

مرکز آموزشی درمانی نمازی



کتابچه اختصاصی بخش مراقبت های ویژه پس از بیهوشی

تاریخ بازنگری: پاییز ۱۴۰۲

فهرست مطالب

ردیف	عنوان	صفحه
۱	فضای فیزیکی بخش	۳
۲	معرفی مسئولین	۴
۳	مقررات داخلی بخش	۴
۴	۵ بیماری شایع بخش	۱۲
۵	۵ داروی اختصاصی بخش	۲۴
۶	پروسیجرهای اختصاصی بخش	-
۷	تجهیزات اختصاصی بخش	۲۹

فضای فیزیکی بخش:

ریکاوری بزرگسالان

بخش ریکاوری بزرگسالان در طبقه یک جنب اتاق عمل قرار دارد.

بخش ریکاوری یک سالن با ظرفیت ۱۲ بیمار است (۱۲ برانکارد و ۱۲ یونیت)

بخش دارای اتاق های زیر می باشد:

اتاق شرح عمل، اتاق استراحت پرسنل، اتاق دارو، سرویس های بهداشتی (شامل: تی شور، تخلیه ساکشن، دستشویی پرسنل، دستشویی بیماران) ، اتاق وسایل کثیف، اتاق وسایل تمیز، انبار، رختکن پرسنل (رختکن آقایان، رختکن خانمها) ، اتاق بیماران سرپایی (آن اتاق در بیرون از بخش جنب درب ورودی قرار دارد).

ریکاوری اطفال

یک سالن در خود محیط اتاق عمل اطفال میباشد که شامل شش یونیت فعال میباشد

استیشن سمت چپ و اخر ریکاوری دستشویی قرار دارد محیط خاصی برای آموزش بیماران سرپایی در نظر گرفته نشده و در خود ریکاوری همراهان مستقر میشوند

اموالی و تنظیفات آن زیر نظر اتاق عمل و مشترک میباشد

معرفی مسئولین بخش:

رئیس بیمارستان: آقای دکتر احمد حسین زاده

مدیریت بیمارستان: آقای مهدی خان سالار

مدیر پرستاری: خانم لیلا هاشمی زاده

رییس بخش ریکاوری: آقای دکتر محمد علی سهم الدینی

سوپروایزر بالینی: آقای محمد مهدی رودیجانی

سرپرستار: خانم اعظم السادات زهرایی

سوپروایزر آموزشی: خانم آزادی

سوپروایزر کنترل عفونت: خانم طباطبایی

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی: آقای نعمت الهی

مسئول بهبود کیفیت: خانم زهرا خلیلی

مقررات داخلی بخش

پرسنل بخش موظف هستند تحت نظر سرپرستار بخش کار کنند و مشکلات کاری و شخصی خود را با تعامل با ایشان حل نمایند، در صورتیکه مشکل ایشان حل نشود پرسنل مربوطه به سوپروایزر ارجاع داده می شود.

ملاقات با مترون بیمارستان در روزهای خاص و با نوبت قبلی صورت می پذیرد که با هماهنگی با منشی مترون امکان پذیر می باشد.

در زمان عدم حضور سرپرستار، جانشین وی (نفر دوم بخش) به جای ایشان انجام وظیفه می نماید.

در شیفت های عصر و شب و روزهای تعطیل ، اینچارج بخش که از سوی سرپرستار تعیین گردیده و از طرف سوپروایزر و مترون بیمارستان ابلاغ دارند ، مسئولیت بخش را بر عهده دارند و باید از بخش، وسایل و تجهیزات بخش مراقبت کنند.

پرسنل بخش موظف هستند از اینچارج بخش در زمان عدم حضور سرپرستار کاملاً پیروی نمایند.

همکاران باید به یکدیگر متقابلاً احترام بگذارند.

مراقبت هنگام تغییر و تحول وسایل و تجهیزات بخش:

در انتهای هر شیفت وسایل و بیماران به شیفت بعد تحویل داده می شود.

تحویل وسایل:

تحویل نارکوتیک: توسط سرپرستار بخش / اینچارج بخش

تحویل وسایل استیشن: توسط سرپرستار بخش / اینچارج بخش

تحویل استوک دارویی: توسط نفر دوم شیفت

تحویل جعبه اورژانس: توسط نفر سوم شیفت

تحویل وسایل محیطی بخش: توسط نفر چهارم شیفت

در صورتی که به هر دلیل از جمله کمبود نیرو، پاس شیرو ... پرسنل مربوطه حضور نداشته باشند، سایر پرسنل همکاری می نمایند.

پرسنل بخش موظف هستند در شمارش و تحویل استوک دارویی و داروهای جعبه اورژانس دقت نمایند ، در غیر این صورت پرسنل مربوطه باید دارو را جایگزین نماید.

پرسنل بخش موظف هستند در تحویل وسایل و تجهیزات دقت نمایند و آنها را سالم همراه با ضمائم مربوطه تحویل بگیرند، در غیر این صورت جوابگو خواهند بود.

مقررات هنگام تحویل بیماران:

در انتهای شیفت کاری ، گزارش بیماران به صورت شفاهی در استیشن پرستاری به اینچارج و پرسنل شیفت بعد داده می شود. سپس بیماران بر بالین به پرستار شیفت بعد تحویل داده می شود.

موقع تحویل بیماران باید به نکات زیر توجه شود:

وضعیت عمومی بیمار، وضعیت ظاهری بیمار، داشتن دستبند شناسایی، سالم بودن سایت IV، میزان I&O و کنترل بدن بیمار از نظر وجود sore و ...، نظم بخش ، مرتب بودن اتاق ها و تمیزی بخش نیز موقع تغییر و تحول باید مد نظر قرار گیرد.

کپسول های اکسیژن از نظر پر بودن چک شود.

در مدت تحویل و تحول بخش، تحویل بیماران از اتاق عمل در نیم ساعت اول به عهده پرسنل شیفت قبل و نیم ساعت دوم به عهده پرسنل شیفت بعد می باشد.

نحوه چینش نیرو در بخش:

پرسنل بخش بر حسب تراکم انجام اعمال جراحی در بخش چینش شده اند.

صبح ۳ نفر و یکنفر از ده صبح اضافه میشود ، عصر ۶ نفر (۵ نفر در بخش ، ۱ نفر اسکورت).

از این ترکیب

در ریکاوری کودکان صبح ۱ نفر و یک نفر از ده صبح اضافه می شود. عصر دو نفر انجام وظیفه می کنند.

در روزهای پنج شنبه، جمعه و تعطیلات رسمی چون اعمال جراحی الکتیو انجام نمی شود و فقط اعمال جراحی اورژانس انجام می شود. در هر شیفت ۲ نفر انجام وظیفه می نماید.

نحوه استفاده از مرخصی سالیانه:

به طور معمول پرسنل می توانند در شش ماه اول سال به مدت یک هفته و در شش ماه دوم سال نیز به مدت یک هفته از مرخصی استحقاقی خود استفاده نماید.

و پانزده روز باقیمانده مرخصی خود را ذخیره نمایند.

در زمان بحران و کمبود نیرو با درخواست های مرخصی موافقت نمی شود.

هر هفته فقط یک نفر میتواند از مرخصی استفاده نماید (لذا در دفتر درخواست ها برای هر هفته فقط یک نفر باید درخواست مرخصی بنویسد).

در ماه هایی از سال مثل شهریور ماه و اسفند ماه که تراکم درخواست وجود دارد، مرخصی با محدودیت داده می شود.

از بیست اسفند ماه مرخصی فقط روزانه داده می شود.

پرسنل به طور ممتد می توانند شش روز از مرخصی خود استفاده نمایند، ولی بر حسب شرایط این زمان قابل تغییر است.

پرسنل باید تا ۱۰ اسفند هر سال ۱۵ روز از مرخصی استحقاقی خود را استفاده نمایند.

نحوه استفاده از مرخصی استعلاجی:

در صورتی که پرسنل بیمار شوند باید با مراجعه به پزشک خانواده خود یا با مراجعه به بیمارستان و معاینه توسط پزشک طب اورژانس استعلاجی دریافت کنند.

پرسنل باید قبل از شروع شیفت، استعلاجی خود را تحویل سوپروایزر نمایند و به مسئول بخش نیز اطلاع رسانی کنند.

طبق برنامه ریزی قبلی فردی که در برنامه هفتگی ستاره دار شده است بجای پرسنلی که استعلاجی دارد باید در شیفت حضور یابد.

پرسنل ستاره دار تا ۱ ساعت بعد از شروع شیفت باید جوابگو باشد و تلفن خود را جواب دهد.

پرسنلی که از استعلاجی استفاده کرده موظف است شیفت بعدی پرسنل ستاره دار را در صورت نیاز جبران نماید.

نحوه برنامه ریزی جهت برنامه هفتگی:

برنامه هفتگی روزهای شنبه قبل، نوشته می شود لذا باید درخواست های پرسنل تا روز جمعه در دفتر رکوست مشخص شود.

در دفتر رکوست، پرسنل می توانند جهت ۱ روز هفته درخواست بنویسند.

