

ماهنامه ایمنی بیمار البرز

بیایید درباره ایمنی بیمار صحبت کنیم

Let's talk about patient safety



ماهنامه شماره ۱۲ مرداد ۱۴۰۱

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



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

جناب آقای دکتر امیرعباس واعظی

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

صاحب امتیاز

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوانی

(مدیر امور بیماری ها و مراکز تشخیصی درمانی)

مدیر مسئول

سرکار خانم الهام ابراهیم زاده

(کارشناس ایمنی بیمار معاونت درمان)

سردبیر

سرکار خانم دکتر مریم هاشم نژاد (ریاست مرکز آموزشی درمانی کمالی)

جناب آقای دکتر امیرحسین کربلانی آقا شیرازی (ریاست بیمارستان نور)

سرکار خانم ساغر گودرزی (کارشناس ایمنی مرکز آموزشی درمانی کمالی)

سرکار خانم فرزانه دوراندیش (کارشناس ایمنی بیمارستان نور)

هیئت تحریریه

سرکار خانم ساغر گودرزی (کارشناس ایمنی مرکز آموزشی درمانی کمالی)

سرکار خانم فرزانه دوراندیش (کارشناس ایمنی بیمارستان نور)

ویراستار

بارداری های پرخطر (۷-۳)

تجویز مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها (۱۰-۸)

کاتاراکت (۲۱-۱۱)

انواع ایزولاسیون (۲۳-۲۲)

درس آموخته ها (۲۵-۲۴)

فهرست



دکتر مریم هاشم نژاد
فوق تخصص پریناتولوژی
مرکز آموزشی درمانی کمالی

بارداری های پرخطر

یکی از شیرین ترین انتظار ها برای هر مادر در دوران بارداری انتظار برای به دنیا آمدن فرزندش است متأسفانه بعضی از بارداری ها به دلیل وجود عوامل گوناگونی مانند بیماریهای زمینه ای مادر، سن مادر و غیره... جز بارداری های پرخطر به حساب می آیند اگر پزشک شما از اصطلاح بارداری پرخطر برای شما استفاده کرد، این بدان معنا نیست که شما برای بدنیا آوردن فرزند دچار اضطراب و نگرانی شوید بلکه به این معناست که برای گذراندن دوران بارداری نیاز به مراقبت های ویژه ای دارید و باید به طور کامل تحت نظر پزشک متخصص قرار بگیرید و به تمام توصیه پزشک عمل کنید تا بتوانید این محل را به سلامت پشت سر بگذارید.

برای داشتن یک بارداری سالم و جلوگیری از ایجاد بارداری پرخطر چه باید کرد :

۱ _ مشورت با پزشک: پیش از بارداری اگر قصد باردار شدن دارید بهتر است ابتدا این موضوع را با پزشک خود در میان بگذارید تا وضعیت سلامت جسمی شما را مورد بررسی قرار دهد ممکن است پیش از بارداری نیاز به مصرف ویتامینها داشته باشید یا ممکن است پزشک در صورت نیاز فولیک اسید را برای شما تجویز کند چرا که براساس نتایج مطالعات انجام شده ، مصرف فولیک اسید یک الی دو ماه قبل از بارداری می تواند احتمال ابتلای جنین به ناهنجاری های سیستم عصبی را کاهش دهد. درصورت داشتن بیماری زمینه ای ممکن است نظر پزشک این باشد که ابتدا باید بیماری درمان شود و سپس به شما اجازه بارداری را بدهد تا بارداری شما جز دسته بارداری پرخطر قرار نگیرد. همچنین ممکن است با بررسی نتایج آزمایش هایی که با توصیه پزشک از شما گرفته شده است مشخص شود که خطر به دنیا آوردن نوزاد با زمینه بیماری ژنتیکی بالا باشد مصرف هرگونه دارو در طول دوره بارداری باید با تجویز پزشک صورت گیرد .

معاینه منظم در طول دوران بارداری: انجام چکاپهای منظم درطول دوران بارداری به پزشک این امکان را میدهد که سلامت شما و کودک را تحت نظر داشته باشد و در صورت بروز هرگونه اختلال سریعتر اقدام به برطرف کردن آن نماید.

پرهیز از مصرف مواد پرخطر: در دوران بارداری از کشیدن سیگار و مصرف الکل و داروهای غیر مجاز بپرهیزید. همچنین برای مصرف هر گونه دارو بدون نسخه یا مکمل های مختلف در دوران بارداری، باید با پزشک خود مشورت کنید .یکی از دلایل به وجود آمدن بارداری پرخطر را می توان بیماری های زمینه ای مادر، پیش از بارداری در نظر گرفت. علاوه بر آن ممکن است بیماریهای مثل فشار خون یا دیابت درطول دوران بارداری برای مادر ایجاد شود.

چه عواملی احتمال ایجاد یک بارداری پرخطر را افزایش می دهد:

در ادامه عواملی که ممکن است باعث به وجود آمدن یک بارداری پرخطر شوندرا ذکر می کنیم:

(۱) سن مادر: در مادران با سن بالای ۳۵ سال و پایین ۱۸ سال احتمال ایجاد بارداری پرخطر بیشتر است.

(۲) سبک زندگی: سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و مصرف داروهای غیر قانونی می تواند ریسک ایجاد بارداری پرخطر را تا چند برابر افزایش دهد.

(۳) بیماری های مادر: فشار خون بالا، اضافه وزن، دیابت، چاقی، تنگی نفس، صرع، مشکلات تیروئیدی، ناراحتی های خونی و قلبی و عفونت های موجود در بدن مادر می تواند احتمال ایجاد شرایط بارداری پرخطر را افزایش دهد.

(۴) عوارض بارداری: عوارض مختلفی در دوران بارداری به وجود می آیند، می توانند خطراتی را برای مادر ایجاد کنند. به عنوان مثال می توان به قرار گرفتن جفت در موقعیت غیر عادی (جفت سرراهی)، عدم رشد کافی جنین در زمان تعیین شده اشاره کرد.

(۵) بارداری دو یا چند قلو: احتمال ایجاد بارداری پرخطر برای زمانی که دوقلو یا چندقلو دارند، بیش تر است.

(۶) سابقه بارداری های قبلی: داشتن سابقه فشار خون بالا یا پره اکلامپسی در بارداری قبلی، خطر ابتلا به آن در بارداری های بعدی، افزایش میدهد. اگر در آخرین بارداری خود یک نوزاد زودرس به دنیا آورده اید یا چندین زایمان زودرس داشته اید احتمال خطر زایمان زودرس برای شما بیشتر است. سابقه زایمان گذشت خود را به طور کامل برای پزشکتان شرح دهید چه آزمایش هایی باید انجام دهید:

نسبت به شرایط موجود پزشک شما انجام یکسری آزمایشات را برای اطمینان از شرایط شما درخواست می کند. سونوگرافی تخصصی (specialized or targeted ultrasound): این نوع سونوگرافی جنینی مشکلاتی مانند رشد غیر طبیعی را نشان می دهد در این روش تصویربرداری، از امواج صوتی با فرکانس بالا برای مشاهده جنین درون رحم مادر استفاده میشود.

غربالگری به دو روش انجام می شود: در یک روش از متابولیت های جفتی و جنینی موجود در خون مادر برای تعیین ریسک اختلالات کروموزومی در کروموزوم های ۱۳، ۱۸، ۲۱ و کروموزوم های جنسی کمک گرفته می شود. در روش بعدی از قطعات دی ان ای جفتی استخراج شده از خون مادر برای تعیین ریسک اختلالات کروموزومی فوق استفاده می شود.

هرگاه غربالگری های فوق ریسک اختلالات کروموزومی را بالا نشان دهد، از روش های تشخیصی ژنتیکی مانند آمنیو سنتز و نمونه برداری پرز های جفتی برای تشخیص اختلالات کروموزومی در جنین استفاده می کنیم.

آمینیو سنتز (Amniocentesis):

یک آزمایش تشخیصی است که در آن، از مایع آمینیوتیک رحم، که جنین را احاطه کرده و از آن محافظت می کند نمونه برداشته می شود و مورد آزمایش قرار می گیرد. به طور معمول در هفته ۱۵ الی ۲۴ بارداری انجام می شود. آمینیو سنتز می تواند شرایط ژنتیکی خاص و ناهنجاری جدی در مغز یا نخاع را شناسایی کند (نقص دستگاه عصبی).

