

13

پرستاری داخلي - جراحی

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

Parastar
Nursing Skills

فرآیند پرستاری



اتاق عمل و جراحی

Exclusive : Parastar.info

Parastar
Nursing Skills

مترجم: دکتر محمد ذوالعدل
مروت گیوی

Medical-Surgical Nursing

Demystified

راهنمای خود آموزی

فرآیند پرستاری

مراقبت های عمل و جراحی

نویسنده:

ماری دی گیولیو (Mary DiGuilio)

دونا جکسون (Donna Jackson)

مترجمین:

دکتر محمد ذوالعدل

مروت گیوی

۲۱۰۶ - مک گراوهیل

قابل توجه خوانندگان:

کتاب حاضر ترجمه خودآموز فرآیند پرستاری کتاب مرجع پرستاری داخلی - جراحی برونر و سودارث: بخش فرآیند پرستاری مراقبت از بیمار جراحی است. این مجموعه کتاب از ۱۵ جلد کتاب تشکیل شده است، توسط گروه ترجمه متون پرستاری ترجمه شده و به صورت رایگان در اختیار پرستاران و دانشجویان پرستاری قرار گرفته است. در این کتاب به دلایل فنی امکان درج تصاویر، نمودارها، جداول و لینک وجود



نداشت. بنابراین اگر مایل به مطالعه کامل مطلب هستید، به وبسایت <http://parastar.info> مراجعه نمایید. مطلب درج شده در وبسایت مرتب به روز رسانی شده و لینک های زیادی به فرهنگ تعریف واژه ها، داروشناسی، آناتومی و فیزیولوژی و ... وجود دارد.

برای دانلود جلد های دیگر این مجموعه [کلیک کنید](#).

هر گونه استفاده آکادمیک و پژوهشی از این کتاب مجاز است و استفاده اقتصادی از این کتاب یا درج کتاب در وبسایت های دیگر منوط به کسب مجوز از مدیریت وبسایت است.

منبع:

DiGiulio M., Jackson D., Keogh J. (2016) Medical-Surgical Nursing: Demystified, New York: McGraw-Hill.

ساختار کتاب

زمانی که اذسان به درد و ناراحتی غیرقابل تحمل مبتلا می شود می داند که باید به دنبال خدمات درمانی باشد، اما ارائه کنندگان خدمات درمانی چگونه متوجه می شوند که مشکل از کجا ست و چطور مشکل را رفع کنند، چطور سلامت بیمار را برگردانند، یا از درد و ناراحتی وی کم کنند. پاسخ این سئوالات به علائم و نشانه های بیمار و نتایج تست های تشخیصی بستگی دارد. در این وب سایت تلاش می شود که این علائم و نشانه ها معرفی شوند، نتایج تست های تشخیصی تفسیر شود، مداخلات پرستاری طراحی شده و به رفع مشکل یا تسکین درد و آلام بیمار کمک شود.

مطالب این قسمت (فرآیند پرستاری) در ۱۵ بخش ارائه می شود و هر بخش یکی از سیستم های اصلی بدن را پوشش می دهد. در هر بخش بیماری ها و اختلالات هر بخش از بدن بررسی می شود. شرح هر بیماری یا اختلال به صورت زیر تقسیم بندی می شود:

- مشکل چیست؟
- پیش آگهی
- علائم و نشانه های اصلی
- تفسیر تست های تشخیصی
- درمان
- تشخیص های پرستاری
- مداخلات پرستاری
- تست های تشخیصی حیاتی

در بخش مشکل چیست، شرح مختصری از طریقه ابتلای بدن به آن بیماری یا اختلال خاص آمده است. بخش پیش آگهی احتمال درمان بیماری و احتمال وقوع آسیب دائمی به سیستم مورد نظر بررسی می شود. باقیمانده بخش ها نیز اطلاعاتی به صورت لیست علائم و نشانه ها، تشخیص ها و غیره ارائه می کنند. این تقسیم بندی به شیوه ای انجام شده است

که یادگیری آنها ساده تر شده و همچنین به عنوان یک منبع سریع در دسترس پرستاران باشد.

وبگاه پرستار قصد دارد که بتدریج مطالب مختصر و مفیدی در مورد کلیه مهارت های تخصصی و عمومی پرستاری ارائه نماید. سپس به با گذر زمان مطالب مجدد مورد بسط و بررسی قرار گرفته و هر مطلبی به رشد کامل رسانده می شود. بنابراین لازم است که برای مطالعه یک مطلب مرتب سایت را چک نمود و از تغییرات جدید آگاه شد. روش دیگر عضویت در خبرنامه سایت پرستار و مطلع شدن از مطالب جدید اضافه شده به سایت است.

تقسیم بندی مطالب

مطالب بخش فرآیند پرستاری به صورت زیر تقسیم بندی شده است، تا پرستاران بتوانند براساس تخصص و حوزه فعالیت خود سریعتر به مطالب مورد نظر دسترسی پیدا کنند.

فصل ۱ - سیستم قلب و عروق

فصل ۲ - سیستم تنفسی

فصل ۳ - سیستم ایمنی

فصل ۴ - سیستم هماتولوژیک

فصل ۵ - سیستم عصبی

فصل ۶ - سیستم عضلانی - اسکلتی

فصل ۷ - سیستم گوارشی

فصل ۸ - سیستم غدد درونریز

فصل ۹ - سیستم ادراری - تناسلی

فصل ۱۰ - سیستم پوششی

فصل ۱۱ - مایعات و الکترولیت ها

فصل ۱۲ - بهداشت روانی

فصل ۱۳ - جراحی و اتاق عمل

فصل ۱۴ - بیماری های زنان

فصل ۱۵ - درمان درد

مقدمه

فصل ۱ - سیستم قلب و عروق

همین که نام قلب و عروق (CARDIOVASCULAR SYSTEM) به زبان می آید، افکار مختلفی به ذهن می رسد، هرچند این افکار با توجه به تجربه بیماران می تواند متفاوت باشد. نگاه مراقبین بهداشتی به علائم و نشانه های این سیستم متنوع است، زیرا سیستم قلب و عروق به عنوان شاهراه توزیع مواد غذایی و اکسیژن در سراسر بدن و جمع آوری و دفع دی اکسید کربن و فرآورده های جنبی متابولیک از ارگان های مختلف بدن نگریسته می شود. نارسایی سیستم قلب و عروق دارای تاثیر مرکبی بر بدن اس، زیرا با سایر سیستم های بدن در تعامل مستقیم است و زنجیره ای از واکنش ها را بوجود می آورد. مراقبت دهنده بایستی درک جامعی از سیستم قلب و عروق داشته باشد، تا بتواند علت مشکل بیمار را تعیین کند. در این فصل از فرآیند پرستاری شناسایی اختلالات قلب و عروق و اجرای مداخلات پرستاری متناظر با مشکلات که به برگردان عملکرد نرمال آن کمک کند؛ آموزش داده می شود.

