



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

کتابچه

پنج بیماری حاد و شایع

بیمارستان مرادی

تهیه و تنظیم :

طیبه سروی / مدیر پرستاری

طاهره ملکی / سوپروایزر آموزشی

زمستان ۹۵

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست

۳	ترومای چشم
۷	خونریزی بینی
۱۰	سنگ های ادرای
۱۸	افسردگی
۲۶	احیای قلبی ریوی

ترومای

چشم

ترومای چشم

در شرح حال به کاهش حدت بینائی و سرعت کاهش آن توجه نمائید و در صورت وجود سابقه چکش کاری، تراشکاری یا انفجار، به جسم خارجی در چشم مشکوک شوید، معاینه ی فیزیکی شامل حدت بینائی، مارکوس گان، حرکات چشم، حس پوست اطراف چشم، لمس لبه ی کاسه چشم از نظر شکستگی، بررسی از نظر اندوفتالمی، معاینه با اسلیت لامپ (جسم خارجی و سائیدگی قرنیه، پارگی و جسم خارجی ملتحمه، عمق و شفافیت اتاق قدامی، واکنش مردمک به نور و مقایسه با چشم مقابل) و افتالموسکوپی مستقیم و غیرمستقیم می‌باشد. این معاینه حتی در چشم به‌ظاهر سالم باید انجام شود .

اقدامات فوری

در پارگی آشکار کره چشم بدون دستکاری بیشتر و بدون مصرف آنتی‌بیوتیک موضعی یا داروی سیکلپلژیک فرد را جهت عمل جراحی آماده نمائید. روی چشم شیلد بگذارید. آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف وریدی و در صورت لزوم، ضد درد، ضد استفراغ و تتابولین بدهید. مصرف غذا و مایعات خوراکی را محدود نمائید. در موقع بیهوشی از شل‌کننده‌های عضلانی دپولاریزان استفاده ننمائید (خطر خروج محتویات چشم). داروها و رنگ‌های موضعی باید استریل باشند .

خراشیدگی و پارگی پلک

در خراشیدگی‌ها و پارگی‌هایی که لبه پلک درگیر نشده است، درمان مشابه سایر نقاط بدن می‌باشد. در پلک بافت کنده شده را می‌توان به‌علت خونگیری خوب در محل دوخت. در پارگی‌های کامل که لبه ی پلک درگیر است با نخ سیلیک یا نایلون ۶ صفر ابتدا لبه پلک را در محل غدد میبومین و مژه‌ها کنار هم می‌آوریم، ولی گره نمی‌زنیم، تارس را بخیه منقطع قابل جذب می‌زنیم، حال نخ‌های لبه پلک را گره می‌زنیم، سپس پوست را منقطع بخیه کرده، با استفاده از پماد آنتی‌بیوتیک، پانسمان می‌کنیم. ترمیم فوق باید با حداقل دبریدمان باشد. در موارد ادم شدید پس از تمیز کردن و تجویز آنتی‌بیوتیک ترمیم را به زمان رفع تورم موکول می‌کنیم. در پارگی کانتوس داخلی جهت ترمیم کانالیکول‌های اشکی ترمیم اولیه ارجح است که ممکن است نیازمند لوله‌گذاری در این کانالیکول‌ها باشد. نزدیک کردن ساده انتهاهای قطع شده کانالیکول‌ها اغلب کافی است چرا که لوله‌گذاری ممکن است آسیب را تشدید کند .

اجسام خارجی سطحی و خراش قرنیه

هر دو این حالات می‌تواند باعث درد و تحریک چشم به‌ویژه در حرکت چشم و پلک زدن شود. نقص اپی‌تلیوم و نشت مایع زلالیه (تست سایدل) (Seidel's test) را با فلورسئین می‌توان کشف کرد. خراش عمودی بر قرنیه نشانه جسم خارجی روی ملتحمه پلکی فوقانی است. جسم خارجی سطحی را پس از مصرف قطره بی‌حسی، در زیر اسلیت لامپ با نوک سوزن ظریف استریل (و نه با سوآپ پنبه‌ای) خارج می‌کنیم. حلقه‌های فلزی اطراف ذرات مس و آهن را نیز باید خارج کرد ولی ذرات شیشه و کربن عمقی را می‌توان در قرنیه باقی گذاشت. جهت خارج کردن ذرات عمقی و نیز ترمیم محل نشت زلالیه، فرد را به اتاق عمل می‌بریم. پس از خارج کردن جسم خارجی همانند خراش‌های قرنیه، از آنتی‌بیوتیک موضعی و پانسمان فشاری استفاده می‌کنیم و هر روز از نظر عفونت ثانوی معاینه می‌کنیم. در آسیب قرنیه مصرف مکرر بی‌حس‌کننده‌های موضعی (به‌علت تأخیر ترمیم و اسکار قرنیه) و مصرف استروئید ممنوع است. باز ماندن چشم‌ها حین بی‌هوشی عمومی از عوامل شایع سائیدگی قرنیه است .

آسیب‌های نافذ و له‌شدگی چشم

ترومای بلانت می‌تواند باعث پارگی کره چشم و فتق محتویات کاسه چشم به داخل سینوس‌های مجاور (شکستگی (blow out) شود. به‌خاطر اینکه شایعترین محل ترومای بلانت قسمت تحتانی خارجی کره چشم است، شایعترین محل پارگی کره چشم قسمت فوقانی داخل لیمبوس می‌باشد. ترومای بلانت به‌خاطر شیوع بیشتر کندگی شبکه در آن، پیش‌آگهی بدتری نسبت به ترومای نافذ دارد. ترومای نافذ باعث کاهش شدید بینائی (مگر در ذرات کوچک و پرسرعت چکش‌کاری، که درد و کاهش دید خفیف است)، پارگی ملتحمه، کم عمق شدن اتاق قدامی، جابه‌جائی مردمک، هایفما، خونریزی زجاجیه و فشار داخل چشمی پائین، طبیعی یا به ندرت کمی بالا می‌شود. سایر آسیب‌های ناشی از تروما عبارتند از اختلالات حرکتی، خونریزی زیر ملتحمه، ادم قرنیه، التهاب عنبیه، گلوکوم زاویه بسته، پارگی عنبیه، فلج تطابق، دررفتگی عدسی، کاتاراکت (حتی تا چند روز یا چند هفته بعد)، خونریزی زجاجیه و شبکه، سوراخ شبکه، پارگی کوروئید و له‌شدگی عصب بینائی. از نظر درمان، به‌جز در پارگی کره چشم بقیه موارد جراحی فوری لازم ندارد. عنبیه و جسم مژگانی خارج شده از کره چشم را برحسب اینکه کمتر از ۲۴ ساعت یا بیشتر از ۲۴ ساعت بدون حفاظ بوده، به ترتیب به داخل چشم برمی‌گردانیم یا از لبه زخم، بریده جهت کشت می‌فرستیم. زخم صلبیه قدامی را می‌دوزیم ولی زخم محل خروج ترومای نافذ در صلبیه خلفی را به حال خود رها می‌کنیم. غشاءهای فیبروواسکولار زجاجیه که عامل جداشدگی شبکه هستند را می‌توان با ویتراکتومی خارج کرد (پیش‌آگهی جداشدگی تروماتیک شبکه ضعیف است). در موارد اندوفتالمیت، ویتراکتومی دیرهنگام (۱۴-۱۰ روز بعد) ارجح است. در چشم کاملاً تخریب شده ممکن است، خارج کردن کل چشم (Enucleation) یا خارج کردن کل چشم به‌جز صلبیه (Evisceration) لازم شود. عارضه بسیار نادر و احتمالاً خودایمنی افتالمی سمپاتیک که در چشم مقابل رخ می‌دهد، در هر آسیب نافذ چشم به‌ویژه در آسیب یووه‌آ، امکان‌پذیر است.

اجسام خارجی داخل چشم

در شرح حال ناراحتی چشم و تاری دید همراه با سابقه چکش‌کاری به فکر آن باشید. علاوه بر معاینات چشم‌پزشکی، CT اسکن کاسه چشم نیز درخواست نمائید MRI ممنوع است). ذرات آهن (عامل سیدروز) و مس (عامل شالکوز) باید خارج شوند. بعضی آلیاژها، شیشه یا چینی بهتر است در محل خود باقی بماند. در عمل جراحی، اجسام ناحیه قدام عدسی از راه لیمبوس و اجسام پشت عدسی از راه پارس پلانا خارج می‌شود. ناحیه آسیب‌دیده شبکه، جهت پیشگیری از جداشدگی شبکه با دیاترمی، فوتوکواگولاسیون لیزری درمان می‌شود

خونریزی

از

بینی

خونریزی از بینی

خونریزی از بینی به علت پاره شدن عروق خونی موئینه و متورم از هر نقطه از مخاط بینی ایجاد میشود. به ندرت خونریزی ممکن است از بافتهای متراکم عروقی بر روی شاخکهای بینی سرچشمه گرفته باشد بلکه در اغلب اوقات محل آن در بخش قدامی تیغه بینی یعنی محل اتصال سه رگ اصلی بینی شامل: (۱) شریان اتموید قدامی بر رود قسمت جلویی (ناحیه ی کیسل باخ)؛ (۲) شریان اسفونوپالاتین در ناحیه ی خلفی-فوقانی؛ (۳) انشعاب شریان داخلی ماگزیلاری (شبکه سیاهرگی بینی واقع در پشت دیواره جانبی در زیر شاخک تحتانی) می باشد.

عوامل خطر:

- عفونتهای موضعی
- عفونتهای سیستمی
- خشکی غشای مخاطی بینی
- استنشاق کورتدکواستروئیدها از طریق بینی
- تروماها
- آترواسکلروزیس
- افزایش فشارخون
- تومورها
- ترومبوسیتوپنی
- مصرف آسپرین
- بیماری کبدی

سندروم ردو-اسلر-وبر (تلانژکتازی خونریزی دهنده ارثی)

تدابیر طبی

درمان خونریزی بینی بستگی به علت و محل خونریزی دارد. به وسیله ی یک اسپکولوم بینی، چراغ قوه و آینه ی معاینه میتوان محل دقیق خونریزی را در حفره بینی مشخص کرد. بیشترین محل خونریزی ناحیه ی قدامی بینی است. درمان اولیه شامل اعمال فشار مستقیم بر محل خونریزی است. بیمار در وضعیت نشسته درحالی که سر به طرف جلو خم شده قرار میگیرد، تا مانع از بلع خون و نیز اسپیراسیون خون شود و به قسمت نرم خارجی بینی، با فشار به طرف دیواره میانی بینی، بادو انگشت، به مدت ۱۰-۵ دقیقه فشار وارد میکند. ممکن است استعمال ضداحتقانهای بینی (فنیل افرین) نیز برای ایجاد انقباض عروق ضروری میباشد. اگر این اقدام موفقیت آمیز نبود، با ایجاد نور مناسب باید اقدام به معاینه و ساکشن بینی نمود تا محل خونریزی مشخص شود. نواحی خونریزی دهنده قابل رویت با الکتروکوتر (جریان الکتریکی با فرکانس بالا) یا نیترا نقره کوتر میشوند. از پیچ های مکمل جراحی یا ژل فوم هم میتوان استفاده نمود.

