



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

ماهنامه ایمنی بیمار البرز

"پیشگیری موثرتر از درمان است"



ماهنامه شماره ۲۵ - آبان ماه سال ۱۴۰۲

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

WWW.ABZUMS.AC.IR - info@abzums.ac.ir



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

۰ ۱۱





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

جناب آقای دکتر امیرعباس واعظی

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

صاحب امتیاز

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی

(مدیر امور بیماری ها و مراکز تشخیصی و درمانی دانشگاه البرز)

مدیر مسئول

سرکار خانم الهام ابراهیم زاده

(کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیصی و درمانی دانشگاه البرز)

سردبیر

جناب آقای دکتر علی برادران (ریاست مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی)

جناب آقای دکتر مشکان ملک آرا (ریاست دی کلینیک هشتگرد)

سرکار خانم مهدیه قائمی مفرد (کارشناس ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی)

سرکار خانم الهام رنجبری (کارشناس ایمنی بیمار دی کلینیک هشتگرد)

هیئت تحریریه

سرکار خانم مهدیه قائمی مفرد (کارشناس ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی)

سرکار خانم الهام رنجبری (کارشناس ایمنی بیمار دی کلینیک هشتگرد)

ویراستار



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

۰ ۱۱

داروهای مشابه (۵-۹)



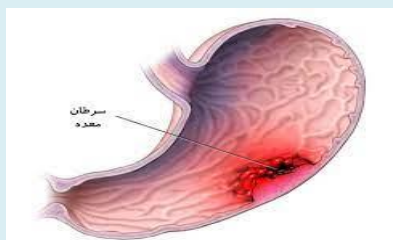
دیسکوپاتی (۱۰-۱۸)



دستورالعمل استریلیزاسیون
فوری (۱۹-۲۲)



کanser معده (۲۳-۳۳)



درس آموخته ها (۳۴-۳۸)



فهرست



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

داروهای مشابه



مهدیه قائمی مفرد

کارشناس ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

مقدمه :

فلسفه ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تا زمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته اند، به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه گیج کننده می باشند، و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است.

همچنین دست خط ناخوانایی پزشکان، آگاهی ناقص از اسامی دارویی، سرعت تولید داروهای جدیدی که وارد بازار مصرف می شوند، بسته بندی ها یا برچسب گذاری های مشابه داروها، مصارف مشابه بالینی، اشکال مشابه دوز دارویی، مشابهت در دفعات مصرف و تجویز و نارسایی شرکت های تولید کننده و ارگان های قانون گذار در تشخیص احتمالات بالقوه برای خطا و عدم ارزیابی خطر هم برای داروها با اسامی ژنریک و برند قبل از تایید نام برای داروهای جدید بر احتمال اتفاقات ناخواسته و خطاهای دارویی می افزاید.

از مهم ترین عوامل در پیشگیری از خطاهای داروها با اسامی و اشکال مشابه، خوانا نسخ پزشکی و قید اسامی ژنریک و تجاری دارویی در دستورات پزشک می باشد. همچنین نوشتن دوز دارویی، قدرت و مورد مصرف داروها کمک کننده است. بازخوانی مجدد اسامی داروها و اخذ تاییدیه در خصوص دستورات شفاهی از دیگر ابزار پیشگیری می باشد.

اصول عمومی :

۱. به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید.

✚ به یاد داشته باشید که استفاده ایمن داروها یک فعالیت تیمی است و بیمار نیز عضوی از تیم است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

- برقراری ارتباطات مابین تیم درمانی بایستی به حدی شفاف باشد که امکان تفسیر چند گانه و مبهم ممکن نباشد.
- بیان واضح و شفاف دستورات دارویی به عنوان یک قاعده کلی مفید در زمان برقراری ارتباط بایستی مد نظر باشد.
- خوانا بودن دستورات دارویی و اجتناب از بدخط نوشتن دستورات دارویی قاعده ای کلی و از اصول ایمنی دارویی محسوب می شود.

۲. محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی به ویژه در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه

- تجویز دارویی به صورت شفاهی (تلفنی) بایستی حتی المقدور بسیار محدود گردد و الزامی است که در موارد ضروری از تکنیک بازخوانی مجدد برای تایید دستور داده شده استفاده شود.

۳. در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار ۷ قانون مرتبط به داروها را به یاد بسپارید.

- در برنامه های آموزشی دانشجویان پزشکی، داروسازی و پیراپزشکی بر اهمیت بررسی RS7 (داروی صحیح، راه مصرف صحیح، زمان صحیح، دوز مصرف صحیح، بیمار صحیح، مستندسازی صحیح و حق کارکنان) قبل از نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار تاکید نمایید.

- از کاربرد اختصارات در حین ارائه خدمات دارویی اجتناب نمایید.

- در برنامه های آموزشی ضمن خدمت تمامی کادر حرفه ای درمان که نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار را به عهده دارند، را بگنجانید.

۴. عادات بررسی و کنترل را شکل دهید.

