

دو هفته نامه آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهداء قاین

شماره سوم، بیست و چهارم مرداد ماه ۱۳۹۵



نه راه حل ایمنی بیمار

- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵- کنترل غلظت محلولهای الکترولیت
- ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
- ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸- استفاده صرفاً یک بار مصرف از وسایل تزریقات
- ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط مراقبت های سلامتی

واحد ایمنی و مدیریت خطر

هر فرد مبتلا به سل ریوی در صورت عدم درمان میتواند سالانه ۱۵-۱۰ نفر را به میکروب این بیماری مبتلا کند.

در اکثر موارد سل، خطر انتقال بیماری به سایرین، بعد از دو هفته از شروع مصرف دارو از بین میرود.

واحد کنترل عفونت

قوانین مرکز (دستورالعمل ۹۱/۷/۳ کمیته تخصصی تدوین دستورالعملهای

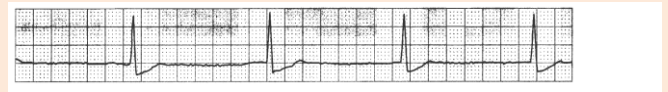
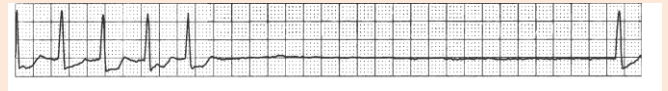
این نامه اداری و استخدامی اعضای غیر هیئت علمی)

ماده ۲۱: در صورتی که گواهینامه استعلاجی کارمند، مورد موافقت قرار نگیرد، مدت مذکور از مرخصی استحقاقی وی کسر خواهد شد و در صورت عدم وجود مرخصی استحقاقی، مرخصی بدون حقوق منظور خواهد شد.

مدیریت پرستاری

سندرم سینوسی بیمار (Sick Sinus Syndrome): به طیف وسیعی از

اختلال عملکرد گره سینوسی دهلیزی اطلاق میشود به همین علت این سندرم را اختلال گره سینوسی نیز می نامند.



اتیولوژی:

- ✓ هر عاملی که باعث فیبروزه شدن گره SA شود مثل افزایش سن، بیماری اترواسکلروز قلبی، هیپرتانسیون، کاردیومیوپاتی
- ✓ صدمه به گره SA به دنبال اعمال جراحی قلب باز، پریکاردیت و رماتیسم قلبی
- ✓ اختلالات اتونومیک
- ✓ داروهای موثر بر قلب، مثل دیژیتال، بلوک کننده کانال کلسیم و بتابلوکرها

علائم بالینی: دوره های متناوب سنکوپ، گیجی، به دنبال برادیکاردی و تپش قلب و برافروختگی به دنبال تاکی کاردی

الکتروکاردیوگرام:

موج P با توجه به نوع ریتم تغییر می کند و معمولاً همراه با هر یک از کمپلکس های QRS ظاهر می شود. فاصله PR با توجه به نوع ریتم حاصله می تواند متغیر باشد ولی در محدوده طبیعی است. کمپلکس QRS و موج T طبیعی هستند. اما فاصله QT با توجه به نوع ریتم ممکن است متغیر باشد.

درمان:

درمان این دیس ریتمی گذاشتن پیس میکر دائم است و برادی و تاکی آریتمی ها با دارو کنترل می شود.

منبع: مراقبتهای پرستاری ویژه، معصومه ذاکری مقدم

دو هفته نامه آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهداء قاین

سندرم HELLP : (H: Hemolysis ، EL: Elevated Liver Anzymes، LP: Low Platelets)

این حروف اختصاری گونه ای از پره اکلامپسی شدید را توصیف میکند که با همولیز، افزایش آنزیمهای کبدی و کاهش پلاکتها تظاهر می یابد.

نشانه های بالینی : علاوه بر نشانه های پراکلامپسی (فزایش فشار خون، پروتئینوری، ادم) شامل موارد زیر است:

- ✓ درد و تندرئس اپیگاستر یا درد ربع فوقانی راست شکم
- ✓ تهوع و استفراغ
- ✓ بسیاری از بیماران شرح حال بی حالی یا علائم غیر اختصاصی مطرح کننده سندرم ویروسی حاد را دارند.
- ✓ تعدادی علائم پراکلامپسی شدید مثل سردرد و اختلالات بینایی را بروز میدهند
- ✓ اختلال شدید انعقادی ممکن است سبب هماچوری یا خونریزی گوارشی شود.

تشخیص از مایشگاهی:

همولیز:

- لام خون محیطی غیر طبیعی
- بیلی روبین سرم مساوی یا بیشتر از ۱/۲ میلی گرم در دسی لیتر
- LDH بیشتر از ۶۰۰ واحد در لیتر

افزایش آنزیمهای کبدی:

- AST بیش از ۷۰ واحد در لیتر
- ALT بیش از ۴۰ واحد در لیتر
- LDH بیش از ۶۰۰ واحد در لیتر

شمارش پلاکتی پایین:

- کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در میلیمتر مکعب

تدابیر درمانی در سندرم HELLP:

مدیریت HELLP از دستورالعمل های عمومی پره اکلامپسی پیروی میکند. تمام بیماران با سندرم HELLP باید سولفات منیزیوم را از زمان بستری شدن در بیمارستان تا ۲۴-۴۸ ساعت پس از زایمان دریافت کنند، کورتیکواستروئیدها و فراورده های خونی نیز برای بیمار تجویز میگردد. در هر بیمار سندرم HELLP که دچار شوک یا آسیت شدید شده است باید به پارگی خودبخودی هماتوم زیر کپسولی کبد که یک عارضه تهدید کننده حیات است مشکوک شد. باز کردن اورژانسی شکم ممکن است نجات بخش باشد. درد قسمت فوقانی راست شکم، اپی گاستر یا شانه ممکن است حاکی از یک هماتوم زیر کپسولی باشد این تشخیص با CT یا سونوگرافی به اثبات میرسد. اگر هماتوم پاره نشده باشد ممکن است با سونوگرافی یا CT سریال پیگیری شود به شرطی که جراح عمومی یا عروق در دسترس باشد.

اداره کردن زایمان و پس از زایمان

درمان محافظه کارانه سندرم HELLP، تجربی است و در اکثر زنان سیر بالینی سریعتر از آن است که بتوان قبل از زایمان، دادن استروئید را کامل کرد. انتخاب بین زایمان واژینال و سزارین باید بر اساس عوامل زایمانی، رسیدگی جنین و شدت عوارض طبی باشد. به طور تیپیک شمارش پلاکتی به کمترین حد خود و LDH به بیشترین حد خود در ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از زایمان میرسند. متأسفانه گاهی اوقات بدتر شدن وضعیت پس از زایمان ادامه یافته و سبب پارگی کبدی، نارسایی کلیه، ادم ریوی، آسیت، افیوژن پلور، خونریزی پس از زایمان یا DIC میشود. علائم بالینی بهبودی شامل کم فشار شدن خون، حرکت مایع از فضای ادم محیطی، کم شدن آسیت و به دنبال آن دیورز می باشد.

منبع: اورژانس های حیاتی مامایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی