



عنوان دوره آموزشی

تامین نیازهای اساسی در دوران های خاص زندگی (بیماری های بزرگسالان)

بهار ۱۳۹۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گروه هدف: کمک بهیار

روش آموزش: کتابخوانی

مدت دوره: ۱۵ ساعت

روش آزمون: الکترونیکی

* اهداف آموزشی:

در پایان این مجموعه، فراگیر خواهد توانست:

- ✓ طریقه صحیح قراردادن لوله بینی - معده ای را توضیح دهد
- ✓ راه های پیشگیری از عفونت های ادراری را توضیح دهد
- ✓ سندرم نفروتیک را توضیح دهد و دلایل ابتلا به آن را نام ببرد
- ✓ سرطان را تعریف کند و راه های موجود پیشگیری از ابتلا به آن را نام ببرد
- ✓ عوارض بروز سرطان را نام ببرد
- ✓ انواع ویتامین ها و اثر آنها را بر سلامت افراد توضیح دهد
- ✓ بیماری های شایع در ارتوپدی را فهرست کند
- ✓ چگونگی مراقبت از تراکشن و فیکساتور خارجی را توضیح دهد
- ✓ مراقبت های محل پین را توضیح دهد
- ✓ آمپوتاسیون و دلایل انجام آن را توضیح دهد
- ✓ اصول کلی توانبخشی در بیماران ارتوپدی را توضیح دهد
- ✓ اختلالات غده تیروئید را نام ببرد
- ✓ هیپاتیت را تعریف کند و راه های پیشگیری از آن را توضیح دهد
- ✓ دیابت را تعریف کند و مراقبت از آن را توضیح دهد
- ✓ هرم غذایی را توضیح دهد.

فهرست

اختلالات گوارشی

عفونت های دستگاه ادراری

اختلالات کلیوی

بیماری های ارتوپدی

هیپاتیت

دیابت

عفونت HIV(ایدز)

سل

ابولا

سرطان

تغذیه

منابع

اختلالات گوارشی

وارد کردن سوند بینی معده ای^۱

قبل از وارد کردن سوند معده ای اندازه سوند باید به ساکشن وصل شود و اندازه آن را مشخص کنید.

اهداف:

- فراهم کردن راهی برای رسانیدن غذا یا دارو به بیمارانی که قادر به بلع یا غذا خوردن از راه دهان نمی باشند.
- فراهم کردن راهی برای خارج کردن محتویات معده به منظور پیشگیری از نفخ شکم، تهوع و استفراغ
- خارج کردن محتویات معده، به منظور بررسی آزمایشگاهی
- شستشوی معده در موارد مسمومیت یا افزایش مصرف داروها

نکات مورد بررسی:

- باز بودن مجاری بینی و سالم بودن مخاط بینی (به سابقه عمل جراحی بینی یا انحراف بینی توجه کنید)
- وجود رفلکس آغ^۲ زدن
- سطح هوشیاری یا توانایی بیمار برای داشتن همکاری

وسایل لازم:

- سوند معده در اندازه مناسب (پلاستیکی یا لاستیکی)
- چسب ضد حساسیت به عرض ۲/۵ سانتی متر
- دستکش یک بار مصرف
- ماده لغزنده کننده قابل حل در آب (لوپریکانت)
- دستمال کاغذی
- لیوان آب سرد با نی آشامیدنی
- چراغ قوه
- سرنگ ۵۰ - ۲۰ میلی لیتری با یک رابط مناسب و سرنگ ۱۰-۵ میلی لیتری

^۱ - Nasogastric Tube

^۲ - Gag Reflex

- نوار کنترل واکنش اسیدی محتویات معده

- رسیور و حوله

- گوشی پزشکی

- کلمپ در صورت لزوم

- دستگاه ساکشن در صورت لزوم

- گاز و کش لاستیکی

- کیسه جمع آوری محتویات معده در صورت لزوم

- سنجاق قفلی

- پنبه آغشته به الکل

روش کار:

آماده سازی

- دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- اندازه سوند و لزوم اتصال آن به ساکشن را بررسی کنید.
- وسایل مورد نیاز را آماده کنید.

نحوه اجرا

- ۱- قبل از اجرای روش خود را به بیمار معرفی کنید. او را از اقدام مورد نظر مطلع کنید. ضرورت انجام کار و نحوه همکاری بیمار را مشخص کنید.
- ۲- به او اطمینان دهید که روش کار دردناک نمی باشد لیکن به دلیل تحریک رفلکس اُغ زدن برای او ناخوشایند است.
- ۳- دست ها را بشوئید.
- ۴- خلوت بیمار را فراهم کنید.

۵- بیمار را در وضعیت نشسته کامل قرار دهید سر او را با یک بالش حمایت کنید. حوله را زیر چانه روی سینه بیمار پهن کنید.

۶- مجرای بینی بیمار را بررسی کنید:

الف- از بیمار بخواهید سر خود را به عقب خم کند، سپس با استفاده از چراغ قوه، سلامت مخاط بینی را از نظر وجود هرگونه تحریک یا خراش بررسی کنید.

ب- مجرای بینی را از نظر هرگونه انسداد یا ناهنجاری با مسدود کردن یکی از مجاری بینی بیمار و تنفس از مجرای دیگر بررسی کنید.

ج- مجرای بینی را که جریان عبور هوا از آن بهتر صورت می گیرد برای ورود سوند انتخاب کنید.

۷- طول تقریبی سوند را برای ورود مشخص کنید:

الف- طول لوله ای را که می بایست درون مری بیمار قرار گیرد از نوک بینی تا نرمه گوش و از نرمه گوش تا انتهای تحتانی جناغ سینه مشخص کنید.

ب- محل تعیین شده را با چسب علامت بگذارید.

۸- برای ورود سوند به شرح زیر اقدام کنید:

الف- دستکش ها را بپوشید.

ب- نوک سوند را با ماده لغزنده یا آب آغشته کنید.

ج- با توجه به انحنای طبیعی مسیر عبور لوله، به آرامی سوند را از مجرای انتخاب شده وارد کنید. از بیمار بخواهید سر خود را به طرف عقب خم کند و در همین حال به آرامی سوند را به طرف حلق هدایت کنید.

د- هنگام ورود لوله آن را در مسیر کف مجرای بینی در جهت گوش همان طرف به جلو هدایت کنید.

ه- برخی اوقات فشار کمی برای عبور لوله به داخل حلق ضروری خواهد بود. در این لحظه قطرات اشک در چشمان برخی بیماران ظاهر می شود.

- و- در صورت احساس مقاومت، سوند را خارج کنید، مجدداً آن را لغزنده ساخته و در مجرای دیگر بینی وارد کنید.
- ز- پس از رسیدن سوند به قسمت گلوی بیمار، او وجود آن را احساس خواهد کرد و ممکن است دچار حالت تهوع شود. در این حالت از بیمار بخواهید سر خود را به طرف جلو خم کند و آب دهان خود را قورت دهد.
- ح- در صورت آغ زدن بیمار، برای لحظه ای عمل را متوقف کرده و به بیمار بگویید نفس عمیق بکشد. در صورت مجاز بودن چند جرعه آب به بیمار بدهید. نوشیدن چند جرعه آب ضمن کاهش حالت تهوع بیمار، موجب تسریع عمل بلع سوند می گردد.
- ط- چنانچه بیمار دچار سرفه و حالت خفگی گردیده است باید بلافاصله سوند را خارج کنید چون سوند درون ریه قرار گرفته است.
- ی- در صورت ادامه حالت تهوع یا عدم عبور سوند به طرف جلو کمی آن را خارج کنید و حلق بیمار را از طریق دهان برای احتمال جمع شدگی لوله بررسی کنید. در صورت جمع شدن سوند در حلق، آن را بیرون بکشید تا جمع شدگی آن رفع شده و مجدداً آنرا وارد کنید.
- ک- طی انجام عمل بلع توسط بیمار هر بار سوند را به میزان ۱۰-۵ سانتی متر به جلو وارد کنید. این عمل را تکرار کنید تا طول مورد نیاز به داخل وارد شود. انتهای سوند را داخل رسیور قرار دهید.
- ۹- از وجود سوند در محل صحیح اطمینان حاصل کنید:
- الف- محتویات معده را آسپیره کنید و واکنش اسیدی آن را کنترل کنید. **استدلال:** واکنش طبیعی محتویات معده معمولاً بین ۵-۱می باشد.
- ب- گوشی را روی معده قرار داده ۳۰-۱۰ میلی لیتر هوا را سریعاً به وسیله سرنگ در سوند وارد کرده به دقت صدای ورود هوا را به معده با گوشی گوش کنید.
- ج- از بیمار بخواهید که صحبت کرده یا از گلویش صدایی مثل «هام» خارج کند. چنانچه سوند در ریه قرار گرفته باشد او قادر به انجام این کار نخواهد بود.
- د- چنانچه علائم ن شان دهنده وجود سوند در معده نبود آن را ۵ سانتی متر بی شتر به جلو هدایت کرده آزمایشات فوق را مجدداً تکرار کنید.

۱۰- دستکش ها را خارج کنید.

۱۱- سوند را روی پُل بینی بیمار ثابت کنید:

الف- چنانچه پوست بیمار چرب می باشد با استفاده از الکل، بینی را پاک کنید. در صورت مرطوب بودن پوست آن را با دستمال کاغذی خشک کنید.

ب- نوارچسبی به طول ۷/۵ سانتی متر ببرید، از یک انتها در حدود ۲/۵ سانتی متر آن را از وسط شکاف طولی دهید.

ج - ۵ سانتی متر بدون شکاف را روی بینی بیمار بچسبانید در حالی که ۲/۵ سانتی متر شکاف داده شده به طرف پایین قرار گرفته باشد، سپس این دو قسمت را در نوک بینی از مسیر سوند به صورت ضربدری عبور داده و روی بینی بچسبانید.

۱۲- برحسب نیاز، سر سوند را به دستگاه ساکشن وصل کرده یا آن را کلامپ کنید. در صورتی که سوند در مرحله قبل از عمل وارد شده است معمولاً آن را کلامپ می کنند یا اینکه آن را با یک گاز پوشانده و سر آن را به کیسه جمع آوری نمونه وصل می کنند.

۱۳- سوند را به یکی از دو روش زیر به لباس بیمار ثابت کنید:

الف- یک کش لاستیکی به دور انتهای سوند پیچیده و آن را به وسیله سنجاق قفلی به لباس بیمار وصل کنید.

ب- یک تکه نوار چسب را به دور سوند پیچیده و آن را به وسیله سنجاق قفلی به لباس بیمار وصل کنید.

۱۴- بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.

۱۵- وسایل را به محل مربوط برگردانیده، توجه لازم را از آن ها به عمل آورید.

۱۶- دست ها را بشویید.

۱۷- اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی در پرونده بیمار ثبت کنید.

۱۸- یک برنامه برای مراقبت روزانه از سوند بینی معده ای تنظیم کنید:

الف- بررسی مجاری بینی از نظر ترشح و تحریک

ب- تمیز کردن مجاری بینی و سوند با اپلیکاتور مرطوب

ج- استعمال ماده چرب کننده قابل حل در آب در مجاری بینی در صورت خشک بودن

د- تعویض نوار چسب در صورت لزوم

ه- دادن دهان شویه مکرر

۱۹- در صورت استفاده از ساکشن از باز بودن سوند بینی معده ای و سوند ساکشن اطمینان حاصل کنید:

الف- شستشوی سوند با ۳۰ میلی لیتر سرم فیزیولوژی با فواصل منظم در صورت لزوم (در برخی از مؤسسات شستشوی سوند لازم است با دستور پزشک انجام شود).

ب- ثبت دقیق جذب و دفع مایعات و ثبت مقدار و مشخصات ترشحات

• وارد کردن سوند دهانی معده ای^۳

در صورتی که مجاری بینی بسیار کوچک بوده یا مسدود شده باشد استفاده از سوند دهانی معده ای مناسب تر است.

۱- طول سوند برای وارد شدن، فاصله بین گوشه دهان تا نرمه گوش و از نرمه گوش تا انتهای تحتانی جناغ سینه می باشد.

۲- برای وارد کردن سوند، آن را از کنار زبان به طرف پشت حلق هدایت کنید. در صورت بروز حالت آغ زدن، سوند را بیرون بکشید.

۳- در صورت مجاز بودن با دادن جرعه های آب، بلع بیمار را تحریک کنید و با هر بلع سوند را به طرف داخل هدایت کنید.

۴- وجود سوند را در محل کنترل کنید.

۵- سوند را به گونه بیمار ثابت کنید.

عفونت ادراری: علائم، دلایل، پیشگیری و درمان

عفونت دستگاه ادراری (urinary tract infection) به معنی عفونت در هریک از قسمت های دستگاه ادراری از جمله کلیه ها، مجاری ادراری و عفونت مثانه می باشد. اکثر انواع عفونت های ادراری شامل قسمت پایینی دستگاه ادراری یعنی عفونت مثانه و پیشابراه می باشند. خطر ابتلا به عفونت ادراری در زنان بیشتر از مردان می باشد. عفونت

محدود به مثانه دردناک و ناراحت کننده است اما اگر این عفونت به کلیه ها برسد، خطرناک و جدی می باشد. آنتی بیوتیک ها درمان اصلی این نوع عفونت هستند اما با رعایت مواردی که در ادامه بیان می کنیم، می شود شدت بیماری را کاهش داده یا از ابتلا به آن پیشگیری نمود.

انواع عفونت های دستگاه ادراری

هر یک از انواع عفونت های ادراری می توانند باعث مشکل و علامت خاصی شوند، که در ادامه به بررسی آنها می پردازیم:

درد کمر و پهلو ها، تب بالا، لرزیدن، تهوع و استفراغ عفونت کلیه ها فشار در لگن، درد زیر شکم، تکرر ادرار دردناک، خون در ادرار عفونت مثانه (التهاب مثانه) احساس سوزش هنگام ادرار کردن عفونت مجرای خروجی مثانه.

علائم کلی عفونت دستگاه ادراری

عفونت دستگاه ادراری همیشه همراه با علامت و نشانه نمی باشد، اما اگر علامتی داشته باشد، این علائم شامل موارد زیر می شوند:

- دفع ادرار فوریتی
- احساس سوزش هنگام ادرار
- ادرار پی در پی و کم حجم
- ادرار کدر
- ادرار سرخ، صورتی روشن، قهوه ای یا ادرار به همراه خون
- ادرار با بوی تند

علامت و نشانه های آن بخش عفونت کرده دستگاه ادراری

- درد لگن در خانم ها
- درد مقعد در آقایان

در افراد مسن و میانسال ممکن است عفونت ادراری با بیماری دیگری اشتباه گرفته شود.

دلایل عفونت دستگاه ادراری

عفونت دستگاه ادراری عموماً زمانی رخ می دهد که باکتری ها از طریق مجاری ادراری وارد دستگاه ادراری شده و شروع به رشد و حرکت به سمت مثانه می نماید. هرچند که دستگاه ادراری طوری طراحی شده که بتواند این مهاجم های میکروسکوپی را بیرون ننگه دارد، اما گاهی اوقات این دفاع جوابگو نمی باشد. زمانی که این باکتری ها وارد شوند، قادر به رشد و آلوده کردن دستگاه ادراری می باشند. عفونت های ادراری عموماً در زنان رخ داده و پیشابراه و مثانه را تحت تاثیر قرار می دهند.

● عفونت مثانه- این نوع از عفونت های ادراری به دلیل ورود نوعی باکتری به نام اشریشیا کولی، نوعی باکتری که عموماً در دستگاه گوارش وجود دارد به بدن رخ می دهد. هرچند رابطه جنسی می تواند باعث ابتلا به این بیماری شود، اما همیشه علت این بیماری نیست. همه زنان به دلیل آناتومی خاص بدنی خود در خطر ابتلا به این بیماری می باشند.

● عفونت پیشابراه - این نوع از عفونت ادراری زمانی رخ می دهد که باکتری های دستگاه گوارش از طریق مقعد وارد پیشابراه می شوند. همچنین در زنان ممکن است بیماری های مقاربتی همچون تبخال تناسلی، سوزاک و کلامیدیا باعث اورتریت شوند.

عوامل زیر خطر ابتلا به عفونت دستگاه ادراری را افزایش می دهند، این عوامل شامل موارد زیراند:

- زن بودن - عفونت ادراری در زنان شایع تر می باشد و خیلی از زنان بیشتر از یکبار دچار این نوع عفونت می شوند.
- مصرف انواع خاص وسایل پیشگیری از بارداری - زنانی که از دیافراگم برای پیشگیری از بارداری استفاده می کنند، بیشتر از دیگران در خطر عفونت دستگاه ادراری می باشند.
- بعد از دوران یائسگی - بعد از دوران یائسگی، عفونت ادراری به دلیل کمبود استروژن ممکن است شدیدتر شود.
- اختلالات دستگاه ادراری - اختلالات و غیرعادی بودن دستگاه ادراری می تواند باعث ابتلا به عفونت ادراری شود.
- گرفتگی در دستگاه ادراری - سنگ کلیه یا پروستات بزرگ شده باعث حبس ادرار در مثانه و در نتیجه ابتلا به عفونت ادراری می شود.

• سیستم ایمنی ضعیف - دیابت و سایر بیماری ها باعث اختلال در سیستم ایمنی بدن شده و در نتیجه خطر عفونت های ادراری می شود.

• استفاده از سوند - کسانی که نمی توانند ادرار کنند و از سوند یا کاتتر استفاده می کنند در خطر بیشتری برای ابتلا به عفونت ادراری هستند.

عوارض عفونت ادراری

زمانی که عفونت ادراری به موقع و به درستی درمان شود، کم تر باعث ایجاد مشکل می شود اما در صورت درمان نشدن، عفونت دستگاه ادراری باعث مشکلات جدی می شود. عوارض عفونت ادراری شامل:

• عفونت عودکننده، به خصوص در زنانی که سه بار و بیشتر دچار عفونت ادراری شده اند.

• آسیب دیدگی دائمی کلیه که به خصوص در کودکان شایع تر می باشد.

• افزایش خطر زاییدن کودک کم وزن یا زایمان زودرس.

درمان عفونت ادراری

پزشکان عموماً از آنتی بیوتیک ها برای درمان عفونت ادراری استفاده می کنند. اینکه چه دارویی و به چه مدت استفاده شود، بسته به باکتری موجود در ادرار می باشد. عموماً علائم بیماری چندین روز بعد از درمان بیماری شروع به محو شدن و کاهش می کند. اما ممکن است برای درمان کامل نیاز به ادامه مصرف دارو تا چند هفته باشد. همه مقداری که پزشک تجویز کرده را می بایست مصرف کرد. پزشک همچنین از داروهای مسکن برای کاهش درد و سوزش هنگام ادرار استفاده می کند. اگر به صورت پی در پی دچار این مشکل می شوید، ممکن است نیاز به هورمون تراپی، تست ادرار خانگی، مصرف آنتی بیوتیک تجویزی بعد از ادرار و مصرف مقدار بیشتری آنتی بیوتیک باشد. پزشک در این باره شما را راهنمایی می نماید. در انواع عفونت های شدید نیاز به استفاده از آنتی بیوتیک های تزریقی و بستری در بیمارستان می باشد.

درمان عفونت ادراری با طب سنتی یا جایگزین

هرچند هنوز ثابت نشده است، اما بعضی ها معتقدند؛ آب قره قاط می تواند به درمان عفونت ادراری کمک کند. تحقیقات نشان می دهند بیشترین تاثیر این داروی گیاهی در زنانی است که به صورت پی در پی دچار عفونت ادراری می شوند. با اینحال مقدار و نحوه مصرف آب قره قاط به شکلی که بیشترین تاثیر را داشته باشد وجود ندارد. اگر آب قره قاط شما را اذیت نکرده و مشکل دیگری ندارید می توانید از آن استفاده کنید. البته اگر از داروهای رقیق کننده خون همچون وارفارین استفاده می کنید، نباید از این داروی گیاهی استفاده کنید، چراکه ممکن است باعث خونریزی شود.

درمان خانگی عفونت دستگاه ادراری

عفونت دستگاه ادراری می تواند دردناک باشد، اما با رعایت مواردی می شود تا زمانیکه آنتی بیوتیک عفونت را از بدن پاک می کند، درد عفونت ادراری را کاهش داد. این موارد شامل:

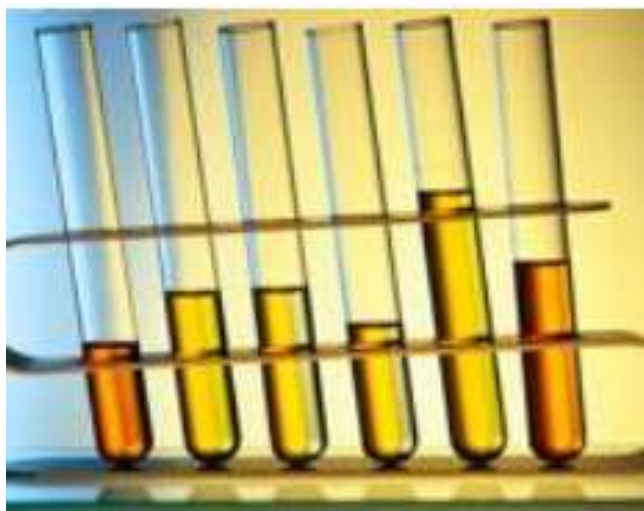
- مصرف مقدار زیادی مایعات - برای رقیق کردن ادرار و بیرون ریختن باکتری ها مفید می باشد.
- اجتناب از نوشیدنی های ملتهب کننده - با اجتناب از مصرف نوشیدنی هایی که باعث التهاب مثانه می شوند همچون قهوه، الکل و نوشیدنی های حاوی اسید و کافئین شدت بیماری خود را کاهش دهید.
- استفاده از پد های گرم - گذاشتن پدهای گرم (نه داغ) روی شکم باعث کاهش فشار بر مثانه می شود.

پیشگیری از عفونت ادراری

برای کاهش خطر عفونت ادراری می توان از راه های زیر استفاده کرد:

- مصرف مقدار زیاد مایعات به خصوص آب - مصرف مقدار زیادی آب به شما در رقیق کردن ادرار و ادرار پی در پی و در نتیجه کاهش خطر عفونت ادراری کمک می نماید.
- از جلو به پشت بشوئید - بعد از ادرار کردن و مدفوع کردن و موقع شستن خود از جلو شروع کرده و رو به پشت حرکت نمایید تا باکتری های مقعد وارد دستگاه ادراری نشوند.
- خالی کردن مثانه پس از رابطه زناشویی - پس از رابطه زناشویی لیوانی پر آب مصرف کرده و همچنین ادرار نمایید، تا باکتری ها خارج شوند.
- اجتناب از مصرف ملتهب کننده های زنانه - دئودورانت ها، اسپری ها و سایر محصولات زنانه که در ناحیه آلت جنسی استفاده می شوند، قادر به التهاب پیشآبراه می باشند.

رنگ و بوی غیر طبیعی ادرار، نشانگر بیماری



در قسمت اول این مطلب با عنوان "مشکلات ادراری" در رابطه با برخی مشکلات مانند قطره قطره آمدن ادرار، تکرر ادرار، سوزش ادرار و تغییر حجم ادرار صحبت شد. حال در این مطلب علل تغییر رنگ و بوی ادرار توضیح داده می شود.

رنگ طبیعی ادرار

رنگ طبیعی ادرار زرد کم رنگ کهربایی است و منظره شفاف دارد. بیماری ها، مصارف برخی داروها، میوه ها و رنگ های مصنوعی موجود در مواد غذایی می توانند رنگ ادرار را تغییر دهند. یک عامل تعیین کننده رنگ ادرار در افراد سالم، میزان دریافت آب و مایعات است. هر قدر مصرف مایعات بیشتر باشد، ادرار نیز رقیق تر و کم رنگ تر می شود. ادرار تشکیل شده از: رنگدانه های ادرار، اسید اوریک، اوره، کراتینین، گلبول های سفید و به ندرت گلبول های قرمز مرده. آب ۹۵ درصد ادرار را تشکیل می دهد.

رنگ های غیرطبیعی ادرار

ادرار قرمز و صورتی یا به رنگ چای :

علت آن وجود خون در ادرار است و ممکن است به علت عفونت پروستات در مردان، عفونت مثانه، فشار خون بالا، سنگ کلیه و مثانه، هموفیلی، سرطان مثانه یا کلیه یا پروستات، صدمه و ضربه (شکستگی لگن یا ضربه به کلیه و مثانه)، ابتلا به سل، وجود زردی یا یرقان، مصرف چغندر، شاتوت و مواد غذایی و قرص های حاوی رنگدانه های مصنوعی، مسمومیت با جیوه و سرب، وجود هموگلوبین، میوگلوبین یا همان رنگدانه عضلات یا گلبول های قرمز در ادرار، مصرف برخی داروها مانند ریفامپین، ایبوپروفن، داروهای گروه سالیسیلات مانند آسپیرین، هپارین (ضدانعقاد خون)، فنی توئین، فنوتیازین، داروی ملین سنا و ویتامین B12 باشد.

در صورت قرمز یا صورتی شدن ادرار فوراً به پزشک مراجعه کنید.



ادرار نارنجی یا زرد تیره :

نشانه کم آبی بدن است و ممکن است به علت یرقان یا زردی، مصرف B کمپلکس، مواد غذایی حاوی کاروتن مانند هویج، ویتامین، C برخی داروها مانند: وارفارین، ریفامپین، ویتامین، B12- سولفاسالازین، هپارین و تتراسایکلین باشد.

ادرار سبز و آبی :

به علت رنگ های مصنوعی موجود در مواد غذایی و داروها، رنگدانه آبی متیلن، مصرف مولتی ویتامین ها و مواد حاوی کاروتن، عفونت مجاری ادراری ادرار سبز، (مشکلات صفرا، میزان بالای کلسیم) ادرار آبی، مصرف برخی داروها مانند: آمی تریپتیلین، سایمتیدین، متوکاربامول و تریامترن می باشد .

ادرار قهوه ای تیره یا سیاه :

به علت وجود مشکلاتی مانند اختلالات کبدی مانند هپاتیت ویروسی و سیروز کبدی، سرطان پوست نوع ملانوما یا بدخیمی رنگدانه های پوست، آغستگی ادرار به بتادین، مصرف ریواس، مسمومیت با مس و فنول، مصرف ترکیبات آهن دار، مصرف داروهای ملین و ضد فشار خون و داروهای متوکاربامول، سوربیتول، داروهای گوگردی گروه سولفونامید، مترونیدازول و داروهای نیتراتی می باشد.

