



سنگ های ادراری
انواع، علایم،
تشخیصی و درمان
 دکتر غلامرضا عباسی زاده
 ۶

سخن نخست

از لحظه شروع زندگی ، آدمی در معرض خطر ات و آسیب های متعددی قرار دارد. از تغییر در توالی یک ژن گرفته که می تواند باعث بیماریهای مختلف شود، تا حوادثی مثل تصادف و بلایای طبیعی. و در کنار این ها چه بسیار لحظات که آدمی از خطرات و آسیب های متعددی بدون آنکه خود بداند و متوجه شود سلامت می گذرد. این ها همه نیست مگر با خواست و اراده خداوند . ولی آیا این باعث می شود که بشینیم و نظاره گر باشیم که خواست پروردگار چه پیش می آورد؟ مگر خواست و اراده ما هم از آن خداوند نیست؟ پس باید که با قدرت تفکر، تعقل و سعی و تلاش ، که یاری خداوند نیز حتماً پشتیبانمان خواهد بود، بکوشیم تا هر چه بیشتر و سریع تر ناشناخته ها را شناخته و خطرات و آسیب ها را از پیش برداریم و زیبایی، آرامش و آسایش زندگی، زندگی ای که در کنه خود زیباست چون از آن خداوند خالق زیبایی هاست را بیشتر و بیشتر نمایان سازیم و نقشی موثر در مسیر هدف متعالی آفرینش داشته باشیم.

مشکلات شایع دوران بارداری
 ۳ دکتر فاطمه فیضی
 متخصص زنان و زایمان و نازایی

آنژیوگرافی عروق کرونر
 ۵ دکتر سبحان عیسی زاده
 متخصص قلب و عروق

ایکترونوژادی (مراقبت و درمان)
 ۸ دکتر امیر مسعود رجب پور
 متخصص کودکان و نوزادان

بیحسی اسپینال و اپیدورال
 ۱۰ دکتر اعظم قلندری
 متخصص بیهوشی

روشهای تشخیص آزمایشگاهی آنفلوآنزا
 ۱۰ دکتر مهرداد کاتبی
 متخصص آسیب شناسی تشریحی و بالینی

 <p>کولیک نوزادان</p> <p>صفحه ۱۲</p>	 <p>روش صحیح اندازه گیری فشارخون</p> <p>صفحه ۸</p>	 <p>اقدامات پرستاری بعد از عمل کله سیستکتومی (برداشتن کیسه صفرا)</p> <p>صفحه ۵</p>	 <p>تغذیه و پیش گیری از سرطان</p> <p>صفحه ۴</p>
--	--	---	---



هر که نفسی را از مرگ نجات دهد مانند آن است که همه مردم را حیات بخشیده است.

«قرآن کریم»

اورژانس های دستگاه اسکلتی

این بیماریها عبارتند از شکستگی های باز یا بسته استخوان ها، در رفتگی در مفاصل و اندام ها، پارگی وسیع بافت نرم در اندام های بدن.

اورژانس های چشم

مهم ترین موارد اورژانس مربوط به چشم را ضربه به چشم، ریختن مواد شیمیایی، سوختگی حرارتی و علایم افزایش فشار چشم (شامل درد ناگهانی در چشم و حلقه، سردرد شدید و تاری دید) تشکیل می دهند.

اورژانس های اعصاب

موارد زیر در بیماری های اعصاب، نیاز به مداخله اورژانس دارند:

- ۱- تشنج و حمله صرعی
- ۲- سکته مغزی با علایم فلج اعضا، اختلال تکلم و موارد دیگر
- ۳- اختلال هوشیاری و اغما
- ۴- سردردهای شدید و ناگهانی به همراه سفتی گردن و استفراغ مکرر
- ۵- ضربه به جمجمه یا ستون فقرات به دنبال سقوط از بلندی ها و یا تصادف با خودرو

اورژانس های گوش و حلق و بینی

این مورد شامل خونریزی های شدید از بینی، ضربه به گوش، ضربه به فک و صورت، در رفتگی فک و مانند آن است.

بارداری

در خانم های باردار، هر گونه سقط، تشنج، فشار خون بالا به همراه تاری دید و تورم دست و پا، خونریزی های شدید و شروع دردهای زایمانی در صورتی که دسترسی به پزشک میسر نباشد، به عنوان بیماری های اورژانس مطرح هستند.

حوادث محیطی و شغلی

حوادث محیطی و شغلی، طیف وسیعی از موارد اورژانس را در بر می گیرند که مهم ترین آنها عبارتند از:

- تصادف با وسایل نقلیه
- سقوط از بلندی
- سوختگی
- برق گرفتگی
- آوار
- مسمومیت های دارویی و شیمیایی
- خودکشی
- گزیدگی توسط مار، عقرب و سایر جانوران
- غرق شدگی

قلب) مطرح می گردد. در صورتی که درد بیش از ۳۰ دقیقه طول بکشد و همراه با تهوع و استفراغ، تعریق، انتشار درد به زیر جناغ، قفسه سینه، بازوها، شانه ها، اندام ها، شکم و بین دو کتف باشد، بایستی به فکر احتمال سکته قلبی بود. از علایم همراه بیماری های قلبی، تنگی نفس ناگهانی، ضربان نامنظم قلب به شکل ناگهانی، فشار خون بالا و یا افت فشار خون و سوزش معده و عدم هضم غذا می باشد. دردهایی که به طور متوالی بیش از چند ساعت تا چند روز ادامه یابند و یا دردهایی که کمتر از یک دقیقه طول می کشند، معمولاً منشأ قلبی ندارند.

اورژانس های تنفسی



یکی از نشانه های هشدار دهنده بیماری های تنفسی، تنگی نفس است که بیماریهای چون آسم، انسداد راه های هوایی، عفونت های ریوی و... را مطرح می نماید. باید توجه داشت که «تنگی نفس به معنای تنفس تند نیست» بلکه حالتی است که فرد در آن وضعیت به سختی و به شکل غیر عادی تنفس می کند.

اورژانس های گوارشی

از مواردی که در بیماریهای گوارش، نیاز به مداخله اورژانس دارد، می توان به خونریزی های گوارشی (استفراغ خونی یا مدفوع قهوه ای شکل)، درد شکم به شکل حاد که با حساسیت شکم، استفراغ و یا بی اشتها همراه است اشاره کرد. عوارض ناشی از ضربه های شدید به شکم نیز جزء موارد اورژانس تلقی می شود.

اورژانس های ادراری

این بیماری ها شامل دردهای شدید و ناگهانی پهلو به همراه یا بدون ادرار خونی، قطع ادرار و سوزش ادرار است.

بیماری ها و حوادث اورژانس به مواردی اطلاق می گردد که در صورت عدم ارائه به موقع اقدامات امدادی - درمانی، منجر به صدمات عضوی و یا جانی و نیز مشکلات روانی بیمار می شود. در کشورهای مختلف جهان برای کاستن از عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری ها و حوادث اورژانس، سیستمی موفق و کارآمد با عنوان «خدمات فوریت های پزشکی یا EMS» طراحی شده است که وظیفه این سیستم، ارائه خدمات درمانی بر بالین بیمار در موارد اورژانس و در صورت نیاز، انتقال به مراکز درمانی است. این سیستم در ایران با عنوان فوریت های پزشکی ۱۱۵ شناخته می شود.

از آنجا که با توجه به رشد جمعیت و کمبود امکانات، ظرفیت پاسخگویی این سیستم محدود می باشد، در نتیجه لازم است تدابیری در این زمینه اندیشیده شود تا حتی با امکانات موجود نیز بتوان از عوارض و مرگ و میر بیماران اورژانس جلوگیری کرد. به همین منظور، اپراتورهای اورژانس ۱۱۵ وظیفه پاسخگویی به تماس گیرندگان اورژانس را دارند، از افراد آموزش دیده (کارشناس پرستاری) انتخاب شده اند تا راهنمایی های لازم را در موارد مختلف به شهروندان ارائه دهند و از گسیل بی مورد آمبولانس جلوگیری شود. همچنین وجود پزشکان در واحد ارتباطات اورژانس، راهی دیگر برای تحقق این امر می باشد.

در نهایت مهم ترین نکته نحوه برخورد شهروندان عزیز با موارد یا بیماری های اورژانس است که مراجعه به جزوات آموزشی و کتبی که در این زمینه توسط اورژانس کشور منتشر می شود می تواند در بسیاری از موارد به نحوه پاسخگویی این سیستم کمک نماید.

به خاطر داشته باشید که تماس با مرکز اورژانس، الزاماً به معنای اعزام آمبولانس بر بالین بیمار نیست. در بسیاری از موارد، راهنمایی کارشناسان و پزشکان اورژانس در واحد ارتباطات می تواند پاسخگوی سئوالات و مشکلات تماس گیرندگان باشد.

مواردی که در آنها می توان از اورژانس ۱۱۵ تقاضای کمک کرد:

اورژانس های قلبی

احساس درد و سنگینی یا فشار در قفسه سینه و احساس سوزش در ناحیه پشت جناغ، مواردی است که ما را به درد با منشأ قلبی مشکوک می نماید. در صورتی که شکایات فوق بین ۵ تا ۳۰ دقیقه طول بکشند و فرد در روزهای مختلف با آنها مواجه باشد، بیشتر تشخیص آژین صدری (درد قفسه سینه به علت کاهش خون رسانی به

کلینیک تخصصی بیمارستان بنت الهدی با بهره گیری از پزشکان و اساتید مجرب در رشته های زنان و زایمان، اطفال و نوزادان، ارتوپدی، پوست، چشم، سونوگرافی و دندانپزشکی همه روزه آماده پذیرش و ارائه خدمات به بیماران و مراجعه کنندگان گرامی می باشد. همچنین مشاوره تغذیه و ارائه رژیم های غذایی برای گروه های مختلف سنی توسط کارشناس تغذیه و جراحی های کوچک (شامل ختنه، برداشتن خال، زگیل و...)، گچ گیری و آتل بندی سرپایی شکستگی ها و در رفتگی ها همه روزه توسط متخصصین محترم انجام می شود.

برنامه کلینیک های تخصصی بیمارستان بنت الهدی

تخصص	زنان و زایمان	ارتوپدی	اطفال و نوزادان	چشم	پوست	سونوگرافی
شنبه	دکتر فیض دکتر امیری	دکتر قرانی	دکتر پاکدل	-	-	دکتر اشکیانی
یکشنبه	دکتر حسینیان دکتر فیض	دکتر کاشفی	دکتر رجب پور	دکتر برازنده	دکتر محمدیان	دکتر اشکیانی
دوشنبه	دکتر فیض دکتر امیری	دکتر کاشفی	دکتر رجب پور	-	دکتر خزاعی	دکتر اشکیانی
سه شنبه	دکتر حسینیان دکتر ترشیزیان	دکتر قرانی	دکتر رجب پور	-	دکتر بنی هاشمی	دکتر اشکیانی
چهارشنبه	دکتر فیض دکتر امیری	دکتر قرانی	دکتر رجب پور	دکتر برازنده	دکتر بنی هاشمی	دکتر اشکیانی
پنجشنبه	دکتر امیری دکتر ترشیزیان	دکتر کاشفی	دکتر پاکدل	دکتر علیچانی	دکتر خزاعی	دکتر اشکیانی





مشکلات شایع دوران بارداری

دکتر فاطمه فیضی - متخصص زنان و زایمان و نازایی

در طی حاملگی تقریباً تمام اعضای بدن دستخوش تغییرات آناتومیک و عملکردی می شوند که بعضی از این تغییرات مشکلاتی را برای مادر فراهم می کنند. مشکلات و ناراحتی های همراه با حاملگی فراوان می باشند. موارد شایع آن عبارتند از:

۱- تهوع و استفراغ: که در سه ماه اول حاملگی شایع است و معمولاً از حدود روز ۴-۴۰ حاملگی شروع و تا هفته ۲۲-۲۰ حاملگی ادامه می یابد این مشکل در ۷۵٪ خانمهای حامله گزارش می شود و مربوط به هورمونهای مترشحه از جفت می باشد. در مانهای دارویی متعددی ذکر شده که بندرت باعث بهبودی کامل مادر می شود. به غیر از درمان های دارویی می توان از چای زنجبیل، استنشاق بخور نعناع، کاهش مصرف غذاهای چرب و پر ادویه، افزایش تعداد وعده های غذا خوردن و کاهش حجم غذا در هر وعده جهت کاهش علائم استفاده کرد.

در حاملگیهای با تهوع و استفراغ شدید احتمال اینکه جنین دختر باشد ۱/۵ برابر بیشتر است.

- کمر درد: حدود ۷۰٪ خانمهای حامله از کمر درد به درجات مختلف شاکی هستند که معمولاً در ماههای بالای حاملگی شایعتر است. چاقی و سابقه کمر درد قبل از حاملگی معمولاً باعث افزایش درد کمر در حاملگی می شود.

به علت افزایش لوردوز در حاملگی و کشش عضلانی این کمردردها ایجاد شده که با پوشیدن کفشهایی با پاشنه کوتاه و چمباتمه زدن به جای خم شدن موقع بلند کردن اشیاء و حمایت پشت با بالش موقع نشستن می توان کمردرد را کاهش داد. در موارد دردهای شدید مشاوره ارتوپدی ضروری به نظر می رسد.

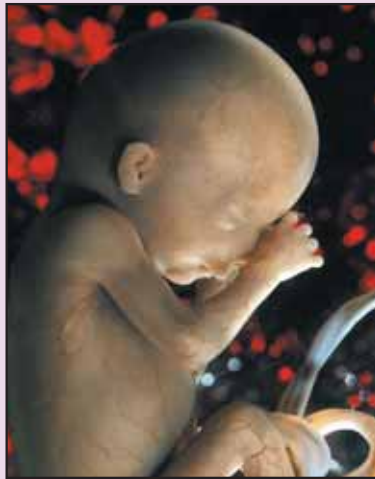
دردهای کرامپی و ریتمیک کمر می تواند نشانه زایمان زودرس باشد که نباید از نظر دور بماند.

- گرامب ساق پا: حدود ۵۰٪ خانمهای حامله از اسپاسمهای راجعه ساق پا شاکی می باشند. این دردها بیشتر شبانه بوده و معمولاً در سه ماهه آخر حاملگی رخ می دهد. این گرامبها را می توان با ماساژ و گرما و حرکات کششی برطرف نمود.

