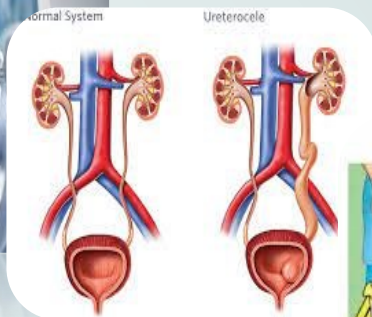


ماهنامه ایمنی بیمار البرز



ایمنی کارکنان سلامت ، الزامی برای ایمنی بیمار

HEALTH WORKER SAFETY A PRIORITY FOR PATIENTS SAFETY

دانشگاه علوم پزشکی البرز

معاونت درمان

واحد ایمنی بیمار

ماهنامه شماره ۲۸ بهمن ماه سال ۱۴۰۲

آدرس : بلوار طالقانی شمالی - روبروی دادگستری - خیابان دیوسالار - بوستان پنجم -

پلاک ۲۰

WWW.ABZUMS.AC.IR – info@abzums.ac.ir



صاحب امتیاز:

- جناب آقای دکتر امیر عباس واعظی (معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز)

مدیر مسئول:

- جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوایی (مدیر امور بیماریه‌ها و مراکز تشخیصی درمانی)

سر دبیر:

- سرکار خانم الهام ابراهیم زاده (کارشناس ایمنی بیمار امور بیماریه‌ها و مراکز تشخیصی درمانی)

هیئت تحریریه:

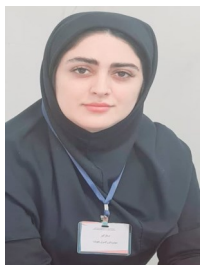
- جناب آقای دکتر نعمت اله خسروی (مسئول ایمنی بیمار بیمارستان فوق تخصصی آرام)
- جناب آقای دکتر پانته آ عینی (مسئول ایمنی بیمار بیمارستان سردار شهید سلیمانی)
- سرکار خانم سارا شوندی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان آرام)
- سرکار خانم مریم بازگیر (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان سردار شهید سلیمانی)

ویراستار:

- سرکار خانم سارا شوندی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان آرام)
- سرکار خانم مریم بازگیر (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان سردار شهید سلیمانی)

فهرست	
جراحی ایمن	صفحه ۵
عقوت و انسداد دستگاه ادراری	صفحه ۸
پسماندهای پزشکی	صفحه ۱۰
پارکینسون	صفحه ۱۴
سناریو خطاهای پزشکی	صفحه ۱۹





جراحی ایمن:

سرکار خانم مریم بازگیر (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان سردار شهید سلیمانی)

اصول عمومی جراحی ایمن:

گام اول: اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه

اخذ رضایت آگاهانه از الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی می باشد. اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می باشد. قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی روش درمانی پیشنهادی، عواقب ترک درمان پیشنهادی و سایر موارد توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزشهای لازم و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، ارائه داده و رضایت آگاهانه اتخاذ می شود.

اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران تحت اقدامات تشخیصی /درمانی تهاجمی و قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی انجام می شود. انجام رضایت آگاهانه در بیماران همودیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فرز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی صورت پذیرد. با توجه به اینکه خدمت دیالیز جز اقدامات درمانی تهاجمی می باشد لازم است در ابتدای تشکیل پرونده از بیمار یا ولی قانونی وی جهت ارائه خدمت دیالیز رضایت آگاهانه اخذ گردد.

گام دوم: شناسایی بیمار

بیمار، جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد. بیمار از زمانی که برای درمان و یا انجام پروسیجری آماده می شود، یکی از اعضای تیم درمانی موظف است که هویت او را دقیقاً شناسایی نموده و فرایند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد. پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی (دو شناسه)، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

گاهاً بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. خصوصاً که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری، علاوه بر مشکل اصلی زمینه ای تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر از جمله: LP, B.M.A و ... هم قرار گیرند لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است. خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آنچه روی داده است، نمی باشد.

گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی

بر اساس پروتکل های جهانی موضع یا مواضع عمل بایستی علامت گذاری شود. به ویژه در مورد ارگان های



قرینه طرفی، چند ساختاری نظیر (انگشتان دست و پا و دنده ها) و سطوح چندگانه (ستون مهره ها). علامت گذاری باید بر روی یا در کنار و مجاورت موضع عمل باشد و کاملاً واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی پاک نشود، صورت گیرد.

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود. فقط در صورتی میتوان علامت گذاری موضع عمل را به فرد دیگری تفویض نمود که آن فرد در تمام مدت جراحی یا انجام پروسیجر در آن مکان حضور داشته باشد. و به لحاظ اهمیت مشارکت فعال بیمار باید علامت گذاری تا حد امکان در زمان هوشیاری و

بیداری بیمار انجام شود. جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود. نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.

گام چهارم: بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحه گذاری پیش از عمل)

وقفه / درنگ جراحی (time out)، فرآیند تأیید پیش از عمل، یک زمان استراحت یا وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل، که بلافاصله قبل از برش پوست/ شروع یک روش به منظور تأیید بیمار، پروسیجر و موضع عمل صحیح منظور می شود. هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم جراحی اعم از جراح/ جراحان، متخصص بیهوشی، تکنسین بیهوشی و پرستار سیرکولر و اسکراب و .. بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرایند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است. بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد. مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد .

توجه : در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.