در شرایط کمبود نیرو ممکن است به درخواست ها جواب داده نشود.

پرسنل می توانند درخواست های مهم خود را با توضیح در دفتر رکوست مشخص کنند.

تعویض شیفت باید با پر کردن برگه مخصوص و مهر و امضا طرفین و موافقت و تایید سرپرستار بخش انجام شود. سپس این برگه نزد سوپروایزر فرستاده می شود.

در روزهای فعال بخش (شنبه تا چهارشنبه) درخواست های تعطیلی قابل اجرا نیست.

تعطیلات رسمی و جمعه ها با رعایت نوبت و با توجه به درخواست پرسنل داده می شود.

نحوه شرکت در کلاس های آموزشی:

آموزش توسط واحد آموزشی پرستاری اجرا می گردد شرکت نمایند. کلاس ها در سایت آموزش بیمارستان به نظر سرپرستار بخش میرسد ایشان طبق آمادگی پرسنل و سوابق انها و نیاز سنجی آنها به واحد آموزشی معرفی می گردند و با ثبت نام در سامانه کارمند در کلاس شرکت و در کارنامه آموزشی ثبت می گردد و در صورت داشتن سه غیبت در کلاس ها تا پایان سال قادر به شرکت در کلاس نخواهند بود.

کلاس های آموزشی از طریق برد آموزشی به پرسنل اطلاع رسانی می شود و همچنین از طریق پیامک در گروه گذاشته می شود.

پرسنل وظیفه دارند حداقل ۷۲ ساعت قبل از شروع کلاس، اسامی خود را به مسئول بخش بدهند تا ثبت نام صورت پذیرد. (نوشتن نام خود ذیل اطلاعیه کلاس)

هر پرسنل جهت ارزشیابی سالانه باید حداقل ۶۰ ساعت و حداکثر ۱۳۰ ساعت آموزش ضمن خدمت داشته باشد که ۲/۳ آن اختصاصی و ۱/۳ آن عمومی می باشد.

برنامه آموزش بخش:

آموزش و آشنایی پرسنل بر اساس نیازها، توانمندی ها و توافقات برای انجام وظیفه در این بخش صورت می گیرد.

پرسنل جدیدالورود موظف هستند کتابچه قوانین و مقررات بیمارستان، کتابچه قوانین و مقررات بخش، کتابچه بهداشت و ایمنی، کتابچه کنترل عفونت، کتابچه خطا و خطر (درسنامه و ...) ، کتابچه دارویی و کتابچه تجهیزات بخش را مطالعه کنند.

سرپرستار بخش معمولا ۱ روز در هفته را به آموزش پرسنل به صورت چهره به چهره و عملی یا گروهی اختصاص می دهد.

روتین های اختصاصی بخش:

برنامه ست بخش توسط پرسنل در برگه Assignment هر شیفت توسط مسئول شیفت مشخص می شود.

- ۱) چک آمبو و T.PIECE روزانه
- ۲) چک ساکشن هر شیفت
- ۳) چک آلارم مانیتور ها هر شیفت
- ۴) چک D.C SHOCK و EMERGENCY BOX هر شیفت
- ۵) چک گیج های اکسیژن هر شیفت
- ۶) مرتب کردن بخش و اتاق ها هر شیفت
- ۷) چک داروهای ۲۴ ساعته و چیدمان آنها در قفسه دارویی هر روز

روتین شستشو و ضد عفونی وسایل بخش:

- ۱) شستشوی گیج های اکسیژن روزانه
- ۲) شستشوی ساکشن روزانه و موردی
- ۳) ضد عفونی برانکاردها روزانه و موردی
- ۴) شستشوی کن های پنبه هفتگی
- ۵) شستشوی سطل ها هفتگی و موردی
- ۶) شستشوی ظرف های مایع صابون بعد از هر بار اتمام مایع صابون

Orientation پرسنل جدید ورود در ریکاوری

فرم Orientation پرسنل جدیدالورود

	آشنایی با بخش و اتاق های بخش
	آشنایی با یونیت های بخش
	ست کردن بخش و مرتب کردن یونیت ها
	تحویل وسایل استیشن، ایپاکس و بخش
	تحویل بیمار از اتاق عمل و نوشتن ریکاوری شیت و آشنایی با برگه بیهوشی
	داروهای و داروهای پرخطر
	دابلوشن ومدت زمان تزریق داروها
	آشنایی با ایپاکس
	دی شی شوک
	مانیتور و پالس اکسی متری
	سرنگ پمپ - نیولایزور
	آمبوبرقی - گاز های خونی
	فراخوان پزشک
	وظایف تیم احیا
	اناتومی دستگاه تنفس - انواع تنفس و اختلالات تنفسی
	دارو های بیهوشی
	انواع بیهوشی
	عوارض بیهوشی
	آلدريت اسکور و شناسایی بیمار هوشیار
	کنترا ایندیکیشن اکستیبیشن
	علل بی قراری بیمار
	چک اسکور و پیوپیل بیماران نوروسرجری
	مراقبت از بیماران بیهوش و بدحال
	ترخیص بیماران سرپایی
	آموزش بیماران سرپایی
	پذیرش بیماران اورژانس
	چک اوردر پزشک و گزارش بیمار به بخش
	گزارش پرستاری - ترتیب برگه های پرونده
	کنترل عفونت
	خطا و خطر
	آشنایی با مستندات
	اعتبار بخشی
	آشنایی با HIS

شرح وظایف تیم اسکورت ریکاوری

- ۱) آماده بودن تجهیزات و وسایل مورد لزوم و چک عملکرد شامل: آمبو، کیف احیا، کپسول اکسیژن، ماسک اکسیژن و در صورت لزوم مانیتورینگ و پالس اکسی متری
- ۲) هماهنگ بودن با اینچارج ریکاوری و صدور اجازه اینچارج مبنی بر انتقال بیمار
- ۳) تحویل بیمار از پرسنل مربوطه با دستبند شناسایی (چک V/S، آلدريت اسکور، چک پرونده، چک اتصالات و عدم مشکل)
- ۴) کمک به انتقال بیمار از تخت به برانکار، حمایت اتصالات حین انتقال و چک اتصالات پس از انتقال
- ۵) همراهی بیمار بر بالین حین انتقال
- ۶) اعلام ورود به بخش در ایستگاه پرستاری بخش مربوطه و تحویل بیمار به پرستار بخش در حضور اینچارج بخش یا جایگزین و ثبت تحویل
- ۷) تحویل پرونده و ثبت
- ۸) حضور و برگشت به موقع به ریکاوری

شرح وظایف نیروی خدمات:

- شنبه: گردگیری کمد‌های استیشن، گردگیری کل بخش، گردگیری اتاق دارو
- یکشنبه: نظافت کامل اتاق استراحت همراه با یخچال، نظافت اتاق وسایل تمیز همراه با میز و پایه سرم ها
- دوشنبه: مرتب کردن کسوها، شستشوی سبدها، شستشوی جاسمی و پرونده ها، شستشوی صندلی های اتاق رست
- سه شنبه: تمیز کردن دیواها، تمیز کردن شیشه و پنجره ها
- چهارشنبه: شستشوی سطل ها، شستشوی دیوار سرویس بهداشتی

بیماری های شایع ریکاوری:

(۱) التهاب آپاندیس

(۲) پایین آوردن بیضه

(۳) واریس بیضه

(۴) برونکوسکوپ

(۵) ختنه

(۶) فتق کشاله ران

فتق کشاله ران:

فتق از نظر لغت به معنی باز شدن و از نظر تعریف عبارت است از بیرون زدگی بخشی از احشا داخل شکمی (معمولا روده ها) از ورای جدار شکم. فتق ممکن است در قسمتی از جدار شکم ایجاد گردد ولی بیشتر در ناحیه کشاله ران پدید می آید. فتق ممکن است منشاء دوران تولد داشته باشد چه افرادی دچار فتق می شوند:

در تمام سنین از نوزاد تا فرد مسن ایجاد می گردد

. عوامل زیر خطر ایجاد فتق را افزایش می دهد

- سرفه مزمن مثلا در افراد سیگاری
- چاقی
- فشار در مواقع اجابت مزاج یا ادرار کردن
- بارداری
- عطسه زیاد و پشت سر هم
- بلند کردن اجسام سنگین

علل:

فتق ممکن است زمینه مادرزادی داشته باشد در این صورت فتق معمولا در دوران کودکی یا نوجوانی بروز می نماید. ممکن است زمینه اکتسابی داشته باشد. فتق به دلیل ضعیف شدن عضلات جدار شکم یا بالا رفتن سن یا به دلیل افزایش فشار داخل شکم ایجاد گردد.

علائم:

فتق کشاله ران معمولاً به صورت یک برآمدگی در ناحیه کشاله ران ایجاد می‌شود. این برآمدگی در حال ایستاده بیشتر می‌شود و در حالت خوابیده جا رفته یا کوچکتر می‌شود. بیماران به تدریج متوجه می‌شوند که می‌توانند با فشار بر ناحیه برجسته آن را به جای خود برگردانند. این برآمدگی با سرفه، زور زدن و برداشتن وزنه سنگین برآمده تر می‌شود. هر چه سن افراد بیشتر شود برآمدگی بیشتر می‌گردد. به مرور زمان ممکن است سبب گردد که برآمدگی خیلی بزرگتر شده و جا نرود.

