

کتابچه آموزش خود مراقبتی پرستار به بیمار بخش داخلی، جراحی، کودکان



بیمارستان امام خمینی (ره) کلیدر
واحد آموزش سلامت 1403

فهرست

۱	فهرست
۳	مقدمه
۴	پنومونی Pneumonia (عفونت ریه)
۷	دیابت (diabetic)
۱۳	بیماری مزمن انسدادی ریه [COPD]
۱۸	گاستریت gastritis
۲۱	عفونت ادراری urinary tract infection
۲۴	ایکتز (زردی) در نوزاد
۲۹	تب و تشنج
۳۲	اسهال و استفراغ
۳۶	سفتازیدیم CEFTAZIDIME
۳۸	پنتاپرازول (Pantoprazole)
۳۹	سیپروفلوکساسین Ciprofloxacin
۴۱	سفترباکسون Ceftriaxone
۴۲	آپوتل APOTEL
۴۴	کله سیستیت (cholecystitis)
۴۹	فتق (هرنی) اینگوینال یا مغبنی (کشاله ران)
۵۵	آپاندیسیت
۵۵	Appendicitis
۵۸	سزارین caesarean section
۶۴	تانسیلکتومی Tonsillectomy
۶۷	بیماری های آنال
۶۸	شقاق مقعد
۷۳	مترونیدازول Metronidazole
۷۵	سفازولین Cefazolin
۷۶	جنتامایسین: Gentamicin

پیوست..... ۷۷

منابع:..... ۸۸

مقدمه

به نام خالق یکتا

آموزش به بیمار مجموعه تجربیاتی است که برای بیمار فراهم می شود تا تأثیری مثبت بر آگاهی، عملکرد و نگرش او در مراقبت از خود داشته باشد. امروزه آموزش به بیمار نه تنها یک مهارت بلکه یک مسئولیت است و جزو نیازهای اساسی بیماران و از مهمترین حقوق آنها محسوب می شود. بیماران نیاز دارند بدانند چه وقت، چگونه و چرا باید شیوه زندگی خود را تغییر دهند. در واقع سعی ما در آموزش به بیماران این است که آنها آنچه را باید انجام دهند اما نمیدانند چگونه انجام دهند را بیاموزند. ما به آنها کمک می کنیم مهارت ها و تواناییهای خود را شناسایی کنند و از افرادی که می توانند آنها را در اعتلای سطح سلامت یاری کنند بهره گیرند.

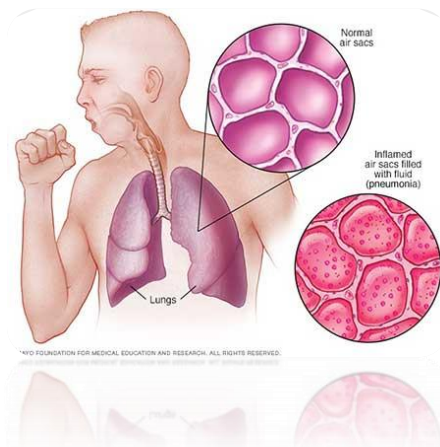
این آموزش ها بر اساس نیازهای فردی و موقعیت خاص بیمار طراحی و اجرا می شود تا تغییرات مطلوب رفتاری را ایجاد کند. این کار نیازمند تلاش گروهی تیم مراقبتی است و امروزه از مهمترین نقش های پرستاران و از اجزاء ضروری مراقبت های پرستاری محسوب می شود.

هدف از طراحی و تدوین این کتابچه، آموزش پرستار به بیمار، بروز رسانی آموزش و دانش پرستاران و بدنبال آن یکسان سازی آموزش های آنها و افزایش کیفیت خدمات پرستاری در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری ها و همچنین باعث ایجاد فضایی برای تعامل بین پرستار و بیمار در جهت کمک به بیمار برای بدست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتر و کاهش هزینه های بهداشتی و درمانی باشد.

مجموعه حاضر شامل پنج بخش کلی است که بخش اول شامل بیماری های شایع در بخش داخلی - اطفال و بخش دوم شامل داروهای رایج در بخش داخلی - اطفال و بخش سوم شامل بیماری های شایع در بخش جراحی و بخش چهارم شامل داروهای رایج در بخش جراحی و بخش پنجم در ارتباط با آموزش ایمنی بیمار (پیوست) ارائه شده است. امیدواریم این کتابچه برای تمامی پرسنل پرستاری مفید و ارزشمند واقع شود و بتوانیم گامی در جهت نیل به تمامی اهداف برداشته باشیم.

بیماری های شایع در بخش داخلی - کودکان

پنومونی Pneumonia (عفونت ریه)



به التهاب بافت ریه که یک یا دو طرف قفسه سینه را درگیر می کند و معمولاً در اثر عفونت ایجاد می شود پنومونی یا عفونت ریه گفته می شود. عفونت ریه ممکن است در اثر ارگانیسمهای مختلفی شامل ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها و انگل ها ایجاد شود. علاوه بر عفونت ها، ممکن است در اثر استنشاق مواد شیمیایی مانند بخارهای سمی نیز التهاب ریه ایجاد شود. در موارد نادری ممکن است التهاب ریه در اثر استنشاق مواد حساسیت زا ایجاد شود. ممکن است مواجهه با موادی که در محیط کار یا محیطهای دیگر وجود دارند باعث ایجاد التهاب در بافت ریه شود. عفونت ریه شایعی است و در سال یک درصد افراد بالغ را گرفتار می کند و هرساله برخی از این افراد می میرند. این بیماری به خصوص در افراد مسن و کودکان کم سن خطرناک است.

علت ایجاد عفونت ریه در نیمی از موارد باکتریها هستند. در بیشتر موارد نوعی **استرپتوکوک** مسئول عفونت باکتریایی ریه است .

*علائم عفونت ریه (پنومونی) کدامند؟

علائم عفونت باکتریایی به صورت ناگهانی شروع می شوند. علائم ناگهانی به صورت تب و لرز، درد قفسه سینه، و سرفه بروز می کنند. گاهی ممکن است فرد مبتلا بسیار بد حال باشد. سرفه در ابتدا ممکن است خشک باشد اما یک تا دو روز بعد سرفه همراه با خلط می شود. خلط معمولاً زرد رنگ است و ممکن است رگه های خونی داشته باشد یا نارنجی رنگ باشد. تنفس بیمار سریع و سطحی می شود و ممکن است بیمار به نفس نفس زدن بیفتد. در موارد شدید اکسیژن رسانی مناسب کاهش می یابد و ممکن است علائم کمبود اکسیژن در فرد بروز کند. تنفس عمیق یا سرفه ممکن است منجر به ایجاد درد عمقی در قفسه سینه شود. این علامت ممکن است نشان دهنده ی گسترش عفونت به پرده پوشاننده ی ریه ها (پرده جنب) باشد. اگر مبتلا به سرما خوردگی شده باشید و مدت بیماری شما طولانی تر از حد معمول باشد و علائمی که گفته شد را داشته باشید

ممکن است دچار عفونت ریوی شده باشید و باید به پزشک مراجعه کنید.

*چه کسانی بیشتر در معرض ابتلا به عفونت ریوی هستند؟

*کودکان خصوصاً آنهایی که بیماری مزمن دارند.

*افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، ریوی، کبدی، کلیوی، آسم، دیابت.

*افراد که سیگار می‌کشند.

*افراد که سیستم ایمنی ضعیفی دارند مانند افراد مبتلا به ایدز.

*افراد پیر و ضعیف

*چگونه می‌توان از ابتلا به عفونت ریوی پیشگیری کرد؟

*سیگار کشیدن باعث ریه را تخریب می‌کند و ریه را نسبت به عفونتها آسیب‌پذیر می‌کند.

*اگر سیگار می‌کشید بهتر است آن را کنار بگذارید.

*برای باکتری پنوموکوک واکسنی تهیه شده که در برخی کشورها جزء واکسیناسیون کودکان است.

*در کشور ما نیز چنین واکسنی وجود دارد ولی جزء برنامه‌ی واکسیناسیون کشوری نیست. برای دریافت آن میتوانید به پزشک مراجعه کنید.

*اگر بالای ۶۵ سال دارید، سیستم ایمنی شما ضعیف شده است یا به بیماری مزمنی مانند بیماری مزمن قلبی، ریوی، کلیوی، کبدی، آسم و یا دیابت دچار هستید باید واکسن پنوموکوک را دریافت کنید. همچنین باید به خوبی از خود مراقبت کنید و برای پیشگیری از ابتلا به پنومونی ویروسی خصوصاً اگر آنفولانزا اپیدمی شده است واکسن آنفولانزا بزنید.

*اگر به هر علتی با جراحی طحال شما برداشته شده است دریافت واکسن پنوموکوک بسیار اهمیت دارد و باید در این مورد از پزشک خود اطلاعات لازم را بخواهید.

*در صورت ابتلا به سرماخوردگی و سایر عفونتهای تنفسی باید نکات بهداشتی رعایت گردد تا از انتقال عوامل بیماریزا به افراد مستعد بیماری پیشگیری شود.

پنومونی را چگونه تشخیص دهیم؟

عکسبرداری از قفسه سینه به همراه تست های آزمایشگاهی جهت تایید وجود پنومونی و تعیین وسعت عفونت به همراه محل قرار گیری آن مورد استفاده قرار می گیرد.

***عفونت ریوی چگونه درمان می‌شود؟**

این بیماری در مواردی به صورت سرپایی قابل درمان است و در موارد دیگر به صورت بستری صورت می‌گیرد. درمان آنتی بیوتیکی، فیزیوتراپی قفسه سینه، و در مواردی اکسیژن استفاده می‌شوند.

دیابت (diabetic)



دیابت چیست؟

هنگامی که گلوکز یا قند وارد جریان خون می‌شود، مقدار مناسبی انسولین توسط پانکراس (لوزالمعده) آزاد می‌شود که قند خون را کنترل می‌کند. در افراد دیابتی این سیستم کار نمی‌کند، در نتیجه باعث افزایش قند خون شده و به آن هایپرگلیسمی می‌گویند. هایپرگلیسمی یا افزایش قند خون، در ابتدا در قند خون پس از صرف غذا بروز می‌کند و با پیشرفت بیماری، در قند خون ناشتا نیز خود را نشان می‌دهد.

انواع دیابت

دیابت بر اساس معیارهای انجمن دیابت آمریکا به چهار گروه طبقه‌بندی می‌شود که در هر گروه از این بیماری عوامل خطر متعددی وجود دارد.

دیابت نوع ۱

دیابت نوع یک ناشی از تخریب سلول‌های بتا پانکراس می‌باشد و معمولاً منجر به نقص کامل در ترشح انسولین در تمام طول عمر فرد می‌شود. در ایران تنها ۱۱٪ از کل بیماران دیابتی را بیماران دیابت نوع ۱ تشکیل می‌دهند. بیشتر افراد درگیر با این بیماری کمتر از ۲۰ سال سن دارند اما این بیماری ممکن است در هر سنی بروز پیدا کند. بیشتر افراد مبتلا به این نوع دیابت نیاز به تزریق انسولین جهت کنترل بیماری خود دارند.

دیابت نوع ۲

دیابت نوع دو معمولاً با پیش‌زمینه مقاومت انسولینی در فرد همراه است. با افزایش سن امکان ابتلا به این بیماری بیشتر می‌شود و بیشتر در افراد بالای ۳۰ سال ایجاد می‌شود. ۹۰-۸۵٪ بیماران دیابتی مبتلا به این نوع دیابت هستند. **چاقی و کم‌ تحرکی** نقش بسیار مهمی در ابتلا به این بیماری دارند.

عوامل خطر دیابت نوع ۲

۱. **وزن:** بافت چربی بیشتر در فرد، مقاومت به انسولین و خطر ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ را در فرد افزایش می‌دهد.
۲. **کم‌تحرکی:** فعالیت کمتر، خطر ابتلا به بیماری را در افراد افزایش می‌دهد. فعالیت بدنی به فرد کمک می‌کند تا وزن خود را کنترل کند، علاوه‌براین فعالیت بدنی از گلوکز به‌عنوان انرژی استفاده می‌کند و سلول‌های بدن را نسبت به انسولین حساس‌تر می‌کند.
۳. **سابقه خانوادگی:** اگر یکی از والدین یا خواهر و برادر شما دارای دیابت نوع ۲ باشد، خطر ابتلای شما به دیابت نوع ۲ افزایش می‌یابد.
۴. **نژاد:** اگرچه معلوم نیست چرا مردم نژادهای خاص -از جمله سیاه‌پوستان، اسپانیایی، سرخپوستان آمریکایی - در معرض خطر بیشتری هستند.
۵. **سن:** با افزایش سن خطر ابتلا به دیابت افزایش می‌یابد. این ممکن است به این دلیل باشد که فعالیت بدنی کمتر شده، توده عضلانی کاهش و افزایش وزن اتفاق می‌افتد؛ اما ابتلا به دیابت نوع ۲ در میان کودکان، نوجوانان و بزرگسالان نیز افزایش یافته است.
۶. **دیابت بارداری:** اگر هنگام بارداری به **دیابت بارداری** مبتلا شوید، احتمال ابتلا به دیابت پیش از بارداری و دیابت نوع ۲ افزایش می‌یابد. همچنین اگر فرد سابقه زایمان کودک با وزن بیش از ۴ کیلوگرم داشته باشد، در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ هست.
۷. **سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS):** در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک -یک بیماری شایع که با دوره‌های نامنظم قاعدگی، رشد مو و چاقی همراه است- خطر ابتلا به **دیابت نوع ۲** بیشتر است.
۸. **فشارخون بالا:** فشارخون بالای ۹۰/۱۴۰ میلی‌متر جیوه (mmHg) با افزایش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ ارتباط دارد.
۹. **سطح غیر طبیعی چربی خون:** اگر سطح چربی لیپوپروتئین با چگالی بالا (HDL) یا "کلسترول خوب" پایین باشد، خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ افزایش می‌یابد. تری گلیسیرید نوع دیگری از چربی موجود در خون است. افرادی که سطح بالای تری گلیسیرید دارند خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در این افراد افزایش می‌یابد.

دیابت بارداری

دیابت بارداری یا **GDM**، دیابت تشخیص داده‌شده در زمان بارداری می‌باشد. این نوع عارضه به‌طور ناگهانی ممکن است در خانم‌های باردار بروز کند. در صورت عدم کنترل، خطر سقط جنین وجود دارد و عوارض جبران‌ناپذیری را ممکن است برای فرد ایجاد کند. زنان باردار مبتلا، پس از زایمان بیشتر در معرض خطر ابتلا به نوع ۲ این بیماری هستند.

روش تشخیص دیابت

تشخیص این بیماری بر اساس تأیید حداقل یکی از معیارهای زیر صورت می‌گیرد:

- هموگلوبین گلیکوزیله یا **HbA1c** بالاتر از ۶/۵ درصد (اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله باید در آزمایشگاه و تحت روش استاندارد شده صورت پذیرد)
- قند خون ناشتا یا **FBS** بالاتر از ۱۲۶ میلی‌گرم/دسی لیتر (۷ میلی مول/لیتر) (برای اندازه‌گیری قند ناشتا حداقل ۸ ساعت ناشتایی الزامی می‌باشد).
- قند خون دوساعته یا **IGTT** در تست تحمل خوراکی گلوکز بالاتر از ۲۰۰ میلی‌گرم/دسی لیتر (۱۱/۱ میلی مول / لیتر) (این اندازه‌گیری باید طبق دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی و با مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی صورت گیرد)
- قند خون تصادفی بالاتر از ۲۰۰ میلی‌گرم/دسی لیتر (۱۱/۱ میلی مول/دسی لیتر) (در بیماران با علائم هایپرگلیسمی یا همان قند خون بالا اندازه‌گیری تصادفی قند خون می‌تواند به‌عنوان معیار تشخیصی مورد استفاده قرار گیرد)

علائم بیماری دیابت

- افزایش احساس تشنگی
- افزایش احساس گرسنگی
- خشکی دهان
- تکرر ادرار یا عفونت ادراری
- کاهش وزن غیرقابل توجیه
- خستگی و ضعف غیرقابل توجیه
- تاری دید
- سردرد

عوارض جانبی دیابت

بیماری قلب و عروقی

دیابت به‌طور چشمگیری خطر ابتلا به انواع مشکلات قلبی عروقی، از جمله بیماری عروق کرونر را با درد قفسه سینه (آنژین)، حمله قلبی، سکته مغزی و باریک شدن شریان‌ها (آترواسکلروز) افزایش می‌دهد. در افراد مبتلا به دیابت احتمال ابتلا به بیماری قلبی یا سکته مغزی افزایش می‌یابد.

آسیب عصبی (نوروپاتی)

قند اضافی می تواند به دیواره های عروق خونی کوچک (مویرگ ها) که اعصاب فرد را به خصوص در پاها، غذا رسانی می کند آسیب برساند. این آسیب می تواند باعث بی حسی، سوزش و یا درد شود که معمولاً در انگشتان دست یا انگشتان پا شروع می شود و به تدریج گسترش می یابد

در صورت عدم درمان، ممکن است فرد اعصاب این نواحی را از دست بدهد. آسیب اعصاب مربوط به دستگاه گوارش می تواند باعث تهوع، استفراغ، اسهال یا یبوست شود. در مردان، ممکن است این آسیب منجر به اختلالات جنسی شود.

آسیب کلیه (نفروپاتی)

کلیه ها حاوی میلیون ها رگ خونی کوچک (گلومرول) هستند که مواد زائد را از خون شما دفع می کنند. دیابت می تواند به این سیستم تصفیه حساس بدن آسیب برساند. آسیب جدی می تواند منجر به نارسایی کلیه یا بیماری برگشتناپذیر آسیب حاد کلیه ESRD شود که ممکن است نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه داشته باشد. آسیب چشم (رتینوپاتی)

دیابت می تواند به عروق خونی شبکه (رتینوپاتی دیابتی) آسیب برساند که به طور بالقوه منجر به کوری می شود. دیابت همچنین در بینایی می تواند مشکلات دیگری مانند آب مروارید و آب سیاه (گلوکوم) را افزایش می دهد. آسیب پا (زخم پای دیابتی)

آسیب عصبی در پا و یا فقر جریان خون به پاها باعث افزایش خطر عوارض مختلف پا می شود. در صورت عدم درمان، تاول ها و زخم های پا می تواند عفونت های جدی را ایجاد کند که اغلب به ندرت بهبود می یابند. در نهایت این عفونت ها ممکن است باعث نیاز به قطع عضو در فرد مبتلا شود.

مشکلات پوستی

دیابت ممکن است شما را بیشتر در معرض مشکلات پوستی، از جمله عفونت های باکتری و قارچی قرار دهد.

اختلال شنوایی

انواع مشکلات شنوایی در افراد مبتلا به بیماری قند شایع تر است.

درمان دارویی دیابت و داروهای مخصوص بیماران دیابتی

بی گوانیدها (Biguanides):

متفورمین (Metformin) تنها داروی این دسته است. متفورمین مقاومت بدن به انسولین را کاهش می دهد و همچنین تولید گلوکز توسط کبد را مهار می کند. متفورمین جذب گلوکز را در دستگاه گوارش کاهش می دهد.

سولفونیل اوره ها (Sulfonylureas)

سولفونیل اوره ها با تحریک آزاد شدن انسولین از سلول های بتا پانکراس باعث پایین آمدن قند خون می شوند و در کنترل قند خون ناشتا بسیار مؤثرند و از این رو باعث خطر کاهش قند خون (hypoglycemia) می شوند.

تيازولیدین دیون ها (Thiazolidinediones)

داروهای این دسته مقاومت بدن نسبت به انسولین را کاهش می دهند که عبارتند از: پیوگلیتازون (pioglitazone) و روزیگلیتازون (Rosiglitazone)

مگلیتینیدها: (Meglitinides)

داروهای این دسته شبیه سولفونیل اوره ها بوده و باعث ترشح انسولین از پانکراس می شوند. گرچه آنها کوتاه اثر هستند (short acting) اما، باعث خطر کاهش قندخون نمی شوند. داروهای این دسته شامل ریپاگلیناید (Repaglinide) و ناتگلیناید (Nateglinide) است.

مهارکننده های دی پپتیدیل پپتیداز: (Dipeptidylpeptidase inhibitors)

این دسته دارویی جدیداً توسط FDA تایید شده است و در حال حاضر تنها داروی سیتاگلیپتین (Sitagliptin) یا (Januvia) در این دسته قرار می گیرد. این دارو با مهار آنزیم DPP-4 باعث ترشح انسولین در یک مدت طولانی بعد از غذا می شود و در نتیجه قندخون پایین می آید.

مهارکننده های آلفا گلوکوزیداز: (glucosidase inhibitors Alpha)

داروهای این دسته جذب گلوکز موجود در مواد غذایی را در دستگاه گوارش به تاخیر می اندازد. این داروها برای کاهش قندخون بعد از غذا استفاده شده و شامل آکاربوز (Acarbose) و میگلیتول (Miglitol) می باشند.

انسولین

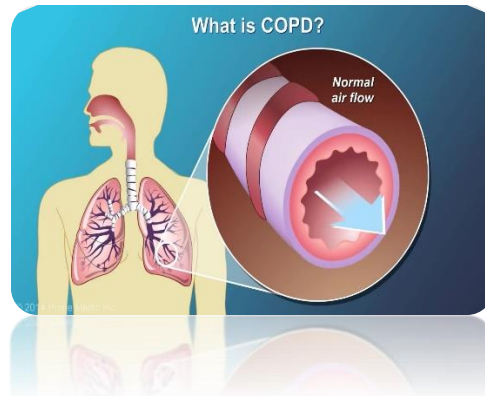
همه افراد مبتلا به دیابت نوع اول و بعضی از افراد مبتلا به دیابت نوع دو انسولین مصرف می کنند. ۵ نوع انسولین وجود دارد که شامل انسولین سریع اثر (Rapid – acting)، کوتاه اثر (Short – acting)، متوسط اثر (Intermediate – acting)، طولانی اثر (Long – acting) و ترکیبی (Premixed) است.

آموزش خودمراقبتی بیمار:

- ۱- مراجعه منظم به پزشک و اجرای کامل دستورات پزشک معالج
- ۲- به علایم کاهش قند خون که شامل احساس گرسنگی، ضعف، لرز، تپش قلب و تعریق است توجه داشته باشید و در صورت بروز این علایم کمی آب میوه و یا ۳ حبه قند مصرف کنید.
- ۳- به علایم افزایش قند که شامل تشنگی شدید، ادرار بیش از حد، تاری دید، خشکی و برافروختگی صورت است توجه داشته باشید و سریعاً به پزشک یا بیمارستان مراجعه نمایید زیرا اگر این علایم درمان نشود باعث افت سطح هوشیاری میشود.
- ۴- اگر انسولین استفاده میکنید در صورت بروز علایمی مثل بی اشتها، تهوع، استفراغ، اسهال، تنفس تند احساس بوی میوه در تنفس سریعاً به پزشک یا بیمارستان مراجعه نمایید.
- ۵- قبل از ورزش یک وعده غذایی کوچک بخورید و فعالیتهایی را که فکر میکنید به شما آسیب میزند انجام ندهید.
- ۶- قبل از ورزش قند خونتان را چک کنید نباید زیر ۱۰۰ و بالای ۲۵۰ باشد.
- ۷- از ورزش در هوای خیلی سرد یا گرم خودداری کنید.
- ۸- لباس سبک و گشاد بپوشید. ۲ لیوان آب قبل از ورزش بنوشید چای ننوشید صبحها یا عصرها که هوا خنک است ورزش کنید.
- ۹- اگر خیلی عرق میکنید مصرف نمک را بیشتر کنید.
- ۱۰- ۵ روز در هفته و هر بار ۳۰ دقیقه ورزش کنید از کفش مناسب برای ورزش استفاده شود و سلامت پاها بررسی شود.
- ۱۱- پاها هر روز شسته و خشک شود بخصوص لای انگشتان
- ۱۲- داخل حمام کفش بپوشید برای مدت طولانی پاها را روی هم نیندازید در صورت خراش یا زخم و در صورت عدم بهبودی در چند روز به پزشک مراجعه کنید.
- ۱۳- داشتن تورم و قرمزی اولین علامت مشکلات پاناشی از دیابت است.
- ۱۴- انجام معاینات سالانه چشمی ضروری است.
- ۱۵- نان سیوس دار، سیب زمینی کباب شده، سبزیجات خام، کاهو، سبزیجات سبز، اسفناج، شیر کم چرب، آب میوه طبیعی، گوشت کم چرب و کبابی استفاده کنید.
- ۱۶- از مصرف غذاهای آماده، گوشت پر چرب مرغ با پوست شیر پر چرب ترشی چیپس سیب زمینی، نان سفید، نوشابه، آب جوجاناب کنید.
- ۱۷- از میوههای با پتاسیم بالا مثل موز، هلو، طالبی، خربزه، پرتقال استفاده کنید در صورتیکه بیماری کلیوی نیز دارید از موادی با پتاسیم پایین مثل خیار، کاهو، ذغال اخته استفاده کنید.
- ۱۸- در صورت مشکل ناراحتی معده از سبزیجات پخته بجای خام استفاده کنید مصرف زیاد کلم پیچ شلغم بصورت خام باعث کم کاری غده تیروئید میشود.
- ۱۹- برای سازش با استرس از عجله و اضطراب دوری کنید. صبور باشید و به خدا توکل کنید. کارهای مورد علاقه را انجام دهید هنگام عصبانیت از شستن صورت با آب سرد استفاده کنید.

