

ایمان

کتابچه توانمندسازی عمومی

## " نکات ضروری هنگام ساکشن "

۱. وضعیت قلبی- ریوی بیمار را قبل و بعد از ساکشن ارزیابی نمایید.
۲. قبل از انجام ساکشن بیمار را بمدت ۳۰ ثانیه با اکسیژن ۱۰۰٪ هایپر اکسیژنه نمایید.
۳. از صحت عملکرد دستگاه اطمینان حاصل کنید.
۴. فشار منفی دستگاه ساکشن را تنظیم کنید.

ساکشن دیواری	ساکشن پرتابل
نوزادان : 60- 80 mmHg	نوزادان: 5 mmHg
اطفال: 80- 100 mmHg	اطفال : 5- 10 mmHg
نوجوان: 100- 120 mmHg	بالغین: 10- 15 mmHg
بزرگسالان: 100- 150 mmHg	

۵. سوند نلاتون با سایز مناسب را انتخاب کنید. (کمتر از نصف قطر لوله تراشه)
۶. در حالیکه دستگاه ساکشن خاموش است و یا دریچه کنترل مکش (رابط سه راه) باز است، سوند نلاتون را وارد لوله نمایید. (جهت کاهش صدمه به مخاط)
۷. جهت به حداقل رساندن هایپوکسی در بیمار، زمان انجام ساکشن ۱۰ ثانیه یا کمتر باشد.
۸. پس از انجام ساکشن بیمار را بمدت ۳۰ ثانیه با اکسیژن ۱۰۰٪ هایپر اکسیژنه نمایید.
۹. فاصله بین هر بار ساکشن حداقل ۲۰-۳۰ ثانیه باشد.

## " نکات ضروری هنگام تغذیه لوله ای "

۱) سطح هوشیاری بیمار بررسی شود.

۲) بیمار از نظر تندرns و نفخ شکم ارزیابی شود.

۳) از وجود لوله تغذیه در محل صحیح خود اطمینان حاصل شود.

۴) حجم باقیمانده در معده قبل از هر نوبت گاوآژ بررسی و اندازه گیری شود.

۵) حجم آسپیره شده جهت بررسی حجم باقیمانده ، مجدداً به داخل معده برگردانده شود.

۶) چنانچه حجم باقیمانده بیش از ۱۵۰-۱۰۰ میلی لیتر بود، از انجام گاوآژ اجتناب شود.

۷) حجم باقیمانده معده مجدداً پس از گذشت ۲ ساعت بررسی و اندازه گیری شود.

۸) چنانچه در بررسی دوم نیز حجم باقیمانده بیش از ۱۵۰ میلی لیتر بود، به پزشک اطلاع داده شود.

۹) قبل و بعد از هر بار گاوآژ بمنظور باز نمودن لوله و پیشگیری از تشکیل دلمه و رشد باکتریها، NGT با

آب ساده شستشو داده شود.

۱۰) مواد غذایی با اسمولاریته بالا (غلیظ) قبل از گاوآژ با آب ساده رقیق شود.

۱۱) درجه حرارت ماده غذایی در حد دمای اتاق باشد.

۱۲) پوزیشن بیمار در حین تغذیه و حداقل تا نیم ساعت پس از آن بصورت نیمه نشسته باشد.

۱۳) بهداشت دهان و بینی بیمار رعایت شود.

۱۴) چنانچه مخاط دهان و بینی بیمار بیش از حد خشک باشد، از بخور استفاده شود.

۱۵) از کشیده شدن لوله در حین تغذیه و پس از آن پیشگیری شود.

۱۶) مشخصات ماده غذایی گاوآژ شده (نوع، حجم، غلظت و ...) و هر گونه حساسیت غذایی در پرونده

بیمار ثبت شود.

## " فلبیت "

فلبیت یکی از شایعترین عوارض درمان وریدی است که ۷۰٪-۲۷٪ بیماران را مبتلا می سازد. میزان بروز فلبیت در زنان و نیز در سفید پوستان شایعتر است. مهمترین علائم این عارضه شامل درد، التهاب و ادم رگ، سفتی، سوزش، قرمزی، طنابی شدن رگ، گرمی و خارش محل کاتتر است و اولین اقدام درمانی خارج نمودن کاتتر وریدی است. مهمترین عوامل بوجود آورنده این عارضه عبارتند از:

**(۱) عوامل شیمیایی:** محلول های تحریک کننده عروقی نظیر گلوکز هایپرتونیک، آمینو اسیدها و لیپیدها، داروهای تزریقی نظیر بنزودیازپین ها، آنتی بیوتیک ها نظیر سفالوسپورین ها، داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی

\* میزان تزریق سرم با سرعت بیش از ۹۰ cc/h خطر بروز فلبیت را افزایش می دهد.

درمان: خروج کاتتر وریدی، کمپرس گرم

**(۲) عوامل باکتریال:** تکنیک غلط، شستشوی ناکافی دست ها و ضد عفونی نادرست

درمان: خروج کاتتر وریدی، کمپرس گرم، شروع آنتی بیوتیک با نظر پزشک

پیشگیری: شستن دست، ضد عفونی دقیق محل و رعایت نکات استریل، بررسی محل رگ گیری و قطر رگ قبل از تعیبه کاتتر

**(۳) عوامل مکانیکی:** مشخص نشدن رگ، نامناسب بودن محل رگ نظیر مچ و حفره آرنج، ثابت نبودن کاتتر وریدی در محل

\* احتمال بروز فلبیت در وریدهای بلند ساعد کمتر و در پشت دست و مچ بیشتر است.

پیشگیری: محل تزریق تا حد امکان از سطوح مفصلی دور باشد. از آتل جهت جلوگیری از حرکت کاتتر در محل سطوح مفصلی استفاده شود.

## "چست تیوب و مراقبت‌های پرستاری"

وجود کمی مایع در فضای بین ریه‌ها وقفه سینه به حرکت ریه‌ها بدون سایش در حین تنفس کمک می‌کند. اما ورود میزان کمی از هوا، خون و یا چرک ناشی از آسیب، بیماری و یا در حین جراحی به فضای جنب می‌تواند از اتساع کامل ریه‌ها جلوگیری نماید. کلاپس کامل یا نسبی ریه‌ها تنفس را با مشکل مواجه کرده و می‌تواند منجر به ارست تنفسی شود. قرار دادن یک چست تیوب به سرعت به راحتی بیمار کمک می‌کند.

### -کاربرد های چست تیوب:

پنوموتوراکس: تجمع هوا در فضای جنب / هموتوراکس: تجمع خون در فضای جنب

پیوتوراکس یا آمپیم: تجمع چرک در فضای جنب / چیلوتراکس: تجمع لنف ناشی از مجرای توراسیک

هیدروتوراکس: تجمع مایع سروزی غیر التهابی / افیوژن پلور: تجمع انواع دیگر مایع در فضای جنب

### -مراقبت‌های چست تیوب:

لوله قفسه سینه یا چست تیوب و یا تراکئوستومی تیوب یک لوله پلاستیکی انعطاف پذیر است که از طریق یک ست دارای کلمپ به یک باتل وصل می‌شود که هیچ ارتباطی بین درون این لوله و هوای بیرون وجود ندارد. درون این باتل آب مقطر استریل و یا نرمال سالین ریخته می‌شود بطوری که قسمت انتهایی لوله 2cm زیر سطح آب قرار گیرد. باتل یک ارتباط دیگر با بیرون دارد که در هنگام تنفس بیمار، حباب‌های هوای ایجاد شده از طریق این راه به بیرون می‌رود.

### -موارد منع مصرف:

موارد مقاوم به درمان مانند اختلالات انعقادی، عدم همکاری بیمار، فتق دیافراگم، زخم‌های قبلی در فضای پلور که باعث چسبندگی‌های شدید شود.

### -عوارض و خطرات:

عفونت، خونریزی، مشکلات تنفسی و عکس‌العمل‌ها به داروها، ادم ریوی، تامپوناد پریکارد، صدمه به کبد، طحال و یا دیافراگم و حتی آئورت و قلب (اگر لوله پایین‌تر از حفره جنب گذاشته شود)  
عوارض جرئی شامل یک هماتوم زیرجلدی یا seroma، تنگی نفس، اضطراب و سرفه (پس از حذف حجم زیادی از مایع) آمفیزم زیرجلدی است.