ادرار کدر :

به علت بیماری سوزاک، التهاب و عفونت مثانه، التهاب پروستات، بیماری سل، عفونت مجاری ادرار، سنگ کلیه و مثانه، ادرار با فسفات، اگزالات، مخاط، چربی و گلبول های سفید و قرمز زیاد در ادرار است.

ادرار با کف زیاد :

نشانه پروتئین زیاد در ادرار یعنی نفروز یا دفع پروتئین در ادرار می باشد.

ادرار سفید :

ناشی از وجود چرک و عفونت است.

بوی طبیعی ادرار



بوی ادرار نیز می تواند نشانگر بیماری باشد. بوی طبیعی

ادرار اندکی معطر و اسیدی است.

مصرف ویتامین ها به ویژه ویتامین B6 و زرد چوبه، بوی

ادرار را تغییر می دهند.

بوهای غیر طبیعی ادرار:

بوی آمونیاک: نشانه کم آبی بدن و غلظت بالای ادرار و

عفونت است. همچنین ادرار پس از مدتی که در دمای اتاق بماند، باکتری ها، اوره موجود در ادرار را به آمونیاک تبدیل می کنند.

بوی تعفن و بوی ماهی: عفونت باکتریایی کلیه، مثانه و مجاری ادراری

بوی شیرین: دیابت (وجود گلوکز در ادرار)

بوی رطوبت: بیماری کبدی

بوی استون: دیابت، خستگی و گرسنگی شدید

کنترل و گزارش میزان مایعات دریافتی و دفع شده

۱- وجود دستور پزشک مبنی بر کنترل جذب و دفع برای بیمار

۲- درج مشخصات بیمار روی برگه چارت جذب و دفع و نصب کنار تخت بیمار

۳- توضیح به بیمار و همراه او در مورد دلیل و اهمیت کنترل جذب و دفع

۴- آموزش به بیمار در مورد نحوه اندازه گیری مایعات خوراکی و جمع آوری ادرار در ظرف مدرج

- ۵- یادداشت نوع و میزان مایعات دریافتی و زمان آن در چارت مربوط + تمام مایعات وریدی (خون و سرم)
- ۶- استفاده از لوازم حفاظت شخصی جهت اندازه گیری ترشحات و مایعات دفعی
- ۷- یادداشت میزان، نوع و زمان مایعات دفعی (ادرار، ترشحات سوند معده، درن های زخم، چست تیوب)
- ۸- محاسبه میزان کل مایعات دریافتی در پایان هر شیفت و ثبت آن در پرونده
- ۹- در صورت عدم تناسب بین میزان جذب و دفع یا بروز علائم اولیگوری و آنوری گزارش به پزشک و ثبت در پرونده
- ۱۰- ثبت میزان جذب و دفع در گزارش پرستاری و چارت علائم حیاتی موجود در پرونده

توجهات لازم

- ۱- بیمار چند سال دارد؟
- ۲- میزان عادی مصرف و دفع مایعات چقدر است؟
- ۳- آیا اخیراً در این میزان اختلال ایجاد شده است؟
- ۴- آیا بیمار اخیراً دچار کاهش یا افزایش وزن شده است؟
- ۵- آیا بیمار از مشکلات کلیوی، اسهال و غیره رنج می برد؟
- ۶- بیمار تحت درمان با چه داروهایی است؟
- ۷- آیا علائم ادم و احتباس آب دارد؟
- ۸- آیا علائم (کم آبی) Dehydration دارد؟
- ۹- نتایج آزمایش ها از نظر آب و الکترولیت ها چگونه است؟
- ۱۰- بیمار از چه راه هایی مایعات دفع و از چه راه هایی جذب می کند؟
- ۱۱- آیا بیمار به مقدار کافی مایعات و الکترولیت دریافت می کند؟
- ۱۲- آیا دستور غذایی و سرمی بیمار به موقع رعایت شده است؟
- ۱۳- آیا دهان و پوست بیمار در وضعیت مناسبی قرار دارد؟

توجه داشته باشید:

- ۱- مقدار I & O را با روزهای قبل مقایسه کنید.
- ۲- اختلال تعادل مایعات و الکترولیت ها می تواند اثرات جدی روی اعمال بدن داشته باشد.

۳- کمک پرستار باید با علائم عدم تعادل آشنایی داشته باشد مثل تورم، تنگی نفس شدید، علائم کم آبی

{Dehydration}

۴- بیمارانی که تب دارند مایعات بیشتری از دست می دهند و نیاز بیشتری به جذب مایعات دارند.

۵- افراد مبتلا به سوختگی شدید یا خونریزی شدید در معرض کم آبی هستند و نیاز بیشتری به جذب مایعات دارند.

۶- در اثر کم آبی شدید احتمال شوک وجود دارد که باید به علائم آن آشنا باشیم (فشار خون پایین، نبض بالا، تعریق شدید، پوست سرد).

۷- یک فرد بالغ به طور متوسط در ۲۴ ساعت نیاز به ۲۱۰۰ تا ۲۹۰۰ میلی لیتر مایع دارد.

۸- کودکان در مقایسه با بالغین نیاز به حجم بیشتری از مایعات نسبت به وزن خود دارند.

۹- به طور طبیعی جذب باید با دفع متناسب و تقریباً برابر باشد.

۱۰- میانگین دفع مایعات در بالغین حدود ۱۱۰۰ تا ۱۷۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت می باشد.

۱۱- هر وقت اختلالی در تعادل مایعات و الکترولیت ها پیش آید باید هرچه سریع تر برطرف شود.

۱۲- مقدار ادرار در حالت طبیعی = 60cc/Hour

۱۳- مقدار ادرار در حالت الیگوری = 30cc/Hour

۱۴- مقدار ادرار در حالت آنوری = 10cc/Hour

۱۵- مقدار ادرار در حالت پلی اوری = بیش از 60cc/Hour

اختلالات کلیوی

بیماری مزمن کلیه. CKD^۴ واژه ای است برای توصیف آسیب کلیوی یا کاهش میزان تصفیه گلوبومرولی (GFR) به

مدت ۳ ماه یا بیشتر CKD. در ارتباط با کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه مراقبت های بهداشتی و مرگ زودرس

است. عدم درمان CKD منجر به بروز بیماری مرحله آخر کلیه ESRD^۵ می شود که نیازمند انجام درمان های

جایگزین کلیه (دیالیز یا پیوند کلیه) می باشد. عوامل خطرزا شامل بیماری قلبی- عروقی، دیابت، فشار خون بالا و چاقی

است. دیابت علت اصلی CKD می باشد.

^۴ - Chronic Kidney Disease
^۵ - End-Stage Renal Disease

بین ۲۵٪ تا ۴۰٪ بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و ۵٪ تا ۴۰٪ از بیماران دیابت نوع دو، دچار آسیب کلیوی می شوند. دیابت علت اصلی نارسایی کلیه در بیمارانی است که درمان های جایگزین کلیه در مورد آنها شروع می شود. درضمن علت ثانویه فشار خون است.

در مراحل اولیه، CKD ممکن است آسیب عمده ای به کلیه ها وارد شده باشد، ولی علائم و نشانه ای وجود ندارد. دلایل بروز CKD تاکنون به طور واضح شناخته نشده اما به نظر می رسد آسیب کلیه ها به واسطه التهاب حاد طولانی مدت باشد که مربوط به ارگان خاصی نیست و همچنین همراه با علائم عمومی خفیف است.

تظاهرات بالینی

افزایش سطح کراتینین سرم نشان دهنده بیماری کلیوی اساسی است. زمانی که سطح کراتینین افزایش می یابد، نشانه های بیماری مزمن کلیوی شروع می شود. کم خونی به علت کاهش تولید اریتروپوئیتین توسط کلیه ها، اسیدوز متابولیک و تغییرات غیرطبیعی در کلسیم و فسفر، بیان کننده پیشرفت CKD هستند. احتباس مایع سبب ادم و نارسایی احتقانی قلب می شود. با پیشرفت این بیماری، تغییرات غیرطبیعی در الکترولیت ها رخ می دهد، نارسایی قلبی بدتر شده و کنترل فشارخون مشکل تر می شود.

توجه به موارد زیر ضروری است:

GFR میزان پلاسمای تصفیه شده از طریق گلومرول در واحد زمان می باشد. پاکسازی کراتینین، میزان کراتینینی است که کلیه ها قادر به دفع آن طی ۲۴ ساعت هستند. مقادیر طبیعی این یافته ها در زنان و مردان متفاوت است. محاسبه GFR به عنوان یک شاخص بررسی مهم در CKD می باشد.

درمان

درمان بیماران مبتلا به CKD شامل درمان علت اصلی بیماری است. بررسی بالینی منظم و بررسی های آزمایشگاهی برای حفظ فشارخون کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه بسیار مهم است. درمان طبی همچنین شامل مراجعات اولیه برای آشنایی با درمان های جایگزین کلیه براساس وضعیت کلیه بیمار است. پیشگیری از عوارض از طریق کنترل عوامل خطرزای قلبی - عروقی، درمان هیپرگلیسمی، درمان کم خونی، ترک سیگار، کاهش وزن، برنامه های ورزشی در صورت نیاز و کاهش مصرف نمک و الکل محقق می شود.

ملاحظات سالمندی

تغییرات در کارکرد کلیه به واسطه افزایش طبیعی سن، موجب مستعد شدن بیماران مسن به اختلال کارکرد و نارسایی کلیوی می شوند. به علاوه، میزان بروز بیماری های سیستمیک نظیر آترواسکلروز، افزایش فشارخون، نارسایی قلبی، دیابت و سرطان که با افزایش سن بیشتر می شود، افراد مسن را نسبت به بیماری کلیوی ناشی از این گونه اختلالات مستعد می سازد. بنابراین، مشکلات حاد باید تا حد امکان، پیشگیری یا تشخیص داده و درمان شوند تا از بروز آسیب کلیوی اجتناب شود. بدین ترتیب، پرستاران و کمک پرستاران در تمامی شرایط باید مراقب علائم و نشانه های نارسایی کلیوی در افراد مسن باشد.

در بیماران سالمند معمولاً شیوع مصرف چند دارو و داروهای بدون نسخه وجود دارد و از آن جایی که تغییرات در جریان خون کلیوی، پالایش گلومرولی و پاکسازی کلیوی موجب افزایش خطر تغییرات ناشی از مصرف دارو در کارکرد کلیوی می شوند، در تجویز همه داروها رعایت احتیاط لازم است. اگر در بیمار مسن نیاز به آزمون های تشخیصی وسیع باشد یا داروی جدیدی (نظیر دیورتیک ها) اضافه گردد رعایت احتیاط لازم است تا از کم آبی پیشگیری شود، زیرا می تواند کارکرد کلیوی را تا حدودی کاهش داده و موجب نارسایی کلیوی حاد شود.

بیماری های گلومرولی اولیه^۶

بیماری هایی که گلومرول های کلیوی را تخریب می کنند، سومین علت شایع در مرحله پنچ CKD است. در این اختلالات، ابتدا مویرگ های گلومرولی گرفتار می شوند. مجموعه های آنتی ژن - آنتی بادی در خون تشکیل شده و در مویرگ های گلومرولی (بخش پالایش کننده کلیه ها) به دام می افتند و واکنش التهابی ایجاد می کنند. ایمونوگلوبین (IgG)، ایمونوگلوبین (یا آنتی بادی) اصلی خون، در دیواره های مویرگ گلومرولی قابل ردیابی است. تظاهرات بالینی اصلی آسیب گلومرولی شامل پروتئینوری، خون ادراری، کاهش CFR، کاهش دفع سدیم، ادم و نیز افزایش فشارخون می باشد.

سندرم نفروتیک حاد^۷

^۶ Primary glomerular diseases -
^۷ Acute nephritic syndrome -

سندرم نفروتیک حاد علامت بالینی التهاب گلومرولی است. ^۸ گلومرولونفریت^۸ التهاب مویرگ های گلومرولی است که می تواند به شکل حاد و مزمن رخ دهد.

مراقبت در بیمارستان

اگر بیمار بستری شود، کربوهیدرات ها بدون محدودیت به بیمار داده می شوند تا انرژی لازم فراهم شود و کاتابولیسم پروتئین کاهش یابد. میزان جذب و دفع (I&O) به دقت اندازه گیری و ثبت می شوند. مایعات طبق میزان دفع مایع و وزن روزانه داده می شوند. به هنگام محاسبه مایع دفع شده، از دست دادن غیرمحسوس مایع از طریق ریه ها (۳۰۰ میلی لیتر) و پوست (۶۰۰ میلی لیتر) در نظر گرفته می شود. هنگامی که درمان موثر باشد، دیورز که همراه با کاهش ادم و فشارخون است، شروع می شود. پروتئینوری و خون ادراری میکروسکوپی ممکن است برای چندین ماه باقی بماند. در حقیقت ۲۰٪ از بیماران درجاتی از پروتئینوری ثابت یا کاهش GFR را یک سال پس از بروز بیماری دارند. سایر اقدامات پرستاری بر آموزش بیمار در باره فرآیند بیماری، توضیح درباره تست های آزمایشگاهی و سایر تست های تشخیصی و آمادگی برای مراقبت از خود موثر و ایمن در منزل متمرکز است.

گلومرولونفریت مزمن

گلومرولونفریت مزمن ممکن است ناشی از دوره های تکراری گلومرولونفریت حاد، نفرواسکلروز ناشی از افزایش فشارخون، هیپرلیپیدمی، آسیب توبولی - بینابینی مزمن یا اسکلروز گلومرولی همودینامیکی باشد. بیماری های گلومرولی ثانویه که دارای اثرات سیستمیک می باشند، شامل: لوپوس اریتماتوز، سندرم گودپاسترز^۹ (که توسط آنتی بادی های غشای پایه گلومرولی تولید می شوند)، تصلب گلومرولی دیابتی^{۱۰} و آمیلوئیدوز^{۱۱} هستند.

تظاهرات بالینی

نشانه های گلومرولونفریت مزمن متغیر هستند. بعضی از بیماران مبتلا به بیماری شدید، تا چندین سال هیچ گونه نشانه ای ندارند، این وضعیت ممکن است به طور اتفاقی به هنگام مواجهه با افزایش فشارخون یا افزایش سطح BUN

Glomerulonephritis - ^۸
Goodpastures syndrome - ^۹
Diabetic glomerulosclerosis - ^{۱۰}
Amyloidosis - ^{۱۱}

و کراتینین سرم کشف شود. علاوه بر این، اغلب بیماران نشانه های عمومی نظیر کاهش وزن و توان یا افزایش تحریک پذیری و شب ادراری دارند. سردرد، سرگیجه و اختلالات گوارشی شایع هستند.

با پیشرفت گلومرولونفریت مزمن، علایم و نشانه های از کارافتادگی مزمن و نارسایی کلیوی بروز می کند. بیمار دچار سوء تغذیه، رنگدانه های زرد - خاکستری پوست و ادم دور چشمی و محیطی (وابسته) می شود. فشارخون ممکن است که طبیعی یا به شدت بالا باشد. یافته های شبکه ای عبارتند از: خونریزی، آگزودا، شریانچه های نازک و پیچ دار و ادم پایی. کم خونی سبب رنگ پریدگی غشاهای مخاطی می شود. بزرگی قلب، ریتم گالوپ، وریدهای متسع گردنی و سایر علایم نارسایی قلب نیز ممکن است وجود داشته باشند. کراکل ها را می توان در ریه ها شنید.

نوروپاتی محیطی^{۱۲} همراه کاهش رفلکس های تاندونی عمقی و تغییرات عصبی - حسی، در اواخر بیماری روی می دهد. بیمار دچار گیجی و عدم تمرکز می شود، یافته های دیررس دیگر عبارت است از: پریکاردیت همراه با مالش پریکاردی و نبض متناقض (تفاوت در فشارخون به میزان بیش از ۱۰ میلی متر جیوه بین دم و بازدم).

توجهات لازم

اگر بیمار در بیمارستان یا منزل بستری شود، پرستار باید وضعیت اختلالات شایع آب و الکترولیت و علایم تشدید کارکرد کلیوی را تحت نظر بگیرد. تغییرات در آب و الکترولیت و وضعیت قلبی و عصبی به سرعت به پزشک گزارش می شود. میزان اضطراب برای بیمار و خانواده اش غالباً شدید است. در سراسر سیر بیماری و درمان آن، پرستار با فراهم آوردن فرصت طرح مشکلات به وسیله بیمار و خانواده وی، پاسخ سؤالات آنها و شنیدن نظراتشان، حمایت های عاطفی را فراهم می آورد.

آموزش مراقبت از خود به بیمار

کمک پرستار نقش مهمی در آموزش بیمار و خانواده او در ارتباط با برنامه درمانی تجویز شده و نیز خطر عدم رعایت دستورات ایفا می کند. آموزش به بیمار شامل توضیحات و برنامه ریزی به منظور پیگیری در مورد فشارخون، تجزیه ادرار برای بررسی پروتئین و کاست ها و بررسی آزمایشگاهی سطح BUN و کراتینین سرم می باشد. چنانچه دیالیز طولانی مدت نیاز باشد، پرستار به بیمار و خانواده اش در مورد شیوه انجام دیالیز، نحوه ی مراقبت از محل دسترسی عروقی، محدودیت های رژیم غذایی و نیز سایر اصلاحات لازم در سبک زندگی آموزش می دهد. بستری شدن دوره ای،

بررسی سرپایی بیمار یا در مطب یا مراقبت در منزل، سبب می شود تا پرستار در هر موقعیتی بتواند فرصت بررسی دقیق پیشرفت بیمار را داشته باشد و بیمار آموزش مداوم درباره گزارش وضعیت خود (بدترشدن علائم نارسایی کلیه شامل تهوع، استفراغ و کاهش برون ده ادراری) به مراقبین اولیه سلامتی را دریافت می کند. آموزش های اختصاصی شامل توضیح در مورد توصیه های رژیم غذایی و تعدیل مصرف مایعات و داروهای تجویز شده (هدف، اثرات، عوارض جانبی، دوزاژ و طرز مصرف) می باشد.

ادامه مراقبت. بررسی دوره ای پاکسازی کراتینین و سطح BUN و کراتینین سرم به منظور ارزیابی کارکرد کلیوی باقی مانده و لزوم دیالیز یا پیوند انجام می گیرد. اگر دیالیز آغاز شود، بیمار و خانواده او به حمایت های کافی برای مواجهه با درمان و آثار درازمدت آن نیاز دارند. به بیمار و خانواده وی در زمینه اهمیت شرکت در فعالیت های بهداشتی از جمله انواع تست های غربالگری سلامتی تأکید می شود. به بیمار آموزش داده می شود تا در صورت تشخیص گلومرولونفریت، مراقبین بهداشتی خود را مطلع سازد تا تمامی فعالیت ها و برنامه ریزی های پزشکی از جمله دارو درمانی، براساس اختلال در عملکرد کلیوی صورت گیرد.

سندرم نفروتیک

سندرم نفروتیک یک نوع نارسایی کلیوی می باشد که با افزایش نفوذپذیری گلومرولی همراه بوده و با پروتئینوری شدید مشخص می شود. یافته های کلینیکی شامل افزایش شدید پروتئین (به خصوص آلبومین) در ادرار (پروتئینوری)، کاهش آلبومین در خون (هیپوآلبومینمی)، کلاسترول سرم بالا، ادم منتشر و لیپوپروتئین های با چگالی پایین (هیپرلیپیدمی) می باشند. این سندرم در هر اختلالی که به آسیب شدید غشای مویرگی گلومرول و افزایش نفوذپذیری گلومرولی منجر می شود، به وجود می آید. گرچه کبد قادر به افزایش تولید آلبومین می باشد، اما این مقدار جایگزین میزان آلبومین از دست رفته از طریق کلیه ها نمی شود. بنابراین، هیپوآلبومینمی بروز خواهد کرد.

علت شناسی

سندرم نفروتیک در اثر بسیاری از بیماری های داخلی کلیه و بیماری های سیستمیک که منجر به تأثیر بر گلومرول ها می شوند، بروز می کند. سندرم نفروتیک یک بیماری گلومرولی ویژه نیست، بلکه گروهی از یافته های کلینیکی می باشد که ناشی از آسیب گلومرولی است.

تظاهرات بالینی

تظاهر اصلی سندرم نفروتیک، ادم است. معمولاً ادم نرم و گوده گذار است و عمدتاً در اطراف چشم‌ها (پری اربیتال)^{۱۳} یا مناطق انتكایی (منطقه خاجی، زانوها و دست‌ها) و شکم (آسیت)^{۱۴} یافت می‌شود. سایر نشانه‌ها عبارتند از: سردرد، تحریک پذیری و ضعف.

عوارض

عوارض سندرم نفروتیک عبارتند از: بروز عفونت (ناشی از اختلال در پاسخ ایمنی)، ترومبوآمبولیسم^{۱۵} به ویژه در ورید کلیوی، آمبولی‌های ریوی ناشی از هیپوولمی و آترواسکلروز تسریع یافته ناشی از هیپرلیپیدمی.

توجهات لازم

در مراحل اولیه بیماری، مراقبت‌های پرستاری مشابه گلومرولونفریت حاد است، اما با پیشرفت بیماری مداخله مشابه ESRD خواهد بود. در مورد بیمارانی که مبتلا به سندرم نفروتیک هستند، به ارایه آموزش‌های کافی در زمینه مصرف صحیح غذایی نیاز است تا بتوان حتی المقدور وضعیت آنها را در یک مدت طولانی ثابت نگه داشت. باید به بیمار آگاهی داد تا در صورت بروز هر گونه تغییر در وضعیت سلامتی، بلافاصله پزشک معالج خود را در جریان بگذارد تا قبل از بروز آسیب‌های بیشتر به گلومرول، تغییرات دارویی و رژیم غذایی لازم در مورد وی اعمال گردد.

بیماری کلیه پلی کیستیک

علت شناسی

بیماری کلیه پلی کیستیک (PKD) نوعی اختلال ژنتیکی است که با رشد تعداد زیادی کیست در کلیه‌ها مشخص می‌شود. وقتی که کیست‌ها در کلیه‌ها شکل می‌گیرند، با مایع پر شده و لذا نفرون‌ها را تخریب می‌کنند. کیست‌های PKD ممکن است کلیه‌ها را بزرگ کنند در حالی که جایگزین بخشی از ساختار طبیعی کلیه‌ها شده‌اند که این امر سبب کاهش عملکرد کلیه و نیز منجر به نارسایی کلیه می‌گردد. PKD ممکن است کیست‌هایی را در کبد ایجاد کند و سبب مشکلاتی در سایر ارگان‌ها مثل عروق خونی در مغز و قلب شود. تعداد کیست‌ها و نیز عوارض آنها در افتراق PKD از کیست‌های ساده‌ی خطرناکی که ممکن است در کلیه‌ها در سال‌های بعدی شکل بگیرند، کمک‌کننده است.

^{۱۳} - Periorbital

^{۱۴} - Ascites

^{۱۵} - Thromboembolism

در ایالات متحده PKD و نیز بیماری های کیستیک پنجمین علت منجر به نارسایی کلیه هستند. دو نوع عمده PKD ارثی وجود دارد:

- PKD اغلب اتوزومال^{۱۶} شایع ترین نوع ارثی PKD است. نشانه ها معمولاً بین ۳۰-۴۰ سالگی رخ می دهد اما ممکن است بیماری زودتر از این شروع شده باشد و حتی از دوران کودکی در حدود ۹۰٪ همه موارد PKD در این گروه قرار می گیرند.

- PKD بازگشتی اتوزومال^{۱۷} که نوع نادر ارثی PKD است. نشانه های این بیماری در اولین ماه های زندگی یا در دوران جنینی شروع می شود.

زمانی که PKD غالب اتوزومال سبب نارسایی کلیه می شود، معمولاً این اتفاق پس از سال ها رخ می دهد و بیماران نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه هستند. حدود نیمی از افراد مبتلا به نوع شایع PKD به سمت مرحله ۵ بیماری مزمن کلیه پیشرفت می کنند و نیازمند جایگزینی کلیه خود هستند.

تظاهرات بالینی

علائم و نشانه های PKD ناشی از کاهش عملکرد کلیه و افزایش سایز کلیه ها به علت رشد کیست هاست. آسیب کلیه ممکن است سبب خون ادراری، پلی اوری (افزایش مقدار ادرار)، فشارخون بالا، ایجاد سنگ کلیه، و عفونت دستگاه ادراری و پروتئینوری شود. رشد کیست با گزارش بیمار از احساس پری در شکم و درد پهلو (پایین و عقب) همراه است.

بررسی و یافته های تشخیصی

از آن جایی که PKD یک بیماری ژنتیکی است، ارزیابی دقیق تاریخچه خانوادگی ضرورت دارد. لمس شکم اغلب سبب شناسایی کلیه های کیستیک بزرگ شده می شود. تشخیص معمولاً با تصاویر اولتراسوند از کلیه ها صورت می گیرد.

سرطان کلیه^{۱۸}

سرطان کلیه حدود ۳٪ از همه سرطان ها را در مردان و ۲٪ از سرطان های زنان را در ایالات متحده تشکیل می دهد. در ایالات متحده بروز سرطان کلیه در همه مراحل آن، طی دو دهه اخیر افزایش یافته است. بروز سرطان کلیه در زنان

^{۱۶} - Autosomal dominant PKD

^{۱۷} - Autosomal recessive PKD

^{۱۸} - Renal cancer

و مردان دارای شاخص توده بدنی (BMI) بالاتر، بیشتر است. مصرف مداوم تنباکو، عامل خطرزای عمده ای در سرطان کلیه است .

شایع ترین نوع کارسینومای کلیه از بافت اپی تلیوم کلیه منشأ می گیرد و بیش از ۸۵٪ از همه تومورهای کلیه را شامل می شود. این تومورها ممکن است متاستاز اولیه به ریه ها، استخوان، کبد، مغز و کلیه مجاور بدهند. یک چهارم از بیماران هنگام تشخیص دارای بیماری متاستاتیک هستند. اگرچه استفاده از شیوه های تصویربرداری در شناسایی سرطان مراحل اولیه کلیه گسترش یافته، ولی مشخص نیست که چرا میزان سرطان های مراحل انتهایی کلیه بالاست.