نمونه برداری از پرزهای جفتی (CVS):

در بین هفته ۱۱ الی ۱۳ بارداری انجام می شود.

نمونه برداری از پرزهای جفتی انجام می شود. این آزمایش نیز جزو آزمایش های تشخیصی است در صورت مشاهده مورد مشکوک در سونوگرافی، توسط پزشک توصیه می شود تا مشکلاتی مانند اختلالات کروموزومی؛ تلاسمی و غیره در جنین تشخیص داده شود.

سونوگرافی دهانه رحم: سونوگرافی دهانه رحم به این منظور انجام میشود که پزشک با بررسی نتیجه آن طول دهانه رحم را بررسی می کنند و در صورت مشاهده تغییراتی مانند کوتاه شدن دهانه رحم، اقدامات لازم را انجام دهد. کوتاه بودن دهانه رحم خطر زایمان زودرس را تا چند برابر افزایش می دهد. اگر نتیجه سونوگرافی شما کوتاه بودن دهانه رحم را نشان بدهد پزشک با اقداماتی برای دوختن دهانه رحم می تواند از این مورد جلوگیری کند (سرکلاژ). مانند تجویز پروژسترون جهت شل کردن رحم از زایمان زودرس جلوگیری کند. تستهای آزمایشگاهی:

میزان قند در ادرار: یکی از مواردی که پزشک با دیدن نتیجه آزمایش، آن را مورد بررسی قرار می دهد قند موجود در ادرار است. در طول دوران بارداری وجود مقداری قند در ادرار طبیعی است. اما اگر نتیجه آزمایش میزان قند را بالا نشان دهد می تواند نشانه ای از دیابت بارداری باشد به همین جهت پزشک آزمایش چالش گلوکز توصیه می کند.

میزان پروتئین موجود در ادرار: بالا بودن میزان پروتئین در ادرار ممکن است نشان دهنده اختلالات کلیوی یا وجود عفونت های مجاری ادراری و موارد دیگر باشد. در حالت طبیعی کلیه ها میزانی از پروتئین را دفع می کنند. اما در دوران بارداری به دلیل اینکه فشار روی کلیه ها دو برابر می شود و میزان خون بیشتری به آنها وارد می شود ممکن است نتوانند به درستی عمل کنند و مقدار بیشتر از حد نرمال پروتئین دفع کنند. همچنین ممکن است مشکل دفع پروتئین مربوط به عفونت های مجاری ادراری باشد. اگر وجود پروتئین در ادرار به همراه فشار خون بالا در هفته های آخر بارداری بروز کند، ممکن است به دلیل مسمومیت حاملگی باشد اما اگر فشار خون نرمال باشد و تنها سطح پروتئین ادرار بالا رفته باشد، احتمالاً پزشک برای شما آزمایش کشت ادرار را تجویز خواهد کرد.

کتون در ادرار: اگر در دوران بارداری کاهش وزن و یا حالت تهوع و استفراغ شدید داشته باشید، پزشک شما میزان کتون را در نتیجه آزمایش ادرار شما مورد بررسی قرار می دهد. اگر میزان کتون در ادرار زیاد باشد می تواند به دلیل این باشد که شما به دلیل حالت تهوع و استفراغ شدید قادر به خوردن غذا و مایعات به میزان کافی نیستید و به تزریق دارو و سرم نیاز دارید. میزان گلبول های سفید یا باکتری ها: وجود گلبول های سفید در ادرار می تواند نشان دهنده عفونت های ادراری باشد در دوران بارداری به دلیل تغییرات هورمونی که ایجاد می شود، دفع ادرار به سختی انجام می شود و مقداری از ادرار در مثانه باقی می ماند و همین موجب ایجاد عفونت می شود. علاوه بر آن پزشک معمولاً در ابتدای دوره بارداری درخواست آزمایش کشت ادرار می دهد تا از نبودن باکتری ها که نشان دهنده عفونت مجاری ادراری هستند مطمئن شود.

سونوگرافی بیوفیزیکیال پروفایل: سونوگرافی بیوفیزیکیال پروفایل یک سونوگرافی ساده برای بررسی وضعیت نوزاد است. اطمینان پزشک از این موضوع که جنین به مقدار لازم از رحم اکسیژن دریافت می کند یا خیر، انجام می شود. این سونوگرافی در صورتی از شما گرفته می شود که از زمان تعیین شده برای زایمان، مدتی گذشته باشد یا بارداری شما از نوع بارداری پرخطر باشد. این سونوگرافی در سه ماه سوم بارداری انجام می شود. گاهی بسته به نظر پزشک و وضعیت جنین، علاوه بر انجام سونوگرافی، انجام تست بدون استرس NST هم توصیه می شود. در صورت مشاهده چه مواردی باید به پزشک مراجعه کرد: همواره پزشک خود را در جریان شرایط و مشکلاتی که در دوران بارداری تجربه می کنید قرار دهید و بیش از هرگونه اقدامی با پزشک مشورت کنید و تمامی مراقبت های توصیه شده توسط پزشک را برای حفظ سلامت خود و جنین انجام دهید. در صورت مشاهده هرگونه از موارد زیر سریعاً با پزشک خود تماس بگیرید:

- خونریزی یا ترشحات آبی واژن
- سردرد های شدید
- درد یا گرفتگی در زیر شکم
- کاهش فعالیت یا حرکت جنین
- درد و سوزش هنگام دفع ادرار
- تغییر در بینایی مانند تاری دید
- تورم شدید و ناگهانی صورت، دست، پا و انگشتان
- تب و لرز
- استفراغ و حالت تهوع مداوم
- سرگیجه

جمع بندی:

در این مطلب سعی داشتیم به بررسی علل به وجود آمدن یک بارداری پرخطر بپردازیم و راههای به سلامت گذر کردن از آن را بیان کنیم. همچنین به معرفی انواع سونوگرافی ها و تست های مختلف در دوران بارداری که به پزشک کمک می کند تا از هرگونه تغییر در وضعیت مادر و جنین مطلع شود، پرداختیم. اگر یک بارداری پرخطر را تجربه می کنید، با دقت و بردباری به توصیه های پزشک خود عمل کنید تا فرزندتان را در آرامش و بدون هیچ مشکلی به دنیا بیاورید. بارداری پرخطر ممکن است فراز و نشیب های زیادی را به دنبال داشته باشد. اما با انرژی مثبت و انگیزه می توانید از این مرحله به خوبی گذر کنید و خود و فرزندتان در سلامت کامل به سر ببرید.

منبع: بیماری های زنان و زایمان بکمن ۱۳۹۴ و منابع اینترنتی





ساغر گودرزی
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
مرکز آموزشی درمانی کمالی

تجویز مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها

امروزه با پیشرفت علم و تکنولوژی پادزی های متعدد در بازار وجود دارد که هر یک از آنها برای درمان برخی از باکتری ها موثر واقع می شود. از این رو پزشکان معالج می توانند با بررسی بیماری اقدام به تجویز موثر آن نمایند آنتی بیوتیک ها که به عنوان آنتی باکتریال نیز شناخته می شوند، داروهایی هستند که رشد باکتریها را متوقف و یا کند میکند اولین آنتی بیوتیک طبیعی در سال ۱۹۲۸ توسط الکساندر فلمینگ کشف شد. این آنتی بیوتیک پنی سیلین بود آنتی بیوتیک های مبتنی بر پنی سیلین مانند آمپی سیلین، آموکسی سیلین، پنی سیلین هنوز برای درمان انواع عفونت ها در دسترس هستند انواع مختلفی از آنتی بیوتیک های مدرن نیز موجود می باشند

