تسهیل نماید. بیشتر کودکانی که به صحبت کردن تشویق می شوند بزودی اعتماد به نفس یافته و در فعالیت های اجتماعی شرکت می کنند

**تومورهاي مدياستن**

تومورهاي مدياستن شامل انواع تومورهاي نوروژنيك تومورهاي تيموس لنفوما سلولهاي ژرم كيستها ونيز تومورمزانشيم مي باشند.اين تومورها مي توانند خوش خيم و بدخيم باشند ومعمولا برحسب مكان استقرارشان توصيف مي شوند:توده ها يا تومورهاي قدامي مياني ياخلفي.

**تظاهرات باليني**

تقريبا" تمام علايم تومورهاي مدياستن ناشي از فشاري است كه توده بر روي اعضاي مهم در بخش هاي فوقاني توراسيك مجاور وارد ميكند.علايم شامل سرفه ويزينگ تنگي نفس درد گردنويا قسمت قدامي قفسه ي سينه تپش قلب آنژين ساير اختلالات گردش خون سيانوز مركزي سندروم وريد اجوف فوقاني(تورم صورت گردنواندامهاي فوقاني) اتساع وريدهاي گردن و ديواره ي قفسه سينه(نشانه ي انسداد وريدهاي بزرگ مدياستن توسط فشار از خارج عروق ويا تهاجم داخل عروقي است)واختلال در بلع وكاهش وزن ناشي از فشاريا تهاجم به مري هستند.

**برسي ويافته هاي تشخيصي**

راديوگرافي قفسه سينه(روش اصلي)

سي تي اسكن(روش استاندارد جهت برسي مدياستن وساختارهاي اطراف )

تصوير برداري رزونانس مغناطيسي

**تدابير طبي**

در صورت بد خيمي ونبودن امكان جراحي پرتو درماني و شيمي درماني يا هر دو انجام مي شوند.

**درمان جراحي**

اغلب تومورهاي مدياستن خوش خيم و قابل عمل هستند.محل تومور(قدامي مياني يا خلفي)در مدياستن مشخص كننده ي نوع برش جراحي است.متداول ترين روش برش استرنوتومي مياني ميباشند.هر چند بسته به محل تومور ممكن است توراكوتومي انجام شود.ساير روش ها ممكن است شامل توراكوتومي قدامي دو طرفه(برش كلامشل) ويا جراحي توراكوسكوپي ويديويي باشند.

عوارض جراحي

خونريزي\_صدمه به عصب فرنيك ياصدمه ي راجعه به عصب حنجره\_عفونت.

# **كانسرمری**

سرطان مری (Esophageal cancer) سرطانی است که از سلولهای مری منشا گرفته باشد. [کانسر](http://fa.wikipedia.org/wiki/%DA%A9%D8%A7%D9%86%D8%B3%D8%B1) مری بسته به عامل ایجاد سرطان اصولا دو نوع است سرطان [سلولهای سنگفرشی](http://fa.wikipedia.org/w/index.php?title=%D8%B3%D9%84%D9%88%D9%84%D9%87%D8%A7%DB%8C_%D8%B3%D9%86%DA%AF%D9%81%D8%B1%D8%B4%DB%8C&action=edit&redlink=1&preload=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%AE%D9%88%D8%A7%D9%86%E2%80%8C%D8%A8%D9%86%D8%AF%DB%8C&editintro=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D8%AA%E2%80%8C%D9%86%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3&summary=%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%DB%8C%DA%A9+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D9%86%D9%88+%D8%A7%D8%B2+%D8%B7%D8%B1%DB%8C%D9%82+%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF%DA%AF%D8%B1&nosummary=&prefix=&minor=&create=%D8%AF%D8%B1%D8%B3%D8%AA+%DA%A9%D8%B1%D8%AF%D9%86+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D8%AC%D8%AF%DB%8C%D8%AF) مری ( SCC ) و یا [آدنوکارسینوم](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A2%D8%AF%D9%86%D9%88%DA%A9%D8%A7%D8%B1%D8%B3%DB%8C%D9%86%D9%88%D9%85) مری . سرطان سلولهای سنگفرشی عمدتا" در قسمت فوقانی و میانی مری ایجاد می‌شود.آدنوکارسینوما غالبا" در بافت غده ای در قسمت تحتانی مری (محل اتصال مری به معده) بوجود می آید. علائم و درمان این دو نوع مشابه می‌باشد .

**علل بيماري**

[الکل](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D9%84%DA%A9%D9%84)، نوشیدن چای داغ، سیگار، زمینه ژنتیکی، رژیم غذایی حاوی روغن جامد، [قند](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%82%D9%86%D8%AF) و شکر، انواع شیرینی و دسر، نمک، انواع ترشی و نوشابه گازدار وکنسرو احتمال سرطان مری را افزایش می دهند. مصرف میوه، سبزی، زیتون، لبنیات کم چرب و ماهی با خطر کمتری برای ابتلا به سرطان مری همراه است . [آشالازی](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A2%D8%B4%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B2%DB%8C)، [مری بارت](http://fa.wikipedia.org/w/index.php?title=%D9%85%D8%B1%DB%8C_%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D8%AA&action=edit&redlink=1&preload=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%AE%D9%88%D8%A7%D9%86%E2%80%8C%D8%A8%D9%86%D8%AF%DB%8C&editintro=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D8%AA%E2%80%8C%D9%86%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3&summary=%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%DB%8C%DA%A9+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D9%86%D9%88+%D8%A7%D8%B2+%D8%B7%D8%B1%DB%8C%D9%82+%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF%DA%AF%D8%B1&nosummary=&prefix=&minor=&create=%D8%AF%D8%B1%D8%B3%D8%AA+%DA%A9%D8%B1%D8%AF%D9%86+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D8%AC%D8%AF%DB%8C%D8%AF)، [پرتوتابی](http://fa.wikipedia.org/w/index.php?title=%D9%BE%D8%B1%D8%AA%D9%88%D8%AA%D8%A7%D8%A8%DB%8C&action=edit&redlink=1&preload=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%AE%D9%88%D8%A7%D9%86%E2%80%8C%D8%A8%D9%86%D8%AF%DB%8C&editintro=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D8%AA%E2%80%8C%D9%86%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3&summary=%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%DB%8C%DA%A9+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D9%86%D9%88+%D8%A7%D8%B2+%D8%B7%D8%B1%DB%8C%D9%82+%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF%DA%AF%D8%B1&nosummary=&prefix=&minor=&create=%D8%AF%D8%B1%D8%B3%D8%AA+%DA%A9%D8%B1%D8%AF%D9%86+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D8%AC%D8%AF%DB%8C%D8%AF)، سن بالای چهل سال، [ریفلاکس](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B1%DB%8C%D9%81%D9%84%D8%A7%DA%A9%D8%B3_%D9%85%D8%B9%D8%AF%D9%87%E2%80%8C%D8%A7%DB%8C_%D9%85%D8%B1%D9%88%DB%8C) و ... نیز احتمال کانسر مری را بالا می برند.

## علایم بیماری

در ابتدا، بیمار علامتی ندارد ولی در مراحل پیشرفته بیمار دچار [دیسفاژی](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%AF%DB%8C%D8%B3%D9%81%D8%A7%DA%98%DB%8C) (اختلال در بلع) می‌شود دشواری بلع زمانی بروز می‌کند که تقریباً ۷۵٪ قطر طبیعی مری اشغال شده باشد که ابتدا در مورد غذاهای جامد است ولی به تدریج حتی نوشیدن مایعات نیز دشوار می شود. کاهش وزن، احساس توده و برجستگی در گلو و بلع دردناک نیز ممکن است با پیشرفت بیماری دیده شوند.[رگورژیتاسیون](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B1%DA%AF%D9%88%D8%B1%DA%98%DB%8C%D8%AA%D8%A7%D8%B3%DB%8C%D9%88%D9%86) (بالا آمدن غذای هضم شده بدون زور و فشار) غذای هضم نشده همراه با تنفس بدبو، سکسکه که ممکن است با استفراغ و [پنومونی](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D9%86%D9%88%D9%85%D9%88%D9%86%DB%8C) آسپیراتیو (التهاب لایه‌های ریه) همراه باشد، از دیگر علائم این بیماری هستند. در صورتی که سرطان به خارج از مری انتشار یابد اغلب نخست به غدد لنفاوی می رود در مراحل بعدی به کبد، ریه ها، مغز و استخوانها گسترش می یابد. پیش آگهی سرطان مری در مراحل پیشرفته وخیم است. این بیماری در ایران به خصوص [استان گلستان](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86_%DA%AF%D9%84%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86) شایع است.

## تشخیص

در صورت پیدایش ديس فاژي و یا علائم دیگر ارزیابی و تشخیص را می توان با [آندوسکوپی](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A2%D9%86%D8%AF%D9%88%D8%B3%DA%A9%D9%88%D9%BE%DB%8C) و یا [رادیوگرافی با باریوم](http://fa.wikipedia.org/w/index.php?title=%D8%B1%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D9%88%DA%AF%D8%B1%D8%A7%D9%81%DB%8C_%D8%A8%D8%A7_%D8%A8%D8%A7%D8%B1%DB%8C%D9%88%D9%85&action=edit&redlink=1&preload=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%AE%D9%88%D8%A7%D9%86%E2%80%8C%D8%A8%D9%86%D8%AF%DB%8C&editintro=%D8%A7%D9%84%DA%AF%D9%88:%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87/%D8%A7%D8%AF%DB%8C%D8%AA%E2%80%8C%D9%86%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3&summary=%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF+%DB%8C%DA%A9+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D9%86%D9%88+%D8%A7%D8%B2+%D8%B7%D8%B1%DB%8C%D9%82+%D8%A7%DB%8C%D8%AC%D8%A7%D8%AF%DA%AF%D8%B1&nosummary=&prefix=&minor=&create=%D8%AF%D8%B1%D8%B3%D8%AA+%DA%A9%D8%B1%D8%AF%D9%86+%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D9%87+%D8%AC%D8%AF%DB%8C%D8%AF) انجام داد . مزیت آندوسکوپی این است که امکان نمونه برداری از تومور را میسر می نماید .

## درمان

مهم‌ترین عامل در پیش بینی طول عمر بیماران که بر انتخاب روش درمانی تأثیر می گذارد مرحله تومور است . جراحی در مراحل اولیه مؤثر می‌باشد . بطور همزمان یا منحصرا می توان [شیمی درمانی](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B4%DB%8C%D9%85%DB%8C_%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86%DB%8C) و [پرتو درمانی](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%BE%D8%B1%D8%AA%D9%88_%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86%DB%8C) نیز انجام داد . جراحی [اندوسکوپیک](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D9%86%D8%AF%D9%88%D8%B3%DA%A9%D9%88%D9%BE%DB%8C) با [لیزر](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%84%DB%8C%D8%B2%D8%B1) نیز ممکن است. در مراحل پیشرفته بیماری جراحی جهت عنوان کمک به عبور غذا صورت می گیرد و درمانی نیست.

**توجهات پرستاري بعد از عمل:**

1)بيمار را از نظر تنگي نفس و رگورژيتاسيون وآسپيراسيون بررسي كنيد.

2)كنترل علايم حياتي بيمار بعد از عمل ومحل عمل از نظر خونريزي ترشحات الزامي است.

3)از نظر نشانه هاي عفونت يا نشت آناستوموز كنترل و بررسي شود.

4)ترشحات NGT و ترشحات چست تيوب يادداشت شود.

5)بعد از هوشياري كامل بيمار به حالت نيمه نشسته سپس نشسته قرار داده شود تا از آسپيراسيون جلوگيري شود.

6)در روزهاي اول بعد از عمل سوند معده بيمار دستكاري نشود.در صورت جابجايي به پزشك اطلاع داده شود.

7)تا 5 روز بعداز عمل بيمار NPO مي باشد دهانشويه و رعايت بهداشت دهان انجام شود.و مايعات وريدي كافي به بيمار رسانده شود.5-7 روز بعد از عمل سوند خارج مي شود.

8)بعد از شروع تغذيه بيمار رژيم پر كالري و پر پروتئين به شكل مايع يا غذاي نرم در وعده هاي مكرر و كم داده شود.

9)در صورت درد معده از آنتي اسيد استفاده شود.

10) براي كمك به به هضم غذا بيمار حداقل 2 ساعت بعداز غذا نشانده شود.تا غذا براحتي از لوله گوارش عبور كند.ودر صورت نياز تغذيه تام وريدي شروع شود.

آموزش مراقبتهاي لازم در منزل

1) غذا را به مقدارکم و در وعده هاي متعدد ميل نماييد. ( پنج تا شش مرتبه در روز)

2) غذا را آهسته ميل نماييد و آن را کاملا بجويد تا بزاق به غذا اضافه گردد وبهتر هضم شود.

3) از غذاهاي خيلي داغ يا خيلي سرد، ادويه ها ( فلفل، زردچوبه، زعفران، زيره و....)، پيازوسير، قهوه، کاکائو، ترشي ها، انواع نوشابه ها ( کوکاکولا، کانادا، وپپسي ) پرهيز نماييد.

4) ازخوردن و آشاميدن سه ساعت قبل ازخواب اجتناب نماييد.

5) از مصرف آب درطي غذا خوردن پرهيز نماييد.

6) موقع صرف غذا وضعيت نيمه نشسته و پاها خميده باشد.

7) مايعات و آب را يک ساعت قبل از غذا و دو ساعت بعد از غذا مي توانيد بنوشيد.

8) سعي نماييد رژيم غذايي کم نمک داشته باشيد.

9) موقع خواب سر را بالاتر نگه داريد تا از برگشت غذا جلوگيري شود.

10) اگر چاق هستيد اقدام به کاهش وزن نماييد تا فشار به مري و معده کاهش يابد.

11) دندانها و پوسيدگي هاي آن را ترميم نماييد.

12) شستشوي مرتب دهان همراه با محلولهاي خوش طعم دهان شويه، سرم فيزيولوژي، آب نمک رقيق + جوش شيرين اشتهاي شمار را به غذا افزايش مي دهد.

13) آروغ زدن سبب مي شود هواي بلعيده شده در حين خوردن غذا را خارج نمايد لذا آروغ با دهان باز انجام دهيد و سعي نماييد غذا را سريع نخوريد.

14) اگر دچار مشکل هنگام بلع غذا شديد به جراح خود مراجعه نماييد.

15) اگر بعد از خوردن مواد غذايي علايمي شامل احساس پري در زير ناحيه جناغ سينه، گرفتگي عضلات شکم، تهوع صدا کردن روده ها و ميل به دفع اجابت مزاج ايجاد شود نگران نشويد بلکه براي رفع موارد فوق لازم است مقدار غذاي خوراکي را کاهش و به دفعات مکرر ميل نماييد و رژيم مايعات مصرف نکنيد و غذاي مصرفي پرپروتئين، پرچربي و کم کربوهيدرات ( مواد قندي، نشاسته اي، نان، ماکاروني ) باشد و بعد از خوردن غذا کمي استراحت نماييد و در صورت عدم کاهش مشکلات فوق به جراح معالج خود مراجعه نماييد.

16) مصرف حبوبات ( نخود، لوبيا، عدس و....... ) در مواد غذايي نفاخ است براي کاهش نفخ مي توانيد حبوبات را به مدت يک ساعت قبل از پختن نم نماييد.

17) هر روز 30 مرتبه تنفس عميق بکشيد ( مثلا داخل يک لوله شيشه اي آب دار همراه با رابط فوت نماييد. ) و روزي چندين مرتبه حتما سرفه کنيد.

18) در صورت داشتن حالت تهوع و استفراغ از بوهاي زننده و تند، خوردن غذاهاي پرحجم، قرارگرفتن در محيط گرم يا شلوغ خودداري کنيد.

19) از مصرف قرص هاي آسپرين، کورتون، فنيل بوتازون، تنباکو، سيگار که باعث تشديد التهاب مري مي شوند خودداري کنيد و سعي نماييد در معرض دود سيگار هم نباشيد.

20) اگر معده شما برداشته شده است سعي کنيد از داروهاي ويتامين B12 اسيدفوليک و کليم طبق دستور جراح معالج خود مصرف نماييد چون اين عمل جراحي اختلال جذب در مورد فوق ايجاد مي نماييد.

21) سعي کنيد ويتامين A ، C ، آهن زياد مصرف کنيد. مواد غذايي زير ميزان زيادي را از اين ويتامينها را دارا مي باشد.

ويتامين A : ( جگر گاو، ماهي، روغن ماهي )

ويتامين C : ( شيرگاو، لوبيا، عدس، دل وقلوه گاو وگوسفند، جگر گاو وگوسفند، مغز گاو وگوسفند، اسفناج، برگ چغندر، باقلا، تربچه خام، جعفري، شلغم، گل کلم، پرتغال، نارنگي، توت فرنگي )

آهن: ( قلوه گاو، جعفري، تخم مرغ، کاکائو، آرد ذرت، عدس )

22) هرهفته خود را وزن کنيد و درصورت کاهش شديد وزن به جراح معالج خود مراجعه نماييد.