عوامل خطر سرطان کلیه

- جنس: اثرات در مردان بیشتر از زنان است.

- مصرف تنباکو

- تماس شغلی با ذرات شیمیایی مثل محصولات نفتی و فلزات سنگین

- چاقی

- استروژن درمانی unopposed

- بیماری کلیه پلی کیستیک

توجهات لازم

بیمار مبتلا به تومور کلیه غالباً تحت روش های تشخیصی و درمانی وسیعی قرار می گیرد. درمان در این بیماران شامل جراحی، پرتودرمانی و داروهای است. بعد از جراحی، معمولاً بیمار کاتترها و درن هایی در محل، برای حفظ عملکرد دستگاه ادراری، برای دفع ترشحات و بررسی دقیق دفع ادرار دارد. به دلیل محل برش جراحی، موقعیت بیمار در طول جراحی و به دلیل شیوه جراحی، درد و ناراحتی عضلانی شایع می باشد. مداخلات دارویی اغلب شامل داروهای مهارکننده سیستم ایمنی هستند و همچنین بیماران از نظر عفونت پایش می شوند. بیماران نیازمند تکرار داروهای ضد درد در طول دوره بعد از عمل هستند و نیاز به کمک برای جابه جاشدن، سرفه کردن، استفاده از اسپیرومتری انگیزشی و نیز تنفس عمیق برای پیشگیری از آتلکتازی و سایر عوارض ریوی دارند. بیمار و خانواده به کمک و حمایت برای سازگاری با تشخیص و پیش آگهی نامعلوم نیاز دارند.

آموزش مراقبت از خود. کمک پرستار به بیمار در مورد بررسی و مراقبت از محل برش جراحی و انجام سایر مراقبت های عمومی بعد از عمل شامل محدودیت های حرکتی و بالابردن اجسام، رانندگی و مداخله در هنگام بروز درد آموزش می دهد. همچنین به بیمار آموزش داده می شود که در صورت وجود علائمی مانند تب، مشکل در نفس کشیدن، وجود ترشحات در زخم، خون در ادرار، درد یا تورم در پاها به پزشک اطلاع دهد. کمک پرستار بیمار را به مصرف رژیم غذایی سالم و نیز نوشیدن مایعات در حد مناسب برای جلوگیری از بروز یبوست و حفظ حجم ادرار کافی تشویق می کند. حمایت های آموزشی و روانی در ارتباط با تشخیص، درمان و تداوم مراقبت لازم است زیرا بسیاری از بیماران درباره از دست دادن کلیه دیگر خود و احتمال نیاز به انجام دیالیز یا بازگشت سرطان نگران هستند.

تداوم مراقبت. تداوم مراقبت برای تعیین علائم متاستاز و اطمینان از این که بیمار و خانواده از نظر وضعیت بیمار و خوب بودن در شرایط مناسبی هستند، امری لازم و اساسی است. بیمارانی که به دلیل کارسینوم کلیه تحت عمل جراحی قرار گرفته اند، باید معاینات بالینی سالیانه و رادیوگرافی قفسه سینه برای آنها انجام شود، زیرا متاستاز تأخیری غیرمعمول نیست. تمام علائم بعدی بیمار باید با در نظر گرفتن احتمال متاستاز بررسی شود.

در صورتی که نیاز به ادامه شیمی درمانی است، بیمار و خانواده باید در مورد برنامه درمانی و دستورالعمل شیمی درمانی، آن چه در هر معاینه و بررسی مورد انتظار است و زمان های مراجعه به پزشک مطلع شوند. ارزیابی حفظ عملکرد کلیوی (پاکسازی کراتینین، BUN و سطح کراتینین سرم) به صورت دوره ای ممکن است انجام شود. کمک پرستار مراقبت در منزل، وضعیت جسمی بیمار و سلامتی روحی روانی او را پایش می کند و همچنین سایر خدمات و منابع مراقبتی را سازمان دهی می نماید.

نارسایی کلیوی

نارسایی کلیوی هنگامی به وجود می آید که کلیه ها نتوانند فرآورده های زاید متابولیک را دفع کنند یا کارکردهای تنظیم کننده را اعمال نمایند. مواردی که در حالت طبیعی در ادرار دفع می شوند، به دلیل اختلال در کارکرد کلیوی، در مایعات بدن تجمع می یابند و بر کارکردهای درون ریز و متابولیک اثر می گذارند و موجب برهم خوردن تعادل مایع و الکترولیت و اسید- باز می شوند. نارسایی کلیوی یک بیماری سیستمیک و نتیجه نهایی بسیاری از بیماری های کلیوی و دستگاه ادراری است. هر سال تعداد مرگ ناشی از نارسایی کلیوی برگشت ناپذیر افزایش می یابد.

نارسایی کلیوی حاد

نارسایی کلیوی حاد (ARF)^{۱۹} کاهش سریع عملکرد کلیه به علت آسیب به کلیه هاست. بسته به طول مدت و شدت، ARF طیف وسیعی از عوارض متابولیک تهدید کننده زندگی به طور بالقوه ممکن است بروز نماید. از جمله این عوارض، اسیدوز متابولیک و نیز عدم تعادل مایعات و الکترولیت است. هدف از درمان، جایگزین کردن عملکرد کلیه به صورت موقت برای به حداقل رساندن عوارض بالقوه مرگبار و کاهش علل بالقوه افزایش آسیب کلیه است با این هدف که فقدان طولانی مدت عملکرد کلیه به حداقل برسد. نارسایی کلیوی حاد مشکلی است که در بیماران بستری در بیمارستان و نیز در بیماران سرپایی مشاهده می شود. ویژگی که معمولاً برای ARF پذیرفته شده، این است که کراتینین سرم ۵۰٪ یا بیشتر، بالاتر از حد پایه باشد (کراتینین طبیعی سرم کمتر از یک میلی گرم در دسی لیتر است). حجم ادرار ممکن است نرمال یا دارای تغییراتی باشد. تغییرات احتمالی در حجم ادرار شامل اولیگوری، عدم وجود اولیگوری یا آنوری^{۲۰} می باشد.

انواع نارسایی کلیوی حاد

سه گروه اصلی ARF عبارتند از: پیش کلیوی (یا کاهش خون رسانی کلیه)، داخل کلیوی (آسیب حاد بافت کلیه) و پس کلیوی انسداد جریان ادرار ARF. (پیش کلیوی که در ۶۰٪ تا ۷۰٪ موارد روی می دهد، در نتیجه اختلال جریان خون به وجود می آید که منجر به کاهش خون رسانی کلیه و افت GFR می گردد. ARF داخل کلیوی، در اثر آسیب پارانشیمی حقیقی به گلومرول یا توبول های کلیوی به وجود می آید. نکرز توبولی حاد یا (ATN)^{۲۱}، شایع ترین نوع ARF داخل کلیوی می باشد. مشخصات ATN عبارت است از: انسداد درون توبولی، نشت رو به عقب توبولی، انقباض عروقی و تغییرات در تراوایی گلومرولی. در نتیجه موارد مذکور، کاهش، GFR ازوتمی پیش رونده و نیز اختلال در تعادل مایع و الکترولیت بروز خواهد نمود. CKD، دیابت، نارسایی قلبی، افزایش فشار خون و سیروز^{۲۲} می تواند به ATN منجر شود. ARF. پس کلیوی معمولاً حاصل از یک انسداد در محلی دور از کلیه هستند. فشار در توبول های کلیه افزایش می یابد و سرانجام GFR کاهش می یابد.

Acute Renal Failure (ARF) - ^{۱۹}

Anuria - ^{۲۰}

Acute Tubular Necrosis (ATN) - ^{۲۱}

Cirrhosis - ^{۲۲}

مراحل نارسایی کلیوی حاد

چهار مرحله ARF وجود دارد: مرحله آغاز، مرحله اولیگوری، مرحله دیورز و مرحله بهبود.

- مرحله آغاز با آسیب اولیه شروع و با بروز اولیگوری ختم می شود.

- مرحله اولیگوری با افزایش غلظت سرمی موادی که معمولاً به وسیله کلیه ها دفع می شوند مثل اوره، کراتینین، اسید اوریک، اسیدهای آلی و کاتیون های داخل سلولی (پتاسیم و منیزیم) همراه است. حداقل میزان ادرار ضروری برای رهایی بدن از فرآورده های زاید متابولیک ۴۰۰ میلی لیتر می باشد. در این مرحله است که نشانه های اورمی برای نخستین بار ظاهر شده و اختلالات تهدید کننده حیات نظیر هیپرکالمی روی می دهند.

علل نارسایی کلیوی حاد

نارسایی پیش کلیوی

● کاهش حجم مایعات بدن ناشی از:

- خونریزی

- دفع کلیوی (در اثر دیورتیک ها، دیورز اسمزی)

- دفع گوارشی (در نتیجه استفراغ، اسهال، یا ساکشن بینی- معدی)

● اختلالات قلبی ناشی از:

- انفارکتوس میوکارد

- نارسایی قلب

- اختلالات ریتم

- شوک کاردیوژنیک

● اتساع عروقی ناشی از:

- سپسیس

- آنافیلاکسی

- داروهای پایین آورنده فشارخون یا سایر داروهای متسع کننده عروقی

نارسایی داخل کلیوی

• کم خونی کلیوی درازمدت ناشی از:

- نفروپاتی رنگدانه (همراه با تجزیه سلول های خونی حاوی رنگدانه که موجب انسداد ساختارهای کلیه می شود)

- میوگلوبینوری^{۲۳} (در اثر وارد شدن ضربه، تصادفات، سوختگی ها)

- هموگلوبینوری^{۲۴} (واکنش های انتقال خون، کم خونی همولیتیک)

• مواد سمی برای کلیه نظیر:

- آنتی بیوتیک های آمینوگلیکوزیدی (جنتامایسین^{۲۵}، توبرامایسین^{۲۶})

- مواد حاجب به پرتو

- فلزات سنگین (سرب، جیوه)

- حلال ها و مواد شیمیایی (اتیلن گلیکول، تتراکلریدکربن، آرسنیک)

- انواع مختلف داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی (NSAIDs)

- مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (مهارکننده های ACE)

• روندهای عفونی نظیر:

- پیلونفریت حاد

- گلومرونفریت حاد

انسداد پس کلیوی

• انسداد دستگاه ادراری، شامل

- سنگ ها

- تومورها

- هیپرپلازی خوش خیم پروستات

- چسبندگی ها

- لخته های خون

Myoglobinuria - ۲۳

Hemoglobinuria - ۲۴

Gentamicin - ۲۵

Tobramycin - ۲۶

برخی بیماران علی‌رغم کاهش کارکرد کلیوی و نیز احتباس فزاینده نیتروژن، مقادیر طبیعی ادرار (۲ لیتر در روز یا بیشتر) را دفع می‌کنند. این نوع غیراولیگوریک^{۲۷} نارسایی کلیوی است و عمدتاً پس از قرارگرفتن بیمار در معرض مواد مسموم‌کننده کلیه، سوختگی‌ها، آسیب ناشی از ضربه و مواد بیهوش‌کننده هالوژن دار روی می‌دهد.

- مرحله دیورز با افزایش برون‌ده ادراری تدریجی مشخص می‌شود که نشانه‌ای از آغاز بهبود پالایش گلومرولی است. ارقام آزمایشگاهی در سیر صعودی ثابت می‌شوند و در نهایت رو به کاهش می‌گذارند. هرچند که حجم برون‌ده ادراری ممکن است به سطح طبیعی یا افزایش یافته برسد، کارکرد کلیوی ممکن است غیرطبیعی باشد. نشانه‌های اورمی ممکن است باقی‌بمانند، بنابراین درمان طبی و پرستاری باید ادامه یابد. بیمار باید از نظر دهیدراتاسیون به دقت زیر نظر باشد، اگر دهیدراتاسیون رخ دهد نشانه‌های بروز اورمی احتمالاً افزایش می‌یابند.

- مرحله بهبود نشان‌دهنده پیشرفت کارکرد کلیوی است و ممکن است ۳ تا ۱۲ ماه طول بکشد. ارقام آزمایشگاهی بیمار به سطح طبیعی باز می‌گردند. گرچه کاهش ثابت ۱ تا ۳ درصدی GFR معمول است ولی از نظر بالینی فاقد اهمیت است.

پیشگیری از نارسایی کلیوی حاد

۱- تأمین مایعات کافی برای بیماری که در معرض خطر کم‌آبی است شامل:

• قبل، حین و بعد از جراحی

• بیمارانی که مورد آزمایشات تشخیصی تهاجمی با ماده حاجب قرار می‌گیرند و لازم است مایعات دریافتی آنها محدود شود (مانند تنقیه باریم، پیلوگرام داخل وریدی)، به ویژه بیماران سالمندی که ممکن است ذخیره کلیوی مناسبی نداشته باشند.

• بیمارانی که مبتلا به اختلالات نئوپلاستیک یا اختلالات متابولیسیمی (مثل نقرس) هستند و آنها که شیمی‌درمانی می‌شوند.

۲- پیشگیری و درمان سریع شوک از طریق جایگزینی مایع و خون.

۳- پایش فشارهای شریانی و وریدی مرکزی و برون‌ده قلبی.

۴- درمان سریع افت فشارخون.

۵- بررسی مرتب عملکرد کلیه (برون ده ادراری، ارزیابی آزمایشگاهی) در صورت لزوم.

۶- دقت شود که خون سازگار به بیمار صحیح تجویز می شود تا از واکنش های شدید انتقال خون اجتناب شود، زیرا این واکنش ها ممکن است منجر به نارسایی کلیه شوند.

۷- پیشگیری و درمان سریع عفونت ها، عفونت ها می توانند باعث آسیب پیش رونده کلیوی شوند.

۸- داشتن توجه خاص نسبت به زخم ها، سوختگی ها و سایر عوامل زمینه ساز سپسیس.

۹- برای پیشگیری از عفونت های مجرای صعودی ادراری، به دقت مراقب بیمارانی که سوند ثابت دارند، باشید و کاترها را هرچه سریع تر خارج کنید.

۱۰- برای پیشگیری از اثرات سمی دارویی، مراقب مقدار مصرف، مدت مصرف و سطح خونی تمام داروهایی که توسط کلیه ها متابولیزه یا دفع می شوند، باشید.

با کاهش میزان GFR، بیماران مبتلا به اولیگوری و آنوری، در معرض خطر هیپرکالمی هستند. در نتیجهی کاتابولیسم پروتئین، پتاسیم سلولی به درون مایعات بدن آزاد شده و منجر به هیپرکالمی شدید می گردد (افزایش سطح پتاسیم سرم). هیپرکالمی ممکن است به اختلال در ریتم قلب منجر شود و از جمله تاکی کاردی بطنی و ایست قلبی بروز نماید. منابع پتاسیم عبارتند از: کاتابولیسم طبیعی بافتی، دریافت از راه رژیم غذایی، خونریزی از دستگاه گوارشی، انتقال خون و سایر منابع (برای مثال، تزریق داخل وریدی، پنی سیلین، پتاسیم و انتقال پتاسیم خارج سلولی در پاسخ به اسیدوز متابولیک).

اسیدوز متابولیک پیش رونده همراه با نارسایی کلیوی است، زیرا بیمار قادر نیست مواد اسیدی را که توسط سیر متابولیکی طبیعی تولید می شوند، روزانه دفع کند. به علاوه، مکانیسم تولید بافری طبیعی کلیه از کار خواهد افتاد. انعکاس این وضعیت، کاهش قدرت اتصال CO₂ سرم و pH خون می باشد. ممکن است افزایش غلظت فسفات در خون بروز نماید و نیز در پاسخ به کاهش جذب کلسیم از روده و به عنوان یک مکانیسم طبیعی در برابر افزایش سطح فسفات خون، سطح کلسیم نیز کاهش یابد. کم خونی یک یافته ی متداول دیگر آزمایشگاهی در ARF می باشد و

دلایل آن عبارت است از: کاهش میزان تولید اریتروپوئیتین، ضایعات اورمیکی دستگاه گوارش، کاهش طول عمر RBC و از دست رفتن خون که معمولاً از طریق مجاری گوارشی اتفاق می افتد.

پیشگیری

میزان مرگ و میر ناشی از ARF بالاست و شامل طیفی از ۲۵٪ تا ۹۰٪ می باشد. عوامل مؤثر بر مرگ و میر شامل افزایش سن، بیماری های توأم، بیماری های کلیوی پیش زمینه ای و نیز بیماری های عروقی است. بنابراین پیشگیری از ARF لازم می باشد.

باید شرح حال دقیقی از بیمار در زمینه ی تماس با داروهای مسموم کننده کلیه و قرارگرفتن در معرض سموم محیطی گرفته شود. کلیه ها به خصوص نسبت به عوارض سوء داروها بسیار مستعد هستند، زیرا به صورت مکرر در معرض مواد موجود در خون می باشند. بیمارانی که داروهای بالقوه سمی برای کلیه ها دریافت می دارند (از جمله آمینوگلیکوزیدها^{۲۸}، کلیستیمات^{۲۹}، پلی میکسین^{۳۰}، آمفوتریسین B^{۳۱}، ونکومایسین^{۳۲}، آمیکاسین^{۳۳}، سیکلوسپورین)^{۳۴}، از نظر تغییر در عملکرد کلیوی، باید به دقت زیر نظر گرفته شوند. برای افرادی که تحت درمان با این داروها هستند، اندازه گیری سطح اولیه BUN و کراتینین سرم، ۲۴ ساعت بعد از شروع مصرف دارو و حداقل دو بار در هفته، در طول درمان انجام می شود. هر دارویی که سبب کاهش جریان خون کلیوی شود (مانند مصرف درازمدت مسکن ها) ممکن است به نارسایی کلیوی منجر شود. مصرف طولانی مدت مسکن ها، به ویژه داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، (NSAIDs) ممکن است موجب نفريت بینابینی^{۳۵} التهاب درون بافت کلیوی و نکروز پاپیلار شود. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی یا سیروز همراه با آسیت به خصوص در معرض خطر نارسایی کلیوی ناشی از NSAID هستند. افزایش سن، بیماری کلیوی پیش زمینه ای و تجویز همزمان چند داروی سمی برای کلیه، خطر آسیب کلیوی را افزایش می دهند.

Aminoglycosides - ۲۸
Colistimethate - ۲۹
PoLymyxin B - ۳۰
Amphotericin B - ۳۱
Vancomycin - ۳۲
Amikacin - ۳۳
Cyclosporine - ۳۴
Interstitial nephritis - ۳۵

آسیب های کلیوی ناشی از مواد حاجب پرتوی (CIN)^{۳۶} مهم ترین دلیل ARF اکتسابی از بیمارستان می باشند. سالیانه بیش از یک میلیون مطالعه با مواد حاجب پرتوی بر بیماران در ایالات متحده انجام می شود، که از این تعداد تقریباً ۱۵۰/۰۰۰ مورد از آنها آسیب های کلیوی ناشی از CIN را تجربه خواهند کرد و تقریباً ۱٪ از آنها نیاز به دیالیز و بستری شدن طولانی مدت خواهند داشت. این موقعیت بالقوه قابل پیشگیری خواهد بود. در بیماران در معرض خطر، سطح اولیه کراتینین سرم بیشتر از ۲ میلی گرم در دسی لیتر است. محدود کردن تماس بیماران با مواد حاجب و داروهای مسموم کننده کلیه، خطر بروز آسیب کلیوی ناشی از CIN را کاهش خواهد داد. تجویز ان-استیل سیستئین^{۳۷} و سدیم بی کربنات^{۳۸} قبل و نیز در حین تست سبب کاهش خطر می شود. تأمین مایعات کافی قبل از انجام تست با سالین، به عنوان یک شیوه مؤثر برای پیشگیری از CIN می باشد.

ملاحظات سالمندی

در حدود نیمی از بیمارانی که طی بستری بودن، ARF در آنها گسترش می یابد، بیش از ۶۰ سال سن دارند. علل بروز ARF در افراد سالمند شامل علل پیش کلیوی مانند کم آبی، علل درون کلیوی مانند مواد مسموم کننده کلیه^{۳۹} مثل داروها، مواد حاجب و عوارض جراحی های عمده و بزرگ می باشند. سرکوب احساس تشنگی، اجبار به استراحت در تخت، عدم دسترسی به آب و گیجی، در مجموع باعث می شوند که افراد پیر مایعات کافی دریافت نمایند که این امر منجر به کم آبی در آنها شده و تداوم کم آبی، عملکرد کلیه را کاهش می دهد. ARF در افراد مسن معمولاً در سطح جامعه دیده می شود. پرستاران شاغل در مراکز درمانی سرپایی باید از این خطر مطلع باشند. لازم است که همه داروها از نظر عوارض جانبی که سبب آسیب کلیه و نیز کاهش جریان خون کلیه یا مسمومیت کلیه می شوند، به صورت دقیق بررسی شوند. اقداماتی که نیاز به ناشتا بودن یا آمادگی روده ای دارند، ممکن است سبب کم آبی شوند، لذا پایش دقیق این بیماران نیز ضروری است.

درمان تغذیه ای

Radiocontrast- Induced Nephropathy (CIN) - ^{۳۶}

N-acetylcystein - ^{۳۷}

Sodium bicarbonate - ^{۳۸}

Nephrotoxic - ^{۳۹}

ARF باعث بروز اختلالات شدید تغذیه ای می شود و در نتیجه مصرف ناکافی، تهوع و استفراغ بروز می نماید، اختلال در مصرف گلوکز و ساخت پروتئین و نیز افزایش کاتابولیسم بافتی ایجاد می شود. بیمار هر روز تغییر در وزن دارد در صورتی که تعادل نیتروژن منفی باشد (به این معنی که کالری دریافتی بیمار کمتر از کالری مورد نیاز اوست) و ۲٪ تا ۵٪ کیلوگرم در روز کاهش وزن دارد. اگر بیمار دچار اضافه وزن شود یا وزن او ثابت بماند یا به سمت افزایش فشارخون پیشرفت کند، احتباس مایع باید در نظر گرفته شود.

حمایت تغذیه ای بر مبنای علت زمینه ساز، ARF پاسخ کاتابولیکی، نوع و تناوب درمان جایگزین کلیه، بیماری های همراه و وضعیت تغذیه ای وی می باشد. کالری مورد نیاز بیمار با غذاهای غنی از کربوهیدرات تأمین می شود، زیرا کربوهیدرات های کافر ذخیره کننده پروتئین دارند (یعنی در یک رژیم غنی از کربوهیدرات، پروتئین برای نیازهای انرژی مصرف نشده و به منظور رشد و ترمیم بافتی ذخیره می شود). غذاها و مایعات حاوی پتاسیم یا فسفر (مانند موز، آب میوه و عصاره مرکبات، قهوه محدود می شوند).

مرحله اولیگوری ARF ممکن است از ۱۰ تا ۲۰ روز به طول انجامد. نتایج تست های شیمیایی خون برای تعیین میزان سدیم، پتاسیم و آب لازم برای جایگزینی و ارزیابی مازاد یا کمبود مایع انجام می گیرد. پس از مرحله دیورتیک، رژیم غذایی بیمار پر پروتئین و پرکالری است و بیمار به از سرگیری به تدریج فعالیت های روزانه تشویق می شود.

توجهات لازم

پرستار و کمک پرستار نقش مهمی در مراقبت از بیمار مبتلا به ARF ایفا می کنند. علاوه بر توجه به عوارض، در درمان فوری اختلالات مایع و الکترولیت شرکت می کنند، پیشرفت بیمار و پاسخ او به درمان را بررسی کرده و حمایت های فیزیکی و عاطفی را فراهم می آورند. علاوه بر این، کمک پرستار اعضای خانواده بیمار را از وضعیت او مطلع ساخته، کمک می کند تا درمان را درک کنند و حمایت روانی را فراهم می آورد. اگرچه ایجاد شدن ARF ممکن است که خطرناک ترین مشکل پیش رو باشد، کمکپرستار باید مراقبت های لازم را در مورد اختلال اولیه (مانند سوختگی ها، ضربه، انسداد دستگاه ادراری) ادامه دهد.

پیشگیری از عفونت

رعایت نکات استریل در مورد سوندها به منظور به حداقل رساندن خطر عفونت و افزایش متابولیسم، ضروری است. تا حد امکان از سوندهای ادراری ساکن و دائمی اجتناب می شود، زیرا خطر عفونت ناشی از آن بالا است. همچنین ممکن است نیاز به ثبت اطلاعات لازم در مورد پایش جذب و دفع مایعات باشد.

مراقبت از پوست

پوست بیمار ممکن است خشک و مستعد شکنندگی به دلیل بروز ادم باشد، بنابراین، مراقبت دقیق از پوست مهم است. علاوه بر این، خارش و پوسته پوسته شدن پوست ممکن است حاصل رسوب سموم محرک در بافت های بیمار باشد. حمام کردن بیمار با آب خنک، چرخش بیمار به طرفین و تمیز نگه داشتن پوست و همچنین کوتاه نگه داشتن ناخن بیمار برای جلوگیری از خراشیدن پوست، باعث آسایش بیمار و نیز جلوگیری از آسیب های پوستی می شود.

حمایت روانی اجتماعی از بیمار

بیمار مبتلا به ARF ممکن است نیاز به درمان همودیالیز داشته باشد. طول زمان لازم برای درمان دیالیزی بستگی به علت و وسعت آسیب کلیه ها دارد. در طول دوره درمان، بیمار و خانوادگی او به کمک، توضیح و حمایت نیاز دارند. هدف و منطق درمان توسط پزشک به بیمار و خانواده او توضیح داده می شود. با این حال، به دلیل اضطراب و ترس زیاد، پرستار ممکن است مکرراً توضیحاتی ارائه دهد. اعضای خانواده ممکن است در ابتدا از تماس و صحبت با بیمار طی انجام پروسیجر بپرهیزند، اما پرستار آنها را به این کار تشویق می کند.

بیماری های ارتوپدی

درمان مشکلات سیستم عضلانی- اسکلتی شامل استفاده از گچ، بریس، اسپلینت، تراکشن، جراحی یا ترکیبی از اینهاست. باید تلاش شود علاوه بر بهبود سریع بیمار و بازگشت او به زندگی عادی از بروز عوارض نیز پیشگیری شود. گچ وسیله ای برای بی حرکتی عضو گرفتار است. نوع و ضخامت آن به ضایعه موجود بستگی دارد. انواع قالب های گچی به شرح زیراند: گچ کوتاه برای بازو، گچ بلند برای بازو، گچ کوتاه و بلند برای پا، گچ راه رفتن، گچ تنه و شانه و گچ اسپایکای مفصل ران.

