



فصل دهم

گوارش

★ نوع فعالیت: کار گذاشتن لوله بینی - معده ای

هدف:

معاینه ، درمان و تغذیه از طریق لوله معدی - روده ای

وسایل مورد نیاز:

لوله بینی، معده ای (معمولاً شماره های ۱۲ ، ۱۴ ، ۱۶ یا ۱۸ برای بالغین، ۱۰ الی ۱۴ برای کودکان و ۵ الی ۸ برای نوزادان و شیر خواران) - ظرف برای استفراغ - تجهیزات ساکشن (سوند نلاتون - دستگاه ساکشن) - چسب - لیوان آب - دستکش - ژل محلول در آب - سرنگ ۵۰ سی سی مخصوص گاوآژ- محلول سرم فیزیولوژی- گوشی پزشکی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با بیمار ارتباط برقرار کنید .
۲	محیط امن و خلوت برای بیمار فراهم کنید.
۳	وسایل را از قبل آماده کرده و در دسترس قرار دهید.
۴	قبل از انجام کار، دستور پزشک را کنترل کنید .
۵	قبل از گذاشتن لوله چند دقیقه آن را در جای سرد بگذارید. چنانچه بیمار بیهوش است و نیاز به ساکشن حلق و دهان دارد قبل از گذاشتن NGT ، آن را انجام دهید.
۶	دستان خود را قبل از انجام پروسیجر بشوئید و دستکش بپوشید.

۷	به بیمار کمک کنید در وضعیت نیمه نشسته قرار بگیرید (اگر کتراندیکاسیون ندارد).
۸	اگر راست دست هستید در سمت راست بیمار قرار بگیرید .
۹	اندازه لوله را تا قسمتی که باید داخل شود علامت بزنید.
۱۰	چند سانت اول لوله را با ژل محلول در آب چرب کنید .
۱۱	لوله را از یک سو راخ بینی وارد کنید .
۱۲	وقتی لوله به حلق بیمار رسید به بیمار بگویید سرش را کمی به جلو خم کند و یک جرعه آب بنوشد.
۱۳	آنقدر لوله را داخل کنید تا به محل علامت زده برسید .
۱۴	برای این که از قرارگیری لوله در محل صحیح مطلع شوید، محتویات معده را آسپیره کنید یا هوا داخل لوله تزریق کنید و با گوشی سمع کنید .
۱۵	پس از اطمینان از قرار گرفتن لوله در معده، آن را به وسیله چسب ثابت کنید.
۱۶	وسایل را جمع کرده و دستکش را خارج کنید.
۱۷	مراحل انجام کار و حالات بیمار را در گزارش ثبت کنید.

نکات آموزشی:

- در نوزادان کم وزن (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) حداقل اندازه طول دهانی - معدی شامل: ۷۵۰ گرم ۱۳ سانتی متر، ۹۹۹-۷۵۰ گرم ۱۵ سانتی متر، ۱۲۴۹-۱۰۰۰ گرم ۱۷ سانتی متر و ۱۴۹۹-۱۲۵۰ گرم ۱۹ سانتی متر می باشد.

حجم هوایی که وارد معده می کنید ممکن است از ۰/۵ میلی لیتر در نوزاد نارس تا ۵ میلی لیتر در کودک بزرگتر متفاوت باشد.

★ عنوان فعالیت: تغذیه از طریق لوله غذایی

هدف:

تأمین مواد غذایی بیمارانی که قادر به دریافت مواد غذایی از راه دهان نمی باشند.

وسایل مورد نیاز:

ماده غذایی میکس شده طبق دستور و رژیم غذایی خاص بیمار - ظرف مدرج - آب به میزان کافی (۸۰ سی سی) - کلمپ - حوله یا پد نگه دارنده - سرنگ ۶۰ سی سی - گوشی - ست گاوآژ

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با بیمار ارتباط برقرار کنید .
۲	محیط امن برای بیمار ایجاد کنید .
۳	دستان خود را بشویید.
۴	دستکش تمیز بپوشید.
۵	وسایل مورد نیاز را از قبل آماده کنید.
۶	به بیمار کمک کنید تا در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.
۷	از محل صحیح لوله غذایی اطمینان حاصل کنید (با آسپیراسیون).
۸	ماده غذایی را از نظر دما کنترل کنید (درجه حرارت باید ولرم باشد).
۹	قبل از انجام گاوآژ ۳۰ سی سی آب گاوآژ کنید .