- سوزش سردل (heartburn): این علامت از شکایتهای شایع خانمهای باردار می باشد و به علت رفلاکس (بازگشت) محتویات معده به قسمت تحتانی مری ایجاد می شود که عوامل مکانیکی مثل فشار رحم حامله و جابجایی معده به علت بزرگی رحم و هورمونال به دلیل افزایش پروژسترون و اثر شل کننده آن روی اسفینکتر مری، ایجاد می شود. که می توان با کم مصرف کردن غذاهای چرب و پر ادویه، و افزایش تعداد وعده های غذا و کاهش حجم هر وعده غذایی و پرهیز از خم شدن و بالا بردن زیر سر هنگام خواب و افزایش فاصله زمان غذا خوردن با خواب و نهایتاً مصرف آنتی اسیدها آن را

برطرف نمود. در موارد شدیدتر درمان دارویی توسط پزشک ارائه می شود.

- یبوست: پروژسترون باعث شل شدن عضلات صاف روده و کاهش پرستالیتیس شده و می تواند زمینه را برای یبوست فراهم کند. در خانمهای حامله افزایش مصرف مایعات و غذاهای پر فیبر و میوه ها توصیه می شود. در حاملگی باید از تجویز ملین های قوی و انما پرهیز نمود. مصرف آهن نیز باعث



تشدید یبوست می شود.

- خستگی: در اوایل حاملگی اکثر خانمهای باردار از خستگی، بی حوصلگی و افزایش خواب شاکی هستند که این مشکلات اکثراً تا ماه چهارم حاملگی فروکش می کند و اهمیتی ندارد. این حالتها را در ارتباط با افزایش پروژسترون می دانند.

- سردرد: معمولاً بشکل خفیف در اوایل حاملگی بروز می کند که با استفاده از استامینوفن بهبود می یابد. سردردهای شدید نیاز به بررسی دارند مخصوصاً اگر در سه ماهه سوم بارداری ظاهر شوند باید از نظر هیپرتانسیون حاملگی حتماً بررسی گردند.

- درد ناحیه کشاله ران: که بیشتر در سه ماهه دوم بروز می کند و بصورت دردی در ناحیه کشاله ران است که با تغییر وضعیت ناگهانی تشدید می شود. اگر با استراحت بهبود نیابد بهتر است بیمار را در وضعیت سجده قرار دهیم.

- واریس و هموروئید: واریس اغلب در خانمهای با استعداد ارثی، افزایش تعداد زایمان و سن بالا و ایستادن های طولانی و حاملگی مخصوصاً ماههای آخر شایعتر است. درمان آن شامل: پرهیز از پوشیدن کفش و جوراب تنگ، پرهیز از ایستادن طولانی، استراحت همراه با بالا بردن پاها و استفاده از جورابهای الاستیک می باشد. در موارد خیلی شدید گاهی عمل جراحی ضرورت پیدا می کند.

هموروئید نیز ناشی از فشار رحم باردار و یبوست است که در حاملگی مشکل شایعی می باشد. می توان با استفاده از عوامل نرم کننده مدفوع از یبوست پیشگیری و با استفاده از بی حس کننده های موضعی و حمام های موضعی گرم، باعث تسکین این مشکل شد. اگر ترمومبوز در هموروئید ایجاد شود دردناک می باشد و بهتر است با بیحسی موضعی اخته را خارج نماییم.

- تکرر ادرار: در سه ماهه اول بدلیل فشار رحم حامله و در هفته های آخر بارداری بدلیل فشار سر جنین تکرر ادرار شکایت شایعی می باشد. البته تکرر ادرار همراه با سوزش و یا کدورت ادرار را باید از نظر عفونت سیستم ادراری بررسی و درمان نمود.

- لکوره: بطور طبیعی در طی حاملگی ترشحات واژینال بدلیل افزایش استروژن در خون مادر افزایش می یابد. اگر ترشحات با خارش، سوزش و یا بدبو باشد باید حتماً درمان شود.

- سنکوپ: حالت سرگیجه و ضعف یا احساس سبکی در سر بخصوص بعد از ایستادن طولانی یا بلند شدن ناگهانی در حاملگی دیده می شود که می تواند به علت دهیدراتاسیون، هیپوگلیسمی و یا افت فشار خون (بدلیل کاهش مقاومت عروق خونی) در ماههای اول حاملگی ایجاد شود. این حالت معمولاً گذرا است و بسرعت برطرف می شود.

- تغییرات پوست: معمولاً رشد مو در حاملگی افزایش می یابد ولی بعد از زایمان ریزش مو افزایش می یابد. در بسیاری از خانمها پوست صورت و خط زیر شکم تیره می شود. در ماههای آخر حاملگی خطوط قرمز و اندکی فرو رفته در پوست شکم و پستانها و گاهی قسمت داخلی رانها ایجاد می شود که به آنها استریاهای حاملگی می گویند، که ناشی از اثرات هورمونی حاملگی می باشد.

- تغییرات سیستم عصبی: در سراسر حاملگی و اوایل دوره نفاس اغلب خانمها مشکلاتی را در زمینه تمرکز و حافظه گزارش می کنند. در مطالعات انجام شده کاهش حافظه در سه ماهه سوم حاملگی گزارش شده که حالتی گذرا است و بعد از زایمان بسرعت برطرف می شود.

بعد از هفته ۱۲ حاملگی دشواری در خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر و کاهش خواب شبانه ذکر شده است که معمولاً تا دو ماه بعد از زایمان ادامه می یابد و بعد برطرف می شود.

اله باغداری کارشناس مامایی

خفیف دیده می شود. در اغلب موارد جدا شدن زودرس جفت منجر به مرگ جنین متعاقب تروما می گردد. خونریزی واژینال، تندرست و انقباض رحمی ممکن است ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از تروما دیده شود. DIC در ۱۰ درصد از زنان باردار ایجاد می گردد.

تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیکی دوران بارداری، شناسایی و بررسی دقیق تروما را با مشکل روبرو می سازد. مراقبت صحیح، نیازمند همکاری پزشک اورژانس با جراح و متخصص زنان و متخصص کودکان و نوزادان است. حفظ صحیح راه هوایی و انجام مراحل ABC احیاء قلبی - ریوی، مانیتورینگ مادر و جنین، پیشگیری از هیپوکسمی، هایپرکاپنی، هیپوتانسیون، اسیدوز، هیپوترمی، خوابانیدن مادر به پهلو چپ برای برداشتن فشار از روی ورید وینا کاواوی تحتانی و جلوگیری از هیپوتانسیون مادر، از اقدامات مهم در این بخش می باشند.

حاملگی می باشند. ضربه های مستقیم به شکم مادر از شایعترین دلایل مرگ جنین و مادر پس از سن ۱۲ هفتگی حاملگی می باشد. مطالعات نشان می دهد، تصادف با وسایل نقلیه و سقوط، دو علت اصلی صدمات مستقیم به شکم هستند.

پارگی رحم بدنیاال تروما از عوارض مهمی است که می تواند به میزان ۱۰۰ درصد منجر به مرگ جنین و به میزان ۱۰ درصد سبب مرگ مادر شود. ۶٪ تا ۱٪ از زنان حامله تروما دیده، دچار پارگی رحم می شوند. این مشکل در سه ماهه دوم و سوم بیشتر رخ می دهد. پارگی رحم با نشانه هایی مانند گاردینگ، درد شکمی، لمس اندامهای جنینی و کاهش حس انقباضات رحمی همراه می باشد. زایمان زودرس و پارگی پرده های جنینی نیز ممکن است بدنیاال تروما ایجاد شود.

جدا شدن زودرس جفت که در ۱ درصد از حاملگی ها رخ می دهد، در ۴۰ درصد تروماهای شدید و تا ۳ درصد از تروماهای

۳۰ درصد از افراد دچار تروما باردار هستند. کمتر از ۱۰٪ زنان در دوران بارداری دچار تروما می شوند. بیشترین صدمات بدنیاال تصادف با وسایل نقلیه، سقوط، موتور، زخم های نافذ، خفگی و سوختگی می باشد. تروما یکی از چالشهای مهم در بخشهای اورژانس محسوب می گردد، چرا که اقدامات مراقبتی و درمانی بایستی برای دو نفر یعنی مادر و جنین انجام پذیرد. به عنوان یک اصل کلی، باید همه زنان در سنین باروری را حامله فرض نمود مگر خلافش ثابت شود.

میزان مرگ و میر مادران باردار و غیرباردار با یکدیگر تفاوتی ندارد. حاملگی سبب افزایش مرگ و میر تروما در بارداری نمی شود و در هر دو حالت مورثاتی در حدود ۱۰ درصد است. اما تروما خطر مرگ و میر جنین را افزایش می دهد.

تأثیر تروما بر زن باردار بستگی به سن حاملگی و نوع ضربه و وسعت پارگی و آسیب رحمی دارد. بطور کلی هیپوتانسیون و تغییرات ضربان قلب جنین دو نشانه مهم در تعیین نتیجه



تغذیه و پیش گیری از سرطان

۱- کل چربی مصرفی را کاهش دهید
در حدی مصرف چربی مناسب است که سی درصد انرژی روزانه را تأمین کند.

۲- از روغن های خوب استفاده کنید
دارای باندهای غیراشباع و مایع باشد.

تحقیقات نشان داده که بدلیل مصرف زیاد روغن زیتون در یونان، شیوع سرطان پستان و سرطان پروستات بسیار کم است.

سعی کنید روغن زیتون و روغن کانولا (گلزا) را جایگزین روغن های نباتی جامد کنید.

غذاهای دریایی را فراموش نکنید که حاوی چربی های نوع امگا ۳ هستند و از بروز سرطان و بیماری های قلبی جلوگیری می کنند. زنان اسکیمو بدلیل مصرف زیاد ماهی، بندرت مبتلا به سرطان سینه می شوند.

۳- از مصرف چربی های بد اجتناب کنید
روغن های مضر، چربی های اشباع هستند مثل روغن نخل، روغن نارگیل، روغن نباتی جامد، دنبه و چربی های متصل به گوشت.

در اغلب غذاهای آماده مثل انواع ساندویچ و تنقلاتی چون چیپس و پیراشکی از روغن های جامد و مانده استفاده می شود.

۴- گوشت قرمز کمتر و سبزیجات بیشتر استفاده کنید
خوردن گوشت قرمز می تواند باعث بیماری قلبی و سرطان با ایجاد یک واکنش خطرناک در سیستم ایمنی بدن شود.

سبزیجاتی مانند کلم و گل کلم می تواند در مبارزه با سرطان روده مؤثر باشد. ماده ای بنام «ای. آی. تی. سی» هنگام آماده کردن برخی سبزیجات از آنها آزاد می شود که سلولهای سرطانی روده را نابود می کند و می تواند مانع انتشار بیماری در بدن شود.

در گذشته تصور می شد که تغذیه اثری بر سرطان ندارد، ولی امروزه محققان ثابت کرده اند که رژیم غذایی روزانه، نقش مهمی در بروز، پیشگیری و درمان انواع سرطان ها ایفا می کند. می توان گفت یک سوم سرطان هایی که منجر به مرگ می شود، با آنچه می خوریم در ارتباط است.

تجول در عادات غذایی مردم، گسترش شهرنشینی و افزایش مصرف غذاهای آماده موجب افزایش بروز سرطانها شده است. بعضی از عواملی که در بروز سرطان مؤثرند مانند ارث یا عوامل محیطی، غیر قابل تغییرند ولی اگر نمی توانیم در عوامل محیطی خود تغییری ایجاد کنیم، می توانیم با اصلاح و متعادل ساختن الگوهای غذایی، احتمال ابتلا به سرطان را به میزان قابل توجهی کاهش دهیم. دلایل ابتلا به سرطان در کشورهای مختلف متفاوت است. در جوامع شهری و جوامع پیشرفته، مصرف بیش از حد مواد غذایی (overnutrition) و در جوامع فقیر، کمبودهای تغذیه ای (undernutrition) موجب بروز سرطان می شود.

تأثیر مصرف چربی در بروز سرطان بدین ترتیب است که هم نوع و هم مقدار چربی مصرفی مهم است.

اگر بیش از حد چربی مصرف کنیم، به دلیل ترشح زیاد صفرا در روده برای هضم چربی ها، بخشی از آن تبدیل به اسید آپکولیک (Apolich Acid) می شود که در ایجاد سرطان روده بزرگ نقش مهمی دارد، و اگر با مصرف بیش از حد کلسترول، سطح کلسترول مضر خون یا LDL افزایش یابد، خطر رشد سلول های سرطانی و خطر ابتلا به گرفتگی عروق بسیار زیاد می شود.

از اینرو:

علائم اختصاصی فساد یا پایین بودن کیفیت در برخی از مواد غذایی

مریم عطایی - کارشناس بهداشت محیط

- **علائم فساد در گوشت خام**
۱- داشتن بوی نامطبوع

۲- چسبناکی یا لزجی سطح
۳- دارا بودن رنگ قهوه ای و خاکستری

- **علائم فساد در ماهی خام**
۱- داشتن بوی نامطبوع

۲- چسبناکی یا لزجی سطح بدن
۳- جدا شدن آسان پولک (فلس) از بدن ماهی

۴- تورفتگی چشم
۵- تغییر رنگ آیشش از قرمز به قهوه ای تیره

- **علائم فساد در نان**
۱- بوی کهنگی و مشاهده کپک در سطح آن

- **علائم فساد یا پایین بودن کیفیت در آلبومو**
۱- رنگ غیرطبیعی

۲- رسوب بیش از حد
۳- وجود کپک در سطح
۴- رنگ زدگی درب شیشه

- **علائم فساد در مرغ خام**
۱- بوی غیرطبیعی

۲- تغییر رنگ از صورتی روشن به سفید کم رنگ یا خاکستری

۱- وجود تورم یا باد کردگی در دو طرف کنسرو
۲- زنگ زدگی خارج قوطی کنسرو
۳- تغییر رنگ محتویات کنسرو
۴- بوی نامطبوع محتویات کنسرو
۵- کنده شدن لعاب داخلی کنسرو

- **علائم فساد در کنسروها**
۱- رنگ غیرطبیعی
۲- بوی نامطبوع
۳- طعم غیرطبیعی
۴- کپک زدگی سطحی

هندوانه و پرتقال آرامش روحی می آورد

مصرف میوه تازه بویژه هندوانه و پرتقال پس از ورزش سنگین موجب آرامش روحی و جسمی می شود.