علامت دیگر فتق درد کشاله ران می‌باشد. درد معمولاً خفیف و مبهم است و در حالت ایستاده یا برداشتن جسم سنگین شدیدتر می‌گردد.

درمان:

ن: هر گاه در ناحیه کشاله ران توده ای ظاهر گردد بیمار بایستی به پزشک جراح مراجعه نماید. و در صورت عدم درمان فتق پیشرفت می‌کند و خطر انسداد روده، بیمار را تهدید می‌کند که منجر به عمل اورژانس می‌گردد. اگر علائم خفیف باشد به عمل جراحی نیازی نیست. درمان در موارد شدید فتق کشاله ران جراحی می‌باشد. جراحی به ۲ روش جراحی باز و یا لاپاراسکوپ انجام می‌شود. در موارد لاپاراسکوپیک یک برش کوچک داده می‌شود سپس جراح توسط لاپاراسکوپ که یک لوله باریک مجهز به دوربین و چراغ است، وارد محل می‌شود و ترمیم را انجام می‌دهد. بیهوشی به صورت موضعی و یا عمومی می‌باشد. با عمل جراحی لایه های ضعیف شده جدار شکم تقویت شده و مشکل بیمار برطرف می‌گردد. هر چه فتق زودتر عمل شود نتیجه کار بهتر است. استفاده از فتق بند به هیچ وجه توصیه نمی‌شود. زیرا سبب مشکل تر شدن عمل جراحی و احتمال افزایش عود بعد از عمل می‌گردد.

عوارض:

در فتق کشاله ران ممکن است احشا داخل شکم درگیر شده و جا نرود. در این صورت احتمال انسداد روده و سیاه شدن آن وجود دارد.

آمادگی قبل از عمل:

- مراجعه به جراح و پذیرش بیمارستان
- معاینه توسط متخصص بیهوشی
- استحمام و زدن موهای زائده ناحیه عمل چند ساعت قبل از انجام عمل (از ناف تا زیر کشاله ران) که بهتر است توسط تیغ انجام نشود.
- ناشتا بودن حداقل ۸ ساعت قبل از عمل
- قطع مصرف قرص آسپرین از ۷-۱۰ روز قبل از عمل
- سابقه بیماری های قلبی خانوادگی و داروهای مصرفی را به پزشک اطلاع دهید.

مراقبت های بعد از عمل:

- عدم استفاده از مواد غذایی تا زمانی که پزشک معالج اعلام نماید. رعایت رژیم غذایی و سایر اقدامات
- استفاده از غذای پرفیبر جهت جلوگیری از یبوست و پرهیز از مصرف غذاهای نفاغ الزامی است. زور زدن باعث عود بیماری می گردد.
- در صورت وجود تب، درد، تهوع، استفراغ و هر گونه علامت غیر طبیعی دیگر به پزشک مراجعه کنید.
- دریافت نسخه دارویی و خلاصه پرونده قبل از مرخص شدن و استفاده از داروها طبق دستور پزشک
- حمام روزانه و شستشوی ناحیه عمل جراحی با کف صابون یا شامپو بچه بدون کشیدن لیف یا کیسه در محل عمل
- تا ۶ هفته از انجام کارهای سنگین و رانندگی خودداری نمایید چرا که بعد از عمل جراحی احتمال پارگی ناحیه فتق و عود مجدد وجود دارد.
- بخیه ها معمولا روزهای ۸-۱۰ بعد از عمل برداشته می شود.
- یک هفته بعد از عمل جراحی بیمار باید به پزشک جهت کشیدن بخیه ها و کنترل ناحیه عمل مراجعه نماید.

ختنه:

وقتی پدر و مادری صاحب فرزند پسر میشوند، یکی از کارهایی که میدانند باید برای فرزندشان انجام بدهند، این است که پسرشان را ختنه کنند. ختنه کردن، عمل جراحی کوچکی است که در این عمل کوچک، پوستی که سر آلت را پوشانده است با روش های مختلف دور میکنند تا سر آلت آزاد و برهنه گردد.

دلایل ختنه کردن:

به طور طبیعی در زیر پوستی که آلت تناسلی کودک را می پوشاند، دائما ماده سفید رنگی ترشح می شود. البته این ماده چرک نیست و خاصیت نرم کنندگی دارد و مانع چسبیدن پوست به سر آلت می گردد. در بعضی از مواقع این ترشحات عفونی شده و پوست سر آلت نیز دچار عفونت می گردد. در موارد نادر عفونت مزبور مخصوصا در نوزادان و شیرخواران موجب عفونت کلیه ها می شود.

ختنه باعث کاهش بارز شانس عفونت های ادراری در سنین کودکی می گردد که بسیار مهم در پیشگیری از آسیب های خطرناک کلیوی می باشد. همچنین شانس سرطان آلت تناسلی را در بزرگسالی بسیار کاهش می دهد.

سن مناسب ختنه چیست؟

در مورد سن مناسب ختنه اختلاف نظر زیاد است. گروهی موافق ختنه در اولین روزهای زندگی می باشند تا هر چه سریع تر از به وجود آمدن عفونت های ادراری و عوارض آن که در دوره نوزادی خطرناک است، جلوگیری شود.

گروهی با ختنه در زمان و سن بالاتر موافق هستند تا از احتمال تنگی نوک مجرا و یا چسبندگی ختنه گاه جلوگیری شود.

عمل ختنه دو روش است:

- جراحی
- استفاده از حلقه که امروزه کمتر استفاده می شود.

در جراحی عروق گره زده شده و مخاط و پوست بخیه زده می شوند. اما در روش حلقه گذاری، برش و بخیه وجود ندارد و پس از حدود یک هفته تا ۱۰ روز حلقه استفاده شده خود به خود جدا می شود و می افتد.

این روش ها چه عوارضی را در پی دارند:

در صورتی که هر یک از این روش ها به درستی انجام نشود عوارض مختلفی را به همراه خواهد داشت.

عدم برخورداری از تبحر لازم برای انجام عمل ختنه ممکن است موجب شود که پوست به مقدار کافی از آن منطقه برداشته نشود و یا برعکس.

احتمال جمع شدن خون در زیر پوست نیز وجود دارد. همچنین در صورت عدم انجام صحیح عمل ختنه ممکن است در دراز مدت نوک مجرای ادراری تنگ شود. از طرفی انجام عمل ختنه توسط افراد کم تجربه ممکن است باعث بریده شدن قسمتی از سر آلت، ایجاد سوراخ های دیگر روی آلت تناسلی گردد. گاهی نیز عوارض شدیدی از ختنه های نادرست به جا می ماند.

در مواقعی که پوست به اندازه کافی برداشته نمیشود، پس از مدتی مجدداً پوست، تمام آلت را می پوشاند و ترشحات مخاطی، زمینه ساز سرطان در بزرگسالی می شود. گاهی هم ممکن است با استفاده از حلقه در عمل ختنه به دست افراد کم تجربه، سر آلت درون حلقه خفه شود که در این صورت کودک قادر به ادرار نیست. بنابراین در انجام ختنه با استفاده از حلقه لازم است که اندازه حلقه ها متناسب انتخاب شوند.

در عین حال، خونریزی های شدید به خصوص در روش جراحی یکی از عوارض ختنه های نادرست است. بنابراین انجام این عمل ظریف و حیاتی حتماً باید توسط جراح یا ارولوژیست کودکان، ارولوژیست عمومی و جراح عمومی انجام شود و پزشکان عمومی تنها در صورت گذراندن باید اقدام به انجام این عمل کنند تا از عوارض احتمالی آن هم برآیند.

بعد از عمل ختنه مراقبت های خاصی لازم است:

- در عمل ختنه به روش حلقه گذاری، حلقه بعد از ۱۰ روز می افتد و کودک بعد از عمل می تواند پوشک شود. حتی می توانند کودک را بعد از ادرار کردن زیر آب بگیرند، زیرا پانسمانی وجود ندارد. اما انجام این عمل فقط تا یک سالگی امکان پذیر است.
- در روش جراحی کودک نباید تا چند روز پوشک شود و ناحیه تناسلی را با هر بار ادرار کردن کودک کاملاً تمیز کنید.
- گاهی بنا به صلاح دید پزشک و به منظور جلوگیری از عفونت، آنتی بیوتیک تجویز می شود. اما در اکثر مواقع این کار لازم نیست
- گاهی پس از انجام عمل ختنه، عارضه تنگی دهانه مجرای ادراری را شاهد هستیم که به راحتی قابل پیشگیری است.

