

# بیمارستان فرهنگ خسروانی فراهان

کتابچه آموزش به بیمار

بخش اورژانس

تهیه شده: مسئول بخش اورژانس

با نظارت : سوپروایزر آموزش- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی - کارشناس تغذیه-داروساز-مترون بیمارستان

سال ۱۳۹۸

فهرست مطالب

۲	آموزش به بیمار.....	۳
۳	آموزش بد ورود.....	۵
۵	آشنایی با بخش و فضای فیزیکی .....	۵
۵	قوانین و مقررات بخش .....	۵
۶	نحوه احضار پرستار.....	۶
۷	آموزش بیماری های شایع بخش اورژانس.....	۷
۸	بیماری فشار خون بالا.....	۸
۱۱	بیماری پنومونی.....	۱۱
۱۳	COPD.....	۱۳
۱۸	رنال کولیک.....	۱۸
۲۱	زخم باز و پانسمان.....	۲۱
۲۳	ACS.....	۲۳
۲۹	داروهای رایج در بخش داخلی .....	۲۹
۳۶	کنترل عفونت.....	۳۶
۴۰	ایمنی بیمار.....	۴۰
۴۷	منابع.....	۴۷

## آموزش به بیمار

### تعریف:

آموزش به بیمار فرآیندی است که فرصت های یادگیری را برای بیمار و خانواده وی در زمینه بیماری ، درمان ، مکانیسم های سازگاری و افزایش مهارت ها فراهم می کند.

### اهداف آموزش به بیمار

- حفظ و ارتقاء سالمی و پیشگیری از بیماری

از اهداف آموزش به بیمار تغییر رفتارهای بهداشتی به منظور پیشگیری ، ارتقاء و حفظ سلامتی است موسسات خدمات بهداشتی برای تامین رشد و تکامل ، تغذیه ، بهداشت ، ایمنی ، کمک های اولیه برای کودکان و ... جهت حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری به مردم کمک می نمایند . ارتقاء رفتار بهداشتی از طریق آموزش با دادن امکانات لازم به مددجو جهت پذیرش مسئولیت بیشتر سلامتی باعث افزایش اعتماد به نفس وی میشود . زمانی که مددجویان نسبت به سلامتی آگاهتر شوند احتمالاً بیشتر به دنبال تشخیص سریعتر مسائل بهداشتی خواهند بود .

- بازگشت به سلامتی

مددجویان آسیب دیده و بیمار به اطلاعات و مهارت هایی نیاز دارند تا به آنها جهت دستیابی به سطوح مطلوب سلامتی کمک کنند . مددجویانی که از تنش اولیه بیماری یا صدمه بهبود یافته اند و خود را باتغییرات حاصله تطبیق داده اند ، خواهان کسب اطلاعاتی در مورد وضعیت خود هستند.

در مرحله تشخیص و درمان بیمار و خانواده وی در مورد بیماری ، مراقبت و درمان مورد نیاز باید آموزش ببینند . طی مرحله پی گیری نیز آنها نیازمند شناخت مراقبت ها در منزل ، مانند استفاده از دارو ، رژیم غذایی فعالیت ، تداوم نوتوانی و پیشگیری از عود و عوارض بیماری می باشند .

خانواده جزء حیاتی جهت بازگشت مددجو به سلامتی است و ممکن است نیاز باشد به اندازه مددجو اطلاعات لازم را کسب کند .

- سازگاری با اختلال در عملکرد

تمام مددجویان به طور کامل از آسیب یا بیماری بهبود پیدا نمی کنند . بسیاری از آنها باید یاد بگیرند که چگونه با تغییرات واقعی سلامتی مقابله کنند . برای اینکه مددجویان بتوانند فعالیت های عادی روزانه زندگی را ادامه دهند ، غالباً به اطلاعات و مهارت های جدید نیاز دارند .

در صورت ناتوانی شدید ، نقش خانواده مددجو نیز ممکن است تغییر کند . بدین ترتیب اعضاء خانواده احتیاج دارند که مسئله را درک و قبول کنند . توانایی خانواده در حمایت از مددجو ناشی از آموزش است که به محض شناخت نیازهای مددجو و علاقه خانواده به کمک شروع می شود . پرستار به اعضاء خانواده می آموزد تا به مددجو در انجام مراقبت بهداشتی کمک کنند .

آموزش به بیمار و خانواده وی موجب بهبود کیفیت زندگی بیمار ، سازگاری با ناتوانی ها و عوارض بیماری توانایی انجام وظایف اولیه و حمایت از بیمار می شود.

### **فرآیند آموزش به بیمار**

فرآیند آموزش به بیمار یک سری عملیات طراحی شده ، سیستماتیک و تفکیک شده است که دو عمل مستقل آموزش و یادگیری را در بر می گیرد . این فرآیند به شکل چرخه ای است که دو گروه آموزش دهنده و فراگیر مشترکاً فعالیت های آموزش و یادگیری را انجام می دهند و نتیجه آن تغییرات مورد نظر در رفتار فراگیر است . فرآیند پرستاری و آموزش یکی نیستند . فرآیند پرستاری نیازمند ارزیابی تمام منابع اطلاعات جهت تعیین نیازهای مراقبتی مددجو است . فرآیند آموزش بر نیاز های یادگیری ، اشتیاق و توانایی یادگیری مددجو تمرکز دارد .

فرآیند آموزش به بیمار شامل مراحل بررسی ، برنامه ریزی ، اجرا و ارزشیابی است که در آن اطلاعات در مورد بیمار جمع آوری و بررسی شده . سپس طرحی برای آموزش تدوین و برنامه ریزی می گردد و پس از اجرا تاثیر آن مورد ارزشیابی قرار می گیرد .

# آموزش بدورود

آشنایی با بخش و فضای فیزیکی:

بخش اورژانس بیمارستان فرهنگ خسروانی در طبقه هم کف واقع گردیده است. قبل از ورود بخش اتاق تریاژ می باشد که در بدو ورود بیمار بایستی به آنجا جهت سطح بندی مراجعه نمایند. سپس جهت دریافت نوبت به پذیرش مراجعه نموده. در قسمت ورودی اورژانس دست راست اتاق احیا قرار دارد بعد از آن اتاق عمل سرپایی سپس شش تخت بستری اورژانس که سه تخت سمت راست برای بانوان و سمت چپ برای آقایان می باشد

قوانین و مقررات بخش اورژانس:

بخش اورژانس بخشی است که در آن بیماران با مشکلات حاد و درمان های سرپایی تحت بررسی و درمان قرار می گیرند. تمام تلاش کادر درمان بر آن است که در طول مدت درمان به دور از هر نگرانی و استرسی درمان اولیه برای شما انجام گردد.

- بیماران گرمی که تحت شرایط تهدید کننده حیات نمی باشند ابتدا بایستی توسط پزشک ویزیت گردند و سپس در صورتی که نیاز به اقدامات درمانی در بخش اورژانس دارند با دستور پزشک و تهیه دارو به بخش مراجعه نمایند.
- بیماران گرمی که تحت شرایط تهدید کننده حیات می باشند بلافاصله به بخش اورژانس منتقل می گردند.
- بیماران گرمی هرگونه اقدامی که در بخش اورژانس انجام می گردد نیازمند تهیه قبض می باشد لطفا قبل از خروج از بخش تسویه حساب نمایید.
- بیماران بستری در بخش اورژانس می توانند یک همراه داشته باشند.
- ملاقات در بخش اورژانس ممنوع می باشد.
- بیماران بستری طبق تشخیص پزشک یا اعزام می گردند یا منتقل به بخش و یا ترخیص می گردند.
- بیماران بستری تا زمانی که تسویه حساب ننموده اند نمی توانند بخش را ترک نمایند و یا اعزام گردند.
- از نگهداری پول و اشیاء گرانبهائی جداً خودداری نمایید در صورت مفقود شدن هیچ گونه مسئولیتی بیمارستان برعهده ندارد.
- دفترچه بیمه را نزدبیمار خود نگهدارید.
- بدون هماهنگی با مسئول بخش، از بخش خارج نشوید.
- در بدو ورود به بخش، محل دستشویی، نحوه استفاده از اهرم های تخت، زنگ احضار پرستار و مقررات بخش به شما آموزش داده می شود.
- هنگام ترخیص به بیمار آموزش های لازم جهت مراقبت داده می شود.
- در صورت بروز هرگونه نابسامانی و اعتراض به شرایط موجود، ضمن حفظ آرامش خودمراتب را به مسئول شیفت اطلاع و از بحث با پرسنل خودداری فرمایید.
- منشور حقوق بیمار در بخش نصب می باشد.

- در صورت فوت بیمار، بیمار طبق هماهنگی انجام شده متوفی به ماور آتش نشانی تحویل داده می شود و به سردخانه شهرداری منتقل می گردد.

نحوه احضار پرستار:

در قسمت بالای هر تخت درکنسول سه عدد دکمه وجود دارد که دو عدد آن قرمز و یکی از آن سبز رنگ می باشد در صورت نیاز به کمک پرستار یا حضور ایشان دکمه قرمز رنگ فشرده شود که سبب اطلاع پرستار می گردد. پس از حضور پرستار بر بالین و یا برطرف شدن مشکل قبل از حضور پرستار دکمه سبز جهت کنسل درخواست کمک زده شود.

بیماری های شایع بخش اورژانس

## آموزش به بیماران مبتلا به فشارخون بالا

فشار خون از علایمی می باشد که برای ادامه حیات به آن نیازمندیم.

فشارخون بالا چیست؟

فشارخون بالا جز اختلالات عروق محیطی طبقه بندی می شود. و به حداقل دوبرابر فشارخون بالای ۱۴۰/۹۰، فشار خون بالا گفته می شود.

علایم فشار خون بالا:

فشارخون بالا در بیشتر موارد هیچ علامتی ندارد و ممکن است بسیاری از مردم سالها مبتلا به فشار خون بالا باشند بدون اینکه اطلاعی داشته باشند. حتما فشار خون خود را سالی یکبار اندازه گیری نمایید.

از علایمی که احتمالا مربوط به فشار خون بالا می باشند:

سر درد، تاری دید، خستگی، سرگیجه خونریزی از بینی، تنگی نفس و درد قفسه سینه می باشد.

اثرات فشارخون کنترل نشده:

صدمه به رگ ها، پارگی عروق بخصوص عروقی مغزی، سختی شریانها، تنگی و در نهایت انسداد عروق، سکته قلبی، نارسایی قلبی، سکته مغزی به صورت تغییرات بینایی و گفتاری، سرگیجه، ضعف و سقوط ناگهانی فشارخون یا فلج موقت یک طرفه بدن همچنین اثر بر روی کلیه ها و ایجاد نارسایی مزمن کلیه می باشد.

شایعترین علت عدم بهبودی فشار خون بالا:

عدم پیروی از دستورات دارویی است.

افزایش مصرف خوراکی سبب وخیم تر شدن فشارخون بالا می شود.

استرس روحی و روانی

دود سیگار

اختلال چربی خون به صورت بالا بودن کلسترولو تری گلیسیرید، کمی تحرک و ورزش، بیماری قند یا دیابت و چاقی

توصیه های عمومی :

سبک زندگی خود را تغییر دهید. روزانه فشارخون خود را کنترل کنید. پاسخ افراد به داروها متفاوت می باشد و کن است مدتی طول بکشد تا پزشک با تجویز داروهای مختلف بهترین دارو را برای کنترل فشارخون شما بیابد، برای پیشگیری از تداخل دارویی با داروهای فشارخون، جهت مصرف هر نوع دارویی با پزشک معالج خود مشورت کنید. از قطع ناگهانی دارو خودداری نمایید. سیگار نکشید. از مصرف الکل اجتناب کنید، زیرا موجب افزایش فشارخون مقاوم به درمان می شود.



ورزش های منظم هوازی، از ایجاد فشارهای عصبی و هیجانات روحی جلوگیری کنید. نمک مصرفی روزانه خود را به کمتر از ۶ گرم در روز کاهش دهد. که آن مقدار در نان، گوشت، شیر و سایر مواد غذایی مورد استفاده به صورت نامحسوس موجود است. بنابراین هنگام تهیه غذا نمک استفاده نکنید و از مصرف مواد غذایی پر نمک مانند: غذا های کنسرو شده، نان شور، چیپس، رب گوجه فرنگی، پنیر شور، و انواع شورها بپرهیزید. از اضافه وزن بپرهیزید. و در صورت اضافه وزن سعی کنید با رژیم غذایی و تمرینات ورزشی، وزن خود را کم کنید. از مصرف لبنیات پر چربی خودداری نمایید. از مصرف گوشت قرمز پر چربی، مغز، دل، قلوه، جگر، سوسیس، کالباس و همبرگر خودداری نمایید. در صورت استفاده از گوشت سفید مانند: مرغ و ماهی پوست آن را قبل از پخت جدا نمایید.