## -توجه و مواظبت در مرحله نفاخت:

- ۱- آموزش به بیماران برای جلوگیری از دراز کشیدن روی لوله و پرستار باید مطمئن شود که هیچ گرفتگی یا انسداد در طول لوله رخ نمی دهد و در طول لوله نشت هوا وجود ندارد.
- ۲- توجه به مقدار و رنگ و نوع و درناژ و اندازه گیری و ثبت آن و گزارش به شیفت بعدی
- ۳- توجه به وضعیت تنفسی بیمار و تشویق بیمار به انجام سرفه و تنفس عمیق
- ۴- در صورت جدا شدن لوله از سیستم تخلیه حتماً باید لوله قفسه سینه کلمپ گردد بنابراین در همه حال کلمپ باید کنار بستر بیمار نگهداری گردد.
- ۵- در هنگام OOB شدن و یا انتقال و جابجایی بیمار برای احتیاط چست تیوب باید کلمپ شود.
- ۶- در صورت وجود لخته در طول لوله تخلیه که منجر به جلوگیری از تخلیه میشود باید چست باتل عوض شود که پس از کلمپ کردن انتهای چست تیوب باید چست باتل جدید را به آن وصل کرد و حتماً "قبلاً" در درون آن نرمال سالین ریخته شده باشد که ناحیه دیستال لوله درون باتل 2 cm در درون آن باشد.
- ۷- برای جلوگیری از عفونت روزانه پانسمان سایت لوله قفسه سینه تعویض و اطراف لوله تمیز گردد.
- ۸- باید توجه داشت که سیستم درناژ قفسه سینه (چست باتل) درست و در سطح پایین تر از محل گذاشتن لوله باشد.
- ۹- پرستار باید به اوسیلیشن محلول در درون لوله توجه داشته باشد که نشان دهنده کارکردن لوله است.
- ۱۰- طول لوله را از نظر وجود ترک و یا احتمال نشت هوا مدنظر داشته باشد.

## -آموزش به بیمار:

- ۱- به بیمار آموزش دهید خروج هر نوع مایع چرکی و خیس شدن پانسمان را گزارش دهد.
- ۲- به بیمار آموزش دهید پانسمان محل چست تیوب را تا معاینه مجدد توسط پزشک باز نکند.

## -شاخص های کلینیکی برای خروج چست تیوب:

بهبود در وضعیت تنفسی (طولانی نبودن تنفس وعدم سختی انجام آن)، شنیده شدن صداهای تنفسی و بالا آمدن قرینه قفسه سینه، ریت تنفس کمتر از 24 تا در دقیقه، هیدروتوراکس درناژ کمتر از ۲۰۰ میلی لیتر در ساعت، هموتراکس ترشح کمی خون یا تغییر از ترشح خونی به سروزی، پنوموتراکس توقف بالا و پایین رفتن مایع در ظرف درناژ در حین بازدم و سرفه

## -اقدامات پرستاری قبل از خروج چست تیوب:

یک عکس قفسه سینه معمولاً قبل از خروج چست تیوب گرفته می شود.  
لوله های درناژ را کلمپ کنید.  
برای بیمار توضیح دهید که خروج چست تیوب فقط چند ثانیه زمان می برد. دارو درمانی از قبل به کاهش درد در او کمک خواهد کرد (مورفین)

به بیمار مانور والسالوا را آموزش دهید تا حین خروج لوله انجام دهد.  
وسایل مورد نیاز را آماده کنید.(دستکش استریل،عینک ایمنی،گان،ماسک،پد یکبار مصرف،ست بخیه استریل، گاز وازلین، و نوار چسب دو اینچی)،

#### **-پروسیجر :**

به آهستگی پانسمان لوله را بردارید ، بخیه ها را ببرید. کلمپ های نوک پلاستیکی لوله را باز کنید . از بیمار بخواهید مانور والسالوا را انجام دهد . در اوج دم لوله باید با ملایمت و با سرعت خارج شود .

با قرار دادن چند عدد گاز وازلین و گاز در محل کشیده شدن چست تیوب با چسب، پانسمان را فیکس کنید. پانسمان قفسه سینه را بررسی کرده ، مقدار و نوع مواد درناژ شده از قفسه سینه را بررسی و مراقبتهای پرستاری لازم را بعمل آورید.

#### **-اقدامات پرستاری بعد از خروج چست تیوب:**

یک عکس قفسه سینه بایستی با دستور پزشک ، برای اطمینان اینکه لوله در زمان نامناسب خارج نشده و یا ورود تصادفی هوا به داخل فضای جنب صورت نگرفته است، انجام شود.

ظرفیت اشباع اکسیژن را با پالس اکسی متری کنترل کنید . صداها و عملکرد تنفسی را بررسی کنید . در صورت وجود بخیه پوست را از نظر وجود نکروز بررسی کنید .وجود نشانه های عفونت را بررسی کنید . علایم حیاتی بیمار و سطح راحتی او قبل و بعد از خروج چست تیوب را کنترل کنید، همچنین بیمار را از نظر وجود آمفیزم بعد از خروج چست تیوب بررسی کنید.

## "تراکئوستومی"

تراکئوستومی ایجاد یک راه هوایی انتخابی برای درمان طولانی مدت بیماران است که نیاز به تهویه مکانیکی دارند.

### موارد استفاده از لوله تراکئوستومی:

۱) تخلیه ترشحات حجیم از راههای هوایی برای مدت طولانی

۲) کاهش فضای مرده تنفسی

۳) پیشگیری از آسپیراسیون ترشحات دهانی یا معدی،

۴) در صورت نیاز به تهویه مکانیکی دراز مدت،

### مراقبت های مورد نیاز:

۱- بعد از تثبیت علایم حیاتی، برای تسهیل تهویه، تخلیه ترشحات، کاهش ادم، پیشگیری از فشارروی محل بخیه بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته قرار می دهیم.

۲- از جمله مراقبتهای لازم تمیز نگه داشتن استوما، قسمت خارجی لوله، و لوله داخلی است. منفذ باز شده باید توسط ساکشن از ترشحات پاک شود. در صورت پانسمان تعویض آن ضروری است. باندهای ثابت کننده لوله تراکئوستومی به دور گردن نیز باید روزانه تعویض شود.

۳- پوست اطراف ناحیه تراکئوستومی باید توسط نرمال سالین از ترشحات پاک شده و توسط پانسمان خشک پوشیده شود.

۴- داروهای ضد درد و آرام بخش باید به علت خطر ضعیف شدن بازتاب سرفه، با احتیاط مصرف شوند.

۵- جهت تخفیف نگرانی بیمار وسایلی مانند کاغذو قلم برای برقراری ارتباط در اختیار بیمار قرار داده شود.

۶- برای پیشگیری از عوارض، تجویز بخور گرم کافی توصیه می شود.

۷- بررسی و ثبت علایم و نشانه های عفونت شامل افزایش درجه حرارت، شمارش گلبول های سفید. علایم دیگر شامل: ترشحات چرکی و بدبو و افزایش میزان ترشحات، تاکیکاردی

۸- مقدار اشباع اکسیژن وهم چنین در صورتی که دچار سیانوز شود، ثبت گردد.



۹- مایعات کافی به بیمار رسانده شود.

۱۰- برای ساکشن بیماران با تراکتوستومی به موارد زیر توجه شود:

الف) ساکشن تنها در صورت وجود صداهای غیر طبیعی در ریه ها یا مشاهده ترشحات انجام شود. چون ساکشن غیر ضروری باعث انقباض برونش و صدمات مکانیکی به غشا موکوسی می شود.

ب) تنها در صورت وجود ترشحات غلیظ از محلول نرمال سالین در حین ساکشن استفاده شود.

ج) تمام وسایلی که به طور مستقیم در ساکشن با راههای هوایی تحتانی در ارتباطند باید استریل باشند.

د) در ساکشن کردن ابتدا تراشه ساکشن شود و سپس حفره دهانی حلقی ساکشن شود.

### کاف تراکتوستومی و مراقبت از آن:

هدف از پر کردن کاف، ایجاد امکان برای دادن تنفس با فشار مثبت بدون اتلاف حجم جاری و جلوگیری از آسپیراسیون ترشحات دهانی و معدی است.

معمولا فشار کاف کمتر از ۲۵ میلی متر جیوه جهت پیشگیری از صدمه و بیشتر از ۱۵ میلی متر جیوه بمنظور پیشگیری از آسپیراسیون تنظیم می شود.

فشار کاف لوله باید هر ۸ ساعت کنترل شود.