محققان می گویند، هندوانه و پرتقال بخاطر داشتن انواع ویتامینها و املاح معدنی، نیاز بدن را به این مواد تأمین و مایعات هدر رفته را جبران می کنند. همچنین مصرف هندوانه و پرتقال و سایر میوه های تازه در ساعات اولیه پس از تمرینات ورزشی، قند مصرف شده را به بدن رسانده و به خنک شدن بدن کمک می کنند.



مصرف نخود و لوبیا خطر ابتلا به بیماری های قلبی را کاهش می دهد

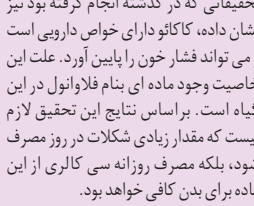
نتایج تحقیقات نشان می دهد که مصرف نخود و لوبیا خطر ابتلا به بیماریهای قلبی را کاهش می دهد. محققان دانشگاه تولان آمریکا ثابت کردند افرادی که حداقل هفته ای چهار بار حبوبات، بخصوص نخود و لوبیا مصرف می کنند، احتمال ابتلا به بیماریهای عروق کرونر قلب در آنها ۲۲ درصد کمتر از افرادی است که یک بار در هفته حبوبات می خورند. مصرف حبوبات در تنظیم فشار خون و کاهش کلسترول خون نیز مؤثر است.



مصرف شکلات تیره فشار خون را پایین می آورد

نتایج تحقیقی که در انگلیس انجام گرفته نشان می دهد مصرف روزانه مقادیری شکلات تیره در کاهش فشار خون و در نتیجه کاهش خطر سکته مغزی مؤثر است. براساس نتایج این تحقیق، چهل و چهار نفر مبتلا به فشار خون بالا به دو گروه تقسیم شدند. یک گروه هر روز شش گرم شکلات تیره و گروه دیگر نیز شش گرم شکلات سفید مصرف می کردند.

در پایان تحقیق مشخص شد افرادی که شکلات تیره مصرف کردند فشار خونشان کمی افت کرد، حال آنکه گروه دوم که شکلات غیرتیره مصرف کردند هیچ تغییری در فشار خونشان حاصل نشد. نتایج تحقیقاتی که در گذشته انجام گرفته بود نیز نشان داده، کاکائو دارای خواص دارویی است و می تواند فشار خون را پایین آورد. علت این خاصیت وجود ماده ای بنام فلاوانول در این گیاه است. براساس نتایج این تحقیق لازم نیست که مقدار زیادی شکلات در روز مصرف شود، بلکه مصرف روزانه سی کالری از این ماده برای بدن کافی خواهد بود.



مصرف سیر چربی خون را کاهش می دهد

تحقیقات نشان می دهد، مصرف روزانه سیر، میزان چربی خون را کاهش می دهد. مصرف داروهای شیمیایی که برای کاهش چربی خون تجویز می شوند، با توجه به آنکه روی آنزیم های اصلی متابولیسم اثر می گذارند، ضمن کاهش دادن چربی خون آنزیم های کبدی را هم از کار می اندازند. اما استفاده از گیاهان دارویی مانند سیر، زیتون و شنبلیله نه فقط چربی خون را کاهش می دهند بلکه عوارض جانبی، از جمله از بین بردن آنزیم های کبدی را هم در پی ندارند.





آنژیوگرافی عروق کرونر

دکتر سبحان عیسی زاده - متخصص قلب و عروق

۱۲) بیماران مادرزادی قلب یا دریچه ای قلب، قبل از عمل در سن بالا بایستی آنژیوگرافی شوند.
 ۱۳) بیمارانی که پیوند قلب شده اند، به علت آترواسکلروز منشر و بدون علایم، بعد از عمل بایستی آنژیوگرافی شوند.
کنتراندیکاسیون های آنژیوگرافی
 کنتراندیکاسیون مطلق وجود ندارد. کنتراندیکاسیونهای نسبی عبارتند از: تب بدون علت، عفونت درمان نشده، آمی، اختلال الکترولیتی، خونریزی فعال حاد، فشار خون کنترل نشده، مسمومیت با دیژیتال، نارسایی قلب درمان نشده، اختلال انعقادی INR > 2، اندوکاردیت حاد. عوارض مهم، غیرشایع و کمتر از ۱ درصد می باشند مثل مرگ، آنفارکتوس قلبی، حساسیت دارویی و عوارض لوکال عروقی. مرگ و میر در بیمارانی که LMCA (تنگی شریان اصلی کرونر چپ) و دیسفانکشن بطن چپ دارند بیشتر است. شیوع سکتة مغزی کم است (۰/۱۴-۰/۰) و ممکن است به علت آمبولی ناشی از دبریدمان شریان آترواسکلروزه اتفاق بیفتد، مخصوصاً در بیمارانی که قبلاً عمل جراحی قلب شده اند و آئورت صعودی آترواسکلروزه دارند. آمبولی مغز قابل برگشت است. شیوع آمبولی هوا کمتر از ۱/۰ بوده و قابل پیشگیری است. اگر آمبولی هوا اتفاق بیفتد اکسیژن ۱۰۰٪ تجویز می شود. آمبولی های کوچک در عرض ۲ الی ۳ دقیقه خود بخود جذب می شوند. آریمی بطنی با تجویز لیدو کائین و الکتروشوک قابل درمان است. آمبولی کلسترول نادر است ولی عارضه ای مهم است که می تواند حین آنژیو اتفاق افتد. درد عصبی نادر است. اسیدوز لاکتیک در بیماران دیابتیک که قرص متفورمین مصرف می کنند، با قطع متفورمین قبل از آنژیو و شروع آن بعد از اینکه کار کرد کلیه نرمال شد قابل پیشگیری است. در بیمارانی که بیش از ۴۰ دقیقه فلوروسکپی می شوند، به علت اشعه ایکس احتمال رادیوماتیوت وجود دارد.

۴) بیماران unstable angina که:
 ۱- ۴) بطور مرتب، علیرغم درمان طبی، دچار علائم می شوند.
 ۲- ۴) یا در گروه بالا یا ریسک بالا یا متوسط قرار دارند که کاندید آنژیوگرافی می باشند.
 گروه با ریسک بالا: ضمن درد دچار ادم می شوند، ضمن درد دچار نارسائی دریچه میترا می شوند، درد سینه شان طولانی است، ضمن درد دچار هیپوتانسیون یا نزول قطعه ST برابر یا بیش از ۱ میلی متر می شوند.
 گروه با ریسک متوسط: درد سینه در حال استراحت که با TNG خوب می شوند، درد سینه همراه با تغییرات قطعه ST، درد سینه که اخیراً شروع شده و احتمال زیاد CAD مطرح است، موج Q پاتولوژیک در چند لید و سن بالاتر از ۶۵.
 ۵) بیماران دچار MI/STEMI همراه با بالا رفتن قطعه ST و یا NSTEMI (MI بدون بالا رفتن قطعه ST) که خود بخود یا با فعالیت کم دچار ایسکمی می شوند.
 ۶) بیمارانی که بعد از MI دچار عوارضی مثل نارسایی قلب، نارسایی میترا، پارگی سپتوم بین بطنی، آریمی و ایست قلبی شوند.
 ۷) بیماران با درد سینه نامعلوم که بخصوص در بررسی تست های غیرتهاجمی جزء گروه با ریسک بالا قرار می گیرند، برای تشخیص و یا رد تنگی شدید عروق کرونر، لازم است آنژیوگرافی شوند.
 ۸) بیمارانی که قبلاً CABG یا PCI شده و بعد از آن مکرر دچار درد سینه می شوند، برای تشخیص تنگی مجدد لازم است آنژیوگرافی شوند
 ۹) بیمارانی که کاندید عمل جراحی غیر قلبی هستند ولی جزء گروه با ریسک بالا قرار دارند (درد سینه مقاوم به درمان طبی یا ابتلا به unstable angina).
 ۱۰) بیماران کاندید دهنده پیوند قلب (donor)، بایستی قبل از اهدا آنژیوگرافی شوند (در سنین بالا).
 ۱۱) بیمارانی که کار دیو میو پاتی دیلاته دارند.

آنژیوگرافی عروق کرونر تست تشخیصی (gold standard) برای تأیید یا رد وجود تنگی عروق کرونر و تصمیم گیری در مورد عمل جراحی (CABG) یا آنژیوپلاستی (PCI) یا درمان طبی می باشد که اطلاعات بسیار دقیقی را ارائه می دهد. آنژیوگرافی اولین بار در سال ۱۹۵۹ توسط لونیز انجام شد و امروزه این روش تهاجمی یکی از راه های تشخیص بیماری های قلبی و عروق است که با تزریق ماده حاجب بداخل عروق کرونر از طریق شریان فمورال یا براکیال و سپس تصویربرداری از آن صورت می گیرد. هر ساله در آمریکا ۲ میلیون آنژیوگرافی انجام می شود. از سال ۱۹۵۹ تاکنون پیشرفت های زیادی با بکارگیری کاتترهای کوچک و با کیفیت بالا و ماده حاجب نان یونیک، در انجام آنژیوگرافی صورت گرفته است. هم اکنون در کشور ما در اکثر مراکز استان ها آنژیوگرافی انجام می شود.

اندیکاسیون های آنژیوگرافی

Indications for coronary angiography

- بیماران مشکوک به CAD (با درد شدید سینه و stable angina class III-IV).
- بیمارانی که علائم خفیف داشته یا بدون علائم ولی در بررسی تست های غیر تهاجمی جزء گروه با ریسک بالا قرار می گیرند (High risk).
- بیمارانی که در اکو LV systolic dysfunction دارند (EF > ۳۵٪).
- بیمارانی که ضمن تست ورزش معمولی دچار هیپوتانسیون شده یا نزول قطعه ST کمتر یا برابر ۵ میلی متر در پنج لید دارند.
- بیمارانی که در آنها اسکن تالیوم، دیفکت متوسط یا بزرگ بخصوص در دیواره قدامی قلب نشان می دهد یا مولتیپل دیفکت یا دیفکت بزرگ ثابت همراه با دیلاتاسیون بطن چپ یا پر داشت ماده رادیو ایزوتوپ توسط ریه دارند.
- بیمارانی که از مرگ ناگهانی نجات یافته اند (بعد از انجام CPR) ولی هنوز آریمی بطنی دارند.

اقدامات پرستاری بعد از عمل کله سیستکتومی (برداشتن کیسه صفرا)

صبا شیروز - کارشناس پرستاری

توصیه می شود. پس از این زمان مجاری صفراوی به حد کافی گشاد می شوند تا حجم مناسبی از صفرا را در خود ذخیره کنند، بنابراین می توان محدودیت مصرف چربی را از رژیم غذایی بیمار حذف نمود.

کنترل و درمان عوارض احتمالی: پس از عمل بایستی علایم حیاتی بیمار بطور دقیق و منظم کنترل و بررسی و ترشحات و برش جراحی از نظر خونریزی مشاهده شوند. همچنین بیمار بطور مرتب از نظر افزایش تندرین و سفتی شکم بررسی شده و در صورت بروز این علایم، به جراح گزارش شود. علایم گوارشی هر چند شایع نیستند اما ممکن است در اثر دستکاری روده کوچک در طی جراحی، ایجاد شوند.

آموزش مراقبت در منزل: پرستار به بیمار در مورد داروهایی که تجویز شده اند و اثر و عملکرد این داروها آموزش می دهد. همچنین باید به بیمار و خانواده اش درباره علایمی که باید فوراً به پزشک گزارش کنند آموزش داد: پرفقان، ادرار تیره، مدفوع رنگ پریده، خارش، یا نشانه های التهاب و عفونت از قبیل تب یا درد. اگر بیمار در حالی که هنوز سیستم درناژ صفرا دارد به منزل فرستاده شود بیمار و خانواده وی نیاز به آموزش چگونگی مراقبت از آن را نیز دارند. و باید بدانند که هرگونه تغییر در مقدار و یا خصوصیت صفرای تخلیه شده را فوراً به پزشک گزارش دهند. انجام پانسمان مناسب، اضطراب بیمار را به علت وجود درن و لوله درناژ صفراوی هنگام ترخیص، کاهش می دهد.



تعویض مکرر پانسمان و محافظت از پوست در مقابل تحریک صفرا لازم است.

بهبود وضعیت تغذیه ای: در زمان ترخیص از بیمارستان، معمولاً آموزش تغذیه ای خاصی به جز توصیه به مصرف رژیم مغذی و پرهیز از چربی زیاد وجود ندارد. محدودیت مصرف چربی معمولاً ۴ تا ۶ هفته بعد از عمل

بیمار بعد از به هوش آمدن در وضعیت نیمه نشسته قرار داده می شود. مایعات وریدی و ساکشن لوله معده (که معمولاً بلافاصله قبل از جراحی، در روش های غیر لاپاراسکوپیک قرار داده می شود) جهت تسکین نفخ شکم، ممکن است شروع شود. بعد از بازگشت صداهای روده رژیم غذایی نرم برای بیمار شروع می گردد.

تسکین درد: محل برش زیر دنده ای در جراحی های غیر لاپاراسکوپیک کیسه صفرا احتمالاً موجب می شود که بیمار از چرخیدن روی تخت و حرکت کردن پرهیز کند و برای پیشگیری از درد، با کشیدن نفس های سطحی محل برش جراحی را بی حرکت نگه دارد. داروهای مسکن باید طبق تجویز به بیمار داده شوند و در چرخیدن، سرفه کردن، کشیدن نفس عمیق و حرکت کردن به بیمار کمک شود.