23) در طول روز استراحت داشته باشيد تا آرامش خاطر بدست آوريد و به طبيعت سرسبز بنگريد.

# 24) گاهي 30-5 دقيقه بعد از خوردن مواد غذايي علائمي نظير سرگيجه، رنگ پريدگي، تعريق، تپش قلب، اسهال، تهوع، غش ممکن است ايجاد شود که گهگاهي اين علايم 12-6 ماه بعد کاهش مي يابد. لذا توصيه مي شود براي کاهش اين عارضه غذا را کاملا در دهان جويده و به مقدار کم ميل نماييد و بعد از خوردن غذا اندکي دراز بکشيد تا غذا در روده ها پخش شود

# **پنوموني باكتريايي**

# عفونت و التهاب پارانشيم ريه در اثر باكتري ها و عوامل ميكروبي.ممكن است واكنش التهابي در آلوئولرخ دهد و باعث توليد اگزودا شود كه با تبادلات گازي تداخل وباعث اختلال تنفسي شود. اين بيماري معمولاً مسري نيست . د رهمه سنين بروز مي كند ولي دركودكان خردسال و بزرگسالان بالاي

# 60سال شديدتر است.

# تب بالاي 9/38 درجه سانتيگراد و لرز -كوتاهي نفس- نبض هاي تند و قوي بازائ هر درجه C10نبض افزايش مي يابد.

# سرفه همراه با خلط حاوي خون يا رگه هاي خوني-تنفس سريع و اورتوپنه زماني كه بيمار سوپاين خوابيده باشد.

خلط بسته به عامل ايجاد كننده ،چركي،داراي حالت زنگ زده، هموپتيزي،چسبنده يا سبز رنگ است.  
درد سينه كه با نفس كشيدن بدتر مي شود. درد شكم -خستگي -كبودي لب ها و ناخن ها (نادر)

**علل**

عفونت با باكتري هايي نظير پنوموكوك ، هموفيلوس ، استرپتوكوك يا استافيلوكوك .

عوامل افزايش دهنده خطر:

سن (نوزادان ، شيرخواران و بزرگسالان بالاي ۶۰ سال )،تجويز داروهاي ضد سرطان -استعمال دخانيات  
بيماري هاي تضعيف كننده مقاومت بدن نظير بيماري هاي قلبي ، سرطان ، سل ، نارسايي احتقاني قلب ، ديابت ، يا بيماري هاي مزمن ريوي،جراحي اخير،نامطلوب بودن وضعيت سلامت عمومي به هر دليل زندگي در شرايط پرجمعيت يا غير بهداشتي،ضعف دستگاه ايمني ناشي از بيماري ها يا داروها -اعتياد به الكل ،بستري بودن در بيمارستان

پيشگيري

اقدام فوري براي درمان عفونت هاي تنفسيواكسيناسيون عليه پنوموكوك و آنفلوانزا در مورد افرادي كه در معرض خطر آن قرار دارند.اجتناب از عوامل خطرساز تا حد امكان معمولاً با درمان در عرض ۲-۱ هفته بهبهود مي يابد، ولي در خردسالان يا سالمندان ممكن است بيشتر به طول انجامد.

**درمان:**

بررسي هاي تشخيصي ممكن است شامل بررسي هاي آزمايشگاهي نظير كشت خلط ، كشت خون وشمارش سلول هاي خوني و نيز عكس ساده قفسه سينه و اسكن ريه باشد.  
 بستري در بيمارستان براي موارد متوسط تا شديد ممكن است لازم باشد. ممكن است حمايت تنفسي ، تجويز مايعات وريدي ، تخليه ترشحات تنفسي و داروهاي وريدي ضرورت يابد.  
 در موارد خفيف ممكن است درمان در منزل انجام شود.براي مرطوب كردن هوا از يك دستگاه مرطوب كننده با بخار سرد استفاده كنيد. ريختن دارو در دستگاه مرطوب كننده جهت بخور احتمالاً سودمندنخواهد بود. دستگاه مرطوب كننده را هر روز تميز كنيد.در صورتي كه سرفه همراه خلط يا موكوس باشد نبايد از داروهاي ضد سرفه استفاده كرد زيرا در اين شرايط سرفه به تخليه ترشحات ريوي كمك مي كند. در صورتي كه سرفه خشك ، بدون خلط و دردناك باشد از داروهاي ضد سرفه مي توان استفاده كرد. از يك بالشتك گرم كننده تنظيم شده بر روي درجه حرارت كم يا كمپرس داغ براي تخفيف درد سينه استفاده كنيد.

**داروها**:آنتي بيوتيك ها براي مقابله با عفونت، PGدرمان انتخابي در استرپتوكوك پنوموني است.

درمان حمايتي شامل هيدراته كردن بيمار و استفاده از تب برها، آنتي هيستامين، ضد احتقان بيني.  
براي تسكين ناراحتي خفيف ممكن است استفاده از داروهاي بدون نسخه نظير استامينوفن ، كافي باشد.

توجهات پرستاري:

1)كنترل علايم حياتي ،پالس اكسي متري مداوم،بررسي پارامترهاي همو ديناميك بيمار.  
2)تا هنگام كاهش تب و برطرف شدن درد و كوتاهي نفس در بستر استراحت نماييد. پس از درمان ، فعاليت هاي طبيعي خود را هر چه سريع تر از سر بگيريد.

3)رژيم غذايي خاصي نياز نيست .كالري مورد نياز به بيمار رسانده شود.

مصرف مايعات را افزايش دهيد؛ بيمار هر ساعت حداقل يك ليوان آب يا آشاميدني هاي ديگر بنوشدافزايش مصرف مايعات به رقيق شدن ترشحات ريوي و در نتيجه آسانتر شدن تخليه آنها با سرفه كمك مي كند.:

4)بيمار را از نظر وجود تب،لرز،تعريق شبانه،درد ، خستگي،تاكي پنه، استفاده از عضلات فرعي تنفس، براديكاردي، رنگ خلط،تغييرات نبض و تنفس،بررسي نماييد.

5)بيماران سالمند از نظر دهيدراتاسيون و نارسايي احتقاني قلب نياز به بررسي بيشتر مي باشند.

6)از ماسك جهت دادن اكسيژن مرطوب به بيمار استفاده شود.

7)فيزيوتراپي سينه و تشويق بيمار به انجام دادن سرفه واستفاده از اسپيروبال (اسپيرومتري تحريكي) .

**آمفیزم**

آمفیزم حالتی است که در آن دیواره آلوئولهاي هوایی ریه ها ، حالت ارتجاعی خود را از دست می دهند. آلوئولها ضعیف شده و تخریب می شوند.

قابلیت ارتجاعي ریه ها از بین رفته و منجر به احتباس هوا در آلوئولهاي هوایی می شود و نتیجه تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن مختل می شود. از طرف دیگر حالت باز بودن مجاری هوایی از بین رفته و جریان هوا مسدود می شود.

**علائم**

شامل تنگی نفس، سرفه و کاهش تحمل فعالیت های بدنی میباشد، اغلب ، آمفیزم و برونشیت مزمن التهاب مزمن همراه با هم بوده و با همدیگر منجر به اختلالی می شوند که اصطلاحاً بیماری مزمن انسداد ریوی COPDنامیده می شوند. این بیماری شامل سایر بیماریهای انسدادی نظیر آسم نیست.

علل آمفیزم چیست؟

کشیدن سیگار شایعترین علت آمفیزم به حساب می آید. بطور کلی سیگار کشیدن مسوؤل بروز ۹۰ -۸۰ درصد مرگهای بعلت بیماری مزمن انسداد ریوی است. بیماری به ندرت در افراد کمتر از ۴۵ سال بروز می یابد. بنظر می رسد که مردها بیشتر از زنان به این بیماری دچار می شوند.

آمفیزم همراه با برونشیت مزمن و سایر بیماریهای مزمن ریوی نظیر آسم، بیماری مزمن انسدادی ریوی، چهارمین علت شایع مرگ در ایالات متحده به حساب می آید.

آمفیزم معمولاً از آلوئولهاي هوائی موجود در ریه ها که محل تبادل گازهای تنفسی بین هوای بیرون و خون است، آغاز می شود. دیواره این آلوئولهابسیار نازک و شکننده هستند. ایجاد صدمه به این ساختارها معمولاً برگشت ناپذیر بوده و منجر به ایجاد حفرات دائمی در قسمتهای تحتانی بافت ریه می شود. همچنانکه آلوئولهاي هوایی تخریب می شوند، ریه ها بتدریج کمتر و کمتر اکسیژن وارد خون می کنند و همین امر منجر به تنگی نفس می شود. بعلاوه ریه ها خاصیت ارتجاعی خود را برای باز نگهداشتن راههای هوایی بسیار حیاتی، می باشند از دست می دهند و بیمار در بیرون دادن هوای موجود در ریه های خود با مشکل مواجه می شود.

آمفیزم عمولاً یکباره ایجاد نمی شود و بتدریج ایجاد می گردد. معمولاً در صورت تماس با سیگار در طی سالهای متمادی فرآیند تخریب صورت می پذیرد.

در ابتدا فرد بعلت سختی در نفس کشیدن در حین کارهای سنگین یا فعالیتهای بدنی شدید به پزشک مراجعه می کند. حتی یک پیاده روی کوتاه نیز منجر به بروز تنگی نفس می شود. بعضی افراد نیز ممکن است حتی قبل از بروز آمفیزم به برونشیت مزمن مبتلا شده باشند.

**درمان**

هدف درمان، تسکین علائم و جلوگیری از پیشرفت بیماری و به حداقل اثرات جانبی می باشد.

اصلی ترین و مهم ترین عامل برای حفظ سلامت ریه ها. داروهای گشاد کننده مجاری هوایی ) داروهایی که منجر به شل شدن و باز شدن مجاری هوایی در ریه ها می شوند( اگر در طی فرآیند آمفیزم مجاری هوایی تمایل به تنگی و سفت شدن داشته باشند، می توان از این داروها استفاده نمود. این داروها به فرم اسپری های استنشاقی یا خوارکی موجود می باشند.

آنتی بیوتیکها: در صورت وجود عفونتهای باکتریایی نظیر ذات الریه پنوموکوکی باید از این داروها استفاده کرد.

استروئیدها: از این داروها در موارد عود یا تشدید حاد علائم می توان استفاده نمود.

تمرینات خاص: این تمرینات شامل فعالیتهای تنفسی به منظور تقویت عضلات تنفسی است که بعنوان جزیی از برنامه توان بخشی ریوی در طی استراحت بدن به حساب می آیند.

مهار کننده آلفا ۱ – پروتئیناز : این دارو فقط در مواردیکه آمفیزم بعلت کمبود آلفا– ۱ تریپسین ایجاد شده باشد کاربرد دارد و در مواردیکه آمفیزم بعلت کشیدن سیگار یا فاکتورهای محیطی دیگر ایجاد شده است توصیه نمی شود.

استفاده از روشهای جراحی کاهنده حجم ریه:

در این روش بخشهایی از ریه که به شدت دچار تخریب شده اند برداشته شده و این امر به بافت باقیمانده ریه و عضلات تنفسی کمک می کند که بهتر فعالیت خود را انجام دهند.

نتایج کوتاه مدت این روش امیدوار کننده بوده است ولی افرادی که به فرمهای شدید این بیماری مبتلا هستند شانس مرگ بیشتری دارند.

**پیشگیری**

قطع سیگار می تواند از بروز این بیماری جلوگیری نموده و میزان گسترش و پیشرفت آن را نیز کاهش دهد. کنترل سایر فاکتورهای محیطی نیز می تواند در پیشگیری از آن کمک کند.

اگر فردی به آمفیزم مبتلا باشد، پزشک از طریق پیشگیری و درمان صحیح عفونتها می تواند از پیشرفت بیماری در این فرد جلوگیری کند و بیمار نیز از طریق پیگیری و عمل به توصیه های بهداشتی عمومی می تواند در این فرآیند شرکت کند.

آمفیزم بیماری جدی و خطرناکی است. این بیماری به ریه ها و حتی قلب آسیب می رساند. اکثریت افرادی که آمفیزم دارند سیگاری هستند. در صورت ادامه سیگار کشیدن این بیماری بدتر شده و این بدتر شدن بخصوص در افراد مبتلا به کمبود آلفا ۱ آنتی تریپسین بسیار شدیدتر می باشد.

**توجهات پرستاري:**

1. استفاده از یک رژیم تغدیه ای خوب و سالم، خواب کافی و به موقع، فعالیت بدنی منظم است تا توان مقابله در برابر عفونتها را داشته باشید.
2. از تماس با آلاینده های محیطی و هوای آلوده خودداری شود چرا که منجر به تشدید علائم می شود.
3. فيزيوتراپي به منظور افزايش تهويه ريوي انجام شود.
4. اكسيژن در موارد هيپوكسي شديد در غلظتهاي كم داده شود.
5. از گشاد كننده هاي برونش و اسپري ها با دوز مشخص دستور داده شده استفاده شود.
6. تعداد تنفس 20- 12بار در دقیقه باشد. صداهای ریه در هر دو طرف یکسان باشد.انبساط قفسه سینه قرینه باشد.
7. بیمار را به تنفس عمیق با استفاده از اسپیرومتری تشویقی هر 1-2 ساعت آموزش دهید. چنانچه بیمار هیپرونتیلاسیون دارد او را به تنفس آرام تشویق کنید.
8. کنترل مکرر علائم حیاتی خصوصیات تنفس و سمع مکرر صدا های ریه کنترل گاز های خون شریانی و اشباع اکسیژن ، بررسی وجود اضطراب و ترس و دادن آرامش بخش در صورت لزوم
9. از عضلات کمکی در تنفس استفاده نشودکه با کنترل: 3- درد ناشی از گذاشتن لوله سینه که با تدابیر زیر باید کاهش یابد:
10. آموزش تمرینات دامنه حرکتی برای طرف مبتلا که جهت پیشگیری از بروز محدودیت در دامنه حرکات و عملکرد بیمار انجام می شود که بصورت انقباض عضلات بازویی می باشد . (ورزشهای پاسیو)
11. به بیمار یاد آور شوید که از افرادی که عفونت تنفسی و آنفولانزا دارند پرهیز نماید .
12. به بیمار گوشزد شود تا بهبود کامل از فعالیت پیوسته و شدید خودداری نماید(مثلا بلند کردن اجسام سنگینتر از 10کیلوگرم )
13. به بیماران تاکید شود که از ارتفاعات زیاد –  پرواز با هواپیماهای بدون دستگاه تنظیم فشار هوا و غواصی خودداری نماید .

**كيست هيداتيك**

کیست هیداتیک، بیماری انگلی است که به وسیله مرحله نوزاد کرم « اکی نوکوکوس گرانولوزوس

ایجاد می شود تنیا اکی نوکوک، کوچکترین کرم پهن نواری است که شناخته شده اندازه آن( ۵/۲) میلی متر(است.این کرم در روده کوچک سگ و سگ سانان)گرگ، روباه و بندرت گربه( زندگی می کند قسمت سرو بدن تشکیل شده است کرم بالغ در بدن انسان، گوسفند و گاو تشکیل نمی شود و تنها فرم بالغ کرم، در دستگاه گوارش سگ یاسگ سانان تشکیل می شود.

**● سیر تکاملی و مرحله بیماریزایی**

دربند آخر کرم بالغ تعداد زیادی تخم وجود دارد که به همراه مدفوع سگ دفع می شود.تخم انگل بسیار کوچک وغیر قابل رویت است.تخمها در خاک مرطوب و سایه به مدت چند ماه به حیات خود ادامه می دهند . میزبانان واسط) گاو، گوسفند، انسان و … ( با خوردن تخمها آلوده می شوند.تخم ها دارای چند لایه و لایه هااز جنس کراتین و نسبت به تغییرات محیط بسیار مقاوم و می توانند در ۲ درجه سانتی گراد به مدت ۲ سال و در طبیعت بر حسب درجه حرارت و شرایط جوی بین ۳تا۸ماه زنده بمانند.هر ۷ تا ۱۴ روز یکبار تخمها توسط سگ تولید و دفع می شود. تخمها بعد از خورده شدن توسط انسان یا دام در روده باز شده و جنین کوچکی از آن خارج شده که شش قلاب دارد.جنین قلابدار در مخاط روده نفوذ کرده و از طریق عروق خونی می تواند به کلیه نقاط بدن برود. جنین پس از توقف در اعضاء مختلف بدن (کبد، کلیه، ریه، مغز، استخوان ، طحال و غیره ( شروع به رشد می کند و به شکل کیسه ای در می آید که به آن کیست هیداتیک گویند

. هر کیست پر از مایع شفاف است که حاوی جنین یا لاروهای متعدد می باشد. کیستها به مرور رشد کرده و قطر آن به ۵ تا ۲۰ سانتی متر افزایش و گاهی حجم درون کیست به ۲ لیتر نیز می رسددر صورتی که کبد یا ریه یا عضو مبتلا به کیست هیداتیک درگاو و یا گوسفند به نحوی مورد تغذیه حیوانات دیگر مانند سگ قرار گیرد، کیستها در داخل روده کوچک باز شده و جوانه های داخل کیست به جداره روده کوچک می چسبند و بالغ می شوند و سر انجام کرم بالغ با تولید تخم چرخه را در طبیعت ادامه می دهد.