گام پنجم: اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام

مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار : پرونده ، گرافی ها ، آزمایشات ، تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت مانند Implant در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده می شود. حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

انسداد و عفونت دستگاه ادراری:**جناب آقای دکتر محمد فخر یاسری (متخصص اورولوژی)**

احتباس یا انسداد در هر قسمت از سیستم ادرار، از کلیه ها گرفته تا مجرای ادرار که ادرار را از بدن خارج می کند، می تواند باعث ایجاد فشار داخل مجرای ادرار و کاهش جریان ادرار شود. احتباس ادرار ممکن است به طور ناگهانی ایجاد شود و یا به تدریج و طی چندین روز اتفاق بیفتد. احتباس ادرار ممکن است مجرای ادرار را به طور کامل مسدود کرده یا باعث گرفتگی بخشی از مجرای ادرار شود. در برخی موارد فقط یک کلیه آسیب می بیند اما این امکان وجود دارد که احتباس ادرار به هر دو کلیه نیز آسیب وارد نماید. در این مقاله به بررسی انسداد دستگاه ادراری می پردازیم.

به طور معمول، جریان ادرار به سمت خارج از کلیه ها، فشار بسیار کمی دارد. اگر جریان ادرار مسدود شود، ادرار پشت نقطه مسدود شده جمع می شود، در نهایت به لوله های کوچک کلیه و محل تجمع این لوله ها (لگن کلیوی) رسیده، باعث تورم کلیه شده و فشار را در ساختارهای داخلی آن افزایش می دهد.

علل انسداد دستگاه ادراری

شایع ترین علل کلی انسداد دستگاه ادراری عبارت اند از:

- تشکیل سنگ در کلیه یا مجاری ادراری یا هر نقطه از سیستم ادراری
- تومور ها در مجرای ادرار یا در نزدیکی آن
- پولیپ ها در حالب
- لخته خون در حالب
- اختلالات عضلات یا اعصاب داخل مجرای مثانه
- جمع شدن انتهای تحتانی مجرای ادرار به مثانه (یورتروسل)
- ناهنجاری های ساختاری و نقایص مادرزادی مانند دریچه های قسمت پشتی مجرای ادرار (به نام دریچه های پیشابراه پشتی)

هایپرپلازی خوشخیم پروستات (BPH) یا سرطان پروستات، تومورها و سنگ ها

- تومور، آبسه و کیست مثانه، گردن رحم، رحم، پروستات یا سایر اندامهای لگن
- تشکیل بافت فیبروز داخل یا اطراف مجرای ادرار ناشی از جراحی، پرتودرمانی یا دارو ها (خصوصا متیسرسید)



علائم انسداد دستگاه ادراری

درد در ناحیه میانی پهلوی یکی از علائم ابتدایی انسداد و گرفتگی حالب ها می باشد . شدت و ناحیه دقیق درد در افراد مختلف متفاوت بوده و همچنین این عارضه ممکن است باعث ایجاد درد در هر دو طرف بدن شود . تب ، حالت تهوع و استفراغ از علائم شایع انسداد مجاری ادرار هستند . همچنین **برگشت جریان ادرار** به سمت کلیه ها باعث ایجاد درد در آنها می شود . هرگونه تغییر در عادت تخلیه ادرار ممکن است از علائم انسداد حالب ها باشد . این تغییرات عبارت اند از :

- دشواری در دفع ادرار
- جریان آهسته ادرار و یا قطع و وصل شدن ادرار
- شب بیداری جهت دفع ادرار و فوریت ادرار
- احساس عدم تخلیه کامل مثانه

وجود خون در ادرار

- کاهش برون دهی کلیه
- کاهش میزان تخلیه ادرار از علائم انسداد در یکی از کلیه ها می باشد ، اما اگر جریان ادرار به طور کامل قطع شود هر دو کلیه درگیر هستند و دچار انسداد شده اند .

درمان انسداد دستگاه ادراری

هدف از درمان انسداد مجاری ادرار ، از بین بردن انسداد در صورت امکان و یا بای پس انسداد است که شاید بتواند آسیب کلیوی را ترمیم کند . درمان می تواند شامل آنتی بیوتیک هایی برای از بین بردن عفونت های مربوطه باشد . ممکن است نیاز به روشی فوری برای تخلیه ادرار و تسکین موقت درد هایی باشد که در نتیجه انسداد است . روش های زیر در درمان انسداد مجاری ادراری مورد استفاده قرار می گیرند :

- استنت گذاری (WJ): اگر انسداد در کلیه یا حالب باشد ، لوله یا استنت در حالب ، بین کلیه و مثانه قرار داده می شود تا به این ترتیب ادرار بتواند رو به بیرون جریان پیدا کند . متخصص برای استنت گذاری ، اسکوپ مجهز به منبع نور را وارد میزراه می کند .

در روش دیگر (نفروستومی) لوله از پشت وارد کلیه می شود . جایگذاری این لوله ها **انسداد حالب** را موقتاً برطرف می کند . سپس عمل دومی برای رفع کامل علت انسداد انجام می شود .

- همچنین ممکن است از روش های جراحی برای رفع انسداد استفاده شود . انتخاب روش جراحی به شرایط بیمار بستگی دارد .

- جراحی آندوسکوپی ، روشی با تهاجم بسیار کم است . در این روش آندوسکوپ ، از مجرای ادرار وارد مثانه و قسمت های دیگر دستگاه ادرار می شود . جراح برشی در قسمت آسیب دیده یا مسدود شده حالب ایجاد می کند تا عریض تر شود . سپس استنت را در آنجا قرار می دهد که حالب باز بماند . این روش ، هم در شرایط تشخیصی و هم درمانی قابل استفاده است .



