



واحد ایمنی بیمار معاونت درمان

ماهنامه ایمنی بیمار البرز



با همکاری همدیگر فرهنگ ایمنی و بهداشت مثبتی را بسازیم.

خرداد ۱۴۰۱

شماره ماهنامه: شماره ۱۰

آدرس: بلوار طالقانی شمالی، روبروی دادگستری، خیابان دیوسالار، بوستان پنجم، پلاک ۲۰

www.abzums.ac.ir

info@abzums.ac.ir



واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز

ماهنامه ایمنی
البرز

جناب آقای دکتر جواد معظمی

(معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز)

صاحب امتیاز

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی

(مدیر امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی)

مدیر مسئول

سرکار خانم الهام ابراهیم زاده

(کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی)

سردبیر

جناب آقای دکتر محمدی (مسئول ایمنی بیمار استان امام حسن مجتبی)

جناب آقای دکتر امان اله قاسم زاده (متخصص داخلی بیمارستان امام حسن مجتبی)

سرکار خانم نرگس صلواتی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)

سرکار خانم لیلی چراغی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم (عج))

هیأت تحریریه

سرکار خانم نرگس صلواتی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)

سرکار خانم لیلی چراغی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم (عج)

ویراستار

فهرست

گازهای طبی ۱-۴

سرطان ریه ۵-۸

تزریقات ایمن ۹-۲۱

بیماری هاشیموتو

۲۲-۲۸

سناریوهای خطاهای

پزشکی ۲۹-۳۴



اصول نگهداشت و استانداردهای گازهای طبی

نرگس صلواتی

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن مجتبی

مقدمه:

نظر به اهمیت موضوع و گستردگی استفاده از گازهای طبی در درمان و با توجه به اینکه گاه و بیگاه در بعضی از مراکز درمانی کشور با یک اشتباه ساده در نحوه استفاده، بی توجهی به خلوص و ناخالصی گازها، عدم استفاده از اتصالات مناسب، بی دقتی در رنگ آمیزی و انجام ندادن آزمون های دوره ای سیلندرها، اهمیت ندادن به نکات ایمنی و کیفی اتاق مرکزی گازها و همچنین فراموشی موضوع مهمی چون آموزش پرسنل مرتبط با امور، زندگی بیماران و کاربران به خطر افتاده و اتفاقات ناگواری به وقوع می پیوندند. لذا ضرورت ایجاب می نماید که در بکارگیری ضوابط و دستورالعمل های استاندارد در این زمینه دقت خاص بعمل آید.

گازهای طبی:

گازهای طبی شامل کلیه گازهای بیهوشی، گاز اکسیژن، دی اکسید کربن و هوای فشرده می باشد.

الزامات مربوط به مدیریت گازهای طبی به شرح ذیل می باشد.

خلوص اکسیژن در سیلندر گازهای طبی:

بر اساس استاندارد ملی ایران به شماره ۳۲۴۰ میزان خلوص اکسیژن طبی نباید کمتر از ۹۹٪ حجمی باشد و میزان ناخالصی CO_2 آن حداکثر ۳۰۰ PPM و میزان ناخالصی CO نیز حداکثر ۵ PPM باشد. علاوه بر آن، میزان رطوبت گاز نباید بیش از ۶۷ PPM باشد و. میزان مواد اکسید کننده نیز باید بر اساس این استاندارد مشخص گردد.

الزامات دستگاه اکسیژن ساز:

۱. خلوص اکسیژن بیمارستانی نباید به کمتر از ۹۰٪ افت پیدا کند. لذا لازم است خلوص اکسیژن دستگاه اکسیژن ساز روزانه در تمام شیفت ها توسط تکنسین مربوطه ثبت شود و گزارش روزانه به واحد تجهیزات پزشکی ارسال گردد.
۲. بیمارستان ملزم به انعقاد قرارداد سرویس نگهداری با شرکت نمایندگی مربوطه بوده و قرارداد مذکور باید به تائید مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه برسد.

۳. کلیه اسناد مربوط به سرویس های دوره ای و نگهداشت دستگاه اکسیژن ساز باید به تأیید فنی مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان برسد

سیلندر گازهای طبی:

هر سیلندر گاز طبی از چند جزء اصلی تشکیل شده است که عبارتند از پایه، بدنه، شیر، گلولی، فلکه، مانومتر، فشارشکن (رگولاتور)، فلومتر، رابط و سرپوش.

اجزایی مانند مانومتر (فشارسنج)، فلومتر (جریان سنج)، رگولاتور (فشارشکن) و لوله رابط (جهت اتصال به ماسک بیمار) قابل جدا شدن و تعویض هستند. در سیلندرهایی حاوی گازهای طبی با فشار زیاد از فشار شکن استفاده می شود. این وسیله فشار خروجی گاز در درون سیلندر را تا حد ۳.۵ بار کاهش میدهد. مانومتر فشار خروجی از سیلندر را نشان داده و فلومتر میزان فلو را نشان میدهد. (تمام اجزا یاد شده بصورت یکپارچه تحت عنوان مانومتر اکسیژن، N_2O و ...) در بازار عرضه می شود.

رنگ آمیزی سیلندرها:

رنگ آمیزی سیلندرهایی گاز طبی باید بر اساس جدول شماره ۱ استاندارد ملی ایران به شماره ۳۰۴ انجام گیرد. رنگ سیلندر یکی از نشانه های بسیار مفید در تشخیص نوع گاز داخل آن است و قبل از رنگ آمیزی زیر سازی مناسب و چربی گیری انجام می گیرد. طبق استانداردهای بین المللی رنگ هر سیلندر با توجه به گاز داخل آن انجام می شود. نوع رنگ کاربردی از لحاظ مقاومت و یکنواختی بسیار مهم است. رنگ باید دارای طبیعتی پایدار و استحکام کافی برای این منظور باشد و جهت مقابله با سائیدگی و پاک شدن رنگ ها بهتر است از رنگ های کوره ای استفاده شود. این رنگ نباید زیاد سخت و شکننده باشد که با کوچک ترین ضربه ای بپرد و یا آنقدر نرم باشد که سائیده شود.

رنگ	فرمول	اسامی گازها
سفید	O_2	اکسیژن
آبی	N_2O	اکسید نیتروژن
نارنجی	-	سیکلو پروپان
خاکستری	CO_2	دی اکسید کربن
بنفش	C_2H_4	اتیلن
قهوه ای	He	هلیوم
سیاه	N_2	نیتروژن
سفید و خاکستری	$O_2 + CO_2$	اکسیژن و دی اکسید کربن*
سفید و قهوه ای	$O_2 + He$	اکسیژن و هلیوم*

*در مورد سیلندره‌های مخلوط، رنگ ها باید به شکل نوارهای موازی به عرض ۵cm بصورت مورب یا عمود بر سطح افقی سیلندر باشند.

نشانه گذاری سیلندرها:

بر اساس استانداردهای ملی ایران به شماره ۳۰۴، بر روی هر سیلندر گاز طبی باید اطلاعاتی از قبیل نام گاز پر شده به زبان فارسی، فرمول شیمیایی (به استثنای سیکلو پروپان)، نام موسسه عرضه کننده (نظر به اینکه ممکن است، موسساتی سیلندره‌های گاز طبی پر شده را در حالت‌های اضطراری در اختیار مراکز درمانی قرار دهند، جهت شناسایی این موسسات باید نام موسسه بر روی سیلندر درج شده باشد) به صورت خوانا و قابل رویت نوشته یا حک شود. اطلاعات فوق باید با رنگ سفید و در قسمت فوقانی سیلندر و ترجیحاً دور از قسمت استوانه ای بدنه نوشته شود. بر روی سیلندر گاز اکسیژن باید با رنگ سیاه نوشته شود.

نگهداری سیلندرها:

بر اساس استاندارد ملی ایران به شماره ۳۲۴۰:

۱. سیلندره‌های پر و خالی گاز اکسیژن و دیگر گازهای طبی، باید در مکان‌های مجزا از هم (به عنوان مثال پارتیشن بندی شده) و دارای تابلوهای راهنمای قابل رویت مشخص کننده محل سیلندره‌های پر و خالی، نگهداری و انبار شوند.

۲. محیط انبار باید خشک، دارای تهویه مناسب باشد و ساختار آن مقاوم به حریق باشد.