بهبود وضعیت تنفسی: بیمار باید هر ساعت جهت اتساع کامل ریه ها و پیشگیری از آتلکتازی چند بار تنفس عمیق انجام دهد. به حرکت در آوردن هر چه سریعتر بیمار موجب پیشگیری از عوارض تنفسی و همچنین سایر عوارض از قبیل ترومبو فلیت می گردد. عوارض تنفسی در بیماران سالمند و چاق بیشتر بروز می کند.
مراقبت از پوست: بیمار باید از نظر علایم عفونت (قرمزی، تندرین، تورم، گرما یا ترشح)، نشأت صفرا بداخل حفره صفاق و مسدود شدن مسیر درناژ صفرا بدقت تحت نظر قرار گیرد. گاهی اوقات ممکن است ترشح صفرا از سیستم صفراوی زیاد باشد، در این صورت



سنگ های ادراری انواع، علایم، تشخیص و درمان

دکتر غلامرضا عباس زاده - متخصص و جراح کلیه و مجاری ادراری

آقای دکتر غلامرضا عباس زاده متولد سال ۱۳۳۷ می باشد. ایشان در سال ۱۳۶۲، در رشته پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد فارغ التحصیل شده و در سال ۱۳۷۵ تخصص خود را در رشته جراحی کلیه و مجاری ادراری (ارولوژی) از همین دانشگاه اخذ نمودند و در همان سال موفق به اخذ بوردا تخصصی ناسیونال در رشته ارولوژی شدند و از سال ۱۳۷۶ با بیمارستان بنت الهدی همکاری دارند. در این شماره از ایشان خواستیم با توجه به تبحر و تجربه بالای خود در امر درمان و معالجه بیماران، و جهت آشنایی خوانندگان محترم، مطالبی را در زمینه انواع، علایم، تشخیص و درمان سنگ های ادراری بیان فرمایند. با تشکر از جناب آقای دکتر عباس زاده که وقت گرانبه خود را در اختیار ما قرار دادند.

سنگ های ادراری

با غربی شدن زندگی و فرهنگ ها، تشکیل سنگ از قسمت تحتانی سیستم ادراری به قسمت فوقانی مهاجرت داشته است.

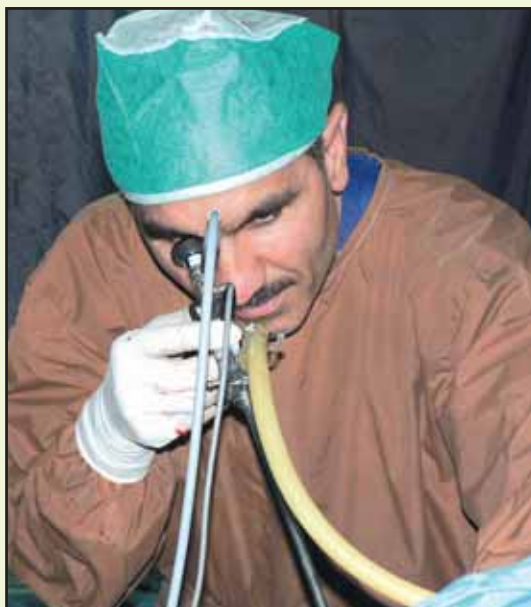
از نظر اپیدمیولوژی شیوع سنگ ها با سن، جنس، نژاد و جغرافیا متفاوت است ولی شیوع آن به نسبت تمام سنین بین ۱۵-۱۰٪ تخمین زده می شود.

از نظر جنسی سنگ بیشتر در مردان بالغ دیده می شود و از نظر نژادی در سفید پوسان ۴-۳ برابر بیشتر از سیاهپوسان است.

از نظر سنی، شیوع سنگ قبل از ۲ سالگی نادر است. پیک شیوع آن در دهه ۴ تا ۶ زندگی است. اما در خانم ها پیک ثانویه سنگ نیز وجود

دارد که بعد از ۶۰ سالگی است و به علت اثرات تدریجی منوپوز می باشد، چون استروژن باعث باز جذب کلسیم از کلیه شده و از جذب کلسیم استخوانی جلوگیری می کند، در نتیجه کلسیم کمتری وارد ادرار می شود. همچنین استروژن باعث کاهش اگزالات سرم می گردد (برعکس اندروژن).
ژئوگرافی: شیوع بالا در آب و هوای خشک و کم آب، و هوای گرم دیده می شود.

آب و هوا: در فصل گرما بیشتر است (به علت تعریق). شغل: در معرض گرما قرار گرفتن و دهیدراتاسیون، ریسک فاکتورهای شغلی برای تشکیل سنگ می باشند. وزن: افراد چاق مخصوصاً زنان بیشتر در معرض سنگ ادراری قرار دارند.



آب: تقریباً ارتباطی بین سختی آب و تشکیل سنگ وجود ندارد.

تقسیم بندی

سنگ های ادراری برحسب جنس به انواع ذیل تقسیم بندی می گردند:
۱- سنگ های حاوی کلسیم ۲- اسید اوریک ۳- استراویت ۴- سیستینی

سنگ های کلسیمی

هیپرکلسمیوری (زیاد بودن کلسیم در ادرار) شایعترین اختلال تشخیص داده شده در سنگ های کلسیمی می باشد. این پدیده در ۶۵-۳۵٪ بیماران سازنده سنگ اتفاق می افتد. کلیه نرمال بطور تقریبی روزانه ۲۷ میلی مول کلسیم را فیلتر می کند ولی ۲۳ میلی مول آن مجدداً باز جذب می شود.

دفع کلسیم بیش از ۴۰۰ mg/kg در روز و یا ۷ میلی مول در روز برای مردان و یا بیش از ۶ میلی مول برای زنان را هیپرکلسمیوری تعریف می کنند.

هیپرکلسمیوری می تواند جذبی و یا کلیوی باشد. هیپرکلسمیوری جذبی می تواند به علت افزایش جذب آن از طریق روده به علت مصرف بیش از حد ویتامین D صورت گیرد. یک علت دیگر آن از دست دادن فسفات توسط کلیه هاست که ویتامین D فعال شده، و جذب کلسیم از روده را افزایش می دهد.

در هیپرکلسمیوری کلیوی باز جذب کلسیم از توبولهای کلیوی مختل می گردد. بعضی بیماری ها مانند بدخیمی ها، گاهی باعث هیپرکلسیمی و در نتیجه کلسمیوری می گردند. همچنین بیماری های گرانولوماتوز نظیر سارکوئیدوز، تیروتوکسیکوز، توبرکولوز و هیستوپلاسمازوز نیز باعث هیپرکلسیمی می گردند که شایعترین اینها سارکوئیدوز است که باعث ارولیتیاژیس می شود.

شایعترین علت هیپرکلسیمی در بیماران بستری در بیمارستان می باشد که شایعتر از همه کانسرریه و پستان (۶۰٪) باعث هیپرکلسیمی می شوند.

هیپرکلسیمی ناشی از گلوکوکورتیکوئیدها: استروئیدها باز جذب استخوانی را پیشرفت داده و استئوپنی و در نتیجه PTH آزاد شده بیشتر می گردد.
هیپراگزوریا: با افزایش اگزالات ادراری به بیش از ۴۰ mg/lit مشخص می شود. اگزالات رکن اصلی در تشکیل سنگ های اگزالات کلسیمی می باشد.

ریکاوری ((Recovery Room))

کامل هوشیار (Oriente) و علایم حیاتی اش پایدار و ثابت (Stable) باشند.

وقتی که بیمار به ریکاوری وارد می شود اکسیژن با یک تیوب بینی نرم و یا از طریق یک ماسک شفاف به بیمار وصل می گردد. بیمار می بایست به دستگاه پالس اکسیمتر و مانیتورینگ وصل شود. از بیمار بدقت مواظبت می شود و یک ثبت کامل علایم حیاتی و داروهای مصرف شده صورت می گیرد. نرده های کنار تخت می بایست از همان ابتدا و به جهت حفظ امنیت بیمار بالا آورده شده و با کمر بند مخصوص بسته شوند. تمام درها و سوندها و دیگر اتصالات به بیمار باید چک و در پرونده بیمار ثبت گردد. پوزیشن بیمار هر ساعت تغییر داده می شود و به سرفه کردن و



ریکاوری یک واحد ضروری از پرستاری بیمارستان است که می بایست در اتاق عمل وجود داشته باشد تا بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته و از بیهوشی عمومی خارج شده اند، تا بدست آوردن هوشیاری کامل و کسب آمادگی و ثبات و برگشت به بخش مراقبت شوند، زیرا در طول دوره ریکاوری مکانیسم های حفاظتی معمول بیماران کامل نمی باشد و مراکز حسی درست عمل نمی کنند.
ریکاوری در داخل اتاق عمل قرار گرفته و تحت سرپرستی اعضای تیم بیهوشی است و معمولاً تکنسین بیهوشی یا یک پرستار ورزیده آن را اداره می کند؛ مسئول مستقیم در این قسمت متخصص بیهوشی است.
هنگامی که بیمار آماده انتقال از ریکاوری است باید بطور



(f) در تمایلات نقرسی و سنگ های اسید اوریک افزایش PH ادراری به بالای ۵/۵ و بطور ارجح بین ۶/۵ و ۷، مفید می باشد که ما سیترات پتاسیم را پیشنهاد می کنیم. استفاده از آلپورینول برای جلوگیری از هیپراورسمی مفید است.

(g) در سنگ های سیستینی افزایش حجم ادرار به میزان ۲ تا ۳ لیتر در روز و تجویز سیترات برای قلیایی کردن ادرار تا PH بین ۶/۵ و ۷، مؤثر می باشد.

(h) اراده ارجح در درمان سنگ های عفونی (استروایت) درمان تهاجمی جراحی، جهت ریشه کن کردن کامل سنگ است و روش پیشنهادی PNL می باشد. باید تمام فراگمانهای سنگ حذف شود و درمان ریشه ای طبی برای ریشه کن نمودن باکتری های تجزیه کننده اوره، انجام شود.

علائم کلینیکی سنگ های ادراری

اپیزود کلینیکی سنگ معمولاً با یک رنال کولیک شدید شروع میشود. تعریق، تهوع، استفراغ و حال عمومی خراب از علائم کلینیکی یک رنال کولیک می باشند که بیمار را بطور اورژانسی به درمانگاه می کشاند. در برخورد با یک بیمار دچار رنال کولیک، تسکین درد رکن اصلی محسوب می شود. استفاده از مسکن ها رایج و نارکوتیک ها، اساس درمان هستند.

بعد از تسکین درد و stable شدن بیمار، ارزیابی تشخیصی شامل U/A، اولتراسونوگرافی و KUB برای تعیین موضع و محل سنگ به عمل می آید.

اکثر سنگ ها با توجه به سایز، بطور خودبخودی دفع می شوند ولی مواردی که سنگ بزرگتر از حد معمول (معمولاً ۸ میلی متر) باشد، مشکل در دفع داشته و ممکن است ارزیابی بیشتری را برای درمان نهایی طلب نماید. در برخورد با بیمار رنال کولیک، کاهش درد و درمان سمپتوماتیک، شامل هیدراتاسیون، کنترل تهوع و استفراغ، درمانی مهم محسوب می شود. سنگ های هفت میلی متری و بزرگتر شانس کمتری برای دفع دارند و مشاوره اورولوژیک جهت تصمیم گیری برای درمان های تهاجمی ضروری است. همچنین سنگ هایی که بیش از دو هفته بعد از خروج و حرکت اولیه از کلیه، دفع نشده باشند نیاز به دخالت اورولوژیک دارند.

تصمیم اورولوژیک بر اساس سایز سنگ، موضع سنگ و اختلالات احتمالی آناتومیک همراه از PNL، ESWL و TUL تا عمل جراحی باز جهت حذف سنگ و اختلالات آناتومیک همراه، ممکن است متفاوت باشد.

باید ارزیابی رادیولوژی شامل سونوگرافی و یا KUB و یا شاید IVP به عمل آید. سنگ های در دسترس از نظر نوع، تجزیه و آنالیز گردند.

U/A و U/C از نظر عفونت احتمالی همراه در سنگ های استروایت باید بعمل آید.

توصیه های لازم اولیه در درمان سنگ ها

۱- توصیه به مصرف مایعات و افزایش حجم ادرار که سنگ بنای پیشگیری سنگ هاست. دریافت مایعات برای تولید ادرار معادل حداقل دو لیتر در روز ضروری است. سختی آب بر روی سنگ سازی تأثیری ندارد. ما تمام افراد سنگ ساز را به نوشیدن حداقل روزانه سه لیتر مایعات تشویق می کنیم.

۲- توصیه های رژیم غذایی: محدودیت مصرف پروتئین ممکن است نقشی در کاهش سنگ ها، مخصوصاً سنگ های اسید اوریک داشته باشد. محدودیت سدیم به عنوان یک عنصر مهم در جلوگیری از سنگ ادراری بطور قوی پیشنهاد می گردد.

چاقی به علت مختل کردن تحمل کربوهیدرات و پاسخ نامناسب کلسیم به دریافت گلوکز باعث هیپرکلسیوری و در نتیجه تشکیل سنگ می گردد.

حد متعادل مصرف کلسیم در رژیم غذایی توصیه می شود. محدود کردن زیاد کلسیم باعث عواقب استخوانی و افزایش سنگ سازی می گردد.

درمان های طبی انتخابی

در هیپرکلسیوری جذبی:

(a) تجویز سدیم سلولز فسفات، که از جذب روده ای کلسیم جلوگیری می کند و باعث دفع روده ای کلسیم می شود، از هیپرکلسیوری جلوگیری می کند.

(b) تiazیدها با افزایش باز جذب کلسیم در دیستال نفرون باعث کاهش کلسیوری می شوند. انتخاب اول ما در سنگ های کلسیمی، استفاده از تiazیدها است و در مواردی که مقاومت و عدم تحمل به تiazید وجود دارد، می توانیم از سدیم سلولز فسفات استفاده نمائیم.

(c) ارتوفسفاتها نیز گاهی در درمان هیپرکلسیوری استفاده می شوند.

(d) سیوس برنج با کلسیم روده ای باند شده و باعث دفع کلسیم از روده و کاهش جذب آن می گردد.

اختلالات متابولیک نظیر هیپر پاراتیروئیدی، هیپر اگزالوری و اسیدوزهای توبولر باید بطور اختصاصی درمان شوند.

(e) سیترات ها شامل سیترات سدیم پتاسیم و سیترات سدیم در جلوگیری از تشکیل سنگ های کلسیمی مؤثر هستند.

