

پرستاری مراقبت‌های ویژه

در یک نگاه



با مقدمه :

دکتر محمد رضا عسگری

سرجمین :

مهرنوش خوش تراش

عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

طوبی حسین زاده

کارشناس ارشد و مربی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی



پرستاری مراقبت‌های ویژه
در یک نگاه

مترجمین : مهرنوش خوش تراش - طوبی حسین زاده



Critical Care Nursing in a Flash

برخی از مهمترین مزایای این کتاب :

- ✓ ذکر مطالب در شش بخش ارزیابی، مهارت‌ها، اختلالات، دارو درمانی و مایعات وریدی، آزمون‌های تشخیصی و آموزش به بیمار
- ✓ فلوجارت‌ها، جداول، تصاویر، و چک لیست‌ها
- ✓ نکاتی در ارزیابی اختلالاتی مانند التهاب حاد لوزالمعده و انواع شوک قلبی، عفونی و کاهش حجم عروقی
- ✓ متغیرهای همودینامیک در ارزیابی عملکرد قلبی، فشار گوه‌ای شریان ریوی، تنظیم پایش فشار داخل مغزی، سرعت انفوزیون دوپامین، دوبوتامین و نیتروپروساید، و ...
- ✓ هشدارهایی در ارتباط با علائم خطر و مداخلات اثر بخش
- ✓ تصاویری که فرایند پاتوفیزیولوژی اختلال را شفاف‌تر می‌سازد
- ✓ آمادگی‌های کلیدی و نتایج حیاتی تعداد زیادی از آزمون‌های تشخیصی



ISBN:978-600-6342-43-6



9 786006 342436

1980

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

| | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سر شناسه | هومز، نانسی |
| عنوان و نام پدیدار | Holmes, nancy |
| مشخصات نشر | پرستاری مراقبت ویژه نگاه مولف (صحیح ویراست) نانسی هولمز؛ مترجم: مهرنوش خوش تراش، طوبی حسین زاده |
| مشخصات ظاهری | تهران: صبورا، ۱۳۹۱ |
| شابک | ۳۳۹ ص ۱۱۸۱۷ س. م |
| وضعیت فهرست نویسی | ۹۷۸-۶۰۰-۶۳۴۲-۴۳-۶ |
| یادداشت | فیبا |
| موضوع | عنوان اصلی: critical care nursing in a flash |
| شناسه افزوده | مراقبت های ویژه (پرستاری) - دستنامه |
| شناسه افزوده | خوش تراش، مهرنوش ۱۳۶۳ - مترجم |
| رده بندی کنگره | حسین زاده، طوبی ۱۳۶۰ - مترجم |
| رده بندی دیویی | RT: ۱۳۹۱ ۹هـ ۱۲ |
| شماره کتابشناسی ملی | ۶۱۶۰۲۸ |
| | ۳۰۶۲۸۱۰۰ |



پرستاری مراقبت ویژه در یک نگاه

| | |
|--------------|-----------------------------------------------------|
| ناشر: | انتشارات صبورا با همکاری نهضت پویا و تیمورزاده نوین |
| مترجمین: | مترجمین: مهرنوش خوش تراش، طوبی حسین زاده |
| چاپ و صحافی: | به آوران |
| مدیر اجرایی: | محمدرضا مقدم |
| حروفچینی: | طلوع |
| شمارگان: | ۱۰۰ جلد |
| نوبت چاپ: | اول، ۱۳۹۲ |
| قیمت: | ۴۴۰۰ تومان |
| شابک: | ۹۷۸-۶۰۰-۶۳۴۲-۴۳-۶ |

خرید اینترنتی www.medicalbook.ir

آدرس: خیابان انقلاب، خیابان وحید نظری ما بین خیابان فخر رازی و دانشگاه پلاک ۶۱ طبقه دوم واحد ۸۲۱

مرکز پخش و نشر کتب علوم پزشکی مقدم

تلفن: ۶۶۴۸۱۹۵۲ همراهِ: ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹-۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹

حق نشر و چاپ این اثر محفوظ است

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۶۶۴۸۱۹۵۲-۰۲۱

فهرست مطالب

| | |
|----------|----------------------|
| ۹..... | ارزیابی |
| ۶۳..... | اختلالات |
| ۱۴۹..... | آزمون‌های تشخیصی |
| ۲۳۷..... | مهارت‌های بالینی |
| ۳۰۹..... | داروها و مایع درمانی |
| ۳۸۹..... | آموزش به بیمار |

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۶۶۴۸۱۹۵۲-۰۲۱

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ / ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ارزیابی / ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

ارزیابی علامت



انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ / ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ارزیابی / ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

تبدیل‌های قد و وزن

تبدیل وزن

برای تبدیل وزن بیمار از یوند به کیلوگرم، عدد را به $\frac{۲}{۲}$ تقسیم کنید. برای تبدیل وزن از کیلوگرم به یوند، عدد را در $\frac{۲}{۲}$ ضرب کنید.

تبدیل قد

برای تبدیل قد بیمار از اینچ به سانتی‌متر، عدد اینچ را در $\frac{۲}{۵۴}$ ضرب کنید. برای تبدیل قد از سانتی‌متر به اینچ، عدد به سانتی‌متر را در $\frac{۰}{۳۹۴}$ ضرب کنید.

| کیلوگرم | یوند | سانتی متر | اینچ | امپریال |
|---------|------|-----------|------|---------|
| ۴/۵ | ۱۰ | ۱۴۲/۲ | ۵۶ | ۴۸" |
| ۹/۱ | ۲۰ | ۱۴۴/۸ | ۵۷ | ۴۹" |
| ۱۳/۶ | ۳۰ | ۱۴۷/۲ | ۵۸ | ۴۱۰" |
| ۱۸/۲ | ۴۰ | ۱۴۹/۹ | ۵۹ | ۴۱۱" |
| ۲۲/۷ | ۵۰ | ۱۵۲/۴ | ۶۰ | ۵" |
| ۲۷/۳ | ۶۰ | ۱۵۴/۹ | ۶۱ | ۵۱" |
| ۳۱/۸ | ۷۰ | ۱۵۷/۵ | ۶۲ | ۵۲" |
| ۳۶/۴ | ۸۰ | ۱۶۰ | ۶۳ | ۵۳" |
| ۴۰/۹ | ۹۰ | ۱۶۲/۶ | ۶۴ | ۵۴" |
| ۴۵/۵ | ۱۰۰ | ۱۶۵/۱ | ۶۵ | ۵۵" |
| ۵۰ | ۱۱۰ | ۱۶۷/۶ | ۶۶ | ۵۶" |
| ۵۴/۵ | ۱۲۰ | ۱۷۰/۲ | ۶۷ | ۵۷" |
| ۵۹/۱ | ۱۳۰ | ۱۷۲/۷ | ۶۸ | ۵۸" |
| ۶۳/۶ | ۱۴۰ | ۱۷۵/۳ | ۶۹ | ۵۹" |
| ۶۸/۲ | ۱۵۰ | ۱۷۷/۸ | ۷۰ | ۵۱۰" |
| ۷۲/۷ | ۱۶۰ | ۱۸۰/۳ | ۷۱ | ۵۱۱" |
| ۷۷/۳ | ۱۷۰ | ۱۸۲/۹ | ۷۲ | ۶" |
| ۸۱/۸ | ۱۸۰ | ۱۸۵/۴ | ۷۳ | ۶۱" |
| ۸۶/۴ | ۱۹۰ | ۱۸۸ | ۷۴ | ۶۲" |
| ۹۰/۹ | ۲۰۰ | ۱۹۰/۵ | ۷۵ | ۶۳" |
| ۹۵/۵ | ۲۱۰ | | | |
| ۱۰۰ | ۲۲۰ | | | |
| ۱۰۴/۵ | ۲۳۰ | | | |
| ۱۰۹/۱ | ۲۴۰ | | | |
| ۱۱۳/۶ | ۲۵۰ | | | |
| ۱۱۸/۲ | ۲۶۰ | | | |

تبدیل درجه حرارت

برای تبدیل فارنهایت به سلسیوس، عدد ۳۲ را از دما به درجه فارنهایت کم کنید و نتیجه را به ۱/۸ تقسیم نمایید؛ برای تبدیل سلسیوس به فارنهایت، عدد دما به سلسیوس را در ۸ ضرب کنید و سپس عدد ۳۲ را به نتیجه اضافه نمایید.

$$\text{درجه سلسیوس} = (F - 32) \div 1.8$$

$$\text{درجه فارنهایت} = (C \times 1.8) + 32$$

| درجه فارنهایت (^F) | درجه سلسیوس (^C) | درجه فارنهایت (^F) | درجه سلسیوس (^C) |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
| ۸۹/۶ | ۳۲ | ۱۰۰/۸ | ۳۸/۲ |
| ۹۱/۴ | ۳۳ | ۱۰۱ | ۳۸/۳ |
| ۹۳/۲ | ۳۴ | ۱۰۱/۲ | ۳۸/۴ |
| ۹۴/۳ | ۳۴/۶ | ۱۰۱/۴ | ۳۸/۶ |
| ۹۵ | ۳۵ | ۱۰۱/۸ | ۳۸/۸ |
| ۹۵/۲ | ۳۵/۲ | ۱۰۲ | ۳۸/۹ |
| ۹۵/۴ | ۳۵/۴ | ۱۰۲/۲ | ۳۹ |
| ۹۵/۸ | ۳۶ | ۱۰۲/۴ | ۳۹/۲ |
| ۹۷/۲ | ۳۶/۲ | ۱۰۲/۸ | ۳۹/۳ |
| ۹۷/۴ | ۳۶/۴ | ۱۰۳ | ۳۹/۴ |
| ۹۸ | ۳۶/۷ | ۱۰۳/۲ | ۳۹/۶ |
| ۹۸/۶ | ۳۷ | ۱۰۳/۴ | ۳۹/۷ |
| ۹۹ | ۳۷/۲ | ۱۰۳/۶ | ۳۹/۸ |
| ۹۹/۳ | ۳۷/۴ | ۱۰۴ | ۴۰ |
| ۹۹/۷ | ۳۷/۶ | ۱۰۴/۴ | ۴۰/۲ |
| ۱۰۰ | ۳۷/۸ | ۱۰۴/۵ | ۴۰/۳ |
| ۱۰۰/۴ | ۳۸ | ۱۰۴/۸ | ۴۰/۴ |

گوش دادن به صداهای بدن بیمار (سمع)

گوش دادن به صداهای بدن بیمار - خصوصاً آنهایی که بوسیله قلب، ریه، عروق خونی، معده و روده تولید می‌شوند، باعث کشف صداهای زیر و بم می‌شود. شما می‌توانید گوش دادن را مستقیماً با گذاشتن گوشتان روی سطح بدن انجام دهید ولی معمولاً آن را بطور غیر مستقیم و با استفاده از گوشی پزشکی انجام می‌دهند.