چک کردن کاف لوله تراکتوستومی قبل از گاوآژ بیمار

### عوارض جانبی:

عوارض زودرس شامل: خونریزی، پنوموتراکس، آمبولی هوا، آسپیراسیون، آمفیزم زیر جلدی، صدمه به عصب حنجره

عوارض دیررس شامل: انسداد راه هوایی ناشی از تجمع ترشحات، عفونت، آسیب شریانی تراشه، اختلال در بلع، فیستول تراشه به مری، اتساع تراشه، ایسکمی و نکروز تراشه. تنگی تراشه ممکن است بعد از بیرون آوردن لوله رخ دهد.

## "ترومبوز وریدی"

سه عامل اصلی در بروز ترومبوز وریدی شامل رکود جریان خون، صدمه به جدار رگ و افزایش خاصیت انعقادپذیری است که برای بروز ترومبوز حداقل وجود ۲ عامل از ۳ عامل مذکور الزامی است. ترومبوز وریدی دارای دو نوع سطحی و عمقی است. مهمترین عارضه آن آمبولی است که احتمال آن در وریدهای عمقی بسیار بیشتر از سیاهرگ های سطحی است.

**علائم بالینی:** در حدود نیمی از مبتلایان فاقد علامت است. ترومبوز وریدهای عمقی دارای علائمی نظیر تورم و افزایش قطر اندام، گرمی عضو و علامت هومان مثبت (درد ساق پا پس از خم شدن ساق پا به سمت عقب) است. ترومبوز وریدهای سطحی باعث علائمی از قبیل درد، حساسیت، قرمزی و گرمی عضو مبتلا می شود.

### پیشگیری:

- پوشیدن جوراب های الاستیک جهت اعمال فشار مداوم و منتشر، افزایش خونرسانی ناحیه و پیشگیری از رکود خون حداقل دو بار در روز
- تغییر پوزیشن: در بیمار بستری در تخت، پاها بطور دوره ای بالاتر از سطح قلب قرار گیرد.
- ورزش: ورزش های فعال و غیر فعال اندام تحتانی بخصوص عضلات ساق پا

**درمان:** هدف از درمان شامل پیشگیری از گسترش ترومبوز و بروز آمبولی است. درمان شامل تجویز داروهای ضد انعقاد و ترومبولیتیک و نهایتا جراحی است.

### اندیکاسیون های درمان جراحی عبارتند از:

- ترومبوز وریدهای عمقی
- کنترل اندیکاسیون تجویز داروهای ضد انعقاد و ترومبولیتیک
- خطر بالای آمبولی ریه
- احتمال صدمه دائمی به اندام

## "طریقه صحیح بانداژ الاستیک"

- بررسی ناحیه از نظر زخم یا آسیب پوستی قبل از بانداژ
- بررسی وضعیت حسی - حرکتی و خورسانی ناحیه قبل از بانداژ
- بالا قرار دادن عضو جهت بهبود بازگشت وریدی ناحیه بمدت ۳۰-۱۵ دقیقه قبل از بانداژ
- پرهیز از تماس سطوح پوستی با یکدیگر در حین بانداژ (نظیر بانداژ انگشتان دست و پا)
- انجام عمل بانداژ از قسمت انتهایی یک عضو به سمت قسمت ابتدایی آن جهت تسهیل بازگشت وریدی
- هر لایه باند ۲/۳ (دوسوم) پهنای لایه بعدی را بپوشاند. (چنانچه بین لایه ها فاصله باشد سبب اعمال فشار مقطعی بر روی آن قسمت می گردد).
- فشار حاصل از بستن باند در حد متوسط باشد. (نه خیلی سفت و نه خیلی شل)
- بررسی وضعیت حسی - حرکتی عضو بانداژ شده در هر شیفت (بررسی علائمی نظیر خارش، گزگز، بیحسی و ...)
- بررسی وضعیت خورسانی قسمت انتهایی عضو بانداژ شده در هر شیفت (بجز در موارد ضروری، بانداژ روی انگشتان دست یا پا بکار نرود زیرا این کار مانع از بررسی وضعیت خورسانی دست یا پای بانداژ شده میگردد).
- بالا قرار دادن عضو بانداژ شده جهت تسهیل بازگشت وریدی ناحیه بمدت ۳۰-۱۵ دقیقه پس از بانداژ
- پرهیز از آویزان نمودن عضو بانداژ شده
- باز نمودن بانداژ هر ۸ ساعت یا زمانی که شل شده و چروک خورده و بستن مجدد آن (در خصوص بانداژ عضو پس از جراحی یا در فیکس نمودن شکستگی ها، جهت تعویض بانداژ طبق دستور پزشک عمل شود).
- بررسی ناحیه از نظر زخم یا آسیب پوستی، وضعیت حسی - حرکتی و خورسانی قبل از بانداژ مجدد
- شستشوی ناحیه حداقل هفته ای یکبار

## "نکات کاربردی و مهم سمینار خون و فرآورده های خونی"

- هزینه هر واحد p.c برابر هشتاد هزار تومان ، هر واحد FFP و پلاکت حدود یکصد و پنجاه هزار تومان می باشد.
- مهمترین عامل ناسازگاری خون اشتباه پرسنلی می باشد که لازم است هنگام دریافت خون علاوه بر چک کردن شماره آن به تاریخ انقضاء و کیسه نیز توجه شود.
- از زمان تهیه یک واحد pc تا زمان انقضاء آن تنها ۳۰ روز فرصت برای نگهداری و ترانسفوزیون باقی است لذا دقت در تاریخ انقضاء الزامی است.
- در صورتی که خون تهیه شده تنها ۳۰ دقیقه در دمای محیط باقی بماند، قابل عودت به بانک خون نیست.
- در صورتی که ترانسفوزیون خون بیش از ۴ ساعت طول بکشد، احتمال رشد باکتری در کیسه خون وجود دارد.
- تروس خون استفاده شده نباید بیشتر از ۴ ساعت بر بالین بیمار بماند.
- بدلیل احتمال تجمع پلاکتی و تخریب آنها از تروسی که خون تزریق شده باشد، نبایستی پلاکت تزریق شود.
- در صورتی که کیسه خون باز شود ولی استفاده نگردد میتوان تا مدت ۲۴ ساعت آن را در یخچال نگهداری کرد.
- دمای مناسب برای نگهداری pc (۶-۱ °C) ، برای پلاکت دمای محیط (۲۵ °C) و در حالت shaking و برای FFP دمای (۲۰- °C) و زیر آن می باشد.
- گلبول قرمز شسته شده یعنی کیسه خونی که میزان لوکوسیت های آن ( برای کمتر شدن احتمال آلرژی) کاسته شده است و در صورتی که گلبول قرمز شسته شده موجود نباشد میتوان از تروس های کاهنده لوکوسیت موجود در بخش استفاده کرد.
- زمان انقضاء گلبول قرمز شسته شده، تنها ۲۴ ساعت است.
- برای تزریق آرام خون نیازی به گرم کردن آن نیست ، تنها در ترانسفوزیون سریع ( بیش از ۱۰۰ سی سی در دقیقه ) بایستی خون را با وارمر مخصوص گرم کرد.
- بهترین محلول برای رقیق کردن خون نرمال سالین (NaCl 0/9%) می باشد.
- هنگام دریافت کیسه خون رعایت نکات زیر الزامی است :
- الف - ثبت تشخیص بیماری
- ب- ثبت ساعت درخواست و ثبت ساعت دریافت خون در بخش
- ج- چک تاریخ انقضاء خون
- د- چک شماره خون
- در واکنش خفیف خون نیازی به قطع ترانسفوزیون نمی باشد.
- \*واکنش خفیف : در این نوع واکنش تنها یکی از علائم زیر وجود دارد :  
تب کمتر از ۳۸ درجه و یا کهیر کمتر از دو سوم بدن بیمار

## " هایپوکالمی "

**هایپوکالمی:** به غلظت های پایین تر از حد طبیعی پتاسیم سرم اطلاق می گردد و در مواردی همچون کاهش دریافت مواد غذایی، اسهال، استفراغ، سیروز کبدی ، آسپیراسیون، مصرف بعضی داروها همچون داروهای مدر (فورزماید) و ... رخ می دهد.