۳. دمای محوطه انبار نباید به بیش از ۶۵ درجه سانتی گراد برسد.

۴. سیلندره‌های گاز اکسیژن نباید در مکان‌های نزدیک به مواد قابل اشتعال نظیر فراورده های نفتی (روغن گریس) و یا در معرض مواد شیمیایی خورنده یا دودزا انبارش شوند. خوردگی می تواند موجب وارد شدن آسیب به سیلندر شده و یا باعث فرورفتگی یا چسبیدن کلاهک محافظ شیر سیلندر، به آن شود.

۵. به هیچ وجه در مکان‌هایی که گازهای طبی تولید، شارژ و یا استفاده می شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور باید تابلوی سیگار کشیدن ممنوع را در جایی که به خوبی قابل رویت است، نصب کرد.

۶. گرم کردن محوطه انبار باید با روش‌های غیرمستقیم ایجاد حرارت باشد و گرم کردن محوطه انبار با شعله یا آتش مستقیم باید ممنوع اعلام شود.



جابجایی سیلندرها:

بر اساس استاندارد ملی ایران به شماره ۷۵۶۶، کاربران نباید به منظور حرکت دادن سیلندر، آنرا در مکان های افقی بغلطانند یا بکشند. باید از یک توالی مناسب استفاده شود تا امکان نگهداری محکم سیلندر بخصوص سیلندرهایی بلند یا سنگین، بر روی آن فراهم شود. باید احتیاط لازم بعمل آید تا از افتادن یا به هم خوردن شدید سیلندرها یا برخورد سیلندر با دیگر سطوح، جلوگیری شود. هرگز نباید سیلندرها با استفاده از وسیله محافظ شیر، بالا کشیده شوند. از طناب، زنجیر یا تسمه جهت آویزان کردن سیلندرها استفاده نکنید. می توان از چهار چوب، سکو یا پالت های مناسب جهت بلند کردن سیلندرها استفاده نمود.



آزمون های دوره ای :

سیلندر گازهای طبی می بایست بصورت دوره ای طبق استاندارد توسط آزمایشگاه های تائید صلاحیت شده از سوی سازمان استاندارد مورد بازرسی و آزمون دوره ای قرار گیرند.

سرطان ریه



دکتر خاقان محمدی

متخصص طب اورژانس

مشکل چیست ؟

سرطان ریه رشد غیر طبیعی و کنترل نشده بافت ریه است که منجر به تشکیل تومور می شود . تومور ریه می تواند اولیه باشد ، زمانیکه در بافت ریه ایجاد شده باشد . سرطان ریه می تواند ثانویه باشد ، زمانیکه از سرطان نقاط دیگر بدن از قبیل کبد، دستگاه گوارش یا کلیه ها و ... به ریه منتشر شده باشد (متاستاز) . سرطان ریه دارای دو دسته اصلی است : سرطان سلول های کوچک و سرطان غیر سلول های کوچک . تماس مکرر با محرک های استنشاقی موجب افزایش ریسک ابتلا به سرطان ریه می شود. کشیدن سیگار ، مواجهه شغلی ، آلودگی هوا حاوی بنزوپرین ها و هیدروکربن ها همگی موجب افزایش ریسک ابتلا به سرطان ریه می شود.

سرطان های سلول های کوچک :

○ Oat cell: دارای رشد سریع و متاستاز زودرس هستند.

سرطان های غیر سلول کوچک :

- آدنو کارسینوم: نرخ رشد متوسط - متاستاز زودرس
- سلول های سنگفرشی - رشد کند ، متاستاز تاخیری
- سلول های بزرگ - رشد سریع ، متاستاز زودرس

پیش آگهی :

سرطان ریه شایعترین علت مرگ های ناشی از سرطان است . بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان ریه در مراحل نهایی تشخیص داده شده و منجر به نرخ بقای بلند مدت (۵ ساله) کمتر از ۲۰٪ می شود . تشخیص زودرس به نفع درمان و پیش آگهی بیماری است . هر چه سرطان ریه دیر تر تشخیص داده شود ، احتمال متاستاز به سایر قسمت های بدن بیشتر می شود .

علائم و نشانه ها :

- + سرفه ناشی از تحریک ریه در اثر وجود توده . وجود مخاط یا ترشحات ممکن است تا مراحل آخر بیماری دیده نشود.
- + سرفه خونی (هموپتیزی)
- + خستگی
- + کاهش وزن ناشی از کالری مصرفی تومور که از نیاز های بدن برداشت می شود.
- + بی اشتها
- + تنگی نفس ناشی از آسیب بافت ریه . بیمار در مراحل نهایی بیماری دچار مشکلات تنفسی می شود.
- + درد قفسه سینه در اثر فشار توده بر بافت های مجاور ، ممکن است تا اواخر بیماری دیده نشود.
- + تولید خلط
- + تجمع مایع در فضای پلورال (پلورال افیوژن)



تفسیر نتایج تست ها:

- *وجود توده ریوی در رادیوگرافی قفسه سینه
- * وجود توده و درگیری گره های لنفاوی در CT Scan
- *برونکوسکوپی ممکن است سلول های سرطانی را در شستشوی برونکوسکوپیک نشان دهد و موضع تومور را آشکار سازد.
- *وجود سلول های سرطانی در خلط
- * بیوپسی نوع سلول را تعیین می کند : نیدل بیوپسی از طریق دیواره قفسه سینه برای تومورهای محیطی و بیوپسی بافتی برای تومورهای عمقی تر انجام می شود.
- * اسکن استخوان یا CT Scan متاستاز را نشان می دهد.

درمان:

- درمان روی برطرف کردن تومور متمرکز است . برداشتن جراحی برای بعضی از بیماران مناسب است ، اما همیشه ضروری نیست. شیمی درمانی و اشعه درمانی هر دو روش هایی است که برای تخریب سلول های سرطانی استفاده می شود.
- اکسیژن درمانی برای کمک به برآورده کردن نیازهای بدن انجام می شود ،اما همه بیماران سرطانی به اکسیژن درمانی مکمل نیاز ندارند . توجه به وضعیت تغذیه بیماران مهم است ،تا نیازهای تغذیه ای بدن برآورده شود.کنترل درد یک عنصر حیاتی از درمان است زیرا بیماران مبتلا به سرطان درد زیادی تجربه می کنند . درمان مناسب درد لازم است که به صورت فردی تعیین شود.
- *برداشتن منطقه مبتلای ریه از طریق جراحی (برداشتن گوه ای ،برداشتن قطعه ای ،لوبکتومی)یا برداشتن کل ریه (پنومنوکتومی)
 - *اشعه درمانی برای کاهش سایز تومور
 - *شیمی درمانی اغلب به صورت ترکیب داروها است :سیکلوفسفامید ،دوکسوروبیسین ،وین کریستین ، اتوپسوئید ،سیسپلاتین .بیمار ممکن است بعد از درمان عود را تجربه کند.
 - *اکسیژن درمانی برای برآورده کردن نیاز اکسیژن بدن
 - *رژیم غذایی سرشار از پروتئین ، پرکالری برای لحاظ کردن نیازهای تغذیه ای بدن
 - *تجویز داروهای ضد تهوع برای مبارزه با عوارض شیمی درمانی :اندانسترون ،پروکلرپرازین
 - *تجویز مسکن برای کنترل درد:مورفین ،فنتانیل

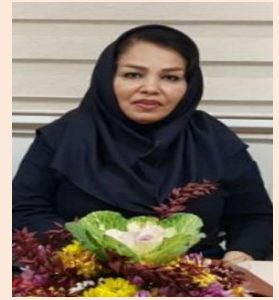
تشخیص پرستاری:

- *اضطراب
- *عدم تحمل فعالیت
- *اختلال تبادل گازی

مداخلات پرستاری:

- *پایش وضعیت تنفسی، ریت، تلاش تنفسی، استفاده از عضلات فرعی تنفسی، رنگ پوست و سمع صداهای تنفسی
- *پایش درد و تجویز مسکن مناسب
- *پایش علائم حیاتی از نظر هر گونه تغییر، افزایش نبض، افزایش ریت تنفسی، تغییرات فشار خون، بالا رفتن درجه حرارت که ممکن است از نشانه های عفونت باشد.
- *پایش پالس اکسیمتری از نظر کاهش سطح اکسیژن
- *کمک به بیمار در انجام چرخش، سرفه و تنفس عمیق
- *بیمار جهت تسهیل تنفس در وضعیت نیمه نشسته قرار داده شود.
- *اهمیت دوره های استراحت به بیمار شرح داده شود.