و در اکثر کشورها فقط با نسخه در دسترس هستند. آنتی بیوتیک های موضعی در کرم ها و پمادها بدون نسخه در دسترس هستند. آنچه مسلم است این داروها از انواع مختلفی برخوردار می باشند که در ادامه به آن اشاره می شود پنی سیلین ها، تتراسایکلین ها، سفالوسپورین ها، کینولونز، لینکو وایسین ها ماکرولیدها، سولفونامیدها، گلیکو پتیدها، آمینوگلیکوزیدها و کارباپنم، نگرانی های مرتبط با مصرف آنتی بیوتیک مدت زمان کوتاهی پس از معرفی آنها به دنیای پزشکی در سال های ۱۹۴۰ شناخته شدند. مصرف آنتی بیوتیک های جدید در دهه های بعدی با افزایش مصرف نامناسب آنها همراه شد. تنها در سال ۲۰۱۰ حدود ۲۵۸ میلیون دوره رژیم آنتی بیوتیکی به صورت سرپایی در ایالات متحده استفاده شد که به میزان ۸۳۳ مورد در هر هزار نفر جمعیت بوده است. در حدود ۶۰ درصد از بیماران بستری شده در ایالت متحده حداقل یک دوز آنتی بیوتیک در طی بستری خود دریافت می کنند و به نظر می رسد که ۵۰ درصد از این مقدار نامناسب یا غیر ضروری باشد. گزارشات سازمان بهداشت جهانی بر اساس جمع بندی مطالعات انجام شده بین سال های ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۶ نشان می دهد که حدود ۵۰ درصد از میزان مصرف آنتی بیوتیکها در اکثر کشورها نامناسب یا با دوز نا کافی بوده است. در ایران حدود ۴۸ درصد داروهای تجویز شده برای بیماران اشکان تزریقی داروها می باشد این اساس مصرف سرانه فرآورده جدید در ایران حدود ۱۰ عدد در کشورهای در حال توسعه حدود ۳/۴ و در کشورهای توسعه یافته بسیار کمتر از یک عدد میباشد. ایران جز بیست کشور اول دنیا از نظر مصرف دارو میانگین رشد مصرف دارو در ایران یازده و نیم درصد است از میانگین جهانی ۹ درصد بیشتر است. مهمترین عوارض نامطلوب مرتبط با آنتی بیوتیک ها مشتمل بر عوارض جانبی ناخواسته، افزایش مرگ و میر مورتالیتی و بیماری زایی موربیدیتی، طولانی شدن مدت زمان اقامت بیماران در مراکز درمانی، افزایش هزینه های بستری، افزایش خطر ابتلا به عفونت های ثانویه و ظهور ارگانیزم های مقاوم است. تجویز آنتی بیوتیک ها یک تجربه علمی میباشد که با ملاحظات روانی و فلسفه خاصی همراه است پزشکان باید خطر درمان کردن یا درمان ناکافی با آنتی بیوتیک ها را در برابر عوارض جانبی، هزینه دارو و نیز اثر گذاری بر مقاومت میکروبی ارزیابی نمایند. مورد آخر، مقاومت میکروبی بر اساس مطالعات انجام شده در هنگام تصمیم گیری جهت تجویز آنتی بیوتیک کمتر مورد توجه قرار می گیرد. همچنین نشان داده شده است که انتظار

بیماران برای دریافت آنتی بیوتیک در مواردی که فکر می کنند که مبتلا به یک بیماری عفونی شده اند به عنوان یک فاکتور کلیدی در تجویز بیش از حد آنتی بیوتیک ها مطرح است. اگر چه تحقیقات نشان می دهد که پزشکان قادرند با استفاده از دانش، توانایی ها و مهارت های خود بیماران را در جهت عدم دریافت آنتی بیوتیک های غیر ضروری متقاعد نمایند اما انجام این مداخلات در مقابل تجویز آسان و بدون دغدغه آنتی بیوتیک ها مستلزم صرف زمان کافی و آموزشی مناسب است. ممکن است این گونه تصور شود که انجام بررسی تشخیصی برای عفونت های مختلف در مقایسه با راحتی تجویز آنتی بیوتیک تنها بر اساس محتملترین اتیولوژی، بیش از حد گران، تهاجمی و زمان بر هستند. پزشکان ممکن است تمایل نداشته باشند تا خطر عدم تجویز یا تجویز آنتی بیوتیک های با طیف اثر محدود در بیماری که مبتلا به عفونت است را به علت روش طبابت نادرست یا مناسبت قانونی بپذیرند. همچنین پزشکان ممکن است مهارت کافی جهت تشخیص، مدیریت و درمان عفونت مختلف را با توجه به گسترش دانش مرتبط با بیماری عفونی نداشته باشند. تمامی عوامل مذکور سبب می شود تا پزشکان به تجویز آسان و بی دردسر آنتی بیوتیک های وسیع الطیف رو بیاورند.

Antimicrobial Stewardship Program: ASP

برنامه های تجویز منطقی آنتی بیوتیک طبق باور برخی از پزشکان محدودیت های نامناسب و غیر ضروری برای طبابت ایجاد می کند. تجویز کنندگان داروهای ضد میکروبی ارزش و اهمیت این موضوع را به خوبی متوجه نشده اند، که مصرف آنتی بیوتیکها عوارض اکولوژی گسترده تری بیشتر از آنچه که بر بیماران دریافت کننده دارد از خود بر جا می گذارد که کل جامعه می تواند از آن متاثر شود. شواهد موجود و دستورالعملهای منتشر شده در دنیا از به کارگیری برنامه های تجویز منطقی آنتی بیوتیک به خوبی حمایت می کند ایده که داروهای ضد میکروبی از آن جهت که استفاده از آنها در یک بیمار می تواند اثرات جانبی و سایر بیمارانی که آنها را دریافت نکردند داشته باشد و نیز این حقیقت که با افزایش مصرف آنتی بیوتیک آیا اثربخشی آنها رو به کاهش است منجر به ایجاد کلمه اسمارت شیپ در سال ۱۹۹۶ گردید تا توجه ویژه به خصوصیات منحصر به فرد داروهای ضد میکروبی را برانگیزد و برنامه های طراحی شده در جهت ایجاد تناسب در مصرف آنتی بیوتیک ها در بیمارستان از اوایل دهه هفتاد با اسامی برنامه های مدیریت و کنترل شرح داده شدند تمرکز این برنامه ها در ابتدا بر جنبه های مالی مسئله بود زیرا هزینه های آنتی بیوتیک مصرفی در بیمارستان بین ۳۰ تا ۵۰ درصد کل بودجه داروی بیمارستان بود. لفظ برنامه تجویز منطقی آنتی بیوتیک isp که امروز به کار میرود تاثیر تاکید بیشتری بر شرایط خاص این داروها دارد. اهداف این برنامه ها بهبود کیفیت مراقبت از بیماران و تثبیت یا کاهش میزان مقاومت های میکروبی است استراتژی های متعددی جهت مدیریت هزینه های مرتبط با آنتی بیوتیک ها و محدود کردن عوارض ناخواسته تجهیزات مناسب آن ها استفاده شده اند که مهمترین آنها در جدول زیر آورده شده است.

Antimicrobial Stewardship Strategies

Antibiotic order forms
Antibiotic rotation
Antimicrobial formulary restriction
Automatic stop orders
Clinical practice guidelines
Computer-assisted management programs
Costing of items in clinical microbiology laboratory
Direct interaction
Educational programs
Formal seminars
Multidisciplinary approaches
Newsletters
Performance evaluation
Prior-approval programs
Purchase plans
Simple chart entry
Telephone approval
Therapeutic substitution and streamlining programs

منبع: انجمن بیماری های عفونی و گرمسیری ایران تابستان ۹۴

کاتاراکت



دکتر آرش ظاهری
فوق تخصص شبکیه بیمارستان نور

تعریف

آب مروارید (کاتاراکت) به کدر شدن عدسی طبیعی چشم گفته می‌شود که پشت عنبیه و مردمک قرار دارد. آب مروارید شایع‌ترین علت کاهش بینایی در افراد بالای چهل سال و علت اصلی کاهش دید قابل بازگشت در جهان به شمار می‌رود. در واقع مجموع موارد ابتلا به آب سیاه، تخریب لکه زرد (دژنراسیون ماکولا) و رتینوپاتی دیابتی در سراسر جهان از تعداد موارد آب مروارید کمتر است. عدسی کدر شده طی یک جراحی از کپسول آن جدا می‌شود و عدسی چشم در اکثر موارد با یک لنز داخل چشمی مصنوعی (IOL) جایگزین می‌شود. اگر امکان استفاده از لنز داخل چشمی وجود نداشته باشد، بیمار برای جبران نداشتن عدسی چشم باید از لنز تماسی یا عینک استفاده کند.