- اگر ۳ تا ۴ ماه بعد از انجام ختنه، نوک آلت کودک با وازلین یا ویتامین A چرب شود و تا یک ماه بعد هم، مرتب ادرار کودک با آب شسته شود، این عارضه ایجاد نخواهد شد.
- وجود مقدار کمی از خون در پوشک بچه طبیعی است. اما در صورتی که لکه خون بزرگتر شد، با دکترتان تماس بگیرید.
- در صورتی که علائم عفونت مانند : تب، قرمزی و تورم قابل توجه یا ترشح زرد رنگ مشاهده کردید، به دکترتان اطلاع دهید.

آپاندیسیت:

آپاندیس زائیده کوچکی است که به روده متصل شده است و در سمت راست پایین شکم قرار دارد. از آنجا که مجرای آپاندیس کوچک است ممکن است به خوبی تخلیه نشود. لذا انسداد ایجاد شده در آن باعث تکثیر باکتری ها در داخل آپاندیس شده که این می تواند منجر به تشکیل چرک و تورم و فشار دردناک در شکم می شود. معمولا به صورت حاد و در عرض ۲۴ ساعت و یا حتی به عنوان یک بیماری مزمن ظاهر شود.

علت:

علت آپاندیسیت بسته شدن راه خروجی آپاندیس بوسیله مواد دفعی ، انگل ها ، پیچ خوردگی ، تومور یا جسم خارجی می باشد. همچنین عادات روده ای هم می تواند نقش داشته باشد. افرادی که غذاهای با فیبر زیاد (مثل سبزیجات و میوه جات) مصرف می کنند احتمال بروز آپاندیسیت در آنها کمتر است.

علائم:

- درد ها مبهم در قسمت بالای ناف یا قسمت فوقانی شکم که این درد به سمت راست و پایین شکم تیر می کشد . معمولا این اولین نشانه است.
- از دست دادن اشتها
- تهوع یا استفراغ که دقیقا پس از درد شکم رخ می دهد.
- ورم شکم
- تب
- ناتوانی در دفع گاز روده ها
- درد مبهم یا شدید در همه قسمت های بالا و پایین شکم، پشت و مقعد

- ادرار دردناک
- استفراغی که قبل از درد شکم رخ دهد.
- گرفتگی شدید عضلات
- یبوست یا اسهال به همراه گاز

اگر هر کدام از علایم ذکر شده را دارید بلافاصله به پزشک مراجعه کنید . زیرا تشخیص و درمان به موقع این بیماری بسیار اهمیت دارد . هیچ چیزی نخورید، ننوشید و از هر گونه قرص ضد درد، آنتی اسیدها، مسهل ها و پدهای گرم کننده (مثل کیسه آب گرم) دوری کنید. زیرا میتواند باعث پاره شدن آپاندیس ملتهب شود.

تشخیص:

تشخیص بر اساس یک معاینه کامل، آزمایش خون و سونوگرافی صورت میگیرد. اغلب تشخیص آپاندیسیت مشکل می باشد و گاهی ۱۲-۱۴ ساعت بیمار باید در اتفاقات تحت نظر گرفته شود و در ۱۵ درصد موارد جراحی، آپاندیس ملتهب نمی باشد.

درمان جراحی:

برداشتن زائده با دادن برش در قسمت پایین شکم که به آن آپاندکتومی می گویند. اگر آپاندیس پاره شود بعد حفره شکم شود که به همین دلیل برش بزرگتری روی شکم زده می شود و می تواند باعث عفونت در از عمل ۴ تا ۵ روز ناحیه عمل باز گذاشته می شود و مرتب شستشو و پانسمان می شود و بعد بخیه می شود.

عوارض بعد از عمل:

عارضه اصلی عفونت شکم است که ککعمولا بعد از پاره شدن آپاندیس اتفاق می افتد.

مراقبت های بعد از عمل:

- تا زمانیکه پزشک یا پرستار به شما نگفته اند هیچ گونه مایعات یا غذا نخورید.
- اگر تب یا ناراحتی دیگری نداشته باشید ۱-۲ روز بعد از عمل مرخص می شوید.

- بعد از عمل برای جلوگیری از تجمع ترشحات در ریه و قلب حتما سرفه کنید. (دست خود را روی ناحیه عمل گذاشته تا از درد جلوگیری شود).
- اگر آپاندیس پاره شده باشد و احتمال عفونت باشد ممکن است لوله ای در محل زخم بگذارند تا ترشحات خارج شود. در این صورت چند روز بیشتر بستری می شوید و ترشحات از نظر رنگ مثل زرد یا سبز بودن بررسی میشود.
- بعد از عمل در حالت نیمه نشسته قرار بگیرید تا در از فشار به محل عمل جلوگیری شود.
- در منزل استراحت مکافی داشته باشد ولی پیاده روی به روند بهبودی شما سرعت می بخشد.
- ۷ تا ۱۰ روز بعد از عمل یا طبق نوبتی که به شما داده اند برای باز کردن بخیه ها مراجعه کنید.
- ۴ تا ۶ هفته بعد از عمل می توانید فعالیت طبیعی خود را از سر بگیرید.
- ۲ تا ۳ روز بعد از عمل می توانید به حمام بروید ولی روی ناحیه عمل چیزی نکشید.
- در صورتی که بعد از عمل دچار تب ، تهوع ، استفراغ و درد در ناحیه شکم شدید به پزشک خود اطلاع دهید.
- تا چند روز غذاهای نرم و پر پروتئین بخورید و غذاهای نفخ دار و دیر هضم مثل نخود ، لوبیا ، تخمه و پسته نخورید.
- در مورد مراقبت از زخم ، پانسمان و شستشو آن آموزش های لازم را ببینید.
- اگر آنتی بیوتیک یا داروی دیگری برای شما تجویز شد طبق دستور استفاده کنید.

برونکوسکوپي چیست:

برونکوسکوپي امکان معاینه مجاری تنفسی را (حنجره، تراشه، برونش) توسط یک لوله کوچک و باریک نوردار به نام برونکوسکوپ فراهم میسازد. پزشک میتواند هر گونه تنگی و هر گونه اختلالی را در مجرای تنفسی توسط دوربینی که به داخل لوله فرستاده می شود، مشاهده نماید. همچنین توسط این لوله ، پزشک می تواند از بافت مجرای تنفسی نمونه برداری کند و یا اجسام خارجی و ترشحات موجود در مجرای تنفسی را خارج سازد.

آمادگی قبل از برونکوسکوپی:

- از ۸ ساعت قبل از آزمون از خوردن و آشامیدن خودداری کنید. از تقریباً ۲۴ ساعت قبل از آزمون از نوشیدنی های حاوی الکل استفاده نکنید.
- دندان های مصنوعی، لنزهای تماسی و جواهرات خود را خارج کنید.
- داروهای تجویز شده را طبق نظر پزشک خود مصرف کنید. چنانچه داروهای فشار خون، دیابت، ضد تشنج، آسپیرین، وارفارین و داروهای قبلی استفاده می کنید حتماً به پزشک خود اطلاع دهید.
- بلافاصله قبل از عمل، برای بی حسی گلو از بی حس کننده استفاده می شود. این کار به راحت بودن فرستادن برونکوسکوپ به داخل تراشه کم می کند.
- ممکن است که قبل از آزمون، برای شما از آرامبخش استفاده شود. دریافت آرامبخش به حفظ آرامش شما حین فرستادن برونکوسکوپ کمک خواهد کرد.

حین برونکوسکوپی:

این آزمون تقریباً ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بطول می انجامد. شما در وضعیت به پشت یا نیمه نشسته قرار خواهید گرفت. البته در صورت وجود جسم خارجی ممکن است عمل بیشتر طول بکشد.

بعد از تاثیر داروهای بی حسی، برونکوسکوپ از طریق بینی و یا دهان به داخل مجرای تنفسی شما هدایت خواهد شد. همراه با جلو راندن برونکوسکوپ، مقدار کمی از دارویی حس کننده به منظور کاهش سرفه و خس خس کردن ممکن است به داخل مجرای تنفسی اسپری شود.

از طریق برونکوسکوپ از مجرای تنفسی بزرگ (برونش ها) عکس برداری خواهد شد. شما ممکن است در حین برونکوسکوپی دچار اضطراب شوید، فراموش نکنید که باید آرامش خود را حفظ نمایید.

توجه داشته باشید زمانی که برونکوسکوپ از طریق دهان وارد می شود شما باید دم و بازدم را از طریق بینی و با دهان باز تمرین کنید.

در خاتمه کار زمانی که پزشک معاینه دستگاه تنفسی را تکمیل کرد برونکوسکوپ را خارج خواهد ساخت.

پس از برونکوسکوپی :

- برای اینکه شما احساس راحتی کنید زیر سر شما بالا آورده می شود. یک تا دو ساعت بعد از انجام برونکوسکوپی به دقت کنترل خواهید شد.
- تا زمانی که اثر بی حسی از بین نرفته است و پزشک و پرستار به شما اجازه نداده است از خوردن و آشامیدن و یا مصرف داروهای خوراکی اجتناب کنید.
- گاهی ممکن است که به طور موقت دچار گرفتگی صدا و یا گلو درد شوید که این عارضه به صورت موقت بوده و کم کم برطرف می شود.
- بلافاصله بعد از آزمون ممکن است که یک عکس از قفسه سینه شما گرفته شود.
- به مدت ۶ الی ۸ ساعت بعد از برونکوسکوپی از استعمال دخانیات پرهیز کنید (استعمال دخانیات ممکن است سبب تحریک سرفه و خونریزی شود).
- در صورت بروز سرفه با دفع ترشحات خونی بیش از حد و یا اشکال در تنفس کشیدن ، خس خس و در قفسه سینه فورا به پزشک خود اطلاع دهید.

