

دفتر



کتابچه اختصاصی

بخش جراحی

کلیه و مجاری

ادراری

تاریخ بازنگری: پاییز ۱۴۰۲

مرکز آموزشی درمانی نمازی

فهرست مطالب

ردیف	عنوان	صفحه
۱	فضای فیزیکی بخش	۲
۲	معرفی مسئولین	۳
۳	مقررات داخلی بخش	۴-۱۳
۴	۵ بیماری شایع بخش	۱۴-۱۹
۵	۵ داروی اختصاصی بخش	۲۰-۳۰
۶	پروسیجرهای اختصاصی بخش	۳۰-۳۱
۷	تجهیزات اختصاصی بخش	۳۲-۴۳

فضای فیزیکی بخش

بخش یورلوژی در طبقه دوم ضلع شرقی بیمارستان نمازی قرار دارد.

✓ تعداد بیماران و نحوه چیدمان اطاقها

حداکثر ظرفیت این بخش ۱۷ بیمار است. به علاوه دو تخت که به بیماران اکسترا در موارد اورژانس اختصاص داده می شوند. به جز سه اتاق ۲ تخته، سایر اتاق ها تک تخته هستند. بخش دارای یک سرویس بهداشتی عمومی مختص بانوان و یک سرویس بهداشتی عمومی مختص آقایان می باشد. علاوه بر آن در تمامی اتاق های تک تخته سرویس بهداشتی مجزا تعبیه شده است. انتهای بخش اتاق رختکن پرستاری خانم ها در سمت راست و اتاق رختکن پرستاری آقایان در سمت چپ بصورت مجزا واقع شده است. بخش جراحی کلیه دارای دو اتاق کنفرانس یکی مخصوص اساتید و دیگری مختص کنفرانس پزشکان کشیک و اینترن ها می باشد. انبار بخش واقع در خود بخش در کنار ایستگاه پرستاری قرار دارد. بخش دارای انبار مخصوص نظیف کاران ، اتاق مخصوص تجهیزات پزشکی ، اتاق دارودهی در کنار ایستگاه پرستاری، اتاق تی شور، اتاق آبردکن، اتاق مخصوص برانکارد و ویلچر ، اتاق آمادگی مختص لاین و سمپل گیری بیماران pre op ، اتاق ملحفه تمیز و اتاق وسایل آلوده می باشد همچنین در انتهای بخش نیز درب خروج اضطراری واقع می باشد. در این بخش حتی الامکان با رعایت طرح انطباق بیماران زن، مرد و کودک بستری می گردند.

معرفی مسئولین

رئیس بیمارستان : جناب آقای دکتر حسین زاده

مدیر بیمارستان: جناب آقای خانسالار

مدیر پرستاری: سرکار خانم هاشمی زاده

رئیس بخش : جناب آقای دکتر صالحی پور

سوپروایز بخش: سرکار خانم حسینی

سوپروایزر آموزشی: سرکار خانم آزادی

سوپروایزر کنترل عفونت : سرکار خانم طباطبایی

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی : جناب آقای نعمت الهی، سرکار خانم رنجبر

مسئول بهبود کیفیت : سرکار خانم خلیلی

سرپرستار: سرکار خانم اسکندری

✓ سرویس های تخصصی بخش : سرویس های تخصصی و فوق تخصصی یورولوژی

در این بخش اختصاصاً بیماران یورولوژی در سطح تخصصی توسط ۸ اتندینگ، بستری و در مان می گردند. علاوه

بر آن اساتید محترم بیماران را در سطح فوق تخصصی Uro oncology نیز معالجه می نمایند.

مقررات و امور داخلی بخش

- شعار ما «کار بر اساس همکاری، تعامل و همدلی» است. در تمام امور پشتیبان و حامی هم هستیم. کمبودها را با همکاری، آسان تر می سازیم. اگر امروز همکارمان مشکلی دارد، درکش می کنیم و با رضایت خاطر بارش را به دوش می کشیم. اطمینان داریم که او نیز در مشکلات یاریمان می دهد.
- از افراد تازه وارد انتظار داریم هر چه سریعتر خود را با بخش هماهنگ نمایند و در مورد بیماریها و داروهای مورد استفاده بخش، با راهنمایی رابط آموزشی و مسئول بخش، اطلاعات لازم را حداکثر طی یک ماه کسب نمایند.
- سیاست کلی بخش برای کاور کردن needها، استفاده از همکاران همین بخش است و درموردی که این امکان میسر نبود از روش فراخوان نیرو در زمان اورژانس که با گذاشتن آنکال در برنامه هفتگی انجام می گردد، استفاده می کنیم. در صورتیکه نیاز به حضور پرسنل آنکال باشد، اطلاع به ایشان از یک ساعت قبل از شروع شیفت تا ۱۵ دقیقه پس از شروع شیفت انجام شده و ایشان موظفند حداکثر ظرف مدت یک ساعت، خود را به محل کار برسانند. (در شیفت صبح یا عصر)
- در شیفت شب پرسنل آنکال در بخش خود حضور می یابند و در صورت off شدن می توانند به منزل بازگردند.
- شرکت در جلسات بخش، الزامی است و به رفع مشکلات و ایجاد همدلی در پرسنل کمک می کند. لطفاً با حضور در جلسات، همکارانتان را حمایت کنید.
- لطفاً به بخش نامه ها یا تذکراتی که بر بوردهای بخش نصب می شود، دقت کنید. اگر لزومی به اطلاع شما نبود، مطمئناً نصب نمی شد.

- در برنامه ریزی های کل بیمارستان و استراتژی های اتخاذ شده، به همکاری فرد فرد شما نیاز داریم. لطفاً وقتی برای موردی دستمان را به سوی شما دراز می کنیم، یاریمان دهید، همه یک خانواده ایم، مسئولیت را فقط بر دوش یک یا چند نفر خاص نگذاریم.

نحوه چینش نیرو در بخش :

- تعدادچیدمان و جنسیت پرسنل در این بخش به طریقی است که آماده ایم در صورت لزوم کار تمام ردهای پرستاری را انجام دهیم، چون هدفمان راحتی و آسایش بیمار است در این راستا چینش نیرو طبق روش اجرایی مربوطه و با در نظر گرفتن تعداد بیماران، وضعیت بیماران، تعداد و توانایی های پرسنل توسط سرپرستار، بصورت هفتگی انجام می گردد. در این بخش معمولاً در شیفت صبح به جز سرپرستار، ۳ پرستار (گاهها ۲ پرستار و یک بهیار)، ۱ کمک بهیار، ۱ بیماریار مشترک با بخشهای دیگر، ۱ منشی، ۱ نفرتنظیف کار خانم و ۱ نفر تنظیف کار آقا و در شیفت عصر و شب نیز اینچارج و ۲ پرستار (گاهها یک پرستار و یک بهیار) و یک کمک بهیار، ۱ نفرتنظیف کار که به صورت مشترک با چندبخش دیگر هستند انجام وظیفه می نمایند. . در روزهای آخر هفته، یا روزهای تعطیل رسمی که احتمالاً بخش خلوت تر می شود، ممکن است تعداد پرسنل کمتر در نظر گرفته شوند. در تمام شیفتها براساس Case method تقسیم وظایف بین پرستاران صورت می گیرد.
- تبصره: در صورتیکه در طول هفته تعداد بیماران کمتر و بخش خلوت شود طبق هماهنگی سوپروایزر کشیک پرسنل یا Off و یا به بخش های دیگر که نیاز به همکاری دارند need می شوند.

برنامه آموزشی بخش:

- جهت پرسنل جدیدالورود بدین صورت است که در ابتدای ورود به بیمارستان توسط مسولین آموزش با شرکت در سه دوره کلاس مهارتهای بالینی و شرکت در آزمون مربوطه و پرشدن لاگ بوک های ارتباطی ، تخصصی و عمومی توسط رابط آموزشی، فرد آمادگی کامل جهت انجام کار بالینی را کسب خواهد کرد، کتابچه ی بیماری های اختصاصی بخش بصورت جزوه کامل و تخصصی در کتابخانه بخش موجود و در اختیار پرسنل قرار داده خواهد شد جهت آشنایی با بیماری های مختص بخش یورولوژی، برنامه آموزشی

بیمارستان و کلاسها بصورت ماهیانه توسط رابط آموزش بخش در گروه قرار داده خواهد شد و طبق هماهنگی با پرسنل جهت حضور در کلاسهای آموزشی هماهنگی انجام خواهد شد، علاوه بر آن تمامی پرسنل عضو گروه اختصاصی آموزش بخش بصورت مجازی خواهند شد تا در جریان کلیه مطالب آموزشی بروز بیمارستان قرار گیرند. جهت شرکت در کلاسهای آموزشی با هماهنگی رابط آموزش و سرپرستار با مسوول آموزش بیمارستان، و یا ثبت نام در سیستم سامانه کارمند توسط خود پرسنل، ثبت نام در کلاسها انجام خواهد شد.

هر پرسنل دارای یک پرونده پرسنلی است که شامل کلیه مشخصات، سوابق آموزشی، نیازهای آموزشی شرح وظایف و توافقی های انجام شده برای ارتقاء آموزش می باشد. این پرونده نشانگر هویت حرفه ای پرسنل و راهنمایی برای آینده شغلی پرسنل می باشد. پرسنل جدیدالورود موظفند لاگ بوک عمومی خود را نهایتاً تا یکماه بعد از ورود به بخش تکمیل کرده و به سرپرستار خود تحویل دهید. لاگ بوک اختصاصی نیز طبق نظر همدنرس باید تکمیل شود.

- بخش، خانه دوم شماست. لطفاً در طول شیفت با توجه و دقت به محیط اطرافتان بنگرید و در صورت مشاهده هر نوع مشکل آنرا به مقام مسئول گزارش نمایید. بدیهی است که بسیاری از مشکلات با مداخلات و سیاستهای خودتان قابل حل است، در این موارد، پیشقدم باشید.

- کمد نارکوتیک حاوی داروهای مخدر استوک بخش می باشد که در ابتدای هر شیفت توسط مسوول شیفت چک و تعداد آمپولهای پر و پوکه های خالی شمرده شده و توسط مسوول (اینچارج) شیفت در فرم مخصوص نارکوتیک علامت زده می شود.

D/C Shock , EBOX و کیف اورژانس در ابتدای هر شیفت توسط پرستار دوم چک می شوند. چک کردن تاریخ انقضاء و کلیات داروها و تجهیزات EBOX و کیف اورژانس هفتگی انجام می شود و درانتهای دفتر EBOX، کلیه اقدامات انجام شده، ثبت می گردد و برنامه ریزی برای این کار توسط همدنرس و بصورت ماهیانه انجام می گردد. هر یک از پرسنل برای (هر هفته یکبار) مسئول چک کردن کلی EBOX و کیف اورژانس است.