از مصرف غذاهای پر چرب و سرخ کردنی پرهیز نموده و سعی کنید غذاها را با به صورت آب پز مصرف نمایید و از مصرف کره، خامه، روغن حیوانی خودداری نموده و سعی کنید از روغن گیاهی مایع استفاده نمایید. سعی کنید روزانه از سبزیجات و میوهجات تازه به مقدار مصرف نمایید. از ایستادن طولانی مدت بپرهیزید و از حمام کردن با آب داغ خودداری نمایید.

برخی مواد غذایی می توانند به طور طبیعی فشارخون را پایین بیاورند. کرفس، پیاز، سیر، شنبلیله، چای سبز، خرما، گلابی، زیتون و برگ زیتون، تره فرنگی، سویا گوجه فرنگی، گریپ فروت و لیمو ترش از این جمله اند. اما یادمان باشد مصرف این مواد اصلا به معنی قطع درمان دارویی نیست. بد نیست برای مصرف آنها نظر پزشک خود را هم جویا شوید، بخصوص در رابطه با گریپ فروت، چون این میوه می تواند غلظت برخی از داروهای فشارخون را بالا ببرد و عوارض جانبی آنها را تشدید کند.

تامین پتاسیم بدن برای برای بیماران مبتلا به فشارخون ضروری است. موز، آناناس، زردآلو، انجیر، گریپ فروت، هلو، انگور، آلو، سیب زمینی، سیر، بروکلی، کدو سبز، قارچ، گوجه فرنگی، انواع سبزیجات و حبوبات از منابع خوب پتاسیم می باشند.

از آنجا که در طبخ غذا نمک استفاده می شود دیگر لزومی ندارد در هنگام مصرف غذا از نمک استفاده شود. می توانید از گلپر، آویشن، نعناع خشک یا کنجد به عنوان جانشین نمک استفاده نمایید. در تهیه غذا های آماده و نوشابه نیز پتاسیم زیادی به کار می رود. سوسیس، کالباس، فرآورده های گوشتی، چیپس و سایر تنقلات شور، ماهی دودی یا کنسرو شده، انواع سس ها و سوپ ها حاوی نمک فراوان هستند و باید مصرفشان را محدود کرد.

محصولات لبنی کلسیم فراوان دارند و ویتامین های متنوعی هم در آنها وجود دارد ولی باید به سراغ کم چرب آنها بروید.

حبوبات سرشار از فیبرهای محلول در آب هستند. و استفاده از آنها می تواند به کاهش فشار خون کمک کند و همچنین تامین کننده پروتئین مورد نیاز بدن باشد.

در بین انواع گوشت ها ماهی بهترین انتخاب است. چربی ماهینه تنها موجب عوارض قلبی عروقی نمی شود، بلکه به سلامت قلب و عروق کمک می کند.

نوشیدنی های حاوی کافئین از قبیل چای، قهوه و نوشابه های کولا دار سبب افزایش فشارخون می شوند و باید در حد اعتدال مصرف شوند. می توانید به جای آنها از انواع چای و دم کردنی های گیاهی یا دوغ کم نمک استفاده کنید.



- فشارخون باید توسط
- یک تیم دوتخته درمان
- شود شما و پزشکتان.
- خودسرانه دارو نخورید!

فشار خون را جدی بگیرید

## آموزش به بیماران مبتلا به پنومونی

بیماری التهابی بافت ریه است که توسط عوامل عفونی ایجاد می شود. این عوامل معمولاً از سیستم تنفسی فوقانی وارد می شود ولی همیشه ایجاد بیماری نمی کند. در صورتی که سیستم ایمنی بن دچار ضعف شده باشد، ورود عوامل طبیعی دهان و حلق به ریه باعث ایجاد پنومونی می گردد.

علائم و نشانه ها:

سر درد، تب مختصر، درد قفسه سینه، احساس کسالت، تنگی نفس، سرفه، درد عضلانی

عوارض بیماری:

نارسایی تنفسی، عفونت شدید، کاهش فشارخون، گیجی

آموزش به بیمار حین بستری:

تنفس عمیق انجام دهد.

سرفه کنید تا ترشحات ریوی خارج گردد.

مرتب تغییر وضعیت داده و ورزش های تنفسی را به کمک پرسنل انجام دهد.

بهداشت دهان خود را رعایت نمایید.

از کشیدن سیگار خودداری کنید.

از مصرف الکل خودداری نمایید.

از خوابیدن طولانی در یک وضعیت خودداری نمایید.

بهداشت فردی خود را برای پیشگیری از انتقال عفونت رعایت نمایید.

رژیم غذایی:

ممکن است به علت تنگی نفس و خستگی اشتها شما کاهش یابد، اگر بیماری قلبی ندارد مایعات فراتان بنوشد، زیرا مصرف مایعات باعث رقیق شدن ترشحات شده و به خروج آن کمک می کند.

رژیم غذایی مناسب شامل همه گروه های غذایی استفاده نمایید، و برای افزایش ایمنی از مواد غذایی مانند: پرتغال، نارنگی، نارنج، هویج و انواع مغزها استفاده نمایید.

اول پاییز جهت واکسیناسیون بر علیه آنفولانزا با پزشک خود مشورت نمایید.

از فعالیت بیش از حد در طی دوره بهبودی خودداری نمایید و در بین فعالیت ، دوره هایی از استراحت بگنجانید.

در هوای آلوده از منزل خارج نشوید

هنگام خروج از منزل از لباس گرم و مناسب استفاده نمایید.

از مصرف غذا های تحریک کننده مانند: غذاهای چرب، سرخ شده، و پر ادویه خودداری نمایید. از تماس با افراد مبتلا به سرماخوردگی خودداری نمایید.

از مصرف مواد محرک اسپری خوش بو کننده، وایتکس و شیشه شوی اجتناب کنید.

سعی کنید اتاق استراحت شما تهویه مطلوب داشته باشد.

از دستگاه بخور برای مرطوب کردن هوای استنشاقی استفاده نمایید.

در تاریخ معین جهت پیگیری درمان به پزشک خود مراجعه نمایید.

بیماری مزمن  
انسدادی ریه  
[COPD]

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 بیماری‌های 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، آمفیژم و آسم درگروه بیماری‌های مزمن انسدادی ریه قرار می‌گیرند.

بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه بطور اصولی دچار:

۱. ترشح بیش از حد موکوس در راه هوایی بدون ارتباط با علتی خاص (برونشیت یا برونشکتازی)
  ۲. افزایش اندازه راه‌های هوایی دیستال نسبت به برونشولهای انتهایی، تخریب دیواره آئول‌ها و از بین رفتن خاصیت جمع شدن ریه بعد از اتساع و آمفیژم
  ۳. 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 [آمفیژم] بنابراین تغییرات بیشتری را در نسبت تهویه – پرفیوژن افراد سالخورده مبتلا به COPD بوجود می‌آورد.
- نه فیزیکی، 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.

درمان بیماری‌های انسدادی ریه

ا- درمان دارویی:

داروهای شل کننده عضلات صاف برونشی یا کم کننده تحریک پذیر برونش را می‌توان به ۴ گروه تقسیم نمود.

سمپاتومیمتیک‌ها	سالبوتامول
-متیل گزانترین‌ها	تئوفیلین و آمینوفیلین
-آنتی کلینرژیک‌ها	آتروپین و آترونت
-داروهای ضد التهاب	کرومولین سدیم و کورتیکواستروئیدها

ب- اکسیژن:

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

۱. کاهش اکسیژن رسانی به بافتها
۲. 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 بیوتیک ها

برخی از حملات شدید انسداد مجاری هوایی ، ثانویه به عفونتهای حاد هستند. دلیل احتمال عدم شناسایی ارگانیزم 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

#### تشخیص های پرستاری:

- اختلال در تبادل گازی در رابطه با عدم تناسب تهویه- پرفیوژن  
- پاکسازی غیر موثر راههای هوایی در رابطه با انقباض برونش ، افزایش تولید مخاط ، سرفه های غیر موثر و عفونت ریه  
- الگوهای غیر موثر تنفسی در رابطه با کوتاهی تنفس ، وجود مخاط فراوان ، انقباض برونش ها و تحریک راههای هوایی  
- اختلال در امر مراقبت از خود در رابطه با خستگی بیش از حد ثانویه به افزایش کار تنفسی و نارسایی در تهویه و اکسیژن رسانی

- عدم تحمل فعالیت در رابطه با خستگی بیش از اندازه ، هیپوکسمی و الگوهای تنفسی غیر موثر  
- عدم توانایی در مراقبت از خود به علت از دست دادن روابط اجتماعی ، اضطراب و افسردگی و ناتوانی برای کار کردن  
- کمبود اطلاعات در رابطه با خطرات استعمال دخانیات

#### برنامه ریزی و اهداف:

اهداف عمده در مورد بیماران COPD شامل : بهبود تبادل گازی ، توقف استعمال دخانیات ، بهبود الگوهای تنفسی ، به حداکثر رساندن مراقبت از خود ، افزایش تحمل فعالیت ، پاکسازی موثر راههای هوایی ، افزایش توانایی در امر تطابق ، بهبود کیفیت زندگی با رعایت دقیق برنامه درمانی در بیمارستان و منزل است.

#### مداخلات پرستاری:

##### ۱. بهبود تبادل گازی:

- مراقب تنگی نفس و هیپوکسمی در بیمار باشید.  
- از بیمار در برابر اثرات جانبی داروهای تجویز شده مراقبت به عمل آورید.  
- از طریق پرسش از بیمار ، در مورد تخفیف تنگی نفس و کاهش میزان اسپاسم برونش اطلاعات کسب نمایید.  
- با استفاده از پالس اکسیمتری و نتایج ABG اکسیژن مورد استفاده را بررسی کنید.  
- توجه : هیپوکسمی در بیمار COPD محرک تنفسی محسوب می شود. لذا با تجویز بیش از اندازه اکسیژن آن را تضعیف نسازید.

##### ۲. پاکسازی راههای هوایی:

- به منظور رقیق کردن ترشحات ، بیمار را به مصرف مایعات فراوان تشویق کنید.  
- از بیمار بخواهید به گونه ای هدایت شده سرفه نماید.  
- برحسب نیاز از فیزیوتراپی تنفسی همراه با درناژ وضعیتی و تنفسی با کمک فشار مثبت متناوب استفاده نمایید.  
- به بیمار در مورد تکنیکهای موثر تنفس ، آموزش دهید.  
- میزان جریان بازدمی را اندازه گیری کنید.

##### ۳. پیشگیری از عفونتهای برونش و ریه:

- به بیمار در مورد گزارش علائم عفونت ( تب ، تغییر رنگ ، مشخصات خلط مثل تغییر رنگ و قوام خلط ) آموزش دهید و به وی توصیه نمایید در صورت بدتر شدن علائم گزارش دهد.

-از آنجایی که آلودگی هوا می‌تواند موجب اسپاسم برونش شود، از بیمار بخواهید در معرض هوای آلوده قرار نگیرد -بیمار را به ایمن سازی علیه هموفیلوس آنفولانزا و استرپتوکوک پنومونی، تشویق کنید.

#### ۵. ترویج مراقبت در منزل و جامعه

-به بیمار توصیه نمایید که سبک زندگی خود را جهت انتخاب سطح فعالیتی متوسط تغییر داده و در آب و هوایی زندگی کند که کمترین تغییرات را در میزان درجه حرارت و رطوبت داشته باشد.  
-به هنگام انجام تمام مراحل دستورات درمانی، بر بیمار نظارت داشته باشید.  
-به بیمار آموزش دهید از قرار گرفتن در معرض موقعیت های استرس زا اجتناب ورزد.  
-روشهای ترک سیگار را به بیمار آموزش دهید.  
-در صورت لزوم بیمار را به مراکز ارائه دهنده مراقبت در منزل ارجاع دهید.

#### ۵-آموزش در مورد بازتوانی ریه

-بیمارانی را که واجد شرایط یا بازتوانی هستند، مشخص نمایید.  
-برای بیمار اعمالی را برنامه ریزی نمایید که بیشتر غیر وابسته بوده و موجب بهبود کیفیت زندگی شود.  
-بر روی تمرینات تنفسی تاکید کرده و به بیمار توصیه کنید که فعال باشد.  
در صورت تجویز پزشک، به بیمار در بکارگیری عضلات تنفسی، یاری رسانید. بیمار باید روزانه عمل تنفس را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در مقابل نوعی مقاومت خارجی انجام دهد.  
-به بیمار توصیه نمایید فعالیتهایی چون استحمام و قدم زدن به مدت کوتاه را شروع نماید.  
-به بیمار در مورد آناتومی و فیزیولوژی ریه، تغییرات ایجاد شده به علت COPD، داروها، اکسیژن درمانی، ترک سیگار، درمان های تنفسی در منزل، چگونگی ارتباط با اعضای تیم بهداشتی و برنامه ریزی آینده، آموزش دهید.  
-نیازهای تغذیه‌ای و کالریک بیمار را بررسی و در مورد چگونگی برنامه ریزی غذایی و استفاده از مکمل غذایی، مشورت نمایید.