واریکوسل

واریکوسل (واریس بیضه) به بزرگ شدن عروق و وریدهای بیضه گفته می شود که معمولا در ۱۰٪ مردان دیده میشود. و حدودا ۴۵٪ آنها دچار عقیمی (برگشت پذیر) میکنند. به علت پر خونی بیضه ها هنگام به وجود آمدن بیضه ها، درجه حرارت بیضه ها بالا رفته و باعث کاهش اسپرم سازی و احتمال عقیمی در دراز مدت میشود و از آنجا که قسمت عمده اسپرم سازی با بیضه چپ میباشد برای همین واریکوسل های سمت چپ بیشتر با عقیمی همراه است.

واریکوسل عمدتا در بیضه سمت چپ و یا و طرفه دیده می شود و در بیضه سمت راست بدون دخالت بیضه سمت چپ خیلی نادر است. راه تشخیص آن این است که در بالای بیضه یک توده لمس شود مثل اینکه چند کرم در بالای بیضه باشد.

واریکوسل در بعضی افراد با درد و در بعضی افراد بدون درد است. درمان واریکوسل فقط عمل جراحی است که باید در دو صورت عمل گردد: اگر همراه با درد باشد و اگر باعث تغییر در کیفیت اسپرم شود.

اغلب واریکوسل ها در طول زمان ایجاد می شوند. خوشبختانه اغلب واریکوسل ها به آسانی تشخیص داده میشوند و اگر علامت دار شده باشند، می توان آنها را با جراحی ترمیم کرد.

علایم:

بیمار ممکن است با شکایت بزرگی، عدم تقارن بیضه ها، درد بیضه و یا پس از ازدواج با ناباروری مراجعه کند. ولی شایعترین فرم آن، بدون علامت، و به طور اتفاقی، حین معاینه متوجه آن میگردند. در معاینه، بزرگی و تورم عروق بیضه بخصوص در سمت چپ مشهود است. و در حالت ایستاده و یا افزایش فشار شکمی تشدید می یابد. و در حالت خوابیده از بین می رود (در صورتی که تورم عروق در حالت خوابیده از بین نرفت، بایستی به نوع ثانویه آن شک کرد)

علل:

بیماری واریکوسل با واریس شدن و گشاد شدن عروق وریدی (سیاهرگ ها) بیضه ظاهر می گردد که در دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم بندی می گردد. در نوع اولیه، هیچ عامل ایجاد کننده مشخصی وجود ندارد، گرچه تئوری اشکال در دریچه های لانه کبوتری وریدهای بیضه (دریچه هایی که در سیاهرگ ها وجود دارد)، ولی هنوز علت مشخصی برای آن ثابت نشده است. این نوع عامل عمده واریکوسل است و ۹۰ درصد در سمت چپ ایجاد می شود. نوع ثانویه که بدنبال عامل مشخص ایجاد می گردد و درصد کمی از واریکوسل ها را شامل می شود و علت ایجاد کننده آن غالباً توده های شکمی بخصوص تومورهای بدخیم می باشد که تشخیص آن مهم و حیاتی است.

شدت بیماری:

بیماری واریکوسل از نظر شدت به ۳ درجه تقسیم بندی می گردد. در نوع درجه ۱ ورم عروق زمانی اتفاق می افتد که پزشک با دست به شکم فشار وارد می کند و یا از فرد می خواهد زور بزند و در این زمان توسط پزشک قابل لمس و تشخیص می باشد. در نوع درجه ۲ با فشار شکمی، اتساع عروق قابل مشاهده می گردد. و در نوع درجه ۳ حتی بدون فشار شکمی، اتساع عروق در حالت ایستاده قابل مشاهده می باشد.

تصمیم گیری برای عمل بستگی به فاکتورهای گوناگونی مانند: شدت واریکوسل و سن بیمار و وضعیت باروری (تاهل و داشتن یا نداشتن فرزند) دارد. در مواردی که بیمار واریکوسل درجه ۲ یا ۳ داشته باشد و با ناباروری مراجعه نموده باشد نیاز به عمل جراحی دارد. اگر واریکوسل با اختلال در آزمایش مایع منی همراه باشد باز هم نیاز به عمل دارد.

مراقبت پیش و پس از عمل:

پس از تصمیم گیری برای عمل و انجام آزمایشات روتین خون و بررسی اسپرم، موه‌های ناحیه عمل شب قبل یا صبح عمل تراشیده می شوند. از ساعت ۱۲ شب قبل از عمل بیمار دیگر چیزی نمیخورد. عمل با بیهوشی عمومی یا بی حسی از کمر (نخاعی) بسته به شرایط بیمار و صلاحدید متخصص بیهوشی انجام می گردد. مدت زمان عمل بستگی به فاکتورهای گوناگون دارد و متوسط ۳۰ تا ۶۰ دقیقه می باشد.

توجهات بعد از عمل:

- بیمار همان روز یا فردا صبح مرخص می شود. و به مدت حداقل ۷ تا ۱۴ روز استراحت پزشکی خواهد داشت.
- حدود چند ساعت پس از عمل می توانید روی تخت بنشینید و پاها را از لبه تخت آویزان کنید و سپس با کمک همراه راه بروید. ولی بهتر است تا ۴۸ ساعت اول بعد از عمل فعالیت محدود داشته و فقط در موارد ضروری (برای رفتن به دستشویی) از جای خود حرکت کنید.
- از یک هفته پس از عمل می توان به فعالیت عادی بازگردید. طی ۲ هفته اول بعد عمل باید از انجام کارهای سنگین خودداری کرد. ولی پس از آن ورزش و فعالیت سنگین موجب عود واریکوسل نمی شود و بلامانع است.
- پانسمان شما قبل از ترخیص از بیمارستان تعویض خواهد شد. این پانسمان را ۲ روز بعد از عمل بردارید و اگر ترشحاتی وجود نداشته باشد پس از آن دیگر نیاز به پانسمان ندارید.
- در صورتی که محل زخم ترشح نداشته باشد ۲ روز بعد از عمل می توان به حمام رفت.
- بخیه ها بسته به نظر پزشک پس از ۷ الی ۱۰ روز خارج می شوند.
- بهتر است نزدیکی از روز هفتم به بعد انجام گردد.
- در صورت وجود این علائم پس از عمل فوراً به پزشک معالج مراجعه نمایید : تب بالای ۳۸ درجه، خونریزی یا ترشح زیاد از محل عمل، تورم شدید در ناحیه عمل یا اطراف بیضه ها.

پیشگیری:

- اجتناب از پوشیدن لباس های تنگ

- اگر دارای واریکوسل خفیف هستید نیز برای پیشگیری از بدتر شدن وضعتان، نباید زیاد سر پا بایستید. کارهای ایستادنی زیاد نباید انجام دهید.

پیگیری:

حدود ۳ الی ۴ ماه پس از عمل اولین آزمایش اسپرم انجام می شود و پس از آن با همین فاصله تا یک سال یا تا زمان بارداری همسر آزمایش انجام می گردد.

میزان بارداری پس از عمل در مطالعات مختلف بین ۳۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است

داروهای اختصاصی بخش:

۱- سفتریاکسون:

دسته دارویی: سفالوسپورین نسل سوم

دسته درمانی: انتی بیوتیک

نحوه تزریق: در ۵۰-۱۰۰ سی سی N/S یا D/W رقیق کرده و در عرض ۱۵ تا ۳۰ دقیقه تزریق میکنیم.

عوارض: سردرد، تهوع، تب، اسهال

اقدامات پرستاری: ckBuN، cr، cki&o

۲- سفازولین:

دسته دارویی: سفالوسپورین نسل اول

دسته درمانی: انتی بیوتیک

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

عوارض: سردرد، اسهال، بی حالی، تشنج

اقدامات پرستاری: ck i&o

۳- استیل سیستین:

دسته دارویی: مشتق اسید آمینه

دسته درمانی: آنتی دوت مسمومیت با استامینوفن، موکولیتیک

نحوه تزریق: هر ۱۵۰ میلی گرم در ۲۰۰ سی سی ۵% N/s، D/w در ۱۵ دقیقه

عوارض: التهاب زبان، هیپوتانسیون، هیپرتانسیون

اقدام پرستاری: چک تعداد و ریتم تنفس، چک ضربان قلب (افزایش)

۴- سپیروفلوکساسین:

دسته دارویی: فلوروکینولون

دسته درمانی: آنتی بیوتیک

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

عوارض: راش، فلاشینگ، بی خوابی، بی قراری

اقدام پرستاری: تست های عملکرد کلیوی و کبدی، cki&o

۵- ونکومایسین:

دسته دارویی: گلیکوپپتید سه حلقه ای

دسته درمانی: آنتی بیوتیک

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.

