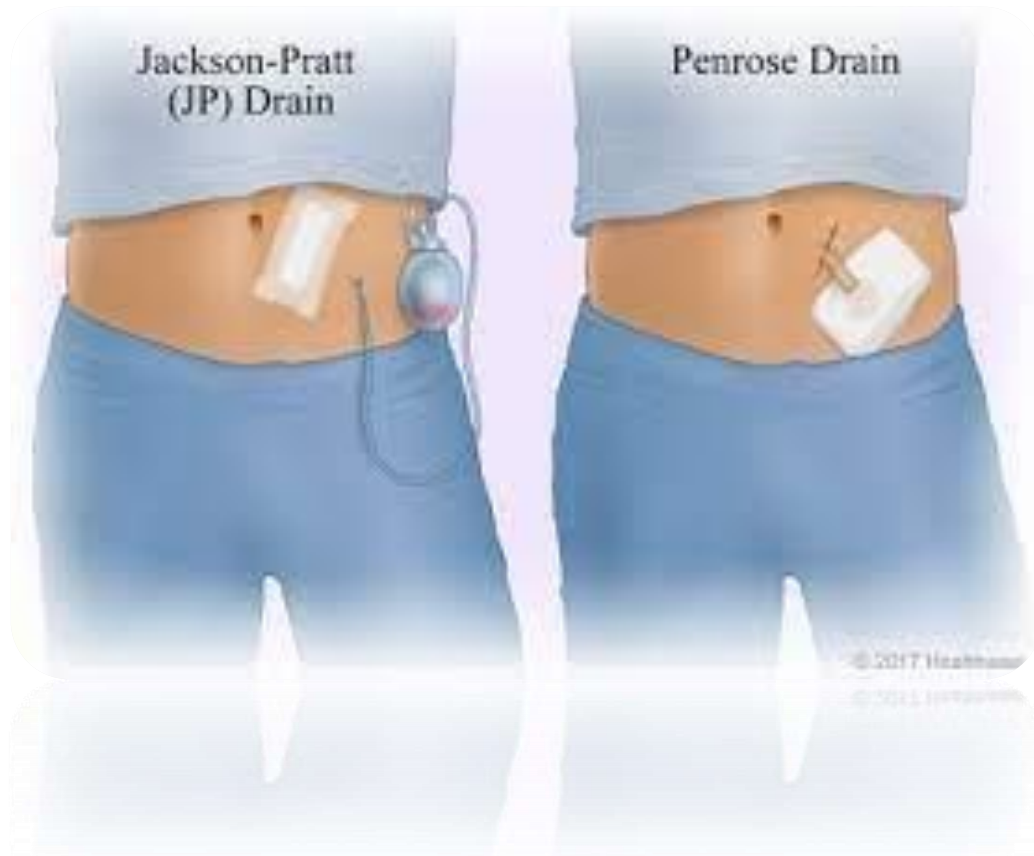


# دفتر

## انواع درن ها



مرکز آموزشی درمانی نمازی

بازنگری مجدد پاییز ۱۴۰۳

آموزش ضمن خدمت پرستاری

پاییز ۱۴۰۲

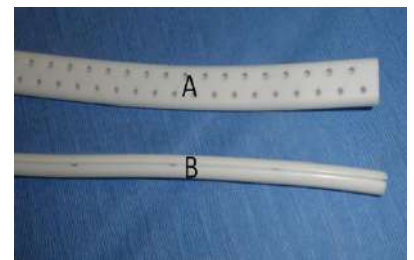
فهرست:

- ۲.....موارد مصرف
- ۲.....اهداف کارگذاری درن
- ۲.....انواع درن
- ۴.....Pigtail drain
- ۴.....Penrose drain
- ۵.....درن کاروگیت
- ۵.....T tube
- ۵.....درن همووک
- ۶.....Jackson-pratt drain
- ۷.....Mushroom drain
- ۷.....مراقبت از درن
- ۸.....خارج کردن درن
- ۹.....عوارض درن
- ۱۰.....تفرستومی تیوب
- ۱۲.....استنت حالب و نفرستومی
- ۱۵.....نوموکت

## موارد مصرف:

درن‌ها برای کمک به تخلیه خون، ترشحات و هوا از ناحیه عمل به منظور از بین بردن فضای مرده و تسریع در جوش خوردن دو لبه زخم و در نتیجه جلوگیری از تشکیل هماتوم و سرم بعد از عمل جراحی به کار می‌روند. اساس کار درن مانند دستگاه ساکشن می‌باشد. درن‌ها وسیله تخلیه هستند و بوسیله گاز و لوله پلاستیکی راهی برای خروج ترشحات یک زخم یا حفره بدن بوجود می‌آورند.