- در اوایل مراحل آموزش پزشکی و پیراپزشکی در دانشجویان عادات بررسی و کنترل دارویی را پرورش دهید.
- کادر ذیربط همیشه قبل از کشیدن دارو برچسب مشخصات آمپول / ویال را بخوانند.
- بررسی و کنترل RS7 در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیماران توسط کادر ذیربط
- تضمین شناسایی و مدیریت فعال خطرات توام با داروها با اسامی و اشکال مشابه
- تاکید بر ضرورت خواندن دقیق مشخصات دارویی در هر بار تجویز و عدم اتکاء به تشخیص دیداری، مکان دارو و به ویژه در ترالی اورژانس که محتوی داروهای با هشدار بالا و اشکال مشابه در فواصل بسیار نزدیک به هم قرار دارند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

نصب یادآور داروها با اسامی مشابه در اتاق تریتمنت و آماده سازی داروها (لیست داروها با اسامی مشابه بایستی منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان باشد و بدین منظور ضروری است که پس از تدارک دارویی و در فواصل دوره ای منظم بازنگری و به روز شود).

مسئولیت نظارت بر صحت لیست داروهای با اشکال و اسامی مشابه بر عهده کمیته دارو و درمان بیمارستان می باشد.

آموزش کادر بالینی ذیربط در ارتباط با داروهای با اسامی و اشکال مشابه

برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به **رنگ زرد** است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.

ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را در تمامی انبارهای دارویی (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) و ترالی اورژانس بیمارستان، با **برچسب زرد رنگ** نشان گذاری نمایید. حین برچسب گذاری دقت نمایید که بر روی ظرف نگهدارنده برچسب صحیح زده می شود و بدین منظور از چک مستقل دوگانه استفاده نمایید و آن را به صورت دوره ای به روز نمایید.

کنترل مجدد داروهای با هشدار بالا

برخی از داروهای با هشدار بالا را که دارای شبهات شکلی یا اسمی هم می باشند را فقط با برچسب داروهای با هشدار بالا به رنگ قرمز نشان گذاری نمایید.

الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه را هرگز در استوک پرستاری قرار ندهید.

به منظور تاکید بر روی اختلاف اسامی داروهای با اسامی مشابه، نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش TALL

MAN LETTERING : استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی (به عنوان مثال DOPamine در مقابل

(DOBUtamine)

استفاده از نسخه نویسی الکترونیک به منظور ضرورت خوانا بودن نسخ دارویی

نکته : به خاطر بسپارید که نسخه نویسی کامپیوتری نیاز به کنترل و بررسی را رفع نمی نماید. سیستم های کامپیوتری گر چه برخی از مشکلات (دست خط ناخوانا، سردرگمی درباره اسامی تجاری و ژنریک و تشخیص تداخلات دارویی) را رفع می نماید، اما همچنین باعث ایجاد یکسری چالش های جدید می شوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

جلب مشارکت بیماران و خانواده با مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر

- به بیماران و مراقبین آنان آموزش دهید که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک می باشند. شرکت های مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می کنند. معمولا اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه / شیشه دارو نوشته می شوند.
- به بیماران برگه های آموزشی کتبی در ارتباط با موارد مصرف، نام های ژنریک، تجاری و عوارض جانبی بالقوه داروهای مصرفی بدهید.
- با توجه به افزایش خطر بالقوه ناشی از خطاهای مرتبط با اسامی و اشکال مشابه دارویی LASA، بیماران را تشویق به نگهداری لیستی از اسامی تجاری و ژنریک داروهای مصرفی شان نمایید.
- به بیماران توضیح دهید که برخی داروها ممکن است دارای دو نام مختلف باشند.
- به منظور رفع ابهامات بیماران، فرصتی برای مرور دستور دارویی آنان با داروساز بیمارستان فراهم آورید.
- بیماران و خانواده آنان را به یادگیری نام ژنریک داروی خود به عنوان شناسه کلیدی ترغیب نمایید.
- به بیماران آموزش دهید که در صورت مغایرت داروهایی که به آنان داده می شود با رژیم دارویی معمولی شان، قبل از مصرف حتما به ارائه دهنده خدمت اطلاع دهند.
- در صورتی که داروی بیمار نیاز به ابزار اندازه گیری (وجود قاشق یا پیمانه برای شربت ها) دارد، در اختیار وی قرار دهید.