سنگ های اسید اوریک

هیپراوریکوزوری (افزایش اسید اوریک در ادرار) با اسید اوریک ادراری بیش از ۶۰۰ mg/day مشخص می شود. هیپراوریکوزوری سطوح ادراری مونوسدیم اورات را افزایش داده، که در PH کمتر از ۵/۵ به هم متصل شده و سنگ های اسید اوریک را می سازند. شایعترین علت هیپراوریکوزوری افزایش دریافت پورین از مواد غذایی است. ولی اختلالاتی نظیر نقرس، میلوم مولتیپل، بیماری های میلوپرولیفراتیو، پلی سیتمی، آنمی بدخیم، اختلالات همولیتیک، هموگلوبینوپاتی، تالاسمی، هیپراورسمی ارثی کلیوی، از سایر علل هیپراورسمی می باشند.

سنگ های سیستینی

سیستینوری یک اختلال اتوزومال مغلوب است که منجر به دفع سیستین فراوان از ادرار می گردد. شیوع این سنگ ها نادر است، ولی در کودکان حدود ۱۰٪ تمام سنگ ها را شامل می شود.

سنگ های عفونی (استروایتی)

که بطور اولیه از منیزیم، آمونیوم و فسفات تشکیل می شوند. مشخص شده که این سنگ ها در همراهی با عفونت ادراری با باکتری های تجزیه کننده اوره، ایجاد می شوند. باکتری های متعددی باعث تجزیه اوره می گردند که پروتئوس میرابلیس شایعترین ارگانسیم همراه با سنگ های عفونی می باشد.

زمینه های آناتومیک در ایجاد سنگ ها

تنگی محل اتصال حالب به لگنچه (upjo): شیوع سنگ در این اختلال ۲۰٪ است.

کلیه نعل اسبی: در ۲۵٪ کلیه های نعل اسبی سنگ وجود دارد.

دیورتیکول کالیس: در ۴۰٪ مواد با سنگ همراه است. سنگهای ادراری بطور شایع در MSK دیده می شود.

ارزیابی و اداره طبی سنگ های کلیوی

ارزیابی اولیه شامل تشخیص اختلالات متابولیک و ارزیابی عوامل احتمالی عود سنگ می باشد. مشکلات متابولیک نظیر اسیدوز توبولر، هیپرپاراتیروئیدیسم، سیستینوری، نقرس و هیپر اگزالوری باید بررسی گردند. در حقیقت هر بیمار با اولین اپیزود سنگ ادراری باید مورد ارزیابی متابولیک قرار گیرد چون ممکن است سنگ، تظاهراتی از یک اختلال سیستمیک زمینه ای باشد.

محمد زهانی - کارشناس پرستاری

۸- دفیبریلاتور و وسایل تراکتوسومی و لوله تراکتوسومی اقدامات لازم در ریکاوری بطور خلاصه:

- ۱- برقراری راه هوایی
- ۲- بررسی سطح هوشیاری
- ۳- برطرف کردن درد پس از عمل
- ۴- درمان با مایعات وریدی
- ۵- اکسیژن درمانی
- ۶- کنترل لرز
- ۷- بررسی مشکلات قلبی و عروقی
- ۸- کنترل بی قراری و هیجان
- ۹- کنترل برون ده ادراری، درن ها و سوندها

بطور کلی می توان گفت، یکی از حیاتی ترین و مهم ترین قسمت ها در مراقبت از بیمار ریکاوری است.

تجهیزات مورد نیاز در ریکاوری:

- ۱- تخت یا برانکاردهایی که قابلیت بالا آوردن در آنها براحتی صورت گیرد
- ۲- دستگاه ساکشن
- ۳- اکسیژن و ماسک در اندازه های متفاوت
- ۴- وسایل کنترل خودکار فشار خون
- ۵- وسایل احیاء و CPR و ترالی اورژانس
- ۶- آمبویگ و وسایل تنفس دهنده
- ۷- لارنگوسکوپ و لوله تراشه در سایزهای مختلف

تنفس عمیق در فاصله های معین تشویق می شود. اگر لوله تراشه بیمار خارج نشده است براحتی می توان آن را به دستگاه وصل کرد. داروهای ضد درد بطور معمول بکار گرفته می شوند. هر چند این داروها باید با احتیاط مصرف شوند تا از تضعیف تنفس و گردش خون در بیماری که هنوز تحت تأثیر داروهای بیهوشی و جراحی قرار دارد اجتناب گردد.

مشکلات عمومی و رایج بلافاصله پس از عمل جراحی می تواند شامل انسداد تنفسی، نارسایی تنفسی، کاهش فشار خون، کاهش حجم خون پس از عمل، آریتمی قلبی، نارسایی قلبی، بیقراری، درد، استفراغ، الیگوری، تشنج و ایست قلبی باشد.



ایکترنوزادی (مراقبت و درمان)

دکتر امیر مسعود رجب پور- متخصص کودکان و نوزادان

شود. قرار دادن نوزاد در وضعیت های مختلف و تابش نور فوق، از طریق مکانیسمهای فتوشیمیایی منجر به کاهش دفع بیلیروبین از بدن نوزاد و از طریق ادرار و مدفوع می گردد. نکته قابل توجه این است که لامپهای دستگاه فتوتراپی از جنس خاص و دارای اشعه با طول موج مشخص می باشند و لامپهای مهتابی معمولی به هیچ عنوان قابلیت انجام این اعمال را ندارند و استفاده از لامپ معمولی علاوه بر اینکه اثری بر کاهش زردی ندارد می تواند باعث بروز عوارض جدی در سیستم بینایی و پوستی نوزاد گردد و اکیداً منع می شوند، هر چند که متأسفانه امروزه شاهد ارائه دستگاههای فتوتراپ غیراستاندارد توسط افراد غیرمتخصص جهت درمان ایکتر نوزادی می باشیم که جلوگیری از این اقدامات نیازمند اطلاع و آگاهی خانواده های محترم می باشد.

در موارد زردی خیلی شدید که به درمانهای فوق پاسخ ندهد، که عمدتاً ناشی از بیماریهای نوزاد و یا ناسازگاری خونی مادر و جنین می باشد، جهت درمان ایکتر و پیشگیری از ایجاد عوارض جدی، نیاز به «تعویض خون نوزاد» است که طی روش خاصی بتدریج اقدام به تخلیه خون نوزاد و جایگزینی آن با خون فرد دیگر می شود که معمولاً بخوبی پاسخ داده و باعث درمان قطعی می گردد. در خاتمه مجدداً تذکر داده می شود که ایکتر نوزادی علیرغم شیوع بالای آن، بیماری سهل و ممتنع می باشد و نیازمند برخورد جدی پزشک و کادر درمانی بوده و از طرفی باید با فرهنگ سازی و آموزش خانواده ها از گسترش درمانهای بی اثر و بعضاً خطرناک سنتی و خرافی جلوگیری نماییم تا نوزادان امروز و جوانان فردای این کشور، افرادی سالم و متفکر باشند. انشاء الله

بموقع، می تواند منجر به عوارض غیر قابل جبران نیز گردد.

بهترین راه پیشگیری از ایجاد ایکتر در نوزادان، تغذیه مناسب و کافی با شیر مادر می باشد و مشخص شده است که هر چه نوزادی بیشتر با شیر مادر تغذیه شود و به تبع آن، بیشتر دفع ادرار و اجانب مزاج داشته باشد، به علت دفع بیلیروبین از طریق مدفوع و ادرار، کمتر دچار ایکتر و یا دچار زردی با شدت کمتر خواهد شد. علت استفاده از مواد گیاهی نظیر «ترنجبین» و «شیر خشت» توسط بعضی مادر بزرگ ها جهت درمان زردی نوزادان نیز همین مکانیسم است زیرا این مواد خاصیت کولینرژیک داشته و دفعات اجابت مزاج نوزاد را افزایش می دهند و از این طریق می توانند منجر به کاهش ایکتر شوند، اما چون اکثر خانواده ها در روزهای اول تولد که هنوز شیر مادر کم است و نوزاد نیز توانایی مکیدن زیاد و شیر خوردن بمیزان کافی را ندارد، از این داروهای گیاهی استفاده می کنند، این امر منجر به افزایش دفع و بدنبال آن کاهش حجم آب بدن بدلیل عدم دریافت شیر کافی توسط نوزاد می شود که در نهایت به علت دهیدراتاسیون ایجاد شده، ایکتر نوزاد نه تنها کاهش نمی یابد، بلکه در موارد بسیاری منجر به افزایش زردی نیز می گردد و به همین دلیل است که استفاده از ترنجبین و شیر خشت به هیچ عنوان توصیه نمی شود.

در صورتیکه علیرغم تغذیه مناسب و کافی، زردی نوزاد افزایش یابد، باید اقدام به درمان به کمک فتوتراپی نمود که در این روش، نوزاد بدون هیچگونه پوششی (باستثنای محافظ چشم ها و ناحیه ژنیتال) در فاصله ۳۰-۲۵ سانتیمتری از لامپ های مهتابی مخصوص قرار داده می

زردی نوزادان (ایکتر، یرقان دوره نوزادی) یکی از شایعترین علل مراجعه نوزادان به کلینیک های تخصصی اطفال و درمانگاهها در هفته اول زندگی می باشد و به همین دلیل درمانهای مختلفی اعم از سنتی، مدرن، گیاهی، شیمیایی، خرافی... برای آن ابداع و ارایه شده است و در رابطه با علت ایجاد آن نیز، مطالب مختلف، متعدد و بعضاً تعجب آوری در خانواده ها مطرح می شود. اما آنچه که امروزه مشخص شده این است که کبد نوزادان طی روزهای اول زندگی به دلیل آنکه هنوز عملکرد نرمال و کامل خود را کسب نکرده و اصطلاحاً ماچور نشده است، نمی تواند فونکسیون طبیعی خود، یعنی حذف و دفع گلبولهای قرمز پیر و خراب شده را بخوبی به انجام رساند و از طرفی با توجه به عمر کوتاه این گلبولها در نوزادان، کبد آنها به ناگاه با مقادیر زیاد گلبولهای قرمز پیر و چروکیده مواجه می گردد که توانایی حذف آنها را از جریان خون ندارد و لذا این گلبولهای تخریب شده تحت تأثیر عوامل آنزیمی، رسکسته و لیز شده و محصول عمده تخریب آنها، «بیلی روبین» می باشد که تمایل زیادی به رسوب در بافتهای مختلف از جمله صلبیه چشم (اسکرا)، پوست و مغز داشته و عامل اصلی ایجاد رنگ زرد در جریان ایکتر نوزادی است.

این ماده (بیلیروبین) در مقادیر کم معمولاً بغير از ایجاد رنگ زرد در چشم و پوست نوزاد، عارضه دیگری ایجاد نمی کند، ولی در صورت تولید مقادیر زیاد بیلیروبین، این ماده می تواند در مغز نوزاد رسوب نموده و ایجاد عوارض جدی عصبی نظیر تشنج، ضعف و حتی مرگ نماید. بنابراین می توان فهمید که یک عارضه بسیار شایع و ظاهراً ساده، در صورت عدم درمان و پیشگیری مناسب

روش صحیح اندازه گیری فشارخون

فرناز فیروزگویی- کارشناس پرستاری

۸- سپس بازوبند را به آهستگی از هوا خالی کرده و اجازه دهید تا فشار با سرعت ۲ تا ۳ میلی متر جیوه در ثانیه سقوط کند. * خالی کردن سریع هوا منجر به پایین تر تخمین زدن فشار سیستولیک و بالاتر تخمین زدن فشار دیاستولیک می شود.

۹- به پایین آوردن فشار همچنان ادامه دهید، تا زمانی که صداها گنگ (muffle) شده و سپس محو گردند. نقطه محو صدا که معمولاً تنها چند میلی متر جیوه پایین تر از نقطه گنگ شدن صدا می باشد، بطور معمول فشار دیاستولیک است.

* در تعدادی از افراد نقطه گنگ شدن و محو شدن از هم فاصله بیشتری دارد و گهگاه همانند نارسایی آئورت صداها هرگز محو نمی شوند.

چند نکته

* فشار خون را باید حداقل یک بار در هر دو دست اندازه گرفت. (بطور طبیعی ممکن است اختلافی در حدود ۵ تا ۱۰ میلی متر جیوه بین دو دست پیدا کنید).

* هنگامی که بیمار داروی ضد فشار خون دریافت می کند، وقتی تاریخچه ای از غش یا سرگیجه وضعیتی وجود دارد و یا هنگامی که شما مشکوک به کاهش حجم خون هستید، فشار خون را در سه وضعیت خوابیده به پشت، نشسته و ایستاده اندازه بگیرید.

سقوط قابل ملاحظه در فشار سیستولیک (۲۰ میلی متر جیوه یا بیشتر)، مخصوصاً وقتی همراه علائم نیز باشد، مؤید هیپوتانسیون وضعیتی است.

* اگر شما در پوشاندن یک بازوی چاقی یا بازوبند مشکل دارید، باید بازوبند استاندارد را روی ساعد بیمار بسته و شریان رادیال را سماع کنید.

گردد و یا فشار دیاستولیک بیش از حد بالا تخمین زده شود. ۶- بازوبند را دوباره باد کنید، تا حدی که فشار به ۳۰ میلی متر جیوه بالای فشار لمسی سیستولیک برسد.



۷- حال به آرامی بل گوشی را روی شریان براکیال بگذارید (از آنجا که صداها کورتکوف نسبتاً کم فرکانس می باشند، این صداها با بل گوشی بهتر شنیده می شوند، ولی قرار دادن دیافراگم در محل و بر روی بازوساده تر است).

عرض کیسه باید حدود ۴۰ درصد محیط اندام، که در بالغین بطور متوسط ۱۲ تا ۱۴ سانتی متر است، بوده و طول کیسه باید ۸۰ درصد محیط اندام باشد. باز و بندهای خیلی کوتاه یا خیلی باریک موجب می شود که فشار خون بطور کاذب بالا نشان داده شود.

تکنیک

۱- بیمار باید تا حد امکان در وضعیت راحتی قرار داشته و بازوی وی لخت باشد.

۲- بازوی بیمار را طوری قرار دهید که کمی در ناحیه آرنج خم شده باشد.

۳- دست بیمار را بر روی کیسه سطح ثابت قرار دهید. بازوبند باید در سطح قلب باشد. (اگر شریان براکیال پایین تر از سطح قلب قرار گرفته باشد، فشار خون بطور کاذب بالا نشان داده میشود و پائیکس).