-در صورت نیاز بیمار به اکسیژن در منزل، روش استفاده صحیح از اکسیژن را یادآوری نمایید.  
-به بیمار در مورد خطر استعمال سیگار در مجاورت اکسیژن، یادآوری کنید.  
-نحوه استفاده از برونکودیلاتورهای استنشاقی را به بیمار آموزش دهید.  
-در مورد اقدامات موثر در کسب سازگاری، آموزش دهید.  
-برای بیمار امکان استفاده از آموزش های اختصاصی را فراهم آورید. [مثل توانبخشی، کاردرمانی]  
-در مورد مراکز حمایتی موجود، به بیمار آموزش دهید.

#### ۶. کنترل و درمان عوارض:

-بیمار را از نظر وجود عوارض، بررسی نمایند (عدم کفایت تنفسی، عفونت تنفسی، آتلکتازی)  
-مراقبت تغییرات شناختی، افزایش تنگی نفس، تاکی پنه، تاکی کاردی در بیمار باشید.  
-مقادیر پالس اکسیمتری را کنترل نموده و بر حسب نیاز، اکسیژن استفاده کنید.  
-در مورد علائم و نشانه‌های عفونت یا دیگر عوارض و تغییرات و وضعیت جسمی یا شرایط ذهنی به بیمار و خانواده، توصیه‌های لازم را بنمائید.  
-به بیمار آموزش دهید در صورتیکه علائم بیماری تشدید یافته و نارسایی حاد تنفسی پیش آمد، اینتوباسیون و تهویه مکانیکی لازم است.

#### غذاهای مفید برای بیماری COPD:

در صورتی که مبتلا به بیماری COPD یا بیماری های التهابی مزمن ریه هستید نیاز به کالری در شما ممکن است بیش از حالت عادی باشد. در این مقاله با ۹ غذای بهتر که سرشار از مواد مغذی و کالری هستند آشنا می شوید.

یک فرد مبتلا به این بیماری ممکن است تا ده برابر یک فرد سالم کالری بسوزاند. بدن ما از غذاها برای تولید انرژی و عملکرد صحیح و مناسب استفاده می کند. از جمله تنفس کردن.

خوردن غذای سالم و پُرکالری مسلماً COPD را درمان نمی کند اما سبب می شود که شما وزن تان را حفظ کنید. همچنین این رژیم سبب می شود که احساس بهتری داشته باشید، بهتر تنفس کنید، بدن تان با عفونت مبارزه کند و میزان انرژی تان را افزایش دهد.

برای شروع این نکات را رعایت کنید:

\* در طول روز ۴ تا ۶ وعده ی کوچک غذا بخورید. تحمل و خوردن مواد مغذی و دریافت کالری در وعده های کوچک، راحت تر است.

\* به غذای تان گازهای کوچک بزنید و به آرامی غذا بخورید تا از خستگی قبل از اتمام غذا جلوگیری شود.

۱- غذاهای لبنی منبع بسیار عالی از کلسیم، پروتئین و سایر مواد مغذی هستند

به تخم مرغ پخته تان، ساندویچ و سوپ خود پنیر اضافه کنید.

ماست به همراه میوه ها میان وعده های بسیار مفیدی هستند.

اگر شیر را به خوبی تحمل می کنید به جای آب شیر بخورید.

۲- پروتئین ها

پروتئین ها می توانند بسیاری از نیازهای غذایی شما را جبران کنند. می توانید پودر شیر بدون چربی، پروتئین یا پروتئین سویا را به غذاهای تان اضافه کنید.

۳- سبزی های حاوی نشاسته

سبزی های نشاسته ای حاوی مقادیر زیادی ویتامین و مواد معدنی و سرشار از کالری هستند. سیب زمینی، ذرت، چغندر، گللابی، هویج، حبوبات از این نوع سبزی ها هستند.

سوپ ها راه خوبی برای لذت بردن از این سبزی ها هستند. می توانید از عدس، مرغ و برنج سوپ خوشمزه و سفیدی تهیه کنید.

۴- میوه های پُرکالری

کمپوت های دارای شربت، میوه های خنک و خشک و یا آبمیوه های ۱۰۰ درصد، خوب است اما هیچ چیز جای میوه های تازه را نمی گیرد چرا که دارای ویتامین، مواد معدنی و آنتی اکسیدان های ضد بیماری است.

میوه ها دارای کالری فراوان شامل موز، انبه، میوه های خشک و آبمیوه ها است.

۵- معجون ها

مخلوطی از میوه های خشک و سالم، مغزها و سایر شیرینی ها را مصرف کنید. وقت خودتان را با خوردن میان وعده های بدون کالری، کلوچه و آب نبات تلف نکنید.

۶- چربی های سالم

چربی های سالم ۲ برابر کربوهیدرات ها و پروتئین ها توسط افراد مبتلا به COPD تحمل می شوند.



زیتون، کانولا، روغن دانه آفتاب گردان و روغن ذرت، مارگارین بدون چربی های ترانس مایونز و آووکادو بهترین چربی های سالم هستند.

#### ۷- دسرهای مغذی

پودینگ های دارای کرم وانیل، تکه های میوه، نان های کوچک، کیک های کوچک توت فرنگی، هم مغذی و هم خوشمزه هستند.

#### ۸- غلات دوستدار قلب

غلات مخصوصا غلات صبحانه سرشار از فیبر هستند. غلات همراه با شیر به جای آب برای دریافت کلسیم بیشتر و افزایش کالری بهتر است.

#### ۹- غذاهای پروتئین

این غذاها را می توانید در هر وعده ی غذایی مصرف کنید. منابع عالی پروتئین شامل کره بادام زمینی، تخم مرغ، گوشت لحم، ماهی، مرغ، حبوبات و مغزها هستند.

کره ی بادام زمینی، به تنهایی یا کره هر مغزی همراه با نان تهیه شده از غلات و کراکرها میان وعده هایی حاوی پروتئین و بسیار مفید هستند.

نکته ی مهم این که نوشیدن آب فراوان را در طول روز فراموش نکنید. مایعات به رقیق شدن ترشحات مسیر هوایی و خروج آن ها کمک می کند. هنگام وعده ی غذایی آب فراوان بنوشید.

## رنال کولیک

### رنال کولیک:

کولیک کلیوی به دردی اطلاق می‌شود که به دنبال انسداد حالب‌ها پدید می‌آید، لذا کولیک حالب واژه دقیقتری برای توصیف این حالت است. کولیک به علت اسپاسم حالب در اطراف سنگ ایجاد می‌شود که به انسداد و اتساع حالب، سیستم لگنچه و کالیس‌ها و کیسول کلیه می‌انجامد. اگرچه شایعترین علت این درد سنگها هستند، اما اصطلاح «کولیک کلیوی» در واقع به مجموع‌های از علایم کلیوی و حالبی اطلاق می‌گردد. علل دیگر داخلی و بعضاً خارجی نیز مانند لنفادنوپاتی برای این حالت محتمل است، اگرچه علل خارجی معمولاً دردی ملایم‌تر و مزمن‌تر را به دنبال دارند. سایر علل داخلی عبارتند از لخته‌های خون (ناشی از خونریزی در مجاری بالاتر) یا کنده شدن پاپی (که در بیماری سلول داسی شکل، دیابت و مصرف طولانی مسکنها دیده می‌شود).

تشکیل سنگ در بدن به دو دلیل می‌تواند تشکیل شود:

۱. کمبود آب بدن و کاهش مصرف مایعات، که باعث کاهش دفع آب در ادرار و غلیظ شدن ادرار شده و اصلی‌ترین علت سنگ کلیه است.
  ۲. افزایش ترشح مواد معدنی به داخل ادرار، که می‌تواند به علت افزایش مصرف آنها یا زیاد بودن تولید آنها در داخل بدن باشد. در این شرایط ابتدا مواد فوق یک رسوب کوچک ایجاد کرده که تشکیل بلور می‌دهد. و سخت می‌شود و آرام آرام با رسوب بیشتر بر روی آن بزرگ شده و به شکل سنگ در می‌آید.
- سنگ‌های ادراری به ۴ نوع اصلی تقسی می‌شوند:

۱. کلسیمی

۲. اسید اوریکی

۳. شاخ گوزنی

۴. سیستینی

علایم شایع:

۱. درد شدید اصلی‌ترین علامت سنگ کلیه می‌باشد. درد معمولاً ناگهانی و همراه با احساس فشار است.

۲. خون ادراری

۳. دفع شن و یا سنگ ریزه

۴. احساس ناراحتی و درد هنگام دفع ادرار

۵. نیاز به تخلیه مکرر ادرار

۶. تعریق

درمان:

علائم حاد مانند تهوع و درد در اورژانس با تجویز مسکن و داروهای ضد استفراغ بهبود می یابد و پس از آن بایستی منتظر دفع سنگ بمانید.

مهمترین عامل تعیین کننده دفع سنگ اندازه آن است:

۱. سنگهای کمتر از ۰.۵ سانتی متر: اغلب در طول ۲-۴ هفته دفع می شود.
  ۲. سنگ های بزرگتر از ۱ سانتی متر: احتمال دفع خودبخودی بسیار کم است و نیاز به مداخله و درمان های تخصصی دارد. خود مراقبتی در منزل:
  ۱. بهتر است از داروهای مسکن خوراکی غیر مخدر استفاده گردد.
  ۲. در صورتی که در زمان ترخیص داروهای شل کننده و گشاد کننده حالب تجویز شده است طبق دستور مصرف کنید.
  ۳. در صورت ابتلا به زخم معده از مصرف زیاد دیکلوفناک /بروفن/ناپروکسن پرهیز کنید همچنین ممکن است باعث تشدید آسم و فشار خون گردند.
  ۴. در طی روز های آینده به متخصص جراحی کلیه و مجاری ادرار مراجعه نمایید.
  ۵. در صورتی سونوگرافی انجام داده اید همواره در مراجعات به پزشک جهت سنگ کلیه به همراه داشته باشید.
  ۶. مایعات زیاد مصرف کنید.
  ۷. از مصرف نمک و شکر زیاد خودداری کنید.
  ۸. از استراحت مطلق خودداری کرده و فعالیت جسمانی و ورزش روزانه مناسب داشته باشید.
  ۹. بهتر است سنگ را پس از دفع برای بررسی و تعیین نوع و جنس آن به پزشک یا آزمایشگاه بدهید.
- رژیم غذایی:

#### ۱. افزایش مصرف مایعات:

- حداقل ۲.۵-۳ لیتر مایعات بنوشید. مصرف چای، قهوه، نوشابه گاز دار محدود گردد.
- در طول روز هر ۱-۲ ساعت یک لیوان آب بنوشید و سعی کنید قبل از خواب و پس از بیدار شدن از خواب ۲ لیوان آب بنوشید.
۲. کاهش مصرف نمک:

مصرف نمک زیاد باعث بالا رفتن احتمال سنگ سازی می شود، غذاهای شور، انواع کنسروها، فست فود، سوسیس و کالباس، غذاهای بسته بندی شده، چیپس، پفک و ... کمتر استفاده گردد.

#### ۳. پرهیز از مصرف شکر

#### ۴. حفظ تعادل در رژیم غذایی:

هیچ ماده غذایی را (مثله انواع لبنیات) بدون توصیه پزشک از رژیم خود حذف نکنید، بدن شما به همه ی انواع مواد غذایی برای سلامتی نیاز دارید. از غذا های دارای فیبر مثل سبزیجات، سبوس، گندم و جو بیشتر استفاده گردد.

#### ۵. مصرف مکمل های ویتامین:

بهتر است جهت مصرف هرگونه داروی مکمل و ویتامین با پزشک مشورت نمایید.

#### ۶. داروها:

هرچند برخی از داروها می توانند شانس بروز سنگ را افزایش دهند اما اگر برای بیماری دیگری دارو مصرف رمی کنید به هیچ وجه بدون مشورت پزشک اقدام به قطع دارو یا تغییر در میزان مصرف داروهای خود نکنید.

## زخم باز

### زخم باز:

زخم هایی که وسیع بوده یا لبه های آن از هم دور می باشد ا کناره های زخم نامنظم و نا هموار بوده است و یا دچار له شدگی و تخریب پوست باشند و یا زخم ان قدر عمیق بوده که کل ضخامت پوست را در بر گرفته باشد و در صورت تشخیص پزشک بخیه زده می شود و در غیر اینصورت زخم نیاز به بخیه نخواهد داشت، در این مورد به تصمیم پزشک اعتماد نمایید.