مهمترین عارضه: RED MAN SYNDROM، مسمومیت گوش

اقدام پرستاری: از انفوزیون سریع دارو خودداری شود

۶- مروپنم

دسته دارویی: کارباپنم

دسته درمانی: آنتی بیوتیک

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.

عوارض: راش، التهاب سایت تزریق، سردرد

۷- مترونیدازول:

دسته دارویی: نیترو ایمیدازول

دسته درمانی: ضد باکتری و ضد آمیب

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

عوارض: تشنج، آتاکسی، بی خوابی

اقدام پرستاری: توجه به اختلال عملکرد کلیه، عفونت ثانویه، cki&o

۸- آمیکاسین

دسته دارویی: امینوگلیکوزید

دسته دارویی: انتی بیوتیک

نحوه تزریق: هر ۵۰۰ میلی گرم از دارو با ۱۰۰ تا ۲۰۰ سی سی نرمال سالین رقیق و در عرض یکساعت تزریق شود.

عوارض: ضعف و بی حالی، وزوز گوش، کاهش شنوایی

اقدام پرستاری: چک v/s طی انفوزیون، چک محل تزریق از نظر ترمبولیبت هر سی دقیقه

۹- کلیندامایسن

دسته دارویی: مشتق لینکو مایسین

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

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

عوارض: بی اشتها، مدفوع خونی، احساس مزه فلز

اقدام پرستاری: چک Bp و pulse، وضعیت تنفسی وجود ویزینگ و احساس فشار در قفسه سینه

۱۰- هپارین:

دسته دارویی: آنتی کوآگلانت

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 هموپیژی

۱۱-هیدوکورتیزون:

دسته دارویی: ضد التهاب، سرکوب کننده سیستم ایمنی

دسته درمانی: کورتیکو استروئید

نحوه تزریق: در ۵۰ سی سی سی d/w5%,N/s در مدت ۲۰-۳۰ دقیقه

عوارض: نارسایبی احتقانی قلب،افزایش اشتها،سردرد

اقدام پرستاری: طی درمان چک k,Bs،چک وزن،چک Bp,p هر ۴ ساعت

۱۲-اندانسترون:

دسته دارویی: آنتاگونیست گیرنده 5-HT3

دسته درمانی: ضد تهوع

نحوه تزریق: در ۵۰ سی 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

۱۳-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

۱۴-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، انتهاهای سرد) گزارش شود در صورت راش و کهیر دارو قطع شود

تجهیزات اختصاصی بخش

۱) مانیتور

۲) پالس اکسیمتری

۳) دی سی شک

- ۴) ساکشن
۵) گلوکومتر
۶) سرنگ پمپ
۷) وارمر
۸) ترمومتر دیجیتالی
۹) نبولایزر
۱۰) مانیٹور سنٹرال

JMS**TUV**
ISO 9001:2000

راهنمای کاربری پمپ سرنگ مدل SP-500

تجداد (تدارکات درمان التیام)

روش استفاده:



- 1) ابتدا کلید پاور را **یک ثانیه** نگه دارید تا دستگاه روشن شود.
- 2) سرنگ را بطور صحیح در جای خود قرار دهید.
- 3) سرعت تزریق را با کلید های روبرو تنظیم کنید.
- 4) میزان انسداد را تعیین کنید. برای اینکار میتوانید دکمه های  و  را باهم فشار دهید.
- 5) هوای داخل اکستنشن تیوب را خارج کنید.
- 6) برای شروع تزریق دکمه **Start** و برای قطع تزریق کلید **Stop** را فشار دهید.
- 7) پس از پایان عملیات تزریق سرنگ را از پمپ بیرون بیاورید.



طریقه قرار دادن سرنگ:



- 1) کلید **(Clutch)** را نگه داشته و لغزنده **(Slider)** را تا انتها بکشید.
- 2) کلمپ سرنگ را کاملاً بالا کشیده و **90 درجه** به سمت خارج بچرخانید.
- 3) سرنگ را طوری جایگذاری کنید که لبه پیستون سرنگ **(Flange)** شیار **(Slit)** را پر کند، بنحوی که برجستگی های لبه سیلندر سرنگ در دو طرف واقع شود و سپس کلمپ را به حالت اولیه برگردانید.
- 4) **در حالیکه کلاج را نگه داشته اید** لغزنده **(Slider)** را حرکت دهید تا سنسور فشار به پیستون سرنگ برخورد کند.
- 5) **برای برداشتن سرنگ** کلید **(Clutch)** را محکم نگه دارید و سرنگ را خارج نمایید.

تزریق سریع (Bolus)

برای تزریق مقادیر زیادی از یک دارو از قبیل داروهای بیهوشی در یک زمان کوتاه از عملکرد بولوس استفاده نمایید. کلید **RAPID** و **Σml** را همزمان برای تزریق بولوس مطابق میزان جریان ذیل فشار دهید:

JMS

راهنمای کاربری پمپ سرنگ مدل SP-500



تدا (شرکات برمان التیام)



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.



آلارم	علت	روش رفع آلارم
بوق مداوم OCCL.	انسداد در مسیر رخ داده است و یا از مایع غلیظ و چسبنده استفاده شده است	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.
بوق متناوب BATTERY	ولتاژ باطری کم است	سیم برق را به منبع انرژی متصل کنید. بعد از تزریق، باطری را شارژ کنید. اگر باطری فاسد شده است باطری را تعویض کنید.
بوق متناوب NEAR EMPTY	محلول در حال تمام شدن است.	تا به اتمام رسیدن محلول در سرنگ، عملکرد ادامه می یابد. برای کار بعدی آماده شوید.
بوق مداوم END	تزریق انجام شد.	در این حالت اقدام مقتضی را انجام دهید و سرنگ را بردارید.
در هنگام فشار دادن کلید START بوق کوتاهی به صدا در می آید.	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.	سرعت تزریق را تنظیم کنید. سرنگ را بطور صحیح جایگذاری کنید.
یاد آوری Reminder	بعد از گذشت 2 دقیقه از آماده کردن دستگاه و تنظیم سرعت تزریق ، دکمه Start زده نشده باشد .	دکمه Start را فشار دهید.

شرکت تدا : 23-77654216 فاکس: 77527137
 واحد انتقادات و پیشنهادات : 77627862 و 09354003474

Quick Reference

تنظیمات سیستم SETUP :

- 1- با فشردن کلید Home/Menu و سپس چرخاندن و فشردن 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 فشردن 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 پزشک از زمانی استفاده میشود. 3- برای وارد کردن نام بیمار می بایست حروف را با چرخاندن روتاری انتخاب و جهت ترج آنها روتاری را فشرده. 4- برای وارد کردن نام پزشک و مشخصات مرکز درمانی، مشابه ترج نام بیمار، عمل کنید.

تنظیمات آلارم Alarm Setting :

- 1- با فشردن کلید Home/Menu و سپس چرخاندن و فشردن 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 نته، روتاری را کلیک کنید. 4- این عملیات را برای تنظیم محدوده آلارم سایر پارامتر ها تکرار کنید. در این پنجره می توان وضعیت روشن یا خاموش بودن تک تک آلارمها یا تمامی آنها را مشخص کرد. همچنین میزان صدای آلارم نیز در این پنجره تنظیم می شود.

Alarm Silence :

- 1- با فشردن این کلید در مدل جلو، می توان به مدت ۱۲ ثانیه آلارم های صوتی را غیرفعال کرده یا فشردن مجدد این کلید سیستم از حالت سکوت بوقت خارج و اجازه فعال شدن دوباره آلارم های صوتی داده می شود.

تنظیمات رکوردر Recorder :

- 1- با فشردن کلید Rec/Stop در مدل جلو، می توان از شکل موج ها و کلیه اطلاعات پارامترها بوسیله مانیتور و یا ساتورال رکوردر تهیه کرد یا فشار دادن مجدد این کلید، عملیات رکوردرگیری متوقف خواهد شد.
- 2- با چرخاندن و فشردن 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 اوتوماتیک و دستی استفاده می شود.

TREND :

- 1- با فشردن کلید Home/Menu در مدل جلو و سپس چرخاندن و فشردن کلید روتاری، منوی TREND را انتخاب کنید. 2- در این منو، بررسی و مشاهده 96 ساعت گذشته مقادیرهای عددی کلیه پارامترها در هر ثانیه امکان پذیر است. در این پنجره، کلیه داده ها و انتخاباتی جهت تعیین پارامتر و همچنین نوع نمایش نمودار TREND موجود می باشد. با چرخاندن کلید روتاری در محدوده نمایش هر یک از پارامترها و فشردن آن، پنجره مربوط به پارامتر مورد نظر را انتخاب کنید.