پسماند یا زباله:

سارا شوندی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان آرام)

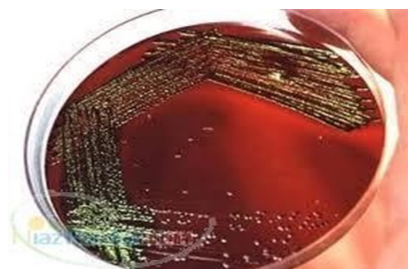
پسماند یا زباله به مواد جامد، مایع و گاز (غیر از فاضلاب) گفته می شود که به طور مستقیم و یا غیرمستقیم حاصل فعالیت انسان بوده و از نظر تولید کننده زائد تلقیمی شود.

انواع پسماندهای بیمارستانی:

- عفونی
- غیر عفونی یا عادی
- مواد شیمیایی و دارویی
- نوک تیز و برنده
- فلزات سنگین
- مواد رادیواکتیو
- اعضا و اندام قطع شده بدن، جفت و جنین مرده
- تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن

پسماندهای عفونی:

پسماندهای حاوی میکرواورگانیزم های بیماریزا مانند کشت های آزمایشگاهی، پسماندهای بخش ایزوله، باند، مواد و وسایلی که در تماس با بیماران عفونی بوده اند پسماند عفونی خوانده می شوند.



پسماندهای غیر عفونی و عادی:

پسماندهای تولید شده در مراکز درمانی که غیر خطرناک بوده و مشابه پسماند خانگی هستند (مانند پسماند تولید شده در بخش های اداری، آشپزخانه و فضای سبز)، پسماندهای عادی یا شبه خانگی خوانده می شود.

پسماندهای شیمیایی و دارویی:

داروهای تاریخ مصرف گذشته، مواد دور ریز نظیر گندزداها، حلال ها، مواد آزمایشگاهی و ویال های دارویی جز پسماندهای شیمیایی و دارویی تماس و جذب مواد شیمیایی و دارویی از طریق پوست، تنفس و بلعیدن و غشا مخاطی رخ می دهد.

پسماندهای نوگ تیز و برنده:

- سوزن سرنگ
- وسایل تزریقات
- تیغه چاقوی جراحی
- شیشه شکسته
- لام
- ناخن بیمار

فلزات سنگین:

باتری ها، ترمومترها، پوکه های حاوی آرسنیک که در سفتی باکس درب قهوه ای نگهداری می شوند.

مواد رادیواکتیو:

پسماندهای بخش رادیوگرافی و رادیولوژی

اندامهای قطع شده، جفت و جنین مرده زیر بیست و دو هفته

پسماند های بخش های اتاق عمل و زایشگاه

تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن

پسماندهای اتاق عمل



جمع آوری و حمل پسماند:

- پسماند عفونی (سطل زرد و کیسه زرد)
- پسماند غیر عفونی (در سطل یا پلاستیک مشکی)
- پسماندهای شیمیایی و دارویی
- پسماندهای تیز و برنده (که باید safty box درب قرمز دفع گردد)

نکات:

- باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند های شیمیایی و دارویی محسوب می شوند .
- سوزن ست سرم ، جدا شده و در SB قرار گیرد مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود و در سطل حاوی پسماندهای عفونی قرار می گیرد ..
- سرنگ حاوی شیرمادر جزء پسماندهای عفونی تلقی می گردد.
- سوزن و سرنگ تواما در SB جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد.
- در مورد سوزن و سرنگ آزمایش های تشخیصی طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل نمایند .
- قرار دادن کیسه های زرد در اتاق های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است پسماندهای عفونی این مکان ها در داخل سطل زرد دارای کیسه زرد که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمات درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شود.

- پسماند های بخش اورژانس، دیالیز، آزمایشگاه، اتاق های ایزوله و اتاق عمل به جز آبدار خانه و استیشن و اتاق استراحت (مکان های تمیز) کاملاً عفونی محسوب می شوند.
- سرنگ های حاوی شیر مادر جزء پسماندهای عفونی محسوب می شود.
- باتل های سرم قندی و نمکی در صورتی که کامل مصرف نشود بعد از تخلیه کردن محتوای آن در فاضلاب، باتل سرم در سطل زرد عفونی دفع شود.
- پس از پر شدن سه چهارم کیسه های زباله و SB ها ، جمع آوری و به محل ذخیره موقت پسماند حمل و سپس بی خطر سازی می گردند.
- بازیافت هرگونه زباله در بیمارستان ممنوع است.

هشدار

- از Recape کردن مجدد سرنگها جدا خود داری کنید. این کار احتمال انتقال عفونت را گسترش میدهد
- از انتقال ویال دارو به داخل سیفتی باکس جدا خودداری نمائید. این کار سبب مشکل در امحا پسماند می شود
- عدم استفاده از ظروف یکبار مصرف جهت کاهش پسماند بیمارستان





پارکینسون:

جناب آقای دکتر غلامرضا حمید (متخصص داخلی)

بیماری پارکینسون نوعی اختلال پیشرونده سیستم عصبی است که بر روی حرکت تأثیر می گذارد. علائم به تدریج شروع می شود و گاهی اوقات تنها با یک لرزش کوچک در یک دست، که فرد به سختی متوجه آن می شود، آغاز می شود. علاوه بر لرزش ها که بسیار رایج هستند، این اختلال معمولاً باعث خشکی یا کند شدن حرکت نیز می شود.

در مراحل اولیه بیماری پارکینسون ممکن است حالت چهره به میزان کم بیانگر این بیماری باشد. ممکن است دست ها هنگام راه رفتن تکان نخورند. ممکن است حرف زدن فرد آرام یا مبهم شود. علائم بیماری پارکینسون با پیشرفت بیماری و با گذشت زمان بدتر می شود.