### مراقبت از زخم و پانسمان:

۱. بخیه ها را تا ۲۴ ساعت کاملا خشک نگهداشته شود ، این زمان برای بخیه های قابل جذب بیشتر می باشد.
۲. بخیه ها غیر قابل جذب پس از ۲۴ ساعت می توانید به آرامی با آب گرم و صابون بشویید. اما به هیچ وجه آنها را به مدت طولانی در اب غوطه ور نکنید.
۳. بخیه ها را بلافاصله با ملایمت خشک کنید، برای این کار از یک پارچه نخی سبک و کاملا تمیز استفاده نمایید.
۴. پس از شستشوی می توانید روی زخم را با پماد آنتی بیوتیک در صورت تجویز تجویز پزشک بپوشانید.
۵. به هیچ وجه از بتادیت، الکل، آب اکسیژنه ، محلول های ضد عفونی کننده ، کرم های ارایشی و... روی زخم استفاده نکنید. این مواد باعث تحریک پوست و عفونت می گردند.
۶. در صورتی که زخم شما پانسمان دارد حتما تا زمانی که پزشک به شما هنگام ترخیص توصیه نموده است زخم را پوشیده نگهدارید، در غیر این صورت ۴۸ ساعت پانسمان را به همان ز شکل اولیه نگهدارید و سپس بعد از هر بار شستشوی زخم آن را با یک پانسمان سبک بپوشانید.
۷. در صورت خیس شدن ، کثیف شدن، آلودگی به ترشح یا خونابه هم نیاز به تعوض پانسمان خواهید داشت.
۸. دستان خود را قبل و بعد از پانسمان به خوبی با آب و صابون بشویید.
۹. زخم های پوستی اغلب با نخ های غیر قابل جذب بخیه می شوند، زمان دقیق کشیدن بخیه ها را در زمان ترخیص به شما خواهند گفت ، بخیه صورت معمولا ۳-۶ روز و بخیه های پوست سر و اندام ها ۷-۱۴ روز بعد کشیده می شوند.

### روزانه زخم خود را از نظر بروز علائم زیر بررسی نمایید:

۱. تورم و قرمزی اطراف محل زخم
  ۲. وضعیت ترشحات
  ۳. خونریزی
  ۴. خطوط قرمز رنگ برجسته اطراف زخم
- در صورت بروز هر یک از علائم زیر به اورژانس یا پزشک مراجعه نمایید:
۱. آسیب یا پارگی بخیه ها و باز شدن زخم
  ۲. درد شدید در محل زخم
  ۳. تورم یا قرمزی محل زخم

۴. خروج چرک یا ترشحات سبز رنگ از زخم یا تشدید ترشحات اولیه

۵. استنشام بوی بد از زخم

۶. خونریزی مجدد از زخم

۷. بروز خطوط قرمز رنگ برجسته اطراف زخم

۸. محدودیت حرکت در انگشتان و مفاصل نزدیک به زخم

۹. بروز تب

۱۰. برجسته و درد ناک شدن غده های لنفاوی زیر بغل، گردن و کشاله ران

#### رژیم غذایی:

وجود زخم محدودیت غذایی برای شما ایجاد نمی کند اما توصیه می شود تا زمان بهبود زخم از میوه ها، سبزیجات، آبمیوه های سرشار از ویتامین ث مصرف نمایید.

## بیماری ACS

سندرم حاد عروق کرونر یا بیماری ACS واژه ای فراگیر است که در دل خود آنژین (unstable Angina) و آنفارکتوس میوکارد را گنجانده است.

آنفارکتوس حاد میوکارد خود به دو نوع مختلف STEMI و NSTEMI بروز پیدا می کند. علت بروز STEMI در اثر انسداد یکی از عروق اصلی کرونر است. سندرم حاد عروق کرونر از تشکیل پلاک اترواسکلروتیک در عروق کرونر ناشی می شود.

شاه علامت اصلی ACS، درد قفسه سینه است. با این وجود ۲۰ درصد افراد بی علامت هستند (silent MI).

روش رایج تشخیص ACS از طریق الکتروکاردیوگرام صورت می گیرد.

روش تشخیصی دیگر، ردیابی آنزیم های حاصل از انفارکتوس میوکارد است. (تروپونین و کراتین کیناز). تروپونین برای این تشخیص، اختصاصی تر تلقی می شود.)

### علل سندرم حاد کرونری

سندرم کرونری حاد معمولاً از رسوب چربی در دیوار عروق کرونر، عروق خونی که انتقال دهنده اکسیژن و مواد مغذی به عضلات قلب است، ایجاد می شود. هنگامی که پارگی یا جداشدگی در ذخیره پلاک ایجاد شود، لخته خون شکل می گیرد. این لخته مانع رسیدن جریان خون به ماهیچه قلب می شود.

هنگامی که میزان اکسیژن ارسالی به سلول ها خیلی کم باشد، سلول های عضلات قلب می میرند. مرگ سلول ها در نهایت موجب ایجاد آسیب به بافت های عضلانی شده و حمله قلبی (انفارکتوس میوکارد) رخ می دهد.

حتی زمانی که مرگ سلولی نیز در اثر این بیماری وجود ندارد، عرضه ناکافی اکسیژن می تواند باعث شود که عضلات قلب به درستی یا موثر کار نکنند. این اختلال ممکن است موقت یا دائم باشد. هنگامی که سندرم حاد کرونری در مرگ سلولی دخیل نباشد به آن آنژین ناپایدار گفته می شود.

### عوامل خطر سندرم حاد کرونری

عوامل خطر ابتلا به این سندرم مانند عوامل خطر سایر بیماری های قلبی است.

به این ترتیب عوامل خطر سندرم حاد کرونر عبارتند از:

سن بالاتر (سن بالاتر از ۴۵ سال در مردان و بالاتر از ۵۵ سال در زنان)

فشار خون بالا

کلسترول خون بالا

سیگار کشیدن

عدم فعالیت بدنی

رژیم غذایی ناسالم

چاقی یا اضافه وزن

دیابت

سابقه خانوادگی درد قفسه سینه، بیماری قلبی یا سکته مغزی

برای زنان، سابقه فشار خون بالا، پره اکلامپسی یا دیابت در دوران بارداری

### روش های تشخیص

اگر علائم و نشانه های مرتبط با سندرم حاد کرونر وجود داشته باشد پزشک چند آزمایش اورژانسی را توصیه می کند. این آزمایشات عبارتند از

نوار قلب (ECG):

آزمایش خون

آنژیوگرام کرونری

اکوکار دیوگرافی

اسکن پرفیوژن میوکارد (MPI)

توموگرافی کامپیوتری

تست ورزش

### اهداف درمان در STEMI و NSTEMI

۱\_ برقراری خون رسانی به شریان مربوطه و کاهش نیاز قلب به اکسیژن

۲\_ تسکین علائم بیمار

۳\_ در بیمار مبتلا به STEMI می بایست ظرف کم تر از ۳۰ دقیقه پس از پذیرش و تجویز داروی ترومبولیتیک ، خونرسانی به قلب برقرار شده باشد . چنانچه بیمار نیازمند PCI است ، می بایست ظرف ۹۰ دقیقه از بروز علائم اقدام شود.

### درمان سندرم حاد عروق کرونر

درمان سندرم حاد عروق کرونر بر برقراری پرفیوژن قلب استوار است که با استراتژی های مختلفی مثل آنژیوپلاستی ، تجویز داروهای ترومبولیتیک، آنتی کوآگولانت و ضد پلاکتی صورت می گیرد. درمان غیر دارویی شامل PCI و جراحی CABG است.

طبق گایدلاین های ACC و AHA اقدامات اولیه شامل، اکسیژن (چنانچه غلظت اشباع اکسیژن کم تر از ۹۰ درصد باشد)، نیتروگلیسرین زیرزبانی ، آسپیرین یا پلاویکس ، ملین ، بتا بلاکر ، استاتین و آنتی کوآگولانت است.

### درمان STEMI

درمان STEMI یک اورژانس پزشکی تلقی می شود:



۱\_ تجویز اکسیژن ، نیتروگلیسرین ( زیرزبانی یا وریدی ) ، اسپیرین یا کلبیدوگرل ( اگر اسپیرین تحمل نشه ، کلبیدوگرل ) و مورفین

۲\_ بسته به این که چقدر از واقعه گذشته باشد ، رویکرد درمان متفاوت است

حالت اول ، کم تر از ۱۲ ساعت از واقعه گذشته باشد . در صورت عدم دسترسی زودهنگام به مرکز دارای PCI فیبرینولیتیک داده میشود و در این حالت دسته داروهای Thienopyridines تجویز میشود.

چنانچه هدف PCI باشد، ابتدا پلاویکس یا پراسوگرل تجویز می شود و چنانچه که هدف تجویز فیبرینولیتیک باشد، ابتدا فیبرینولیتیک تجویز می شود و سپس پلاویکس ادامه میابد. بهترین اثرات سودمند داروهای فیبرینولیتیک زمانی است که فرد در ریسک خونریزی نباشد و ظرف تا ۳-۲ ساعت از شروع علائم تجویز شود و حداکثر تا ۱۲ ساعت فرصت برای تجویز داروهای فیبرینولیتیک وجود دارد . تجویز داروهای فیبرینولیتیک به بیماران Unstable Angina و NSTEMI توصیه نمی شود.

پس از تجویز فیبرینولیتیک بعد از ۱۲ ساعت یا بعد از چک pt ...iNR که باید زیر ۲ باشد، می توان هپارین، انوکسپارین یا فونداپارینوکس را تجویز کرد. چنانچه برای بیمار PCI انجام شده باشد، مهارکننده های گلیکوپروتئین IIb/IIIa (در موارد خاص AcuteMI) به همراه با اسپرین و پلاویکس داده می شود. از داروهای فیبرینولیتیک که برای STEMI مورد تجویز قرار می گیرد می توان به Alteplase , reteplase , و استرپتوکیناز اشاره کرد

چنانچه بیش از ۱۲ ساعت از واقعه STEMI گذشته باشد آنژیو بر فیبرینولیتیک ارجح تر است.

در این حالت به بیمار پلاویکس و اسپرین تجویز می شود و بعد از انجام آنژیو بر اساس جواب آنژیوگرافی عمل CABG و یا PCI صورت می گیرد . زمانی بیمار برای PCI بستری است و تا انجام آنژیو زمان زیادی ممکن است طول بکشد هپارین یا انوکسپارین را به همراه پلاویکس و اسپرین میدهند و در بعضی موارد خاص Acute MI در زمان آنژیو مهار کننده های گلیکوپروتئین IIb/IIIa تجویز می کنند.

پس از طی شدن مراحل اولیه برای بیمار STEMI ، داروهای زیر برای بیمار در نظر گرفته می شود:

۱\_ ACE inhibitors or ARB

۲\_ aldosterone antagonists

۳\_ beta blockers

۴\_ Statin

#### درمان NSTEMI

مراحل اولیه درمان مشابه STEMI است ( اکسیژن، نیتروگلیسرین زیرزبانی یا وریدی، مورفین، اسپیرین یا پلاویکس، بتابلاکر ، ACE inhibitors و یا ARB). سپس با دو رویکرد conservative و یا invasive درمان پی گرفته می شود.

درمان Invasive (تهاجمی) درمان انتخابی می باشد و در ۷۲ ساعت اول بهتر است انجام شود. در این حالت درمان با آنتی کوآگولانت آغاز می شود (هپارین، enoxaparin ، Bivalirudin و یا fondaparinux). قبل از شروع آنژیوگرافی حداقل

یکی از داروهای کلپیدوگرل یا پراسوگرل تجویز می شود، سپس آنژیوگرافی صورت می گیرد و در صورت لزوم PCI و یا عمل CABG صورت می گیرد.

رویکرد Conservative در مواردی انجام می شود که ریسک انجام آنژیوگرافی بر سود آن بیشتر باشد و بیمار بیماری های مزمن پیشرفته داشته باشد.

### روش های خود مراقبتی در مقابل سندرم حاد کرونری

یک گام مهم برای پیشگیری از حمله قلبی، ایجاد تغییراتی در سبک زندگی که منجر به سلامت قلب شده و خطر ابتلا به بیماری های قلبی را کاهش می دهد، می باشد. این تغییرات عبارتند از:

سیگار نکشید.

رژیم غذایی سالم که شامل میوه ها و سبزیجات، غلات کامل، و مقدار متوسط از لبنیات کم چرب و گوشت بدون چربی است را رعایت کنید.

ورزش کنید. ورزش منظم و فعالیت جسمی برای شروع یک روال سالم و امن مفید است.

کلسترول خود را بررسی کنید. از مصرف چربی زیاد، گوشت حاوی کلسترول و فرآورده های لبنی پرچرب اجتناب کنید.

فشار خون خود را کنترل کنید.

وزنتان را متعادل نگه دارید. اضافه وزن می تواند به کلسترول بالا، فشار خون بالا، دیابت، بیماری های قلبی و دیگر بیماری ها کمک کند.

استرس خود را مدیریت کنید. برای کاهش خطر ابتلا به حمله قلبی، استرستان را کم کنید.

از مصرف الکل اجتناب کنید.

نحوه نگهداری و مصرف قرص نیتروگلیسرین زیر زبانی ( TNG ) :

به محض شروع درد قلبی فعالیت خود را قطع کرده و در وضعیت نیمه نشسته قرار بگیرید و در اسرع وقت یک قرص TNG را زیر زبان خود گذاشته و تا حل شدن کامل آن ، آب داخل دهان خود را ببلعید جهت جذب بهتر و سریعتر دارو ، دهان باید مرطوب باشد لذا پیشنهاد می شود قبل از آن مقداری آب بنوشید ( اگر بعد از ۵-۳ دقیقه درد ساکت نشد باید سریعاً با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید ) حتی اگر فکر کنید درد شما قلبی نیست تا آمدن اورژانس در صورت درد اجازه مصرف دو قرص دیگر به فاصله هر ۵ دقیقه دارید در صورت عدم مصرف اسپیرین روزانه ، ۳ عدد قرص اسپیرین بچه را جهت پیشگیری از پیشرفت لخته بجویید.