تزریقات ایمن



لیلی چراغی

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم

مقدمه:

باتوجه به هدف غایی از ارائه خدمات درمانی که نجات جان و ارتقاء سطح سلامت بیماران می باشد، رسالت و مسئولیت کارکنان بهداشتی درمانی مبنی بر رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت و استانداردهای درمانی در راستای کاهش خطر انتقال عفونتهای منتقله از خدمات سلامت فزونی می یابد که بخشی از آن بارعایت استانداردهای تزریق ایمن محقق میگردد.

۱-۱: تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

۱. به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.
۲. به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.
۳. پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نشود.

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی میباشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه تحمیل مینماید . تزریقات غیر ایمن میتواند سبب انتقال انواع پاتوژنها از جمله ویروس ها، باکتریها، قارچها و انگلها شده و وقایع ناخواسته ای از جمله آبسه ویاواکنشهای توکسیکی رادر پی داشته باشد . استفاده مجدداً از سرنگ و سرسوزن بیماران را در معرض عفونت مستقیم (از طریق وسایل آلوده) و یا غیرمستقیم (از طریق ویال دارویی آلوده) قرار میدهد. براساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه و در حال گذر سالانه ۱۶۰۰۰ میلیون تزریق با هدف درمانی و یا بهداشتی تجویز میشود (بطور میانگین ۳/۴ تزریق به ازای هر فرد) . ۵-۱۰ درصد به منظور ارائه خدمات بهداشتی و ۹۰ درصد تزریقات به منظور ارائه خدمات درمانی تجویز میشوند و این در حالی است که اکثریت این تزریقات غیر ضروری میباشد . براساس مدلهای ریاضی سازمان جهانی بهداشت که در کشورهای در حال توسعه و در حال گذر در سال ۲۰۰۰ میلادی انجام شده است ، ابتلاء ۲۱ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هیپاتیت B (۳۲ درصد موارد جدید این بیماری) ، ابتلاء ۲ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هیپاتیت C (۴۰ درصد موارد جدید این بیماری کل) و ۲۶۰۰۰۰ مورد از موارد جدید مبتلایان به ایدز (۵ درصد موارد جدید این بیماری) را به تزریقات غیر ایمن ارتباط میدهند، ابتلاء به عفونتهای منتقله از راه خون در میان کارکنان بهداشتی درمانی منجر به ۴/۴ درصد مورد HIV و ۳۹ درصد HBV و HCV شده است . بنابراین تکنیکها و روشهای استاندارد تزریقات، ایمنی کارکنان و بیماران را تضمین مینماید.

خطر انتقال عفونتهای منتقله از راه خون بستگی به نوع عامل بیماریزا و حجم و نوع مواجهه دارد. پاتوژن هایی نظیر HBV, HBC و HIV ممکن است با آلودگیهای نامحسوس نیز منتقل شوند. بیماریهای قابل انتقال نظیر مالاریا نیز از طریق خون منتقل میشوند اما برای انتقال نیازمند حجم زیادی از خون میباشند لذا از مخاطرات ضمن انتقال خون محسوب میشود.

۱. ویروس هپاتیت B

HIV از طریق مواجهه بافت زیر پوستی و یا مخاطات با خون آلوده و یا ترشحات بدن بیمار مبتلا ممکن است به افراد سالم منتقل شود. عفونت میتواند ناشی از مواجهه نامحسوس و از طریق خراشیدگیها و یا زخمها و یا سطوح مخاطی اتفاق افتد. آنتی ژن سطحی هپاتیت B که مؤید ابتلاء به هپاتیت B مزمن میباشد از سرم، بزاق و semen جدا شده و عفونت آن به اثبات رسیده است. HBV بیشترین غلظت را در سرم داراست و غلظت آن در بزاق و مایع سمن کمتر است. ویروس در محیط به طور نسبی پایدار میباشد و به مدت ۷ روز در دمای اتاق در روی سطوح در محیط زنده باقی میماند. ابتلاء به عفونت هپاتیت B بعد از زود رفتن سرسوزن آلوده به خون یک منبع مثبت هپاتیت B، در میان کارکنان خدمات بهداشتی درمانی ۶۲-۲۳ درصد است که البته مداخلات فوری و مناسب بر اساس موازین PEP خطر ابتلاء را کاهش میدهد، لذا واکسیناسیون تمامی کارکنان خدمات بهداشتی درمانی و منجمله کادر خدماتی بر علیه هپاتیت B الزامی بوده قبل از اشتغال آنان در واحدها و بخشهای بالینی توصیه میشود.

۲. ویروس هپاتیت C

به طور اولیه HCV از طریق مواجهه بافت زیر جلدی با خون آلوده منتقل میشود. انتقال آن به نسبت HBV کمتر است. HCV در محیط به مدت حداقل ۲۳-۱۶ ساعت زنده باقی میماند. انتقال بیماری از طریق خون آلوده به اثبات رسیده است و از طریق مواجهه پوست ناسالم و یا مخاطات با خون آلوده به ندرت وجود دارد.

۳. HIV

انتقال HIV از طریق تماس جنسی، انتقال عمودی و یا مواجهه با خون آلوده (انتقال خون و یا تزریقات غیر ایمن) و سرسوزن و سرنگ مشترک بین معتادان اتفاق میافتد. ماندگاری HIV در محیط و قابلیت انتقال آن به نسبت HBV یا HCV کمتر است. ترشحات و مواد ترشحی بدن بیماران مشتمل بر خون، سایر ترشحات بدن، مایع سمن و ترشحات واژینال که

به طور مشهود خون آلود میباشند در صورت تماس با جراحات بافت زیر جلدی، غشاء مخاطی و پوست ناسالم برای کارکنان مخاطره آمیز محسوب میشوند. میانگین خطر انتقال بعد از مواجهه زیر جلدی با خون آلوده ۰/۳ درصد و برای تماس غشاء مخاطی ۰/۰۹ درصد تخمین زده میشود.

حذف تزریقات غیر ضروری بهترین روش پیشگیری از عفونتهای ناشی از تزریقات غیر ایمن است. در برخی از کشورها ۷۰ درصد تزریقات غیر ضروری محسوب میشوند. در صورتیکه درمان مؤثر از سایر طرق ممکن باشد به منظور کاهش امکان مواجهه با خون و مواد عفونی و خطر انتقال، به عنوان روش ارجح و مورد توصیه است. واکسیناسیون کارکنان خدمات بهداشتی درمانی علیه هپاتیت B جهت حفاظت کارکنان و بیماران بسیار حائز اهمیت است.

سایر روشهای مؤثر در کاهش خطر انتقال عبارت است از رعایت بهداشت دست، پوشیدن دستکش، به حداقل رسانیدن دستکاری وسایل تیز و برنده و منجمله وسایل تزریق، تفکیک مطلوب و دفع بهداشتی وسایل تیز و برنده از مبدا.

۲. بهترین روشها در انجام تزریقات:

۲-۱: اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات:

- رعایت بهداشت دست،
- پوشیدن دستکش در مواقع ضروری،
- استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی یکبار مصرف،
- آماده سازی و ضد عفونی پوست.

۲-۱-۱: رعایت بهداشت دست:

بهداشت دست واژه ای کلی است که به شستشوی دست ها با آب و صابون و یا با استفاده از ماده ضد عفونی، محلولهای ضد عفونی و یا ضد عفونی قبل از جراحی اطلاق میشود.

راهنمای عملی برای رعایت بهداشت دست:

- قبل از آماده نمودن داروهای تزریقی و بعد از اتمام تزریق، قبل و بعد از هرگونه تماس مستقیم با بیماران برای انجام اقدامات درمانی، قبل و بعد از پوشیدن و درآوردن دستکش بهداشت دستها را رعایت فرمایید.

- در صورت کثیفی و یا آلودگی دستها با مایعات بدن و خون ممکن است مابین تزریقات نیز نیازمند رعایت بهداشت دست با آب و صابون میباشید.
- توجه نمایید در صورتی که پوست دست ارائه کننده خدمت، بریده و یا مبتلا به درماتیت باشد، از انجام تزریق برای بیمار اجتناب شود و توصیه میشود که زخمهای کوچک پانسمان گردند.