اقدامات پیشگیری :

۱. از وجود کادر شایسته و با صلاحیت جهت ارائه خدمات دارویی به بیماران اطمینان کسب نمایید.
۲. بر ارائه خدمت کادر حرفه ای جدیدالورود در داروخانه و بخش های بستری در زمان ارائه خدمات دارویی نظارت نمایید.
۳. خط مشی و روش اجرایی برای تحویل موقت خدمات در بخش های بستری یا انبارهای دارویی در زمان ترک موقت خدمت داشته باشید.
۴. به مسئول تدارکات دارویی بیمارستان آموزش دهید حتی المقدور از خرید داروها با اشکال مشابه خودداری نماید.
۴. از سازمان دهی و نظم تمامی انبارهای دارویی (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) اطمینان حاصل کنید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

۵. در صورت امکان عوامل حواس پرتی و مزاحمت را در حین هر گونه خدمات دارویی (مستقیم و غیر مستقیم) کاهش داده و از ایجاد وقفه در حین کار کادر ذیربط اجتناب کنید.
۶. تفکیک فیزیکی داروها با اسامی و اشکال مشابه LASA در تمامی انبارهای دارویی (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)
- + تفکیک فیزیکی برخی از داروها نظیر قرص هایی که به لحاظ ظاهری مشابه اند (رنگ و شکل) از یکدیگر
 - + الصاق برچسب قرمز رنگ و نام دارو (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی ظرف نگهداری داروهای با هشدار بالا در انبار داروخانه
 - + اشکال مختلف آماده یا دوزهای متفاوت از یک دارو با اسامی و یا بسته بندی مشابه را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده، نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
 - + الکترولیت های با غلظت بالا را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده، نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
 - + KCL را در تمامی انبارهای دارویی (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) و ترالی اورژانس به لحاظ فیزیکی از سایر داروها و الکترولیت های با غلظت بالا تفکیک کرده و در سبدهای قرمز متناسب نگهداری نموده، نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
 - + در بخش های ویژه الکترولیت های با غلظت بالای موجود در بالین و یونیت بیمار را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده و تجویز آن ها را با روش چک مستقل دوگانه انجام دهید.
- نکته:** برخی از داروهای آهسته رهش ممکن است فقط با یک پسوند از یکدیگر قابل افتراق باشند.
- + **عدم استفاده** از انبارش دارویی بر حسب حروف الفبا
۷. دسترسی کارکنان را به وسایل کمک حافظه یا دیگر منابع اطلاعاتی، به منظور افزایش اطلاعات دارویی تسهیل نمایید.
۸. کارکنان را تشویق به گزارش خطاهای دارویی رخ داده و یا وقایع نزدیک به خطا نمایید.
۹. وقایع گزارش شده را به منظور یادگیری با سایر کارکنان در بیمارستان به اشتراک بگذارید.
۱۰. در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، در خصوص راهکارهای ایمنی، وقایع نزدیک به خطا و وقایع ناخواسته مرتبط به نسخه پیچی/توزیع دارو با کادر داروخانه، انبار مرکزی دارویی بیمارستان مصاحبه نمایید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• II

دیسکوپاتی



آقای دکتر علی برادران باقری

متخصص جراحی مغز و اعصاب

مقدمه :

دیسک بین مهره‌ای (Intervertebral disc) به صورت بالشتک یا صفحه‌ای بین دو جسم مهره در ستون فقرات قرار می‌گیرد و فشارهایی را که به ستون مهره‌ها وارد می‌شود، جذب می‌کند؛ بنابراین دیسک‌های بین مهره‌ای همانند یک کمک‌فنر، ضربات وارده به ستون فقرات را خنثی می‌کنند.

این عناصر به هنگام اعمال فشار، قابلیت تغییر شکل داشته و بدین طریق شدت ضربات را کاهش می‌دهند. شکل اصلی دیسک‌ها زمانی که تحت فشار نباشند، کروی است؛ ولی هنگامی که در حد فاصل مهره‌ها قرار می‌گیرند، تحت تأثیر فشار وارده، پهن می‌شوند و شکلی تخم مرغی به خود می‌گیرند. دیسک‌ها در ناحیه کمری (لومبار) به علت تحرک زیاد، ارتفاع بیشتری دارند. دو دیسک بین مهره‌ای L4-L5 و L5-S1 (قسمت پایینی کمر) که از تحرک بالایی برخوردار هستند، نسبت به دیسک‌های فقرات کمری فوقانی ضخامت بیشتری دارند.

از وظایف مهم دیسک‌های بین مهره‌ای، آسان‌سازی حرکات در ستون فقرات است که به سه صورت اصلی خم شدن به جلو (فلکسیون) خم شدن به عقب (اکستانسیون) و چرخش طرفی (روتاسیون) انجام می‌گیرد.

اجزای دیسک بین مهره‌ای :

هر دیسک بین مهره‌ای شامل دو قسمت است :

۱. بخش مرکزی به نام هسته دیسک که نرم و آبدار است. به این قسمت، نوکلئوس پالپوزوس می‌گویند. هسته دیسک ژله مانند و نیمه‌جامد بوده که حاوی مواد زیر است :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

آب حدود ۹۰ درصد

کلاژن

گلیکوپروتئین

هسته دیسک یک بخش قابل اتساع است. در ستون فقرات سالم، دیسک‌ها به شما اجازه می‌دهند بدون درد حرکت کنید. دیسک‌های بین مهره‌ای در طول روز مقداری از آب خود را از دست می‌دهند و در نتیجه در طی روز کوتاه‌تر شده، ولی با استراحت دوباره به طول اولیه خود برمی‌گردند. براین اساس، ممکن است به‌طور طبیعی اختلاف قدی حدود دو سانتی‌متر از صبح تا عصر ایجاد شود.