کاتاراکت (آب مروارید)

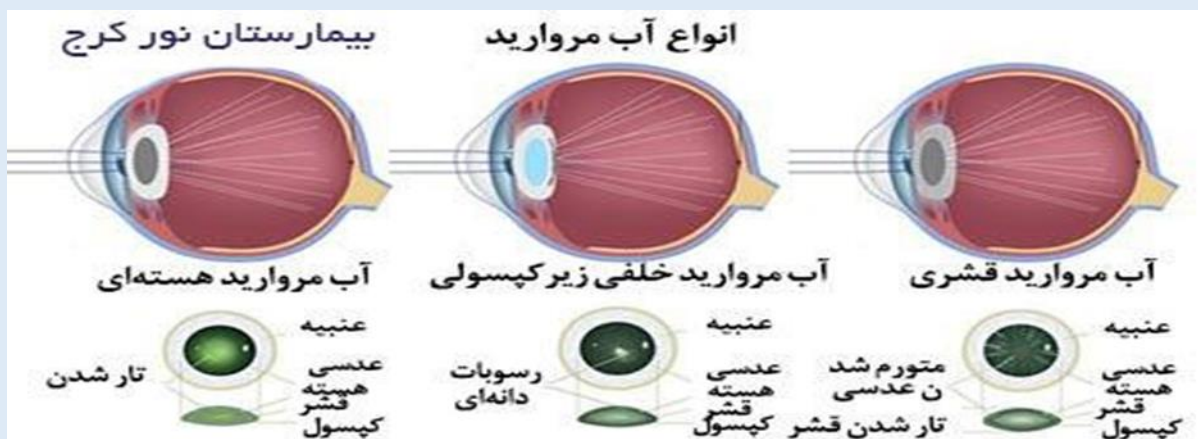
در بیماری آب مروارید عدسی چشم که به طور معمول روشن و شفاف است ابری و کدر شده، که باعث کاهش دید و یا در موارد حاد باعث از دست دادن بینایی می‌شود. در درمان آب مروارید مراجعه به دکتر چشم پزشک ضرورت دارد. در صورتی که مشکل بینایی با عینک یا لنز قابل اصلاح شدن نباشد، برای درمان به عمل جراحی آب مروارید نیاز خواهد بود. جراحی آب مروارید شامل برداشتن لنز طبیعی چشم و جایگزینی آن با یک لنز مصنوعی می‌شود.

انواع آب مروارید

- انواع آب مروارید به شرح زیر است:
- **آب مروارید هسته‌ای:** این عارضه در ناحیه مرکزی (هسته) عدسی ایجاد می‌شود. کاتاراکت هسته‌ای معمولاً پیامد بالا رفتن سن است.
 - **آب مروارید زیر کپسولی:** این عارضه پشت عدسی چشم رخ می‌دهد. بیماران مبتلا به دیابت یا افرادی که دوز بالایی از داروهای استروئیدی مصرف می‌کنند، بیشتر در معرض ابتلا به آب مروارید زیر کپسولی قرار دارند.
 - **آب مروارید قشری:** مشخصه این عارضه لکه‌های تیره سفید و مثلثی شکلی است که از دور عدسی چشم شروع می‌شود و مانند پره چرخ تا مرکز عدسی امتداد می‌یابد. این نوع آب مروارید قشر عدسی یعنی بخشی از آن را درگیر می‌کند که اطراف هسته مرکزی قرار دارد.



نشانه‌ها و علائم



آب مروارید در ابتدا کوچک است و تاثیر چندانی بر بینایی ندارد. بیمار متوجه می‌شود که دیدش اندکی تار شده و حالتی پیش آمده است که انگار از پشت یک عینک کدر به دنیا نگاه می‌کند. آب مروارید نور خورشید یا لامپ را بسیار درخشان می‌کند.

بیمار نورهای چراغهای ماشینهای جلو را خیره کننده تر از پیش می یابد و این نورها چشمهایش را به شدت می زند. از طرفی رنگها به درخشندگی قبل نیست.

علائم بروز یافته تابعی از نوع آب مروارید و زمان بروز آنها است. چنانچه ابتدا آب مروارید هسته ای بروز یابد، دید نزدیک موقتاً بهتر می شود، از این حالت با اصطلاح "دید ثانویه" یاد می شود. متأسفانه بهبود بینایی موقتی است و با تشدید آب مروارید از بین می رود. از طرف دیگر آب مروارید زیرکپسولی تا زمان پیشرفت کامل با هیچ گونه علائمی همراه نیست.

علل آب مروارید

عدسی داخل چشم مانند لنز دوربین عمل می کند، یعنی نور را برای داشتن دیدی شفاف روی شبکیه متمرکز می کند. عدسی طبیعی چشم عمدتاً از آب و پروتئین تشکیل می شود. پروتئین عدسی را شفاف نگه می دارد و اجازه می دهد نور از آن عبور کند. به موازات بالا رفتن سن مقداری از پروتئین به هم می چسبد و بخش کوچکی از عدسی را کدر می کند. این کدري همان آب مروارید است که به مرور زمان بزرگ تر می شود و بخش بیشتری از عدسی را تار می کند و در نهایت بینایی را مختل می کند.

عاملهای خطر آب مروارید:

- بالا رفتن سن
- اشعه ماوراءبنفش خورشید و دیگر منابع نوری
- دیابت
- فشار خون
- چاقی
- استعمال دخانیات
- مصرف طولانی مدت داروهای کورتیکواستروئیدی
- ضربه به چشم
- سابقه التهاب یا آسیب دیدگی چشم
- سابقه جراحی چشم
- درمان جایگزینی هورمون
- مصرف بیش از حد نوشیدنیهای الکلی
- نزدیک بینی شدید
- سابقه خانوادگی ابتلا به آب مروارید

یک نظریه قابل قبول درباره تشکیل آب مروارید چشم این است که عامل ایجاد بسیاری از آب مرواریدها تغییرات اکسایشی (اکسیداتیو) در عدسی چشم است. مطالعات تغذیه ای نیز موید صحت این نظریه است، براساس نتایج این مطالعات مصرف میوه ها و سبزیجات سرشار از آنتی اکسیدان از بروز گونه های خاصی از آب مروارید پیشگیری می کند.

انواع آب مروارید براساس علت:

آب مروارید با توجه به علت شکل گیری آن، صرف نظر از کهولت، به شرح زیر طبقه بندی می شود:

- آب مروارید ثانویه: آب مرواریدی که پس از جراحی درمان دیگر مشکلات چشم مانند آب سیاه یا در افراد مبتلا به بیماری هایی چون دیابت بروز می یابد. کاتاراکت گاهی نتیجه مصرف استروئید (کورتون) است.
- آب مروارید ناشی از آسیب دیدگی: این نوع کاتاراکت پس از آسیب دیدن چشم، گاهی پس از گذشت چندین سال بروز می یابد.
- آب مروارید مادرزادی: برخی نوزادان از همان بدو تولد آب مروارید دارند یا در دوران کودکی به آن دچار می شوند. این نوع عارضه معمولاً در هر دو چشم مشاهده می شود. آب مروارید مادرزادی گاهی آن قدر کوچک است که تاثیری بر بینایی نمی گذارد. اما اگر بینایی مختل شود، باید عدسی ها برداشته شود.
- آب مروارید ناشی از تشعشع: این نوع آب مروارید نتیجه قرار گرفتن در معرض بعضی تشعشعات است.

تشخیص

- متخصص چشم آب مروارید را پس از معاینه کامل چشم تشخیص می دهد که موارد زیر را در برمی گیرد:
- تست اندازه گیری دید: حدت بینایی بیمار در فواصل مختلف با استفاده از چارت مخصوص اندازه گیری می شود.
 - معاینه مردمک متسع (گشاد شده): برای اتساع یا باز کردن مردمک چشم در آن قطره ریخته می شود. چشم پزشک با لنز مخصوص، شبکیه و عصب بینایی را معاینه می کند تا نشانه های آسیب دیدن چشم یا وجود مشکلات دیگر را بررسی کند. دید نزدیک تا چند ساعت پس از معاینه تار خواهد بود.
 - تونومتری (اندازه گیری فشار داخل چشم): چشم پزشک فشار داخل چشم را با دستگاه مخصوصی اندازه گیری می کند. قطره بی حس کننده قبل از آزمایش داخل چشم ریخته می شود.
- ممکن است چشم پزشک آزمایش های دیگری را برای بررسی ساختار و سلامت چشم انجام دهد.