توجه : احساس سوزش زیر زبان و ضربان پس سر نشانه اثر قرص می باشد.

بسیار مهم است که بدانید قرص TNG به نور ، رطوبت و گرما بسیار حساس است لذا باید در ظرف های تیره همراه با سر محکم در یخچال نگهداری شود و هر ۶-۳ ماه باید قرص های خود را تجدید نمایید و هر قرصی را که براحتی خرد شود باید دور بیندازید.

تغذیه مناسب بیماری حاد عروق قلبی ( ACS ) :

– عدم پر خوری و عدم مصرف غذاهای نفاخ ، حذف کلسترول و چربی های اشباع شده از لیست غذایی و استفاده از روغن های مایع و گیاهی.

– محدودیت مصرف غذاهای سرخ شده و گوشت قرمز و به جای آن باید از گوشت های سفید ( ماهی و طیور ) به صورت آب پز و یا تنوری استفاده نمایید

– محدودیت مصرف نمک ( خیار شور ، دوغ ، مواد غذایی کنسرو شده ، سوسیس ، کالباس ، آجیل شور )

– از مصرف زیاد قهوه ، چای و نوشابه های حاوی کولا و کافئین به علت افزایش ضربان قلب اجتناب کند.

– مصرف بیشتر میوه ، سبزیجات و لبنیات کم چرب توصیه می شود.

### راههای پیشگیری از بیماری قلبی عروقی

1-چربی ( به ویژه کلسترول ) خون خود را کاهش دهیم.

کلسترول که نوعی چربی است در پیدایش و گسترش تصلب شرایین نقش مهمی دارد زیرا می تواند در دیواره رگ ها رسوب کند و همراه با عوامل دیگر به تنگی و بسته شدن سرخرگها بیانجامد. کلسترول دو نوع مهم کلسترول « دارد: یکی « بد (LDL) که موجب بسته شدن رگ ها و بیماری قلبی عروقی - می شود و دوم « کلسترول خوب (HDL) که کلسترول اضافی بدن را از بافت ها خارج می کند و خطر بیماری قلبی را می کاهد. نوعی از کلسترول که باید غلظت کمی در خون داشته باشد، همان نوع بد یا LDL است.

می توان با پرهیز از مصرف غذاهای پرچربی و رعایت توصیه های پزشکان، چربی خون خود را در سطح مناسب نگه داشت.

2-فشارخون خود را کنترل کنیم.

فشارخون بالا علاوه بر این که فشار بیشتری بر قلب وارد می سازد و نیاز آن به خون را افزایش می دهد، روند تصلب شرایین را هم تسریع می کند و سبب آسیب اندام های گوناگون بدن می گردد.

3-وزن خود را به حد مناسب برسانیم.

چاقی عامل خطر مهمی برای افزایش فشارخون است. همچنین چاقی یا اضافه وزن موجب افزایش مقاومت سلول های بدن نسبت به

انسولین می شود. باید زیر نظر یک پزشک یا متخصص تغذیه، وزن بدن را با قد، جنس و سن متناسب نمود.

4-سیگار نکشیم.

استعمال دخانیات سبب افزایش ضربان قلب و در نتیجه کار قلب می شود و فشارخون را هم بالا می برد. همچنین سیگار با اثر روی عوامل انعقادی و نیز غلیظ کردن خون، احتمال تشکیل لخته و بسته شدن سرخرگ ها را افزایش می دهد. علاوه بر این، سیگار با اثر بر رگ های کوچک، خونرسانی به بخش های انتهایی اندام ها ( به ویژه پاها ) را مختل می کند و این عارضه در افراد دیابتی که گرفتاری اعصاب محیطی را نیز دارند، بسیار مهم است و خطر قطع عضو را افزایش می دهد. این آثار، علاوه بر سرطان زایی سیگار است که موجب ناتوانی و مرگ خواهد شد.

5-قندخون خود را کنترل کنیم.

کنترل دقیق قند خون، هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم، نقش مهمی در پیشگیری از بیماری های قلبی و عروقی می تواند داشته باشد.

## 6-فعالیت ورزشی منظم داشته باشیم.

پژوهش های پزشکی نشان داده اند که داشتن یک زندگی کم تحرک ( از نظر بدنی ) ، صرف نظر از عوامل خطر دیگر، احتمال دیابت، چاقی و بیماری عروق کرونری قلب را افزایش می دهد. پیاده روی، دوچرخه سواری، تنیس روی میز، باغبانی و دویدن آرام فعالیت های بدنی هستند که اثر مفیدی بر تندرستی خواهند داشت. توصیه می شود که روزانه 30 دقیقه فعالیت بدنی داشته باشیم. می توان این میزان فعالیت را در سه دوره 10 دقیقه ای ( بلافاصله ) نیز انجام داد.

## 7-تغذیه مناسب داشته باشیم.

رژیم غذایی یکی از بهترین سلاح ها برای مبارزه با بیماری های قلبی عروقی است. سعی کنیم از مواد غذایی فیبردار مانند میوه، سبزی، حبوبات و غلات بیشتر استفاده کنیم.

از گوشت سفید ( مرغ بدون پوست و ماهی ) خصوصاً ماهی بیشتر استفاده نماییم.

تعداد وعده های غذایی روزانه 6 - 5 وعده و با حجم کم میل شود.

غذاهای روزانه را بیشتر به صورت آب پز، بخارپز و کبابی تهیه نماییم و برای طبخ غذا از روغن های مایع زیتون و آفتاب گردان و در صورت سرخ کردن از روغن مخصوص سرخ کردنی استفاده نماییم.

برای طعم دادن به غذا، به جای نمک از سبزیجات معطر، آبلیمو، آبغوره و ادویه استفاده نماییم.

از نان های سیبوس دار ( سنگک ، نان جو ) استفاده نماییم.

مصرف مواد غذایی چرب مانند شیرینی های خامه دار، چیپس، سس سفید سالاد، سوسیس، کالباس، همبرگر، کله پاچه، مغز، دل و قلوه و غذاهای کنسرو شده اجتناب کنید.

## 8-استرس را کاهش دهیم.

استرس و فشارهای روحی و روانی منجر به تنگی عروق کرونری ( عروق قلب ) و افزایش کار قلب می شود. بهترین راه مقابله با استرس و نگرانی پیدا کردن علت و راه حل مناسب برای مقابله با آنهاست. بنابراین توصیه می شود:

ورزش و فعالیت بدنی منظم داشته باشیم و به کارهای روزانه خود نظم دهیم. پیاده روی روزانه باعث کاهش استرس و افزایش نشاط و شادابی می شود.

در هنگام مواجهه با هرگونه استرس باید آرامش خود را حفظ کنیم و روی مبل در حالت کاملاً راحت قرار بگیریم و چند نفس عمیق بکشیم.

در مورد مشکلات خود صحبت و قبول کنیم که ضرورتی ندارد همه مشکلات زندگی را خودمان حل کنیم.

**اندانسترون:**

نامهای تجاری: Demitron - Zofran

رده درمانی: ضد استفراغ .

رده فارماکولوژیک: آنتاگونیست گیرنده سروتونین

مصرف در بارداری: گروه B

اشکال دارویی: قرص روکش دار ۴ میلی گرمی، محلول خوراکی ۴ میلی گرم در ۵ سی سی، آمپول ۲ میلی گرم در ۲ سی سی، ۲ سی سی، و ۴ سی سی.

موارد مصرف

پیشگیری از تهوع و استفراغ ناشی از شروع و تکرار دوره‌های شیمی درمانی کانسر، به خصوص همراه با سیس پلاتین

پیشگیری از بروز تهوع و استفراغ ناشی از رادیاسیون درمانی

پیشگیری از بروز تهوع و استفراغ بعد از عمل جراحی

طریقه مصرف

جهت پیشگیری از تهوع و استفراغ ناشی از شروع و تکرار دوره‌های شیمی درمانی، به خصوص همراه با سیس پلاتین:

دربالغین و کودکان بزرگتر از ۴ سال: ۳۰ دقیقه قبل از شروع شیمی درمانی، ۰,۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، از راه وریدی و در خلال ۱۵ دقیقه انفوزیون می‌شود و سپس ۰,۱۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، ۴ و ۸ ساعت بعد از دوز اول تجویز می‌شود. همچنین می‌توان دارو را به صورت دوز واحد و به میزان، ۳۲ میلی گرم، ۳۰ دقیقه قبل از شیمی درمانی تجویز نمود.

روش دیگر: در بالغین و کودکان بزرگتر از ۱۲ سال: ۸ میلی گرم از راه خوراکی دو بار در روز تجویز می‌شود. دارو باید ۳۰ دقیقه قبل از شروع شیمی درمانی و سپس ۸ ساعت بعد از دوز اول تکرار شود و سپس ۸ میلی گرم هر ۱۲ ساعت تا دو روز بعد از اتمام شیمی درمانی تجویز می‌شود.

در کودکان سنین ۴ تا ۱۲ سال: ۴ میلی گرم از راه خوراکی، سه بار در روز تجویز می‌شود. ترتیب تجویز دارو، مشابه بالغین است.

جهت پیشگیری از بروز تهوع و استفراغ ناشی از رادیاسیون:

دربالغین: ۸ میلی گرم، از راه خوراکی، سه بار در روز تجویز می‌شود.

جهت پیشگیری از بروز تهوع و استفراغ بعد از عمل:

در بالغین : ۱۶ میلی گرم، از راه خوراکی یک ساعت قبل از بیهوشی یا ۴ میلی گرم از راه وریدی بلافاصله قبل بیهوشی یا به فاصله کوتاهی بعد از عمل تجویز می‌شود.

موارد منع مصرف

حساسیت مفرط نسبت به دارو .

نکته: در نارسایی کبد باید اندانسترون را، با احتیاط تجویز کرد.

تداخلات دارویی

داروهایی که سیستم آنزیمی سیتوکروم را تحریک یا مهار می‌نمایند، باعث تغییر کلیرانس و نیمه عمر این دارو می‌شوند ولی در این موارد نیازی به تنظیم دوزاژ وجود ندارد.

عوارض جانبی

در دستگاه اعصاب مرکزی: سردرد، ضعف، خستگی، سرگیجه،

در پوست: بثورات جلدی

در دستگاه گوارش: اسهال، یبوست، درد شکم، گزرواستومیا خشکی دهان،

در کبد: افزایش گذرای ترانس آمینازهای کبدی

در سایر دستگاهها: دردهای عضلانی-استخوانی، لرز، احتباس ادراری، درد قفسه سینه، تب، هیپوکسی

### دی سیکلومین:

رده درمانی: آنتی اسپاسمودیک گوارشی

مصرف در حاملگی: گروه B

اشکال دارویی: قرص: 10MG، تزریقی: 20 MG/2ML

اندیکاسیون: داروی کمکی در درمان زخم پپتیک و سایر اختلالات فونکسیونل دستگاه گوارش، کولیک شیرخواران

کنتراندیکاسیون: بیماری های انسدادی دستگاه گوارش، اروپاتی انسدادی، کودکان با سن کمتر از ۶ ماه

تداخلات دارویی: مصرف همزمان دارو با آنتی هیستامین ها، داروهای ضد افسردگی، کینیدین و دیزوپیرامید اثر آنتی کولینرژیک دارو را تشدید می گردد.

داروهای آنتی کولینرژیک جذب سایر داروهای مصرف شده خوراکی را کاهش می دهد.

عوارض:

سر درد، تاکی کاردی، احتباس ادراری، تاری دید، اتساع شکم، استفراغ.

در صورت ایجاد افزایش حساسیت، احتباس ادراری با ایجاد علائم شبیه کوکورا مصرف دارو بایستی قطع گردد.

توجهات بالینی:

به بیمار بیاموزید دارو را کاملاً طبق دستور پزشک مصرف نماید. دوز فراموش شده بلافاصله پس از به خاطر آوردن مصرف نماید مگر اینکه فاصله زمانی تا دوز بعدی وجود نداشته باشد.

مصرف دارو باعث خواب آلودگی، سرگیجه، اختلال بینایی می‌گردد، به بیمار تذکر دهید قبل از مشخص شدن اثر دارو از رانندگی و فعالیت‌هایی نیازمند هوشیاری پرهیز نماید.

به بیمار توصیه نمایید جهت تخفیف احتمال بروز هیپو تانسین ارتواستاتیک از تغییر وضعیت ناگهانی پرهیز نماید. بهتر است دارو ۳۰ دقیقه قبل از غذا و هنگام خواب مصرف گردد.