ارزیابی صداهای زیر (high-pitched): ارزیابی صداهای بم (Low - pitched):

برای ارزیابی مناسب صداهای زیر مانند صداهای تنفسی و صداهای اول و دوم قلب، از قسمت دیافراگم گوشی پزشکی استفاده کنید. مطمئن شوید که تمام سطح دیافراگم به پوست بیمار چسبیده باشد. اگر منطقه مورد نظر دارای موی زیادی است، می‌توانید با استفاده از آب یا ژل محلول در آب که به پوست مالیده می‌شود کیفیت تماس دیافراگم را افزایش و صداهای مزاحم را کاهش دهید.



دق کردن

دق کردن دو هدف پایه دارد: برای ایجاد صدای ناشی از دق و برای بر انگیزتن حساسیت و درد. دق شامل ۳ نوع است: غیر مستقیم، مستقیم، و کند و مبهم (blunt).

دق غیرمستقیم

شایعترین روش دق، دق غیر مستقیم است و اگر به درستی انجام شود، صدای واضح و شفافی ایجاد می‌کند. برای دق غیر مستقیم، انگشت دوم دست غیر غالب خود را بعنوان تخته دق (Pleximeter) وسیله واسط برای دریافت ضربات) و انگشت وسط دست غالب را به عنوان چکش دق (Pelexor) وسیله ضربه زنده به (Pleximeter) استفاده کنید. انگشت ضربه‌گیر را محکم به سطح بدن مانند بالای شکم یا پشت بدن بچسبانید



در حالی که مچ دست خود را به حالت شل خم کرده‌اید، از نوک انگشت ضربه زنده برای وارد کردن ضربه به پایین محل بند آخر انگشت ضربه‌گیر(که در شکل زیر نشان داده شده است)، استفاده کنید.

دقت کنید که انگشت ضربه زنده، حالت عمودی نسبت به انگشت ضربه‌گیر داشته باشد. به سرعت

ولی سبک ضربه بزنید و پس از هر ضربه انگشت ضربه زنده را از بدن دور کنید.

دق مستقیم



برای انجام دق مستقیم، با دست یا نوک انگشت مستقیماً به سطح بدن (مانند شکل زیر) ضربه بزنید. این روش کمک می‌کند تا بتوان حساسیت سینوس‌های یک فرد بالغ را ارزیابی کرد.

دق کند و مبهم



برای انجام دق مبهم، با قسمت داخلی (قسمت اولنار) مشت خود به سطح بدن ضربه بزنید. به عنوان یک روش جایگزین، کف یک دست را روی ناحیه‌ای قرار دهید که قرار است ضربه به آن وارد شود و از مشت دست دیگر برای ضربه زدن استفاده کنید و به پشت دستی که روی بدن قرار دارد ضربه بزنید (مانند شکل روبرو).

هر دو روش فوق برای کشف نقاط حساس بدن استفاده می‌شود (مثلاً روی کلیه‌ها) نه برای ایجاد صدا. روش دیگر برای دق مبهم که در معاینه عصبی از آن استفاده می‌شود، ضربه زدن با چکش رفلکس روی تاندون‌هاست که باعث انقباض رفلکسی عضلات می‌شود.

انجام معاینه دستی (لمس)

انجام معاینه دستی با اعمال فشار به اعضاء، به ارزیابی ساختار، وضعیت قرارگیری عضو، هر گونه نبض و حساسیت می‌پردازد. بالوتمان^۱ نوعی معاینه دستی است که با ایجاد حالت پرش (بالا و پایین شدن) یافتها و برخورد آن با دست معاینه‌گر به ارزیابی حرکت ارتجاعی و جهشی ساختار شناور در مایع می‌پردازد. به کمک بالوتمان می‌توان به ارزیابی توده در بیمار مبتلا به آسیب پرداخت.



لمس (معاینه) سطحی

برای انجام معاینه سطحی، به ملایمت سطح پوست فشار وارد کنید به طوری که حدود ۱/۵ تا ۳/۵ اینچ (۴ تا ۹ سانتی‌متر) (مانند شکل روبرو) فرو رود. از

سندرم (نشانگان) زجر تنفسی حاد (ARDS)

توصیف

- نوع شدید آسیب حبابچه‌های هوایی یا ریوی حاد که منجر به تخریب و آسیب غشاء مویرگی آلوئولی می‌شود.
- ادم ریوی در غیاب نارسایی قلبی.
- علامت شاخص: کاهش اکسیژن خون علی‌رغم افزایش تامین اکسیژن.
- همچنین به آن سندرم زجر تنفسی بالغین (ARDS) نیز گفته می‌شود؛ نام دیگر آن ریه شوک‌زده، سفت شده، مرطوب، یا دا نانگ^۱ می‌باشد.

علل

- سل ارزنی (میلیری) حاد
- آنافیلاکسی
- اسپیراسیون محتوای معده
- CABG (پیوند شریان کرونری قلب)
- انعقاد منتشر درون عروقی
- مصرف بیش از حد مواد مخدر
- واکنش دارویی ایدیوسنکراتیک
- آسیب و ضربه مستقیم و غیر مستقیم ریه (شایعترین)
- تزریق وسیع خون
- حالت نزدیک به غرق شدگی
- مسمومیت اکسیژن
- التهاب لوزالمعده
- عفونت ریوی
- عفونت خون (سپسیس)

انتشارات صبورا / ۶۶ پرساری مراقبت ویژه در یک نگاه ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

- صدمات و آسیب به قفسه سینه
- تنفس گازها و بخارات سمی
- آمبولی هوای وریدی، آمبولی چربی

علائم و نشانه‌ها

I مرحله

- تنگی نفس، خصوصاً هنگام فعالیت
- تعداد تنفس یا نبض طبیعی یا افزایش یافته
- اضطراب و بی‌قراری

II مرحله

- زجر تنفسی
- خلط غلیظ و کف آلود، ترشحات خون آلود و چسبنده
- کراکل‌های قاعده‌ای دو طرفه
- پوست سرد، مرطوب، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون

III مرحله

- تعداد تنفس بیشتر از ۳۰ بار در دقیقه، سرفه خلط‌دار، کراکل و رونکای
- افزایش ضربان قلب و آریتمی، ناپایداری فشار خون، پوست رنگ پریده و سیانوز
- تغییرات وضعیت ذهنی

IV مرحله

- نارسایی تنفسی حاد به همراه هایپوکسی شدید
- اسیدوز تنفسی و متابولیک
- بدتر شدن وضعیت ذهنی
- پوست رنگ پریده و سیانوتیک

انتشارات صبورا / ۶۶ پرساری مراقبت ویژه در یک نگاه ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

- آریتمی حاد و سیانوز
- نارسایی بالقوه چند عضو بدن

درک مکانیسم ARDS

مرحله چهارم: کاهش جریان خون و مایعات در الونول، سورفاکتانت را تخریب می‌کند و قابلیت سلول برای تولید بیشتر (سورفاکتانت) را مختل می‌سازد. سپس جمع شدگی جدار الونولی و اختلال در تبادل گازها سبب ادم ریوی و کاهش ظرفیت ریوی می‌گردد.



مرحله پنجم: اکسیژن‌رسانی مختل اما دی‌اکسیدکربن به آسانی از غشاء مویرگ الونولی رد شده و دفع می‌گردد. سطح اکسیژن (O_2) و گاز کربنیک (CO_2) خون پایین است.



مرحله ششم: ادم ریوی شدیدتر و التهاب منجر به فیبروز می‌گردد. برای تبادل گازی بیش از پیش مانع ایجاد می‌شود.



مرحله یکم: آسیب جریان خون طبیعی به ریه را کاهش می‌دهد. پلاکت‌ها تجمع می‌یابند؛ نوتروفیل‌ها (N)، هیستامین (H)، سروتونین (S) و برادی‌کینین (B) آزاد می‌شوند.



مرحله دوم: مواد آزاد شده، غشای مویرگ الونولی را ملتهب و تخریب نموده و به آن آسیب می‌رسانند و باعث افزایش نفوذپذیری مویرگ می‌شوند. سپس مایع به فضای بینابینی رانده می‌شود.



مرحله سیم: نفوذ پذیری مویرگی افزایش، و پروتئین و مایعات به خارج نشت پیدا می‌کند و باعث افزایش فشار اسموتیک بینابینی ادم ریوی می‌گردد.



مدیریت شرایط

درمان با اکسیژن، تهویه مکانیکی به همراه فشار انتهایی بازدمی مثبت (PEEP) هشدار: PEEP ممکن است برون‌ده قلبی را کاهش دهد؛ پس افت فشار خون، افزایش ضربان قلب و کاهش برون‌ده ادراری را پایش کنید. برای تداوم PEEP، فقط در صورت نیاز، ساکشن کنید.

- درمان علت زمینه‌ای
- اصلاح اختلالات الکترولیت‌ها و اسید - باز
- محدودیت مایعات
- تغذیه از راه لوله یا تزریقی
- داروها: ضد میکروبی، گشادکننده برونش، حل‌کننده مخاط، کورتیکواستروئیدها، مدرها، مایعات، مهارکننده‌های عصبی - عضلانی، مواد مخدر، آرام‌بخش‌ها و تنگ‌کننده‌های عروق
- تغییر مکرر وضعیت قرارگیری بیمار
- مراقبت مستمر از وضعیت دهان بیمار

نارسایی حاد تنفسی

توصیف

تبادل گازی و تهویه ناکافی که ناشی از عدم توانایی ریه‌ها در حفظ اکسیژن شریانی در حد مناسب یا پاکسازی گاز کربنیک (CO_2) از خون می‌باشد.