چه زمانی عمل آب مروارید ضروری است؟

تمام کسانی که مبتلا به آب مروارید شده اند لزوماً به جراحی آب مروارید نیاز ندارند. ممکن است آب مروارید در مراحل اولیه خود، فقط مشکلات جزئی مانند نزدیک بینی ایجاد کند. ممکن است پزشک بتواند این علائم را تنها با عینک برطرف کند. آب مروارید، به آهستگی تشکیل شده و به تدریج باعث ضعف بینایی می شود. انجام جراحی فقط در هنگامی ضرورت پیدا می کند که ضعف بینایی فرد باعث اختلال در فعالیت های روزمره، مانند مطالعه یا رانندگی شود. افراد مبتلا به آب مروارید باید با پزشک خود صحبت کنند تا بدانند که چه موقع ممکن است به عمل جراحی نیاز داشته باشند. آماده شدن برای عمل جراحی

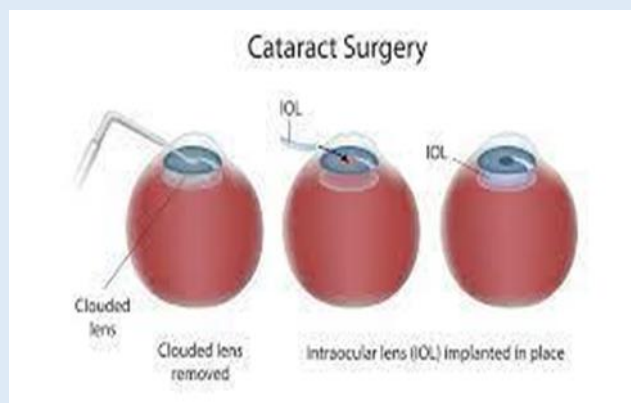
قبل از جراحی، پزشک درباره هر نوع داروی در حال مصرف، از فرد سوال می پرسد. ممکن است لازم باشد بیمار، روز عمل جراحی یا قبل از آن، مصرف داروهای خاصی را متوقف کند. پزشک به فرد توضیح می دهد که باید مصرف کدام داروها را متوقف کند یا اینکه برای آن داروها جایگزین دیگری ارائه می کند.

همچنین ممکن است پزشک از یک فرد بخواهد تا ۶ ساعت قبل از عمل جراحی از خوردن یا آشامیدن اجتناب کند. ممکن است برخی افراد قبل از عمل جراحی، نوعی قطره چشم مصرف کنند.

جراحی آب مروارید یک عمل نسبتاً سریع است و می‌توان انتظار داشت ورود به مرحله جراحی و خروج از آن، زمان بسیار کوتاهی به طول بیانجامد.

اما از آنجا که این عمل جراحی مستقیماً بینایی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، فرد باید برای بازگشت به خانه از کلینیک محل جراحی از دیگران کمک بگیرد. ممکن است لازم باشد فردی برای رسیدن به خانه و انجام امورات شخصی در منزل، در کنار بیمار باقی بماند.

انواع جراحی آب مروارید



دو روش جراحی آب مروارید وجود دارد: جراحی آب مروارید با برش کوچک یا فیکوآمولسیفیکیشن و عمل جراحی اکسترا کپسولار

جراحی آب مروارید برش کوچک

جراحی آب مروارید برش کوچک phacoemulsification : PE رایج‌تر از عمل دیگر است فیکو شامل ایجاد یک برش ریز در داخل قرنیه است که خارجی‌ترین لایه چشم است. قرنیه، قسمت گنبدی شکل چشم است که در جلوی عدسی قرار دارد. سپس جراح یک پروب را از طریق برش به داخل قرنیه وارد می‌کند. این پروب از امواج اولتراسوند برای شکستن عدسی استفاده می‌کند تا جراح بتواند آن را در قطعات کوچک، از چشم خارج کند. چشم پزشکان این فرآیند را روش جراحی فیکو می‌نامند. جراح، کپسول عدسی که همان غشای خارجی نازکی است که عدسی را می‌پوشاند، را در جای خود نگه می‌دارد و یک عدسی مصنوعی جدید را درون آن می‌گذارد. به طور معمول برش درون قرنیه نیازی به بخیه ندارد. در برخی موارد ممکن است فرد به دلیل سایر مشکلات چشمی نتواند از عدسی مصنوعی استفاده کند. در برخی موارد گذاشتن لنزهای تماسی یا عینک می‌تواند مشکلات بینایی را اصلاح کند.

جراحی اکسترا کپسولار

جراحی اکسترا کپسولار شامل ایجاد یک برش بزرگ در داخل قرنیه می‌شود. این برش بزرگ، به جراح اجازه می‌دهد تا عدسی را به صورت یک تکه کامل خارج کند. در این روش نیز مانند عمل فیکو، جراحان کپسول لنز را برای نگه داشتن عدسی مصنوعی جدید، حفظ میکنند.

جراحان معمولاً این نوع از جراحی را زمانی انجام می‌دهند که امواج التراسوند در عمل فیکو قادر به شکستن عدسی بخاطر سفتی و سختی زیاد آن نباشد.

در حین عمل جراحی باید انتظار چه چیزی را داشت؟
قبل از جراحی، تیم مقدماتی تمام اطلاعات نهایی درباره سابقه پزشکی فرد و خود عمل جراحی را فراهم می‌کنند. پس از آماده شدن بیمار، جراح عمل جراحی را آغاز می‌کند.

در حین عمل جراحی، فرد باید انتظار موارد زیر را داشته باشد:

- پزشک معمولاً برای آرامش بیمار به او دارو می‌دهد.
 - ممکن است پزشک از قطره بی‌حسی چشم یا تزریق ماده بی‌حسی برای بی‌حس کردن چشم بیمار استفاده کند.
 - فرد در حین عمل، هوشیار و بیدار باقی می‌ماند و ممکن است روشنائی و سایر حرکات را ببیند (با این حال قادر به دیدن آن چه که جراح انجام می‌دهد، نیست)
 - جراح برش‌های کوچکی ایجاد می‌کند تا بتواند به عدسی‌های چشم برسد. سپس عدسی‌ها را برداشته و آنها را با عدسی مصنوعی جایگزین می‌کند.
 - معمولاً، نیازی به زدن بخیه نیست. زیرا زخم‌ها به خودی خود بهبود پیدا می‌کنند.
 - سپس جراح یک محافظ را روی چشم یا چشم‌ها قرار می‌دهد و بیمار را به اتاق ریکاوری می‌فرستد.
- کل فرایند عمل، معمولاً حدود ۱۵ دقیقه طول می‌کشد.

ریکاوری

معمولاً فرد یک ساعت پس از عمل جراحی در اتاق ریکاوری منتظر می‌ماند. ممکن است جراح، چشم بیمار را پانسمان کند تا به فرآیند بهبودی آن کمک کند.

هنگامی که بیمار به خانه باز می‌گردد، باید تمرکز خود را بر پیشگیری از عفونت چشم بگذارد. بیمار باید مانع ورود آب به چشم شده و هرگونه قطره چشمی را تنها با تجویز پزشک یا جراح خود استفاده کند.

فرد می‌تواند بیشتر فعالیت‌های روزانه خود، از جمله مطالعه و تماشا کردن تلویزیون را ادامه دهد. با این حال باید از بلند کردن اجسام سنگین و فعالیت‌هایی که می‌توانند موجب وارد شدن فشار به چشم شوند، مانند دویدن یا بسکتبال اجتناب کند.

معمولاً جراح از فرد می‌خواهد تا پس از عمل جراحی برای معاینه و چکاپ، مجدداً مراجعه کنند. معاینه و چکاپ پس از عمل، پزشک را مطمئن می‌سازد که بهبودی همانطور که انتظار می‌رود، صورت می‌گیرد. معاینات چکاپ معمولاً یک روز پس از جراحی، یک هفته بعد و چند هفته پس از جراحی انجام می‌شوند.