میتوان با گذاشتن پک (تامپون) در محل، خونریزی را متوقف کرد. قبل از گذاشتن پک، با ساکشن محل را از خون و لخته پاک میکنند و سپس به ربع انتهایی تر نگاه میکنند و بررسی جهت پیدا کردن محل خونریزی از ربع قدامی تحتانی به قدامی فوقانی و نهایتا به تحتانی خلفی ادامه می یابد. محدوده معاینه به وسیله ساکشن، تمیز نگه داشته شده و سپس تامپون گذاشته میشود.

اگر منشا خونریزی پیدا نشد، از گازی آغشته به پماد آنتی بیوتیک و یا وازلین استفاده کرده و آنرا وارد بینی مینمایند. قبل از آن باید از یک اسپری بی حسی موضعی و یک دکونژستان استفاده شود. همچنین ممکن است از یک کاتتر بالون دار (کاتتر فولی) نیز استفاده شود. میتوان از یک اسفنج فشرده ی بینی استفاده کرد. به این صورت که، در ابتدا اسفنج از خون یا مقدار اندکی سالیین اشباع میشود و بعد شروع به اتساع میکند و به شکل پک یا تامپوناد، جلوی خونریزی را میگیرد. اگر لازم باشد، جهت کنترل خونریزی، این پک ممکن است ۳-۴ روز در محل باقی بماند. ممکن است آنتی بیوتیک تجویز شود، چون خطر بروز سینوزیت ایاتروژنیک (در اثر مداخلات پزشکی) و سندرم شوک توکسیک وجود دارد.

تدابیر پرستاری

پرستار باید علایم حیاتی بیمار را ثبت نموده و به کنترل خونریزی کمک کند، دستمال کاغذی و ریسپور را برای تخلیه ی خون در اختیار بیمار قرار دهد، به بیمار فرصت دهد تا خون اضافی را از دهان خارج کند.

این بیماران به علت خونریزی دچار اضطراب هستند. وجود خون روی لباس و دستمال باعث ترس بیمار میشود و معاینه ی بینی و اقدامات درمانی برای او ناراحت کننده است. اطمینان دادن به بیمار درباره اینکه خونریزی کنترل خواهد شد، در کاهش اضطراب وی موثر است. پرستار به طور مداوم راه هوایی و تنفس بیمار را بررسی میکند و علایم حیاتی را کنترل مینماید. در برخی موارد به علت خونریزی زیاد، لازم است که به بیمار از طریق راه وریدی محلولهای کریستالوئید داده شود. بهتر است که وضعیت قلبی و همچنین پالس اکسی متری در بیمار پایش شود.

آموزش مراقبت از خود به بیمار

پس از اینکه خونریزی کنترل شد، پرستار باید به بیمار آموزش دهد تا به مدت چندروز از انجام ورزش های سنگین و مصرف غذاهای داغ و پر ادویه و تنباکو خودداری کند، زیرا موجب اتساع رگها شده و احتمال بروز خونریزی را افزایش میدهند. آموزش حین ترخیص به بیمار شامل راه های پیشگیری از خونریزی بینی، مانند اجتناب از فین کردن (تخلیه بینی با فشار)، انجام کارهای سنگین و زور زدن و صدمات بینی میباشد. تأمین رطوبت کافی و پیشگیری از خشک شدن مخاط بینی نیز لازم است. در مواردی که احتمال خونریزی مجدد وجود دارد، پرستار باید به بیمار آموزش دهد که به کمک انگشت شست و نشانه به مدت ۱۵ دقیقه فشار مستقیم وارد کند، تا خونریزی متوقف شود. در صورت عدم توقف خونریزی باید تحت نظارت پزشک قرار گیرد.

سنگ های

ادراری

سنگ های ادراری

سنگ های ادراری جزو سیستم ادراری طبقه بندی می شوند. عمدتاً در کلیه به وجود می آیند (نفرولیتیاژیس) اما می توانند در سیستم ادراری تحتانی نیز ایجاد شوند یا به این ناحیه مهاجرت کنند. سنگ ها معمولاً بدون نشانه هستند تا زمانی که به مجرای ادراری تحتانی راه پیدا نمایند.

دو عامل سببی اصلی تشکیل سنگ عبارتند از : توقف ادرار و اشباع بیش از حد ادرار با کریستالوئیدهایی که از قابلیت حلالیت خوبی برخوردار نیستند.

هر عاملی که منجر به توقف یا اشباع بیش از حد ادرار شود به عنوان عامل خطر زای تشکیل سنگ در نظر گرفته می شود، برخی از این عوامل به شرح زیر هستند :

- عدم تحرک و شیوه ی زندگی ساکن و بدون حرکت ، که توقف ادرار را افزایش می دهد.
- دهیدراتاسیون ، که منجر به اشباع بیش از اندازه ادرار می شود.
- اختلالات متابولیکی ، که میزان کلسیم و یون های دیگر را در ادرار بالا می برند.
- سابقه ی قبلی داشتن سنگ های ادراری
- وجود مواد معدنی زیاد در آب آشامیدنی
- رژیم های غذایی سرشار از پورین ها ، اگزالات ها ، مکمل های کلسیم و پروتئین های حیوانی
- UTIها
- باقی ماندن سوندهای بجا ماندنی در محل برای مدت طولانی
- مثانه ی نوروژونیک
- سابقه ی اختلالات عضوی در دستگاه ژنیتال زنانه

پاتوفیزیولوژی

مکانیسم دقیق تشکیل سنگ ، هنوز به طور کامل شناسایی نشده است. برخی پژوهشگران معتقدند رژیم های غذایی کم کلسیم عامل ایجاد کننده ی سنگ هستند و برخی دیگر رژیم های غذایی سرشار از کلسیم را عامل مؤثر در این رابطه می دانند. اما هر دو گروه بر نقش اشباع بیش از حد ادرار در تشکیل سنگ توافق نظر دارند. به نظر می رسد، کریستال سازی ، نخستین عامل پیدایش تشکیل سنگ می باشد .

درمان طبی

اهداف اصلی درمان عبارتند از : خارج کردن سنگ ، تعیین نوع سنگ ، پیشگیری از تخریب نفرون ، کنترل عفونت و رفع هر گونه انسداد احتمالی .

هدف فوری درمان کولیک کلیوی یا حالب : رفع درد تا زمانی است که بتوان علت آن را برطرف کرد. مسکن های اویپوبیدی برای پیشگیری از شوک و سنکوپ (ناشی از درد شدید) تجویز می شوند. داروهای NSAID ممکن است به اندازه سایر مسکن ها

در درمان درد سنگ کلیوی موثر باشند. آن ها به صورت اختصاصی رفع درد می کنند ، زیرا ساخت پروستاگلاندین E را مهار می نمایند. به طور کلی زمانی که سنگ دفع شود ، درد نیز برطرف می شود.

حمام یا بخار گرم به منطقه پهلو می توانند مفید باشند. مصرف مایعات جز در مواردی نظیر استفراغ یا نارسایی قلب یا سایر اختلالات محدود کننده . این امر موجب افزایش فشار هیدروستاتیک در پشت سنگ و کمک به پایین آمدن آن می شود. مصرف فراوان مایع موجب کاهش غلظت بلورهای ادراری ، رقیق شدن ادرار و افزایش برون ده ادراری می شود.

درمان تغذیه ای

درمان تغذیه ای نقش مهمی در پیشگیری از سنگ های کلیوی ایفا می کند. مصرف مایع اساس توصیه طبی است . به جز در موارد منع مصرف ، هر بیمار مبتلا به سنگ های کلیوی باید حداقل ۸ لیوان آب در روز مصرف کند و یا محلول تزریقی داخل وریدی دریافت نماید تا ادرار را رقیق نگه دارد. میزان برون ده ادراری باید بیش از ۲ لیتر درروز باشد .

سنگ های کلسیمی . در گذشته به بیماران مبتلا به سنگ های کلیوی کلسیم دار توصیه می شد تا مصرف کلسیم را محدود کنند . امروزه محققین توصیه می کنند که مایع فراوان همراه با پروتئین و سدیم محدود مصرف شود. تصور می شود که یک رژیم غذایی پر پروتئین موجب افزایش دفع کلسیم و اسیداوریک در ادرار می شود و در نتیجه این مواد به حد فوق اشباع می رسند. همین طور ، مصرف سدیم زیاد موجب افزایش میزان کلسیم در ادرار می شود. ادرار را می توان با استفاده از داروهایی نظیر کلرید آمونیوم یا اسید استوهیدروکسامیک (LITHOSTAT) اسیدی نمود.

اگر افزایش تولید پاراتورمون (که منجر به افزایش سطح کلسیم سرم در خون و ادرار می شود) یکی از عوامل تشکیل سنگ باشد، درمان با دیورتیک های تیازیدی ممکن است در کاهش دفع کلسیم از ادرار و پایین آوردن سطح پاراتورمون مفید باشد.

سنگ های اسید اوریک. بیمار مبتلا به سنگ های اسید اوریک باید رژیم غذایی با محدودیت پورین مصرف کند تا دفع اسید اوریک در ادرار کاهش یابد. از غذاهای غنی از پورین (صدف ، ماهی کولی ، مارچوبه ، قارچ ، گوشت) اجتناب و سایر پروتئین ها محدود می شوند. آلوپورینول (زایلوپریم) می تواند تجویز شود ، تا سطح اسید اوریک سرم و دفع اسید اوریک ادراری کاهش یابد.

سنگ های سیستین. رژیم کم پروتئین تجویز می شود، ادرار بازی است ، و دریافت مایعات افزایش می یابد.

سنگ های اگزالاتی . برای سنگ های اگزالاتی ، رقیق شدن ادرار و کاهش مصرف اگزالات توصیه می شود.

غذاهای بسیاری حاوی اگزالات هستند، با این حال ، تنها غذاهای معینی موجب افزایش بارز دفع ادراری اگزالات می شوند. اینها عبارتند از اسفناج ، توت فرنگی ، ریواس ، شکلات ، چای ، بادام زمینی و سیبوس گندم .

مداخلات درمانی

اگر سنگ خود به خود دفع نشود یا دچار عارضه گردد، درمان های در دسترس عبارتند از جراحی ، آندوسکوپی یا موارد دیگر نظیر اورتروسکوپی ، سنگ شکنی خارج از بدن با امواج ضربه ای (eswl) یا خارج کردن سنگ با استفاده از آندوورولوژی (از راه جلدی).

در اورتروسکوپی : ابتدا سنگ ملاحظه شده و سپس خرد می شود. دسترسی به سنگ به وسیله وارد کردن یک اورتروسکوپ به حالب و سپس وارد کردن یک سنگ شکن الکتروهیدرولیک لیزری یا ابزار اولتراسوند از درون اورتروسکوپ برای خرد کردن و خارج ساختن سنگ امکان پذیر است . یک استنت برای ۴۸ ساعت یا بیشتر در محل قرار داده می شود تا حالب را باز نگه دارد. مدت زمان بستری در بیمارستان کوتاه است و برخی از بیماران را می توان به صورت سرپایی درمان نمود.