۲. بخش محیطی که هسته دیسک را در بر می‌گیرد. این قسمت، حلقه فیبری یا آنولوس فیبروزوس نامیده می‌شود. بخش محیطی، حلقه‌ای فیبری غضروفی (فیبروکارتیلاژ) است.

خاصیت ارتجاعی دیسک بین مهره‌ای بستگی به کافی بودن مقدار آب موجود در هسته مرکزی و سالم بودن حلقه لیفی آن دارد. فشارهای اعمال شده به هسته دیسک به بخش محیطی دیسک بین مهره‌ای انتقال می‌یابد. از این نظر، بخش محیطی در حفاظت از قسمت مرکزی نقش دارد.

دیسکوپاتی چیست ؟

دیسکوپاتی رایج‌ترین اختلال عصبی _ عضلانی است که معمولاً در ستون فقرات، نخاعی و اعصاب نخاعی و نواحی کمر و گردن سبب بروز علائم می‌شود.

بیماری‌های مرتبط با دیسک به دلیل فشارهای فیزیکی مداوم ایجاد می‌شوند اما ممکن است در اثر ناهنجاری‌های مادرزادی نیز در ناحیه نخاع و اعصاب آن نیز رخ دهند.

احتمال بروز دیسکوپاتی با افزایش سن بالا می‌رود اگرچه احتمال بروز آن در افراد جوان نیز وجود دارد.

ایجاد تغییرات فرسایشی در ساختار ستون فقرات و دیسک‌ها از جمله مهم‌ترین عواملی هستند که ریسک بروز این آسیب را در افراد میانسال و سالمند افزایش می‌دهند.

این بیماری می‌تواند در سنین جوانی هم رخ دهد ولی معمولاً با افزایش سن و تغییرات ساختار ستون فقرات دیسک ایجاد می‌شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

علت (فیزیوپاتولوژی):

دیسک‌ها انعطاف پذیر بوده و هر دیسک بین دو مهره قرار می‌گیرد. کشیدگی، پیچ خوردگی و فشار به ناحیه کمر که به عناصر پشتی ستون فقرات آسیب وارد می‌کند، می‌تواند به دیسک یا دیسک‌هایی که در جلو بین دو جسم مهره‌ای قرار می‌گیرد نیز صدمه وارد کند. هر دو قسمت محیطی و مرکزی دیسک آسیب پذیرند ولی اصطلاح فتق زمانی کاربرد دارد که قسمت مرکزی دچار آسیب شدید گردد که در این موارد، فتق با پارگی قسمت محیطی نیز همراه است. فتق هسته دیسک ممکن است در نتیجه اعمال نیروهای بیش از اندازه، نیروهای کم اما مداوم و مکرر بر روی دیسک یا وجود آنولوس معیوب پیش آید.

فتق دیسک می‌تواند به علت ساییدگی تدریجی و پارگی خود به خود به خصوص در افرادی که کار نشسته دائمی دارند اتفاق افتد اما در اشخاصی که به حمل و نقل اجسام سنگین اشتغال دارند بیشتر از افراد دیگر است. در پارگی‌های در اثر سائیدگی، بیماران دوره‌های دردهای طولانی و خفیف دارند ولی در پارگی‌های حاد، درد ناگهانی و شدید است. فشار داخل دیسک در حالت ایستاده کمتر از حالت نشسته و در حال نشسته کمتر از موقعی است که شخص در حالت ایستاده بطرف پائین خم می‌شود. در حرکت شدید خم شدن، هسته مرکزی دیسک به لبه پشتی الیاف حلقوی دور خود فشار آورده و آن را اگر ضعیف شده باشد پاره می‌کند و بطرف ریشه عصبی مربوط به آن دیسک فشار وارد می‌آورد.

هرچند وجود فشار دیسک بیرون زده، از عوامل اصلی علائم بالینی است، اما رادیکولیت (التهاب ریشه) شیمیائی یکی از عوامل مهم در ایجاد درد کمر و درد پا بحساب می‌آید و نمی‌توان فقط وجود فشار روی نخاع یا ریشه عصبی را تنها عامل ایجاد درد دانست. آزاد شدن فاکتور التهابی TNF که به‌طور عمده از پارگی دیسک حاصل می‌شود خود باعث تخریب، نکروز و فساد بقیه دیسک شده و این التهاب در ایجاد درد مؤثر است. همچنین بعضی گزارش‌های علمی، عوامل ژنتیک و جهش ژنی را در ایجاد فتق دیسک مؤثر دانسته است. گودی کمر نیز می‌تواند خطر فتق دیسک کمر را افزایش دهد.