علل

- محرک‌های راه هوایی
- برونکواسپاسم

- پلاسمافرز
- احتمال نیاز به تغذیه از راه لوله در صورت داشتن لوله ET
- برنامه ورزشی
- حفظ یکپارچگی پوست
- داروها: مصرف وریدی داروهای مهار کننده بتاآدرنرژیک، داروهای از بین برنده اثرات پاراسمپاتیک، ایمونوگلوبولین وریدی
- جراحی: باز کردن مجرا از تراشه به پوست (تراکتوستومی)، باز کردن مجرا از معده به پوست (گاستروستومی)، یا تعبیه لوله تغذیه از راه ژژونوم در صورت لزوم
- تغییر وضعیت مکرر در بستر
- مراقبت دهانی دائم

نارسایی قلبی

توصیف

- تجمع مایع در بطن‌های قلب به علت ضعف میوکاردا که نمی‌تواند برون‌ده قلبی کافی ایجاد کند.
- معمولاً در بطن چپ آسیب دیده به وقوع می‌پیوندد ولی می‌تواند بطور اولیه در بطن راست اتفاق بیفتد یا ثانویه به نارسایی بطن چپ در بطن راست نیز بوجود آید؛ نارسایی در یک بطن نهایتاً منجر به نارسایی بطن دیگر می‌شود.
- نام‌های دیگر آن عدم کفایت قلب یا نارسایی بطنی می‌باشد.

علل

- آنمی
- آریتمی‌های قلبی

انتشارات صبورا ۱۰۰ پرستاری مراقبت ویژه در یک نگاه ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۶۶۴۸۱۹۵۲-۰۲۱

- التهاب فشارنده پریکارد(تنگ کننده)
- استرس روحی
- افزایش فشار خون
- افزایش دریافت آب و نمک
- عفونت‌ها
- نارسایی آئورتی یا میترال
- تنگی میترال ثانویه به بیماری روماتیسمی قلب، التهاب فشارنده پریکارد یا فیبریلاسیون دهلیزی
- التهاب میوکارد
- حاملگی
- آمبولی ریه
- سمیت تیروئید
- نقص دیواره دهلیزی و بطنی

علائم و نشانه‌ها

- تنگی نفس یا تنگی نفس حمله‌ای شبانه
- خلط صورتی، کف آلود
- کراکل و رونکای در قاعده هر دو ریه، ویزینگ بازدمی
- ادم محیطی، آسیت
- خستگی شدید، ضعف، بی‌خوابی
- بی‌اشتهایی، تهوع، حس پری در شکم (خصوصاً در نارسایی قلب راست)
- سیانوز لب‌ها و بستر ناخن‌ها، پوست رنگ پریده، سرد و چسبنده، تعریق بیش از حد
- اتساع وریدهای ژیگولر، بزرگ شدن کبد و گاهی بزرگ شدم طحال(خصوصاً در نارسایی قلب راست)

انتشارات صبورا ۱۰۰ پرستاری مراقبت ویژه در یک نگاه ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۶۶۴۸۱۹۵۲-۰۲۱

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲ / خلاصه بدن

- تاکیکاردی، نبض متناوب، کاهش فشار خون، سمع صدای سوم یا چهارم قلب، کاهش برون‌ده ادراری

تدابیر درمانی

- درمان با اکسیژن به همراه تهویه مکانیکی در صورت نیاز
- داروها: مدرها، پپتید ناتریورتیک انسانی نوع B، داروهای اینوتروپ مثبت، گشاد کننده‌های عروق، مهار کننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین، مهار کننده‌های گیرنده آنژیوتانسین، گلیکوزیدهای قلبی، مکمل‌های پتاسیم، مهار کننده‌های بتا‌آدرنرژیک، ضد انعقادها
- محدودیت مایع (۲۰۰ سی‌سی)
- جوراب‌های ضد آمبولی و بالا نگه داشتن اندام تحتانی
- رژیم دارای محدودیت نمک: در صورت نیاز محدودیت چربی و کالری
- جایگزینی دریچه قلب، پیوند قلب، دستگاه‌های کمکی بطنی، تعبیه استنت
- تعدیل شیوه زندگی: کاهش وزن، ترک سیگار، رژیم کم نمک

سندرم هیپرگلیسمی غیر کتون‌ی هیپراسمولار

توصیف

- عارضه حاد بحران هیپرگلیسمی در بیماران دیابتی؛ با هیپرگلیسمی شدید، دهیدراتاسیون شدید، کتونوری نامحسوس و عدم وجود اسیدوز مشخص می‌شود.
- اگر بطور مناسب درمان نشود ممکن است منجر به کما و مرگ گردد.

علل

- کمبود حاد انسولین؛ علل دیگر عبارتند از: بیماری، استرس و عفونت

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

همودیالیز، دیالیز صفاتی، تغذیه کامل وریدی یا تغذیه روده‌ای
دیابت، نوع (این حالت اثرها در چنین بیمارانی اتفاق می‌افتد)

مقادیر بحرانی تست‌های آزمایشگاهی

مقادیر غیر طبیعی تست‌های آزمایشگاهی که در اینجا لیست شده است اهمیت مرگ و زندگی برای بیمار دارد. چنین مقادیری را بلافاصله به پزشک معالج گزارش دهید.
(جداول مربوطه در صفحه بعد نمایش داده شده است)

تحلیل گازهای خون شریانی

هدف

- جهت ارزیابی کارایی تبادلات گازی ریه و تمامیت مکانیسم کنترل تهویه‌ای و مشخص کردن سطح اسید و باز خون
- خفت ارزیابی فشار نسبی اکسیژن شریانی (PaO₂)، فشار نسبی شریانی (PaCO₂)، PH، محتوی اکسیژن (O₂CT)، اشباع اکسیژن شریانی (O₂ Sat)، مقادیر بیکربنات (HCO₃)

آماده سازی بیمار

- هدف از این کار را توضیح دهید و بیمار بگویید که تحلیل گازهای خون شریانی نیازمند اخذ نمونه خون است. توضیح دهید که چه کسی خونگیری را انجام خواهد داد، چه موقع انجام خواهد شد و محل خونگیری کجاست: شریان رادیال، بازویی یا رانی.
- به بیمار بگویید که او نیازی به محدودیت غذا و مایعات ندارد و او هنگام آزمایش می‌تواند بطور طبیعی نفس بکشد.
- به او بگویید که ممکن است مختصری انقباض یا درد ضربان دارد و محل خونگیری تجربه کند.

نحوه انجام خونگیری

هشدار: در صورت شروع، تغییر یا قطع درمان با اکسیژن، یا بعد از شروع یا تغییر

تهویه مکانیکی یا بعد از خارج کردن لوله تراشه، برای انجام خونگیری شریانی حداقل ۲۰ دقیقه صبر کنید.

| دلایل و اثرات آن | مقادیر بالا | دلایل شایع و اثرات آن | مقادیر پایین | آزمایش |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| بیماری شدید کبدی، گولهای کبدی، سندرم ری، Reye's، خونریزی GI، نارسایی کلیه | >50mg/dl | نارسایی کبدی | <15mg/dl | امینوپرم |
| برگشتی پارنوسیتوز، گولها | >12mg/dl | کمبود ویتامین D یا هورمون پارنوسیتوز | <7mg/dl | کلسیم سرم |
| گولهای پیچیده از عوامل متلازیک و تنفسی | >40mEq/L | گولهای پیچیده از عوامل متلازیک و تنفسی | <10mEq/L | CO2 و بیکربنات خون |
| انفارکت حاد میوکارد | >50% | | | ایزوتریپهای کراتینین کیناز |
| نارسایی کبدی گولها | >4mg/dl | | | کراتینین سرم |
| اعتدالمنتهن داخل عروقی (DIC)، آمبولیه ترومبوز شریانی و وریدی، خونریزی، نهن منگولونه، فبرینولین تالیپه | >250mg/dl | | | D-dimer، سرم یا مایع مغزی نخاعی (CSF) |
| دیابت گولهای ناشی | >300mg/dl (صبر با گولهای و اختلالات الکترولیتی) | تجویز ریف از حد نسولون، آسیب مغزی | <40mg/dl | گلوکز خون |
| منزلیت باکتریایی | رنگ آمیزی Gram مثبت یا منفی | | | رنگ آمیزی Gram، CSF |
| بیماری ریوی انسدادی مزمن (COPD)، آمبولیه پای سیستیک حاد | >18 g/dl | خونریزی یا کمبود ویتامین B12 یا آهن، نارسایی کلیه | <8mmHg | هموگلوبین |
| DIC، مصرف کنترل شده داروهای ضد انعقاد | >3 | | | INR (نسبت طبیعی سازی شده بین شغلی) |

- برای نمونه‌گیری از سرنگ آغشته به هپارین استفاده کنید.
- برای تعیین هویت بیمار از دو مشخص کننده هویت (دو کارت شناسایی) استفاده کنید.
- مستقیماً از شریان خونگیری کنید یا از کاتتر شریانی بعد از اینکه میزان مناسبی از خون دور ریخته شد، نمونه‌گیری نمایید.
- هوا را از نمونه پاکسازی کنید، به سرعت آن را از روی یخ قرار دهید و آماده شوید تا آن را برای تحلیل انتقال دهید.
- روی نمونه گرفته شده، تاریخ نمونه‌گیری، دمای بدن بیمار، میزان جریان اکسیژن دریافتی توسط بیمار و روش آن را ذکر کنید. اگر بیمار تحت ونتیلاتور است، نسبت اکسیژن استنشاقی و فشار مثبت و فشار بازدمی را یادداشت کنید.

مراقبت‌های پس از خونگیری

- محل خونگیری را به مدت ۳ تا ۵ دقیقه فشار دهید تا خونریزی متوقف گردد سپس روی آن را نوار چسب محکم بگذارید. اگر بیمار تحت درمان با ضد انعقاد است یا اگر اختلال انعقادی دارد، در صورت نیاز بیش از ۵ دقیقه روی محل فشار دهید
- هشدار: اگر محل خونگیری روی بازو است، کل دور بازو را نوار چسب نزنید زیرا ممکن است گردش خون را محدود سازد.
- علائم حیاتی را پایش کنید و بدنبال نشانه‌های اختلال گردش خون، مانند تورم، تغییر رنگ، درد، بی‌حسی و گزگز شدن در بازو یا ساق بانداژ شده باشید.