- سعی کنیم همیشه آماده پاسخگویی به سوالاتی در مورد داروهای EBOX و D/C shock باشیم. به این ترتیب، در موارد اورژانس، با اعتماد به نفس کامل و به دور از دستپاچگی، انجام وظیفه می کنیم.
- پرستار سوم (پرستار B) مسوول چک تمامی وسایل و تجهیزات بخش اعم از ست ها و مانیتور و دستگاههای مورد استفاده و ... می باشد. ونیز تحویل و تحول وسایل: پرستار C (کمک پرستار) مسوول تحویل و تحول سایر وسایل می باشد.
- کامپیوتر آموزشی بخش، فقط جهت رفع نیازهای آموزشی ماست، استفاده از آن در مواردی غیر از این، در محیط بخش، کار پسندیده ای نیست.
- از امروز شما یکی از بازوهای بخش یورولوژی هستید. همانطور که خودتان آموزش می بینید، به آموزش و راهنمایی بیماران، همراهان، دانشجویان و همکارانتان توجه نمائید.
- شما نماینده این واحد هستید، نسبت به کار پرسنل خدمات، حساسیت داشته باشید. آنها را راهنمایی کنید به آنها تذکر دهید و در صورت مشاهده موارد مثبت و منفی، آنها را به سرپرست بخش منعکس نمائید.
- زمانیکه شما در ابتدای شیفت کاملاً Fresh و آماده، وارد بخش می شوید، دوستان شما در شیفت قبل، کاملاً خسته و آماده تحویل بخش به شما هستند، لطفا هر چه سریعتر، با لباس فرم آماده، اطاق پرستاری را ترک واز ایجاد هر گونه تجمع و گفت و گوی خصوصی، پرهیز کنید
- استفاده از موبایل در بخش و در حین انجام وظیفه ممنوع است. در صورت ضرورت در اتاق رختکن استفاده شود. در غیر این صورت هر چقدر هم که در طول شیفت زحمت بکشید، اعتماد مراجعین را جلب نخواهید کرد.
- یادمان باشد «بیمار» به تنهایی مفهومی ندارد. ما با «انسانهای بیمار» سرو کار داریم. حقوق اولیه شان را نادیده نگیریم. بیماران ابزارهای کار ما نیستند. آنها را ببینیم و برنامه های مراقبتی را بر اساس ویژگی های فردی آنها تنظیم کنیم. ارتباط چشمی و کلامی حق آنهاست. بدین ترتیب آنها زحمات شما را بیشتر درک می کنند و قدردان خواهند بود.

- آموزش بیمار، زمان مناسبی برای برقراری ارتباطی سالم و دوستانه با بیماران است. از این فرصت به خوبی استفاده کنیم.
- -تمام بیمارانی که بیش از ۳ روز بستری می باشند: دوشنبه ها و جمعه ها و با توجه به نیاز بیماران روزانه باید حمام کنند.
- -چک V/S: روتین بخش ۱ بار در هر شیفت است، مگر دستور خاصی داشته باشیم.
- -پانسمان: کلیه پانسمانها با پرستاران است مگر بیماری که دارای دستوری خاص در این زمینه باشد.
- یادمان باشد برای رسیدن به نقطه فعلی، ۴ سال زحمت کشیده ایم. آموخته هایمان را به همان روش صحیحی که فرا گرفته ایم، به کار بندیم. پراتیکی و حرفه ای عمل کنیم. تحت تأثیر شیوه های غلط، بخاطر افزایش سرعت کار قرار نگیریم.
- یک بار دیگر ۹ راه حل ایمنی را مرور کنیم و اصولی به کار بندیم. قرار گرفتن در معرض اشتباه بخاطر عدم انجام اصول و بدیهیات حرفه ای، چندان خوشایند نیست.
- شاید اتاق دارو و یخچال دارو مهمترین مکان و وسیله کار ما باشند، بی تفاوت از کنارش نگذریم.
- کلیه ثبت ها را دقیق انجام دهیم. با دقت در این موارد، از مشکلات بعدی جلوگیری کنیم.
- گزارش صحیح و به موقع **pressure sore** یا **falling down** و ثبت شاخص های مختلف، ارتقاء حرفه ای را به دنبال خواهند داشت.
- شستشوی مثانه در این بخش کاملاً اختصاصی است. با کمک رابط آموزشی و مسئول بخش آنرا فرا گرفته و در صورت بروز هرگونه مشکل، مسئول مربوطه را مطلع می نماییم.
- برخی داروها یا اقلام مصرفی جزء **stock** بخش می باشند، طریقه تهیه آنها را از طریق سیستم HIS توسط رابط آموزش یا مسئول بخش فرا گرفته و به کار بندیم.

- هر چه سریعتر نسبت به گرفتن کد، جهت ورود به سیستم HIS اقدام نمائیم. نداشتن کد، مسئولیت را از ما سلب نمی کند.
- در شیفت هایی که منشی نداریم، تک تک ما مسئولیم وظایف ضروری ایشان را انجام دهیم پس کم و بیش به کار منشی احاطه داشته باشیم.
- گاهی ناچاریم بیماران اطفال را روی تخت بزرگسالان بخوابانیم یا دمان نرود حفاظت و ایمنی را کاملاً رعایت کنیم.

درخواست برنامه هفتگی :

-جهت درخواست برنامه ، دفتر درخواست برنامه توسط سرپرستار تهیه شده است که هر پرسنل می تواند درخواست برنامه های خود را نهایتاً دو درخواست ، در دفتر بصورت کتبی نوشته تا پس از بررسی سرپرستار و صلاحدید ایشان و عدم وجود بحران ، اجرا شود. لطفاً فقط در صورت نیاز و الزام، تقاضای برنامه هفتگی را بدهید. برنامه ریزی برای گروهی که هر کدام در هفته چند تقاضا دارند، امکان پذیر نیست. در هنگام تعطیلات رسمی و جلسه ها، سایر دوستانتان نیز برنامه هایی دارند. اجازه دهید مسئول بخش با توجه به نیاز بخش و اولویتها ، تعطیلات را تقسیم کند.

درخواست مرخصی:

-جهت درخواست مرخصی با هماهنگی قبلی با سرپرستار و ثبت در دفتر درخواست برنامه و همچنین در سامانه حضور و غیاب توسط خود پرسنل پس از بررسی توسط سرپرستار و سوپروایزر ، و صلاحدید ایشان و عدم وجود بحران ، اجرا خواهد شد. میزان مرخصی سالیانه پرسنل، در کتابچه توجیهی به تفصیل توضیح داده شده، پرسنل باید توجه کند که در همان تاریخ، پرسنل دیگری تقاضای مرخصی نداشته باشد، در غیر این صورت، هد نرس با در نظر گرفتن اولویتها (چندمین بار استفاده از مرخصی، مشکل پرسنل، سابقه کار و...) اقدام به موافقت یا حذف تقاضای آنها می نماید، پرسنل موظف اند تا مشخص شدن موافقت یا عدم موافقت مرخصی، قضیه را دنبال نماید. صرف ثبت تقاضای مرخصی، به معنی موافقت مافوق نمی باشد.

برنامه اتاق عمل و درمانگاه اساتید بخش جهت اطلاع رسانی به بیماران در مورد پزشکان در ایستگاه پرستاری موجود می باشد که می توان با مراجعه به آن به بیماران اطلاع رسانی کرد.

در حال حاضر برنامه راند اساتید به صورت زیر است:

شنبه صبح : استاد صالحی پور

سایر اساتید، بیماران خود را موردی و بر حسب نیاز راند می کنند. راند رزیدنتهای ارشد، معمولاً در دو شیفت صبح و بعد از ظهر و بر حسب ضرورت شب انجام می گردد. هر رزیدنت بر اساس برنامه ماهیانه، بیماران دو تا سه استاد را راند می نمایند. اینچارج بخش باید در کلیه راندها حضور داشته و در جریان کلیه دستورات پزشکی قرار گیرد. دستورات توسط اینترن کشیک به پرونده منتقل و پس از چک شدن توسط پرستار اجرا می گردد.

روزهای درمانگاه واتاق عمل اساتید:

یکشنبه،دوشنبه وسه شنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	صالحی پور
شنبه وچهارشنبه عصر،سه شنبه صبح درمانگاه فقیهی	
یکشنبه ،چهارشنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	استاد ضیغمی
شنبه صبح وسه شنبه عصر درمانگاه مطهری	
شنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	استاد اصلاحی
یکشنبه صبح درمانگاه مطهری	
یکشنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	استاد شیرازی
دوشنبه مطب ،چهارشنبه صبح درمانگاه مطهری	

شنبه، دوشنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	استاد آریافر
سه شنبه صبح درمانگاه مطهری	
سه شنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	استاد جهان آبادی
دوشنبه عصر درمانگاه مطهری	
سه شنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	استاد حق پناه
شنبه صبح درمانگاه مطهری	
چهارشنبه اتاق عمل بیمارستان نمازی	استاد حسینی
دوشنبه مطب	

معرفی دفاتر و کلاسورهای موجود در بخش و نحوه استفاده از آنها

- دفتر گزارش پرستاری: برای تحویل و تحول بیماران، توسط اینچارج بخش نوشته می شود. کلیه اطلاعات مندرج در قسمت فوقانی بر گه ها تکمیل شده و در پایان، توسط اینچارج بخش مهر و امضاء می شود. بر اساس isbar
- دفتر آمار: به منظور ثبت مشخصات و زمان ورود و خروج بیمار است. توسط منشی در شیفت صبح و پرستار اینچارج در شیفت عصر و شب و روزهای تعطیل تکمیل می شود.
- دفاتر تحویل و تحول وسایل: بر اساس فهرست موجود در این دفاتر، در ابتدای هر شیفت وسایل تحویل و تحول شده و توسط فرد تحویل گیرنده امضاء می گردد.
- دفتر EBOX: بر اساس فهرست موجود در این دفتر، در ابتدای هر شیفت توسط اینچارج تکمیل و امضاء می گردد.

- دفتر ثبت نتایج بحرانی: در صورت تماس تلفنی از آزمایشگاه برای یک آزمایش اورژانس در نظر گرفته شده و طبق روش اجرایی مربوطه عمل می شود.

- دفتر ثبت آزمایشات معوقه: در صورتیکه جواب برخی از تستهای پاراکلینیک بیمار، در هنگام ترخیص هنوز آماده نشده به بیمار یا همراه وی اطلاع رسانی و در این دفتر ثبت

می گردد تا در زمان موعود آنرا پی گیری نمایند و در صورتیکه پاسخ برخی تستهای پاراکلینیک بعد از ترخیص بیمار به بخش ارسال شد، منشی بخش موظف است با تماس با بیمار به وی اطلاع دهد که جهت تحویل گرفتن مدارک، به بخش مراجعه کند.

تمامی موارد فوق در این دفتر با ذکر ساعت و تاریخ در شیفت صبح توسط منشی و در شیفت عصر و شب توسط پرستار مسئول بیمار ثبت می گردد.

-دفتر آموزش به بیمار در منزل که در آخر هفته که بخش رو به خلوت شدن میرود پرسنل تحت نظارت رابط آموزش به بیمار بخش با بیماران تماس گرفته و مشکلات بعد از ترخیص آنها را بررسی و آنها را راهنمایی میکنند و در دفتر ثبت مینمایند.

- دفتر تحقیقات: برای کلیه بیمارانی که به هر نحو دارای تومور، mass یا malignancy هستند؛ نمونه های خون جهت آزمایشگاه تحقیقات سرطان شناسی دانشگاه ارسال و مشخصات بیماران در این دفتر ثبت می گردد.

- دفتر تلفن: شماره تلفن کلیه اساتید و رزیدنت ها جهت دسترس آسان تر نوشته شده است.