**تظاهرات بالینی در هایپوکالمی:** علائم گوارشی : ایلئوس (فلج روده) - یبوست

علائم عصبی-عضلانی : کاهش رفلکس - خستگی - ضعف عضلانی - فلج - لتارژی و خواب آلودگی

علائم قلبی - عروقی : کاهش قدرت انقباضی میوکارد - نبض ضعیف و نامنظم - افت فشار خون - آریتمی - ایست قلبی

تغییرات ECG : ظهور موج U - پهن شدن موج T - تغییرات قطعه ST

### مداخلات پرستاری جهت اصلاح هایپوکالمی:

تشویق بیماران پر خطر به مصرف غذاهای سرشار از پتاسیم نظیر میوه ها ( موز ، لیمو ، مرکبات ) ، سبزیجات تازه و منجمد ، گوشت تازه و شیر از جمله اقدامات پرستاری در هایپوکالمی است. وقتی هایپوکالمی به علت استفاده ناصحیح از مسهل ها یا مدرها پدید می آید، آموزش به بیمار می تواند به رفع مشکل کمک نماید . کنترل دقیق میزان جذب و دفع مایعات نیز ضروری است. تغییرات ECG باید تحت نظارت قرار گیرد و جهت ارزیابی میزان PH و بی کربنات ، مقادیر گازهای خونی شریانی کنترل شود.

پس از آنکه معلوم شد جریان ادرار مناسب و کافی می باشد، آنگاه می توان پتاسیم را تجویز نمود. کاهش حجم ادرار به میزان کمتر از 30cc/h برای مدت ۲ ساعت متوالی نشان دهنده آن است که تزریق پتاسیم باید قطع شود تا وضعیت مورد ارزیابی قرار گیرد زیرا پتاسیم بیشتر از طریق کلیه ها دفع می شود، بنابراین در صورت کاهش حجم ادرار و ادامه مصرف پتاسیم ، غلظت آن در سرم به نحو خطرناکی بالا رفته و بیمار در معرض خطر هایپرکالمی قرار می گیرد.

**هشدار پرستاری:** پتاسیم را هرگز به طور ناگهانی در ورید تزریق نمی کنند ، همچنین صورت داخل عضلانی نیز تزریق نمی شود . مصرف پتاسیم به صورت انفوزیون وریدی باید به کمک پمپ تزریق انجام گیرد تا از جایگزینی بسیار سریع پتاسیم پیشگیری شود . مکمل های خوراکی پتاسیم می توانند ضایعات کوچکی در روده ایجاد نمایند ، بنابراین بیمار را باید از نظر وجود نفخ شکم ، درد یا خونریزی گوارشی مورد بررسی قرار داده و اقدامات احتیاطی را در این زمینه به عمل آورد . در رابطه با تجویز و مصرف پتاسیم باید مراقبت شدیدی به ویژه برای سالمندان اعمال گردد ، چون افراد پیر اکثرا لاغر بوده و مقادیر پتاسیم کل بدن آنها پایین است به همین دلیل به پتاسیم کمتری نیاز دارند . به علاوه با افزایش سن عملکرد کلیه ها نیز از نظر فیزیولوژیکی دچار تغییر می گردد و این امر سبب می شود تا احتباس و ذخیره پتاسیم در افراد پیر راحت تر و سریعتر از جوانان صورت بگیرد .

## " پنومونی آسپیراسیون "

### عوامل خطر:

- ❖ بیهوشی عمومی
- ❖ در فوریتها (نظیر جراحی های اورژانسی، انتوباسیون اورژانسی)
- ❖ مصرف مواد مخدر
- ❖ کاهش سطح هوشیاری
- ❖ اختلال در رفلکسهای حفاظتی نظیر رفلکس سرفه و بلع
- ❖ ریفلاکس معده به مری
- ❖ اختلالات نورولوژیک
- ❖ وضعیت خوابیده به پشت
- ❖ سوء مصرف الکل
- ❖ تغذیه سریع
- ❖ سن بالا
- ❖ ناتوانی و ضعف سیستم ایمنی (از قبیل مصرف کورتیکواستروئیدها یا ایمنوساپرسیوها)
- ❖ بارداری
- ❖ دیابت
- ❖ نارسایی کلیه
- ❖ بیماریها یا جراحی سیستم گوارش نظیر دیسفاژی، گاستروستومی
- ❖ تهویه با فشار مثبت
- ❖ جراحی سیستم تنفس فوقانی
- ❖ اختلال در بسته شدن اسفنگتر کاردیا یا گلوت (در مواردی نظیر تراکئوستومی، انتوباسیون، برونکوسکوپی، آندوسکوپی)
- ❖ وجود لوله تغذیه بینی- معدی
- ❖ بی حسی ناحیه نازوفارنکس طی اقدامات تشخیصی از قبیل برونکوسکوپی، آندوسکوپی.
- ❖ استفراغ

❖ گاوآژ با حجم زیاد

❖ سگته مغزی

❖ بهداشت نامناسب دهان

در اغلب موارد مجموعه ای از عوامل خطر فوق وجود داشته و سبب بروز آسپیراسیون می شوند.

### راهکارهای پیشگیرانه :

- بررسی بیمار از نظر وجود عوامل خطر و رفع آن تا حد امکان
- ارزیابی رفلکسهای حفاظتی (سرفه، بلع)
- پوزیشن مناسب : وضعیت نشسته یا نیمه نشسته بویژه در زمان تغذیه و بلاخص در بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری و ضعف رفلکس های حفاظتی
- رعایت بهداشت دهان
- تعدیل رژیم غذایی: محدودیت مصرف مایعات، مصرف وعده های غذایی کوچک، محدودیت مصرف الکل و کافئین
- کنترل سطح خونی داروها: پرهیز از مصرف بی رویه داروهای مسکن و آرام بخش جهت پیشگیری از کاهش سطح هوشیاری
- مصرف آنتی اسید
- اجتناب از تغذیه لوله ای طولانی مدت و غیر ضروری
- پرهیز از گاوآژ با حجم زیاد
- بررسی بیمار از نظر تحمل تغذیه روده ای : علائمی نظیر اسهال، تهوع و استفراغ بیانگر عدم تحمل تغذیه روده ای در بیمار است.
- کاهش طول مدت انتوباسیون و تراکتوستومی در صورت امکان
- اطمینان از پر بودن کاف لوله تراشه یا تراکتوستومی
- ساکشن متناوب ترشحات حلقی دهانی در بیماران اینتوبه
- تشخیص اختلالات معدی- روده ای نظیر دیسفاژی و اصلاح آن
- فشار روی غضروف کریکوئید (Sellick's maneuver) : استفاده از مانور سلیک در طی انتوباسیون در کاهش خطر بروز آسپیراسیون موثر است، در این موارد فشار تا زمانی ادامه می یابد که لوله تراشه در محل صحیح خود ثابت گردد، سپس فشار برداشته شده و ساکشن ناحیه حلقی دهانی انجام می شود.

## " هایپر کالمی "

**تعریف:** به غلظت های بالاتر از حد طبیعی پتاسیم سرم ( $K < 5 \text{ mEq/L}$ ) اطلاق می گردد.

**اتیولوژی و علل هایپر کالمی :**

افزایش دریافت پتاسیم، ترانسفوزیون خون، اسیدوز، هیپر گلیسمی، نقص در دفع پتاسیم، اختلال کلیوی

**انواع هایپر کالمی :**

✓ هایپر کالمی خفیف:  $5.5-6.0 \text{ mEq/L}$

✓ هایپر کالمی متوسط:  $6.1-7.0 \text{ mEq/L}$

✓ هایپر کالمی شدید:  $7.0 \text{ mEq/L}$  و بالاتر

**تظاهرات بالینی در هایپر کالمی:**

✓ علائم گوارشی: تهوع، استفراغ، اسهال، دل درد کولیکی

✓ علائم عصبی-عضلانی: اختلال تنفسی، لرزش، اسپاسم عضلانی، فلج

✓ علائم قلبی-عروقی: نبض نامنظم، آریتمی، ایست قلبی

✓ تغییرات ECG: تیز شدن موج T (تغییرات اولیه)، پهن شدن موج p، طولانی شدن فاصله PR (بلوک درجه یک)،

پهن شدن کمپلکس QRS، فیبریلاسیون بطنی

**درمان هایپر کالمی:**

➤ 5-10cc گلوکونات کلسیم

➤ یک ویال گلوکز ۵۰٪ و ۵ تا ۱۰ واحد انسولین

➤ یک ویال بیکربنات وریدی

➤ کی اغزالات : استفاده کی اغزالات بصورت خوراکی، ۳۰ گرم در 50-100cc مایع حاوی سوربیتول ۲۰٪ و یا