چرخه انتقال بیماری

1) ذبح غیر بهداشتی دام ، بیرون انداختن امعاء و احشاء آلوده به کیست و قرار گرفتن این اندامها در دسترس سگ در نتيجه خوردن کیستهای حاوی جنین توسط سگ و تبدیل آنها به کرمهای پهن نواری شکل در روده سگ رشد کرمها ودفع تخمها متعدد توسط مدفوع سگ در محیط.

2)خوردن علوفه و آب آلوده به تخمهای دفع شده سگ توسط دامها،گوسفند، گاو، شتر و..

3)تبدیل تخمها به جنین ها ی مختلف و تبدیل جنینها به کیست هیداتیک در اندامهای مختلف دام

**سیر تکامل عامل بیماری کیست هیداتیک**

۱( میزبان نهایی : میزبانی است که انگل دوران بلوغ یا مرحله تکثیر جنسی خود را در بدن آن موجود می گذراند.

1. میزبان واسط : میزبانی است که انگل دوران قبل از بلوغ جنسی خود را در بدن آن موجود می گذراند۰

**راههای انتقال بیماری به انسان**

1)تماس نزدیک و مستقیم با سگ های آلوده . يا تماس مستقیم با مدفوع سگ های آلوده .

2)مصرف آب،غذاوسبزیجات آلوده شده به مدفوع سگ

دوره کمون بیماری: دوره کمون ممکن است بین ۵تا۲۰ سال طول می کشدو بر حسب محل، نوع و شدت ضایعات علائم بالینی فرق می کند.

علائم بیماری در انسان

بیماری درسگ هیچ علامت مشخصه ای معمولاً ندارد .علائم کیست در انسان بستگی به اندازه و محل جایگزینی آن دارد ) حدود ۹۰% کیستهادر ریه و کبد تشکیل می شود( اگر بافت اطراف کیست نرم با شد کیست می تواند بزرگ و حتی به اندازه یک توپ فوتبال نیز برسد.

ـ کیست تشکیل شده در استخوان معمولاً کوچک ومایع داخلی آن کم می باشد و عمدتاً حفره میانی استخوان را مورد تهاجم قرار داده و باعث فرسودگی و شکستگی استخوان می گردد.

ـ در کیست های کبدی علائمی مثل بزرگی کبد ، قولنج کبدی و زردی دیده می شود.

ـ در کیست های ریه علائم مختلفی از جمله سرفه ، تنگی نفس ، دردهای قفسه سینه و خلط خونی دیده می شود.

ـ کیست در مغز موجب اختلالات عصبی تاری دید ، لرزش و صرع می گردد.

ـ کیست در کلیه با سوزش ادرار و وجود خون در ادرار خودنمایی می کند.

ـ کیست قلبی ممکن است باعث تپش قلب ، تنگی نفس، اختلال عمل قلب گردد.

ـ در پاره ای از موارد به علت ضربه ممکن است کیست پاره شده و محتویات آن وارد خون شده و شوک ایجاد کند که خود موجب سقوط سریع فشار خون و مرگ بیمار می گردد.

راه درمان بیماری در انسان

تنها راه درمان بیماری در انسان عمل جراحی و خارج کردن کیست از داخل بدن است که آن هم بایستی با ظرافت خاصی انجام شود زیرا اگر در هنگام جراحی مایع موجود در کیست ها و یا قطعاتی از آن در بدن پخش شود کیست های ثانویه و جدید ایجاد می گردد.گاهی به علت گسترش کیستها در اعضاء مختلف بدن و یا وجود کیست در منطقه حساس و خطرناک که دسترسی و عمل جراحی آن مشکل است از داروی آلبندازول جهت درمان استفاده می شود ضمناً بعد از عمل جراحی نیز برای حذف کامل کیستها از داروی فوق استفاده می گردد .

**پیشگیری و کنترل**

بیماری کیست هیداتیک انتشار جهانی دارد و بطور کلی در مناطقی که شغل دامپروری رونق دارد وتماس نزدیکی بین گاو، گوسفند، انسان و سگ زیاد می باشد، از شیوع بیشتری برخوردار است. بنابراین در کنترل بیماری باید موارد زیر را مد نظر قرار داد:

۱)آموزش بهداشت :آگاه نمودن مردم در زمینه استفاده از سبزیجات به نحوی که سبزی باید کاملاً با مواد ضدعفونی کننده شسته و بعد مصرف گردد.

۲) کسانی که دارای سگ خانگی و گله هستند، می بایست تماس محدودی با آنها داشته باشند. زیرا موی بدن آنها ممکن است به تخم انگل آلوده باشد. نگهداری این حیوانات باید تحت نظر دامپزشک با معاینه دوره ای مرتب و استفاده از داروهای ضد انگل همراه باشد و از لمس کردن آنها نیز خودداری گردد.

۳) از کشتار حیوانات گاو، گوسفند و بز در خارج از کشتارگاه اکیداً خودداری شود و این کار باید در کشتارگاههای بهداشتی صورت پذیرد.ضمناً مردم در این خصوص همکاری لازم را باید معمول دارند و از خرید گوشت و فراورده های دامی که معاینه نشده و مهربهداشتی ندارند خودداری کنند.

۴) بازرسی لاشه و اندام ها در موقع کشتار، ضبط و معدوم نمودن اندام های آلوده به کیست به نحوی که اندام آلوده از دسترس سگ دور نگه داشته شده و حتماً سوزانده و یا دفن بهداشتی گردند.

1. مبارزه با سگ های ولگرد شامل معدوم نمودن آنها از طرق مختلف و همچنین جمع آوری و دفن صحیح زباله نقش مهمی در کاهش جمعیت سگ ها و مبارزه با این بیماری و سایر بیماری هایی که از طریق سگ به انسان منتقل می شود را خواهد داشت.

**انسفالولوپاتي كبدي و اغماي كبد**

انسفالولوپاتي كبدي عارضه بيماري كبدي است كه همراه با نارسايي شديد كبد رخ مي دهدو ممكن است ناشي از تجمع آمونياك و ساير متابوليتهاي سمي در خون باشد.

اغماي كبدي نشاندهنده پيشرفته ترين مرحله انسفالولوپاتي كبدي است. افزايش غلظت آمونياك در خون سبب اختلال عملكرد و آسيب مغزي مي شود.

ديورز بيش از حد، دهيدراتاسيون،تب جراحي و بعضي از درمانهاي داروئي از عوامل ايجاد كننده مي باشند.

**تظاهرات باليني:**

زودرس ترين علايم انفسالوپاتي كبدي،تغييرات خفيف ذهني و اختلالات حركتي است.كنفوزيون جزئي و تغييرات خلقي رخ مي دهد؛بيمار ظاهري ژوليده پيدا مي كند و با مشكل تغييرات خواب مواجه مي شود؛

روز تمايل به خواب دارد و شبها دچار بي خوابي و بيقراري مي شود.

با پيشرفت بيماري در انجام كارهاي ساده مثل نوشتن و... دچار مشكل مي شود.

در مراحل اوليه ،رفلكس ها هيپراكتيو و با پيشرفت بيماري ،اندامها شل مي شوند.

بوي تنفس ،شبيه بوي علف تازه چيده شده،استون يا شراب كهنه است

**بررسي تشخيصي:**

اندازه گيري سطح آمونياك خون، بررسي علايم باليني بيمار

درمان:

تجويز لاكتولوز، كاهش مصرف پروتئين ،يا حذف آن ،آنتي بيوتيك غير قابل جذب (نئومايسين) به عنوان ضد ميكروبي روده اي،تجويز گلوكز داخل وريدي،ويتامينها و اكسيژن

توجهات پرستاري:

* كنترل سطح هوشياري بيمار، كنترل جذب و دفع،كنترل علايم حياتي حداقل هر 4 ساعت،بررسي از نظر عفونتهاي صفاقي و ريوي
* در صورت دادن لاكتولوز بررسي از نظر داشتن اسهال
* تغذيه كم پروتئين و پركالري ،عدم استفاده از مسكنها و خواب اورها
* برسي سطح آمونياك خون و ساير الكتروليتها،انما جهت كاهش سطح آمونياك خون

**مسموميت با متانول**

متانول ماده‌‌اي است بي‌رنگ با بوي خاص كه به نام الكل چوب شناخته مي‌شود. اين الكل در تركيبات حلال رنگ، ورني، مايع ضديخ و پاك‌كننده حفاظ‌هاي شيشه‌اي و ده‌ها تركيب ديگر مورد استفاده قرار مي‌گيرد. خطر مسموميت با متانول از طريق خوراكي، استنشاقي و پوستي وجود دارد

الكلي كه به عنوان مشروب مورد استفاده قرار مي‌گيرد از بسياري از خوراكي‌ها مثل كشمش، خرما و انگور تهيه مي‌شود و نام شيميايي آن اتانول است. در بدن انسان آنزيم‌هايي وجود دارد كه اتانول را تجزيه كرده و پس از متابوليت، مي‌تواند در قسمت‌هاي مختلف بدن تاثير بگذارد از مهم‌ترين قسمتي كه اتانول روي آن تاثير مي‌گذارد، مغز است. با تاثير الكل روي بافت مغز، سيستم عصبي تحت‌الشعاع قرار گرفته و عملكرد آن كند مي‌شود كه همين موضوع علائمي مثل اختلالات خلقي و عدم تعادل را ايجاد مي‌كند. اگر شما با چنين افرادي برخورد داشته‌ايد حتما ديده‌ايد كه تفسير آنها از خود و محيط پيرامونشان تحت تاثير مصرف الكل تفسيري غلط و گاهي غيرقابل درك است. از مهم‌ترين علائم چنين افرادي تلوتلو خوردن است كه در نتيجه عدم تعادل به وجود مي‌آيد.

مصرف اتانول در درازمدت مي‌تواند باعث بروز عوارض جدي و گاهي خطرناك شود و چنانچه ميزان مصرف الكل زياد باشد، مجموعه‌اي از علائم در فرد پديدار مي‌شود. اولين علامت خود را به شكل كاهش سطح هوشياري نشان مي‌دهد و به دنبال آن علائمي مثل تهوع، استفراغ و پرادراري نيز پديدار مي‌شود. تهوع و استفراغ و پرادراري خود مي‌تواند باعث عوارض ديگري در شخص شود كه در حقيقت اين عوارض، مشكلات ثانويه مصرف اين مواد محسوب مي‌شوند. معمولا در مسموميت با اتانول هوشياري آنقدر كاهش پيدا نمي‌كند كه پزشكان مجبور باشند براي كنترل راه هوايي اقدام خاصي انجام دهند ولي در هر صورت زماني كه هوشياري بر اثر مصرف بسيار زياد الكل خيلي افت پيدا كرده باشد و استفراغ‌هاي غيرقابل كنترل هم بر عوارض در شخص اضافه شود، اينجاست كه جان فرد مسموم در معرض خطر قرار مي‌گيرد و حتما بايد در اسرع وقت به اورژانس مراجعه كرد.

گاهي ديده شده كه چنين افرادي دچار افت قند خون مي‌شوند، چراكه بدن به جاي اين كه قند خون را بسوزاند، الكل را مصرف مي‌كند و الكل در چرخه متابوليسم بدن ايجاد اختلال كرده و همين باعث افت قند خون شده و پيامد آن در پاره‌اي اوقات عوارضي مثل عارضه مغزي و كاهش سطح هوشياري و اختلال تكلم و در نهايت حتي مي‌تواند شخص به كما برود.

در بيشتر موارد چنانچه فرد در نتيجه مصرف الكل (اتانول)‌دچار مسموميت شود، مهم‌ترين اقدامات درماني لازم براي او تحت نظر بودن در مراكز درماني و جبران مايعات از دست رفته و كنترل تهوع و استفراغ و قند خون و در صورت نياز جبران قند خون است.

از آنجا كه اتانول در بدن بسرعت متابوليزه مي‌شود و بعد از چند ساعت اثري از الكل در بدن نخواهد بود، بنابراين عوارض به همان سرعتي كه ايجاد مي‌شود تقريبا به همان سرعت هم از بين مي‌روند. مصرف طولاني‌مدت اتانول، مي‌تواند باعث اختلالات كبدي در فرد شود كه اين اختلالات هرچند در مراحل اوليه با قطع الكل قابل برگشت است ولي بتدريج كه مصرف الكل ادامه پيدا كند اين ضايعات غيرقابل برگشت شده و پيامد آن از كار افتادن كبد است. ازجمله ديگر ضايعاتي كه در نتيجه مصرف مزمن الكل محتمل است، ضايعات كليوي است كه البته آمار ضايعات كليوي به مراتب كمتر از ضايعات كبدي است.

از ديگر عوارضي كه مصرف زياد الكل بخصوص در فصل سرما ايجاد مي‌كند، سرمازدگي و يخ‌زدگي است. چرا كه با مصرف الكل فرد دچار عدم تعادل و كاهش سطح هوشياري مي‌شود و او در چنين شرايطي نمي‌تواند از خودش مراقبت كند و در برابر تغييرات دمايي بسرعت دچار عارضه مي‌شود، بر خلاف فرد عادي كه حتي در صورت بي‌هوشي بعد از طي يك دوره اين علائم برايش بروز مي‌كند و در واقع توانايي بدن فرد بي‌هوش براي حمايت و تامين سلامت به مراتب بيشتر از فرد معتاد به الكل است.

مصرف الكل در فصل سرد سال عوارضي به مراتب بيشتر از فصل گرم سال دارد. معمولا بيماراني كه به دليل سرمازدگي به اورژانس مراجعه مي‌كنند، اولين حدس، شك به مصرف الكل است، چراكه مهم‌ترين عارضه مصرف اين ماده سرمازدگي است. بنابراين چنانچه بيماري به دليل سرمازدگي به اورژانس آورده شود، اولين حدس درباره علت سرمازدگي در وي، مصرف الكل است.

افرادي كه به‌آنها به اصطلاح الكليسم يا معتاد به الكل مي‌گويند، در واقع‌انرژي مورد نياز بدنشان را از الكل مي‌گيرند، يعني به جاي اين كه از مواد قندي ديگر يا از مواد پروتئيني و چربي استفاده كنند و از اين طريق انرژي مورد نياز بدنشان را تامين كنند، صرفا با استفاده از الكل انرژي بدنشان را تامين مي‌كنند. در نتيجه اغلب آنان از سوءتغذيه رنج مي‌برند.

چنانچه اين افراد تصميم به ترك اعتياد داشته باشند، بايد بدانند كه قطع الكل به صورت ناگهاني مي‌تواند بسيار خطرناك باشد و توصيه به آن نمي‌شود و چنانچه فرد الكلي به يكباره مصرف آن را قطع كند، طيف وسيعي از علائم مثل بي‌قراري و تشنج را به دنبال خواهد داشت. بنابراين براي ترك الكل بايد جانب احتياط را رعايت كرد و تحت شرايط و تدابير خاصي اقدام به ترك كرد.

**عوارض غيرقابل برگشت مصرف متانول**

شخصي كه مشكوك به مصرف متانول باشد حتي به مقدار بسيار كم، حتما بايد در اسرع وقت به بيمارستان منتقل شود، چرا كه با مصرف متانول بر خلاف اتانول كه علائم آن پس از مصرف به سرعت در فرد ظاهر مي‌شود، علائم با تاخير بروز مي‌كند. يعني به عنوان مثال اگر علائم اتانول ظرف مدت چند دقيقه تا چند ساعت ظاهر شود، در متانول علائم بعد از 6 تا 12 ساعت به وجود مي‌آيد و چنانچه متانول همراه با اتانول (نوعي از مشروب با ناخالصي)‌مصرف شده باشد، حتي ممكن است علائم بعد از 24 ساعت شروع شود. به همين دليل وقتي فردي با علائم مصرف الكل صنعتي يا مشروبات ناخالص به مراكز درماني مراجعه مي‌كند، تشخيص مسموميت با الكل صنعتي خيلي دشوار خواهد بود و همين مساله يكي از موارد خطرناك درباره مسموميت با الكل تقلبي است. از مهم‌ترين علائم مسموميت با متانول يا الكل صنعتي، بي‌قراري فرد مسموم است در حالي كه در مصرف مشروبات غيرتقلبي فرد دچار سرخوشي و به عبارتي مستي مي‌شود. سپس با گذشت زمان علائم كاهش سطح هوشياري در فرد بروز مي‌كند تهوع، استفراغ و دل‌درد نيز از ديگر علائم مصرف الكل تقلبي است، ولي از آنجايي كه اين علائم ممكن است مثلا 24 ساعت بعد از مصرف خود را نشان دهد حتي خود فرد مسموم در پاسخ به سوال پزشك كه آيا چيز خاصي مصرف كرده يا خير با تصور اين كه اين علائم نمي‌تواند به دليل مصرف الكل باشد از گفتن آن امتناع مي‌كند و در حقيقت همين مساله روند تشخيص و درمان لازم را كند كرده و به تاخير مي‌اندازد.آنچه درباره اين بيماران باعث تاسف است، عوارض غيرقابل برگشتي است كه اين ماده روي شبكه عصبي آنان مي‌گذارد. اين عوارض در جاهاي مختلف بدن مي‌تواند ظاهر شود مثل شبكيه چشم كه كوري را به همراه دارد و غيرقابل برگشت است، اثر روي مغز كه در نتيجه كاهش خونرساني به مغز به وجود مي‌آيد و ضايعاتي دائمي مثل سكته مغزي كه در فرد ايجاد مي‌كند و از ديگر علائم آن مي‌توان به كاهش دائمي هوشياري در فرد اشاره كرد.