اگرچه بیماری پارکینسون قابل درمان نیست اما داروها ممکن است علائم شما را به میزان قابل توجهی بهبود بخشند. گاهی اوقات پزشکان مغز و اعصاب ممکن است برای تنظیم مناطق خاصی از مغز و بهبود علائم، جراحی را پیشنهاد کند.

علائم و نشانه های بیماری پارکینسون

علائم و نشانه های پارکینسون ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- لرزش. لرزش معمولاً از یک اندام شروع می شود که اغلب دست یا انگشتان دست است. ممکن است فرد انگشت شست و سبابه را به هم بمالد که به آن لرزش پیل رولینگ گفته می شود. ممکن است .
 - حرکت آهسته (برادی کینزی). ممکن است با گذشت زمان بیماری پارکینسون حرکت را کند کرده و کارهای ساده را دشوار و وقت گیر کند. قدم های فرد هنگام راه رفتن کوتاه تر می شود. بلند شدن از صندلی دشوار می شود. فرد هنگام راه رفتن پاهای خود را روی زمین می کشد .
 - سفتی عضلات. سفتی عضلات می تواند در هر قسمت از بدن رخ دهد. عضلات سخت می تواند دردناک باشد و دامنه حرکت را محدود کند.
 - اختلال در قامت و تعادل. فرد می تواند قامت خمیده پیدا کند یا ممکن است دچار مشکل تعادل شود.
 - از دست دادن حرکات اتوماتیک. ممکن است توانایی انجام حرکات ناخودآگاه از جمله چشمک زدن، لبخند زدن یا حرکت دست ها هنگام راه رفتن کاهش پیدا کند.
 - تغییرات تکلم. تکلم ممکن است آرام، سریع، مبهم یا با تردید باشد و بیشتر حالت یکنواخت و بدون بالا و پایین های معمول را داشته باشد.
- تغییرات نوشتار. نوشتن می تواند دشوار شود و دست خط فرد کوچک به نظر برسد.

علل بیماری پارکینسون

در بیماری پارکینسون سلول های عصبی خاصی (نورون ها) در مغز به تدریج تخریب می شوند و از بین می روند. بسیاری از این علائم به دلیل از بین رفتن نورون هایی است که یک پیام رسان شیمیایی در مغز شما بنام دوپامین تولید می کنند. هنگامی که سطح دوپامین کاهش می یابد باعث فعالیت غیرطبیعی مغز می شود و علائم بیماری پارکینسون پدیدار می شود.

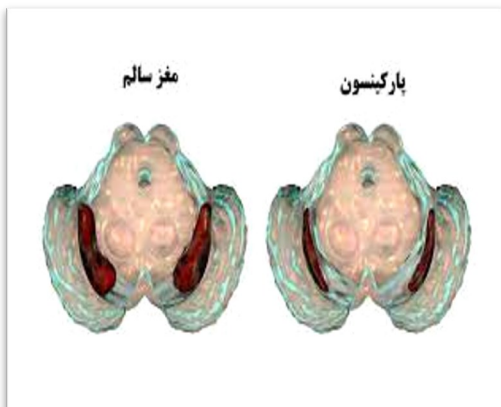
علت بیماری پارکینسون ناشناخته است اما به نظر می رسد عوامل مختلفی در بروز آن نقش دارند، از جمله:

- ژنتیک. محققان جهش های ژنتیکی خاصی را شناسایی کرده اند که می تواند باعث بیماری پارکینسون شود. اما این موارد شایع نیستند به جز در موارد نادر که بسیاری از اعضای خانواده مبتلا به بیماری پارکینسون هستند.
- اگرچه به نظر می رسد واریاسیون های خاص ژنی خطر ابتلا به پارکینسون را افزایش می دهد اما این خطر برای هر یک از این نشانگرهای ژنی بسیار کم است.
- محرک های محیطی. قرار گرفتن در معرض یکسری سموم خاص یا برخی عوامل محیطی ممکن است خطر ابتلا به بیماری پارکینسون را در آینده افزایش دهد، اما خطر آن نسبتاً کم است. محققان همچنین خاطرنشان کردند که در مغز مبتلایان به پارکینسون تغییرات بسیاری رخ می دهد، اگرچه هنوز مشخص نیست که چرا این تغییرات رخ می دهد. این تغییرات شامل موارد زیر است:
- وجود اجسام لویی. مجموعه ای از مواد خاص درون سلول های مغزی نشانگرهای میکروسکوپی بیماری پارکینسون هستند که اجسام لویی نامیده می شوند و محققان معتقدند که این اجسام لویی سرخ مهمی را برای کشف علت بیماری پارکینسون در اختیار دارند.
- آلفا سینوکلین در اجسام لویی یافت می شود. اگرچه بسیاری از مواد در اجسام لویی وجود دارند، دانشمندان معتقدند که مهمترین آن پروتئین طبیعی و گسترده ای است به نام آلفا سینوکلین (a-synuclein) که در تمام اجسام لویی به صورت انبوه یافت می شود و سلول ها نمی توانند آن را تجزیه کنند. این ماده در حال حاضر یک موضوع مهم و مورد توجه محققان بیماری پارکینسون است.