نتایج طبیعی

- $P_aO_2 = 80 - 100 \text{ mmHg (SL, 10/6 - 13/3 KPa)}$
- $P_aCO_2 = 35 - 45 \text{ mmHg (SL, 4/7 - 5/3 KPa)}$
- $PH = 7.35 - 7.45 \text{ (SL, 7/35 - 7/45)}$
- $O_2CT = \%15 - \%23 \text{ (SL, 0/15 - 1/23)}$
- $O_2Sat = \%94 - \%100 \text{ (SL, 0/94 - 1)}$
- $HCO_3 = 22 - 25 \text{ mEq/L (SL, 22 25 mmol/L)}$

نتایج غیر طبیعی

- سطح پایین P_aO_2 ، O_2CT ، O_2Sat و سطح بالای P_aCO_2 ناشی از شرایطی است که عملکرد تنفسی را مختل می‌کند مانند ضعف و فلج عضلات تنفسی، مهار مرکز تنفسی (ناشی از آسیب سر، تومور مغزی یا سوء مصرف مواد)، انسداد راه هوایی (ناشی از توده‌های مخاطی یا تومور)
- نتایج پایین احتمالاً ناشی از انسداد برونشبول‌هاست که علت آن آسم یا آمفیزم، نسبت غیر طبیعی تهویه به گردش خون به علت انسداد نسبی آئوئولها یا مویرگ‌های ریوی یا ناشی از آئوئول‌هایی است که آسیب دیده‌اند یا به علت بیماری، خونریزی یا حالت غرق شدگی پر از مایع شده‌اند.
- هوای استنشاق شده احتمالاً حاوی اکسیژن ناکافی است، O_2CT ، P_aO_2 ، O_2Sat کاهش می‌یابند ولی P_aCO_2 ممکن است در پنوموتوراکس، اختلال انتشار بین آئوئول و خون (مثلاً به علت فیبروز بینابینی) یا شنت شریانی- وریدی که به خون اجازه دور زدن ریه‌ها را می‌دهد (bypass)، افزایش یابد.
- O_2CT پایین- همراه با P_aO_2 ، S_aO_2 و احتمالاً مقادیر طبیعی P_aCO_2 - احتمالاً ناشی از آنمی شدید، کاهش حجم خون و کاهش ظرفیت حمل هموگلوبین توسط اکسیژن است.

هشدار: نتایج ممکن است به علت هپارینه نبودن سرنگ یا عدم انتقال سریع نمونه به آزمایشگاه، دستخوش تغییر شود. سایر علل این تغییر عبارتند از: مواجهه نمونه با هوا (افزایش یا کاهش P_aO_2 ، P_aCO_2)؛ وجود خون وریدی در نمونه (احتمالاً کاهش P_aO_2 و افزایش P_aCO_2)؛ داروهایی که بیمار مصرف می‌کند (استازولامید، متی‌سیلین، نیتروفوران‌توئین و تتراسایکلین احتمالاً باعث کاهش P_aCO_2 می‌شوند؛ HCO_3^- ، اتاکرینیک اسید، هیدروکورتیزون، متولازون، پردنیزون و تیازیدها احتمالاً باعث افزایش P_aCO_2 می‌شوند)؛ و تب (احتمالاً P_aO_2 و P_aCO_2 کاذب بالا).

درک مقادیر گزارش شده در مورد گازهای خونی شریانی

جدول زیر مقادیر غیر طبیعی گازهای خون شریانی و اهمیت آن را در مراقبت از بیمار نشان می‌دهد.

| اختلال | PH | P _a CO ₂ (mmHg) | HCO ₃ ⁻ (mEq/l) | انعامات جبرانی |
|------------------|-----------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| طبیعی | ۷/۳۵-۷/۴۵ | ۳۵-۴۵ | ۲۲-۲۶ | |
| اسیدوز تنفسی | >۷/۳۵ | >۴۵ | حادث: ممکن است طبیعی باشد. مزمن: <۲۶ | کلیوی: افزایش ترشح و دفع اسید؛ پدیده جبران ۲۴ ساعت طول می‌کشد تا شروع شود. تنفسی: تعداد تنفس برای دفع CO ₂ افزایش می‌یابد. |
| آلکالوز تنفسی | >۷/۴۵ | >۴۵ | حادث: طبیعی. مزمن: >۲۴ | کلیوی: کاهش ترشح H ⁺ و ترشح HCO ₃ ⁻ بدون ادرار روی: ریه‌ها با افزایش تعداد و عمق تنفس، CO ₂ بیشتری دفع می‌کنند. |
| اسیدوز متابولیک | >۷/۳۵ | >۴۵ | >۲۴ | تنفسی: هیپوونتیلاسیون سریعاً اتفاق می‌افتد ولی به علت هیپوکسی متعاقب آن، محدود می‌شود. |
| آلکالوز متابولیک | >۷/۴۵ | >۴۵ | >۲۶ | کلیوی: موثر است ولی در ترشح کمتر اسید و بیشتر باز، سرعت کندی دارد. |

برونکوسکوپ

هدف

- برای مشاهده مستقیم حنجره، نای و برونش‌ها با استفاده از برونکوسکوپ سخت یا فیبراپتیک
- برای معاینه دیداری تومورها، انسدادها، ترشحات یا اجسام خارجی در درخت تراش‌های برونشی

- کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک: با حرکت رو به جلو دریچه میترال هنگام سیستول و هیپرتروفی غیر قرینه دیواره بین بطنی مشخص می‌شود.
- ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد: ممکن است باعث حرکت متناقض یا عدم حرکت دیواره‌های بطنی شود.
- افیوژن پریکارد: تجمع مایع در فضای پریکارد باعث ایجاد فضای غیر طبیعی فاقد اکو می‌شود.
- در افیوژن وسیع: فشار ناشی از تجمع بیش از حد مایع باعث محدودیت حرکت پریکارد می‌شود.

الکتروکاردیوگرافی

هدف

- اندازه‌گیری پتانسیل الکتریکی از ۱۲ اشتقاق متفاوت؛ اشتقاق‌های اندامی استاندارد (I، II، III)، اشتقاق‌های اندامی تقویت شده (aV_R, aV_L, aV_F) و اشتقاق‌های جلوی سینه (از V_1 تا V_6)
- مشخص کردن اختلالات هدایتی، آریتمی‌های قلبی، ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد
- پایش بهبود پس از انفارکتوس میوکارد
- مستدل نمودن فعالیت ضربان‌ساز مصنوعی قلب

آماده‌سازی بیمار

- به بیمار لزوم بی‌حرکت خوابیدن، در آرامش بودن، و تنفس طبیعی را آموزش دهید.
- در پرسشنامه مربوط به آزمون، داروهای فعلی مصرفی برای قلب و اطلاعات مرتبط مانند درد قفسه سینه و وجود ضربان‌ساز مصنوعی قلب را یادداشت کنید.
- توضیح دهید که این آزمون بدون درد است و ۵ تا ۱۰ دقیقه به طول می‌انجامد.

مراحل انجام کار

- با استفاده از دو مدرک شناسایی، هویت بیمار را مورد تایید قرار دهید.
- بیمار را در وضعیت طاقباز یا سمی‌فالر قرار دهید و حریم شخصی او را حفظ کنید، لباس را از روی قفسه سینه، مچ پاها و مچ دست‌ها کنار بزنید.
- الکترودها را روی سطح درونی مچ دست‌ها، سطح داخلی مچ پاها (پایین ساق) و روی قفسه سینه قرار دهید و سپس سیم را متصل سازید.
- دکمه « شروع » را بزنید و هرگونه اطلاعات لازم را وارد سازید.
- مطمئن شوید که تمام اشتقاق‌ها روی نوار ظاهر شوند. اگر چنین نیست، مشخص کنید که کدام الکتروود شل شده است، آن را دوباره محکم کنید و گرفتن نوار را از سر آغاز کنید.

هشدار: تمام وسایل ثبت اطلاعات و سایر وسایل الکتریکی مجاور باید به خوبی مستحکم و به زمین متصل باشند. مطمئن شوید که الکترودها به خوبی متصل شده باشند.

مراقبت پس از انجام کار

- تجهیزات را قطع کنید، الکترودها را بردارید و ژل را با پارچه نخی نم‌دار از روی بدن بیمار پاک کنید.
- اگر بیمار دردهای راجعه قفسه سینه دارد یا اگر نیاز به الکتروکاردیوگرام‌های سریال است، برچسب‌های الکتروود را روی بدن بیمار باقی بگذارید.

نتایج طبیعی

- ضربان بین ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه است؛ ریتم طبیعی سینوسی
- موج P: قبل از کمپلکس QRS وجود دارد.
- فاصله PR: ۱۲٪ تا ۲۰٪ ثانیه طول می‌کشد.

- قطعه ST: بیش از 0.1mV نیست.
- موج T: بصورت گرد و یکنواخت است و در اشتقاق‌های I, II, III, V_3 , V_4 , V_5 , V_6 مثبت است.
- طول مدت فاصله QT: متغیر است ولی معمولاً بین ۳۶٪ تا ۴۴٪ ثانیه طول می‌کشد.

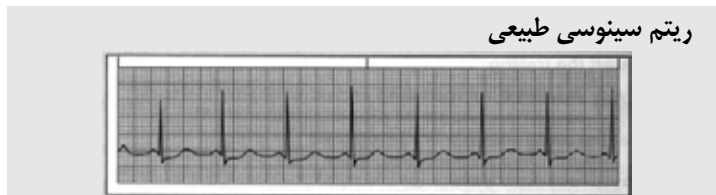
نتایج غیر طبیعی

- تعداد ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه: نشان دهنده کاهش ضربان قلب است.
- تعداد ضربان قلب بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه: بیانگر افزایش ضربان قلب است.
- فقدان موج‌های P: می‌تواند بیانگر بلوک دهلیزی بطنی (AV)، آریتمی دهلیزی یا ریتم پیوندگاهی باشد.
- کوتاه شدن فاصله PR: می‌تواند بیانگر آریتمی پیوندگاهی باشد؛ فاصله طولانی شده PR ممکن است نشان‌دهنده بلوک AV باشد.
- طولانی شدن شدن کمپلکس QRS: می‌تواند دال بر نقایص هدایتی داخل بطنی باشد؛ فقدان کمپلکس QRS: ممکن است مطرح کننده بلوک AV یا آسیستول بطنی باشد.
- بالا رفتن قطعه ST به میزان 0.2mV یا بیشتر از خط زمینه: می‌تواند نشان‌دهنده آسیب میوکارد باشد؛ افت قطعه ST: ممکن است بیانگر آسیب یا ایسکمی میوکارد باشد.
- وارونه شدن موج T در اشتقاق‌های I, II, V_3 تا V_6 : ایسکمی میوکارد؛ قله‌دار شدن موج T: هیپروکالمی یا ایسکمی میوکارد؛ نوسانات موج T: اختلالات الکترولیتی
- طولانی شدن QT: ممکن است مطرح کننده آریتمی‌های بطنی کشنده باشد.