از خصوصيات اين افراد، اختلالات خلقي است كه در نتيجه ضايعات مغزي در آنها ايجاد مي‌شود. اين ماده سمي همچنين روي كليه‌ها اثر گذاشته و مي‌تواند آنها را از كار بيندازد.بدن در حالت طبيعي و براي ادامه حيات و فعاليت داراي سيستم خونرساني در شرايط خنثي از نظر اسيديته است، اما بلايي كه اين الكل‌بر سيستم خونرساني بدن مي‌آورد، اين است كه اسيديته خون را به سمت اسيدي شدن پيش مي‌برد كه اين خود عاملي براي شروع عوارض مهم در بدن است.اغلب اين افراد پس از مصرف، دچار اختلالات الكتروليتي شده و املاح خونشان در نتيجه جنب و جوش و فعاليت زياد، دستخوش تغييرات مي‌شود. همچنين تعريق زياد و افزايش ادرار باعث از دست رفتن بخش زيادي از آب بدنشان مي‌شود. بنابراين آنها دچار بي‌قراري و اختلال تنفسي مي‌شوند.

**درمان**

**درمان** چنين بيماراني بسيار مشكل و پيچيده است، زيرا از يك طرف بايد آنها را آرام كرد و از طرف ديگر راه‌هاي هوايي‌شان بايد كنترل شود و از همه بدتر نداشتن شرح حال درست از بيمار، پروسه درمان را پيچيده‌تر مي‌كند.با توجه به سرعت جذب الكل از طريق مخاط بدن و حتي در خيلي موارد از روي پوست، شما نمي‌توانيد هيچ كمكي به چنين افرادي كنيد. برخي به غلط بر اين باورند كه با تحريك به استفراغ و بيرون آوردن الكل از معده آنان مي‌توانند كمك موثرتري براي نجاتشان بكنند، در حالي كه بايد بدانيد به دليل سرعت بالاي جذب الكل از طريق مخاط و حتي در خيلي موارد از طريق پوست، تحريك به استفراغ هيچ كمكي به او نمي‌كند، زيرا تا رسيدن الكل به معده تقريبا 80 درصد الكل توسط مخاط جذب مي‌شود و عملا اين كار هيچ كمكي به فرد مسموم نمي‌كند.

پادزهر متانول، اتانول است اما دانستن اين قضيه نبايد شما را گمراه كند و اگر شك به مصرف متانول در فردي داشتيد به او اتانول بدهيد، چراكه عملا با كم كردن سطح هوشياري وي، فرد مستعد اتفاقات بعدي مثل در خطر افتادن راه هوايي و تنفس مي‌شود، بنابراين تنها كمكي كه مي‌توانيد براي فرد مسموم تا رسيدن اورژانس انجام دهيد، اين است كه اگر بيمار دچار افت هوشياري يا تهوع و استفراغ مكرر شد، او را به پهلو بخوابانيد تا استفراغ، راه هوايي او را مسدود نكند.

به دليل منع مصرف الكل در دين اسلام و مجازات‌هايي كه براي آن در نظر گرفته است، خيلي ازخانواده‌ها در مراجعه به اورژانس به دليل مصرف الكل از اقرار به مصرف آن خودداري مي‌كنند و در نهايت با شك پزشك و انجام آزمايش لازم به تشخيص مي‌رسند كه معمولا تشخيص آن به دليل سرعت بالاي متابوليزه الكل در خون بسيار دشوار است و شايد تنها با آزمايش ادرار و با توجه به علائم خاصي قابل تشخيص باشد.

**اثرات:**

اثرات متانول را مي‌توان در چندين نقطه از بدن پيگيري كرد. در دستگاه عصبي باعث بروز گيجي، سردرد، سرگيجه، تشنج و گاهي افت هوشياري مي‌شود. در سي‌تي‌اسكن از مغز ديده شده كه گاهي ضايعاتي مشابه با بيماران مبتلا به پاركينسون در مغز افراد مسموم ديده مي‌شود. در چشم ايجاد دوبيني، ترس از نور، احساس ديدن طوفان برفي، تاري ديد، كاهش ميدان بينايي و كوري مي‌كند. اثرات متانول در دستگاه گوارش مشابه با اتانول بوده و با تهوع، استفراغ، دردشكمي همراه است. بعضي از افراد با وجود مصرف ميزان فراوان متانول هيچ علامت گوارشي ندارند. در دستگاه قلبي ممكن است منجر به افت در فشارخون و ضربان قلب شود. از اثرات ديگر الكل كه شايع بوده و در اثر عدم درمان مي‌تواند دائم‌العمر بر زندگي فرد تاثير بگذارد بروز افت قند‌خون است. در هر فرد با مسموميت با الكل بايد قند خون بررسي شود. 1-زمان مراجعه و حال عمومي بيمار : جذب اتانول (الكل موجود در مشروبات الكي ) بسيار سريع صورت گرفته و اوج علائم آن در 2-1 ساعت اول به شكل مستي ، برافروختگي ، پرحرفي ، علائم گوارشي و .... است. در صورت بلع مقادير زياد ممكن است با كاهش سطح هوشياري و ايست تنفسي همراه باشد. آن چه اهميت دارد اين است كه با گذشت زمان وضعيت بيمار رو به بهبود مي رود. اين وضعيت در الكل هاي سمي و خصوصاً متانول ديده نمي شود. بيمار معمولاً دير ( و به طور شايع بعد از 24 ساعت ) مراجعه كرده و وضعيت باليني بيمار هر ساعت بدتر مي شود.

2-علائم مستي و وازوديلاتاسيون : فرد دچار مسموميت با الكل اتيليك دچار علائم مستي ، بر افروختگي ، پرحرفي ، گر گرفتگي و احساس گرما و نيز پرخاشگري و بي ادبي است. در صورتي كه افراد دچار مسموميت با الكل هاي سمي علائم مستي بارزي را از خود نشان نداده و بعلت شوك همراه انتهاهاي سرد و گاه لرز دارند.

3-تظاهرات چشمي : بيماران دچار مسموميت با الكل اتيليك معمولاً مردمكهاي میوتيك دارند و شكايتي از مشكلات بينايي نمي كنند، در صورتي كه در مسموميت با الكل متيليك مردمك ها ميدرياتيك و با پاسخ كند به نور يا بدون پاسخ است.

4-بوي الكل : معمولاً در زمان مراجعه از دهان بيماران دچار مسموميت با الكل اتيليك بوي الكل استشام مي گردد. اين وضعيت در مواجهه با بيماران دچار مسموميت با الكل هاي سمي كمتر وجود دارد.

5-تشنج و علائم CNS يافته هاي عصبي خصوصاٌ تشنج از علائم شدت مسموميت در الكل هاي سمي است.

6-وجود تاكي پنه و اسيدمي : اسيدمي از يافته هاي آزمايشگاهي خوب در افتراق الكل هاي سمي و غير سمي است. پاسخ بدن به اسيدمي به شكل تاكي پنه و هيپرونتيلاسيون است كه در بالين تظاهر مي كند. گرچه مسموميت با الكل اتيليك نيز مي تواند اسيدوز خفيفي ايجاد كند ولي معمولاً اين اسيدوز خفيف خود به خود و با اقدامات حمايتي معمول و با دفع و تجزيه اتانول رفع مي گردد.

7-اندازه گيري سطوح سرمي الكل ها : شايد اهميت آن در ساعتهاي اوليه مسموميت بيشتر باشد اما عملاً با گذشت زمان سپري شده از مسموميت اهميت خود را از دست داده و حتي مي تواند گمراه كننده باشد. از آنجايي كه متابوليت الكــــل هايسمي عمدتاً مسئول عوارض آن هستند ممكن است در زماني كه بيمار به پزشك مراجعه كرده عملاً سطوح الكل در خون به ميزان زيادي افت كرده و تمامي آن به متابوليت هاي سمي تبديل شده باشد لذا در عين حالي كه بيمار دچار عوارض مسموميت با الكل سمي است بررسي هاي آزمايشگاهي نمي تواند وجود متانول در سرم را نشان دهد. از طرفي نمونه گيري غير صحيح كه در آن از الكل اتيليك به عنوان ضد عفوني كننده پوست استفاده گردد مي تواند منجر به بروز پاسخ هاي مثبت كاذب شود.

8-قند خون و الكتروليت ها : معمولاً در مسموميت با اتانول هيپوگليسمي و در مسموميت با متانول هيپرگليسمي وجود دارد. همچنين بعلت اسيدوز هيپركالمي در مسموميت با متانول ديده مي شود در صورتي كه ممكن است بعلت استفراغ زياد هيپوكالمي از تظاهرات مسموميت با اتانول باشد. يافته هاي اشاره شده ثابت و بايستي در كنار ساير علائم بدان ها توجه نمود.

**برخورد با بيمار مسموم**

هر فرد مشكوك به مصرف را بايد به اورژانس رساند. بنابراين اولين اقدام تماس با اورژانس بيمارستانــي (115) است. عدم وجود مهار در فرد مسموم عاملي براي آسيب به ديگران است كه بايد احتياط لازم را به عمل آورد. به دليل افت در هوشياري بايد بيمار را بر يك پهلو خواباند تا در صورت بروز استفراغ مــــــواد غذايي وارد مجاري هوايي نشود. يكي از نكات جالب براي درمان مسموميت با متانول، تجويز اتانول است. در اين روش به واسطه تداخل مابين اتانول و متانول، در تغيير و دگرگوني متانول در كبد تغييراتي ايجــــاد مي‌شود كه از بروز اثرات سمي ممانعت بعمل مي‌آورد. در واقع افرادي كه مصرف اتانول و متانول همزمان دارند خطر آسيب چشمي كاهش يافته است. اگر فردي متانول به تنهايي مصرف كرده باشد شرايـــــط بشدت وخيم‌تر خواهد بود. بسياري از بيماران به منظور رفع مسموميت نيازمند دياليز اورژانسي مي‌شوند. درمان با اتانول و فومپيزول در مسموميت با متانول و درمان اين مسموميتمي باشد.در صورتي كه مقادير زير در آزمايشات ديده شود.تاريخچه يا شك قوي باليني\* به مسموميت متانول در صورتي كه بيمار حداكثر 72 ساعت بعد از بلع با دو جزء از موارد زير مراجعه كرده باشد:

الف- 3/7 PH< شرياني ب- meq/L 20 < بيكربنات سرم

در صورتي كه بيمار علاوه بر دارا بودن شرايط دياليز مستلزم دريافت اتانول نيز بود بايستي با توجه به برداشت

اتانول از طريق دياليز دوز اتانول را در طي همودياليز حداقل دو برابر نمود.

تجويز اتانول به ميزان m1/kg1 از محلول 20-10% الكل 96 درجه به عنوان دوز Loading . دوز نگهدارنده m1/kg/h 16/0 خوراكي يا از طريق NGT يا فومپيزول به ميزان mg/kg 15 به عنوان دوز Loading ، دوز نگهدارنده mg/kg 10 هر 12 ساعت IV براي 4 دوز و سپس mg/kg 15 هر 12 ساعت و تجويز فولينيك يا فوليك اسيد به ميزان mg/kg1 تا حداكثر mg 50 هر 6-4 ساعت IV در محلول 5% دكستروز در عرض 60-30 دقيقه

براي اصلاح PHبه بالاي 3/7: بيكربنات تجويز كنيد

1. يا اختلالات الكتروليتي قابل توجه مقاوم به درمانهاي معمول
2. يا كاهش سطح هوشياري
3. يا غلظت متانول سرم < 25 ميلي گرم در دسي ليتر

پروسيجرهاي متداول در بخش

چند تا از پروسيجرهاي متاول در بخخش در زير توضيح داده مي شود.

* ترانسفوزيون

يكي از پروسيجرهاي انجام شده در بخش ترانسفوزيون مي باشد كه در اكثر بيمار باآنمي يا ديگر اختلالات خوني مورد استفاده قرار مي گيرد لازم است به نكاتي در اين مورد دقت شود.

**1) هنگام دریافت خون علاوه بر چک کردن شماره آن به تاریخ انقضاء و کیسه نیز توجه شود.**

**2) از زمان تهیه یک واحد pc تا زمان انقضاء آن تنها 30 روز فرصت برای نگهداری و تراسفوزیون باقی است لذا دقت در تاریخ انقضاء الزامی است.**

**3) در صورتی که خون تهیه شده تنها 30 دقیقه در دمای محیط باقی بماند قابل عودت به بانک خون نیست.**

**4) در صورتی که ترانسفوزیون خون بیش از 4 ساعت طول بکشد احتمال رشد باکتری در کیسه خون وجود دارد.**

**5) تروس خون استفاده شده نباید بیشتر از 4 ساعت بر بالین بیمار بماند.**

**6) بدلیل احتمال تجمع پلاکتی و تخریب آنها از تروسی که خون تزریق شده باشد، نبایستی پلاکت تزریق شود.**

**7) در صورتی که کیسه خون باز شود ولی استفاده نگردد میتوان تا مدت 24 ساعت آن را در یخچال نگهداری کرد.**

**8) دمای مناسب برای نگهداريPC(C0‍‍6- 1**)

**برای پلاکت دمای محیط  (°с 25)  و در حالت shaking  و برای FFP دمای ( °c20-) و زیر آن  میباشد.**

**9) گلبول قرمز شسته شده یعنی کیسه خونی که میزان لوکوسیت های آن ( برای کمتر شدن احتمال آلرژی) کاسته شده است و در صورتی که گلبول قرمز شسته شده موجود نباشد میتوان از تروسهای کاهنده لوکوسیت موجود در بخش استفاده کرد.**

**10)  زمان انقضاء گلبول قرمز شسته شده تنها 24 ساعت است.**

**11) برای تزریق آرام خون نیازی به گرم کردن آن نیست ، تنها در ترانسفوزیون سریع ( بیش از 100 سی سی در دقیقه ) بایستی خون را با وارمر مخصوص گرم کرد.**

**12) در واکنش خفیف خون نیازی به قطع ترانسفوزیون نمی باشد.**

**13) واکنش خفیف  : در این نوع واکنش تنها یک از علائم زیر وجود دارد : (فقط) تب کمتر از 38 درجه و یا کهیر داشتن (فقط) کمتر از  دو سوم بدن بیمار**

**14) هنگام در یافت کیسه خون رعایت نکات زیر الزامی است :  الف – ثبت تشخیص بیماری ب- ثبت ساعت درخواست و ثبت ساعت دریافت خون در بخش  ج- چک تاریخ انقضاء خون   د- چک شماره خون**

**15) بهترین محلول برای رقیق کردن خون نرمال سالین(NaCl 0/9%)  میباشد**

16)در 15 دقيقه اول علايم حياتي هر 5 دقيقه كنترل و ثبت شود ؛انفوزيون به ميزان 10 قطره در دقيقه است.

17)بيمار را از نظر تب،لرز،درد پشت،تهوع،تاكيكاردي،بثورات جلدي،كنترل شود.

18)با توجه به اينكه نگهداري PC خارج از يخچال بانك خون در بخش جهت ترانسفوزيون به بيمار مجاز نمي باشدو در مورد پلاكت و ffp بيش از نيم ساعت مجاز نيست؛ اين محدوده زماني جهت اخذ و ترانسفوزيون بايد مد نظر باشد

19)گلبول قرمز حداكثر ظرف 2 ساغت بايد انفوزيون شود؛مگر بيمار در معرض افزايش بار فلبي عروفي باشد.

* **پرده جنب (pleura** )

ریه ها و قفسه سینه بوسیله یک غشاء سروزی بنام جنب پوشیده می شوندپلور از دو لایه تشکیل شده است:

 1) لایه جداری(parietal pleura)

۲) لایه احشایی visceral pleura)

بین این دو لایه فضای بالقوه ای وجود دارد که حاوی 5-3 سی سی مایع پلور می باشد

چست تیوب (**Chest tube**)*:*برقرار کردن ارتباط بین فضای جنب با محیط خارج به کمک لوله.