ESWL : یک روش غیر تهاجمی است که برای خرد کردن سنگ ها در کالیس های کلیه به کار می رود. پس از اینکه سنگ ها به اندازه ذرات شن درآمدند، خود به خود دفع می شوند. در **ESL** فشار بالا یا موج ضربه ای به وسیله آزادسازی ناگهانی انرژی ایجاد می شود و از طریق آب و بافت های نرم منتقل می گردد. وقتی موج ضربه ای به یک ماده با تراکم متفاوت (سنگ کلیه) برخورد می کند ، یک موج متراکم موجب خرد شدن سطح سنگ می شود. امواج ضربه ای مکرر با تمرکز روی سنگ ، نهایتاً موجب تبدیل سنگ به قطعات بسیار ریز متعدد می شوند. این قطعات کوچک معمولاً بدون دشواری در ادرار دفع میشوند. اگر چه امواج ضربه ای معمولاً به سایر بافت ها آسیب نمی زنند، ناراحتی ناشی از امواج متعدد ممکن است روی دهد. انسداد و عفونت ناشی از مسدود شدن جریان ادرار توسط قطعات سنگ باید بررسی شود . تمامی ادرار بعد از پایان درمان جمع آوری می شود ، شن یا ریگ دفع شده برای تجزیه و تحلیل شیمیایی به آزمایشگاه فرستاده می شود .

روش های آندواورولوژی برای خارج کردن سنگ زمانی به کار می روند که سایر روش ها موفقیت آمیز نباشند. یک نفروستومی جلدی یا نفرولیتوتومی جلدی (که روش های مشابهی هستند) انجام می شود و یک نفروسکوپ از طریق مجرای جلدی متسع به پاراننشیم کلیوی وارد می گردد. براساس اندازه سنگ می توان آن را با یک فورسپس یا سید بازبایی سنگ خارج نمود. در صورتیکه سنگ بسیار بزرگ باشد، یک پروب اولتراسوند از طریق لوله نفروستومی وارد شود. سپس امواج اولتراسونیک سنگ را خرد می کنند. قطعات کوچک سنگ و غبار حاصله شسته شده و بیرون آورده می شوند .

درمان جراحی

جراحی روش اصلی درمان پیش از ابداع سنگ شکنی بود. با این حال ، امروزه تنها در ۱ تا ۲ درصد از بیماران، از جراحی استفاده میشود. هنگامی که اقدام به جراحی می شود که سنگ به سایر روش های درمانی پاسخ ندهد. همچنین جراحی برای اصلاح ناهنجاری آناتومیک در کلیه و بهبود درناژ ادراری به کار می رود. اگر سنگ در کلیه باشد، جراحی ممکن است یک نفرولیتوتومی (برش کلیه و خارج کردن سنگ) یا یک نفرکتومی (در صورت از بین رفتن کارکرد کلیه به دلیل عفونت یا هیدرونفروز باشد. سنگ ها در لگنچه کلیه به وسیله یک پیلولیتوتومی ، در حالب به وسیله اورولیتوتوم و در مثانه به وسیله سیستوتومی خارج می شوند. اگر سنگ در مثانه باشد، ابزاری را می توان از طریق پیشابراه به مثانه فرستاد و سنگ سنگ را در آرواره های آن خرد کرد .

فرآیند پرستاری بیمار مبتلا به سنگ های کلیوی :

بررسی

در بیمار مشکوک به داشتن سنگ های کلیوی ، درد و نشانه های همراه نظیر تهوع ، استفراغ ، اسهال و اتساع شکمی بررسی می شوند. شدت ، محل وانتشار درد مشخص می گردند. همچنین پرستار **UTI** (لرز ، تب ، سوزش ادرار ، تکرر ادرار ، و تأخیر در

دفع ادرار) و انسداد (دفع مکرر مقادیر اندک ادرار ، الیگوری یا آنوری) را ارزیابی می کند . وجود خون در ادرار بررسی می شود و ادرار برای وجود سنگ یا شن جمع آوری می گردد.

عوامل موثر در ایجاد سنگ های ادراری براساس شرح حال بیمار شناسایی می شوند. همچنین اطلاع بیمار پیرامون سنگ های کلیوی و روش های پیشگیری و یا عود آن ارزیابی می شوند.

تشخیص های پرستاری

بر اساس ارزیابی ها ، تشخیص های پرستاری در بیماران مبتلا به سنگ های کلیوی عبارتند از :

- درد حاد ناشی از التهاب ، انسداد و خراشیدگی دستگاه ادراری
- کمبود اطلاعات برای پیشگیری از تشکیل سنگ های کلیوی

عوارض بالقوه / مشکلات احتمالی

بر اساس ارزیابی ها ، عوارض بالقوه عبارتند از :

- عفونت و سپسیس (ناشی از UTI و پیلونفریت).
- انسداد دستگاه ادراری به وسیله یک سنگ یا خیز و متعاقباً نارسایی کلیوی حاد.

برنامه ریزی و اهداف

هدف اصلی عبارت است از رفع درد و ناراحتی ، پیشگیری از تشکیل سنگ های کلیوی و عدم بروز عوارض.

اقدامات پرستاری

رفع درد

رفع فوری درد شدید ناشی از کولیک کلیوی یا حالب به وسیله مسکن های اوپیوئیدی (به صورت داخل وریدی یا داخل عضلانی برای تسریع در رفع درد) یا داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی انجام می گیرد. به بیمار کمک می شود تا در وضعیتی قرار گیرد که کمترین درد را حس می کند. اگر راه رفتن در بهبود درد موثر باشد، پرستار به بیمار کمک خواهد کرد. در صورت تشدید درد، پرستار بلافاصله به پزشک گزارش می کند تا درمان اضافی آغاز گردد.

پایش و درمان عوارض بالقوه

مصرف مایع فراوان توصیه می شود تا از دهیدراتاسیون پیشگیری شود و فشار هیدروستاتیک در دستگاه ادراری برای تسریع عبور سنگ افزایش یابد . در صورتی که بیمار قادر به نوشیدن مایعات کافی نباشد، مایعات داخل وریدی تجویز می شوند. راه رفتن توصیه می شود تا حرکت سنگ در دستگاه ادراری تسهیل گردد.

تمامی ادرار باید از گاز عبور داده شود، زیرا سنگ های اسیداوریکی ممکن است نادیده گرفته شوند. هر لخته خونی که در ادرار دیده شود، باید مورد جستجو قرار گیرد و با دقت کافی ظرف جمع آوری ادرار بررسی شود. چون سنگ های کلیه باعث افزایش خطر عفونت سپسیس و انسداد مجاری ادراری می شوند، باید به بیمار آموزش داد تا هر گونه کاهش حجم ادرار یا خون در ادرار یا کدر بودن آن را گزارش نماید. به بیمار گفته می شود تا هر درد ناگهانی را بلافاصله گزارش کند، زیرا ممکن است قطعه ای از سنگ موجب انسداد حالب شود.

علائم حیاتی بیمار از جمله درجه حرارت اندازه گیری می شوند تا علائم اولیه عفونت دریابی شوند. UTI ممکن است به دلیل انسداد ناشی از سنگ یا خود سنگ با سنگ های کلیوی همراه باشد. تمامی عفونت ها باید پیش از حل کردن سنگ، با آنتی بیوتیک های مناسب درمان شوند.

ارتقاء مراقبت در منزل و جامعه محور

آموزش مراقبت از خود به بیمار

به دلیل خطر بالای عود سنگ های کلیوی، پرستار آموزش های لازم را پیرامون علل سنگ های کلیوی و راههای پیشگیری از آن ها ارائه می دهد. بیمار ترغیب می شود تا محدودیت های غذایی را برای اجتناب از تشکیل سنگ های بعدی رعایت کند. یکی از جنبه های پیشگیری، مصرف فراوان مایع است، زیرا سنگ ها در ادرار غلیظ راحت تر تشکیل می شوند. بیماری که در معرض خطر تشکیل سنگ است، باید به اندازه کافی مایعات بنوشد تا میزان ادرار ۲۴ ساعته خود را بیش از ۲۰۰۰ میلی لیتر (ترجیحاً ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ میلی لیتر) نگه دارد.

کشت ادرار باید هر ۱ تا ۲ ماه در سال نخست و به صورت دوره ای در سال های بعدی انجام گیرد. Uti مکرر باید به طور موثر درمان شود. از آنجایی که بی تحرکی طولانی موجب کندی درناژ کلیوی و تغییر متابولیسم کلسیم می شود، افزایش تحرک در هر زمان ممکن توصیه می گردد. علاوه بر این، باید از مصرف بیش از حد ویتامین ها (به ویژه ویتامین D) و املاح اجتناب شود.

در صورتی که از سنگ شکنی، خارج کردن سنگ از راه جلدی، اورتروسکوپی یا سایر روش های جراحی برای خارج ساختن سنگ استفاده شود، علائم و نشانه های عوارضی که باید به پزشک اطلاع داده شوند، به بیمار آموزش داده می شوند. به بیمار و خانواده وی درباره اهمیت پیگیری برای ارزیابی کارکرد کلیوی و تضمین خارج کردن کامل سنگ های کلیه تأکید می گردد.

اگر بیمار تحت ESWL قرار گیرد، پرستار باید دستورات لازم را پیرامون مراقبت در منزل و لزوم پیگیری ارائه دهد. به مصرف فراوان مایع ترغیب می شود، زیرا ممکن است دفع سنگ برای ۶ هفته تا چند ماه پس از درمان ادامه یابد. به بیمار و خانواده اش درباره علائم و نشانه های عوارضی نظیر تب، کاهش برون ده ادراری و درد آموزش داده می شود. همچنین باید به بیمار گفته شود تا انتظار خون ادراری را داشته باشد (این مسئله در مورد تمام بیماران مورد انتظار است)، اما این عارضه نباید بیش از ۴ تا ۵ روز به طول انجامد. در صورت قرار داشتن یک استنت در حالب، انتظار می رود خون ادراری تا زمان خارج کردن آن ادامه یابد. به بیمار گفته می شود تا پزشک را در صورت بروز تهوع، استفراغ، درجه حرارت بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد یا عدم رفع درد با مصرف داروی تجویزی آگاه کند. همچنین به بیمار گفته می شود که ممکن است در محل درمان بر پشت خود، دچار کبودی شود.

ادامه مراقبت

بیمار در مراجعات بعدی به دقت تحت نظر قرار می گیرد تا از کامل بودن درمان و عدم وجود عوارضی نظیر انسداد ، عفونت ، هماتوم کلیوی یا افزایش فشار خون اطمینان حاصل شود . در ملاقات بیمار در کلینیک یا مطب ، پرستار اطلاعات بیمار را درباره ESWL و عوارض احتمالی آن ارزیابی می کند. علاوه بر این، پرستار اطلاعات بیمار را درباره عوامل زمینه ساز سنگ های کلیوی عوامل افزایش دهنده خطر و روش های پیشگیری ارزیابی می کند.