درن‌ها معمولاً از طریق سوراخی در پوست، نزدیک خط برش جراحی، در محل عمل جراحی گذاشته می‌شوند.



## اهداف کارگذاری درن ها:

۱. جلوگیری از تجمع ترشحات، خونابه، چرک و سایر عوامل موثر در عفونت.
۲. جلوگیری از بوجود آمدن حفره هوایی (وجود فضای مرده).
۳. جهت نمونه گیری از ترشحات.
۴. پیش گیری از نکروز لبه های زخم.
۵. کاهش بالقوه آلودگی زخم.
۶. کاهش درد بعد از عمل .
۷. به حداقل رساندن آثار باقیمانده ( اسکار ).
۸. جلوگیری از تشکیل هماتوم و سرم بعد از عمل جراحی.

## انواع درن:

- درن با سیستم تخلیه باز و بسته
- درن با سیستم تخلیه اکتیو و پاسیو

## درن با سیستم تخلیه باز:

از جنس پلاستیک است. ترشحات در پد گازی یا کیسه استوما جمع می شود. احتمال عفونت در این نوع درن زیاد است. مانند درن پن رز .

## درن با سیستم تخلیه بسته:

درنهایی هستند که درناژ را به بگ یا باتل می ریزند که در شکم و قفسه سینه کارگذاری می شوند. خطر عفونت در این نوع درن ها کمتر است. مانند: JP drain

## درن با سیستم اکتیو:

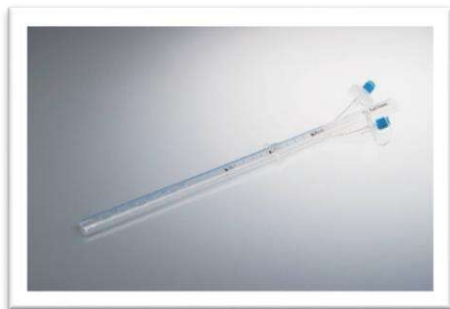
به یک محفظه جهت ایجاد فشار منفی وصل می گردند.

از درنهای اکتیو ، درن هموواک برای اعمال جراحی ارتوپدی، اعصاب ، ماستکتومی و چست تیوب برای جراحی های روی قفسه سینه را می توان نام برد .



این درنها از انتقال و سرایت عفونت از خارج به داخل خون پیشگیری

می کنند. ترشحات قابل اندازه گیری هستند. در عمل های حساس نسبت به عفونت از قبیل جراحی های مغز و اعصاب، ستون فقرات و استخوان ها حتما از درن های سیستم تخلیه ای بسته استفاده می شود.



در جراحی هایی چون کله سیستکتومی نیز می توان برای اندازه گیری مقدار ترشح صفا از این نوع درن استفاده نمود.

## sump drain

این نوع درن ها تحت فشار کم یا زیاد ساکشن هستند.

درن اکتیو با سیستم بسته مانند JP drain و درن هموواک.

درن اکتیو با سیستم باز مانند: sump drain

## درن با سیستم پاسیو:

درناژ بدون استفاده از ساکشن در اثر اختلاف فشار بین حفره درونی بدن و محیط خارج از بدن صورت می گیرد.

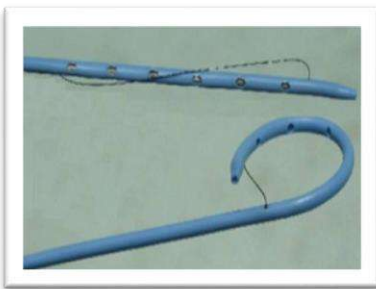
این درن ها برای تخلیه ی غیرفعال ترشحاتی مانند خون، چرک و... از محل زخم های جراحی باز خصوصا در موضعی که فشار مثبت بافتی یا عضلانی وجود دارد مانند یک ناودان موثر و مفید مورد استفاده قرار می گیرند. در این روش درن با پانسمان و گاز در تماس می باشد، در نتیجه احتمال ایجاد عفونت در آن به مقدار زیادی بالا خواهد بود. هنگام پانسمان نکات استریلیتی باید رعایت گردد تا انتقال عفونت به حداقل برسد.

درن بوسیله نخ های غیر قابل جذب بخیه یا سنجاق استریل در محل خود ثابت می شوند که در عمل های جراحی ناحیه شکم ( برداشتن کیسه صفرا ، عمل جراحی بر روی کلیه و مثانه و ... ) مورد استفاده قرار می گیرد.

درن پاسیو با سیستم بسته مانند : NGT ، T TUBE و سوند ادراری.