آسیب دیسک بین مهره‌ای:

آسیب دیسک بین مهره‌ای به علت ضربات یا تغییرات تدریجی ناشی از افزایش سن (فرایند پیری) اتفاق می‌افتد. ضربه‌های وارده به ستون فقرات ممکن است منجر به پارگی فیبرهای بخش محیطی گردد که نتیجه آن بیرون زدگی قسمتی از هسته دیسک است. به بیرون زدگی هسته دیسک و آزاد شدن آن از بخش محیطی (آنولوس فیبروزوس)، فتق دیسک بین مهره‌ای می‌گویند. به دلیل تحرک



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

زیاد در ناحیه کمری، دیسک‌های این قسمت از ستون مهره‌ها بسیار آسیب پذیر هستند. بیشترین موارد فتق دیسک بین مهره‌ای ناحیه کمری، در دیسک‌های L4-L5 و L5-S1 اتفاق می‌افتد که با فشار بر روی ریشه‌های عصبی L5 و S1 همراه می‌گردد.

ضایعه دیسک بین مهره‌ای با افزایش سن بیشتر می‌شود. فرایند پیری از طریق کاهش مقدار آب موجود در قسمت هسته دیسک، از خاصیت ارتجاعی آن می‌کاهد. همچنین خاصیت ارتجاعی بخش محیطی دیسک بین مهره‌ای که از حلقه فیبری غضروفی تشکیل شده‌است، با افزایش سن کاهش می‌یابد که در برخی از افراد ممکن است سریعتر از زمان مورد انتظار رخ دهد. کاهش خاصیت ارتجاعی بخش محیطی و مرکزی دیسک بین مهره‌ای، یک عامل مهم آسیب آن محسوب می‌گردد. فشار ناشی از هر گونه ترومای غیرنافذ یا چرخش ناگهانی گردن به دیسک C4/C5 یا C5/C6 می‌تواند به قدری باشد که باعث برجستگی یا پارگی دیواره دیسک و در نتیجه نشت مایع درون دیسک شود.

تکامل :

زائده اشمرول Schmorl's node به فرورفتگی غضروف (دیسک) در صفحات فوقانی یا تحتانی مهره‌ها به داخل بافت استخوانی اطلاق می‌شود. این زائده معمولاً دردناک نیست، بیشتر در سنین بالا دیده می‌شود و محصول فرسودگی مهره در گذر عمر است. در کسانی که شکل مهره‌ها بیشتر به شکل مهره‌های اجداد ما شبیه است این فتق عمودی بین مهره‌ای بیشتر دیده می‌شود.

علائم و نشانه‌ها :

آسیب‌های خفیف دیسک معمولاً درد موضعی ایجاد می‌کنند که می‌تواند به علت صدمه قسمت محیطی دیسک باشد یا به علت التهاب هسته دیسک که هنوز به مرحله فتق نرسیده است ولی به علت فشار ثانویه به اطراف، درجاتی از درد را ایجاد می‌کند. این حالت آسیب جدی محسوب نمی‌شود، مگر اینکه با ادامه نیروهای غیرطبیعی باعث از هم گسیختگی لایه محیطی و بیرون زدگی هسته دیسک و فشار به رباط طولی پشتی، نخاع و اعصاب نخاعی گردد. در این موارد، با توجه به میزان فشار به ریشه‌های عصبی حالات متفاوتی از درد را ایجاد می‌کند.

در صورت فشار به ریشه‌های عصبی در ناحیه کمر به علت فتق دیسک، درد ریشه عصب یا درد انتشاری ایجاد می‌گردد که می‌تواند تا کل اندام تحتانی امتداد یابد. البته چون در ناحیه کمر دیسک‌های L4-L5 و L5-S1 بیشتر تحت فشار قرار می‌گیرند بنابراین بیشتر درد در مسیر عصب سیاتیک که مربوط به پشت اندام تحتانی است به وجود می‌آید. دردهای ناشی از ریشه عصب (درد انتشاری)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• II

همچون سیاتیک با انجام فعالیت، سرفه و عطسه افزایش و با استراحت کاهش می‌یابد. اما باید توجه داشت که مسیر انتشار درد به محل دیسک دچار فتق شده در ستون فقرات دارد. دیسک‌های ناحیه مهره‌های گردنی درد انتشاری در بازو، ساعد و انگشتان دست ایجاد می‌کنند.

درد انتشاری و علائم بالینی به اشکال مختلف توسط بیمار احساس و بیان می‌گردد. گاهی به صورت گزگز، سوزش و بی‌حسی در قسمتی از اندام احساس و بیان می‌شود. در ۵۰٪ از موارد که بیرون زدگی دیسک کم است ممکن است هیچگونه علائمی در نزد بیمار وجود نداشته باشد. اکثر پارگی و فتق دیسک‌ها در قسمت کناری-خارجی اتفاق می‌افتد به همین علت انتشار درد و علائم به یک طرف اندام حرکتی (راست یا چپ) محدود می‌باشد، البته گاهی فتق دیسک از نوع مرکزی است و درد در دو طرف وجود دارد.