۴- کیسه باد کردنی را روی شریان براکیال در طرف داخل بازو قرار دهید به طوری که لبه پایینی آن ۲/۵ سانتی متر بالای چین آرنجی قرار بگیرد.

۵- در حالیکه شست یا انگشتان یک دست خود را روی شریان براکیال قرار داده اید، به سرعت بازوبند را تا حد ۳۰ میلی متر جیوه بالای حدی که نبض بیمار محو گردد، باد کنید. بازوبند را آهسته از هوا خالی کنید تا زمانی که دوباره نبض را لمس کنید. این مقدار فشار سیستولیک به طریق لمسی بوده و به شما کمک خواهد کرد که از سوء تفاهم مربوط به gap سمعی اجتناب کنید.

* گاهی بیمار دارای یک gap فاصله خالی سمعی می باشد، فاصله ای بی سر و صدا بین فشارهای سیستولیک و دیاستولیک. اگر این فاصله تشخیص داده نشود، ممکن است منجر به بیش از حد پایین تخمین زدن فشار سیستولیک



تغذیه صحیح برای داشتن کودکی سالم

الهه باغداری - کارشناس مامایی

فقط از میوه و سبزیجات تازه استفاده کنید و سبزیجات سبز رنگ را بخارپز کنید یا خام بخورید. غذاهای پر الیاف باید بخش عمده ای از رژیم غذای روزانه شما باشد زیرا بیوسست در دوران بارداری شایع است و مصرف الیاف به پیشگیری از آن کمک می کند. میوه ها و سبزیجات منبع مهمی از الیاف هستند.

از خوردن غذاهای کارخانه ای مانند کنسروها، سوهپای پاستوری و غیره خودداری کنید. به غذاهای حاضری اغلب قند و نمک اضافه می شود.

شیر و لبنیات غیره پاستوریزه و پنیر کهنه تهیه شده از شیر پاستوریزه یا غیره پاستوریزه بدلیل خطر آلودگی به میکروب لیستریا ممکن است مضر باشند. بنابراین بهتر است از خوردن آنها اجتناب کنید.

کافئین که در قهوه، چای و شکلات وجود دارد، بر دستگاه گوارش اثر سوء می گذارد. مصرف این نوشیدنی ها را حداکثر به سه فنجان در روز کاهش دهید یا در صورت امکان اصلاً مصرف نکنید. به جای آنها می توانید آب معدنی بنوشید.

اگر در دوران بارداری خواستید دم کرده گیاهی بنوشید، بهتر است ابتدا با یک داروساز آشنا با گیاهان دارویی یا متخصص گیاهان دارویی مشورت کنید.

غذاهای قنددار، مانند انواع کیک، بیسکویت، مربا و نوشیدنی های گازدار ممکن است موجب اضافه وزن بیش از حد شما در دوران بارداری شوند. سعی کنید انرژی موردنیاز خود را از کربوهیدراتهای نشاسته ای، مانند نان و ماکارونی تهیه شده با آرد کامل تأمین کنید و مصرف مواد شیرین را کاهش دهید.

نوشیدن مایعات در دوران بارداری برای سالم نگه داشتن کلیه ها و احتراز از یبوست ضروری است. بهترین نوشیدنی آب است.

ده غذای برتر: این ده نوع غذا منابعی عالی برای حداقل یک ماده غذایی هستند. سعی کنید هر روز مقداری از هر نوع آن را بخورید:

- * پنیر، شیر، ماست برای کلسیم و پروتئین
- * سبزیجات برگدار با رنگ سبز تیره برای ویتامین ث، الیاف، اسید فولیک
- * گوشت قرمز کم چربی برای پروتئین و آهن
- * مرکبات برای ویتامین ث و الیاف
- * گوشت مرغ و دیگر پرندگان برای پروتئین و آهن
- * ماهی ساردین برای کلسیم و پروتئین و آهن
- * ماهی یا گوشت سفید برای پروتئین
- * نان گندم کامل برای پروتئین، الیاف، اسید فولیک
- * ماکارانی تهیه شده با آرد کامل و برنج برای الیاف

نمی شود. ویتامین B12 در طبیعت فقط در غذاهای دارای منشا حیوانی وجود دارد. گیاه خوراک مطلق ممکن است نوزادانی را به دنیا بیاورند که میزان ذخایر ویتامین B12 آنها کم است. مصرف بیش از حد ویتامین C نیز ممکن است سبب کمبود عملکرد ویتامین B12 شود.

در زنانی که در معرض خطر بالای تغذیه ناکافی قرار دارند، مانند افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، نوجوانان و



زنان دارای حاملگی های چندقلویی، تجویز روزانه مکمل حاوی ۲ میلی گرم ویتامین B6 توصیه می شود.

کلسیم برای تضمین رشد سالم استخوانها و دندانهای کودک شما که از حدود هفته هشتم شروع می شود لازم است. منابع خوب آن عبارتند است: پنیر، شیر، ماست و سبزیجات برگ دارسبز، اما فراورده های شیر پر چربی هستند بنابراین در صورت امکان از انواع کم چربی آنها استفاده کنید.

سعی کنید انواع غذاهای سرشار از پروتئین را بخورید. زیرا نیاز شما به پروتئین در دوران بارداری افزایش می یابد. ماهی، گوشت، آجیل، حبوبات و لبنیات، منابع پروتئین هستند، اما منابع حیوانی ممکن است پر چربی نیز باشند. بنابراین مصرف آنها باید محدود باشد و در صورت امکان از گوشت بدون چربی استفاده کنید. از خوردن تخم مرغ نیم پخته یا خام اجتناب کنید و دقت کنید تخم مرغ تازه بخردید. ویتامین ث به ساخته شدن جفتی قوی کمک می کند و بدن شما را قادر می سازد در قبال عفونت مقاومت کند و نیز به جذب آهن کمک می کند. ویتامین C در میوه ها و سبزیجات تازه یافت می شود و مصرف هر روز آن لازم است زیرا در بدن ذخیره نمی شود.

جنین فقط یک منبع غذا دارد و آن شما هستید. در دوران بارداری بیش از هر زمان دیگری لازم است رژیم غذایی شما تا حد امکان متنوع و متوازن باشد.

لازم نیست برنامه ریزی خاصی برای این کار داشته باشید و نیز لازم نیست به اندازه دو نفر غذا بخورید. تنها کاری که لازم است بکنید آن است که انواع غذاهای تازه و خانگی را از بین گروههای غذایی ذیل بخورید تا همه مواد غذایی که لازم دارید به بدنتان برسد. مصرف سبزیجات خام و میوه های تازه را افزایش دهید و مصرف غذاهای قنددار و شور و غذاهای کارخانه ای را کاهش دهید.

افزایش مطلوب حجم اریتروسیت های مادر و توده هموگلوبین مادر فقط در صورتی رخ می دهد که آهن مکمل با مقادیر طبیعی در دسترس باشد. در غیاب آهن تکمیلی، غلظت هموگلوبین و هماتوکریت، با افزایش حجم خون مادر بطور قابل توجهی کاهش می یابد ولی تولید هموگلوبین در جنین مختل نمی شود چون حتی اگر مادر دچار کم خونی شدید فقر آهن باشد، جفت آهن را از مادر بدست می آورد.

مصرف ۳۰ میلی گرم آهن المنتال در هر روز در سرتاسر نیمه دوم حاملگی میزان کافی آهن را برای برآوردن نیازهای حاملگی و محافظت از ذخایر قبلی آهن تأمین می کند. این میزان، نیاز به آهن در دوران شیردهی را نیز تأمین می کند. زنان حامله در صورت بزرگی جثه، داشتن جنین های دوقلو، آغاز مصرف مکمل در اواخر حاملگی، مصرف نامنظم آهن و یا ابتلا به کاهش میزان هموگلوبین، ممکن است نیاز به مصرف ۱۰۰ - ۶۰ میلی گرم آهن در روز داشته باشند. منابع غنی از آهن شامل لوبیای پخته، لوبیا چشم بلبلی، نان کامل، غلات و حبوبات هستند. آهن اگر همواره با ویتامین ث مصرف شود بهتر جذب می شود اما چای و قهوه مانع جذب آهن می شوند. اسید فولیک برای تشکیل دستگاه عصبی مرکزی کودک خصوصاً در چند هفته نخست، لازم می باشد. در سه ماه نخست بارداری لازم است سه برابر مواقع دیگر اسید فولیک مصرف کنید. اسید فولیک با پختن بیش از حد و نگهداری طولانی غذا از بین می رود اما با انجماد خیر. سالمترین رژیم غذایی نیز همه نیاز شما به اسید فولیک را تأمین نخواهد کرد و لازم خواهد بود آن را به صورت مکمل دارویی مصرف کنید. غذاهای غنی از اسید فولیک عبارتند از: لوبیا چشم بلبلی پخته، عصاره گوشت گوساله، مخمر آجیو، قلوپه پخته، کلم برگ، اسفناج، نان سبوس دار، سبزیجات بهاری، کلم بروکلی، حبوبات سبز، فندق. تجویز مکمل ویتامین A بصورت روتین در بارداری توصیه

آیا می دانستید:

- دوباره رشد می کند.
- اگر در یک سال هیچ یک از نسلهای یک جفت مگس نر و ماده از بین نروند حجم مگسهای متولد شده با حجم کره زمین برابر می شود.
- طول قدر هر انسان سالم برابر هشت وجب دست خود اوست.
- سریع ترین عضله بدن انسان زبان است.
- بدن انسان پنجاه هزار کیلومتر رشته عصبی دار.
- تنها موجودی که می تواند به پشت بخوابد انسان است.

- گربه و سگ هر کدام ۵ گروه خونی دارند و انسان ۴ گروه خونی.
- جنین بعد از هفته هفدهم، خواب هم می تواند ببیند.
- روباهها همه چیز را خاکستری می بینند.
- اسپهها در مقابل گاز اشک آور مصون هستند.
- ۱۳۰۰ کره زمین در سیاره مشتری جای می گیرد.
- سریعترین پرند شاهین است و می تواند با سرعت ۲۰۰ کیلومتر در ساعت پرواز کند.
- کبک یا جگر تنها عضو داخلی بدن است که اگر با عمل جراحی قسمتی از آن برداشته شود



بیحسی اسپینال و اپیدورال

دکتر اعظم قلندری - متخصص بیحسی

بیحسی اسپینال و اپیدورال از تکنیکهای برتری هستند که برای تسکین درد در طی زایمان، اعمال جراحی مختلف از قفسه سینه تا اندامهای تحتانی و همچنین تسکین درد در بیماری های مزمن و کانسر مورد استفاده قرار می گیرند. مزایای بیحسی اسپینال و اپیدورال شامل بیدار بودن بیمار هنگام عمل و اجتناب از عوارض همراه با بیحوشی عمومی می باشد. تحقیقات متعددی نشان داده که بیمارانی که این نوع بیحسی را دریافت داشته اند خون کمتری را در طی جراحی از دست داده و درد آنها نیز در بعد از عمل به نحو بهتری کنترل شده است.

مواردی که باید از بیحسی اسپینال و اپیدورال اجتناب نمود عبارتند از:

- اختلالات انعقادی
 - واکنش های آلرژیک یا نامساعد قلبی به داروهای بیحسی - شوک هیپوولمیک
 - عفونت فعال در نزدیکی محل تزریق
 - قبل از انجام بیحسی از موارد زیر باید آگاهی یافت:
 - داروهای که بیمار استفاده می کند
 - داروهای که بیمار به آنها حساسیت دارد
 - هرگونه بیماری قلبی ریوی
 - هرگونه واکنشی که بیمار یا اعضای خانواده او به داروی بیحسی در گذشته داشته اند
 - هرگونه اختلالات خونریزی دهنده قلبی
- شرح عمل**
- به علت اینکه بیحسی اسپینال و اپیدورال می تواند باعث افت

فشار خون گردد، داشتن یک لاین وریدی برای حفظ سطوح مایع و بالا بردن فشار خون لازم است. همچنین اتصال به انواع مانیتورهای کنترل فشار خون، تعداد نبض و درصد اشباع اکسیژن خون الزامی است. بسته به مدت زمان عمل جراحی ممکن است کاتتر برای درناژ مثانه لازم باشد.

قبل از انجام بیحسی اسپینال و اپیدورال، پوست ناحیه تزریق ضدعفونی شده و ممکن است برای کاهش درد ناشی از ورود سوزن، بیحسی موضعی صورت گیرد.

بیحسی اسپینال مستلزم تزریق منفرد دارو در داخل ساک مایع در برگیرنده طناب نخاعی است.

بیحسی اپیدورال می تواند بصورت تزریق منفرد دارو درست خارج از ساک مایع در برگیرنده طناب نخاعی باشد، ولی وقتی بیشتر از یک دوز از بیحسی اپیدورال مورد نیاز باشد ممکن است کاتتری در محل قرار داده شود، که با وجود این کاتتر داروی بیحسی بیشتری، در صورت طولانی شدن جراحی، براحتی تزریق می گردد. در تعدادی از مراکز این کاتتر برای ۲۴ ساعت بعد از عمل، برای تزریق دارو جهت کنترل درد، باقی می ماند. بعد از کامل شدن بیحسی اسپینال و اپیدورال یا خارج نمودن کاتتر اپیدورال، بانداژ کوچکی در محل، در جایی که سوزن بیرون کشیده شده، قرار می گیرد.

مرحله بعد از عمل جراحی

بدنبال بیحسی اسپینال برای جلوگیری از سردرد بایستی بیمار چندین ساعت در وضعیت صاف و افقی در بستر قرار گیرد. همچنین بعد از بیحسی اسپینال یا اپیدورال تا برطرف شدن بیحسی پاها و امکان راه رفتن مطمئن، بیمار باید در بستر بماند.

شروع بیحسی

- بیحسی اسپینال تقریباً فوراً بعد از کامل شدن تزریق شروع می شود.

- بیحسی اپیدورال حدوداً ۲۰-۱۰ دقیقه بعد از شروع کار آغاز می شود.