۱۰	لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار دهید.
۱۱	سرنگ را بالا بگیرد تا با نیروی جاذبه، مواد غذایی وارد معده شود.
۱۲	اگر لوله غذایی ژژنوستومی و گاستروستومی است مواد به آهستگی تزریق شود.
۱۳	بعد از انجام گاوآژ مقدار ۵۰ سی سی آب مجدداً گاوآژ کنید تا داخل لوله شسته شود.
۱۴	وضعیت سر بیمار را حداقل به مدت نیم ساعت ۳۰ درجه بالا نگه دارید.
۱۵	در صورت عدم تحمل بیمار گاوآژ را متوقف کرده و به پزشک اطلاع دهید.
۱۶	وسایل را جمع آوری کرده، دست ها را بشویید.
۱۷	میزان مایع گاوآژ شده، ساعت آن و موارد عدم تحمل بیمار را ثبت کنید.
۱۸	میزان مایعات گاوآژ شده را در فرم جذب و دفع ثبت کنید.

★ عنوان فعالیت: شست و شوی معده از طریق لوله بینی - معده ای

هدف:

خارج نمودن خون و مواد سمی از داخل معده

وسایل مورد نیاز: سرم فیزیولوژی - رابط - ست مخصوص لاواژ

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	لوله را کلامپ کنید و از دستگاه ساکشن یا تغذیه جدا کنید.
۲	قبل از انجام رویه، کنترل کنید تا لوله در معده باشد.
۳	سرنگ ۵۰ سی سی را با سرم فیزیولوژی پر کنید، بعد کلامپ را باز کرده و به آهستگی تزریق کنید، اگر محلول به راحتی وارد نشد از نظر مسدود شدن و نحوه قرار گیری پزشک را مطلع کنید .
۴	پیستون سرنگ را بکشید تا مایع شست و شو برگردد .
۵	مواد خارج شده را اندازه گیری کنید و خصوصیات مواد خارج شده را ثبت کنید .
۶	اگر لوله کدر بود چند بار دیگر آن را بشوید.
۷	دوباره لوله را کلامپ کرده سرنگ را بیرون بکشید و لوله را به دستگاه ساکشن یا تغذیه وصل کنید و کلامپ را باز کنید.
۸	بعد از در آوردن لوله، بهداشت دهان بیمار را حفظ کنید.
۹	مواردی را که باید ثبت کنید شامل ساعت گذاشتن و خارج کردن لوله ، نوع و اندازه لوله، مشکلاتی که حین گذاشتن لوله پیش آمده و مواردی که

محدودیت ایجاد کرده می باشد.

سازمان نظام پیر سناری کتور

★ نوع فعالیت: مراقبت از لوله بینی - معده ای

اهداف:

- ۱- اطمینان از کارکرد صحیح لوله بینی، معدی
- ۲- کنترل عملکرد گوارشی بیمارانی که لوله بینی معدی دارند.

وسایل مورد نیاز:

سرنگ CC ۵۰ - تجهیزات ساکشن - تجهیزات دهان شویه - دستکش - گوشی پزشکی

عامل انجام کار:

پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست ها را بشویید.
۲	دستکش بپوشید.
۳	با بیمار ارتباط برقرار کنید و فرآیند کار را توضیح دهید.
۴	لوله بینی، معده ای را هر ۴ ساعت یکبار از نظر باز بودن کنترل کنید.
۵	به رنگ موادی که از لوله خارج می شود توجه داشته باشید.
۶	هر ۸ ساعت میزان دریافت و دفع مایع را از طریق لوله بینی، معده ای اندازه گیری کنید.
۷	مراقبت از دهان را به طور روتین انجام دهید.
۸	مراقبت از سوراخ بینی را به طور روتین انجام دهید.
۹	مقدار CC ۱۰ از هوا با سرنگ وارد NGT نموده و آسپیراسیون را انجام دهید.

۱۰	به مقدار برگشت مواد غذایی در لوله توجه کنید (رنگ ، مقدار ، بو).
۱۱	با گوشی ناحیه معده را سمع کنید تا از محل درست NGT اطمینان حاصل کنید.
۱۲	حالات بیمار و مراحل انجام کار را در گزارش ثبت کنید.

سازمان نظام پرستاری کشور

★ نوع فعالیت: درآوردن لوله بینی - معده ای

اهداف:

- ۱- جلوگیری از ترومای وارده به دستگاه گوارش
- ۲- پیشگیری از ایجاد عفونت در سیستم گوارشی
- ۳- کمک به برگشت مکانیسم طبیعی گوارش

وسایل مورد نیاز:

دستگاه ساکشن - سوند نلاتون - دستکش

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با بیمار ارتباط برقرار کنید و مراحل انجام کار را توضیح دهید.
۲	محل امن و خلوت برای بیمار ایجاد کنید.
۳	بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید. دست ها را شسته و دستکش بپوشید.
۴	نوار چسب را به آرامی از اطراف بینی بیمار باز کنید.
۵	لوله را کلمپ کرده و به بیمار بگویید که نفس خود را نگه دارد.
۶	وقتی بیمار بازدم انجام می دهد لوله بینی ، معده ای را به آهستگی و با یک حرکت خارج کنید.
۷	برای اطمینان، ساکشن دهان و ته حلق را انجام دهید.
۸	دهان شویه برای بیمار انجام دهید.

