

تجربیات فراگیران

مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین علی (ع)

دفتر توسعه آموزش



تهیه کنندگان:

فرحناز صادق خرمی

بهاره بهرامپور

1401-1402

مقدمه:

یادگیری مرکز هویت انسانی و مشارکت اجتماعی است، یکی از روش‌های موثر کسب دانش و بهبود عملکرد در هر سازمان، استفاده از تجربیات دیگران است. به اشتراک‌گذاری انواع تجربیاتی که یک فراگیر در پروسه آموزش بالینی با آن‌ها برخورد دارد و شامل تجارب مثبت یا منفی و کسب تجربه‌های متفاوت در موضوعات مختلفی مانند مهارت‌های بالینی، مدیریت بیمار و ... می‌باشد، یک منبع بسیار مفید برای فراگیران بوده که در ارتقاء کیفیت یادگیری مهارت‌های بالینی موثر می‌باشد.

فهرست:

3.....	تشنج.....
8.....	انواع دستبند شناسایی بیمار.....
10.....	مسمومیت با دارو در کودکان.....
12.....	سل استخوان.....
15.....	عوارض داروهای شیمی درمانی.....
18.....	انواع واکنش‌های ترانسفوزیون خون.....
22.....	ارتباط با بیمار مبتلا به سایکوز.....
23.....	آمادگی قبل از MRI.....
25.....	مراقبت‌های بعد از کوله سیستومی.....
26.....	فوبیای بیمارستان.....
26.....	پای دیابتی.....
32.....	مواجهه شغلی.....

رشته دانشجوی: فوریت‌های پزشکی / جنسیت: مذکر / نام بخش: اورژانس

شرح: بیمار کودک یک ساله بود که دچار تشنج شده بود. قبل از لاین‌گیری داروی دیازپام از طریق رکتال تزریق کردند که مقدار برحسب وزن محاسبه شد و با استفاده از ماسک، اکسیژن تجویز شد.

درس آموخته شده:

تعریف تشنج:

تشنج در واقع تخلیه الکتریکی تعداد زیادی سلول‌های مغزی به طور همزمان است، که این تخلیه الکتریکی به صورت غیر طبیعی و نابجا اتفاق می‌افتد. تشنج باعث اختلال در حرکات کودک و یا رفتارهای آن و یا حتی باعث اختلال‌های حسی آنان می‌شود. به صورت کلی تشنج با انقباض عضلات و یا غش کردن کودک، پرش بعضی از اندامهای کودک، لرزش اندام‌ها و یا خیره شدن چشمان و... همراه است. تشنج عموماً بین چند ثانیه تا چند دقیقه به طول می‌انجامد.

با این که تشنج می‌تواند به دلایل متعددی اتفاق بیفتد اما دلیل بروز تشنج در کودکان هنوز ناشناخته است. عموماً برخی از دلایل عبارتند از:

- سابقه فامیلی تشنج
- عفونت‌هایی مانند مننژیت
- مشکلات پیش‌رونده مانند فلج مغزی
- ضربه به سر
- اختلالات متابولیسمی
- داروها
- سموم
- اختلالات عروق خونی
- خونریزی مغزی
- تب در کودکان
- بسیاری از مشکلات شناخته نشده

حدود یک چهارم کودکان مبتلا به صرع به برخی دیگر از اختلالات و بیماری‌ها نیز دچار هستند. این اختلالات شامل غش کردن، حبس نفس، وحشت و کابوس‌های شبانه، میگرن و اختلالات روانی می‌شود.

انواع تشنج:

پزشکان، به طور کلی تشنج را به دو نوع کانونی یا گسترده، بر اساس نحوه و مکان شروع فعالیت غیرطبیعی مغز، دسته‌بندی می‌کنند. اگر چگونگی ایجاد تشنج مشخص نباشد، به‌عنوان تشنج نامشخص دسته‌بندی می‌شود.

۱. تشنج کانونی یا فوکال

در بخش خاصی از مغز شروع می‌شود و بر اساس بخشی که در آن اتفاق می‌افتد، نام‌گذاری می‌شود. تشنج‌های کانونی یا فوکال می‌توانند تأثیرات جسمی و حسی را ایجاد کنند. ممکن است این نوع از تشنج موجب درک پدیده‌هایی شود که وجود ندارد. حدود ۶۰٪ افراد مبتلا به صرع، تشنج کانونی دارند که گاهی اوقات تشنج جزئی یا پارشیال نامیده می‌شود. بعضی مواقع، نشانه‌های تشنج کانونی می‌تواند با علائم بیماری‌های روانی یا انواع اختلالات عصبی اشتباه گرفته شود. پزشکان این نوع تشنج را به ۳ گروه تقسیم می‌کنند:

تشنج‌های کانونی ساده

تشنج کانونی ساده باعث تغییر درک حواس نسبت به محیط اطراف می‌شود. بوها یا طعم‌های عجیب و غریبی احساس می‌شود و انگشتان، بازوها یا پاها به‌طور ناگهانی منقبض می‌شود. همچنین ممکن است نورهای چشمک‌زن دیده شود و یا سرگیجه به وجود بیاید. فرد هوشیار است، اما ممکن است تعریق یا تهوع داشته باشد.

تشنج کانونی پیچیده

معمولاً در بخشی از مغز که احساسات و حافظه را کنترل می‌کند، اتفاق می‌افتد. در تشنج کانونی پیچیده ممکن است هوشیاری فرد از دست رود، اما هوشیار به نظر می‌رسد. حتی ممکن است حالاتی مانند اوق زدن، به هم فشردن یا گاز گرفتن لب‌ها، خنده یا گریه رخ دهد. از نظر طول مدت، تشنج پیچیده می‌تواند تا چند دقیقه طول بکشد.

تشنج ثانویه گسترده

در یک قسمت از مغز شروع شده و به سلول‌های عصبی در هر طرف گسترش می‌یابد. همچنین ممکن است بعضی از علائم بالینی تشنج گسترده، مانند پرش‌های تشنجی و انقباض عضلانی، وجود داشته باشند.

۲. تشنج گسترده یا جنرال

زمانی که سلول‌های عصبی در هر دو طرف از مغز سیگنال‌های غیرعادی و شدیدی ارسال کنند، این اتفاق می‌افتد. این سیگنال‌ها می‌توانند باعث ایجاد اسپاسم عضلانی، تاری دید و یا به زمین افتادن شوند. نوع تشنج همیشه یک یا

دو مورد نیست. شروع تشنج در برخی افراد می‌تواند یک نوع باشد، اما در ادامه تبدیل به یک نوع دیگر شود.

۶ نوع تشنج گسترده وجود دارد:

تشنج تونیک کلونیک

تشنج تونیک کلونیک یا صرع بزرگ، قابل توجه‌ترین نوع تشنج است. در این نوع تشنج، بدن سفت می‌شود و شروع به لرزش می‌کند. بازوها و پاها پرش ریتمیک دارند و با از دست دادن هوشیاری و بی‌اختیاری در دفع همراه است. این نوع تشنج معمولاً بین ۱ تا ۳ دقیقه طول می‌کشد و می‌تواند منجر به مشکلات تنفسی شود.

تشنج کلونیک

موجب اسپاسم عضلانی می‌شود، که اغلب ایجاد پرش‌های ریتمیک صورت، گردن و عضلات بازو می‌کند و ممکن است چند دقیقه طول بکشد.

تشنج تونیک

عضلات بازوها، پاها یا تنه سفت می‌شوند. معمولاً کمتر از ۲۰ ثانیه طول می‌کشد و اغلب زمانی که در خواب هستید، اتفاق می‌افتد. اما اگر در آن زمان ایستاده باشید، تعادل خود را از دست خواهید داد و به زمین می‌خورید. این مورد در افراد مبتلا به نوعی صرع شناخته شده به نام سندرم Lennox-Gastaut (نوعی صرع که در زمان کودکی آغاز می‌شود) رایج است.

تشنج آتونیک یا حملات سقوط

در این نوع تشنج فرد تمام کنترل عضلات خود را از دست داده و ممکن است سر به سمت جلو برود و اگر ایستاده باشد، ممکن است به زمین بخورد. معمولاً کمتر از ۱۵ ثانیه طول می‌کشد و در برخی افراد چندین بار رخ می‌دهد. به علت خطر سقوط، افرادی که احتمال تشنج آتونیک دارند، نیاز به پوشیدن چیزی شبیه یک کلاه ایمنی برای محافظت از سر خود دارند. احتمال این نوع تشنج در افرادی که مبتلا به سندرم لنوکس گاستو و نوع دیگری از صرع به نام سندرم دراوت یا سندرم صرع شیرخوارگی هستند، بیشتر است.

تشنج میوکلونیک

عضلات به‌طور ناگهانی دچار پرش می‌شوند، مانند زمانی که شما شوکه شده‌اید. ممکن است مانند تشنج آتونیک در همان قسمت مغز شروع شود. برخی افراد تشنج میوکلونیک و آتونیک را با هم دارند.

تشنج کوچک

در این نوع تشنج به نظر می‌رسد که از محیط اطراف خود جدا شده‌اید و به آنها پاسخ نمی‌دهید. هوشیاری خود را به‌طور مختصر از دست می‌دهید و علائمی مانند خیره شدن و پلک‌زدن چشم‌ها، حرکت چشم‌ها به سمت پشت سر به گونه‌ای که سفیدی چشم پیدا می‌شود و حرکات متعدد گوش و لب‌ها را دارید. معمولاً تنها چند ثانیه طول می‌کشد و ممکن است فرد اتفاقات رخ داده را به یاد نداشته باشد. در کودکان زیر ۱۴ سال رایج است.