۲-۱-۲ دستکش :

در ضمن ارائه اقدامات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در صورتی که احتمال مواجهه با خون و یا فرآورده های خونی میباشد الزامی است کارکنان از دستکش لاتکس، بدون لاتکس و یا تمیز کاملاً اندازه دست خود استفاده نمایند.

راهنمای عملی استفاده از دستکش:

• در زمانی که احتمال تماس مستقیم با خون و یا سایر مایعات و ترشحات بدن و بزاق (بالقوه عفونی بیمار)، وجود دارد از دستکش یکبار مصرف غیر استریل که کاملاً اندازه دستتان میباشد، استفاده نمایید.

• در زمان انجام تزریق وریدی و یا خونگیری

• در صورتی که پوست دست فرد ارائه دهنده خدمت به دلیل ابتلاء به اگزما و یا خشکی و ترک خوردگی سالم نیست.

• در صورتی که پوست بیمار به دلیل ابتلاء به اگزما و یا سوختگی و یا عفونت سالم نیست.

• لیکن از آنجاکه پوشیدن دستکش هیچگونه حفاظتی در قبال **needle- stick** و یا سایر زخمهای سوراخ کننده که به

دلیل فرورفتن اشیاء نوک تیز و برنده رخ میدهند، ایجاد نمینماید، در صورت سلامت کامل پوست دست فرد ارائه کننده خدمت

در زمان انجام تزریقات معمول داخل پوستی و زیر جلدی و عضلانی و بیمار پوشیدن دستکش توصیه نمیشود. (نهایت احتیاط

در جابجایی و کار با اشیاء نوک تیز و برنده نظیر سر سوزنها و اسکالپ توصیه میشود).

۲-۱-۳ سایر وسایل حفاظت فردی یکبار مصرف:

برای انجام تزریقات استفاده از ماسک، حفاظ چشمی و یا سایر موارد حفاظتی توصیه نمیشود، مگر در مواقعی که احتمال آلودگی با خون و یا پاشیده شدن خون و ترشحات بیمار به فرد ارائه کننده خدمت پیش بینی میشود.

راهنمای عملی در ضمن استفاده از وسایل حفاظت فردی :

در صورت استفاده از وسایل حفاظت فردی، بلافاصله بعد از استفاده آنها را به روش مطمئن دفع نمایید.

۴-۱-۲ آماده سازی و ضد عفونی پوست در انواع مختلف تزریقات:

نوع تزریق		ضد عفونی و آمادگی پوست	
		آب و صابون	محلولهای باپایه الکلی ۶۰-۷۰ درصد (ایزوپروپیل ویا اتانول)
داخل جلدی		بله	خیر
زیر جلدی		بله	خیر
عضلانی	واکسیناسیون	بله	خیر
	درمانی	بله	بله
وریدی		خیر	بله

راهنمای عملی برای ضد عفونی و آمادگی پوست:

برای ضد عفونی پوست گامهای ذیل را بردارید:

۱. از سوآب پنبه یکبار مصرف آغشته به محلولهای با پایه الکلی ۷۰-۶۰ درصد (ایزوپروپیل ویا اتانول) برای ضد عفونی موضع تزریق استفاده نمایید. از متیل الکل و یا متانول جهت تزریق استفاده ننمایید.
۲. موضع تزریق را از مرکز به خارج با پنبه الکل ضد عفونی نمایید.
۳. پنبه الکل را به مدت ۳۰ ثانیه در موضع تزریق به روش فوق الذکر بمالید.

توجه :

- ✓ استفاده از آب و صابون جهت آماده سازی پوست موضع تزریق قبل از تزریقات داخل جلدی، زیر جلدی و عضلانی توصیه می شود. که در صورت مهیا بودن در بیمارستان و آمادگی بیمار و ارائه دهندگان خدمت قابل استفاده است و در غیر این صورت استفاده از الکل بلامانع است.
- ✓ هرگز از سوآب پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکل که در الکل خیس خورده اند به دلیل آلودگی به وسیله باکتری های دست و محیط جهت تزریق استفاده نمایید.
- ✓ از الکل برای ضد عفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده نمایید.

۵-۱-۲ : خلاصه گام های ضروری در تزریقات:

✓ اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت

نباید ها	باید ها
رعایت بهداشت دست را فراموش نکنید	بهداشت دست ها را با استفاده از آب و صابون ویتامحلول های Hand Rub رعایت نمایید. این عمل را بتهدقت و بتر استاس روش شستشوی توصیه شده در راهنمای رعایت بهداشت دست ابلاغی از وزارت بهداشت ، انجام دهید.
از یک جفت دستکش برای بیش از یک تزریق استفاده <u>نکنید</u> برای استفاده مجدد از دستکش مصرف شده، آن را <u>نشویید</u> .	در صورت لزوم، از یک جفت دستکش یک بار مصرف غیر استریل استفاده نمایید و دستکش را ما بین بیماران و یا به ازای انجام هر اقدام درمانی تعویض نمایید.
سرنگ، سرسوزن و لانس را فقط یک بار مصرف کنید.	برای اخذ نمونه خون و کشیدن خون فقط برای یک بار

از وسیله تزریقات یک بار مصرف استفاده کنید.	
در صورت نیاز به دسترسی وریدی، موضع تزریق را ضد عفونی نمایید.	بعد از ضد عفونی، موضع تزریق را لمس <u>نمایید</u> .
فورا پس از مصرف، وسایل تزریق مصرف شده را در ظروف ایمن دفع نمایید.	سرسوزن را در خارج از ظروف ایمن <u>نیندازید</u> .
در صورتی که گذاردن درپوش سرسوزن مورد استفاده ضروری است برای گذاردن درپوش به روش یک دستی اقدام نمایید.	برای گذاردن درپوش سرسوزن از دو دست استفاده نکنید.
ظروف ایمن را با درپوش محافظ مهر و موم نمایید.	بیش از ۳/۴ ظروف ایمن را <u>پر نکنید</u> و یا درب آن را جدا <u>نمایید</u> .
لوله نمونه خون را قبل از ورود سرسوزن به داخل آن، در rack قرار دهید.	از تزریق خون به داخل لوله آزمایش زمانی که آن را با دست دیگر نگه داشته اید، <u>اجتناب</u> نمایید.
در صورت وقوع needle stick، آن را گزارش نمایید و پروتکل بیمارستان را در ارتباط با پروفیلاکسی بعد از مواجهه دنبال نمایید.	پروفیلاکسی بعد از مواجهه با اجسام بالقوه آلوده را در ظرف ۷۲ ساعت انجام داده، چرا که بعد از ۷۲ ساعت بی اثر می باشد.

۲-۲: داروها و وسایل تزریق

۲-۲-۱: وسایل تزریق

مراکز بهداشتی درمانی جهت ارائه تزریقات ایمن بایستی کفایت وجود وسایل تزریق یک بار مصرف را تضمین نمایند.

راهنمای عملی برای استفاده از وسایل تزریق:

- برای هر تزریق منجمله آماده نمودن یک واحد تزریق دارو و یا واکسن از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده نمایید.
- قبل از استفاده از سرنگ، بسته بندی سرنگ و سرسوزن را بررسی کرده تا از سلامت آن مطمئن شوید.
- در صورتی که تاریخ انقضاء سرنگ و سرسوزن سر آمده و یا بسته بندی آن پاره و صدمه دیده است، آن را دور بیندازید.

۲-۲-۲: داروها

انواع ظروف دارویی و توصیه نحوه استفاده از آن ها:

ظرف دارویی	توصیه ها	دلایل
ویال های تک دوز	نوع ارجح	ضعیف بودن احتمال آلودگی
ویال های چند دوز	فقط در موارد ضروری	بالا بودن احتمال آلودگی در صورتی که از تکنیک آسپتیک استفاده نشود.
آمپول ها	شکستن آمپول ممکن است به هدر رفتن محتویات آمپول و صدمه دست ارائه خدمت ، منجر شود.	
کیسه های مایع و محلول های (۱۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی لیتری)	برای تزریقات معمول توصیه نمی شود.	بالا بودن احتمال آلودگی

راهنمای عملیاتی در دادن دارو به بیمار:

- هرگز از داروی کشیده شده در یک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید (برای هر بار تزریق یک سرنگ و سرسوزن مصرف کنید).
- از تعویض صرفاً سر سوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.
- از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.
- از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.
- به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران ، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده نمایید
- استفاده از ویال های چند دوزیتنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فردباشد.
- به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.
- در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری نمایید.