- کلاسور نارکوتیک توسط اینچارج بخش و در ابتدای شیفت جهت تحویل و تحول داروهای نارکوتیک، طبق روش اجرایی مربوطه تکمیل می گردد.

- دفتر احیاء قلبی ریوی: کلیه CPRها، اعم از موفق یا ناموفق با مشخصات خواسته شده و طبق فهرست این دفتر توسط اینچارج یا پرستار مسئول بیمار در این دفتر ثبت می گردد.

- دفتر پایش و اندازه گیری شاخص : بر اساس شاخص های تعیین شده توسط کلیه پرستاران بر حسب مورد، مشخصات خواسته شده در این دفتر ثبت می گردد. در حال حاضر شاخص متوسط زمان ترخیص بیماران مد نظر است. هر پرستار موظف است موارد ترخیصی در شیفت خود را دقیق ثبت نماید

پنج بیماری شایع بخش :

Renal stone-

BPH-

Renal mass-

Bladder cancer-

SUI-

Renal Stone:

سنگهای ادراری در هر قسمت از سیستم ادراری تکامل می یابند. اما این سنگها در کلیه شایع تر می باشند. ترکیبات معدنی سنگ های کلیوی متفاوت است بیشتر آنها نمکها کلسیم (اگزالات- فسفات) و بقیه این سنگه اسید اوریکی هستند.

تظاهرات بالینی: درد کولیکی اولین نشانه حاد سنگ کلیه است محل درد بستگی به محل سنگ کلیه دارد. محل های شایع تشکیل سنگ در لگنچه کلیه، حالبها و مثانه می باشد. اگر لبه سنگ تیره و خشن باشد هماچوری نیز اتفاق می افتد. سنگهای کوچک و صاف بدون هر علامتی عبور می نمایند.

تستهای تشخیصی شامل:

✓ سونوگرافی، گرافی KUB و IVP، سیستوسکوپی و آزمایش کامل ادرار می باشد

✓ مداخلات پزشکی:

در حدود ۹۰٪ از سنگهای ادراری خودبخود دفع می شوند. عمل جراحی در صورتی که سنگ بزرگتر از ۱cm باشد و باعث انسداد و عفونت شده باشد صورت می گیرد. برداشتن سنگ از حالب

uretero lithotomy و برداشتن سنگ از لگنچه کلیوی **pylo lithotomy** و برداشتن سنگ از

بافت کلیه **Nepthro lithotomy** و برداشتن سنگ از مثانه **Cysto lithotomy** می گویند.

بلافاصله قبل از عمل جراحی جهت تعیین محل سنگ یک عکس، **KUB** گرفته می شود. در

بعضی از سنگها از سنگ شکن یا **lithotripsy** استفاده می شود.

✓ آموزشها و مداخلات پرستاری:

۱- تشویق بیمار به نوشیدن مایعات (در صورت عدم منع مصرف)

۲- دنبال کردن رژیم های غذایی تجویز شده

۳- تشویق بیمار به راه رفتن جهت جلوگیری از استاز ادرار

۴- گزارش نشانه های عفونت ادراری به پزشک (سوزش و تکرر ادرار و تب کردن)

۵- ارسال سنگها جهت آنالیز کردن به آزمایشگاه و تعیین نوع سنگ

BPH:

BPH بزرگی آدنومایی غده پروستات می باشد. علت آن ناشناخته است. تصور می شود این مشکل به تغییرات میزان هورمونها بستگی دارد. علائم آن در نتیجه بزرگی پروستات و انسداد نسبی یا کامل دستگاه ادراری می باشد.

BPH بزرگی آدنومایی غده پروستات می باشد. علت آن ناشناخته است. تصور می شود این مشکل به تغییرات میزان هورمونها بستگی دارد. علائم آن در نتیجه بزرگی پروستات و انسداد نسبی یا کامل دستگاه ادراری می باشد.

اولین علامت شب ادراری و تکرر ادرار و **Hesitancy** (تأخیر در ادرار کردن) می باشد.

✓ مداخلات:

جراحی اولین درمان در مورد BPH می باشد. عمل جراحی بصورت TUR-P (از طریق پیشابراه) و یا برش بالای پوبیس یا پشت پوبیس (Open Prostatectomy) می باشد.

مراقبتهای بعد از عمل:

بدنبال عمل جراحی یک سوند سه راهه وارد مثانه می گردد و بعد از پر شدن بالن سوند آن را به طرف پایین کشیده و بالن در حفره پروستات قرار می گیرد تا از خونریزی جلوگیری بعمل آید. از آنجا که بالن سوند یک فشار روی اسفنگتر داخل مثانه ایجاد می کند بیمار مدام احساس دفع ادرار دارد و کوشش برای دفع ادرار، در اطراف سوند سبب انقباض ماهیچه های مثانه می گردد. و باعث درد اسپاسمی مثانه می شود باید جهت کاهش تحریک اسپاسم بیماران تشویق به خوردن مایعات کنیم و از ضددردها استفاده شود. مثانه بطور مداوم با محلول N/S شستشو داده می شود تا از ایجاد لخته جلوگیری شود.

✓ آموزش به بیمار:

- نحوه نگهداری از سوند ادراری
- نوشیدن مایعات (در صورت عدم منع مصرف) ۲/۵ لیتر در روز
- جلوگیری از تقلا جهت دفع مدفوع و استفاده از شل کننده مدفوع و ملین ها
- آگاهی از ظاهر ادرار قرمز مایل به صورتی تاکه ربایی (۳ روز)
- جلوگیری از انجام ورزشهای سنگین
- عدم تلاش جهت دفع ادرار و توضیح اینکه احساس نیاز به دفع ادرار ناشی از فشار سوند است.
- فرصت دادن به بیمار جهت صحبت کردن در مورد مسایل جنسی و بی اختیاری ادراری به آموزشی تمرینات پرینه در صورت قطره قطره ادرار کردن

Renal: Mass

بیشتر تومورهای کلیه از نوع آدنوکارسینوما می باشد. معمولاً یک طرفه بوجود می آید.

✓ تظاهرات بالینی:

هماچوری اغلب نشانه های سرطان کلیه هاست. سایر نشانه ها درد مبهم پهلو، احساس توده در پهلو کاهش وزن غیر قابل انتظار و تب و پلی سیستمی و نیز افزایش فشار خون می باشد. CT و MRI به تشخیص آن کمک می کند.

✓ مداخلات:

به غیر از افراد دی که جهت عمل جراحی High Risk باشند و افرادی که متاستاز وسیع دارند، در مورد بیماری سرطان کلیه این عضو باید برداشته شود که به دو صورت Partial / Radical Nephrectomy یا Nephrectomy انجام می گیرد.

پس از عمل جراحی بیمار را از نظر احتمال bleeding، تشکیل هماتوم در بیمارانی که تحت عمل partial nephrectomy قرار گرفته اند و کاهش هموگلوبین و کنترل دقیق I/O بررسی می کنیم.

:Bladder Cancer

تومور مثانه: مثانه شایع ترین محل سرطان در دستگاه ادراری می باشد.

قرار گرفتن در معرض بعضی مواد شیمیایی و نیز دود سیگار از فاکتورهای شناخته شده ای است که باعث سرطان مثانه می شود.

✓ تظاهرات بالینی:

هماچوری بدون درد اولین علامت اکثر بیماران با سرطان مثانه می باشد که به صورت متناوب می باشد. تشخیص بر پایه مشاهده با سیستوسکوپ و بیوپسی مثانه استوار است. بیشتر نئوپلاسم ها به شکل ترانزیشنال می باشد.

مداخلات: عمل جراحی بصورت TURB در صورت کوچک بودن تومور با درگیری کم بافتی و یا Partial Cystectomy و یا Radical Cystectomy می باشد.

در عمل Radical Cystectomy تغییر در مسیر ادرار صورت می گیرد. بیمار از سه روز قبل بستری و آمادگی روده ای انجام می گیرد. شایعترین Diversion ادراری (انحراف)، اورتروستومی Ileal Conduit می باشد. که یک یا هر دو حالب را از مثانه جدا و به سطح پوست آورده و osteoma ایجاد می شود. در این بیماران مهمترین مراقبتها، مراقبت از یوروتروستومی می باشد. بیماران بطور معمول تا ۷ روز پس از عمل جراحی ۵ درصد بوده و به تدریج برای بیمار غذا شروع می شود بیمار را بایستی از نظر Leakage محل آناستوموز، اختلالات الکترولیتی، علائم انسداد روده... بررسی کرد و به بیمار نحوه مراقبت از یوروتروستومی در منزل را آموزش داد.

SUI:

بی اختیاری استرسی ادرار (SUI) در زنان به نشت غیر ارادی ادرار در حین فعالیت (مانند ورزش)، سرفه یا عطسه، خنده، راه رفتن سریع، پریدن و مواردی از این قبیل گفته می شود.

مداخلات درمانی:

یکی از رایج ترین درمان ها برای این بیماری، جراحی اسلینگ مجرای ادرار بوده که امروزه پزشکان برای درمان بی اختیاری های شدید ادرار یا مداوم از این روش به عنوان یک راه حل دراز مدت استفاده می کنند.

اسلینگ مجرای ادرار انواع مختلفی دارد که عبارتند از:

۱- میدورتال (mid urethral sling)

۲- زنجیر سنتی

روشهای تشخیصی:

۱- سی تی اسکن شکم و لگن

۲- سونو گرافی شکم و لگن

مداخلات :

- در بخش جراحی کلیه بیمارستان نمازی اغلب از روش زنجیر سنتی استفاده میشود . مدت زمان بهبودی در این نوع جراحی نسبت به نوع دیگر بیش تر است.
- به طور معمول بعد از این جراحی نیاز به چند روز بستری شدن در بیمارستان است.
- این نوع جراحی ممکن است خطراتی چون عفونت‌های دستگاه ادراری (UTIS) ، مشکل در ادرار کردن و بی اختیاری جدید یا ادامه دار را به همراه داشته باشد.

مراقبت های جراحی اسلینگ:

دوره نقاهت این عمل به طور معمول ۲ تا ۶ هفته طول می کشد و مهم است که بعد از عمل به طور جدی از بلند کردن اجسام سنگین و فعالیت‌های سنگین خودداری شود.

میزان درد برای هر فرد متفاوت خواهد بود و به وضعیت فیزیکی بیمار، پاسخ بدن به درد و نوع عمل بستگی دارد. بعد از عمل ممکن است درد کمی در محل برش و به میزان کمی گرفتگی در شکم ظاهر شود که پزشک در برخی موارد برای تسکین این عوارض برای بیمار مسکن تجویز می کند. اما بیمار باید توجه داشته باشد بدون تجویز پزشک از هیچ دارویی استفاده نکند.

در اکثر موارد ممکن است بیمار بعد از عمل به یبوست دچار شود که توصیه می شود برای جلوگیری از آن موارد زیر در نظر گرفته شود:

- بیمار باید مصرف مواد غذایی فیبردار را جدی بگیرد، مانند میوه‌ها، سبزیجات، حبوبات و غلات سبوس دار
- مصرف زیاد مایعات بسیار موثر خواهد بود.
- بیمار باید با مشورت پزشک از مکمل‌های فیبری مانند سیتروسل یا موسیل استفاده کند.
- هنگام دفع مدفوع به مقعد خود فشار نیاورد.