درمان:

اگر تشنج به دلایلی غیر از صرع اتفاق بیافتد، معمولاً تکرار نمی‌شود، اما افرادی که صرع دارند تشنج‌های غیر ارادی مکرری را تجربه می‌کنند و باید داروهای ضد تشنج مانند: فنوباریتال، فنی توئین، کاربامازپین و... مصرف کنند. این داروها تا ۷۰ درصد تشنج را کنترل می‌کنند. برای کودکانی که درمان دارویی برای آن‌ها پاسخگو نیست، معمولاً رژیم غذایی خاصی به نام رژیم کتوژنیک تجویز می‌شود.

مراقبت‌های پرستاری:

- مشاهده و گزارش توالی ترتیب نشانه‌های به وجود آمده شامل: پیشامدها و اختلالات قبل از بروز تشنج، وقوع پیش درآمد یا اورا (دیداری، شنیداری، بویایی) تشخیص ناحیه شروع حرکات تشنجی، سفتی بدن، نوع حرکات به وجود آمده در بخش‌های درگیر بدن، وجود یا عدم وجود حرکات خودکار یا اتوماتیک هر دو مردمک، بی‌اختیاری در دفع ادرار مدفوع، طول مدت هر حمله تشنج، عدم هوشیاری در صورت بروز و طول مدت آن، وجود هر نوع فلجی یا ضعف آشکار در دست‌ها و پاها، عدم توانایی سخن گفتن و...

- پیشگیری از بروز آسیب دیدگی و حمایت از بیمار (هم حمایت جسمی و هم روحی)

- خلوت کردن اطراف بیمار

- قرار دادن بیمار بر روی زمین در صورت امکان

- باز کردن لباس‌های تنگ

- بالا بردن نرده‌های کنار تخت

- اگر قبل از بروز حمله اورا وجود دارد برای کاهش احتمال گاز گرفتن زبان یا لب، یک **airway** دهانی برای بیمار بگذارید.

- هرگز سعی در به زور باز کردن فک‌های بیمار که در اثر اسپاسم بسته شده‌اند و قرار دادن چیزی بین آن‌ها نکنید.

- هیچ کوششی در جهت محدود کردن بیمار در خلال تشنج نباید صورت گیرد.

- در صورت امکان بیمار را به یک پهلو خوابانده و سر وی را اندکی به طرف جلو خم نمایید.

تدابیر پرستاری بعد از بروز حملات تشنجی:

- اطمینان از باز بودن راه هوایی (قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلو)
- توجه به این امر که معمولا پس از تشنجهای بزرگ بیمار طی دوره‌ای دچار گیجی شده و دوره کوتاه قطع تنفس به وجود می‌آید.

- آشنا کردن بیمار نسبت به محیط پس از کسب هوشیاری
- حفظ خونسردی و آرامش در بیمار پس از حملات تشنجی

رشته دانشجوی: پرستاری / جنسیت : مذکر / نام بخش: اورژانس

شرح: در بخش اورژانس با وجود حساسیت بیمار به آمینوفیلین دستبند تگ پر خطر (قرمز) نداشت.

درس آموخته شده:

▪ شرح حال گیری

یکی از پایه ای ترین کارها در پزشکی شرح حال گیری است یک شرح حال خوب از یک بیمار می تواند سیر تشخیص و درمان را عوض کند.

مزایای یک شرح حال خوب

*در حین شرح حال نیز می توانیم وضعیت بیمار را بررسی کنیم و حتی قبل از آن که بیمار سخن بگوید، از آن آگاهی پیدا می کنیم، مانند: میزان استرس بیمار، شرایط عمومی بیمار و....

*با یک ارتباط خوب و حرفه ای می توانیم اعتماد بیمار را جلب کنیم، بسیاری از افراد از گفتن مشکلات خود ابا دارند، برخی خجالت می کشند و بعضی ها یک ترس درونی دارند که ارتباط موثر می تواند این موارد را کاهش دهد.

*کمک به تشخیص درست

*کاهش آزمایشات و تست های اضافه

*کاهش هزینه های وارد به بیمار و کاهش هزینه های تحمیل شده به سیستم بهداشتی

نکات کلی مصاحبه ماهرانه

روش های مصاحبه ماهرانه: گوش دادن فعال، پاسخ های هم دلانه، پرسش های راهنما، ارتباط غیر کلامی، اعتبار و اطمینان بخشی، شراکت، خلاصه کردن، گذار و عبور از یک مرحله به مرحله بعدی، قدرت بخشیدن به بیمار.

آمادگی: بررسی مدارک و پرونده پزشکی بیمار، تعیین هدف برای مصاحبه، بررسی رفتار بالینی و ظاهر شخص خودتان، تنظیم و مرتب کردن محیط اطرافتان جهت مصاحبه.

توالی مصاحبه: احوال پرسى با بیمار، برقراری یک رابطه دوستانه و توأم با درک و احترام، یادداشت برداری،

ترتیب دادن فهرست برای مصاحبه، تشویق بیمار به بازگو کردن داستان خود، شناسایی نشانه های عاطفی و احساسی بیمار و واکنش نشان دادن به آنها، بسط دادن و روشن ساختن گفته های بیمار، ارائه فرضیه تشخیصی و آزمون آن، به اشتراک گذاشت طرح و نقشه درمان، پایان دادن به مصاحبه و ملاقات، وقت گذاشتن برای تفکر در مورد رفتارها و باورهای خودتان.

▪ دستبند شناسایی بیمار

1- دستبند سفید در بیماران عادی

2- دستبند زرد در بیماران با ریسک خطر

الف) سقوط با کد F.R

ب) زخم بستر با کد B.S

ج) ترمبوز وریدی با کد D.T

د) تشنج با کد S.Z

ه) سوء تغذیه با کد M.N

ز) خودکشی با کد S.R

3- دستبند قرمز برای بیماران با آلرژی دارویی

کنترل وجود دستبند شناسایی در هر راند بالینی و تحویل شیفت و شناسایی صحیح بیمار قبل از انجام تمامی فرآیندهای درمانی و مراقبتی (ویزیت، تجویز دارو، تزریق خون، نمونه برداری و تصویربرداری پزشکی و ...)

رشته دانشجوی: فوریت های پزشکی /جنسیت : مونث / نام بخش: اورژانس

شرح: کودک 4 ساله ای با احتمال خوردن قرص به اورژانس منتقل شده با اینکه بیمار خوردن قرص را انکار می کرد و خانواده از صحت خوردن قرص آگاه نبودند و فقط احتمال داده می شد، برای بیمار لاواژ انجام شد و مشخص شد که بیمار قرص خورده بود.

درس آموخته شده:

برقراری ارتباط صحیح:

- ✓ اعتماد کودک را جلب کنید.
- ✓ کودکان بسیار تلقین پذیرند در گرفتن شرح حال از کودک نباید پاسخ سوالات را به آنها تلقین کرد.
- ✓ هیچ گاه با قطعیت به گفته های کودک اعتماد نکنید.
- ✓ با مادر کودک بیمار ارتباط موثری برقرار کنید.
- ✓ کودکان قدرت محدودی در بیان مشکلات خویش دارند، اظهارات مادر و معاینات بالینی را مد نظر قرار دهید.
- ✓ از کودکان بزرگتر بخواهید علت وقایع را با همکاری مادر بیان کند.
- ✓ در انجام معاینه هیچگونه حرکت ناگهانی انجام ندهید.

پیشگیری از مسمومیت با داروهای ناخواسته در کودکان:

کودکان زیر 5 سال، پر خطرترین گروه سنی از نظر بروز مسمومیت هستند. کودکان خردسال ممکن است هر چیزی را به دهان ببرند. این عمل بخشی از آموزش و درک این گروه سنی از محیط اطرافشان است و این عمل زمینه ساز بروز مسمومیت است .

بهترین و مطمئن ترین راه جهت جلوگیری از مسمومیت اتفاقی با این مواد این است که مواد مسمومیت زا کاملاً دور از دسترس بچه های کوچک نگهداری شوند و والدین یک بار در ماه داروها را بررسی و همه داروهای تاریخ گذشته را بیرون بریزند. از قرار دادن دارو در کیف دستی پرهیز کنید. لازم است قفل های ایمن بر روی درب کابینت نگهداری این مواد کار گذاشته شود یا این وسایل در قفسه های خارج از دسترس کودکان مانند ظروف قفل دار نگهداری شوند. بچه ها به سرپرستی و نظارت دائمی بزرگترها نیاز دارند همیشه پس از استفاده از مواد شیمیایی سریعاً درب آن را ببندید و هرگز توانایی بچه ها را در باز کردن ظروفی که به ظاهر ایمن هستند، نادیده نگیرید.

علائم رایج

- ✓ برادی کاردی یا تاکی کاردی، کاهش یا افزایش فشار خون
- ✓ کاهش یا افزایش دمای بدن
- ✓ تغییرات مردمک چشم: تنگ شدن مردمک (میوز) یا گشاد شدن مردمک (میدریاز)
- ✓ علائم گوارشی
- ✓ ضعف و بی حالی و یا کاهش سطح هوشیاری

اقدامات اورژانسی:

ابتدا باید از فرد مسموم یک ارزیابی اولیه و سریع به عمل آید و چنانچه وضعیت فرد بحرانی باشد و نیاز به اقدامات احیا داشته باشد، ابتدا فرد را به وضعیت **Stable** درآورده و سپس اقدامات اختصاصی احیا را شروع کنید.