- ویال های چند دوزی را در فضای باز بخشبه دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید:
- a. در صورتی که استرلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.
- b. در صورتی که تاریخ انقضاء دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد).
- c. در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.
- d. در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضاء زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.
- e. صرف نظر از تاریخ انقضاء دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.
- f. تا حد امکان از ویال های snap که برای شکستن سر آن ها نیاز به اره نمی باشد استفاده نمایید. در صورتی که برای باز نمودن یک آمپول نیاز به اره فلزی می باشد برای حفاظت انگشتان خود از یک پد کوچک استفاده نمایید.

۳-۲-۲: آماده نمودن تزریقات:

تزریقات را بایستی در یک فضای معین که احتمال آلودگی با خون و ترشحات بدن وجود نداشته باشد، آماده نمود.

راهنمای عملیاتی برای آماده نمودن تزریقات:

سه گام اساسی ذیل برای آماده نمودن تزریقات بردارید.

۱. فضایی که جهت آماده نمودن تزریقات مورد استفاده قرار می دهید را منظم نگهدارید تا تمیزی آن به سهولت ممکن باشد.

۲. قبل از اقدام برای آماده سازی داروها و یا در زمانی که این فضا آلوده به خون و یا ترشحات بدن شده باشد ، آن را با الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل الکل و یا اتانول) تمیز نموده و اجازه دهید تا کاملاً خشک شود.

۳. کلیه وسایل مورد نیاز برای تزریقات را بچینید:

✓ سرنگ و سر سوزن استریل یک بار مصرف

✓ حلال نظیر آب مقطر و یا حلال های خاص

✓ سواب پنبه الکل

✓ ظروف ایمن برای دفع ایمن پسماندهای نوک تیز و برنده

ویال های دارویی سپتوم دار

۱. سر ویال دارویی را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید و قبل از ورود سر سوزن به داخل آن اجازه دهید در معرض هوا خشک شود.

۲. در صورتی که ویال های مولتی دوز در اختیار دارید ، برای کشیدن هر بار دارو ، از سر سوزن و سرنگ استریلاستفاده نمایید.

۳. هیچ گاه بعد از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز ، سر سوزن را پس از جدا نمودن سرنگ در داخل آن رها نمایید.

۴. در اسرع وقت پس از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز اقدام به تزریق نمایید.

• برچسب زدن ویال های دارویی آماده شده :

پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز بر روی ویال داروی موارد ذیل را با برچسب بزنید:

۱. تاریخ و زمان آماده نمودن دارو

۲. نوع و حجم حلال

۳. غلظت نهایی

۴. تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو

۵. نام فرد مسئول

• برای ویال های دارویی مولتی دوزی که نیاز به آماده سازی ندارند مشخصات ذیل را درج نمایید:

۱. تاریخ و زمان اولیه ای که از ویال استفاده نموده اید.

۲. نام فرد مسئول

۴-۲-۲: تجویز دارو به بیمار:

برای تجویز کلیه تزریقات بایستی از تکنیک آسپتیک استفاده نمایید:

راهنمای عملیاتی برای تجویز تزریقات:

احتیاطات عمومی:

۱. نامو دوز دارو را قبل از تجویز کنترل نمایید.
۲. بهداشت دست را رعایت نمایید.
۳. سر ویال را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید .
۴. از سر سوزن و سرنگ استریل (یک بار مصرف) برای کشیدن دارو استفاده نمایید.

روش آماده سازی :

۱. برای آماده سازی ویال از سرنگ استریل استفاده نمایید.
۲. پس از تزریق میزان کافی از مایع حلال به داخل آمپول و یا ویال، تا از بین رفتن ذرات جامد قابل مشاهده در ویال کاملاً آن را تکان دهید.
۳. بعد از آماده نمودن سر سوزن و سرنگ را از داخل ویال در آورده و بدون جدا نمودن آن ها از یکدیگر ، آن را در ظروف ایمن دفع نمایید.
۴. در صورتی که فوراً دارو تزریق نمی شود ، به روش یک دستی درپوش آن را بگذارید و آن را در جای مطمئنی قرار دهید.

نکات مهم:

- از تماس سرسوزن با سطوح آلوده ممانعت نمایید.
- از استفاده مجدد سرنگ حتی اگر سر سوزن هم تعویض شده باشد، اجتناب نمایید.
- از لمس دیافراگم پلاستیکی سر ویال دارویی پس از ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد اجتناب نمایید.
- از داخل نمودن يك سرسوزن و سرنگ به داخل چندین ویال مولتی دوز خودداری نمایید.
- برای يك بیمار و یا چندین بیمار مختلف از سرسوزن و سرنگی که يك بار جهت تزریق دارو از آن استفاده شده است ، استفاده ننمایید.
- از يك کیسه و یا شیشه مایعات وریدی برای تزریق به بیماران متعدد استفاده ننمایید.

۲-۳ : پیش گیری از ایجاد جراحات کارکنان بهداشتی درمانی با وسایل نوک تیز و برنده

۱. جهت رعایت اصول ایمنی برای شکستن ویال های دارویی با استفاده از یک محافظ مثل پد از تیغ اره استفاده شود
 ۲. پس از تزریق از گذراندن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص که گذاردن درپوش به روش یک دستی بایستی انجام شود .
 ۳. از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.
 ۴. الزامی است سر سوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت ، بیستوری ، لانتست ، اسکالپ وین ، ویال های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف ایمن جمع آوری و سپس به یکی از صور استاندارد امحاء و بی خطر سازی پسماند های خطرناک بهداشتی درمانی تبدیل به پسماند شبه خانگی شده و همراه با سایر پسماندهای بیمارستانی به نحو مطلوب دفع گردند.
 ۵. به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده دفع سرسوزن و سرنگ (با هم) و در صورت محدودیت منابع در تامین ظروف ایمن در بیمارستان، دفع سر سوزن (به تنهایی) بلامانع می باشد.
 ۶. به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف ایمن دفع گردند ، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات در کلیه واحد های ذی ربط قرار داشته باشند . توجه نمایید از باقی ماندن ظروف ایمن در بیش از ۵ روز در محیط درمانی اجتناب شود، بدیهی است این مدت در دمای بالاتر کاهش می یابد.
 ۷. به منظور پیش گیری از سرریز شدن وسایل دفعی ، در صورتی که حداکثر ۳/۴ حجم ظروف مزبور پر شده باشد ، ضروری است درب ظروف به نحو مناسب بسته و دفع شوند .
 ۸. جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.
 ۹. ضروری است ظروف جمع آوری پسماند های نوک تیز و برنده مستحکم ، غیر قابل نفوذ ، دهانه گشاد ، دارای قفل و ضامن ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.
 ۱۰. استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون "احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی "
- به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیش گیری از آلودگی آنان الزامی است .

۱۱. ظروف ایمن حاوی پسماندهای نوک تیز و برنده و پسماندهای عفونی را جهت انتقال به اتاقک موقت نگه داشت پسماندها مهر و موم نمائید . بعد از مهر و موم ظروف ایمن محتوی پسماند های نوک تیز و برنده از باز کردن ، تخلیه ظروف و استفاده مجدد و فروش سر سوزن و سرنگ داخل آن اجتناب نمائید .

۱۲. وجود این ظروف در کلیه واحد های بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی در محل ارائه خدمات الزامی است.

منابع :

WHO& SIGN. WHO best practices for injections and related procedures toolkit.

March ۲۰۱۰ .