پنوموتوراکس (تجمع هوا در فضای جنب)

هموتوراکس (تجمع خون در فضای جنب)

افیوژن پلور (تجمع انواع دیگرمایع در فضای جنب )

آمپیم (تجمع چرک در فضای جنب )

شیلوتوراکس (تجمع لنف ناشی از مجرای توراسیک )

مراقبت بعد از عمل (مثلا بعد از بای پس شریان کرونری، توراکوتومی یا لوبکتومی هدف پیشگیرانه در بیماران پرخطر قبل از انتقال از یک مرکز به مرکزی دیگر یا قبل از ونتیلاسیون فشار مثبت

**کنتراندیکاسیون توراکوتومی**

درمان با داروهای ضدانعقادی یا وجود اختلالات انعقادی خونریزی دهنده

پنوموتوراکس کوچک بدون علامت و غیر پیشرونده

شک به پارگی دیافراگم

**محل کارگذاری Chest tube**

پنوموتوراکس= دومین فضای بین دنده ای

هموتوراکس=چهارمین تاششمین فضای بین دنده ای

**وسایل و تجهیزات مورد نیاز:**

دستکش استریل ، گان ، ماسک ، کلاه جراحی ،سرنگ 5 تا 10 سی سی ، محلول ضدعفونی کننده ، تیغ جراحی ، نخ غیر قابل جذب نمره 0-1 یا 0-2 ، گاز استریل ساده و وازلینه ،لوله سینه مستقیم نمره  24-22  برای پنوموتوراکس                     و نمره  36-34  برای هموتوراکس، سیستم یا دستگاه تخلیه ، سایز لوله سینه

   Adult or Teen Male =28-32 Fr ، Adult or Teen Female= 28 Fr   Child  =18Fr .  Newborn = 12-14 Fr

**عوارض تعبیه** chest tube

خونریزی و هموتوراکس ناشی از پارگی شریان بین دنده ای، سوراخ شدگی عناصر احشایی (ریه، قلب، دیافراگم یا اعضای داخل شکم) سوراخ شدن ساختمان های عروقی عمده مانند آئورت و عروق ساب کلاوین نورالژی بین دنده ای در اثر ترومای وارد شده به دسته های عصبی-عروقی آمفیزم زیرجلدی ادم ریه در اثر اتساع مجدد ریه عفونت در محل تخلیه پلور پنومونی و آمپیم. همچنین ممکن است مشکلات تکنیکی همچون انسداد متناوب مسیر لوله در اثر لخته خون، چرک یا قرارگیری لوله در محل نادرست روی دهد که هر یک از این موارد به تخلیه غیرموثر منجر خواهند شد.

**مراقبتهای مربوط به** tubeChest

برای گذاشتن لوله سینه در قسمت قدامی قفسه ، بیماربایستی در وضعیت طاق باز و در صورت امکان سر وتنه 30 تا 40درجه بالاتر از سطح افق قرارگیرد.جهت گذاشتن لوله سینه در خط آگزیلاری بایستی بیمار به پهلوی طرف مخالف منحرف شود و دست طرف مورد نظر پشت یا بالای سر قرارگیرد.بعد از تعبیه بایستی رادیوگرافی رخ ونیمرخ قفسه سینه گرفته و موقعیت لوله و پاسخ به درمان بررسی شود.در مواردی که زمان اجازه می دهد، کل فرآیند را به بیمار یا همراه او توضیح دهید و از ایشان رضایت نامه کتبی اخذ کنید؛ در شرایطی که تعبیه لوله سینه به صورت اورژانسی ضرورت پیدا می کند، ممکن است نتوانیم از بیمار رضایت نامه بگیریم. صحت کار توراکوستومی بایستی مرتب کنترل شود.در حالت پنوموتوراکس تشکیل حباب در داخل محفظه و در حالت هموتوراکس تجمع مایع در داخل محفظه نماینگر صحت دستگاه و لوله می باشد رابط ها و محل ورود لوله ها به بطری و tube chest باید کاملا“ محکم باشد تا هوا نشت نکند.رابط لوله باید حداقل 2 سانتی متر زیر آب باشد. خصوصیات و میزان ترشحات اندازه گیری ، ثبت شود وعلامت گذاری شود در صورت کف کردن داخل بطری می توان الکل داخل بطری ریخت تا کف نکند.مایع داخل بطری و بطری باید استریل باشد. باید مراقب انسداد و لخته شدن آن بود.در صورت عدم حرکت مایع حین تنفس و سرفه نشاندهنده انسداد است که بایستی برطرف شود.حین راه رفتن ،جابجایی باید chest tube را با پنس clamp نمود.چسب های chest tube باید به صورت دو شاخه زده شود و بصورت عرضی در امتداد دنده ها زده شود.بیمار راباید وادار نمائیم که وضعیت خود را راست و صحیح نگه دارد و بازو وشانه خود راحرکت دهد تا contracture ایجاد نشود.اگر میزان ترشحات لوله سینه بیشتر از cc/h 150 شد باید به پزشک اطلاع داده شود.

زمان مناسب برای خارج کردن چست تيوب

 زمان مناسب برای خارج کردن لوله سینه بهبود در وضعیت تنفسی (طولانی نبودن تنفس وعدم سختی انجام آن شنیده شدن صداهای تنفسی وبالا آمدن قرینه قفسه سینه ریت تنفس کمتر از 24 تا در دقیقه .

**مراقبت و نحوه خارج کردن چست تيوب**

رعایت نکات استریل (پوشیدن دستکش،شستشوی محل با بتادین) بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد و پانسمان و بخیه دور لوله باز شود.برای بیمار توضیح دهید که دارو درمانی از قبل به کاهش درد در او کمک خواهد کرد (مورفین..) باید پیک راحتی از درد همزمان با خروج چست تیوب باشد. هنگام خارج کردن لوله Chest tube از بیمار می خواهیم مانور والسالوا انجام دهد(ضمن بازدم قوی گلوت را ببند) .Chest tube را کلامپ نموده وسریعا“ بیرون کشیده شود.در صورتیکه برش جلدی بیش از یک سانتی متر باشد، بایستی نخ دور لوله باز و همزمان با خروج لوله گره زده شود.گاز ساده را روی گاز وازلینه قرارداده وهمزمان آن راروی محل ورود لوله به قفسه سینه بگذارید.با نوار چسب گاز را روی محل به خوبی ثابت و محکم کنیدرادیوگرافی کنترل قفسه به عمل آید وعلایم و نشانه های تنفسی بادقت بررسی شوند.ظرفیت اشباع اکسیژن را با پالس اکسی متری کنترل کنید. پس از 72 ساعت پانسمان را باز کرده و پیگیریهای معمول به عمل آید.

**لوله گذاری تراشه**

هدف:باز نگه داشتن راه هوایی

ساکشن ترشحات ریه-کاهش فضای مرده تنفسی

اعمال فشار مثبت بر ریه ها پیشگیری از آسپیراسیون ترشحات معده به ریتین(با پر کردن کاف).انجام میشود



****

انواع لارنگوسکوپ

میلر(یا تیغه مستقیم که در اطفال کاربرد زیادی دارد)

مکینتاش(یا تیغه خمیده با بیشترین مورد مصرف) لارنگوسکوپ فیبروپتیک ( که انعطاف پذیر بوده و در موارد لوله گذاری مشکل استفاده می گردد ودر همه مراکز وجود ندارد.از این وسیله برای معاینه راه هوایی فوقانی -لوله گذاری در پوزیشن دمر- بررسی صدمه حنجره بهره مي گيرند.  
ملاحظات خاص در لوله گذاری تراشه انتخاب لوله با قطر و طول مناسب  
کنترل قطر داخلی لوله از نظر عدم وجود انسداد(به صورت غشاء نازک از جنس خود لوله  
سلامت کاف( تست شود)-کنترل لارنگوسکوپ ( نور کافی)-سلامت ماسک ها و وجود ایر وی-سرنگ هوا برای پر کردن کاف-ژل لوبریکانت-استیلت-پنس مگیل.

**شاخص هایی که نشان میدهد لوله گذاری آسان است یا مشکل**؟

1)فک تحتانی جلو آمده(دیدن حنجره را دچار اشکال میکند-تیغه بزرگتر یا تیغه مستقیم بهتر است)  
2)عدم توانایی در باز کردن دهان(آنکلیوزمفصل گیجگاهی فکی و یا تریسموس- پیش آگهی خوب نیست-لوله گذاری مشکل است بهتر است در حالت بیداری و اسپری لیدو کایین لوله گذاری شود و رفلکس بلع از بین نرود.

3)دهان کوچک که لارنگوسکوپ فضای مانده را پر می کند.

4)دندان های جلو آمده یا شل بودن آنها(هیچگونه فشار به آنها وارد نشود واز نظر خطر شکستن دندان ویا افتادن به حلق 5)مشاوره دندانپزشکی قبل از عمل الکتیو بهتر است.در موارد اورژانس اگر بیماهوشیار است توضییح داده شود که احتمال دارد که دندان شل صدمه ببیند.

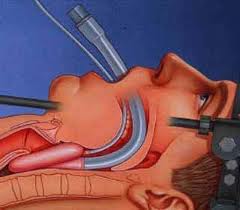
6)چاقی و کوتاه بودن گردن(حنجره بالاتر از محل طبیعی قرار میگیرد و استفاده از استیلت ممکن است سودمند باشد

**عوارض لوله گذاری تراشه**

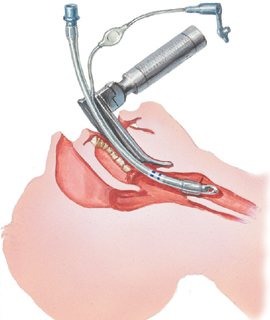
آسیب به لب ها-شکستن دندان-خراشیدگی حلق-کنده شدن بافت آدنویید-خونریزی زیر مخاطی تار های صوتی-خونریزی از بینی-آمفیزم مد یاستین یا زیر جلدی-پنوموتراکس-ورم حنجره وادم تراشه و عفونت راه هوایی-حساسیت به ژل لوبریکانت-زخم تار های صوتی -زخم مخاط قدامی تراشه به خاطر تحریک و حرکت لوله -فلج تار های صوتی -آسپره نمودن بیمار-لذا لوله گذاری توسط فرد ماهر و بدناعمال خشونت انجام شود.

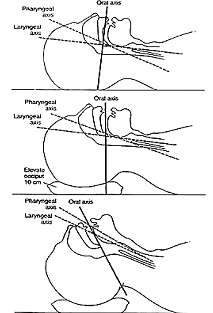
**نحوه لوله گذاری تراشه:**

ارتفاع تخت را صورت بيمار درسطح گزيفوييد ما قرار گيرد.زير سر افراد بزرگسال يك بالش كوچك قرار دهيد و در پوزيشن sniffing (پوزيشني كه در اين حالت راه هوايي مستقيم و ديد خوبي دارد) قرار دهيد. لارنگوسكوپ را در دست چپ بگيريد (انگشتان به صورت پلكاني در دسته و تيغه قرار ميگيرد)وهرگز به صورت مشت بسته در دست نگيريد سپس با استفاده از انگشت شست و اشاره دست راست آرواره ها را از هم جدا كنيد تا لبها بين لارنگوسكوپ و دندانها فشرده نشود.تيغه از كنار راست زبان عبور دهيد و كم كم به سوي مركز و طرف چپ هدايت كنيد (زبان جارو ميشود) نوك تيغه لارنگوسكوپ بين اپي گلوت و قاعده زبان قرار گيرد و حالا بدون فشار به دندان ها و اهرم كردن لارنگوسكوپ به بالا وجلو برده شود كه در اين حالت ليگامانهاي هيپو گلوتي كشيده مي شود و اپي گلوت به بالا وبه طرف تيغه خم مي شود حالا گلوت را ميبينيد و بآساني لوله گذاري را مي توانيد انجام دهيد .فقط كافي است كاف لوله تراشه از گلوت عبور كند . كنترل صداي تنفسي ريتين با فشرده بگ و اطمينان از صحت كار و فيكس كردن درست لوله تراشه.هرگز اعتماد بنفس خود را از دست ندهيد چون شما راه باز كردن راه هوايي و حفظ آنرا ميدانيد )تصاوير 1و 2 و3)

****

****

****

****

**مدت زمان لوله گذاري تراشه**

يك دقيقه است. يا اينكه نفس خود را حبس كنيد زماني كه خودمان نياز به تنفس مجدد پيدا كرديم بايد سعي در لوله گذاري را خاتمه وپس از o2 تراپي مجددا" سعي كنيم.هرگز بيمار هيپو كسي را تحمل نكند.يك ايروي مناسب نيز در دهان قرار دهيد

**مراقبت های لازم شامل موارد زیر است :**

- در صورت بی قرار و آژیته بودن بیمار ، لازم است به فیکس بودن لوله تراشه اطمینان داشته باشید ( باند فیکس کننده لوله تراشه ) . باکشیده شدن لوله  به وسیله بیمار و یا سهوا جابجا و یا خارج نگردد .  
- یک از اقدامات اولیه ساکشن ترشحات مسیر راه همایی و ریه بیمار است که لازم است بر حسب نیاز انجام گیرد . انجام ساکشن تراشه یک پروسیجر استریل محسوب شده که لازم است رعایت گردد . بیماران تحت ونتیلاتور بسیار مستعد عفونت ریوی بوده و لذا بررسی رنگ ، میزان و کیفیت ترشحات را که می تواند وجود و یا عدم وجود عفونت ریوی را نشان دهد ، به دقت بررسی نموده و ثبت نمایید .

- اغلب بیماران تحت ونتیلاتور در بلع ترشحات و بزاق دهانی خود مشکل دارند که در نتیجه موجب تجمع ترشحات در دهان بیمار شده و در صورت عدم ساکشن به موقع ، وارد تراشه شده و آسپیراسیون و عفونت ریوی را موجب می گردد ، لذا ساکشن ترشحات دهانی بر حسب میزان ترشحات تجمع یافته ، امری ضروری است .

- پوست اطراف دهان و بینی و گوشه لب بیمار با توجه به این که لوله تراشه از کدام محل ( دهان یا بینی) برای بیمار گذاشته شده است ، مستعد آسیب و زخم می باشد ، لذا لازم است تا هر 8 ساعت پوست اطراف محل ورود لوله تراشه شستشو ، خشک و سپس با پما دچرب گردد .

- در صورتی که در کنار لوله تراشه ، از لوله دهنی حلقی ( Airwaye ) برای پیشگیری از گاز گرفتگی لوله توسط بیمار استفاده می کنید ، هر 8 ساعت یک بار آن را خارج کرده و پس از تمیز نمودن آن ، مجددا در جای خود قرار داده شود .

- لوله تراشه موجب فشار بر گوشه دهان و زخم ناحیه می گردد که بایستی حداقل روزانه یک بار مکان آن تغییر یابد . در صورتی که لوله تراشه با چسب به صورت بیمار فیکس شده است ، روزانه چسب برداشته شده و محل آن تغییر یابد .

- کاف لوله ی تراشه که به وسیله هوا پر می شود ، به دو منظور مورد استفاده قرار می گیرد که شامل پیشگیری از ورود ترشحات دهانی به ریه و نیز عدم خروج هوا از کناره های لوله تراشه به خارج ریه می باشد ، لذا کاف لوله تراشه نبایست به عنوان فیکس کننده در نظر گرفت ( فیکس نمودن لوله تراشه به وسیله باند ، چسب و یا فیکساتور مخصوص صورت می گیرد )

- میزان حجم هوای داخل کاف هر 8 ساعت یکبار اندازه گیری شده تا اطمینان یابیم که فشار داخل کاف در حد مناسب است . کم بودن فشار داخل کاف منجر به ورود ترشحات به ریه و آسپیراسیون ریوی و بیش از حد بودن فشار داخل کاف منجر به فشار بیش از حد به دیواره تراشه ، انسداد مویرگی و در نتیجه نکروز دیواره تراشه می گردد ( فشار مناسب داخل کاف ، 20 میلی متر جیوه می باشد )

**دستگاه تهويه مكانيكي**

وسيله اي براي تنفس با فشار مثبت يا منفي است كه مي تواند براي مدت زمان طولاني تهويه و تحويل اكسيژن را انجام دهد.مراقبت از بيمار تحت تهويه ي مكانيكي از وظايف مهم پرستاران در بخشهاي ويژه  بخشهاي عمومي داخلي وجراحي  تسهيلات مراقبتي بلند مدت و حتي منزل است.

موارد استفاده

* چنانچه بيمار كاهش مداوم اكسيژناسيون(pao2)افزايش ميزان دي اكسيد كربن شرياني(paco2)واسيدوز مقاوم(pHكاهش يافته)دارد ممكن است تهويه يمكانيكي ضرورت يابد.
* جراحي هاي شكم وقفسه سينه
* مسموميت هاي داروي
* اختلالات عصبي-عضلاني
* صدمات تنفسي
* COPD
* صدمات متعدد(تروما)
* بيمار داراي آپنه كه فورا" قابل برگشت نباشد.