دیگر توصیه ها:

بیماری مزمن انسدادی ریه [COPD]



بیماری مزمن انسدادی ریه شایعتری علت مرگ و معلولیت ناشی از بیماریهای ریوی است. بیماری مزمن انسدادی ریه طبقه بندی وسیعی شامل گروه بیماری های همراه با انسداد مزمن جریان هوا بداخل یا خارج ریه است. انسداد راه‌هوایی نوعی تنگی منتشر در راههای هوایی است که مقاومت در برابر عبور هوا را بالا می‌برد. بیماری‌هایی مثل برونشیت مزمن، برونشکتازی، آمفیزم و آسم در گروه بیماری‌های مزمن انسدادی ریه قرار می‌گیرند.

بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه بطور اصولی دچار:

- 1- ترشح بیش از حد موکوس در راه هوایی بدون ارتباط با علتی خاص [برونشیت یا برونشکتازی]
 - 2- افزایش اندازه راههای هوایی دیستال نسبت به برونشیولهای انتهایی، تخریب دیواره آئولول‌ها و از بین رفتن خاصیت جمع شدن ریه بعد از اتساع و آمفیزم
 - 3- تنگی راههای تنفسی که شدت آن متغیر است. [آسم]
- در نتیجه دینامیک راههای هوایی مختل می‌شود و بعنوان مثال خاصیت ارتجاعی راههای هوایی از بین می‌رود و تنگ می‌شود. در اغلب موارد ترکیبی از حالات فوق در مریض وجود دارد.
- این بیماری در میانسالی علامت دار می‌شود ولی شیوع آن با بالا رفتن سن، افزایش می‌یابد. اگر چه بعضی از عملکردهای ریه مثل ظرفیت حیاتی و حجم بازدمی با افزایش سن کم می‌شود ولی COPD باعث تشدید بسیاری از این تغییرات می‌شود و بالاخره راههای هوایی را مسدود می‌کند. [برونشیت] و حالت الاستیک ریه را مختل می‌کند [آمفیزم] بنابراین تغییرات بیشتری را در نسبت تهویه - پرفیوژن افراد سالخورده مبتلا به COPD بوجود می‌آورد.

نشانه‌های اتساع بیش از حد ریه‌ها، استفاده از عضلات فرعی تنفسی، کاهش صداهای تنفسی در معاینه و ویزینگ منتشر [مخصوصاً در طی یک بازدم عمیق] مشاهده می‌شود. قیافه ظاهری بیماران از یک قیافه لاغر و حتی کاشکتیک تا چهره‌ای ادماتو و سیانوتیک، متفاوت خواهد بود. آزمایش گازهای خون شریانی، معمولاً نشان دهنده هیپوکسی با شدت‌های متغیر بوده و در مراحل پیشرفته بیماری نیز، هایپرکاپنی را نشان می‌دهد.

علائم و نشانه های بیماری انسداد ریوی مزمن:

علائم بیماری انسداد ریوی مزمن COPD اغلب تا زمانی که ریه به میزان قابل توجهی تخریب نشده باشد بروز نمی‌کنند، همچنین طی زمان، به خصوص اگر استعمال سیگار ادامه پیدا کند، بدتر می‌شوند. علامت اصلی در برونشیت مزمن:

- سرفه روزانه
 - تولید خلط حداقل به مدت سه ماه در سال برای دو سال متوالی می‌باشد.
 - سایر علائم و نشانه های بیماری انسداد ریوی مزمن (COPD) شامل:
 - تنگی نفس مخصوصا در هنگام فعالیت
 - خس خس
 - احساس فشار روی قفسه سینه
 - وجود خلط و موکوس فراوان در ریه ها و نیاز به تخلیه آن در اول صبح
 - سرفه مزمن که منجر به تولید خلط شود که ممکن است بی رنگ، سفید، زرد یا سبز باشد.
 - آبی بودن لب ها و بستر ناخن ها (سیانوز)
 - عفونت های تنفسی متناوب
 - کمبود انرژی
 - تورم در مچ پا، پا یا کل اندام تحتانی
 - در مراحل پیشرفته از دست دادن وزن
- همچنین افرادی که دچار بیماری انسداد ریوی مزمن COPD هستند ممکن است دوره هایی از تشدید علائم را تجربه کنند که علائمشان نسبت به تغییرات معمول روزانه بدتر شده و حداقل برای چندین روز باقی بماند.

عوامل خطرزای COPD کدامند؟

سیگار مهم ترین عامل ایجادکننده این بیماری است. از عوامل دیگر زمینه ارثی، آلودگی هوا و تماس شغلی (زغال سنگ، پنبه و غلات) را می توان نام برد.

عوارض COPD چیست؟

مهم ترین عارضه این بیماری، نارسایی تنفسی است.

درمان بیماریهای انسدادی ریه

الف-درمان دارویی:

داروهای شل کننده عضلات صاف برونشی یا کم کننده تحریک پذیری برونش را می توان به ۴ گروه تقسیم نمود.

-سمپاتومیمتیک ها	سالبوتامول
-متیل گزانتین ها	تئوفیلین و آمینوفیلین
-آنتی کلینرژیک ها	آتروپین و آتروونت
-داروهای ضد التهاب	کرومولین سدیم و کورتیکواستروئیدها

ب- اکسیژن:

هیپوکسمی موجود در بیماران ، دارای دو نتیجه مخرب اصلی است:

1- کاهش اکسیژن رسانی به بافتها

2- انقباض عروق ریوی

بنابراین اکسیژن درمانی یک بخش اساسی در درمان مبتلایان به بیماری های انسدادی ریه بوده و هر زمان که میزان اشباع اکسیژن خون شریانی به کمتر از ۹۰٪ برسد ضرورت دارد.

ج- آنتی بیوتیکها

برخی از حملات شدید انسداد مجاری هوایی، ثانویه به عفونتهای حاد هستند. بدلیل احتمال عدم شناسایی ارگانسیم اختصاصی، یک آنتی بیوتیک وسیع الطیف [آمپی سیلین، تتراسایکلین] تجویز می شود.

د- قطع مصرف دخانیات؛

مهمترین عامل در درمان بیمار مبتلا به COPD قطع مصرف سیگار است.

ه- فیزیوتراپی و توانبخشی

تغذیه بیماران چگونه باشد؟

- مواد غذایی پرکالری و پر پروتئین مصرف کنید.

- تعداد وعده های غذایی خود را افزایش داده، ولی حجم غذای مصرفی را در هر وعده کاهش دهید.

- غذاهای نفاخ (کلم، بادمجان و ...) مصرف نکنید.

- از مصرف چای، قهوه، الکل، نوشابه، ادویه، نمک، سیگار و قلیان خودداری نمایید.

- میوه و سبزیجات بیشتر مصرف کنید.

- مایعات بیشتر بنوشید.

- رژیم غذایی شما سرشار از ویتامین های گروه ب، ویتامین های کا، ث، آ و اسید فولیک باشد.

- در افرادی که مدفوع چرب دارند، توصیه می شود ویتامین های آ. د. ای مصرف کنند.

- رعایت بهداشت دهان برای شما ضروری است.

آموزش خود مراقبتی مهم به بیماران مزمن انسداد ریوی

- خواب و استراحت: کلیه عوامل استرس زا را از خود دور کنید.

- لازم است اتاق شما تهویه مناسب داشته باشد.

- از مخدرها و مسکن ها استفاده نکنید.

- روزانه ورزش کنید.

- روزانه ساعات خواب و استراحت خود را تنظیم نمایید.

- بهبود تنفس: برای بهبود وضعیت تنفسی خود، لازم است دم آهسته همراه با بازدم طولانی در وضعیت خم شده به جلو و با لب‌های غنچه‌ای انجام دهید.

- برای حفظ رطوبت محیط از بخور استفاده کنید.

- سعی کنید با توصیه پزشک ورزش‌های مناسب انجام دهید.

- از قرار گرفتن در گرما و سرمای زیاد اجتناب کنید، زیرا می‌تواند باعث افزایش خلط و تنگی نفس شما بشود.

- از قرار گرفتن در محیط‌های شلوغ و سر بسته پرهیز کنید.

- از افراد سرماخورده یا مبتلا به هر نوع عفونت، به خصوص عفونت تنفسی فاصله بگیرید.

- چنانچه در محیط سرد قرار می‌گیرید، از ماسک صورت و شال گردن استفاده کنید.

- در هوای گرم از تصفیه‌کننده هوا استفاده نمایید.

- اسپری‌های خود را به نحوه صحیح و در زمان صحیح استفاده نمایید.

- از مواد محرک تنفسی مثل سیگار پرهیز کنید و حتی به محیط‌هایی که آلوده به دود سیگار هستند، وارد نشوید.

- از محیط‌های شلوغ خصوصا در فصل‌هایی که آنفلوآنزا شیوع بالایی دارد، پرهیز کنید.

- در مسافرت‌های هوایی در مورد نیاز به اکسیژن اضافی با پزشک خود مشورت کنید.

- در اول پاییز با پزشک خود در مورد تزریق واکسن آنفلوآنزا و پنومونی مشورت نمایید.

- در صورتی که تنگی نفس شما با اسپری برطرف نمی‌شود، به اولین مرکز درمانی مراجعه کنید.

- در صورت بروز هر یک از علائم زیر پزشک خود را مطلع سازید: تغییر رنگ و تغییر در مقدار خلط، افزایش سرفه، افزایش خستگی،

افزایش تنگی نفس، افزایش وزن، ورم اندام‌ها و تب.

دیگر توصیه‌های:

گاستریت gastritis



گاستریت یا ورم معده به حالتی گفته می‌شود که در آن معده دچار التهاب یا عفونت خفیف در لایه مخاطی می‌شود و معمولاً به دو حالت، ورم معده حاد و مزمن بروز می‌کند. گاهی اوقات ممکن است ورم معده در صورت طولانی شدن، منجر به زخم معده شود.

علائم بیماری گاستریت کدامند؟

شایع‌ترین علائم این بیماری دل‌درد و دل‌پیچه، سیاه شدن مدفوع در اثر خونریزی گوارشی، احساس سوزش در بالای شکم و گاهی استفراغ، بی‌اشتهایی، تب، ضعف، ورم شکم، درد تند و مبهم و یا آزاردهنده در قفسه‌سینه، احساس اسید معده در دهان و ندرتاً اسهال است. گاستریت همچنین با آروغ یا نفخ همراه است.

علاوه بر این در گاستریت حاد علائمی چون کوفتگی، احساس پر بودن معده، سردرد، سرگیجه، تشنگی شدید، تنفس تند، کشیدگی شکم، حساس و سفت شدن شکم مشاهده می‌شود.

در گاستریت مزمن ممکن است اختلال در حرکت معده و بروز علائمی چون علائم زخم معده بروز کند.

تشخیص گاستریت

برای تشخیص علائم و نشانه‌ها و به طبع آن درمان ورم معده، پزشک بعد از معاینات فیزیکی و گرفتن شرح حال بیمار و بیماری‌ها و داروهای مصرفی، جهت تشخیص بهتر و دقیق‌تر ورم معده ممکن است روش‌های زیر را تجویز کند

آندوسکوپی مطمئن‌ترین و دقیق‌ترین روش برای تشخیص و درمان گاستریت یا ورم معده استفاده از آندوسکوپی است. .
تست‌های H. pylori. پزشک شما ممکن است آزمایش‌هایی برای تعیین اینکه آیا باکتری H. pylori را بدهد (علت اصلی ورم معده و گاستریت باکتری به نام هیلکو باکتر پیلوری است). اینکه کدام نوع آزمایش را انجام می‌دهید بستگی به وضعیت شما دارد H. pylori. ممکن است در یک آزمایش خون، در آزمایش مدفوع یا با آزمایش تنفسی تشخیص داده شود.

روش بعدی آزمایش خون است که پزشک می‌تواند گلبول‌های قرمز خون را شمارش کرده و با کنترل آن متوجه شود که فرد دچار کم‌خونی است و این به آن معنی است که تعداد گلبول‌های قرمز خون بیمار به حد طبیعی نیست. این کم‌خونی گاهی اوقات می‌تواند به دلیل خونریزی از معده باشد.

آخرین شیوه آزمایش مدفوع است که در این آزمایش وجود خون در مدفوع که دلیل آن ممکن است خونریزی از معده باشد کنترل می‌شود.

درمان گاستریت

علت ورم معده، ضعف در پوشش مخاطی معده است که منجر به گاستریت می‌شود. داشتن پوشش معده نازک یا آسیب دیده که خطر ابتلا به گاستریت را بیشتر می‌کند. علت دیگر ورم معده، عفونت باکتریایی دستگاه گوارش است که می‌تواند باعث ایجاد ورم معده شود. درمان ورم معده بستگی به علت خاص آن دارد. به خاطر داشته باشید:

- **ورم معده حاد:** بر اثر عفونت یا یک عامل محرک ایجاد می‌شود و باعث بروز ناگهانی ناراحتی و در معده می‌شود؛ اما با از بین بردن عامل التهاب نیز این درد و ناراحتی به سرعت از بین می‌رود و درد تسکین می‌یابد.
 - **ورم معده مزمن:** وضعیتی است که در آن مخاط داخلی معده در بلند مدت در معرض آسیب قرار می‌گیرد. عامل التهاب و آسیب معمولاً میکروب هلیکوباکتری است. گاستریت مزمن معمولاً باعث درد یا سوءهاضمه نمی‌شود اما بروز آسیب‌های شدید به مخاط معده می‌تواند باعث فقر ویتامین B12 و کم‌خونی شدید شود.
- گاستریت حاد ناشی از مصرف مواد غذایی تند، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی یا مصرف بیش از حد الکل است، درمان گاستریت در این حالت متوقف کردن مصرف این مواد است. داروهای مورد استفاده برای درمان ورم معده مزمن عبارت‌اند از:

داروهای آنتی‌بیوتیک برای کشتن *H. pylori*. برای هلیکوباکتر پیلوری در دستگاه گوارش شما، پزشک ممکن است ترکیبی از آنتی‌بیوتیک‌ها مانند کلاریترومایسین (بیسین) و آموکسی سیلین (آموکسیل، اوگوتیمین، دیگران) یا مترونیدازول (Flagyl) را برای کشتن این باکتری پیشنهاد کند.

داروهایی که تولید اسید معده را مسدود می‌کنند، نیز در صورتی که علت گاستریت اسید معده تشخیص داده شود برای درمان گاستریت کاربرد دارد. مهارکننده‌های پمپ پروتون، با مسدود کردن فعالیت قسمت‌هایی از سلول‌هایی که اسید تولید می‌کنند، اسید را کاهش می‌دهند. این داروها عبارت‌اند از: امپرازول (Prilosec)، لانسپروزول (Prevacid)، رابپرازول (Aciphex)، اسموپرازول (Nexium)، دکسلانوسپارازول (دگزیلانت) و پنتوپرازول (پروتونیک).

استفاده طولانی مدت از مهارکننده‌های پمپ پروتون، به ویژه در دوزهای بالا، ممکن است خطر ابتلا به شکستگی‌های ران، مچ دست و ستون فقرات را افزایش دهد. در مورد مصرف این داروها برای درمان گاستریت با پزشک معالج خود صحبت کنید.

آنتی‌اسیدها که اسید معده را خنثی می‌کنند نیز در درمان ورم معده به صلاح دید پزشک معالج تجویز می‌شوند. آنتی‌اسیدها اسید معده موجود را خنثی می‌کنند و می‌توانند باعث تسکین درد شوند. عوارض جانبی می‌تواند شامل یبوست یا اسهال باشد.

عوارض:

گاستریت بدون درمان، ممکن است به زخم معده و خونریزی معده منجر شود. به ندرت، بعضی از انواع گاستریت مزمن ممکن است خطر ابتلا به سرطان معده را افزایش دهند. اگر علائم و نشانه‌های شما بهبود نیافت، به پزشک خود اطلاع دهید. انواع خاصی از ورم معده، از جمله ورم معده آتروفیک اتوایمیون و ورم معده *H. pylori*، می‌تواند اثر بخشی توانایی بدن برای جذب آهن از خون را کاهش دهد. در گاستریت آتروفیک اتوایمیون، این حالت می‌تواند بر جذب ویتامین B12 تاثیر بگذارد. هر دو نوع می‌توانند فرد را مبتلا به کم خونی کند.

آموزش خود مراقبتی به بیماران:

- ۱- مصرف غذاها و نوشیدنی‌های سبک و عدم فراموش کردن یا به تعویق انداختن وعده‌های غذایی
 - ۲- عدم مصرف غذاهای داغ و ادویه‌دار که برای هضم دشوار هستند.
 - ۳- عدم مصرف نوشیدنی‌های الکل‌دار و کافئین‌دار مانند چای، قهوه و ...
 - ۴- ترک و یا حداقل استفاده از سیگار
- هر بیمار نیز باید حساسیت‌های فردی خود را نسبت به یک خوراکی خاص تشخیص داده و از مصرف آن خودداری کند.

دیگر توصیه‌ها:

عفونت ادراری urinary tract infection



عفونت ادراری به دو شکل عفونت مثانه و کلیه بروز می‌کند. ادرار با درد از علائم آن و علت اصلی باکتری اشرشیا کولی است. زمانی که این عفونت باکتریایی، دستگاه ادراری تحتانی را درگیر می‌کند به آن عفونت مثانه (سیستیت) و هنگامی که بر دستگاه ادراری فوقانی تأثیر می‌گذارد به آن (عفونت کلیه) پیلونفریت گفته می‌شود.

علائم عفونت های دستگاه های ادراری عبارتند از:

- درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن
- درد شکمی در بالاتر از مثانه
- به محض جمع شدن مقدار کمی ادرار در مثانه، بلافاصله نیاز به ادرار کردن به وجود می‌آید.
- نیاز به ادرار کردن مکرر
- دفع مقدار کمی ادرار در هر دفعه ادرار کردن
- نیاز به بیدار شدن از خواب برای ادرار کردن
- درد در کمر و پهلو
- ادرار تیره و کدر
- خون در ادرار
- ادرار بد بو
- درد در پشت کیسه ی بیضه
- انزال دردناک و یا در موارد نادر، وجود خون در منی

علت بروز عفونت ادراری چیست؟

عامل اصلی هر دو نوع عفونت مذکور **اشرشیا کولی** (اشرشیا کولی، نوعی باکتری گرم منفی از خانواده انتروباکتریاسه است که بطور شایع در روده جانوران خونگرم وجود دارد) است که به‌طور معمول از طریق مجرای خروجی مثانه وارد آن می‌شود. (اعتقاد بر این است که این باکتری معمولاً از روده به مجرای خروجی مثانه منتقل می‌شود، و خطر این مسئله در زنان به علت آناتومی آنها بیشتر

است.) با این حال ندرتاً باکتری‌های دیگر، ویروس‌ها یا قارچ نیز ممکن است موجب آن شوند. عفونت‌های دستگاه ادراری معمولاً در زنان نسبت به مردان بیشتر رخ می‌دهد، به طوری که نیمی از زنان در طول زندگی خود حداقل به یک عفونت مبتلا می‌شوند. زیرا در زنان مجرای خروجی مثانه بسیار کوتاه‌تر بوده و به مقعد نزدیک‌تر است. عوامل دیگری که باعث عفونت ادراری می‌گردند شامل موارد زیر است:

- **رابطه جنسی:** در زنان جوان فعال از نظر جنسی، فعالیت جنسی علت ۷۵-۹۰٪ عفونت‌های مثانه است و خطر عفونت با تعداد دفعات آمیزش جنسی رابطه دارد.
- **مصرف انواع خاص وسایل پیشگیری از بارداری:** استفاده از اسپرم‌کش و دیافراگم برای پیشگیری از بارداری، جدای از تعداد دفعات آمیزش جنسی خطر ابتلا به UTI را افزایش می‌دهد.
- **بعد از دوران یائسگی:** بعد از دوران یائسگی، عفونت ادراری بدلیل کمبود استروژن ممکن است شدیدتر شود.
- **سوند ادراری:** سوند ادراری خطر ابتلا به عفونت‌های دستگاه ادراری را افزایش می‌دهد.
- **سابقه خانوادگی**
- **دیابت:** دیابت و سایر بیماری‌ها می‌توانند باعث اختلال در سیستم ایمنی بدن شده و در نتیجه باعث خطر عفونت‌های ادراری می‌شود.
- **داشتن پروستات بزرگ و سنگ کلیه:** سنگ کلیه و یا پروستات بزرگ شده باعث حبس ادرار در مثانه و در نتیجه ابتلا به عفونت ادراری می‌شود.

درمان:

- مهمترین مبنای درمان استفاده از آنتی بیوتیک‌ها است. گاهی اوقات در طول چند روز اول علاوه بر آنتی بیوتیک، فنازوپیریدین تجویز می‌شود تا به تسکین سوزش و رفع اضطراب ناشی از عفونت مثانه کمک کند. با این حال، با توجه به مشکلات ایمنی ناشی از استفاده از آن و به ویژه افزایش خطر ابتلا به متهموگلوبینمی (میزان متهموگلوبین بالاتر از سطح عادی در خون) استفاده مداوم از آن توصیه نمی‌شود. ممکن است استامینوفن (پاراستامول) نیز برای تب استفاده شود.
- در زنانی که عفونت دستگاه ادراری ساده به‌طور مکرر در آن‌ها رخ می‌دهد، تنها در صورتی که درمان اولیه با شکست مواجه گردد، ممکن است خود درمانی پس از بروز علائم و پیگیری پزشکی منجر به بهبود شود. نسخه آنتی بیوتیک را می‌توان از طریق تلفن به داروساز اعلام کرد.
- عفونت‌های غیرپیچیده را می‌توان تنها بر اساس علائم تشخیص داد و درمان کرد. آنتی بیوتیک‌های خوراکی نظیر تری‌متوپریم/سولفامتوکسازول (TMP / SMX)، سفالوسپورین‌ها، نیتروفورانتوئین و یا فلوروکینولون زمان بهبود را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کوتاه می‌کنند و به همان اندازه مؤثر هستند. معمولاً یک دوره درمان سه روزه با تری‌متوپریم، TMP/SMX یا یک فلوروکینولون کفایت می‌کند، حال آن که درمان با نیتروفورانتوئین به ۵ - ۷ روز زمان نیاز دارد. با شروع درمان، علائم باید در عرض ۳۶ ساعت بهبود پیدا کند. در حدود ۵۰٪ از افراد بدون درمان طی چند روز یا چند هفته بهبود می‌یابند. انجمن بیماری‌های عفونی آمریکا استفاده از فلوروکینولون به‌عنوان نخستین درمان را به دلیل نگرانی از ایجاد مقاومت در برابر این دسته از داروها توصیه نمی‌کند. با وجود هشدار مذکور، در اثر استفاده وسیع از تمام این داروها، مقاومت‌هایی در برابر آن‌ها به‌وجود آمده است. در برخی از کشورها تری‌متوپریم به تنهایی معادل TMP/SMX محسوب می‌شود. در عفونت‌های ساده دستگاه ادراری در کودکان، آن‌ها اغلب به یک دوره سه روزه آنتی بیوتیک پاسخ می‌دهند.

- آموزش خود مراقبتی به بیماران با عفونت ادراری:
 - سعی کنید مصرف مایعات را زیاد کنید تا زودبه‌زود به دستشویی بروید تا عفونت های موجود در دستگاه ادراری تان خارج شود.
 - حمام بروید و از دوش آب داغ استفاده کنید. اگر چه این روش از نظر پزشکان و محققان علوم پزشکی ثابت نشده است، اما بسیاری از افراد مبتلا به عفونت دستگاه ادراری بعد از حمام آب داغ احساس کاهش خارش و سوزش و درد را اعلام می‌کنند.
 - مصرف مرکبات و غذاهای حاوی ویتامین ث را در برنامه غذایی خود قرار دهید. این نوع مواد به دلیل داشتن خاصیت اسیدی، بسیاری از عفونت‌های دستگاه ادراری را از بین می‌برند.
 - از مصرف نوشیدنی‌های کافئین دار و گازدار و غذاهای تند و پرادویه اجتناب کنید.
 - از مصرف الکل و سیگار جدا خودداری کنید.
 - اگر درد و سوزش ناحیه دستگاه ادراری بیش از ۲۴ ساعت به طول انجامید، حتما نزد پزشک متخصص کلیه و مجاری ادرار بروید.
- اگر چه رعایت نکته‌های مطرح شده در بالا بسیار ضروری است، اما اگر علائم بیماری پس از مدتی از بین نرفتند، برای جلوگیری از ابتلا به عفونت مزمن (طولانی مدت) ادراری و یا جلوگیری از انتقال عفونت به بخش‌های دیگر بدن مثل کلیه، باید سریعاً اقدامات پزشکی انجام گیرد.