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ / ۱۵ / ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

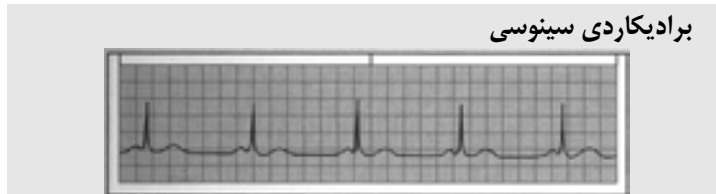
ریتم‌های قلبی

ریتم سینوسی طبیعی



| | |
|-------------|-------------------------|
| ریتم | منظم |
| تعداد ضربان | ۶۰ تا ۱۰۰ ضربه در دقیقه |
| موج P | طبیعی، روبه بالا |
| فاصله PR | ۰/۱۲ تا ۰/۲۰ ثانیه |
| کمپلکس QRS | ۰/۰۶ تا ۰/۱۰ ثانیه |

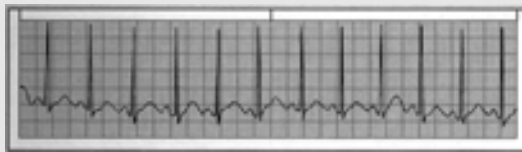
برادیکاردی سینوسی



| | |
|-------------|--------------------------|
| ریتم | منظم |
| تعداد ضربان | کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه |
| موج P | طبیعی |
| فاصله PR | ۰/۱۲ تا ۰/۲۰ ثانیه |
| کمپلکس QRS | ۰/۰۶ تا ۰/۱۰ ثانیه |

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ / ۱۵ / ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

تاکیکاردی سینوسی



| | |
|-------------|-------------------------|
| ریتم | منظم |
| تعداد ضربان | ۱۰۰ تا ۱۶۰ بار در دقیقه |
| موج P | طبیعی |
| فاصله PR | ۰/۱۲ تا ۰/۲۰ ثانیه |
| کمپلکس QRS | ۰/۰۶ تا ۰/۱۰ ثانیه |

انقباضات زودرس دهلیزی



| | |
|-------------|---------------------------------------------------------------|
| ریتم | نامنظم |
| تعداد ضربان | با توجه به ریتم زمینه‌ای متغیر است |
| موج P | زودرس و دارای شکل غیر طبیعی به همراه انقباضات دهلیزی زودرس |
| فاصله PR | معمولاً در محدوده طبیعی ولی بسته به کانون‌های نابجا متغیر است |
| کمپلکس QRS | ۰/۰۶ تا ۰/۱۰ ثانیه |

هشدار: پوشیدن ماسکی که محکم به صورت چسبیده است ممکن است باعث وقوع حمله اضطرابی (پانیک) شود.

نتایج طبیعی

- گاز بطور طبیعی در هر دو ریه انتشار می‌یابد.

نتایج غیر طبیعی

- گاز بطور غیر یکسان در دو ریه منتشر می‌شود: مطرح کننده تهویه ضعیف یا انسداد راه هوایی در نواحی است که فعالیت رادیواکتیو پایینی دارند.
- انسداد عروقی به همراه تهویه طبیعی (هنگامی که با اسکن پرفیوژن ریه انجام می‌شود): مطرح کننده کاهش خونرسانی در شرایطی مانند آمبولی ریوی است.
- ناهنجاری‌های همزمان تهویه و خونرسانی: مطرح کننده احتمال بیماری پارانشیمی ریه است.

تصویر برداری با تشدید مغناطیسی (MRI)

هدف

- تولید تصاویر رایانه‌ای از اعضای داخل بدن و بافت‌ها با استفاده از میدان مغناطیسی و امواج رادیوفرکانس
- بدست آوردن تصاویر اعضای داخلی بدن و بافت‌ها که به راحتی در کلیشه‌های رادیوگرافی استاندارد دیده نمی‌شوند.

آماده‌سازی بیمار

- بیماران وابسته به وسایل حمایت کننده حیات (life- support) از جمله ونتیلاتورها،

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

۲۱۴ پرستاری مراقبت ویژه در یک نگاه

- علایم حیاتی را پایش کنید و مراقب افت فشار خون وضعیتی باشید.

نتایج طبیعی

- نتایج بستگی به نوع MRI دارد.
- ساختار و عملکرد عضو مورد مطالعه در محدوده‌های طبیعی تعریف شده برای بیمار است.

نتایج غیر طبیعی

- نتایج بستگی به نوع MRI دارد.
 - ناهنجاری‌ها بستگی به عضو مورد مطالعه دارند.
- هشدار:** اشیاء فلزی مانند پمپ‌های داخلی عروقی، ونتیلاتورها، سایر وسایل فلزی یا تجهیزات مرتبط با رایانه که در محیط انجام MRI قرار دارند، ممکن است باعث تداخل شوند.

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

انواع MRI

| ناحیه مورد تصویر برداری | هدف | یافته‌های غیر طبیعی |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| شکم و لگن | <ul style="list-style-type: none"> مشاهده کبد، لوزالمعده، غدد فوق کلیوی، طحال، کلیه‌ها، عروق خونی و دستگاه‌های تناسلی مرحله‌بندی کارسینوم رحم، سرویکس و فرج (پولیپ) و سرطان پروستات | <ul style="list-style-type: none"> توپلاسم‌ها ناهنجاری‌های کلیوی ناهنجاری ساختارهای خلف سفالی |
| عروق خونی (آنژیوگرافی رزونانس مغناطیسی (MRI)) | <ul style="list-style-type: none"> کشف، تشخیص، و کمک به درمان بیماری‌های قلبی، سگته مغزی و بیماری‌های عروق خونی غربالگری استعداد خانوادگی برای آنوریسم‌های شریانی | <ul style="list-style-type: none"> آنژیواسکلروز بیماری آنورت و عروق خونی‌ای که خون‌رسانی به کلیه‌ها، ریه‌ها و پاها را به عهده دارند، باز بودن گرفت آنوریسم‌ها تنگی استنادها |
| داخل جمجمه‌ای | <ul style="list-style-type: none"> کمک به تشخیص ضایعات داخل جمجمه‌ای و نخاعی و ناهنجاری‌های بافت نرم | <ul style="list-style-type: none"> ادم مغزی آنوریسم بیماری‌های از بین برنده میلین ضایعات ادماتو ضایعات اسکالروز متعدد (MS) تومورهای پل مغز و مخچه تومورها سگته مغزی هیدروسفالی ایسکمی ناهنجاری‌های آرلوند - گیاری |
| پستان | <ul style="list-style-type: none"> مشاهده ضایعات پهنه پستانی التراسونگ بین تومورهای خوش خیم و بدخیم پستان کشف تومورهای پستان در خانموهای دارای ایمپلنت مرحله‌بندی سرطان پستان | <ul style="list-style-type: none"> ضایعات پهنه پستان تومورهای خوش خیم و بدخیم |

تعبیه راه هوایی بینی - حلقی

اول، راه هوایی را کنار صورت بیمار بگیرید تا از مناسب بودن اندازه آن مطمئن شوید (شکل پایین سمت راست). راه هوایی باید اندکی کوچکتر از قطر سوراخ بینی و اندکی بلندتر از فاصله بین نوک بینی تا نرمه گوش باشد.



برای گذاشتن راه هوایی، گردن بیمار را تا حد ممکن به عقب خم کنید (مگر اینکه ممنوع باشد). راه هوایی را با زل محلول در آب آغشته کنید. سپس نوک بینی را به بالا فشار دهید و راه هوایی را به

درون سوراخ بینی وارد کنید (مانند شکل روبرو سمت چپ). برای جلوگیری از آسیب بافتی و پیچ خوردن راه هوایی، از اعمال فشار مقابل مقاومت پرهیز کنید.



مطمئن شوید که هنگام تعبیه، قسمت اریب روبروی تیغه بینی قرار گیرد. برای بررسی جایگذاری صحیح راه هوایی، ابتدا دهان بیمار را ببندید. سپس

برای ارزیابی تبادل هوا انگشت خود را روی سوراخ لوله قرار دهید. همچنین با تیغه مخصوص زبان، آن را به پایین فشار دهید و نوک راه هوایی را پشت زبان کوچک بررسی کنید.

تعبیه راه هوایی از طریق دهان

(فقط در بیماران بیهوش استفاده می‌شود)



در صورتی که ممنوع نباشد، سر بیمار را تا حد ممکن به عقب خم کنید (شکل روبرو). قبل از اینکه از روش انگشتان روی هم (cross-finger) یا تیغه مخصوص زبان (tongue blade) استفاده کنید.



برای تعبیه راه هوایی به روش cross-finger، انگشت شست خود را روی دندان‌های زیرین بیمار و انگشت سیاه خود را روی دندان‌های فوقانی او بگذارید. به آرامی با فشار دندان‌ها به طرفین، دهان او را باز کنید (شکل روبرو).



برای اجتناب از فشار زبان به سمت حلق، راه هوایی را وارونه وارد کنید و آن را روی زبان بلغزانید تا به پشت دهان برسد. هنگامی که راه هوایی به دیواره خلفی حلق رسید آن را بچرخانید تا به سمت پایین اشاره کند (شکل روبرو).

برای استفاده از روش tongue blade، دهان بیمار را باز کنید و زبان بیمار را با تیغه به پایین فشار دهید. راه هوایی را روی پشت زبان هدایت کنید همانطوری که برای cross-finger انجام داده‌اید.

تست آلن (Allen)

برای اطمینان از کفایت خونرسانی دست، قبل از خون‌گیری از شریان رادیال تست آلن را انجام دهید.



دست بیمار را روی تشک یا پایه تخت قرار دهید و با حوله لوله شده مچ دست وی را هدایت کنید. از او بخواهید دستش را مشت کند. سپس با استفاده از انگشتان میانی و اشاره شریان‌های رادیال و اولنار را فشار دهید. چند ثانیه در همین حالت بمانید.



بدون برداشتن شریان‌ها از روی انگشتان از او بخواهید مشت خود را باز کند و دست‌های او را در حالت آرام نگه دارید. کف دست بی‌رنگ خواهد شد زیرا نشانه انگشتان جریان خون طبیعی دست‌ها را مختل کرده است.