عوارض احتمالی

سر درد شدید - افت فشار خون - صدمه به عصب - عفونت - واکنش حساسیتی به داروی بیحسی مورد استفاده - تشنج - حمله قلبی

مراقبت های بعد از عمل

الف - در بیمارستان

اگر بیمار بیحسی اپیدورال دریافت کرده باشد و احتیاج به داروی ضد درد بعد از عمل داشته باشد، ممکن است کاتتر اپیدورال در محل باقی مانده و دوز کمی از دارو برای بیحسی بیمار تجویز شود.

اگر بیمار بیحسی اسپینال دریافت کرده باشد برای جلوگیری از سردرد بایستی ساعتی متادامی در حالت صاف و افقی در بستر قرار گیرد.

ب - در منزل

در ۲۴ ساعت اول بعد بیحسی، از رانندگی و هرگونه کار با ماشین آلات خودداری گردد.

بعد ترک بیمارستان الزامی است که بیمار وضعیت خود را مورد نظارت قرار داده و در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر پزشک خود را مطلع سازد:

تب - سردرد مداوم و شدید - تشنج و غش - ضعف و بیحسی و سوزش در بازوها و پاها - راش پوستی - اشکال در تنفس.

روشهای تشخیص آزمایشگاهی آنفلوآنزا

دکتر مهرداد کاتبی - متخصص آسیب شناسی تشریحی و بالینی

توسط این تستها در کمتر از ۳۰ دقیقه قادر به تشخیص آنفلوآنزا می شویم. این روشها با حساسیت بیش از ۷۰٪ و اختصاصیت بیش از ۹۰٪ تشخیص می دهند. بنابراین موارد منفی کاذب آن بیشتر از مثبت کاذب است.

این تست ها به نامهای تجاری مختلفی در دسترس می باشند و از نظر تشخیص ویروس به سه دسته تقسیم می شوند: اول دسته ای که فقط تیپ A ویروس را مشخص می کند دوم دسته ای که تیپ A و B را بدون افتراق از هم تشخیص می دهد و سوم گروهی که تیپ A و B و افتراق بین این دو را بررسی می کند. اما هیچ یک از این تستها زیرگروههای نوع A را تشخیص نمی دهند.

توصیه می شود که موارد منفی تست سریع با روش کشت ویروسی تأیید شوند، چون بخصوص در فصلی که فعالیت ویروس در جامعه بالا است، موارد منفی کاذب بیشتر دیده می شود. برعکس، موارد مثبت کاذب در فصلی که فعالیت ویروس کمتر است، بیشتر مشاهده می شود.

خلاصه: همیشه نیاز به انجام تست های آزمایشگاهی جهت تشخیص آنفلوآنزا نداریم، اما در موارد شیوع بیماری در یک منطقه، این روشها می توانند مفید باشند. بهترین نمونه های تشخیصی شامل نمونه بینی و نازوفارنکس است.

از بین تست های متنوع بکار رفته در تشخیص آنفلوآنزا، تست های آنتی ژنی سریع و یا ایمونوفلورسینس آنتی بادی، تست های انتخابی هستند. در مواردی که نیاز به درمان ضد ویروسی بوده و این تست ها در دسترس نباشند، بایستی با توجه به علائم بالینی درمان را شروع کرد و منتظر انجام روشهای دیگر نشد.

تست مرجع تشخیصی هنوز کشت ویروسی است که جهت تأیید موارد مشکوک منفی و مثبت روشهای دیگر، تعیین مقاومت ویرال، تعیین دقیق زیرگروههای ویروس تیپ A و کمک به فرمولیزاسیون واکسن سال آینده بکار برده می شود اما بدلیل زمان بری بالا، در تشخیص اولیه و درمان سریع جایی ندارد.

مورد آنتی بیوتیکها شده و در صورت لزوم درمان ضد ویروسی لازم بکار گرفته می شود. در هنگام شیوع آنفلوآنزا در یک منطقه، تست های آزمایشگاهی می توانند بسیار مفید باشند. بهترین نمونه هایی که می توان جهت تست های آزمایشگاهی آنفلوآنزا استفاده کرد عبارت از سواب بینی یا نازوفارنکس و شستشو و آسپیره بینی می باشد که نسبت به نمونه های بدست آمده از حلق ارجح است. این نمونه ها بهتر است ظرف ۴ روز اول بیماری گرفته شود زیرا به میزان زیادی در حساسیت و اختصاصیت تست ها تأثیر دارد.

تست های مختلفی که در تشخیص آنفلوآنزا قابل استفاده می باشند:

۱- کشت ویروسی: هنوز استاندارد مرجع تشخیصی محسوب می شود. تنها به این وسیله امکان جداسازی گروهها و زیرگروههای آنفلوآنزا بطور کامل می باشد که جهت درمان و تعیین نوع واکسن برای سال آینده مفید است. همچنین مقاومت ویرال فقط با این روش قابل بررسی است. اما بدلیل زمان بری بالای این روش (حدود ۳-۱۰ روز) نقش مهمی در درمان بموقع بیماری ایفا نمی کند و بیشتر جهت تأیید و رد موارد مشکوک، منفی یا مثبت کاذب سایر روش ها بکار می رود.

۲- تست های سرولوژی: حدود ۲ هفته زمان جهت تشخیص نیاز دارد چرا که نیازمند به سرم دوره حاد و همینطور دوره نقاهت بیماری می باشد. بنابراین در تصمیم گیری های بالینی به این روشها توجه نمی شود و فقط در موارد تحقیقاتی استفاده می شوند.

۳- واکنش زنجیره پلی مراز (RT-PCR): تنها در برخی مراکز مجهز قابل انجام است طرف ۲-۴ ساعت قادر به تشخیص است.

۴- بررسی ایمونوفلورسینس آنتی بادی: با این روشهای رنگ آمیزی طرف ۲-۴ ساعت قادر به تشخیص می باشیم و در اغلب مراکز قادر به انجام این تستها هستیم.

۵- تستهای سریع آنتی ژنی (Rapid Ag Testing): امروزه

ممکن است تشخیص آنفلوآنزا صرفاً بواسطه علائم بالینی مشکل باشد، چرا که این علائم می تواند شبیه سایر عوامل عفونی تنفسی مثل مایکوپلازما، آدنوویروس، RSV، رینوویروس و غیره باشند.

ویروس آنفلوآنزا بطور اولیه به دستگاه تنفسی فوقانی شامل بینی و حلق و برونشها حمله می کند و بندرت ریه ها را نیز درگیر می سازد. عفونت معمولاً حدود یک هفته طول می کشد و اغلب بیمار ظرف ۱-۲ هفته بدون مداخله مهم پزشکی بهبود می یابد هر چند که در بیماران خیلی کم سن و سال یا خیلی مسن و یا درگیر با بیماریهای زمینه ای دیگر ممکن است پنومونی آنفلوآنزایی و حتی مرگ رخ دهد.

در طی اپیدمی های فصلی، آنفلوآنزا بسرعت در اطراف جهان گسترش می یابد. در اپیدمی های سالانه آنفلوآنزا حدود ۱۰-۱۵٪ جمعیت دچار عفونت تنفسی فوقانی می شوند. سالانه حدود ۲۵۰-۵۰۰ هزار مرگ ناشی از آنفلوآنزا بخصوص در افراد در خطر بالا در جهان به ثبت می رسد. ویروس های در گردش آنفلوآنزا که موجب بیماری انسانی می شوند به دو گروه تقسیم می گردند:

گروه A و گروه B. گروه A به دو زیرگروه مهم انسانی تقسیم می شود شامل A(H3N3) و A(H1N1) که مورد اولی بیشتر موجب مرگ و میر می شود.

ویروس آنفلوآنزا دو آنتی ژن سطحی پروتئینی دارد که بواسطه آنها قابل شناسایی است این دو آنتی ژن شامل همگلوبینین (H) و نورآمینیداز (N) می باشند.

بدلیل تغییرات خفیف ژنتیکی شایع در ویروس آنفلوآنزا (Antigenic drift)، سالانه بایستی واکسنهای مورد استفاده در این بیماری با توجه به این تغییرات فرمولیزه شوند.

- نقش آزمایشگاه در تشخیص آنفلوآنزا

تست های آزمایشگاهی متعددی جهت تشخیص آنفلوآنزا می تواند بکار رود اما همیشه نیازی به انجام آنها نمی باشد. درمان صحیح بیمارانی که تشخیص بوضعیت و موقع و صحیح دارد. تشخیص اولیه بیماری آنفلوآنزا مانع مصرف بی



اجرای صحیح داروی تجویز شده

مریم جهانی - کارشناس پرستاری

در موارد خاص پزشک معالج را مطلع نمائید.
 ۲۳- در صورت امکان بیمار را در وضعیت نشسته یا به پهلو خوابیده قرار دهید.
 ۲۴- یک لیوان آب یا نوشیدنی موردنظر، در اختیار بیمار قرار دهید.
 ۲۵- داروهای مایع، به جز ترکیبات آنتی اسید و شربت های سینه، را برای جذب بهتر با ۱۵ سی سی آب رقیق کنید.
 ۲۶- در صورتی که چند دارو برای بیمار تجویز شده است هر کدام را بطور جداگانه به وی بدهید.
 ۲۷- به هشدار بیمار در مورد تفاوت داروئی توجه کنید.
 ۲۸- تا خوردن دارو نزد بیمار باقی بماند و به خوردن دارو سپس نوشیدن آب توسط بیمار نظارت کنید.
 ۲۹- بیمار را از نظر بروز علائم و عوارض کوتاه مدت کنترل کنید.
 ۳۰- ظروف داروئی مصرف شده را در محل مناسب قرار دهید.
 ۳۱- وسائل را به محل مربوطه برگردانید و توجه لازم را از آنها بعمل آورید.
 ۳۲- دستها را بشوئید.
 ۳۳- در پرونده بیمار از روی کارت داروئی، نام، نوع، مقدار و طریقه تجویز دارو را با ذکر تاریخ و ساعت ثبت کنید.
 ۳۴- موارد خاص از قبیل خودداری بیمار از خوردن دارو (به هر دلیلی) یا شکایت بیمار را گزارش، و در پرونده ثبت نمائید.
 ۳۵- پس از پایان دارو دادن از رضایابی لازم از نظر حساسیت و سایر عوارض داروها را انجام دهید.
 ۳۶- زمان، تاریخ، نام دارو، میزان دارو، شکل استفاده و عوارض موجود را ثبت کنید.



۱۶- برچسب روی شیشه دارو (قرص، مایع، پودر) را برای بار سوم کنترل و در قفسه داروئی قرار دهید.
 ۱۷- دارو را طوری روی کارت داروئی قرار دهید که نام بیمار خوانده شود.
 ۱۸- درب قفسه دارو را قفل کرده و کلید آن را به پرستار مسؤؤل تحویل دهید.
 ۱۹- سینی یا تراسی دارو را همراه وسایل موردنیاز بر بالین بیمار ببرید.
 ۲۰- کارت داروئی را با کارت شناسایی بیمار کنترل کرده و سپس نام بیمار را از وی سؤال کنید.
 ۲۱- پس از شناسایی دقیق بیمار، هدف از مصرف دارو و اثرات مورد انتظار آن را برای بیمار شرح دهید.
 ۲۲- شرایط بیمار از نظر حساسیت داروئی و پروتکل موجود در کارت را کنترل و اجرا کنید. علائمی مانند نبض، فشار خون، تنفس و وزن را کنترل کرده و طبق دستور عمل کنید و

۱- سینی و تراسی دارو را تمیز و آماده کنید.
 ۲- کارت دارو را با کارتدکس از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق، نام دارو، نوع دارو، مقدار دارو، ساعت دارو، طریقه دادن دارو، تاریخ شروع و قطع دارو و توجهات لازم را در مورد دادن دارو، چک کنید.
 ۳- در صورت برخورد با هرگونه مغایرت در دستور داروئی، پرستار مسؤؤل یا پزشک را مطلع کنید.
 ۴- سینی و تراسی آماده شده را در جای مناسب، نزدیک قفسه دارو قرار دهید.
 ۵- دستهای خود را به خوبی بشوئید.
 ۶- داروئی موردنظر را براساس کارت داروئی از قفسه داروئی پیدا کنید.
 ۷- داروئی موردنظر را از نظر نام دارو و تاریخ مصرف چک کنید.
 ۸- پس از برداشتن دارو مجدداً برچسب دارو را چک کرده و در قفسه داروئی قرار دهید.
 ۹- کلیه داروهای مربوط به یک بیمار را در ظرف مخصوص همان بیمار قرار دهید.
 ۱۰- چنانچه دارو بصورت مایع باشد، در صورت لزوم به خوبی تکان داده شود.
 ۱۱- شیشه محلول داروئی را طوری در دست بگیرید که برچسب آن در کف دست قرار گیرد.
 ۱۲- برای داروهایی که نیاز به ظروف مدرج دارند، سطح دارو باید هم سطح با چشم قرار گیرد.
 ۱۳- سر شیشه را با یک گاز مرطوب پاک کرده و درب آن را ببندید.
 ۱۴- در صورتی که دارو به صورت پودر است، بیشتر از گنجایش در قاشق ریخته و سطح آن را با چوب زبان صاف کنید.
 ۱۵- درب ظرف محتوی پودر داروئی را ببندید.

مظاهر رسولی - مدیرخدمات پرستاری

گزارش نویسی صحیح پرستاری

جمله:

۱- با گزارش کتبی، مقایسه صورت می گیرد.
 ۲- نقایص کار، همان لحظه مشخص می شود.
 ۳- بیمار یا پرستار شیفیت بعدی خود آشنا می شود.
گزارش هر بیمار نوعاً شامل اطلاعات زیر است:
 ۱- نام بیمار، سن، جنس ۲- نام پزشک ۳- تشخیص پرستاری یا مشکل ۴- شرح کلی از وضعیت جسمی و روانی بیمار ۵- فهرستی از آزمایشات و اعمال جراحی ۶- دستورات جدید درمانی، از قبیل داروها و یا مایعات وریدی ۷- محدودیت رژیم ۸- اثرات و عوارض دروفا ۹- عکس العمل بیمار به مراقبت پرستاری و درمان ۱۰- نقشه آموزشی ۱۱- اطلاعات اساسی در مورد فامیل بیمار
 گزارشات پرستاران در پرونده، نشان دهنده گزارش درمان های طبی و مراقبت های پرستاری و عکس العمل های بیمار نسبت به این مراقبتها می باشد. گزارشات معمولاً ۶ دسته هستند:
 ۱- اقدامات و روشهای درمانی که توسط اعضاء مختلف تیم پزشکی اعمال شده است.
 ۲- اقداماتی که با دستور پزشک و توسط پرسنل پرستاری انجام شده است.
 ۳- اقدامات پرستاری که توسط پزشک دستور داده نشده اما پرستاران جهت برآوردن نیازهای خاص بیمار انجام می دهند.
 ۴- مشاهدات، که در رابطه با وضعیت سلامتی بیمار باشد.
 ۵- واکنش های خاص بیمار نسبت به درمان و مراقبت.
 ۶- گزارش آموزشی که به بیمار داده می شود.