قالب های غیر گچی فایبرگلاس نامیده می شوند. این قالب ها از مواد پلی اورتان ساخته می شوند که در تماس با آب فعال می شوند و بسیار سبک و محکم هستند. این قالب ها متخلخل هستند و در نتیجه عوارض کمتری دارند و برای شکستگی های بدون جا به جایی با حداقل تورم و استفاده طولانی مدت کاربرد دارد.

قالب های گچی معمولی از جنس پلاستر ساخته می شوند. باند های آنرا در آب سرد خیس می کنند تا انعطاف لازم را کسب کند. در این روش گرما تولید می شود که ممکن است برای بیمار خوشایند نباشد. باید به بیمار اطلاعات کافی داده شود.

قالب گچی بعد از خشک شدن استحکام لازم را به دست می آورد، خشک شدن آن ۲۴-۷۲ ساعت طول می کشد. اسپلینت ها از مواد ترموپلاستیک ساخته می شود و پس از گرم شدن شکل داده می شود. اسپلینت، عدم تحرک و حمایت قسمتی از بدن را در وضعیت عملکردی حفظ می کند و برای پیشگیری از فشار و آسیب پوستی با ویبریل خوب پیچیده می شود.

بریس ها برای حمایت، کنترل حرکت و پیشگیری از آسیب اضافی مورد استفاده قرار می گیرند. برخی از اسپلینت ها از قبل ساخته شده اند. از جمله می توان به بی حرکت کننده های زانو، بندهای مچ پا و مچ دست نام برد.

توجهات لازم در بیماری که گچ، اسپلینت و بریس دارد؟

قبل از گچ گیری یا استفاده از بریس و اسپلینت، باید موضع مورد نظر از لحاظ تمیز بودن و رعایت کامل بهداشت مورد بررسی قرار گیرد. ناحیه باید از نظر ورم، کبودی، خراشیدگی یا هر مورد غیر عادی مورد توجه قرار گیرد.

در شکستگی ها معمولاً درد با بی حرکت کردن عضو تسکین می یابد. دردهای ناشی از ادم به دنبال تروما، جراحی یا خونریزی داخل بافتی با بلند تر گذاشتن عضو و استفاده از سردکننده در صورت تجویز پزشک آرام می شود. گاهی درد بیمار به خاطر عوارض گچ گیری است. درد روی برجستگی های استخوانی ممکن است مقدمه پیدایش زخم فشاری باشد. علائم عمومی عفونت و بوی نا خوشایند باید سریعاً به پرستار مسوول و پزشک گزارش شود.

عدم استفاده از عضو:

بی حرکتی در قالب گچی، بریس یا اسپلینت می تواند سبب بروز آتروفی عضلات و کاهش قدرت آن شود. بیمار باید یاد بگیرد که چگونه بدون حرکت دادن عضو، اندام را منقبض کند. در ساعت های بیداری بیمار باید حتماً هر ساعت حرکات ایزومتریک را انجام دهد.

آموزش مراقبت از خود:

باید بیمار را به انجام کارهای شخصی خود تشویق کرد تا احساس بیهوده بودن و وابستگی نکند. مشارکت بیمار در انجام اقدامات روزانه خود سبب احساس استقلال، بهبود مراقبت های شخصی و جلوگیری از افسردگی می شود.

توجهات لازم:

قالب گچی را با استفاده از اره مخصوص برش می دهند. باید به بیمار یادآوری کرد که این اره به پوست او آسیبی نمی رساند با توجه به بی حرکتی عضو ممکن است ضعف عضلانی و آتروفی رخ دهد. بنابراین پس از باز کردن گچ باید مورد حمایت قرار گیرد. عضو باید به آرامی شسته، خشک و چرب شود. اگر عضو هنوز متورم است باید بالاتر از سطح بدن قرار گیرد. در ضمن با عضوی که تازه گچ آن باز شده است باید با ملایمت رفتار کرد. لازم است دست آسیب دیده تا چند روز با باند سه گوش به گردن آویزان باشد. کنترل رنگ، دما و پرشدگی مجدد مویرگی باید مورد توجه قرار گیرد. گاهی احساس سوزش، کرحتی یا خارش رخ می دهد. بیمارانی که قالب گچی دارند یا گچ گیری در ناحیه لگن آنهاست مراقبت بیشتری را طلب می کنند. علاوه بر توجه به اطراف گچ باید موقع لگن دادن به آنها خیلی دقت شود که چگونگی آنرا مربی در بیمارستان آموزش خواهد داد. توجه به صداهای روده ای هم مهم است و در صورت عدم وجود این حرکات باید به پزشک اطلاع داده شود.

بیمار دارای فیکساتور خارجی:

برای درمان شکستگی های باز همراه با آسیب بافت نرم استفاده می شود. درمان را سرعت بخشیده و از بروز عوارض می کاهد. در این میان بیمار باید از نظر روانی حمایت شود و به وضعیت عروقی او توجه شود. محل پین ها باید از نظر هرگونه قرمزی، ترشح، حساسیت در لمس، درد و شل شدگی بررسی شود. تشویق بیمار به ورزش های ایزومتریک مهم است رعایت بهداشت محل بسیار اهمیت دارد.

بیمار تحت تراکشن:

تراکشن به اعمال نیروی کششی روی قسمت های مختلف بدن گفته می شود. تراکشن برای به حداقل رساندن اسپاسم عضلات، جا انداختن و بی حرکت کردن شکستگی ها، تصحیح امتداد قطعات شکسته، اصلاح بد شکلی ها یا افزایش فضای بین سطوح متقابل استفاده می شود.

تراکشن اولین اقدام در کوتاه ترین فاصله ی ممکن از بروز آسیب است. این اقدام خطر بروز سندروم عدم استفاده و طول مدت بستری شدن در بیمارستان را کاهش می دهد و بیمار می تواند در خانه مراقبت شود.

توجهات لازم

مراقبت مؤثر از تراکشن. برای اطمینان از تأثیر مطلوب تراکشن پوستی باید از ایجاد هرگونه چین خوردگی یا لغزش بانداژ تراکشن ممانعت کرد و نیروهای مقابل تراکشن را حفظ کرد. بیمار باید در وضعیت صحیح قرار داده شود تا دست ها و پاها در حالت خنثی قرار گیرند. برای جلوگیری از جابه جایی قطعات شکستگی، بیمار نباید از یک پهلو به پهلوئی دیگر بچرخد، ولی می تواند با کمک دیگران موقعیت خود را تغییر دهد.

کنترل و درمان عوارض احتمالی. این عوارض شامل گسیختگی پوست، آسیب به عصب و اختلال در جریان خون است.

گسیختگی پوست. طی بررسی های اولیه، پرستار پوست های حساس و شکننده را شناسایی کرده (در افراد مسن شایع است) و به دقت واکنش های پوستی را نسبت به نوار و چکمه های اسفنجی کنترل می کند تا مطمئن شود نیروهای پاره کننده به پوست اعمال نمی شوند. اقداماتی که کمک پرستار برای کنترل و درمان گسیختگی پوستی انجام می دهد، عبارتند از:

- روزی سه بار چکمه های اسفنجی را خارج می کند تا پوست زیر چکمه، مچ پا و تاندون آشیل را معاینه کند. طی این عمل، یک کمک پرستار دیگر از اندام حمایت می کند.

- هر روز ناحیه ی زیر نوار تراکشن را برای تشخیص مناطق حساس و دردناک لمس می کند.

- حداقل هر دو ساعت یک بار، پشت بیمار را بررسی و مراقبت می کند تا این که از بروز زخم های فشاری جلوگیری شود. بیماری که در حالت طاقباز می خوابد، مستعد ابتلا به زخم های فشاری است.

- برای به حداقل رساندن زخم های پوستی از تشک ها و روکش های مخصوص (مانند اسفنج های متراکم- تشک های هوا) استفاده می کند.

آسیب به عصب. تراکشن پوستی می تواند بر اعصاب محیطی فشار وارد کند. در تراکشن اندام تحتانی باید مراقب بود که روی عصب پروئثال (در زیر زانو آن جا که گردن فیبولا را دور می زند) فشار وارد نشود. فشار بر این نقطه ممکن است باعث افتادگی پا شود. کمک پرستار درباره حس اندام تحتانی از بیمار سؤال می کند و از او می خواهد که مچ و انگشتان پایش را تکان دهد و هرگونه احساس سوزش زیر بانداژ تراکشن یا چکمه اسفنجی را مورد بررسی قرار می دهد. خم کردن پا به سمت بالا بر عملکرد صحیح عصب پروئثال دلالت دارد. ضعف در خم کردن پا به سمت بالا یا چرخش آن به سمت داخل احتمال فشار بر عصب پروئثال مشترک را مطرح می کند. خم کردن پا به سمت کف پا (پلانتر فلکسیون)، عملکرد صحیح عصب تیبیال را نشان می دهد. هرگونه اختلال حس یا عملکرد حرکتی باید فوراً گزارش شود.

اختلال در جریان خون: پس از اعمال تراکشن پوستی کمک پرستار وضعیت جریان خون دست یا پا را حدود ۳۰- ۱۵ دقیقه بررسی کرده و سپس این عمل را هر ۲-۱ ساعت تکرار می کند. ارزیابی جریان خون شامل موارد زیر است:

- بررسی نبض های محیطی، رنگ و دمای انگشتان و پرشدگی مجدد مویرگی

- توجه به علائم ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) مثل تحریک پذیری پشت یکی از ساق ها، تورم، گرما و قرمزی کمک پرستار همچنین بیمار را تشویق می کند که ورزش های فعال دست و پا را هر ساعت (در مواقع بیداری) انجام دهد.

تراکشن استخوانی

در تراکشن استخوانی، نیرو مستقیماً روی استخوان اعمال می شود. از این روش غالباً برای درمان شکستگی های استخوان ران، درشت نی و مهره های گردنی استفاده می شود. در تراکشن استخوانی نیروی کششی مستقیماً از راه پین

فلزی یا سیمی (پین اشتاینمن^{۴۰}، سیم کرشنر^{۴۱} که به استخوان دیستال به شکستگی وصل می شوند، به استخوان وارد می شود. محل جاگذاری این وسایل باید دور از اعصاب، عروق خونی، عضلات، تاندون ها و مفاصل باشد. از انبرهایی که به استخوان مجسمه ثابت می شوند) انبرگاردنر- ولز^{۴۲} یا انبر وینکه^{۴۳} می توان برای ایجاد تراکشن و بی حرکت کردن شکستگی های گردنی استفاده کرد.

برای اقدام جراحی، از بی حسی موضعی یا بیهوشی عمومی استفاده می شود. تراکشن استخوانی باید توسط متخصص ارتوپد و در شرایط استریل جراحی جاگذاری شود. محل قرارگیری پین یا سیم به وسیله ماده ی ضد عفونی کننده مثل محلول بتادین تمیز و آماده می شود. سپس ماده بی حسی موضعی در اطراف محل و پریوستئوم استخوان تزریق می شود. پس از آن، جراح برش کوچکی روی پوست ایجاد می کند و به کمک دریل، پین یا سیم استریل را از استخوان عبور می دهد. در صورتی که بیمار بیهوشی عمومی دریافت نکرده باشد، طی عمل جراحی، فشاری در محل احساس می کند و احتمالاً هنگام سوراخ شدن پریوستئوم استخوانی، مختصری درد دارد.

پس از جاگذاری پین یا سیم، آنها را به کمان تراکشن وصل می کنند. انتهای سیم را به وسیله چوب پنبه یا نوار می پوشانند تا به پوست بیمار یا شخص مراقب آسیبی نرساند. وزنه ها به وسیله طناب و چند قرقره به کمان تراکشن وصل می شوند تا نیروی کششی موثر با اندازه و جهت مناسب اعمال شود. در تراکشن استخوانی برای رسیدن به اهداف درمانی معمولاً از وزنه های ۷ تا ۱۲ کیلوگرمی (۱۵ تا ۲۵ پوند) استفاده می شود. نیروی وزنه ها ابتدا باید بر اسپاسم عضلات درگیر غلبه کند. پس از شل شدن عضلات، مقدار وزنه ها را کم می کنند. در این مرحله، نیروی تراکشن از جابه جایی قطعات شکستگی جلوگیری کرده، فرآیند ترمیم را تسریع می کند.

تراکشن استخوانی اغلب کشش متعادلی را ایجاد می کند که ضمن حمایت از اندام مصدوم و حفظ تراکشن مؤثر به بیمار اجازه می دهد مختصری جابه جا شود، در نتیجه وابستگی بیمار کمتر شده، مراقبت های پرستاری آسان تر انجام می گیرند. برای اعمال تراکشن استخوانی در شکستگی های استخوان ران معمولاً از آتل توماس با اتصال پیرسون^{۴۴}

Steinmann pin - ۴۰

Kirschner wire - ۴۱

Gardner- Well - ۴۲

Winke tong - ۴۳

Thomas splint with a Pearson attachment - ۴۴

استفاده می شود. این وسیله را می توان با تراکشن پوستی و سایر وسایل متعادل آویزان به کار برد. از آن جا که تراکشن به سمت بالا مورد نیاز است، باید چهارچوبی بالای بستر بیمار قرار گیرد.

هنگام برداشتن وزنه ها، باید اندام بیمار را به آرامی نگه داشت. پین ها توسط پزشک برداشته می شوند. پس از آن برای حمایت از استخوان در حال ترمیم می توان از فیکساسیون داخلی، قالب گچ یا آتل استفاده کرد.

توجهات لازم

حفظ تراکشن مؤثر. بعد از برقراری تراکشن، کمک پرستار باید موارد زیر را کنترل کند: طناب ها فرسوده نباشند و داخل شیار قرقره ها قرار گرفته باشند، گره های آنها مطمئن باشد و وزنه ها به طور آزاد آویزان باشند. کمک پرستار همچنین باید وضعیت بیمار را ارزیابی کند، زیرا به خاطر مؤثر نبودن تراکشن ممکن است به طرف پایین لیز بخورد.

نکته: کمک پرستار هرگز نباید وزنه ها را از روی تراکشن استخوانی بردارد، مگر این که جان بیمار در معرض خطر باشد. برداشتن وزنه ها تمام اهداف مورد انتظار تراکشن را مخدوش می کند، حتی ممکن است باعث آسیب دیدگی بیمار شود.

حفظ وضعیت بیمار. کمک پرستار باید مراقب باشد که وضعیت و امتداد بدن بیمار همان گونه که پزشک تجویز کرده است، حفظ شود تا نیروی کششی مؤثری بر او اعمال شود. کمک پرستار پای بیمار را طوری قرار می دهد که از افتادگی پا (پلانتر فلکسیون) و چرخش آن به سمت داخل (این ورژن)^{۴۵} و چرخش آن به سمت خارج (ای ورژن)^{۴۶} خودداری شود. با استفاده از وسایل ارتوپدی (نظیر انواع حمایت کننده های پا)^{۴۷} می توان پای بیمار را در وضعیت خنثی نگه داشت.

پیشگیری از آسیب های پوستی. آرنج بیماران اکثراً زخمی می شود و در صورتی که بیمار برای جابه جایی بیشتر به آرنج خود فشار آورد، ممکن است به عصب اولنار آسیب وارد شود. همچنین بیماران برای بلند کردن خود از روی تخت معمولاً از پاشنه پای سالم استفاده می کنند. فشار دادن مکرر پاشنه روی تشک ممکن است باعث آسیب بافتی شود، لذا کمک پرستار باید آرنج ها و پاشنه بیمار را از نظر زخم های فشاری مورد بررسی و حفاظت قرار دهد. برای

^{۴۵} - Inversion
^{۴۶} - Eversion
^{۴۷} - Foot supports

این که بیمار تشویق شود که از آرنج ها و پاشنه اش برای جابه جایی استفاده نکند، کمک پرستار می تواند یک دستگیره^{۴۸} را بالای سر بیمار تعبیه کند که دسترسی به آن آسان باشد. این وسیله هنگام جابه جایی در بستر و استفاده از لگن به بیمار کمک خواهد کرد. مناطقی که در معرض فشار قرار دارند، باید از نظر قرمزی و گسیختگی پوستی ارزیابی شوند.

در صورت استفاده از تراکشن اندام تحتانی، مناطق مستعد زخم های فشاری عبارتند از: برجستگی ایسکیال^{۴۹}، فضای پوپلیته^{۵۰}، تاندون آشیل^{۵۱} و پاشنه. اگر بیمار اجازه ندارد که از پهلویی به پهلوی دیگر بچرخد، کمک پرستار باید مراقب پشت بیمار باشد و مواظب باشد که بستر بیمار خشک، تمیز و بدون چین و چروک باشد. بیمار می تواند با گرفتن دستگیره بالای سرش و بلند کردن باسن خود از روی تخت به کمک پرستار کمک کند و محل فشار را تغییر دهد. اگر بیمار قادر به این کار نباشد، کمک پرستار می تواند با یک دست خود تشک را به سمت پایین فشار دهد. با این کار، از فشار روی پشت بیمار و برجستگی های استخوانی کاسته شده و محل اعمال نیروی وزن تا حدودی تغییر می کند. با استفاده از تشک های هوا که فشار بر بدن را کاهش می دهند یا از جنس اسفنج متراکم ساخته شده اند می توان خطر بروز زخم های فشاری را کاهش داد.

برای تعویض ملحفه ها دو کمک پرستار در دو طرف تخت قرار می گیرند و نرده های کناری تخت را پایین می آورند. در این هنگام، بیمار تنه خود را بلند می کند و کمک پرستاران نیمه فوقانی ملحفه را عوض می کنند. سپس بیمار باسن خود را از روی تخت بلند می کند و کمک پرستاران ملحفه را به زیر باسن بیمار می کشند. در آخرین مرحله هنگامی که بیمار به پشت می خوابد، کمک پرستاران قسمت پایینی ملحفه را نیز درست می کنند. ملحفه ها و پتوها طوری روی بیمار انداخته می شوند که کشش تراکشن را مختل نکنند.

کنترل وضعیت عصبی عروقی. کمک پرستار باید وضعیت عصبی عروقی اندام بی حرکت را ابتدا هر ساعت و سپس هر ۴ ساعت بررسی کند. کمک پرستار به بیمار توصیه می کند که هرگونه تغییر در حس یا حرکت اندام را به سرعت گزارش دهد تا بلافاصله مورد ارزیابی قرار گیرد. ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) برای بیماران بی حرکت، خطر مهمی

۴۸ - Trapeze
۴۹ - Ischial tuberosity
۵۰ - Popliteal space
۵۱ - Achilles tendon

محسوب می شود. کمک پرستار باید بیمار را تشویق کند که در مواقع بیداری، ورزش های فعال میچ پا و انقباض های ایزومتریک عضلات پشت ساق را ۱۰ بار در ساعت انجام دهد تا خون وریدی به حرکت درآید. همچنین به منظور جلوگیری از تشکیل ترومبوز (با تجویز پزشک) می توان از جوراب های الاستیکی، وسایل فشاری یا داروهای ضدانعقادی استفاده کرد.

نکته: کمک پرستار باید هرگونه عدم راحتی بیماری را که تراکشن (کشش) دارد گزارش کند. با شناخت سریع اختلالات عصبی عروقی، می توان معیارهای صحیح ضروری را به موقع انجام داد.

مراقبت از محل پین. زخم محل وارد شدن پین نیاز به توجه ویژه دارد. هدف از مراقبت از محل پین، جلوگیری از عفونت و ایجاد استئومیلیت است. ابتدا (در ۴۸ ساعت اول پس از جای گذاری پین) باید محل پین را با پانسمان استریل جاذب بدون چسب پوشاند و برای روی آن از گاز یا بانداژ نوع ACE استفاده کرد. اقدامات بعدی به نظر پزشک بستگی دارد و یک تا دو بار در روز تعیین می شود که یا به پانسمان نیاز است یا اصلاً پانسمانی روی محل مورد نیاز نخواهد بود (اگر بیمار در معرض گرد و غبار و هوای آلوده است، حتماً به وجود پانسمان نیاز است). در صورتی که علائم اولیه عفونت یا شل شدن پین ها ظاهر شود، نیاز به مراقبت افزایش می یابد (دفعات آن). این علائم عبارتند از: ادم، ترشحات چرکی، قرمزی و تندرنس. کمک پرستار باید این محل را تمیز نگه دارد. محلول کلرهگزیدین به عنوان محلول موثر جهت تمیز کردن محل پین توصیه می شود. محلول سالین انتخاب دیگری برای تمیز کردن محل پین است. محلول پراکسید هیدروژن و بتادین نیز استفاده می شوند، ولی اثر سمی آن بر استئوبلاست ها وجود دارد و می تواند موجب تخریب بافت شود.

کمک پرستار محل پین را روزانه هر ۸ ساعت از نظر میزان ترشحات و علائم واکنش طبیعی (تغییرات معمولی که پس از جای گذاری پین در اطراف آن مشاهده می شود) بررسی می کند. علائم و نشانه های این واکنش ممکن است شامل قرمزی، گرما یا وجود ترشحات زیاد یا اندک سروزی در اطرف پین باشد. این علائم بعد از ۷۲ ساعت دیده می شود. علائم عفونت ممکن است باعث مخفی شدن نشانه های این واکنش گردد، اما به هر حال درناژ چرکی، شل شدن پین ها و بوی نامطبوع گاهی وجود دارد. عفونت های خفیف ممکن است به آسانی قابل درمان با آنتی بیوتیک ها باشد، اما عفونت هایی که منجر به بروز علائم سیستمیک در بیمار گردد، نیازمند خارج کردن پین تا هنگام بهبود عفونت با

استفاده از انواع ترکیبات آنتی بیوتیک ها خواهد بود. وقتی که محل پین ها ثابت شد و وضعیت نواحی اطرافش هم تثبیت شد (پس از گذشت ۷۲-۴۸ ساعت) مراقبت های اطراف پین نیز تعدیل می شود.

نکته:

کمک پرستار باید حداقل هر ۸ ساعت محل پین را از نظر وجود نشانه های التهابی و عفونت بررسی کند. دلمه ای که در اطراف پین ها تشکیل می شود را باید بدون دستکاری در محل باقی گذاشت، مگر این که باعث بروز علائم عفونت گردد، چرا که خود دلمه به عنوان یک محافظ طبیعی در اطراف پین عمل می کند و برداشتن آن ممکن است باعث اختلال در فرآیند التیام گردد و محل را برای بروز عفونت مستعدتر کند. قبل از ترخیص از بیمارستان، به بیمار آموزش داده می شود که محل پین را از نظر علائم عفونت بررسی کند و بیمار می تواند ۵ تا ۱۰ روز بعد از جای گذاری پین، استحمام کند و پین می تواند در معرض جریان آب باشد. بعد از حمام حتماً باید محل پین با حوله تمیز خشک شود و پین در معرض هوا باشد.

تشویق بیمار به انجام ورزش. ورزش هایی که بیمار ضمن رعایت محدودیت های درمانی ناشی از تراکشن انجام می دهد، به حفظ قدرت و تون عضلات و بهبود جریان خون کمک می کند. ورزش های فعالی که بیمار تحت تراکشن می تواند انجام دهد، عبارتند از: بلند کردن بدن با استفاده از دستگیره بالای سر، خم و راست کردن پا از ناحیه میچ، حرکات مفاصل سالم در محدوده حرکتی و در خلاف جهت نیروی جاذبه، و همچنین با انجام ورزش های ایزومتریک اندام بی حرکت (ورزش عضلات چهارسر و عضلات باسن) می توان به حفظ قدرت عضلات اصلی برای راه رفتن کمک کرد. بدون ورزش، بیمار توده و قدرت عضلانی خود را از دست خواهد داد و زمان نوتوانی وی طولانی تر خواهد شد.

آمپوتاسیون (قطع عضو)

آمپوتاسیون به جداکردن قسمتی از بدن، معمولاً یکی از اندام ها گفته می شود. آمپوتاسیون اندام تحتانی معمولاً به علت بیماری های پیش رونده عروق محیطی (بیشتر از عوارض دیابت)، گانگرن گازی شدید، تروما (له شدگی، سوختگی حرارتی یا الکتریکی و یخ زدگی)، ناهنجاری های مادرزادی اندام، استئومیلیت مزمن یا تومور بدخیم اندام انجام می شود. از موارد فوق، بیشترین موارد آمپوتاسیون اندام تحتانی به علت بیماری های عروق محیطی انجام می گیرد.

آمپوتاسیون اندام فوقانی کمتر از آمپوتاسیون اندام تحتانی روی می دهد و اغلب به دلیل آسیب های تروماتیک یا تومور بدخیم رخ می دهد.

آمپوتاسیون را می توان نوعی جراحی ترمیمی در نظر گرفت. این عمل برای تسکین درد و رفع علایم، بهبود عملکرد اندام، نجات جان بیمار یا بهبود کیفیت زندگی او انجام می شود. اگر تیم مراقبت های بهداشتی بتواند ارتباط خوب و برخورد مثبتی با بیمار داشته باشد، بیمار نیز خود را سریع تر با آمپوتاسیون تطبیق می دهد، به صورت فعال در برنامه های توانی شرکت کرده و به زودی یاد می گیرد که چگونه فعالیت های خویش را تعدیل کند و از وسایل کمکی برای حرکت و انجام فعالیت های روزمره استفاده کند.

عوارض

عوارضی که ممکن است به دنبال آمپوتاسیون دیده شوند، عبارتند از: خونریزی، عفونت، گسیختگی پوست، درد اندام خیالی^{۵۲}، به علت بریده شدن عروق خونی بزرگ هنگام آمپوتاسیون، امکان خونریزی شدید وجود دارد. مانند تمام اعمال جراحی، خطر عفونت هنگام آمپوتاسیون نیز وجود دارد، به خصوص اگر آمپوتاسیون به دنبال تروما انجام گیرد و زخم های ناحیه آلوده باشند. آزردهای پوستی ناشی از پروتز باعث گسیختگی پوست می شود. احساس درد اندام خیالی نیز به علت قطع اعصاب محیطی است. انقباض مفصل در اثر وضعیتی که از رفلکسیون حفاظتی خارجی ناشی می شود، موجب درد و عدم تعادل عضلات می شود.