علائم دیسکوپاتی :

✚ درد شدید در ناحیه دیسک آسیب دیده

✚ تشدید درد با حرکت کردن

✚ ناتوانی در حفظ تعادل حین راه رفتن

✚ تسکین درد با استراحت

✚ تشدید درد با عطسه و سرفه

✚ سفتی عضلات دو طرف کمر

✚ ناتوانی در حرکت و انحنای ستون فقرات

✚ کاهش دامنه حرکتی ستون فقرات

یافته‌های بالینی :

علامت بالا آوردن پا یا آزمایش Lasegue یکی از یافته‌های بالینی مهم در بیماران دچار فتق دیسک ناحیه کمری است. درحالی که بیمار دراز کشیده است معاینه‌کننده از زیر پاشنه پای بیمار گرفته و آرام پای بیمار را بلند می‌کند. اگر فتق دیسک به وجود آمده باشد در حدود زاویه ۴۵ درجه درد تشدید می‌یابد. هرچند این معاینه ارزش اختصاصی کمی دارد (۲۶٪) ولی دارای ارزش حساسیتی ۹۱٪ است و منفی بودن تست کمک زیادی به رد کردن تشخیص فتق دیسک می‌کند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

کاهش قدرت عضلات ضعف و آتروفی عضلانی می‌تواند از علائم فتق دیسک‌های مزمن باشد. کاهش رفلکس تاندون این عضلات نیز از علائم حرکتی (در مقابل علائم حسی) فتق دیسک است. ضعف عضلانی مربوط به ریشه عصبی است که گرفتار فشار دیسک شده‌است مثلاً در فتق دیسک مهره گردن، کاهش قدرت مشت کردن انگشتان دست و در دیسک کمری کاهش قدرت بالا آوردن مچ پا یا انگشت شست پا دیده می‌شود.

کاهش حس سطحی و عمقی پوست نسبت به محدوده گرفتاری ریشه عصبی، اختلال در حس پوست آن ناحیه به وجود می‌آید.

اختلال دفع ادرار و مدفوع اختلال فعالیت اسفنکترها در بیمارانی که دچار سندرم دماسبی نخاع به علت فشار دیسک هستند شایع است.

لنگیدن به علت ضعف یا فلج عضلات مربوط به ریشه عصبی گرفتار شده به خصوص در عضلات ناحیه سُرین می‌تواند باعث بروز لنگیدن در بیمار شود.

محل فتق دیسک :

در ۹۵٪ مواقع فتق دیسک‌ها در ناحیه بین مهره‌های ۴ و ۵ کمری (L4-L5) یا بین مهره‌های ۵ کمری و اول خاجی (L5-S1) اتفاق می‌افتد. محل شایع بعدی دیسک بین مهره‌های ۵ و ۶ گردنی و بین مهره‌های ۶ و ۷ گردنی می‌باشد. فتق دیسک بین مهره‌ای در مهره‌های پشتی بسیار نادر است. فتق معمولاً در قسمت کناری-خارجی رباط حلقوی، که نازک و ضعیف است اتفاق می‌افتد. در این حال محتویات هسته مرکزی دیسک به ریشه عصبی زیرین فشار می‌آورد.

گردنی :

در مهره‌های C5/C6 و C6/C7 شایعتر است و درد و علائم به شانه و کتف و تا انتهای انگشتان می‌تواند منتشر شود.

پشتی :

به علت پایداری بسیار زیاد مهره‌های پشتی، فتق دیسک در این ناحیه نادر است.

کمری :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

در ناحیه کمری دیسکوپاتی در دیسکهای L4/L5 و L5/S1 شایعتر بوده و درد و علائم در ناحیه سُرین، ران و تا انتهای انگشتان روی داده و در حقیقت در مسیر عصب سیاتیک گسترش می‌یابد. در گرفتاری عصب‌های خاجی ممکن است بیمار علائم بی‌اختیاری ادرار و مدفوع پیدا نماید.

روش‌های تشخیصی :

تشخیص فتق دیسک مهره توسط پزشکان به کمک بررسی تاریخچه بیمار و توجه به نشانه‌ها و علائمی که بیمار بیان می‌کند و همچنین با انجام معاینه بالینی امکان‌پذیر است. روش‌های غیر بالینی دیگر برای اثبات تشخیص لازم است.

رادیوگرافی : هرچند انجام پرتونگاری ساده کمک زیادی به تشخیص فتق دیسک نمی‌کند، اما روش مناسب و لازم برای تشخیص ناپایداری فقرات است. همچنین برای رد کردن تشخیص بیماری‌ها و ضایعات دیگر کمک می‌کند.

سی تی اسکن : کمک کمی در تشخیص فتق دیسک دارد و برای بررسی قطر کانال نخاع و ضایعه همراه مفید است.

ام آر آی : بهترین روش تشخیصی در فتق دیسک است. این روش می‌تواند ریشه‌های عصبی، نخاعی و بافت‌های اطراف را به خوبی نشان داده و تغییرات را ثبت کند. در نمای T2 فتق دیسک نمایان می‌گردد.