فصل ۲ - سیستم تنفسی

سیستم تنفسی (RESPIRATORY SYSTEM) با تمامی سلول های بدن برای تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن در تعامل است، اکسیژن رسانی تمامی سلول های موجود در بدن را انجام می دهد. در این فصل بیماری ها و اختلالات سیستم تنفسی معرفی می شوند، مشکلات تنفسی، طریقه شناسایی این مشکلات و مراحل رفع مشکل و کمک به بهبود سیستم تنفسی بحث می شوند.

فصل ۳ - سیستم ایمنی

آخرین باری که دست خود را بریده اید، یا زخمی برداشته اید را بخاطر بیاورید. محل زخم متورم و قرمز می شود و ممکن است احساس گرمی کنید. این بخاطر تلاش سیستم

ایمنی (IMMUNE SYSTEM) برای بهبود زخم از طریق حمله به میکروارگانیسم‌هایی که احتمالاً به بدن حمله کرده‌اند؛ رخ می‌دهد. هرچند توانایی نبرد با بیماری‌ها و ترمیم زخم در نقص عملکرد سیستم ایمنی به مخاطره می‌افتد. در این فصل اختلالات سیستم ایمنی، علائم و نشانه‌های آنها و اقدامات پرستاری در کمک به بهبودی بیمار بحث می‌شوند.

فصل ۴ - سیستم خونی

سیستم هماتولوژیک (HEMATOLOGIC SYSTEM) سلول‌های خونی را تولید و در سراسر بدن به گردش در می‌آورد. هرگونه اختلال این سیستم می‌تواند عملکرد تمامی ارگان‌های بدن را به مخاطره بیاندازد. در این فصل به بررسی سیستم هماتولوژیک و اختلالات شایع آن پرداخته، مراقبت از بیماران مبتلا به مشکلات هماتولوژیک مورد بحث قرار می‌گیرد.

فصل ۵ - سیستم عصبی

سیستم عصبی (NERVOUS SYSTEM) مرکز فرمان بدن است و تکانه‌های عصبی را دریافت کرده و پاسخ صحیح بر می‌گرداند. در این فصل اختلالات سیستم عصبی که موجب نقص عملکرد این سیستم می‌شوند، بحث شده و مداخلات پرستاری لازم برای تسکین و تخفیف مشکلات عصبی بیماران معرفی می‌شوند.

فصل ۶ - سیستم عضلانی اسکلتی

سیستم عضلانی اسکلتی (musculoskeletal system) یک فرا ساختار در بدن است که قدرت و حرکت را برای انسان فراهم می‌کند. در این فصل اختلالات سیستم عضلانی اسکلتی و درمان و بازیافت عملکرد آنها را بحث می‌کنیم.

فصل ۷ - سیستم گوارشی

تغذیه و دفع فضولات بدن وظیفه سیستم گوارشی (gastrointestinal system) است. هرگونه اختلال عملکرد این سیستم می‌تواند توانایی بدن در ذخیره کربوهیدرات‌ها، چربی‌ها و

پروتئین ها را مختل کند، که همگی برای انرژی بخشیدن به بدن لازم هستند. در این فصل اختلالات و راهکارهای مبارزه با آنها را بحث می کنیم.

فصل ۸ - سیستم آندوکراین

سیستم آندوکراین یا غدد درونریز (endocrine system) پیغام رسان بدن هستند. این سیستم پیام هایی را خاموش و روشن می کند که اعمال احشای بدن را کنترل می کنند. اختلال غدد درونریز با هرج و مرج بدن همراه است، پیام ها در مسیر غلط ارسال و قطع و وصل می شوند. در این فصل اختلالات سیستم غدد درونریز بحث و بررسی می شوند.

فصل ۹ - سیستم ادراری تناسلی

ارگان های تناسلی و سیستم ادراری از یک منشأ جنینی هستند، به همین خاطر تحت عنوان سیستم ادراری تناسلی (genitourinary system) مطرح می شوند. اختلال سیستم ادراری تناسلی منجر به اختلالات زیادی می شود که بعضی در یک جنس دیده می شوند. در این فصل این اختلالات و درمان و فرآیند پرستاری آنها بحث می شود.

فصل ۱۰ - سیستم پوششی

بیماری ها و اختلالات سیستم پوششی (INTEGUMENTARY SYSTEM) موجب می شود که بدن در معرض هجوم ویروس ها، باکتری ها و سایر میکروارگانیسم ها قرار گیرد، زیرا اولین سد دفاعی بدن (پوست) دچار گسستگی می شود. در این فصل نگاهی به بیماری ها و اختلالات سیستم پوششی و راه های رفع و تسکین آنها می اندازیم.

فصل ۱۱ - مایعات و الکترولیت ها

حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها برای عملکرد صحیح بدن ضروری است. عدم تعادل آنها موجب می شود که بدن نیاز خود را از جاهای دیگر جبران کند، که اثر ریبیلی در سایر

ارگان ها و سید ستم های بدن خواهد داشت. در این فصل مایعات و الکترولیت ها، اختلال و عدم تعادل آنها، راه های بازیافت تعادل مایعات و الکترولیت های بدن بحث می شود.

فصل ۱۲ - بهداشت روانی

اختلالاتی که روی ذهن و روان تاثیر دارند، بر فعالیت های روزمره تاثیر گذاشته و منجر به رفتارهای خود تخریبی می شوند. در این فصل اختلالات بهداشت روان بحث، سازماندهی و راه های کمینه سازی تاثیر آنها بر بدن بیمار بحث می شوند.

فصل ۱۳ - مراقبت حین عمل

درمان جراحی معمولاً یک درمان رادیکال اما ضروری برای وضعیت ها و بیماری های خاص است. هرچند جراحی بیمار را در معرض مجموعه ای از اختلالات قرار می دهد که در صورت عدم جراحی رخ نمی دهند، اما ضرورت جراحی بیشتر است. در این بخش این اختلالات و راه های مقابله با آنها را بحث می کنیم.

فصل ۱۴ - بهداشت زنان

در این فصل دامنه ای از بیماری ها را بحث می کنیم که زنان را مبتلا می کند. تشخیص، درمان دارویی، مداخلات پرستاری و راه های رفع و تسکین این مشکلات بحث خواهد شد.

فصل ۱۵ - درمان درد

درد در بسیاری از اختلالات دیده می شود و برای جلوگیری از اثرات سوء آن بر سلامت و به زیستی بیماران، بایستی درد کنترل شود. در این فصل تکنیک های درمان درد بحث می شوند.