1- جلوگیری از جذب بیشتر ماده سمی یا دارو (آلودگی زدایی سطحی، رقیق کردن با موادی مثل آب یا شیر و سایر نوشیدنی ها برای مواد سمی خورنده، القای استفراغ در مواردی مثل مسمومیت دارویی، تجویز شارکول فعال، لاواژ معده، شستشوی کامل روده (WBI))

2- افزایش دفع سموم و داروهای جذب شده (قلیایی کردن ادرار و حذف از خون)

3- درمان های اختصاصی و استفاده از آنتی دوت ها

4- آموزش پیشگیری از مسمومیت مجدد به والدین

رشته دانشجوی: پرستاری / جنسیت: مذکر / نام بخش: داخلی

شرح: بیمار یک سال کمر درد و پا درد داشته و نادیده گرفته و مراجعه نکرده است بعد از یک سال به دلیل درد شدید کمر، پا و لگن مراجعه کرده است و مشکوک به سل استخوان و استئومیلیت است.

درس آموخته شده:

چند مورد از شایع‌ترین علل کمردرد:

شکستگی‌ها: مهره‌های کمر می‌تواند در اثر سوانحی مثل تصادف و یا سقوط از ارتفاع دچار شکستگی شوند. شرایطی مثل پوکی استخوان احتمال شکستگی را زیاد می‌کند.

مشکلات مربوط به دیسک بین مهره‌ای: دیسک‌ها ممکن است گاهی در محلی که قرار دارند به سمت نخاع برجسته شوند و با تحت فشار قرار دادن طناب نخاعی باعث ایجاد درد شوند. همچنین ممکن است حتی دیسک دچار پارگی شود. از طرفی این دیسک‌ها با افزایش سن مسطح شده و اثر حفاظتی خود را از دست می‌دهند.

مشکلات ساختاری: تنگی نخاع زمانی اتفاق می‌افتد که ستون در برگرفته طناب نخاعی بسیار تنگ شده و به نخاع فشار وارد کند. تنگی نخاع می‌تواند باعث ایجاد درد شدید کمر و درد سیاتیک شود. اسکولیوز (انحنای غیر طبیعی مهره‌های کمری) می‌تواند سبب ایجاد درد، سختی در راه رفتن و محدودیت حرکات کمر شود.

آرتروز (التهاب مفاصل): استئوآرتروز شایع‌ترین نوع التهاب مفاصل بوده که می‌تواند کمر درد ایجاد کند. اسپوندیلیت انکیلوزان بیماری است که می‌تواند کمر درد، التهاب و محدودیت در حرکات ایجاد کند.

بیماری‌ها: تومورهای طناب نخاعی، عفونت‌ها و بعضی از انواع سرطان‌ها می‌تواند باعث ایجاد کمر شود. شرایط دیگری مثل سنگ کلیه و آنوریسم آئورت هم کمر درد ایجاد می‌کنند.

اسپوندیلولولیس‌تیزیس: این بیماری باعث لغزش مهره‌ها در جای خود شده و کمردرد و پا درد ایجاد می‌کند.

استئومیلیت Osteomyelitis به معنای عفونت و التهاب استخوان یا مغز استخوان است. در این بیماری هر یک از استخوان‌های بدن ممکن است درگیر شود. در بزرگسالان استئومیلیت در استخوان‌های ستون فقرات (مهره‌ها) ایجاد می‌شود.

انواع عفونت استخوانی

1. استئومیلیت حاد

در فرم حاد، عفونت ظرف ۲ هفته پس از آسیب، عفونت اولیه یا شروع بیماری زمینه‌ای ایجاد می‌شود. درد می‌تواند شدید و شرایطی می‌تواند برای زندگی خطرناک باشد.

2. استئومیلیت تحت حاد (ساب اکیوت)

در فرم تحت حاد، عفونت یکی دو ماه بعد از آسیب، عفونت اولیه یا شروع یک بیماری زمینه ای ایجاد می شود. درمان به شدت و وجود آسیب استخوانی بستگی دارد.

3. استئومیلیت مزمن

در استئومیلیت مزمن، عفونت حداقل ۲ ماه پس از آسیب، عفونت اولیه یا شروع بیماری زمینه ای آغاز می شود.

علائم عفونت استخوان

علائم عفونت استخوان بسته به شدت و نوع عفونت متفاوت است اما به طور کلی با چنین علائمی خود را نشان می دهد:

- ✓ ترشح مزمن چرک از پوست
- ✓ تورم و گرم شدن استخوان مبتلا به عفونت
- ✓ قرمزی پوست قرار گرفته بر روی استخوان مبتلا به استئومیت
- ✓ بالا رفتن درجه حرارت بدن یا تب به دلیل فعالیت بیش از حد میکروب ها
- ✓ درد شدید در استخوانی عفونی شده است
- ✓ احساس درد با لمس استخوان آسیب دیده
- ✓ اختلال در رفتن و لنگیدن هنگام راه رفتن

چه افرادی بیشتر در خطر ابتلا به عفونت استخوان هستند؟

عفونت استخوان یا استئومیلیت در هر فردی می تواند بوجود آید با این حال شرایط زیر زمینه بروز آنرا آماده تر می کنند:

- ✓ شکستگی یا خونریزی در داخل استخوان
- ✓ وجود پروتز یا پیچ و پلاک فلزی در داخل استخوان بدنبال عمل جراحی قبلی
- ✓ عمل جراحی اخیر در استخوان
- ✓ ضعیف بودن سیستم ایمنی مانند ابتلا به ایدز، مصرف داروهای شیمی درمانی یا حاوی کورتن و یا نارسایی مزمن کلیه، کبد یا قلب
- ✓ مصرف مواد مخدر تزریقی یا اعتیاد به الکل

✓ سابقه قبلی عفونت استخوان

✓ اختلال در حس لمس پوست و به دنبال آن زخم های پوستی و سپس عفونت استخوان، بطور مثال در دیابت.

نحوه تشخیص عفونت استخوان

1. **آزمایش خون:** هیچ آزمایش خونی بیانگر ابتلا و یا عدم ابتلا به استئومیلیت نیست. با این حال آزمایش

خون به پزشک سرنخ هایی برای انجام آزمایش های بیشتر داده و کمک می کند تا درمان های مورد نیاز را برای بیمار انجام دهد.

2. **تصویربرداری:** اگرچه رادیولوژی اشعه ایکس هرگونه آسیب استخوانی را نشان می دهد، با این وجود در بیماران مبتلا به عفونت حاد استخوان باید چندین هفته از شروع عارضه گذشته باشد تا آسیب استخوانی در رادیولوژی قابل مشاهده باشد و متاسفانه ممکن است این زمان برای تشخیص بیماری و شروع درمان دیر باشد. بنابراین سایر روش های تصویربرداری مانند ام آر آی، اسکن استخوان و توموگرافی کامپیوتری در مراحل اولیه برای کمک به تشخیص این بیماری بسیار کمک کننده هستند.

3. **نمونه برداری استخوان:** نمونه برداری از استخوان نوع میکروبی که باعث ایجاد عفونت شده را مشخص می کند. اگر نوع میکروب مشخص شود، پزشک می تواند آنتی بیوتیک مناسب برای درمان عفونت را تجویز کند. نمونه برداری باز نیازمند بیهوشی و جراحی برای دسترسی به استخوان است. در برخی از موارد جراح به کمک یک سوزن بلند از طریق پوست به استخوان دسترسی پیدا کرده و نمونه برداری را انجام می دهد. این نمونه برداری نیازمند بیحسی موضعی برای بیحس کردن محل وارد کردن سوزن است. رادیولوژی اشعه ایکس و دیگر روش های تصویربرداری محل دقیق وارد کردن سوزن را مشخص می کند.

روش های درمانی این عارضه می توانند شامل موارد زیر باشند:

✓ درمان آنتی بیوتیکی (خوراکی یا وریدی)

✓ دبریدمان کافی (خالی کردن منطقه عفونی) کلید کنترل عفونتهای استئومیلیت پس از سانحه است.

✓ در صورتیکه جسم فلزی مانند پیچ یا پلاک در استخوان وجود دارد باید آنها را خارج کرد

✓ عمل جراحی و خارج کردن استخوان و بافت عفونی

✓ قطع عضو (به عنوان آخرین راه)

عوارض عدم درمان به موقع استئومیلیت:

در صورت درمان به موقع، نتیجه آن خوب خواهد بود ولی در صورت تاخیر یا عدم درمان ممکن است عوارض زیر ایجاد شود:

- ✓ انتشار عفونت از طریق جریان خون به سایر اندام ها
- ✓ سرایت عفونت به مفصل مجاور استخوان و ایجاد آرتریت سپتیک (عفونت مفصلی)
- ✓ تخریب صفحه رشد استخوان و متوقف شدن رشد استخوان و کوتاهی آن و یا رشد نامتقارن و تغییر شکل استخوان
- ✓ تخریب شدید یا استخوان و از بین رفتن قسمتی از آن
- ✓ 5. ضعیف شدن استخوان و شکستگی های پاتولوژیک استخوان

رشته دانشجوی: پرستاری / جنسیت: مونث / نام بخش: جراحی

شرح: بیمار در بخش شیمی درمانی برای دریافت دارو مراجعه کرده بود. بیمار یک دقیقه بعد از وصل سرم حاوی دارو دچار دیس پنه و تعریق شدید و افت فشار خون و کاهش اکسیژن خون شد. بلافاصله سرم قطع شد و اکسیژن با کانونا سه لیتر داده شد و داروی کلوماستین به بیمار به صورت IV داده شد.