درن پاسیو با سیستم باز: درن پن روز، درن کاروگیت، پیگ تیل.

## Pigtail drain



پیگتیل نوعی لوله است که توسط پیچ لوله که در انتهای آن قرار دارد ثابت می شود و روی پوست بخیه می شود. این درن برای درمان آبسه استفاده می شود.

## پن روز ( Pen rose drain )



لوله ای مستطیل شکل لاستیکی که برای خارج کردن ترشحات محل عمل بکار می رود.

یک درن عمقی است که غالبا این درن بوسیله بخیه ثابت و به کیسه درناژ متصل می شود. ممکن است از این درن بعد از جراحی های بزرگ شکمی استفاده شود.

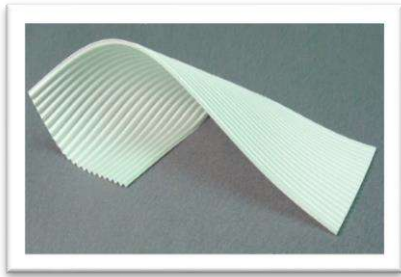


باید توجه داشت که ترشحات نباید با پوست بیمار تماس داشته باشد چون ترشحات باعث آسیب به پوست می شود . برای انجام پانسمان ابتدا اطراف پن روز را با گاز و نرمال سیلین به روش استریل از مرکز به خارج بصورت دورانی تمیز کرده، بعد

با محلول ضدعفونی کننده اطراف پن روز را (مانند نرمال سیلین که در بالا توضیح داده شد ) ضدعفونی می کنیم و در انتها اطراف پن روز یک گاز می گذاریم. روی پن روز هم یک گاز دیگر قرار داده تا ترشحات جذب گاز شود و مستقیما با پوست

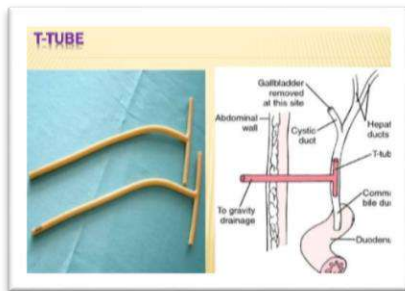
بیمار تماس نداشته باشد و به محض خیس شدن گازها، بایستی سریع پانسمان تعویض شود. در صورتیکه میزان ترشحات بیمار زیاد است حتماً به پزشک گزارش شود و بیمار را نظر جبران مایعات و الکترولیت ها مورد توجه قرار دهید. در زمان تعویض پانسمان پن رز بایستی به علائم ادم، التهاب، میزان و رنگ ترشحات توجه شود و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

## درن شیاردار یا کاروگیت:



این درن شکلی شبیه به نیم دایره های آکاردئونی تکرار شونده در طول درن می باشد که این پستی و بلندی ها حالتی شبیه به ناودان هایی را ایجاد می کنند که منجر به خروج ترشحات می شوند.

## T-TUBE



لوله مخصوصی شبیه به "T" انگلیسی که پس از عمل جراحی کله سیستکتومی در داخل مجرای صفراوی مشترک (common bile duct) قرار داده می شود. گذاشتن T-TUBE اجازه می دهد که در مدت ۶-۱۰ روز پس از جراحی یعنی وقتی که درناژ طبیعی برقرار شود صفرا به داخل کیسه درناژ تخلیه شود.

در زمان تعویض پانسمان ارزیابی اطراف تیوب از لحاظ رنگ، التهاب، دما، اریتما، اکیموز، لیچ افتادگی بایستی صورت گرفته و ثبت شود و در صورت مشاهده هر کدام از موارد به پزشک گزارش شود.

## درن هموواک



با استفاده از خلاء، خون و ترشحاتی که پس از عمل جراحی در بدن بوجود می آید را می مکد. این عمل به صورت مکنده و تدریجی و در مدت زمان طولانی و مداوم با فشار کم انجام شده و باعث جلوگیری از انواع عفونت ها می شود. درن هموواک می تواند ۵۰۰ سی سی درناژ را در خود ذخیره سازد.

این گونه درن ها اغلب اوقات قبل از مرخص شدن بیمار از بیمارستان کشیده می شوند. اما گاهی اوقات به دلایلی از جمله ترشح خونی زیاد، بیمار با درن مرخص شده و چند روز بعد از جراحی در ویزیت های بعدی خارج می گردد.