مواد دفعی را به روش صحیح دفع کنید.	۹
دستکش‌ها را درآورده و دست‌ها را بشویید.	۱۰
بیمار را به مدت ۲-۳ ساعت تا برگشت رفلکس بلع، NPO نگه دارید.	۱۱
مراحل انجام کار و حالات بیمار را به طور دقیق ثبت کنید و گزارش دهید.	۱۲

سازمان نظام پرستاری کشور

★ نوع فعالیت: مراقبت مربوط به مشکل بلع

اهداف:

- ۱- درعمل بلع بیمار پیشرفت حاصل شود.
- ۲- بیمار اظهار نماید که عمل بلع را بهتر انجام می دهد.
- ۳- فرد هنگام خوردن و آشامیدن دچار سرفه و خفگی نشود.

وسایل مورد نیاز: طبق نیاز

عامل انجام کار: پرستار - متخصص تغذیه - متخصص آسیب شناس گفتار و زبان

ردیف	مراحل انجام کار
۱	محیط فیزیکی را برای غذا خوردن بیمار تا حد امکان آرام و بدون استرس کنید.
۲	بیمار را در وضعیت کاملاً نشسته (۹۰ درجه) قرار دهید.
۳	با مشورت متخصص تغذیه به بیمار غذاهایی بدهید که راحت تر بلعیده می شود (مثل پوره).
۴	به بیمار آموزش دهید که ترکیبات مختلف غذایی را هم زمان داخل دهان نگذارد.
۵	از مصرف غذاهای چسبنده نظیر نان نرم ، موز و ... برای بیمار خودداری کنید.
۶	پشت بیمار را هنگام تغذیه به نرمی ماساژ دهید.
۷	مواد غذایی سرد و گرم را به طور همزمان به بیمار ندهید.
۸	نگذارید بیمار لقمه های بزرگ در دهان بگذارد ، به او آموزش دهید و در

صورت لزوم خودتان برایش لقمه بگیرید (مثلاً در بیماران روانی).	
زمان کافی به غذا خوردن بیمار اختصاص دهید و به وی بگویید لقمه هایش را خوب بجود و موقع غذا خوردن عجله نکند.	۹
همیشه دستگاه ساکشن در دسترس داشته باشید.	۱۰
با یک آسیب شناس گفتار و زبان در مورد اختلال بلع در بیمار و تمهیدات مورد نیاز در این مورد مشورت کنید.	۱۱
اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و برگه گزارش پرستاری ثبت کنید.	۱۲

نکات آموزشی:

- سرما و گرما، رسپتورهای حس و رفلکس بلع را به طور همزمان تحریک می کنند.

- مصرف برخی از داروهای روان ، بروز حوادث عروقی مثل سکته مغزی ، بیماری های عضلانی عصبی مثل (ALS، MS، پارکینسون و...)، آسیب یا ضربه دیدن سر و گردن، آسیب های نخاعی، جراحی، سرطان یا ضربه خوردن به ناحیه سر، گردن، صورت و دهان، ابتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری، آنومالی ساختاری مری، تخلیه دیررس معده، داشتن لوله مری - معدی (NGTUBE) تراکئوستومی یا بیماران تحت تهویه مکانیکی همگی می توانند موجب اختلال در بلع و در نهایت آسپیراسیون یا خفگی شوند.

- کاهش وزن یک علامت هشدار دهنده برای بروز مشکلات مری است.

- با کمک گرفتن از یک آسیب شناس گفتار و زبان می توان اختلال بلع ناشی از ضعف عضلات و ... را کاملاً تشخیص داده و تحت درمان قرار داد.

★ عنوان فعالیت : مراقبت های قبل و بعد از انجام آندوسکوپی (دستگاه گوارش تحتانی)

اهداف :

- ۱- آماده کردن بیمار جهت انجام آندوسکوپی
- ۲- کنترل بیمار از نظر عوارض بعد از انجام آندوسکوپی

وسایل مورد نیاز: طبق نیاز

عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	به بیمار در مورد آندوسکوپی و آمادگی های قبل (انما) و عوارض بعد از انجام رویه تشخیصی توضیح دهید.
۲	رضایت نامه قانونی از بیمار بگیرید.
۳	از ۲۴ ساعت قبل از انجام آندوسکوپی، مصرف مایعات را در بیمار محدود کنید.
۴	برای بیمار از ۲۴ ساعت قبل ، رژیم مایعات صاف شده در نظر بگیرید.
۵	از روش های مختلف برای پاک کردن کولون نظیر انمای پاک کننده استفاده کنید.
۶	۱۲ ساعت قبل از انجام رویه، بیمار را ناشتا نگه دارید.
۷	تزیق آرام بخش قبل از انجام رویه را طبق دستور پزشک انجام دهید.
۸	بیمار را تحویل بخش آندوسکوپی دهید.
۹	هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپی ، بیمار را از نظر وضعیت هوشیاری ، خونریزی و علایم حیاتی کنترل کنید.
۱۰	علایم حیاتی بیمار را تا ۴ ساعت (هر ۳۰-۱۵) دقیقه کنترل کنید.
۱۱	بیمار را از نظر وجود تب ، خونریزی از رکتوم، درد غیر طبیعی، تغییر در اجابت