وضعيت هاي دستگاه ونتيلاتور

* تهويه ي كمكي-كنترلي(A/c)به تامين حمايت تهويه اي كامل مي پردازد.به اين صورت كه حجم جاري و نيز سرعت همگي تعيين ميشود.چنانچه بيمار در بين تنفس هاي ماشين شروع به نفس كشيدن كند دستگاه حجم از پيش تعيين شده را به بيمار ارايه مي دهد.
* تهويه ي اجباري متناوب((IMVبه تامين تركيبي از تنفسه هاي كمكي ماشين و تنفس خودبه خودي بيمار مي پردازد.IMVبه بيمار اجازه مي دهد از عضلات تنفسي استفاده كند تا از آتروفي اين عضلات پيشگيري گردد.
* تهويه اجباري متناوب هماهنگ(SIMV)در اين نوع نيز حجم جاري و تعداد تنفس در دقيقه ازپيش تعيين شده است.بين تنفس هاي ارايه شده توسط دستگاه بيمار قادر است كه بدون كمك دستگاه خود به خود نفس بكشد.از انجا كه ونتيلاتورتلاش بيمار براي تنفس را احساس مي كند لذا ديگر تنفسي آغاز نمي كند و تضاد بيمار با دستگاه كاهش مي يابد.هنگامي كه تلاش بيمار براي تنفس خود به خودي افزايش مي يابد تعداد تنفس ماشين كاهش يافته و خود بيمار عمده ي كار تنفسي را بر عهده مي گيرد.
* تهويه با فشار حمايتي(PSV)به وسيله وارد كردن يك فشاركفه اي در راه هواي در حين دم خود به خودي بيمار جهت كاهش مقاومت در لوله تراشه و لوله ونتيلاتوركمك مي نمايد.اين فشار حمايتي با افزايش توان بيمار كاهش مي يابد.
* تهويه توسط آزاد كردن فشار راه هواي (APRV)يك سيستم تنظيمي زمان دار با فشار محدود است كه به بيماراجازه ميدهد به طور خود به خودي بدون محدوديت ومقاومت در سيكل تهويه شركت كند.دوره ي هوادهي طولاني بوده وتنفس يا به صورت خود به خودي يا توسط ونتيلاتور آغاز مي شود.

تهويه ي كمكي متناسب(PAV)مد نسبتا" جديدي است كه به تامين حمايت نسبي از تهويه مي پردازد و نيز تلاش هاي بيمار براي انجام دم خود به خودي را در نظرمي گيرد.با هر تنفس ونتيلاتورتنفسي بيمار هماهنگ شده و فشاردمي بيشتري توسط بيمار اعمال مي شود و هيچ حجم و فشاري از پيش تعيين نمي شودوبسته به ميزان قدرت بيمار اين مد به تنفس بيمار كمك مي كندو كمبود آن را جبران مي نمايد.



**تنظيم دستگاه**

دستگاه تهويه طوري تنظيم مي شود كه بيمار راحت و با دستگاه هماهنگ باشد.اگر حجم دستگاه تهويه به طور صحيح تنظيم گردد مقادير گازهاي خون شرياني بيمار رضا يت بخش خواهد بود و نيز سيستم قلبي-عروقي داراي اختلال كم بوده يا بدون اختلال خواهد بود.

**ستيز با دستگاه تهويه**

هنگامي كه بيمار با دستكاه هماهنگ نباشد مي گوييم بيماربا دستگاه تهئيه مي جنگد يا در تضاد است.اين حالت زماني مشخص مي شود كه بيمار حين مرحله دم دستگاه بازدم كند يا تلاش عضلاني شكمي افزايش يابد.

عوامل زير موجب اين مشكل مي شوند:اضطراب-هيپوكسي-ترشحات ريه –تهويه دقيقه اي نا كافي-باز دم طولاني-ادمريه.اين مشكلات بايد پيش از اين كه به بيمار داروهاي فلج كننده ي عضلاني جهت كاهش جنگ با دستگاه تهويه داده شوند اصلاح گردند در غير اين صورت مشكل زمينه اي بيمار به راحتي مخفي مانده وشرايط بيمار رو به اضمحلال مي رود.

داروهاي شل كننده عضلات آرام بخشها  ضد دردها وفلج كننده ها اغلب با هدف افزايش هماهنگي بيماربادستگاه به وسيله ي كاهش اضطراب  هيپرونتيلاسيون  يا فعاليت بيش از حد عضلات استفاده مي شوند.

**عوارض احتمالي**

تغييرات در عملكرد قلب

باروتروما(تروما به تراشه يا آلوئول ها در اثر فشار مثبت)وپنوموتوراكس

عفونت ريوي، سپسيس

**تشخيص هاي پرستاري در بيمار تحت درمان با دستگاه تهويه**

* اختلال در تبادل گازي در ارتباط با بيماري زمينه اي يا تنظيم دستگاه تهويه در هنگام تثبيت يا جدا كردن دستگاه
* احتمال بروز صدمه و عفونت در ارتباط با لوله گذاري داخل تراشه ياتراكئوستومي
* خوب پاك نشدن راه هوايي در ارتباط با افزايش و توليد ترشحات همراه فشار مثبت مداوم
* اختلال در تحركات جسمي در ارتباط با وابستگي به دستگاه تهوبه
* اختلال در ارتباط كلامي در ارتباط با وجود لوله هاي داخل تراشه و اتصال به دستگاه تهويه
* اختلال در سازگاري و بي قدرتي در ارتباط باوابستگي به دستگاه تهويه

**اقدامات پرستاري**

دو نكته مهم در مراقبت پرستاري از بيماران تحت تهويه مكانيكي سمع صداهاي ريه و كنترل مداوم گازهاي خون شرياني هستند.پرستار معمولا"اولين كسي است كه تغييرات خاص گازهاي خون را كه نشانه بروز مشكلات خاص هستند(مانندپنوموتوراكس جابه جايي لوله آمبولي ريه)شناسايي مي كند.

1-افزايش تبادلات گازي

تغييرات تبادلات گازي ممكن است كه ناشي از بيماري زمينه اي ويا عوامل مكانيكي در ارتباط با تنظيم دستگاه با بيمارباشد.تشخيص پرستاري اختلال در تبادل گازي به دليل ماهيت پيچيده نيازمند همكاري اعضاي تيم درمان(پزشك ودرمانگرريه) است.اعضاي تيم درمان بايد مرتبا" اهداف و اطلاعات را با يكديگر در ميان بگذارند.

اقدامات پرستاري جهت بهبود تبادلات گازي شامل :تجويز معقول داروهاي مسكن به منظور كاهش درد

بدون تضعيف مراكز تنفس و تغيير وضعيت مكرر جهت كاهش عوارض ريوي ناشي از بي حركتي هستند پرستار همچنين تعادل مايعات بيمار را از طريق ارزيابي وجود ادم محيطي محاسبه روزانه ي دريافت و دفع مايعات و برسي روزانه وزن كنترل مي كند.

2-پاك نگه داشتن موثر راه هوايي

بدون توجه به بيماري زمينه اي تهويه با فشار مثبت مداوم ترشحات را مي افزايد.پرستار بايد با سمع صداهاي ريه حداقل هر2 تا 4 ساعت وجود ترشحات را مورد برسي قرار دهد روش هاي پاك كردن راه هوايي از ترشحات شامل ساكشن CPT تغيير وضعيت مكرر و نيز حركت دادن هرچه سريع تر بيمار مي باشند. تعداد دفعات ساكشن براساس برسي بيمار تعيين مي شود.

مرطوب ساختن راه هوايي به وسيله ي تهويه موجب رقيق شدن ترشحات و در نتيجه تخليه آسان آن مي شود.

3-پيشگيري از صدمه و عفونت

مراقبت از راه هوايي بايد شامل مراقبت از لوله ي داخل تراشه يا تراكئوستومي باشد. پرستار لوله ي دستگاه تهويه را طوري قرار مي دهد تا كشيدگي يا جابه جايي لوله در تراشه حداقل باشد (صدمه به تراشه را مي كاهد).

بيماران داراي لوله ي داخل تراشه يا تراكئوستومي سيستم دفاعي طبيعي در راه هاي هوايي فوقاني را ندارند. به علاوه اين بيماران دچار مشكلاتي در ساير سيستم هاي بدنشان هستند كه باعث ضعيف شدن سيستم ايمني آنها مي شود.بنابراين به علت خطر بروز عفونت مراقبت از تراكئوستومي بايد حداقل هر 8 ساعت يا بيشتر بر حسب ضرورت انجام گيرد.جهت كاهش خطر عفونت مدار دستگاه تهويه و سوند ساكشن متصل به صورت دوره اي تعويض مي گردند.

پرستار بايد بهداشت دهان بيمار را كاملا فراهم كند زيرا حفره ي دهان منبع اصلي عفونت ريه ها در بيماران داراي لوله ي تراشه مي باشد.

وجود سوندهاي بيني-معدي بيماران تحت تهويه مكانيكي را مستعد پنوموني بيمارستاني مي كند.بالا قراردادن سر بيمار از معده او احتمال آسپيراسيون محتويات معده را مي كاهد.

4-ارتقاي سطح مطلوب تحرك

حركت اين بيماران به علت اتصال آنها به دستگاه تهويه محدود است.حركت و فعاليت عضلاني براي بيماربسيار مفيد هستند زيرا باعث تحريك شدن تنفس و بهبود وضعيت روحي مي شوند.اگر بيمار نتواند از تخت خارج شود پرستار بايد تمرينات بدني فعال در دامنه ي حركتي مفاصل را در هر8-6 ساعت جهت پيشگيري از تحليل عضلات كانتراكچر و استاز وريد براي بيمار انجام دهد.

5-بهبود برقراري ارتباط

ايجاد روش هاي مناسب برقراري ارتباط براي بيمار تحت درمان با دستگاه تهويه ضروري است.سوالات جهت بررسي توانايي بيمار شامل موارد زير است:

* آيا بيمار هوشيار است و مي تواند ارتباط برقرار نمايد؟ ميتواند سر يا گردن را حركت دهد؟
* ايا دهان بيمار به وسيله لوله تراسه مسدود نشده است و مي تواند كلمات را از دهان ادا كند؟
* آيا دست بيمار قدرت نوشتن دارد؟

آيا بيمار كانديد مناسبي براي استفاده از لوله تراكئوستومي دريجه دار يا دريچه هاي يك طرفه با حفظ تواناي صحبت كردن مي باشد كه به او اجازه صحبت كردن بدهد؟

وقتي محدوديت بيمار مشخص شد پرستار چندين روش برقراري ارتباط را به بيمار پيشنهاد مي دهد :لب خوني قلم و كاغذ يا تخته و ماژيك اشارات يا حنجره ي الكتريكي.

6-تقويت توانايي سازگاري

وابستگي به دستگاه تهويه مي تواند براي بيمار و خانواده او نگران كننده باشد و حتي با استقامت-ترين خانواده ها را متلاشي كند.توضيح هر كاري پيش از انجام آن به كاهش اضطراب كمك كرده و بيمار را با روسهاي كاربا دستگاه تهويه آشنامي كند.بيمار تحت تهويه مكانيكي ممكن است دچار انزوا يا افسردگي شود به خصوص وقتي استفاده از آن طولاني گردد.جهت افزايش يافتن سازگاري موثر پرستار بايد بيمار را درباره پيشرفت وي آگاه كند.فراهم كردن سرگرمي مانند تماشاي تلويزيون موسيقي ويا راه رفتن(اگر مناسب و ممكن باشند)مهم است.ماساژ پشت روش هاي تنآرامي به كاهش تنش كمك نموده و به بيمار جهت مقابله با اضطراب و ترس كمك ميكند.

* **ساكشن لوله تراشه**

- قبل از انجام ساکشن ترشحات ریوی ، تمامی تجهیزات و لوازم را در کنار تخت بیمار آماده کنید . ایینها شامل ساکشن ، سر ساکشن استریل ، دستکش استریل ، بطری حاوی سرم نرمال سالین استریل ، سرنگ 5 سی سی و Airway  ، باند و یا چسب برای تعویض فیکساتور می باشد .

و احتیاطات لازم از جمله استفاده از ماسک و عینک محافظ را در هنگاه ساکشن نمودن بیمار در نظر داشته باشید . .

[**ساکشن لوله تراش**ه](http://moktar.blogfa.com/post-38.aspx)

هنگام ساکشن تراکیال باید موارد زیر را رعایت نمائید

1. بررسی علائم و نشانه ها ی نیاز به ساکشن
2. توضیح علت ساکشن برای بیماران هوشیار
3. پوزیشن بیمار باید 45 درجه باشد ( پیشگیری از آسپیراسیون)
4. شستن دست ها قبل از ساکشن
5. انتخاب  سوند ساکشن  استریل سایز مناسب( قطر سوند ساکشن کمتر از1/2 قطر لوله تراشه باشد) قدرت مکندگی ساکشن بیش از 150 سانتی متر آب نباشد ، زیرا بالا بودن قدرت مکندگی ساکشن موجب صدمه به مخاط تراشه شدم و ضمن خونریزی ، خطر عفونت ریوی را افزایش می دهد .
6. قبل از ساکشن باید بیمار را توسط 3تا5 تنفس با اکسیژن100% و آمبوبگ هیپرونتیله و هیپر اکسیژنه  کرد( به منظور جلوگیری از آتلکتازی در ضمن ساکشن)
7. استفاده از دستکش استریل حین ساکشن
8. سر سوند ساکشن باید با سرم نرمال سالین مرطوب شود - سر ساکشن متصل به ساکشن روشن را وارد تراشه ننمایید ( پس از ورود سر ساکشن به لوله تراشه اقدام به روشن نمودن ساکشن نمایید )
9. هنگام وارد کردن سوند به هیچ عنوان نباید ساکشن برقرار باشد
10. سر سوند باید به آرامی به صورت دورانی به پایین رانده شود  - بیش از 3 بار در هر دوره اقدام به ساکشن نمودن بیمار ننمایید . ساکشن نباید بیش از 15-10 ثانیه طول بکشد
11. هنگام خارج کردن سوند ساکشن همچنان باید به صورت دورانی انجام شود
12. پس از خارج کردن سوند ساکشن بیمار باید توسط آمبوبگ متصل به اکسیژن هیپر ونتیله شود
13. زمان بین هربار ساکشن باید 30-20 ثانیه باشد
14. در صورتی که ترشحات داخل تراشه غلیظ و چسبنده بود 3-2 سی سی سرم نرمال سالین به داخل لوله تراشه ریخته بعد سه تا چهار تا تهویه با آمبوبگ مجدد ساکشن نمائید .
15. در صورت بروز ضربانات زود رس بطنی عمل ساکشن کردن متوقف شده پس از اکسیژناسیون و هیپر ونتیلاسیون   و برطرف شدن ریتم قلبی مجدد اقدام به ساکشن شود.
16. در صورتیکه بیمار تحت PEEPقرار دارد دفعات و  زمان ساکشن کردن را به حداقل برسانید قبل از شروع به ساکشن نمودن ترشحات ریوی ، فیزیوتراپی ریوی انجام شود . هیدراته بودن بیمار و مرطوب بودن هوای تنفسی نقش بسیار اساسی در تخلیه ترشحات ریوی دارند .
17. توصیه می گردد ساکشن ترشحات توسط دو پرستار صورت گرفته و پرستار کمکی لوله تراشه را برای پیشگیری از هرگونه جابجایی محکم در دست نگاه دارد .حداکثر زمان ساکشن در هر دوره 10 ثانیه می باشد ( طولانی شدن مدت زمان ساکشن ، موجب هایپوکسی شدید بیمار می گردد

پس از اتمام عملیات تخلیه ی ترشحات ، وضعیت تنفسی بیمار را ارزیابی نموده و از قرارگیری لوله تراشه به طور مناسب و در عمق مناسب اطمینان یابید

* سونداژمثانه:

سونداژ ادراري عبارت است از قراردادن يک لوله باريک و توخالي در پيشابراه و مثانه فرد. (مثانه محل جمع آوري ادرار و پيشابراه محل خروج ادرار است.)

اهداف و موارد استفاده

1- نمونه برداري از ادرار جهت بررسي آزمايشگاهي مانند بررسي عفونت؛

2- تخليه مثانه زماني که فرد قادر به انجام آن نباشد؛

3- کنترل نحوه عملکرد کليه ها در طي عمل جراحي و مدتي که فرد در بيمارستان بستري است

4- کنترل تعادل مايعات(ورودي و خروجي) در طي دوران بيماري؛

5- خالي نگداشتن مثانه در طي عمل جراحي.

نحوه انجام سونداژ

1- ابتدا فرد به پشت خوابيده، سپس ناحيه ژنيتال فرد مخصوصا محل خروج ادرار به دقت با ماده ضد عفوني کننده(محلول آنتي باکتريال) تميز و ضد عفوني مي گردد2

- يک پارچه استريل(شان پرفوره) روي رانها و شکم فرد پهن نموده تا سونديزاسيون به روش استريل انجام گيرد.

3- پرستار دستکش استريل پوشيده، ابتداي سوند را به ژل لوبريکنت آغشته نموده و به تدريج سوند را وارد پيشابراه مي نمايد.