عوارض

چنانچه پس از جراحی آب مروارید با نشانه‌ها و علائم زیر مواجه شدید، به سرعت با پزشک تماس بگیرید:

- کاهش دید
- تشدید درد
- افزایش قرمزی
- ورم اطراف چشم
- ترشحات چشم
- دید موج، دیدن جرقه یا تغییر در میدان دید
-

پیشگیری

هرچند قابل پیشگیری بودن آب مروارید جای بحث دارد، اما براساس نتایج چند پژوهش می‌توان احتمال بروز آب مروارید را با مصرف بعضی مکمل‌های تغذیه‌ای و مواد مغذی کاهش داد:

- رژیم غذایی: چنانچه ویتامین E، کاروتینوئیدهای لوتئینی و زیزانتین بیشتری از طریق رژیم غذایی و مکمل‌ها دریافت شود، احتمال بروز آب مروارید کاهش می‌یابد. تخم آفتابگردان، بادام و اسفناج منابع غنی ویتامین E محسوب می‌شود. همچنین اسفناج، کلم و دیگر سبزیجات با برگ سبز سرشار از لوتئین و زیزانتین هستند. نتایج دیگر پژوهش‌ها نیز حکایت از آن دارد که ویتامین‌های آنتی اکسیدان مانند ویتامین ث و مواد غذایی سرشار از اسیدهای چرب امگا ۳ خطر آب مروارید را کاهش می‌دهد.
 - عینک: اقدام موثر دیگری که به پیشگیری از آب مروارید کمک می‌کند، استفاده از عینک‌های آفتابی است که ۱۰۰٪ اشعه ماوراء بنفش خورشید را در محیط‌های باز فیلتر می‌کند.
- با فرض عدم بروز عوارض، می‌توان انتظار داشت که فرد پس از عمل جراحی، دید واضح‌تری داشته باشد. اما اگر فردی متوجه هر گونه عوارض شد، باید در اسرع وقت به پزشک اطلاع دهد.
- ممکن است برخی افراد، دچار آب مروارید ثانویه شوند. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، غشای عدسی که جراح در حین عمل آن را بر نداشته است، شروع به کدر شدن و از دست دادن شفافیت خود می‌کند. معمولاً تا ۵۰ درصد افرادی که تحت جراحی آب مروارید چشم قرار می‌گیرند، ممکن است دچار این وضعیت شوند.
- آب مروارید ثانویه قابل درمان است. به طور معمول پزشک از لیزر کپسولوتومی برای درمان استفاده می‌کند.

علائم بروز آب مروارید

اکنون که توضیح مشخصی از آب مروارید را بدست آوردید لازم است بدانید در صورت بروز چه علائمی باید سریعاً به پزشک مراجعه نمایید و پس از معاینه برای جراحی کاتاراکت به روش فیکو آماده شوید. این علائم عبارتند از:

- مشکلات دید نور در شب برای مثال؛ تابش خیره کننده چراغ‌ها و اذیت شدن چشم
- زرد شدن رنگ‌ها و کدر دیدن اجسام

- مشکل دید نور در آفتاب و روز
- تغییر شماره نزدیک بینی به صورت افزایشی در میانسال ها
- تغییر ناگهانی شماره عینک
- تاری دید و به اصطلاح "مه گرفتگی" مقابل چشم ها

جراحی کاتاراکت به روش فیکو

با توجه به آن که از علائم بروز آب مروارید اطلاعات کافی را بدست آوردید بهتر است اکنون در مورد نحوه عمل جراحی کاتاراکت به روش فیکو اطلاعات لازم را کسب نمایید. این عمل که از شایع ترین نوع جراحی برای رفع آب مروارید صورت می گیرد به این گونه است که ۱۵ دقیقه قبل از عمل قطره بی حسی در چشم بیمار ریخته می شود.

سپس مردمک ها را با قطره گشاد می کنند که در طی عمل دکتر بتواند به راحتی به پشت آن و عدسی دسترسی پیدا کند. پس از آن که بیمار به اتاق عمل وارد شد توسط پرستار به تخت هدایت شده و توسط دکتر بیهوشی تحت مراقبت قرار می گیرد تا در صورت لزوم دارو تزریق شود.

در تکنیک فیکو امولسیفیکیشن که به اختصار فیکو گفته می شود و در تصور عموم مردم به روش لیزری نیز معروف شده از انرژی فرا صوت یا اولتراسوند برای خرد کردن هسته عدسی استفاده میشود. پس از آن که شرایط توسط پزشک بررسی شد، چشم توسط بتادین استریل شده و با اسپکولوم پلک ها باز نگه داشته می شود.

بعد از آن جراحی توسط میکروسکوپ چشمی آغاز می شود. دو برش در ناحیه سفیدی چشم در نزدیکی قرنیه ایجاد شده و توسط سوراخ کوچکی به عدسی دسترسی پیدا می کند. سپس پروب دستگاه که بسیار کوچک است وارد شده و آب مروارید را تخلیه می کند و لنز مصنوعی دائمی در آن جا قرار می گیرد و عمل بدون هیچ بخیه ای پایان می پذیرد. لازم است بدانید لنز ها هرگز توسط شما احساس نمی شود.



شرایط قبل از عمل فیکو

حال که اطلاعات مفیدی از نحوه انجام جراحی کاتاراکت به روش فیکو بدست آوردید پیش از عمل هرگز به خود ترس راه نداده و با آرامش خیال راحت برای جراحی قدم بردارید. مدت زمان تقریبی عمل کوتاه بوده و بدون درد انجام می شود. لازم است حتما طبق دستورات پزشک داروهای لازمه را مصرف نموده و با آرامش خیال و اعتماد به متخصص اقدام به عمل نمایید. علت بروز آب مروارید

برخی از عوامل باعث می شود شما به کاتاراکت یا آب مروارید دچار شوید و با رعایت بعضی از اقدامات می توانید از بروز این اتفاق تا حدودی جلوگیری کنید. از جمله این عوامل عبارتند از:

- سابقه برخورد و ضربه به چشم ها
- بیماری های زمینه ای همچون دیابت و ...
- استعمال دخانیات همچون سیگار
- مصرف طولانی مدت بعضی از داروها عوارض دار همچون کورتون
- پیشینه خانوادگی
- قرارگیری مقابل نور خورشید بدون محافظ و عینک دودی
- عمل های جراحی قبلی چشم در برخی موارد
- و ...

عوارض جراحی کاتاراکت با روش فیکو

این عمل که عمدتاً در ۱۰ الی ۳۰ دقیقه انجام می شود عمدتاً در ۹۸ درصد از افراد بدون مشکل گزارش شده است اما در دو درصد دیگر التهاب، تورم قرنیه، قرمزی چشم، افزایش فشار داخل چشم و در تعداد انگشت شماری خونریزی مشاهده شده است که اکثر این موارد با دارو رفع می شود.

معمولاً اکثر افراد از عمل خود راضی بوده و مشکل خاصی آن ها را تهدید نمی کند. چه بسا پس از عمل نیز طبق آمار و گزارشات ۹۵ درصد افراد با دید بهتری به زندگی ادامه داده و از مشکلات دوربینی و نزدیک بینی رنج نمی برند.

مراقبت ها پس از جراحی کاتاراکت به روش فیکو

بعد از عمل معمولاً لازم است تا ۲۴ ساعت استراحت کنید. بعد از یک روز نوبت معاینه توسط پزشک است تا شرایط بعد عمل و وضعیت عدسی ها را بررسی نماید. در طول این مدت لازم است از داروهای تجویز شده استفاده نموده و مسکنی که طبق نظر او گفته شده را مصرف کنید.

همچنین قطره های چشمی نیز برای شما تجویز می شود که لازم است تا یک ماه بعد عمل مصرف کنید. بیماران پس از سپری کردن دوره نقاهت می توانند تمام فعالیت هایی که آب مروارید مانع از انجام آن بوده است همچون، رانندگی، ورزش و ... را مجدد از سر بگیرند.

کلینیک تخصصی چشم بینایی

در این مقاله سعی شد اطلاعات مفید و کاملی از جراحی کاتاراکت به روش فیکو به همراه مزایا و معایب آن پرداخته شود. همچنین لازم است با رعایت تمام شرایط قبل و بعد عمل طبق نظر پزشک و مطالب گفته شده درمان را سپری کنید.

خودمراقبتی در بیماران دچار کاتاراکت

هدف:

۱. آموزش اثربخش به بیماران و همراهان با هدف ارتقا کیفیت خدمات بالینی
۲. افزایش رضایتمندی بیماران و کاهش عواقب بیماری و هزینه های بیماری

تعریف خودمراقبتی:

خودمراقبتی مجموعه اعمالی است که فرد بصورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خود و خانواده انجام می دهد که از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی سالم بماند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان بر اساس آموزش های دریافتی از سلامت خود و خانواده اش محافظت نماید.