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ مهارت‌های بالینی / ۱۲۱ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲



فشار را از روی شریان اولنار بردارید. اگر رنگ دست برگشت که نشان دهنده جریان خون در رگ‌هاست، با اطمینان می‌توانید به خون‌گیری از شریان رادیال ادامه دهید. اگر رنگ طبیعی دست برنگشت، آزمون را روی دست دیگر انجام دهید.

تشخیص موج شریانی غیر طبیعی

تشخیص موج شریانی طبیعی نسبتاً آسان است؛ هر چند کشف رمز موج غیر طبیعی بسیار سخت‌تر است. الگوها و نشانه‌های غیر طبیعی می‌تواند سر نخ‌های تشخیصی مهمی درباره وضعیت قلبی _ عروقی بیمار به دست دهد یا ممکن است به سادگی نشانگر مشکل موجود در مانیتور باشد. جدول زیر به تشخیص و رمز گشایی ناهنجاری‌های موج کمک می‌کند.

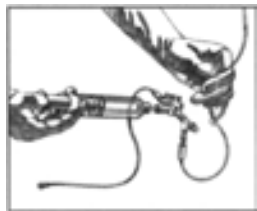
(جدول صفحه بعد)

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

- علائم خونریزی، هماتوم یا عفونت را کنترل کنید.
- وسیله و تجهیزات را طبق سیاست بخش خود منهدم کنید.

تنظیم سیستم پایش ICP

- یک حوله استریل را باز کنید. در محل استریل، یک سرنگ لوئرلاک ۲۰ میلی‌لیتری، سر سوزن شماره ۱۸G، کیسه ۲۵۰ میلی‌لیتری که با محلول نرمال سالین پر شده است (روکش بیرونی آن خارج شده است) و دستگاه میدل یکبار مصرف قرار دهید.
- دستکش استریل و گان بپوشید (طبق سیاست موسسه خود) و سرنگ ۲۰ میلی‌لیتری را با محلول نرمال سالین از کیسه IV پر کنید.



- درپوش تزریق را از خط عروقی بیمار برداشته و سرنگ را به آن وصل کنید. سه راهه سیستم را به سمت انتهای کوتاه خط عروقی بیمار ببندید و مایع را درون محفظه قطره‌چکان جریان دهید (طبق شکل روبرو).
- اجازه دهید چند قطره درون محفظه جریان (مانومتر)، لوله و دریچه یکطرفه درون کیسه درناژ جریان یابد (لوله و مانومتر را به آرامی پر کنید تا حباب‌های هوا را به حداقل برسانید. در صورت وجود حباب هوا آن را از سیستم خارج کنید). در بعضی از سیستم‌ها، سیستم درناژ خود را با مایع مغزی نخاعی بیمار تنظیم می‌کند.
- مانومتر را به میله IV در بالای تخت وصل کنید.
- محفظه قطره‌چکان را روی مانومتر بلغزانید تا آن را با نقطه صفر هم‌راستا سازید که باید در گوشه داخلی چشم بیمار باشد.
- در مرحله بعد، دستگاه میدل را به مانومتر وصل کنید.
- یک جفت دستکش استریل بپوشید.
- یک دستکش را از دستگیره بردارید و سه راهه را به سمت انتهای کوتاه خط عروقی بیمار ببندید.

مثال‌هایی از دو کد برنامه‌ای رایج

| :DDD | :VVI |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ضربان ساز: دهلیز و بطن | ضربان ساز: بطن |
| حس کننده: دهلیز و بطن | حس کننده: بطن |
| نوع پاسخ: مهاری و تحریکی | نوع پاسخ: مهاری |
| این نوع از ضربان ساز، رایجترین کد است | نوعی ضربان ساز حفره‌ای است که فقط در |
| چون اجازه می‌دهد سلول‌های ضربان ساز | صورت عدم انقباض داخلی قلب، بطن را |
| داخلی قلب هر جا که ممکن است عمل | تحریک می‌کند. |
| کنند. | |

استفاده از لباس ضد شوک بادی

پس از کنترل علائم حیاتی بیمار و توضیح درمان، برای استفاده از لباس ضد شوک آماده باشید. روی سطح صاف، لباس ضد شوک را همراه با نوارهای ولکرو باز کنید. تمام دریچه‌های سواره را باز کنید؛ سپس لوله پمپ پایبی را به دریچه روی واحد کنترل فشار وصل کنید. اگر بیمار نمی‌تواند به یک طرف بچرخد لباس را زیر او سر بدهید، و اگر می‌تواند به یک طرف بچرخد لباس را کنار وی قرار داده و با کمک فرد دیگری، لباس را به وی بپوشانید.

قبل از بستن لباس، هرگونه شی تیز مثل تکه‌های شیشه، کلید یا سگک را از وی دور کنید زیرا می‌تواند منجر به زخمی شدن بیمار یا پاره گشتن لباس شود. در صورت مقتضی، نقاط فشاری را پد گذاری کرده و از لائولین استفاده کنید تا پوست را از تحریک حفظ کنید.

لبه فوقانی لباس ضد شوک را درست زیر پایین‌ترین دنده قرار دهید. کمپارتمان ساق راست را دور ساق بیمار ببیچید. با بستن تمام نوارهای ولکرو از میچ تا ران، کمپارتمان را محکم کنید.

- سرنگ را از توپی دمندہ بالون جدا کنید.
- ۱/۵ سی سی هوا بہ درون سرنگ وارد کنید؛ سپس مجدداً سرنگ را بہ توپی وصل کنید.
- ہمزمان با مشاہدہ مانیتور، بہ آرامی و ملایمت هوا را بہ درون توپی تزریق کنید.
- هنگامی کہ موج گویہ مانند^۱ را روی مانیتور مشاہدہ کردید، بلافاصلہ دمیدن بالون را متوقف کنید. ہرگز بالون را فراتر از حجم ایجاد کنندہ علایم گویہ، باد نکنید.
- در انتہای بازدم اعداد مربوط بہ فشار را ثبت کنید.
- میزان هوای مورد نیاز برای تغییر موج مربوط بہ شریان ریوی بہ موج گویہ را یادداشت کنید (معمولاً ۱/۵- ۱/۲۵ سی سی است).
- **ہشدار:** اگر با وارد کردن کمتر از ۱/۲۵ سی سی هوا، رشتہ علایم گویہ ظاهر شد احتمالاً کاتتر بہ شاخہ دورتر حرکت کردہ و مجدداً باید وضعیت دادہ شود.
- **ہشدار:** اگر بالون در شاخہ دورتر قرار دارد ، رشتہ علایم ممکن است باعث بالا رفتن امواج اسیلوسکوپ شود؛ این مسئلہ بیانگر آن است کہ نوک کاتتر فشار بالون را بہ جای PWAP ثبت کردہ است. این امر می‌تواند منجر بہ پارہ شدن شریان ریوی شود.
- سرنگ را از پورت دمیدن بالون جدا کردہ و اجازہ دهید بالون بہ خودی خود تخلیہ شود.
- رشتہ علایم موجی شکل را تحت نظر بگیرید و مطمئن شوید کہ رشتہ علایم از علایم گویہ بہ رشتہ علایم طبیعی شریان ریوی برگشتہ است.

استفادہ از پالس اکسی‌متری

- یک انگشت را برای آزمایش دستگاہ انتخاب کنید.
- مطمئن شوید کہ بیمار ناخن مصنوعی ندارد یا از برق ناخن استفادہ نکرده است.

اصول تجویز دارو

احتیاط‌های لازم جهت تجویز دارو

- هرگاه دارو تجویز می‌کنید، این احتیاط‌ها را مشاهده کنید تا مطمئن شوید داروی صحیح را، برای بیمار صحیح، در زمان صحیح و از مسیر صحیح برای بیمار اجرا می‌کنید.
- دستور پزشک را کنترل کنید.
 - دستور تجویز برگ ثبت دارو را با دستور پزشک متخصص کنترل کنید.
 - برچسب را کنترل کنید.
- برچسب روی دارو را ۳ بار قبل از تجویز آن برای بیمار کنترل کنید تا مطمئن شوید در حال اجرای داروی تجویز شده در دوز مناسب و از مسیر مناسب هستید. زمانی که ظرف دارو را از کشو یا قفسه بر می‌دارید، دقیقاً قبل از ریختن دارو درون ظرف یا کشیدن آن درون سرنگ، و قبل از برگرداندن آن به کشو یا قفسه، دارو را کنترل کنید. اگر دارویی با دوز تک واحد را اجرا می‌کنید، برچسب آن را بلافاصله پس از ریختن دارو و مجدداً قبل از دور ریختن روکش برای بار سوم آن را کنترل کنید. داروی تک دوز را تا زمان تجویز آن در بستر بیمار، باز نکنید.
- از هویت بیمار مطمئن شوید.
- قبل از دادن دارو، با کنترل دو مشخص کننده هویت بیمار، از هویت بیمار مطمئن شوید. سپس مطمئن شوید که داروی صحیح را به همراه دارید. روش کار را به بیمار توضیح داده و خلوت وی را حفظ کنید.
- دستور نوشتاری داشته باشید.
- مطمئن شوید که برای هر دارویی که قرار است به بیمار داده شود، دستور نوشتاری دارید. اگر دستور، کلامی است مطمئن شوید که طبق سیاست بخش پزشک آن را در زمان مورد نظر امضاء می‌کند.
- داروی برچسب‌دار را اجرا کنید.

دارویی که در ظرف بدون برچسب، برچسب ناخوانا یا کثیف قرار دارد، را اجرا نکنید. بنابراین سعی نکنید خودتان داروها را برچسب بزنید؛ تنها متخصص داروشناس باید این کار را انجام دهد.

- داروها را پایش کنید.

هرگز دارویی را که فرد دیگری آن را آماده نموده است، اجرا نکنید. هرگز اجازه ندهید سینی یا تریالی دارو از دید شما دور شود. هرگز داروی آماده شده یا از لفاف در آمده را به ظروف استوک برنگردانید، بلکه آنها را دور ریخته و به داروخانه اطلاع دهید.

- به سوالات بیمار پاسخ دهید.

اگر بیمار در مورد داروی خود یا در مورد دوز دارد از شما سؤال می‌پرسد مجدداً برگه ثبت دارویی وی را کنترل کنید. اگر دارو صحیح است، به او اطمینان دهید که داروی وی صحیح است. وی را مطمئن سازید که تغییرات دارو یا دوز آن را به او اطلاع می‌دهید. در صورت نیاز در مورد عوارض ناخواسته احتمالی به او آموزش دهید، و او را تشویق کنید تا هر تجربه‌ای را گزارش کند.