توانبخشی

گروه توانبخشی شامل افراد متعددی می باشد (بیمار، پرستار، کمک پرستار، پزشک، مددکار اجتماعی، روان شناس، کارشناس پروتز و متخصص توان بخشی حرفه ای) که به بیمار کمک می کنند تا به بالاترین سطح فعالیت ممکن دست یابد و در فعالیت روزمره نیز شرکت کند. در درمانگاه های پروتز و قطع اندام، گروه های حمایتی وجود دارند که فرآیند توانی را تسهیل می کنند. مشاوره و آموزش های شغلی به بیمار کمک می کند که به کار قبلی خود باز گردد.

بیمارانی که به دلیل شدت جراحت دچار آمپوتاسیون می شوند و نیازمند تیم توان بخشی هستند، نیاز به حمایت روان پزشکی در قبول واقعیت دارند. بیمارانی که به دنبال ترومای شدید، به آمپوتاسیون نیاز پیدا می کنند، معمولاً (ولی نه

همیشه) افرادی جوان و تندرست هستند که به سرعت بهبود یافته و در برنامه های نوتوانی دشوار شرکت می کنند. به علت این که آمپوتاسیون به علت آسیب دیدگی انجام می گیرد، لازم است که از نظر روان شناختی از بیمار حمایت شود تا بتواند تغییرات ناگهانی در تصویر بدن را بپذیرد و خود را با تنش ناشی از بستری شدن، برنامه های نوتوانی طولانی مدت و اصلاح شیوه زندگی اش تطبیق دهد. این بیماران برای غلبه بر احساسات خود درباره از دست دادن دایمی اندام و تغییر در تصویر بدن به وقت نیاز دارند. واکنش های این بیماران غیر قابل پیش بینی است و ممکن است به صورت خشم، ناامیدی و وابستگی تظاهر یابند.

نوع حمایتی که تیم نوتوانی از بیمار به عمل می آورد و سرعت فراگیری استفاده از پروتز و انجام فعالیت های روزمره می توانند روی مشکلات روانی بیمار (مثل انکار و محرومیت) تأثیرگذار باشند. آشنایی بیمار با ظرفیت ها و اختیاراتی که پروتزهای متنوع موجود فراهم می کنند، این احساس را برای بیمار ایجاد می کند که می تواند بر معلولیت خود غلبه کند. تا هنگامی که پروتز مناسب تهیه نشود و بیمار نحوه استفاده صحیح از آن را یاد نگیرد، قادر نخواهد بود به نوتوانی کامل دست یابد.

توجهات لازم

تسکین درد

درد محل جراحی با استفاده از داروهای ضد درد مخدر، روش های غیر دارویی تسکین درد و تخلیه هماتوم و تجمع مایعات به صورت مؤثری کنترل می شوند. ممکن است درد شدید در اثر اعمال فشار روی برجستگی های استخوانی یا هماتوم ایجاد شود. گاهی اسپاسم عضلات نیز به ناراحتی بیمار اضافه می شود. تغییر وضعیت بیمار یا قراردادن کیسه شن کوچک روی استامپ (تا با اسپاسم عضله مقابله کند) باعث می شود که بیمار احساس راحتی بیشتری بکند. ارزیابی درد بیمار و پاسخ آن به اقدامات درمانی، یکی از وظایف بسیار مهم کمک پرستار در درمان درد است. گاهی بیمار اندوه شدید، احساس سوگ و تغییر در تصویر ذهنی از بدن را به صورت درد ابراز می کند.

به حداقل رساندن اختلال ادراک حسی

بیمارانی که تحت عمل آمپوتاسیون قرار گرفته اند، معمولاً بعد از عمل (گاهی ۲ تا ۳ ماه بعد) از درد عضو قطع شده (درد شبیح اندام) شکایت می کنند. این عارضه در آمپوتاسیون های بالای زانو شایع تر است. بیمار اظهار می دارد که

درد و حس های غیرطبیعی شبیه به حالتی هستند که اندام وجود دارد، ولی دچار له شدگی یا کرامپ شده است یا در وضعیت غیرطبیعی چرخیده است. کمک پرستار می داند که این احساسات واقعی هستند و به بیمار کمک می کند که آنها را اصلاح کند.

حس شبیح اندام در نهایت برطرف می شود. پاتوژنز آن ناشناخته است، ولی فعال نگه داشتن بیمار به کاهش وقوع آن کمک می کند. با شروع زود هنگام برنامه نوتوانی و ماساژ محکم (شبیه به مشت و مال) روی استامپ جهت بی حس کردن آن می توان درد بیمار را تخفیف داد. پرت کردن حواس بیمار و شرکت کردن وی در فعالیت ها، به کاهش درد او کمک می کند. تحریک الکتریکی عصب از راه پوست (TENS)، استفاده از امواج اولتراسوند و بی حسی موضعی در بعضی از بیماران، درد را ساکت می کند. به علاوه مصرف داروهای بتابلوکرها ممکن است که احساس سوزش مبهم بیمار را تخفیف دهد. داروهای ضدتشنج، دردهای خنجری و کرامپی را کنترل می کنند و داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای نیز باعث بهتر شدن خلق بیمار و افزایش توانایی های انطباقی او می شوند.

تسریع فرآیند التیام زخم

استامپ باید به آرامی جابه جا و دستکاری شود. هنگام تعویض پانسمان، لازم است اصول استریل به دقت رعایت شوند تا از عفونت زخم و بروز استئومیلیت جلوگیری شود.

نکته:

چنانچه قالب گچی یا پانسمان الاستیک سهواً باز شدند، کمک پرستار باید بلافاصله استامپ را با بانداژ الاستیک فشاری بپوشاند و به جراح نیز اطلاع دهد تا در صورت نیاز دوباره گچ گیری نماید. در غیر این صورت، استامپ در فاصله ای کوتاه به شدت ورم خواهد کرد و در نتیجه برنامه نوتوانی به تعویق خواهد افتاد.

شکل دادن به استامپ به منظور تناسب با پروتز، بسیار اهمیت دارد. کمک پرستار نحوه بستن پانسمان الاستیک استامپ را به بیمار یاد می دهد. پس از التیام محل برش جراحی، کمک پرستار، روش مراقبت از استامپ را نیز به بیمار آموزش می دهد.

بهبود تصویر ذهنی بدن

آمپوتاسیون، نوعی جراحی ترمیمی است که تصویر ذهنی بدن بیمار را تغییر می دهد. کمک پرستار با ایجاد ارتباط به همراه اعتماد متقابل با بیمار، به وی کمک می کند که مسایل مربوط به قطع عضو را راحت تر قبول کند. کمک پرستار بیمار را تشویق می کند که به باقی مانده اندام نگاه کند، آن را لمس کند و به مراقبت از آن بپردازد. شناسایی توانایی ها و منابع حمایتی بیمار برای تسریع در امر نوتوانی، بسیار اهمیت دارد. کمک پرستار به بیمار کمک می کند تا به استقلال قبلی خود در انجام کارها دست یابد. بیماری که احساس می کند همه اطرافیانش آماده اند تا او مسئولیت مراقبت از خود را از سر بگیرد، اعتماد به نفسش افزایش می یابد و تغییرات ظاهری خود را می پذیرد. این فرآیند حتی در بیماران با انگیزه بالا نیز ممکن است تا چندماه ادامه یابد.

کمک به بیماران برای رفع اندوه شدید

از دست دادن یک اندام یا قسمتی از آن، حتی با وجود آمادگی قبلی از عمل، ممکن است ضربه ی روحی شدیدی به بیمار وارد کند. رفتار مثل گریه کردن، گوشه گیری، بی تفاوتی و خشم و احساسات ظاهری بیمار (افسردگی، ترس و ناامیدی)، نحوه انطباق او را با قطع عضو نشان می دهد. کمک پرستار ضمن گوش دادن به صحبت های بیمار و حمایت از او، نظرات وی را تصدیق می کند. کمک پرستار با ایجاد جوی دوستانه و صمیمی، بیمار و خانواده اش را تشویق می کند که احساسات خود را بیان کنند تا غم و اندوهشان کاهش یابد. حمایت های خانواده و دوستان به پذیرش مسئله نقص عضو به بیمار کمک می کند. کمک پرستار بیمار را یاری می کند که با مشکلات اخیر خود کنار بیاید و توجه اش به اهداف واقع گرایانه با استفاده از نوتوانی و نیز عملکردی مستقل در آینده معطوف شود. گاهی معرفی بیمار به متخصص بهداشت روان و گروه های حمایتی موثر واقع می شود.

احساس استقلال بیشتر بیمار در مراقبت از خود

قطع اندام، توانایی بیمار را در مراقبت از خود تحت تأثیر قرار می دهد. باید بیمار را تشویق کرد که به طور فعالانه در فعالیت های مراقبت از خود شرکت کند. بیمار به منظور انجام این وظایف به وقت احتیاج دارد و نباید عجله کند. برای این که بیمار به مهارت های لازم در مراقبت از خود دست یابد، باید تحت نظارت حمایتی مداوم و در محیطی آرام به تمرین بپردازد. بیمار و پرستار باید برخورد مناسب و خوبی با یکدیگر داشته باشند و طی فرآیند یادگیری علایم خستگی و ناامیدی از خود نشان ندهند.

عدم نیاز به کمک در لباس پوشیدن و هنگام استحمام و اجابت مزاج به توانایی حفظ تعادل، جابه جایی و تحمل فیزیولوژیک این فعالیت ها بستگی دارد. پرستار با همکاری کارشناس فیزیوتراپی و کاردرمانی، مسئولیت آموزش به بیمار و نظارت بر انجام فعالیت های وی را در مراقبت از خود برعهده می گیرد.

بیماری که یکی از اندام های فوقانی اش قطع شده است، هنگام غذاخوردن، استحمام یا لباس پوشیدن، با مشکلاتی مواجه می شود. فقط در صورت لزوم به بیمار کمک می شود. کمک پرستار بیمار را تشویق می کند که نحوه استفاده از وسایل کمکی برای غذا خوردن و لباس پوشیدن را یاد بگیرد. پرستار، فیزیوتراپیست، کارشناس پروتز و نیز کادر درمانی همگی با بیمار کار می کنند تا وی به حداکثر استقلال دست یابد.

کمک به بیمار برای دستیابی به تحرک جسمی مناسب

برای پیشگیری از جمع شدگی و فیبروز مفاصل ران و زانو، استامپ نباید در وضعیت ابداکسیون، فلکسیون و چرخش به خارج قرار گیرد. پس از جراحی، بسته به سلیقه جراح، اندام باقی مانده را برای زمان کوتاهی در وضعیت اکستانسیون یا بالاتر قرار می دهند، در صورتی که قرار باشد اندام بالاتر آورده شود، باید تخت را بالاتر بیاوریم.

نکته:

نباید بالش زیر استامپ قرار دهید، زیرا ممکن است باعث جمع شدگی مفصل ران در وضعیت فلکسیون شود. پرستار بیمار را تشویق می کند که وضعیت خود را به طور مرتب تغییر دهد (یک طرفه، به شکم خوابیده) و برای اعمال کشش روی عضلات فلکسور و نیز جلوگیری از جمع شدگی مفصل ران در وضعیت فلکسیون به روی شکم بخوابد و از نشستن به مدت طولانی خودداری کند. برای جلوگیری از تغییر شکل استامپ به صورت ابداکسیون، بیمار باید اندام های تحتانی خود را نزدیک به یکدیگر قرار دهد.

برای پیشگیری از جمع شدگی و تغییر شکل استامپ، لازم است بعد از عمل جراحی، هر چه زودتر ورزش های دامنه حرکتی آغاز شوند. برای حفظ دامنه حرکتی مفاصل، در آمپوتاسیون های زیر زانو، ورزش های مفصل ران و زانو و در آمپوتاسیون بالای زانو فقط ورزش های مفصل ران انجام می گیرد. بیمار باید اهمیت ورزش های اندام باقی مانده را درک کند.

عضلات اندام فوقانی، تنه و شکم باید تقویت شوند، به ویژه عضلات اکستانسور بازو و دپرسور شانه که نقش مهمی در راه رفتن با چوب زیر بغل برعهده دارند. بیمار می تواند از دستگیره ی بالای سرش برای تغییر وضعیت در بستر و تقویت عضلات دوسر بازو استفاده کند. همچنین برای این منظور می تواند وزنه ای در دست بگیرد و آرنج خود را خم و راست کند. به منظور تقویت عضلات سه سر بازو، در حالت نشسته تمرین شنا را انجام می دهد. انجام ورزش هایی زیر نظر فیزیوتراپیست، علاوه بر تقویت عضلات باعث افزایش جریان خون، کاهش ادم و جلوگیری از آتروفی عضلات می شود. کسانی که یکی از اندام های فوقانی شان قطع شده است، هنگام استفاده از پروتز هر دو شانه ی خود را به کار می برند، لذا باید عضلات هر دو شانه را تقویت کنند. بیماری که اندام فوقانی او بالاتر از آرنج یا در سطح مفصل شانه قطع شده است، احتمالاً به علت لاغر شدن استامپ، اختلالات وضعیتی خواهد داشت. انجام ورزش های وضعیتی برای این بیماران مفید خواهد بود.

میزان قدرت و تحمل بیمار باید ارزیابی شود و شدت فعالیت ها به تدریج افزایش یابد تا بیمار خسته نشود. هنگامی که بیمار سعی می کند به طور مستقل از صندلی چرخ دار استفاده کند یا با استفاده از پروتز یا وسایل کمکی حرکت کند، پرستار باید ملاحظات ایمنی را در نظر بگیرد. موانع محیطی (مثل پله ها، درها، سطوح خیس و شیب دار) باید شناسایی شده و روش های فایق آمدن بر آنها تمرین شوند. شناسایی و حل مشکلاتی که در ارتباط با استفاده از وسایل کمک حرکتی وجود دارد (مثل فشارچوب زیر بغل روی این ناحیه، آزردهای پوست دست هنگام استفاده از صندلی چرخدار و آزردهای استامپ هنگام استفاده از پروتز) از اهمیت زیادی برخوردار است.

آمپوتاسیون پا، مرکز ثقل بدن را تغییر می دهد، بنابراین ممکن است به تمرین تغییر وضعیت های بدن نیاز پیدا کند (مثل ایستادن از حالت نشسته یا ایستادن روی یک پا). بیمار به زودی تکنیک های جابه جایی و انتقال را یاد می گیرد و به یادش می ماند که پس از بلند شدن از بستر، بدن خود را در وضعیت مناسبی قرار دهد. بیمار باید کفش با اندازه مناسب و زیره (کف) غیرلغزنده بپوشد. هنگام تغییر وضعیت، باید از بیمار حمایت کرد و او را از ناحیه کمر نگه داشت تا سقوط نکند.

به بیماری که اندام تحتانی اش قطع شده است، باید کمک کرد تا هرچه زودتر به حالت ایستاده بین دو میله موازی قرار گیرد. در این حالت، بیمار اجازه می یابد که با حداقل اعمال وزن، پروتز موقت را باز کند. زمان استفاده از پای

مصنوعی بعد از آمپوتاسیون به وضعیت فیزیکی بیمار بستگی دارد. با افزایش تحمل و نیز بهبود وضعیت تعادل بیمار، حرکت بین میله های موازی یا با استفاده از چوب زیر بغل آغاز می شود. بیمار ضمن راه رفتن با چوب زیر بغل، نحوه راه رفتن طبیعی با حرکت دادن استامپ به سمت جلو و عقب را یاد می گیرد. برای جلوگیری از تغییر شکل دایمی اندام باقی مانده در حالت فلکسیون، نباید آن را در وضعیت فلکسیون قرار داد.

بیماری که یکی از اندام های فوقانی وی قطع شده است یاد می گیرد که چگونه کارهای روزمره خود را با استفاده از یک دست انجام دهد. او باید هرچه زودتر آماده شود تا فعالیت های مراقبت از خود را با استفاده از یک دست انجام دهد. پرستار بیمار را تشویق می کند که از پروتز موقت استفاده کند. بیمارانی که بلافاصله بعد از آمپوتاسیون، طرز استفاده از پروتز را یاد می گیرند، احتمال وابستگی شان به یک دست برای مراقبت از خود کاهش می یابد.

بیماری که اندام فوقانی او قطع شده است، بهتر است برای جلوگیری از تماس پوست شانه و بند پروتز و جذب تعریق، تیشرت نخی بپوشد. متخصص پروتز، توصیه های لازم را درباره ی نحوه شستن بندهای اتصالی پروتز به بیمار می دهد و به طور دوره ای پروتز را از نظر مشکلات احتمالی بررسی می نماید.

باقی مانده اندام باید جمع شود و به شکل مخروطی درآید. در این حالت پروتز به خوبی با آن جفت می شود و از عملکرد خوبی برخوردار است، ضمن آن که بیمار راحتی بیشتری احساس می کند. برای شکل دادن به استامپ از بانداژ، جمع کننده الاستیک استامپ یا آتل هوایی استفاده می شود. پرستار روش بانداژ صحیح را به بیمار یا یکی از اعضای خانواده اش آموزش می دهد.

بانداژ از بافت نرم حمایت می کند و تا هنگامی که استامپ در حالت آویزان قرار دارد، مانع ایجاد ادم در آن می شود. بانداژ باید طوری انجام گیرد تا عضلات باقی مانده و لازم برای عملکرد پروتز تا حد ممکن سفت شوند، زیرا در صورت بروز آتروفی دیگر قابل استفاده نخواهند بود. بانداژ الاستیک نامناسب ممکن است باعث اختلال در جریان خون استامپ و بدشکلی آن شوند.

مراقبت های مؤثر مرحله قبل از پروتز، اتصال صحیح و مناسب پروتز را به استامپ تضمین می کند. مشکلات عمده ای که ممکن است استفاده از پروتز را به تأخیر اندازد عبارتند از: ۱- تغییر شکل استامپ به حالت فلکسیون ۲- جمع نشدن استامپ ۳- تغییر شکل مفصل ران به حالت ایداکسیون.

پزشک معمولاً فعالیت هایی را که برای شکل گیری و سفت شدن استامپ لازم است، توصیه می کند. بیمار ابتدا استامپ را روی بالش نرم، سپس روی بالش سفت تر و در نهایت روی سطحی سخت فشار می دهد. به بیمار یاد می دهیم که برای کاهش حساسیت در لمس، متحرک کردن محل جوشگاه و بهبود خون رسانی استامپ، آن را ماساژ دهد. ماساژ پس از التیام محل زخم و اولین بار به وسیله ی فیزیوتراپیست انجام می گیرد. نحوه ی معاینه پوست و انجام مراقبت های لازم از آن، به بیمار آموزش داده می شود.

متخصص پروتز^{۵۳} حفره ای را متناسب با شکل استامپ تهیه می کند. پروتزها براساس سطح فعالیت های اختصاصی و نیز توانایی های بیمار طراحی می شوند. انواع مختلف پروتزها عبارتند از: هیدرولیک، پنوماتیک، با کنترل میوالکتریکی، با کنترت بیوفیدبک و پروتزهای هماهنگ شده. متخصص پروتز، حفره پروتز را باید طوری طراحی کند که با تغییرات که در طی ۶ ماه تا یک سال اول پس از جراحی ایجاد می شود، مطابقت کند. مواقعی که بیمار پروتز دائمی را کنار می گذارد، برای جلوگیری از ادم استامپ باید از قالب گچی سبک، جوراب جمع کننده یا بانداژ الاستیک استفاده کند.

بعضی از بیماران کاندید خوبی برای پروتز نمی باشند. در این موارد، نحوه استفاده از صندلی چرخ دار به بیمار آموزش داده می شود تا به استقلال نسبی دست یابد. برای بیمارانی که اندامشان قطع شده، صندلی چرخدار مخصوص طراحی شده است. به خاطر این که سنگینی این بیماران در قسمت جلو کم شده است، هنگام نشستن روی صندلی چرخ دار معمولی ممکن است به طرف عقب منحرف شوند. در صندلی های چرخ دار مخصوص بیماران قطع اندام، محور چرخ های عقب در حدود ۵ سانتی متر (یا ۲ اینچ) به عقب رفته است تا این تغییر در توزیع وزن بیمار جبران شود.

پایش و درمان عوارض احتمالی

پس از هر جراحی، تمام اقدامات لازم برای برقراری ثبات داخلی بدن و جلوگیری از عوارض احتمالی ناشی از جراحی، بیهوشی و بی حرکتی انجام می گیرند. پرستار تمام دستگاه های بدن (مثل تنفس، گوارش و ادراری تناسلی) را از نظر عوارض ناشی از بی حرکتی (از جمله آتلکتازی، پنومونی، بی اشتهایی، یبوست و احتباس ادرار، زخم بستر) بررسی می کند و اقدامات درمانی مناسب را انجام می دهد. برای حفظ سلامتی بیمار، جلوگیری از بروز عوارض ناشی از بی حرکتی و بهبود تحرک جسمی بیمار، اهمیت فراوانی دارد:

خونریزی شدید به علت شل شدن بخیه ها ، مهلك ترین و خطرناك ترین عارضه جراحی است. پرستار بیمار را از نظر علائم و نشانه های خونریزی کنترل می کند. همچنین کنترل علائم حیاتی بیمار و مشاهده ترشحات تخلیه شده از زخم اهمیت فراوانی دارند.

عفونت یکی از عوارض شایع در آمپوتاسیون است. بیمارانی که در اثر تروما دچار قطع اندام شده اند، دارای زخم های آلوده هستند. کمک پرستار آنتی بیوتیک های تجویز شده را به بیمار می دهد. کنترل مداوم و مرتب محل برش های جراحی، پانسمان و ترشحات از نظر عفونت (مانند تغییر در رنگ، بو و محتویات ترشحات، افزایش درد) بسیار اهمیت دارد. کمک پرستار همچنین از نظر علائم سیستمیک نشان دهنده عفونت (مثل تب)، بیمار را کنترل می کند و در صورت مشاهده، سریعاً به جراح خبر می دهد. در اثر بی حرکتی و اعمال فشار از منابع مختلف ممکن است گسیختگی پوستی ایجاد شود، گاهی پروتز مناطق فشاری ایجاد می کند. کمک پرستار و بیمار، پوست را از نظر گسیختگی و زخم بررسی می کنند. رعایت دقیق بهداشت پوست برای جلوگیری از آزدگی، عفونت و زخم پوست اهمیت زیادی دارد. استامپ باید روزی حداقل دو بار به آرامی شسته و خشک شود. پوست باید از نظر نواحی فشار، درماتیت و تاول معاینه شود و در صورت مشاهده، آنها را قبل از بروز عوارض بیشتر درمان کرد. برای جذب تعریق و جلوگیری از تماس مستقیم بین پوست و حفره پروتز معمولاً روی استامپ را با جوراب می پوشانند. جوراب هر روز تعویض می شود و باید کاملاً متناسب با اندازه استامپ باشد تا چین خوردگی های آن باعث آزدگی پوست نشود. ابتدا حفره پروتز با یک ماده ضدعفونی کننده ملایم شسته و آبکشی می شود، سپس با استفاده از پارچه تمیز آن را خشک می کنند. کمک پرستار به بیمار توصیه می کند که پیش از استفاده از پروتز، حفره آن را به صورت کامل خشک کند.

آموزش مراقبت از خود به بیمار. پیش از ترخیص بیمار و مراجعه او به منزل یا مرکز توانی، کمک پرستار بیمار و خانواده اش را تشویق می کند که در برنامه های مراقبتی فعالانه شرکت کنند. آنها در برنامه مراقبت از پوست و استامپ و نحوه استفاده از پروتز حاضر می شوند. بیمار آموزش های لازم را به طور مداوم دریافت می کند و با حضور در جلسات تمرین یاد می گیرد که چگونه جابه جا شود و از وسایل کمکی به منظور حرکت و انجام کارهای روزمره به صورت مطلوبی استفاده کند. پرستار علائم و نشانه های عوارض احتمالی را به بیمار توضیح می دهد و از او می خواهد که در صورت مشاهده آنها سریعاً به پزشک اطلاع دهد.

مراقبت در منزل. پس از برقراری ثبات داخلی فیزیولوژیک و دستیابی به اهداف عمده‌ی درمانی، نوتوانی بیمار در منزل یا مرکز ویژه نوتوانی ادامه می‌یابد. حمایت و نظارت مداوم به وسیله پرستار مخصوص مراقبت در منزل امری ضروری است. پیش از ترخیص بیمار، پرستار باید محیط منزل را بررسی کند و اصلاحات لازم را به منظور اطمینان از نظر ایمنی و امکان حرکت بیمار و ادامه مراقبت‌ها ایجاد کند. سپری کردن یک شب یا یک آخر هفته در منزل بیمار، ممکن است مشکلاتی را مشخص کند که در بررسی‌های اولیه شناسایی نشده بود. برنامه‌های توان بخشی و کاردرمانی در منزل یا به صورت سرپایی در درمانگاه ادامه می‌یابد. باید تمهیدات لازم برای مراجعه بیمار و ادامه مراقبت‌های بهداشتی به عمل آید. بخش خدمات اجتماعی بیمارستان‌ها یا مراکز محلی می‌توانند تسهیلات لازم را برای تأمین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و رفت و آمد بیمار فراهم کنند.

طی مراقبت‌های بعدی جهت پیگیری، کمک پرستار میزان انطباق فیزیکی و روانی اجتماعی بیمار را ارزیابی می‌کند. انجام بررسی‌های بهداشتی به صورت دوره‌ای ضروری است. معمولاً چنانچه همسر بیمار پیر باشد، قادر به انجام مراقبت‌های مورد نیاز بیمار نیست و باید فرد دیگری برای کمک در منزل حاضر باشد. براساس چنین یافته‌هایی، طرح برنامه مراقبتی اصلاح خواهد شد. اغلب بیمار و خانواده‌اش درمی‌یابند که حضور آنان در گروه‌های حمایتی بیماران قطع اندام، بسیار مفید است، به ویژه که می‌توانند خود را در مشکلات، راه‌حل‌ها یا امکانات سایر اعضای گروه سهیم کنند. گفتگو با بیمارانی که مشکلات مشابه را با موفقیت حل کرده‌اند، ممکن است به بیمار در حل موفقیت آمیز مشکلات کمک کند.