در همین زمان، توانایی بیمار در پایش PH ادراری و تفسیر نتایج ارزیابی می شود. به دلیل خطر بالای عود، به بیمار درباره علایم و نشانه های تشکیل سنگ ، انسداد و عفونت و اهمیت گزارش سریع این علایم آموزش داده می شود. در صورت تجویز دارو برای پیشگیری از تشکیل سنگ، تأثیر و اهمیت آن ها به بیمار توضیح داده می شوند.

ارزشیابی و نتایج مورد نظر

نتایج مورد نظر عبارتند از :

- الف) بیمار مایع فراوان مصرف می کند(حداقل ۸ لیوان هشت اونسی در روز)
- ب) بیمار در فعالیت های مناسب شرکت می کند.
- ج) بیمار رژیم غذایی مناسب را برای پیشگیری از تشکیل سنگ رعایت می کند.
- د) بیمار نشانه هایی را که باید گزارش کند، آموخته است(تب ، لرز ، درد پهلو، خون ادراری).
- ه) بیمار طبق دستور ph ادراری را اندازه گیری می کند.
- و) داروهای تجویزی را برای کاهش تشکیل سنگ مصرف می کند.

• بیمار دچار عوارض نمی شود.

الف) بیمار علایم یا نشانه های سپسیس یا عفونت را گزارش نمی کند.

ب) بیمار هر بار ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی لیتر ادرار شفاف بدون خونریزی دفع می کند.

ج) بیمار دچار سوزش ، تکرر و تأخیر ادراری نیست.

د) درجه حرارت بدن بیمار طبیعی است .

کادر ۱. توصیه‌های کلیدی برای طبابت	
درجه شواهد	توصیه بالینی
B	بیماران مبتلا به سنگ کلیه باید حداقل ۲ لیتر آب در هر ۲۴ ساعت مصرف کنند.
C	نوع سنگ کلیه، حتی در اولین حمله بیماری، باید در صورت امکان مشخص شود.
C	در مبتلایان به سنگ کلیه برای هدایت اقدامات درمانی و پیشگیری، خصوصیات ادرار (مانند pH آن) باید مشخص شود.
C	به بیماران مبتلا به سنگ کلیه باید بر حسب نوع سنگ، مشاوره در مورد رژیم غذایی مناسب ارائه گردد.
C	بیماران مبتلا به سنگ کلیه باید از نظر خطر بیماری مزمن کلیه ارزیابی شوند.
C	برای جلوگیری از سنگ کلیه، مصرف داروها باید مورد ارزیابی و در صورت نیاز تعدیل قرار گیرد.
A: شواهد بیمار محور قطعی با کیفیت مطلوب	
B: شواهد بیمار محور غیر قطعی یا با کیفیت محدود	
C: اجماع، شواهد بیماری محور، طبابت رایج، عقیده صاحب نظران یا مجموعه موارد بالینی	

اختلال افسردگی

اختلال افسردگی

(Depressive Disorder)

افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که به علت شیوع فراوان آن در میان اختلالات روانپزشکی به سرما خوردگی روانی شهرت دارد این بیماری با غمگینی شدید و یأس و ناامیدی و ناتوانی در لذت بردن کارهای روزمره تعریف می شود و نباید این اختلال را با احساس غمگینی گذرای که در زندگی تجربه می کنیم و معمولاً در واکنش به اتفاق ناخوشایند ایجاد می شود، اشتباه گرفت . این بیماری در هر سنی ، از کودکی تا سالمندی ممکن است دیده شود و حدوداً "از هر ۵ زن ۲ نفر و از هر ۱۰ مرد ، یک نفر در طول زندگی خود ، زمانی بیماری افسردگی را تجربه خواهد کرد. در اختلال افسردگی ، افراد علایمی را تجربه می کنند که شامل موارد زیر می باشد .

- ۱- احساس خستگی زیاد که ممکن است با دردها و ناراحتی های جسمی از جمله سردرد همراه باشد که به آن کمبود انرژی می گویند .
- ۲- عده ای از این افراد ممکن است احساس کنند، غذایی را که می خورند بی مزه است یا اشتهایی برای غذا خوردن نداشته باشند که به آن بی اشتهایی می گویند و یا ممکن است میل شدیدی به غذا خوردن داشته باشند و به عبارتی پر اشتها شوند .
- ۳- عده ای از این افراد ممکن است به سختی بخوابند و در خواب بارها بیدار شوند، به عبارتی دچار کم خوابی شوند و عده ای ممکن است تمام ساعات روز را بخوابند، به عبارتی دچار پر خوابی شوند .
- ۴- معمولاً در این افراد میل جنسی از بین می رود و دچار کاهش میل جنسی می شوند .
- ۵- عده ای از بیماران افسرده ممکن است احساس کنند، که دست و پاهایشان سست و بیحال است و به کندی و به آرامی کار می کنند و راه می روند که به این حالت کندی روانی- حرکتی گویند .
- ۶- عده ای از بیماران هم نمی توانند یک جا بند شوند و آرام و قرار ندارند، مدام قدم می زنند و راه می روند و بی تاب و بیقرار می باشند که به این حالت بی قراری روانی- حرکتی گویند .
- ۷- وقتی این افراد کاملاً ناامید و غمگین هستند ، ممکن است که قصد خودکشی و آسیب زدن جهت خاتمه دادن به زندگی خود را داشته باشند و به خودکشی فکر کنند .
- ۸- توجه کردن به قدری برای این افراد سخت است که در یادگیری دچار مشکل می شوند و نمی توانند در مورد اینکه چه کاری می خواهند انجام بدهند ، تصمیم بگیرند به عبارتی دچار مشکل در تصمیم گیری یا تمرکز می شوند .
- ۹- این افراد مدام خود را سرزنش می کنند و احساس بی لیاقتی و به عبارتی احساس بی ارزشی دارند .

اختلال افسردگی چند نوع می باشد؟

به شکل اصلی ، افسردگی براساس علائمی که ذکر شد مشخص می شود و به طور تشخیصی دو نوع اختلال افسردگی از هم متمایز می شود . اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسرده خویی (Dysthymia disorder)

نحوه برخورد اطرافیان با افراد دارای اختلال افسردگی

- کاری که اطرافیان افراد دارای افسردگی می توانند انجام دهند تا آنها دوباره به حالت طبیعی برگردند و از زندگی لذت ببرند، می تواند پیشنهادات ساده زیر را دربر گیرد .
- مدام به آنها سر بزنید .
 - به چشمانشان نگاه کنید و بیشتر به آنها لبخند بزنید .
 - بیشتر به حرفهایشان گوش کنید .

- به آنها بگویید که کدام کارهایشان شما را تحت تاثیر قرار داده است ، شما را به فکر انداخته و احساس بهتری به شما داده یا باعث شده روحیه تان بهتر شود .
- از آنها بخواهید با شما به پیاده روی ، سینما ، یک رستوران زیبا یا حتی باغ وحش بیایند .
- اگر به خودشان تکان ندادند، اشکالی ندارد، از آنها بخواهید با شما شطرنج بازی کنند یا یک فیلم کمدی بگیرید و در کنارشان تماشا کنید . یادتان باشد نباید آنها را مجبور به کاری بکنید .
- از آنها بخواهید چیزهایی را لمس کنند، اشیایی با بافت و رنگهای مختلف بیاورند و از آنها نظرشان را بخواهید یک غذای خوشمزه و خوش ظاهر برای آنها درست کنید، سعی کنید لذتهای کوچک وارد لحظاتیشتان کنید .
- بلند به آنها بگویید که برایتان مهم هستند ، بگویید که دلتان برایشان تنگ شده و دلتان می خواهد برگردند و دوباره با شما خوش بگذرانند ، هر چیزی که در موردشان دوست دارید را به زبان بیاورید .
- کارهایی که فقط با دوستان صمیمی خود انجام می دهید با آنها تکرار کنید ، مثلاً با آرنجتان به بازویشان بزنید یا آرام با یک دسته کاغذ لوله شده بزنید روی سرشان، باید سعی کنید رفاقت خود را به آنها نشان دهید .
- به جای اینکه بپرسید حالشان چگونه است بپرسید دوست دارند برای خوش گذرانی امروز چه کاری کنند و در آن کار همراهیشان کنید ، به آنها بگویید که کاملاً مشخص است که حالشان بهتر شده و بعد حالش را بپرسید و واقعاً به جوابی که می دهند گوش کنید .
- اگر خجالت زده بودند یک داستان مشابه در مورد خودتان بگویید و پشت سر آن داستان های دیگر که از خجالت زدگی کسان دیگر شنیده اید را مثل لطیفه برایشان تعریف کنید، هیچ چیز بیشتر از دیدن احساس خجالت زدگی دیگران این درد را در انسان تخفیف نمی دهد .
- اگر افسرده هستند پس حتماً احساس ناامیدی می کنند این مشکل برایشان بدون راه حل به نظر می رسد ، بعد از اینکه برای کم کردن شدت افسردگی شان به آنها کمک کردید ، اگر دوست داشتند در مورد آن صحبت کنند به آنها نشان دهید که چگونه می توانند این مشکل را شکسته و به چند تکه تبدیلش کنند و بعد ببینند که کدام قسمت آن بهتر است و سعی کنند راه حلهای سالمی برای آن مشکل خاص پیدا کنند تا بتوانند مشکلات و دشواری ها را حل کنند نه تحمل .