مزاج یا نفخ کنترل کنید.	
پزشک را در صورت مشاهده عوارض مطلع کنید.	۱۲
مراحل انجام کار و حالات بیمار را گزارش و ثبت کنید.	۱۳

نکات آموزشی:

- استفاده از ملین ۲ روز قبل و استفاده از تنقیه پاک کننده در روز انجام پروسیجر توصیه می شود.

موسسه تخصصی زبان نظام پیر سناری کشور

★عنوان فعالیت : مراقبت های قبل و بعد از انجام آندوسکوپی (دستگاه گوارش

فوقانی: مری، معده، دوازدهه)

اهداف :

۱- آماده کردن بیمار جهت انجام آندوسکوپی

۲- کنترل بیمار از نظر عوارض آندوسکوپی

وسایل مورد نیاز : طبق نیاز

عامل انجام کار :

پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	به بیمار در مورد آندوسکوپی و نحوه انجام کار توضیح دهید.
۲	رضایت نامه قانونی از بیمار بگیرید.
۳	از ۶-۴ ساعت قبل از آندوسکوپی ، بیمار را ناشتا نگه دارید.
۴	بیمار را تا بخش آندوسکوپی همراهی کنید.
۵	هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپی، وی را از نظر وضعیت هوشیاری ، خونریزی و علائم حیاتی کنترل کنید.
۶	تا برگشت رفلکس بلع (۴-۲ساعت بعداز انجام آندوسکوپی) بیمار را ناشتا نگه دارید.
۷	جهت رفع سوزش حلق نحوه استفاده از سرم نمکی را به بیمار آموزش دهید.

۸	علائم حیاتی را تا ۴ ساعت هر ۳۰-۱۵ دقیقه کنترل کنید.
۹	بیمار را از نظر علائم عوارض آندوسکوپی (سوراخ شدن دستگاه گوارش، پنومونی، آسپیراسیون) کنترل کنید.
۱۰	ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام دهید.

سازمان نظام پرستاری کشور

★ نوع فعالیت: کمک در کار گذاشتن تامپوناد بالن مری

هدف:

توقف خونریزی در مری

وسایل مورد نیاز:

بالن (مری، معده) - سوند ساکشن - دستکش استریل - فشار سنج - دستگاه کشش - وزنه کشش - دستگاه ساکشن - سرنگ ۵۰ سی سی - وسایلی برای محدود کردن حرکت میچ بیمار - چسب ضد حساسیت - گاز استریل - ژل محلول در آب - رسیور - گیره برای لوله

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با بیمار ارتباط برقرار کنید.
۲	محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم کنید.
۳	وسایل مورد نیاز را از قبل آماده کنید.
۴	داروهای مورد نیاز را داخل سرنگ کشیده و آماده کنید .
۵	به بیمار کمک کنید تا در وضعیت به پهلو چپ بخوابد .
۶	پزشک لوله را به آرامی وارد می کند. بالن لوله باید با ۵۰ سی سی هوا پر شود (قبل از انجام پروسیجر بالون باید حتماً چک شود) و تمام لوله با ژل محلول در آب چرب شود .
۷	بعد از گذاشتن لوله بلافاصله یک عکس رادیولوژی از بیمار گرفته شود.
۸	بعد از معین کردن محل لوله، پزشک ترشحات معده را آسپیره کرده و

	شست و شو دهد.
۹	بالن معده را با ۱۵۰ تا ۳۰۰ سی سی هوا پر کنید.
۱۰	به پزشک در جا انداختن لوله کمک کنید .
۱۱	فشار بالن مری را چک کنید که حدود ۲۰ تا ۳۰ سانتی متر آب باشد .
۱۲	گازی که از قبل آماده کرده اید دور لوله زیر بینی بیمار بیچید .
۱۳	سر تخت بیمار را بالا بیاورید.
۱۴	لوله را از دو جا ثابت کنید تا هوا نفوذ نکند .
۱۵	هر وقت مورد نیاز باشد لوله را با آب ولرم شست و شو دهید تا لخته داخل آن گیر نکند .
۱۶	بهداشت دهان را رعایت کنید تا دهان بوی بد ندهد.
۱۷	اگر مورد نیاز بود دستان بیمار را ببندید تا لوله را نکشد.
۱۸	به طور دائم فشار کاف را اندازه گیری کنید و به فواصل معین فشار مری را کم کنید.
۱۹	مقدار و نوع مایعی که خارج می شود را کنترل کنید مراقب علائم پارگی مری مانند کاهش فشار خون ، افزایش نبض همراه با درد پشت و شکم باشید و فوراً این علائم را به پزشک اطلاع دهید.
۲۰	ساعت، تاریخ و مواردی که در حین لوله گذاری ممکن است پیش بیاید و انجام رادیوگرافی و مقدار ترشحات و مشخصات ظاهری آن را ثبت کنید.