دیگر توصیه‌ها:

ایکتر (زردی) در نوزاد

neonatal jaundice



در پزشکی به **هایپر بیلی روبینمی** معروف است به معنی **زرد شدن رنگ پوست نوزاد** تازه متولد شده است که در تمامی نوزادان درجاتی از آن وجود دارد (بالتر از ۲ میلی گرم بر دسی لیتر) اما زمانی که عدد این زردی به بالاتر از ۵ میلی گرم بر دسی لیتر می‌رسد به مرحله قابل مشاهده با چشم می‌رسد و پزشک معالج تشخیص زردی می‌دهد و با آزمایش بیلی روبین عدد و درجه‌ی قطعی و دقیق آن مشخص می‌شود، زردی در نیمی از نوزادان ترم (نوزادی که بیشتر از ۳۷ هفته یا بیشتر را در رحم مادر گذرانده) و ۸۰ درصد نوزاد پره ترم (نوزادی که کمتر از ۳۷ هفته را در رحم مادر گذرانده است) دیده می‌شود.

علل زردی نوزاد

بیلی روبین حاصل تجزیه گلبولهای قرمز خون است. بیلی روبین توسط کبد از خون جمع شده و توسط مدفوع از بدن خارج می‌شود. در دوران جنینی به دلیل کامل نشدن کبد این وظیفه بر عهده کبد مادر خواهد بود که بیلی روبین را از خون او جمع‌آوری و دفع می‌کند اما پس از تولد کبد به مدت زمانی نیاز دارد تا برای مسئولیت‌های خود آماده شود بنابراین در برخی نوزادان رنگدانه بیلی روبین در خون تجمع یافته و در نتیجه پوست او زرد می‌شود.

بیماری زردی نوزادان بر دو نوع تقسیم می‌گردد:

زردی فیزیولوژیک نوزادان: که به آن زردی طبیعی نوزاد نیز گفته می‌شود که به معنای این نیست که نوزاد نیاز به درمان ندارد که در نوع زردی در نوزادان معمولاً روز دوم یا سوم تولد نوزاد آغاز و به تدریج شدت یافته و خودبه‌خود در طول دو هفته آنتی برطرف خواهد شد. زردی نوزادان در نوزادان نارس طی ۷-۵ روز اول تولد به اوج خود رسیده و درمان آن دو ماه طول می‌کشد.

زردی پاتولوژیک نوزادان: در این مدل زردی نوزادان که بیماری شدت بیشتری دارد و اقدامات درمانی جدی و گسترده‌تری را

می‌طلبند به عبارتی باید دید که علت زمینه‌های ابتلا به زردی نوزادان چه بوده و با بررسی‌های بیشتر بیماری‌های احتمالی همراه با زردی نوزادان تشخیص داده شود. به طور کلی اگر نوزاد در ۲۴ ساعت ابتدایی تولدش دچار زردی نوزادان شود زردی او پاتولوژیک است و تیم پزشکی نوزاد باید در بیمارستان بررسی‌های لازم را انجام دهند.

علائم و درمان زردی نوزادان

زرد شدن پوست از قسمت صورت شروع شده و کم‌کم به سمت پایین بدن حرکت می‌کند. زردی نوزادان معمولاً از ناحیه زبان و پس از آن سفیدی چشم‌ها و پوست سر و صورت خود را نشان می‌دهد و به تناسب شدت زردی نوزادان نواحی پایین تر بدن را هم درگیر می‌کند. به طوری که رسیدن زردی نوزادان به کمر و ران‌ها حاکی از شدت قابل توجه آن است و اگر به ناحیه انگشتان پا برسد بسیار جدی تلقی می‌شود.

در آزمایش‌های اولیه که از طریق خون آزمایش شده نوزاد به دست می‌آید پزشک تشخیص می‌دهد که چه درمانی بایست برای نوزاد در نظر گرفته شود. ممکن است نوزاد تحت فتوترابی یا تعویض خون قرار گیرد یا اینکه مجدداً بعد از چند ساعت آزمایش بیلی روبین خون را انجام دهد. چنانچه پس از آزمایش و بررسی وضع ظاهر نوزاد شدت زردی نوزادان از حد مشخصی بیشتر شود پزشک برای نوزاد «فتوترابی» را تجویز می‌کند و اگر درجه زردی نوزادان خیلی بالا باشد باید با روش‌های مخصوص خون نوزاد را تعویض کرد. در تعیین میزان درجه فتوترابی بر اساس سن نوزاد و شرایط نوزاد در نظر گرفته می‌شود. هرچه سن نوزاد کمتر باشد فتوترابی با درجه پایین تری تجویز شده و در مقابل با افزایش سن نوزاد ممکن است پزشک فتوترابی با درجه شدیدتری را پیشنهاد دهد زیرا آسیب‌پذیری کودک کمتر شده است. اگر سن نوزاد کم و میزان بیلی روبین نخستین آزمایش او زیاد باشد فاصله زمانی آزمایش مجدد بیلی روبین کوتاه‌تر می‌شود. این فاصله زمانی بین ۲۴ - ۴ ساعت متغیر است.

عوامل خطر موثر در ابتلا به زردی نوزادان

نوزادانی که دچار یک یا چند عامل زیر باشند بیشتر در خطر ابتلا به زردی نوزادان قرار دارند:

- * وجود خواهر یا برادری که پیش از این دچار زردی نوزادان بوده است.
- * علائم کبودی روی بدن نوزاد در بدو تولد.
- * تولد زود هنگام نوزاد (نوزادان نارس) این کودکان معمولاً بیشتر در خطر ابتلا به زردی نوزادان قرار دارند. اگر چنانچه کودکی پیش از هفته ۳۸ بارداری به دنیا بیاید زایمان زودرس انجام گرفته و نوزاد نارس تلقی می‌شود. هرچه نوزاد زودتر از این موعد به دنیا بیاید نسبت به زردی نوزادان آسیب‌پذیرتر خواهد بود.
- * بی‌حالی در بدو تولد
- * بروز تب در نوزاد
- * شیر نخوردن به اندازه کافی
- * ابتلا به عفونت در زمان تولد

اگر سطح بیلی روبین نوزادی خیلی بالا رود می‌تواند باعث آسیب همیشگی به سلول‌های عصبی شود. به عبارتی سهل‌انگاری در درمان زردی نوزادان عوارضی جدی دارد از جمله:

- * ناشنوایی عصبی حسی
- * تشنج

- * فلج مغزی
- * کندذهنی
- * تأخیر در تکلم
- * اختلال در تعادل حرکتی
- * ناهنجاری‌های دندانی
- * ایجاد بیش‌فعالی در کودکی
- * و در برخی موارد حتی مرگ

زردی نوزادان ناشی از شیردهی

اگر نوزاد شیر کافی نخورد ممکن است به زردی نوزادان مبتلا شود زیرا کمبود مایعات بدن سبب تجمع بیلی روبین خواهد شد. برخی نوزادان شیر کافی می‌خورند و خوب وزن می‌گیرند اما وجود ماده‌ای در شیر مادر سبب زردی نوزادان آن‌ها می‌شود. این ماده با اثرگذاری بر کبد نوزادانمیگذارد جمع‌آوری بیلی روبین از خون به درستی انجام شود. این نوع زردی نوزادان معمولاً به همراه زردی نوزادان فیزیولوژیک رخ می‌دهد و ممکن است به مدت چند هفته یا چند ماه طول بکشد و عموماً بی‌خطر است.

مراقب‌های پرستاری هنگام فتوتراپی

- قبل از شروع فتوتراپی حتماً شیر دهی کامل صورت گیرد و پوشک نوزاد در صورت نیاز تعویض گردد.
- قسمت‌های از بدن نوزاد که در معرض نور دستگاه است را چرب نکنید و پماد نزنید.
- نوزاد را بدون لباس داخل دستگاه گذاشته و حتماً چشم بندها و ناحیه تناسلی او را بپوشانید.
- دمای مناسب داخل دستگاه برای نوزاد لخت ۲۵ تا ۳۰ درجه است.
- اگر دمای داخل دستگاه کمتر از ۲۵ درجه است اطراف دستگاه را بپوشانید و اگر دمای داخل دستگاه بیشتر از ۳۰ درجه است.
- دور دستگاه را باز کنید و دمای اتاق را کاهش دهید تا دمای داخل دستگاه نیز کاهش یابد.
- مراقب باشید تا نوزاد دچار کم‌آبی نشود.
- جهت جلوگیری از کم‌آبی بدن نوزاد در صورت استفاده از دستگاه چهار لامپ لازم است.
- پس از هر دو ساعت نور درمانی دستگاه را خاموش نگه‌داشته شود.
- حتماً شیر دهی کامل انجام شود و سپس نوزاد را داخل دستگاه بگذارید و در صورت استفاده از دستگاه شش لامپ لازم است
- پس از هر ۱/۵ ساعت نور درمانی دستگاه را خاموش نگه‌داشته شود.
- حتماً شیر دهی کامل انجام شود و سپس مجدد نوزاد را داخل دستگاه گذاشته شود.

- توجه: اگر قبل از مدت فوق ۲ تا ۱/۵ ساعت نوزاد به خاطر چشم بند بی تابی می‌کرد مادر میتواند کنار دستگاه بخوابد و به نوزاد شیر دهد.
- در صورتی که نوزاد تب دارد و یا بی حال است و شیر نمیخورد نور درمانی را متوقف کرده و حتما موضوع را به پزشک متخصص درمیان بگذارید.
- از عوارض طبیعی فتوتراپی که در برخی از نوزادها مشاهده میشود، عبارت‌اند از:
- اسهال، سبزی یا تیره شدن رنگ مدفوع، قرمزی پوست، دانه‌های قرمز رنگ پوستی،
- پوست پوشیدن نوزاد، این عوارض با پایان فتوتراپی از بین میرود.
- بلافاصله پس از پایان فتوتراپی باید نوزاد آزمایش زردی نوزاد مجدد تکرار شود.
- در صورت برگشت زردی پس از فتوتراپی امکان بررسی تغییرات میزان زردی نوزاد میسر باشد.

تذکرات مهم

- استفاده نکردن از چشم بند هنگام فتوتراپی ممکن است موجب نابینایی نوزاد گردد.
- پوشیده نبود ناحیه تناسلی هنگام فتوتراپی ممکن است موجب عقیم شدن نوزاد گردد.
- عملکرد دستگاه فتوتراپی (چه در منزل و چه در بیمارستان) فقط کاهش زردی نوزاد است و تاثیری در پایین نگه داشتن زردی پس از پایان فتوتراپی ندارد.



- بنابراین بلافاصله پس از پایان فتوتراپی باید آزمایش زردی نوزاد تکرار شود تا در صورت برگشت زردی پس از فتوتراپی امکان بررسی تغییرات میزان زردی نوزاد میسر باشد.
- مهم‌ترین علت افزایش مجدد زردی برخی نوزادان عملکرد ضعیف کبد نوزاد است که هرچه از زمان تولد نوزاد بیشتر بگذرد، عملکرد کبد بهتر می‌شود.
- در صورت رعایت نکردن موارد زیر نتیجه مطلوب حاصل نشده و ممکن است نه تنها زردی کاهش نیابد، بلکه میزان آن افزایش یابد.
- عدم استفاده از دستگاه به صورت شبانه روز
- عدم شیر دهی کامل پس از هر دو ساعت فتوتراپی در دستگاه چهار لامپ و پس از هر ۹۰ دقیقه در دستگاه شش لامپ

- بیرون آوردن نوزاد قبل از دو ساعت از دستگاه چهار لامپ و قبل از ۹۰ دقیقه از دستگاه شش لامپ
- بالای ۳۰ درجه سانتیگراد بودن دمای داخل دستگاه در این صورت باید با کاهش دمای اتاق و دمای داخل دستگاه را کاهش دهند.

تب و تشنج

febrile seizure



کودک چه هنگام دچار تب می شود؟

در بیشتر موارد درجه حرارت طبیعی کودک سالم بین ۳۶ تا ۳۷ درجه سانتی گراد است. اگر درجه حرارت مقعدی کودک بالای ۳۸ درجه سانتیگراد باشد، یعنی تب دارد. تب کردن در کودکان امری عادی است که اگر جلوی آن گرفته نشود خطرات مرگباری خواهد داشت. تب نشان دهنده شروع یک بیماری و از مهم ترین علائم بیماری های ویروسی و عفونی مانند سرما خوردگی می باشد. تب عموماً علامتی دال بر واکنش بدن کودک به عفونت است.

بیماری تب و تشنج چیست؟

وقتی کودک در محدوده سنی یک ماه تا ۷ سال به هر علتی دچار تب شده میزان تب نیز بیشتر از ۴/۳۸ درجه سانتی گراد باشد و بعلت تب دچار تشنج شود، در صورتیکه عفونت مغزی مانند مننژیت نداشته باشد، میزان قند، کلسیم و الکترولیت های خونی طبیعی باشد و سابقه تشنج بدون تب یا تشنج نوزادی نداشته باشد، به این حالت بیماری تب و تشنج گفته می شود.

تب و تشنج چقدر در کودکان شایع است؟

به طور کلی شایعترین نوع تشنج در کودکان تشنج ناشی از تب می باشد. شیوع این بیماری در کودکان از ۲ تا ۵ درصد متفاوت گزارش شده است. شایعترین سنی که کودکان بعلت تب دچار تشنج می شوند، از ۱۲ تا ۱۸ ماهگی است.

آیا فاکتورهای خطری برای ابتلا به تشنج ناشی از تب می شناسید؟

مواردی مانند وجود سابقه تب و تشنج در فامیل درجه یک یا دو بیمار، شرح حال سابقه بستری بیش از ۳۰ روز در دوره نوزادی و وجود تأخیر تکامل حرکتی و ذهنی در کودک موجب افزایش احتمال ابتلا به تشنج ناشی از تب می شود.

چه علایمی نشان دهنده بروز تشنج در کودک است؟

باتوجه به نوع تشنج، ممکن است کودک دچار اختلال هوشیاری شود یا اطرافیان را نشناسد

به صدا زدن پاسخ ندهد یا بیهوش روی زمین بیفتد.

گاهی حرکات غیرارادی در اعضای بدن کودک ظاهر می شود که این حرکات ها ممکن است قسمتی از بدن یا تمام اعضا را درگیر کند.

ممکن است کودک به شدت دست و پا بزند، روی زمین بیفتد، سر و چشم هایش به یک طرف بچرخد یا اینکه فقط یک دست یا یک پای او دچار حرکات تکان دهنده شدید شود و این حالت چند ثانیه تا چند دقیقه طول بکشد. معمولاً این حمله ها کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد.

گاهی کودک در زمان حمله کنترل ادرار خود را از دست می دهد.

ممکن است کودک برای چند لحظه به نقطه ای خیره شود و در این مدت متوجه اطراف نباشد. البته بیشتر کودکان دچار تب و تشنج ساده می شوند. والدین اظهار می کنند که از خانه تا رسیدن به سرکوپه این تشنج تمام می شود.

درمان تب و تشنج در کودکان چگونه انجام می شود؟

بیماری تب و تشنج خوش خیم بوده و به جز در انواع حمله طولانی مدت آن عوارض عمده ای ندارد. آنچه در این بیماران مهم است چک تب در کودکان مبتلا و کنترل آن و همچنین مصرف داروهایی مانند دیازپام یا کلوبازام خوراکی حین تب می باشد. همچنین می توان از ژل دیازپام حین حمله تشنج ناشی از تب استفاده نمود. گاه در بیماران خاصی که فاکتورهای خطر بروز صرع دارند، یا در صورت مشاهده امواج صرعی در نوار مغز و با تجویز پزشک فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان داروهایی مانند فنوباربیتال یا سدیم والپروات تجویز می شود

توصیه های لازم به والدین

-والدین بایستی در مورد خطر تکرار تب و تشنج و احتمال بروز صرع آموزش های لازم را فرا بگیرند. اینکه موقع بروز تشنج چه

عکس العملی باید از خود نشان داده و چگونه آرامش خود را در جهت کمک به کودک حفظ کنند.

-همچنین در مورد استفاده از برخی داروهای ضد تشنج از جمله دیازپام به صورت شیاف مقعدی در هنگام بروز تشنج در دفعات

بعدی بایستی آموزش ببینند.

-در بسیاری از موارد به خصوص به دلیل اضطراب والدین، در مواقع تب در ۲ تا ۳ روز اول از داروهای خوراکی به عنوان عامل پیشگیری کننده از تشنج استفاده می شود. مصرف این داروها گرچه خطر تشنج ناشی از تب را کم می کند، ولی مانع بروز آن نمی شود.

-داروهایی مثل استامینوفن یا بروفن نیز با کنترل تب باعث کاهش ناراحتی و بی قراری کودک می شوند که لازم است والدین در مورد استفاده مقادیر صحیح آن، آگاهی لازم را کسب کرده باشند.

اقدامات لازم موقع بروز تشنج ناشی از تب

- در هنگام بروز تشنج، اولین اقدام قرار دادن بیمار به پهلو می باشد. اگر در دهان کودک ماده خوراکی وجود داشته باشد، بهتر است آن را به آهستگی خارج نمود.
- در صورتی که کودک لباس تنگ پوشیده و یا روسری و کلاه بر سر دارد و یا زیورآلاتی مشابه گردنبندی که سفت بسته شده دارد، بهتر است به آرامی آنها را خارج نمود.
- باید در طول مدت تشنج در کنار کودک بود و هرگز او را تنها نگذاشت و از فرد دیگری برای آماده کردن کودک برای بردن به بیمارستان کمک گرفت.

اسهال و استفراغ

Vomiting and Diarrhea



استفراغ در کودکان.

خارج شدن ناگهانی و همراه با فشار مواد غذایی از معده را استفراغ می گویند. بعضی از کودکان قبل از استفراغ دچار حالت تهوع (دل بهم خوردن) می گردند.

تهوع و استفراغ یکی از علائم شایع اختلال دستگاه گوارش می باشد.

علل تهوع و استفراغ

۱- پر خوری:

تهوع و استفراغ ممکن است نتیجه پر خوری باشد.

کودک در جشن تولد یا روز تعطیل یا ایام عید به مهمانی می رود و چون مواد غذایی مختلف در اختیار اوست (میوه، شیرینی، بستنی و ...) زیادتر از معمول میخورد و به دنبال آن، هنگام شب دچار تهوع و استفراغ می گردد ولی صبح روز بعد خوب است و مشکل ندارد.

2- مسمومیت غذایی:

آلودگی غذاها (مخصوصا غذاهائی که در بیرون از خانه در اغذیه فروشی ها تهیه می شود) به میکروب ها، ویروس ها، قارچ ها و سموم دیگر آلوده هستند و خوردن آنها موجب تهوع و استفراغ می گردد.

۳- بیماری های عفونی شدید و انسداد روده:

ابتلای کودک به آپاندیسیت حاد، التهاب پرده های مغز (مننژیت) یا انسداد روده موجب تهوع و استفراغ های پی در پی او می گردد.

اگر استفراغ کودک دارای خصوصیات زیر باشد، هر چه زودتر باید او را نزد پزشک ببرید:

1- اگر حالت تهوع و استفراغ کودک بعد از استفراغ های غذایی ادامه دارد و بی حال شده است.

2- اگر کودک بیش از ۶ نوبت استفراغ نماید.

3- اگر کودک استفراغ های زرد یا سبز رنگ می کند.

4- اگر کودک در نتیجه استفراغ دچار کم آبی بدن گردد.

پزشک بعد از گرفتن شرح حال و معاینه دقیق کودک، در صورتی که علت استفراغ مهم باشد، از آزمایشگاه کمک می گیرد و اقدامات لازم درمانی را انجام می دهد یا این که کودک را تحت نظر قرار می دهد تا مشخص شود علت استفراغ چیست.

اسهال در کودکان

اسهال یک از بیماری های شایع دوران شیرخواری و کودکی است.

این بیماری بیشتر در کودکانی که با شیر گاو یا شیر خشک تغذیه می شوند، دیده می شود و در کودکانی که شیر مادر میخورند کمتر است.

در خانواده هایی که دچار فقر غذایی هستند و اصول بهداشت را رعایت نمی کنند، هر کودک زیر پنج سال تقریباً سه بار در سال مبتلا به اسهال می گردد.

حدود ۸۰ درصد مرگ های ناشی از اسهال در دو سال اول عمر و در کودکانی اتفاق می افتد که دچار سوء تغذیه بوده و آب و املاح بدن آنان کم می گردد.

چه موقع کودک اسهال دارد؟

موقعی کودک اسهال دارد که مدفوع او آبکی باشد یا در خلال ۲۴ ساعت، سه دفعه یا بیشتر مدفوع آبکی یا شل دفع نماید.

نوزادان:

نوزادان از روز ششم تولدشان، بعد از هر نوبت شیر خوردن، مدفوع به رنگ های مختلف زرد، نارنجی، سبز یا قهوه ای دفع می کنند که قوام آن شل باشد و با فشار دفع می گردد.

این حالت طبیعی است و اسهال نیست.

اگر مادری با فاصله کم و زود به زود به شیرخوار خود شیر بدهد، مدفوع او شل خواهد بود و چندین بار در روز دفع می گردد، این حالت اسهال نیست و در نتیجه زیاد خوردن شیر می باشد.

شیرخواران:

تعداد دفع مدفوع در شیرخواران متفاوت است.

یک شیرخوار سالم ممکن است هر چند روز یک نوبت مدفوع نرم دفع کند و کودک دیگری در یک روز چندین نوبت دفع مدفوع نرم داشته باشد و هر دو حالت طبیعی است.

کودکان:

اگر مادر در مدفوع کودک غذای هضم نشده مشاهده کند، این وضع نشانه اختلال دستگاه گوارش اوست و اسهال نیست.

اگر رنگ مدفوع کودک سبز است ولی آبکی نیست، اهمیت ندارد زیرا سبز بودن مدفوع نتیجه ازدیاد حرکات روده کودک می باشد.

علائم اسهال و استفراغ:

شل شدن مدفوع

کم شدن اشتها

تب و بی حالی

استفراغ

کم آبی بدن

آموزش به والدین:

بهترین میوه ها برای درمان اسهال سیب و موز هستند و به یاد داشته باشید که در این شرایط هرگز از میوه های ملین مانند زردآلو و از این قبیل مصرف نکنید.

برنج و گوجه رنده شده و یا خرد شده را به صورت استانبولی آماده کرده و مصرف کنید.

ماست و دوغ بهترین پیشنهاد برای دوران گرما زدگی و اسهال هستند.

مرغ بخار پز شده به همراه نمک

کته ماست همان درمان قدیمی و موثری که پدر و مادرها در مرحله اول توصیه می کنند.

۱- اکثریت موارد اسهال و استفراغ بچه ها ویروسی هستند، و سیر خود بخود محدود شونده ای طی ۳-۴ روز دارند و بنابراین نیاز به درمان اختصاصی ندارند.

۲- خطری که بچه ها و خصوصا شیرخواران کم وزن رو در اسهال و استفراغ در وهله اول تهدید می کند "کم آبی بدن" و به هم خوردن تعادل الکترولیت های بدن می باشد؛ و بنابراین اولویت اقدامات درمانی در اسهال و استفراغ بچه ها همیشه با حفظ تعادل آب و الکترولیت است.

۳- در بیشتر موارد تجویز مایعات خوراکی از راه دهان کافی است، و در موارد خفیف بیماری شاید اصلا حتی نیاز به ORS هم نباشد و تنها افزایش حجم مایعاتی که کودک همیشه می خورد کافی باشد. (((لعاب برنج با کمی نمک، آب سیب و آب هویج (هر دو رقیق شده به نسبت ۱ به ۱ با آب) جای کمرنگ (به خاطر محتوای پتاسیم آن)، موز، و ...)))

۴- در موارد شدیدتر، علاوه بر مایعات و غذاهای خانگی شاید ORS هم در فواصل غذاها و مایعات خانگی لازم باشد. اینکه آ آر اس هم علاوه بر مایعات و غذاهای خانگی لازم است یا خیر، و نیز مقدار اون را وضعیت هیدریشن کودک (مقدار آب بدن کودک) تعیین می کند.

۵- علائم فیزیکی مهم در تخمین وضعیت هیدریشن (میزان آب بدن) کودک عبارتند از:

تغییرات وزن نسبت به روزهای قبل، مقدار ادرار کودک، مرطوب بودن مخاط ها خصوصا زبان، گودی زیر چشم، و تورگور یا الاستیسیتی پوست.

۶- هر بسته ORS باید در یک لیتر آب (تقریبا ۴ لیوان) به خوبی حل بشود، و به تدریج داده شود.