فهرست مندرجات

صفحه	عنوان
۱۲	مراقبت از بیمار جراحی (Perioperative Care)
۱۵	دوره قبل از عمل (The Preoperative Period)
۱۹	دوره حین عمل (The Intraoperative Period)
۲۳	دوره پس از عمل (The Postoperative Period)
۲۶	عوارض قلبی عروقی (Cardiovascular Complications)
۲۹	عوارض تنفسی (Respiratory Complications)
۳۲	عفونت (Infection)
۳۴	عوارض گوارشی (Gastrointestinal Complications)

مراقبت از بیمار جراحی (Perioperative Care)

مراقبت ایده آل از بیمار جراحی از زمانی شروع می شود که بیمار مطلع می شود که به جراحی نیاز دارد. رویه جراحی ممکن است یک واقعه ناگهانی و غیر قابل انتظار برای بیمار باشد، که استرس و اضطراب شدیدی به همراه دارد مثل جراحی لازم پس از تروما و تصادف یا ممکن است رویه ای از قبل برنامه ریزی شده باشد مثل لیپوساکشن (liposuction). هر چه بیمار زمان بیشتری برای آمادگی جسمی و عاطفی داشته باشد، بهتر قادر خواهد بود که با استرس های فیزیولوژیک ناشی از جراحی سازگار شود. پرستاران در موقعیت مراقبت از این بیماران قرار دارند، آموزش های ضروری را عرضه می کنند، به عنوان وکیل بیمار عمل می کنند و رفتارهای ارتقای سلامتی را تشویق می کنند.

طبقه بندی جراحی (Surgical Classifications)

انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا رویه های جراحی را براساس درجه ریسک جراحی برای بیمار طبقه بندی کرده اند. فوریت، موضع، وسعت و دلیل انجام رویه همگی در نظر گرفته شده است، علاوه بر سن، وضعیت قلبی عروقی، تنفسی و عصبی، اختلالات آندوکراین، بدخیمی ها، وضعیت تغذیه ای، تعادل آب و الکترولیت ها، یافته های غیر طبیعی آزمایشگاهی، علائم حیاتی غیر طبیعی و وجود عفونت. ریسک انجام جراحی در مقابل ریسک انجام ندادن جراحی مقایسه می شود. مواردی وجود دارد که ریسک جراحی فوق العاده بالا است، اما بیمار مطمئناً خواهد مرد اگر که جراحی انجام نشود (مثلاً بیمار مبتلا به خونریزی داخلی غیرقابل کنترل ناشی از شلیک گلوله یا چاقو خوردگی).

موضع آناتومیک جراحی روی درجه ریسک جراحی برای بیمار موثر است. رویه های جراحی که در داخل قفسه سینه یا جمجمه بیمار انجام می شود نسبت به رویه هایی که روی اندام ها انجام می شود، ریسک بالاتری برای بیمار دارد. رویه های جراحی ارگان های حیاتی مثل قلب، ریه یا مغز ریسک بالاتری دارد. رویه هایی که با احتمال خونریزی همراه هستند از قبیل جراحی عروقی نیز با ریسک بالاتری همراه هستند.

درجه فوریت جراحی در سه گروه اورژانسی (emergent)، فوری (urgent) و انتخابی (elective) دسته بندی می شود. رویه های اورژانسی آن دسته از جراحی هایی است که بلافاصله بعد از تشخیص نیاز به جراحی انجام می شوند. نمونه ای از جراحی اورژانسی مثل جراحی خونریزی ناشی از تروما، گلوله، چاقو خوردن یا پارگی آنوریسم آئورت است. رویه های فوری پس از تعیین نیاز به جراحی برنامه ریزی می شوند. مثل رویه درآوردن تومور یا خارج کردن سنگ کلیه. رویه های انتخابی آن دسته از جراحی هایی است که از قبل برنامه ریزی می شوند و هم برای بیمار و هم جراح راحت تر هستند. عقب انداختن جراحی انتخابی برای یک یا دو هفته به بیمار صدمه نمی زند. جراحی تعویض مفصل یا جراحی زیبایی نمونه ای از جراحی انتخابی هستند.

و *سعت جراحی* نیز بر ریسک جراحی برای بیمار تاثیر دارد. هر چه رویه جراحی و سيع تر باشد، ریسک بالقوه رویه برای بیمار بیشتر خواهد بود. رویه های جراحی و سيع بیشتر به بدن بیمار تعرض می کنند و عمدتاً با طول مدت بیهوشی طولانی تری همراه هستند. بیهوشی نیز می تواند به سیستم های بدن بیمار استرس وارد کند، با داروهای موجود در سیستم بیمار تداخل کرده، و بایستی متابولیزه شده و از بدن دفع شود.

دلیل جراحی شیوه دیگری برای دسته بندی رویه های جراحی است. هدف از جراحی ممکن است تشخیص (diagnostic)، علاج (curative)، بازسازی و ترمیم (restorative)، تسکینی (palliative) یا زیبایی (cosmetic) باشد. رویه های تشخیصی برای گرفتن بیوپسی برای تشخیص قطعی یک توده انجام می شود. رویه های علاجی برای برداشتن یک ناحیه بیمار از قبیل لامپکتومی (lumpectomy) سرطان سینه یا آپاندکتومی در آپاندیسیت انجام می شوند. جراحی های ترمیمی برای بازسازی و برگرداندن عملکرد انجام می شوند از قبیل جراحی تعویض مفصل. رویه های تسکینی شامل آندسته از جراحی هایی است که عمدتاً برای راحتی و آسایش بیمار انجام می شوند از قبیل جراحی کم کردن حجم تومور (tumor debulking). رویه های جراحی شامل آندسته از جراحی هایی است که به درخواست بیمار انجام می

شوند، گاهی ممکن است یک رویه جراحی زیبایی در طبقه ترمیمی نیز قرار بگیرد (مثل ترمیم آ سیب ناشی از سوختگی یا رفع نقص های مادرزادی)، یا در رده علاج یا تشخیصی باشد (مثل برداشتن سرطان پوست).

دوره جراحی (perioperative) را می توان به سه بخش تقسیم کرد: دوره قبل از عمل (preoperative)، دوره حین عمل (intraoperative) و دوره پس از عمل (postoperative) که از جراحی تا ریکاوری است.

دوره قبل از عمل (The Preoperative Period)

دوره قبل از عمل برای آماده سازی جسمی و روانی بیمار برای عمل استفاده می شود. این زمانی است ایده آل برای رفع ناهنجاری هایی که ممکن است روی رویه تاثیر بگذارند. بیمارانی که برای جراحی برنامه ریزی شده اند که انتظار می رود خونریزی زیادی وجود داشته باشد، در این دوره می توانند خون به بانک خون اهدا کرده و خون لازم حین عمل را رزرو کنند، آهن، اسید فولیک و ویتامین B₁₂ و ویتامین C مصرف کنند تا به تولید سلول های قرمز خون کمک شود. در این دوره آمادگی های قبل از عمل انجام می شود، رضایت نامه آگاهانه گرفته می شود، آموزش های قبل از عمل داده می شود.