## نحوه تخلیه هموواک:

ابتدا مسیر درن را با کلیپس درن ببندید. بالای درن دو دریچه است، دریچه ای که به شلنگ وصل نیست را باز کنید. مایع داخل آن را درون ظرف مدرج بریزید و میزان درجه را خوانده و بر روی کاغذ یادداشت نمایید و مایع را در فاضلاب تخلیه کنید. محفظه درن را فشار دهید تا جمع شود سپس دریچه را ببندید. مراقب باشید درن از محل خارج نگردد. در آخر کلیپس را باز کنید تا مسیر درن باز شود. پس از تخلیه مجدداً همو واک را در حالت جمع فشرده کرده و کلیپس را ببندید.

نکته: در صورت خارج شدن درن از محل خود، روی محل درن یک گاز استریل گذاشته و به پزشک اطلاع دهید. دقت کنید که لوله ها دچار پیچ خوردگی نشوند. از فشار و خم شدن لوله ها خودداری کنید. همو واک جهت تسهیل درناژ ترشحات، پایین تر از بدن قرار گیرد. درن همیشه باید در حالت خلاء قرار گیرد مگر اینکه پزشک دستور خاصی در این مورد داده باشد.



۱



۲



۳



۴



۵

## Jackson-Pratt Drain (J.P - Drain) :

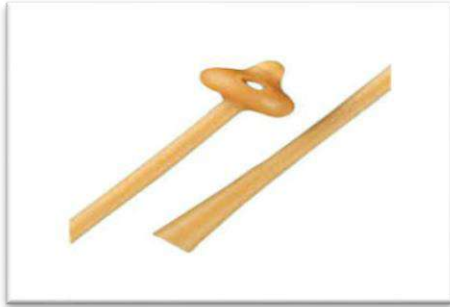
J.P – Drain معمولاً برای بعضی از اعمال جراحی شکم و سینه کارگذاری می شود. معمولاً هر ۴ تا ۸ ساعت یا زمانیکه نیمی از حجم محفظه از ترشحات پر شد بایستی ترشحات تخلیه شود.



زمان تعویض پانسمان باید به رنگ، دما، ادم، اکیموز، لیچ افتادگی (maceration) و علائم عفونت توجه شود. این درن می تواند ۲۵-۵۰ سی سی درناژ را در خود نگهدارد.

### Mushroom drain:

این نوع درن اغلب برای تخلیه آبسه مقعد استفاده می شود.



### مراقبت از درن:

- درن‌ها بایستی در زمان های مشخص و منظم تعویض پانسمان شوند مخصوصا در درن های با سیستم باز حتما به محض خیس شدن گازهای ناحیه درن پانسمان آن را تعویض کنید چرا که گازهای استریل روی موضع، باعث خروج راحت تر ترشحات می شوند.
  - در صورت عدم تعویض پانسمان های روی درن عملکرد درن تحت تاثیر قرار گرفته و گاهی منجر به احتباس ترشحات در زخم خواهد شد.
  - همچنین زمان تعویض پانسمان بایستی به رنگ پوست اطراف درن، لبه های زخم، ظاهر زخم، علائم Dehiscence ، فرآیند ترمیم زخم، میزان و رنگ ترشحات، دمای پوست اطراف، ادم، اکیموز و لیچ افتادگی (Maceration) توجه شود.
- در صورتی که بیمار دارای درن است حتما موضع خروج درن را چند ساعت یکبار از نظر موارد زیر بررسی کنید:
- رنگ ترشحات.
  - میزان خروج ترشحات.
  - سیر نزولی یا صعودی بودن خروج ترشحات.
  - ترشحات روشن یا تیره.



- انسداد احتمالی درن های لوله ای.
- عدم کینگ شدگی در مسیر درن های لوله ای.
- عدم برجستگی موضع خروج درن، چون در صورت عدم عملکرد درن ترشحات زیر پوست جمع می شود.

### نکته خیلی مهم:

بعضی از درنهای لوله ای با توجه به بافت قرار گیری آن (مثل بافت مغز) شکننده و بسیار سست هستند و نباید بگ یا باتل جمع کننده ترشحات آنها خلاء داشته باشد. در صورت خلاء داشتن منجر به کنده شدن بافت موضع عمل می شود که این موضوع باعث می شود آسیب جدی به بیمار وارد شود.

### خارج کردن درنها

بطور کلی درن ها باید بعد از این که عمل تخلیه به پایان رسید و یا حجم آن به ۲۵ میلی لیتر در روز رسید ، خارج شوند. درنهایی مثل پن رز به تدریج می توانند از طریق به عقب کشیده شدن و کوتاه کردن ( به طور معمول ۲ سانتی متر هر روز)، بتدریج خارج شوند این اصل باعث می شود که محل آن به تدریج بهبود یابد.