★ نوع فعالیت: گرفتن شیره معده کودکان

هدف:

انجام نمونه‌گیری جهت بررسی T.B

وسایل مورد نیاز:

لوله معده- سرنگ- آب مقطر استریل- گاز- لوله استریل درب دار تهیه شده از آزمایشگاه

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	روش انجام کار را به والدین توضیح دهید.
۲	وسایل مورد نیاز را آماده و کنترل کنید.
۳	دست های خود را بشویید.
۴	کودک را در وضعیت طاق باز و راحت قرار دهید.
۵	با کمک همکار خود، کودک را محدود نموده و لوله معده را از راه بینی یا دهان وارد معده کنید.
۶	با سرنگ شیره معده را آسپیره کنید.
۷	در صورتی که شیره معده آسپیره نشود مقداری آب مقطر را با سرنگ وارد معده کنید.
۸	سپس مجدداً ترشحات معده را آسپیره کنید.
۹	بلافاصله شیره معده را وارد لوله کرده و درب آن را ببندید.
۱۰	لوله معده را خارج نموده و دهان و بینی کودک را با گاز تمیز کنید.
۱۱	کودک را در وضعیت راحت قرار دهید.
۱۲	روی نمونه برچسب مشخصات بیمار، تاریخ، نوع آزمایش، نوبت چندم و

نام بخش و مرکز را قید کنید.	
شیره معده معمولاً در ۳ نوبت باید گرفته شود و روی هر نوبت نمونه اول، دوم و سوم را ذکر کنید.	۱۳
در پرونده بیمار اقدامات انجام شده و کیفیت مایعات برگشتی و نمونه گیری و دفعات انجام شده را دقیقاً ثبت کنید.	۱۴

سازمان نظام پرستاری کشور

★ نوع فعالیت: کمک در پاراستنز شکمی

اهداف:

- ۱- داخل کردن تروکار به داخل شکم برای خارج کردن مایع آسیت در فضای صفاق
- ۲- تسکین بیمار به علت کاستن از فشار شکم که باعث زجر تنفسی می شود .

وسایل مورد نیاز:

کاتتر تروکار - پارچه و دستکش استریل - بی حس کننده موضعی (لیدوکائین ۱ یا ۲ درصد) - سرنگ و سوزن - ظرف جمع آوری مایع در صورت ارسال نمونه به آزمایشگاه - بطری جمع آوری مایع آسیت معمولی یا خلاء - ترالی پاراستنز - فرم درخواست آزمایشگاه - گاز استریل جهت پانسمان - گان - عینک محافظ

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	با بیمار ارتباط مناسب برقرار کنید.
۲	روش کار را برای بیمار شرح داده و به سوالات وی پاسخ دهید.
۳	موارد خطر و ضرورت انجام این کار را به صورت واضح و روشن به او توضیح دهید .
۴	از بیمار رضایت نامه بگیرید .
۵	علایم حیاتی بیمار را کنترل کنید .
۶	دور شکم بیمار را اندازه بگیرید .

۷	آخرین وزن بیمار را با تاریخ ثبت کنید .
۸	قبل از عمل، مثانه بیمار خالی باشد.
۹	وضعیت عمل به بیمار بدهید (لبه تخت نشسته پاهایش آویزان باشد).
۱۰	وضعیت بیمار را تا پایان عمل پاراستنز حفظ کنید و در کنار وی بمانید .
۱۱	در طول عمل به پزشک کمک کنید .
۱۲	در طول درناژ هر ۱۵ دقیقه علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید .
۱۳	رنگ و قوام مایع آسیت را کنترل کنید.
۱۴	به محض خارج شدن تروکار روی محل سوراخ را پانسمان کنید.
۱۵	مقدار مایع آسیت را روی برگه جذب و دفع بیمار ثبت کنید.
۱۶	اگر مورد نیاز است مایع را برای آسیب شناسی بفرستید و اگر مورد نیاز نیست آن را دور بریزید .
۱۷	تا ثابت شدن علائم حیاتی بیمار ، در کنار او بمانید.
۱۸	فشار خون بیمار را از نظر افت ناگهانی کنترل کنید.
۱۹	مراقب عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌های بیمار باشید (مایع زیاد از سوراخ پاراستنز خارج نشود).
۲۰	گزارش کامل پرستاری را در پرونده بیمار ثبت کنید و به مهر نظام پرستاری مهمور کنید.