داروی اختصاصی بخش :

۱- سفتریاکسون:

دسته دارویی: سفالوسپورین نسل سوم

دسته درمانی: انتی بیوتیک

مکانیسم اثر: مانند پنی سیلین‌ها بر دیواره باکتری‌ها مؤثرند. سفتریاکسون از طریق مهار سنتز دیواره سلول باکتری موجب ناپایداری اسموتیک باکتری شده و آثار باکتری‌سیدی دارد.

عوارض: واکنش‌های آلرژیک مانند کهیر و ضایعات جلدی و علائم حساسیت مفرط شامل شوک آنافیلاکتیک، سفتریاکسون در صفرا ته‌نشین می‌شود و باعث ایجاد سنگ‌های کاذب صفرا در اثر رسوب دارو می‌گردد
نحوه تزریق: در ۵۰-۱۰۰ سی سی N/S یا D/W رقیق کرده و در عرض ۱۵ تا ۳۰ دقیقه تزریق می‌کنیم.

مراقبت‌ها:

۱. تجویز و مصرف سفتریاکسون در مواردی مانند سرماخوردگی و سایر مواردی که از جمله موارد مصرف تأیید شده این فراورده نیست جداً خودداری شود.
۲. از تزریق سریع وریدی سفتریاکسون جداً خودداری شده، انفوزیون وریدی در محلول مناسب حداقل ۱۵ الی ۳۰ دقیقه به طول انجامد.
۳. پیش از تجویز یا تزریق سفتریاکسون حتماً در مورد سابقه حساسیت دارویی بیمار نسبت به سفتریاکسون یا سایر سفالوسپورین‌ها (مانند سفالکسین، سفیکسیم، سفتازیدیم، سفازولین و...) یا پنی سیلین‌ها از بیمار سؤال شود. مصرف سفتریاکسون در بیماران با سابقه حساسیت به سفتریاکسون یا سایر سفالوسپورین‌ها ممنوع می‌باشد. همچنین با توجه به حساسیت متقاطع پنی سیلین‌ها و سفالوسپورین‌ها در صورت وجود سابقه حساسیت به پنی سیلین‌ها نیز تجویز این فراورده فقط در مواقع بسیار ضروری و با احتیاط فراوان صورت پذیرد.

۴. تزریق سفتریاکسون باید صرفاً توسط افراد مجرب، در مراکز مجهز به سیستم احیاء انجام گیرد و از تزریق توسط افراد غیر حرفه‌ای یا در مکان‌های غیر از مراکز درمانی مجهز به امکانات احیاء جداً خودداری شود.
۵. مصرف همزمان سفتریاکسون با محلول‌ها یا فراورده‌های حاوی کلسیم در نوزادان حتی به صورت انفوزیون از رگ‌های متفاوت ممنوع می‌باشد.
۶. حتی الامکان از مصرف محلول‌ها یا فراورده‌های حاوی کلسیم تا ۴۸ ساعت پس از آخرین دوز سفتریاکسون در تمام گروه‌های سنی اجتناب گردد.
۷. مصرف سفتریاکسون در نوزادان مبتلا به هایپر بیلی‌روبینمیا، به ویژه نوزادان زودرس ممنوع می‌باشد. مطالعات نشان داده است که سفتریاکسون قادر به جابجایی بیلی‌روبین از محل اتصال به آلبومین سرم می‌باشد و لذا امکان ایجاد آنسفالوپاتی ناشی افزایش بیلی‌روبین در این بیماران مطرح می‌باشد.
۸. استفاده از رقیق‌کننده‌های حاوی کلسیم مانند محلول رینگر به منظور آماده سازی سفتریاکسون جهت تزریق ممنوع می‌باشد.
۹. مسئولین فنی داروخانه‌ها باید از تحویل بدون نسخه این فراورده (همانند سایر داروهای تحت نسخه) جداً خودداری نمایند، بدیهی است تحویل بدون نسخه دارو توسط داروخانه پیگرد قانونی خواهد داشت و بر اساس قانون برخورد خواهد شد.

۲- سفازولین:

دسته دارویی: سفالوسپورین نسل اول

دسته درمانی: انتی بیوتیک

مکانیسم اثر: مانند پنی‌سیلین‌ها بر دیواره باکتری‌ها موثرند. سفازولین از طریق مهار سنتز دیواره سلول باکتری موجب ناپایداری اسموتیک باکتری شده و آثار باکتری‌سیدی دارد.

عوارض: تهوع، استفراغ و اسهال و علائم کولیت پسودوممبران، سردرد، واکنش‌های آلرژیک مانند کهیر و ضایعات جلدی و علائم حساسیت مفرط شامل شوک آنافیلاکتیک.

نحوه تزریق: در ۵۰-۱۰۰ سی سی سرم N/S یا D/W رقیق کرده و در عرض ۳۰-۶۰ دقیقه تزریق میکنیم.

مراقبت ها:

۱. مسمومیت می تواند موجب حساسیت مفرط عصبی - عضلانی و حتی تشنج شود. سفازولین را می توان با همو دیالیز خارج کرد .
۲. تزریق عضلانی باید عمیق و در عضلات بزرگ مثل گلوتهال یا بخش خارجی عضله ران باشد. تزریق عضلانی سفازولین نسبت به سایر سفالوسپورین ها درد کمتری دارد .
۳. در بیماران با محدودیت سدیم توجه داشته باشید که در هر ویال به ازاء هر گرم دارو 2mEq سدیم وجود داد
۴. مصرف در شیردهی : با احتیاط مصرف گردد. بی ضرر بودن آن برای کودکان زیر ۱ ماه ثابت نشده است .

۳- جنتامایسین:

دسته دارویی: آمینوگلیکوزید

دسته درمانی: انتی بیوتیک

مکانیسم اثر: همه ی آمینوگلیکوزیدها با اتصال به ریبوزوم مانع سنتز پروتئین در باکتری می شوند در نتیجه اثر باکتری کش دارند. نفوذ این داروها به درون پوشش سلول های باکتریایی وابسته به اکسیژن است و به همین دلیل بر روی بی هوای های اجباری اثر ناچیزی دارند. مهارکننده های سنتز دیواره سلولی مانند پنی سیلین ها انتقال آمینوگلیکوزیدها را افزایش می دهند.

عوارض: آسیب شنوایی (اتوتوکسیسیتی)، مسمومیت کلیه، (نفروتوکسیسیتی)، نفروز (آسیب به غشای پایه گلومرول های کلیه)، نارسایی حاد کلیه، نفریت بینابینی (التهاب کلیه)، پروتئینوری، هماچوری (خونریزی کلیه)، کاهش تحرک اسپرم در جنس مذکر، دهلیز شنوایی، عصبی: سردرد، دپرسیون تنفسی.

نحوه تزریق: در بزرگسالان در ۵۰-۲۰۰ سی سی N/S رقیق و در عرض ۳۰-۶۰ دقیقه تزریق میشود. در کودکان با توجه به نیاز بیمار حجم کاهش میابد.

مراقبت ها:

مهمترین مراقبت پرستاری :

۱. با توجه به سمیت گوش و نفروتوکسیسیته با چک BUN/CR داده شود و در صورت عدم منع مصرف مایعات بیمار تشویق به نوشیدن مایعات شود.

۲. برای زنان باردار منع مصرف دارد، چون مصرف آن می تواند به جنین آسیب وارد کند.

۳. دوره ی درمان طولانی مدت با این دارو (بیش از دو روز) پرخطر است و ریسک عوارض جانبی آن را بسیار بالا می برد.

۴. در مصرف همزمان این دارو با سایر آنتی بیوتیک ها به خصوص داروهای سمی برای کلیه مانند فلوروکینولون ها، خطر آسیب، دیدگی و مسمومیت کلیه بسیار بالاست

۴- سیپروفلوکساسین:

دسته دارویی: فلوروکینولون

دسته درمانی: آنتی بیوتیک

مکانیسم اثر: سیپروفلوکساسین پس از نفوذ به غشای سلول باکتری، سنتز دی ان ای را با جلوگیری از اثر دی ان ای ژیراز در باکتری متوقف می کند. دی ان ای ژیراز آنزیم بازپیچاننده مارپیچ دی ان ای از هم باز شده است؛ در نتیجه هنگامی که دی ان ای برای همانندسازی باز می شود، فاقد آنزیم لازم برای چرخیدن و پیچ خوردن دوباره خواهد بود و از بین می رود.

عوارض: سیپروفلوکساسین از گروه داروهای موسوم به فلوروکینولون است. فلوروکینولون‌ها بیش از دیگر رده‌های آنتی‌بیوتیک‌ها موجب عارضه‌های جانبی خیلی جدی می‌شوند. از جمله عوارض آن مشکلات عصبی بازگشت‌ناپذیر، مشکلات تاندون‌ها، خونریزی کلیه، آسیب کلیوی و در مواردی مشکلات قلبی و کبدی است. تهوع، اسهال، سرگیجه، سبکی در سر، سردرد، و مشکلات خواب ممکن است در هنگام مصرف دارو رخ دهد. اگر هر یک از این اثرات در شما باقی بماند یا وخیم‌تر شود، پزشک یا داروساز خود را بی‌درنگ مطلع کنید. به دلیل آسیب به صفحات رشد استخوانی پیش از هجده سالگی ممنوعیت مصرف دارد.

نحوه تزریق: محلول رقیق شده در عرض یک ساعت تزریق شود.

مراقبت‌ها:

۱. بهترین زمان مصرف دارو ۲ ساعت بعد از غذا است. (در فرم خوراکی)
۲. از مصرف توأم دارو با آنتی‌اسیدها، آهن و کلسیم خودداری شود و همراه آن آب فراوان نوشیده شود.
۳. تا زمانی که اثرات CNS دارو مشخص نشده است از فعالیت‌های مخاطره‌آمیز خودداری شود.

۵- وانکومايسين:

دسته دارویی: گلیکوپپتید سه حلقه ای

دسته درمانی: آنتی بیوتیک

مکانیسم اثر: وانکومايسين پس از انفوزیون به‌طور گسترده در بافت‌ها و مایعات بدن منتشر می‌شود. از آنجا که اثر دارو نسبتاً طولانی مدت است، می‌توان آن را هر ۱۲ ساعت مصرف نمود. نیمه‌عمر دارو در بزرگسالان ۴-۱۱ ساعت است که در صورت مشکل در عملکرد کلیه ممکن است به ۶-۱۰ روز برسد. دفع این دارو عمدتاً کلیوی است.

عوارض: مهمترین عارضه: RED MAN SYNDROM:

مسمومیت کلیوی شامل نارسایی کلیه و نفریت بین سلولی، مسمومیت گوشه، اختلال‌های خونی شامل کاهش نوتروفیل‌های خون و به ندرت آگرانولوسیتوز، کاهش پلاکت‌های خونی، تهوع، لرز، تب، اتوزینوفیلی، آنافیلاکسی، بثورات جلدی، التهاب ورید، افت شدید فشار خون، حس‌خس کردن، اختلال در تنفس، کهیر، خارش، برافروختگی بالاتنه، درد و اسپاسم ماهیچه‌ای با مصرف این دارو گزارش شده‌است.