برای خارج کردن همووک از بیمار بخواهید که یک نفس عمیق بکشد و در حالی که نفس را به آرامی به بیرون می دم ، دست غیر غالب را محکم روی محل خروج درن از پوست قرار داده و با دست غالب درن را از نزدیکترین محل به پوست بگیرید و با یک حرکت سریع و پیوسته آن را خارج نمایید .

معمولا درنهایی که بعد از جراحی استفاده می شوند، به مدت یک هفته در محل جراحی باقی می مانند.

### نکات قابل توجه مراقبتی در زمان خارج کردن درن ها

آموزش به بیمار که ممکن است هنگام بیرون کشیدن درن مقداری درد داشته باشد.

نیاز به تسکین درد قبل از خارج کردن درن را در نظر بگیرید.

بر روی محلی که درن برداشته شده است یک پانسمان خشک قرار دهید.

بعضی از این تخلیهها معمولا تا زمانی که محل زخم بهبود یابد، ادامه می یابد.

درن هایی که در یک محل برای مدت طولانی رها شده اند، ممکن است که خارج کردنشان مشکل باشد.

برداشتن زود هنگام ممکن است که احتمال خطر برخی از عوارض به خصوص عفونت را افزایش دهد.

پس از کشیدن درن‌ها هم بهتر است تا جوش خوردن کامل موضع خروج درن، تعویض پانسمان ادامه پیدا کند تا از عدم عفونت آن ناحیه اطمینان کامل حاصل گردد.

### بخیه کردن محل درن بعد از خروج درن:

پس از کشیدن درن‌ها گاهی محل قرار گرفته درن باز می ماند که بهتر است حتما بخیه گردد و از باز گذاشتن آن باید حتی الامکان ممانعت کرد زیرا می تواند منجر به عفونی شدن موضع به علت ورود عوامل بیماری زا و عفونت زا به محل گردد. نکته بسیار مهم: در هنگام خروج درن به طول درن خارج شده از موضع عمل توجه شود. چون گاهی بر اثر چسبندگی که در موضع عمل ایجاد می شود و فشاری که در هنگام کشیدن درن به آن وارد می شود، قطعاتی از درن کنده شده و داخل زخم باقی می ماند که اگر به آن دقت نشود و در داخل زخم قرار گیرد پس از گذشت چند روز بدن آن را به عنوان عامل خارجی تلقی کرده و بر علیه آن شروع به ترشح و آبرسه در محل درن باقیمانده می کند.

### عوارض درن:

در صورتی که درن بیش از زمان استاندارد در زخم بماند می تواند منجر به عفونت در بیمار و عوارض ناشی از عفونت ها شود.

بعد از جراحی به منظور تخلیه مایعات تجمع یافته در حفره صفاق مانند صفرا یا شیره پانکراس، یا برای تخلیه آبرسه‌ها از درن استفاده می‌شود. با به کار بردن درن پس از جراحی، میزان بروز عفونت شکم و محل زخم افزایش می‌یابد.

درن‌های بزرگ و سخت ممکن است احشاء یا عروق مجاور را سوراخ کرده باعث ایجاد فیستول یا خونریزی گردند. از آنجائی که درن‌ها سبب نشت از محل آناستوموز و تشکیل فیستول می‌شوند، نباید آنها را در تماس با آناستوموزهای روده قرار داد.

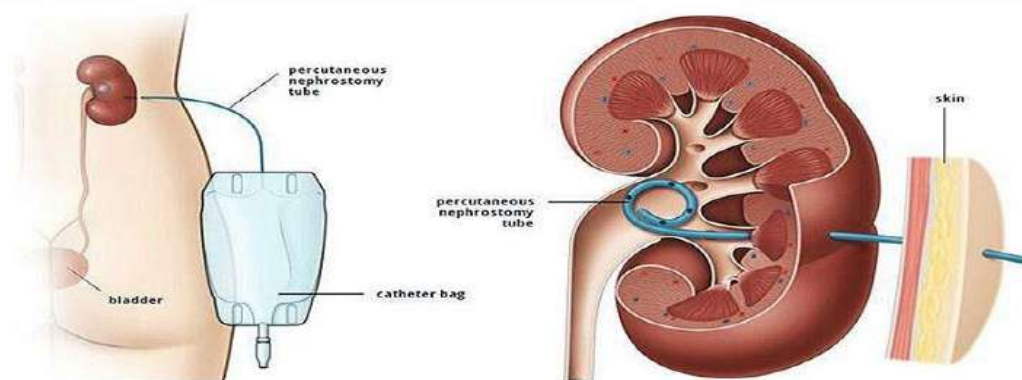
### هموپریتوئن

هموپریتوئن بعد از جراحی یک عارضه سریعاً پیش‌رونده و کشنده است که معمولاً در نتیجه اختلال در برقراری هموستاز ایجاد می‌شود. در صورت وجود درن‌ها می توان از آن مطلع شد و گاهی این عارضه بر اثر خود درن‌ها صورت می‌گیرد. معمولاً ظرف ۲۴ ساعت بعد از جراحی، هموپریتوئن با تظاهرات هیپوولمی، مانند تاکی‌کاردی، کاهش فشارخون، کاهش برون ده ادراری، و انقباض عروق محیطی ایجاد می‌شود.