بهتر است محلول ORS پس از تهیه، در پارچ دربسته در یخچال نگهداری شود تا محتوای بی کربنات آن تدریجا به صورت CO2 از دست نرود.

۷- بهتر است هر چه از محلول که پس از ۲۴ ساعت مصرف نشد دور ریخته شود و در صورت ادامه بیماری، بسته بعدی آماده شود.

۸- به عنوان یک تخمین نه چندان دقیق می شود گفت برای هر بار اجابت مزاج آبکی، بهتر است ۱۰ سی سی از محلول ORS به ازاء هر کیلوگرم وزن داده شود؛ مثلا کودک ۸ کیلوی ی که در هر ۲۴ ساعت ۵ بار اجابت مزاج آبکی و حجیم دارد باید در ۲۴ ساعت، پنج وعده ۸۰ سی سی یعنی ۴۰۰ سی سی ORS مصرف کند.

۹- هر چه ORS خنک تر داده شود، بهتر تحمل می شود. به همین ترتیب بهتر است دفعات مصرف آن بیشتر، و حجم هر دفعه کمتر باشد تا احتمال استفراغ کمتر شود.

۱۰- باید به یاد داشت که با وجود اینکه اقدامات سرپایی در منزل و درمانگاه در اغلب موارد کافی هستند، در صورت بروز علائمی مانند تب بالا، بیحالی شدید، تغییرات تنفس (تنفس اسیدوتیک)، وجود خون در اسهال، تکرر زیاد استفراغ، بی اشتهاپی شدید کودک که مانع جبران مایعات از دست رفته بشود، و ممکن است بررسی های آزمایشگاهی مثل چک الکترولیت، چک VBG، و حتی بستری موقت و تامین مایعات به روش داخل وریدی، یا تجویز آنتی بیوتیک ضروری شوند.

داروهای رایج در بخش داخلی – کودکان

سفتازیدیم CEFTAZIDIME



گروه دارویی: سفالوسپورین نسل سوم

گروه درمانی: آنتی بیوتیک

شکل دارویی: پودر جهت تهیه محلول استریل تزریقی: ویال های ۵۰۰ میلی گرم، ۱ گرم و ۲ گرم

موارد مصرف سفتازیدیم

سفتازیدیم از سفالوسپورین های نسل سوم است که بر علیه باکتری های منفی به ویژه گونه های پسودوموناس موثر است. این دارو در درمان عفونت های ناشی از باکتری های گرم مثبت و گرم منفی حساس به دارو، از جمله عفونت های مجاری صفراوی، فیبروز سیستمیک، عفونت های تنفسی، درمان بیماری های عفونی در بیمارانی که سیستم ایمنی آنها تضعیف شده است، مننژیت، پریتونیت، پنومونی، سپتی سمی، عفونت های پوستی و پیشگیری از بروز عفونت پس از اعمال جراحی مصرف می شود.

عوارض جانبی سفتازیدیم

عوارض گزارش شده عبارتند از اسهال و به ندرت کولیت وابسته به آنتی بیوتیک، تهوع، استفراغ، احساس ناراحتی در شکم، سردرد، واکنش های آلرژیک (شامل بشورات جلدی، خارش، کهیر تب و درد مفاصل و آنافیلاکسی)، اریتم مولتی فرم، نکروزلیز سمی پوست، اختلال در آنزیم های کبدی، هپاتیت و یرقان کلستاتیک گذرا

تداخلات دارویی سفتازیدیم

اثر ضد انعقادی وارفارین در صورت مصرف همزمان با این دارو ممکن است افزایش یابد.

توصیه های مهم :

- در صورت وجود سابقه حساسیت به پنی سیلین ها و عیب کار کلیه باید با احتیاط فراوان مصرف شود.
- این دارو ممکن است موجب ایجاد پاسخ مثبت کاذب در آزمون کومبس یا قند ادرار شود.
- این دارو ممکن است سبب بروز کولیت پسودوممبران شود.
- در بیماران مبتلا به عیب کار کلیه، کاهش مقدار مصرف دارو ضروری است.
- در صورت بروز اسهال شدید، قبل از مصرف هر گونه داروی ضد اسهال ، باید با پزشک مشورت شود.
- در صورت فراموش کردن یک نوبت مصرف دارو به محض به یاد آوردن ، دارو را باید مصرف نمود . ولی اگر تقریباً زمان مصرف نوبت بعدی فرا رسیده باشد، از مصرف نوبت فراموش شده باید خودداری شود و مقدار مصرف بعدی نیز دو برابر نگردد.

➤ مخلوط کردن سفتازیدیم با سایر داروها به ویژه آمینوگلیکوزیدها و وانکومايسين در یک محلول توصیه نمی شود.

- به بیمار توصیه شود هرگونه علائم عفونت ثانویه و یا بروز راش را اطلاع دهند.
- به بیمار آموزش دهید هرگونه ناراحتی در محل تزریق را گزارش دهد.

پنتاپرازول (Pantoprazole)



گروه دارویی: از مشتقات بنزایمیدازول، مهار کننده پمپ هیدروژن

گروه درمانی: ضد زخم پپتیک

شکل دارویی: کپسول، قرص، آمپول

در معده یک سری سلول هایی وجود دارد که اسید تولید می کنند و هیدروژن که عامل اسیدی است را داخل معده تزریق می کنند به این سلول ها پمپ های هیدروژن گفته می شود. پنتوپرازول جزء دسته داروهایی است که پمپ هیدروژن را مهار می کنند و در واقع اجازه تولید اسید معده را نمی دهند. سایر داروهای این دسته عبارتند از امپرازول - لانسوپرازول - رابپرازول - اس امپرازول یکی از عوامل محافظت کننده در بدن اسید معده است که علاوه بر کمک به هضم غذا باعث از بین رفتن میکروب ها و ویروس هایی می شود که از راه گوارش وارد بدن می شوند. قرص پنتوپرازول با کاهش اسید معده مقاومت بدن را کاهش می دهد و در صورت مصرف این دارو باید مراقبت بیشتری در خصوص مواد غذایی مصرفی داشته باشید.

عوارض جانبی:

سررد بی خوابی اسهال درد شکم بثورات جلدی هایپر گلیسمی

تداخلات دارویی:

مصرف همزمان با وارفارین باعث افزایش خونریزی میشود و مصرف همزمان با فنی تویین و دیازپام نیز باعث افزایش سطح پلاسمایی دارو میشود.

مراقبت های پرستاری و آموزش به بیمار:

۱. در صورت تزریق وریدی داروی رقیق شده را ظرف حداقل ۲ دقیقه تزریق نمایید.

۲. محلول رقیق شده را تا ۶ ساعت در دمای اتاق میتوان نگهداری کرد.
۳. دارو را میتوان قبل و بعد از غذا مصرف نمود.
۴. بیمار از خوردن یا جویدن قرص خوداری کند.
۵. به بیمار آموزش دهید دارو را طبق تجویز استفاده نماید و در صورت فراموش کردن یک دوز از دارو بلافاصله بعد از به یاد آوردن آن را مصرف کند و از دو برابر کردن دوز دارو خوداری کند.
۶. در صورت بروز اسهال شدید مدفوع سیاه یا قیری و درد شکم به پزشک مراجعه نمایید.
۷. از مصرف همزمان دارو با آسپیرین و الکل اجتناب کند.
۸. دوره درمان با دارو را حتی در صورت احساس بهبودی کامل ننماید.

سیپروفلوکساسین Ciprofloxacin



گروه دارویی: آنتی بیوتیک فلوروکینولون

گروه درمانی: آنتی بیوتیک

شکل دارویی: قرص ۲ میلی گرم، امپول ۲۰۰ میلی گرم

این دارو از تکثیر باکتری جلوگیری می کند و اثر آنتی بیوتیکی اعمال می کند. ۷۰٪ دوز خوراکی جذب می شود. غذا صرفاً باعث تاخیر در جذب می شود. حدود ۳۰٪ به پروتئین متصل می شود. متابولیسم احتمالاً کبدی است و دفع عمدتاً کلیوی می باشد.

عوارض جانبی:

تهوع، اسهال، سرگیجه، سبکی در سر، سردرد، و مشکلات خواب ممکن است در هنگام مصرف دارو رخ دهد.

تداخلات دارویی:

در مصرف محصولات حاوی کلسیم، آهن و روی امکان کاهش جذب، آنتی بیوتیک وجود دارد.

آموزش خود مراقبتی بیماران:

۱. بهترین زمان مصرف ۲ ساعت بعد از غذا می باشد.
۲. از مصرف توام دارو با آنتی اسیدها و آهن و کلسیم خودداری شود و همراه آن آب فراوان مصرف شود.
۳. از انجام فعالیت های مخاطره آمیز خودداری شود.
۴. این دارو خوراکی است و مصرف با غذا یا بدون غذا را پزشک میبایست تشخیص دهد و معمولا دو بار در روز و در وعده های صبح و شام تجویز میگردد.
۵. این قرص ممکن است طعم تلخی داشته باشد پس شما نمیتوانید آن را قسمت کنید، بجوید، و با آن را خرد نموده سپس مصرف کنید. به همین دلیل شرکت داروسازی آن را به صورت بلعیدن تجویز میکند.
۶. دوز و طول درمان بر اساس وضعیت پزشکی بیمار و واکنش بیمار به دارو تعیین میگردد. هنگام مصرف سیپروفلوکساسین مایعات فراوان بنوشید مگر اینکه دکتر خلاف آن را تجویز نماید.
۷. این دارو بایستی حداقل ۲ ساعت قبل یا ۶ ساعت پس از مصرف سایر داروها مصرف گردد که ممکن است با آن ترکیب شود، و اثربخشی آن را کاهش دهد. از داروساز خود در مورد سایر داروهایی که میتوانید با آن مصرف نموده و ممنوعیتی ندارد کسب اطلاع نمایید.
۸. این نمونه ها عبارتند از: کوئیناپریل، سولامر، سوکرافات، ویتامین ها / مواد معدنی (از جمله آهن و روی، مکمل ها) و محصولات حاوی منیزیم، آلومینیوم، یا کلسیم مانند آنتی اسیدها، محلول دیدانوزین، مکملهای کلسیم.
۹. غذاهای سرشار از کلسیم، من جمله فراورده های لبنی (مانند شیر، ماست) و یا آب میوه های غنی شده با کلسیم میتوانند اثر این دارو را کاهش دهند. این دارو را باید حداقل ۲ ساعت قبل یا ۶ ساعت پس از خوردن غذاهای غنی از کلسیم مصرف گردد، مگر اینکه شما این غذاها را به عنوان بخشی از یک وعده غذایی اصلی میل کنید که شامل غذاهای دیگر (غنی شده با موادی غیر کلسیم) میباشد. این غذاها باعث کاهش اثر کلسیم مورد نیاز میگردد.
۱۰. از دکتر یا داروساز خود بپرسید که از چه مکمل های تغذیه ای و یا جایگزین آن با خیال راحت میتوانید استفاده نمایید.
۱۱. دوره کامل این دارو را طبق تجویز پزشک استفاده نمایید. حتی اگر علائم بیماری پس از چند روز در شما کمرنگ شود و یا شما اثری از بیماری را در خود مشاهده نکنید. توقف دارو ممکن است خیلی زود موجب بازگشت عفونت گردد.
۱۲. اگر وضعیت شما همچنان ادامه دارد و یا بدتر میشود حتما به پزشک خود اطلاع دهید.

سفتریاکسون Ceftriaxone



گروه دارویی: سفالسپورین نسل سوم

گروه درمانی: آنتی بیوتیک

شکل دارویی: تزریقی ویال ۱ گرم و ۵۰۰ م گ

موارد مصرف سفتریاکسون

عفونت‌های خطرناک تنفسی، عفونت‌های دستگاه ادراری، عفونت‌های استخوان و مفاصل، عفونت‌های داخل شکمی، عفونت‌های سیستم عصبی مرکزی و پوست

عارضه جانبی:

اسهال، کولیت و لکوپنی، ترومبوسیتوز و راش

توصیه‌ها و مراقبت‌های پرستاری

از تزریق سریع وریدی سفتریاکسون جداً خودداری شده، انفوزیون وریدی در محلول مناسب حداقل ۱۵ الی ۳۰ دقیقه به طول انجامد.

- برای تهیه محلول تزریقی سفتریاکسون، باید به ازای هر ۲۵۰ میلی گرم از پودر دارو، ۲٫۴ میلی لیتر از حلال مثل آب مقطر، سالیین و یا دکستروز ۵ درصد به ویال اضافه کرد. سفتریاکسون معمولاً به صورت عضلانی - یا وریدی تزریق می‌گردد.

ممکن است در محل تزریق سفتریاکسون تورم و التهاب ایجاد شود که برای تزریق بعدی باید محل تزریق عوض شود.

مصرف همزمان سفتریاکسون با محلول‌ها یا فراورده‌های حاوی کلسیم در نوزادان حتی به صورت انفوزیون از رگ‌های متفاوت ممنوع می‌باشد.

استفاده از رقیق‌کننده‌های حاوی کلسیم مانند محلول رینگر به منظور آماده‌سازی سفتریاکسون جهت تزریق ممنوع می‌باشد.

در بیماران پرخطر در مصرف طولانی مدت با دوز بالا مراقب عفونت ثانویه باشید

در بیماری که محدودیت مصرف سدیم دارد توجه داشته باشید به ازای هر گرم دارو ۶/۳ کی والان دارو سدیم دریافت می‌کند.

مراقب سطح دارو در نارسایی شدید کلیوی و نارسایی توام کبد و کلیه باشید.

به بیمار آموزش دهید احساس ناراحتی در محل تزریق وریدی را گزارش دهد.

آپوتل APOTEL



گروه دارویی: مشتق پارآمینوفنل

گروه درمانی: ضد درد غیر مخدر ، ضد تب

شکل دارویی: تزریقی ویال ۱ گرم

ماده موثره آپوتل پاراستامول (استامینوفن) است که دارای خاصیت ضد درد و ضد تب می باشد. آپوتل برای کنترل کوتاه مدت درد خفیف، خصوصاً پس از اعمال جراحی به کار می رود. این دارو همچنین برای کنترل کوتاه مدت تب، زمانی که تجویز وریدی از نظر بالینی متقاعد کننده است، در موارد اورژانس برای کنترل درد، هیپرترمی یا زمانی که سایر راههای مصرف ممکن نیست، به کار می رود.

موارد احتیاط

- در زمان مناسب، شکل خوراکی پاراستامول (استامینوفن) توصیه می شود.
- به منظور اجتناب از خطر مصرف بیش از حد مجاز، باید بررسی شود که فراورده های دارویی دیگری که با اپوتل مصرف می شوند حاوی پاراستامول نباشند.
- دوزهای بالاتر از دوز پیشنهادی منجر به آسیبهای جدی کبد می شود. اولین نشانه های بالینی و علامت های آسیب کبد پس از ۲ روز (معمولا پس از ۴ تا ۶ روز) ظاهر می شوند.
- درمان با پادزهر (آنتی دوت) باید هر چه زودتر انجام شود.

پاراستامول باید با احتیاط در بیماران زیر مصرف شود:

- اختلال در عملکرد کبدی یا کلیوی
- الکلیسم
- سوء تغذیه مزمن یا از دست رفتن زیاد آب بدن

نحوه مصرف اپوتل

این فراورده قبل از اینکه به صورت انفوزیون وریدی تجویز شود، بایستی در محلول استریل سدیم کلراید ۹/۰٪ رقیق گردد.

عوارض جانبی احتمالی

همانند داروهای دیگر، اپوتل در کنار آثار مطلوب، می تواند باعث عوارض جانبی نیز شود.

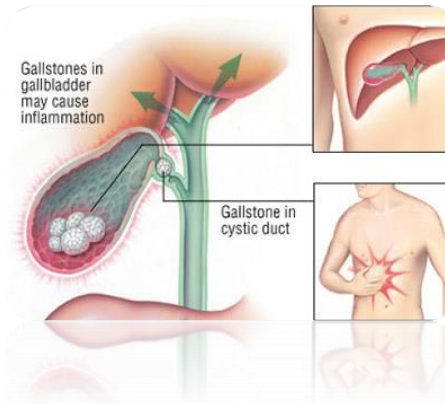
- در موارد نادر: کسالت، افت فشار خون، تنگی نفس یا افزایش سطح بعضی از آنزیمهای کبدی میتواند رخ دهد. چنانچه این عوارض جانبی آشکار شد، به پزشک خود اطلاع دهید.
- در موارد بسیار نادر، واکنشهای بیش حساسیتی که شامل راش پوستی، کهیر و یا شوک آنافیلاکتیک است میتواند رخ دهد. در این موارد، فوراً دارو را قطع نمایید. بروز خونریزی از بینی یا لثه را به پزشک خود اطلاع دهید.

مراقبت های پرستاری و آموزش خود مراقبتی به بیمار:

- ✓ حداکثر دوز مصرفی بهتر است بیشتر از ۲ گرم گرم نشود.
- ✓ در مصرف مداوم دارو PT INR را پایش کنید.
- ✓ شیاف رکتال در یخچال نگهداری شود.
- ✓ غذا باعث کاهش جذب دارو می گردد.
- ✓ کافئین باعث تقویت اثر استامینوفن میشود.
- ✓ در صورت مصرف طولانی مدت بایستی به طور منظم CBC LFT BUN Cr چک شود

• بیماری های شایع بخش جراحی

کله سیستیت (cholecystitis)



کله سیستیت به معنای التهاب ناگهانی کیسه صفرا می باشد. اگر کله سیستیت برای ماه ها و با درد های مکرر ادامه پیدا کند یا عملکرد کیسه صفرا را تحت تاثیر قرار دهد، به آن کله سیستیت یا التهاب حاد کیسه صفرا می گویند.

کیسه صفرا اندامی کوچک و گلابی شکل است که در زیر کبد قرار دارد. این اندام صفراوی ترشح شده از کبد را جمع آوری می کند و از طریق مجرای صفراوی مشترک (CBD) به روده ی کوچک می فرستد تا به هضم چربی ها کمک کند. مجرای صفراوی مشترک؛ کبد، کیسه صفرا و پانکراس را به روده ی کوچک متصل می کند. سنگ های کیسه صفرا باعث بسته شدن مجرای صفراوی مشترک شده و منجر به کله سیستیت می شوند. این انسداد باعث ساخت صفرا درون کیسه صفرا و در نتیجه التهاب آن می شود. کله سیستیت حاد کیسه صفرا بسیار جدی است. این شرایط در صورت درمان نشدن می تواند منجر به ترکیدن کیسه صفرا شود که یک وضعیت اضطراری محسوب می شود. درمان های کله سیستیت شامل مصرف آنتی بیوتیک، مسکن ها و در نهایت خارج کردن کیسه صفرا می باشد.

علائم کله سیستیت

از مهم ترین علائم التهاب کیسه صفرا می توان به درد شدید و ناگهانی در قسمت بالا و سمت راست شکم اشاره کرد. این درد در شانه ی راست فرد نیز پخش می شود. بخش دردناک شکم معمولاً بسیار حساس بوده و تنفس عمیق می تواند درد را بیشتر کند. برخلاف دیگر درد های ناحیه ی شکمی، درد کله سیستیت حاد، معمولاً مزمن و پیوسته بوده و حتی پس از چندین ساعت نیز از بین نخواهد رفت.

برخی افراد ممکن است علائم دیگری نیز داشته باشند مانند:

- بالا بودن دمای بدن (تب)

- استفراغ و حالت تهوع
- عرق کردن
- بی میلی و بی اشتها
- زردی پوست و زردی سفیدی چشم (یرقان)
- ورم شکم

علل بروز کله سیستیت

علت بسیاری از کله سیستیت ها، سنگ های کیسه صفرا می باشند. این سنگ ها توده های کریستالی هستند که از رنگدانه های صفرا، کلسترول و نمک های کلسیم ساخته می شوند. تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد از مردم آمریکا، سنگ کیسه صفرا دارند و حدود ۱/۳ از این افراد دچار التهاب کیسه صفرا یا کله سیستیت می باشند. سنگ های کیسه صفرا معمولاً به خودی خود، علائمی ندارند. احتمال ابتلا به کله سیستیت با افزایش سن، بالا می رود. برخی موارد دیگر که این احتمال را بالا می برند عبارتند از:

- زن بودن (جنس مونث)
- بارداری
- چاقی
- دیابت
- داشتن سنگ کیسه صفرا در گذشته
- کاهش وزن شدید

مهار التهاب کیسه صفرا برای پیشگیری از عوارض خطرناک و کشنده ی آن، بسیار ضروری است.

عوارض کله سیستیت

کله سیستیت می تواند عوارض بسیاری را برای فرد به دنبال داشته باشد. این عوارض شامل:

- **عفونت درون کیسه صفرا:** در صورت ساخته شدن صفرا درون کیسه ی صفرا و به وجود آمدن کله سیستیت، صفرا ممکن است عفونی شود.
- **مرگ بافت کیسه صفرا:** درمان نشدن کله سیستیت می تواند موجب مرگ (فساد) بافت کیسه صفرا شود. این یکی از شایع ترین عوارض التهاب کیسه صفرا، خصوصاً در میان افراد مسن تر، دیابتی و افراد در انتظار درمان، می باشد. این حالت ممکن است در نهایت منجر به پارگی یا ترکیدن کیسه صفرا شود.
- **ترکیدن کیسه صفرا:** پارگی کیسه صفرا ممکن است منجر به تورم، عفونت یا مرگ بافت کیسه صفرا شود.

درمان کله سیستیت

اگر تشخیص داده شود که فرد دچار کله سیستیت حاد است، احتمالاً باید برای درمان به بیمارستان مراجعه کند.

درمان های اولیه

معمولا درمان های اولیه شامل:

- عدم خوردن و آشامیدن (مانند روزه گرفتن) برای دفع سنگ های کیسه صفرا
- سرم زدن برای جلوگیری از کم آبی بدن

مصرف دارو های مسکن برای تسکین درد همچنین در صورتی که فرد عفونت داشته باشد، آنتی بیوتیک دریافت می کند. این درمان ها معمولا تا یک هفته طول می کشد که ممکن است در این مدت فرد در بیمارستان بستری شود یا به منزل برود.

پس از درمان های اولیه معمولا هر سنگی که باعث کله سیستیت شده است، به درون کیسه صفرا باز می گردد و التهاب از بین خواهد رفت.

جراحی

ممکن است در برخی موارد پس از درمان های اولیه برای پیشگیری از بازگشت دوباره ی کله سیستیت و کاهش احتمال ایجاد عوارض جدی، لازم باشد کیسه صفرا را از بدن خارج کنند. به این نوع جراحی کوله سیستکتومی (cholecystectomy) می گویند. روش نادر دیگری نیز وجود دارد که به آن کله سیستکتومی پوستی می گویند. این روش بیشتر زمانی استفاده می شود که بیمار حال مساعدی برای انجام جراحی نداشته باشد. در این روش سوزنی از راه شکم به درون بدن وارد می کنند تا مایعات درون کیسه صفرا را خارج کند.

در صورتی که حال بیمار نسبتا مساعد باشد، پزشک تصمیم می گیرد که چه زمان برای جراحی مناسب تر است. در برخی موارد بسته به وضعیت بیمار، جراحی بلافاصله، پس از چند روز و یا حتی بعد از چندین هفته (برای تسکین التهاب کیسه صفرا) انجام می شود.

- جراحی ممکن است به سه روش انجام شود:

• لاپاراسکوپی کله سیستکتومی

- لاپاراسکوپی کله سیستکتومی نوعی جراحی است که طی آن برش های کوچکی روی شکم ایجاد می کنند و پس از وارد کردن ابزاری خاص به درون شکم، کیسه صفرا را خارج می کنند.

• لاپاراسکوپی کله سیستکتومی تک برشی

- طی این جراحی، کیسه صفرا از یک برش که معمولا نزدیک ناف ایجاد می شود، خارج می گردد.

• کله سیستکتومی باز

- در این جراحی، کیسه صفرا از یک برش بزرگتر که روی شکم ایجاد می شود، خارج می گردد.
- برخی افرادی که کیسه صفرا خود را خارج کرده اند، می گویند با خوردن برخی غذا ها دچار نفخ و اسهال می شوند، اما در اکثر موارد فرد می تواند بدون کیسه صفرا زندگی کاملا طبیعی داشته باشد. کیسه صفرا اندامی مفید اما غیر ضروری است و از آنجایی که وظیفه تولید صفرا برای هضم غذا بر عهده ی کبد می باشد، نبود آن مشکلی ایجاد نخواهد کرد.

آمادگی قبل از عمل : غالب جراحی های کیسه صفرا به بیهوشی عمومی نیاز دارد و به بیمار توصیه میشود که طبق نظر پزشک معالج یک روز قبل از عمل مایعات صاف شده بخورد و از ۸ ساعت قبل از عمل ناشتا باشد. شب قبل از عمل حمام نموده و موهای ناحیه عمل تراشیده و تمیز شود. در کله سیستکتومی با لاپاراسکوپی فقط چند برش کوچک در شکم و ناف ایجاد میشود و درد بعد از عمل کمتر خواهد بود.