الف) آموزش های ارائه شده به بیمار و خانواده قبل از بستری:

۱. پرستار در رابطه با لزوم ناشتا بودن قبل از عمل بمدت ۸ ساعت توضیح می دهد.
۲. پرستار در رابطه با مصرف داروهای فشار خون، مغز و اعصاب، دیابت، قلبی، ریوی، کلیوی و..... توضیح و آموزش می دهد.
۳. پرستار در رابطه با قطع داروهای آنتی کواگولانت نظیر آسپرین، وارفارین و پلاویکس توضیح می دهد.

ب) آموزش حین بستری:

۱. پرستار در رابطه با فضای فیزیکی بخش، تجهیزات بخش، منشور حقوق بیمار توضیح می دهد.
۲. پرستار در خصوص نوع جراحی، مدت بستری، مدت ناشتا بودن، زمان انتظار قبل از عمل توضیح می دهد.
۳. پرستار در خصوص لزوم خارج کردن دندان مصنوعی، سمک، پروتز دست و پا و زیور آلات و ... توضیح می دهد.
۴. پرستار در رابطه با کنترل عفونت و بهداشت فردی توضیح می دهد.
۵. پرستار از بیمار می خواهد هرگونه حساسیت غذایی، دارویی، پوستی، فصلی، آلرژی به چسب و مواد ضدعفونی را اطلاع دهد.
۶. پرستار در مورد نحوه استراحت در بخش قبل و بعد از عمل آموزش می دهد.
۷. پرستار در مورد رژیم غذایی و ناشتا بودن آموزش می دهد.
۸. پرستار در مورد عوارض دارویی (در صورت استفاده قبل از عمل) توضیح می دهد.
۹. پرستار در مورد مراقبت از اتصالات آموزش می دهد.

ج) آموزش خودمراقبتی پس از عمل

۱. پرستار در مورد پانسمان و شیلد چشمی و زمان برداشتن آن توضیح می دهد.

۲. پرستار پوزیشن مناسب پس از جراحی را آموزش می دهد.
۳. پرستار در صورت عدم تهوع و گیجی و هوشیاری کامل اجازه خوردن و آشامیدن را می دهد.
۴. پرستار عوارض دارویی (در صورت استفاده پس از جراحی) را توضیح می دهد.
(ت) آموزش خودمراقبتی پس از ترخیص در منزل
۱. پرستار در مورد زمان شروع داروها (خوراکی و قطره ها) و برداشتن پانسمان و شیلد توضیح می دهد.
۲. پرستار در مورد پوزیشن مناسب پس از ترخیص آموزش می دهد.
۳. پرستار در مورد زمان ویزیت توسط پزشک توضیح می دهد.
۴. پرستار علائم هشدار نظیر عفونت ، قرمزی ، تاری دید، ترشحات غیرعادی، درد، تورم پلک ، کاهش ناگهانی دید را آموزش می دهد.
۵. پرستار در مورد روش تسکین درد در منزل آموزش می دهد.
۶. پرستار راههای ارتباطی با بیمارستان را آموزش می دهد.
۷. پرستار نحوه فعالیت روزانه را خاطرنشان می گردد و به بیمار راجع به بلند کردن اجسام سنگین هشدار می دهد.
۸. پرستار زمان استحمام را گوشزد می کند.
۹. پرستار در مورد رعایت بهداشت فردی و بهداشت دست آموزش می دهد.
۱۰. پرستار پمفلت آموزشی در خصوص بیماری را تحویل می دهد.
۱۱. پرستار به بیمار توصیه می نماید از چشم در مقابل ضربه ناگهانی ، جسم خارجی و مواد شیمیایی محافظت نماید.

منبع: راهنمای بالینی کاتاراکت ۱۳۹۲، پرستاری داخلی جراحی برونر سوارث، ویرایش پانزدهم، ۲۰۱۸



ژیلا رمضانی

مسئول بهبود کیفیت بیمارستان نور

انواع ایزولاسیون

ایزولاسیون چیست و انواع مختلف آن کدام است:

بر متصدیان مراقبت های بالینی روشن است که احتمال حضور بیمارانی با بیماری های واگیردار همواره در بیمارستان امکان پذیر است. در صورت عدم مدیریت صحیح امکان ابتلا به سایر بیماران و پرسنل نیز وجود دارد برای حفظ ایمنی بیمار و پرسنل در هنگام حضور بیماران با بیماری های واگیردار باید ایزولاسیون مناسب صورت گیرد ایزولاسیون برای جداسازی بیمار می باشد، که مشتمل بر دو قسمت است: احتیاطات استاندارد و احتیاطات بر اساس راه انتقال بیماری است. انواع ایزولاسیون بر اساس راه انتقال بیماری: ایزولاسیون هوایی (Airborne Isolation) احتیاطات هوایی یا تنفسی برای بیمارانی استفاده می شود که مشکوک به عفونتهای هستند که از طریق قطرات هوایی منتقل می شوند. این به آن معناست که باکتری ها و ویروس ها، عوامل بسیار کوچکی هستند که می توانند از طریق ذرات معلق، یا جریان هوا تا مسافت های زیادی منتقل شوند. نمونه ای از این بیماری ها شامل آبله مرغان، زونا، سرخک، سل، می باشد که شامل ایزولاسیون تنفسی می گردند.

شرایط ایزولاسیون هوایی:

۱. احتیاطات استاندارد رعایت شود

۲. قرار گرفتن بیمار در یک اتاق ایزوله با فشار منفی نسبت به فضای سالن که در هر ساعت ۶ مرتبه تعویض هوا انجام شود در صورت وجود پنجره به فضای باز و عدم وجود فیلتر مناسب پنجره ها باز شود

۳. کارکنانی که در ارتباط با بیمار هستند باید ماسک تنفسی ۹۵٪ استفاده کنند

۴. ملاقات کنندگان بیمار باید ماسک بزنند

۵. افرادی که سابقه ابتلا به آبله مرغان و سرخک دارند و به طور طبیعی ایمنی کسب کردند نیازی به پوشیدن ماسک در هنگام ورود به اتاق بیمار مبتلا به آبله مرغان و سرخک ندارند.

۶. جابجایی بیماران به مواقع ضروری و با ماسک جراحی محدود شود. در چنین مواقعی به مناطقی که بیمار می رود، درخصوص ایزولاسیون اطلاع رسانی شود.

۷. پس از ترخیص بیمار، اتاق و کلیه وسایل آن ضدعفونی و تمیز شود.

ایزولاسیون معکوس (IsolationProtective):

ایزولاسیون معکوس برای محافظت از بیماران با سیستم ایمنی ضعیف در مقابل عفونت ها طراحی شده است.

نمونه‌ای از بیمارانی نیاز که نیاز به ایزولاسیون معکوس دارند شامل بیماران سرطانی، پیوند مغز استخوان و سایر پیوندها هستند.

شرایط ایزولاسیون معکوس:

۱. احتیاطات استاندارد رعایت شود

۲. بیمار در یک اتاق مجزا با فشار هوای مثبت نسبت به هوای بیرون قرار گیرد

۳. قبل از ورود به اتاق بیمار و مراقبت مستقیم از بیمار دست‌ها باید با مایع صابون شسته و با یک محلول ضد عفونی کننده ضد عفونی شود

۴. تنها پرسنل مسئول مراقبت از این بیماران حق ورود به اتاق را داشته و محدودیت ملاقات در مورد این بیماران رعایت شود

۵. قرار دادن گل طبیعی در اتاق این بیماران ممنوع است

۶. بیمار تنها جهت مواقع ضروری می‌تواند با پوشیدن ماسک جراحی اتاق خود را ترک نماید

۷. پس از ترخیص بیمار اتاق و کلیه وسایل آن تمیز و ضد عفونی شود.

ایزولاسیون قطره‌ای این نوع ایزولاسیون جهت بیماران که از طریق قطرات بیماری انتشار می‌یابند استفاده می‌گردد انتقال از

طریق قطرات زمانی اتفاق می‌افتد که افراد سرفه یا عطسه می‌کنند و به این ترتیب قطرات وارد هوا میشود و چون این

قطرات سنگین هستند، خیلی سریع روی سطوح می‌نشینند و تا حدود یک متر امکان جابجایی دارند نمونه از بیماری‌هایی که

نیاز به ایزولاسیون قطره‌ای دارند شامل مننژیت منگو کوکی و... میباشد.

شرایط ایزولاسیون قطره‌ای:

۱. احتیاطات استاندارد رعایت شود

۲. بیمار را در اتاق ایزوله قرار دهید.

۳. کارکنان و ملاقات کنندگان بایستی جهت ورود به اتاق ماسک جراحی بپوشند.