درس آموخته شده:

عوارضی که ممکن است داروهای شیمی درمانی در بدن ایجاد کنند بستگی به ترکیب دارویی و شدت واکنش بدن نسبت به آن دارو دارد. حساسیت با بعضی از داروها ایجاد می شود و در حین تزریق دارو روی می دهد. حساسیت ممکن است به صورت ایجاد بثورات جلدی، احساس گرگرفتگی، قرمز شدن پوست و افت فشار خون بروز کند. در چنین مواردی نیاز است که از داروهای ضد حساسیت استفاده شود و در صورت افت فشارخون، مایع درمانی انجام شود.

به طور معمول علائم و نشانه های جدی حساسیت دارویی در عرض یک ساعت پس از مصرف دارو اتفاق می افتد ولی علائم کم خطر ممکنه تا چند هفته بعد ایجاد شوند

علائم و نشانه ها ممکن است شامل موارد زیر باشند:

- ✓ راش پوستی: ناحیه ای آسیب دیده یا متورم از پوست (ضایعه پوستی) که میتواند دچار قرمزی و خارش یا درد شود
- ✓ کپیر
- ✓ خارش و خاریدن بدن
- ✓ تب
- ✓ ورم کردن (باد کردن تکه ای از پوست)
- ✓ تنگی نفس

✓ خس خس صدا

✓ آبریزش بینی

• خارش چشم و اشک ریختن و آب ریزش چشم

یک حالت نادر اما خطرناک و تهدید کننده‌ی حیات که اگر اقدامات مناسب صورت نگیرد میتواند منجر به مرگ شود.

علائم آنافیلاکسی شامل سختی در تنفس، حالت تهوع و درد شکم، گیجی و از دست رفتن هوشیاری (بی هوش شدن) و پایین افتادن فشار خون است.

چه داروهایی معمولاً باعث واکنش آلرژیک می شوند؟

هر دارویی می تواند باعث واکنش آلرژیک شود. چند مورد از رایج ترین آنها عبارتند از:

✓ پنی سیلین ها (مانند آمپی سیلین یا آموکسی سیلین)

✓ داروهای سولفا

✓ آسپرین و سایر داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی

✓ واکسن ها.

✓ داروهای ضد تشنج

✓ داروهای پرکاری تیروئید

✓ آنتی بیوتیک ها، مانند پنی سیلین

✓ داروهای شیمی درمانی برای درمان سرطان

✓ داروهای برای بیماری های خود ایمنی، مانند آرتريت روماتوئید

✓ مسکن ها مانند آسپرین، ایبوپروفن (Advil)، (Motrin IB و ناپروکسن سدیم Aleve)

بعضی مواقع علیه یک دارو واکنشی با علائم مشابه آلرژی دارویی ایجاد می شود اما علت آن آلرژی و واکنش سیستم ایمنی نیست به این شرایط واکنش افزایش حساسیت غیر آلرژیک یا واکنش سود و آلرژیک دارویی (شبه آلرژیک دارویی) می گویند. داروهایی که بیشتر این شرایط را ایجاد می کنند شامل:

✓ آسپرین

✓ ماده حاجب، که برای عکس برداری پزشکی استفاده می شود

✓ ضددردها

شوک آنافیلاکتیک یک واکنش آلرژیک شدید و تهدیدکننده زندگی است. این واکنش در عرض چند ثانیه تا چند دقیقه پس از قرار گرفتن در معرض ماده حساسیت‌زا رخ دهد. آنافیلاکسی باعث می‌شود که سیستم ایمنی مقادیر زیادی از مواد شیمیایی التهابی را در خون آزاد کند و یک طوفانی التهابی را در بدن کلید بزند. نتیجه چنین اختلالی، افت شدید و ناگهانی فشارخون، منقبض شدن مجاری تنفسی و تپش قلب است. به ندرت ممکن است ظاهر شدن علائم تا نیم ساعت و یا بیشتر نیز طول بکشد. علائم و نشانه‌های شوک آنافیلاکسی عبارت‌اند از:

- واکنش‌های پوستی نظیر کهیر، خارش، برافروختگی یا رنگ‌پریدگی
- افت ناگهانی فشار خون
- انقباض مجاری تنفسی و تورم زبان و گلو
- خس‌خس سینه و مشکلات تنفسی
- نبض ضعیف و گاهی تپش قلب
- حالت تهوع، استفراغ یا اسهال
- سرگیجه یا غش

در طی حمله آنافیلاکسی اگر تنفس فرد متوقف شود و یا قلب از تپش باز ایستد، احیای قلبی ریوی (CPR) بلافاصله در دستور کار قرار می‌گیرد. همچنین تجویز داروهای زیر نیز محتمل است، از جمله:

- اپی نفرین (آدرنالین) برای کاهش شدت پاسخ آلرژیک و باز شدن مجاری تنفسی
- اکسیژن برای کمک به تنفس
- آنتی‌هیستامین و کورتیزون داخل وریدی (IV) برای کاهش التهاب مجاری هوایی و بهبود تنفس
- بتا آگونیست مانند آلبوترول برای تسکین علائم تنفسی

اروی کلماستین به گروهی از داروها با عنوان آنتی‌هیستامین‌های آرام بخش تعلق دارد که معمولاً برای از بین بردن آلرژی‌هایی مانند تب یونجه و شرایط پوستی آلرژیک به کار می‌رود. این علائم به دلیل واکنش سیستم ایمنی (ترشح هیستامین) نسبت به آلرژن‌ها ایجاد می‌شود.

کلماستین یک داروی آنتی‌هیستامین مشتق از اتانول آمین می‌باشد گیرنده های H1 هیستامینی را در عروق، مجاری تنفسی و مجاری گوارشی بلوک (مسدود) می‌کند. اثرات آنتی‌کولینرژیکی و خواب‌آوری نیز دارد. کلماستین با هیستامین برای اتصال به گیرنده های H1 رقابت کرده و آن‌ها را از دسترس هیستامین دور کرده و باعث بهبود علائم آلرژیک حاصل از هیستامین می‌شود.

موارد منع مصرف

تداخلات دارویی

استیل کولین ، آلپرازولام ، آمی تریپتیلین ، ترانیل سیپرومین ، سالمترول ، فنوباربیتال ، کلوزاپین ، کافئین ، ایزوکربوکسازید ، پتاسیم سترات ، سدیم اکسی بات ، گلیکوپیرونیوم توسیلات ، لاسمیدیتان

دارو های مشابه

لوراتادین ، هیدروکسی زین ، کلرفنیرامین ، ستیریزین ، ترفنادین ، بیوتاستین ، آزاتادین ، کاربینوکسامین ، فنین دامین ، پیریلامین (مپیرامین) ، تریمپرازین ، تریپل انامین ، تریپرولیدین

حساسیت به این دارو ، بیماری های دستگاه تنفسی تحتانی مثل آسم ، زنان شیرده ، نوزادان

تداخل های دارویی :

در صورت مصرف همزمان با داروهای پایین آورنده فشارخون و داروهای تضعف CNS ممکن است باعث افزایش اثر آنها گردد. مصرف این دارو با داروهای سمی برای گوش ممکن است علائم مسمومیت گوشه آنها از جمله وزوز گوش را بپوشاند.

رشته دانشجوی: فوریت های پزشکی /جنسیت: مونث / نام بخش: اورژانس

شرح: CPR کردن و ماساژ قلبی که باعث شد فشار خون سیستولیک بیمار برگردد و بیمار اینتوبه شد. برای بیمار دیگوکسین و pack cell تزریق شد که بیمار به آن واکنش داد.

درس آموخته شده:

انواع واکنش های ترانسفوزیون خون:

واکنش های همولیتیک حاد انتقال خون (AHTRs)

واکنش های همولیتیک انتقال خون، نتیجه تخریب گلبول های قرمز ناسازگار با واسطه سیستم ایمنی است. این واکنش ها به ندرت اتفاق می افتد اما می توانند کشنده باشند.

واکنش های همولیتیک حاد ترانسفوزیون خون واکنشی است که در مدت 24 ساعت پس از ترانسفوزیون اتفاق می افتد. ناسازگاری ABO علت اغلب این واکنش هاست. ناسازگاری معمولاً به دنبال اشتباهات دفتری روی می دهد. اشتباه در تعیین هویت بیمار یا نمونه های خون یا اشتباه در ارسال فرآورده یا هنگام تجویز فرآورده های خونی اتفاق

می افتد. واکنش حاد همولیتیک ناشی از ABO به شکل همولیز داخل عروقی سریع می باشد. اولین و شایع ترین علامت کلینیکی همولیز حاد، تب می باشد (افزایش حرارت بیش از یک درجه سانتی گراد). تب ممکن است با لرز همراه باشد. بیمار ممکن است علائم سوزش و خارش طولانی در مسیر ورید و کمر درد را گزارش کند. در بیمارانی بیهوش، نشت خون به صورت جنرالیزه از کاتترهای جراحی یا داخل عروقی، هموگلوبینوری و کاهش فشار خون بدون دلیل ممکن است علائم بروز AHTRS باشد.