مراقبتهای بعد از عمل:

- * در بعد از عمل با مسکنهای تجویز شده توسط پزشک کاهش می یابد.
- * بیمار تشویق به تنفس عمیق و تغییر وضعیت مکرر و زود راه افتادن بعد از عمل میشود تا احتمال عفونت ریه بعد از عمل کاهش یابد
- * جهت سرفه کردن با بالشی محل عمل را حمایت کنید تا درد کمتری داشته باشید.
- * بعد از اینکه به شما اجازه راه رفتن داده شد ابتدا لبه تخت نشسته پاها را آویزان کنید و در صورت نداشتن سرگیجه با کمک همراه راه بروید.
- * بعد از عمل آنتی بیوتیک تجویز شده توسط پزشک را به موقع استفاده نمایید.
- * تا زمانی که پزشک معالج توصیه میکند بعد از عمل در منزل از غذاهای کم چرب استفاده نمایید.
- * علائم و نشانه های عفونت محل عمل مثل قرمزی، حساسیت و ترشح و تب رابه پزشک معالج خود گزارش دهید.
- * چنانچه دچار تهوع و استفراغ و درد شکمی شدید جراح خود را باخبر کنید.

فعالیت های مجاز و غیر مجاز:

تا زمان برطرف شدن علائم یا بهبود کامل پس از جراحی، در رختخواب استراحت نمایید. در زمانی که هنوز در رختخواب هستید و فعالیت ندارید، پاهای خود را مرتب تکان دهید تا احتمال لخته شدن خون در سیاهرگ های عمقی پا کمتر شود. برحسب روش درمانی اتخاذ شده، امکان دارد محدودیت های خاصی برای فعالیت توصیه شود.

رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز:

- رژیم کم چرب توصیه می شود (کاهش کلسترول و اسیدهای چرب اشباع)
- ۲- حذف غذاهای نفاخ (حبوبات، سبزیجاتی مثل کلم)
- رژیم محدود از چربی:
- غذاهای مجاز:
- نوشیدنی های مجاز: شیر خشک یا شیر بدون چربی، قهوه، چای آبمیوه، شیر کاکائو.

- نان و غلات: غلات بدون چربی، ماکارونی، رشته فرنگی، برنج، غلات کامل یا نان غنی شده.
- پنیر: پنیر کم چرب
- دسرها: دسرهای ساخته شده با شیر بدون چربی و لبنیات کم چرب. میوه یخی.
- تخم مرغ: سه بار در هفته مجاز می باشد لیکن سفیده تخم مرغ بهتر از تخم مرغ کامل است.
- در زمان حمله بیماری، به علت تهوع و استفراغ، دادن مایعات از راه وریدی معمولاً ضرورت می یابد. در زودترین زمانی که می توانید خوردن جامدات را تحمل کنید، شروع به خوردن یک رژیم کم چرب نمایید. ممکن است ۱۲-۶ ماه طول بکشد تا عدم تحمل به غذاهای چرب به طرف شود.

علائم هشدار دهنده بیماری و پیگیری:

- عوارض پس از کلسیستکتومی
- عوارض زودرس پس از انجام کلسیستکتومی شامل:
 - آتلکتازی، و دیگر بیماریهای ریوی، ایجاد آبسه، خونریزی داخلی یا خارجی، فیستول صفراوی - انتریک و نشت صفرا می شود.
- انجام کلانژیوگرافی حین عمل بصورت روتین به کاهش میزان این عوارض زودرس کمک می کند. بطور کلی، کلسیستیتکتومی یک عمل جراحی موفقیت آمیز است که در ۷۵-۹۰ درصد بیماران باعث بهبود تقریباً کامل تمامی علائم پیش از عمل می شود. شایعترین علت باقی ماندن علائم پس از کلسیستکتومی وجود بیماری غیر صفراوی علامت دار است که نا دیده گرفته شده است (مثل ازوفاجیت رفلاکسی، زخم پپتیک، پانکراتیک یا بیش از همه سندرم روده تحریک پذیر) سندرم های پس از کلسیستیتکتومی ممکن است در اثر تنگی صفراوی، سنگهای صفراوی باقی مانده، سندرم استامپ مجرای سیستیک، استنوز یا دیسکنزی اسفنگتر ادی یا گاستریت یا اسهال در اثر نمکهای صفراوی باشد. پارگی کیسه صفرا و پریتونیت (التهاب پرده صفاق که پوشاننده حفره شکم است)، یا تشکیل آبسه و وارد شدن سنگ از کیسه صفرا به مجرای صفراوی مشترک که باعث انسداد در مسیر جریان صفرا از کبد به دوازدهه می شود.

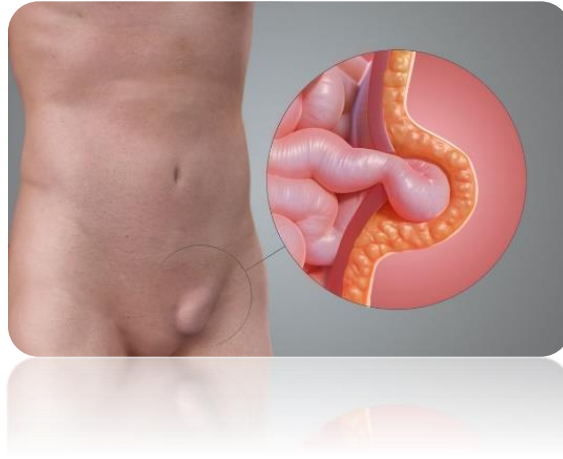
آموزش خود مراقبتی به بیمار در جهت پیشگیری از کله سیستیت

می توانید احتمال ابتلا به کله سیستیت را با جلوگیری از ایجاد سنگ های کیسه صفرا کاهش دهید. اقداماتی که باید برای پیشگیری از سنگ های کیسه صفرا انجام دهید عبارتند از:

۱. **سریع وزن کم نکنید:** کاهش وزن سریع می تواند احتمال تولید سنگ های کیسه صفرا را افزایش دهد. بنابراین در صورتی که نیاز به کاهش وزن دارید، سعی کنید در هفته تنها ۱ تا ۲ پوند (نیم تا یک کیلوگرم) وزن کم کنید.
۲. **وزن متوسط خود را حفظ کنید:** داشتن اضافه وزن، احتمال تولید سنگ های کیسه صفرا را افزایش می دهد. برای داشتن وزنی متوسط، مصرف کالری روزانه تان را کاهش دهید و فعالیت فیزیکی بیشتری داشته باشید. پس از رسیدن به وزن متوسط، با تداوم فعالیت های فیزیکی و رژیم غذایی مناسب می توانید این وزن را حفظ کنید.

رژیم غذایی سالم داشته باشید: رژیم های غذایی پر چرب و کم فیبر می تواند احتمال ساخت سنگ های کیسه صفرا را افزایش دهد. برای کاهش این احتمال، سعی کنید مقدار میوه، سبزیجات و حبوبات را در رژیم غذایی تان افزایش دهید.

فتق (هرنی) اینگوینال یا مغبنی (کشاله ران)



انواع فتق کشاله ران (مغبنی)

فتق کشاله ران ممکن است به صورت مستقیم یا غیرمستقیم باشد. فتق غیرمستقیم کشاله ران شایع‌ترین نوع این عارضه است. این عارضه در تولدهای زودرس قبل از این که کانال مغبنی به‌طور کامل شکل بگیرد اتفاق می‌افتد. به هر حال، این نوع از فتق کشاله ران در هر دوره‌ای از زندگی ممکن است رخ دهد و در مردان هم شایع‌تر است. فتق مستقیم کشاله ران غالباً در بزرگسالان اتفاق می‌افتد. باور عمومی براین است که ضعف عضلات در بزرگسالی باعث فتق مستقیم کشاله ران می‌شود. فتق کشاله ران می‌تواند حبس شده یا مسدود شود. فتق کشاله ران حبس شده زمانی رخ می‌دهد که بافت در کشاله ران گیر افتاده باشد و نتواند به عقب برود. فتق کشاله ران مسدود شده که یک بیماری خطرناک است باعث محدود شدن گردش جریان خون در روده کوچک می‌شود. فتق مغبنی مسدود شده یک بیماری مهلک است که نیاز به مراقبت‌های فوری پزشکی دارد.

برخی از علائم فتق کشاله ران (مغبنی) عبارتند از:

- برآمدگی ممکن است در هر طرف از استخوان لگن ایجاد شود و در زمانی که شما ایستاده‌اید به خصوص اگر سرفه کنید یا عضلات شما کشیده شوند به وضوح دیده می‌شود.
- در برآمدگی به وجود آمده احساس درد و سوزش وجود دارد.

- در کشاله ران احساس ناراحتی و درد می‌کنید به خصوص زمانی که به سمت جلو خم می‌شوید یا سرفه می‌کنید و یا چیزی را بلند می‌کنید.
- سنگین شدن و افتادگی کشاله ران
- ضعف یا فشار در ناحیه کشاله ران
- در برخی موارد، در زمانی که روده بیرون زده باشد، درد و تورم از اطراف بیضه‌ها به سمت داخل کیسه بیضه‌های کشیده می‌شود. اگر شما نمی‌توانید قسمتی را که دچار فتق شده به سمت داخل فشار دهید، محتویات داخل فتق در دیواره شکم گیر می‌افتد. فتق حبس شده ممکن است مسدود شده و جریان خون را قطع کند. فتق حبس شده در صورتی که تحت مداوا قرار نگیرد می‌تواند مهلک و کشنده باشد.

برخی نشانه‌ها و علائم فتق مسدود شده عبارتند از:

- حالت تهوع، استفراغ یا هر دو
- تب
- درد ناگهانی که به سرعت تشدید می‌شود.
- فتق بیرون زده که رنگ آن قرمز، بنفش یا تیره شده است.
- ناتوانی در دفع مدفوع یا خارج کردن گاز معده

دلایل

برخی از انواع فتق کشاله ران (مغبنی) علت مشخصی ندارند. برخی از آنها هم ممکن است به دلایل زیر ایجاد شوند:

- افزایش فشار بر شکم
- نقطه‌ای در دیواره شکم از قبل به صورت ضعیف وجود داشته است.
- ترکیب افزایش فشار بر شکم و نقطه ضعیف شده قدیمی در دیواره شکم
- کشیده شدن و فشار در هنگام دفع مدفوع یا ادرار
- فعالیت‌های شدید
- بارداری

▪ عطسه یا سرفه مزمن
در بسیاری از مردم، ضعف دیواره شکم در هنگام تولد که باعث باز ماندن پوشش شکم می‌شود می‌تواند باعث فتق کشاله ران شود. انواع دیگر فتق کشاله ران در مراحل بعدی زندگی زمانی رخ می‌دهند که عضلات در اثر افزایش سن، انجام فعالیت‌های شدید یا سرفه کردن در هنگام سیگار کشیدن ضعیف شده باشند. دیواره شکم ممکن است در طول عمر ضعیف شود به خصوص در اثر آسیب‌دیدگی، جراحات و عمل‌های جراحی انجام‌شده در ناحیه شکم.

در مردان، نقطه ضعیف شده معمولاً در کانال مغبنی است که در آن طناب اسپرماتیک (اسپرماتیک کرد) وارد کیسه بیضه می‌شود. در زنان، کانال مغبنی، رباط نگهدارنده رحم را در محل خود نگه می‌دارد و فتق در محلی که بافت همبند، رحم را به بافت‌های اطراف استخوان لگن متصل کرده است ایجاد می‌شود.

عواملی که احتمال ابتلا به فتق کشاله ران را افزایش می‌دهند

عواملی که باعث ایجاد فتق کشاله ران می‌شود عبارتند از:

- **مرد بودن:** مردان ۸ برابر زنان در معرض ابتلا به فتق کشاله ران قرار دارند.
- **مسن بودن:** با افزایش سن عضلات ضعیف می‌شوند.
- **سغید بودن**
- **سوابق فامیلی:** اگر یکی از اعضای خانواده شما مانند والدین یا خواهر و برادر شما به فتق کشاله ران مبتلا شده باشند
- **سرفه مزمن** مانند آنچه که به دلیل استعمال دخانیات ایجاد می‌شود.
- **یبوست مزمن:** یبوست باعث فشار در هنگام دفع مدفوع می‌شود.
- **بارداری:** بارداری می‌تواند عضلات شکم را تضعیف کرده و باعث افزایش فشار در داخل شکم شود.
- **تولد زودرس و وزن کم در هنگام تولد**
- **فتق کشاله ران در گذشته یا فتق اصلاح شده:** حتی اگر در زمان کودکی دچار فتق کشاله ران شده باشید، احتمال این که دوباره به این عارضه مبتلا شود بیش از سایرین است.

عوارض

برخی از عوارض فتق کشاله ران (مغبنی) عبارتند از:

- اعمال فشار بر بافت‌های اطراف: بیشتر فتق‌های کشاله ران اگر با جراحی فتق اصلاح نشوند به مرور زمان بزرگ می‌شوند. در مردان، فتق بزرگ‌شده می‌تواند به داخل کیسه بیضه کشیده شده و باعث درد و تورم بیضه‌ها شود.
- فتق حبس شده: در صورتی که محتویات فتق در نقطه ضعیف شده در دیواره شکم گیر کند، باعث مسدود شدن روده می‌شود که نتیجه آن درد شدید، حالت تهوع، استفراغ و ناتوانی در دفع مدفوع یا خارج کردن گاز معده می‌شود.
- فتق مسدود شده: یک فتق مسدود شده می‌تواند جریان خون را در روده مسدود کند. فتق مسدود شده می‌تواند باعث از بین رفتن بافت روده مسدود شده شود. فتق مسدود شده یک بیماری مهلک بوده و باید فوراً تحت عمل جراحی فتق قرار گیرد.

تشخیص

معمولاً معاینات فیزیکی برای تشخیص فتق کشاله ران کافی است. پزشک بیرون‌زدگی ناحیه کشاله ران را بررسی می‌کند. از آنجا که ایستادن و سرفه کردن باعث برجسته‌تر شدن فتق می‌شود از شما خواسته می‌شود تا بایستید یا سرفه کنید. اگر پزشک نتوانست به راحتی فتق را تشخیص دهد، از روش‌های تصویربرداری مانند سونوگرافی شکم، سی تی اسکن یا ام آر آی کمک می‌گیرد.

درمان فتق کشاله ران

در صورتی که فتق شکم کوچک باشد و باعث آزار شما نمی‌شود، پزشک آگاهانه صبر می‌کند. در کودکان، پزشک قبل از فکر کردن به انجام عمل جراحی با دست به برآمدگی فتق فشار وارد می‌کند. فتق بزرگ‌شده یا دردناک معمولاً به عمل جراحی فتق نیاز دارد تا ناراحتی برطرف شده و از عوارض بعدی آن پیشگیری شود.

دو نوع عمل جراحی برای فتق وجود دارد. اصلاح باز فتق و اصلاح لاپاروسکوپیک

عمل باز فتق

در این عمل که تحت بیهوشی موضعی، مصرف داروهای آرام‌بخش یا بیهوشی عمومی انجام می‌شود، جراح شکافی در کشاله ران ایجاد می‌کند و بافت برجسته و بیرون زده را به داخل شکم فشار می‌دهد. سپس جراح طی جراحی فتق (هرینوپلاستی) ناحیه ضعیف شده را می‌دوزد و غالباً آن را با مش مصنوعی تقویت می‌کند. سپس حفره ایجاد شده با بخیه، گیره یا چسب جراحی بسته می‌شود. پس از انجام عمل جراحی، شما باید هر چه سریع‌تر شروع به حرکت کنید اما ممکن است چند هفته طول بکشد تا بتوانید امور روزمره خود را انجام دهید.

لاپاروسکوپیک

در این عمل کم تهاجمی که تحت بیهوشی عمومی انجام می‌شود، جراح عمل را از طریق ایجاد چند شکاف روی شکم شما انجام می‌دهد. برای بهتر دیده شدن ارگان‌های درون شکم، باد شکم تخلیه می‌شود. یک لوله کوچک که مجهز به یک دوربین کوچک (لاپاروسکوپ) است از طریق یکی از شکاف‌ها وارد شکم می‌شود. با هدایت دوربین، جراح ابزار کوچکی را از طریق شکاف‌ها وارد شکم می‌کند تا فتق را با استفاده از مش مصنوعی اصلاح کند.

افرادی که از روش لاپاروسکوپی برای اصلاح فتق کشاله ران استفاده می‌کنند، ناراحتی و اسکار کمتری پس از عمل خواهند داشت و سریع‌تر می‌توانند به فعالیت‌های روزمره خود بپردازند. به هر حال، برخی مطالعات نشان می‌دهد که احتمال عود دوباره فتق پس از انجام عمل لاپاروسکوپی بیش از عمل باز است. عمل لاپاروسکوپی باعث می‌شود که پس از عمل بافت اسکار شکل نگیرد به همین دلیل این روش برای افرادی که فتق آنها پس از انجام عمل‌های سنتی دوباره عود کرده است انتخاب خوبی است. همچنین انجام این عمل برای افرادی که در هر دو طرف بدن به فتق دچار شده‌اند نیز گزینه مناسبی است.

برخی از مطالعات نشان می‌دهد که احتمال بروز عوارض جانبی و عود دوباره فتق پس از انجام عمل لاپاروسکوپی افزایش می‌یابد. انجام عمل جراحی توسط یک جراح مجرب می‌تواند خطرات احتمالی عمل لاپاروسکوپی را کاهش دهد.

آموزش های خود مراقبتی پرستار به بیمار :

۱۷ از شب قبل از عمل (حداقل ۶ ساعت) بیمار ناشتا باشد .

۱۷ در صورت داشتن سابقه بیماری خاص ، مصرف دارو ، حساسیت دارویی و یا بارداری پزشک و پرستار تان را مطلع کنید .

۱۷ در صورت داشتن هرگونه جواهر آلات و دندان مصنوعی و لوازم فلزی (گیره ، سنجاق و...) آنها را خارج کرده و به همراه خود تحویل دهید .

۱۷ در صورت امکان روز قبل عمل استحمام داشته باشید.

۱۷ بعد از خروج بیمار از اتاق عمل او را با پتو پوشانده و گرم نگه داشته شود .

۱۷ تا زمان اجازه پزشک و پرستار تان از تخت خارج نشوید . پس از اجازه جراح در تخت نشسته و در صورت عدم سرگیجه و تهوع از تخت خارج شده و پیاده روی را شروع کنید . پیاده روی باعث خروج گازهای شکمی و کاهش درد و تسریع در بهبود زخم بیم شود .

۱۷ بعد از اجازه پزشک معالج مایعات برای بیمار شروع خواهد شد مصرف مایعات از بیوست و خشکی شکم جلوگیری می کند .

۱۷ در هنگام بالا و پایین رفتن از تخت و پله و سرفه کردن با گذاشتن دست روی ناحیه عمل از فشار به بخیه ها جلوگیری کنید .

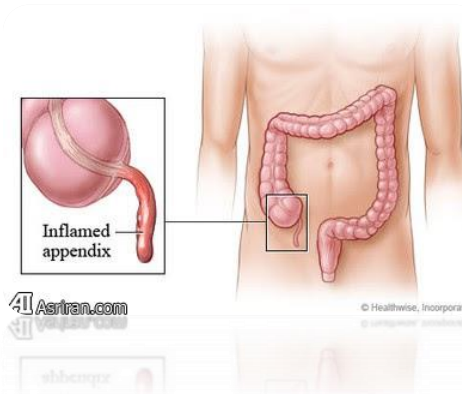
۱۷ جهت بهبود روند تنفس و تسهیل خروج ترشحات ریه در وضعیت نیمه نشسته قرار گرفته و سرفه و تنفس عمیق انجام دهید .

۷ استحمام بیمار در صورت داشتن درن دو روز بعد از خروج درن خواهد بود و تا زمان وجود درن یا باز بودن زخم پانسمان روزانه توسط فرد آموزش دیده انجام خواهد شد .

۷ در صورت داشتن علائم عفونت از قبیل التهاب، قرمز ، گرمی پوست ، خروج ترشحات چرکی، تب سریعاً به پزشک معالج خود مراجعه کنید تا از پیشرفت عفونت و طولانی شدن زمان درمان جلوگیری شود.

آپاندیسیت

Appendicitis



آپاندیسیت به علت انسداد مدخل آپاندیس و عفونت ثانویه به آن، ایجاد می‌شود. انسداد می‌تواند به دلیل وجود مدفوع سفت، عفونت ویروسی، میکروبی و انگلی ایجاد شود. همچنین دانه‌های گیاهی، هسته‌های میوه‌جات و تومورهای آپاندیس هم باعث انسداد می‌گردند.

علائم بیماری

علائم اولیه شامل بی‌اشتهایی، تهوع و درد شکم می‌باشد. درد شکم در مراحل اولیه آپاندیسیت، خفیف و دور ناف است که به تدریج با پیشرفت بیماری، شدت می‌یابد و در ناحیه راست و پایین شکم متمرکز می‌شود. اگر نوک آپاندیس در لگن قرار گرفته باشد، ممکن است علائم ادراری را تقلید کرده و بیمار از سوزش و تکرر ادرار شکایت کند.

گاهی سبب درد بیضه سمت راست هم می‌شود. در مراحل پیشرفته، آپاندیس پاره می‌شود و چرک حاوی آن با مدفوع وارد حفره شکم و یا لگن می‌گردد. این اتفاق، سبب عفونت موضعی و یا منتشر بسیار خطرناک شکم می‌شود.

در این فاز تب بیمار بالا می‌رود. تعداد گلبول‌های سفید افزایش پیدا می‌کند و بیمار بسیار بدحال می‌شود. البته در کودکان زیر سن مدرسه، علائم این بیماری بسیار گمراه کننده بوده و تشخیص آن سخت است. در این کودکان ابتدا استفراغ شروع می‌شود، سپس علائم تب و درد شکم ظاهر می‌گردد.

تشخیص آپاندیسیت

بیمار مبتلا به آپاندیسیت، به علت تشدید درد شکم با تغییر پوزیشن، معمولاً بی‌حرکت و بی‌حال در بستر می‌خوابد. با سرفه و عطسه هم درد بیمار تشدید می‌شود. در مسیر مرکز درمانی نیز حرکت ماشین هنگام عبور از دست‌اندازها، درد را بیشتر می‌کند.

درد ناحیه مک برنی (ناحیه راست و پایین شکم) در لمس، عموماً دلالت بر آپاندیسیت دارد. در صورت تردید، باید توسط پزشک معاینه مکرر انجام شود. بررسی‌های آزمایشگاهی شامل شمارش گلبول‌های سفید و آزمایش ادرار می‌باشد. در صورت مشکوک شدن به آپاندیسیت، بررسی‌های تصویری از جمله گرفتن عکس ساده شکم و قفسه سینه نیز توصیه می‌شود.

همچنین انجام **سونوگرافی** توسط یک فرد مجرب، ارزش تشخیصی بالایی دارد. گاهی از سی تی اسکن هم برای تشخیص آپاندیسیت استفاده می‌شود. تشخیص افتراقی آن شامل اسهال و استفراغ، یبوست، عفونت ادراری، التهاب غدد لنفاوی شکم یا مزانتر روده، التهاب دیورتیکول مکل، بیماری‌های التهابی و عفونی لگن، حاملگی خارج رحمی، پارگی سیست تخمدان و تومور کارسینوئید آپاندیس می‌باشد.

لازم به ذکر است که گاهی تشخیص قطعی آپاندیسیت علی‌رغم بررسی‌های دقیق و معاینات فیزیکی، میسر نمی‌شود. لذا در صورت ظن قوی بر له آپاندیسیت، انجام عمل جراحی برای پیشگیری از ترکیدن و سوراخ شدن احتمالی آپاندیس، توصیه شده است.

درمان آپاندیسیت

تجویز آنتی‌بیوتیک، درمان با مایعات از طریق ورید، احیای بیمار و برداشتن آپاندیس با جراحی، اقدام انتخابی در بیمار مبتلا به آپاندیسیت است. در مواردی که آپاندیس پاره نشده است، درمان به وسیله لاپاروسکوپی هم توصیه می‌شود.

عوارض آپاندیسیت

عفونت زخم، تشکیل آبسه‌های چرکی داخل شکمی، انسداد روده به علت چسبندگی، عفونت وریدهای کبدی، فیستول‌های پوستی و نازایی در خانم‌ها به علت چسبندگی لوله‌های رحمی، از عوارض این بیماری در موارد آپاندیسیت پاره شده می‌باشند. تشخیص زودرس، اقدام عاجل درمانی و جراحی، باعث شده که میزان مرگ‌ومیر در آپاندیسیت به صفر برسد.