### **رانیتیدین:**

**رده درمانی:** ضد زخم پپتیک

**مصرف در حاملگی:** گروه B

**اشکال دارویی:** قرص، شربت، کپسول، تزریقی

**اندیکاسیون:** زخم معده و دئودنوم، رفلاکس گاستروازوفازیال، پروفیلاکسی استرسی اولسر

**کنتراندیکاسیون:** آلرژی نسبت به دارو

**تداخلات دارویی:** مصرف سیگار در طی درمان، اثر درو را کاهش می‌دهد.

مصرف رانیتیدین باعث کاهش جذب کتوکونازول می‌گردد.

**عوارض:** سرگیجه، ضعف، راش، بیوست، آگرانولوسیتوز

### **توجهات بالینی:**

تجویز رانیتیدین همراه با غذا تاثیری روی جذب و غلظت سرمی ندارد.

رانیتیدین را قبل از تجویز وریدی با 20ML از محلول نرمال سالین رقیق کرده و با سرعت 4ML/MIN تزریق گردد.

در صورتی که کلیرانس کراتی نین بیمار کمتر از 50ML/MIN است دوز دارو را باید به 150 MG یکبار در روز کاهش داد.

به بیمار توصیه نمایید علی‌رغم احساس بهبودی دارو را در یک دوره کامل و مطابق با تجویز به کار برد و در صورت فراموش کردن یک دوز بلافاصله پس از به خاطر آوردن مصرف نماید مگر اینکه فاصله زمانی تا دوز بعدی وجود نداشته باشد.

به بیمار بیاموزید بروز علائمی چون تیرگی یا قیری رنگ شدن مدفوع، اسهال، گیجی، راش یا کانفوزیون را سریعاً به پزشک اطلاع دهید.

## فوزومايد:

رده درماني: ديورتيك، ضد هيپرتانسيون

مصرف در حاملگي: گروه C

اشكال دارويي: قرص 40 MG، تزريقي 10 MG/ML

انديكاسيون: ادم حاد ريوي، ادم، هيپركلسمي، هيپرتانسيون، نارساي مزمن كليوي، حملات هيپرتانسيون، نارساي حاد كليوي

كنتراندنيكاسيون: حساسيت به دارو، انوري، كوماي هيپاتيک

## تداخلات دارويي:

هيپو كالمي ناشي از مصرف اين دارو به دنبال صرف با ساير ديورتيكها تشديد مي گردد.

مصرف اين دارو دفع ليتيوم را کاهش داده و باعث مسموميت دارويي مي گردد.

مصرف اين دارو اثر داروهای ضد انعقاد خوراکی را افزايش مي دهد.

هيپو كالمي ناشي از مصرف اين دارو را احتمال بروز مسموميت با گليكوزيد هاي قلبي را افزايش مي دهد.

## عوارض:

كري گذرا ناشي از تزريق سريع وريدي، درد شكم، دهيدراسيون، هيپوتانسيون ارتواستاتيک، هيپو كالمي، هيپو كلسمي، هيپرگليسمي، در صورت دهيدراتاسيون يا هيپوتانسيون و يا افزايش BUN و CR مصرف دارو را قطع نماييد.

## توجهات باليني:

دارو را مي توان همراه با غذا يا شير تجويز کرد.

تغيير مختصر در رنگ قرص، تاثيري در ميزان اثر ندارد، ولي در صورت تغيير رنگ محلول تزريقي از مصرف آن خودداري نماييد.

به بيمار بياموزيد دارو را كاملا طبق دستور پزشک مصرف نمايد. دوز فراموش شده بلافاصله پس از به خاطر آوردن مصرف نمايد ولي از دو برار کردن دوزهای بعدي دارو پرهيز نمايد. به بيمار تحت درمان ضد فشارخون توصيه نماييد علي رغم احساس بهبودي دارو را ادامه دهد. اين دارو قادر به درمان هيپرتانسيون نمي باشد بلکه فقط آن را کنترل مي نمايد.

به بيمار توصيه نماييد رژيم غذايي پر پتاسيم را رعايت نمايد.

در صورت بروز ضعف عضلاني، كرامپ، تهوع، استفراغ، سرگيجه، بي حسي يا سوزن سوزن شدن اندام ها به پزشک مراجعه نماييد.



## کتورولاک:

رده درمانی: داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی

مصرف در حاملگی: گروه C

اشکال دارویی: قرص، آمپول، قطره چشمی-

KETOROLAC 10MG TAB

KETOROLAC 10MG/ML INJ

KETOROLAC 30MG/ML INJ

KETOROLAC 60MG/2ML INJ

KETOROLAC TROMETAMIN 0.5% 5ML OPH DROP

اندیکاسیون: کتورولاک هم مانند سایر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی برای تسکین دردهای متوسط تا شدید و حتی دردهای پس از جراحی تجویز میشود.

کنتراندیکاسیون: مصرف این دارو در بارداری اکیدا ممنوع است و جزء گروه X طبقه بندی می شود. ممکن است باعث مرگ یا نقص عضو جنین شود.

در بیماران دارای سابقه حساسیت به آسپرین یا داروهای دیگر NSAID، سابقه آسم، پولیپ بینی، برنکواسپاسم یا آنژیوادم، سابقه خونریزی یا زخم گوارشی، در بیماران با نارسائی متوسط تا شدید کلیوی، در افراد دهیدره و افرادی که حجم خون آنها کاهش یافته، افرادی که عیب انعقادی یا بیماریهای خونریزی دهنده دارند و در خونریزیهای داخل مغزی، قبل یا در حین و یا بعد از عمل جراحی به دلیل مهار پلاکتها نیایستی مصرف شود.

تداخلات دارویی: نباید همراه با سایر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، سالیسیلاتها، ضد انعقادها، والپروات، داروهای ضد تشنج مصرف شود.

**عوارض:** اختلالات و خونریزی های دستگاه گوارشی، و ایجاد زخم پپتیک، کرامپ شکمی، واکنش های آلرژیک مثل شوک آنافیلاکسی، دیگر عوارض جانبی گزارش شده خواب آلودگی، سرگیجه، سردرد و تغییرات مغزی و حسی، واکنشهای روانی، تعریق، خشکی دهان، تشنگی، تب، تشنج، درد عضلات، منژیت غیر عفونی، فشار خون، تنگی نفس، ادم ریوی، برادیکاردی، درد قفسه صدری، طپش قلب، احتباس مایعات، افزایش اوره و کراتینین خون، نارسائی حاد کلیوی، ادم، کاهش سدیم خون، افزایش پتاسیم خون، تکرار یا احتباس ادرار، سندرم نفروتیک، درد پهلو همراه هماچوری یا بدون آن، پورپورا، ترومبوسیتوپنی، خون دماغ، مهار تجمع پلاکتی، افزایش زمان خونروی، خونریزی از زخم پس از عمل جراحی، هماتوم، قرمز شدن یا رنگ پریدگی و پانکراتیت. واکنشهای شدید پوستی شامل سندرم استیون جانسون و سندرم لیل Lyell گزارش شده است. تغییرات عملکرد کبدی می تواند اتفاق افتد. هپاتیت و نارسائی کبد گزارش شده است. درد در محل تزریق ممکن است وجود داشته باشد

## توجهات بالینی:

مصرف این دارو در بارداری اکیدا ممنوع است و جزء گروه X طبقه بندی می شود. ممکن است باعث مرگ یا نقص عضو جنین شود. در بیماران دارای سابقه حساسیت به آسپرین یا داروهای دیگر NSAID، سابقه آسم، پولیپ بینی، برنکواسپاسم یا آنژیوادم، سابقه خونریزی یا زخم گوارشی، در بیماران با نارسائی متوسط تا شدید کلیوی، در افراد دهیدره و افرادی که حجم خون آنها کاهش یافته، افرادی که عیب انعقادی یا بیماریهای خونریزی دهنده دارند و در خونریزیهای داخل مغزی، قبل یا در

حین و یا بعد از عمل جراحی به دلیل مهار پلاکتها نبایستی مصرف شود [۱]. مانند دیگر داروهای NSAID. در حین حاملگی و زایمان و شیردهی نباید مصرف شود. در افراد مسن و در بیماران که از ۵۰ کیلوگرم کمترند باید دوز آن کاهش یابد. در افرادی که اختلال خفیف کلیوی دارند بایستی میزان دارو کاهش یابد و تحت نظارت دقیق عملکرد کلیه ها مصرف شوند. در نارسایی قلبی، اختلال کبدی و مواردی که حجم خون کاهش یافته است و یا گردش خون کلیه کم است باید با احتیاط کامل مصرف شود. اگر علائم بیماری کبدی بوجود آمد بایستی دارو قطع شود. می تواند رانندگی و دیگر فعالیتهای دقیق را مختل کند. نکته قابل توجه در مورد این دارو ممنوعیت مصرف آن بیشتر از ۱۰ روز است. این دارو جز دارو های رده X در بارداری میباشد و مادران باردار و شیر ده نباید از این دارو مصرف کنند.

پیش از شروع مصرف کتورولاک

– در صورت بارداری ( خصوصاً در ماه های آخر بارداری ) ، اقدام به بارداری و شیردهی به پزشک خود اطلاع دهید .

– در صورت مصرف داروهای پنتوکسی فیلین و پروبنسید به پزشک خود اطلاع دهید . زیرا مصرف این داروها هم زمان با کتورولاک می تواند خطر آفرین باشد .

از آنجا که این دارو می تواند در عملکرد داروهای دیگر در بدن اختلال ایجاد کند لازم است پیش از شروع مصرف لیستی از کلیه ی داروهای مصرفی خود در اختیار پزشک یا داروسازتان قرار دهید. خصوصاً مصرف داروهای ضد افسردگی ، داروهای قلبی ، آرامبخش ، ضد صرع ، داروهای ضد فشار خون (مثل کاپتوپریل ، انالاپریل ) ، داروهای ادرار آور ، وارفارین ، کورتیکواستروئید ها و سایر داروهای ضد درد رابه پزشک خود اطلاع دهید .

در صورتی که قصد عمل جراحی یا درمان دندانپزشکی را دارید به پزشک خود در مورد مصرف این دارو اطلاع دهید.

– در صورت سابقه ی مشکلات گوارشی ( خونریزی یا زخم معده یا روده ) ، کلیوی ، اسهال و استفراغ شدید در چند روز اخیر ، حساسیت دارویی ( خصوصاً به سایر داروهای ضد درد مانند آسپرین ، ناپروکسن ، ایپروبروفن و ... ) ، آسم و مشکلات تنفسی و مشکلات قلبی ( نارسایی قلبی ، ورم دست و پا و مچ ها ) و سایر موارد به پزشک خود اطلاع دهید .

– در افراد بالای ۶۵ سال مصرف دارو با توجه به نظر پزشک مجاز می باشد .

توصیه ها

این دارو ممکن است موجب خواب آلودگی و گیجی شود. در این صورت از رانندگی و کارهایی که نیاز به احتیاط و تمرکز دارند تا زمانی که اثر دارو برطرف نشده است، خودداری کنید.

مصرف الکل در مدت درمان با این دارو می تواند احتمال بروز عوارض ناشی از این دارو را افزایش دهد.

– عوارض گوارشی مربوط به مصرف طولانی مدت ضد درد ها نیاز به بررسی و توجه خاص دارد. لذا در صورت دل درد شدید ، خونریزی معده ، مدفوع تیره، استفراغ تیره یا حاوی خون دارو را قطع و حتماً به پزشک خود مراجعه کنید .

در صورت فراموشی یک نوبت دارو بلافاصله آن را مصرف نمایید اما از دوبرابر کردن مقدار دارو در یک نوبت جداً خودداری نمایید.

– مصرف این دارو را برای تسکین درد به افراد دیگر توصیه ننمایید . زیرا مصرف این دارو در هر فرد باید با توجه به شرایط وی توسط پزشک یا داروساز صلاح دیده شود.

– در صورتی که فرم خوراکی دارو برای شما تجویز شده است ، جهت کاهش عوارض گوارشی آن را پس از غذا مصرف نمایید .

– از مصرف چند داروی ضد درد با هم برای اثر بیشتر خودداری نمایید . همچنین از مصرف مقدار داروی بیشتر از تجویز پزشک نیز خودداری نمایید .

– سرگیجه و خواب آلودگی

– برای سردرد احتمالی ناشی از مصرف این دارو از داروساز خود درمورد داروی ضد درد مناسب سوال بفرمایید اما در صورت ادامه دار و شدید شدن سردرد به پزشک خود مراجعه نمایید.

– اسهال و یبوست و نفخ که معمولاً خفیف است و . خودبخود رفع می گردد اما در صورت ادامه دار یا شدید شدن این عوارض به پزشک خود مراجعه نمایید.

– تعریق و زخم دهانی

– در صورت تب ، لکه های قرمز و وسیع پوستی ، افزایش بی دلیل وزن ، تنگی نفس ، ورم شکم ، ورم مفاصل ، ورم پا یا ریه ، زردی پوست ، خستگی بیش از حد ، خونریزی بی دلیل ، تهوع و دل درد و مدفوع تیره و استفراغ خونی ، ضربان قلب بالا و هرگونه علامت غیر طبیعی دیگر ، کتورولاک را قطع کرده و به پزشک خود مراجعه کنید .