عوامل خطر پارکینسون

عوامل خطر بیماری پارکینسون شامل موارد زیر است:



- سن. بزرگسالان جوان به ندرت به بیماری پارکینسون مبتلا می شوند. این بیماری معمولاً از میانسالی یا پیری شروع می شود و خطر آن با افزایش سن افزایش می یابد. معمولاً افراد در حدود ۶۰ سال یا بالاتر به این بیماری مبتلا می شوند.
- وراثت. اگر یکی از بستگان نزدیک فرد به بیماری پارکینسون مبتلا باشد احتمال ابتلا به این بیماری در او افزایش می یابد. با این حال اگر در خانواده خود بستگان زیادی با بیماری پارکینسون نداشته باشید خطر ابتلای شما اندک است.
- جنسیت. مردان بیشتر از زنان در معرض بیماری پارکینسون هستند.

قرار گرفتن در معرض سموم. قرار گرفتن در معرض علف کش ها و سموم دفع آفات ممکن است خطر ابتلا به بیماری پارکینسون را کمی افزایش دهد.

عوارض بیماری پارکینسون

بیماری پارکینسون اغلب مشکلاتی به همراه دارد که قابل درمان هستند، از جمله:

- مشکلات تفکر. ممکن است فرد مشکلات شناختی (دمانس یا زوال عقل) و مشکلات تفکر را تجربه کند. این موارد معمولاً در مراحل بعدی بیماری پارکینسون اتفاق می افتد. این مشکلات شناختی چندان به داروها پاسخگو نیستند.
- افسردگی و تغییرات عاطفی. ممکن است گاهی اوقات فرد در مراحل اولیه دچار افسردگی شود. درمان افسردگی می تواند توانایی مقابله با سایر چالش های بیماری پارکینسون را آسان تر کند. همچنین ممکن است تغییرات عاطفی دیگری مانند ترس، اضطراب یا از بین رفتن انگیزه را تجربه کند. پزشکان ممکن است برای درمان این علائم داروهایی را تجویز کنند.
- مشکلات بلع. با پیشرفت بیماری ممکن است بلع بیمار دچار مشکل شود. بزاق به دلیل کند شدن بلع در دهان جمع می شود و منجر به سرازیری آب دهان می شود.
- مشکلات جویدن و خوردن. آخرین مرحله بیماری پارکینسون بر عضلات دهان تأثیر می گذارد و جویدن را مشکل می کند. این مسئله می تواند منجر به خفگی و سوء تغذیه شود.
- اختلالات خواب. مبتلایان به پارکینسون اغلب دارای مشکلات خواب هستند، از جمله بیدار شدن مکرر در طول شب، بیدار شدن زود هنگام یا خوابیدن در طول روز.

پیشگیری از بیماری پارکینسون

از آنجا که علت پارکینسون ناشناخته است راههای اثبات شده برای جلوگیری از ابتلا به این بیماری نیز یک رمز و راز باقی مانده است.

برخی تحقیقات نشان داده اند که ورزش منظم هوازی ممکن است خطر ابتلا به بیماری پارکینسون را کاهش دهد. برخی تحقیقات دیگر نشان داده اند که افرادی که نوشیدنی های حاوی کافئین می نوشند (قهوه، چای و کولا) نسبت به افرادی که آن را نمی نوشند، کمتر به بیماری پارکینسون مبتلا می شوند. با این حال هنوز مشخص نیست که آیا کافئین در واقع از ابتلا به پارکینسون جلوگیری می کند یا به طریقی دیگر با این مسئله مرتبط است. در حال حاضر شواهد و مدارک کافی برای توصیه به نوشیدن نوشیدنی های کافئین دار برای محافظت در برابر پارکینسون وجود ندارد. نوشیدن چای سبز نیز با کاهش خطر ابتلا به بیماری پارکینسون همراه است.

تشخیص بیماری پارکینسون

هیچ آزمایش خاصی برای تشخیص بیماری پارکینسون وجود ندارد. پزشکی که در زمینه بیماری های سیستم عصبی (متخصص مغز و اعصاب) آموزش دیده است، بیماری پارکینسون را بر اساس تاریخچه پزشکی، بررسی علائم و نشانه (توموگرافی کامپیوتری SPECT های شما و معاینه بالینی و عصبی تشخیص می دهد. پزشک ممکن است اسکن می گویند، پیشنهاد کند. اگرچه این می تواند به تایید (DAT) تک فوتونی) را که به آن اسکن انتقال دهنده دوپامین تشخیص کمک کند، اما علائم و معاینه عصبی در نهایت تشخیص صحیح را تعیین می کنند. بیشتر افراد به اسکن احتیاج ندارند. DAT

پزشک ممکن است آزمایش هایی، مانند آزمایش خون را درخواست کند تا تشخیص های دیگری که ممکن است باعث علائم شما شود را رد کند.