برائت قبل از عمل (preoperative clearance)

برائت قبل از عمل به عهده مراقبت دهنده اولیه بیمار است که معمولاً پزشک معالج یا پرستار درمانگر است که آشنایی کامل با تاریخچه طبی و وضعیت جاری بیمار دارد و قادر است به اندازه کافی ریسک ناشی از جراحی برای بیمار را بررسی کند. این بررسی و شناخت ریسک قبل از عمل موجب جراحی ایمن و مطمئن تر برای بیمار می شود. در تعیین ریسک جراحی و برائت قبل از عمل موارد زیر بایستی در نظر گرفته شود: نوع جراحی برنامه ریزی شده، احتمال دفع خون در حین جراحی، سن بیمار، وضعیت عمومی و بیماری های همزمان، سابقه طبی و جراحی قبلی، داروهای جاری، مصرف داروهای گیاهی یا مکمل ها، نوشیدن الکل، مصرف مواد، سیگار کشیدن، آلرژی ها، سابقه خانوادگی از جمله مشکلات مرتبط با جراحی مورد نظر و همچنین نتایج تست های تشخیصی و آزمایشات آزمایشگاهی.

مطالعات تشخیصی اغلب شامل CBC (برای شناسایی آنمی یا نشانه های عفونت)، شیمی خون (برای شناسایی عدم تعادل الکترولیت ها، ناهنجاری گلوکز، اختلال عملکرد کبدی یا کلیوی)، تجزیه ادرار (برای شناخت عفونت، وجود پروتئین یا گلوکز در ادرار)، PT/INR/PTT (برای شناخت اختلالات احتمالی انعقادی)، نوار قلب (برای بررسی ریتم قلب یا وجود آسیب میوکارد)، رادیوگرافی قفسه سینه (برای شناسایی پاتولوژی ریوی یا بزرگی قلب)، تست های

عملکرد ریوی (برای تعیین وضعیت تنفسی و اختلالاتی از قبیل آسم یا آمفیزم)، تصاویر CT اسکن، MRI، PET، تست ورزش با توجه به سابقه بیماری و نوع جراحی ممکن است انجام شود که بایستی نتایج بررسی و بیمار از وجود ریسک های مازاد بر جراحی برآنت شود.

رضایت نامه آگاهانه (informed consent)

قبل از هر رویه تهاجمی یا رویه خطرناک بایستی رضایت نامه آگاهانه از بیمار گرفته شود. دلیل جراحی، نوع جراحی، و سعت جراحی که انجام خواهد شد، ریسک های احتمالی رویه، شخصی که رویه را انجام می دهد، گزینه های بدیل و ریسک های مربوطه، ریسک های مرتبط با بیهوشی بایستی همگی برای بیمار شرح داده شوند. اطمینان یافتن از آگاهی کامل از رویه و ریسک های مربوطه جز مسئولیت های جراح است. بیمار بایستی بالغ و عاقل باشد که بتواند خودش رضایت نامه را امضا کند. اگر بیمار دارویی مصرف می کند که توانایی قضاوت وی را تحت تاثیر قرار می دهد، امضای وی برای رضایت نامه معتبر نیست. پرستار بایستی شاهد امضای فرم رضایت نامه توسط بیمار باشد.

آموزش قبل از عمل (preoperative teaching)

شرح روتین های معمول قبل از جراحی برای بیمار می تواند کمک کننده باشد، بدینوسیله بیمار می داند که چه انتظاری باید داشته باشد. پرستار لازم است که با نوع رویه جراحی آشنا بوده و آنچه که در طول دوره عمل انتظار می رود را بشناسد. وسعت جراحی، نوع برش، وجود لوله ها یا درن ها، سطح درد مورد پیش بینی پس از جراحی همگی در تعیین نوع آموزش ضروری برای بیمار می تواند کمک کننده باشند.

انتظار می رود که بیمار قبل از عمل ناشتا باشد، اجازه خوردن یا نوشیدن برای چندین ساعت قبل از عمل را ندارد. قالب زمانی ناشتایی به نوع و وسعت رویه، نوع بیهوشی، زمان جراحی بستگی دارد. استثنای قاعده NPO برای بیمارانی است که داروی خوراکی خاصی را مصرف می کند که لازم است حتما صبح قبل از جراحی مصرف کند. داروهای قلبی عروقی،

دیابت و داروهای خاص دیگر لازم است که مصرف شوند حتی اگر بیمار چیز دیگری مصرف نکند.

قبل از جراحی از بیمار رگ گیری شده و مسیر دسترسی وریدی آماده می شود. می توان از این مسیر برای بیمار مایعات تجویز کرد. این خط وریدی همچنین امکان تجویز داروهای وریدی برای اثر سریع تر را می دهد. معمولاً به طور روتین مایعات وریدی از داخل اتاق عمل شروع می شود. در رویه های وسیع ممکن است بیمار تا چند روز بعد از عمل مایعات وریدی بگیرد.

آمادگی پوست ممکن است فقط شامل شستشوی موضع عمل با محلول ضد میکروبی در اتاق عمل باشد. ممکن است بیمار به تراشیدن موهای موضع جراحی نیاز داشته باشد. ممکن است با توجه به خواست بیمار توسط تیغ، ماشین ریش تراش یا مواد موبر (depilatory agent) انجام شود. مهمترین نکته این است که موضع جراحی دچار خراش یا بریدگی نشود. خراشیدگی یا برش های کوچک ناشی از شیو کردن در موضع جراحی به مسیری بالقوه برای عفونت تبدیل می شود. مواد موبر ممکن است سوزنده بوده و پوست بیمار را بسوزاند یا موجب تحریک پوست یا راش شود. تست لکه ای جزئی ماده موبر می تواند کمک کننده باشد بخصوص در بیمارانی که دارای حساسیت یا سابقه شناخته شده آلرژی هستند.

بیمارانی که در لیست عمل مجاری گوارشی تحتانی و روده قرار دارند، آمادگی روده ای بایستی قبل از جراحی انجام شود. اینکار برای کاهش شمارش باکتری داخل مجرای روده انجام می شود. همچنین تخلیه روده انجام می شود تا روده قبل از جراحی و قبل از ایجاد برش جراحی خالی باشد، چه روده بزرگ و چه کوچک. هر دوی این آمادگی ها به کاهش احتمال عفونت پس از عمل کمک می کنند. در بیمارانی که پس از عمل لوله یا درن خواهند داشتند، شرح ساده آنچه که انتظار می رود موجب کاهش اضطراب بیمار خواهد شد.

آماده بودن داروهای مسکن در اتاق عمل و دوره بعد از عمل بایستی برای بیمار شرح داده شود. در بسیاری از موارد خود بیمار قادر به مدیریت داروی مسکن است. در رویه

های سرپایی، بیماران ممکن است مسکن خوراکی قبل از عمل بگیرند. بدین طریق داروی مسکن از قبل تهیه شده و بعد از انتقال بیمار به منزل، داروی مسکن آماده است. در بیمارستان بسیاری از بیماران بعد از عمل مسکن تزریقی می گیرند یا مسکن وریدی تحت کنترل بیمار که PCA نامیده می شود، در دسترس است و بیمار با توجه به میزان درد خود می تواند پمپ را تنظیم کند. معمولاً یک دوز کوچک نارکوتیک برای بیمار تزریق می شود. این بیماران می توانند هرگاه درد داشتند، دکمه تزریق داروی مسکن را فشار دهند. اگر بیمار نیاز به دارو داشته باشد، یک دوز تجویز می شود و اگر نیاز نداشته باشد، دارو برایش تزریق نمی شود.