خطر مسمومیت

در صورت مصرف بیش از مقدار تجویز شده ی دارو ، یا مصرف ناخواسته ، احتمال مسمومیت وجود دارد لذا فوراً با مرکز کنترل مسمومیت تماس بگیرید.

## کنترل عفونت

بهداشت دست چیست ؟

بهداشت دست یک واژه کلی است که به هر نوع عمل شستشوی دست اشاره می شود. شامل موارد زیر است:

۱. شستن دست ها با آب و صابون یا یک محلول صابون

۲. استفاده از یک محلول ضد میکروبی مالش دست برای سطح دست ها

بهداشت دست موثرترین روش برای کاهش عفونت های بیمارستان است. هنگامی که بهداشت دست به طور صحیح انجام می شود نتایج آن، کاهش میکروارگانیسم های دست ها است.

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایع ترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستان ها محسوب می گردد. برای اینکه جلوی انتقال بیماری گرفته شود خط اول مبارزه شستشوی صحیح دستان افراد دخیل در مراقبت پزشکی است. همه ساله بسیاری از بیماری ها که از طریق دست آلوده منتقل می شوند باعث مرگ و میر و در گروه های سنی مختلف از جمله کودکان زیر پنج سال می شود. در نتیجه تماس های روزانه بین بیمار و کادر درمان میکروب ها به راحتی از طریق دستان آلوده انتقال می یابند ۸۵٪ از عفونت های بیمارستانی از طریق دستان آلوده منتقل می گردد. بنابراین شستشوی دست می تواند جلوی انتقال بیماری های اسهالی پنومونی انگل های روده ای آنفولانزا عفونت های پوستی و ... را بگیرد.

دستهای شما شاید تمیز به نظر بیاید، اما از همه جا میکروب جذب می کند. در فصل سرما خوردگی یا به هنگام شیوع بیماری های عفونی، شاید با افراد بیماری که عطسه و سرفه می کنند در تماس باشید. دست زدن به مواد غذایی، لمس کردن لوازم مشترک از جمله دکمه آسانسور، نرده های پله، دستگیره در، صفحه کلید، بخصوص تلفن همراه و... ما را در معرض میکروب قرار می دهد؛ اما با شستن درست و دقیق دستها علاوه بر از بین بردن بیشتر میکروب ها، خطر ابتلای خود و دیگران را نیز کاهش میدهیم.

شاخص های کنترل عفونت:

۱. عفونت بیمارستانی

۲. میزان مواجهه شغلی

۳. شستشوی دست

۴. حفاظت فردی

هدف از شستشوی دست :

۱. زدودن موجودات میکروسکوپی و بیمارزائی است که در طی تماس های روزمره بر روی پوست تجمع پیدا کرده و به سلامت فرد و سایرین آسیب وارد می کند.

۲. شکستن زنجیره انتقال عفونت از طریق دست در طی تماس مستقیمی غیر مستقیم

۳. کاهش عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی و درمانی

۴. بهبود بهداشت فردی و کنترل اپیدمی ها

۵. کاهش بار بیماریهای عفونی ناشی از مراقبت های بهداشتی

۶. پیشگیری از عفونت پرسنل

چگونه:

**روش درست شستن دست ها**  
**در ۱۰ مرحله**

- 

دست ها را خیس کرده و بعد ان ها را صابونی کنید.
- 

کف دست ها را با هم بشویید.
- 

بین انگشتان را در قسمت پشت بشویید.
- 

بین انگشتان را از رو برو بشویید.
- 

نوک انگشتان را در هم گره کرده و به خوبی بشویید.
- 

شست ها را جداگانه و دقیق بشویید.
- 

خطوط کف دست را با نوک انگشتان بشویید.
- 

دور مع هر دو دست را بشویید.
- 

دست ها را با دستمال خشک کنید.
- 

با همان دستمال شیر آب را ببندید و دستمال را در سطل زباله بیاندازید.

## راهنمای استفاده از مواد الکل دار ضد عفونی دست ها در مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان ها، آزمایشگاه ها، درمانگاهها و ...



۴- کف دست راست را به پشت دست چپ و بین انگشتان بمالید. این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.



۲- کف دست ها را به هم بمالید.



۱- یک دست را از ماده ضد عفونی کننده کاملاً پر کنید

### مواد ضد عفونی کننده

☀ دست های کثیف را با آب و صابون بشوید

☀ می توانید برای بهداشت دست ها از مواد ضد عفونی کننده استفاده کنید.

☀ روش صحیح استفاده از مواد ضد عفونی کننده مهم است

☀ مدت زمان مناسب برای ضد عفونی کردن دست ها ۲۰ تا ۳۰ ثانیه می باشد.



۶- شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید. این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.



۵- پشت انگشتان را به حالت خوب شده بکف دست دیگر بمالید.



۳- کف دست ها و بین انگشتان را به هم بمالید.



۹- دستان شما لغیر است.



۸- مچ دست راست را با دست چپ و مچ دست چپ را با دست راست بمالید



۷- شست دست چپ را به صورت چرخشی توسط کف دست راست بمالید. این عمل با دست دیگر نیز انجام شود.



واحد کنترل عفونت و بهداشت مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)

- آستین های خود را تا کنید .

- زیورآلات و ساعت را از دست خارج نمایید

- ناخن ها کوتاه و بدون لاک باشد .

- دست ها را کاملاً از محلول الکلی ( ۲۰-۳۰ ) یا صابون (۴۰-۶۰ ثانیه ) پر کنید و آن را به همه سطوح دست ( کف دست ، پشت دست ، لای انگشتان ، نوک انگشتان ، شصت و مچ ) بمالید

- دست ها را با آب شستشو دهید و با دستمال کاغذی خشک نمایید .

چه کسانی باید بهداشت دست را رعایت کنند؟

- هر کسی باید در منزل ، بیمارستان و جامعه بهداشت دست را رعایت کند.
- مخصوصاً مهم است که هر فردی که به مرکز مراقبت سلامت وارد می شود بهداشت دست را رعایت کند.

- نه فقط پرستاران یا پزشکان نیاز است که به طور منظم بهداشت دست را رعایت کنند بلکه هر فردی که در یک مرکز مراقبت سلامت کار می کند و همچنین بیماران و ملاقات کنندگان نیز باید بهداشت دست را رعایت کنند.

را بهداشت دست اهمیت دارد ؟

عفونت ها یک مسئله جدی در مراکز مراقبت سلامت هستند. میکرو ارگانیسم هایی که باعث عفونت می شوند از طریق دستان کارکنان مراقبت سلامت در طی فعالیت های روزانه منتقل می شوند رخداد های شایع از این نوع شامل موارد زیر هستند:

- انتقال میکرو ارگانیسم های خود بیمار از یک قسمت از بدن به سطح دیگر
- انتقال میکرو ارگانیسم ها از یک بیمار به بیمار دیگر
- انتقال میکرو ارگانیسم ها از محیط و تجهیزات مراقبت سلامت
- کارکنان مراقبت سلامت میکرو ارگانیسم های روی دستانشان را در نتیجه تماس کسب می کنند. کارکنان سپس می توانند ندانسته میکروارگانیسم ها را از دستانشان به بیماران و محیط منتقل کنند.
- بهداشت دست به طور صحیح ، تعداد میکرو ارگانیسم های روی دست ها را کاهش دهد و انتشار این میکروارگانیسم ها را محدود می کند.

## ایمنی بیمار

شاخص های ایمنی بیمار:

۱. تخریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر
۲. ایجاد زخم فشاری جدید درجه ۱ تا ۴ یا زخم فشاری تونلی در بیماران پس از بستری و یا افزایش درجه زخم در زخم های قبلی
۳. سقوط بیمار
۴. شوک آنافیلاکسی ناشی از مصرف خوراکی یا تخریق نجر به مرگ یا عوارض پایدار یا شدید
۵. عفونت بیمارستانی شدید منجر به مرگ یا عارضه یا شدید
۶. نسبت خطا به کل خطاهای کشف شده و گزارش شده

ارزیابی ایمنی بیمار

به دلیل اینکه موضوع ایمنی چند بعدی است، درک و پایش و توسعه ایمنی نیازمند اندازه گیری های مختلف داده های (کمی و کیفی) است شامل:

اندازه گیری رضایتمندی بیمار

اندازه گیری های کمی و کیفی فرهنگ ایمنی بیمار

داده های روتین بیمار

پرونده بیماران

سیستم های گزارش دهی

ارزش تحلیل کیفی رویدادهای نامطلوب و فعالیت سازمانی در افزایش دانش علمی، پیشگیری و عملکرد ایمن، مهم است.

در روشهای کمی از شاخص ها و روشهای تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیکی استفاده می گردد تا بطور سیستماتیک وجوه ایمنی بیمار را بطور کمی اندازه گیری نماییم.

اهداف ایمنی بیمار

هدف اصلی: حفظ و ارتقا امنیت بیمار

هدف اول: شناسایی صحیح بیماران



هدف دوم : بهبود ارتباطات موثر

هدف سوم : بهبود ایمنی در داروهای پر خطر

هدف چهارم: بیمار صحیح، موضع صحیح، روش صحیح

هدف پنجم : کاهش خطر ناشی از عفونت های مرتبط با مراقبت های سلامتی

هدف ششم : کاهش آسیب های ناشی از سقوط بیمار

هر روز تعداد بسیار زیادی از بیماران در بیمارستان های جهان به طور ایمن مورد مداوا و معالجه قرار می گیرند اما با

ارتقای دانش و تکنولوژی در دهه های اخیر ارایه خدمات درمانی بسیار پیچیده تر گردیده است . بالطبع در چنین

شرایطی احتمال ایجاد خطر در ارایه خدمات درمانی افزایش یافته و مستندات تجربی نیز نشان دهنده این است که

تعداد بیمارانی که به علت خطاهای پزشکی دچار عارضه می گردند غیر قابل چشم پوشی می باشد. بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار به عنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام های سلامت کشورهای مختلف به شمار می رود و تعدادی از کشورهای توسعه یافته در این زمینه به عنوان پیشاهنگ عمل می نمایند. مدل هفت گام ایمنی بیمار در جهت ایجاد یک محیط ایمن تر جهت ارائه خدمات ایمنی در پیشینه تحقیق و مستندات نظام سلامت کشورهای توسعه یافته به عنوان یک الگوی ساختاری مورد استفاده قرار گرفته است. استقرار این مدل به سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت نیز در تحقق معیار های حاکمیت بالینی، مدیریت خطر و ارتقای کیفیت نیز کمک می نماید.

وقایع ناخواسته:

● وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

۱. . انجام عمل جراحی به صورت اشتبا روی عضو سالم

۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتبا روی بیمار دیگر

۳. انجام عمل جراحی با روش اشتبا بر روی بیمار ( مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در يك عضو از بد است و مي بايد يکي از تود های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرد است برداشته شود و به اشتبا توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و .. )

۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن بیمار

۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلا فاصله بعد از عمل در بیمار دارای ضایعات سلامت طبیعی (کلاس يك طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا )

۶. تلقیح مصنوعی با دهند (DONOR) اشتبا در زوجین نابارور

● وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاد از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگا های آلوده (مثال: وصل دستگا دیالیز Ag HBS آنتی ژ مثبت به بیمار Ag HBS آنتی ژ منفی)

۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

● وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

۱۱. مفقود شد بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیا بستری...)

۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

● وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زما تزریق دارو،...

۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورد های خونی

۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

۱۸. کرنیکترو س نوزاد ناشی از تعلل در درمان

۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی).

● وقایع مرتبط با محیط درمانی:

۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)

۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کرد اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)

۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری،

، سقوط از پله ، ..)

● وقایع جنایی:

۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازیم اخلاق پزشکی

۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شت و ..) وارد به بیمار

۲۷. ربودن بیمار

۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

سقوط بیمار:

بر طبق ارزیابی مورس سقوط در بخش بستری به سه دسته ذیل تقسیم می گردد:

سقوط های تصادفی که ناشی از عوامل خارجی نظیر عوامل محیطی می باشند. سقوط فیزیولوژیک قابل پیش بینی که ناشی از عوامل داخلی فیزیولوژیک نظیر گنجی بوده و سقوط های فیزیولوژیک غیر قابل پیش بینی که منتج از حوادث غیر منتظره با منشأ داخلی نظیر شروع سنکوب و یا سکت میباشند. براساس بررسی های مورس ۷۸ درصد سقوط های مرتبط به عوامل فیزیولوژیک قابل پیش بینی را می توان شناسایی و به طریق ایمن مدیریت نمود و از خداد سقوط پیش گیری نمود.