درمان دارویی افسردگی

- استفاده از دارو درمانی احتمال بهبود بیمار افسرده را ظرف یکماه آینده تقریباً ۲ برابر می کند ظهور اثرات درمانی چشمگیری تمامی داروهای ضد افسردگی موجود ۴-۳ هفته طول می کشد و هر چند اثرات این داروها ممکن است زودتر شروع گردد . شایعترین اشتباه بالینی که باعث می شود امتحان یک داروی ضد افسردگی با شکست روبرو گردد مصرف دارو به مقدار ناکافی مدت نا کافی . داروی ضد افسردگی را باید تا حداکثر سطح توصیه شده بالا برد و حداقل ۴ یا ۵ هفته در آن سطح نگه داشت تا بتوان امتحان یک دارو را ناموفق دانست .
- مدت مصرف دارو و پیشگیری :** درمان ضد افسردگی حداقل به مدت ۶ ماه یا اگر دوره قبلی طولانی تر بود به اندازه طول مدت آن باید ادامه داد. در چندین مطالعه نشان داده شده است که درمان پیشگیرانه با ضد افسردگی ها در کاهش تعداد و شدت موارد عود موثر است .
- هدف مرحله نگهدارنده درمان، پیشگیری از بروز دوره های جدید خلقی «عود» است. فقط بیمارانی که افسردگی های عود کننده یا مزمن داشته اند کاندید درمانی نگهدارنده هستند .
- انتخاب اولیه دارو:** داروهای ضد افسردگی موجود از نظر اثر بخشی کلی، سرعت تاثیر یا اثر بخشی طولانی مدت تفاوتی ندارند وجود افتراق این داروها عبارتند از : ۱- خصوصیات دارویی ۲- تداخلات دارویی ۳- عوارض کوتاه مدت و بلند مدت ۴- احتمال بروز علائم قطع دارو ۵- سهولت تنظیم دارو

انواع داروهای ضد افسردگی :

• سه حلقه ای ها و چهار حلقه ای ها :

سه حلقه ای ها همانند: آمی تریپتیلین - کلومی پرامین - ایمی پرامین - تری میپرامین - داکسپین - پروتریپتیلین - دزی پرامین - نورتریپتیلین

چهار حلقه ای ها همانند: آموکسپین - ماپروتیلین

• SSRI ها: شامل فلوکستین - سرترالین - فلووکسامین - پاروکستین - سیتا لوپرام

• MAOI : فنلین - ایزو کربوسازید - ترانیل سیپرومین - ملکوبوماید

اقدامات پرستاری در بیمار افسرده

مراقبت از بیمار افسرده می تواند در منزل ، درمانگاه و یا در بیمارستان انجام شود . این مسئله بستگی به شدت و ضعف علائم و نشانه های بیماری ، منابع حمایتی از بیمار و مراکز درمانی در دسترس دارد . اقدامات پرستاری از فرد بیمار باید ابعاد فیزیولوژیکی ، شناختی ، هیجانی و رفتاری وی را در برگیرد که به ترتیب در رابطه با هر بعد توضیح داده خواهد شد .

الف (مشکلات جسمی

سلامت جسمی بیمار افسرده معمولاً به فراموشی سپرده می شود ، زیرا بیمار قادر به مراقبت از خود نیست و در نتیجه ممکن است نیاز به مداخله در خصوص تغذیه ، دفع ، خواب و بهداشت داشته باشد . نیازهای ایمنی ، رژیم غذایی ، شوک درمانی حیطة های دیگری هستند که نیاز به مداخله دارند .

کاهش اشتها

کاهش اشتها از علائم شایع افسردگی است ؛ بنابراین بررسی وضع تغذیه بیمار امری ضروری است ، بدین منظور باید میزان جذب و دفع بیمار و وزن روزانه اندازه گیری و ثبت شود . برای افزایش اشتها بیمار پیشنهاد می شود ، غذاهایی که مورد علاقه و یا مورد تنفر بیمار است ، شناسایی شوند و غذای دلخواه وی فراهم گردد ؛ مطمئناً بیمار غذایی را که بیشتر دوست دارد بهتر می خورد . او را تشویق کنید که اگر اشتها ندارد ، در دفعات متعدد غذای مختصر تری را مصرف کند تا کالری بیشتری دریافت کند . هرگز غذای حجیم در سه وعده در اختیار بیمار قرار ندهید زیرا ممکن است مورد اعتراض بیمار قرار گیرد و حتی برای او غیر قابل تحمل باشد . در صورتی که صلاح می دانید از خانواده بیمار بخواهید تا غذایی را که بیمار از آن لذت می برد ، برایش تهیه کنند . در طول صرف غذا به منظور کمک کردن به بیمار و حمایت و تشویق وی ، در کنار او بمانید . از آنجا که ممکن است بیمار دانش کافی و دقیقی در ارتباط با نقش غذای خوب در سلامت کلی انسان نداشته باشد ؛ در خصوص اهمیت تغذیه کافی و مایعات دریافتی برای بیمار توضیح دهید .

مشکلات مربوط به دفع

بیماران افسرده غالباً مشکلات دفعی دارند و بیشتر بدلیل بیحرکتی و کم تحرکی و کاهش تغذیه دچار یبوست می شوند . توصیه می شود که بیماران مواد غذایی پرفیبر به منظور پیشگیری از یبوست مصرف کنند و به نوشیدن مایعات زیاد و انجام ورزشهای جسمی به منظور افزایش اعمال دفعی بطور طبیعی تشویق شوند . بیمار ممکن است دچار احتباس ادرار شود که معمولاً با نوشیدن مایعات و تدابیر خاص این مشکل از بین می رود و ندرتاً نیاز به سونداژ پیدا می کند .

غفلت در بهداشت فردی

بیماران افسرده به دلیل کاهش فعالیت سایکوموتور (Psychomotor) و کاهش علاقه به خود و دیگران بطور معمول نسبت به بهداشت فردی خود غفلت می ورزند در صورتیکه بیمار قادر به انجام این فعالیتها نباشد ، پرستار باید او را در حمام دادن ، لباس پوشاندن و آراسته کردن خود ، کمک کند و در صورت لزوم حتی این اعمال را برای او انجام دهد ؛ ولی باید توجه داشت که

درماندگی و وابستگی بیمار را تقویت نکند و تا آنجا که ممکن است به بیمار کمک کند تا خودش مراقبتهای لازم را در مورد خود انجام دهد. تمیز بودن بیمار و علاقه و توجه او به ظاهر خود باید از جانب پرستار مورد توجه قرار گیرد و بطور مثبت تقویت شود. باید به بیمار کمک کنید تا با اهداف مراقبتی مورد انتظار خویش آشنا شود. البته، اهداف باید منطقی باشند زیرا اهداف غیر قابل دسترس، بیمار را در معرض شکست قرار می دهد و احساس ضعف را در او تقویت می کند.

اختلال خواب

اختلال خواب در بیماران افسرده شایع است. بیمارانی که مشکل به خواب می روند و یا در طول شب از خواب بر می خیزند و مجدداً به سختی به خواب می روند، ممکن است با ماساژ پشت، دوش ولرم و یا صحبت کوتاه، یک لیوان شیر ولرم، بهتر بخوابند. نباید اجازه داده شود که بیمار در طول روز بخوابد خوابهای مختصر در طول روز، مانع خواب شب می گردد. بیماران افسرده دوست ندارند روز را از نو شروع کنند، در نتیجه از رختخواب خود بیرون نمی آیند که در اینصورت پرستار باید با روشی آرام ولی جدی با آنها برخورد کند و از آنها بخواهد که از رختخواب خارج شوند. چنانچه بیمار در طول روز خواب آلود است، به پزشک معالج پیشنهاد شود که داروهای بیمار به هنگام خواب تجویز شوند. همچنین انجام تمرینهای آرام سازی و موسیقی ملایم ممکن است قبل از خواب کمک کننده باشد و بیمار از خوردن و آشامیدن مواد غذایی حاوی کافئین از قبیل چای، قهوه، کولا قبل از خواب اجتناب کند.

دستورات دارویی

چون بیماران افسرده داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای ویا لیتیوم (Lithium Carbonate) مصرف می کنند، باید به عوارض جانبی، نشانه های مسمومیت و تداخل دارویی توجه شود. از عوارض جانبی این داروها می توان اثرات آنتی کلینرژیک را ملاحظه نمود که عبارتند از: خشکی دهان، تاری دید، یبوست، احتباس ادرار، کاهش فشار خون وضعیتی، تندی ضربان قلب، آریتمی، بحران افزایش فشار خون.

در خصوص خشکی دهان استفاده از آب نبات بدون شکر، یخ و تر کردن لب ممکن است کمک کننده باشد لیکن رعایت بهداشت دقیق دهان بسیار مهم است. در مورد تاری دید به بیمار اطمینان دهید که پس از چند هفته علایم برطرف می شوند. در مورد یبوست، غذاهای پرفیبر تجویز می شود و افزایش ورزشهای جسمی و مایعات دریافتی نیز باید مدنظر باشند. در مورد احتباس ادرار، استفاده از کمپرس آب گرم و سرد در بالای پوبیس و باز نمودن شیر آب و در صورت لزوم استفاده از سونداژ توصیه می شود. در مورد کاهش فشار خون به بیمار آموزش دهید که بطور آهسته از حالت نشسته به حالت ایستاده تغییر وضعیت بدهد. کنترل فشارخون بطور مکرر انجام شود و تغییرات عمده باید گزارش و ثبت شود. بیمارانی که سابقه صرع دارند، باید به دقت تحت نظر قرار گیرند. همچنین مصرف همزمان بازدارنده های مونوآمینواکسیداز (Mono Amino oxidase Inhibitor) و غذاهای حاوی تیرامین (Tyramin) ممکن است بحران افزایش فشار خون ایجاد کند؛ بدین منظور باید غذاهای حاوی تیرامین از قبیل پنیر، ماست، موز، شکلات، کشمش و ترشبیجات مصرف نشوند. علایم بحران شامل سردرد پس سری، افزایش ضربان قلب، درد قفسه سینه، تهوع، استفراغ، افزایش فشار خون و اغماء است که در صورت مشاهده علائم، دارو قطع گردد و داروهای ضد فشارخون با اثر کوتاه مدت طبق تجویز پزشک داده شود.

از اثرات آنتی دوپامینرژیک (Antidopaminergic) این داروها عوارض عصبی است که بعنوان عوارض خارج هرمی یا اکستراپیرامیدال نامیده می شود که شایعترین آنها پارکینسون است. معمولاً پنج روز بعد از شروع مصرف داروها، از علائم بصورت آبریزش از دهان، رعشه و لرزش اندام از نوع چرخاندن تسبیح، لرزش اطراف دهان، کندی حرکتی، سفتی عضلانی، راه رفتن در وضعیت خمیده و شتابزده بروز می کند. شروع و شدت علایم ثبت و گزارش شود و طبق تجویز پزشک معالج از داروهای آنتی پارکینسون استفاده شود. با توجه به اینکه شروع اثرات درمانی این داروها با تاخیر ۷ الی ۲۸ روز بعد است به بیمار آموزش داده شود که حداقل دوره درمانی با این داروها ۲۸ روز است و در صورت جواب به دارو ممکن است به مدت هشت ماه بعد از رفع علائم

افسردگی ، تحت درمان با دوز نگهدارنده قرار گیرند . در ضمن باید از قطع ناگهانی دارو اجتناب کنند و دارو باید تحت نظر پزشک معالج در یک دوره سه الی چهار هفته ای بتدریج قطع شود .

شوک درمانی الکتریکی (Electroconvulsive Therapy (ECT))

شوک درمانی در بیمارانی که بیماری آنان عود کننده است و یا در مقابل درمان مقاوم هستند و بیمارانی که در خطر خودکشی هستند و یا از خوردن غذا امتناع می کنند و به درمان سریع نیاز دارند ، درمان انتخابی است مراقبتهای پرستاری قبل و بعد از شوک درمانی مانند عملهای جراحی عمومی است از علایم متداول پس از شوک درمانی ، فقدان حافظه و گیجی موقت است که بسیار مهم است وقتی بیمار بیهوش می آید ، پرستار باید در کنار بیمار حضور داشته باشد تا ترس ناشی از فقدان حافظه کاهش یابد . باید به بیمار اطمینان دهید که این مشکل موقتی است و آنچه برایش اتفاق افتاده است ، توضیح دهید . بیمار را مجدداً به زمان و مکان آشنا کنید و اجازه دهید تا بیمار ترسها و اضطرابهای خود را در ارتباط با دریافت شوک درمانی بیان کند .