استفاده کی اغزالات بصورت مقعدی، ۵۰ گرم در 200cc مایع حاوی سوربیتول ۲۰٪

➤ دیالیز



## " نکاتی پیرامون گزارش پرستاری "

- ۱- پس از ثبت هر گونه اطلاعات در گزارش پرستاری ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود ، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.
- ۲- به منظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها ، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .
- ۳- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- ۴- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. ساعت ۱ بعد از ظهر را به صورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت ۹:۱۵ نشان دهید .
- ۵- جهت ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علایم حیاتی استفاده نمائید. ( چنانچه بالای برگه های چارت علایم حیاتی از ذکر ساعت خودداری گردد، در ثبت کلیه موارد اعم از روزانه ، ساعتی و موردی قابل استفاده می باشد.)
- ۶- با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود .
- ۷- مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار مسئول شیفت است.
- ۸- در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.
- ۹- کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات داروئی اجرا شده ثبت نمائید. ( نام دارو ، دوز داروئی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو ).
- ۱۰- با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علایمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار ، سیر بیماری ، تصمیم گیری برای درمان ( شروع ، ادامه ، قطع دارو و یا اعمال جراحی و...) کمک کننده باشد حتما" گزارش نمائید.
- ۱۱- با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمائید.
- ۱۲- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.
- ۱۳- پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمائید.
- ۱۴- در صورتیکه مدد جو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ باز دارد ، تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه ، تنظیم و کنترل نمائید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را ثبت نمائید.
- ۱۵- در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات ( 1 & 0 ) دارد ضروریست پس از محاسبه ، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت نمائید . ضمناً" جمع ۲۴ ساعته ( 1 & 0 ) در برگه علائم حیاتی ردیف مربوطه نیز ثبت شود.
- ۱۶- ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مدد جو ، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید .
- ۱۷- ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

۱۸- از ثبت روشهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید

۱۹- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید.

دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:

۱-۱۹ بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.

۲-۱۹ در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.

۳-۱۹ تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

۲۰- گزارشات پرستاری را تحریف نمائید.

مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:

۱-۲۰ اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه شده است .

۲-۲۰ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .

۳-۲۰ حذف نکات مهم گزارش.

۴-۲۰ ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است.

۵-۲۰ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.

۶-۲۰ تخریب گزارش های قبلی و یا موجود.

۷-۲۰ اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین

۲۱- انحصارا" در گزارش مراقبتهائی را که خود ارائه نموده اید و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید، ثبت نمائید.

۲۲- از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.

۲۳- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.

۲۴- در صورتیکه بیمار شفاهها" مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقا" گزارش نمائید.

۲۵- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار ( یا صفات ناخوشایند ) پرهیزید.

۲۶- اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقا" ثبت نمائید .

۲۷- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید.

## " اقدامات پرستاری در بیمار دچار اختلال در فعالیت "

۱ - معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.

۲ - تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.

۳- علائم و نشانه های مربوط به عدم تحمل فعالیت را در بیمار بررسی نمایید: از جمله ضعف و خستگی، تنگی نفس فعالیتی، درد قفسه سینه، تعریق، سرگیجه، افزایش ضربان قلب بیش از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به حالت استراحت، عدم برگشت ریت قلب به میزان پیش از فعالیت در خلال ۳ دقیقه پس از قطع فعالیت، کاهش فشار خون سیستولیک و یا افزایش قابل توجه فشار خون دیاستولیک بمیزان ۱۵-۱۰ میلیمتر جیوه و عوامل محدود کننده فعالیت جسمانی (نظیر کاهش تحمل فعالیت، تهوع، ترس از جابجایی لوله و کاتترها، ترس از باز شدن بخیه ها)

۴ - بیمار را تشویق به فعالیت همراه با افزایش دوره های استراحت نمایید.

۵ - سرو صدا و فعالیت محیطی را به حداقل برسانید.

۶ -مراقبت پرستاری را طوری تدوین نمایید که استراحت بیمار را برهم نزند.

۷ -تعداد ملاقاتی ها و طول مدت ملاقات را محدود نمایید.

۸ -در صورت نیاز، به بیمار در جهت انجام مراقبت از خود کمک نمایید.

۹ -وسایل و ملزومات بیمار را در دسترس وی قرار دهید.

۱۰ - مواردی که موجب ترس و اضطراب بیمار می شود را کاهش دهید:

- بیمار را با محیط بیمارستان، ابزار و روش های تشخیصی و درمانی و مراقبتی آشنا سازید.

- هدف از انجام کلیه اقدامات درمانی و تشخیصی را توضیح دهید.

- پرسنلی که مسئول مراقبت از بیمار هستند را معرفی نمایید.

-بیمار را مطمئن سازید که پرستاران همیشه در دسترس وی هستند و با صدای زنگ بر بالین وی حاضر خواهند شد.

-هنگام برقرای ارتباط با بیمار از روش آرام و توأم با رازداری استفاده نمایید.

-بیمار را تشویق به بیان ترس و اضطراب نمایید.

۱۱ - اقداماتی را که موجب بهبود خواب بیمار می شود، فراهم نمایید:

-ترس و اضطراب وی را کاهش دهید.

-وی را تشویق به نوشیدن مواد گرم و شیر قبل از خواب نمایید.

- از به خواب رفتن طولانی در طی روز جلوگیری نمایید.

-مراقبت پرستاری را طوری تدوین نمایید که بیمار لااقل ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه خواب مداوم داشته باشد.

۱۲ - در صورت نیاز به افزایش فعالیت در بیمار:

- فعالیت ها را به تدریج زیاد نمایید.

- به بیمار روش ذخیره انرژی را آموزش دهید (بعنوان مثال استفاده از صندلی در حال مسواک زدن، استحمام و یا شانه زدن)

۱۳- به بیمار کمک کنید هر ۱ الی ۲ ساعت تغییر پوزیشن دهد و از تنفس عمیق و سرفه استفاده نماید .

۱۴ - از بیمار بخواهید که هنگام سرفه کردن بنشیند.

۱۵ - در صورت نداشتن منع، سرتخت را بالا آورید.

۱۶ - درد بیمار را کاهش دهید.

۱۷ - اقداماتی در جهت کاهش تهوع و استفراغ برای بیمار فراهم کنید.

۱۸ - هنگام تحرک از پانسمان، لوله و کاتترهای بیمار مراقبت کامل به عمل آورید.

۱۹ - از همراهان برای به حرکت درآوردن بیمار کمک بگیرید.

۲۰ - اقداماتی در جهت حفظ برون ده قلبی یا تنفسی مناسب برای بیمار به عمل آورید.

۲۱ - به منظور افزایش قدرت و تونوسسته عضلانی، تمرینات ورزشی را در دامنه حرکتی مفصل بصورت فعال یا غیرفعال انجام دهید.

۲۲ - اقداماتی برای جلوگیری از افتادن بیمار به عمل آورید.

۲۳ - پیش از شروع فعالیت به بیمار استراحت کافی دهید.

۲۴ - در موارد درد شدید، از مسکن های مخدر استفاده نمایید.

۲۵ - اثرات درمانی و عوارض داروهای شل کننده عضلانی، مسکن ها و داروهای بیهوشی را مورد بررسی قرار دهید.

۲۶- به بیمار در مورد رفع عدم تحمل فعالیت و نحوه پیشگیری از آن به شرح ذیل آموزش دهید:

-مددجو را به تغییر وضعیت آهسته در تخت تشویق نمایید.

-مددجو را به انجام فعالیت بر حسب تحمل تشویق نمایید.

-مددجو را به رعایت بهداشت پوست تشویق نمایید.

۲۷- به بیمار آموزش دهید هرگونه کاهش مقاومت نسبت به فعالیت را گزارش نماید.

۲۸- به بیمار آموزش دهید هر نوع فعالیتی که منجر به درد قفسه سینه، تنگی نفس، گیجی و خستگی می شود را قطع نماید.

۲۹- به بیمار چگونگی استفاده صحیح از وسایل کمک حرکتی نظیر چوب دستی و واکر را آموزش دهید.