با ادامه خونریزی ممکن است قطر شکم افزایش یابد. تغییرات هماتوکریت معمولاً در ۴-۶ ساعت اول قابل توجه نمی باشد. تشخیص های افتراقی افت سریع فشار خون پس از جراحی عبارتند از آمبولی ریه، دیس ریتمی قلبی، پنوموتوراکس، انفارکتوس میوکارد و واکنش های آلرژیک شدید. به محض رد سایر بیماری ها باید حجم داخل عروق را با تزریق مایع افزایش داد. اگر فشار پائین یا سایر علامت ها رفع نشوند، بیمار را باید سریعاً جراحی مجدد نمود. طی جراحی باید خونریزی را متوقف کرده، لخته ها را تخلیه کرد و حفره صفاقی را با سالین شستشو داد.

### نفروستومی تیوب

نفروستومی تیوب معمولاً توسط جراح یا با دخالت رادیولوژیست کار گذاری می گردد. پزشک یک لوله پلاستیکی ظریف را توسط سوراخ کوچکی از راه پوست به ناحیه ادراری وارد می کند؛ این کار در حین سونوگرافی انجام می شود و پزشک



متخصص مسئول این کار می باشد. در این موقع ادرار از لوله پلاستیکی نازک به بیرون راه پیدا می کند و به درون کیسه ادراری ریخته می شود. برای کارگذاری در ابتدا محل عمل توسط پزشک ضد عفونی می شود، با استفاده از بی حسی موضعی، بی دردی مناسب برای بیمار ایجاد می شود، سپس سوزنی وارد می شود تا ادرار را از کلیه تخلیه نماید. سوزن خارج شده و یک لوله پلاستیکی در داخل بدن باقی می ماند که انتهای آن به کیسه ای وصل می شود. بعد از این عمل بیمار ۸-۱۲ ساعت باید تحت نظر باشد تا روند تخلیه ادرار بررسی شود. در ساعات اول ادرار ممکن است کمی خونی باشد که جای نگرانی نیست و کم کم شفاف خواهد شد. تا چند روز پس از این عمل ممکن است احساس درد داشته باشید که پزشک معمولاً جهت کم شدن درد مسکن تجویز می نماید.

**عوارض و مشکلات احتمالی:**

- خونریزی
- عفونت
- آسیب به بافت های نزدیک محل ورود سوزن.
- کاهش فعالیت کلیه
- تشکیل لخته خون
- حساسیت به داروی بی حسی
- درد

**برای کاهش عوارض نکاتی را باید رعایت کرد که به شرح زیر می باشد:**

- در صورت حساسیت به دارو یا مواد خوراکی حتما به پزشک اطلاع دهید.
- در صورت بارداری حتما پزشک را مطلع سازید.
- بیمار باید قبل از کارگذاری نفروستومی حداقل ۸ ساعت NPO باشد.
- از خم کردن، مسدود کردن و پیچ دادن لوله نفروستومی خودداری کنید.
- همیشه کیسه تخلیه ادرار را پایین تر از کمر بیمار نگه دارید.
- هنگام وصل لوله نفروستومی به کیسه ادرار از دستکاری انتهای لوله و کیسه پرهیز نمایید.
- پانسمان اطراف نفروستومی باید به صورت روزانه و یا حتی چندین نوبت در روز تعویض گردد.
- پوست اطراف نفروستومی باید کاملا تمیز و خشک باشد، تا دچار سوختگی ناشی از نشت ادرار و عفونت محل نفروستومی نشود.
- هنگام حمام کردن بیمار، از خیس شدن پانسمان خودداری کنید و در صورت خیس شدن آن را تعویض نمایید.
- در صورتیکه لوله نفروستومی خارج شد یا نشت زیاد ادرار از اطراف لوله مشاهده گردید، بلافاصله به پزشک اطلاع دهید.
- در صورت کاهش حجم ادرار، بروز تب، درد پشت و کدر و بدبو شدن ادرار به پزشک اطلاع دهید.

- هیچ وقت نگذارید که کیسه خیلی پر شود .