انتقال بیمار (transfer of the patient)

بیشتر تسهیلات بیمارستانی و درمانی دارای یک چک لیست قبل از عمل هستند که به پرستار کمک می کند اجزا و اقدامات مورد نیاز بیمار را قبل از ارسال بیمار به اتاق عمل بررسی و چک کند. تمامی اسناد مرتبط از قبیل رضایت نامه آگاهانه، پرونده، آزمایشات و عکس ها به همراه بیمار به اتاق ارسال می شود.

دوره حین عمل (The Intraoperative Period)

دوره حین عمل شامل مدت زمانی است که بیمار در اتاق عمل و تحت رویه جراحی است. در این دوره بیشترین تمرکز روی پیشگیری از آلودگی و محافظت از بیمار است. در اتاق جراحی پرسنل لباس مخصوص اسکراب می پوشند. کلاه جراحی موهای پرسنل را کامل می پوشاند. آنها پوشش کفش برای پیشگیری از انتقال باکتری یا آلودگی از سایر قسمت های اتاق عمل به اتاق جراحی استفاده می کنند.

تیم جراحی (surgical team)

اعضای تیم جراحی شامل جراح، کمک جراح، متخصص بیهوشی، پرستار سیرکولار، پرستار اسکراب یا تکنسین اتاق عمل و پرستار انتظار است. جراح پزشکی است که جراحی را انجام خواهد داد. دستیار جراح نیز جراح دیگر، رزیدنت جراحی یا یک پرستار RN است که به جراح کمک می کنند. شخصی که بیمار را بیهوش کرده و علائم حیاتی بیمار را پایش می کند یا متخصص بیهوشی (پزشک) یا پرستار هوشبری (CRNA) و یا تکنسین هوشبری است. پرستار در گردش (سیرکولار) پرستار کارشناسی است که به عنوان وکیل بیمار عمل می کند، ارقام لازم برای رویه را تهیه و تامین می کند، اطمینان حاصل می کند که کلیه مطالعات آزمایشگاهی و تست های تشخیصی و فرآورده های خونی انجام و آماده است. در صورت نیاز تخت عمل را آماده می کند، به بیمار وضعیت می دهد (در صورت لزوم زیر زوائد استخوانی را پد گذاری می کند) و پوست ناحیه عمل را قبل از وضعیت دهی تمیز می کند. پرستار اسکراب یا تکنسین اتاق عمل میدان استریل را می چیند، به درپ بیمار کمک می کند، تجهیزات استریل را به دست جراح می دهد و وسایل استفاده شده را از جراح می گیرد. پرستار در گردش و پرستار اسکراب (یا تکنسین اتاق عمل) با همدیگر تمامی تجهیزات، گازها، وسایل تیز مورد استفاده در میدان جراحی را شمارش می کنند. این شمارش قبل، حین و پس از جراحی انجام می شود. پرستار اتاق نگهداری یا انتظار کسی است که مراقب بیمار است که به اتاق عمل آورده شده است اما هنوز آماده رفتن به اتاق جراحی نیست.

ممکن است چندین بیمار را همزمان اداره کند و می تواند به انتقال بیمار و حفظ ایمنی بیمار کمک کند.

اعضای تیم قبل از ورود به اتاق جراحی اسکراب می کنند. قبل از شروع اسکراب، اعضای تیم ماسک و عینک می پوشند. اسکراب جراحی معمولاً زمانبر بوده و از نوک انگشتان تا دو اینچ بالای آرنج کاملاً اسکراب می شود. اسکراب موجب تمیز شدن پوست می شود اما استریل نمی کند. پس از اسکراب پوست با حوله استریل خشک می شود. گان استریل و دستکش استریل پوشیده می شود. جلوی گان از دو اینچ زیر گردن تا بالا کمر و از آرنج تا مچ دست استریل محسوب می شود. پرستار سیرکولار گان و دستکش خود را پوشیده و سپس به دیگر اعضای تیم در پوشیدن گان و دستکش کمک می کند، همانطور که بعد از اسکراب وارد اتاق جراحی می شوند.

ریسک صدمه (risk for injury)

در حین عمل بیمار بیهوشی بوده و نمی تواند در مورد بخش هایی از بدن که تحت فشار هستند، به شما اطلاع بدهد. بیمار طوری وضعیت دهی می شود که بیشترین میدان ممکن برای دید جراح ایجاد شود. گاهی اوقات این مسئله موجب می شود که بیمار در وضعیت غیر طبیعی قرار گیرد یا اندام های وی در وضعیتی غیر معمول قرار داده شود. میز عمل طوری پد گذاری شده است که حداقل فشار به بیمار وارد شود. ممکن است در قسمت های خم شده یا زوائد استخوانی پد اضافه گذاشته شود تا ریسک زخم فشاری یا آسیب عصبی در اثر وضعیت دهی به حداقل برسد.

در طی جراحی بیمار ممکن است دما از دست بدهد. بیماری که به اتاق عمل فرستاده می شود تنها یک گان بیمارستانی به تن دارد، که ممکن است با توجه به موضع تحت جراحی کنار زده شود. برای رعایت حریم بیمار، درپ اتاق عمل انجام می شود و تنها موضع تحت جراحی باز می ماند. دمای اتاق عمل اندکی خنک نگهداری می شود زیرا نرخ تبادل هوا در داخل اتاق جراحی از سایر اتاق ها بیشتر است (برای کاهش شمارش باکتری ها)، و پرسنل

لباس بیشتری می پوشند. در جراحی هایی که انتظار کاهش دمای بدن بیمار وجود دارد از قبیل جراحی وسیع و باز یا طولانی، بایستی تمهیدی برای گرم شدن بیمار اندیشیده شود.

در پایان جراحی زخم بسته می شود. بستن زخم به صورت نزدیک کردن دو لبه و دوختن یا چسب کردن انجام می شود تا از ورود آلودگی پیشگیری شود. بستن زخم ممکن است توسط بخیه (جذب شدنی یا جذب نشدنی)، منگنه، چسب یا نوار بستن پوست انجام شود. بخیه های غیر قابل جذب و منگنه بایستی بعداً کشیده شوند.

ممکن است در نزدیکی موضع جراحی درن کار گذاشته شود، اگر ترشح چشمگیر زخم انتظار می رود. بعضی از درن ها به اتصال ساکشن، تعدادی خود ساکشنی و بعضی به ساکشن با جاذبه زمین نیاز دارند. موضع زخم با پانسمان پوشانده می شود، قبل از اینکه بیمار به خارج از اتاق جراحی انتقال داده شود.