## " اقدامات پرستاری در بیمار دچار آسپیراسیون "

- ۱- معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.
- ۲- تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.
- ۳- عواملی را که دلالت بر آسپیراسیون دارند مانند کاهش سطح هوشیاری و فقدان رفلکس بلع و ... را مورد بررسی قرار دهید.
- ۴- علائم و نشانه های آسپیراسیون ترشحات یا مواد غذایی و مایعات (شامل سم صدای ماتیتة هنگام دق قفسه سینه، تاکی کاردی، تنفس تند، دیس پنه و سیانوز) را ارزیابی نمایید.
- ۵- نتایج عکس سینه و گزارش یافته های مربوط به انفیلتراسیون را کنترل نمایید.
- ۶- بیمار را تا زمان هوشیاری کامل در وضعیت یک پهلو بخوابانید.
- ۷- از مانورهای مانند هیملیخ برای باز کردن راه هوایی در صورت لزوم استفاده نمایید.
- ۸- وسایل مربوط به ساکشن کردن را در کنار بیمار قرار دهید.
- ۹- در صورت تجمع ترشحات در دهان، ساکشن به عمل آورده و مراقبت از دهان را به عمل آورید.
- ۱۰- اقدامات لازم جهت پیشگیری از بروز استفراغ به عمل آورید.
- ۱۱- در صورت نداشتن رفلکس gag و یا عدم هوشیاری کامل، تغذیه از راه دهان را شروع نمایید.
- ۱۲- در هنگام تغذیه و حداقل ۳۰ دقیقه بعد از تغذیه بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهید مگر ممنوعیت داشته باشد.
- ۱۳- در صورت بروز آسپیراسیون، اقدامات ذیل را انجام دهید: ساکشن تراشه، اطلاع به پزشک، آماده کردن بیمار جهت گرافی سینه.
- ۱۴- در صورتیکه بیمار از راه لوله معده تغذیه می شود، اصول صحیح هنگام گاوژ را رعایت نمایید.
- ۱۵- در بیماران مبتلا به سکتة مغزی، در صورت اجازه تغذیه، اقدامات زیر را بکار ببرید:  
- به بیمار تمریناتی را جهت افزایش قدرت جویدن آموزش دهید.  
- در طول تغذیه تا حد امکان، تحریکات محیطی را کم نمایید تا بیمار حواس خود را روی جویدن و بلع، متمرکز کند.

-هر وعده غذایی را به مقدار کم و تعداد وعده های غذایی را به دفعات زیاد در نظر بگیرید.

-مدت زمان کافی برای تغذیه در نظر بگیرید.

۱۶- اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت نمایید.

## "اقدامات پرستاری در بیمار دچار اختلال تنفسی"

- ۱- معاینه کامل بالینی از بیمار به عمل آورید.
- ۲- تاریخچه کاملی از بیمار کسب کنید.
- ۳- الگوی تنفسی بیمار را ارزیابی و ثبت نمایید (شامل وضعیت تنفسی از لحاظ سطحی بودن، کند یا سریع بودن، تنگی نفس، ارتوپنه، استفاده از عضلات کمکی هنگام تنفس، سمع صداهای ریوی از لحاظ کاهش یا قطع صدا، خس خس مجرای تنفسی یا رال، سرفه، بی قراری، گیجی و بی خوابی، سیانوز انتهاها یا سیانوز مرکزی)
- ۴- مددجو را در وضعیت راحت قرار دهید تا تبادل هوا به حداکثر برسد مانند نیمه نشسته، کاملاً نشسته.
- ۵- اقداماتی را برای کاهش ترس و اضطراب بیمار بکار ببرید.
- ۶- پالس اکسیمتری انجام داده و هر گونه موارد غیر طبیعی را گزارش کنید.
- ۷- ABG را انجام داده و هر گونه موارد غیر طبیعی را گزارش کنید.
- ۸- اکسیژن درمانی را طبق دستور پزشک تجویز نمایید.
- ۹- اقداماتی جهت کاهش درد بیمار بکار ببرید.
- ۱۰- اقداماتی برای کاهش خستگی بکار ببرید.
- ۱۱- به انجام روش های فشار هوای مثبت (مانند تنفس با فشار مثبت متناوب یا مداوم فشار مثبت بی فایزیک و فشار مثبت بازدمی) طبق دستور پزشک، کمک نمایید.
- ۱۲- اقداماتی برای تسهیل خروج ترشحات ریه از جمله تشویق مددجو به سرفه هر ۲-۱ ساعت، مرطوب ساختن هوای دمی، تشویق مددجو به دریافت مایعات بمیزان ۲۵۰۰ میلی لیتر روزانه مگر اینکه منع مصرف داشته باشد، انجام دهید.
- ۱۳- تجویز داروهای موکولیتیک و داروهای رقیق کننده ترشحات با استفاده از نبولایزر را انجام دهید.
- ۱۴- درناژ وضعیتی را طبق دستور انجام دهید.
- ۱۵- در صورت لزوم ساکشن انجام دهید.
- ۱۶- داروهای نظیر برونکودیلاتور و کورتیکو استروئیدها را طبق دستور، تجویز کنید.
- ۱۷- اقداماتی در جهت رفع اسیدوز و آلکالوز طبق دستور انجام دهید.
- ۱۸- گرافی سینه طبق دستور انجام و هر گونه موارد غیر طبیعی را گزارش دهید.
- ۱۹- کنترل دقیق جذب و دفع را انجام دهید.
- ۲۰- علائم حیاتی را کنترل کرده و هر گونه موارد غیر طبیعی را گزارش نمایید.
- ۲۱- سطح هوشیاری مددجو را بطور مرتب کنترل نموده و هر گونه گیجی و کندی ذهن را مورد توجه قرار دهید.

۲۲ - فیزیوتراپی قفسه سینه را انجام دهید.

۲۳ - توضیحات لازم را در خصوص اقدامات درمانی و تشخیصی به بیمار بدهید.

۲۴ - تب بیمار را با استفاده از پاشویه و استفاده از تب بر بنا به ضرورت، کنترل کنید.

۲۵ - چنانچه بیمار به علت بیماری زمینه ای عفونت، دچار اختلال تنفسی شده است از داروی آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک استفاده نمایید.

۲۶- اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت نمایید.



## " اقدامات پرستاری در بررسی و کنترل جذب و دفع "

۱- ارزیابی اولیه از مددجوی مبتلا به اختلال الکترولیتی را انجام دهید:

-تاریخچه کاملی از مددجو کسب کنید.

-معاینات کامل بالینی را انجام دهید.

۲ -علائم و نشانه های هیپوولمی را مورد بررسی قرار دهید:

-کاهش تورگور پوستی، خشکی مخاط و تشنگی.

-کاهش وزن بیشتر از نیم کیلوگرم در روز.

-کاهش فشارخون و افزایش نبض.

- هرگونه افت فشار خون سیستولیک به میزان ۱۵ میلی متر جیوه وقتی بیمار به وضعیت نشسته در می آید.

- نبض تند و ضعیف.

-افزایش وزن مخصوص ادرار بیشتر از حد طبیعی.

۳ -علائم و نشانه های هیپوناترمی را مورد بررسی قرار دهید شامل:

-تهوع

-استفراغ

-کرامپ شکمی

-انقباض و کشش ناگهانی عضلات

-ضعف

-خواب آلودگی و گیجی

-تشنج

۴ -علائم و نشانه های هیپوکالمی را مورد بررسی قرار دهید شامل:

-نبض نامنظم

-ضعف عضلانی

-کرامپ عضلانی

-پارستزی

-تهوع و استفراغ

-عدم حضور یا هایپو اکتیو شدن صداهای شکمی

-چرت زدن

۵ -علائم و نشانه های هیپوکلرمی را مورد ارزیابی قرار دهید شامل:

-انقباض و کشش ناگهانی عضلات

-تتانی

-دپرسیون تنفسی

۶ -علائم و نشانه های آلكالوز متابولیک را بررسی نمایید شامل:

-سرگیجه

-برادی پنه و هیپوونتیلیاسیون  
-گزگز انگشتان دست و پا  
-کشش و انقباض ناگهانی عضله  
-تشنج

۷-علائم و نشانه های افزایش حجم مایعات و مسمومیت با آب را بررسی کنید شامل:

-افزایش قابل توجه وزن (بیشتر از نیم کیلوگرم در روز)

-افزایش فشارخون و نبض

-واضح شدن صدای S3. S4

-زیادی جذب مایع نسبت به دفع آن

-تغییر در وضعیت روانی

-ایجاد رال و کوتاه شدن و یا محو صدای تنفسی

-کاهش هماتوکریت

-کاهش سدیم و اسمولالیته خون

-کاهش وزن مخصوص ادرار

-دیس پنه و ارتوپنه

-ادم محیطی ناشی از افزایش حجم مایعات و ادم سلولی ناشی از مسمومیت با آب

- اتساع ورید های گردنی و افزایش CVP

- افزایش قطر شکم در اثر آسیت

۸- اسمولالیته سرم، میزان الکترولیت و گازهای خونی مددجو را کنترل کرده و مقادیر غیرطبیعی را گزارش نمایید.