نحوه تزریق: هر ۵۰۰ میلی گرم با ۱۰ سی سی اب مقطر حل و با ۱۰۰ سی سی نرمال سالین رقیق کرده و هر یک گرم با ۲۰۰ سی سی نرمال سالین رقیق و در عرض یکساعت تزریق شود.

مراقبت‌ها:

انفوزیون سریع می تواند منجر به هیپوتانسیون ناگهانی گردد. فشار خون و سرعت ضربان قلب به طور پیوسته در حین تجویز کنترل گردد. جذب و دفع و شنوایی بیمار نیز باید کنترل گردد بیمار را آگاه کنید تا زنگ زدن در گوش‌ها را فوری گزارش کند.

۶- مروپنم

دسته دارویی: کارباپنم

دسته درمانی: انتی بیوتیک

مکانیسم اثر: مروپنم یک انتی بیوتیک وسیع الطیف کارباپنم در برابر باکتری‌های گرم مثبت و منفی می باشد که عملکرد خود را با نفوذ به سلول‌های باکتریایی و تداخل با آن‌ها انجام می دهد. مروپنم از سنتز دیواره ی سلولی باکتری جلوگیری کرده و باعث از بین رفتن باکتری می گردد.

عوارض جانبی: عوارض گوارشی: تهوع، استفراغ، یبوست، بی اشتها، بی اشتهایی، هپاتیت، نقص کبدی، سوء هاضمه، مسدود شدن مجاری گوارشی، مشاهده خون در مدفوع، بزرگ شدن شکم و درد لگن عوارض قلبی و عروقی: نارسائی قلبی، تاکی کاردی، ایست قلبی، افزایش فشار خون، سکته قلبی، آمبولی ریوی، کاهش ضربان قلب، کاهش فشار خون و سنکوپ عوارض خونی: آنمی، آنمی هیپوکرومیک و زیاد شدن حجم خون، ادم محیطی و هیپوکسی عوارض عصبی: بی خوابی، سرگیجه، گیجی، صرع، اضطراب، افسردگی، ضعف و ناتوانی و هالوسیناسیون عوارض تنفسی: آپنه، اختلال تنفسی، آسم، افزایش سرفه و ادم ریوی عوارض پوست: کهیر، خارش، احساس سرما، قرمزی، تعرق و زخم‌های پوستی عوارض ادراری: نقص کلیوی، احتباس ادراری و بی‌اختیاری ادرار

نحوه تزریق: هر ۵۰۰ میلی گرم با ۱۰ سی سی اب مقطر حل و با ۵۰-۲۵۰ سی سی نرمال سالین رقیق و در عرض ۱۵-۳۰ دقیقه تزریق شود.

مراقبت ها:

۱. از تجویز این دارو در عفونت استافیلوکوکی به متی سیلین خودداری کنید .
۲. تشنج و سایر عوارض CNS ناشی از درمان با مروپنم اغلب در بیماران با سابقه اختلالات CNS مننژیت باکتریال و نارسایی کلیوی روی می دهد . در صورت وقوع تشنج دوز را کاهش یا متوقف کنید .
۳. برای تزریق بلوس وریدی ، با آب استریل غلظت دارو را به ۵۰ mg/ml برسانید . غلظت انفوزیون وریدی می تواند ۲/۵-۵۰ mg/ml باشد و طی ۳۰-۱۵ دقیقه انفوزیون صورت گیرد .
۴. به صورت دوره ای کارکرد کلیوی - کبدی و سیستم خونساز را در درمان طولانی مدت پایش کنید .

۷-مترونیدازول:

دسته دارویی: نیترو ایمیدازول

دسته درمانی: ضد باکتری و ضد آمیب

مکانیسم اثر: مترونیدازول پس از جذب در سلول، تحت واکنش‌های درون سلولی احیا شده و به متابولیت‌های سمی تبدیل می‌گردد. متابولیت‌های مترونیدازول سبب آسیب دی-ان-آی DNA سلولی می‌شوند. از آنجا که واکنش‌های احیای مربوط به تولید این متابولیت‌ها تنها در سلول‌های بی‌هوازی رخ می‌دهند، سلول‌های انسان و باکتری‌های هوازی تا حد زیادی از آسیب مصونند.

عوارض: (عوارض جانبی شایع) لکوپنی، نوتروپنی، نوروپاتی محیطی، اثرات شبه دی سولفیرام (تهوع، استفراغ، برافروختگی پوست و تاکی کاردی)، هنگامی که مترونیدازول با الکل مصرف شود، احتمال بروز نشانگان استیونز-جانسون (هنگام مصرف همزمان با مبندازول)، بوی بد مدفوع، طعم فلزی در دهان، و خارش پوست و خشکی دهان

نحوه تزریق: محلول رقیق شده در عرض یکساعت تزریق شود.

مراقبت‌ها:

۱. در صورت بارداری مصرف این دارو ممنوع است.
۲. پیگیری وضعیت بالینی و آزمایشگاهی بیمار در صورتی که طول درمان از ۱۰ روز تجاوز کند، توصیه می‌شود.
۳. در صورت بروز تحریک گوارشی، مترونیدازول را می‌توان با غذا مصرف کرد.
۴. مترونیدازول تزریقی فقط باید به صورت انفوزیون آهسته وریدی مصرف شود؛ که در این صورت انفوزیون محلول‌ها یا سرم‌های دیگر باید قطع شود.
۵. شستن دست‌ها قبل و بعد از استعمال واژینال دارو توصیه می‌شود. همچنین رعایت اصول بهداشتی برای جلوگیری از بروز مجدد عفونت ضروری است.
۶. در صورت بروز حساسیت یا تحریک، مصرف دارو باید قطع شود.

۷. در صورت مصرف شکل واژینال این دارو در درمان تریکوموناز، استفاده از کاندوم به منظور پیشگیری از بروز مجدد عفونت ضروری است. ممکن است به طور همزمان مردان نیز به مصرف این دارو نیاز داشته باشند.

۸. در صورت بروز سر گیجه یا منگی با مصرف این دارو باید احتیاط نمود.

۹. در طول مصرف شکل واژینال این دارو، به منظور پیشگیری از عفونت متقاطع، عفونت مجدد یا رقیق شدن دوز دارو، باید از مقاربت جنسی خودداری نمود.

۱۰. در صورت وجود بیماری مزمن میگرن به علت تداخل شدید و خطرناک به هیچ عنوان مصرف نگردد.

۸- کلیندامایسن

دسته دارویی: مشتق لینکو مایسین

دسته درمانی: آنتی بیوتیک / ضد باکتری / ضد تک یاخته

مکانیسم اثر: داروی کلیندامایسن رشد میکروبها را متوقف می کند. این آنتی بیوتیک فقط در درمان عفونت های باکتریایی مؤثر است و بر روی عفونت های ویروسی مانند سرماخوردگی و آنفولانزا تاثیری ندارد.

عوارض: اسهال (که در صورت بروز آن باید مصرف دارو را قطع کرد)، احساس ناراحتی در شکم، تهوع، استفراغ، کولیت ناشی از آنتی بیوتیک، بثورات جلدی، یرقان و تغییر در پاسخ آزمون های کبدی، کاهش نوتروفیل های خونی، ائوزینوفیلی، آگرانولوسیتوز و کاهش پلاکت های خون بعد از مصرف کلیندامایسن گزارش شده اند.

نحوه تزریق: دوز کمتر از ۹۰۰ میلی گرم با ۵۰ سی سی نرمال سالین رقیق و در عرض ۱۰ تا ۶۰ دقیقه داده شود.

مراقبت ها:

۱. به ندرت ممکن است اسهال شدید با مصرف کلیندامایسین ایجاد شود. اسهال خفیف از عوارض معمولی این دارو است ولی چنانچه اسهال شدید آبی و یا اسهال خونی مشاهده شود لازم است فوراً مصرف کلیندامایسین را قطع و به پزشک اطلاع دهید.

۲. اگر مشکل کبدی، کلیوی و یا مشکل گوارشی مانند کولیت دارید قبل از مصرف کپسول کلیندامایسین به پزشک اطلاع دهید.

۳. دوره درمان این دارو را کامل کنید و کپسول کلیندامایسین را در زمان های مشخصی که پزشک تجویز کرده مصرف کنید حتی اگر علائم بیماری کاهش یافته و یا از بین رفته باشد. از مصرف خود سرانه این دارو خودداری کنید. مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها ممکن است باعث مقاومت میکروبی شود.

۴. مصرف کلیندامایسین در دوران شیردهی مجاز نیست.

۵. کلیندامایسین با طیف گسترده ای از داروها تداخل دارد بنابراین این لازم است قبل از مصرف این دارو داروهای مصرفی خود را به اطلاع پزشک یا داروساز برسانید.

۹- هپارین:

دسته دارویی: آنتی کواگولانت

دسته درمانی: ضد انعقاد

نحوه تزریق: جهت مخلوط شدن دارو با سرم ظرف محلول ۶ بار واژگون شود

سرم سازگار: D/w5%,n/s

آنتی دوت هپارین پروتامین سولفات است

عوارض دارویی: هماتوم،هماچوری،پوکی استخوان

اقدام پرستاری: چک pt/ptt، چک از لحاظ خونریزی لثه،ادرار،مدفوعو هموپتزی

۱۰- آپوتل:

دسته دارویی: مشتق پارا آمینوفنل

دسته درمانی: ضد درد غیر مخدر، ضد تب

نحوه تزریق: در ۱۰۰ سی سی به مدت یک ساعت

عوارض: گیجی، کاهش قند خون، خواب آلودگی

اقدام پرستاری: علائم مسمومیت مزمن (نبض سریع و ضعیف، دیس پنه، انتهای سرد) گزارش شود در صورت راش و کهیر دارو قطع شود

۱۱- پنتوپرازول:

دسته دارویی: مهار کننده پمپ پروتون

دسته درمانی: ضد زخم پپتیک، مهار کننده ترشح اسید معده

نحوه تزریق: در ۱۰۰ سی سی رقیق با حداکثر سرعت ۳ میلیگرم در دقیقه در N/S,D/W5%,R/L

عوارض: بی خوابی، درد قفسه سینه، تکرر ادرار

اقدام پرستاری: چک صدای روده هر ۸ ساعت، چک شکم از لحاظ درد، تورم

۱۲- اندانسترون:

دسته دارویی: آنتاگونیست گیرنده 5-HT3

دسته درمانی: ضد تهوع

نحوه تزریق: در ۵۰ سی سی N/S,D/W5% در مدت ۱۵ دقیقه

عوارض: اسهال، یبوست، درد عضله

اقدام پرستاری: بیمار از نظر ترمور، کشیدن پاها روی زمین چک شود

پروسیجرهای اختصاصی بخش

- prep کردن بیمار جهت عمل برداشتن مثانه: بیمار سه روز قبل از عمل بستری و آمادگی روده از طریق مصرف قرص وشیاف بیزاکودیل، آنتی بیوتیک خوراکی وانما طبق دستور پزشک توسط پرستار انجام می شود.
- Continues bladder irrigation: بیماران دارای خونریزی ادراری، یا بیماران بعد از عمل TUR-B, TUR-P, نیاز به شستشوی پیوسته مثانه دارند. به این منظور یک فولی سه راهه توسط پزشک برای بیمار گذاشته شده و محلول N/S شستشو از یک مسیر وارد مثانه و از سمت دیگر خارج می گردد. سرعت شستشو به دستور پزشک و میزان خونریزی بیمار بستگی دارد. تعویض باتل های سرم شستشو مطلقاً توسط پرسنل انجام می گردد. هر گونه تغییر رنگ یا انسداد یا لخته در مسیر، به پزشک اطلاع داده شده و در پرونده ثبت می گردد.
- Pouch irrigation- یا- direct bladder irrigation مطلقاً به عهده پزشک است.
- باز کردن clot در سوندادراری و درنهای مختلف بیمار: مطلقاً به عهده پزشک است
- تزریق Mitomycin: در داخل مثانه مطلقاً توسط پزشک انجام می گردد. پرستاران در آموزش و راهنمایی بیمار و اطلاع به پزشک نقش اساسی دارند چون زمان طلایی برای انجام این پروسیجر تا ۶ ساعت بعد از عمل می باشد.
- مراقبت از استوما: معمولاً بیماران رادیکال سیستکتومی دارای یوروتروستومی یا ایلئوستومی هستند و مراقبت از آنها طبق روش اجرایی مراقبت از استوما انجام می گردد.
- کارگذاری Tripel lumen, double lumen در اتاق عمل، اتاق عمل سرپایی و به ندرت در بخش و برداشتن آن در بخش توسط رزیدنت

تجهیزات بخش

-تجهیزات پزشکی بخش:

شامل مانیتور قلبی /دی سی شوک /ساکشن/ تشک مواج/سرنگ پمپ/دستگاه BP و دستگاه گلوکومتر میباشد که اپراتوری هر دستگاه کنار آن نصب شده است . در بعضی موارد ممکن است نیاز به دستگاه هایی مثل اینفیوژن پمپ یا پالس اکسیمتری سیار شود که با هماهنگی با واحد تجهیزات پزشکی تهیه میشود.. در بدو ورود شما به بخش توسط سرپرستار بخش نحوه کار با دستگاه آموزش خواهید دید و در کلاسهای آموزشی که از طرف واحد تجهیزات پزشکی گذاشته میشود برنامه ریزی و شرکت داده میشود.به پیوست نحوه کار با تجهیزات پزشکی ضمیمه میباشد لطفا مطالعه فرمایید.



روشن شدن چراغ سبز رنگ نشان دهنده فعال بودن دستگاه است .
 اما اگر چراغ با رنگ قرمز روشن باشد به این معنی است که روند کار دستگاه دچار مشکل شده است.
 ❖ برای قطع نمودن صدای آلارم از **کلید Silence** استفاده کنید.



روشن رفع آلارم	علت	آلارم
وجود پیچ خوردگیها در مسیر تزریق یا لخته در وسیله رگ گیری را چک کنید. برای رفع آن، فشار داخلی را از مسیر تزریق برطرف ساخته و تزریق را مجدداً شروع کنید.	انسداد در مسیر رخ داده است و یا از مایع غلیظ و چسبنده استفاده شده است	بوق مداوم OCCL.
سیم برق را به منبع انرژی متصل کنید. بعد از تزریق، باطری را شارژ کنید. اگر باطری فاسد شده است باطری را تعویض کنید.	ولتاژ باطری کم است	بوق متناوب BATTERY
تا به اتمام رسیدن محلول در سرنگ، عملکرد ادامه می یابد. برای کار بعدی آماده شوید.	محلول در حال تمام شدن است.	بوق متناوب NEAR EMPTY
در این حالت اقدام مقتضی را انجام دهید و سرنگ را بردارید.	تزریق انجام شد.	بوق مداوم END
سرعت تزریق را تنظیم کنید. سرنگ را بطور صحیح جایگذاری کنید.	میزان جریان (Flow Rate) تنظیم نشده است. سرعت تزریق برای سرنگ 10ml بیش از 200ml/h تنظیم شده است. سرنگ را اشتباه جایگذاری کرده اید و یا هنوز سرنگ را روی پمپ نگذاشته اید.	در هنگام فشار دادن کلید START بوق کوتاهی به صدا در می آید.
دکمه Start را فشار دهید.	بعد از گذشت 2 دقیقه از آماده کردن دستگاه و تنظیم سرعت تزریق ، دکمه Start زده نشده باشد .	یاد آوری Reminder

Quick Reference

تنظیمات سیستم SETUP :

- 1- با فشردن کلید Home/Menu و سپس چرخاندن و فشرودن کلید روتاری، منوی SETUP را انتخاب کنید.
- 2- این پنجره برای انتخاب مد عملکردی سیستم (Adult or Neonatal) و همچنین تنظیمات تاریخ، زمان و نوع نمایش استفاده می شود.

مشخصات بیمار Patient information :

- 1- با فشردن کلید Home/Menu و سپس چرخاندن و فشرودن کلید روتاری، منوی Patient Information را انتخاب کنید. 2- این پنجره برای وارد کردن نام، جنسیت، تاریخ تولد، وزن و قد بیمار و همچنین برای وارد کردن نام پزشک و مشخصات مرکز درمانی استفاده میشود. 3- برای وارد کردن نام بیمار می بایست حروف را با چرخاندن روتاری انتخاب و جهت برج آنها روتاری را فشرود. 4- برای وارد کردن نام پزشک و مشخصات مرکز درمانی، مشابه برج نام بیمار، عمل کنید.

تنظیمات آلارم Alarm Setting :

- 1- با فشردن کلید Home/Menu و سپس چرخاندن و فشرودن کلید روتاری، منوی ALARM را انتخاب کنید. 2- برای تنظیم محدوده آلارم پارامتر مورد نظر، با چرخاندن روتاری سطح بالا یا پایین آلارم پارامتر را انتخاب کرده و کلیک کنید. 3- با چرخاندن روتاری مقدار محدوده آلارم را تنظیم و برای نیت روتاری را کلیک کنید. 4- این عملیات را برای تنظیم محدوده آلارم سایر پارامترها تکرار کنید. در این پنجره می توان وضعیت روشن یا خاموش بودن تک تک آلارمها یا تمامی آنها را مشخص کرد. همچنین می توان صدای آلارم نیز در این پنجره تنظیم می شود.

کلید Alarm Silence :

با فشردن این کلید در مدت ۱۲ ثانیه آلارم های صوتی را غیرفعال کرده یا فشرودن مجدد این کلید سیستم از حالت سکوت موقت خارج و اجازه فعال شدن دوباره آلارم های صوتی داده می شود.

تنظیمات رکوردر Recorder :

- 1- با فشردن کلید Rec/Stop در پدل جلو، می توان از شکل موج ها و کلیه اطلاعات پارامترها بوسیله ماینیور و یا سائترال رکوردر تهیه کرد یا فشار دادن مجدد این کلید، عملیات رکوردرگیری متوقف خواهد شد.
- 2- با چرخاندن و فشرودن کلید روتاری منوی Recorder را انتخاب کنید. این پنجره برای تعیین تعداد و نوع سیگنال مورد نظر برای رکوردر، سرعت و زمان رکوردر و همچنین انتخاب رکوردرگیری توماتیک و دستی استفاده می شود.

TREND :

- 1- با فشردن کلید Home/Menu در پدل جلو و سپس چرخاندن و فشرودن کلید روتاری، منوی TREND را انتخاب کنید. 2- در این منو، بررسی و مشاهده ۹۶ ساعت گذشته نمودارهای عددی کلیه پارامترها در هر ثانیه امکان پذیر است. در این پنجره، کلیه ها و انتخابهایی جهت تعویض پارامتر و همچنین نوع نمایش نمودار TREND موجود می باشد.
- با چرخاندن کلید روتاری در محدوده نمایش هر یک از پارامترها و فشرودن آن، پنجره مربوط به پارامتر مورد نظر را انتخاب کنید.



پنجره ECG برای تعیین نوع کابل ECG متصل به ماینیور، انتخاب Lead مورد نظر، تنظیم دامنه و سرعت چاروب سیگنال، انتخاب نوع فیلتر، تعیین حدود آلارم، فعال کردن مد تشخیص P/QRS، آنالیز آریتمی و ST استفاده می شود.

- فیلتر NORMAL در شرایط نرمال مورد استفاده قرار می گیرد.
 - فیلتر EXTENDED در موارد تشخیصی مورد استفاده قرار می گیرد، اما شکل موج ECG ممکن است یک مقدار نویز داشته باشد.
 - فیلتر MONITOR برای کاهش اختلالات ناشی از الکتروکودر و همچنین در زمانهایی که سیستم دارای نویز بالایی است و یا زمین خراب نیستیل کننده نمودار، مورد استفاده قرار می گیرد.
- 1- در طول استفاده از الکتروشوک، ماینیور، نخت و بیمار را لمس نکنید.
2- در هنگام استفاده از الکتروکودر از فرار دادن الکترودهای ECG نزدیک الکتروود بازگشتی کونر خودداری کنید. این کار باعث کاهش ناهنجاری با سیگنال ECG می شود.
3- در بیمارانی که دارای Pacemaker هستند PACE DETECT باید ON باشد. در غیر اینصورت سیگنالهای ناشی از Pacemaker بعنوان QRS تلقی می شود.



پنجره SPO2 برای انتخاب سرعت تغییرات، سرعت چاروب سیگنال، تعیین حدود آلارم و درجه حساسیت استفاده می شود.

SPO2 RESPONSE :

- 1- در مد SLOW ماژول تاخیرات کمتری در برابر حرکت بیمار می پذیرد، اپراتور باید آگاه باشد که در این مد نسبت به سایر مد ها سرعت تغییرات SPO2 بسیار کم است.
- 2- در مد NORMAL بیشتر در حالت معمولی استفاده می شود. 3- در مد FAST تاخیر در برابر تغییرات SPO2 بسیار سریع است. در شرایط خاص بررسی متلاً مراقبت در هنگام خواب مفید است.

SPO2 SENSITIVITY MODE :

- مد NORMAL بهترین ترکیب عملکردی ماژول از نظر حساسیت شکل موج و تشخیص براب در انگشت را ایجاد می شود. استفاده از این مد برای اکثر بیماران توصیه می شود.
 - مد MAX در مواردی که پزشکان نیاز دارند که سطح آستانه پرفیوژن را در طول زمان ماینیورینگ در پدین ترین حد (۰.۰۲) تنظیم کنند استفاده می شود.
 - این مد طوری طراحی شده است که حتی اطلاعات بیماری که دارای سیگنال بسیار ضعیفی هستند را نیز تقصیر می کند و نمایش می دهد.
 - در مد APOD سیستم دارای کمترین حساسیت نسبت به تغییرات سیگنال است. در صورتی که بیمار دارای پرفیوژن پایین باشد، استفاده از این مد توصیه نمی شود. این مد برای بیمارانی که دارای ریتمک بالای جفا شدن براب هستند، مانند کودکان یا بیماران نا آرام توصیه می شود.
- 1- مطمئن شوید که ناخن پنجره نوری را می پوشاند. 2- سیم سنسور باید همیشه بالای انگشت قرار می گیرد.