تعیین خطرناک‌ترین داروها

تقریباً هر دارویی می‌تواند واکنش‌های ناخواسته‌ای را در بعضی از بیماران ایجاد کند، اما داروهای زیر در حدود ۹۰٪ تمام واکنش‌های گزارش شده را موجب شده‌اند.

- ضد انعقادها (هیپارین، وارفارین)
- داروهای قلبی (داروهای ضد فشارخون، دیگوکسین، مدرها، کینیدین)
- ضد میکروبها (سفالوسپورین‌ها، پنی سیلین، سولفانامیدها)
- گشادکننده‌های برونش (مقلدهای سمپاتیک، تتوفیلین)
- مواد تشخیصی (مواد حاجب اشعه X)
- هورمون‌ها (کورتیکواستروئیدها، استروژن‌ها، انسولین)
- داروهای سیستم عصبی مرکزی (ضد دردها، ضد تشنجه‌ها، خواب‌آورها، آرام بخش - خواب آورها)

سیستم حلقه بسته

- خود محتوی^۱ است، تغییرات سطوح گلوکز خون بیمار را حس کرده و به آن پاسخ می‌دهد.
- شامل حسگر گلوکز، کامپیوتر قابل برنامه‌ریزی، وسایل تأمین برق، پمپ و مخزن انسولین است.
- کامپیوتر، ارائه انسولین مداوم در مقادیر مناسب را تحریک می‌کند.

سیستم کاتتر بدون سر سوزن

- از کاتتر پلاستیکی ظریف که با استفاده از یک وسیله جایگذاری خاص و از طریق یک سر سوزن درون پوست جایگذاری شده است استفاده می‌کند.
- سر سوزن بیرون کشیده شده ولی کاتتر در محل خود باقی می‌ماند (در شکم، ران یا فلانک)
- کاتتر هر ۲-۳ روز تعویض می‌شود.

۵۰ داروی رایج مراقبت ویژه

جدول زیر اطلاعاتی در مورد داروهای رایج مورد استفاده در پرستاری مراقبت ویژه و همچنین موارد مصرف آن‌ها ارائه می‌کند.

| نام دارو | موارد مصرف |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ابسیکسیماب | • بصورت مکمل برای آنژیوپلاستی ترانس لومینال زیر جلدی عروق کرونر یا آرترکتومی • آنژین ناپایدار که به درمان طبی معمول پاسخ نداده و بیمار کاندید مداخله زیر جلدی عروق کرونر طی ۲۴ ساعت است. |

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ داروهای مایعات داخل وزیدی / ۲۶۷ ۰۶۶۴۸۱۹۵۲-۰۲۱

| نام دارو | موارد مصرف |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| آدنوزین | • تبدیل تکیکاردی فوق بطنی حمله‌ای به ریتم سینوسی |
| آپرازولام | • اضطراب |
| آنتیپلاز (فعال کننده پلاسمینوژن بافتی) | • تجزیه ترومبوز ها در انفارکتوس میوکارد حاد، آمبولی ریوی، یا وسایل دسترسی به عروق مرکزی |
| آمیودارون | • ایست قلبی، تکیکاردی بطنی بدون نبض، فیبریلاسیون بطنی • فیبریلاسیون دهلیزی • نارسایی قلب |
| آمیلودیپین | • آنژین پایدار مزمن • فشارخون بالا |
| آنتولول | • فشارخون بالا • آنژین پکتوریس • کاهش خطر مرگ مرتبط قلبی عروقی و انفارکتوس مجدد پس از انفارکتوس حاد |
| آتروپین سولفات | • برادیکاردی علامت‌دار، برادی آریتمی • قبل از عمل‌های جراحی جهت کاهش ترشحات و بلوک بازتاب‌های قلبی واگ |
| بومتانید | • نارسایی قلب |
| کلسیوم کلراید | • هیپوکالمی اورژانس • هیپرفسفاتی • تتانی هیپوکالسمی • هیپوکالمی با سمیت قلبی ثانویه |
| کلونیدین | • فشارخون بالا • پیشگیری سردردهای میگرنی • وابستگی مخدر • وابستگی الکل |

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۶۶۴۸۱۹۵۲-۰۲۱

تداخلات داروها و گیاهان

| گیاه | داروهای تداخل دهنده | اثرات احتمالی |
|---------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مهرزرد | گلیکوزیدهای قلبی، ضد پپاریتمی‌ها | ممکن است منجر به هیپوکالمی شود که ممکن است اثر ضد آریتمی‌ها و گلیکوزیدهای قلبی را تقویت کند. |
| | مدرهای تیازیدی، لیکوریک و سایر داروهای دفع کننده پتاسیم | افزایش اثرات دفع کننده پتاسیم |
| | داروهای که بطور خوراکی تجویز می‌شوند | خطر بالقوه کاهش جذب دارو زیرا سرعت انتقال GI را تسریع می‌کند. |
| زردقاله | ضد پلاکت‌ها، ضد انعقادها، انسولین، داروهای کاهش دهنده قند خون | کاهش چسبندگی پلاکت ممکن است سطوح سرمی انسولین را افزایش دهد در نتیجه منجر به کاهش قند خون شود، افزایش اثر داروهای دیابت |
| | ضد پلاکت‌ها، ضد انعقادها | کاهش تجمع پلاکتی و افزایش فعالیت لیز کننده لخته، طولانی شدن زمان خونریزی |
| فلفل | NSAID _s | ترشحات GI را تحریک می‌کند تا به حفظ دستگاه گوارش در مقابل تحریک گوارشی ناشی از NSAID کمک کند. ممکن است باعث تحریک سرفه شود. |
| | مهار کننده‌های ACE | افزایش جذب تتوفیلین، احتمال افزایش سطوح سرمی یا سمیت |
| | تتوفیلین | کاهش اثرات ناشی از افزایش ترشح کاتکول آمین |
| | مهار کننده‌های MAO | افزایش اثر سداتیو |
| | تضعیف کننده‌های CNS مثل اپیوئیدها، بنزودیازپین‌ها، باریتورات‌ها | |

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ / ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

| گیاه | داروهای تداخل دهنده | اثرات احتمالی |
|--------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| فلفل (ادامه) | آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامینی ۲، مهار کننده‌های پمپ پروتون | احتمال بالقوه کاهش اثر بخشی را به همراه دارد زیرا ترشح اسید را افزایش می‌دهد. |
| اگنینه | سرکوب کننده‌های سیستم ایمنی | ممکن است اثر داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را خنثی کند. |
| | داروهای هپاتوتوکسیک | ممکن است سمیت کبدی را با داروهای بالا برنده سطوح آنزیم‌های کبدی افزایش دهد. |
| | وارفارین | زمان خونریزی را افزایش می‌دهد بدون اینکه <i>INR</i> را افزایش دهد |
| پامچال | ضد تشنج‌ها | کاهش آستانه تشنج |
| گل مینا | ضد پلاکت‌ها، ضد انعقادها | ممکن است تجمع پلاکتی را کاهش و فعالیت لیز کننده لخته را افزایش دهد. |
| سیر | ضد پلاکت‌ها، ضد انعقادها | خطر مهار پلاکت را افزایش می‌دهد که منجر به افزایش اثر ضد انعقادی می‌شود. ممکن است سطوح سرمی انسولین را افزایش دهد که موجب کاهش قند خون شده و اثر افزایشی همراه با ضد دیابت‌ها دارد. |
| | انسولین، سایر داروهای کاهنده قند خون | خطر کاهش فشار خون افزایشی را به همراه دارد. |
| | داروهای ضد فشار خون | ممکن است خواص افزایشی کاهش دهنده چربی را داشته باشد. |
| زنجبیل | داروهای ضد چربی | ممکن است تهوع ناشی از شیمی درمانی را افزایش دهد. |
| | شیمی درمانی | |

انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ / ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

استفاده از حیطه‌های یادگیری برای آموزش به بیمار

فهم حیطه‌های یادگیری - شناختی، روانی حرکتی، و عاطفی - می‌تواند آموزش شما را دقیق‌تر و موثرتر سازد. با توجه به هر حیطه هنگام آموزش به بیمار، بهتر می‌توانید آنچه که بیمار نیاز دارد را بشناسید و آمادگی وی برای یادگیری را مشخص کنید. این مسئله به شما کمک می‌کند استراتژی‌های آموزشی خود را موثرتر سازید و نتایج مورد انتظار مناسب را تعیین کنید که به شما اجازه می‌دهد آنچه را که بیمار واقعاً یاد گرفته است ارزیابی کنید.

در هر حیطه، یادگیری می‌تواند در چند سطح که بطور فزاینده پیچیده می‌شود رخ دهد. قبل از هدف‌گذاری سطح اختصاصی هر حیطه، آنچه را که بیمارتان قادر به فهم آن است و توانایی عملکردی وی را ارزیابی کنید. اطلاعات زیر به شما کمک می‌کند سطوح اختصاصی یادگیری را در هر حیطه مشخص کنید (برای هر سطح، یک مثال از پیامد مورد انتظار برای بیمار بیان شده است).

حیطه شناختی

دانش: به یاد آوردن اطلاعات (بیمار می‌تواند علائم و نشانه‌های کاهش قند خون را بشناسد).

درک: فهم اطلاعات و توانایی نتیجه‌گیری (بیمار می‌تواند ارتباط بین مراقبت استومی و تمامیت پوست را بیان کند).

کاربرد: منطبق کردن قوانین با مشکلات خاص (بیمار هنگام اجرای تزریق زیر جلدی، از تکنیک استریل استفاده می‌کند).

تجزیه و تحلیل: شکستن اجزاء به عناصر جداگانه و تعیین ارتباط بین آنها (بیمار می‌تواند حقایق سرطان را از عقاید خرافی متمایز کند).

ترکیب: جمع کردن مجدد عناصر برای ایجاد مفاهیم جدید (بیمار می‌تواند از

ارزیابی؛ برآورد ارزش یک مسئله جهت هدف گذاری (بیمار می تواند اثربخشی تن آرامی عضلانی را برای تسکین درد مورد قضاوت قرار دهد).

حیطه روانی حرکتی

ادراک: آگاه بودن از محرک از طریق حسها (بیمار می تواند تفاوت بین نبض سریع و کند را مشخص کند).