★ عنوان فعالیت : کمک در بیوپسی کبد و مراقبت های پرستاری آن

هدف :

بررسی قسمتی از بافت کبد برای بررسی وضع کبد و بیماری های آن

وسایل مورد نیاز:

سوزن بیوپسی اندازه ۱۸ و ۱۴ - داروی بی حسی - سرنگ - دستکش تمیز - حوله تمیز - اسلاید شیشه ای - لوله های جمع آوری نمونه و فیکساتور - بتادین برای تمیز کردن موضعی پوست - گاز ۱۰ ۱۰ سانتی متر برای پوشاندن محل ورود سوزن - چسب ضد حساسیت - بالش و کیسه شن

عامل انجام کار : پزشک و پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	مراحل انجام کار را برای بیمار توضیح دهید.
۲	NPO بودن بیمار را ۴-۶ ساعت قبل از انجام بیوپسی کنترل کنید.
۳	مصرف داروی تجویز شده (آرام بخش) را نیم ساعت قبل از انجام بیوپسی کنترل کنید.
۴	بیمار را در وضعیت طاق باز یا به پهلو چپ بخوابانید (دست راست تا بالای سر).

۵	در تمام مدت بیوپسی ، کنار بیمار بمانید.
۶	در طرف چپ بیمار ایستاده و دست چپ بیمار را گرفته و دست دیگرش را به آرامی روی دست راست او بگذارید.
۷	نحوه صحیح تنفس عمیق قبل از وارد شدن سوزن بیوپسی را به بیمار آموزش دهید.
۸	در زمان انجام بیوپسی ، به پزشک کمک کنید.
۹	به محض این که سوزن خارج شد روی محل آن پانسمان فشاری قرار دهید.
۱۰	نمونه جمع آوری شده را به همراه فرم آزمایشگاه ، ارسال کنید.
۱۱	بعد از انجام بیوپسی ۲۴-۸ ساعت بیمار را در بستر نگه دارید.
۱۲	بیمار را به پهلوئی راست خوابانده و کیسه شن را در محل بیوپسی بگذارید.
۱۳	هر ۱۵-۳۰ دقیقه علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید (ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و بعد هر ۳۰ دقیقه تا ۴ ساعت).
۱۴	بیمار را از نظر علائم پنوموتوراکس کنترل کنید.
۱۵	بیمار را از نظر علائم خونریزی و وجود درد کنترل کنید.
۱۶	در صورت مشاهده هر گونه عارضه در بیمار ، پزشک را مطلع کنید.
۱۷	تاریخ و ساعت انجام کار، علائم حیاتی بیمار قبل و بعد از بیوپسی و هر گونه یافته غیر طبیعی را ثبت کنید.

★عنوان فعالیت: آماده سازی بیمار جهت انواع رادیوگرافی سیستم گوارشی

اهداف:

بررسی سیستم گوارشی از نظر تشخیص بیماری ها

وسایل مورد نیاز:

طبق دستورالعمل های واحد رادیوگرافی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	به بیمار در مورد نوع و نحوه انجام رادیوگرافی آموزش دهید.
۲	بیمار را حمایت عاطفی کنید.
۳	از بیمار یا ولی او رضایت نامه کتبی بگیرید.
۴	آمادگی های مورد نیاز جهت انجام رادیوگرافی را برحسب پروتکل بخش رادیولوژی انجام دهید.
۵	ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام دهید.

★ نوع فعالیت: مراقبت از T تیوب

مقدمه: T تیوب را پس از کوله سیستمکتومی در مجرای مشترک صفراوی قرار می دهند تا خروج ترشحات صفراوی تسهیل شود. T تیوب بین ۷ تا ۱۴ روز در محل باقی می ماند.

اهداف:

- ۱- جلوگیری از انسداد راه خروج صفرا
 - ۲- پیشگیری از تخریب پوست ناحیه و جدا شدن تیوب
 - ۳- پیشگیری از عفونت
- وسایل مورد نیاز: ظرف جمع آوری - کیسه پلاستیکی - دستکش استریل و تمیز - کلامپ - پد گازی ۱۰ ۱۰ سانتی متر استریل - پانسمان شفاف - باند پلاستیکی - محلول نرمال سالین - پدهای آغشته به بتادین - پانسمان استریل جاذب - چسب ضد حساسیت - مواد محافظ پوست از جمله وازلین، اکسید دوزنگ، ژل محتوی آلومینیوم - در صورت لزوم پانسمان موننگومری

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	وسایل مورد نیاز را آماده کنید.
۲	۵۰ سی سی محلول ضد عفونی کننده و ۵۰ سی سی نرمال سالین در ظرف های استریل به طور جداگانه بریزید.
۳	روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
۴	دست هارا بشوید.