4- سپس يک کيسه ادراري به انتهاي سوند وصل کرده تا ادرار در آن جمع آوري شود.  
5- اگر سونداژ فقط با هدف گرفتن نمونه گذاشته شده باشد،بعد از گرفتن نمونه برداشته خواهد شد ؛ ولي اگر با اهداف ديگر از جمله: ، تخليه مداوم مثانه و ... گذاشته شده باشد بايد سوند در مثانه فيکس شود.

6- در انتها لوله متصل به کيسه جمع کننده ادراري با چسب، به پاي بيمار فيکس خواهد شد.كيسه توسط ميله اي از كنار تخت آويزان شود.مزاياي سونداژ

1- با تخليه مثانه ،سبب تسکين بخشيدن به مثانه پر و دردناک مي شود؛

2- چگونگي عملکرد کليه را نشان مي دهد؛

3- مشکلات ادراري از جمله عفونت را مشخص مي کند.

معايب سونداژ

1- بيمار ممکن است پس از برداشتن سوند احساس ناراحتي داشته باشد.به طور معمول، هرچه مدت زمان لازم براي استفاده از سوند بيشتر باشد، احساس ناراحتي در بيمار طولاني تر خواهد شد، به طوريکه ممکن است چندين روز در حين دفع ادرار احساس سوزش داشته باشد؛

- ممکن است سبب ايجاد عفونت گردد، اين عارضه معمولا زماني رخ مي دهد که سونديزاسيون براي چندين روز يا چندين هفته به طول انجامد؛

3- ايجاد درد و آسيب بافتي، در صورتي که سوند را به طور ناگهاني و بدون خارج نمودن مايع موجود در بالون نگهدارنده سوند، خارج کنند

* **انما (Enema**)

انما وارد کردن یک محلول بدرون روده بزرگ می باشد که معمولاً بجهت خروج مدفوع است. این کار می تواند یبوست بیمار را برطرف کند و  از خروج مدفوع حین عمل جراحی پیشگیری کند. روده در حین کولونوسکپی بهتر دیده می شود. برای محلول می توان از آب شهری (هایپوتونیک)، نرمال سالین، محلول صابونی و هایپرتونیک استفاده نمود.

1)پاک کننده                  2) ماندنی                 3)برگشتی

انمای پاک کننده :بیشتر از محلولهای آب شهری یا نرمال سالین استفاده می شود (بالغین: 1000-500 میلی لیتر، کودکان 250-150 میلی لیتر). این محلولها برای 15 دقیقه توسط فرد نگه داشته می شود. اگر بخواهیم صابون استفاده کنیم بهتر است که 5-3 میلی لیتر از آن را به یک لیتر آب اضافه کنیم. توجه داشته باشید که صابون اصولاً سوزاننده مخاط است. اگر از محلولهای هایپرتونیک استفاده می شود باید از حجم کمتری (130-70 میلی لیتر) استفاده نمود. این نوع محلولها بین 10-5 دقیقه توسط فرد نگه داشته می شوند، هر چند که این محلولها برای افراد با نارسائی کلیوی توصیه نمی شود. از عوارض انماها اختلال آب و الکترولیت می تواند باشد مگر که از روغن زیتون به میزان 200-150 میلی لیتر بمدت 30 دقیقه استفاده شود.

انمای ماندنی

:برای این نوع انما می توان از روغن به میزان 200-150 میلی لیتر استفاده نمود تا دفع راحتتر صورت گیرد. برای از بین بردن نفخ و باد شکم نیز می توان از انما استفاده کرد. مخلوطی از شیر و ملاس یا منیزیوم سولفات و گلیسرین در آبگرم استفاده نمود. بعضی از داروها یا مواد مغذی از طریق انما داده می شود مانند گلوکز. انما می تواند حاوی مواد ضدانگل باشد.

انمای برگشتی نیز بعضی اوقات به میزان 200-100 میلی لیتر برای تخلیه باد شکم بکار می رود. در این روش مایع داده می شود و از طریق لوله انما برگشت داده و این عمل 5 تا 6 بار تکرار می گردد. قابل توجه است که لوله انما نباید بیشتر از 10 سانتیمتر و برای کودکان بیشتر از 5 سانتیمتر وارد گردد و در صورتیکه احساس وجود مانع بود نباید بیشتر بجلو هل داده شود. دمای محلولها حدود دمای اتاق باشند ولی سرد نباشند . برای بچه ها حدود 37 درجه سانتیگراد باشد. بیمار  می تواند در وضعیت سجده قرار بگیرد یا به شکم و به شانه چپ بخوابد.

ظرف انما بالاتر از 45 سانتیمتر از بیمار نباشد. مایع را در 5 تا ده دقیقه به بیمار تنفیه کنید. سالمندان اگر نتوانند خوب مایع را نگه دارند بهتر است که روی بدپن (Bedpan) قرار گیرند.اگر تنها قرار باشد که لوله رکتال برای بیمار گذاشته شود نباید مدت آن حداکثر از یک ربع بیشتر شود و این کار می تواند هر سه تا چهار ساعت تکرار شود

* **ترمیم زخم**

ترمیم زخم فرایندی است که طی آن بافت به صدمه پاسخ می دهد. ترمیم بافت به سه صورت اولیه، ثانویه و ثالثیه است. زخمهای که در آن لبه های زخم بهم نزدیک است طی التیام اولیه بهبود می آیند برای مثال می توان از زخم جراحی که بخیه شده نام برد. زخمهائی که لبه های آن به خوبی بهم نزدیک نیستند طی التیام ثانویه بهبود می یابند. زخمهای باز ناشی از سوختگی یا ترومای وسیع می تواند جزء اینگونه زخمها باشد. زخمهائی که نتوانند طی التیام اولیه و ثانویه بهبود یابند به التیام ثانویه می رسند که این زخمها برای بهبود نیاز به پیوند پوست از منطقه دیگر بدن دارند چون وسعت ضایع ه آنقدر زیاد است که  خودبه خود بهبود نمی یابند.

**مراحل بهبود زخم شامل:**

هموستاز (Hemostasis): هموستاز بسرعت بعد از صد مه اولیه رخ می دهد. عروق خونی انقباض می یابند و با فعالیت پلاکتها لخته خون تشکیل می شود. بعد از تشکیل شدن لخته در اثر افزایش نفوذپذیری بستر مویرگی، پلاسما و سلولهای درگیر از آن خارج می شوند که اگزودا (exudate) نام دارد. این مایع می تواند تورم (edema) و درد ایجاد کند. گرما و قرمزی با افزایش انتشار خون (perfusion) همراه است.

فاز التهابی (inflammatory phase): فاز سلولی التهابی حدود 4 تا 6 روز طول می کشد. گلبولهای سفید خون به طرف زخم می روند تا با میکروارگانیسمها مبارزه کنند. ماکروفاژها برای این مبارزه ضروری هستند چرا که فاکتور رشد را ترشح می کنند. التهاب حاد با درد، گرما، قرمزی و تورم در محل صدمه همراه است. امکان دارد بدن نیز با تب خفیف، افزایش لکوسیتها و ناخوشی پاسخ بدهد.

مرحله تکثیر (proliferation)

مرحله تکثیر بعنوان مرحله فیبروبلاستیک، سازندگی یا بافت همبند نیز شناخته می شود. این مرحله چند هفته طول می کشد. بافت جدید ساخته می شود تا زخم پر شود. فیبروبلاستها کلاژن تولید می کنند. بستر عروقی رشد می کند و سلولهای اپی تلیال در کناره های زخم شکل می گیرند. این بافت جدید که پدید می آید جوانه ای (granulation) نامیده می شود. این بافت بسیار پر عروق، قرمز و خونریزی دهنده است. از آنجائی که بافت سریع با لخته بسته می شود این بافت گرانوله ممکن است رویت نشود. علائم سیستمیک کم کم ناپدید می شوند. در این مرحله تغذیه خوب و اکسیژناسیون و پیشگیری از کشیده شدن خط بخیه برای بهبود بسیار ضروری هستند . اوج این مرحله در روزهای  5 تا 7  است.

مرحله بلوغ یا رسیدگی (maturation)

آخرین مرحله است که تا 3 هفته می تواند طول بکشد. کلاژن زخم مستحکمتر می شود تا جائیکه عروق را از بین می برد و بافتی را بوجود می آورد که بافت جوشگاه (scar) نام دارد. این بافت تعریق و رشد مو ندارد.

عواملی که بروی التیام زخم تاثیر می گذارند:

عوامل موضعی: فشار، کم آبی (desiccation)، ماکریشن (maceration)، نکروز (necrosis)، تروما، ادم، عفونت

عواملی سیستمیک: سن، گردش خون و اکسیژناسیون، وضعیت تغذیه ای، وضعیت زخم، داروها و وضعیت سلامتی

**عوارض زخم**

عفونت: نشانه های عفونت زخم بعد از 2 تا 7 روز بعد از صدمه یا  جراحی رخ می دهد. نشانه های آن ترشح چرکی، افزایش ترشح، درد، قرمزی و تورم اطراف زخم، تب و افزایش گلبولهای قرمز می باشد. این عفونت می تواند استئومیلیت و سپسیس را بوجود آورد.

هموراژی (hemorrhage): خونریزی از زخم عارضه ای است که امکان دارد بیشتر در 48 ساعت اول رخ دهد.  در صورت خونریزی گاز استریل بروی پانسمان بیمار می گذارند و پانسمان اصلی را تعویض نمی کنند. خونریزی می تواند در زیر زخم تجمع یابد که به آن هماتوم (hematoma) می گویند.

دهیسنس (dehiscence): جداشدگی نسبی یا کلی لایه های زخم در اثر فشار بیش از حد به زخمی که بهبود نیافته است.

اویسکریشن (evisceration): جدی ترین عارضه دهیسنس است که در آن زخم بطور کامل از هم جدا می شود و احشا به بیرون می افتند که می تواند عارضه ای در افراد چاق باشد.

تشکیل فیستول (fistula)

فیستول راه غیرطبیعی است که از یک عضو به خارج بدن یا عضو دیگر ارتباط پیدا می کند. برای مثال ممکن است که مثانه با رکتوم ارتباط غیر طبیعی پیدا کند.

**زخم بستر (Pressure Ulcer)**

در بعضی از افراد مانند آنهائی که فلج هستند در اثر بی حرکتی مطلق دچار زخم در ناحیه ساکروم می شوند که به آن زخم بستر می گویند. بی حرکتی، رطوبت، تغذیه و آبرسانی کافی پوست، وضعیت مغزی، سن در این میان موثر هستند.

**مراحل تشکیل زخم بستر**

توصیه می شود که بیمار حداکثر هر 2 ساعت تغییر وضعیت دهد چرا که پوست بیمار در  این مدت قرمز می شود و با تغییر وضعیت 60 تا 90 دقیقه بعد از بین می رود و به حالت طبیعی بر می گردد.

مرحله یک: پوست گرم و قرمز می شود. تغییر وضعیت کفایت می کند.

مرحله دو: مقداری از اپیدرم یا کمی از درم از بین می رود. زخمی سطحی ایجاد می شود. شسشتو با نرمال سالین و پانسمان ساده کفایت می کند.

مرحله سه: درم و تا حدودی از بافتهای زیرین بطور کامل دچار تخریب می شوند. دبریدمان (debridement) و پانسمان نیاز دارد.

مرحله چهارم: درم و بافتهای زیرین آن بطور گسترده از بین می روند که نیااز به پیوند پوست دارد.

بررسی زخم

محل، وسعت، ضخامت، بو، مقدار و نوع ترشحات، بستر زخم، لبه های زخم، قرمزی، تورم، تونل و درد در نظر گرفته می شوند.

* پانسمان کردن زخمها

هدف از مراقبت از زخم پیشبرد ترمیم و بازسازی زخم تا تمامیت پوست احیاء شود. زخمها می توانند بدون پانسمان باشند که باز نامیده می شوند یا دارای پانسمان باشند که بسته نامیده می شوند. بعد از عمل جراحی پانسمان باید تعویض شود که بستگی به زخم می تواند متفاوت باشد.

پانسمانها سبب راحتی بيمار وبافت نکروز را از بین می برند و عفونت را کنترل می کنند و ترشحات را در خود جمع می کنند. زخم مرطوب می ماند و صدمه بیشتر نمی بیند.

پانسمان با گاز خشک معمول ترین روش پانسمان است. پانسمانها معمولاً سه لایه است اولین لایه معمولاً آبدوست است که توانائی نگه داشتن رطوبت را دارد. گازهای بعدی مانند گازهائی که کتون در خود دارند بخاطر قدرت موئینگی بیشتر می توانند ترشحات را به خود جذب و به گازهای اطراف منتقل کنند تا از تجمع ترشحات در دقیقه قبل از تعویض پانسمان برای کاهش درد بیمار مسکن داده شود. در هنگام تعویض پانسمان باید خلوت و حریم بیمار حفظ شود. حفظ تکنیک استریل در تعویض زخم جلوگیری شود. تعداد گازها به ترشحات بستگی دارد. در زمان تعویض پانسمان باید دقت شود که گاز بخوبی خیس شود تا در هنگام برداشتن از زخم به آن آسیب نرساند. در بعضی از زخمها از گاز چرب برای پانسمان استفاده می شود. پانسمانهای جدیدی وجود دارند که شفاف و ضد آب هستند که زخم را پوشش می دهند.

**انواع پانسمانها**

* پانسمانهای شفاف مناسب برای زخمهای با ترشحات مختصر، سطحی، کوچک.
* پانسمانهای هیدروکلوئید: برای زخمهای نیمه عمقی که ترشحات دارند.
* هیدورژل: برای زخمهای تمام ضخامت و دارای بافت مرده مناسب است.
* آلژیناتها: برای زخمهای عفونی.
* فومها: برای زخمهای مزمن.
* نقره: برای زخمهای مزمن و حاد.
* کلاژن: زخمهای تمام ضخامت، زخمهای عفونی و غیر عفونی، گرفت پوستی، محل دهنده گرفت.

شستشوی زخمها معمولاً با نرمال سالین صورت می گیرد. تا 5/2 سانتیمتر از لبه پانسمان یا 5 سانتیمتر از لبه زخم با ماده ضد عفونی شسته می شود. شستشوی زخم معمولاً از زخم شروع و به اطراف خاتمه می یابد. پانسمانها با چسب ثابت می شوند. باندها می توانند از زخمها حفاظت کنند. باندهای حلقوی برای دور اندامها بکار می روند. باندها دو سوم تا نیمی از باند قبلی را باید در بربگیرد. باندها باید با احتیاط بسته شوند چونکه می توانند سبب اختلال در خونرسانی بافت شوند. باندها باید فشار یکسانی را به اندام وارد کند. همچنین باندها می توانند بصورت هشت بسته شوند که برای اطراف مفاصل مناسب است. برای استامپ باید بصورت رفت و برگشتی باند پیچیده شوند. درنها وسائلی هستند که سبب می شوند تا ترشحات از داخل زخم تخلیه شوند و معمولاً به هموواک (hemovac) متصل هستند. سیستم درناژ بسته در واقع وقتی است که درن به یک دستگاه مکنده (suction) متصل است

شكل زير از انواع پانسمانها (كامفيل شفاف-كامفيل ضربدري و خمير كانوئن )مي باشد

****

**کامفیل شفاف**

موارد مصرف:

* قابلیت کاربرد به تنهایی جهت محافظت و ترمیم زخم های سطحی با ترشح کم یا بدون ترشح
* به عنوان پانسمان ثانویه روی ژل پیوریلون و سیسورب
* مناسب ترین پانسمان برای انواع سوچورهای جراحی

ویژگی های کاربردی

* کامفیل شفاف تنها پانسمان شفاف از جنس هیدروکلوئید در دنیاست. این پانسمان هم زمان شرایط درمان مرطوب زخم را همراه با قابلیت مشاهده زخم بدون برداشتن پانسمان را فراهم می کند.
* کامفیل شفاف قابل برش به شکل و اندازه دلخواه است.
* سطح بیرونی کامفیل شفاف نسبت به آب غیرقابل نفوذ است و بیمار امکان دوش گرفتن دارد. این سطح صاف و ضد آب در صورت تماس با ادرار و مدفوع پاک کردن است.
* لبه های کامفیل شفاف دارای دستگیره های پلاستیکی است که امکان در دست گرفتن آن را برای چسباندن، بدون تماس دست یا دستکش با سطح چسبنده پانسمان فراهم می کند.
* تشکیل ژل شیری رنگ و تعویض پانسمان مشابه کامفیل مربعی است.

**کامفیل مربعی**

موارد مصرف:

* قابلیت کاربرد به تنهایی برای ترمیم زخم های سطحی با ترشح کم تا متوسط
* به عنوان پانسمان ثانویه روی ژل پیوریلون و سیسورب

ویژگی های کاربردی:

* سطح بیرونی کامفیل مربعی نسبت به آب غیرقابل نفوذ است و بیمار امکان دوش گرفتن دارد. این سطح صاف و ضد آب در صورت تماس با ادرار و مدفوع قابل پاک کردن است.
* ژل شیری رنگی که زیر کامفیل مربعی تشکیل می گردد، مانند یک چراغ راهنما زمان تعویض پانسمان را اعلام می کند. پانسمان را بی جهت نباید تعویض کرد و این کار تنها باید زمانی انجام داد که ژل شیری رنگ به نزدیکی لبه های پانسمان رسیده و پانسمان اشباع شده است. برای تعویض پانسمان باید از لبه ها شروع و پس از آزاد کردن آنها به تدریج به سمت مرکز پانسمان حرکت کرد.
* هنگام تعویض پانسمان، ژلی که زیر آن تشکیل شده است به طور یکپارچه و چسبیده با سطح پانسمان برداشته می شود. هیچ بقایایی روی زخم باقی نمی ماند و به این ترتیب شستشوی زخم با نرمال سالین بسیار ساده و راحت خواهد بود.