بیشتر بخوانید : بیماری آنسفالیت مغزی چیست و چه درمانی دارد؟

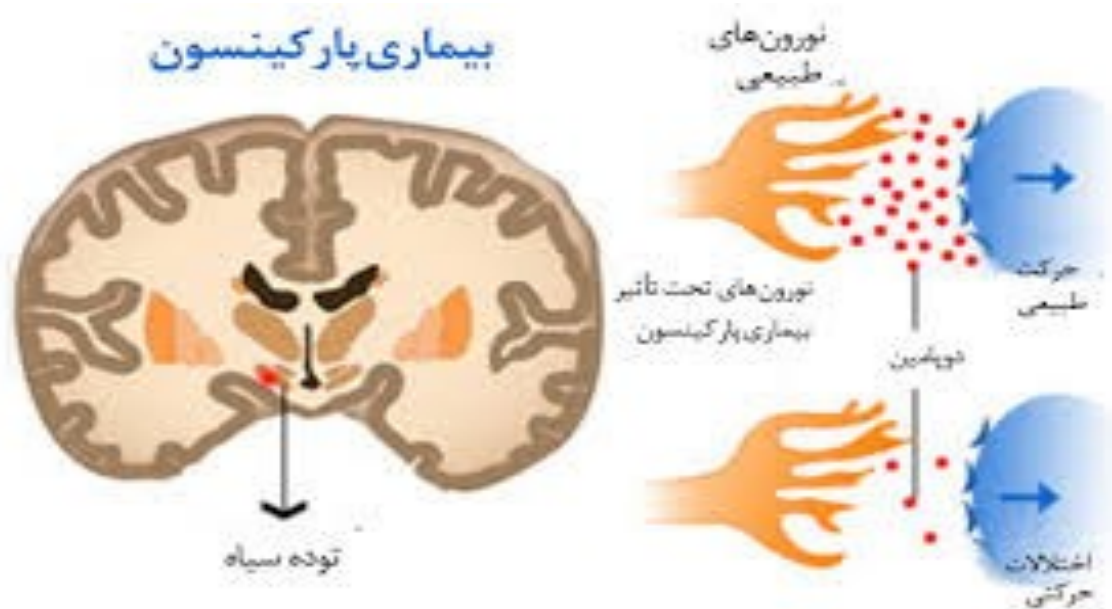
اسکن همچنین ممکن است برای کمک به رد PET، سونوگرافی مغز و CT، MRI روش های تصویربرداری مانند سایر اختلالات استفاده شود. روش های تصویربرداری به طور اختصاصی برای تشخیص بیماری پارکینسون مفید نیستند.

علاوه بر معاینه پزشک مغز و اعصاب ممکن است یک داروی بیماری پارکینسون مثل کاربیدوپا-لوودوپا به شما بدهد. برای بروز اثر دارو باید دوز کافی آن تجویز شود، زیرا دوزهای پایین برای یک یا دو روز قابل اعتماد نیستند. بهبود قابل توجه با این دارو اغلب تشخیص بیماری پارکینسون را تأیید می کند.



درمان بیماری پارکینسون

بیماری پارکینسون قابل درمان نیست اما داروها اغلب می توانند بطور چشمگیری به کنترل علائم شما کمک کنند. در بعضی از موارد بعدی ممکن است توصیه به عمل جراحی شود. پزشک همچنین ممکن است تغییرات سبک زندگی، به خصوص ورزش هوازی مداوم را نیز توصیه کند. در بعضی موارد فیزیوتراپی که بر تعادل و کشش تمرکز دارد نیز مهم است. یک پاتولوژیست زبان می تواند به بهبود مشکلات تکلم بیمار کمک کند.



سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

تزریق اشتباه یک واحد خون

عنوان

شرح
حادثه

بیمار آقای الف. الف ۶۸ ساله مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۱ با شکایت زخم پای دیابتی و هایپرگلیسمی در ساعت ۲۲:۰۱ به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. بیمار سابقه دیابت داشته است. انگشت شصت پای چپ به طور کامل زخم بوده است که عمق زخم نامشخص و دارای ترشحات و خونریزی بوده است. در تحت نظر یک اورژانس با سطح تریاژ ۲ بستری شده. توسط پزشک متخصص طب اورژانس ویزیت شده است. آزمایشات اولیه در اورژانس ارسال شده است. گرافی پای چپ در اورژانس انجام شده است. پس از مشاوره با متخصص عفونی و اخذ شرح حال بیمار توسط ایشان در سرویس متخصص عفونی در بخش بستری شده است. بیمار تحت اقدامات درمانی قرار گرفته است. مشاوره جراحی با پزشک مرکز انجام شده است طبق نظر پزشک جراح مرکز احتمال آمپوتاسیون انگشت پای بیمار وجود داشته است و از طرف ایشان مشاوره پزشکی قانونی درخواست شده است. مشاوره پزشکی قانونی نیز در مرکز دیگری انجام شده است و آمپوتاسیون انگشت پای بیمار بلامانع اعلام شده است. مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۲۴ توسط متخصص عفونی ویزیت شده است. با توجه به اینکه آماده OR روز بعد بوده است و HGG: 7.7 داشته است درخواست تزریق دو واحد P.C داشته است. نمونه جهت کراس میچ از بخش به آزمایشگاه ارسال شده است و گروه خونی بیمار B₋ گزارش شده و یک واحد P.C با گروه خونی B₋ برای بیمار ترانسفوزیون گردیده است. ساعت ۱۵:۱۵ تزریق شروع و ساعت ۱۸:۴۵ به پایان رسیده است و فاقد عارضه بوده است. همکار شیفت بعد جهت تزریق واحد دوم نمونه CBC ارسال نموده اند که گروه خونی بیمار O₊ گزارش شده است و از تزریق واحد دوم جلوگیری شده است. بیمار با گروه خونی O₋ یک واحد P.C با گروه خونی B₋ دریافت نموده است. ساعت ۲۳:۰۰ بیمار دچار تب و لرز شده است. بیمار بلافاصله به ICU منتقل شده است GCS: 15/15 دارد. و تحت مراقبت و درمان قرار گرفته است.