عوامل خطر زا در بخش بستری حاد و مزمن:

#### ۱. عوامل خطر زای داخلی :

- سابقه سقوط قبلی
  - اختلالات بینایی
  - معلولیت های همراه و وضعیت مختل عملکردی از مهم ترین عوامل خطر زا در بخش بستری حاد می باشد.
  - قامت لرزان: نوع راه رفتن
  - سیستم عضلانی اسکلتی: آتروفی عضلانی، کلسیفیکسیون تاندون ها، استئوپروز
  - وضعیت مغزی: گنجی، عدم هوشیاری، اختلال حافظه
  - بیماری های حاد: شروع سریع نشانه های توام با لرزش، سکت و افت فشارخون وضعیتی
  - بیماری های مزمن: دمانس، دیابت، گلوکوم، کاتاراکت، آرتریت و پارکینسون
  - جنسیت مونث عامل خطر زای بسیار قوی و درمورد سقوط است بویژه در سنین بالا
  - اختلالات قلبی عروقی نظیر سنکوب و ازوگال تنگی دریچه قلبی، انفارکتوس و آریتمی ها
  - آنمی، پایین بودن سطح سرمی هورمون پاراتیروئید، افزایش آکالین فسفاتاز، طولانی بودن زمان خونریزی، کمبود ویتامین D
  - بیماران سالمند، بیماران بستری در بخش ها
۱. عوامل خطر زای خارجی:

- مصرف دارو ها: داروهای مؤثر بر سیستم عصبی مرکزی مانند: آرام بخش ها، بنزودیازپین ها، مسکن ها و مصرف داروهای مانندی: خواب آور ها و شل کننده ها و.....
- فقدان ریل ها کمکی در توالت و دستشویی
- طراحی اسباب و اثاثیه اتاق و بخش ها
- شرایط زمین: کفیوش ها ی کنده شده، فرش و سطوح لغزنده
- عدم کفایت وسایل کمکی حرکتی مانند ویلچر عصا
- پایین بودن نسبت تعداد کمک پرستاران به بیماران

پیشگیری مؤثر از سقوط بیماران منوط به کار تیمی و برنامه ریزی منسجم درمانی است:

- بیماران را راهنمایی کنید که دمپایی یا کفش های مناسب بپوشند. تا سر نخورند.
- در کنار تخت بیمار صندلی راحتی بگذارید.
- ترتیبی اتخاذ شود که راهرو منتهی به توالت و دستشویی واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع فاشیا زاید و اضافی باشد.
- مطمئن شوید در راهرو ها مانعی بر سر راه بیماران قرار ندارد.
- در صورت لزوم دسترسی بیمار به واکر، عصا و سایر وسایل کمک حرکتی تسهیل نمایید.
- حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگهدارید.

- ارتفاع تخت از زمین را ارزیابی نمایید به نحوی که در حین حفظ آسایش و راحتی بیمار و کارکنان در پایین ترین سطح ممکن قرار داشته باشد.
- محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار، بررسی نمایید.
- در اتاق درمان یا واحدهای تشخیصی، بیماران در عرض خطر را تنها رها نکنید.
- در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکاردها مطمین شوید.
- بیمار یا مراقبین وی را درمورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.
- در شب محیط به صورت نسبی روشن نگهدارید.
- در بین ساعات ۶ صبح تا ۱۰ شب هر یک ساعت یکبار به بیمار سرکشی کنید و فعالیت زیر را انجام دهید:

- (a) سطح درد بیمار را بررسی کنید.
- (b) داروی بیمار را در اختیار وی قرار دهید.
- (c) نیاز بیمار به اجابت مزاج را بررسی کنید.
- (d) وضعیت دمپایی بیمار را بررسی نمایید.
- (e) مطمئن شوید که تخت بیمار در وضعیت قفل شده قرار دارد.
- (f) از سهولت دسترسی بیمار به زنگ احضار پرستار مطمئن شوید.
- (g) از سهولت دسترسی بیمار به تلفن مطمین شوید.
- (h) از سهولت دسترسی بیمار به کنترل تلویزیون مطمین شوید.
- (i) میز کنار تخت را در دسترس بیمار قرار دهید.
- (j) سطل آشغال را در دسترس بیمار قرار دهید.
- (k) دستمال کاغذی در دسترس بیمار قرار دهید.
- (l) قبل از ترک بالین بیمار به وی اطمینان دهید که حداکثر تا یک ساعت دیگر یکی از همکاران پرستار به او سرکشی خواهد کرد.
- (m) در صورتی که بیمار دارویی مصرف می کند که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن بیمار وی تاثیر گذار می باشد. بیمار را به لحاظ سقوط زمانی که دارو به بیشترین میزان خود می رسد کنترل نماید.
- (n) در صورتی که بیمار داروهایی برای پرفشاری خون، داروهای قلبی، آنتی آریتمی یا ضد افسردگی مصرف می کند، احتمال سقوط برلی وی در حد متوسط می باشد.
- (o) در صورتی که بیمار داروهای دیورتیک مصرف می کند، احتمال خطر سقوط برلی وی پایین می باشد.
- (p) در صورتی که وضعیت روانی بیمار در حین پذیرش یا انتقال نامعین می باشد یا دچار فعالیت روانی شده است، به منظور اطمینان از وجود دلیریوم در وی نیاز به ارزیابی بیشتر می باشد.
- (q) بیمارانی که دچار مشکل حرکتی می باشند:
  - i. وسایل کمک حرکتی آنان بایستی در کنار تخت و به سهولت قابل دسترسی باشد. در صورتی که بیماران که بیماران وسایل کمک حرکتی خود را از منزل آورده باشند، بایستی ایمنی وسایل جهت استفاده در بخش بررسی نمود.
  - ii. حتی با وجود وسایل کمک حرکتی بیماران ممکن است، نیاز به کمک پرستاران برای حرکت داشته باشند.
  - iii. بایستی نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند، بر طبق برنامه ریزی رفع شود.
- (r) اختلال بینایی بیماران بستری در حد امکان بایستی رفع گردد.

پیشگیری از زخم فشاری:

۱. در صورتی که بیمار داری زخم فشاری می باشد بایستی سطح زخم توسط کارشناس زخم بیمارستان تعیین گردد.
۲. بیماران در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری با توجه به عوامل داخلی شناسایی گردد.

۳. عوامل موثر بر ایجاد با تشدید زخم فشاری به بیمار و همراهان وی توضیح داده شود.

۴. بهبود وضعیت تغذیه

۵. تغییر پوزیشن مناسب

۶. رعایت بهداشت فردی

نحوه شناسایی بیماران:

۱. تمامی بیماران دارای دستبند شناسایی باشند.
۲. دستبند به دست غالب بیمار بسته شود.
۳. بایستی در حین بستری بیماران دستبند های آسیب دیده یا گم شده، فوراً توسط مرجع ذی صلاح تهیه و تعویض شوند.
۴. الزامی است کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه دارای دستبند شناسایی باشند.
۵. بر روی دستبند های شناسایی نوشته شود بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
۶. در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دوبیمار بستری، ضروریست نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دوشناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
۷. تاکید می شود هیچ گاه از شماره تخت و اتاق بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.
۸. سیستم کد بندی رنگی رنگ "قرمز- فقط برای شناسایی بیمار مبتلا به آلرژی" و رنگ "زرد - برای شناسایی سایر گروه بیماران در معرض خطر (بیماران مستعد سقوط، یا ابتلا به زخم فشاری یا ترمبوآمبولیسم وریدی) بر روی دستبند چسبانیده می شود.
۹. شناسایی فعال بیمار قبل از ارائه هرگونه اقدامات و خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی صورت پذیرد.
۱۰. در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء می شود.

#### تحویل شیفت:

بر اساس SBAR انجام گردد.

ابزار ارتباطی ساختار یافته در جهت فرموله کردن اطلاعات مرتبط با بیمار است و از حذف اطلاعات مهم و موثر پیشگیری می کند.

تکنیکی جهت تسهیل ارتباط بین پزشک و پرستار بعنوان چهار چوبی در راستای گزارش شفاهی بیمارانی که نیاز فوری و مبرم به پزشک دارند بهره گرفته شده است. همچنین این تکنیک در بیمارستانها و مراکز مراقبتی بعنوان راه حلی موثر جهت پرکردن شکاف در خصوص انتقال بالینی بیماران، گزارش یا دستور شفاهی - تلفنی پیشنهاد می گردد.

تکنیکی برای تبادل اطلاعات حیاتی درباره دغدغه های مربوط به بیمار است که نیازمند توجه فوری و اقدام می باشند. هدف: از این تکنیک حصول اطمینان از آن است که اطلاعات صحیح بین کادر حرفه ای درمان مبادله می شود.

#### مزایای تکنیک SBAR

۱. به اشتراک گذاشتن اطلاعات دقیق و مرتبط
۲. اثر بخشی تحویل و تحول بین کارکنان
۳. سهولت در تصمیم گیری های درمانی
۴. اولویت بندی مناسب بیماران

۵. بهبود مدیریت زمان

۶. شنونده فعال بودن

## مراحل SBAR

گام اول: (Situation) : بیان وضعیت

در این گام ابتدا فرد نام و بخش خود را بیان می کند سپس نام بیمار و شماره اتاق آن را ذکر می کند و در نهایت دلیل اینکه تماس گرفته است را اظهار می نماید. در این گام مختصری از مسئله و مشکل و بیان میشود.

گام دوم: (Background) : سابقه /زمینه

بیان تشخیص ، دلیل پذیرش و تاریخ پذیرش بیان سابقه پزشکی بیمار خلاصه و مختصری از کارهای انجام شده و زمان انجام آن کارها به ترتیبی که انجام شده اند . فهرستی از داروهای تجویز شده /آلرژی ها و حساسیت های فرد/ مایعات تزریق شده و غیره علائم حیاتی بیمار  
نتایج آزمایشگاهی : تاریخ و زمان تستهای انجام شده و مقایسه با آزمایشات قبلی آخرین علایم و یافته های بالینی بیمار

گام سوم: (Assessment) ارزیابی

در این گام نتایج حاصل از ارزیابی بالینی انجام شده با فرد مقابل تسهیم و تشریح مساعی می شوند و اینکه چه چیزی باید مورد تحلیل بیشتر قرار بگیرد و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می کند یا خیر؟  
در این مرحله موارد زیر بیان می شوند :  
وضعیت ذهنی بیمار \* تعداد تنفس و کیفیت آن / تعداد نبض و کیفیت آن \* (V.S) \* آخرین علایم حیاتی  
\*تغییرات در ریتم قلبی \* درد \* تغییرات عصبی \* رنگ پوست  
\* سطح اکسیژن  
در این مرحله پرستار می تواند در خصوص مشکل بیمار نظر دهد . صداهای تنفسی در سمت راست کاهش یافته  
، اما با احساس درد همراه است . ممکن است پنوموتراکسی باشد .

گام چهارم:

Recommendation : توصیه ها یا پیشنهادات

در این گام بیان کنید که دنبال چه چیزی هستید؟ می خواهید برای این بیمار چه کاری را ؟ و چه موقع انجام دهید؟  
شما برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه نیازی به فرد مقابل دارید  
توصیه ها می توانند شامل موارد زیر باشند :  
\*انتقال بیمار \* تغییر درمان  
\*آمدن بر بالین بیمار همین حالا؟! \* صحبت کردن با بیمار یا خانواده او در مورد موضوع خاص  
و یا ... CBC,ERG,ABG,CXR \*تقاضا برای انجام مشاوره توسط پزشک و .... \* سایر پیشنهادات شامل  
\*اگر نوع و یا روند درمان تغییر کرده است سوال کنید "هر چند وقت یکبار؟"  
\*سوال کنید : اگر بیمار بهبود پیدا نکرد چه موقع دوباره تماس بگیرم؟  
\*برای اصلاح وضعیت چه باید بکنم ؟ من احساس می کنم که بیمار الان نیاز به ارزیابی دارد ؛ آیا می توانید

سریع خود را برسانید؟

از دو تکنیک زیر استفاده می گردد: Tell order در خصوص دستور شفاهی – تلفنی یا تکنیکی ساده برای حصول اطمینان از فهمیدن اطلاعات ارسالی از سوی فرستنده توسط :

#### :Check Back

دریافت کننده پیام است.

مرحله اول : فرستنده پیام را آغاز می کند.

مرحله دوم: دریافت کننده پیام را پذیرش کرده ، بازخورد میدهد.

مرحله سوم : فرستنده دوباره مرور میکند تا مطمئن شود پیام فهمیده شده است.

:Read Back: تکنیک بازخوانی اطلاعات و اطمینان از اینکه اطلاعات به درستی و وضوح درک شده است.



### منشور حقوق بیمار

بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه ی درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه ی نهایی درمان مشارکت نماید.

بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی، رضایت شخصی خود را در خاتمه ی درمان اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده ی پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می گیرد اطمینان حاصل نماید.

بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه ی بیمار خواهد بود.

بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال، و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.

بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه ی همکاری خودداری نماید.

بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه ی درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مراکز درمانی مقصد مطلع گردد.

دبیرخانه شورای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک



منابع:

برونرسودارث، کتاب فارماکولوژی.