از آن جایی که بیمار، اعضای خانواده‌اش و مراقبت بهداشتی بر نیازهای بیمار و اهداف درمانی تأکید دارند، پرستار بیمار و خانواده را برای ادامه ارتقای سلامت و اقدامات غربالگری از جمله معاینه‌های منظم و همچنین تست‌های تشخیصی غربالگری تشویق می‌کند. بیمارانی که نمی‌توانند این اقدامات را برای خودشان انجام دهند، به مراقبین بهداشت ارجاع داده می‌شوند.

کمردرد در بزرگسالان

کمردرد پس از انواع بیماری‌های دستگاه تنفسی فوقانی، شایع‌ترین علت مراجعه به پزشک است. بیشتر کمردردها در اثر یکی از عوامل زیر هستند: کشش حاد عضلات کمری-خاجی، ضعف عضلات کمری-خاجی، ناپایداری رباط‌ها،

استئوآرتریت ستون مهره ها، تنگی کانال نخاعی، بیماری های دیسک بین مهره ای و همچنین طول نامساوی اندام های تحتانی.

چاقی، فشارهای روحی و گاهی اوقات افسردگی نیز در بروز کمردرد دخالت دارند. کمردرد ناشی از ناهنجاری های عضلانی اسکلتی با فعالیت تشدید می یابد، در حالی که شدت کمردرد ناشی از سایر علل در اثر فعالیت چندان تغییر نمی کند.

کمردرد در بیماران سالمند ممکن است به علت بروز شکستگی های مهره ای ناشی از پوکی استخوان، استئوآرتریت و تنگی کانال ستون فقرات باشد. اختلالات کلیه، بیماری های لگن، تومورهای خلف صفاق، آنوریسم های آئورت شکمی نیز می توانند باعث کمردرد شوند.

توجهات لازم

اهداف اصلی در مورد این بیماران شامل تسکین درد، بهبود تحرک جسمی، استفاده از مکانیک مناسب بدن به منظور حفاظت از ستون فقرات، بالا بردن اعتماد به نفس بیمار و کاهش وزن او می باشد. پرستار واکنش های بیمار به داروهای آنالژژیک را بررسی می کند. چنانچه درد بیمار تسکین یافت، میزان داروی بیمار نیز کاهش می یابد. پرستار واکنش های بیمار را به روش های مختلف تسکین درد ارزیابی می کند.

در صورت کمردرد شدید، بیمار باید به مدت ۱ تا ۲ روز، فعالیت های خود را محدود کند. دوره های طولانی تر عدم فعالیت فایده های ندارد و ممکن است باعث ناتوانی بیمار شود. بیمار باید در تخت روی تشک سفت استراحت کند (می تواند از تخته زیر تشک استفاده کند). برای این که میزان فلکسیون در ناحیه کمر افزایش یابد، سر و سینه بیمار را ۳۰ درجه بالا می آوریم و با قرار دادن بالشی زیر زانو، آن را مختصری خم می کنیم. روش دیگر برای فلکسیون کمر آن است که بیمار در حالی که به پهلو خوابیده است، مفاصل ران و زانو را خم کند و بالشی را زیر سر و بالش دیگری را بین زانوهایش قرار دهد. از خوابیدن به روی شکم باید اجتناب کند زیرا گودی کمر را افزایش می دهد. پرستار به بیمار یاد میدهد که برای بلند شدن از بستر، ابتدا روی یک پهلو بچرخد، سپس پاهای خود را آویزان کند و در حالی که کمر خود را راست نگه داشته است، بالاتنه خود را بلند کند.

بیماری های شایع اندام فوقانی

قسمت های مختلف اندام فوقانی، محل های شایعی برای بروز سندروم های دردناک هستند. شانه، مچ دست و دست، خیلی بیشتر از سایر قسمت ها درگیر می شوند.

بورسیت و تاندونیت

بورسیت و تاندونیت، فرآیندهای التهابی هستند که بیشتر در ناحیه شانه اتفاق می افتند.

تکه های آزاد داخل مفصلی در اثر پارگی غضروف مفصلی و سایش استخوان ممکن است تکه های آزاد داخل مفصل ایجاد شوند. این قطعات با حرکت مفصلی تداخل می کنند و باعث قفل شدن یا حرکت دردناک مفصل می شوند. تکه های آزاد داخل مفصل را می توان با آرتروسکوپ خارج کرد.

سندرم خشکشدگی

استفاده بیش از حد (تروماهای جزئی) از مفصل شانه، باعث بروز سندرم خشکشدگی در اینگونه مفصل می شود. بیمار در ناحیه شانه دچار درد، حساسیت در لمس، محدودیت حرکتی، اسپاسم عضلات و در نهایت آتروفی می شود. پیشرفت فرآیند مزبور به پارگی عضلات گرداننده شانه منجر می شود.

سندرم مجرای مچ دستی (کارپال تانل)

سندرم مجرای مچدستی یک نوع نوروپاتی در اثر گیر افتادن عصب است. این سندرم زمانی اتفاق می افتد که عصب مدیان هنگام عبور از مچ دست، به وسیله غلاف ضخیم تاندون فلکسور، برجستگی استخوانی، ادم یا توده بافت نرم تحت فشار قرار گیرد. سندرم کارپال تانل معمولاً به علت فعالیت مکرر دست و مچ ایجاد می شود، ولی گاهی در جریان آرتروز، دیابت، تومور و تروما دیده می شود. بیمارانی که حرکات تکراری در دستشان دارند، چنانچه دست تحت فشار باشد، بیمار درد، کرختی، پarestزی و گاهی اوقات ضعف را در مسیر عصب مدیان (انگشتان شست، سبابه و میانی) عنوان می کند.

بیماری های شایع پا

بیماری های پا بیشتر در اثر پوشیدن کفش های نامناسب ایجاد می شوند. استفاده از کفش ها نامناسب، آناتومی طبیعی پا را به هم می زند و باعث ایجاد تغییر شکل و درد در پا می شود. بیماری های پوستی نظیر زگیل های کف پا و نیز عفونت های قارچی به طور شایع پوست را درگیر می کنند.

التهاب فاشیای کف پا

التهاب فاشیای حمایت کننده کف پا است و بیمار حمله حاد درد پاشنه را با اولین گام ها در صبح تجربه میکند. تدابیر شامل تمرین های کششی، پوشیدن کفش های حمایت کننده و نیز استفاده از وسایل کمکی برای پا به منظور تسکین درد (کفی های طبی برای پاشنه و حمایت کننده های قوس پا) و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی است.

میخچه

میخچه یک ناحیه دچار هیپرکراتوز (رشد بیش از حد لایه شاخی اپیدرم) است که در اثر اعمال فشار داخلی (برجستگی استخوان زیرین به علت بروز ناهنجاری های مادرزادی یا اکتسابی، معمولاً آرتروز) یا فشار خارجی (کفش) ایجاد می شود. محل شایع میخچه ها، انگشتان کوچک پا به خصوص انگشت پنجم است، ولی هر کدام از انگشتان پا ممکن است درگیر شود.

میخچه ها را از طریق خیساندن و خراشیدن لایه شاخی (به وسیله متخصص بیماری پا)^{۵۴}، قرار دادن پوشش محافظ یا اصطلاح ساختمان استخوانی مولر میخچه به کمک جراحی درمان می کنند.

پینه

پینه ناحیه وسیعی از پوست است که در اثر فشار و یا مالش مداوم ضخیم شده است. معمولاً پیش از تشکیل پینه اشکالاتی در مکانیک پا وجود داشته است. در صورتی که پینه، دردناک باشد، لازم است که عوامل زمینه ای حذف شوند و پینه به وسیله متخصص بیماری های پا درمان شود.

ناخن فرورفته در گوشت پا^{۵۵}

در این عارضه، لبه های آزاد ناخن از جلو یا طرفین به داخل پوست اطراف فرو می رود. فرو رفتن ناخن به داخل گوشت پا معمولاً به علت روش غلط کوتاه کردن ناخن، فشارهای خارجی (کفش یا جوراب تنگ)، فشارهای داخلی (توده زیر ناخن، انگشتان تغییرشکل یافته)، تروما یا عفونت ایجاد می شود و ممکن است با عفونت ثانوی یا بافت گرانولاسیون همراه باشد. با کوتاه کردن ناخن به روش صحیح میتوان از بروز این عارضه پیشگیری کرد.

هالوکس والگوس^{۵۶}

هالوکس والگوس (که معمولاً بونیون نامیده می شود)، نوعی تغییر شکل است که در آن انگشت شست به طرف بیرون انحراف می یابد. در صورتی که بونیون بدون عارضه و خفیف باشد، تنها اقدام درمانی ممکن پوشیدن کفش های متناسب با شکل ظاهری پا است تا بر قسمت برجسته، فشاری وارد نشود.

پاچنبری

پاچنبری به پای گفته می شود که قوس کف آن به طور غیرطبیعی زیاد است و در قسمت قدامی آن تغییرشکل ثابتی شبیه پای اسب ایجاد شده است.

کف پای صاف

کف پای صاف اختلال شایعی است که در آن قوس طولی پا کاهش یافته است. این عارضه ممکن است نوعی از ناهنجاری های مادرزادی باشد یا در اثر آسیب های وارده به استخوان و رباط ها، عدم تعادل وضعیتی و عضلانی، اضافه وزن شدید، ضعف عضلانی، پوشیدن کفش های نامناسب یا التهاب مفصلی ایجاد شود. علایم کف پای صاف عبارتند از: احساس سوزش، خستگی، ادم و درد در پاها و راه رفتن نابهنجار.

اختلالات متابولیکی استخوان

استئوپروز (پوکی استخوان)

استئوپروز بیشترین بیماری استخوانی در جهان است. بیشتر از ۱۰ میلیون نفر آمریکایی از استئوپروز رنج می برند و ۳۳/۶ میلیون نفر نیز استئوپنی دارند. نتیجه استئوپروزیس، شکستگی استخوان می باشد.

استئوپروزیس اولیه در زنان، بعد از یائسگی بین سنین ۴۵ تا ۵۵ سال و در مردان در دوران پایان زندگی روی می دهد. استئوپروزیس ثانویه در نتیجه داروها یا دیگر شرایط و بیماری هایی که متابولیسم استخوان را تحت تاثیر قرار می دهد، ایجاد می شود.

استئومالاسی^{۵۷} (نرمی استخوان)

استئومالاسی نوعی بیماری متابولیکی استخوان است که با معدنی شدن ناکافی استخوان مشخص می شود. بروز اشکال در معدنی شدن استخوان ها، باعث ضعیف شدن استخوان بندی، ایجاد درد و حساسیت در لمس، خمیدگی و شکستگی های مرضی (پاتالوژیم) استخوان ها می شود.

بیماری پاژه^{۵۸}

بیماری پاژه، اختلالی است که با تشدید فرآیند جذب و جایگزینی در قسمتی از استخوان مشخص می شود و بیشتر از همه، استخوان های جمجمه، ران، لگن، درشت نی و مهره ها را گرفتار می کند.

عفونت های عضلانی اسکلتی

استئومیلیت

استئومیلیت به عفونت استخوان گفته می شود. افراد دارای تغذیه نامناسب، سالمند یا چاق و بیماران دچار نقص سیستم ایمنی، بیماری های مزمن مثل آرتریت روماتوئید، دیابت یا تحت درمان طولانی مدت با کورتیکو استروئیدها، بیشتر در معرض استئومیلیت قرار دارند.

اختلالات اختصاصی غده تیروئید

کم کاری تیروئید (هیپوتیروئیدی)

کمکاری تیروئید در نتیجه سطوح پایینتر از حد طبیعی هورمون تیروئید در جریان خون ایجاد می شود. کمبود هورمون تیروئید می تواند همه عملکردهای بدن را تحت تاثیر خود قرار دهد. ظاهر بیماری ممکن است از اشکال خفیف و تحت

Osteomalacia - ^{۵۷}
Paget's deformans - ^{۵۸}

بالینی تا میگزدم^{۵۹} (نوع پیشرفته بیماری) تغییر کند. شایع ترین علت کمکاری تیروئید در افراد بالغ، تیروئیدیت خود ایمن یا بیماری هاشیموتو می باشد. در این بیماری، سیستم ایمنی به غده تیروئید حمله نمی کند. گاهی کم کاری تیروئید و میگزدم به دنبال علایم پرکاری تیروئید ظاهر می شود. عارضه کم کاری تیروئید در افراد مبتلا به پرکاری تیروئید که تحت درمان جراحی، داروهای ضد تیروئیدی یا پرتودرمانی قرار گرفته اند، بسیار شایع است.

حالت اخیر بیشتر در زنان سالخورده دیده می شود. پرتودرمانی سرطان های سر و گردن به عنوان یکی از علل کم کاری تیروئید در مردان سالمند مطرح می باشد، بنابراین لازم است آزمون های کارکرد تیروئیدی برای تمام این بیماران انجام شود.

هیپر تیروئیدیسم

پرکاری تیروئید دومین اختلال شایع اندوکرینی پس از بیماری دیابت شیرین می باشد. شایع ترین نوع پرکاری تیروئید، بیماری گریوز است که علت آن تحریک غیرطبیعی غده تیروئید توسط ایمونوگلوبولین های موجود در گردش خون و در نتیجه برونده بیش از حد هورمون های تیروئیدی می باشد. این بیماری در زنان هشت برابر شایع تر از مردان است و حداکثر شیوع آن در دهه دوم تا چهارم زندگی می باشد. گاهی از اوقات بیماری گریوز به دنبال ضربه های روحی، استرس یا عفونت بروز می نماید؛ ولی اهمیت دقیق این ارتباطات هنوز ناشناخته است. تیروئیدیت و مصرف بیش از حد هورمون های تیروئیدی از دیگر علل شایع پرکاری تیروئید می باشند.

تیروئیدیت

تیروئیدیت به التهاب غده تیروئید اطلاق می شود که ممکن است سیر آن حاد، تحت حاد یا مزمن باشد. انواع مختلف تیروئیدیت با التهاب، فیبروز یا ارتشاح لنفوسیتی غده تیروئید مشخص می شود. چند شکل از تیروئیدیت با صدمات اتوایمیون وارد بر تیروئید مشخص می شوند.

تومورهای تیروئید

طبقه بندی تومورهای غده تیروئید بر اساس خوشخیم یا بدخیم بودن، وجود یا فقدان تیروتوکسیکوز و نیز بزرگی منتشر یا نامنظم غده تیروئید صورت می گیرد. اگر بزرگی غده تیروئید در حدی باشد که باعث تورم واضح در گردن

شود، اصطلاح گواتر مطرح می شود. گواتر در اندازه های مختلف دیده می شود؛ از توده های کوچکی که به سختی قابل رویت هستند تا گواترهای بزرگی که باعث بدشکلی گردن می شوند. غده تیروئید ممکن است به صورت قرینه و منتشر یا به صورت گرهی (ندولر) بزرگ شده باشد. برخی از گواترها با پرکاری تیروئید همراهند که آنها را گواتر سمی می نامند.

هیپاتیت چیست؟

هیپاتیت، التهاب کبد است. التهاب باعث درد و تورم خواهد شد. عوامل ایجاد کننده هیپاتیت متعدد هستند. هیپاتیت عمدتاً توسط یکی از ۶ ویروس هیپاتیتی A, B, C, D, E یا G ایجاد می شود. عامل ایجاد کننده هیپاتیت هر چه باشد باعث التهاب کبد خواهد شد و کارکرد آن را مختل خواهد کرد. فقدان خونرسانی به کبد، سم، اختلالات خودایمنی، مصرف افراطی الکل، آسیب به کبد و مصارف بعضی داروهای خاص نیز می تواند باعث هیپاتیت شود. با احتمال کمتر، عفونت های ویروسی مثل منونوکلئوز و سایتومگالوویروس نیز می تواند باعث هیپاتیت شود.

هیپاتیت به دو شکل اساسی نمایان می شود: هیپاتیت حاد (کوتاه مدت) و هیپاتیت مزمن (متجاوز از ۶ ماه). در هیپاتیت حاد، ممکن است کبد، به صورت خیلی ناگهانی ملتهب شود و تهوع، استفراغ، تب و بدن درد عارض شود و یا اینکه هیچ یک از این علائم ظاهر نشود. هیپاتیت حاد در طی چند روز تا چند هفته بهبود می یابد. چنانچه التهاب، در طی ۶ ماه بهبود نیابد، هیپاتیت، مزمن خواهد بود.

چگونه هیپاتیت، کبد را تحت تاثیر قرار می دهد؟

کبد، ضایعات موجود در خون شما را متلاشی می کند. زمانی که کبد ملتهب می شود، وظیفه خود را در پاکسازی خون، به خوبی انجام نمی دهد. یکی از ضایعات خونی، بیلی روبین نام دارد که در صورتی که کبد بدرستی کار نکند شروع به افزایش در خون و بافت ها می کند، در نتیجه پوست شخص مبتلا به هیپاتیت به رنگ زرد پرتقالی در می آید. این حالت، یرقان نامیده می شود. بیلی روبین و مابقی ضایعات باعث خارش، تهوع، تب و بدن درد می شود.

هیپاتیت آ (هیپاتیت A) چیست؟

هپاتیت آ، توسط ویروس هپاتیت آ ایجاد می شود که منجر به التهاب کبد شده و درد و تورم کبد را بدنبال خواهد داشت. هپاتیت آ با بقیه انواع هپاتیت فرق می کند و معمولاً خطرناک نبوده و به هپاتیت مزمن و سیروز (مثل آنچه در هپاتیت B و C دیده میشود) تبدیل نمی شود.

چگونه هپاتیت آ گسترش می یابد؟

هپاتیت آ، معمولاً از طریق تماس با مدفوع آلوده گسترش می یابد. تماس نزدیک با فرد آلوده (برای مثال تعویض کهنه یا تماس جنسی) باعث ابتلا به عفونت می شود حتی اگر فرد آلوده هیچ علائمی نداشته باشد. در واقع هپاتیت آ قبل از ظهور علائم، خیلی مسری است. خوردن غذای آلوده یا نوشیدن آب آلوده نیز باعث ابتلا خواهد شد. ویروس، روی دست ها، در آب و در خاک می تواند زنده بماند. هپاتیت آ، در کشورهای در حال توسعه، شایع است.

علائم هپاتیت آ چیست؟

ویروس هپاتیت آ، یک ماه قبل از ظهور علائم، در بدن شما وجود دارد. علائم زیر می توانند یکباره ظهور پیدا کنند:

- تهوع

- استفراغ

- یرقان (زرد شدن پوست و سفیدی چشم ها)

- تب پایین

- خستگی

- درد شکم به خصوص سمت راست

- ادرار تیره رنگ

- از دست دادن اشتها

- درد عضلانی

مهم است بدانید که بعضای از بیماران هیچ گاه علامتی از خود بروز نمی دهند. علائم در بچه های کوچکتر ممکن اسات خیلی خفیف باشد در حالی که در بچه های بزرگتر و جوانان، خیلی شدید باشد. مراجعه به پزشک و انجام تست خونی، وجود بیماری و یا عدم وجود آنرا مشخص خواهد کرد.

هیپاتیت آ چگونه درمان میشود؟

داروی مشخصی برای درمان هیپاتیت آ وجود ندارد. استراحت کافی، رژیم غذایی متعادل و پرهیز از مصرف الکل و داروهایی مثل استامینوفن. برای مصرف هر داروی غیر نسخه ای دیگری در این شرایط، با پزشک یا داروساز مشورت کنید. چنانچه آب بدن بیمار از دست رفته است، درد شدید دارد و یا مشکلات خونی پیدا کرده است، شاید لازم به بستری شدن کوتاه مدت باشد .

مدت زمان سرایت بیماری چقدر است؟

بلافاصله بعد از آلوده شدن به ویروس و قبل از ظهور علائم، بیماری قابل سرایت است. جوانانی که از جهات دیگر سالم هستند، بیش از ۲ هفته از شروع بیماری، آنرا سرایت نمی دهند، ولی کودکان و افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند ممکن است تا ۶ ماه نیز بیماری را سرایت دهند .

روش های پیشگیری از هیپاتیت آ :

- تزریق واکسن که برای افراد بالای ۲ سال ایمن می باشد و تا ۲۰ سال، ایجاد مصونیت می کند
- شستشوی دست ها با صابون و آب گرم قبل و بعد از آشپزی، بعد از توالی و تعویض کهنه بچه
- شستشوی صحیح میوه و سبزیجات قبل از مصرف و نیز پختن کامل گوشت و ماهی
- در صورت تماس با افراد مبتلا به هیپاتیت آ، چنانچه قبلاً واکسن دریافت نکرده اید و یا قبلاً مبتلا نشده اید، بی درنگ به پزشک مراجعه کنید .

هیپاتیت ب (هیپاتیت B) چیست؟ چگونه گسترش می یابد؟

هیپاتیت ب، توسط ویروس هیپاتیت ب ایجاد می شود. این ویروس از طریق تماس جنسی محافظت نشده انتقال می یابد. تزریق وریدی داروها با استفاده از سرنگ آلوده فرد مبتلا نیز باعث انتقال بیماری خواهد شد. پرسنل بهداشتی (مثل پرستاران، کادر آزمایشگاه ها و پزشکان) در صورت بریدگی ناگهانی توسط سرنگی که برای فرد آلوده استفاده شده است، خود نیز آلوده خواهند شد. این ویروس در حین زایمان از مادر آلوده به جنین انتقال می یابد. مسافرت به سرزمینی که هیپاتیت ب در آنجا شایع است نیز به احتمال زیاد می تواند باعث ابتلا به بیماری شود .

علائم هپاتیت ب چیست؟

- از دست دادن اشتها
- تهوع
- استفراغ
- ضعف و خستگی
- درد شکم به خصوص اطراف ناحیه کبد
- تیره شدن ادرار
- یرقان
- درد مفاصل

علائم هپاتیت ب می تواند از خفیف تا شدید متغیر باشد. در صورت وجود علائم خفیف چه بسا حتی متوجه بیماری نشوید.

عوارض هپاتیت ب مزمن چیست؟

در بعضی افراد، هپاتیت مزمن می تواند تبدیل به سایروز کبدی شود. در این حالت سلول های کبدی از بین می رود و با بافت آسیب دیده و چرب، جایگزین می شود. فعالیت قسمت های آسیب دیده متوقف می شود و در نتیجه ضایعات بدن تصفیه نمی شوند. سیروز می تواند به نارسایی کبدی و حتی سرطان کبد منجر شود.

هپاتیت ب می تواند زمینه را برای ابتلا به هپاتیت (D) مستعد کند. هپاتیت D، تنها در افرادی که هپاتیت ب دارند گسترش می یابد و می تواند علائم هپاتیت ب را بدتر کند. هپاتیت D از طریق تماس با خون آلوده یا بقیه مایعات بدن فرد آلوده به این نوع هپاتیت، گسترش می یابد.

تشخیص هپاتیت ب چگونه است؟

تست خون به این منظور استفاده می شود. تست خونی عملکرد کبد و شرایط بیمار را در طول درمان مشخص خواهد کرد.

پزشک ممکن است کبد شما را با استفاده از اولتراسوند و یا اشعه ایکس مشاهده کند و چه بسا نیاز به نمونه برداری از کبد باشد .

هپاتیت ب مزمن چگونه درمان میشود؟

تعدادی دارو شامل اینترفرون و داروهای ضد ویروس برای درمان این بیماری وجود دارد که اغلب موفقیت آمیز است. داروهای اینترفرون به صورت چندبار در هفته و یا یکبار در هفته تزریق می شوند. درمان هپاتیت ب، بسته به شدت بیماری و پاسخ به درمان ممکن است یک سال یا بیشتر طول بکشد .

آیا هپاتیت ب قابل پیشگیری است؟

بهترین راه پیشگیری، ارتباط جنسی محافظت شده (استفاده از کاندوم) و پرهیز از استفاده مشترک از سرنگ هاست . برای پیشگیری، واکسن نیز وجود دارد. امروزه، تزریق این واکسن به تمام نوزادان در طی یک سال اول زندگی صورت می گیرد. این واکسن، ایمن بوده و در طی ۶ ماه نیاز به ۳ تزریق است. واکسن به تمام افراد در معرض خطر مثل کارکنان بهداشتی، تمام بچه ها، افرادی که به مناطق پر خطر از نظر شیوع این بیماری سفر می کنند، استفاده کننده های دارو و به افرادی که شرکای جنسی متعدد دارند تزریق می شود .

هپاتیت ث (هپاتیت C) چیست؟ و چگونه گسترش می یابد؟

هپاتیت C، تو سبب ویروس هپاتیت C ایجاد می شود. این هپاتیت معمولاً از طریق تماس با فرآورده های خونی آلوده صورت می گیرد. استفاده مشترک از سرنگ افرادی که آلوده به هپاتیت C هستند نیز باعث انتقال بیماری خواهد شد. در بین کادر بهداشتی، بریدگی ناگهانی توسط سرنگ استفاده شده برای بیماران مبتلا نیز می تواند سبب انتقال بیماری شود. همچنین هپاتیت C، از طریق سوزن های اساتفاده شاده برای خالکوبی قابل انتقال است. در موارد نادر، هپاتیت C از مادر به جنین، از طریق تیغ ریش تراشی، مسواک و روابط جنسی قابل انتقال هست. خیلی مواقع، علت هپاتیت C مشخص نمی شود.

هپاتیت C انتقال نمی یابد مگر اینکه فرد، به نحوی با خون آلوده تماس داشته باشد. این بدان معنی اسات که ویروس از طریق تماس های اتفاقی مثل عطسه، سرفه، دست دادن، در آغوش گرفتن، بوسیدن، ظروف غذایی مشترک، شنا در استخر، توالی های عمومی و تماس با دستگیره در قابل انتقال نیست .

خیلی از افراد در مواجهه اول با ویروس، احساس بیماری نمی کنند در عوض، ویروس در کبد آنها جایگزین می شود و باعث التهاب مزمن کبد می شود .

خیلی از افراد آلوده به ویروس هپاتیت C، هیچ علامتی را برای سال ها بروز نمی دهند. با این حال هپاتیت C یک بیماری مزمن است و می تواند منجر به سیروز و سرطان کبد شود .