علل
رویداد
حادثه

- تکنیک شناسایی صحیح بیمار به صورت صحیح انجام نشده است.
- نمونه ارسال شده از بخش به آزمایشگاه به صورت صحیح و طبق استانداردها لیبل گذاری نشده است.
- فرد تحویل گیرنده نمونه نیز شناسایی صحیح انجام نداده و نمونه خون با لیبل گذاری غیر استاندارد تحویل گرفته است.
- فرد تحویل دهنده P.C کیسه خون بدون دریافت نمونه CBC چک؛ واحد اول را به بخش تحویل داده است.
- کیسه خون به فرد غیرآموزش دیده تحویل گردیده است.
- پایش مستمر بیمار در پنج دقیقه اول پس از تزریق خون صورت نگرفته است.
- مشغولیت ذهنی و بارکاری زیاد کارکنان و استرس
- دچار روزمرگی شدن کارکنان و به روز نکردن اطلاعات
- فشار زمان و کمبود وقت جهت انجام به موقع کارها
- زیاد بودن اوراق پرونده ها جهت تکمیل و مستند سازی

اقدامات
اصلاحی
پیشنهادی

- شناسایی صحیح بیمار انجام شود.
- دستورالعمل تزریق خون به بخش ها مجدد ابلاغ شود.
- لیبل گذاری صحیح نمونه ها توسط بخش ها انجام شود. روی نمونه های ارسالی جهت دریافت کیسه خون علاوه بر نام و نام خانوادگی؛ فرد نمونه گیر و ساعت نمونه گیری ثبت شود.
- نمونه CBC چک؛ توسط همکار شاهد از بیمار دریافت و به آزمایشگاه ارسال شود.
- پایش مستمر و مداوم در پنج دقیقه اول تزریق خون توسط فرد تزریق کننده صورت گیرد.
- فرم های عوارض خون ارسالی از بخش ها به صورت کامل تکمیل شود.
- فرم پایش خون به (صورتی رنگ) به طور کامل تکمیل و تحویل آزمایشگاه شود.
- کیسه خون فقط به افراد آموزش دیده تحویل داده شود.
- بدون دریافت CBC چک؛ کیسه خون به بخش ها تحویل نشود و در صورت عدم ارسال نمونه از بخش ها بلافاصله به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شود.
- دستگاه بارکد خوان برای تمامی بخش ها تهیه شود.
- دستگاه لیبل زن اختصاصی جهت بانک خون تهیه شود.

واحد ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی البرز		ماهنامه ایمنی بیمار - بهمن ماه ۱۴۰۱
سناریو خطای پزشکی Medical Errors Scenario		
عنوان	فلبیت به دنبال نشت داروی آمیودارون	
شرح حادثه	مددجو خانم ص.ب تنها متولد ۱۳۳۷ مورخ ۰۸/۰۸/۱۴۰۲ در ساعت ۱۱:۴۲ با شکایت ضعف و بی حالی و تپش قلب با ۱۱۵ به تریاژ مراجعه نمود و توسط پرستار تریاژ و به تحت نظر ارجاع داده شد. سابقه مشکلات قلبی و دیابت ذکر می کند. توسط پزشک اورژانس ویزیت شده است. ایشان با متخصص قلب صحبت نموده اند و درخواست اجرای پروتکل آمیودارون با توجه به ریتم قلبی (VT) داشته اند. IV LINE بیمار با آنژیوکت آبی پشت دست چپ توسط همکاران ۱۱۵ FIX شده است. پروتکل آمیودارون توسط پرستار ایشان شروع شده است و از همان لاین استفاده شده است و تحویل همکار محترم عصر کار شده است و ادامه ی پروتکل آمیودارون اجرا شده است و در سرویس قلب بستری شده است و با همان لاین در ساعت ۱۶:۳۰ تحویل همکار محترم CCU شده است. همکار ccu دو مرتبه جهت گرفتن IV LINE صورتی برای نموده اند و موفق نشده اند و جهت ادامه ی پروتکل از همان لاین استفاده نموده اند. در شیفت شب پرستار ساعت پنج صبح پس از اینکه متوجه فلبیت شدن IV بیمار گردیده اند ، لاین صورتی از بیمار گرفتند و ادامه ی پروتکل از لاین صورتی استفاده نموده اند و در محل فلبیت IV از کمپرس سرد استفاده کرده اند و در گزارش ایشان قید شده است. بعد از آن بیمار از کمپرس سرد و بانداز کشی استفاده شد. محل IV همچنان اکیموز و ادم دارد. بیمار مورخ ۱۳/۰۸/۱۴۰۲ ترخیص گردید	
علل رویداد حادثه	۱. تزریق آمیودارون با آنژیوکت آبی صورت گرفته است ۲. تزریق دارو از لاین با عملکرد نامطلوب انجام شده است ۳. تحویل و تحول بر اساس تکنیک SBAR انجام نشده است و اتصالات بیمار بصورت دقیق بررسی نشده است ۴. تکنیک هفت روش صحیح دارودهی رعایت نشده است	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	• پروتکل تزریق آمیودارون تدوین و ابلاغ شود • در پروتکل بند لزوم چک محل تزریق در طول زمان تزریق آمیودارون ثبت شود • حضور کارشناس ایمنی و سوپروایزران و در زمان تحویل و تحول و آموزش تحویل و تحول بر اساس تکنیک sbar • ارزیابی وضعیت تحویل و رفع نواقص • آموزش نحوه بررسی اتصالات در زمان تحویل و تحول • نظارت بر بکارگیری تکنیک هفت روش صحیح دارو دهی بصورت عملکردی و پایش مداوم توسط سرپرستاران، مسئولین شیفت هاو کارشناس ایمنی	