خطر خودکشی

هر زمان که بیمار افکار خودکشی را بیان کند و یا اعمال ، حرکات و قیافه های خاص به خود می گیرد که نشانگر افکار مربوط به خودکشی است ، پرستار باید مداخله کند . بطور کلی مراقبت از بیماری که بطور بالقوه در معرض خودکشی است ، بسیار دشوار است . تجربه و دانش پرستار در آن نقش بسزایی دارد . اولین قدم در مراقبت پرستاری ، تشخیص خطر خودکشی با توجه به معیارهای ارزیابی خودکشی و مشاهده دقیق الگوهای رفتاری بیمار است . که الگوی روزانه زندگی بیمار و تغییرات حاصله در آن مانند تغییر در خواب و خوراک ، رفتارهای بهداشتی ، عدم پذیرش رژیم غذایی ، تغییرات خلق رفتارهای پرخاشگری ، اختلال اعمال روزانه ، اضطراب ، کناره گیری ، انزوا طلبی باید به دقت بررسی ، مشاهده و گزارش شود . همچنین برقراری ارتباط با بیمار و توجه به پیامها و گفتارهای بیمار که بطور مستقیم یا غیر مستقیم است مربوط به افکار خودکشی بیمار باشد و با برقرار ارتباط صحیح با بیمار می توان روش و نقشه خودکشی بیمار را شناسایی نمود . به هر حال مراقبت از این بیماران کاری گروهی شیفت بعدی داده شود . اغلب خودکشی ها در جاهای کم رفت و آمد مانند گنجه لباس ، انباری ، اتاقهای خلوت ، توالت ، حمام و هنگام تعویض شیفت و یاز مانی که پرستاران سخت مشغول کارند ، بسیار مهم است . در مواردی که خطر خودکشی خیلی شدید است ، نیاز به محدودیت فیزیکی بیمار است و پرستار در ارتباط با این بیماران باید بطور مستقیم و غیر مستقیم این پیام را بدهد که به علت علاقمندی به زندگی بیمار او را محدود نموده اند و این بصیرت را در بیمار تقویت کند که افکار تخریبی او ناشی از بیماری است .

ب) مشکلات شناختی

بیماران افسرده دید منفی دارند زیرا تفکر آنها براساس ایده ها و عقاید منفی استوار است و علیرغم کارها و مراقبتهای خوب و مناسب ، بد و منفی آنرا می بینند . اندیشه های منفی بیمار ممکن است در حد خفیف تا شدید بصورت هذیان بروز کند و احساسات بی کفایتی ، بی ارزشی و پوچی و گناه ، آنان را به سوی افکار خودکشی سوق می دهد . اقدامات پرستاری براساس افزایش عزت نفس و شناسایی و کنترل افکاری که بنای واقعی ندارند ، استوار است . بدین منظور برقراری ارتباط همدلانه ضروری است و در این ارتباط به بیمار نشان دهید که حرفهای او را درک می کنید ولی نه خود هذیانهای او را ؛ بنابراین بدون اینکه با بیمار بحث و جدل کنید و یا سعی در قانع کردن او داشته باشید ، حقایق را به او بازگو کنید . این روش برای نشان دادن اشتباه بیمار بکار نمی رود بلکه نشان دادن حقیقت در اصل پیشنهاد خط فکری دیگری به بیمار است که آنرا دنبال کند . بطور مثال بیمار بیان می کند که مبتلا به یک بیماری غیرقابل علاج و ناشناخته شده است ؛ در اینجا پرستار پاسخ می دهد نتایج معاینات و نتایج پزشکی این مطلب را تایید نمی کند . ایجاد شک و تردید منطقی باعث می شود بیمار در تفسیر

خود از وقایع و موقعیتها تجدید نظر کند بدین نحو که با طرح سوال و تکرار حرف بیمار بصورت شک و تردید می توان او را به ارزشیابی دوباره اعتقاداتش تشویق نمود تا شک و تردید نسبت به حرف خودش ایجاد شود؛ بطور مثال: ((این حرف بعید به نظر می رسد)) باید توجه داشت که تفکر منفی در بیماران افسرده یک فرآیند خودبخود است که خود او را از آن آگاه نیست و با دو روش می توان با آن مقابله نمود، اولاً از طریق انعکاس که پرستار همچون آینه ای نگرشهای آنان را نشان می دهد و ضمن اینکه بیمار احساس می کند مورد درک و فهم پرستار واقع شده است، حالت دفاعی و مقاومت او کاهش می یابد و به بیمار امکان می دهد بطور عینی درباره عقاید و عواطف وابسته به آنها بیشتر بیندیشد و آنها را بخشی از شخصیت خودش بداند. ثانیاً پرستار بیمار را بسوی تفکر مثبت سوق دهد بدین نحو که برای هر فکر منفی بیمار، یک فکر مثبت شناسایی شود. بطور مثال، بیماری که خود را آدم ترسویی می داند، با به یاد آوردن شجاعتها و موفقیتهای وی، بیمار ممکن است به این نتیجه برسد که در مواقع خاص دچار ترس می شود.

بیمار افسرده نباید در طولانی مدت تنها گذاشته شود زیرا اینکار منجر به تشدید گوشه گیری و افکار هذیانی او می شود و بیمار بعلت تنهایی و اضطراب افکاری را در ذهن خود خلق می کند و خود را با آن مشغول می کند؛ وقت خود را بیشتر در رابطه با این افکار اختصاص می دهد و وقت کمتری برای تماس با واقعیت پیدا می کند. آنها احتیاج دارند افراد دیگری همراه آنان باشند و با آنان به صحبت بنشینند و در واقع پرستاران باید سعی کنند جانشین افراد خیالی شوند.

ج) مشکلات هیجانی

بیماران افسرده نمی توانند هیجانهای خود را ابراز کنند؛ خصوصاً خشم، گناه، غمگینی، ناامیدی و اضطراب. آنها فکر می کنند چنین هیجانهایی مورد قبول واقع نمی شوند و غیر طبیعی هستند. غالباً این احساسها ناخود آگاه بوده و در نتیجه گاهی از احساس به شکلی برای بیمار تهدید آور است؛ در نتیجه پرستار باید با نهایت دقت با بیمار برخورد کند و هرگز فکر نکند که تفسیر مستقیم احساسات خود صحیح و درمانی است ولی به شرطی که آهسته و با صبر و حوصله براساس ارتباط همدلانه باشد. بطور کلی بیمار افسرده نیاز خود را برای داشتن هم صحبت در محیط زندگی تکذیب می کنند؛ ولی زمانیکه بدانند کسی به آنها توجه دارد و یا مایل است با آنها به صحبت بنشیند، بطور ظریفی احساس ارزشمندی می کنند و اعتماد بنفس آنها افزایش می یابد. این بیماران باید تشویق شوند که در مورد مسائل و مشکلاتشان صحبت کنند و احساساتشان را بیان نمایند هر چند که ممکن است این گفتار توأم با گریه باشد؛ اینکار آنها را آرام می کند و موجب آرامش خواهد شد؛ لیکن اظهاراتی از قبیل ((همه چیز درست خواهد شد))، ((اصلاً در موردش فکر نکن))، هیچگونه هماهنگی با احساسات بیمار ندارند. در واقع باید ضمن برقراری ارتباط همدلانه آنها را به صحبت کردن بیشتر تشویق نمود و اظهاراتی از قبیل ((خیلی غمگین به نظر می آید))، ((چه چیز باعث گریه شما شده))، ((آیا از چیزی رنج می برید؟)) ((لطفاً اگر مایلید در مورد آن صحبت کنید))؛ آنها را به صحبت کردن بیشتر تشویق می کند. نگرشی حاکی از پذیرش را به وی منعکس کنید و در این انعکاس به بیمار بفهمانید که می توانید دنیایی را که او احساس می کند به نحو صحیحی دریابید. نگرشی حاکی از پذیرفتن به او نشان می دهد که بیمار فردی ارزشمند است و بدین ترتیب حس اعتماد افزایش می یابد. آگاهی و پاسخگویی به احساسات بیمار مهارتی است که باید بدون توجه به ماهیت احساس (مثبت یا منفی) و بدون توجه به جهت احساس (بطرف خود یا دیگران) صورت پذیرد. بطور مثال اگر بیمار نسبت به پرستار ابراز خشم کند، حالت دفاعی به خود نگیرد، اجازه دهید بیمار در محیطی عاری از تهدید، احساسات خود را بیان کند و بدین طریق بیمار را در مواجه شدن با موضوعات حل نشده یاری دهید و شرایطی را فراهم نمایید تا بیمار خشم انباشته شده را از طریق ورزشهای جسمی مانند والیبال، مشت زدن به کیسه بوکس، و دوچرخه سواری، تخلیه کند. ورزشهای جسمی روشی مطمئن و موثر جهت تخلیه تنش انباشته شده است و موجب کاهش اضطراب و افسردگی خواهد شد. در ضمن بیمار را با مراحل طبیعی غم و اندوه، احساساتی مناسب و قابل قبول است؛ زیرا آگاهی از پذیرفته شدن احساسات مربوط به غم و اندوه طبیعی به بیمار کمک می کند تا از احساس گناهی که این واکنشها در او ایجاد کرده است کاسته شود.

د) مشکلات رفتاری

فقدان انرژی باعث می شود که برآوردن نیازهای جسمی برای بیمار ناراحت کننده باشد؛ زیرا کوشش بسیار زیادی برای کمترین کار لازم است. مادامیکه در فعالیتهای فیزیولوژیکی بدن وقفه وجود دارد، حالت عاطفی نیز تغییر نمی کند. خلق افسرده زمانی بهتر می شود که اعمال فیزیولوژی بدن بهتر شود. تحرک زیاد سبب ایجاد ماده شیمیایی بنام اندورفین (Endorphin) می شود که این ماده موجب بالا بودن خلق می گردد بنابراین از اقدامات مهم پرستاران، فعال کردن بیمار است. پرستار با همکاری بیمار فعالیتهایی را تنظیم می کند که با اهداف درمانی منطبق است. دخالت دادن بیمار در طرح و برنامه درمان، مسئولیت تغییر را به عهده بیمار می گذارد و این به بیمار نشان می دهد که می تواند در خود تغییر ایجاد کند و در نتیجه در او امید به آینده را بوجود آورد. در ابتدا پرستار باید دریابد که آیا بیمار آماده شرکت در فعالیتهای هست یا خیر، سپس موقعیتهای را ایجاد کند که شرکت بیمار در آنها میسر شود. بیماران افسرده در جمع و براساس احتمال موفقیت وی برنامه ریزی می کند. زیرا عزت نفس بیمار پایین است و اگر پرستار انجام کاری را به وی محول کند که از عهده آن برنیاید، عزت نفس او کاهش خواهد یافت. شکست، احساس درماندگی، بیچارگی و بی ارزشی را در بیمار تقویت می کند. ضمناً برنامه هایی که برای بیمار افسرده تنظیم می شود، نباید نیاز به صرف زمان زیادی داشته باشد زیرا قوه تمرکز بیمار افسرده کاهش یافته است. فعالیتهای و کارهایی که زود انجام می گیرد و مخصوصاً بیمار حتماً در انجام آن موفقیت کسب می کند، جنبه درمانی بسیاری دارد. باید به آنچه که بیمار انجام می دهد توجه شود؛ نه گذشته و نه آینده. تقویت مثبت باید براساس عملکرد واقعی بیمار استوار باشد. پرستاری که با بیمار صادق است، موجب احترام و اعتماد بیشتر بیمار می شود. سایر فعالیتهای درمانی شامل تمرینات ورزشی مناسب است که اغلب همراه با احساس سلامت از طرف بیمار است و در نتیجه سبب کاهش احساس اضطراب و افسردگی خواهد شد. فعالیت درمانی، کلاسهای ورزشی، قدم زدن، شنا کردن و دوچرخه سواری فرصتهای خوبی را برای افزایش حرکت بدن ایجاد می کند و این کارها تنش را نیز می کاهش دهد. با پیشرفت حال عمومی بیمار، نیاز به تفریحاتی مانند بیرون رفتن، سینما رفتن، صرف شام در رستوران، شرکت در اجتماعات ورزشی و غیره بیشتر می شود.