### استنت حالب و نفروستومی

در حالت عادی ادرار از کلیه ها توسط حالب ها به مثانه حمل می گردد . بیماریهایی مانند سنگ کلیه ، تومور (توده) ها ، عفونت ها و لخته های خون میتوانند سبب انسداد حالب ها شوند . در این صورت ، پزشکان تحت هدایت تصویربرداری ، استنت ها و یا لوله هایی در حالب کار میگذارند تا جریان ادرار به مثانه برقرار بماند . سرطانهایی که قسمت شکم و لگن بیمار را درگیر می کند نیز می توانند باعث انسداد حالب شود از جمله این سرطانها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- سرطان مثانه
- سرطان کلون
- رکتوم
- گردنه رحم
- رحم
- تخمدان
- سرطان پروستات

اگر جای گذاری استنت حالبی مقدور نباشد ، نفروستومی انجام می شود . در این پروسیجر یک لوله از طریق پوست ناحیه پشت بیمار ، در داخل کلیه قرار داده می شود . این لوله یا به یک کیسه درناژ (تجمعی) خارجی یا از کلیه به مثانه مرتبط می گردد . استنت یک لوله تو خالی است که دو سر آن به صورت پیچ خورده و حلقه مانند است، این وسیله را با هدایت دستگاه تصویربرداری به لوله حالب و کلیه منتقل می کنند. این لوله انعطاف پذیر و تقریبا به اندازه ۱۰ اینچ است، یک سمت این لوله به شکل پیچ خورده و درون کلیه قرار می گیرد و سمت دیگر آن که بازهم به شکل پیچ خورده است در مثانه قرار می گیرد.

### ارزیابی های و آمادگی های قبل از کار گذاری استنت

- به سابقه هر نوع آلرژی (حساسیت) ، به ویژه نسبت به بیحس کننده های موضعی، داروهای بیهوشی عمومی و مواد حاجب توجه شود.
- سابقه مصرف هر نوع دارو از جمله وارفارین ،آسپرین ، داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs)، سایر رقیق کننده های خون ، مکمل های گیاهی و ....بررسی شود.
- سابقه اختلالات انعقادی یا سایر بیماریها بررسی شود.
- بارداری در زنان مورد توجه قرار گیرد.
- به دوز انسولین مورد مصرف توجه شود تا در صورت نیاز تعدیل گردد .
- قبل از انجام پروسیجر ممکن است آزمایش خون جهت بررسی عملکرد کلیه ها و لخته شدن طبیعی خون صورت گیرد و سونوگرافی ، CT و یا MRI انجام شود .

### روش انجام:

- این پروسیجر اغلب توسط یک اینترونشنال رادیولوژی یا گاه در اتاق عمل انجام میشود . قبل از پروسیجر ممکن است به بیمار ، داروهای پیشگیری کننده از تهوع ،درد و آنتی بیوتیک جهت پیشگیری از عفونت داده شود .
- پرستار یا تکنولوژیست از دست یا بازوی بیمار رگ خواهد گرفت تا داروی آرام بخش از IV line قابل تجویز باشد
- بیمار، در کل پروسیجر، بیهوش میباشد و توسط متخصص بیهوشی کنترل خواهد شد.
- بیمار به مونتورهای متصل خواهد شد که حین پروسیجر ، مرتبا ضربان قلب ، فشار خون و نبض را نشان دهند.
- حین انجام پروسیجر که معمولا ظرف یک ساعت تکمیل می گردد، بیمار در وضعیت خوابیده روی شکم قرار خواهد گرفت .
- منطقه ای از بدن که کاتتر باید گذارده شود باید شیو شده و پس از ضد عفونی با بی حس کننده موضعی توسط پزشک ، بی حس گردد .
- اینترونشنال رادیولوژیست، با استفاده از اشعه X و یا سونوگرافی ، محل کلیه را مشخص نموده و با سوزنی که از راه پوست به داخل کلیه می رساند، ماده حاجب را تزریق خواهد کرد .
- این کاتتر تا زمانی در محل باقی می ماند که یک استنت حالبی گذارده شود یا انسداد حالب ، برطرف گردد.

- در پایان پروسیجر، کاتتر برداشته شده و فشار برای توقف خونریزی به کار میرود. محل با یک گاز پوشانده می شود. به بخیه نیازی نیست.
- بعد از پروسیجر، بیمار، ظرف چند روز میتواند فعالیت های عادی خود را از سر بگیرد.

**مزایا:**

استنت حالبی یا کاتتر نفروستومی، با برقراری دوباره جریان ادرار از کلیه، موجبات عملکرد طبیعی کلیه را فراهم می آورد.