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان

فلجیت به دنبال نشت تزریق داروی فنی توئین و دپاکین

شرح حادثه

بیمار خانم س. رمتولد ۱۳۶۹ مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۴ با شکایت تشنج (بیمار در حال تشنج بوده است) در ساعت ۱۶:۲۵ به تریاژ بیمارستان مراجعه نموده است. و در سطح تریاژ ۲ قرار گرفته است و به تحت نظر یک اورژانس منتقل شده است. علائم حیاتی بدو ورود به شرح زیر می باشد: BP:154/95 T:37 PR:91 SPO2:96% RR:16 بیمار بلافاصله تحت مانیتورینگ و O2 تراپی قرار گرفته است. بلافاصله پزشک اورژانس بر بالین بیمار حضور یافته اند. به علت عدم دسترسی به مسیر وریدی AMP DIAZEPAM به صورت IM تزریق شده است. BS:116 از بیمار چک شده است. بیمار سابقه دیابت و تسنج دارد. پس از انجام اقدامات ذکر شده در نهایت آی وی لاین با آنژیوکت آبی روی دست راست توسط پرستار فیکس شده است. اقدامات دارویی اجرا شده است. ساعت ۱۶:۴۵ با توجه به ادامه یافتن تشنج مجدد دیازپام تزریق شده است. ساعت ۱۷:۱۵ آمپول فنی توئین طبق دستور پزشک ۱۵۰۰ میلی گرم به همراه یک لیتر سرم نرمال سالین شروع شده است و سپس HOLD شده است و مجدد آمپول دپاکین ۱۲۰۰ میلی گرم از همان لاین تزریق شده است. تشنج بیمار کنترل شده است. به گفته ی خودش یک ماه است که داروهایش را مصرف نکرده است. در ساعت ۲۰:۰۰ مجدد ویزیت شده است که پزشک درخواست مشاوره نورولوژی و BRAIN CT داشته است در ساعت ۲۳:۰۰ بیمار اقدام به رضایت شخصی نموده است و بیمارستان را ترک نموده است. همکار شبکار در انتهای گزارش خود قید نموده است که آی وی لاین روی مچ دست بیمار فیکس بوده است و فلجیت از همکاران شیفت قبل تحویل گرفته شده است. مجدد مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۲۵ ساعت ۱۷:۱۰ با شکایت تورم مچ دست راست به دنبال تزریق داروی روز قبل به تریاژ بیمارستان مراجعه نموده است و با سطح تریاژ ۲ و علائم حیاتی زیر در تحت نظر یک اورژانس بستری شده است. BP:135/81 PR:81 RR:20 T:37 SPO2:98%

توسط پزشک اورژانس ویزیت شده است. بیمار اظهار داشته است که امروز هم چند نوبت تشنج داشته است. ساعت ۱۷:۳۵ درخواست سونوی کالر داپلر دست راست و BRAIN CT داشته اند. ساعت ۲۰:۴۵ جهت انجام سونوگرافی و انجام CT با هماهنگی سوپروایزر محترم وقت به بیمارستان دیگری با آمبولانس اعزام شده اند که در ساعت ۲۱:۱۵ به بیمارستان بازگشته اند بیمار در آمبولانس تشنج داشته است. به اتاق CPR منتقل شده است و سپس به تحت نظر یک اورژانس منتقل شده است در ساعت ۲۱:۱۵ توسط پزشک اورژانس ویزیت شده است. اقدامات دارویی و تزریق دپاکین صورت گرفته است و تشنج بیمار کنترل شده است. ساعت ۲۳:۵۰ جهت انجام مشاوره نورولوژی به بیمارستان دیگری اعزام شده است و در آن مرکز بستری شده است. ادامه پیگیری درمان در بیمارستان دیگری صورت پذیرفته است.

	سناریو خطای پزشکی Medical Errors Scenario	
	تزریق فنی توئین با آنژیوکت آبی صورت گرفته است ۲. تزریق دارو از لاین با عملکرد نامطلوب انجام شده است ۳. تحویل و تحول بر اساس تکنیک SBAR انجام نشده است و اتصالات بیمار بصورت دقیق بررسی نشده است ۴. تکنیک هفت روش صحیح دارودهی رعایت نشده است ۵. پس تزریق داروی فنی توئین شست و شوی لاین انجام نشده است و داروی دپاکین بلافاصله پس از آن تزریق شده است. ۶. دچار روزمرگی شدن کارکنان و به روز نکردن اطلاعات ۷. نداشتن دستورالعمل در خصوص نحوه گرفتن مسیر وریدی ۸. عدم اطلاع کارکنان از پیامدهای حقوقی و قضایی آسیب به بیمار ۹. مشغولیت ذهنی و بارکاری زیاد و استرس ۱۰. در اولویت قرار گرفتن مستند سازی پرونده بیماران نیست به انجام کارهای بالینی وی	علل رویداد حادثه
	دستور العمل در خصوص نحوه ی گرفتن مسیر وریدی به بخش ها ابلاغ گردد در زمان تزریق داروها از کاتترهای وریدی به صورت متناوب توسط پرستار چک گردد و در صورت فلبیت محل کاتترهای وریدی مارک گذاری صورت گیرد. برگزاری کلاس های آموزشی جهت پزشکان مرکز در خصوص نحوه استفاده از کاتتر کات دین در موارد اورژانس و عدم دسترسی به مسیر وریدی حضور کارشناس ایمنی و سوپروایزران و در زمان تحویل و تحول و آموزش تحویل و تحول بر اساس تکنیک sbar ارزیابی وضعیت تحویل و رفع نواقص آموزش نحوه بررسی اتصالات در زمان تحویل و تحول نظارت بر بکارگیری تکنیک هفت روش صحیح دارو دهی بصورت عملکردی و پایش مداوم توسط سرپرستاران، مسئولین شیفت هاو کارشناس ایمنی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

منابع:

- دستورالعمل های ایمنی بیمار معاونت درمان
- کتاب اصول بهداشت محیط
- کتاب بیماری های کلیه و مجاری ادراری برونر سوارث
- کتاب بیماری های مغز و اعصاب برونر سوارث