توصیه های لازم در زمان ترخیص

- پانسمان ناحیه عمل قبل از ترخیص از بیمارستان تعویض شده و ناحیه عمل توسط پزشک و پرستار کنترل شود.
- در منزل تا ۴۸ ساعت حمام نرفته سپس پانسمان ناحیه عمل را برداشته و به حمام بروید. از این پس ناحیه عمل نیاز به پانسمان ندارد مگر اینکه پزشک معالج شما دستور داده باشد. یک هفته بعد از عمل جراحی برای کشیدن بخیه‌های ناحیه عمل به بیمارستان یا پزشک معالج خود مراجعه نمائید.
- به مدت دو هفته از انجام کارهای سنگین خودداری نمائید. پس از این مدت می‌توانید به فعالیت‌های طبیعی و روزمره خود ادامه دهید.
- در صورت مشاهده هرگونه تغییر در محل عمل جراحی مانند قرمزی، تورم و التهاب فورا به پزشک معالج خود مراجعه نمایید.
- داروهای تجویز شده توسط پزشک را در منزل طبق ساعتهای دستور داده شده بطور دقیق مصرف نمائید.
- رژیم غذایی شما پس از ترخیص معمولی می باشد ولی باید تا حد امکان از مواد پروتئینی مانند شیر، ماست، گوشت و میوه جاتی که حاوی ویتامین C بیشتری می باشد استفاده کرده و از خوردن غذاهای نفاخ پرهیز نمائید.

سایر موارد:

- پانسمان ناحیه عمل قبل از ترخیص از بیمارستان تعویض شده و ناحیه عمل توسط پزشک و پرستار کنترل شود.

- در منزل تا ۴۸ ساعت حمام نرفته سپس پانسمان ناحیه عمل را برداشته و به حمام بروید. از این پس ناحیه عمل نیاز به پانسمان ندارد مگر اینکه پزشک معالج شما دستور داده باشد
- یک هفته بعد از عمل جراحی برای کشیدن بخیه های ناحیه عمل به بیمارستان یا پزشک معالج خود مراجعه نمایید
- به مدت دو هفته از انجام کارهای سنگین خوداری نمایید. پس از این مدت میتوانید به فعالیتهای طبیعی و روزمره خود ادامه دهید.
- در صورت مشاهده هرگونه تغییر در محل عمل جراحی مانند قرمزی، تورم و التهاب فوراً به پزشک معالج خود مراجعه نمایید.
- داروهای تجویز شده توسط پزشک را در منزل طبق ساعت‌های دستور داده شده بطور دقیق مصرف نمایید.
- رژیم غذایی شما پس از ترخیص معمولی می باشد ولی باید تا حد امکان از مواد پروتئینی مانند شیر، ماست، گوشت و میوه جاتی که حاوی ویتامین C بیشتری می باشد استفاده کرده و از خوردن غذاهای نفاخ پرهیز نمایید.

سزارین caesarean section



یکی از روش های زایمان جنین از طریق جراحی شکم و رحم است. در برخی شرایط، سزارین از قبل برنامه ریزی شده است. اما در موارد دیگر، جراحی به خاطر شرایط غیرقابل پیش بینی رخ می دهد. اگر جنین یا مادر در خطر باشد، نیاز به سزارین اورژانسی است. در این صورت سزارین بدون برنامه است.

در برخی موارد پزشک سزارین را به جای زایمان طبیعی توصیه می کند. به عنوان مثال به سزارین برنامه ریزی شده نیاز دارید. بهترین زمان انجام سزارین در 38 هفته و پنج روز است. اگر:

- زایمان قبلی شما سزارین با برش عمودی رحم بوده است یا چند سزارین انجام داده باشید. هر دو عامل خطر پارگی رحم در طول زایمان طبیعی را افزایش می دهد.
 - عمل جراحی دیگری بر روی رحم انجام داده اید مانند میمکتومی (عمل جراحی برداشتن فیبروم)، که خطر پارگی رحم را در طول زایمان طبیعی افزایش می دهد.
 - چند قلو باردار باشید. (ممکن است بتوانید دو قلو را از طریق واژن به دنیا آورید اما این مسئله بستگی به محل دوقلوها و زمان بارداری دارد). هر چقدر تعداد جنین بیشتر باشد احتمال نیاز به سزارین بیشتر می شود.
 - جنین خیلی بزرگ است. در صورتی که دیابت داشته باشید یا فرزند قبلی شما در اثر فشار جدی در طول زایمان واژینال رنج برده باشد سزارین توصیه می شود.
 - جنین در وضعیت بریچ باشد.
 - شما جفت سرراهی داشته باشید.
 - انسداد اتفاق افتاده باشد به عنوان مثال انسداد در اثر بزرگی فیبروم که باعث سخت تر شدن زایمان طبیعی می شود.
 - جنین بیماری داشته باشد که باعث خطرناک بودن زایمان طبیعی شود.
 - مادر ایدز داشته باشد و تست خون انجام شده در اواخر بارداری نشان دهد ویروس به مقدار زیاد وجود دارد.
- نکته:** اگر یک سزارین به روش برش افقی انجام داده باشید می توانید زایمان طبیعی بعد از سزارین داشته باشید.

سزارین از قبل مشخص نشده یا اورژانسی:

مادر نیاز به سزارین بدون برنامه ریزی دارد اگر:

- اگر مادر تبخال تناسلی داشته باشد یا دچار پارگی کیسه آب شده باشد. زایمان سزارین از عفونت جنین جلوگیری می کند.
- دهانه رحم باز نشود یا جنین از حرکت به سمت کانال زایمان باز مانده باشد و تلاش برای تحریک انقباضات به نتیجه نرسیده باشد.

مراقبت های های قبل از انجام سزارین:

1-ادر خانه

پزشک از شما می خواهد با یک صابون ضد عفونی شب قبل و صبح زایمان خود را بشوید. تا ۲۴ ساعت قبل از زایمان، موهای شرمگاهی را اصلاح نکنید. این مسئله می تواند خطر ابتلا به عفونت محل جراحی را افزایش دهد. اگر نیاز به اصلاح موهای شرمگاهی است، قبل از جراحی، توسط کارکنان اصلاح انجام می شود.

2-در بیمارستان

ابتدا پزشک توضیح می دهد چرا سزارین مورد نیاز است و از شما می خواهد رضایت نامه را امضا کنید. شکم شما پاکسازی خواهد شد. لوله (کاتتر) به احتمال زیاد به مثانه شما منتقل خواهد شد تا ادرار جمع شود. سرم (IV) در یک ورید در دست یا بازوی شما قرار می گیرند تا مایع و دارو را فراهم آورند.

یک سوند ادراری وارد مجرای پیشاب می شود تا ادرار در طول عمل خارج شود. داروی ضد اسید معده به شما داده می شود تا پیش از عمل بخورید. اگر عمل اضطراری باشد از بیهوشی عمومی استفاده می شود. در این حالت احتمال استفراغ در طول بیهوشی وجود دارد به همین دلیل از قرص ضد اسید معده استفاده می شود. این قرص ها اسید را خنثی کرده و از آسیب رسیدن به ریه در اثر استفراغ جلوگیری می کند.

آنتی بیوتیک برای جلوگیری از عفونت بعد از عمل تجویز می شود. یک صفحه بالای کمر شما قرار می گیرد تا عمل را نبینید.

3-بیهوشی:

سپس متخصص در خصوص روش های مدیریت درد برای شما توضیح می دهد. این روزها بیهوشی عمومی خیلی کم دیده می شود به جز در شرایط اضطراری و در شرایطی که مادر نمی تواند بی حسی موضعی استفاده کند.

اکثر زایمان سزارین تحت بیهوشی منطقه ای انجام می شود که تنها بخش پایین بدن را بی حس می کند - بنابراین به شما این امکان را می دهد که در طول عمل بیدار باشید. انتخاب های رایج شامل بلوک نخاعی و بلوک اپیدورال است. در موارد اضطراری بیهوشی عمومی لازم است. با بیهوشی عمومی، شما قادر نخواهید بود که در طول زایمان، چیزی را احساس کنید.

-در اکثر موارد از بی حسی موضعی استفاده می شود که قسمت پایین بدن را بی حس می کند و شما در طول عمل هوشیار هستید.

مدت زمان عمل سزارین چقدر است؟

سزارین معمولاً ۴۵ دقیقه تا یک ساعت طول می کشد. ممکن است با بلوک ستون فقرات انجام شود، جایی که زن بیدار یا بیهوشی عمومی است. کاتتر ادراری برای تخلیه مثانه استفاده می شود و سپس پوست شکم با یک ضد عفونی کننده تمیز می شود. سپس برش حدود ۱۵ سانتی متر (۶ اینچ) معمولاً از طریق شکم مادر انجام می شود. سپس رحم با برش دوم باز می شود و کودک تحویل داده می شود. سپس برش ها بسته می شود. به محض اینکه مادر از اتاق عمل خارج شود بیدار می شود و می تواند شیردهی کند. اغلب، مادر چندین روز در بیمارستان می ماند سپس به خانه بازمی گردد.

پزشک شما از برش شکم و برش رحمی برای زایمان نوزاد استفاده خواهد کرد:

1- برش شکم:

دکتر برش را از طریق دیواره شکمی ایجاد خواهد کرد. این برش معمولاً به صورت افقی در نزدیکی موی شرمگاهی می باشد. به طور متناوب، پزشک ممکن است یک برش عمودی را از زیر ناف تا بالای استخوان شکم ایجاد کند. سپس پزشک شما به صورت لایه لایه از طریق بافت چربی و بافت همبند برش ایجاد می کند و عضله شکم را برای دسترسی به حفره شکمی جدا می کند.

2- برش رحم

سپس برش رحم انجام می شود - معمولاً به صورت افقی در قسمت پایین رحم (برش عرضی پایین). انواع دیگر برش های رحمی می تواند بسته به موقعیت کودک در رحم شما و اینکه آیا شما عوارضی مانند جفت سرراهی دارید یا خیر، استفاده شود.

3- زایمان

کودک از طریق برش ها تحویل خواهد شد. دکتر دهان و بینی نوزاد را از مایعات پاک می کند، سپس بافت بند ناف را بریده و گیره می زند. جفت از رحم جدا می شود و برش ها با بخیه بسته می شوند. اگر بی حسی منطقه ای داشته باشید، می توانید بلافاصله پس از زایمان صدای نوزاد را بشنوید و او را ببینید.

مراقبت های بعد از سزارین:

- بعد از سزارین بخیه زده می شود تا رحم بسته شود. آخرین لایه، پوست با استفاده از بخیه بسته می شود و معمولاً بخیه ها بعد از سه روز یا یک هفته جدا می شود. بستن شکم و رحم زمان بیشتری نسبت به باز کردن آن نیاز دارد؛ حدود ۳۰ دقیقه.

- بعد از اتمام عمل جراحی، مادر را به اتاق ریکاوری منتقل می کنند که چند ساعت تحت نظر خواهد بود. اگر نوزاد مشکلی نداشته باشد او را نیز به اتاق ریکاوری منتقل می کنند.

- مادر می تواند در این زمان به نوزاد شیر بدهد. در صورتی که نوزاد و مادر کنار یکدیگر دراز کشیده باشند شیردهی راحت تر انجام می شود.

- حدود سه روز یا کمتر مادر در بیمارستان بستری است. پزشک در خصوص مسکن ها با مادر صحبت می کند.

اتفاق های انتخابی در طول عمل سزارین

در برخی بیمارستان ها می توانید پیشنهاد کنید تغییراتی در طی عمل جراحی ایجاد شود به عنوان مثال بتوانید مراحل عمل را ببینید یا نوزاد را پس از زایمان روی سینه شما قرار دهند .

بهبودی بعد از سزارین

در طول فرآیند بهبود سزارین، ناراحتی و خستگی رایج است. برای افزایش بهبودی:

سخت نگیرید:

در صورت امکان استراحت کنید. سعی کنید چیزهایی که شما و فرزندتان نیاز دارید را در دسترس قرار دهید. برای چند هفته اول، از جابجایی سنگینی خودداری کنید. همچنین، از بلند شدن از موقعیت اسکات اجتناب کنید.

کاهش درد را دنبال کنید:

برای تسکین درد ناگهانی، پزشک ممکن است یک پد حرارتی، ایبوپروفن (Advil)، Motrin، دیگران (استامینوفن Tylenol)، دیگران (یا داروهای دیگر را برای کاهش درد توصیه کند. اکثر داروهای تسکین دهنده درد برای زنان شیرده مجاز است.

اجتناب از رابطه جنسی:

برای جلوگیری از عفونت، برای گهفته پس از زایمان سزارین، از رابطه جنسی اجتناب کنید. همچنین تا زمانی که به طور کامل بهبود نیافته اید از رانندگی اجتناب کنید. این مسئله ممکن است یک تا دو هفته طول بکشد.

افسردگی بعد از زایمان:

اگر در مدت کوتاهی پس از زایمان نوسانات شدید خلقی، از دست دادن اشتها، خستگی شدید و عدم شادی در زندگی داشته باشید، ممکن است افسردگی پس از زایمان را تجربه کنید. اگر فکر می کنید که ممکن است افسردگی داشته باشید، به خصوص اگر نشانه ها و علائم شما به تنهایی ناپدید نشود، شما دچار مشکل در مراقبت از نوزاد یا انجام کارهای روزانه هستید، یا فکر می کنید به خود یا کودک آسیب می زنید، با پزشک خود مشورت کنید.

کالج آمریکایی متخصص زنان و زایمان توصیه می کند مراقبت بعد از زایمان به عنوان یک فرآیند مداوم و نه تنها پس از زایمان انجام شود. در طی سه هفته اول پس از زایمان، با پزشک خود در تماس باشید. در عرض ۱۲ هفته پس از زایمان، به پزشک خود برای ارزیابی جامع بعد از زایمان مراجعه کنید. در طول این ملاقات، پزشک خلق و خوی احساسی شما را بررسی خواهد کرد. در مورد روش های جلوگیری از بارداری و فاصله زمانی تولد، بررسی اطلاعات در مورد مراقبت از نوزادان و تغذیه، در مورد عادات خواب خود و مسائل مربوط به خستگی و انجام معاینه فیزیکی صحبت کنید. این ملاقات ممکن است شامل بررسی شکم، واژن، رحم و دهانه رحم باشد تا مطمئن شود که شما در حال بهبود هستید .

عفونت بخیه سزارین

بخیه سزارین را برای علائم عفونت بررسی کنید. به علائم و نشانه هایی که تجربه می کنید توجه کنید. در صورت مشاهده موارد زیر با پزشک خود تماس بگیرید:

- برش قرمز، تورم یا ترشحات و داغی
- تب
- خونریزی سنگین
- بدتر شدن درد

عوارض سزارین

مانند سایر انواع جراحی عمده، زایمان سزارین نیز خطراتی دارد.

خطرات برای نوزاد

مشکلات تنفسی:

نوزادان متولد شده با زایمان سزارین برنامه ریزی شده احتمال بیشتری برای یک مشکلات تنفسی در چند روز اول پس از تولد دارند.

آسیب جراحی:

گرچه این مسئله نادر است اما شکستگی های تصادفی به پوست نوزاد می تواند در طول جراحی رخ دهد.

خطرات برای مادر

عفونت

پس از سزارین، ممکن است در معرض خطر عفونت رحم (اندومتری) باشید.

خونریزی پس از زایمان

زایمان سزارین ممکن است خونریزی شدید در طول و بعد از زایمان ایجاد کند.

واکنش به بیهوشی

واکنش های جانبی به هر نوع بیهوشی امکان پذیر است.

لخته شدن خون

ممکن است سزارین خطر ابتلا به لخته شدن خون درون رگهای عمیق را به خصوص در اندامهای پا و یا لگن (ترومبوز ورید عمقی) افزایش دهد. اگر لخته خون به ریه های شما منتقل شود و جریان خون (آمبولی ریوی) را مسدود کند، آسیب می تواند تهدید کننده زندگی باشد.

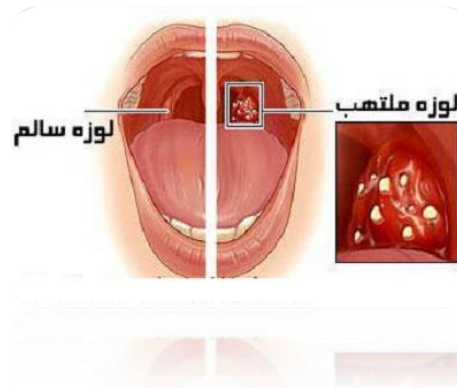
عفونت زخم

بسته به عوامل خطر شما و اینکه آیا شما نیاز به سزارین اورژانسی دارید، ممکن است در معرض خطر عفونت برش قرار گیرید.

آسیب جراحی

اگر چه این مسئله نادر است، آسیب جراحی مثانه یا روده در سزارین ممکن است رخ دهد. اگر آسیب جراحی در سزارین شما وجود داشته باشد، جراحی اضافی ممکن است لازم باشد.

تانسیلکتومی



تانسیلکتومی یک روش جراحی است که هدف از انجام آن برداشتن لوزه های بیمار می باشد. لوزه ها دو بافت بیضی شکل هستند که محل آن ها در پشت گلو بوده و هر کدام در یک طرف قرار دارند ، بدین معنی که هر فرد داری لوزه ی چپ و لوزه ی راست می باشد.

همانطور که در تصویر بالا مشاهده می کنید ، لوزه ها دو بافت نرم بیضی شکل در پشت دهان هستند. همچنین این بافت در هر دو طرف وجود داشته بدین معنی که هر انسان دارای لوزه ی چپ و لوزه ی راست می باشد.

در گذشته جراحی تانسیلکتومی یک روش معمول و پر استفاده برای مقابله با عفونت و یا التهاب لوزه ها بوده است. اما امروزه با پیشرفت های دارویی به وجود آمده کمتر از این جراحی استفاده می شود مگر در شرایطی که عفونت و یا التهاب لوزه ها به طور مکرر اتفاق افتاده و به درمان های دارویی پاسخ ندهد. البته امروزه افرادی که به دلیل مشکلات لوزه دچار بد خوابی و یا بی خوابی می شوند نیز می توانند از این جراحی بهره ببرند.

این جراحی برای افرادی که به دلیل مشکلات حاد لوزه (که معمولا به دلیل بزرگ شدن بیش از حد لوزه ها می باشند) دچار بیماری های تنفسی و یا بیماری های خاص دیگر می شوند نیز بسیار مناسب می باشد.

این جراحی به نسبت ، جراحی بسیار ساده ای بوده و ریسک های اندکی دارد ، زمان بهبودی بعد از این عمل نیز از بین ۱۰ روز تا حداکثر ۲ هفته متفاوت می باشد.

مراقبتهای پس از عمل جراحی لوزه:

- ۱- ۱۲ تا ۱۴ ساعت پس از عمل از انجام فعالیت بدنی شدید اجتناب ورزید. استحمام مجاز است.
- ۲- مصرف داروهای تجویز شده که شامل آنتی بیوتیکها و مسکن (استامینوفن) میباشد.
- ۳- شستن مرتب دهان با سرم شستشو.

- ۴- تا ۶ ساعت پس از عمل نباید چیزی بخورید و یا بیاشامید.
- ۵- بهتر است دستگاه بخور سرد در مجاورت بیمار قرار داده شود.
- ۶- تا دو هفته پس از عمل از مصرف آسپرین خودداری ورزید.
- ۷- از صاف کردن گلو و سرفه مکرر تا ۲ روز پس از عمل خودداری کنید.
- ۸- دو تا سه روز در خانه استراحت کنید.
- ۹- تا ۱۰ روز پس از عمل باید مایعات و غذاهای نرم مصرف کنید.
- ۱۰- از مصرف چیپس، پفک، آجیل، نان تست، ذرت بو داده، بیسکویت، غذاهای داغ و ادویه دار، غذاهای اسیدی (مثل آب پرتغال) یا گوجه فرنگی) و هرگونه غذای ترد و سفت تا دو هفته پس از عمل خودداری ورزید.
- ۱۱- جویدن آدامس (با افزایش ترشح بزاق)، آب نبات، بستنی، شیر سرد، آب ولرم و ژله توصیه میشوند.
- ۱۲- برای جلوگیری از کم آب شدن بدن به میزان کافی آب بنوشید.
- ۱۳- از استعمال سیگار اجتناب ورزید.
- ۱۴- روز عمل یا فردای عمل مدفوع بیمار میتواند سیاه رنگ باشد که این بعلت خونی است که حین عمل قورت داده و یا بیمار میتواند به رنگهوه ای تیره استفراغ نماید، نگران نباشید

برنامه غذایی بعد از عمل:

شخص عمل شده مواد غذایی سفت - گرم - خیلی سرد و پر ادویه نمیتواند مصرف کند. مواد غذایی ولرم و نرم را باید ترجیح دهد. ۵ تا ۶ ساعت پس از عمل هر چقدر که دوست دارد میتواند بستنی ساده - نرم و پاستوریزه بخورد و یا آب خنک بنوشد. رژیم غذایی به ترتیب زیر اجرا شود:

روز اول: یک لیوان شیر و یا دوغ بدون گاز

روز دوم: چای سرد - شیر - دوغ - ماست - آب میوه - شیر برنج

روز سوم: به رژیم فوق سوپ ولرم - تخم مرغ عسلی - بیسکویت خیس شده درون چای اضافه شود.

روز چهارم: به رژیم فوق پوره سیب زمینی - ماکارونی - تیلیت آبگوشت اضافه شود.

روز پنجم: به رژیم فوق کباب کوبیده و سبزیجات اضافه شود.

از روز ششم تا دو هفته غذاهای آبکی و نرم بیمار مصرف کند و از هفته سوم دیگر رژیم غذایی ندارد. احتمال خونریزی بعد از عمل: در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل به علت زور زدن هنگام به هوش آمدن، به زحمت سرفه کردن و افزایش فشار خون میتواند خونریزی لوز دیده شود.

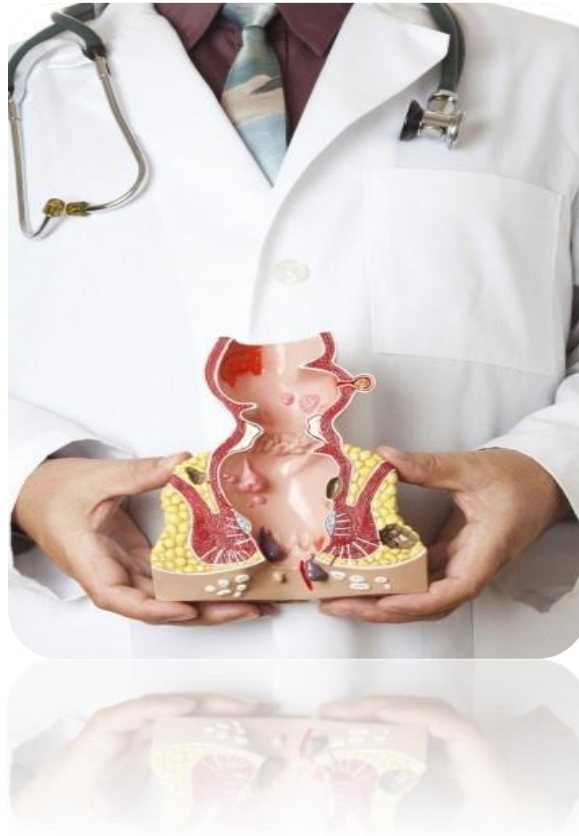
۷-۱۰ روز پس از عمل هم خونریزی لوزه میتواند دیده شود در این صورت با پزشک تماس گرفته و بیمار چیزی نخورد فقط اگر میتواند با آب خیلی سرد قرقره کند

وجود یک لایه سفید یا زرد رنگ لای بستر لوزه ها عادی می باشد و این مربوط به عفونت نیست.

در صورت درد شدید: می توانید از شیاف استامینوفن به همراه شستشوی حلق با سرم مخلوط شده با یک عدد آمپول دگزامتازون استفاده گردد

در دوران بعد از عمل تا می توانید مایعات مصرف نمایید.

بیماری های آنال



مقعد یکی از اعضای مهم بدن است که در عمل اجابت مزاج و دفع مدفوع نقش به سزایی دارد. مقعد نیز همانند سایر اعضای بدن نه تنها دچار یک بیماری بلکه چندین بیماری خواهد شد. مقعد دارای سلول و بافت‌هایی با مکانیزم اثر متفاوت است که اختلال در هر یک از آن‌ها می‌تواند بیماری‌های متفاوتی را در فرد ایجاد کند.