۹-تهوع و استفراغ بیمار را کنترل نمایید.

۱۰ - در صورت لزوم شستشوی معده انجام دهید.

۱۱ - اثرات درمانی و عوارض سرم ها و داروهای الکترولیتی را مورد بررسی قرار دهید.

۱۲ - روزانه در صورت منع مصرف، حد اقل ۲۵۰۰ سی سی مایعات به مددجو بدهید.

۱۳ - در صورت اجازه مصرف غذا از راه دهان، بیمار را تشویق به مصرف مواد حاوی سدیم و پتاسیم بالا نمایید (مگر در موارد منع مصرف).

۱۴ - در بیماران نارسایی کلیه از حداکثر مایعات در روز استفاده نمایید (برون ده ادراری ۵۰۰ - سی سی)

۱۵ - وزن بیمار را روزانه کنترل نمایید.

۱۶ - در صورت آسیت، دور شکم را اندازه گیری و روزانه چارت نمایید.

۱۷ - وزن مخصوص ادرار را کنترل نمایید.

۱۸ - در صورت اجازه و بر اساس تحمل مددجو میزان تحرک وی را افزایش دهید.

- ۱۹ - درجه حرارت محیط را کنترل نمایید.
- ۲۰ - نتایج عکس سینه را از نظر وجود احتقان و ادم ریه و افیوژن پلور بررسی نمایید.
- ۲۱ - بهداشت دهان را حفظ کرده و دهان شویه را در صورت لزوم انجام دهید.
- ۲۲ - مددجو را در وضعیت مناسب قرار دهید.
- ۲۳ - در صورت لزوم نوار قلب از جهت بررسی هرگونه آریتمی صورت گیرد.
- ۲۴ - علائم حیاتی را کنترل نمایید.

## "اکسیژن درمانی"

اکسیژن درمانی عبارت است از تجویز اکسیژن با غلظت بیش از آنچه که در هوای محیط وجود دارد .

### علائم نیاز به اکسیژن :

تغییر در تعداد و الگوی تنفس ناشی از:

(۱) هیپوکسی : که با علائمی همچون پرخاشگری، گیجی، خواب آلودگی، تنگی نفس، افزایش فشار خون و اختلال در قضاوت ظاهر می شود.

(۲) هیپوکسمی : که با علائمی همچون خستگی، خواب آلودگی و بی توجهی ظاهر می شود.

### روش های تجویز اکسیژن :

- کانولای بینی : وقتی بیمار به اکسیژن با غلظت کم تا متوسط نیاز دارد و نیازی به دقت زیاد در دادن اکسیژن نیست، استفاده می شود. اگر سرعت جریان بیش از (6-8lit/m) باشد، احتمال بلع هوا، تحریک و خشکی مخاط بینی و حلق وجود دارد.
- ماسک ساده : برای غلظت کم تا متوسط اکسیژن استفاده می شود. در حین استفاده نباید محکم روی پوست گذاشته شود، زیرا موجب برور احساس ترس از فضای بسته و صدمه به پوست می شود.
- ماسک های با تنفس مجدد نسبی: دارای یک کیسه ذخیره است که در هنگام دم و بازدم، هوا را درون خود نگاه می دارد. جریان هوا باید طوری تنظیم شود که کیسه همیشه در طی تنفس پر از هوا باشد.
- ماسک های بدون تنفس مجدد: شبیه به ماسک های با تنفس مجدد است با این تفاوت که دارای دو دریچه می باشد، یک دریچه یک راهه بین کیسه ذخیره و انتهای ماسک که اجازه می دهد در حین دم گاز از کیسه به ماسک داخل شود و در حین بازدم مانع برگشت گاز به ماسک می شود.
- ماسک ونچوری : دقیق ترین و قابل اعتمادترین روش برای اکسیژن درمانی است، هوای اتاق با جریان ثابتی از اکسیژن وارد می شود. ماسک باید طوری روی صورت قرار گیرد که از جریان اکسیژن به سمت چشم ها جلوگیری شود. پرستار باید پوست بیمار را از نظر علائم التهاب بررسی کند. در مواقعی که بیمار می خواهد غذا، مایعات و دارو دریافت کند، باید ماسک برداشته شود و در این مواقع اکسیژن از راه کانولای بینی داده می شود. این روش معمولاً در بیماران COPD مورد استفاده قرار می گیرد .

➤ کاتتر تراشه: جهت اکسیژن درمانی کاتتر در داخل تراشه قرار گرفته و بیمار می تواند به طور مستقیم و مداوم اکسیژن دریافت کند.

### مراقبتهای پرستاری :

- ✓ اکسیژن یک دارو است و به غیر از موارد فوری و اورژانسی، فقط باید توسط پزشک تجویز شود.
- ✓ پرستار مرتباً بیمار را از نظر علائم گیجی، بی قراری، خواب آلودگی، رنگ پریدگی، تعریق، تاکی کاردی، تاکی پنه و افزایش فشار خون بررسی کند.
- ✓ جهت پایش سطح اکسیژن، پالس اکسی متر مورد استفاده قرار می گیرد.
- ✓ به علت قابلیت احتراق اکسیژن باید مراقب اشتعال اکسیژن بود.
- ✓ وسایل اکسیژن درمانی منبع بالقوه انتقال عفونت باکتریال هستند بنابراین بر اساس برنامه کنترل عفونت باید مرتب تعویض گردند.

### مسمومیت با اکسیژن :

مسمومیت با اکسیژن زمانی روی می دهد که اکسیژن با غلظت بالا (۵۰٪) بمدت بیش از ۴۸ ساعت تجویز شود. علائم : احساس ناراحتی در زیر جناغ، پارستزی، بیقراری، تنگی نفس، خستگی، ضعف، مشکلات تنفسی پیشرونده، هیپوکسی صعب العلاج

**پیشگیری :** (۱) استفاده از اکسیژن در صورت تجویز (۲) مدت تجویز را به حداقل رسانده و میزان آن در حد امکان کم باشد.

نکته : در افراد مبتلا به COPD محرک تنفسی به جای افزایش سطح CO<sub>2</sub>، کاهش سطح اکسیژن است. بنابراین تجویز اکسیژن با غلظت بالا، محرک تنفسی را از بین می برد، در نتیجه کاهش تهویه آلوئولی می تواند موجب افزایش فشار paco<sub>2</sub> و در نهایت منجر به مرگ بیمار شود.

**روش اکسیژن درمانی در COPD:** اکسیژن به میزان کم (1-2lit/m) همراه با کنترل دقیق تعداد تنفس و پالس اکسی متر تجویز گردد.

**ملاحظات سالمندی:** پرستار باید از تغییرات سیستم تنفسی طی فرآیند سالمندی آگاه باشد. در این افراد عضلات تنفسی ضعیف و راه های اصلی و آلوئولی بزرگ می شود، در نتیجه تهویه ریوی کاهش می یابد. همچنین پرستار باید آگاه باشد که افراد مسن در معرض خطر آسپیراسیون و عفونت هستند.

## "سونداژ"

### موارد استفاده سونداژ:

- ۱- نمونه برداری از ادرار جهت بررسی آزمایشگاهی مانند بررسی عفونت.
- ۲- تخلیه مثانه زمانی که فرد قادر به انجام آن نباشد.
- ۳- کنترل نحوه عملکرد کلیه ها در طی عمل جراحی و مدتی که فرد در بیمارستان بستری است.
- ۴- کنترل تعادل مایعات (ورودی و خروجی) در طی دوران بیماری.
- ۵- خالی نگذاشتن مثانه در طی عمل جراحی.