محدودیت های اندازه گیری:

دقت اندازه گیری SPO2 تحت تاثیر عوامل زیر کاهش می یابد:

- 1- دستگاه الکتروکودر و الکتروشوک. 2- حرکت زیاد بیمار. 3- تزریق مواد رنگی قلبی و عروقی مانند Methylen blue, indocyanine green. 4- توزیع قابل توجهی از هموگلوبین غیر عملکردی مانند کریکسی هموگلوبین و یا متهموگلوبین. 5- دمای سنسور (بهترین دمای عملکردی 28 °C تا 42 °C). 6- ششمنعناات زیاد از حد (بالتر از 5000 Lumens/Square meter). 7- اتصال غیر صحیح سنسور به عضو مورد نظر. 8- نخس وریدی. 9- بیضی و کشش کابل. 10- قرارگیری سنسور در محلی که کاف فشار خون، کنتور شریانی و یا تزریق داخل وریدی انجام می شود. 11- استفاده از پالس اکسیمتر در طول تصویر برداری MRI. 12- میدان های القایی از MRI می تواند باعث ایجاد سوختگی شود.



پنجره TEMP برای انتخاب واحد اندازه گیری و تعیین حدود آلارم استفاده می شود.

استفاده همزمان دستگاه الکتروکودر یا پرلر دما می تواند باعث ایجاد سوختگی بیمار شود. در صورت امکان قبل از فعال کردن دستگاه کونر و یا منبع RF دیگر، براب را از بدن بیمار دور کنید. اگر استفاده از اندازه گیری دما همزمان با دستگاه الکتروکودر لازم است، برای کاهش خطر سوختگی نا حد امکان محل اندازه گیری دما را از مسیر جریان RF به پلست بازگشتی دور کنید.

D00005-V1

راهنمای استفاده سریع از دستگاه پالس اکسی متر Novamatrix

- ۱- دکمه Power : با فشار دادن این دکمه مانیتور روشن می شود .
- ۲- Low battery : نشان دهنده وضعیت باطری است در حالیکه مانیتور از باطری استفاده می کند قرمز می باشد و زمانی که ولتاژ باطری کاهش یابد به صورت چشمک زن خواهد بود .
- ۳- AC/ ON : نشان دهنده استفاده از برق شهر می باشد در این حالت چراغ سبز روشن است .
- ۴- نشان دهنده قطع آلام صوتی به مدت دو دقیقه خواهد بود . وقتی دکمه Audio را فشار دهیم این نشان دهنده نور زرد رنگ از خود ساطع می کند و آلام به مدت ۲ دقیقه به حالت قطع می برد .
- ۵- دکمه Audio : با فشار این دکمه آلام صوتی به مدت ۲ دقیقه قطع می گردد . در ضمن با فشار دادن این دکمه و نگه داشتن آن به مدت ۲۰ ثانیه آلام به طور دائم قطع خواهد شد و چراغ Audio off فعال می گردد و با دوبار فشار دادن این دکمه آلام مجدداً وصل می شود .
- ۶- نشان گر Audio off : در زمانی که آلامی اتفاق افتاده باشد این نشان دهنده به صورت چشمک زن عمل می نماید .
- ۷- دکمه Alert Reset : با فشار این دکمه نشان دهنده آلام غیرفعال می گردد و چنانچه آلام هنوز وجود داشته باشد نشان دهنده دوباره فعال می گردد .
- ۸- Alert Reset نشان دهنده آلام : وقتی آلام اتفاق بیفتد این نشانگر به رنگ قرمز چشمک می زند و این عمل تا زمانیکه Alert Reset را نزنیم ادامه می یابد .
- ۹- کلیدهای نرم افزاری که عملکرد هر کدام در بالای آن کلید روی صفحه Display مانیتور نوشته شده است و با تغییر منو عملکردهای آن نیز تغییر می یابد .
- ۱۰- Event : به وسیله فشار دادن این کلید می توان وقایع رخ داده در روی Display را بررسی نمود .
- ۱۱- دکمه کنتراست : مربوط به روشنایی صفحه تصویر مانیتور می باشد و با آن می توان روشنایی را تنظیم کرد .

راهنمای کار با انفیوژن پمپ jms

این دستگاه جهت تزریق داروها در طی ساعت معین با حجم معین میباشد.

عملکرد:

On/off: که پشت دستگاه قرار دارد روی on قرار گیرد.

Power: چند ثانیه روی آن فشار دهید تا دستگاه روشن شود.

Start: با فشار آن پمپ شروع به کار میکند.

Stop: جهت متوقف کردن تزریق استفاده میشود. با متوقف کردن تزریق می توان پمپ را تغییر داده سپس تزریق را مجدد شروع نمود.

Rate: با کمک این دکمه میزان تزریق در هر دقیقه یا هر ساعت مشخص میشود.

توجه: جهت تنظیم بر حسب قطره در دقیقه یا میلی متر در ساعت از دکمه سفید رنگ پشت پمپ و در حالت بالا بودن بر حسب gtt/min باید استفاده نمود که در حالت پایین بودن بر حسب ml/h میباشد. پمپ با هر روشی که تنظیم باشد آن روش با رنگ سبز روشن میشود.

Volume: حجم مورد نیاز که باید در طی تزریق انجام شود مشخص میگردد. حجم بر حسب سی سی میباشد.

Purge: در هنگام تزریق فشاری push، حجم کمی از دارو استفاده میشود.



آماده کردن پمپ:

پمپ را با کمک پیچی که در پشت آن قرار دارد به پایه سرم وصل نمایید چشمی را به قسمت چمبرست مورد نظر وصل نموده و .ست را از داخل پمپ عبور دهید(جهت باز کردن درب پمپ ،در سمت راست روی پمپ قطعه فلزی قرار دارد آنرا به سمت جلو عقب میکشیم) بعد از عبور ست درب رامی بندیم ست چمبر باید کمتر از نصف حجم خود داشته باشد پیچ ست را در حالت کاملاً باز قرار میدهیم .پمپ را بر حسب حجم و قطرات تنظیم میکنیم و دکمه start را فشار میدهیم.



توجه :اگر در هنگام کار پمپ میخواهید تنظیمات را تغییر دهید باید ابتدا یا دکمه Stop پمپرا متوقف کرده تنظیمات جدید را انجام داده سپس start را بزنید.

توجه :قبل از تزریق از سالم بودن رگ بیمار مطمئن باشید پمپ تحت هر شرایطی دارو را تزریق میکند.



آلارم ها :قرمز شدن هر کلمه نشانه آلارم آن است.

Low battery: اتمام باطری دستگاه؛ پمپ را به برق وصل نمایید.

Air: در مسیر ست هوا وجود دارد اگر حجم هوا بسیار کم است از دکمه **purge** استفاده نموده و هوا را پوش کنید. در صورتی که حجم هوا زیاد بود پمپ را **Stop** نموده ست را جدا کنید هوا را خالی نموده مجدد ست را در پمپ قرار دهید.

Empty: ویال دارو یا کیسه خون به اتمام رسیده است.

Occl: نشانه بسته بودن مسیر تزریق است. تمام مسیر را چک کرده از باز بودن مسیر و نداشتن پیچ خوردگی و نگرفتن رگ مطمئن شوید.

Door: درب دستگاه باز است مجدد چک شود.

Drip:

۱ - پمپ نمی تواند قطرات را بشمارد

۲ - عدم همخوانی قطرات تنظیم شده با نوع ست

۳ - پر بودن کامل چمبرست

۴ - تمیز نبودن چشمی دستگاه

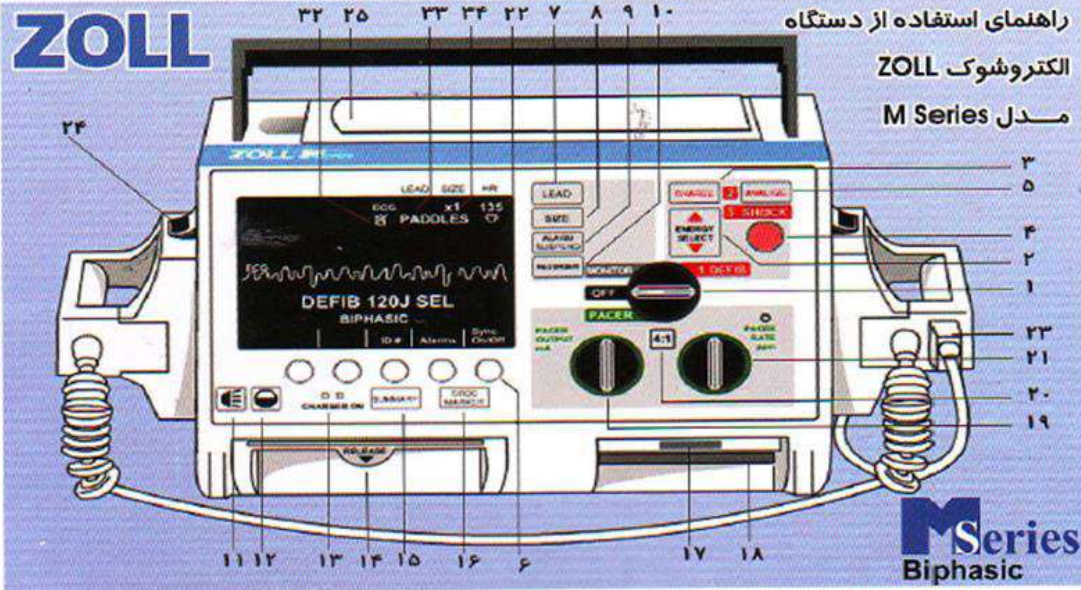
۵ - جدا شدن سیم رابط چشمی پمپ از پشت آن.

ZOLL

راهنمای استفاده از دستگاه

الکتروشوک ZOLL


مدل M Series

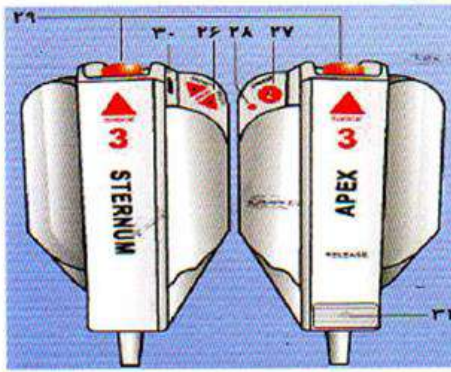


- ۱۳- نشانگرهای وضعیت برق و باتری: چراغ زرد نشاندهنده شارژ شدن باتری، چراغ سبز نشاندهنده کامل شدن شارژ باتری، چراغ چشمک‌زن سبز و زرد نشاندهنده عدم وجود باتری و چراغهای خاموش نشاندهنده استفاده از باتری بدون اتصال به برق می‌باشند.
- ۱۴- محل قرارگیری کاتد: محل نگهداری کاتد پریترنر، با فشار به سمت پایین و کشیدن به جلو باز میشود.
- ۱۵- کلید عملکردت گزارش: گرفتن گزارش از اطلاعات ذخیره شده بیمار در حافظه دستگاه با استفاده از کلیدهای نرم افزاری.
- ۱۶- کلید Code marker: ثبت اعمال انجام شده در حافظه دستگاه
- ۱۷- درگاه قرارگیری کارت مودم
- ۱۸- درگاه قرارگیری کارت حافظه PCMCIA
- ۱۹- تنظیم خروجی میلی آمپر پیس میکر: تنظیم شدت خروجی بر حسب میلی آمپر.
- ۲۰- کلید 4:1: با فشردن و نگاه داشتن این کلید، نرخ پیس میکر به یک چهارم تقلیل پیدا می‌کند و با رها کردن آن، به حالت عادی برمی‌گردد.
- ۲۱- تنظیم خروجی نرخ ضربان بیمار: تنظیم ریتم پیس میکر تنظیم می‌شود.
- ۲۲- محل نمایش نرخ ضربان قلب بیمار
- ۲۳- محل اتصال کابل MFC به پدال Apex
- ۲۴- ضامن آزاد کننده پدالها
- ۲۵- باتری و محل قرارگیری آن روی دستگاه