علائم هپاتیت C چیست؟

در ابتدا، هپاتیت C معمولاً هیچ علامتی ندارد. ممکن است علائم شبه آنفولانزا بروز کند شامل :

- خستگی خفیف

- درد عضلات و مفاصل

- تهوع

- فقدان اشتها

- حساسیت به لمس از محیط اطراف کبد

با پیشرفت بیماری، هنوز ممکن است علامتی ظاهر نشود. چنانچه علامتی وجود داشته باشد شامل موارد زیر، ممکن است باشد :

- خستگی

- تهوع

- استفراغ

- فقدان اشتها

- یرقان

- تب پایین

برای جلوگیری از انتقال بیماری :

- عدم اهدای خون

- عدم استفاده مشترک از وسایلی همچون تیغ ریش تراشی، مسواک (هرچند امکان انتقال از این طرق بسیار کم است).

- استفاده از کاندوم در روابط جنسی

- در صورت تمایل به بارداری، بهتر است با پزشک مشورت شود. هرچند ویروس به راحتی از مادر به جنین قابل انتقال نیست ولی بهتر است احتیاطات لازم صورت گیرد .

- عدم برقراری رابطه جنسی در طول دوران قاعدگی (زیرا ویروس هیپاتیت C براحتی از طریق خونریزی قاعدگی انتقال می یابد).

در صورت ابتلا به هیپاتیت C، چه مراقبت هایی لازم است؟

باید یک رژیم غذایی سالم داشت و شروع به ورزش کرد. مشاوره با یک متخصص تغذیه برای داشتن یک رژیم غذایی سالم و عملی می تواند کارساز باشد. در مورد داروهایی که مصرف می کنید و همچنین داروهای بدون نسخه، با پزشک یا داروساز مشورت کنید. از مصرف استامینوفن والکل اجتناب شود (زیرا سرعت پیشرفت بیماری های کبد را زیاد می کنند).

طبقه بندی دیابت

طبقه بندی اصلی انواع دیابت عبارت است از دیابت نوع ۱، دیابت نوع ۲، دیابت حاملگی^{۶۰} و دیابت ملیتوس همراه با موقعیت ها یا سندرم های دیگر. مشخصات و تظاهرات بالینی و اقدامات کلینیکی هر یک از انواع دیابت به صورت زیر است.

پاتوفیزیولوژی

در پانکراس چهار دسته سلولی وجود دارد. به یکی از این دسته ها، سلول های بتا گفته می شود که مسئول ترشح انسولین هستند. انسولین نوعی هورمون آنابولیک یا ذخیره کننده می باشد.

هنگام خوردن غذا، ترشح انسولین افزایش می یابد و گلوکز از خون به داخل عضلات، کبد و سلول های چربی منتقل می شود. انسولین در سلول های مذکور دارای اثرات زیر است:

- انتقال و متابولیسم کردن گلوکز جهت تولید انرژی
- تحریک ذخیره سازی گلوکز در کبد و عضلات (گلوکز در این سلول ها به شکل گلیکوژن ذخیره می شود)
- توقف آزادسازی گلوکز از کبد
- تسریع فرآیند ذخیره چربی غذا در بافت چربی
- تسریع انتقال اسیدهای آمینه (به دست آمده از پروتئین موجود در غذا) به داخل سلول انسولین باعث مهار تجزیه پروتئین، گلوکز و چربی ذخیره شده نیز می گردد.

دیابت نوع ۱

- شروع در هر سنی، معمولاً در جوانی (زیر ۳۰ سال).
- بیمار هنگام تشخیص معمولاً لاغر است و به تازگی کاهش وزن پیدا کرده است.
- علت آن ممکن است ژنتیکی، محیطی یا ایمنولوژیک باشد (مثل ویروس).
- اغلب آنتی بادی های ضد سلول های جزیره ای وجود دارد.
- معمولاً آنتی بادی های ضد انسولین (حتی قبل از شروع درمان با انسولین) وجود دارد.
- انسولین آندوژن وجود ندارد یا بسیار کم است.
- برای ادامه ی زندگی، تزریق انسولین ضرورت دارد.
- استعداد ابتلا به کتوز در صورت فقدان انسولین.
- عارضه حاد هایپرگلیسمی، کتواسیدوزیس دیابتیک می باشد.

دیابت نوع ۲

- شروع در هر سنی معمولاً بالای ۳۰ سال.
- بیمار هنگام تشخیص معمولاً چاق است.
- چاقی، عوامل ارثی و محیطی در بروز آن نقش دارند.

- آنتی بادی سلول های جزایر لانگرهانس وجود ندارد.
- کاهش انسولین آندوژن یا افزایش مقاومت به انسولین.
- اکثر بیماران چاق با کاستن از وزن خود می توانند قندخون را کنترل کنند.
- در صورت عدم موفقیت ورزش و رژیم درمانی، می توان از داروهای ضد دیابتی خوراکی برای پایین آوردن قندخون استفاده کرد.

- گاهی اوقات برای کنترل هیپرگلیسمی، استفاده از انسولین در کوتاه مدت و درازمدت ضرورت می یابد.
- ایجاد کتوز به ندرت اتفاق می افتد، مگر در موارد استرس با ایجاد عفونت.
- عارضه حاد، سندرم هیپراسمولار غیرکتوزی هیپرگلیسمیک می باشد.

دیابت ملیتوس همراه با بیماری ها یا سندرم های دیگر (طبقه بندی قدیمی: دیابت ثانویه)

- مشکلاتی چون بیماری پانکراس، ناهنجاری های هورمونی و داروهایی مانند کورتیکواستروئیدها و داروهای حاوی استروژن ممکن است باعث ایجاد دیابت شوند.
- از آن جایی که پانکراس مرکز تولید انسولین است؛ لذا در بیماری های درگیرکننده پانکراس ممکن است که بیمار به داروهای ضد دیابت خوراکی یا انسولین نیاز پیدا کند.

دیابت حاملگی

- شروع در دوران حاملگی معمولا در سه ماه دوم یا سوم
- در اثر هورمون های مترشحه از جفت که عملکرد انسولین را مهار می کنند
- در معرض خطر ماکروزومی (نوزادان درشت غیرطبیعی)
- درمان با رژیم غذایی و در صورت لزوم انسولین برای کنترل دقیق گلوکز خون در محدوده طبیعی.
- شیوع در ۲ تا ۵ درصد کل حاملگی ها
- عدم تحمل گذرا ولی قابل برگشت نسبت به گلوکز
- ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران به خصوص بیماران چاق در عرض ۱۰ سال به دیابت آشکار، معمولا از نوع ۲ مبتلا می شوند.

- عوامل خطر شامل چاقی، حاملگی بالای ۳۰ سال، سابقه فامیلی دیابت و سابقه نوزاد درشت می باشند.
- تست های غربالگری میبایست برای تمام زنان باردار بین هفته های ۲۸-۲۴ حاملگی انجام شود.
- متابولیسم طبیعی گلوکز در حال حاضر
- سابقه هیپرگلیسمی مثلا در دوران ناخوشی و بارداری
- لزوم انجام دوره های آزمون های غربالگری از نظر قند خون بعد از ۴۰ سالگی
- تشویق به حفظ وزن بدن در شرایط مطلوب، کاهش ۱۰ تا ۱۵ پوند از وزن بدن ممکن است به کنترل قند خون کمک کند در شرایط ناشتا پانکراس به طور مداوم مقادیر بسیار کم انسولین را ترشح می کند. در صورت کاهش سطح خونی گلوکز، نوع دیگری از هورمون های پانکراس به نام گلوکاگون از سلول های آلفای جزایر لانگرهانس ترشح می شود. این هورمون محرک کبدی برای آزادسازی گلوکز می باشد. انسولین و گلوکاگون با همکاری یکدیگر سطح گلوکز خون را در محدوده طبیعی نگه می دارند. ابتدا کبد با فرآیند گلیکوژنولیز، گلیکوژن (شکل ذخیره شده گلوکز) را به گلوکز تبدیل می کند. اگر ظرف ۸-۱۲ ساعت همچنان غذایی به بدن نرسد، کبد گلوکز را از طریق شکستن مواد غیرکربوهیدراتی، یعنی آمینو-اسیدها (گلوکونئوژنز) می سازد.

عفونت HIV

از آغاز شناخت سندرم نقص ایمنی اکتسابی (یا ایدز) که بیش از ۳۰ سال می گذرد، پیشرفت های فراوانی در زمینه ارتقای کیفیت و طول زندگی افراد مبتلا به عفونت HIV صورت گرفته است. در اولین دهه، این پیشرفت با شناخت فرآیندهای بیماری فرست طلب، درمان موثر عوارض این بیماری و شروع پروفیلاکسی عفونت های فرصت طلب همگام بود. در دهه دوم نیز، پیشرفت هایی در زمینه درمان های ضد ویروس به شدت فعال و درمان عفونت های فرصت طلب صورت گرفت. در دهه سوم، مباحث مربوط به پیروی از درمان، تکامل داروهای نسل دوم در درمان عفونت HIV و اصرار بر کشف واکسن متمرکز بود. نظر به این که آزمایشات تشخیصی سرولوژی EIA، ELISA از سال ۱۹۸۴ در دسترس بوده، امکان تشخیص زودرس عفونت قبل از شروع علائم بیماری میسر شده و عفونت HIV به عنوان یک بیماری مزمن در اغلب مراکز سرپایی تحت درمان قرار میگیرد، در حالی که ایدز حالات حاد را شامل می شود و نیاز به بستری شدن دارد.

انتقال HIV

HIV از طریق مایعاتی از بدن که حاوی لنفوسیت های CD 4+ یا HIV هستند، منتقل می شود. این مایعات عبارتند از : خون، مایع منی، ترشحات واژن، مایع آمنیوتیک و شیر. انتقال HIV از مادر به جنین در رحم در دوران بارداری، حین زایمان یا از طریق تغذیه با شیر مادر صورت می گیرد. التهاب و شکنندگی پوست و مخاط، سبب افزایش احتمال تماس با HIV می شود. میزان HIV و سالول های آلوده در مایعات بدن با افزایش احتمال تماس همراه بوده و منجر به بروز عفونت می شود. انتقال ویروس از مادر به کودک ممکن است در رحم، زمان زایمان یا حین شیردهی رخ دهد، اما بیشترین احتمال انتقال آلودگی در حین زایمان صورت می گیرد HIV. از طریق تماس سببی انتقال نمی یابد.

خون و فرآورده های خونی، می توانند HIV را به فرد گیرنده منتقل کنند. با این حال، خطر انتقال بیماری ناشی از انتقال خون و فرآورده های خونی به علت استفاده خون داوطلبین اهدا کننده خون، آزمون های سرولوژیک، حرارت دادن فرآورده های فاکتورهای انعقادی تغلیظ شده و نیز استفاده از روش های غیرفعال سازی موثر ویروس کاهش یافته است. انجام آزمون های غربالگری روی خون های اهدایی، آنتی بادی های ضد HIV-1 و HIV-2 را شنا سایی می کند و آزمون آنتی ژن p24 نیز به این معیارها افزوده شده است. به علاوه از سال ۱۹۹۹ آزمون تقویت اسیدنوکلیک نیز انجام می گیرد.

سل - توبرکلوزیس

سل عفونت مزمنی است که به وسیله باکتری "میکوباکتریوم توبرکلوزیس" و گاهی به وسیله سایر مایکوباکتریوم ها ایجاد می شود. این بیماری اغلب ریه را درگیر می کند، اما تقریباً هیچ کدام از دستگاه های بدن از شر بیماری "سل" در امان نیستند و سایر اعضای بدن هم ممکن است با این بیماری درگیر شوند.

بیماری سل به وسیله قطره های ریز موجود در هوا از فردی به فرد دیگر منتقل می شود و اغلب افرادی را که در ارتباط نزدیک با فرد بیمار باشند، درگیر می کند. بنابراین همه اعضای خانواده فرد بیمار، در معرض ابتلا به این بیماری هستند. مگر این که او به بیمارستان منتقل شود و با آن ها زندگی نکند یا تحت درمان صحیح قرار بگیرد.

فردی که دچار عفونت فعال سلی است، اگر سرفه یا عطسه کند و جلوی دهان و بینی خود را نگیرد، قطره هایی که حاوی مایکو باکتریوم یا میکروب سل هستند، در هوا پخش می شوند و اگر فرد دیگری که نزدیک فرد مبتلا است، این

قطره ها را استنشاق کند، باعث ابتلای او خواهد شد. بنابراین افراد مبتلا هنگام عطسه و سرفه باید همیشه برای پوشاندن دهان و بینی خوداز دستمال استفاده نمایند و پس از آن، دست های خود را با دقت بشویند. البته این به آن معنا نیست که فرد مبتلا به سل باید قرنطینه شود. در تماس کوتاه و گذرا امکان انتقال بسیار کم است، اگر چه غیر ممکن نیست. در ضمن بسیاری از مردم میکروب سل در بدنشان وجود دارد اما مبتلا به بیماری سل فعال نیستند.

علائم بیماری سل

علائم اولیه سل، ممکن است بسیار عادی باشد و توجه را جلب نکند، مثل شخصی که دچار سرما خوردگی است یا کسی که مدتی لاغر و ضعیف است یا گاهی فرد تب می کند و دچار سرفه های مکرر می شود. افراد، در این مرحله به پزشک مراجعه نمی کنند تا علائم شدیدتری در آنها بروز کند، علائمی مثل درد تیزی که در ناحیه قفسه سینه است و با نفس کشیدن و سرفه ایجاد و تشدید می شود یا وجود خلط خونی.

باید توجه داشت هیچ کدام از این دو علامت، مخصوص بیماری سل نیستند، اما نباید این علائم را دست کم گرفت. علائم سل می تواند شبیه علائم سایر بیماری های ریوی (مثل ذات الریه، آبسه های ریوی، تومورها و عفونت های قارچی)، خیلی از بیماری های غیر ریوی یا حتی همراه سایر بیماری ها باشد.

درمان بیماری سل

برای درمان سل، راه های بسیاری وجود دارد، اما همواره باید ۳ نکته را در نظر داشت:

۱- رژیم دارویی سل، اغلب شامل چند دارو است که میکروب سل نسبت به آنها حساس است. این داروها باید همراه هم مصرف شوند تا اثر لازم را داشته باشند. استفاده نامنظم داروها باعث می شود میکروب سل نسبت به این داروها مقاوم شود.

۲- بیمار باید داروهایش را به طور منظم و دقیق، طبق دستور پزشک مصرف کند. این نکته درباره همه بیماری ها صادق است. اما به خصوص درباره سل از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است، چون در صورت مقاومت میکروب سل نسبت به داروهای موجود تقریباً می توان گفت دیگر هیچ داروی کاملاً مؤثری برای درمان سل وجود نخواهد داشت.

۳- درمان سل کمی طولانی است بنابراین بیمار باید حوصله داشته باشد و تمام مدت درمان را سپری کند. این دوره درمان گاهی تا ۲ سال طول می کشد.

نکته: رژیم غذایی پر پروتئین و پر ویتامین، در معرض آفتاب بودن و دوری کردن از زندگی در محل های تاریک و نمناک از راه های مهم پیشگیری از ابتلا به بیماری سل است.

سوالات متداول در مورد بیماری ابولا

۱- بیماری ابولا چیست؟

بیماری ابولا (که در گذشته با عنوان تب خونریزی دهنده شناخته شده) یک بیماری کشنده با نسبت مرگ و میر بالای ۹۰٪ است. این بیماری گونه های انسانی و پستاندار حیوانی مانند میمون ها و گوریل ها و شامپانزه ها را تحت تاثیر قرار می دهد. منشا این ویروس ناشناخته است اما به احتمال بسیار زیاد بر اساس شواهد موجود خفاش های میوه خوار (مگابت ها) میزبان طبیعی ویروس ابولا هستند.

۲- افراد چگونه به این ویروس مبتلا میشوند؟

در حال حاضر نحوه شیوع این بیماری در غرب آفریقا، نتیجه سرایت از یک فرد به فرد دیگر گزارش شده است. سرایت این بیماری از طریق تماس با جراحات های پوستی یا غشاهای مخاطی خون آلود یا ترشحات بدن مانند ادرار، مدفوع یا بزاق دهان و غیره صورت می پذیرد. این بیماری هم چنین از طریق تماس فرد سالم با محیط های آلوده به ویروس ابولا مانند لباس های آلوده و سرنگ های استفاده شده سرایت کند. تعداد زیادی از مددکاران خدمات درمانی هنگام درمان بیماران مبتلا به دلیل عدم رعایت اصول مراقبتی و محافظتی و هم چنین عدم استفاده از تجهیزات مناسب به این بیماری دچار شده اند. تمام مددکاران خدمات درمانی در تمامی سمت ها باید از ماهیت این بیماری و چگونگی سرایت آن و هم چنین رعایت اصول ایمنی جهت کنترل عفونت آگاه شوند.

۳- چه کسانی بیشتر در معرض خطر هستند؟

مددکاران خدمات درمانی

اعضای خانواده یا کسانی که ارتباط نزدیکی با افراد مبتلا شده دارند

افرادی که در مراسم تدفین با بدن افراد بیمار جان باخته ارتباط مستقیم دارند

۴- علائم و نشانه های معمول عفونت چیست؟

شروع ناگهانی تب، ضعف شدید، درد عضلات، سردرد و گلودرد از علائم این بیماری هستند که به دنبال آن استفراغ، اسهال، جوش، اختلال در کلیه و عملکرد کبد و در بعضی موارد خونریزی داخلی و خارجی را به همراه دارد. نتایج آزمایشگاهی به دست آمده از این بیماری تعداد کم سلول های سفید و پلاکت های خون و افزایش تعداد آنزیم های کبدی را نشان می دهد. دوره کمون این بیماری یا فاصله زمانی از ابتلای به عفونت تا بروز علائم از ۲ تا ۲۱ روز است. سرایت این بیماری در دوره کمون رخ نمی دهد بلکه بعد از ظهور اولین علامت یا نشانه بیماری در فرد مبتلا، قابلیت انتشار خواهد داشت.

۵- چه زمانی باید به دنبال مراقبت های پزشکی در خصوص این بیماری بود؟

اگر فردی در منطقه شناخته شده آلوده به ویروس ابولا قرار داشته باشد یا با افراد مبتلا یا مشکوک به ویروس ابولا که دارای علائم وجود این بیماری هستند، در ارتباط باشد، باید فوراً تحت نظر قرار گیرد. افرادی که مشکوک به آلودگی با ویروس ابولا هستند باید بدون تاخیر به نزدیک ترین واحد درمانی گزارش داده شوند. عملکرد و مراقبت های فوری جهت بالا بردن شانس زنده ماندن مبتلایان ضروری است. هم چنین حائز اهمیت است که کنترل گسترش بیماری و روش های کنترل عفونت فوراً آغاز شود.

۶- راه درمان این بیماری چیست؟

بیماران مبتلا به این بیماری به شدت به مراقبت های حمایتی ویژه نیاز دارند. این بیماران اغلب دچار کم آبی هستند و به مایعات داخل وریدی و مایع درمانی خوراکی که حاوی الکترولیت ها باشند، نیاز دارند. در حال حاضر هیچ درمان خاصی برای مبتلایان به این بیماری وجود ندارد. البته برخی از بیماران با مراقبت های پزشکی مناسب بهبود می یابند. برای کمک به کنترل گسترش این ویروس، افرادی که مشکوک به ویروس هستند باید ایزوله شوند و توسط مددکاران خدمات درمانی با استفاده از اقدامات مراقبتی و محافظتی صحیح و دقیق جهت کنترل عفونت درمان شوند.

۷- چه اقدامی می تواند صورت پذیرد؟ آیا می توان از این بیماری جلوگیری کرد؟ آیا واکسنی وجود دارد؟

رعایت اصول بهداشتی، شستن دست ها به روش صحیح، استفاده از امکانات مخصوص (گان، ماسک، عینک،) پاسخ این که آیا می توان از ابولا جلوگیری کرد یا نه مشکل است ولی قطعاً رعایت اصول بهداشتی و ایزولاسیون بسیار تاثیرگذار است. در حال حاضر واکسن این بیماری تهیه و در مرحله آزمایش است. پیشگیری از سفرهای غیرضروری به کشورهای آلوده به این بیماری توصیه می شود.

سرطان

سرطان یک فرآیند بدخیمی است و با تغییر شکل یافتن یک سلول غیرطبیعی که از طریق جهش های ژنتیکی DNA سلولی به وجود می آید، آغاز می شود. این سلول غیرطبیعی با تولید مثل غیرجنسی شروع به تکثیر غیرعادی می کند، یعنی سیگنال های مربوط به تنظیم رشد سلول در محیط اطراف سلول را نادیده می گیرد. به این ترتیب، سلول ها خصوصیات تهاجمی کسب نموده و موجب پدیدار شدن تغییراتی در بافت های پیرامونی می شوند. این بافت ها به داخل سلول ها نفوذ می کنند و به عروق لنفاوی و خونی دست می یابند. به این ترتیب، سلول های مذکور به سایر نقاط بدن حمل می گردند.

الگوهای رشد و تکثیر در سرطان

طی زندگی، بافته ای متعدد بدن به صورت طبیعی دوره های سریع یا تکثیری از رشد را پشت سر می گذراند که بایستی آن مراحل را از فعالیت مربوط به رشد بدخیم متمایز دانست. الگوهای متعددی از رشد سلولی وجود دارد که عبارتند از: هیپرپلازی، متاپلازی، دیسپلازی، آناپلازی و نئوپلازی.

سلول های سرطانی را نئوپلاسم های بدخیم توصیف می کنند. این سلول ها از خود رشد سلولی کنترل نشده ای را ظاهر می کنند که از هیچگونه تقاضای فیزیولوژیکی تبعیت نمی نماید (نئوپلازی). رشدهای خوشخیم (غیر سرطانی) و بدخیم را از نظر محل بافت آنها طبقه بندی و نامگذاری نموده اند (به عنوان مثال، تومورهای خوشخیم پرده های مننژ، مننژیوما و نیز توده های بدخیم این ناحیه، مننژیال سارکوما نامیده می شود).

سلول های بدخیم و خوشخیم، از نظر ویژگی های رشد سلولی با هم تفاوت زیادی دارند که شامل روش و سرعت رشد، توانایی در دادن متاستاز یا انتشار و اثرات عمومی تخریب بافتی و بالاخره توانایی منجر شدن به مرگ است.

این تفاوت ها در جدول ۲۳-۱ خلاصه شده اند. فقدان تمایز سلولی یا همان درجه آناپلازی (سلول هایی که مشخصات سلول های طبیعی را نداشته و از نظر شکل و ساختار با سلول های بافت منشاء خود متفاوت هستند) نهایتاً تعیین کننده قدرت بالقوه بدخیمی می باشند.

کشف و پیشگیری از سرطان

جدول ۲۳-۱ ویژگی های نئوپلاسم های خوشخیم و بدخیم		
بدخیم	خوش خیم	خصوصیات
سلول ها متمایز نشده اند و اغلب با سلول های طبیعی بافت محلی که از آنجا برخاسته اند، مشابهت کمی دارند.	سلول ها به خوبی متمایز شده اند به نحوی که سلول های طبیعی بافت با محل تومور شباهت دارد.	خصوصیات سلول
در محیط رشد کرده و فرآیندهایی را که منجر به نفوذ و تخریب بافت های اطراف می شود، از خود صادر می نماید.	از طریق وسعت یافتن رشد می یابد، ولی به بافت های اطراف نفوذ نمی کند، معمولاً داخل کیسول قرار دارد.	جنبه رشدی تومور
سرعت رشد متغیر است و به سطح تمایز یافتگی بستگی دارد؛ هرچه تومور بدخیم تر باشد، سرعت رشدش هم بیشتر است.	معمولاً سرعت رشد کند است .	سرعت رشد
پس از رسیدن به کانال های لنفاوی و عروق خونی، به نواحی دیگر بدن متاستاز می دهد.	از طریق متاستاز دادن پخش نمی شود .	ریشه دوانی
غالباً موجب اثرات عمومی از قبیل کم خونی، ضعف و کاهش وزن می شود.	معمولاً پدیده ای موضعی است که موجب اثرات عمومی نمی شود، مگر اینکه محل آن طوری باشد که در کارکردهای حیاتی بدن دخالت نماید.	اثرات عمومی
غالباً به موازات رشد وسیع به علت مصرف شدید خون یا دست اندازی جریان خون به یک ناحیه، صدمات زیادی به بافت می زند. همچنین ممکن است موادی را تولید کند که آن مواد باعث صدمه به سلول ها شود.	معمولاً بافت را منهدم نمی کند، مگر این که محل آن جریان گردش خون را مختل کند.	انهدام بافتی
معمولاً موجب مرگ می شوند، مگر اینکه بتوانیم رشد آن را کنترل کنیم.	معمولاً باعث مرگ نمی شود، مگر اینکه محل آن باعث مداخله در کارکردهای حیاتی بدن شود.	توانایی بروز مرگ

پرستاران و پزشکان به صورت سنتی در پیشگیری ثالثیه یعنی در امر مراقبت و نوتوانی بیماران پس از تشخیص سرطان و درمان آن درگیر بوده اند، ولی انجمن سرطان آمریکا، موسسه ملی سرطان، متخصصین امور بالینی و حتی پژوهشگران نیز بر پیشگیری های اولیه و ثانویه تاکید بسیاری کرده اند. پرستاران باید از فاکتورهایی مانند نژاد، تاثیرات فرهنگی، دسترسی به مراقبت های بهداشتی، نحوه ارتباط پزشک- بیمار و پرستار- بیمار، سطح آموزش، سطح اقتصادی، سن که روی آموزش تاثیرگذار است، نگرش ها و اعتقادات شخصی درباره سرطان آگاه باشند. این فاکتورها در رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی که افراد انجام می دهند، ممکن است موثر باشد.

پیشگیری اولیه

پیشگیری اولیه با کاهش خطر بیماری از طریق راهکارهای ارتقای سلامتی مورد توجه است. تخمین زده می شود که تقریباً در یک سوم همه سرطان ها در سرتاسر جهان، با به دست آوردن دانش و مهارت لازم برای آموزش خطرات سرطان به جامعه، پرستاران در تمام محیط ها به منظور پیشگیری از سرطان نقش کلیدی ایفا می کنند.

کمک به بیماران برای اجتناب از کار سینه‌وزن های شناخته شده یک راه برای کاهش خطر سرطان محسوب می شود. راهکار دیگر، اتخاذ رژیم های غذایی و ایجاد تغییراتی در نوع زندگی است (توقف مصرف سیگار، کاهش دریافت کالری و افزایش فعالیت بدنی) که مطالعات نشان داده بر سرطان موثر بوده است. پرستاران می توانند از مهارت های تدریس و مشاوره برای حمایت و آموزش به بیماران از طریق سازمان ها بهره بگیرند.