پنجره ECG برای تعیین نوع کابل ECG متصل به مانیتور، انتخاب Lead مورد نظر، تنظیم دامنه و سرعت چاروب سیگنال، انتخاب نوع فیلتر، تعیین حدود آلارم فعال کردن مد تشخیص P/ice، انکسار آرتمس 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 هم پتانسیل کننده ندارد، مورد استفاده قرار می گیرد.
- در طول استفاده از الکتروکودر، سکتور، تخت و بیمار را لمس نکنید.
 در هنگام استفاده از الکتروکودر از قراردادن الکترودهای ECG نزدیک الکترودهای بازگشتی گونا خودهداری کنید این کار باعث کاهش تداخل با سیگنال ECG می شود.
 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 بازول نامرئی، کمتری در برابر حرکت بیمار می پذیرد، اپرانو باید آگام باشد که در این مد نسبت به سایر مدها سرعت تغییرات SPO2 بسیار کم است.
- 2- مد NORMAL بیشتر در حالت معمولی استفاده می شود. 3- در مد FAST تاثیر در برابر تغییرات SPO2 بسیار سریع است. در شرایط خاص، بررسی مبتلا نرفالیت در هنگام خواب مفید است.

SPO2 SENSITIVITY MODE :

- مد NORMAL بهترین ترکیب عملکردی بازول 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 استفاده پرفیوژن را در طول زمان مانیتورینگ در بالاترین حد (۰.۰۴) تنظیم کنند استفاده می شود.
- این مد طوری طراحی شده است که حتی اطلاعات بیمارانی که دارای سیگنال بسیار ضعیفی هستند را نیز تفسیر می کند و نمایش می دهد.
- در مد APOD 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 چند ثانیه براب هستند، مانند کودکان یا بیماران با آرام توصیه می شود.
- مطمئن شوید که ناخن پنجره نوری را می پوشاند. 2- سید سنسور باید همیشه بالای انگشت قرار می گیرد.

محدودیت های اندازه گیری :

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

- 1- دستگاه الکتروکودر و الکتروشوک 2- حرکت زیاد بیمار 3- تزریق مواد رنگی قلیایی و مرفوی مانند Methylen blue ، indocyanine green 4- توزیع قلیق توجهی از هموگلوبین غیرمسلکری باشد.
- 5- دمای سنسور یا بهترین دمای عملکردی 28 °C تا 42 °C. 6- نشتیهای زیاد از حد 1 بالاتر از 5000 Lumens/Square meter 7- اتصال غیر صحیح سنسور به عضو مورد نظر 8- تبخیر ورنیدی 9- پنجش 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 اتسینتر در طول تصویر برداری MRI - میزان 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 با پرلبد دما می تواند باعث ایجاد سوختگی بیمار شود. فر صورت امکان قبل از فعال کردن دستگاه کونتر و یا مشیخ RF دیگر، پرلبد را از بدن بیمار دور کنید. اگر استفاده از اندازه گیری دما همزمان با دستگاه الکتروکودر لازم است، برای کاهش خطر سوختگی تا حد امکان محل اندازه گیری دما را از سنسور جریان RF به پلایت بازگشتی دور کنید.



بطور NIBP برای انتخاب واحد اندازه گیری، تعیین روش اندازه گیری، سنی یا انوماتیک، مشاهده لیست رکورد های NIBP و تعیین حدود الارم استفاده می شود. برای شروع و یا خامه گذاره گیری از کلید Start/Stop روی پابل جلو یا انتخاب های داخل منو استفاده کنید.

- ۱- قبل استفاده منو مدت نوزاد و بزرگسال است (تنظیمات در SETUP) ۲- در مد AUTO، اندازه گیری به صورت متناوب انجام می شود و شما می توانید فاصله های زمانی 1,2,3,5,10,15,20,30,45,60,90 دقیقه و 2,4,8,12,16,20,24 ساعت را تنظیم کنید. ۳- عرض کاف باید ۴۰ دور عضو (۵۰ برای نوزادان) و با ۲/۳ بالای طول بازو را اشغال کند. آن قسمت از کاف که یاد می شود باید آنگار بزرگ باشد که ۵۰ تا ۸۰ از عضو را بگیرد. انتخاب اندازه تا مناسب کاف باعث کاهش دقت اندازه گیری می شود.

! هنگامیکه اندازه گیری فشار بر روی کودکان انجام می شود از صحت تنظیمات اطمینان حاصل نمایید، اندازه گیری فشار برای کودکان در مد بزرگسال باعث اعمال فشار زیاد می شود و احتمال صدمه بدین عضو وجود دارد.

! کاف را به عضوی از بدن که بر روی آن کمتر وصل است و یا تزریق داخل وریدی انجام می شود، تنبید این کار باعث صدمه بدین بافت اطراف کمتر در حال تزریق می شود. همچنین باعث متوقف شدن تزریق در هنگام اندازه گیری فشار می شود.



در حالت انتخاب RESP پنجره مربوط به آن برای انتخاب Lead، مورد نظر، تنظیم دامنه و سرعت جاروب سیگنال و تعیین حدود الارم استفاده می شود.

- ۱- در حالت انتخاب CAPNO پنجره مربوط به آن برای انتخاب واحد اندازه گیری، سرعت جاروب سیگنال، تنظیم نرخ مکش گاز نمونه برداری، جریان سازی، Zeroing و تعیین حدود الارم استفاده می شود.
- ۱- در صورت استفاده از ماژول Sidestream حتما در مسیر کیموگرافی از Watertrap استفاده کنید. توصیه می شود برای جلوگیری از احتمال نفوذ ترشحات به داخل سنسور، سنسور در محلی بالاتر از بیمار نگهداری شود. ۲- در صورت استفاده از ماژول Mainstream همیشه جهت قرار گیری سنسور در هنگام اندازه گیری باید طوری باشد که اشتراک روی سنسور به سمت بالا قرار گیرد و در هنگام انجام Zeroing سنسور از مسیر تنفس بیمار جدا شود.

! به هیچ عنوان از آداپتورهای بزرگسال برای نوزادان استفاده نکنید. به دلیل اینکه آداپتورهای بزرگسال ۶ میلی لیتر فضای مرده به مدار تنفسی بیمار اضافه می کند
! به هیچ عنوان از آداپتورهای نوزادان برای بزرگسالان استفاده نکنید. به دلیل اینکه آداپتورهای نوزاد مقاومت اضافی را در برابر جریان هوا به مدار تنفسی بیمار اضافه می کند
! از این دستگاه در مجاورت گازهای بی‌هوشی اشغال را نباید استفاده شود.
! برای جلوگیری از صعب شدن ترشحات در پنجره آداپتور، آداپتور راههای هوایی براب IRMA را به صورت عمودی قرار دهید و هرگز آن را به حالت افقی قرار ندهید.



این پنجره برای انتخاب واحد اندازه گیری، سرعت جاروب سیگنال، کانفیگاسیون و تعیین حدود الارم استفاده می شود.

- ۱- قبل از هر بار مانیپولیتیک و حداقل یکبار در روز بعد از قطع و وصل ترنسدمیوسر حتما سیستم را ZERO کنید. ۲- برای انجام عمل ZEROING بعد از وصل کردن ترنسدمیوسر IBP به سنسور ۱۵ دقیقه صبر کنید تا ترنسدمیوسر بتواند با دقت مناسب کار کند. ۳- بعد از هر بار تعویض ترنسدمیوسر و یا هر زمان که از دقت اندازه گیری IBP مطمئن نیستید، سیستم را کانفیج کنید.
! وقتی از سیستم الکتروکوتور همزمان با IBP استفاده می شود، برای جلوگیری از سوختگی بیمار ترنسدمیوسر و کلیل نیابت با قسمت های هادی الکتروکوتور در تماس نباشد.
! با توجه به لیبیل انتخاب شده، الگوریتم اندازه گیری IBP تغییر می کند. بنابراین با انتخاب لیبیل تا مناسب، ممکن است دقت اندازه گیری کاهش یابد.



پنجره CSM جهت برآورد سطح هوشیاری بیمار مورد استفاده قرار می گیرد که از طریق آن می توان TREND مربوط به EMG, CSI, BS, SQI را مشاهده نمود و محدوده الارم CSI را مشخص نمود.

- ! استفاده از دستگاه پس میگر می تواند بر روی سیگنال EEG تداخل ایجاد کند و عدد CSI را بالاتر از حد نمایش دهد.
- ! مانیپولیتیک به همراه دستگاه الکتروشوک قلبی استفاده نکنید. کلیل بیمار در برابر شوک محافظت نشده است.
- ! در هنگامی که از مانیپولیتیک به همراه دستگاه الکتروکوتور استفاده می شود، برای کاهش ریسک سوختگی بیمار، سنسورهای مغزی (Neuro Sensor) نباید بین محل جراحی و الکتروکوتور قرار داشته باشد.

! از مانیپولیتیک به همراه CSM در مجاورت گازهای بی‌هوشی اشغال را استفاده نشود.