بیماری هاشیموتو



دکتر امان اله قاسم زاده

متخصص داخلی

غده‌ای پروانه مانند به نام تیروئید در قسمت جلوی گردن انسان وجود دارد که وظیفه‌اش تولید هورمون‌های حیاتی برای کنترل متابولیسم بدن است؛ اگر به دلیلی این قسمت دچار کم کاری شود، سوخت و ساز بدن کاهش می‌یابد و بسیاری از اندام‌های داخلی دچار ضعف و سستی می‌شوند که به این حالت کم کاری تیروئید می‌گویند. کم کاری تیروئید مدل‌های مختلفی دارد که یکی از انواع خطرناک آن هاشیموتو است. همان‌طور که می‌دانید بدن شما دارای یک سیستم دفاعی است که با ویروس‌ها و باکتری‌های خارجی مبارزه می‌کند اما گاهی این سیستم دچار اشتباه می‌شود و به اندام‌های داخلی تجاوز می‌کند، یکی از این اندام‌ها تیروئید است که در این صورت دچار ضعف و ناتوانی در تولید هورمون می‌شود که به این حالت هاشیموتو می‌گویند. بد نیست بدانید باینکه رایج‌ترین علت کم کاری تیروئید در بسیاری از کشورها، بیماری هاشیموتو است اما همه افراد مبتلا به بیماری هاشیموتو دچار کم کاری تیروئید نمی‌شوند.



دلایل بروز هاشیموتو :

آنچه باید گفت اینکه تا امروز هیچ علت قطعی برای ابتلا به این بیماری معرفی نشده و بعضی از متخصصان عامل آن را نوعی ویروس یا باکتری ها می دانند؛ اما محققان با مطالعه آن دلایلی را برای ایجاد هاشیموتو معرفی کرده اند که شامل:

- هورمون های جنسی :

جالب است بدانید که این بیماری در زنان هفت برابر مردان شیوع دارد و شاید این نشانگر نقش هورمون های جنسی در بروز هاشیموتو است. غالباً زنان بعد از زایمان به این عارضه دچار می شوند که اغلب آن ها به صورت موقت است و خودبه خود تا یک سال برطرف می شود اما در بیست درصد از موارد پایدار می ماند که نیاز به درمان دارد.

- تشعشعات :

قرار گرفتن در معرض اشعه ی درمانی احتمال ابتلا به کم کاری تیروئید و هاشیموتو را افزایش می دهد. بررسی بیمارانی که برای سرطان خون با اشعه تحت درمان قرار گرفته اند، نشان می دهد که بسیاری از آن ها به اختلالات این غده دچار شده اند.

- وراثت و ژنتیک :

از آنجاکه دلایل دقیقی برای بروز این اختلال کشف نشده است، قوی ترین احتمال آن ژنتیک است و متخصصان عوامل وراثتی راشایع ترین علت بیماری هاشیموتو می دانند.

- سن :

بیماری هاشیموتو ممکن است در هر سنی رخ دهد اما بروز آن بیشتر در سنین میان سالی (۴۰ الی ۶۰ سالگی) رایج است.

- ابتلاء به سایر بیماری ها :

سن، جنسیت و وراثت سه عامل اصلی در بروز بیماری هاشیموتو هستند؛ اما ابتلا به برخی بیماری ها از جمله موارد زیر نیز می تواند خطر بروز بیماری هاشیموتو را در افراد افزایش دهد.

- بیماری اديسون: نارسایی غده فوق کلیه
- هپاتیت خود ایمنی: بیماری که در آن سیستم ایمنی بدن به کبد حمله می کند
- بیماری سلیاک: یک اختلال گوارشی
- لوپوس: نوعی بیماری خود ایمنی که پوست و اندامهای داخلی بدن را درگیر می کند
- آرتریت روماتوئید: روماتیسم مفصلی یا آرتریت روماتوئید یک بیماری خود ایمنی مزمن بوده که سبب التهاب مفاصل می شود.
- سندرم شوگرن: اختلال در عملکرد غدد درون ریز و بروز خشکی دهان و چشم
- دیابت نوع ۱
- ویتیلیگو: نوعی بیماری خود ایمنی که در آن برخی قسمت های پوست فاقد رنگدانه هستند



چگونه از ابتلاء به هاشیموتو آگاه شویم ؟

بیماری هاشیموتو به طور معمول با گذشت زمان و طی سالیان متمادی به آرامی پیشرفت می کند و باعث آسیب مزمن و افت سطح هورمون تیروئید در خون می شود. این بیماری نیز مانند سایر بیماری ها، باعث بروز علائمی در بدن می شود که از اولین نشانه های آن تورم قسمت جلوی گردن است. علائم و نشانه های بیماری هاشیموتو عمدتاً مشابه علائم کم کاری تیروئید است و از شایع ترین آن ها می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- خستگی و سستی
- افزایش حساسیت به سرما
- یبوست
- پوست رنگ پریده و خشک
- صورت پف کرده
- ناخن شکننده
- ریزش مو
- تورم زبان
- افزایش وزن بدون دلیل
- درد عضلات و مفاصل
- ضعف عضلانی
- خونریزی قاعدگی شدید یا طولانی مدت
- افسردگی
- کاهش حافظه



عوارض ناشی از بیماری هاشیموتو چیست؟

بیماری هاشیموتو در صورت عدم درمان، کم کاری تیروئید را به دنبال دارد که سبب بروز مشکلات و عوارض جدی و متعددی می شود. شایع ترین عوارض ناشی از هاشیموتو شامل:

گواتر: کم کاری تیروئید یکی از علل شایع گواتر است. تحریک مداوم تیروئید برای ترشح بیشتر هورمون ها ممکن است باعث بزرگ شدن غده و بروز گواتر شود. این معضل می تواند باعث بروز مشکلات بلع و تنفس شده و در ظاهر افراد نیز تأثیر منفی بگذارد

مشکلات قلبی: در افراد مبتلا به کم کاری تیروئید، میزان کلسترول بد (LDL) افزایش می یابد. همچنین چنانچه کم کاری تیروئید درمان نشود، باعث بزرگ شدن ماهیچه قلب و نارسایی قلبی می گردد .

مشکلاتی سلامت روان: افسردگی یکی از عوارضی است که به دنبال ابتلا به بیماری هاشیموتو رخ می دهد و با گذشت زمان شدیدتر خواهد شد. همچنین افراد مبتلا به این بیماری ممکن است با کاهش میل جنسی مواجه شده و عملکرد ذهنی آنان نیز ضعیف شود.

کما می کسدم: این بیماری نادر و تهدید کننده زندگی می تواند به دلیل کم کاری تیروئید شدید و به دنبال بیماری هاشیموتو درمان نشده ایجاد شود. علائم و نشانه های آن شامل خواب آلودگی و به دنبال آن رخوت عمیق و بی هوشی است که ممکن است سبب مرگ بیمار شود.

نقص مادرزادی: چنانچه خانم بارداری به بیماری هاشیموتو و کم کاری تیروئید مبتلا باشد، احتمال بروز نقایص مادرزادی در نوزاد افزایش خواهد یافت. این کودکان بیشتر در معرض مشکلات ذهنی، نقص قلب، مغز و کلیه و اختلالات رشد هستند.

از دیگر عوارض عمومی هاشیموتو می توان به موارد زیر اشاره داشت:

- احساس سرمای شدید
- افسردگی، خستگی، بی حال بودن و ضعیف شدن حافظه
- کاهش ضربان قلب
- افزایش وزن ناگهانی (معمولاً بین ۳ تا ۶ کیلوگرم)
- پوست رنگ پریده، خشک و تورم صورت
- یبوست مزمن

- درد مفاصل، سفتی عضلات و ضعف عضلانی به خصوص در پایین تنه
- نازک و شکننده شدن و ریزش موها
- مشکلات باروری و به هم ریختن دوره‌های قاعدگی در زنان
- صدای خشن و گرفته
- بالا رفتن کلسترول در خون

پیشگیری از ابتلاء به بیماری هاشیموتو :

پیش‌بینی برای فرد مبتلا به تیروئیدیت هاشیموتو با درمان مناسب بسیار عالی است. ترمیم سطح هورمون تیروئید با درمان پزشکی علائم و نشانه‌های کم‌کاری تیروئید را برعکس می‌کند. بدون درمان، کم‌کاری تیروئید می‌تواند طی سال‌ها بدتر شود که به‌طور بالقوه منجر به آسیب به اعضای بدن و بیماری شدیدی خواهد شد. تیروئیدیت هاشیموتو یک بیماری خود ایمنی است که در آن بدن بافت خود را به‌عنوان یک عامل خارجی می‌شناسد. هیچ راه شناخته‌شده‌ای برای جلوگیری از این بیماری وجود ندارد.