علائم و نشانه های واکنش همولیتیک حاد انتقال خون			
قلبی	کلیوی	هماتولوژیک	عمومی
درد قفسه سینه	هموگلوبینوری	نشت خون از تمام منافذ	تب و لرز
هیپوتانسیون	الیگوری	خونریزی غیر قابل کنترل	برافروختگی
هیپرتانسیون	آنوری	DIC	تهوع و استفراغ
تاکیکاردی			تنگی نفس، درد در محل تزریق، کهیر
			کمر درد، درد در ناحیه پهلو و شکم

شدیدترین عوارض AHTRS هیپوتانسیون، نارسایی کلیه و DIC می باشد. افزایش فشار خون ممکن است دیده شود ولی شیوع آن بسیار کمتر از هیپوتانسیون است. افت فشار خون شدید بوده و ممکن است تا حد شوک نیز پیشرفت کند. نارسایی کلیه به دنبال کاهش فشار خون، انقباض واکنشی و انسداد عروق ریز کلیوی ناشی از ترومبین روی می دهد و با ایسکمی توبولهای کلیه همراه است. اکثر بیماران فعالیت طبیعی کلیه را بعد از گذشت چند روز حداکثر تا 3 هفته به دست می آورند. به طور کلی مرگ و میر به حجم خون ناسازگار تزریق شده بستگی دارد. درمان سریع و شدید هیپوتانسیون، DIC و نارسایی کلیه از نارسایی سایر ارگان ها و مرگ بیماران جلوگیری خواهد کرد.

در بیماری که علائم و نشانه های بالینی حاکی از همولیز دیده می شود ترانسفوزیون باید بلافاصله متوقف شود. و اولین کارکنترل علائم حیاتی، توجه به شکایات بیمار و اندازه گیری برون ده ادراری است. رگ مناسب باید با نرمال سالین باز نگه داشته شود. برچسب کیسه خون و مشخصات بیمار بازبینی و تایید شوند و نمونه خون جهت ارزیابی از بیمار گرفته و به آزمایشگاه ارسال گردد.

نمونه اولین ادراری که بیمار بعد از ترانسفوزیون دفع می کند از نظر هموگلوبینوری بررسی شود. کیسه خون برای کشت میکروبی به آزمایشگاه ارسال شود. اگر شک به ناسازگاری ABO وجود داشته باشد تست های انعقادی باید بررسی شوند.

واکنش تب زای غیر همولیتیک (FNHTRS)

واکنش های تب زای غیر همولیتیک ناشی از انتقال خون FNHTRS در دریافت کننده های فرآورده های خونی

هنگامی روی می دهد که افزایش درجه حرارت به میزان یک درجه سانتی گراد یا بیشتر در غیاب سایر علل شناخته شده ی تب بروز کند. واکنش ممکن است در جریان تزریق یا 2-1 ساعت پس از آن اتفاق بیفتد. علائم همراه شامل احساس سرما یا لرز و ندرتا تهوع می باشد. هرچند این واکنش خود محدود شونده است اما اهمیت بالینی آن بسیار زیاد است.

FNHTRS شایع ترین واکنش ناشی از ترانسفوزیون می باشد. این واکنش بیشتر به دنبال تزریق پلاکت اتفاق می افتد. همچنین در افرادی که سابقه ی ترانسفوزیون های مکرر دارند و زنانی که حاملگی های متعدد داشته اند بیشتر دیده می شود.

FNHTRS به طور تیپیک خوش خیم است و معمولاً بدون عارضه به طور کامل از بین می رود. تب و دیگر علائم در بیشتر موارد 2-1 ساعت بعد از ترانسفوزیون از بین می رود. تب مقاوم که بیشتر از 24-18 ساعت طول می کشد احتمالاً به ترانسفوزیون مربوط نمی باشد.

درمان:

اولین قدم در کنترل واکنش تزریق خون، قطع ترانسفوزیون است. مسیر رگ باید با نرمال سالین باز نگه داشته شود. هویت بیمار و شماره فرآورده خونی باید چک شود تا اطمینان حاصل شود که فرآورده ی تزریق شده برای آن گیرنده در نظر گرفته شده است. کیسه خون و نمونه های خون بعد از تزریق و نمونه ی ادرار بیمار باید به بانک خون فرستاده شود. فرآورده ی باقی مانده حتی بعد از تکمیل آزمایش ها نباید تزریق شود. اگر لازم است تزریق خون ادامه یابد، باید واحد دیگری آماده و تزریق شود.

نشانه ها و علائم FNHTRS عمدتاً خود محدود شونده است. برای درمان تب از استامینوفن استفاده می شود. تجویز آنتی هیستامین اندیکاسیون ندارد.

مراقبت های پرستاری در ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:

تضمین ایمنی و سلامت بیمار مهم ترین بخش مراقبت از بیمار در حین تزریق خون می باشد. از آنجا که واکنش های مخرب در تزریق انواع فرآورده های خونی ممکن است دیده شود، بنابراین در تمام بیمارانی که FFP، کرایوپرسیپیتات، پلاکت کنسانتره، خون کامل یا گلبول قرمز در یافت می کنند، نظارت و مراقبت از جایگاه ویژه ای برخوردار است. واکنش های شدید اغلب در 15 دقیقه ابتدایی هر تزریق پدید می آید بنابراین در 15 دقیقه ابتدایی هر تزریق بیماران به ویژه بیماران بیهوش باید به دقت تحت مراقبت قرار گیرند.

رعایت گام های زیر در ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن، به حفظ ایمنی و سلامت بیمار کمک خواهد کرد:

- ✓ دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- ✓ با بیمار ارتباط برقرار کنید و دلایل انجام کار و مراحل آن را برای وی توضیح دهید.
- ✓ هرگونه واکنش های قبلی به تزریق خون را از بیمار پرسید.
- ✓ فرم رضایت نامه تزریق خون را توسط بیمار و یا همراه وی به امضا برسانید.
- ✓ به بیمار توصیه کنید که لرز، سرگیجه، راش یا هرگونه علائم غیر طبیعی را گزارش دهد.
- ✓ برگ درخواست خون را با برچسب کیسه خون از نظر گروه خونی، Rh، تاریخ انقضا، شماره سریال کیسه و

- نام بیمار کنترل کنید.
- ✓ کیسه خون را از نظر وجود لخته یا حباب و رنگ غیر طبیعی فرآورده، نشت از کیسه و... بررسی کرده و در صورت وجود اشکال به بانک خون برگرداند.
- ✓ در صورت نیاز به گرم کردن خون از گرم کننده های مخصوص استفاده کنید.
- ✓ دست های خود را بشویید، دستکش بپوشید و تمامی وسایل لازم را بر بالین بیمار ببرید.
- ✓ یک خط وریدی مناسب بگیرید.
- ✓ قبل از شروع ترانسفوزیون، علائم حیاتی بیمار را کنترل و در فرم مربوطه ثبت کنید.
- ✓ جریان خون زرا به آرامی شروع کنید (برای 15 دقیقه اول بیشتر از 50-25 میلی لیتر نباشد یعنی حدود 10-15 قطره در دقیقه)
- ✓ 15-5 دقیقه اول کنار بیمار بمانید و به دقت وی را از نظر علائم حیاتی کنترل کنید.
- ✓ در صورت تب، برافروختگی، تنگی نفس، خارش سرگیجه و راش جریان خون را قطع کرده، رگ بیمار را با نرمال سالین باز نگه داشته و به پزشک اطلاع دهید.
- ✓ برای نیم ساعت اول هر 15 دقیقه و بعد از آن هر نیم ساعت تا یک ساعت و سپس هر یک ساعت، علائم حیاتی را کنترل و ثبت کنید.
- ✓ در صورت عدم واکنش نسبت به خون، سرعت انفوزیون را به تدریج افزایش دهید.
- ✓ نحوه اجرای ترانسفوزیون، شماره کیسه، زمان شروع و اتمام، مقدار فرآورده، واکنش های بیمار، میزان سرم تزریقی و مداخلات پرستاری را ثبت کنید.
- ✓ کیسه خون را لای پتو و یا فشار دادن با دست گرم نکنید .
- ✓ کیسه خون در بیشتر از 4 ساعت نباید تزریق شود.
- ✓ آموزش به بیمار و خانواده:
- ✓ به بیمار در مورد علت ترانسفوزیون و مدت زمان پیش بینی شده برای تکمیل ترانسفوزیون توضیح دهید.
- ✓ به بیمار و خانواده در مورد علت کنترل مکرر علائم حیاتی توضیح دهید.
- ✓ بیمار و خانواده را آگاه کنید تا در صورت بروز خارش، تورم، گیجی، دیس پنه، درد در قسمت پایین پشت یا درد قفسه سینه به پرستار خبر بدهد.
- ✓ به بیمار آموزش دهید در صورت بروز تورم و قرمزی در محل iv به پرستار اطلاع دهد.

رشته دانشجوی: پرستاری/جنسیت: مونث / نام بخش: زایشگاه

شرح: بیمار مبتلا به سایکوز بود و اجازه کارهای درمانی به پرسنل نمی داد.

راه‌های مقابله با پرخاشگری بیمار دچار سایکوز:

- ✓ از نزدیک شدن به بیمار و دست زدن به او پرهیز کنید. گاهی این رفتار موجب تحریک بیشتر بیمار می‌گردد و بر خشم او می‌افزاید.
- ✓ پس از شناخت عوامل برانگیزاننده خشم بیمار، سعی کنید احساسات او را درک نموده و به بیمار فرصت دهید تا بتواند با صحبت کردن، مشکل خود را بیان نماید.
- ✓ برای شناخت عوامل برانگیزاننده خشم، اجازه ابراز عواطف و نشان دادن همدردی با بیمار کمک کننده است. برای مثال به بیمار بگویید: «عصبانی به نظر می‌رسید»، «چیزی شما را عصبانی کرده است؟»، «به نظر می‌رسد که حالتان خوب نیست». این جملات به بیمار اجازه می‌دهد تا با صحبت کردن، خود را تخلیه کند و در عین حال تا حدودی مشکلات خود را بشناسد.
- ✓ با بیمار به نحوی برخورد کنید که نشان دهد او را به گرمی پذیرفته‌اید. گویا به او حق می‌دهید که از چیزی نگران باشد، مثلاً با گفتن جملاتی نظیر «من مایل‌م مشکل شما را گوش کنم»، «نگران شما هستم»، «حتماً اتفاق ناگواری شما را ناراحت کرده است» به او نشان می‌دهید که به علت رفتار پرخاشگرانه، مورد شماتت قرار نخواهد گرفت.
- ✓ از آنجا که بیمار خشمگین چندان منطقی نمی‌اندیشد، پس بهتر است زیاد حرف نزنید و از جملات پیچیده استفاده نکنید.
- ✓ وقتی بیمار مضطرب است، رفتار پرخاشگرانه و تهاجمی او را با فعالیت‌های حرکتی مانند مشت زدن به کیسه بوکس تغییر جهت دهید، فعالیت جسمی (ورزش) روشی امن و موثر جهت تخلیه تنش انباشته شده است.
- ✓ کسانی که تحمل کمتری دارند، بهتر است با بیمار روبرو نشوند، زیرا عصبانیت آن‌ها شعله خشم بیمار را بیشتر می‌کند. لذا توصیه می‌شود کسانی با بیمار روبه‌رو شوند که بیشتر مورد اعتماد وی باشند.
- ✓ در مواجهه با بیمار خشمگین نایستی به تنهایی در مقابل او قرار بگیرید و بهتر است چند نفر مراقب او باشند. در بسیاری از موارد وقتی بیمار خود را در مقابل چند نفر ببیند ترجیح می‌دهد تسلیم شود.
- ✓ گاهی بیمار شروع به صحبت و گریه می‌کند، در این مواقع بایستی اجازه داد بیمار احساسات خود را تخلیه کند.
- ✓ در صورت بالا بودن شدت پرخاشگری و خشونت بیمار و عدم کنترل وضعیت وی از طریق رهنمودهای بالا با پلیس 110 یا اورژانس 115 یا اورژانس اجتماعی 123 تماس بگیرید و بگویید که برای درمان طبی و کنترل رفتار خشونت آمیز بیمار تان احتیاج به کمک آن‌ها دارید.
- ✓ در صورتی که علائم توهم و هذیان بیمار تحت کنترل قرار گرفته باشد ولی همچنان رفتارهای پرخاشگرانه

از خود نشان دهد بهتر است مراتب را به اطلاع روانپزشک معالج برسانید.
✓ برخی از داروهایی که در درمان اینگونه بیماران به کار می روند، اثر ضد پرخاشگری دارند و می توانند تا حد زیادی این رفتارها را در بیمارتان کاهش دهند.

رشته دانشجوی: پرستاری/جنسیت: مذکر/ نام بخش: اورژانس

برای افرادی که پیس میکر دارند MRI انجام نمی شود.

درس آموخته شده:

ام آر آی یا روش تصویربرداری با تشدید مغناطیس (Magnetic Resonance Imaging) یکی از روش های پیشرفته تصویربرداری پزشکی است. با استفاده از این روش می توان تصویر بافت های درونی بدن را دید و از آن طریق مشکلات و بیماری های اعضاء بدن را تشخیص داد. برای پیدا کردن مشکلات مربوط به بیماری های قلبی عروقی، ستون فقرات، سرطان و بسیاری از موارد دیگر و حتی در تشنج ها انجام می گیرد.

آمادگی های لازم قبل از انجام MRI:

MRI بدون تزریق

MRI از یک میدان مغناطیسی بسیار پر قدرت استفاده می کند و اجسام فلزی در این میدان حرکت می کنند پس هیچ جسم فلزی نباید به همراه بیمار وارد اتاق MRI شود. بهتر است بیمار ساعت و جواهرات خود را در منزل گذاشته و به همراه نیاورد. در بعضی موارد آرایشی مواد فلزی وجود دارد پس به بیمار توصیه می شود از موارد آرایشی استفاده نکند. لباسی که بیمار به تن دارد نباید هیچ قسمت فلزی داشته باشد. بعضی دکمه ها و گیره ها فلزی هستند.

به همراه داشتن اجسام زیر به داخل اتاق MRI ممنوع می باشد.

- ✓ پول یا کارت اعتباری
- ✓ اجسام الکترونیک مانند تلفن همراه
- ✓ سمعک
- ✓ ساعت یا جواهرات
- ✓ کلید، سکه و یا قلم

✓ گیره‌های مو

✓ لباس‌هایی که حاوی دکمه، گیره، قلاب، زیپ و یا نخ‌هایی باشند که در آن‌ها فلز وجود داشته باشد

✓ کفش و یا کمریند

برای اطمینان از وارد نشدن اجسام فلزی به اتاق MRI معمولاً از بیمار خواسته می‌شود تا تمام لباس‌های خود را خارج کرده و یک دست لباس طبی یک بار مصرف به وی داده تا بر تن کند. سپس بیمار بدون هیچ چیز دیگری وارد اتاق MRI می‌شود. با این وجود ممکن است به هر دلیلی اشیاء فلزی درون بدن بیمار باشند. پس از هر بیماری که قصد انجام MRI دارد در مورد وجود اجسام زیر در بدن وی از او سوال می‌شود.

✓ پیس میکر

✓ دفیبریلاتور قلبی

✓ نورواستیمولاتور کلیپ یا گیره آنوریسم

✓ پیچ و پلاک یا دیگر اجسام فلزی که برای درمان شکستگی استخوان بکار رفته‌اند

✓ وسایل تزریق اتوماتیک دارو

✓ اجسام فلزی خارجی که قبلاً در بدن وارد شده‌اند بخصوص در چشم

✓ تیر یا ترکش در بدن

✓ تاتو

✓ گیره فلزی دندان

✓ بعضی از انواع IUD

✓ پیچ‌های دارویی حاوی فلز

افراد باردار باید به تکنیسن MRI اطلاع دهند.

MRI با تزریق

✓ بیمار حدوداً از 4 ساعت قبل از انجام کار لازم است که به صورت کامل ناشتا باشد.

• در زمان ناشتایی از آشامیدن آب، جویدن آدامس و استعمال دخانیات نیز خودداری نمایید.

• در زمان ناشتایی، مصرف داروهای ضروری (به جز قرص متفورمین) با مقدار کمی آب، مانعی ندارد.

✓ در صورت داشتن حساسیت به هر نوع دارو (خوراکی و تزریقی) و ماده غذایی، هنگام اخذ نوبت و پذیرش حضوری اطلاع داده شود.

✓ صورت داشتن هرگونه جسم فلزی، باتری قلبی، ترکش، پروتز، پلاتین، مفاصل مصنوعی و ... هنگام اخذ نوبت و پذیرش حضوری اطلاع داده شود.

✓ مراجعه کنندگانی که هر یک از شرایط زیر را دارند، آزمایش کراتینین انجام داده و جواب آزمایش را روز

انجام کار همراه داشته باشند:

- ✓ افراد 40 سال به بالا
- ✓ افراد با سابقه بیماری دیابتیک، کلیوی و عفونی
- ✓ آزمایش کراتینین بدون دستور پزشک نیز انجام پذیر است و نیازی به ناشتایی ندارد.
- ✓ رقم کراتینین برای خانم ها بیشتر از $1/3$ و برای آقایان بیشتر از $1/4$ مورد قبول نمی باشد.
- ✓ از مصرف قرص متفورمین از 24 ساعت قبل از انجام کار تا 48 ساعت بعد از انجام کار، با مشورت پزشک معالج خودداری شود.

رشته دانشجوی: پرستاری/جنسیت: مونث/ نام بخش: جراحی

شرح: بیماری را دیدم که ترشحات صفرا از درن خارج نشده و در فضای پریتونن تجمع یافته بود. بیمار دچار زردی شده و رالز ریوی هم داشت که سریع به اتاق عمل انتقال یافت که اگر ترشحات تخلیه نمیشد بیمار Expire می شد.

درس آموخته شده:

- ✓ در بیمارانی که تحت عمل جراحی کوله سیستوستومی یا کولدوستومی قرار میگیرند، لوله های تخلیه باید بلافاصله به ظروف جمع آوری ترشحات وصل شوند.
- ✓ لوله ها باید به گان یا پانسمان بیمار محکم شوند تا بیمار بتواند به راحتی حرکت کند بدون اینکه لوله ها کشیده و یا تا شوند. به دلیل اینکه وقتی بیمار حرکت می کند سیستم درناژ به وی متصل باقی می ماند می توان کیسه جمع آوری ترشحات را داخل جیب گان قرار داد یه به آن محکم کرد، طوری که پایین تر از کمر یا سطح مجرای صفراوی مشترک قرار گیرد.
- ✓ پس از این پروسیجرهای جراحی، بیمار باید از نظر شاخص های عفونت، نشت صفرا به داخل حفره ی صفاقی و انسداد لوله های تخلیه صفرا به دقت کنترل شود.
- ✓ اگر صفرا به خوبی تخلیه نمی شود احتمالاً انسدادی وجود دارد که در اثر آن صفرا به داخل کبد و جریان خون پس می زند. در این صورت بیمار دچار یرقان می شود.
- ✓ پرستار باید به رنگ صلبیه ی بیمار توجه خاصی داشته باشد.