بی‌هوشی (Anesthesia)

بی‌هوشی ممکن است به صورت عمومی یا از طریق منطقه ای (در جراحی های بزرگ) یا آرامبخشی (در رویه های کوچک) انجام شود. بی‌هوشی عمومی بیمار را بی‌هوش کرده و قادر به تنفس خودبخودی نیست، درک درد نیز بلوک می شود. بیمار بایستی اینتوبه شود و به صورت مکانیکی در طی بی‌هوشی تهویه شود. بی‌هوشی ناحیه ای از طریق بلوک عصبی، بی‌هوشی اپیدورال یا اسپینال انجام می شود. زمانی که ماده بی‌حس کننده به ناحیه مجاور عصب خاص یا دسته عصبی تزریق شد، بلوک عصبی و درد رخ می دهد. بافت عصبی بی‌حس می شود، و به طور موثری بدون درد می شود. در بی‌هوشی اپیدورال، ماده بی‌حس کننده به فضای اپیدورال در نزدیکی ستون فقرات تزریق می شود که معمولاً در نواحی تحتانی لومبار تزریق می شود. اعصاب بی‌حس شده و بدون درد می شوند. این نوع بی‌هوشی بیشتر برای زایمان استفاده می شود اما ممکن است برای هر رویه دیگری انجام شود. وضعیت دهی بیمار بسیار مهم است، زیرا جاذبه موجب می شود که ماده بی‌هوشی یا

بی حس کننده جابجا شود. بیمار بایستی برای پیشگیری از نشت مایع مغزی نخاعی از موضع تزریق، تخت بخوابد.

دوره پس از عمل (The Postoperative Period)

پس از جراحی بیمار وارد دوره پس از عمل می شود. دوره بلافاصله پس از عمل مستلزم پایش دقیق بیماری است که از بی هو شی بیرون می آید. بیمار سپس به بخش روز جراحی برای ترخیص یا بخش بستری برای مراقبت ارسال می شود. پس از ترخیص از بیمارستان، بیمار ممکن است به مراقبت در منزل نیاز داشته باشد. برگشت کامل فعالیت ها ممکن است چند هفته طول بکشد.

مراقبت پس از بیهوشی (postanesthesia care)

بیمار پس از عمل برای پایش و مراقبت دقیق به بخش مراقبت پس از بیهوشی (PACU) ارجاع می شود. بررسی و شناخت اولیه روی ABC متمرکز است: راه هوایی، تنفس، گردش خون. راه هوایی، تبادل گازی، پالس اکسیمتری، اکسیژن رسانی، استفاده از عضلات فرعی تنفسی، صداهای تنفسی مورد بررسی و پایش قرار می گیرد. بیمار ممکن است در اثر ادم یا اسپاسم برونش دچار استریدور شود. وضعیت قلبی و عروقی بعد بررسی می شود. علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه یکبار بررسی و پایش می شود تا زمانیکه تثبیت شود؛ نبض، فشار خون، ریتم قلب پایش می شود.

زخم جراحی از نظر نشانه های زشت یا خونریزی بررسی می شود. پانسمان بیمار چک می شود. درن ها از نظر داشتن خروجی و باز بودن بررسی می شود. لوله هایی که نیاز است به ساکشن وصل شوند (از قبیل لوله بینی معده ای یا نازوگاستریک) متصل می شوند. مایعات دریافتی و ریدی پایش می شوند.

بررسی و شناخت نورولوژیک برای تعیین سطح هوشیاری انجام می شود. پس از بیهوشی عمومی، بیمار پید شرفت قابل پیش بینی برای برگشت هوشیاری خواهد داشت. در ابتدا تحریک پذیری عضلانی وجود دارد و سپس بی قراری با شروع درد آغاز می شود و در نهایت توانایی استدلال و کنترل رفتار بر می گردد. پاسخ مردمک پایش می شود، به دنبال

پاسخ دو طرفه مساوی به نور باشید. پاسخ های حرکتی پایش می شوند، ابتدا به دنبال پاسخ هدفمند به محرک درد بوده و در ادامه به دستورات پاسخ می دهد. درمان درد در این مرحله شروع می شود. همانطور که ماده بیهوشی دفع می شود، بررسی و شناخت سطح درد بیمار اهمیت دارد. ممکن است از طریق اطلاعات عینی که بیمار هوشیار می دهد و یا از طریق نشانه های غیر عینی در بیماری که کاملاً هوشیار نیست، تعیین شود. تغییرات علائم حیاتی (بالا رفتن نبض و فشار خون)، تغییر حرکتی، شکایات بیمار پایش شود. سطح درد مورد انتظار را می توان از نوع جراحی پیش بینی کرده و یک دوز شروعی به بیماری که از بیهوشی خارج می شود، تجویز کرد.

و وضعیت گوارشی از نظر وجود تهوع یا استفراغ پایش می شود. این می تواند واکنش یا عارضه جانبی بیهوشی باشد. نفخ شکم و وجود صداهای روده بررسی شود. درناژ لوله معده (نازوگاستریک) بررسی شود، به مقدار و رنگ ترشحات توجه شود.

نتایج آزمایشات پایش می شود. سطح الکترولیت ها، هموگلوبین و هماتوکریت، ازت اوره خون و کراتینین، گازهای خون شریانی (ABGs) یا مطالعات دیگر ممکن است در دوره بلافاصله پس از جراحی لازم باشد. تست های تشخیصی ضروری به سابقه بیمار، خون از دست رفته در طی جراحی و نوع عمل انجام شده بستگی دارد.

پس از ریکاوری اولیه، بیماری که تثبیت شده است به بخش پس از جراحی منتقل می شود. در بیمارانی که همان روز عمل ترخیص می شوند: علائم حیاتی گرفته می شود اما نه به دفعات قبل. وضعیت عملکرد تنفسی و قلبی عروقی پایش می شود. ریتم قلب دیگر پایش نمی شود. پانسمان از نظر ترشح چک می شود. صداهای روده چک می شود. مایعات صاف شده به بیمار داده می شود اگر که تهوع نداشته باشد. بیماران از نظر خروجی ادرار قبل از ترخیص بررسی می شوند.

بیمارانی که در بیمارستان بستری می شوند، پس از به هوش آمدن و تثبیت وضعیت به بخش جراحی منتقل می شوند. علائم حیاتی، وضعیت تنفسی، قلبی عروقی چک می شود.

پاذسمان از نظر هر گونه ترشح چک می شود. لوله های تخلیه از نظر داشتن خروجی پایش می شوند. خطوط دسترسی وریدی از نظر نشانه های دشت و داشتن ریت جریان مناسب بررسی می شوند. علائم حیاتی پایش می شود. بعضی از بیماران هنوز پس از جراحی تحت تهویه مکانیکی هستند که بایستی کنترل شوند.

عوارض پس از عمل (postoperative complications)

تمرکز مراقبت در تمامی بیماران پس از عمل شناسایی عوارض است. عوارض معمول پس از عمل شامل عوارض قلبی، تنفسی، گوارشی و عفونت است. که در ادامه به تفکیک بحث می شوند.