**عوارض:**

- احتمال عفونت کمتر از ۱ در هر ۱۰۰۰ مورد.
- اسپاسم پیش رونده مثانه. در این صورت، پزشک را مطلع سازید. درمان این اسپاسم با دارو امکان پذیر میباشد
- از آنجا که کلیه، ارگانی است با میزان کافی خونرسانی، خونریزی گرچه عارضه نادری میباشد اما غیر ممکن نیست. ریسک آسیب به ارگان های اطراف نیز کم می باشد، چرا که برای به حداقل رساندن این ریسک از هدایت تصویربرداری استفاده میگردد.
- در صورت تزریق ماده حاجب، ریسک خیلی کمی برای یک واکنش آلرژیک وجود دارد.
- خونریزی در ادرار
- Dysuria یا درد و سوزش موقع ادرار
- تکرر ادرار

در برخی موارد ممکن است علائمی به وجود بیاید که علائم غیر طبیعی است و پرستار باید با دیدن این شرایط به پزشک اطلاع دهد:

- وجود خونریزی زیاد در ادرار و یا ادرار تیره که با افزایش مصرف مایعات رفع نمی شود.
- تب بالا
- وجود درد شدید که با مسکن ها تسکین پیدا نکند.
- وجود درد در هر دو طرف شکم و یا کلیه

- احساس بوی بد در ادرار

### مراقبتها و آموزش های بعد از کار گذاری استنت

- در ۲۴ ساعت اول پس از کار گذاری مصرف آب بسیار مهم است و باید بیمار حداقل بین ۸ تا ۱۰ لیوان آب، مصرف کند.
- بیمار در ۲۴ ساعت اول نباید اشیاء سنگینی را بلند کند (بیشتر از وزن ۶-۸ کیلوگرم) و یا هر گونه فعالیتی که از عضلات شکمی استفاده می شود را انجام ندهد. پس از ۲۴ ساعت فرد می تواند فعالیت های عادی خود را از سر بگیرد.

### جایگزینی استنت

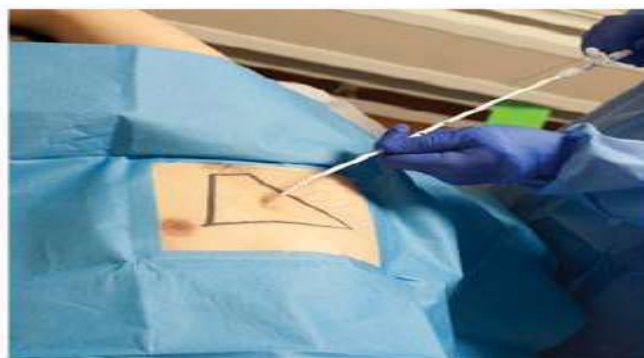
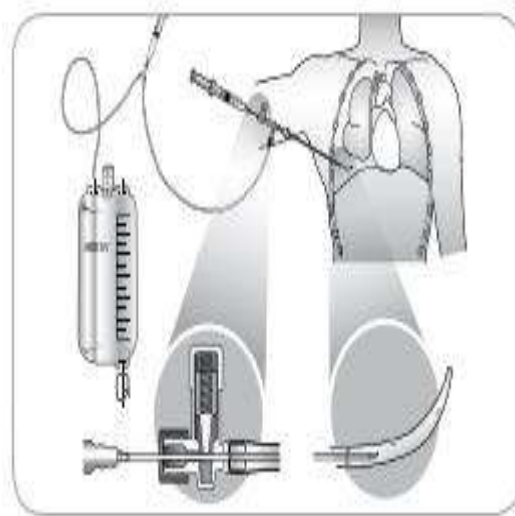
بعد از مدت ۳ تا ۶ ماه استنت باید تعویض شود، به جا ماندن استنت حالب ممکن است به مسدود شدن حالب، سنگ کلیه و عفونت منجر شود.

## PNEUMOCATH

کاتتری است که برای تخلیه مایع یا هوا از فضای پلورا استفاده می شود. معمولاً زمانی که ترشحات کمتر از 25cc در ۲۴ ساعت باشد کاتتر خارج می شود.

نوموکت در بعضی از بیماران بعنوان درمان حمایتی، یا درمان جایگزین، در Aspiration ساده، در بیماران Stable با پنوموتوراکس خودبخودی اولیه و پلورال افیوژن های ساده استفاده می شود.





**منابع:**

- <https://ormed.ir>
- <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/caring-your-jackson-pratt-drain>
- National Institutes of Health, Clinic Center. How to Care for the Jackson-Pratt Drain. Accessed 3/26/2019.
- Merck Manual Professional Version. Postoperative Care. Accessed 3/26/2019.
- Clinical nursing skills
- <https://tiradsono.com/ureteral-stent-and-nephrostomy/>