**کامفیل ضربدری:**

موارد مصرف:

* ایده آل برای نقاط مشکل از نظر چسباندن نظیر پاشنه، ساکروم، تروکانتر و ....
* قابلیت کاربرد به تنهایی برای ترمیم زخم های سطحی با ترشح کم تا متوسط
* به عنوان پانسمان ثانویه بر روی ژل پیوریلون و سیسورب

ویژگی های کاربردی

* سطح بیرونی کامفیل ضربدری نسبت به آب غیرقابل نفوذ است و بیمار امکان دوش گرفتن دارد این سطح صاف و ضد آب در صورت تماس با ادرار و مدفوع قابل پاک کردن است
* پیرامون و بالهای 4 طرف کامفیل ضربدری از جنس کامفیل شفاف است و به سبب نازک بودن آنها و بر اثر جابه جایی و کشیده شدن روی تخت و اصطکاک با ملافه، بلند نمی شوند
* تشکیل ژل شیری رنگ و تعویض پانسمان مشابه کامفیل مربعی است

**خمیر کانوین**

موارد مصرف

* ترمیم پوستی که به اثر تماس مدفوع (در شرایط اسهال شدید یا مزمن) یا ترشحات آنزیمی (در فیستولهایی که روی پوست باز می شوند) آسیب دیده دچار خیس خوردگی شده است یا قرمز ملتهب شده است
* محافظت طولانی مدت و پیشگیری جهت پوستی که در معرض آسیبهای فوق قرار دارد
* آسیبهای پوستی ناشی از رادیوتراپی

ویژگی های کاربردی

* خمیر کانوین یک راه حل ایده آل جهت پیشگیری و ترمیم آسیب دیدگی پوست براثر تماس با مواد دفعی است
* استفاده از خمیر کانوین در افراد دچار بی اختیاری، ریسک زخم شدن ناحیه پرینه براثرتماس با مواد دفعی را به حداقل می رساند. درچنین افرادی استفاده از خمیر کانوین در هر بار تماس مواد دفعی با پوست توصیه می شود.
* **شست و شوی مثانه با استفاده از سوند فولی سه راهی**

اهداف :

1. باز نگه داشتن سوند ادراری
2. رفع انسداد سوند ادراری

وسایل مورد نیاز :

مشمع و رویه – کاسه استریل – محلول دستور داده شده – رسیور استریل – سرنگ استریل 30 یا 50 سی سی با سوزن شماره 23-19 – کلمپ در صورت لزوم – گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده – دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار :

پرستار

مراحل انجام کار

وسایل را اماده کنید :

الف – هوای داخل لوله متصل به ظرف حاوی محلول شست و شو را تخلیه کنید .

ب – لوله متصل به ظرف حاوی محلول شست و شو را به مجرای شست و شو در سوند سه راهی وصل کنید .

دست های خود را بشویید و دستکش بپوشید .

شست و شوی مثانه را به یکی از دو روش زیر انجام دهید :

الف – شست و شوی مداوم

* کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار باید باز باشد .
* کلمپ لوله متصل به ظرف حاوی محلول شست و شو را باز کنید . تعداد قطرات را طبق دستور پزشک تنظیم کنید .
* مایع برگشتی را از نظر مقدار , رنگ و شفافیت بررسی کنید . مقدار مایع برگشتی باید متناسب با مقدار مایع وارد شده به مثانه باشد .

ب – شست و شوی مثانه

* دستور پزشک را از نظر باقی ماندن محلول شست و شو در مثانه یا خروج فوری آن کنترل کنید .
* کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار را ببندید
* بعد از ورود مقدار محلول دستور داده شده , کلمپ ظرف حاوی محلول شست و شو را ببندید و اجازه دهید محلول برای مدت زمان مشخص شده در مثانه باقی بماند .
* پس از انقضای مدت زمان مورد نیاز کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار را باز کنید تا محلول خارج شود .
* طبق دستور پزشک ممکن است مورد نیاز باشد شست و شوی متناوب را به دفعات انجام دهید .
* مشاهدات و اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ثبت کنید .
* شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی ( سیستم باز )

اهداف :

1. باز نگه داشتن سوند ادراری
2. رفع انسداد سوند ادراری

وسایل مورد نیاز :

مشمع و رویه – کاسه استریل – محلول دستور داده شده – رسیور استریل – سرنگ استریل 30 یا 50 سی سی با سوزن شماره 23-19 – کلمپ در صورت لزوم – گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضدعفونی کننده – دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار :

پرستار

مراحل انجام کار

از انسداد قطعی سوند به روش زیر مطمئن شوید :

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

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

ج – چنان چه ادرار به راحتی در سوند جریان ندارد , لوله را از طرف بدن بیمار به طرف کیسه ادرار بشویید .

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

* دستور پزشک را از نظر نوع , حجم و غلظت محلول کنترل کنید .
* وسایل را به اتاق بیمار برده , وی را از برنامه مورد نظر مطلع کنید
* خلوت بیمار را فراهم آورید .
* بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار دهید .
* پوشش های روی بیمار را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار , کنار بزنید
* مشمع و رویه را در محل پهن کنید .
* دست های خود را بشویید . دستکش بپوشید .
* کاسه استریل را از محلول دستور داده شده با درجه حرارت مناسب پر کنید .
* رسیور استریل را باز کرده و در زیر قسمت انتهایی سوند قرار دهید .
* به منظور پیشگیری از ورود میکروارگانیسم به سیستم ادراری تکنیک استریل را دقیقا رعایت کنید .
* در این مرحله لوله ها را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار از هم جدا کنید . دقت کنید که دست در فاصله 5/2 سانتی متر از سر لوله ها باشد .
* سر لوله متصل به کیسه جمع آوری ادرار را داخل گاز استریل گذاشته و در کنار رسیور قرار دهید .
* سر سرنگ حاوی محلول شست و شو را داخل سوند متصل به بیمار کنید و محلول را به آرامی داخل مثانه تزریق کنید .
* سوند را از سرنگ جدا کنید و اجازه دهید تا محلول وارد شده به مثانه از طریق سوند به داخل رسیور وارد شود .
* عمل شست و شو را ادامه دهید تا محلول دستور داده شده تمام شود یا هدف مورد نظر تامین شود
* دو سر سوند فولی و لوله کیسه جمع آوری ادرار را به هم وصل کنید .
* دقت کنید هنگام اتصال لوله ها به همدیگر پیچ خوردگی ایجاد نشود .
* در صورت لزوم روش را تکرار کنید تا محلول دستور داده شده تمام شود یا به هدف مورد نظر , دست یابید .
* مقدار ادرار بیمار را اندازه گیری و مقدار محلول شست و شوی استفاده شده را از آن کسر کنید .

وضعیت بیمار و چگونگی تخلیه ادرار را بررسی کنید :

الف – به میزان رفع مشکلات بیمار توجه کنید .

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

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

وسایل را به محل مربوطه برگردانید و توجه مورد نیاز را از آن ها به عمل آورید . دست ها را بشویید .

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

* مانیتورینگ CVP

اهداف :

1. ارزیابی حجم خون در گردش و کفایت برگشت خون وریدی به قلب در نارسایی های قلبی و اعمال جراحی بزرگ .
2. کمک به پزشک در ارزیابی حجم خون و تجویز دارو و مایعات به بیمار

وسایل مورد نیاز :

اندازه گیری CVP با استفاده از مانومتر آبی – خط کش CVP – مایع داخل وریدی و ست انفوزیون-مانو متر آبی – در اندازه گیری CVP با استفاده از ترانس دیوسر : ترانسدیوسر و تجهیزات آن .

عامل انجام کار :

پرستار دوره دیده

مراحل انجام کار

* در روش اندازه گیری CVP با استفاده از مانو متر آبی :
* با بیمار ارتباط برقرار کرده و دلیل انجام کار را به وی توضیح دهید .
* بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید
* از باز بودن سه راهی اطمینان پیدا کنید .
* در صورت عدم جریان مایع به طور آزادانه کاتتر را توسط یک سرنگ آسپیره کنید .
* صفر خط کش CVP را هم تراز با محور فلبواستاتیک قلب تنظیم کنید ( محور فلبواستاتیک در وضعیت خوابیده به پشت به موازات چهارمین فضای بین دنده ای روی خط زیر بغل میانی می باشد )
* سه راهی را به نحوی که مایع به سمت بیمار قطع شود بچرخانید
* مانومتر را در همین وضعیت تا سطح حداکثر H2O mm 25 پر کنید ( بهتر است لبریز نشود ) .
* سه راهی را به نحوی که مایع به سمت بیمار جریان یابد بچرخانید که در نتیجه سطح مایع داخل مانومتر پایین بیاید و در نقطه ای ثابت بماند .
* مدت یک دقیقه تامل کنید تا سطح مایع داخل CVP با هر تنفس بیمار بالا و پایین بیاید
* میزان CVP را در انتهای بازدم بخوانید ( در بالاترین نقطه نوسان مایع داخل مانومتر ) .
* سه راهی را به حالت اولیه برگردانید به طوری که سرم مجددا به داخل کاتتر جریان یابد .
* در صورتی که بیمار دستور دریافت سرم ندارد کاتتر CVP را با مایع هپارینه پر کنید .
* کلیه مشاهدات و یافته های خود را به ویژه اندازه CVP را یادداشت کنید .
* **در روش اندازه گیری CVP با استفاده از ترانس دیوسر :**
* با بیمار ارتباط برقرار کنید .
* بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید .
* سر تخت بیمار را تا 30 درجه بالا بیاورید .
* ترانس دیوسر را هم سطح محور فلبو استاتیک قلب قرار دهید .
* میزان CVP روی مانیتور را در زمان انتهای بازدم بخوانید .
* کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کنید .

نکات آموزشی :

میزان طبیعی CVP , Hg mm 9-3 یا H2 O cm 12-5 می باشد .

کاهش میزان CVP در بیماران هیپو ولمیک نمایانگر آن است که میزان خون داخل بطن راست در انتهای دیاستول جهت ایجاد حجم ضربه ای کافی نیست .

کاهش میزان CVP در بیماران دچار خونریزی پس از جراحی قلب به عنوان اولین زنگ خطر تلقی خواهد شد .

افزایش CVP نشان دهنده افزایش حجم مایعات بوده و بایستی قابلیت انقباضی قلب افزایش یابد که این خود مستلزم صرف انرژی و افزایش مصرف O2 میوکارد است .

جهت تبدیل میزان CVP از مقدار آبی به جیوه ای باید به 36/1 تقسیم و یا بالعکس عمل نمود .

افزایش CVP در حضور تنگی میترال و یا نارسایی بطن چپ دلیل برداشتن مایعات کافی نیست , در این صورت اندازه گیری PCWP ( فشار بر ستون دهلیز چپ ) مناسب است .

میزان تغییرات فشار در یک محدوده زمانی معین ( حتی اگر این تغییر در محدوده طبیعی باشد ) , بسیار مهم تر از بالا و پایین بودن فشار CVP از حد طبیعی می باشد .

کاتتر CVP معمولا از طریق یکی از ورید های بزرگ تحت ترقوه ای , ژوگولار داخلی , ورید های روی آرنج وارد می شود .

بعد از گذاشتن کاتتر CXR گرفته شود .

* انجام کات دان

اهداف:

* 1-دسترسی به ورید بیمار در صورتی که امکان دسترسی به ورید های محیطی نباشد.
* 2-رسانیدن مایعات به بیمارانی که طولانی مدت بستری می شوند.

**وسایل مورد نیاز:**

کاتتر کات دان – ست کات دان شامل : (چاقوی جراحی کوچک 11 و 15 – تیغ بیستوری – دسته- گاز استریل – شان پرفوره استریل – شان استریل – قیچی بافت – منقبض کننده ورید- هموستاز – سوزن گیر) – نخ بخیه 1 تا 4 سیلک – چسب – پماد آنتی بیوتیک – سرنگ 5 سی سی – محلول ضد عفونی کننده – دستکش استریل – گان – ماده بی حس کننده

**عامل انجام کار:**

پرستار

**مراحل انجام کار**

* وسایل را آماده و در کنار تخت قرار دهید.
* با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار و دلایل آن را توضیح دهید.
* محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم کنید.
* دست های خود را تمیز بشویید.
* به پزشک در پوشییدن گان استریل و دستکش کمک کنید.
* ست کت دان را روی میزی که دسترسی پزشک به آن آسان است , باز کنید.
* دستکش را بپوشید. شان ساده را زیر محل مورد نظر قرار دهید.
* ناحیه مورد نظر را با ماده ضدعفونی کننده به دقت تمیز کنید.
* ماده بی حس کننده را به میزان دستور داده شده در اختیار پزشک قرار دهید.
* در تمام مدت انجام کار وسایل را در اختیار پزشک قرار دهید
* بیمار را از نظر هرگونه مشکل زیر نظر بگیرید و با صحبت کردن با وی او را کنترل کنید.
* پس از بخیه زدن توسط پزشک , محل مورد نظر را با گاز استریل آغشته به پماد آنتی بیوتیک پانسمان کنید.
* پس از اتمام کار توسط پزشک , جریان مایع وریدی را برقرار و تنظیم قطرات سرم را انجام دهید.
* کلیه وسایل را جمع آوری و ست کت دان را جهت فرستادن به CSR آماده کنید.
* بیمار را در پوزیشن راحت قرار دهید.
* محل مورد عمل را از نظر علایم ورم-هماتوم و یا انفیلتراسیون مایع به زیر پوست بررسی کنید.
* مراحل انجام کار , تاریخ و ساعت آن و حالات بیمار را در گزارش به طور دقیق ثبت کنید.
* روی چسب کت دان تاریخ نصب را بنویسید.

از تجهيزات و وسايل مورد استفاده در بخش جهت بيماران چند نمونه در زير آمده است



دستگاه DC شوك



دستگاه پالس اكسي متري



دستگاه ECG



دستگاه ونتيلاتور



بيمار بستري با كانسر زبان



بيمار با مسموميت با متانول



ترالي احيا



پمپ انفوزيون سرنگي پمپ انفوزيون سرمي

1. 1. Hemiglossectomy [↑](#footnote-ref-2)
2. . Total glossectomy [↑](#footnote-ref-3)
3. . Neck dissection [↑](#footnote-ref-4)
4. . Radial foream free flap [↑](#footnote-ref-5)
5. . Allen test [↑](#footnote-ref-6)
6. . Ulnar artery [↑](#footnote-ref-7)
7. 1. Doppler ultrasound [↑](#footnote-ref-8)
8. 2. Xerostomia [↑](#footnote-ref-9)
9. 1. salagen [↑](#footnote-ref-10)
10. 1. Leukopenia [↑](#footnote-ref-11)
11. 1. Cauterization [↑](#footnote-ref-12)
12. 1. Methotrexate (Rheumatrex) [↑](#footnote-ref-13)
13. 2. 5-fluorouracil (5-FU) [↑](#footnote-ref-14)
14. 3. Vinblastine (Velban) [↑](#footnote-ref-15)
15. 4. doxorubicin (Adriamycin) [↑](#footnote-ref-16)
16. 5. Cisplatin (Platinol) [↑](#footnote-ref-17)
17. 6. Thiotepa (Thioplex) [↑](#footnote-ref-18)
18. 1. BCG (TheraCys) [↑](#footnote-ref-19)
19. 2. Mitomycin (Mutamycin) [↑](#footnote-ref-20)
20. 1. Formalin [↑](#footnote-ref-21)
21. 2. Phenol [↑](#footnote-ref-22)
22. 3. Silver nitrate [↑](#footnote-ref-23)
23. 4. Strangury [↑](#footnote-ref-24)
24. 5. Urinary diversions [↑](#footnote-ref-25)
25. 6. Ileal conduit [↑](#footnote-ref-26)
26. 1. Jackson-Pratt tubes [↑](#footnote-ref-27)
27. 1. Ureterosigmoidostomy [↑](#footnote-ref-28)
28. 2. Neomycin [↑](#footnote-ref-29)
29. 3. Kanamycin [↑](#footnote-ref-30)
30. 1. Nephrectomy [↑](#footnote-ref-31)
31. 1. Ranal artery embolization [↑](#footnote-ref-32)
32. 2. GelFoam [↑](#footnote-ref-33)
33. 1. Temsirolimus (Torisel) [↑](#footnote-ref-34)
34. 2. Stem cell [↑](#footnote-ref-35)