عوارض قلبی عروقی (Cardiovascular Complications)

مشکل چیست؟

بیماران ممکن است در اثر استرس فیزیولوژیک جراحی، عوارض جانبی داروهای بیهوشی یا سایر داروها، یا بیماری های همزمان دچار عوارض قلبی و عروقی شوند. احتمال بروز انفارکتوس میوکارد (MI)، آریتمی های قلبی یا افت فشار خون (هیپوتانسیون) در طی دوره بلافاصله پس از جراحی وجود دارد. زمانی که بیمار برای اولین بار پس از جراحی از تخت خارج می شود، بهتر است که ابتدا کنار تخت بنشینند قبل از اینکه بلند شود تا از افت فشار خون و احساس سرگیجه در اثر افت فشار خون و وضعیتی پیشگیری شود. ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) از عوارض عروقی تاخیری است که با التهاب و کاهش تحرک پس از جراحی در ارتباط است.

علائم و نشانه ها

- درد قفسه سینه که ممکن است به کمر، گردن، فک یا دست ها تیر بکشد، حاصل ایسکمی در MI است
- تنگی نفس در اثر اختلال برونده قلبی و خونرسانی بافتی
- سرگیجه یا سبکی سر در اثر کاهش برونده قلبی و خونرسانی بافت مغزی یا آریتمی قلبی
- طپش قلب ناشی از آریتمی قلبی
- آریتمی قلبی در اثر تحریک پذیری میوکارد - احتمالاً در اثر ایسکمی، عوارض جانبی داروها یا عدم تعادل الکترولیت ها
- فشار خون پایین در اثر کاهش برونده قلبی
- درد یک طرفه پشت ساق پا و تورم اندام تحتانی در اثر DVT

تفسیر نتایج تست ها

- بالا رفتن سطح تروپونین در MI

- نوار قلب نشانگر بالا رفتن قطعه ST یا معکوس شدن موج T در اثر کاهش اکسیژن رسانی به بافت میوکارد است.
- در مانیتور قلبی یا KCG آریتمی دیده می شود
- فشار خون کمتر از سطح نرمال است
- سونوگرافی داپلر (Doppler ultrasound) اندام نشانگر وجود لخته در داخل رگ است

درمان

- پایش ریتم قلبی
- تجویز داروهای ضد آریتمی برای تثبیت ریتم قلبی
- تجویز مایعات وریدی برای افزایش حجم خون در گردش برای بالا بردن فشار خون
- تجویز داروهای رقیق کننده خون برای کاهش احتمال وقوع لخته یا بزرگ شدن لخته موجود:

- هپارین (heparin)
- هپارین با وزن ملکولی کم (low-molecular weight heparin)
- وارفارین (warfarin)

تشخیص های پرستاری

- کاهش برونده قلبی
- گردش خون ناموثر قلبی ریوی
- گردش خون ناموثر بافت های محیطی
- اختلال تحرک جسمی

مداخلات پرستاری

- پایش علائم حیاتی از نظر هر گونه تغییر
- بررسی فشار خون خوابیده و نشسته برای تعیین تغییرات وضعیتی (هیپوتانسیون ارتواستاتیک)

- پایش وضعت قلبی عروقی از نظر ریتم قلبی، صداهای قلب، نبض های محیطی، پرشدگی مویرگی، کمبود نبض
- بررسی و شناخت اندام ها از نظر ادم محیطی
- سؤال از بیمار در مورد درد یا گرفتگی و سفتی عضله پشت ساق پا
- پایش موضع دسترسی وریدی از نظر نشت
- تشویق به تحرک و تمرینات پا برای پیشگیری از وقوع DVT
- پایش استفاده مناسب از جوراب کشی یا وسایل کمپرس متناوب در دوره پس از عمل

عوارض تنفسی (Respiratory Complications)

بیماران دارای مشکل تنفسی قلبی، چاقی، رویه های جراحی قفسه سینه (توراسیک) و یا بالای شکم در خطر بالاتر ابتلا به مشکلات تنفسی پس از عمل هستند.

مشکل چیست؟

پس از جراحی بیمار بی حرکت است. این کاهش فعالیت جسمی منجر به کاهش حرکات دیواره قفسه سینه و حرکات دیافراگم می شود، که نتیجه اش کاهش مقدار تبادل هوا است. کیسه های آلوئولی کولاپس شده و منجر به نواحی آتلکتازی می شود.

داروهای مسکن می توانند روی وضعیت تنفسی بخاطر کاهش نیروی محرک تنفسی تاثیر بگذارند. بیمار در ریسک بالاتر عوارض تنفسی ممکن است دچار پنومونی پس از عمل شود که حاصل کاهش جریان هوا، افزایش ترشحات ریوی و فرآیندهای التهابی است. بیماران همچنین در ریسک بالاتر تشکیل لخته داخل رگ یا DVT یا کسانی که در خطر اختلالات انعقادی هستند، در خطر آمبولی ریه نیز می باشند.

علائم و نشانه ها

- تنگی نفس در نتیجه کاهش جریان هوا و کاهش اکسیژناسیون ناشی از آن
- درد قفسه سینه بخاطر آتلکتازی ناشی از کولاپس آلوئوی در مناطقی از ریه
- سرفه خلط دار در اثر پنومونی
- تب ناشی از عفونت در پنومونی
- بروز ناگهانی درد قفسه سینه و تنگی نفس در آمبولی ریه، همانطور که لخته جریان خون شریانی به ریه را بلوک می کند
- کاهش سطح اکسیژن در اثر اختلال تبادل گازی در آتلکتازی، پنومونی، یا آمبولی ریه

تفسیر نتایج تست ها

- پالس اکسیمتری نشانگر کاهش اکسیژناسیون است
- رادیوگرافی قفسه سینه نواحی کولاپس آلوئولی در آتلکتازی، انفیلتراسیون در پنومونی، انفیلتراسیون گوه ای در آمبولی ریه را نشان می دهد
- تصویر CT اسکن نشانگر کولاپس آلوئولی آتلکتازی یا نواحی انفیلتراسیون پنومونی است
- در CT فنری (Spiral CT) یا CT مارپیچ (helical CT) لخته آمبولی ریه دیده می شود
- در پنومونی باکتریال شمارش WBC بالا است

درمان

- تجویز اکسیژن مکمل
- تجویز آنتی بیوتیک ها برای پنومونی - در ابتدا وریدی و سپس خوراکی:
 - ماکرولیدها (macrolides)
 - فلئوروکوینولون ها (fluoroquinolones)
- تجویز داروهای رقیق کننده خون برای پیشگیری از بزرگ شدن لخته موجود یا تشکیل لخته های جدید در آمبولی ریه
- تهویه مکانیکی در صورت ضرورت

تشخیص های پرستاری

- الگوی تنفسی ناموثر
- تخلیه ناموثر راه هوایی
- اختلال تبادل گازی
- گردش خون بافتی ناموثر قلبی ریوی

مداخلات پرستاری

- پایش علائم حیاتی از نظر هر گونه تغییر

- پایش وضعیت تنفسی: بررسی ریت، ریتم و عمق تنفسی، بررسی رنگ پوست، سمع صداهای ریوی
- پایش سطح اکسیژناسیون توسط پالس اکسیمتری
- پایش موضع دسترسی وریدی از نظر نشت یا عفونت
- تشویق بیمار به سرفه و تمرینات تنفس عمیق
- تشویق بیمار به استفاده از اسپرومتر تشویقی (incentive spirometer)
- تشویق بیمار به خارج شدن از تخت و تحرک زودرس

عفونت (Infection)

پوست اولین خط دفاع بدن در مقابل عفونت است. در طی جراحی این سد دفاعی ممکن است شکسته شود. گرچه رویه های جراحی در محیط آسپتیک انجام می شود، اما هنوز احتمال انتقال عفونت وجود دارد.