مداخله با خانواده

بستری شدن بیمار در بیمارستان روی خانواده تاثیر می گذارد و الگوی تعاملی در خانواده را به هم می زند و در اینجا مداخله در الگوهای خانواده لازم است. وقتی یکی از اعضای خانواده به بیمارستان می رود، سایر اعضای دیگر دچار تنیدگی می شوند؛ بین اعضای خانواده، فردی که بیمار را دوست دارد، ممکن است دچار افسردگی، خشم، احساس گناه و اضطراب و یا دچار گیجی شود. در چنین مواقعی باید خانواده را حمایت نمود. قبل از اینکه بتوانیم به خانواده کمک کنیم باید الگوهای تعاملی بین اعضاء را شناسایی نمود؛ نقشی که هر یک از اعضای خانواده ایفا می کنند، شناسایی شود و اینکه ارتباط و اهمیت بیمار برای اعضای دیگر خانواده چگونه است؛ خاطرات و تجربیات مشترکی که بیمار با سایر اعضای خانواده دارد، غالباً مساله ساز است؛ بطوریکه می تواند احساس گناه، ناراحتی و عصبانیت را برانگیزد. همینطور وابسته بودن بیمار به خانواده موثر است و یا ممکن است بیمار تصورات و اعتقادات غیر واقعی راجع به خانواده خود داشته باشد. پرستار باید روی این عوامل تاثیر گذار باشد و احساسات متقابل را درک کند و بشناسد. ممکن است بیمار به گذراندن ساعاتی در کنار خانواده خود احتیاج داشته باشد، که این نیاز باید تامین شود. پرستار باید به بیمار کمک کند که بتواند به راحتی جدایی و دوری از خانواده را تحمل کند؛ برای مثال ممکن است که احساس ناراحتی بیمار بدنبال مرگ یکی از اعضای مهم خانواده ایجاد شده باشد و او یک منبع حمایتی و احساسی را از دست داده است و امکان دارد احساس کند که هیچکس نمی تواند جای او را بگیرد. در اینجا پرستار باید به بیمار کمک کند که سایر ارتباطات رضایت بخش را که می تواند وابستگی او را کمتر کند، پیدا نماید. فرد افسرده نیازمند است که دید غیر منطقی نسبت به خود را تغییر دهد و پرستار باید بتواند به چنین فردی کمک کند تا احساس جدا بودن و کامل بودن خود را بعنوان یک فرد، یعنی فردی که وابسته به دیگران و یا خانواده نیست، ایجاد کند. همچنین پرستار باید افسردگی را در سایر اعضای خانواده شناسایی کند، که باید پیگیری و درمان شود. افراد خانواده باید بدانند که فرد افسرده اغلب به احساسات آنها که ناشی از عشق و علاقه است، بطور

منفی پاسخ می دهد . عدم آگاهی به این مطلب باعث می شود فردی که به بیمار افسرده اهمیت میدهد ، احساس کند که تمام نیروی وی گرفته شده و بالاخره هم توسط بیمار طرد شده است .

مداخله در جامعه

بیماران افسرده غالباً دچار کمبود و فقدان مهارتهای ارتباطی بین فردی هستند و در روابط و موقعیتهای اجتماعی احساس ناراحتی می کنند کاهش اعتماد بنفس معمولاً باعث می شود که این افراد خودشان را در موقعیتهای اجتماعی بی تاثیر ، بی قدرت و مضر احساس کنند . بیمار تصور می کند تنهایی را که تجربه کرده به عنوان حالتی منفی یا تهدید کننده بر او تحمیل شده است . بدین دلیل پرستار باید با بیمار وقت صرف کند و این ممکن است فقط بصورت ساکت نشستن در کنار بیمار باشد . حضور پرستار به بیمار کمک خواهد کرد تا خود را فردی ارزشمند درک کند و از طریق تماسهای مکرر و مختصر ، نگرشی حاکی از پذیرفتن بیمار ، ارتباط درمانی پرستار با بیمار شکل می گیرد . پس از اینکه بیمار در یک رابطه رویارو احساس راحتی کرد ، او را تشویق به حضور در فعالیتهای گروهی کنید . ممکن است لازم شود که در چند جلسه اول به منظور حمایت از وی با او در گروه مشورت کنید ، چنانچه اضطراب بیمار در گروه افزایش یافت ، به وی اجازه دهید تا از آن خارج شود . برای تعامل داوطلبانه بیمار با دیگران ، باز خورد مثبت فراهم آورید . همینکه بیمار احساس کند فرد مفیدی است ، می تواند زندگی اش را اداره کند و احساس قدرت و توانایی خواهد کرد .

احیای قلبی ریوی

BASIC LIFE SUPPORT

قبل از هر اقدامی ایمنی و امنیت صحنه را ارزیابی نمایید، پاسخ بیمار را بررسی نمایید، شانه های بیمار را تکان دهید، بیمار را صدا بزنید، اگر بیمار پاسخگو است، بیمار را در وضعیت ریکاوری تحت نظر قرار دهید، در صورت نیاز درخواست کمک نمایید.

در صورت عدم پاسخ بیمار

تنفس را بررسی کنید، اگر بیمار تنفس طبیعی دارد، بیمار را در وضعیت بهبود قرار دهید، درخواست کمک نمایید، تنفس را مجدداً ارزیابی کنید تا کید به دادن حداکثر اکسیژن می باشد

در صورت عدم تنفس یا وجود تنفس غیر طبیعی (GASPING)

تماس با اورژانس ۱۱۵ یا فعال کردن کد ۹۹ در بیمارستان و فراهم نمودن دستگاه AED

C: نبض بیمار را بررسی کنید (۱۰ ثانیه)، در صورت وجود نبض دادن یک تنفس هر ۶ تا ۸ ثانیه و بررسی مجدد نبض هر ۲ دقیقه یکبار، در صورت عدم وجود نبض مراحل زیر را ادامه دهید:

-۳۰ بار فشردن قفسه سینه (عمق حداکثر ۶ سانتی متر یا ۲/۴ اینچ) (سرعت فشردن قفسه سینه ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه)

محل قرار گرفتن دست مرکز قفسه سینه

A: راه هوایی را باز کنید (سر به عقب - چانه به بالا)

در صورت احتمال آسیب به گردن (بالاکشیدن فک)

دادن ۴ تنفس (در طول دادن تنفس فشردن قفسه سینه را ادامه دهید)

حداکثر ۱۰-۸ تنفس در دقیقه و هر تنفس ۸-۶ ثانیه

B: تا بالا آمدن قفسه سینه بدهید

دادن تنفس خلاف زمان فشردن قفسه سینه

تنفس بعدی را زمانی که قفسه سینه پایین است بدهید.

پس از ۵ سیکل ۳۰ به ۲ مجدداً بیمار را ارزیابی نمایید

CPR (۲، ۳۰) را تا رسیدن کمک و دستگاه AED ادامه دهید.

External Defibrillation Automated

دفیبریلاتور خارجی خودکار

ارزیابی ایمنی و امنیت صحنه - ارزیابی هوشیاری - بررسی تنفس - تماس با ۱۱۵

AED افعال نمایید.

دستورات شنیداری (صوتی) دستگاه را بدون تاخیر اجرا نمایید.

پدهای سینه ای را بچسبانید ، یکی از پدها را روی خط زیر بغل سمت چپ بچسبانید (بر اساس راهنمای روی پدها) ، پد سینه ای دیگر را زیر ترقوه سمت راست استرنوم بچسباند.

از بیمار فاصله بگیرید

مطمئن شوید که در طی آنالیز ریتم قلبی توسط AED کسی با بیمار تماس نداشته باشد

شوک بدهید

مطمئن باشید که همه از بیمار جدا باشند (تماس نداشته باشند)

CPR را سریعاً آغاز نمایید .

محل دستان شما مرکز قفسه سینه بیمار باشد ، ۳۰ بار فشردن قفسه سینه را اجرا نمایید ، لب های خود را در اطراف دهان بیمار قرار دهید ، تا زمانی که قفسه سینه بیمار بالا می آید در ریه ها بدمید ، تنفس دوم را زمانی بدهید که قفسه سینه بیمار پایین باشد. CPR را ادامه دهید. به دستورات شنیداری (صوتی) دستگاه توجه نمایید.

در صورت شروع تنفس طبیعی بیمار CPR را متوقف نمایید ، اگر بیمار بیهوش است او را در وضعیت بهبود (ریکاوری) قرار دهید.

In hospital Resuscitation /sick patient

در صورتی که بیمار در حضور شما دچار ارست شد. مانیتورینگ و دادن شوک و فشردن قفسه سینه با سرعت ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه اولین اقدام در احیای بیمار خواهد بود.

- ایمنی و امنیت صحنه را ارزیابی نمایید بیمار را ارزیابی نمایید شانه های بیمار را تکان دهید بیمار را صدا بزنید درخواست کمک نمایید تنفس را بررسی نمایید نبض را بررسی نمایید اگر علائم حیات وجود دارد اکسیژن بدهید مانیتورینگ کنید

راه هوایی را برقرار نمایید تیم احیای را فراخوان نمایید کار را به تیم احیای واگذار نمایید اگر علائم حیات وجود ندارد

تیم احیای را فراخوان نمایید (کد ۹۹) ترالی اورژانس را فراهم نمایید

CPR(30.2) را شروع نمایید

C : ۳۰ بار فشردن قفسه سینه را انجام دهید

A : راه هوایی را باز نمایید

B : ۲ بار تهویه مصنوعی بدهید اکسیژن رسانی را شروع کنید بیمار را مانیتورینگ نمایید در صورت وجود ریتم

Shochabie(قابل شوک دادن) شوک بدهید حمایت های حیاتی پیشرفته را تارسیدن تیم احیای شروع نمایید.