۵	دستکش تمیز بپوشید.
۶	ظرف جمع آوری را زیر دریچه درناژ کیسه قرار دهید.
۷	محتویات کیسه را به داخل ظرف، تخلیه کنید.
۸	میزان ترشحات تخلیه شده را با دقت اندازه بگیرید.
۹	ویژگی های ترشح از قبیل رنگ و حجم ترشحات را ثبت کنید.
۱۰	دستکش ها را در آورید.
۱۱	دست های خود را بشوید.
۱۲	دستکش های تمیز بپوشید.
۱۳	پانسمان های قبلی را بردارید و دور بیندازید.
۱۴	دستکش ها را در آورید.
۱۵	دست ها را بشوید.
۱۶	دستکش استریل بپوشید.
۱۷	محل تیوب را از نظر علایم عفونت از جمله قرمزی، تورم، گرمی، حساسیت، قوام پوستی، اختلال پوستی یا ترشحات بررسی کنید.
۱۸	با توجه به تجویز پزشک از محلول ضد عفونی در اطراف محل ورود تیوب استفاده کنید.
۱۹	پس از آن از محلول نرمال سالین برای شست و شوی ناحیه استفاده کنید.
۲۰	ناحیه را با گازهای استریل خشک کنید.
۲۱	اطراف محل ورود تیوب را با پنبه حاوی بتادین به طور چرخشی خشک کنید.
۲۲	اجازه دهید پوست در مجاورت هوا خشک شود.

از مواد محافظ پوست نظیر وازلین، اکسید دوزنگ یا ژل آلومینیوم استفاده کنید.	۲۳
برای جذب ترشحات اطراف لوله T از پانسمان جاذب استفاده کنید.	۲۴
روی پانسمان جاذب از گاز استریل و پانسمان استفاده کنید.	۲۵
پانسمان را با چسب ضد حساسیت محکم کنید.	۲۶
تاریخ و زمان تعویض پانسمان و ویژگی های محل اطراف زخم را ثبت کنید. همچنین رنگ پوست و غشاء مخاطی اطراف لوله T را ذکر کنید. درجه حرارت بیمار و میزان تحرک روده ها را ثبت کنید.	۲۷

نکات آموزشی:

- گاهی اوقات برای کمک به هضم غذا پزشک توصیه می کند ۱ ساعت قبل و بعد از غذا لوله T به وسیله یک باند پلاستیکی بسته شود. در این شرایط واکنش بیمار را به این روش بررسی کنید.
- مراقب بروز علائم انسداد مجرای صفراوی از قبیل لرز، تب، تاکی کاردی، تهوع، احساس پری و درد در ربع فوقانی و راست شکم، زردی، ادرار تیره و مدفوع خاکستری باشید و این علائم را در اسرع وقت گزارش کنید.
- میزان ترشح طبیعی صفرا ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ سی سی در روز است.
- میزان ترشح شده در ۲۴ ساعت اول پس از جراحی ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر است.
- وضعیت الکترولیت ها، مایعات و PH بیمار را کنترل کنید.
- برای جلوگیری از اتلاف بیش از حد صفرا (بیش از ۵۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت اول) اطمینان یابید که کیسه در ناژ در سطح شکم قرار گیرد.

- در صورتی که در ناژ صفرا بیش از حد می باشد (۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ سی سی روزانه)، صفرای اضافی را با آب میوه مخلوط نموده و از طریق لوله بینی، معدی به بیمار باز گردانید.

- پانسمان ها را به طور مرتب تعویض نموده و از پوست مراقبت کنید.

- ناحیه مورد نظر را در ۸ ساعت اول هر یک ساعت و سپس هر ۴ ساعت تا خروج درن کنترل کنید.

- تغییر رنگ مدفوع و ادرار را کنترل کنید.

مراقبت در خانه

- به بیمار علایم انسداد مجرای صفراوی را آموزش دهید و بگوئید به محض دیدن این علایم به پزشک مراجعه کند.

- به وی آموزش دهید چگونه در منزل از تیوب T مراقبت کند.

عوارض:

- عوارض شایع T تیوب عبارتند از: انسداد مسیر عبور صفرا، اختلال یا شکنندگی پوستی، خارج شدن تیوب، بازگشت محلول درناژ شده و عفونت.