هر یک از اختلالات مقعدی علی‌رغم علائم منحصر به فرد خود ممکن است نشانه‌های مشترکی را بروز دهند که گاهی منجر به خطای پزشکی خواهد شد. برای تشخیص بهتر بیماری‌های مقعدی نیاز به استفاده از انواع تست‌ها و آزمایش‌هایی است که مخصوص مشاهده و بررسی این ناحیه و سایر قسمت‌های دستگاه گوارش تحتانی تعبیه شده‌اند. در برخی از موارد، علائمی مانند درد، خارش، سوزش، خونریزی یا تورم قابل توجه این ناحیه می‌تواند بر شیوه‌ی زندگی بیمار تأثیر بگذارد. با وجود این که اکثر بیماری‌های مقعدی خوش‌خیم هستند، اما یک ارزیابی دقیق از لحاظ رد سرطان مقعد و اختلالات جدی حائز اهمیت است. بعضی از انسان‌ها به دلیل شرم و خجالت، از مطرح کردن مشکلات مقعدی خود با پزشک و اعضای خانواده خودداری می‌کنند و با به تأخیر انداختن روند پیگیری و بررسی اختلال ایجاد شده، فقط درمان خود را سخت‌تر خواهند کرد. از طرفی هم ممکن است

نشانه‌ها خبر از مشکلات جدی مقعدی مانند سرطان مقعد بدهند که در آن صورت هر لحظه تعلل می‌تواند جان فرد را به خطر بیناندازد. بنابراین توجه به نشانه‌ها و اجتناب از نادیده گرفتن آن‌ها در بیماری‌های مقعدی بسیار مهم است.

شقاق مقعد

شقاق مقعد پارگی یا زخم در مخاط درون یا پوست خروجی مقعد است که ممکن است توسط یک آسیب ناشی از اجابت مزاج مشکل یا مدفوع سفت و بزرگ و حتی اسهال شدید و آبکی ایجاد شود. در یک حالت غیر متداول هم می‌تواند در پی رابطه‌ی جنسی مقعدی خشن ایجاد شود. با گرفتگی عضلانی اسفنکتر مقعد خون‌رسانی به زخم و شکاف ایجاد شده کمتر شده و بهبود آن را به تأخیر می‌اندازد.

ترک مقعدی باعث درد تیز و خونریزی در حین یا مدت کوتاهی پس از اجابت مزاج می‌شود. درد برای چند دقیقه تا چند ساعت طول می‌کشد و سپس تا اجابت مزاج بعدی فروکش می‌کند. پزشک می‌تواند با مشاهده و معاینه‌ی آرام مقعد پارگی ناشی از شقاق را بررسی کند. در موارد نادر، شقاق مقعد ممکن است نشانه‌ای از یک اختلال مانند بیماری التهابی روده (IBD)، بیماری آمیزشی (STD) یا سرطان باشد. برای تشخیص این بیماری‌ها انجام تست‌های تکمیلی مانند کولونوسکوپی تحت بی‌هوشی نیاز است. مصرف مکمل‌های نرم‌کننده مدفوع یا پسیلیوم با افزایش فیبر رژیم غذایی می‌تواند پیوست و اجابت مزاج مشکل بیمار را تا حدی کاهش دهد. گاهی اوقات استفاده از پماد زینک اکسید محافظ یا شیاف ملین (مانند گلیسرین) به نرمی مدفوع کمک می‌کند. استفاده از بی‌حس کننده‌های موضعی (مانند بنزوکائین یا لیدوکائین) بر روی مقعد یا حمام آب گرم نشسته به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه پس از اجابت مزاج با افزایش جریان خون به منطقه به رفع احساس ناراحتی و بهبودی فرد کمک می‌کند. درمان‌های لازم برای کاهش گرفتگی اسفنکتر مقعد و بهبود شقاق شامل تزریق سم بوتولینوم، استفاده از پماد نیتروگلیسرین یا مسدودکننده‌های کانال کلسیم (مانند کرم یا ژل نیفدپین، دپلتیازم) به ناحیه‌ی شقاق است. در صورت مؤثر نبودن این درمان‌ها فرد کاندید جراحی برداشت زخم یا برداشت قسمتی از عضله‌ی دریچه‌ای مقعد یا هر دو می‌شود. با احتمال کمتری کشیدن و اتساع دریچه‌ی مقعد هم ممکن است، انجام شود.

فیستول

فیستول مقعدی یک مجاری باریک است که از درون کانال مقعد به سمت پوست اطراف مقعد باز شده است. فیستول خودبه‌خود یا در ادامه‌ی یک آبسه آنورکتال به وجود می‌آید. علل مستعد کننده آن شامل بیماری کرون و سل است. در مواردی هم ممکن است از دیورتیکولیت، تومورها، یا تروما ناشی شود. فیستول در نوزادان مادرزادی هستند و در میان پسران شایع‌تر است. فیستول رکتوواژینال از عوارض ثانویه بیماری کرون، صدمات زایمانی، پرتو درمانی یا سرطان است.

علائم آن شامل ترشحات بدبو، خون‌آبه‌ای و چرکی است که در صورت عفونت دردناک هم می‌شود. تشخیص آن با معاینه و انجام سیگموئیدوسکوپی در صورت شک به بیماری کرون امکان‌پذیر است. فیستول مقعدی در اغلب موارد نیاز به عمل جراحی خواهد داشت.

سینوس پیلونیدال و سینوس چرکی پوستی باید از فیستول مقعدی افتراق داده شود. در گذشته، تنها درمان مؤثر فیستول مقعدی عمل جراحی باز بوده که درجاتی از بی‌اختیاری روده را برای بیمار به وجود می‌آورد. ولی با پیشرفت علم و روی کار آمدن

روش‌های نوین درمانی در این حیطة بیمار با تهاجم و عوارض کمتری درمان خواهد شد. جایگزین‌های عمل جراحی شامل فلپ، استن، پلاگین، چسب فیبرین و ... است.

در صورتی که فرد مبتلا به اسهال یا بیماری کرون باشد انجام فیستولوتومی به دلیل تأخیر در بهبود زخم به صلاح بیمار نیست. بنابراین در این بیماران مترونیدازول و آنتی‌بیوتیک‌های مناسب دیگر و درمان‌های سرکوبگر مؤثرتر است.

هموروئید

بیماری هموروئید یا بواسیر با ورم و آریسی شدن وریدهای واقع در دیواره‌ی راست روده و مقعد به وجود می‌آید. مویرگ‌های مقعدی تحت تأثیر فشار بیش از حد متورم می‌شوند و توانایی بازگشت خون به سمت قلب را از دست می‌دهند. این فشار ممکن است مربوط به بارداری، بلند کردن اجسام سنگین یا زور زدن‌های مکرر در هنگام دفع مدفوع سفت و سخت باشد. توده‌ی هموروئیدی ایجاد شده در داخل یا خارج از مقعد می‌تواند درد یا خونریزی ایجاد کند. احساس پری رکتوم و تخلیه‌ی ناکامل آن پس از اجابت مزاج از دیگر نشانه‌های هموروئید است. خارش در منطقه مقعد معمولاً نشانه‌ی اختصاصی بیماری بواسیر نیست اما ممکن است توده‌ی بواسیری از تمیز کردن مناسب و صحیح مقعد جلوگیری کند و منجر به خارش شود.

بواسیر انواع مختلفی دارد که تشخیص نوع آن کمک بزرگی به درمان بهتر و سریع‌تر بیماری خواهد کرد. بواسیر داخلی بیشتر مربوط به درون مقعد و قسمت بالایی محل اتصال بین مقعد و رکتوم است. البته گاهی اوقات بواسیر داخلی به خارج مقعد کشیده می‌شود که بواسیر یا هموروئید پرولاپس نامیده می‌شود. بواسیر داخلی معمولاً یک توده‌ی قابل مشاهده و درد ایجاد نمی‌کند، اما خونریزی حین اجابت مزاج و پس از آن بر روی سنگ سرویس بهداشتی از علائم بارز آن است که شدت آن کم بوده و معمولاً منجر به کم‌خونی نمی‌شود، اما احتمال آن وجود دارد. بواسیر خارجی با مشاهده‌ی مقعد قابل رویت است و در زیر محل اتصال آنورکتال تشکیل می‌شود. یک نوع خاص از بواسیر خارجی منجر به ایجاد لخته خون دردناک خواهد شد که هموروئید ترمبوزه نام دارد.

پزشک با معاینه انگشتی و مشاهده‌ی مقعد آن را از لحاظ وجود ضایعات برجسته‌ی هموروئیدی بررسی می‌کند. برای تشخیص هموروئید بدون درد و خونریزی از معاینه با آنوسکوپ کمک می‌گیرند. در صورت وجود خونریزی نیاز به بررسی دقیق‌تر با سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی برای رد احتمال وجود توده‌ی سرطانی است.

بیشتر علائم هموروئید بدون درمان خاصی با خود مراقبتی (حمام نشسته آب گرم) و تغییر رفتاری و رژیم غذایی پر فیبر برطرف خواهد شد. در هموروئیدهای دیگر که به درمان دارویی و خانگی پاسخ نمی‌دهند از روش‌های کم‌تهاجمی غیر جراحی استفاده می‌کنند. بواسیر داخلی با اسکلوترایی تزریقی یا بستن باند لاستیکی درمان می‌شود.

هموروئید ترمبوزه نیاز به جراحی سرپایی و تخلیه دارد. استفاده از استامینوفن یا یک داروی ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAID) می‌تواند به کاهش درد هموروئید ترمبوزه کمک کند. درد و تورم معمولاً پس از مدت کوتاهی کاهش می‌یابد.

پیلونیدال یا کیست مویی

بیماری پیلونیدال با کیست مویی یک عفونت ناشی از موی برگشته درون پوست است که در بالای شکاف باسن و در انتهای ترین نقطه‌ی ستون فقرات قرار گرفته است. این بیماری معمولاً در مردان جوان و پر مو رخ می‌دهد اما می‌تواند در زنان نیز ایجاد شود. گاهی اوقات به دلایل ناشناخته، مو تحریک شده و به سمت درون پوست رشد می‌کند. این بیماری درون حفره‌ی بالای خط باسن اتفاق می‌افتد و کیست پیلونیدال نامیده می‌شود. کیست ممکن است هیچ علائمی نداشته باشد یا برعکس آلوده شود و عفونت کند. اگر عفونت باعث تجمع چرک درون کیست شود، آبه پیلونیدال نامیده می‌گیرد. آبه پیلونیدال باعث درد، قرمزی و تورم می‌شود. گاهی اوقات چرک آن خودبه‌خود تخلیه خواهد شد.

این بیماری با مشاهده‌ی دقیق ناحیه‌ی و مشاهده‌ی سوراخ کوچک آن در منطقه‌ی عفونی تشخیص داده می‌شود. آبه پیلونیدال باید به صورت سرپایی برش خورده و چرک درون آن تخلیه شود. اما سینوس پیلونیدال، نیاز به عمل جراحی دارد. کیست‌های بزرگتر ممکن است نیاز به جراحی با روش فلپ داشته باشند. در روش فلپ، پوست و گاهی اوقات عضله از یک منطقه نزدیکی به سینوس برداشته و به صورت پوشش منطقه‌ای که کیست برداشته شده است، پیوند می‌شود.

روش درمان در انواع حاد چگونه است ؟

برای درمان این بیماری چند روش وجود درد که بطور همزمان استفاده می‌شوند و تا تاثیر کامل، به حدود ده روز زمان نیاز است .
 الف) استفاده از موادی که حجم مدفوع را زیاد می‌کنند و باعث نرم شدن مدفوع می‌شوند : با رعایت رژیم غذایی حاوی مواد غذایی فیبردار مانند کلم ، کاهو ، خیار، سیب همراه پوست آن ، میوه جات ، خاکشیر محلول در آب، اسفرزه محلول در آب ، انجیر خشک که آب انداخته شده است و یا دارو هایی مثل پسیلیوم ، شربت لاکتولوز یا شربت منیزیم می توان به این هدف دست یافت.
 ب) نشستن در لگن آب گرم حاوی چند قطره بتادین روزانه سه تا پنج مرتبه و هر بار به مدت حدود بیست دقیقه.
 پ) استفاده از داروهای کاهش دهنده درد که شامل پماد بی حسی لیدو کائین بطور موضعی یا داروهای مسکن خوراکی است .
 ت) استفاده از داروهایی که باعث افزایش خونرسانی به این ناحیه می‌شوند مانند پماد نیترو گلیسرین. این پماد با اتساع عروق خونی ناحیه مقعد باعث افزایش خونرسانی به آن می‌شود و در نتیجه به ترمیم زخم سرعت می‌بخشد. البته استفاده از این دارو در بعضی افراد باعث سوزش در محل استفاده یا سر درد می‌گردد. روش استفاده از آن بطور موضعی روی زخم مقعد دو الی سه مرتبه در روز است .

درمانهای فوق تقریباً همیشه باعث بهبود فیشر حاد می‌شوند ولی در فیشر مزمن فقط در نیمی از موارد باعث رفع علائم می‌شود و بقیه افراد نیاز به جراحی دارند.

روش درمان در انواع مزمن چگونه است ؟

انواع مزمن که به به درمان دارویی جواب ندهند باید تحت جراحی قرار گیرند . روش جراحی به این صورت است که قسمتی از عضله داخلی مقعد که دچار انقباض شده است برش زده می‌شود. این امر باعث می‌گردد که انقباض رفع شود و درد بیمار از بین برود . پس از رفع درد ، زخم مقعد تدریجاً بهبود خواهد یافت. پس از عمل درد مربوط به بیماری از بین می‌رود ولی درد مربوط به برش و انجام جراحی تا چند روز تداوم دارد.

آیا عمل جراحی با عارضه ای همراه است ؟

بله .انجام جراحی در بعضی افراد باعث بی اختیاری مختصری در دفع گاز می‌شود که تدریجاً پس از چند ماه مرتفع خواهد شد .

در بعضی افراد خونریزی تداوم خواهد داشت که پس از دو هفته رفع می شود و بعضی افراد پس از عمل احتباس ادرار پیدا می کنند که پس از ۲۴ ساعت رفع می شود .

مدت بستری چقدر است ؟ پس از عمل جراحی چه مدت استراحت در منزل نیاز است ؟

مدت بستری بین یک تا دو روز است و مدت استراحت در منزل بین سه تا پنج روز می باشد.

پس از عمل چه اقداماتی را باید انجام داد ؟

پس از عمل تا حدود یک ماه روشهای درمانی ارائه شده در قسمت درمان انواع حاد فیشر را باید بکار بست .

آیا درمان دیگری هم برای انواع مزمن وجود دارد ؟

بله . با تزریق دارویی به نام بوتولونیوم به طور موضعی به داخل عضله مقعد ، می توان انقباض آن را رفع نمود . تاثیر این روش پس از حدود یک هفته ظاهر می شود و احتمال بازگشت بیماری نیز وجود دارد که نیاز به تزریق مجدد را الزامی می کند هزینه مربوط به تهیه این دارو به نسبت زیاد است .

تحقیقات نشان می دهد تزریق بوتیلیوم توکسین بهترین طریق درمان غیرتهاجمی فیشر آنال است که نتایجی شبیه عمل های جراحی قطع اسفنکتر را دارد ولی بدون عوارض بی اختیاری مدفوع تحقیقات همکاران من که در دانشگاه های انگلستان (دانشگاه اکسفورد) در دانشگاه استلفورد - هاروارد نشان می دهد که درمان غیرتهاجمی فیشر آنال به طریق استفاده از بوتیلیوم توکسین نتایجی مشابه عمل جراحی تهاجمی فیشر آنال دارد.

با در نظر گرفتن مدت عمل - راحتی استفاده از بوتیلیوم توکسین - هزینه درمانی - عوارض بسیار کم بعد از عمل می توان این طریق درمانی غیرتهاجمی را انتخاب کرد.

عوارض احتمالی:

عارضه احتمالی تنها خونریزی می باشد

مداخلات پرستاری:

برطرف نمودن یبوست: با استفاده از رژیم های غذایی مناسب ، استفاده بیشتر از مایعات و راه رفتن کاهش اضطراب ، تسکین درد ، تأمین دفع ادرار
تأمین مراقبت در منزل و جامعه

آموزش به بیمار برای مراقبت از خود:

۱. به بیمار آموزش داده می شود که با تمیز کردن آهسته پرینه با آب گرم و سپس خشک کردن آن با پدهای جاذب آب با منطقه پرینه را تمیز نگهدارد. باید از کشیدن دستمال توالت به روی ناحیه پرینه خودداری شود.
۲. آموزش درباره نحوه استفاده از حمام لگن و چگونگی امتحان درجه حرارت آب نیز انجام می شود.
۳. حمام لگن ممکن است در یک وان یا یک لگن پلاستیک ۴-۳ بار در روز انجام شود.
۴. حمام لگن باید ۲-۱ هفته پس از جراحی پس از هر بار حرکت روده اجرا شود.
۵. بیمار تشویق می شود که برای جلوگیری از یبوست به احساس فوریت دفع سریعاً واکنش نشان دهد.
۶. رژیم غذایی باید در جهت افزایش مصرف مایعات و فیبر اصلاح شود .
۷. بیمار درباره رژیم غذایی تجویزی اهمیت عادات صحیح غذایی و ورزش و استفاده از ملین به طور صحیح آموزش داده شود.

۸. بیمار به انجام ورزش در حد متوسط تشویق می گردد که بهترین آن همان پیاده روی می باشد.

مراقبت بعد از عمل جراحی

پس از اتمام جراحی فیستول مقعد و به هوش آمدن بیمار، در اکثر موارد فرد قادر به حرکت، خوردن و نوشیدن بلافاصله پس از هوشیاری خواهد بود و حتی می تواند در همان روز ترخیص شود و به منزل باز گردد. اما ممکن است در اعمال جراحی پیچیده نیاز به بستری طولانی تر در بیمارستان باشد. در هر صورت ترخیص بیمار به معنی نادیده گرفتن عمل جراحی نیست و فرد باید در منزل تا بهبود نسبی زخم ناشی از جراحی استراحت کند و به توصیه های پزشک خود عمل کند. اقدامات مراقبتی و حمایتی پس از جراحی فیستول مقعد شامل:

- مصرف داروی ضد درد: بسیاری از افراد پس از عمل جراحی تمایل و نیاز به استفاده از مسکن برای تسکین درد خود دارند که باید با دوز و فاصله ی زمانی تجویز شده توسط پزشک خود مصرف نمایند؛
- مصرف آنتی بیوتیک در صورت لزوم: در افراد سالمی که نشانه ای از تب و عفونت ندارند، نیازی به تجویز آنتی بیوتیک پس از جراحی نیست. اما آنتی بیوتیک ممکن است برای برخی از افراد، از جمله افراد مبتلا به دیابت یا اختلال ایمنی بدن به عنوان پیشگیری تجویز شود؛
- تعویض پانسمان: پانسمان ناحیه نیاز به تعویض هر چند روز یک بار دارد که بهتر است فرد برای انجام آن در بیمارستان آموزش ببیند و یا توسط یک پرستار انجام شود. زخم ناحیه طی شش هفته بهبود می یابد؛
- رژیم غذایی ملین: در دوره ی کمون پس از جراحی فرد موظف به رعایت رژیم غذایی پر فیبر و ملین است تا از ابتلا به یبوست جلوگیری کند؛
- حمام نشسته ی آب گرم: حمام نشسته آب گرم به مدت ۱۵ دقیقه سه بار در روز نیز طی یک هفته پس از عمل جراحی فیستول به سرعت بهبودی زخم کمک می کند؛
- پرهیز از نشستن روی زخم: گاهی گذاشتن یک بالش در زیر باسن هنگام نشستن به کاهش فشار روی زخم کمک می کند؛
- ویزیت پیگیری: برای پیگیری روند درمانی در موعد تعیین شده باید به پزشک معالج مراجعه شود. البته در صورت وجود عارضه یا مشکلی نباید تا ویزیت پیگیری صبر کرد و هر چه زودتر پزشک را از مشکل خود مطلع کرد.

عارضه های احتمالی بعد از عمل جراحی که در صورت بروز نیاز به پیگیری دارد شامل:

- خونریزی شدید
- تورم، ترشح یا درد افزایش یافته
- حرارت ۳۸ درجه ی بدن یا بالاتر
- تهوع
- یبوست
- مشکل در دفع ادرار
- بی اختیاری مقعدی

• داروهای رایج در بخش جراحی

مترونیدازول Metronidazole



- گروه دارویی: نیتروایمیدازول
- گروه درمانی: ضد باکتری-ضد پروتوزوا-آمیب کش
- شکل دارویی: قرص ۲۵۰-ویال ۵۰۰ میلی گرمی-سوسپانسیون ۱۲۵ میلی گرمی-کرم واژینال ۷۵٪
- مکانیسم اثر:
- مترونیدازول پس از جذب در سلول^۱ تحت واکنش های درون سلولی احیا شده و به متابولیت های سمی تبدیل می گردد..متابولیتهای مترونیدازول سبب آسیب DNA سلول می شوند از آنجا که واکنش های احیای مربوط به تبدیل این متابولیستها تنها در سلولهای بی هوازی رخ می دهند سلولهای انسان و باکتری های هوازی تا حد زیادی از آسیب مصونند.
- موارد احتیاط:
- ابتلا به بیماری کرون-سابقه دیسکرازی خونی یا الکلیسم-بیماری کبد-تغییرات میدان بینایی یا شبکه- بیماری CNS
- عارضه جانبی:

- لکوپنی-نوتروپنی-نوروپاتی محیطی-تهوع و استفراغ-تاکی کاردی-برافروختگی پوست(دی سولفیرام)-واحتما بروز استیونس جانسون(هنگام مصرف با مبندازول) بوی بد مدفوع-طعم فلز در دهان-خارش پوست
- **موارد احتیاط:**
- در صورت بارداری مصرف این دارو ممنوع است.
- پیگیری وضعیت بالینی و آزمایشگاهی بیمار در صورتی که طول درمان از ۱۰ روز تجاوز کند.
- توصیه می شود در صورت تحریک گوارش مترونیدازول را با غذا مصرف کرد. در صورت سر گیجه و منگی مصرف این دارو باید باید احتیاط نمود.
- در صورت مصرف شکل واژینال این دارو؛ به منظور پیشگیری از عفونت متقاطع؛ عفونت مجدد یا رقیق شدن دوز دارو باید از مقاربت جنسی خودداری کرد.
- مترونیدازول تزریقی فقط باید به صورت انفوزیون آهسته وریدی مصرف شود که در این صورت انفوزیون محلول ها یا سرم های دیگر قطع شود.
- **مراقبت های پرستاری و آموزش خود مراقبتی:**
- در مورد احتمال بروز طمع فلزی در دهان و تیرگی ادرار(قرمزی و قهوه ای) به بیمار توضیح دهید.
- برای کاهش ناراحتی گوارش بهتر است دارو همزمان با غذا مصرف شود.
- به بیمار توضیح دهید طی مصرف دارو تا ۴۸ ساعت بعد از توقف مصرف آن از الکل و داروهای حاوی الکل پرهیز کند.
- طی درمان وریدی؛ مراقب بروز کاندیدیاز باشید.
- در مدت مصرف دارو شیر دهی باید متوقف شود و ممکن است رفع دارو در نوزادان آهسته تر صورت گیرد.

سفازولین Cefazolin



- گروه دارویی: سفالسپورین نسل اول
- گروه درمانی: آنتی بیوتیک
- شکل دارویی: ویال ۵۰۰
-
- با مهار ساخت دیواره سلولی باکتری اثر ضد باکتری دارد جذب خوراکی خوبی ندارد لذا باید تزریقی داده شود. در بیشتر بافتها و مایعات بدن انتشار می یابد ولی نفوذ آن به CSF ضعیف است متابولیزه نمی شود و دفع عمدتاً کلیدی است.
- این دارو در عفونتهای باکتریال متعدد ریه، پوست، استخوان، فصل، خون و دریچه های قلب و دستگاه ادراری استفاده می شود و این دارو در پیشگیری از بروز عفونت پس اغز اعمال جراحی نیز بکار می رود.
- **موارد احتیاط:**
- زنان شیرده و اختلال کلیوی
- **عارضه جانبی:**
- با تزریق وریدی ترومبو فلبیت- تهوع و استفراغ- برفک دهانی و ناراحتی معده- بشورات پوستی کهخیر و خارش- اسهال شدید یا خونی
- مراقبتهای پرستاری و آموزش خود مراقبتی:
- به بیماری آموزش دهید در صورت بروز اسهال سریعاً به پزشک اطلاع دهد.
- طی مصرف شیر دهی توصیه نمی شود.
- سفازولین می تواند موجب ایجاد و پاسخ مثبت کاذب در آزمون قند ادراری شود.

جنتامایسین: Gentamicin



- گروه درمانی: آمینوگلیکوزید
- گروه درمانی: آنتی بیوتیک
- شکل دارویی: تزریق ۲۰ میلی گرم، ۴۰ میلی گرم، ۸۰ میلی گرم - قطره و پماد جنتامایسین
- بیشتر در عفونتهای میکروبیهای گرم منفی مانند عفونتهای ادراری وروده ای و آبسه های به کار می رود.
- **موارد احتیاط:**
- نوزادان و شیر خواران - سالمندان - بیماریهای کلیوی - بیماریهای عصبی و عضلانی - اختلالات شنوایی
- **عارضه جانبی:**
- مسمومیت شنوایی (اتوتوکسیستی) - مسمومیت کلیوی (نفروتوکسیستی) - سردرد - دیرسیون تنفسی
- **مراقبتهای پرستاری و آموزش خود مراقبتی:**
- انفوزیون طی ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت با مخلوط کردن دارو در محلولهای نرمالسالین یا محلول دکستروز ۵٪/انجام داد.
- نحوه استفاده صحیح از فراورده های چشمی را به بیمار آموزش داد.
- سطح سرمی دارو را پایش کرد.