- ✓ پرستار باید مراقب درد ربع فوقانی راست شکم، تهوع و استفراغ، نشت صفرا در اطراف هر لوله تخلیه‌ای، مدفوع به رنگ گل رس و تغییر در علائم حیاتی بیمار نیز باشد و آن‌ها را گزارش کند.
- ✓ گاهی اوقات ترشح صفرا از سیستم تخلیه بسیار زیاد است در این موارد باید پانسمان‌های بیرونی را به طور مرتب تعویض کرد و از تحریک پوست محافظت نمود.
- ✓ هر 24 ساعت حجم صفرا جمع‌آوری شده و مقدار، خصوصیات و رنگ درناژ در پرونده ثبت می‌شود. در همه بیماران دارای لوله تخلیه صفرا، پرستار (یا بیمار) باید مدفوع را روزانه مشاهده کند و گاهی لازم است نمونه‌های از ادرار و مدفوع بیمار جهت بررسی از نظر رنگدانه‌های صفراوی به آزمایشگاه فرستاده شوند.
- ✓ بیمار از نظر افزایش حساسیت و سفتی شکم به طور مرتب معاینه گردد.
- ✓ برای اتساع کامل ریه‌ها و جلوگیری از آتلکتازی بعد از عمل جراحی، هر ساعت چند بار تنفس عمیق انجام دهد و سرفه کنند.

رشته دانشجوی: پرستاری / جنسیت: زن / نام بخش: داخلی

شرح: بیمار دیابتی که به شدت زخم پا داشت و حتی رباط پایش هم مشخص بود فوبیای روپوش سفید داشت و برای انجام هر پروسیجری شروع به داد و فریاد می‌کرد بعد از چند روز به اتاق عمل انتقال یافته و پایش آمپوته شد.

درس آموخته شده:

Nosocomophobia یک ترس شدید و طاقت فرسا از بیمارستان است. این وضعیت شبیه به اختلال اضطراب است. میلیون‌ها نفر از بیماران و افراد سالم از بیمارستان، جراحی و خوردن دارو ترس دارند حتی اگر آن دارو برای درمان اضطراب و استرس باشد. این بیماری می‌تواند افراد در هر سنی را تحت تاثیر قرار دهد، از دوران کودکی یا بزرگسالی.

بسیاری از افرادی که فوبیای بیمارستان دارند از پزشکان هم می‌ترسند یا از سندرم لباس سفید رنج می‌برند، چرا که به محض دیدن روپوش سفید پزشکی، فشار خون آن‌ها واقعاً افزایش می‌یابد. با این حال، فوبیای بیمارستان به تنهایی هم بروز پیدا می‌کند. مانند همه فوبیاها، افراد مبتلا به nosocomophobia ممکن است درک کنند که این احساسات غیرمنطقی هستند، اما قادر به کنترل آن‌ها نیستند.

Nosocomophobia ممکن است با سایر فوبیا های خاص مرتبط با بیمارستان ها و مراقبت های بهداشتی مرتبط باشد، از جمله:

- ✓ آگلیوفوبیا، ترس از درد.
- ✓ سرطان هراسی، ترس از سرطان.
- ✓ کلاستروفوبیا، ترس از فضا های بسته، مانند اتاق های معاینه کوچک، دستگاه MRI و ...
- ✓ هموفوبیا، ترس از خون.
- ✓ یاتروفوبیا، ترس از پزشکان.
- ✓ میسوفوبیا، ترس از میکروب.
- ✓ نوسوفوبیا، ترس از بیماری.
- ✓ توموفوبیا، ترس از جراحی.
- ✓ فارماکوفوبیا، ترس از داروها.
- ✓ تاناتوفوبیا، ترس از مرگ.
- ✓ تریپانوفوبیا، ترس از سوزن.

Nosocomophobia ممکن است باعث شود:

- ✓ تنگی نفس، تنفس سریع یا هیپرونتیلیاسیون.
- ✓ سرگیجه.
- ✓ دهان خشک.
- ✓ تعرق مفرط.
- ✓ تنش عضلانی.
- ✓ تهوع و استفراغ.
- ✓ کابوس ها
- ✓ موارد وحشت زدگی.
- ✓ ضربان قلب سریع
- ✓ تکان دادن.
- ✓ اصرار به فرار و پنهان شدن دارند.

افراد مبتلا به nosocomophobia خفیف ممکن است نیازی به درمان نداشته باشند. اما ترس می تواند علائمی ایجاد کند، مراقبت های پزشکی را مختل کند بنابراین، برخی از افراد برای مقابله با این ترس به کمک نیاز دارند.

درمان Nosocomophobia ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- ✓ **درمان شناختی رفتاری CBT : (CBT)** با کمک یک درمانگر می تواند به فرد در درک و کنترل افکار و احساسات کمک کند.
- ✓ **مواجهه درمانی :** مواجهه درمانی، که گاهی حساسیت زدایی نامیده می شود، کمک می کند با مواجه برنامه ریزی شده، مکرر، منظم و مرحله به مرحله فرد با ترس های خود به تدریج مقابله کند.
- ✓ **دارو ها :** انواع دارو های ضد اضطراب یا ضد افسردگی می توانند به کاهش علائم اضطراب یا افسردگی در مواقع خاص کمک کنند.

علل فوبیای بیمارستان

1. ترس از بیمارستان ها و فوبیای بیمارستان، معمولاً ریشه در یک گذشته ی ناگوار دارد .
 2. بیمارستان ها مکان هایی پر از میکروب هستند افرادی که ترس شدید از میکروب ها یا بیماری های مسری دارند ، از این جهت از بیمارستان ها می ترسند.
 3. بیمارستان ها اغلب یادآور مرگ هستند این مسئله می تواند ترسناک باشد و برای برخی افراد مقابله با آن دشوار است
 4. ترس از بیمارستان ها می تواند به موضوعات مسری هم مرتبط باشد: این مکان ها معمولاً یک بوی ضد عفونی خاصی دارند؛ لباس های خاصی در آن جا پوشیده می شود و... همین مسائل می تواند ترس از بیمارستان ها را تقویت کند.
- بررسی ها نشان می دهد فوبیاهایی نظیر ترس از آمپول و پزشک در اثر یادگیری، مشاهده و خاطرات نامطلوب در ذهن شکل گرفته و حتی گاهی باعث مختل شدن زندگی فرد می شود.

پای دیابتی

اصطلاح پای دیابتی شامل طیفی از ناهنجاری هاست که پا در معرض زخم نوروپاتی و اختلال عروق محیطی، زخم پای دیابتی و پای شارکوت را شامل می شود.

یکی از عوارض بسیار مهم و دردسرساز دیابت، "زخم پا" می باشد که در اثر نوروپاتی و مشکلات عروقی

(میکروواسکولار و آترواسکلروز) در بیماران دیابتی بوجود می آیند و عده ای از آنها در نهایت، ممکن است منجر به عفونت و قطع عضو (آمپوتاسیون) شوند.

جدی ترین عوارض دیابت بر پاها شامل موارد زیر است:

- ✓ زخم های دیابتی در پا
- ✓ عفونت های دیابتی در پا
- ✓ استئوآرتروپاتی پاها

سابقه ابتلا به دیابت بیش از ۱۰ سال، نوروپاتی حسی (این نوروپاتی مانع از انجام مکانیسم های دفاع طبیعی بدن می شود و بیمار را در معرض آسیب های عمده یا آسیب های کوچک یا مکرر قرار می دهند در حالی که بیمار غالباً این آسیب ها را حس نمی کند.

شرایط زیر در پای دیابتی همراه با افزایش خطر قطع عضو است :

- ✓ جنسیت مرد
- ✓ نوروپاتی محیطی و از دست دادن حس محافظتی
- ✓ تغییر در بیومکانیک پا (به همراه نوروپاتی)
- ✓ افزایش فشار بر پا و ایجاد میخچه و کالوس (قرمزی و خون ریزی در زیر پینه)
- ✓ بونیون (برآمدگی غیرطبیعی بر روی سطح داخلی اولین استخوان متاتارس که همراه با تشکیل بورس بوده و موجب جابجایی انگشت بزرگ پا می شود) یا تغییر شکل استخوان انگشتان پا
- ✓ بیماری عروق محیط (کاهش یا نبودن نبض)
- ✓ آسیب جدی به ناخن انگشتان پا

تشخیص عفونت استخوانی:

- ✓ رادیوگرافی در افراد با زخم مزمن و عمیق (این روش حساسیت بالایی برای عفونت استخوانی حاد ندارد)
- ✓ اسکن های استخوانی و لکوسیتی (برای تشخیص درگیری استخوان)
- ✓ بیوپسی استخوان (تشخیص قطعی التهاب استخوانی)

معاینه ساده با گرفتن نبض دورسالیس پدیس و پوپلیته آل، نشانه های خوبی برای اثبات جریان شریانی در پا می باشند.

پیشنهادهای عنوان شده براساس پزشکی مبتنی بر شواهد

- ✓ همه افراد دیابتی، باید سالیانه از نظر تشخیص گروه پرخطر، معاینه شوند، که شامل بررسی حس محافظتی، ساختمان پا، بیومکانیک آن، بررسی وضعیت عروقی و پوست پا می‌باشد.
- ✓ بیماران دچار نوروپاتی در هر ویزیت پای آن‌ها کنترل شود.
- ✓ برای افراد کم‌خطر، وضعیت نوروپاتی توسط آزمون مونوفیلان صورت می‌گیرد.
- ✓ بیماریابی برای عروق محیطی شامل گرفتن شرح حال راه رفتن بیمار (از نظر لنگیدن) و بررسی نبض پا و نیز تعیین اندکس مچ پای- بازویی انجام شود.