### وقایع و مراقبتهای بعد از سونداژ:

- ۱- فرد گاهی ممکن است هنگام دفع ادرار احساس سوزش داشته باشد که علت آن تحریک پیشابراه توسط سوند می باشد، لذا فرد به طور مکرر احساس دفع ادرار دارد.
- ۲- کیسه ادراری حتما باید پایین تر از مثانه باشد، در غیر این صورت با برگشت ادرار از کیسه به مثانه فرد، احتمال ابتلا به عفونت افزایش می یابد.
- ۳- فرد می تواند کیسه ادراری را به نحوی که پایین تر از سطح مثانه است به دست گرفته و راه برود و یا آن را به پای خود بسته و با لباس روی آن را پوشانده و راه برود.
- ۴- اگر بیمار قصد دارد به منزل برود، باید اطلاعات و نکات لازم جهت سونداژ و نحوه مراقبت از آن را به طور کامل از پرستار یا پزشک خود بپرسد.

### مزایای سونداژ:

- ۱- با تخلیه مثانه، سبب تسکین بخشیدن به مثانه پر و دردناک می شود.
- ۲- چگونگی عملکرد کلیه را نشان می دهد.
- ۳- مشکلات ادراری از جمله عفونت را مشخص می کند.

### معایب سونداژ:

- ۱- بیمار ممکن است پس از برداشتن سوند، احساس ناراحتی داشته باشد. به طور معمول، هرچه مدت زمان لازم برای استفاده از سوند بیشتر باشد، احساس ناراحتی در بیمار طولانی تر خواهد شد، به طوریکه ممکن است چندین روز در حین دفع ادرار احساس سوزش داشته باشد.

۲- ممکن است سبب ایجاد عفونت گردد، این عارضه معمولا زمانی رخ می دهد که سوند برای چندین روز یا چندین هفته به باقی بماند.

۳- ایجاد درد و آسیب بافتی، در صورتی که سوند به طور ناگهانی و بدون خارج نمودن مایع موجود در بالون نگهدارنده سوند، خارج شود.

### نکات ضروری در مورد سونداژ متناوب عبارتند از:

۱- شماره سوند مصرفی باید متناسب با قطر مجرا باشد در انتخاب آن از پزشک خود کمک بگیرید.

۲- هر سوند برای ۲۰ روز قابل استفاده است.

۳- هیچگاه سوند را با فشار و زور در مجرا حرکت ندهید.

۴- ممکن است بیمار مبتلاء به عفونت ادراری باشد یا مجرای ادرار وی آمادگی پذیرش سوند را نداشته باشد، بنابراین همیشه برای شروع سونداژ متناوب یا در صورتی که کوچکترین اشکالی در سونداژ مشاهده گردید با پزشک بیمار مشاوره نمایید.

### نکات بهداشتی در مورد کیسه ادرار :

۱. هر کیسه ادراری حداکثر ۱۵ روز قابل استفاده است.

۲. هر دو روز یکبار ، کیسه ادراری را با محلول رقیق شده بتادین و آب ضد عفونی نمایید.

۳. کیسه ادراری را همیشه پایین تر از سطح مثانه بطور عمودی قرار دهید تا از برگشت ادرار به مثانه جلوگیری شود.

۴. قبل از پر شدن کامل کیسه ادراری آن را تخلیه نمایید.

۵. همیشه مراقب باشید لوله اتصال به کیسه مسدود نگردد.

۶. حتی الامکان از باز کردن محل اتصال کیسه ادراری پسوند خودداری نمایید.

۷. هیچگاه کیسه ادراری معمولی را به ساق یا ران خود متصل نکنید.

۸. حتی الامکان کیسه ادراری را در محل مناسبی در معرض دید خود قرار دهید تا تغییرات رنگ ادرار را

بینید.

۹. قبل از استفاده از کیسه ادراری، از سوراخ نبودن و عدم برگشت ادرار به داخل لوله اطمینان حاصل نمایید.

۱۰. سعی کنید وسیله مناسبی برای آویزان کردن کیسه ادراری در کنار تخت یا زیر ویلچر خود داشته باشید.



## "عفونت ادراری در زمان بستری شدن در بیمارستان ناشی از سوند ادراری"

توصیه های پرستاری:

۱- استفاده از کاتتر ادراری را به موارد زیر محدود کنید:

- ✓ اندازه گیری میزان ادرار دفع شده در بیماران خاص
- ✓ مراقبت و درمان احتباس ادراری حاد و انسداد ادراری
- ✓ کمک به بهبود زخم بستر در بیماران دچار بی اختیاری ادرار

۲- اطمینان حاصل کنید که افراد آموزش دیده و منابع و وسایل مورد نیاز جهت گذاشتن کاتتر ادراری به روش استریل در دسترس می باشد.

۳- دستور پزشک مبنی بر سونداژ را بررسی کنید.

۴- با بیمار ارتباط برقرار کنید.

۵- دست های خود را بشوید و در صورت یک نفره بودن برای انجام این کار قبل از پوشیدن دستکش وسایل استریل را آماده کنید.

۶- کاتتر ادراری را فقط زمانی بگذارید که ضرورت داشته باشد.

۷- به سایر شیوه ها نیز توجه داشته باشید نظیر استفاده کاندوم بگ در آقایان.

۸- کاتتر ادراری را به شیوه آسپتیک و وسایل استریل قرار دهید.

۹- از دستکش، گاز استریل و محلول آنتی سپتیک، برای تمییز کردن سوراخ مجرای ادرار و یک ژل نرم کننده یکبار مصرف استفاده کنید.

۱۰- برای اینکه آسیب مجرای ادرار به حداقل برسد در صورت امکان از یک کاتتر با سایز کوچک استفاده کنید.

۱۱- اندیکاسیون گذاشتن کاتتر، تاریخ و زمان گذاشتن کاتتر و فردی که این کار را انجام داده و تاریخ و زمان خارج کردن کاتتر را حتماً در کاردکس و گزارش پرستاری با هدف ارتقای کیفیت ثبت کنید و در روی کاتتر نیز تاریخ و زمان گذاشتن کاتتر را بنویسید.

## ۱۲- مراقبت صحیح از کاتتر ادراری را بشرح ذیل به عمل آورید:

- ✓ بعد از گذاشتن کاتتر، از حرکت دادن و کشیدن بیمار پیشگیری کنید.
- ✓ یک سیستم بسته و استریل را حفظ کنید.
- ✓ کاتتر ادراری و درناژ آن را تا زمانی که کاتتر شسته شود، قطع نکنید.
- ✓ **جایگزینی سیستم جمع آوری ادرار را به کمک یک سرنگ و سرسوزن استریل و بعد از تمییز کردن پورت بگیرید.**

- ✓ نمونه را به نحو صحیح به آزمایشگاه جهت کشت انتقال دهید.
- ✓ جهت تهیه مقادیر بیشتر جهت آزمایشات مختلف می توانید از کیسه ادرار بیمار استفاده کنید.
- ✓ دقت کنید در مسیر خروج ادرار بیمار انسدادی ایجاد نشود.
- ✓ کیسه ادرار به طور منظم خالی شود.
- ✓ همیشه کیسه ادرار را پایین تر از مثانه قرار دهید.

## آموزش به بیمار:

- ✓ به بیمار آموزش دهید در حمام به جای استفاده از وان، از دوش استفاده کند.
- ✓ بعد از هر بار دفع، ناحیه پرینه از جلو به عقب شسته شود.
- ✓ به بیمار آموزش دهید با مصرف مایعات فراوان از بروز عفونت ادراری پیشگیری کند.
- ✓ داروهای تجویز داده شده را طبق دستور مصرف کند.
- ✓ یادآوری کنید که همیشه کاتتر را به بغل پای خود ثابت کند و اینکه هر ۱۵ - ۲۰ روز سوند دائم را تعویض کند (با مراجعه به مراکز درمانی یا پزشک و پرستاری که بتواند این کار را در منزل انجام دهد)
- ✓ اگر بیمار با کاتتر ادراری مرخص می شود به خود و خانواده وی موارد زیر را آموزش دهید:
- ✓ اصول مراقبت از خود را در رابطه با کاتتر از قبیل رعایت اصول بهداشتی شستشوی دست ها قبل و بعد از آویزان کردن کیسه ادراری به محل مخصوص خود
- ✓ شست و شوی پرینه و اطراف کاتتر با آب و صابون
- ✓ نوشیدن ۷ تا ۸ لیوان آب در روز
- ✓ مراقبت و پیشگیری از کشیده شدن کاتتر
- ✓ دقت و توجه به اینکه کیسه ادراری همیشه در سطح پایین تری نسبت به مثانه قرار گیرد.
- ✓ گزارش موارد غیر عادی مثل ادرار خونی و کدر، یا تب به پزشک معالج