- سیستم مانیپولیتیک علامت حیاتی نکه وسیله کمکی برای ارزیابی وضعیت بیمار می باشد. برای اطمینان بیشتر باید همواره در کنار آن از علائم و نشانه های بالینی بیمار نیز استفاده شود.
 - سیستم مانیپولیتیک علامت حیاتی برای استفاده به همراه MRI طراحی نشده است. جریان های القایی ناشی از میدان های مغناطیسی MRI ممکن است باعث ایجاد سوختگی در بیمار شود. سیستم مانیپولیتیک است بر روی تصاویر گرفته شده توسط MRI تاثیر نامطلوب بگذارد. همچنین سیستم MRI می تواند بر روی صحت اندازه گیری های مانیپولیتیک تاثیر بگذارد.
 - در هنگام استفاده از دستگاه الکتروشوک از تماس با بدن بیمار یا تخت یا سیستم های متصل به بیمار خودداری کنید.
 - استفاده از تلفن همراه در محیطی جایی که با سیستم مانیپولیتیک کار می کنند ممنوع می باشد. سطح بالای امواج الکترومغناطیسی که توسط سیستم تلفن همراه تشعشع می شود، ممکن است باعث اختلال در عملکرد سیستم مانیپولیتیک شود.
 - تمام فعالیت ها از قبیل سرویس کردن و به روز کردن سیستم باید توسط افراد آموزش دیده و نایب شده توسط شرکت سازنده انجام شود یا باز کردن سیستم امکان برقی گرفتن وجود ندارد.
 - هر گاه تعداد زیادی سیستم بطور همزمان با سیستم مانیپولیتیک به مرض وصل شود، امکان افزایش جریان ناشی از حد قابل قبول وجود دارد.
 - برای اطمینان از رعایت مسائل ایمنی و زمین شدن مناسب سیستم باید بدنه مانیپولیتیک و سایر تجهیزات متصل به آن هو پتانسیل شوند.
 - از یک مانیپولیتیک برای مانیپولیتیک کردن بیش از یک بیمار استفاده نکنید.
 - الارم ها باید متناسب با شرایط هر بیمار تنظیم شود. قبل از کار کردن با سیستم از سالم بودن سیستم و الارم صوتی آن در هنگام وقوع الارم اطمینان حاصل کنید.
- به منظور جلوگیری از تاثیر EMC از قرار دادن مانیپولیتیک در مجاورت سیستم دیگر و یا روی سیستم دیگر خودداری کنید و در میزونی که مجبور به انجام این کار شدید از صحت عملکرد سیستم اطمینان حاصل کنید.

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 نزیم 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 .

گلوکومتر :

دستگاه گلوکومتر بخش مارک caresens میباشد

با فشار دادن دکمه S روشن میشود سپس کیت مخصوص دستگاه از طرف مربعی آن به داخل دستگاه وارد کرده تا فیکس شود دستگاه آماده میباشد

علامت قطره که مشاهده شد طرف دیگر کیت را به خون آغشته کرده و عدد نمایشگر مقدار قند خون بیمار میباشد

نبولایزر:

بخور سرد با دستگاه نبولایزر برای بیمارانی که برونکوسکوپی یا مشکل تنفسی داشته باشند طبق صلاحدید پزشک بیهوشی با یا بدون دارو بعد از نوشتن دستور پزشکی گذاشته میشود

اول دستگاه بخور را به برق و اکسیژن وصل کرده و گیج اب مقطر را یک سوم پر کرده و دستگاه آماده میباشد
در صورت دستور دارویی دارو را در آب مقطر ریخته و با ماسک اکسیژن به صورت بیمار فیکس میکنیم

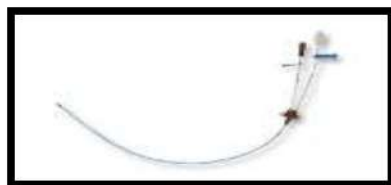
پروسیجرهای اختصاصی بخش

کارگذاری کاتترهای عروق مرکزی و مراقبت های پرستاری

کاتترهای چند راهی:

برخی از کاتترها ممکن است دو مجرایی باشند که معمولا در کودکان و یا در سایزهای بزرگ برای دیالیز موقت استفاده می شود. کاتترموقت شالدون یا اکسس معمولا "در موارد فوریتها و موارد دیالیز اورژانس تعبیه میگردد که در وریدهای ژوگولا (گردن) و سابکلاوین (زیر کتف) و فمورال (کشاله ران) قابل تعبیه میباشند. با توجه به جنس کاتتر بهتر است در اولین فرصت و در صورت نیاز به تداوم دیالیز به نوع دائم تبدیل شوند.

همچنین ممکن است سه مجرایی باشند که معمولا در کشاله ران (ورید فمور) و یا گردن (ورید ژگولار خارجی، ژگولار داخلی و یا ساب کلاوین) جاگذاری می شوند. در برخی موارد کاتترهایی با تعداد لومن های بیشتر نیز استفاده می شود اکثر مواردی که در مراکز استفاده می شود کاتترهای سه مجرایی هستند که عمدتا در گردن جاگذاری می شوند.



توجهات پرستاری کاتترهای چند راهی:

از شماره و کاربرد هر مجرا مطلع باشید. از هر مجرا فقط مطابق با کاربرد خاص آن استفاده کنید (مثلا برای تجویز تغذیه کامل وریدی یا گرفتن نمونه خون از مجرای متناسب با آن استفاده نمایید). با توجه به اینکه از اهداف مهم کاتترهای وریدی مرکزی گردنی کنترل CVP است، معمولا کاتتر وریدی مرکزی را به اشتباه با نام CVP خطاب می کنند. "P" یعنی Pressure که به معنای فشار است. برای نامیدن این کاتترها می توان از اصطلاح CV لاین و یا کاتتر CV استفاده کرد.

باید دقت کرد که در کاتترهای چند لومنی انتهای آنها به یک سوراخ منتهی نمی گردد. به عبارتی دیگر انتهای کاتتر که درون رگ است مانند نوک کاتتر ساکشن چند سوراخ دارد. برای نمونه وقتی کاتتری سه لومن دارد یکی از لومن ها به انتها و نوک کاتتر منتهی می شود. (لومن دیستال یا دور) یکی از لومن ها کمی بالاتر منتهی می شود (لومن میانه یا مدیال) و لومن سوم به بالاتر از آن مجرا ختم می گردد (لومن پروگزیمال یا نزدیک).

همین امر امکان تجویز داروهایی را که تا حدودی با هم ناسازگار هستند (تجویز داروها از لومن های متفاوت) و یا امکان خونگیری (از لومن اول یا پروگزیمال) را فراهم می نماید. البته این امر فقط در مورد کاتترهای چند لومنی امکان پذیر است و در مورد کاتترهای تک لومنی که مثلا برای تزریق TPN کارگذاری می شود، صدق نمی کند چون خون به دیواره کاتتر می چسبد و انفوزیون TPN را دشوار می سازد.

در کاتترهای چند لومنی اندازه هر لومن معمولا با هم متفاوت است. این تفاوت ممکن است با عدد (سایز نوشته شده روی هر مجرا)، (انتهای هر لومن معمولا یک رنگ خاص است) و نوشتن دور و نزدیک بودن مجرا (PROXIMAL و DISTAL) مشخص شود.

بیمار را از نظر علائم عفونت و ایجاد لخته به دفعات بررسی نمایید. احساس درد در عضو و اریتم و گرمی از نشانه های عفونت احتمالی است. ادم عضو، درد و علائم اختلال خونرسانی از نشانه های احتمالی ترومبوز است. برای نمونه اگر کاتتر در پا باشد، بیمار در پشت ساق پا احساس تیر کشیدن می نماید.

کار گذاری چست تیوب:

مراحل انجام کار:

۱- پرستار روش کار را برای بیمار و خانواده شرح می دهد.

- ۲- از بیمار یا ولی قانونی وی رضایت نامه آگاهانه می گیرد.
- ۳- دست های خود را بهداشتی می کند.
- ۴- وضعیت تنفسی و قلبی بیمار را بررسی می کند.
- ۵- وسایل را فراهم می کند.
- ۶- حریم خصوصی بیمار را حفظ می کند.
- ۷- چست باتل را به طور استریل آماده می کند (به دستور پزشک برای نوع سیستم تخلیه) یک شیشه ای دو شیشه ای و / یا ... توجه دارد.
- ۸- توسط کیف، محفظه آب یا **Water-Seal** را تا حد **100-200 cc** پر می کند.
- ۹- در یک محل خشک ست ساکشن و چست باتل را طبق دستور پزشک آماده می کند.
- ۱۰- بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلو مبتلا قرار می دهد.
- ۱۱- از طریق باز کردن ست استریل و اضافه کردن محلول آنتی سپتیک و بی حسی موضعی به پزشک کمک می کند.
- ۱۲- در طول انجام عمل ، بیمار را حمایت می کند.
- ۱۳- چست تیوب را با دقت به چست باتل وصل می کند.
- ۱۴- لوله بلند لاتکس مربوط به چست باتل را به چست تیوب وصل کرده ، نکات استریل را رعایت می کند.
- ۱۵- کلیه رابط ها را با چسب ضد آب می چسباند.
- ۱۶- لوله چست تیوب را همیشه زیر سطح مایع حفظ می کند.
- ۱۷- کلیه مشاهدات و یافته های خود (محل چست تیوب، میزان درد ، وضعیت تنفس ، میزان و رنگ ترشحات خارج شده) را ثبت می کند.