مشکل چیست؟

در دوره پس از عمل ممکن است عفونت زخم رخ دهد. زخم ممکن است قبل از جراحی آلوده شده باشد مثل زخم ترومای نفوذی یا ممکن است در طی بهبودی و ترمیم عفونی شود. سطح پوست دارای باکتری هایی است که به طور طبیعی در پوست زندگی می کنند و فلور طبیعی پوست نامیده می شوند. این باکتری ها ممکن است وارد زخم شده و موجب عفونت شوند. عفونت های بیمارستانی (Nosocomial infections) نیز ممکن است در موضع جراحی رخ دهد، که توسط باکتری های بیمارستانی ایجاد می شود. عفونت موضع برش جراحی موجب به تاخیر انداختن اتصال لبه های زخم و تاخیر ترمیم زخم می شود.

علائم و نشانه ها

- افزایش درد زخم جراحی در اثر فرآیندهای التهابی شروع عفونت
- قرمزی لبه های زخم که در صورت عدم درمان گسترش می یابد
- ترشح از زخم در اثر پاسخ بدن به وجود باکتری (تغییر رنگ و بوی ترشحات)
- تب در رابطه با عفونت
- بالا رفتن شمارش سلول های سفید خون در رابطه با عفونت

تفسیر نتایج تست ها

- بالا رفتن شمارش WBC در رابطه با پاسخ بدن به حضور باکتری
- بالا رفتن نرخ رسوب گلوبولی (ESR) در رابطه با التهاب
- کشت زخم برای شناسایی ارگانیسم عامل

- تست حساسیت (آنتی بیوگرام) برای شناسایی درمان آنتی بیوتیک مناسب

درمان

- کشت و آنتی بیوگرام زخم و ترشحات زخم
- تجویز آنتی بیوتیک وریدی مناسب
- تمیز و خشک نگهداشتن زخم

تشخیص های پرستاری

- ریسک عفونت
- اختلال تمامیت پوستی
- اختلال تمامیت بافتی
- تاخیر در بهبودی از جراحی

مداخلات پرستاری

- پایش علائم حیاتی، مراقبت از تب
- بررسی و شناخت زخم از نظر قرمزی و ترشح
- سؤال از بیمار در مورد درد موضع جراحی
- در زمان انجام کشت زخم، ترشحات سطحی را با یک گاز برطرف کرده، سپس از لبه های زخم به سمت داخل نمونه بگیرید (این عمل موجب می شود که ارگانیسم حتما از زخم باشد نه از فلور طبیعی پوست اطراف زخم)

عوارض گوارشی (Gastrointestinal Complications)

پس از تجویز داروهای بیهوشی یا داروهای مسکن، بیماران تهوع، استفراغ، یبوست یا فلج ایلئوس را تجربه می کنند.

مشکل چیست؟

تهوع یکی از عوارض جانبی شایع بیهوشی و داروهای مسکن است. واکنش بیماران به داروهای بیهوشی متفاوت است. بعضی از بیماران از تهوع شدیدی چند ساعت بعد از بیهوشی رنج می برند. جراحی شکم ممکن است موجب تحریک مستقیم عصب و ابران احشایی شده، نتیجه اش تهوع و استفراغ است. داروهایی که روی نقطه ماشه گیرنده های شیمیایی تاثیر می کنند، که در مدولای مغز و در خارج سد خونی مغز قرار دارند. زمانیکه بیمار شروع به استفراغ می کند، داروهای ضد استفراغ ضرورت دارد. داروهای دارای پایه مخدر نیز موجب کند شدن حرکات دودی روده می شوند که منجر به یبوست می شود. بیمارانی که تحت جراحی شکم قرار گرفته اند در خطر بالاتر فلج ایلئوس به عنوان یک عارضه پس از جراحی هستند.

علائم و نشانه ها

- تهوع به عنوان عارضه جانبی دارو درمانی
- استفراغ ناشی از تحریک عصب و ابران احشایی یا فعال شدن نقطه ماشه گیرنده شیمیایی
- ناراحتی و نفخ خفیف و منتشره شکم در اثر فلج ایلئوس ثانویه به کاهش حرکات روده
- کند شدن صداهای روده با یبوست، فقدان صداهای روده در فلج ایلئوس در اثر تغییر حرکات روده

تفسیر نتایج تست ها

- اختلال الکترولیت ها در اثر استفراغ

- رادیوگرافی شکمی ایستاده و خوابیده نشانگر تجمع مدفوع در یبوست، گاز در فلج ایلئوس است

درمان

- پایش شکم از نظر اتساع، سمع صداهای روده
- بررسی و شناخت بیمار از نظر دهیدراتاسیون در رابطه با استفراغ بلند مدت
- محدودیت جذب دهانی در فلج ایلئوس یا وجود تهوع و استفراغ
- متصل کردن لوله معده (نازوگاستریک) به ساکشن جهت پیشگیری از استفراغ در فلج ایلئوس
- پیشرفت رژیم غذایی به سمت رژیم عادی با افزایش تحمل و برگشت صداهای روده و دفع گاز
- تجویز مایعات وریدی
- تجویز تغذیه کامل تزریقی (TPN)
- تجویز داروهای ضد استفراغ در صورت نیاز

تشخیص های پرستاری

- ریسک عدم تعادل تغذیه: کمتر از نیاز بدن
- ریسک عدم تعادل حجم مایعات
- ریسک تاخیر بهبودی پس از جراحی
- ریسک یبوست
- اختلال دفع روده ای

مداخلات پرستاری

- سؤال از بیمار در مورد وجود تهوع
- پایش علائم حیاتی از نظر هر گونه تغییر
- سمع صدای روده، بررسی اتساع و نفخ شکم

- پایش موضع وریدی از نظر نشت، درد و قرمزی
- پایش جذب و دفع
- پایش رنگ و مقدار مایعات تخلیه شده از لوله NG
- سؤال از بیمار در مورد دفع گاز یا داشتن حرکت روده و دفع

دانلود نسخه های دیگر این مجموعه از وبسایت پرستار

<http://www.parastar.info>