۴. جابجایی بیماران به مواقع ضروری و همراه با ماسک جراحی محدود شود در چنین مواقعی به مناطق ورود بیمار در خصوص

ایزولاسیون اطلاع رسانی شود

۵. پس از ترخیص بیمار اتاق و کلیه وسایل تمیز و ضد عفونی شود.

ایزولاسیون تماسی: احتیاطات تماسی برای بیماری‌هایی در نظر گرفته می‌شود که از طریق تماس مستقیم و غیر مستقیم

منتقل می‌شوند بدان معناست که باکتری‌ها یا ویروس‌های عامل بیماری‌ها می‌توانند از طریق تماس مستقیم با محل عفونی

و یا مایعات بدن و تماس با تجهیزاتی که آلوده شده‌اند منتقل شود.

نمونه‌ای از عفونت‌هایی که نیاز به ایزولاسیون تماسی دارند شامل: عفونت‌های ناشی از باکتری انتروکوک مقاوم به چند آنتی

بیوتیک مانند استاف اورئوس مقاوم به پنی سیلین که نیاز به ایزولاسیون قطره‌ای نیز دارند.

شرایط ایزولاسیون تماسی:

۱. احتیاطات استاندارد رعایت شود.

۲. بیماران را در اتاق ایزوله قرار دهید

۳. زمان ورود به اتاق بیمار پوشیدن گان و دستکش الزامی است گان و دستکش را قبل از ترک اتاق بیمار در آورده و دستها را بشوید

۴. تا جایی که ممکن است از به کار بردن وسایل مشترک بین بیماران اجتناب کنید اگر استفاده از وسایل مشترک اجتناب ناپذیر است این کار پس از تمیز و ضدعفونی کامل وسیله مناسب انجام شود.

۵. پس از ترخیص بیمار اتاق و کلیه وسایل تمیز و ضد عفونی شود.

دسته بندی بیماری های عفونی بر اساس روش ایزولاسیون :

جداسازی تماسی: در بیماری های عفونی با سطح بهداشتی پایین و بی اختیاری، آبله مرغان با راش های وسیع، عفونت های تنفسی در نوزادان و کودکان نوپا ، بیماران با سطح بهداشتی پایین، هپاتیت A، سارس، آبله، رینو ویروس، تب ویروسی خونریزی دهنده، سرخجه مادرزادی

جداسازی قطره های: مننژیت سیاه سرفه، پنومونی، آدنوویروس، دیفتری، آنفولانزا، عفونتهای مننگوکوک، اوریون، پنومونی مایکوپلازما، سرخجه، سارس، تب ویروسی خونریزی دهنده، رینو ویروس
جداسازی هوایی: آبله مرغان با راش های وسیع، سرخک، سل، سارس، زونا
منبع: کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

درس آموخته ها

پزشکی خطاهای ناریو

Medical Errors Scenario

عنوان	سقوط	
شرح حادثه	مددجو ۲۶ ساله با شکایت درد و خونریزی به تریاژ مامایی مراجعه و در تاریخ ۱۶ اردیبهشت ساعت ۵،۲۳ پذیرش شده G1 است. مددجو ۳۹ هفته سابقه دیابت با مصرف انسولین را ذکر می نماید. علائم حیاتی: P:125/80-P:98-R:20-T:37 B است توسط دکتر دارایی ویزیت شده و در سرویس دکتر خوانساریان بستری شده است. دستور بستری در زایشگاه داده شده است. پس از زایمان طبیعی ساعت یازده پس از زایمان تاریخ ۱۶ اردیبهشت به بخش زنان منتقل شده است حاصل زایمان نوزاد پسر با آپگار ۹-۱۰ میباشد. po شده است. RBR است آنتی بیوتیک خوراکی دستور دارد راه رفته در کنار ماما به دستشویی برده شده است که در آنجا چانه به لبه دستشویی خورده در حد دو سانت زخم شده است توسط دکتر هاشمیان معاینه شد دستور خاصی ندادند علائم حیاتی: BP:100/80-R:18-T:36.5-P:70 میباشد. در تاریخ ۱۷ اردیبهشت ساعت ۸ توسط دکتر جمالپور ویزیت میشود ادامه دستورات دارد در صورت افت هموگلوبین کمتر از ده اطلاع داده شود. مجدد در ساعت ۱۲،۳۰ توسط دکتر محمدی ویزیت شد با دستورات دارویی و ذکر علائم هشدار و مراجعه هفته آینده به کلینیک مرخص میباشد. مددجو در ساعت ۱۴:۲۱ مرخص گردیده است.	
علل رویداد حادثه	- توجه بیشتر به آموزش به بیمار و اثربخشی آموزش (جلب مشارکت بیمار در روند درمان)- خرابی زنگ احضار پرستار - نیاز به آگاهی پرستار در رابطه با عواقب این اتفاقات و حساس نمودن وی به پرهیز از بی مبالایی در بررسی اثربخشی آموزش-	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	گذاشتن کلاسهای آموزشی و طرح در جلسات درون بخشی تعمیر سریع زنگ احضار پرستار و طرح در کمیته تجهیزات پزشکی	

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز	درس آموخته	 بیمارستان فوق تخصصی چشم پزشکی نور دقیه کینیت
درس آموخته ۱		
شرح حادثه	بیمار آقای محمد میرقلیخانی که در ساعت ۱۵:۲۱ جهت جراحی چشم به اتاق عمل منتقل شده بود پس از جراحی به همراه پرونده تحویل ریکاوری و سپس بخش گردید ، متاسفانه حین تحویل از ریکاوری به بخش، برگه خلاصه عمل بیمار خانم فرخنده مختاری معافی تحویل داده شده بود.	
علت رویداد حادثه	بی دقتی و بی توجهی پرسنل اتاق عمل و ریکاوری در اجرای صحیح و ایمن تحویل و تحول بیمار	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	• جهت جلوگیری از وقوع اتفاق مشابه: • جلسه ای با سرپرستار بخش بستری و اتاق عمل گذاشته شد. • اتفاق مزبور مورد بررسی قرار گرفت و مقرر شد پرسنل تحویل دهنده دقت لازم را در این مورد داشته باشد. • پرسنل تحویل گیرنده همزمان بیمار و پرونده رو مورد بررسی قرار دهد و بیمار را تحویل گیرند. • به دلیل اینکه جراحی در شیفت عصر انجام شده و ممکن است خستگی یکی از دلایل کم دقتی باشد مقرر شد پرسنل در فواصل مورد نیاز استراحتی داشته باشند. • موارد در گزارش خطاهای الکترونیک وارد گردد. • فرایند صحیح تحویل و تحول بیمار به اتاق عمل و بالعکس مورد پایش قرار گیرد. • درس آموخته ها جهت جلوگیری از اتفاق مشابه به اطلاع پرسنل رسانده شود.	
درس آموخته ۲		
شرح حادثه	بیمار خانم رفعت کرابی ۷۲ ساله که در ساعت ۱۱ صبح جهت تزریق آواستین هر دو چشم طبق تاییدیه پزشک معالج به مرکز مراجعه نموده ولی در نهایت با تزریق در یک چشم مرکز را ترک نموده است.	
علت رویداد حادثه	عدم ثبت دستور تزریق در هر دو چشم توسط پزشک معالج بی توجهی واحد پذیرش و آماده سازی و اتاق عمل به صحبت های بیمار و همراه در مورد تزریق در هر دو چشم	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	• تنظیم فلوچارت پذیرش بیمار • هماهنگی با پزشکان در مورد ثبت صحیح دستور بستری و ثبت نوع عمل جراحی خصوصا در یک هر دو چشم بیمار • برنامه ریزی جهت جلوگیری از ازدحام بیماران در واحد پذیرش به لحاظ جلوگیری از احتمال بر اشتباه در نوع عمل بیمار • افزایش دقت پرسنل واحد آماده سازی بیمار جهت علامت گذاری هر دو چشم بیمار • افزایش توجه پرسنل تحویل گیرنده اتاق عمل به صحبت های بیمار در مورد نوع عمل جراحی در دو چشم بیمار • موارد مشابه در گزارش خطاهای الکترونیک وارد گردد. • فرایند صحیح تحویل و تحول بیمار به اتاق عمل و بالعکس مورد پایش قرار گیرد. • درس آموخته مزبور به اطلاع پرسنل رسانده شود	