میلوگرافی : در میلوگرافی با تزریق ماده رنگی مخصوص به فضای مغزی-نخاعی و پرتونگاری همزمان، می‌توان ریشه‌های عصبی و فتق دیسک را مشخص کرد. با متداول شدن ام آر آی استفاده از این روش به موارد خاص محدود شده است. بعنوان مثال در بیمارانی که در بدن خود وسیله فلزی یا ترکش و دریاچه فلزی قلب و ... دارند از این روش برای تشخیص دیسکوپاتی استفاده میشود. هرگونه کمردرد قبلی ممکن است با فشار اضافی مایع تزریقی میلوگرافی بدتر شود. مایعات طی چند ساعت پس از میلوگرام توسط بدن جذب می‌شوند و با این اتفاق درد اضافی کاهش می‌یابد.

آزمایش انتشار عصب : بررسی توان انتشار عصبی و الکترومیلوگرافی عضلات، در تشخیص فتق دیسک و یافتن ریشه گرفتار شده کمک‌کننده است.

تشخیص افتراقی :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

علائم و یافته‌های بالینی خیلی از بیماری‌ها و عارضه‌های زیر می‌تواند شبیه علائم فتق دیسک باشد :

التهاب عضلات و غلاف عضلات

آرتروز ستون فقرات

تنگی مجرای نخاعی

التهاب عفونی دیسک یا مهره

غده‌های خوش خیم یا بدخیم ستون فقرات

نوروپاتی محیطی

خون‌ریزی داخل نخاع

زونا

درمان :

درمان غیر جراحی :

اکثر بیماران بدون نیاز به روش‌های درمان تهاجمی مانند جراحی، بهبود پیدا می‌کنند. نخستین مرحله درمان معمولاً تجویز داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی است. فیزیوتراپی، ماساژ درمانی، تمرینات ویژه ورزشی و تجویز داروهای کورتیکواستروئیدی از دیگر روش‌های درمانی هستند. بیمار باید بین ۳ تا ۶ ماه درمان غیر جراحی دیسک کمر را ادامه دهد و در صورت ادامه شرایط به سراغ جراحی می‌رویم اما نکته بسیار مهم این است که در صورت بروز علائم اورژانسی شامل اختلال حسی و حرکتی پیشرونده و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع بیمار باید ظرف ۴۸ ساعت جراحی گردد.

درمان جراحی :

اگر شدت علائم زیاد باشد و با درمان طبی و فیزیوتراپی بهبود نیابد و در ام آر آی (MRI) و میلوگرافی نیز تأیید گردد نیاز به عمل جراحی دارد. بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند معمولاً دو دسته‌اند: یا درجاتی از آسیب عصبی قبل از عمل ایجاد شده بود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

یا فاقد این حالت بودند که باید بعد از عمل جراحی تحت درمان تکمیلی فیزیوتراپی قرار گیرند؛ به خصوص بیمارانی که قبل از عمل درجاتی از صدمه عصبی ایجاد شده باشد. دیسک خارج شده ممکن از منجر به مرگ شود.

درمان جراحی با دو روش انجام می شود :

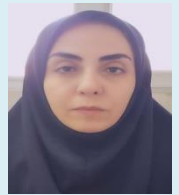
- ۱- جراحی باز روش متداول و مرسوم در جراحی فتق دیسک می باشد و طی آن دیسک خراب شده تراشیده و برداشته می شود و ممکن است همراه آن جوش دادن مهره بالا و پائین آن توسط پیچ و راد انجام شده و دو مهره با فاصله از هم تثبیت می گردند.
 - ۲- جراحی از شکاف کوچک پوستی که خود به دو روش لیزری و آندوسکوپی از طریق برش کوچک پوستی انجام می شود.
- در روش درمان دیسک کمر با لیزر، حفره ای به قطر یک میلی متر در درون دیسک آزرده ایجاد می شود که به این وسیله فشار ناشی از بیرون زدگی دیسک بعضاً تا نصف مقدار اولیه کاهش می یابد. البته اینکار در موارد بسیار خفیف و خاص توصیه می شود طبق گزارش های معتبر روش جراحی باز نتایج بهتری نسبت به روش های بسته داشته است.

دستورالعمل استریلیزاسیون فوری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "



خانم الهام رنجبری

کارشناس ایمنی بیمار بیمارستان تامین اجتماعی هشتگرد

مقدمه :

استریلیزاسیون فوری یا (استریلیزاسیون با سرعت بالا) که قبلاً تحت عنوان روش Flash مرسوم بود، امروزه با اصطلاح **Immediate Use Steam Sterilization** یا **IUSS** جایگزین شده است و تعریف آن عبارت است از: فرآیندی که برای استریل کردن وسایل به روش بخار و برای استفاده فوری به کار می رود.

این روش در سالیان گذشته برای استریلیزاسیون غالب وسایل پزشکی یا ابزارهای جراحی بسته بندی نشده در دمای ۱۳۲ درجه سانتیگراد به مدت ۳ دقیقه در فشار ۲۸-۲۷ پوند، روشی رایج و مرسوم بود، لیکن اکنون کاربرد آن محدود به استریلیزاسیون ابزار جراحی برای استفاده در موارد و موقعیت های بسیار فوری و اضطراری است. به عنوان مثال، در صورتی که یکی از ابزار جراحی تک موجود در پگ عمل جراحی از دست جراح و یا کمک وی حین جراحی به زمین بیفتد، ضروری است این ابزار منحصر به فرد، برای مصرف در ادامه جراحی با عجله و به صورت اضطراری استریل شود، بنابراین استریل وسیله با استریلایزر با سرعت بالا از این نظر الزمی و دارای توجیه علمی است.