راه درمان هاشیموتو :

همه افراد مبتلا به بیماری هاشیموتو دچار کم‌کاری تیروئید نمی‌شوند. از آنجاکه داشتن سطح آنتی‌بادی متناسب با هاشیموتو بیشتر در معرض خطر کم‌کاری تیروئید قرار دارد، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی معمولاً وضعیت بیمار را کنترل کرده و مراقب هرگونه تغییر در سلامت تیروئید او هستند.

اگر بیماری هاشیموتو به پیشرفت در کم‌کاری تیروئید منجر شود، درمان آن با نوعی هورمون تیروئیدی مصنوعی به نام لووتیروکسین است که عملکرد طبیعی تیروئید را بازایی می‌کند. لازم است هرروز تا آخر عمر آن را مصرف کنید. خواهید فهمید که چگونه دوز خود را تنظیم کنید تا اطمینان حاصل کنید که کم‌کاری تیروئید تحت کنترل است.

از آنجاکه یکی از عوارض بیماری هاشیموتو ناراحتی و نارسایی قلبی است پس بهتر است برای جلوگیری از ابتلا به این بیماری و عوارض ناشی از آن، اصول تغذیه و زندگی سالم را رعایت کنید. متخصصین تغذیه با در نظر گرفتن عوارض بیماری‌های مختلف، برنامه غذایی را توصیه می‌کنند که همه موارد و اصول در آن گنجانده شده باشد.

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	خطا در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی و در نهایت آسیب به بیمار مددجو خانم ۶۶ ساله ایست که در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۳ با تشخیص GIB در بخش بستری شد. اقدامات دارویی و درمانی طبق دستور پزشک انجام شد در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۵ در شیفت شب که پرستار مسئول ، بیمار را از شیفت عصر تحویل گرفت، بود اظهار داشت که بیمار آژیت و بی قرار است. حدوداً در ساعت ۲۲ همراه بیمار (دخترش) مجدداً به اطلاع پرستار رساند که بیمار بی قرار است. بنابراین به اظهارات همراه بیمار، پرستار پس از مطلع شدن یک آمپول به بیمار تزریق کرده و به همراه گفته که آرام بخش است. پس از آن بیمار خوابید و تا صبح بیدار نشده است. همراه بیمار فکر می کرد که طبیعی است و وقت پرستار آزمونگاه ساعت ۶ صبح جهت نمونه گیری خون بر بالکن بیمار حاضر می شوند ، همراه بیمار متوجه شد که بیمار به صدای آنها پاسخ نمی دهد و پس از آن بلافاصله پرستار بر بالکن بیمار حاضر شد. سریعاً علائم حیاتی چک شد $SPO_2=78\%$ بیمار بود که بلافاصله با ماسک رزروگ اکسیژن تراپی شد. قند خون چک شد که هایپوگلیسمی رد شد. پس از اطلاع و تحویل بیمار به شیفت صبح ، پزشک بیهوشی بر بالکن بیمار حاضر شد و در نهایت تشخیص LOC دستور انتقال به MICU داده شد. در بخش MICU مشاوره نورولوژی انجام شده و درخواست Brain MRI داده می شود که پس از رویت آن توسط متخصص مغز و اعصاب، آقای دکتر اشرفیان تشخیص CVA داده می شود که اقدامات دارویی و درمانی انجام می گردد.	عنوان شرح حادثه
	۱- عدم توجه به بی قراری بیمار و در نهایت عدم اطلاع به پزشک معالج ۲- دادن دارو به بیمار بدون دستور پزشک معالج ۳- عدم ثبت شرح حال صحیح و دقیق بیمار در گزارش پرستاری پرونده بیمار ۴- عدم تحویل صحیح بیمار به شیفت صبح (دستورالعمل SBAR) ۵- عدم اجرای دستورالعمل Case Method و در نهایت احتمال بروز خطا	علل رویداد حادثه
	۱- مقرر گردید: تمامی علائم بیمار کنترل گردد و در صورت هر گونه حالت غیر عادی حتماً به اطلاع پزشک معالج رسانده شود. ۲- مقرر گردید: دستورالعمل ۷ راه داروهای توسط کارکنان صد در صد اجرا گردد. ۳- مقرر گردید: دستورالعمل Case Method حتی الامکان اجرا شود تا احتمال بروز خطا به حداقل رسانده شود. ۴- آموزشهای لازم در خصوص اجرای دستورالعمل SBAR بخصوص در هنگام تحویل بیمار از یک شیفت به شیفت دیگر افزایش سطح آگاهی کارکنان ارائه گردد.	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	نکروز دست نوزاد (محل آنژیوکت)	عنوان
	نوزاد در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۱۶ حاصل از سزارین در این مرکز به دنیا آمده است . در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۱۷ به دنبال پیگیری جواب آزمایش $CRP=22$ و $Bill=11/2$ در نهایت نوزاد با تشخیص ایکتر و سپسیس از بخش ۸ به نوزادان منتقل شد. نوزاد تحت درمان دارویی و سرم تراپی قرار گرفت : BID Amp Amikacin ۵۴ mg BID & Amp Ampicillin ۱۸۰ mg Nacl ۲cc + Kcl ۲cc/۲۴h & Ser DW ۱۰٪ ۲۰۰cc + که همچنان درمان ادامه داشت تا تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۲۱ در شیفیت شب که منطبق بر گزارشات پرستاری پرونده بهار محل آنژیوکت متصل به دست نوزاد متورم بود . (آنژیوکت نوزاد روز گذشته وصل شده بود.) تورم و قرمزی از میچ تا آرنج گزارش گردیده است. پس از برداشتن چسب های محل اتصال آنژیوکت متوجه تاول به قطر ۱ سانتی متر میشوند و به اطلاع پزشک معالج رسانده می شود. در ساعت ۲۱ توسط پزشک وینیت شده و دستور استفاده از پرل نیتروگلیسرین هر ۴ ساعت به صورت موضعی روی محل زخم را دادند که پانسمان آغشته به Nacl که دستورات اجرا شد و نسخه آمپوله آلوروداز ۵۰۰ به پدر کودک دادند تا ته نع نمای و پس از تهیه تزریق شد. متأسفانه پدر کودک در ساعت ۶ صبح جهت ترخیص با رضایت شخص به بیمارستان مراجعه میکند و نوزاد خود را با رضایت شخصی و علیرغم توصیه های لازم مسئول بخش جهت ادامه درمان از بیمارستان ترخیص می نماید. لازم بذکر است نوزاد همچنان تحت درمان ترمیم زخم دست میباشد.	شرح حادثه
	۱- نامرغوب بودن آنژیوکت ۲- نداشتن چسب آنژیوکت شفاف جهت رویت محل اتصال آنژیوکت با پوست ۳- نداشتن تعداد کافی پمپ انفوزیون در بخش ۴- عدم دقت کافی حفظ و نگهداری راه وریدی نوزاد توسط پرستار مسئول ۵- ناکافی بودن دقت پرستار در حین تحویل شیفت	علل رویداد حادثه
	۱- مقرر گردید : مرغوبترین نوع آنژیوکت تهیه شود. ۲- مقرر گردید : چسب آنژیوکت شفاف و مرغوب جهت رویت محل اتصال آنژیوکت با پوست نوزاد تهیه و استفاده گردد. ۳- مقرر گردید : تعداد ۵ عدد پمپ انفوزیون سرم و پمپ انفوزیون سرنگ ، کمبود بخش نوزادان و NICU میباشد که باید خریداری گردد. ۴- مقرر گردید : نهایت دقت در حفظ و نگهداری راه وریدی نوزاد توسط پرستار مسئول انجام گردد ۵- مقرر گردید : در حین تحویل شیفت تمامی اتصالات نوزاد از جمله راه وریدی چک و تحویل گردد. (رعایت دستورالعمل SBAR)	اقدامات اصلاحی پیشنهادهی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Error Scenario	
عنوان	سقوط	
شرح حادثه	بیمار کودکی ۴ ماهه در تاریخ ۱۴۰۰/۰۷/۲۰ ساعت ۱۰:۴۵ جهت انجام ویزیت اطفال توسط والدین به کلینیک مراجعه می نماید. پزشک، کودک را معاینه نموده و جهت ثبت دستورات دارویی کودک را ترک می کند. مادر کودک اظهار میدارد فرزندش مشکل کلیه دارد. پزشک از ایشان درخواست می نماید که برگه سونوگرافی کلیه را به ایشان تحویل دهد. مادر کودک جهت گرفتن برگه به طرف همسرش می رود و از طفل دور می شود که در همان لحظه کودک غلت خورده و از لبه تخت به زمین می افتد. سریعاً به اورژانس تحت نظر منتقل می گردد. گرافی رخ و نیم رخ شانه، بازوی چپ، قفسه سینه و سیتی اسکن مغز انجام شد. آزمایشات لازم جهت کودک ارسال شد که همگی نرمال بودند. دستورات دارویی ارسال شد. مشاوره تلفنی نورو سرجری انجام گردید. از نظر ایشان نیز نیاز به ۶ ساعت تحت نظر بودن در اورژانس داشت. تا ساعت ۲۰:۳۰ تحت نظر بود و سپس با علائم هشدار ترخیص و به درمانگاه ارتوپدی، نورو سرجری و اطفال ارجاع گردید.	
علل رویداد حادثه	۱. سن کم کودک ۲. نبودن کات در اتاق معاینه اطفال ۳. عدم آموزش مادر کودک جهت ترک نکردن کودک	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- در نظر گرفتن کلیه کودکان زیر ۵ سال بعنوان فرد در معرض سقوط ۲- قرار دادن کات در اتاق معاینه اطفال (انجام شد) ۳- ارتقا سطح آموزش به والدین جهت پیشگیری از سقوط و ارائه پمفلت	