★ نوع فعالیت: تخلیه و تعویض کیسه ایلتوستومی و کلتومی

اهداف:

۱- برقراری راحتی و آسایش بیمار

۲- مراقبت از ناحیه استوما

وسایل مورد نیاز:

کیسه ایلتوستومی یا کلتومی - وسیله اندازه گیری استوما - چسب استوما - کیسه پلاستیکی - آب - حوله یا پارچه - کلامپ - توالت یا لگن - آب یا محلول تمیز کننده کیسه - دستکش - دستمال کاغذی - در صورت لزوم: کمر بند استومی، نوار چسب، صابون ملایم بدون مرطوب کننده، وسایل اصلاح پوست، مایع درزگیر، خوش بو کننده کیسه

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	مراحل انجام کار را توضیح دهید.
۲	محیط امن و خلوتی فراهم کنید.
۳	بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید.
۴	در ابتدا برای انتخاب کیسه مناسب، دهانه استوما را اندازه گیری کنید.
۵	کیسه ای را انتخاب کنید که دهانه آن ۳۲ میلی متر بزرگ تر از دهانه استوما باشد.
۶	وسایل آماده شده را نزد بیمار ببرید.
۷	دست های خود را بشویید.

۸	دستکش بپوشید.
۹	دروشیت را زیر بیمار قرار دهید.
۱۰	کیسه قبلی را به روش صحیح جدا کنید.
۱۱	ناحیه استوما را به آرامی با دستمال خشک کنید.
۱۲	ناحیه استوما را به ملایمت با صابون ملایم و آب بشویید.
۱۳	پوست را به آرامی خشک کنید و اجازه دهید در معرض هوا به طور کامل خشک شود.
۱۴	پوشش روی چسب پشت کیسه را بردارید.
۱۵	آن را روی استوما قرار داده و به ملایمت فشار دهید.
۱۶	اطراف ناحیه استوما را از قسمت پایین به ملایمت فشار دهید تا کیسه به خوبی چسبیده شود.
۱۷	به بیمار بگویید به مدت ۵ دقیقه در وضعیتی ثابت قرار گیرد.
۱۸	کیسه را به آرامی بکشید تا از چسبیدن آن اطمینان یابید.
۱۹	در صورت امکان برای حفظ بهتر کیسه از کمر بند مخصوص استفاده کنید.
۲۰	برای درناژ بهتر، اجازه دهید مقداری هوا در کیسه باقی بماند.
تخلیه کیسه	
۱	کلامپ قسمت انتهایی کیسه را باز کنید.
۲	اجازه دهید محتویات کیسه به داخل لگن یا توالت تخلیه شود.
۳	در صورت امکان می توانید انتهای کیسه را داخل آب قرار دهید اما مراقب باشید چسب آن خیس نشود.
۴	پس از تخلیه مواد دفعی کلامپ انتهایی کیسه را ببندید.

۵	<p>زمان و تاریخ تعویض یا تخلیه کیسه را ثبت کنید. ویژگی های مواد دفعی از جمله رنگ، حجم، نوع و قوام آن را ثبت کنید. ویژگی های استوما و پوست اطراف آن را ذکر کنید. موارد آموزش داده شده به بیمار، توانایی مراقبت از خود و فرآیند یادگیری وی را ثبت کنید.</p>
---	---

نکات آموزشی:

- هنگامی که یک سوم یا نیمی از کیسه پر شد آن را تعویض یا تخلیه کنید.
- بهترین زمان تخلیه کیسه هنگامی است که روده ها کمترین فعالیت را دارند که معمولاً ۲ تا ۴ ساعت پس از تغذیه می باشد.
- کیسه هایی که یک بار مصرف نیستند ۷ - ۵ روز یک بار تعویض شوند.
- کسبه ایلئوستومی و کلتومی را روزی ۴ تا ۵ بار تخلیه کنید.
- کیسه را خیلی محکم به ناحیه استوما نچسبانید چون ناحیه استوما فاقد گیرنده های درد است و امکان دارد بدون این که بیمار متوجه شود، ناحیه استوما دچار اختلال شود.
- تقریباً بین ۶ هفته تا ۱ سال پس از جراحی، اندازه نهایی استوما مشخص می شود.
- در افراد دارای ایلئوستومی قبل از شروع نشت، برنامه منظمی برای تعویض کیسه باید در نظر گرفته شود. مدت زمانی که فرد می تواند کیسه را حفظ کند بستگی به محل استوما و ساختمان بدن دارد.
- پس از توضیح روش برای بیمار، وی را به مشارکت در مراقبت از خود تشویق کنید.
- برای پیشگیری از بروز حساسیت فقط در صورتی از چسب ها یا مواد پاک کننده چسب استفاده کنید که قبلاً آن را روی پوست امتحان کرده اید.

- در صورت شکایت بیمار از احساس سوزش و خارش یا نشت کیسه، آن را بردارید.

- پیش از ترخیص به بیمار آموزش دهید از مصرف غذاهایی که تولید بوی نامناسب می‌کند نظیر ماهی، تخم مرغ، پیاز و سیر یا غذاهای نفاخ خودداری کند.

عوارض:

- در صورتی که کیسه دقیقاً روی استوما قرار نگیرد یا از کمر بند مخصوص نگه داری کیسه به طور نامناسب استفاده شود موجب تخریب استوما می‌شود. مراقب واکنش های حساسیتی به چسب یا دیگر وسایل استوما باشید.