تنظیم: آمادگی جهت انجام یا تجربه یک عمل خاص (بیمار قبل از گرفتن نبض، انگشت خود را بطور صحیح روی مچ خود قرار می دهد).

پاسخ هدایت شده: اجرای یک عمل (بیمار پانسمان خود را بطور صحیح عوض می کند).

مکانیسم: یادگیری یک رفتار تا ایجاد یک عادت (بیمار می تواند درجه حرارت روی ترمومتر شیشه ای دهانی را بدون نظارت بخواند).

پاسخ آشکار پیچیده: اجرای یک الگوی پیچیده حرکتی (بیمار می تواند فشار خون خود را بطور صحیح تا ۴ میلی متر جیوه اختلاف نسبت به فرد ماهر اندازه گیری کند).

تطابق: اصلاح پاسخ حرکتی برای حل کردن مسائل جدید (بیمار می تواند اصول کاربرد کیسه کلاستومی یکبار مصرف را با کیسه قابل استفاده مجدد، منطبق کند).

حیطه عاطفی

دریافت: حضور و اجازه تداوم یک محرک (بیمار اجازه می دهد لوله بینی - معده ای جایگذاری شود).

پاسخ دادن: واکنش اختیاری نسبت به محرک (بیمار جهت جایگذاری کاتتر ادراری همکاری می کند).

ارزش گذاری: پذیرش یک ارزش رفتاری ارجح جهت عمل کردن به آن (بیمار محدودیت های فالتی که برای او بر وی تحمیل می کند را می پذیرد).

برای صحبت کردن، بیمار هنگام بازدم، استوما را می‌پوشاند. هوای بازدم، درون نای طی مسیر می‌کند، سپس جریان هوا در انتهای پروتز را طی کرده و از طریق یک شکاف در انتهای مروی پروتز خارج می‌شود، این امر ارتعاش مورد نیاز جهت تولید صدا را فراهم می‌کند. تمام بیماران واجد شرایط لازم جهت سوراخ کردن نای- مری (روشی که به جایگذاری پروتز نیاز دارد) نمی‌باشند. توجهات لازم شامل وسعت برداشتن حنجره؛ وضعیت عضله حلقی - مری؛ اندازه و محل استوما؛ و وضعیت عاطفی و ذهنی بیمار، حدت بینایی و شنوایی، تطابق دستی چشمی، مهارت با هر دو دست و مهارتهای خود مراقبتی می باشد.

موضوعات آموزشی: سرطان ریه

- توضیح نوع اختصاصی سرطان ریه در بیمار
- آزمون‌های تشخیصی: برونکوسکوپی، CT اسکن، MRI، بیوپسی
- علائم و نشانه‌های فشار تومور بر ریه‌ها: کوتاهی نفس، خلط خونی، خستگی
- توقف سیگار
- دارو درمانی و عوارض جانبی احتمالی
- گزینه‌های درمان: شیمی درمانی، اشعه درمانی
- گزینه‌های جراحی: به محبت آموزش در مورد جراحی سرطان ریه مراجعه کنید.
- مراقبت قبل و بعد از عمل: سرفه و تنفس عمیق، اسپیرومتری تشویقی، جوراب‌های فشاری، کنترل درد، پایش همودینامیک، لوله قفسه سینه، مراقبت زخم، اکسیژن درمانی با تهویه مکانیکی بالقوه، تغییر وضعیت مکرر.
- عوارض بالقوه: متاستاز، نارسایی تنفسی
- اطلاعات منابع اجتماعی و گروه حمایتی؛ در صورت نیاز اطلاعات مرتبط با مراکز
- مراقبت در مراحل پایانی زندگی

آموزش در مورد جراحی سرطان ریه

اگر بیماری دارد که مبتلا به سرطان ریه بوده و برای وی جراحی برنامه‌ریزی شده است، نوع جراحی را با وی به بحث بگذارید در مورد نوع روش کاری که قرار است انجام شود توضیح دهید.



برداشتن یک لوب از ریه (لوبکتومی)

لوب سرطانی ریه را بر می‌دارد.



برداشتن یک سگمان

یک یا بیش از یک سگمان از ریه را بر می‌دارد به گونه‌ای که بافت سالم عملکردی را حفظ می‌کند.



برداشتن گوه‌ای

بافت ریه را بدون توجه به صفحات سگمنتال برمی‌دارد. این عمل برای سرطان‌های کوچک در بیماران با احتمال کم حفظ ریه انجام می‌شود.



برداشتن کامل ریه

تمام ریه سرطانی را بر می‌دارد.

پیشگیری از تشنج

- در مورد کنترل عواملی که می توانند موجب تسریع تشنج شوند به بیمار آموزش دهید.
- به او بگویید دوز دقیق داروی تجویزی را در زمان تجویز شده مصرف کند. فراموش کردن، دو برابر کردن دوز یا مصرف بیش از حد می تواند باعث ایجاد تشنج شود.
- به او توصیه کنید رژیم متعادل مصرف کرده و بطور منظم غذا بخورد. کاهش سطح گلوکز خون و عدم مصرف کافی ویتامین می تواند منجر به تشنج شود.
- به او آموزش دهید در مورد بوهای که می توانند محرک حمله باشند آگاه باشد. به بیمار و خانواده اش توصیه کنید بوهای قوی که در زمان تشنج متوجه آن می شوند را به خاطر بسپارند.
- در مورد محدود نمودن مصرف الکل به او هشدار دهید. او باید با مراقبت دهنده خود در مورد اینکه آیا می تواند نوشیدنی های الکلی بنوشد، صحبت کند.
- به او در مورد اهمیت خواب کافی تأکید کنید. خستگی بیش از حد می تواند موجب تسریع تشنج شود.
- به او بگویید که تب را در مراحل اولیه یک بیماری درمان کند. اگر نتواند تب را کاهش دهد، باید به مراقب دهنده خود اطلاع دهد.
- به او در مورد کنترل استرس کمک کنید. تکنیک های تن آرامی مثل ورزش تنفس عمیق را به او پیشنهاد دهید.
- به او در مورد اجتناب از عوامل محرک مانند نورهای درخشان، تهویه بیش از حد، صداها بلند، ضربات بلند موسیقی، بازی های ویدئویی و تلویزیون آموزش دهید.

موضوعات آموزشی: حمله مغزی

- توضیح نوع حمله در بیمار مورد نظر
- آزمون های تشخیصی: CT اسکن، اسکن PET، MRI، EEG
- علل و عوامل خطر حمله مغزی (به عوامل خطر حمله مغزی مراجعه کنید)
- علائم و نشانه های حمله (به مبحث علائم و نشانه ها توجه کنید)
- معیارهای ایمنی
- اکسیژن درمانی

- دارو درمانی و عوارض جانبی احتمالی
- گزینه‌های درمان: درمان جسمی، درمان حرفه‌ای، گفتار درمانی
- توصیه‌های مرتبط با رژیم غذایی: رژیم متعادل با مایع‌رسانی کافی؛ در صورت لزوم احتیاط‌های مرتبط با آسپیراسیون
- گزینه‌های جراحی: خارج کردن آمبولی، اندارترکتومی کاروتید
- مراقبت قبل و بعد از عمل: کنترل درد، پایش همودینامیک، پایش ICP، مراقبت از زخم، تهویه مکانیکی بالقوه.
- عوارض بالقوه: پنومونی آسپیراسیون، صدمه، عود حمله، نقایص عصبی
- اطلاعات مرتبط با منابع اجتماعی و گروه حمایتی
- مراقبت پیگیرانه

عوامل خطر حمله مغزی

بعضی از عوامل خطر قابل کنترل هستند و بعضی دیگر نه. در مورد عوامل خطری که وقوع حمله مغزی را افزایش می‌دهند به بیمار و خانواده‌اش آموزش دهید. تغییر عامل خطر می‌تواند شانس حمله مغزی را کاهش دهد.

عوامل خطر غیر قابل کنترل

- سن: در افراد بالای ۵۵ سال، به ازای هر یک دهه، خطر حمله مغزی دو برابر می‌شود.
- سابقه حمله: سابقه شخصی و خانوادگی حمله، خطر حمله را در فرد افزایش می‌دهد.
- نژاد: در آمریکایی‌های آفریقایی خطر وقوع حمله بیشتر است.
- جنس: خطر حمله در مردان بیشتر است اما مرگ و میر در زنان بالاتر است.
- سابقه حمله ایسکمی گذرا (TIA): یک یا بیش از یک بار TIA، خطر حمله را تا ۱۰ برابر بیشتر می‌کند.
- سابقه MI

عوامل خطر قابل کنترل

- فشار خون بالا
 - مریز، پیگار
 - دیابت ملیتوس
- انتشارات صبورا ۰۹۱۲۱۷۵۷۳۴۹ ۰۹۱۹۱۷۵۷۳۴۹ آموزش به بیمار / ۱۳۹۹ ۰۲۱-۶۶۴۸۱۹۵۲

- بیماری شریان کاروتید یا سایر شریان‌ها
- فیبریلاسیون دهلیزی
- بیماری قلبی
- کم‌خونی سلول داسی شکل
- افزایش کلسترول خون
- رژیم غذایی ضعیف
- عدم فعالیت جسمی
- چاقی

سایر عوامل خطر

- محل جغرافیایی: بیشتر حملات در ایالات متحده جنوبی رخ می‌دهند.
- وضعیت اقتصادی – اجتماعی: بعضی شواهد حاکی از وقوع بیشتر حملات در افراد کم درآمد می‌باشند.
- مصرف الکل یا مواد
- اختلال انعقادی یا سابقه لخته های خون
- میگرن: زنان مبتلا به میگرن و دارای اورا، ده برابر بیشتر در خطر حمله هستند.
- قرص‌های کنترل موالید: مصرف قرص‌های ضد بارداری هورمونی خطر حمله را دو برابر می‌کنند.

علائم و نشانه‌های حمله

- علائم و نشانه‌های مشخصی، شاخص‌های مهم حمله مغزی هستند.
- به بیمار و خانواده‌اش در مورد گزارش سریع این علائم و نشانه‌ها آموزش دهید:
- کرختی یا ضعف ناگهانی صورت، بازو یا ساق بویژه در یک طرف بدن
- گیجی، تکلم یا درک مشکل بصورت ناگهانی
- اختلال در بینایی یک یا هر دو چشم بصورت ناگهانی
- اختلال در راه رفتن، سرگیجه، فقدان تعادل یا تطابق بصورت ناگهانی
- سردرد شدید و بدون علت شناخته شده بصورت ناگهانی.