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Error Scenario

جاماندن بخشی از آنژیوکت در دست بیمار

عنوان

بیمار آقای ۵۴ ساله که در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۰۷ بدلیل تنگی نفس به اورژانس مراجعه و با تشخیص COPD در سرویس داخلی بستری شدند. در اورژانس از ناحیه براکیال دست چپ بیمار با آنژیوکت صورتی خط وریدی تعبیه شد. بیمار در همان روز به بخش جنرال منتقل شد. در کلیه شیفت ها ناحیه آنژیوکت بررسی شده که فلبیت نبوده است. در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۰ ساعت ۹:۳۰ پرستار بیمار بدلیل اینکه تاریخ تعویض آنژیوکت در همانروز بوده بر بالین بیمار حاضر شده و پس از خروج آنژیوکت متوجه می شود حدود ۲ سانتی متر از آنژیوکت نبوده. که سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده می شود. دستور مشاوره جراحی داده می شود. دکتر لطفی (جراح) بر بالین بیمار حاضر و دستور انجام سونوگرافی داپلر عروق میدهند. بیمار و خانواده وی از انجام سونوگرافی امتناع نمودند. کلیه عوارض شامل احتمال عفونت، آمبولی و مرگ به اطلاع ایشان رسیده ولی نپذیرفتند. مراتب صورتجلسه شد.

بیمار در ساعت ۲۲:۰۰ مجدد راضی به انجام سونوگرافی شده که جهت انجام سونوگرافی به بیمارستان کمالی ارجاع شده. در سونوگرافی تصویر ناحیه اکوژن خطی بصورت ۲ خط موازی حاوی لومن به دیامتر تقریبی ۱۷ م م در ورید براکیال چپ که مطرح کننده جسم خارجی می باشد گزارش گردیده است. نتیجه سونوگرافی به اطلاع دکتر لطفی رسید. در ساعت ۲:۳۰ توسط ایشان ویزیت شدایشان فرمودند بدلیل عدم مارکرگذاری صحیح مشاوره جراح عروق انجام گردد. در ساعت ۸:۳۰ مورخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۱ دکتر موسوی با دکتر اسلامی جراح عروق صحبت کردند. ایشان فرموده بودند سونوگرافی بافت نرم و کالر داپلر وریدی اندام فوقانی چپ انجام گردد. بدلیل نبودن متخصص رادیولوژی در مرکز جهت انجام سونوگرافی از بیمارستان کمالی نوبت اخذ گردید و در ساعت ۲۳ بیمار جهت انجام سونوگرافی به کمالی اعزام گردید. در سونوگرافی اکوژنیسیته خطی توپولار به طول ۲۰ cm همراه با ایجاد ترومبوز در مجاورت آن با احتمال وجود جسم خارجی احتمالاً آنژیوکت در داخل لومن ورید سفالیک در ۵ سانتی متری آرنج در پروگزیمال مدیال باز مشاهده شد. همچنین ترومبوز در ناحیه ۱/۳ دیستال بازو در ورید سفالیک با ایجاد انسداد پارشیل مشاهده گردید. جواب سونوگرافی به اطلاع دکتر موسوی رسید که فرمودند صبح مشاوره جراح عروق انجام گردد. در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۲ ساعت ۹:۳۰ دکتر موسوی (جراح) مجدد بیمار را ویزیت نمودند. با دکتر محمودیان (جراح عروق) نیز تماس گرفته شد. ایشان به بیمار پذیرش دادند و فرمودند بیمار به مدنی منتقل گردد و در آن مرکز تحت آنتی کواگولان ترابی قرار گیرد. بیمار و همسر وی به هیچ وجه اجازه اعزام ندادند و اظهار داشتند حتماً در همین مرکز باید جراحی انجام گردد. بالاخره در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۲ ساعت ۱۴:۱۵ بیمار به اتاق عمل منتقل و آنژیوکت از دست وی خارج گردید. در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۱۴ پانسمان بیمار باز شد و از سرویس جراحی ترخیص گردید. در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۳ پس از طی دوره درمان از بیمارستان ترخیص گردید. فرم گزارش مشکلات کیفی توسط مهندس تجهیزات تکمیل و به سازمان غذا و دارو ارسال گردید.

شرح حادثه

- نامرغوب بودن آنژیوکت

علل رویداد حادثه

- ارسال فرم گزارش مشکلات کیفی آنژیوکت la-med به سازمان غذا و دارو

اقدامات اصلاحی
پیشنهادهای

سناریو خطاهای پزشکی
Medical Error Scenario

	عنوان	عدم انجام پروسجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
	شرح حادثه	بیمار خانمی ۷۲ ساله بدلیل درد در ناحیه ران پا به اورژانس مراجعه مینماید. پزشک درخواست انجام گرافی زانو و ران جهت ایشان را در دفترچه بیمار ثبت می کند. بیمار با دخترش به درمانگاه مراجعه و پس از پذیرش به اتاق رادیولوژی منتقل می گردد. پرسنل رادیولوژی از بیمار می خواهد که دستش را جهت انجام گرافی روی تخت قرار دهد. دختر بیمار ابراز میدارد که مادر وی گرافی از پا دارد. که پس از بررسی پرسنل رادیولوژی متوجه می شود که دفترچه بیمار دیگری را چک کرده است.
	علل رویداد حادثه	شناسایی بیمار صحیح انجام نشده است. عدم برقراری ارتباط صحیح با بیمار
	اقدامات اصلاحی پیشنهادی	قبل از انجام گرافی حتماً شرح حال مختصری از بیمار گرفته شود. شناسایی بیمار بصورت فعال انجام و نسخه بیمار با مشخصات تطبیق داده شود.

سناریو خطاهای پزشکی
Medical Error Scenario

عدم ارتباط موثر بین اعضا تیم درمان

عنوان

در یکی از بخش های بیمارستان بیماری جهت انجام عمل سزارین به بیمارستان مراجعه می نماید و پس از انجام عمل در اتاق عمل متخصص زنان متوجه چسبندگی روده در بیمار می گردد. متخصص زنان با جراح بیمارستان مشاوره مینماید. جراح سریعاً در اتاق عمل حاضر و جراحی بیمار انجام میگردد. جهت وی درن تعبیه می گردد. پس از بستری بیمار در بخش چند روز بعد جراح بیمار را ویزیت و دستور خارج نمودن درن بیمار را می نماید. پرستار بدون اطلاع به متخصص زنان درن را خارج مینماید که این موضوع باعث شکایت متخصص زنان گردید.

شرح حادثه

استفاده نکردن از دستورالعمل مراقبت های بعد از عمل
عدم برقراری ارتباط موثر بین اعضا تیم درمان

علل رویداد
حادثه

- تاکید به پرسنل جهت استفاده از دستورالعمل مراقب های بعد از عمل
- اطلاع مشاوره های بیمار به پزشک معالج قبل از اجرای مشاوره

اقدامات
اصلاحی
پیشنهادهای