باید در گزارشات پرستاری درج شود شامل موارد زیر می باشد:
 ۱- ثبت کلیه دستورات جاری و غیرجاری، شفاهی و تلفنی.
 ۲- گزارشات روند خواب، استراحت و تغذیه بیمار.
 ۳- گزارشات مربوط به جذب و دفع بیمار.
 ۴- گزارشات موارد قابل پیگیری و عکسبرداری ها، مشاهدات، حساسیت ها، آزمایشات.
 ۵- پانسمان، سونداژ.
 ۶- ثبت روند ترخیص، انتقال یا ارجاع بیمار به مراکز درمانی.
 ۷- گزارش حوادث غیرمترقبه.
 ۸- ثبت اصولی داروهای مصرف شده با توجه به ملاحظات مربوطه.

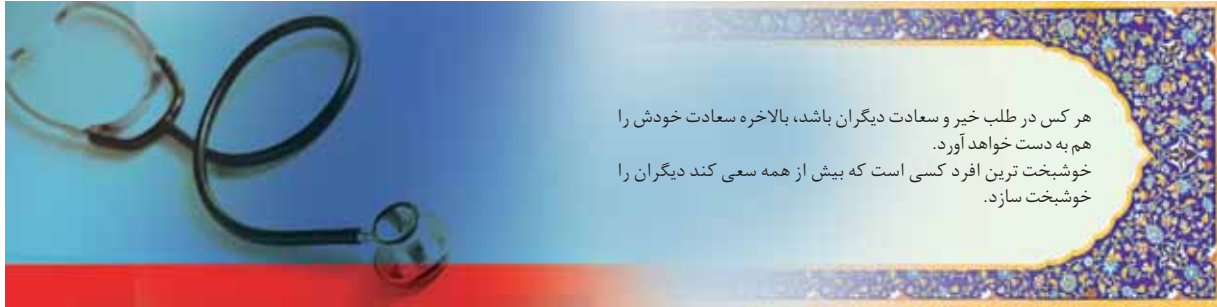
انواع گزارشات:

۱- گزارش شفاهی ۲- گزارش کتبی
 گزارش بر بالین بیمار به صورت Walking round دارای مزایای بسیاری در میان انواع گزارشات شفاهی می باشد از

به جرأت می توان گفت یکی از مهمترین مدارک پرونده بیمار گزارش پرستاری می باشد. گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می کند.
 در بیان ارزش گزارش پرستاری می توان به موارد زیر اشاره کرد:
 ۱- نافذترین سند در مرجع قضایی برای دفاع از پرستاران و پزشکان.
 ۲- سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و موثر از بیماران نیازمند به کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی، اقدامات تشخیصی، درمانی، مراقبتی و آموزشی می باشد.
 ۳- سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران.
 ۴- سند مهم برای پژوهش و نظارت.
 قطعاً بیماری که یک شرح حال (Observation) و سیر بیماری (Progress note) مناسب توسط پزشک و گزارش پرستاری (Nurse record) مناسب توسط پرستار را در پرونده خود داشته باشد، از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می شود.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح:

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح، جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی و طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است:
 ۱- حقیقت ۲- دقت ۳- کامل و مختصر ۴- پویایی ۵- سازماندهی ۶- محرمانه
 مواردی که در محاکم قضایی مورد بررسی قرار می گیرد و



هر کس در طلب خیر و سعادت دیگران باشد، بالاخره سعادت خودش را هم به دست خواهد آورد.
خوشبخت ترین فرد کسی است که بیش از همه سعی کند دیگران را خوشبخت سازد.

توس کودکان از تزریق

تکنم کلایی - کارشناس پرستاری

همکاری می کنند تا آنهایی که به آنها قبلاً گفته نشده است. تا روز ملاقات صبر کنید و از تزریق نام نبرید. اگر شما روزهای قبل از واقعه آن را به میان آورید، فرزند شما ممکن است بسیار نگران شود. صحیح تر آن است که قبل از اینکه به مطب دکتر بروید او را در اطلاعات مشارکت دهید. اگر شما به بچه خود قول دهید که تزریق در کار نخواهد بود و او در خلال ملاقات با پزشک خبر دار شود که تزریق لازم است، شما یک تعارض ایجاد کرده اید. بجای آن بگویید «دکتر به ما خواهد گفت، ولی من آگاه از اینکه تزریق مور نیاز باشد نیستم».

* شیوه های حواس پرتی

درست قبل از تزریق، از فرزند خود بخواهید که:

-یک نفس عمیق بکشد و آن را در خلال تزریق بیرون دهد، برخی از اولیا حتی یک صداساز که در جشن ها استفاده می شود مهیا می کنند.

-در خلال تزریق با صدای بلند بشمارید. شما می توانید بگویید «وقتی که تا ۵ شمردی، تزریق احتمالاً تمام شده است».

-به او بگوئید به همان اندازه ای که تزریق آزار می دهد، دست شما را بفشارد.

اغلب بچه ها بعد از تزریق گریه می کنند. این وسیله ارتباطی آنهاست، بنابراین فرزند خود را وادار نکنید که احساس بدی در مورد گریه داشته باشند. بعد از تزریق، فرزند خود را تحسین کنید و بگویید «واقعاً کار خوبی انجام دادی». شما حتی می توانید پاداشی برای رفتار خوب فرزندتان در مطب پزشک در نظر بگیرید.

* عوارض جانبی شایع تزریقات

برخی تزریقات، بخصوص واکسن ها، منجر به عوارض جانبی، جزئی و موقت می شوند، مانند تب ملایم یا زخم در بازو. برای کاهش این اثرات، شما می توانید به بچه خود قبل یا بعد از تزریق استامینوفن بدهید. همچنین می توانید جهت کاهش قرمزی و ورم، از کیسه یخ بر روی محل تزریق استفاده کنید. اگر نگران آن هستید که فرزند شما ممکن است واکنش های جدی و شدید در ارتباط با واکسیناسیون داشته باشد، هر چه زودتر با پزشک خود تماس بگیرید یا به اورژانس مراجعه کنید.

اغلب اطفال و کودکان نوبا تا دومین سالگرد تولدشان بیش از ۲۰ تزریق دریافت می کنند، و کودکان با مشکلات سلامتی مانند آلرژی ها، آسم یا دیابت تجربه خیلی بیشتری با سر سوزن (نیدل) و پزشکان دارند. تعجب برانگیز نیست که نیدل و تزریقات چیزهایی هستند که اغلب کودکان وقتی که می خواهند با پزشک ملاقات کنند، از آن وحشت دارند.

خوبی از کودکان چنان داغ زخمی از تزریقات دارند که لحظه ای که یک نیدل را می بینند شدیداً مضطرب می شوند. وقتی که بچه شما در حال بررسی و معاینات است، بعید است که قبل از تزریق ساکت بماند. شما می توانید پریشانی کودکان را پیش بینی کنید و قدم هایی را برای کاهش دادن آن قبل از اینکه حتی به مطب دکتر برسید، بردارید.

شاید مهمترین چیزی که شما می توانید انجام دهید حفظ آرامش و خونسردی است. ترس و اضطراب شما به کودک شما عدم امنیت و ترس را القا می کند. اگر شما احساس می کنید که خودتان مضطرب شده اید، نفس های عمیق بکشید و ماهیچه های خود را شل نگه دارید.

-شایع ای ساکت کننده و آشنا با خود بیاورید، یک چیز مورد علاقه بچه، که به او آرامش دهد و حواسش را پرت کند.

-کودک خود را در خلال تزریق نگه دارید و با او صحبت کنید.

کودک خود را با در آغوش گرفتن و بغل کردن آرامش دهید. صدای شما حتی می تواند به کودک شما برای احساس امنیت کمک کند، بنابراین بزمنی نغمه ای آشنا سر دهید، یا در گوشی کلمات قوت قلب دهنده به او بگوئید.

-از شیشه و پستانک هم می توان استفاده کرد.

* آماده کردن کودکان بزرگتر برای تزریق

زمانی که کودک می تواند حرف بزند، شما می توانید برایش شرح دهید که چگونه تزریق او را محافظت می کند. کودکان چنین می نندارند که تزریق آسب رسان و حتی یک نوع تنبیه است. کودک خود را متقاعد به فهم این کنید که تزریق تنها راه دریافت برخی داروها و درمان بیماری او می باشد. صادق باشید و به بچه خود بگوئید که تزریق احتمالاً درد دارد. درد را به گزش یک حشره تشبیه کنید که شاید چند ثانیه طول بکشد. بچه هایی که می دانند برای گرفتن یک تزریق می روند بهتر

نکات مهم در مصرف فرآورده های آرایشی و بهداشتی

۵- افرادی که به فرآورده های آرایشی حساسیت دارند از فرآورده های هیپوآلرژیک (که در آن دراز حساسیت قابل قبول گزارش شده اند) استفاده نمایند.

۶- فرآورده های آرایشی چشم نسبت به دیگر فرآورده ها عمر مفید کمتری دارند. این دلیل ایجاد آلودگی توسط استفاده مکرر مصرف کننده است. لذا توصیه می شود سه ماه پس از باز شدن درب، تعویض شوند.

۷- در صورت خشک شدن فرآورده، از افزودن آب به آن خودداری گردد. زیرا آب سبب تخریب مواد نگهدارنده می شود.

۸- چنانچه رنگ، بو و شکل ظاهری فرآورده تغییر کرد دیگر قابلیت مصرف را ندارد.

۹- بدلیل استفاده مکرر، در مجاورت هوا بودن و آلودگی ناشی از انگشت، امکان آلودگی افزایش یافته و بسیاری از فرآورده ها قبل از تاریخ انقضاء دیگر قابلیت مصرف را ندارند. به هر حال، عمر مفید فرآورده های آرایشی بهداشتی بستگی به فرمولاسیون، طریقه نگهداری و چگونگی مصرف آنها دارد.

به هر محصولی که برای پاک کردن، جذاب کردن، یا تغییر دادن ظاهر بوسیله مالیدن، پاشیدن یا اسپری کردن روی بدن انسان بکار رود، فرآورده آرایشی بهداشتی می گویند. با توجه به فراوانی و افزایش روزافزون مصرف انواع این گونه فرآورده ها، چنانچه بصورت صحیح استفاده نشده و یا در شرایط مناسب نگهداری نشوند، می توانند به مصرف کننده آسیب رسانند. این آسیب ها ناشی از فعالیت میکروارگانیسم ها و یا تخریب فیزیکی و شیمیایی فرآورده است که سبب صدمه به مصرف کننده شده و افت کارایی و تهدید ایمنی را در پی دارد. لذا توصیه می شود مصرف کنندگان هنگام مصرف این فرآورده ها به نکات زیر توجه نمایند:

۱- هرگز فرآورده آرایشی بطور مشترک استفاده نشود.

۲- به غیر از زمان مصرف، درب آن کاملاً بسته باشد.

۳- دور از نور آفتاب نگهداری گردد. زیرا نور سبب تجزیه مواد نگهدارنده موجود (عامل حفظ فرآورده از آلودگی) و کاهش اثر آن می شود.

۴- تا حد امکان از بسته بندی کوچک استفاده شود.

کولیک نوزادان

دکتر محمدتقی صراف
استاد دانشگاه - متخصص اطفال



علامتی است که با گذشت زمان بهبود می یابد و خطری متوجه نوزاد نیست. کولیک، گریه ای است که در روز ۳ ساعت یا بیشتر ادامه می یابد ولی نوزاد سالم است و تغذیه اش خوب انجام می گیرد و معمولاً یک ماه بیشتر طول نمی کشد و نوزاد وزن طبیعی خود را می گیرد.

علامت کولیک

شروع و پایان آن مشخص است. گریه های کولیک شدیدتر از معمول است. با مسکن ها معمولاً برطرف نمی گردد. حساسیت نسبت به شیر گاو، روش تغذیه، عوامل روانی و دود سیگار در ایجاد کولیک مؤثر می باشند.

تشخیص کولیک

با رد سایر عواملی که باعث گریه طولانی نوزاد می شود تشخیص کولیک داده می شود. والدین باید بدانند که هیچگونه خطری متوجه نوزاد نیست و این حالت کاملاً طبیعی است. کم کردن مصرف شیر گاو و مشتقات آن در مادر و اصلاح تغذیه شیرخوار می تواند در تخفیف کولیک مؤثر باشد. داروی مؤثری وجود ندارد.

سام سمد

فصلنامه اختصاصی بیمارستان بنت الهدی
پهمن ماه ۱۳۸۶

صاحب امتیاز: بیمارستان بنت الهدی

مدیر مسئول: دکتر مجتبی رضایی

سرمدین: دکتر وحید رضا یاقوتکار

طراحی و صفحه آرایی:

محمد حسن پنجه بند (۰۹۱۵۵۰۰۹۸۰)

همکاران این شماره:

دکتر محمدتقی صراف، دکتر فاطمه فیض، دکتر سبحان عیسی زاده،

دکتر غلامرضا عباس زاده، دکتر اعظم قلندری، دکتر مهرداد کانی،

دکتر امیر مسعود رجب پور، دکتر پیام آهني، خانم مریم جهانی،

خانم طاهره رسولی، آقای محمد زهانی، خانم صبا شیر زور، خانم تکتم

گلایی، خانم الهه باغداری، خانم مریم عطایی، خانم فرناز فیروز کوهی

آدرس: مشهد - خ بهار - بیمارستان بنت الهدی

تلفن: ۵-۸۵۹۰۰۵۱

تلفن مستقیم مدیریت: ۸۵۲۲۲۱۴

فاکس: ۸۵۱۸۱۱۵

تلفن گویا: ۸۵۹۰۰۰۸