پیوست

پیوست شماره ۱

مراقبت های ایمنی

هرروزه تعداد بسیاری از بیماران در بیمارستان ها بطور ایمن مورد وداواومعالجه قرار میگیرند اما ارتقای دانش و تکنولوژی موجب پیچیده تر شدن خدمات درمانی و افزایش احتمال ایجاد خطر برای بیمار و بروز خطا از طرف ارائه دهندگان خدمت شده است. بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار بعنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام سلامت به شمار میرود .

گامهای اصلی ایمنی عبارتند از :

*استقرار فرهنگ ایمنی

*تعهد و حمایت مدیریت ارشد از مقوله ایمنی بیمار

*استقرار مدیریت خطر و استفاده از اصول آن در کلیه فعالیت ها

*تشویق در گزارش وقایع

*استفاده از نظرات و تجربیات بیماران و جامعه در مقوله ایمنی بیمار

*ارتقای فرایند یادگیری

*به اشتراک گذاشتن تجربیات و درس های حاصل از آن بین سازمان های ارائه دهنده خدمات درمانی و استفاده از روش های مناسب جهت جلوگیری از خطاهای پزشکی

حقوق بیمار

توجه به کرامت والای انسانی یکی از اصول نظام جمهوری اسلامی بوده که در قانون اساسی به آن اشاره شده و دولت را موظف نموده تا خدمات بهداشتی، درمانی را برای یکایک افراد کشور تامین نماید .

منشور حقوق بیمار در ایران بر پایه قانون اساسی و برگرفته از آموزه های دینی و با تائید بر ارزش های والای انسانی، برابری و کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان خدمت و گیرندگان خدمت تنظیم گردیده است .

شناسایی صحیح بیمار

به منظور به حداقل رساندن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار، الزامی است که کلیه بخش های بستری بیمارستان در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.

*تائید و تحویل دستبند شناسایی توسط بیمار یا همراه وی انجام گیرد.

*ثبت شناسه های زیربرروی دستبند شناسایی الزامی است

-نام ونام خانوادگی -تاریخ تولد-شماره پرونده - (در صورت مشابهت نام ونام خانوادگی دو بیمار بستری ضروری است نام پدر نیز قید گردد.

*هنگام پذیرش بیمار آموزش ضرورت وجود دستبند شناسایی ومراقبت آن به بیمار وهمراه وی انجام گیرد .

* رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده

*رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه و تشنج پلی فارمسی (بیماری که بیش از ۴ دارو مصرف می کند)

شناسایی صحیح نوزاد

*درج مشخصات زیر برروی دستبند شناسایی نوزاد الزامی است

*نام ونام خانوادگی مادر-جنس نوزاد -تاریخ تولد -ساعت تولد-شماره پرونده مادر

شناسایی صحیح بیمار قبل از تزریق خون

*اخذ نمونه خون وریدی وبرچسب گذاری برروی شیشه آزمایش بربالین بیمار (برچسب حاوی نام ونام خانوادگی بیمار، نام پدر، شماره تخت، نام بخش وشماره آزمایش می باشد)

*انجام کلیه مراحل انتقال وتزریق خون با شناسایی صحیح بیمار وکنترل دونفر پرستار واجد صلاحیت صورت گیرد .

شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی

*از بیمار هوشیار بخواهید نام ونام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد.

مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی را اظهارات بیمار مقایسه کنید.

*در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی ویا بیهوش است با پرسش از والدین همراه و اطرافیان او را به طور صحیح شناسایی کنید.

*کلیه مراحل عمل جراحی مطابق با چک لیست جراحی ایمن انجام گیرد .

تزریقات ایمن

*محل تمیز : تعیین مکان خاص برای تزریق ، قرار دادن وسایل مورد نیاز ، دفع بلافاصله سرنگ در نزدیک ترین محل به تزریق در

Safety Box

* شست و شوی دست

* تمیز کردن محل تزریق :

۱ - در صورتی که محل تزریق کثیف است آن را با آب و صابون شست و شو دهید .

۲ - به صورت دایره ای محل تزریق را با پنبه الکل ۷۰ درجه ضد عفونی کنید .

۳ - هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نکنید .

* سر سوزن و سرنگ استریل : سالم بودن بسته بندی سرنگ و سر سوزن ، کنترل تاریخ انقضاء ، دست زدن به سر سوزن قبل و بعد از تزریق و اجتناب از درپوش گذاری مجدد سر سوزن .

فرایند دادن داروی صحیح به بیمار صحیح

جهت پیشگیری از اشتباه در تجویز دارو به بیمار به علت بروز اشتباه در شناسایی بیمار از فرایند دادن داروی صحیح به بیمار صحیح استفاده گردد :

--بیمار صحیح

-داروی صحیح

- راه صحیح

- زمان صحیح

- دوز صحیح

-مستند سازی صحیح

-حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستوردارویی داده شده.

بهداشت دست

رعایت بهداشت دست که روشی بسیار ساده می باشد به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود . هر فردی که ممکن است با خون و یا ترشحات بدن تماس داشته باشد باید در جهت رفع آلودگی دست اقدام نماید .

جهت بهداشت دست از ۲ روش استفاده می شود .

شستن دست ها با آب و صابون hand wash

استفاده از محلول های بنیان الکی Hand Rub

شرایط لازم جهت شست و شوی دست :

- ۱ - نباید در دست زینت آلات باشد ، و ساعت مچی نیز باید باز شود .
- ۲ - در بخش های ویژه و پر خطر مثل اتاق عمل کلیه جواهرات حتی حلقه ازدواج باید برداشته شود .
- ۳ - بریدگی ها و خراشیدگی های دست باید با پانسمان ضد آب پوشانده شود .
- ۴ - ناخن ها باید کوتاه بوده (حداکثر ۶ میلی متر) و از لاک ناخن مصنوعی هم استفاده نشود .
- ۵ - دست با دستکش نباید شسته و یا ضد عفونی شود .

موارد شستن دست با آب و صابون :

- ۱ - دست ها به صورت آشکارا کثیف می باشد .
- ۲ - دست ها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.
- ۳ - دست ها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده در ارگانیزم های تولید کننده اسپور باشند ، از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفیسیل .
- ۴ - بعد از استفاده از سرویس های بهداشتی
- ۵ - بعد از در آوردن دستکش ها
- ۶ - قبل از انجام اعمال آسپتیک و اقدامات تهاجمی
- ۷ - در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- ۸ - قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

موارد استفاده از محلول های بنیان الکلی به روش : Hand Rub

قبل و بعد از تماس مستقیم دست ها با بیماران :

قبل و بعد از دست زدن به وسیله های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیماران (صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده اند یا خیر ؟) .

بعد از تماس با غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده ، یا پانسمان زخم در بیماران .

در صورتی که در حین مراقبت یا انجام اقدام درمانی ، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار ، با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد داشت .

بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار .

تحویل و تحول صحیح بیماران

جهت تحویل و تحول صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر، از سرویسی به سرویس دیگر، از بخش به واحد های پاراکلینیک، تحویل بیمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک، در خواست مشاوره برای بیمار می توان از روش SBAR استفاده کرد. SBAR ابزار ارتباطی استاندارد جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بیماران بین ارائه دهندگان خدمت می باشد. در واقع مکانیسمی است برای تنظیم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعیت بیمار که نیاز به اقدام فوری دارند.

SBAR مخفف چیست؟

Situation: تشریح وضعیت کنونی در طی (۵الی ۱۰ثانیه)

Background: بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار

Assessment: وضعیت جاری بیمار و تشخیص های محتمل و میزان وخامت حال بیمار را ارزیابی می کند. (نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید)

Recommendation: پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی را توصیه می کند. (آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن)

هموویژیلانس

به فعالیت هایی اطلاق می شود که در کل زنجیره انتقال خون (از زمان جمع آوری خون تا زمان تزری آن به گیرنده) به منظور جمع آوری و ارزیابی اطلاعات مربوط به وقوع عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تزریق خون و فرآورده های آن در افراد گیرنده انجام شده تا در صورت امکان مانع از بروز مجدد آن ها شود.

*شناسایی صحیح بیمار

*نمونه گیری صحیح از بیمار و برچسب گذاری به روش صحیح

*درخواست صحیح فرآورده

*آماده سازی بیمار و لوازم مورد نیاز جهت تزریق خون

*تحویل خون و کنترل مجدد مشخصات بیمار و درخواست و کیسه خون توسط دو پرستار آموزش دیده

*تایید هویت بیمار قبل از تزریق خون

*تزریق خون به روش ایمن طبق پروتکل هموویژیلانس

*بررسی و ثبت عوارض و واکنش های احتمالی ناشی از تزریق خون

زخم فشاری (زخم بستر)

زخم فشاری: شامل هرگونه آسیب پوستی بافتی در اثر بی تحرکی و اصطحکاک بین منطقه فشار با بستر

پوست بیمار را حداقل یکبار در روز بررسی نمایید و هر ۲ ساعت یکبار تغییر وضعیت داده و در صورت امکان از تشک مواج جهت بیمار استفاده شود.

نقاط تحت فشار بدن بیمار و محل های متعدد زخم بستر مانند لگن، ستون مهر ها، قسمت تحتانی کمر و شانه ها، آرنج، سرین ها، قوزک و پاشنه پا را هر روز بررسی نمایید.

در تغییر پوزیشن بیمار، باسن بیمار را نکشید و با قرار دادن یک ملحفه در زیر باسن بیمار و کمک سایرین بیمار را بلند و جابجا کنید.

جهت پیشگیری از سرخوردن بیمار به طرف داخل بستر، (بجز در هنگام تغذیه و تا یک ساعت بعد از آن)، سر بیمار را بیش از ۳۰ درجه بالا نیاورید.

ب بخش دقت کنید که ملحفه بیمار صاف و عاری از چین و چروک و عاری از ذرات ریز غذا و مواد زائد باشد.

به دلیل افزایش احتمال آسیب پذیری پوست به سبب رطوبت ناشی از تماس مستقیم با عرق، ادرار، مدفوع یا ترشحات زخم، لباس و ملحفه بیمار را با تعویض مکرر خشک و تمیز نگه دارید.

جهت شستشوی زخم فشاری از سرم فیزیولوژی و یا نرمال سالین استفاده نمایید.

اتصالات بیمار

*سوند ادراری :

-روانه با آب و صابون شستشوی پرینه را برای بیمار انجام گردد.

- کیسه جمع آوری ادرار را در سطحی پایین تر از مجاری ادرار قرار گیرد.

- کیسه ادراری هر ۷۲ ساعت تعویض گردد .

-اگر ظرف ۶-۸ساعت ادرار به داخل کیسه ادرار جریان نیافت پس از اطمینان از عدم پیچ خوردگی سوند یا عدم خم شدگی سوند به بیمارستان مراجعه گردد .

-محل ثابت کردن سوند ادراری لازم است یک درمیان جابجا شود . داخل ران برای زنان و بالای ران یا شکم برای مردان و به طور مطمئن با چسب محکم شود تا از کشیده شدن آن جلوگیری شود.

-از کشیده شدن یا خم کردن و یا پیچ خوردگی لوله سوند ادراری خودداری نمایید.

-کیسه های تخلیه ادرار نباید با زمین تماس داشته باشند بهتر است بوسیله چسب یا گیره از لبه تخت آویزان باشند و یا درحین حرکت با یک گیره یا سنجاق قفلی به لباس بیمار متصل گردد .

-سوند های ادراری لازم است هر دو هفته یکبار تعویض شوند.

-تعویض یا درآوردن سوند ادراری فقط توسط پزشک یا پرستار و به روش استریل انجام می شود تا مجرای ادراری صدمه نبیند و یا دچار عفونت ادراری نشود.

*کاتترهای عروقی :

-پرسنل پرستاری باید کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر را از قبیل گارو، چسب، پد الکلی، آنژیوکت سایز مناسب، دستکش لاتکس، سیفتی باکس و ماژیک را در سینی مخصوص رگ گیری آماده نماید و ترجیحا در اتاق کار یا اتاق مخصوص رگ گیری انجام شود و در صورت نیاز به حضور بر بالین بیمار حتما از ترولی دارویی به همراه سیفتی باکس و سطل زباله عفونی استفاده نمایند.

- پرسنل کادر پرستاری قبل از جاگذاری کاتتر عروق محیطی باید بهداشت دست و پوشیدن دستکش را رعایت نمایند.

-جهت آماده سازی و ضد عفونی پوست محل رگ گیری از اسپری الکل و یا سواپ پنبه یکبار مصرف آغشته با محلول پایه الکلی (سپتی پرپ) استفاده شود و موضع تزریق از مرکز به خارج به صورت دورانی تمیز شود. (حداقل به مدت ۳۳ ثانیه)

- از هر آنژیوکت فقط یکبار استفاده شود و در صورت عدم موفقیت در رگ گیری آنژیوکت جدید استفاده شود.

- پرسنل پرستاری باید نحوه مراقبت از آنژیوکت و حفظ تمیزی و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت محل آنژیوکت مثل درد و حساسیت محل تزریق، قرمزی ناحیه، خروج ترشح و تورم ناحیه را به بیمار و همراه وی آموزش دهند.

-آنژیوکت تعبیه شده را می توان به مدت ۷۲ ساعت نگه داشت و بعد از این مدت نسبت به تعویض آن اقدام نمود و در صورت نشستی و قرمزی فلبیت و .. زودتر تعویض گردد.

* کاتتریزاسیون ورید و شریانهای مرکزی:

-اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروق مرکزی حتما باید توسط پزشک معالج تعیین گردد.

- قبل از انجام پروسیجر توسط پزشک جراح کلیه وسایل مورد نیاز جهت کاتتریزاسیون مانند دستکش استریل، شان استریل بزرگ ، ست CVC یا کت داون، کلاه ، ماسک ، عینک محافظ صورت ، گان ، سرنگ استریل در اندازه های مختلف، لیدوکائین، بتادین، گازاستریل و کاتتر CVC با سایز تعیین شده توسط پزشک معالج، بر بالین بیمار توسط پرسنل پرستاری آماده گردد.

- جهت ضد عفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر از محلول بتادین و کلر هگزیدین استفاده گردد.

- در هنگام جاگذاری کاتترهای مرکزی (وریدی و شریانی) حداکثر حفاظت را جهت ایجاد شرایط آسپتیک بکار ببرند، یعنی اسکراب جراحی انجام دهند و دستکش و گان استریل بپوشند و از ماسک و کلاه استفاده نمایند.

-پانسمان کاتتر ورید مرکزی بصورت پوشش گازی استریل می باشد، هر ۲۴ ساعت یکبار با سرم نرمال سالین و پماد موپروسین تعویض گردد.

- از تماس دست آلوده با محل جاگذاری کاتتر خودداری نمایید.

- مراقب بیمار باید در صورت مشاهده علائم حساسیت در محل کتتر، قرمزی، تب بدون علامت و یا علائم ترومبوز سریعاً به پرستار و پزشک معالج اطلاع داده شود تا نسبت به خروج کتتر اقدام شود و دیگر از آن محل جایگزین نشود.

*لوله تراشه:

- شستشوی دست قبل و بعد از تماس با بیمار

- استفاده از وسایل حفاظت فردی (ماسک، گان، محافظ صورت، پیش بند پلاستیکی، دستکش) هنگام ساکشن یا اقداماتی که احتمال پاشیده شدن ترشحات وجود دارد.

- استفاده از کاتتر های یکبار مصرف جهت ساکشن و بعد از هر بار استفاده باید تعویض گردد.

- کاتتر های ساکشن نبایستی بین بیماران بطور مشترک استفاده گردد. هر بیمار لاین ساکشن مجزا داشته باشد.

- اب مورد استفاده جهت شستشوی سریع بعد از هر بار ساکشن بایستی استریل بوده و هر بار تعویض گردد.

- پرسنل و پزشکان و مراقبین بایستی بعد از هر بار استفاده دست های خود را بشویند.

- پرستار مسئول بیمار باید کاتتر های جداگانه جهت ساکشن دهان و تراشه تراکئوستومی استفاده نماید و همچنین از اریگاتور جهت شستشوی لاین ساکشن استفاده کند و ترجیحاً از باز کردن سرم نرمال سالین جهت شستشوی لاین ساکشن خودداری کند و در صورت استفاده هر شیفت تعویض گردد.

- در بیمارانی که تراکئوستومی دارند جهت ایجاد رطوبت کافی از بخور استفاده شود.

- در صورت وجود علائمی چون تب تاکیکاردی تاکی پنبه ترشح و قرمزی اطراف تراکئوستومی پرستار مسئول بیمار و یا همراه مراقب بیمار باید در گزارش پرستاری قید نماید و به پزشک معالج اطلاع دهد.

- ترشحات ریه مرتب ساکشن گردد.

- سر بیمار در زاویه (۴۵-۳۰) درجه بالا نگهداشته شود.

- دهانشویه (بهداشت دهان و آلودگی زدایی) برای بیماران در هر شیفت انجام شود.

- آموزش تنفس عمیق، حرکات تنفسی و سرفه به بیماران هوشیار انجام شود.

- لوله تراشه بیمار در صورت انسداد مکانیکی با ترشحات غلیظ و چسبنده و کم شدن قطر لومن لوله و ایجاد علائم در بیمار تعویض گردد. در غیر این صورت تا ۷ تا ۱۴ روز قابل استفاده است و بعد از این مدت باید نسبت به ایجاد تراکئوستومی با توجه به شرایط بیمار و نظر پزشک معالج تصمیم گرفته شود.

*سوند معده :

- وسایل مورد نیاز را از قبل آماده نمایید.

- شستشوی دست قبل و بعد از تماس با بیمار

- لوله گذاری معده توسط پزشک یا پرسنل آموزش دیده انجام گیرد .
- با آسپیراسیون از محل صحیح لوله غذایی اطمینان پیدا کنید .
- قبل از انجام گاوژ ماده غذایی را از نظر دما کنترل کنید.
- لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار دهید.
- سرنگ را بالا بگیرید تا با نیروی جاذبه ماده غذایی وارد معده شود.
- در صورت عدم تحمل بیمار گاوژ را متوقف کرده و به پرستار اطلاع دهید.
- در صورت خروج لوله معده از جای گذاری مجدد آن خودداری نموده و به پرستار اطلاع دهید.

*کنترل درد

- پرستار پس از پذیرش بیماران از بیمار میخواهد به درد خود نمره بدهد (۰ تا ۱۰)
- در صورت نداشتن دستور تزریق آرامبخش وضعیت بیمار به اطلاع پزشک رسانده میشود.
- آموزش لازم به بیمار و همراه وی در زمینه نحوه کنترل درد، اطلاع رسانی به پرستار در زمینه میزان، شدت و محل درد و همچنین نوع درد انجام گیرد .
- پرستار طبق دستور پزشک معالج داروی آرامبخش مربوطه را تزریق می نماید.
- در طول این مدت بیمار از نظر باز بودن راه هوایی و پایش مداوم علائم حیاتی و ایمنی مانند پیشگیری از سقوط از تخت و عوارض آرام بخش ها و کنترل درد و میزان دوز مجاز و عوارض دارو و راههای پیشگیری و درمان عوارض توسط پرستار کنترل میشود. (ترالی اورژانس در دسترس باشد-بدساید بالا مییابد-تعیین دوز داروی آرام بخش زیر نظر پزشک معالج انجام میشود)
- بعد از ۱۵ دقیقه مجددا درد بیمار توسط پرستار ارزیابی میشود در صورت عدم تسکین طبق دستور مجددا اقدام بعدی توسط پرستار صورت میگیرد.

*سقوط:

- از آن جا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد، آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جز اتفاقات ناخواسته ای قلمداد می شوند که هرگز نباید رخ دهند .
- در ابتدای پذیرش بیمار پرستار طبق معیار مورش بیمار را سطح بندی نموده و میزان خطر سقوط بیمار را مشخص کرده و در صورت وجود خطر سقوط بالا از برچسب زرد بر روی دستبند شناسایی استفاده نماید.
- آموزش های لازم به بیمار و همراه وی در زمینه پیش گیری از بروز خطر سقوط توسط پرستار انجام گردد .

-پرستار از استفاده از کفش و دمپایی مناسب، وجود صندلی، عصا یا واکر در کنار تخت و وسایل کمک حرکتی و hand rail اطمینان حاصل نماید.

-ارتفاع تخت از زمین متناسب باشد.

-حفاظت تخت bed side در بیماران پر خطر همیشه بالا باشد و در آموزش های اولیه به بیمار و همراه وی مورد تاکید قرار گیرد.

-جابجایی بیماران و نقل و انتقال از تخت به برانکارد یا ویلچر به صورت ایمن انجام گیرد.

-آموزش لازم جهت مراقبت از سقوط در منزل و پس از ترخیص بیمار به بیمار و همراه وی انجام گیرد*(در محیط شب نور کافی برای تردد بیمار در منزل وجود داشته باشد)* در صورت نیاز به حضور همراه جهت حرکت و فعالیت در منزل حتما یک مراقب بیمار را همراهی نماید* وسایل کمک حرکتی از قبیل عصا، واکر و ویلچر در صورت نیاز بیمار در منزل تهیه گردد).

*مهار فیزیکی:

- جهت پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری صورت می گیرد.

- پرستار مسئول بیمار پس از پذیرش بیمار اقدام به ارزیابی بیمار مینماید.

- پرستار مسئول بیمار در بدو پذیرش بیمار وضعیت بالینی را مورد بررسی قرار داده و در صورت بیقراری و اضطراب با دستور پزشک اقدام به مهار فیزیکی بیمار مینماید.

- پرستار مسئول بیمار بدو باید بیمار را بالا کشیده و دست و پاهای بیمار را در صورت بیقراری با دستبند مناسب طبق دستور پزشک ببندد.

- پرستار مسئول بیمار اقدامهای مهار شده بیمار را از نظر رنگ پوست و وضعیت خونسازی بررسی نماید.

- مهار فیزیکی حتما توسط پزشک معالج order شده باشد و مدت زمان داشته باشد.

-آموزش های لازم در زمینه مراقبت از بیمار، توضیحات لازم در زمینه لزوم استفاده از مهار فیزیکی و همچنین مدت زمان استفاده از مهار فیزیکی به بیمار و همراه وی توسط پرستار ارائه می گردد.

*مهار شیمیایی:

- پرستار مسئول بیمار پس از پذیرش بیمار اقدام به ارزیابی بیمار مینماید.

- پرستار مسئول بیمار در بدو پذیرش بیمار وضعیت بالینی را مورد بررسی قرار داده و در صورت بیقراری و اضطراب با دستور پزشک اقدام به مهار شیمیایی بیمار مینماید.

- پرستار فاصله زمانی معین شده جهت دریافت دارو توسط پزشک را مدنظر میگیرد.

-پرستار قبل از استفاده از مهار کننده های شیمیایی وضعیت همودینامیک بیمار را پایش کرده و سپس برای بیمار مورد استفاده قرار میدهد.

- پرستار تمامی اقدامات انجام شده و واکنش بیمار نسبت به آن را به پزشک اطلاع داده و در گزارش پرستاری ثبت مینماید.

- آموزش های لازم در زمینه مراقبت از بیمار، توضیحات لازم در زمینه لزوم استفاده از مهار شیمیایی و همچنین مدت زمان استفاده از مهار شیمیایی به بیمار و همراه وی توسط پرستار ارائه می گردد.

منابع:

- ۱) نیک روان مفرد ، م ؛ شیری ، ح : اصول مراقبتهای ویژه در ICU CCU دیالیز . انتشارات حیدری ، تهران ، ۱۳۹۷ .
- ۲) مجیدی ، س ع ؛ اصغرنیا ، م: کتاب جامع اورژانس ها . انتشارات حیدری ، تهران ، ۱۳۹۵ .
- ۳) جانیس ال ، هینکل ؛ کری اچ ، چیویر : درسنامه پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث ۲۰۱۴ . ترجمه ملاحظت نیکروان مفرد و دیگران . نشر جامعه نگر ، تهران ، ۱۳۹۳ .
- ۴) نارویی ، س و دیگران : داروهای ژنریک ایران . انتشارات آبنوس ، تهران ، ۱۳۹۱ .
- ۵) ترکستانی ، ف و دیگران : راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان (بازنگری سوم). انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، تهران ، ۱۳۹۶ .

تهیه و تنظیم :

ثریا خاننفرد - سوپروایزر آموزش سلامت