مشکلات پا در افراد دیابتی نتیجه چند عامل اولیه مهم است:

- ✓ نوروپاتی
- ✓ اشکال در خونرسانی
- ✓ کاهش مقاومت در برابر عفونت‌ها

اصول پایه ای در درمان زخم پای دیابتی شامل: کنترل عفونت، برقراری جریان خون شریانی مناسب و برداشت فشار از پا و تنظیم قندخون می باشد.

- ✓ کفش و کفی طبی مناسب پای دیابتی:
- ✓ اصلاح الگوی توزیع فشار در سطح کف پای بهترین روش کنترل، پیشگیری و درمان زخم های پای دیابتی می باشد.

✓ واکر نوروپاتی

- ✓ بریس PTB یا ارتوز مقاومت کننده در برابر نیروهای محوری
- ✓ در بیمار دیابتی با زخم پا، حتما باید قبل از شروع درمان زخم، بررسی فشار شریانی پا (toe pressure) و 2TCPO) و در صورت شک به عفونت استخوان (استئومیلیت)، MRI و اسکن استخوان انجام گردد.
- ✓ اسکن استخوان در تشخیص زودرس مفصل شارکو نیز بسیار کمک کننده است.
- ✓ اساس درمان "زخم پای دیابتی"، حذف یا کاهش فشار از روی زخم "off-weighting" و کم کردن نیروهای سایشی، جهت ترمیم و کاهش التهاب و تورم می باشد و بهترین راه تایید شده آن "گچ با تماس کامل" (TCC) است که در موارد زخم های مقاوم به درمان بشرط خونرسانی مناسب بکار میرود و فقط توسط "متخصصین طب فیزیکی-توانبخشی و ارتوپد" مجرب قابل انجام می باشد.
- ✓ برای کلیه بیماران، استراحت، بالا نگه داشتن پاها، کنترل ادم و "مشاوره غدد و تغذیه" جهت کنترل دقیق

قند خون، باید انجام پذیرد.

✓ زخم های مقاوم به درمان و طولانی مدت، حتما باید از نظر بدخیمی، مورد بررسی و بیوپسی قرار گیرند.

عوامل های دیگری که خطر ایجاد شدن زخم پای دیابتی را افزایش می دهند، عبارت اند از:

✓ اندازه نبودن کفش یا پایین بودن کیفیت کفش

✓ رعایت نکردن بهداشت: بیمار مرتب یا به طور کامل پاهایش را نمی شوید یا آنها را پس از شستشو خشک نمی کند.

✓ به خوبی کوتاه نکردن ناخن های پا

✓ مصرف مشروبات الکلی

✓ بیماری چشمی ناشی از دیابت

✓ بیماری قلبی

✓ بیماری کلیوی

✓ چاقی

✓ عدم رعایت رژیم غذایی

✓ استعمال دخانیات: کشیدن سیگار یا مصرف دخانیات دیگر گردش خون را مختل می کند.

همچنین زخم پای دیابتی بالاترین میزان شیوع را در میان مردان مسن دارد.

تشخیص زخم پای دیابتی

✓ عکس رادیوگرافی

✓ اسکن MRI

✓ آزمایش خون

پیوند پوست: پیوند یا گرافت پوست برای بازسازی پوست ضعیف یا از بین رفته توصیه می شود. پیوند پوست فرایند التیام را تسهیل می کند و خطر عفونت را کاهش می دهد. پوست را می توان از بخش دیگری از بدن، مانند ران یا از اهداکننده دیگری گرفت.

جراحی عروق: جراحی عروق باعث می شود که خون دوباره به شيوه ای مناسب در محل زخم جریان پیدا کند. در نتیجه پوست سالم تر می شود و فرایند التیام تسهیل می گردد.

تراش دادن یا برداشتن استخوان: این عمل برای اصلاح ناهنجاری هایی مانند خار استخوانی، انگشت چکشی

یا انحراف انگشت شست انجام می‌شود که به ناحیه اطراف فشار می‌آورند.

بازسازی ناهنجاری‌ها: مانند صافی کف پا یا زیاد بودن قوس کف پا که موجب وارد شدن فشار زیاد می‌شود.

هم‌ترازی مجدد یا به هم جوش دادن مفصل‌ها: این عمل‌ها برای رفع نقص‌های زیست‌مکانیکی ای انجام می‌شوند که فشار را افزایش می‌دهند.

افزایش طول تاندون: طول تاندون برای رفع تنش و برداشتن فشار از روی زخم افزایش داده می‌شود؛ در نتیجه زخم خوب می‌شود یا از تشکیل زخم جدید جلوگیری می‌شود.

قطع عضو: اگر بافت به شدت آسیب دیده باشد یا نتوان از پخش شدن عفونت جلوگیری کرد، انگشت یا پا قطع می‌شود. البته گروه نجات تمام روش‌های درمان را پیش از توصیه قطع عضو امتحان می‌کنند.

عمل دبریدمان برای برداشتن پوست و بافت مرده و عفونی از زخم پا انجام می‌شود. پزشک حین عمل دبریدمان گستردگی آسیب وارد شده به بافت نرم را ارزیابی می‌کند و با برداشتن بافت‌های مرده و عفونی به التیام یافتن زخم کمک می‌کند.

رشته دانشجوی: علوم آزمایشگاهی /جنسیت: مونث/ نام بخش: آزمایشگاه

شرح: نیدل استیک شدن در هنگام جدا کردن سرنگ

درس آموخته شده:

اقدامات پیشگیرانه پس از مواجهه

الف) مداوای محل مواجهه:

اقدامات ضروری در صورت وجود بریدگی پوست با سرسوزن یا شی تیز و برنده:

- ✓ فوراً محل آسیب دیده را با آب و صابون بشویید (حداقل دو دقیقه)
- ✓ محل ورود شی را زیر آب فراوان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود.
- ✓ اگر آب روان در دسترس نیست محل را با محلولها یا ژل شوینده دست تمیز کنید.
- ✓ از محلولهای قوی مانند الکل، بتادین یا مایع سفید کننده استفاده نکنید.
- ✓ از فشردن یا مکیدن محل آسیب خودداری کنید.

اقدامات ضروری در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به مخاط یا پوست ناسالم

- ✓ فوراً محل را با آب روان بشویید (حداقل 5 دقیقه).
- ✓ اگر آب روان در دسترس نیست از مواد شوینده ضد عفونی کننده ضعیف استفاده کنید.
- ✓ از پانسمان موضع خودداری کنید.

اقدامات ضروری در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به چشم:

- ✓ فوراً چشم را با آب روان یا نرمال سالین بشویید.
- ✓ در صورت داشتن لنز روی چشم، آن‌ها را خارج کرده و طبق روش فوق بشویید.
- ✓ در چشم از صابون یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید.

اقدامات ضروری در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان:

- ✓ فوراً خون یا مایع را بیرون بریزید.
- ✓ با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشویید و بیرون بریزید این کار را چندین بار تکرار کنید.
- ✓ در دهان از صابون یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید.

(ب) ثبت و گزارش دهی:

- ✓ گزارش موارد مواجهه به سوپروایزر کنترل عفونت
- ✓ ثبت اطلاعات منبع و فرد مواجهه یافته در پرونده پرسنلی فرد (اطلاعات باید محرمانه بماند).
- ✓ مراجعه سوپروایزر و فرد مواجهه یافته به کلینیک بهداشت حرفه ای
- ✓ شروع اقدامات در سریعترین زمان ممکن پس از مواجهه

(ج) ارزیابی مواجهه:

- ارزیابی مواجهه که معمولاً توسط متخصص عفونی انجام میگردد شامل موارد ذیل است:
- نوع مواجهه (آسیب پوستی، مواجهه مخاطی، مواجهه پوست ناسالم، گازگرفتگی و....)
- نوع مایع/بافت (خون، مایع یا بافت بالقوه عفونی، تماس مستقیم با ویروس در آزمایشگاه)
- شدت مواجهه (مقدار خون یا ترشحات، عمق مواجهه در تماس پوستی، حجم ترشحات در تماس مخاطی)

در صورت وقوع نیدل استیک

1. شستشوی محل آسیب دیده با آب و صابون حداقل به مدت 3-5 دقیقه
2. خودداری از فشار دادن زخم ایجادی با چشم یا مخاط در معرض قرار گرفته
3. اطلاع به دفتر کنترل عفونت مرکز درمانی (سوپروایزر) در اولین فرصت ممکن و تکمیل فرم مواجهه
4. مشخص نمودن وضعیت آلودگی بیمار با استفاده از پرونده
5. ارسال نمونه خون از فرد مواجهه داشته در صورت مشخص نبودن وضعیت آلودگی بیمار
6. در صورت آلوده نبودن بیمار، تکمیل واکسیناسیون مری/دانشجو/ پرسنل
7. در صورت آلوده بودن بیمار، ارسال نمونه خون از فرد مواجهه داشته

8. در صورت ابتلا فرد مواجه داشته شروع درمان

منابع:

اصول و فنون پرستری پوتر و پری

اصول و فنون پرستاری، دکتر منیر نوبهار

سازمان انتقال خون ایران

برونر و سودارث، درسنامه پرستاری داخلی جراحی

دستورالعمل تزریقات ایمن، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

برونر و سودارث، متابولیسم و آندوکراین

دست حق همواره با دا یارتان

گردش ایام هم بر کامتان

پیروز باشید