اخیراً مطالعات گسترده‌ای برای پیشگیری از بروز سرطان پستان انجام شده است که توسط موسسه ملی سرطان مورد حمایت قرار گرفته و نشان می دهد که پیشگیری دارویی با داروی تاموکسیفن می تواند در کاهش سرطان پستان در میان زنان در معرض خطر شدید حتی تا ۵۰٪ موثر باشد.

پیشگیری ثانویه، غربالگری و نیز فعالیت های تشخیصی زودرس از قبیل خودآزمایی پستان و بیضه و انجام تست پاپانیکولاو (پاپ اسمیر) را ارتقا می دهد. بسیاری از سازمان های غربالگری سرطان بر سرطان هایی تمرکز کرده اند که میزان بروزشان خیلی زیاد است یا اینکه در صورت تشخیص در مراحل ابتدایی، بقای عمر زیادی دارند، مانند سرطان پستان یا پروستات. این غربالگری ها اغلب از روش هایی مانند ماموگرافی، آزمایش رکتوم با دو انگشت و

همچنین آزمایش خون برای آنتی ژن اختصاصی پروستات (PSA) که انجام آن ها هزینه ای نداشته یا بسیار کم هزینه است، انجام می شود. برنامه های آنان معطوف به افرادی است که امکان دسترسی به مراقبت های سلامتی را ندارند یا نمی توانند در امر مراقبت از خود مشارکت کنند. درک در حال تحول از نقش ژنتیک در ایجاد سرطان به منظور پیشگیری و غربالگری سرطان ها بسیار موثر بوده است. بسیاری از مراکز در بخش های مختلف، برنامه های ارزیابی خطر سرطان را که شامل غربالگری پیشگیری کننده و کامل و دقیق می باشد، ارائه می دهند که جهت استفاده افراد با خطر بالای سرطان کاربرد دارد. پرستاران در همه موارد می توانند برنامه هایی که خطرات را برای بیماران و خانواده های آنان بیان می نماید، رشد و گسترش دهند و آموزش ها و توصیه های لازم را برای این بیماران در کنار یکدیگر ارائه دهند. پرستاران و پزشکان می توانند افراد را تشویق کنند تا تلاش های مربوط به کشف سرطان را طبق برنامه پیشنهادی موسسات مربوط به سرطان به اجرا درآوردند.

تغذیه

بهترین راه اطمینان از تعادل و تنوع در غذای روزانه استفاده از هر ۴ گروه اصلی غذایی است. ۴ گروه اصلی غذایی عبارتند از: گروه نان و غلات، گروه میوه ها و سبزی ها، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت، حبوبات، تخم مرغ و مغزها. در هر گروه، مواد غذایی دارای ارزش غذایی تقریباً یکسان هستند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد. مقایسه مقدار مصرف روزانه از گروه های غذایی را می توان با استفاده از شکل یک هرم نشان داد.

هرم غذایی چیست؟

هرم غذایی، گروه های غذایی و موادی که در هر گروه جای می گیرد را معرفی می نماید. قرار گرفتن مواد غذایی در بالای هرم که کمترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی است که افراد بزرگسال باید از این دسته از مواد غذایی کمتر مصرف کنند مانند قندها و چربی ها. هر چه از بالای هرم به سمت پایین نزدیک می شویم حجمی که گروه های غذایی به خود اختصاص می دهند بیشتر می شود که به این معنی است که مقدار مصرف روزانه این دسته از مواد غذایی باید بیشتر باشد. شناسایی گروه های غذایی به عنوان راهنمایی برای تعذیه تمامی گروه های سنی در جامعه ضروری است و پایه و اساس برنامه ریزی غذایی همه افراد می باشد که البته در گروه های سنی مختلف قابل

انطباق با شرایط ویژه آن گروه بوده و در فصل مربوط به تفاوت در سهم گروه های غذایی و توصیه های تغذیه ای خاص آن اشاره شده است.

گروه نان و غلات

این گروه شامل انواع نان، برنج، ماکارونی، گندم و جو است.

مواد مغذی مهم: بعضی از انواع ویتامین های گروه ب، آهن و مقداری پروتئین.

واحد اندازه گیری: هر واحد از این گروه برابر است با یک برش ۳۰ گرمی از انواع نان (به اندازه یک کف دست از نان سنگک، بربری یا تافتون. در مورد نان لواش چهار کف دست معادل ۳۰ گرم است)، نصف لیوان ماکارونی یا برنج خام معادل یک لیوان از شکل پخته آن ها، نصف لیوان غلات خام معادل یک لیوان پخته غلات.

مقدار مصرف: برای افراد بزرگسال سالم مصرف روزانه حداقل تا ۱۱ واحد توصیه می شود. این گروه برای تامین انرژی، رشد و سلامت دستگاه عصبی لازم است.

نکات مهم در استفاده از گروه نان و غلات

۱- بهتر است برنج به صورت کته مصرف شود.

۲- بیشتر از نان های حاوی سبوس (مثل نان جو و سنگک) استفاده شود.

۳- برای کامل کردن پروتئین گروه نان و غلات بهتر است آن ها را به صورت مخلوط با حبوبات مصرف کرد مثلاً عدس پلو، باقلا پلو، عدسی با نان و غیره.

گروه میوه ها و سبزی ها

این گروه شامل مواد زیر است:

الف- سبزی ها و میوه های غنی از ویتامین C مثل سبزی های برگی، گوجه فرنگی و فلفل دلمه ای و میوه هایی مثل مرکبات.

ب- سبزی ها و میوه های غنی از ویتامین A شامل سبزی ها و میوه های به رنگ زرد، نارنجی، قرمز و سبز تیره و سبزی های برگی (مثل اسفناج، هویج، گوجه فرنگی، طالبی، زردآلو و شلیل).

ج- سایر سبزی ها یا میوه ها (مثل سیب، موز، هلو، گلابی، انواع توت ها، گیلاس، انگور، هندوانه، کرفس، بادمجان، کدو، سبزی خوردن، قارچ، پیاز، سیب زمینی و کاهو. مواد مغذی مهم: انواع ویتامین ها، انواع املاح و فیبر.

واحد اندازه گیری: هر واحد از این گروه برابر است با یک عدد میوه متوسط (یک عدد سیب یا پرتقال یا هلو) یا یک چهارم طالبی متوسط یا نصف لیوان حبه انگور یا ۳ عدد زردآلو یا نصف لیوان آب میوه یا یک لیوان سبزی برگی مثل: کاهو و سبزی خوردن یا نصف لیوان سبزی پخته یا یک لیوان سبزی خام خرد شده یا یک عدد سیب زمینی متوسط. مقدار مصرف: برای افراد بزرگسال سالم روزانه ۴-۲ واحد میوه و ۵-۳ واحد سبزی توصیه می شود. این گروه برای حفظ مقاومت بدن در برابر عفونت ها، ترمیم زخم، بهبود دید در تاریکی و تقویت بینایی و سلامت پوست ضروری است.

نکات مهم در استفاده از گروه میوه ها و سبزی ها

۱- روزانه یک واحد یا بیشتر از میوه ها و سبزی های غنی از ویتامین C و حداقل یک روز در میان یک واحد از میوه ها یا سبزی های غنی از ویتامین A مصرف شود.

۲- قبل از مصرف سبزی ها و میوه ها باید آن ها را به دقت شست و ضد عفونی کرد.

۳- برای شستن سبزی ها پس از پاک کردن و شستشوی اولیه ابتدا باید آن را در ۵ لیتر آب ریخته و نصف قاشق چای خوری (۵ قطره) مایع ظرفشویی به آن اضافه کرد و به هم زد. پس از ۵ دقیقه سبزی از روی آب جدا و با آب سالم شسته شود. این کار برای جدا شدن تخم انگل از سبزی ها ضرورت دارد. برای ضد عفونی نمودن باید نصف قاشق چای خوری پودر پرکلرین در ۵ لیتر آب اضافه کرد، سبزی را ۵ دقیقه در آن قرار داد سپس مجدداً با آب سالم شسته و مصرف کرد.

۴- میوه هایی که پوست آن ها خوردنی است با پوست مصرف شود البته لازم است پوست این میوه ها کاملاً شسته شود.

۵- برای پختن سبزی ها از آب کم استفاده شود، آب حاصل از پختن سبزی ها در غذا استفاده شود.

۶- هنگام پختن سبزی در ظرف را باید بست.

۷- سبزی ها تازه مصرف شود و پس از خرد کردن بلافاصله پخته شود.

۸- پس از جدا کردن پوست میوه از قرار دادن آن در مجاورت هوا خودداری شود زیرا ویتامین های آن مخصوصاً ویتامین C از بین می رود.

۹- بهتر است سبزی ها به صورت خام مصرف شود چون ویتامین های آن بیشتر حفظ می شود.

گروه شیر و لبنیات

این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، کشک و بستنی است.

مواد مغذی مهم: پروتئین، کلسیم، فسفر، بعضی از انواع ویتامین های گروه B و ویتامین A

واحد اندازه گیری: هر واحد از این گروه برابر است با یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست یا ۶۰-۴۵ گرم پنیر (به اندازه دو قوطی کبریت پنیر) یا یک لیوان کشک پاستوریزه یا یک و نیم لیوان بستنی.

مقدار مصرف: برای افراد بزرگسال سالم مصرف روزانه ۲-۳ واحد توصیه می شود. این گروه برای استحکام استخوان ها و دندان ها و رشد و سلامت پوست لازم است.

نکات مهم در استفاده از گروه شیر و لبنیات

۱- حتی الامکان از شیرهای پاستوریزه کم چربی (۲/۵ درصد یا کمتر) استفاده شود.

۲- در صورت دسترسی نداشتن به شیر پاستوریزه به شیر تازه مقداری آب اضافه شود و به مدت یک دقیقه جوشانده شود.

۳- حتی الامکان از پنیرهای تهیه شده از شیر پاستوریزه استفاده شود.

۴- پنیر تازه را باید به مدت حداقل ۲ ماه در آب نمک نگهداری کرد و سپس مصرف کرد.

۵- بستنی های تهیه شده از شیر پاستوریزه یا جوشیده مصرف شود.

۶- حتماً قبل از مصرف هر نوع کشک باید مقداری آب به آن اضافه کرد و حداقل ۱۰-۵ دقیقه در حال به هم زدن جوشاند.

گروه گوشت، حبوبات، مغزها و تخم مرغ

انواع مواد این گروه عبارتند از:

گوشت های قرمز (گوسفند و گوساله)، گوشت های سفید (مرغ، ماهی و پرندگان)، امعاء و احشاء (جگر، دل، قلوه، زبان و مغز)، تخم مرغ، حبوبات (نخود، لوبیا، عدس، باقلا، لپه و ماش) و مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و انواع تخمه.

مواد مغذی مهم: پروتئین، آهن، روی و بعضی از انواع ویتامین های گروه B

واحد اندازه گیری: هر واحد از این گروه برابر است با ۶۰ گرم گوشت لخم پخته (دو قطعه خورشتی) یا دو عدد تخم مرغ یا یک لیوان حبوبات پخته (معادل نصف لیوان حبوبات خام) یا یک لیوان انواع مغزها (گردو، فندق، بادام، پسته و تخمه).

مقدار مصرف: برای افراد بزرگسال و سالم مصرف روزانه، ۲-۳ واحد از این گروه توصیه می شود. این گروه برای رشد، خون سازی و سلامت دستگاه عصبی لازم است.

نکات مهم در استفاده از گروه گوشت، حبوبات، مغزها و تخم مرغ

۱- پیش از پختن گوشت قرمز تا حد امکان چربی قابل رویت آن جدا شود.

۲- قبل از طبخ گوشت مرغ، پوست آن جدا شود، زیرا حاوی چربی فراوانی است.

۳- تا حد امکان از سرخ کردن گوشت خودداری شود.

۴- مغز، زبان و کله پاچه حاوی کلسترول بالایی است، تا حد امکان مصرف این گونه مواد غذایی محدود شود.

۵- برای طبخ گوشت یخ زده باید بلافاصله بعد از خارج کردن از فریزر آن را پخت. اگر به هر دلیلی لازم است گوشت از حالت یخ زده خارج شود، ۲۴ ساعت قبل از طبخ باید آن را از فریزر خارج و در یخچال نگهداری کرد.

۶- بهتر است بیشتر از گوشت های سفید مانند مرغ و ماهی به جای گوشت قرمز استفاده شود.

۷- برای بزرگسالان سالم مصرف حداکثر ۴-۵ تخم مرغ در هفته به شکل ساده یا داخل کوکو و املت منعی ندارد. در صورت ابتلا به هایپرکلسترولمی، دیابت، سابقه فشارخون بالا و چاقی حداکثر تعداد تخم مرغ مجاز ۳ عدد در هفته می باشد.

۸- مصرف حبوبات به علت دارا بودن فیبر و پروتئین زیاد، توصیه می شود.

۹- انواع مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) میان وعده های مناسب برای تامین پروتئین، انرژی و برخی از مواد مغذی مانند آهن هستند.

۱۰- بهتر است مغزها (گردو، فندق، بادام و پسته) به شکل خام استفاده شود و در صورت استفاده از نوع بو داده، به شکل کم نمک مصرف شود.

گروه متفرقه:

این گروه شامل انواع مواد قندی و چربی ها است. توصیه می شود افراد بزرگسال در برنامه غذایی روزانه از این گروه کمتر مصرف کنند.

انواع مواد غذایی این گروه عبارتند از:

الف- چربی ها (روغن های جامد و روغن های مایع، پیه، دنبه، کره، خامه، سرشیر و سس های چرب مثل مایونز).

ب- شیرینی ها و مواد قندی (مثل انواع مربا، شربت، قند و شکر، انواع شیرینی های خشک و تر، انواع پیراشکی، آب نبات و شکلات).

پ- ترشی ها، شورها و چاشنی ها (انواع ترشی و شور، فلفل، نمک، زردچوبه، دارچین و غیره).

ت- نوشیدنی ها (نوشابه های گازدار، چای، قهوه، انواع آب میوه های صنعتی و پودرهای آماده مثل پودر پرتقال و غیره).

چند توصیه:

- از مصرف روغن جامد پرهیز شود و از روغن مایع معمولی (روغن نباتی) برای پخت و پز و از روغن مخصوص سرخ کردنی برای سرخ کردن مواد غذایی و تهیه غذا در حرارت بالا استفاده شود.
- از حرارت دادن با شعله بالا و به مدت طولانی روغن ها باید خودداری کرد و برای سرخ کردن می بایست از روغن مایع مخصوص سرخ کردن استفاده شود.
- مصرف چربی ها، شیرینی ها، و چاشنی ها در حداقل باشد.
- مصرف نوشیدنی های ذکر شده در گروه متفرقه محدود شود و به جای آن ها نوشیدنی های سالم مثل آب، شیر، آب میوه تازه و دوغ کم نمک میل شود.
- برای رفع تشنگی، نوشیدن آب ساده بر هر آشامیدنی دیگری برتری دارد.
- مصرف چپیس به دلیل داشتن چربی و نمک زیاد، باید محدود شود.
- نمک باید به میزان کم مصرف شود و از نوع نمک یددار باشد.
- گروه متفرقه در برنامه غذایی کودکان که برای رشد به انرژی بیشتری نیاز دارند از اهمیت ویژه ای برخوردار است.
- شرط اصلی سلامت زیستن، داشتن تغذیه صحیح است.

ویتامین ها - ویتامین آ (A):

برای مثال به چند قلم از گیاهان که این ویتامین در آنها وجود دارد اشاره می کنیم: گندم، هویج، کاهو، کدو زرد، نخود و ... و به مقدار کمتری می توان در میوه جات دیگر آن را یافت، مثل: هلو، موز، زردآلو و ...

جالب این که ما توانایی آن را داریم ویتامین را به طور غیر مستقیم استفاده کنیم. مثلا حیواناتی که از گیاهان استفاده می نمایند محصولات وجودی آنان نیز ترکیبی از همان غذاهای گیاهی است، مثلا شیر، پنیر، کره، جگر حیوانی و حتی تخم مرغ.

سومین جایگاهی که می توان برای ویتامین « آ » نام برد روغن جگر ماهی است.

مصرف: اگر کسی ۳ الی ۵ روز ویتامین « آ » را استفاده کند، چنان چه آن شخص مبتلا به شب کوری باشد، مرتفع می گردد.

اثر صریح و قابل محسوسی در نشو و نما دارد. اگر این ویتامین را به کودک خردسالی برسانند البته به مقدار کافی رشد و نمو بچه بیشتر خواهد شد.

بیماری: فقدان این ویتامین در بدن، آدمی را مبتلا به شب کوری یا اگزوفتالمی می کند، قدرت و توان ایستادگی او را در مقابل امراض سلب می نماید و مسلماً رشد بدن را متوقف می کند و گاهی هم علایم پوستی به دنبال دارد.

نیاز روزانه هر انسان به این ویتامین که خود منشاء نشانه های سلامتی و نشاط در انسان است ۲۰/۰۰۰ - ۱۰/۰۰۰ حداکثر یک میلی گرم می باشد.

تیامین (ویتامین ب ۱):

این ویتامین در هویج، زرده تخم مرغ، اسفناج، برنج، جگر مرغ، جوانه گندم، سبوس، پنیر و سیب زمینی تشخیص داده شده است. نیاز روزانه انسان به این ویتامین ۱ تا ۳ میلی گرم است.

بیماری: فقدان این ویتامین در انسان موجب بری بری می شود، البته هنگام بروز این بیماری سن و سال اصلاً مطرح نیست، بلکه در تمامی سنین یافت می شود ولی در کودکان شیرخوار شایع تر است.

بیماری قلب، تپش بیش از اندازه قلب، ورم کبد، اختلالات جهاز هاضمه (اسهال، یبوست، بی اشتهاپی) از فقدان این ویتامین پدید می آیند که باز گویا کودکان سهم بیشتری از این گرفتاری خواهند برد.

ریبوفلاوین (ویتامین ب ۲):

شناخت ریبوفلاوین: اگر در انسان فقدان یابد و آدمی از داشتن آن فقیر شود مبتلا به امراض گوناگونی می شود.

بیماری ها: کمبود ریبوفلاوین در انسان موجب می شود امراض ورم ملتحمه چشم، کدورت قرنیه، قارچ در چین های پوست صورت (کنار بینی، شیار بین لب و بینی، زیر لاله گوش و پشت گوش) که پوسته پوسته هایی خودنمایی کند.

دهان قرمز و ملتهب ، زبان قرمز می شود ، البته ممکن است این ضایعات در مخاط معده و روده ها هم پدید آید که بر اثر کمی اسید کلریدریک معده به تدریج در جذب مواد چربی اختلال ایجاد می کند. نیاز روزانه به این ویتامین یک و نیم میلی گرم می باشد.

محیط زیست : این ویتامین در گردو، عسل، اسفناج، تخم مرغ، بلوط و خربزه وجود دارد.

نیاسین (ویتامین ب ۳):

کمبود نیاسین در انسان موجب پیدایش بیماری به نام « پلاگر » در بدن می شود که نشانه های آن عبارتست از ضایعات پوستی پشت دست ها، پاها، گردن.

بیماری ها: علاوه بر پلاگر که نشانه های آن عنوان شد دنباله آن به بیماری جهاز هاضمه و عصبی ادامه می یابد. در کودکان هم این بیماری خود را بیشتر نشان می دهد که به دو دسته تقسیم می شود : ۱- پلاگر خشک ۲- پلاگر مرطوب. نیاز روزانه یک شیرخوار به نیاسین روزی ۴ میلی گرم و برای بزرگترها ۲۰-۱۵ میلیگرم می باشد.

منبع تامین این نیاز را می توان در یک غذای متنوع و کافی مرکب از گوشت و تخم مرغ و سبزیجات و شیر دانست و در جگر و گوشت قرمز هم زیاد یافت می شود، جز ذرت که بی شک کمتر از این سهم برخوردار است و اگر دقت نماییم آنهایی که بیشتر ذرت مصرف می کنند مبتلا به بیماری کمبود این ویتامین می باشند.

ویتامین ب ۸ یا H:

کمبود ویتامین هاش ، یا بیوتین مثل سایر ویتامین ها در انسان تولید بیماری هایی می کند و دارای خواص فراوانی است. فقدان این ویتامین در انسان عوارض جلدی به وجود می آورد و به زبان صدمه می زند و لکنت زبان را ایجاد می کند. مهم ترین منبع این ویتامین: زرده تخم مرغ، برنج، بادام زمینی، جگر، تمشک، هلو، اسفناج و هویج است.

ویتامین ث (C):

این ویتامین در بدن ترکیب نمی شود و تنها از راه غذا وارد بدن می گردد. عامل اصلی و موثر این ویتامین اسید آسکوربیک به شمار می رود که در آب محلول است و به آسانی اکسیده می شود و به هنگام طبخ و با حرارت و نور به

سهولت از بین می رود. برای شیرخواران ۴۰ میلی گرم و اطفال که بزرگتر هستند همین میزان مورد نیاز است و بزرگسالان در شبانه روز ۳۰۰ میلی گرم بدان احتیاج دارند.

بیماری های ناشی از فقدان این ویتامین: یکی از امراض مهمی که بر اثر فقدان این ویتامین تولید می شود بیماری اسکوربوت است و اگر مادری پس از گذشت اندک زمانی میوه مصرف نکند ممکن است در نوزادش علائم این بیماری نمایان شود. اسکوربوت در تمامی افراد در هر سن و سالی که باشند دیده می شود، و مخصوصاً در نیمه دوم سال اول و سال دوم نیاز کودک بیشتر است، چون تمام عفونت های تب دار از عامل ویتامین C بدن می کاهند به همین جهت تمامی این بیمارهای تب خیز از عوامل به وجود آورنده این مرض می باشند .

ویتامین C در شیر مادر به مقدار بسیار زیاد یافت می شود و به مقدار اندکی در شیرگاو وجود دارد.

آب لیموترش، پرتقال، انگور و گوجه فرنگی، لیمو شیرین، فلفل سبز و توت فرنگی نیز دارای این ویتامین هستند و در گروه سبزی ها نیز کاهو، اسفناج و کلم بهترین منبع این ویتامین است.

بیماری اسکوربوت با سه علامت بروز می نماید:

۱- کم خونی که گاهی با چاقی توام می شود.

۲- درد که مخصوصاً ابتدا در دست ها و پاها بروز می کند و گاهی به حدی می رسد که فلج کاذب ایجاد می کند.

۳- خونریزی که شاید در تمامی بافت اتفاق افتد ولی بیشتر زیر پوست، و در استخوان نمایان می شود و اگر طفل شیرخوار قدری بزرگتر باشد در لثه و کلیه و روده ها و جاهای دیگر دیده می شود.

ویتامین د (D):

ویتامین د، یا ویتامین ضد راشیتیسیم برای کودکان بی نهایت ضروری می باشد. ویتامین د به وسیله هوای آزاد و نور خورشید و اشعه ماوراء بنفش به دست می آید. در مقابل چربی طبیعی بدن که به روی پوست احساس می شود این ویتامین در بدن تولید می شود، به همین منظور اطفالی که در مقابل هوای آزاد و نور خورشید نیستند با وجود این که از غذاهای کافی و مقوی استفاده می کنند ولی باز مبتلا به راشیتیسیم شده اند، ویتامین د را می توان در جوانه

گندم، کره تازه، شیر کامل، پنیرهای چرب، روغن کبد ماهی، ساردین و روغن های مایع یافت. میزان نیاز بدن به این ویتامین ۵ میکروگرم می باشد.

ویتامین کا (K):

امراض: ویتامین کا در کبد به پروتئین سازی میپردازد و به هنگام نقصان آن خونریزی پدید می آید. برای این که پروتئین در خون زندگی طبیعی داشته باشد، باید دقت نمود:

۱- آنچه مورد استفاده قرار می گیرد باید به مقدار کافی ویتامین ک داشته باشد.

۲- در جذب چربی خلی دیده نشود.

۳- کبد نیز از سلامتی برخوردار باشد.

کمبود ویتامین کا موجب خونریزی می شود، کمبود آن در کودکان اثر بیشتری دارد، البته این خونریزی را می توان در ناف، جهاز هاضمه، گوش، دهان و پوست مشاهده کرد. از همه خطرناک تر خونریزی در پرده های مغزی می باشد. ویتامین کا در این لحظات بحرانی از ضروری ترین نیازهای بیمار است و بهترین راه جلوگیری و درمان، رسانیدن یک میلی گرم ویتامین کا از هر طریقی به بدن می باشد. این ویتامین را می توان در برگ نباتاتی از قبیل: یونجه، اسفناج، بلوط، کلم و شبدر یافت. سیب زمینی، گوجه فرنگی و توت فرنگی نیز به وفور دارای این ویتامین هستند و در مواد غذایی حیوانی تنها به جگر باید اشاره کرد زیرا در جگر بیشتر یافت می شود. میزان نیاز روزانه بدن به این ویتامین ۷۰ میکروگرم می باشد.

ویتامین ایی (E):

بهترین نقشی را که می توانی برای این ویتامین عنوان کرد کاهش اکسیداسیون های بدن است در این صورت اکسیژن هم صرفه جویی می شود. این ویتامین آنتی اکسیدان بسیار نیرومندی است، ویتامین ایی در تولید مثل نیز اثر زیادی دارد و هر گاه مقدار معین آن در حیوانی رو به نقصان رود نتیجه اش سقط جنین آن حیوان خواهد بود. به همین جهت اخیراً به هنگام مواردی از سقط ها از آن استفاده می شود. ویتامین E در جوانه گندم، حبوبات، روغن بادام

زمینی، زیتون، کلم، روغن کنجد، پسته، کاهو، گردو، گوجه فرنگی، شاهی، فندق، تخم مرغ، خشخاش وجود دارد.
میزان نیاز روزانه انسان به این ویتامین ۱۰ میلی گرم است.

منابع

۱- کتاب بهیاری یکساله (کمک پرستاری) جلد سوم، صدیقه سالمی و حیدر علی عابدی، انتشارات جهاد

دانشگاهی، ۱۳۹۴

۲- کتاب کمک پرستاری، اصغر فنائی، ابوالفضل جاریانی، وحید وزیرزاده نوبری انتشارات انجمن پرستاری،

۱۳۹۳

۳- منابع اینترنتی.