- ۱- سوئیچ انتخاب مد کاری: انتخاب حالت کاری دستگاه بین خاموش، مانیتور، دفیبریلاتور و پیس میکر
- ۲- کلیدهای انتخاب انرژی: کلیدهای ▲ و ▼ را فشار دهید تا سطح انرژی مورد نظر روی صفحه نمایش ظاهر شود.
- ۳- کلید شارژ انرژی: دفیبریلاتور تا انرژی انتخاب شده شارژ می‌شود.
- ۴- کلید تخلیه انرژی: در صورت استفاده از پدهای مالتی فانکشن یا پدالهای اینترنال، انرژی شارژ شده روی بدن تخلیه می‌شود.
- ۵- کلید آنالیز: شروع به آنالیز ECG به منظور تشخیص ریتمهایی که به شوک نیاز دارند.
- ۶- کلید فعال و غیرفعال کردن حالت سنکرون: فقط در حالت دفیبریلاتور فعال می‌باشد.
- ۷- کلید انتخاب لید: انتخاب لید ECG. نام لید در محل ۳۳، روی صفحه نمایش نوشته می‌شود.
- ۸- کلید انتخاب سایز: تغییر سایز نمایش ECG بین ۲۰، ۱۵، ۱۰، ۵ و ۲ برابر که در بالای صفحه نمایش (محل ۳۴) نشان داده می‌شود.
- ۹- کلید قطع آلارم: فعال و غیرفعال کردن آلارم صوتی. در صورت فعال بودن علامت  نمایش داده می‌شود و با فشردن کلید به مدت ۴ ثانیه آلارم غیرفعال و علامت  نشان داده می‌شود. (محل ۳۳)
- ۱۰- کلید پریترنر: شروع و قطع ثبت ECG روی نوار
- ۱۱- کلید صدای بوق: تنظیم شدت صدای بوق کمپلکس QRS
- ۱۲- کلید شدت نور صفحه نمایش: تنظیم شدت نور صفحه نمایش

ZOLL
It's about time.

شرکت تولیدی جهان کترش تجارت 



۲۶- **کلیدهای انتخاب انرژی: کلیدهای - (زیاد) و - (کم) را فشار دهید تا سطح انرژی مورد نظر روی صفحه نمایش ظاهر شود.**

۲۷- **کلید شارژ انرژی: دکمپرلاتور تا انرژی تنظیم شده شارژ می‌شود.**

۲۸- **چراغ نشانگر شارژ: بعد از فشردن کلید شارژ، هنگامیکه دکمپرلاتور آماده تخلیه شود، چراغ روشن می‌شود.**

۲۹- **کلیدهای تخلیه انرژی: برای تخلیه انرژی شارژ شده، باید پدالها روی بدن بیمار قرار گیرد و با فشردن و نگاه داشتن همزمان دو کلید نارنجی، شوک روی بدن بیمار تخلیه می‌شود.**

۳۰- **کلید برپشتن: شروع و قطع ثبت ECG روی توار**

۳۱- **ضامن کابل MFC: برای جدا کردن کابل MFC از پدال Apex، ضامن را در جهت فلش حرکت دهید و کابل را به سمت عقب بکشید.**

خلاصه نحوه استفاده از دستگاه الکتروشوک ZOLL مدل M Series در حالت‌های کاری مختلف:

الف - مانیتورینگ:

۱. سوییچ انتخاب حالت کاری (۱) را روی حالت MONITOR بچرخانید.
۲. با استفاده از کلیدهای انتخاب لید (۷) و انتخاب سایز (۸)، لید و سایز مناسب را انتخاب کنید.
۳. در صورت نیاز به گرفتن رکورد (برپشتن)، کلید شروع و قطع برپشت (۱۰) را فشار دهید.

ب- دکمپرلاتور با استفاده از پدالها:

۱. سوییچ انتخاب حالت کاری (۱) را روی حالت DEFIB بچرخانید.
۲. پدالها را از روی دستگاه برداشته و زل بزنید.
۳. با استفاده از کلید انتخاب انرژی روی پدال Sternum (۲۶) یا با استفاده از کلیدهای انتخاب انرژی روی پدال دستگاه (۲) مقدار انرژی مطلوب را انتخاب کنید (انرژی پیش فرض ۱۲۰ ژول می‌باشد).
۴. با استفاده از کلید شارژ انرژی روی پدال Apex (۲۷) یا با استفاده از کلید شارژ روی پدال دستگاه (۳)، انرژی انتخابی را شارژ کنید.
۵. پدالها را روی سینه بیمار قرار داده، اطراف بیمار را خالی کرده و شوک را با فشردن همزمان دو کلید نارنجی (۲۹) روی بدن بیمار تخلیه کنید.

ب- دکمپرلاتور با استفاده از پدال اینترنال:

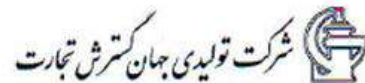
۱. پدالها چندسنگاره را روی بدن بیمار در محل مشخص شده جعبه‌بندی، کابل MFC را به پدال متصل کنید و سوییچ انتخاب حالت کاری (۱) را روی حالت DEFIB بچرخانید.

مقایسه سطوح انرژی Monophasic و Biphasic:

Monophasic	30	50	75	100	150	200	300	360
Biphasic	20	30	50	75	100	120	150	200

نکات ایمنی (بسیار مهم):

۱. به هیچ وجه هنگام تخلیه شوک، پدالها را به هم نچسبانید.
۲. به هیچ وجه هنگام تخلیه شوک، گاز خیس بین پدالها قرار ندهید.
۳. برای تست دستگاه انرژی ۳۰ ژول را انتخاب کنید، شارژ نموده و در حالیکه پدالها روی دستگاه در جای خود قرار دارند، با فشردن همزمان دو کلید نارنجی (۲۹)، انرژی را روی خود دستگاه تخلیه کنید. پیغام TEST OK نشان‌دهنده عملکرد صحیح دستگاه است.
۴. تست دستگاه فقط تحت شرایط ذکر شده (تست ۳۰ ژول) باید انجام شود. به هم چسباندن پدالها و تخلیه شوک یا قرار دادن گاز خیس بین پدالها و تخلیه شوک برای تست دستگاه، ضمن ایجاد خطر برای کاربر، موجب آسیب دیدن جدی دستگاه می‌شود.
۵. با توجه به هوشمند بودن این دستگاه انرژی شارژ شده را روی هوا تخلیه نمی‌کند و برای تخلیه شوک حتماً باید پدالها روی بدن بیمار قرار داده شود.
۶. برای شوک دادن حتماً سطح پدالها را کاملاً به زل افشته کنید و با فشاری در حدود ۱۰ کیلوگرم روی سینه فشار دهید. بعد از اتمام کار حتماً زل روی سطح پدالها کاملاً با پنبه و الکل تمیز شود.
۷. در صورتیکه هرگونه پیغام FAULT روی نمایشگر دستگاه ظاهر شد، دستگاه را خاموش نموده و به نمایندگی ارسال نمایید.



راهنمای کار با گلوکومتر
جهت چک کردن قند خون به صورت فوری استفاده میشود.

عملکرد: M:

مقدار قندهای قبلی را در حافظه نگهداری میکند.

زمان: S:.

کد: قطعه پلاستیکی نارنجی رنگی که متناسب با کد نوار گلوکومتر در دستگاه قرار میگیرد



روش کار با دستگاه:

نوار گلوکومتری که کد آن با کدی که در دستگاه قرارداد یکسان است را در دستگاه قرار می دهیم. قسمت نارنجی رنگ نوار رو به بالا باشد. دستگاه بعد از چند ثانیه روشن میشود؛ ابتدا کدنوار روی دستگاه نمایش داده میشود. سپس در صفحه یک قطره و نوار نمایش داده می شود در این لحظه در حالی که نوار داخل دستگاه است باید یک قطره خون را روی قسمت نارنجی نوار ریخته که باید کل قسمت نارنجی را بپوشند ولی حجم آن زیاد نباشد. چند لحظه صبر کنید قند خون مشخص می شود.

در صورت نمایش کلمه error مقدار حجم خون کم یا زیاد بوده و یا مشخص میشود نوار قند خون

درست در دستگاه قرار نگرفته است؛ از نوار دیگری مجدداً استفاده کنید. بعد از اتمام کار با خارج

کردن نوار دستگاه بعد از چند ثانیه خاموش می شود.

لازم به ذکر است بعد از پایان کار بایستی قسمت خارجی دستگاه با پنبه آغشته به الکل تمیز شود.

راهنمای استفاده سریع از دستگاه الکتروشوک

الکتروشوک NIHON KOHDEN

۱) اتصال دستگاه به برق شهر

۲) روشن کردن دستگاه از طریق SELECTOR روی دستگاه

۳) با چرخاندن یک درجه SELECTOR دستگاه به چپ روی گزینه حالتیور قرار می گیریم و می توانیم بیمار را از طریق کابل ECG متصل به دستگاه حالتیورینگ قلبی کنیم (در صورت متصل نبودن LEAD ها پیغام CHECK ECG ELECTROD نمایش داده می شود.)

۴) از طریق دکمه LEAD - کانال های ECG را انتخاب می کنیم و از طریق دکمه SENS دانه یا ارتفاع ECG را انتخاب می کنیم - دکمه نارنجی رنگ روی دستگاه SILENT دستگاه می باشد و چهارمین دکمه ALARM SET UP است و محدوده ALARM ها را می توانیم مشخص کنیم.

۵) اگر SELECTOR را دو درجه به سمت چپ بچرخانیم روی AED MODE قرار می گیرد و در زمانی استفاده می شود که پد اکسترنال به بیمار متصل باشد - با چرخاندن بقیه درجات SELECTOR میزان زول مورد نظر را انتخاب می کنیم.

۶) شارژ کردن پدل ها از طریق فشردن دکمه شماره ۲ و دشارژ (تخلیه) شوک از طریق دکمه شماره ۳

• دستگاه به صورت اتوماتیک هنگام شوک دادن پرینت می گیرد.



جهت اطلاعات بیشتر به راهنمای کاربری دستگاه مراجعه نمایید

✓ رابط های بخش

این بخش افرادی را در جهت انجام وظیفه به عنوان رابط آموزشی، رابط خطا و خطر و رابط کنترل عفونت و

رابط آموزش به بیمار تعیین نموده است. این وظایف هر سال به افراد دیگری واگذار

می شود. همکاری با رابطین فوق، بسیار حائز اهمیت است. در حال حاضر :

رابط آموزش: خانم موسوی مقدم

رابط کنترل عفونت : خانم مهرابی

رابط خطا و خطر(ایمنی): خانم سلیمان زاده

رابط آموزش به بیمار: خانم مهربانی نسب

می باشند.