Bradycardia(whit pulse)

برادیکاردی

شرایط بیمار را بررسی نمایید. در صورت ضربان قلبی کمتر از ۵۰ بار در دقیقه (برادی آریتمی) اقدامات زیر را انجام دهید:

۱) باز نگه داشتن راه هوایی و در صورت نیاز استفاده از تنفس کمکی

۲) تجویز اکسیژن در صورت وجود هیپوکسمی

۳) مانیتورینگ قلبی به منظور بررسی ریتم قلبی، فشار خون و اکسیمتری

در صورتی که برادی آریتمی باعث یکی از موارد (۱) هیپوتانسیون (۲) تغییر حاد در سطح هوشیاری (۳) شوک (۴) نارسایی حاد قلبی

(۵) ناراحتی ایسکمیک قفسه ی سینه شود اقدامات زیر را انجام دهید:

۱) تزریق آتروپین را در نظر داشته باشید (۲) در صورتی که تزریق آتروپین موثر نبود از Transcutaneous pacing یا

انفوزیون دوپامین و یا انفوزیون اپی نفرین

توصیه به انجام مشاوره با متخصص و Transcutaneous pacing

و در صورتی که برادی آریتمی هیچکدام از موارد بالا را به همراه نداشت بیمار را مانیتور نمایید و تحت نظر قرار دهید.

دوز داروها:

- آتروپین (وریدی) ۰/۵ mg بصورت بلوس و تکرار هر ۳-۵ دقیقه تا حداکثر ۳mg

- اپی نفرین (انفوزیون وریدی) ۲-۱۰ mcg/kg/min

- دوپامین (انفوزیون وریدی) ۲-۱۰ mcg/kg/min

- ایزوپروتینول (انفوزیون وریدی) ۲-۱۰ mcg/kg/min

Advanced life support

Cardiac Arrest

درخواست کمک نمایید. کد ۹۹ را فعال نمایید. ماساژ قلبی ۳۰ به ۲ را شروع کنید. برقراری اکسیژن، اتصال به مانیتورینگ یا دفیبریلاتور را انجام دهید. ریتم قلبی را بررسی نمایید. اگر ریتم غیر قابل شوک بود (PEA/Asystole) CPR به مدت ۲ دقیقه انجام شود، همچنین راه وریدی یا داخل استخوانی برقرار نمایید و داروهای احیا را تجویز نمایید. پس از ۲ دقیقه مجدد ریتم قلبی را بررسی نمایید. اگر ریتم قابل شوک باشد (VT/VF بدون نبض) ۲۰۰ ژول بای فازیک یا ۳۶۰ ژول مونوفازیک شوک دهید و تا ۲ دقیقه CPR را ادامه دهید. راه وریدی یا داخل استخوانی برقرار نمایید پس از ۲ دقیقه انجام CPR، مجدد ریتم را بررسی نمایید.

در حین CPR اقدامات زیر را انجام دهید:

- علل برگشت پذیر را درمان نمایید
 - اپی نفرین پس از شوک دوم هر ۵-۳ دقیقه ۱ میلی گرم تزریق شود
 - بالا نگه داشتن اندام به مدت ۱۰ تا ۲۰ ثانیه پس از تزریق وریدی
 - در نظر داشتن راه هوایی پیشرفته بعد از شوک دوم
 - دوز تجویز داخل تراشه ۲ تا ۲/۵ برابر دوز وریدی
 - تزریق سریع ۲۰CC مایع پس از تزریق دارو
 - در نظر داشتن کاپنوگرافی بعد از شوک دوم
 - تزریق آمیودارون بعد از شوک سوم و حین CPR سوم (دوز اول ۳۰۰ میلی گرم و دوز دوم ۱۵۰ میلی گرم)
- علل برگشت پذیر:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| -Hypoxia | - Tension Pnemothorax |
| -Hypovolumia | - Tamponade/cardiac |
| -Hypo/hyper kalemia/metabolic | - Toxins |
| -Hypothermia | - Thrombosis(coronary or pulmonary) |
| -Hypo/hyper giycimia | - Trauma |

Pediatric life support

احیاء کودکان

غیر پاسخگو؟

BLS را شروع نمایید تیم احیا را فراخوان نمایید (کد ۹۹) ، CPR (۳۰ به ۲) را شروع نمایید، اکسیژن رسانی مانیتور یا دفیبریلاتور را وصل نمایید

ریتم قلبی را بررسی نمایید ، در صورت ریتم غیر قابل شوک (PEA/Asystole) CPR ۳۰ به ۲ را فوراً شروع نمایید (به مدت ۲ دقیقه)

در صورت ریتم قابل شوک (VT/VF) شوک بدهید (AED یا ۴J/KG) CPR ۳۰ به ۲ را فوراً شروع نمایید (به مدت ۲ دقیقه) در حین CPR اقدامات زیر را انجام دهید:

-علل برگشت پذیر را درمان نمایید

-وضعیت الکترودها را بررسی نمایید.

-یه راه وریدی برقرار نمایید.

-یک راه هوایی پیشرفته برقرار نمایید.

-آپی نفرین را هر ۳ تا ۵ دقیقه یکبار تزریق نمایید.

-تزریق امپودارون را در نظر داشته باشید.

علل برگشت پذیر:

-Hypoxia

-Hypovolemia

-Hypo/hyper kalemia/metabolic

-Hypothermia

-Hypo/hyper giycimia

- Tension Pnemothorax

- Tamponade/cardiac

- Toxins

- Thrombosis(coronary or pulmonary)

- Trauma

Tacycardia

تاکی کاردی

شرایط بیمار را بررسی نمایید در صورت ضربان قلبی بیشتر از ۱۵۰ بار در دقیقه (تاکی آریتمی) اقدامات زیر را انجام دهید:

-باز نگهداشتن راه هوایی در صورت نیاز استفاده از تنفس کمکی -تجویز اکسیژن در صورت وجود هیپوکسمی -مانیتورینگ قلبی به منظور بررسی ریتم قلبی ، فشار خون و اکسیمتری

در صورتی تاکی آریتمی باعث یکی از موارد ذیل گردد

(۱)هیپوتانسیون (۲)تغییر حاد در سطح هوشیاری (۳)علایم شوک (۴)نارسایی حاد قلبی (۵)ناراحتی ایسکمیک قفسه سینه

انجام کاردیوورژن سینکرونایز و در نظر داشتن استفاده از آرامبخش و آدنوزین در صورت کمپلکس باریک و منظم

در صورتی که تاکی آریتمی همراه با موارد بالا نباشد کمپلکس QRS را بررسی می کنیم در صورت پهن بودن کمپلکس بزرگتر از ۰/۱۲ اقدامات زیر را انجام دهید:

(۱)گرفتن راهوریدی و در صورت آماده بودن گرفتن ECG ۱۲ لیدی

(۲)در نظر داشتن آدنوزین فقط در صورت منظم و یک شکل بودن

(۳)در نظر داشتن انفوزیون ضدآریتمی

(۴)در نظر داشتن مشاوره با متخصص

در صورتی که کمپلکس پهن بزرگتر از ۰/۱۲ نباشد:

(۱)گرفتن راه وریدی و در صورت آماده بودن گرفتن ECG ۱۲ لیدی

(۲)تزریق آدنوزین در صورت منظم بودن کمپلکس

(۳)انجام مانورهای واگ (مانور والسالوا یا تحریک سینوس کاروتید)

(۴)تجویز بتا بلاکر یا کلاسیم کانال بلاکر

(۳)در نظر داشتن مشاوره با متخصص

دوز داروها -آدنوزین (وریدی)، دوز اول ۶mg بصورت تزریق سریع وریدی و به دنبال آن تزریق ۲۰CC نرمال سالین و دوز دوم در صورت نیاز ۱۲ میلی گرم

-کلسیم کانال بلاکرها(وریدی)،وراپامیل ۵-۲/۵ میلی گرم بلبوس در عرض ۲ دقیقه و تکرار آن هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه ۱۰-۵ میلی گرم تا سقف دوز ۲۰ میلی گرم دیلتیازم با دوز ۱۵-۲۰ میلی گرم در عرض ۲ دقیقه

-و در صورت عدم تاثیر ۳۰-۲۵ میلی گرم در عرض ۱۵ دقیقه و دوز انفوزیون ۱۵-۵ mg/hour

-ایندرال (وریدی) ۰/۱ mg/kg با تقسیم در ۳ دوز مساوی و هر ۳-۲ دقیقه بصورت آهسته و رقیق شده

Neonatal Resuscitation

احیا نوزادان

ارزیابی وضعیت شرایط در ۲۰ ثانیه اول

آیا سن حاملگی ترم است؟ آیا مایع آمنیوتیک پاک است؟ آیا تنفس یا گریه می کند؟ آیا تون عضلانی خوب است؟

در صورت منفی بودن موارد بالا اقدامات زیر را انجام نمایید:

-تامین گرمای مناسب -وضعیت مناسب , پاک کردن راه هوایی (در صورت نیاز) -خشک کردن , تحریک کردن و دوباره وضعیت دادن

بررسی تنفس , تعداد ضربان قلب و رنگ نوزاد طی ۲۰ ثانیه دوم

در صورت آپنه نوزاد و ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ تهویه با فشار مثبت را انجام دهید

در صورت ضربان قلب کمتر از ۶۰ علاوه بر تهویه با فشار مثبت ,فشردن قفسه سینه را انجام دهید و تجویز اپی نفرین را در نظر داشته باشید. (طی ۳۰ ثانیه ی سوم)

در صورتی که نوزاد نوزاد علیرغم وجود تنفس نوزاد سیانوتیک ضربان قلب بالاتر از ۱۰۰ باشد اکسیژن تجویز کنید در صورت ادامه سیانوز تهویه با فشار مثبت و در صورت ادامه ی سیانوز و ضربان قلب کمتر از ۶۰ علاوه بر تهویه با فشار مثبت فشردن قفسه سینه را انجام دهید و تجویز اپی نفرین را در نظر داشته باشید.(طی ۳۰ ثانیه سوم)

پس از تهویه و فشردن قفسه سینه موارد زیر را از نظر موثر بودن مجددا بررسی کنید:

-تهویه -فشردن قفسه سینه -لوله گذاری داخل تراشه -دریافت اپی نفرین (احتمال کاهش خون را در نظر بگیرید)

در صورت سیانوز مداوم یا تهویه ناموفق یا ضربان قلب کمتر از ۶۰ مجددا بیمار از نظر موارد بالا بررسی شود.

موارد زیر را در نظر بگیرید:

-ناهنجاری های مجاری هوایی -مشکلات ریوی -پنوموتوراکس -فتق دیافراگم -بیماریهای مادر زادی قلب

عدم وجود ضربان قلب علیرغم احیا بیشتر از ۱۰ دقیقه احیا را متوقف کنید.