روش انجام :

در روش استریلیزاسیون فوری (وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد) ترجیحاً با پوشش صاف و غیر متخلخل و یا ابزارهای جراحی بدون کانول در وضعیت فاقد بسته بندی در محفظه دستگاه قرار می گیرند و در دمای ۱۳۲ درجه سانتیگراد به مدت ۱۰-۳ دقیقه به صورت سریع استریل می شوند.

تمام مراحل پیش از استریلیزاسیون شامل پاک سازی، آلودگی زدایی و بازرسی از نظر صحت عملکرد و سلامت فیزیکی می بایست به دقت انجام شوند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

۰ ۱۱

با توجه به این که وسایل پزشکی/ابزار جراحی که جهت استریلیزاسیون فوری در استریلایزر قرار می گیرند، فاقد بسته بندی می باشند، به منظور کاهش احتمال آلودگی وسیله پزشکی استریل شده، زمان بین خارج نمودن وسیله استریل شده از داخل حفره استریلایزر تا استفاده، باید در کمترین زمان ممکن باشد. به همین منظور ضروری است محل استقرار دستگاه نزدیک به محل استفاده ابزار به عنوان مثال در اتاق عمل باشد. تا وسایل پزشکی استریل شده بلافاصله مورد استفاده قرار گیرند.

نکات مهم :

✚ با توجه به سرعت استریلیزاسیون، ابزار به صورت مرطوب و بسیار داغ برای استفاده تحویل کاربران اتاق عمل می شود که می بایست احتیاط لازم در نقل و انتقال آن در نظر گرفته شود.

✚ از قرار دادن و استریل وسایل پزشکی یک بار مصرف استریل یا حساس به حرارت، در استریلایزر با سرعت بالا/فوری بایستی اجتناب شود.

✚ در این نوع استریلیزاسیون، نباید هیچ یک از مراحل کار ایمن حذف و میان بر زده شود. در ضمن وسیله استریل شده به منظور استفاده فوری، نباید برای استفاده در آینده ویا عمل های جراحی بعدی نگه داشته شود.

شاخص های استفاده از (استریلیزاسیون با سرعت بالا/فوری) :

✚ تمامی وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از گذاردن در (استریلایزر با سرعت بالا / فوری)، بایستی به صورت مناسب، تمیز و پاک سازی و به لحاظ صحت و سلامت فیزیکی و عملکرد مورد بررسی قرار گیرند.

✚ باتوجه به این که وسایل پزشکی / ابزار جراحی که جهت استریلیزاسیون فوری در استریلایزر با سرعت بالا/ فوری قرار می گیرند، فاقد بسته بندی می باشد، به منظور اجتناب از آلودگی آن ها، جایگاه فیزیکی و محل قرار دادن (استریلایزر با سرعت بالا/ فوری) بایستی به نحوی باشد که انتقال مستقیم وسایل پزشکی استریل شده را در کوتاه ترین زمان به محل عمل جراحی میسر نماید.

✚ موازین کنترل عفونت ایجاب می نماید که وسایل پزشکی استریل شده در دستگاه استریلایزر، بلافاصله پس از خارج شدن از(استریلایزر با سرعت بالا/ فوری) استفاده شوند، لیکن با توجه به بالا بودن دمای وسایل پزشکی استریل شده و به منظور اجتناب آسیب به بیمار، باید مراقبت شود که پس از سرد شدن مورد استفاده قرار گیرند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

به دلیل این که وسایل پزشکی استریل شده در استریلایزر با سرعت بالا در شرایط فاقد بسته بندی و به صورت مرطوب استریل می شوند، احتمال آلودگی مجدد وسایل پزشکی استریل شده افزایش می یابد.

لذا استفاده از روش استریلیزاسیون فوری بایستی محدود به استریلیزاسیون وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد و شرایط بسیار اضطراری باشد.

توصیه برای استفاده از (استریلیزاسیون با سرعت بالا / فوری) :

استفاده از (استریلیزاسیون با سرعت بالا / فوری) بایستی به موارد اضطراری، مانند افتادن ابزار جراحی در حین عمل محدود شود.

در اکثر شرایط اضطراری، نسبت ریسک به منفعت به اندازه کافی پایین است که استفاده از اقلام استریل شده توسط دستگاه راتوجیه کند.

در شرایط غیر اورژانسی (به ویژه در مورد ایمپلنت ها) نسبت ریسک به منفعت استفاده از این روش بیشتر است، بنابراین استریلایزر با سرعت بالا / فوری هرگز نباید برای استریلیزاسیون ایمپلنت، لوله ساکشن یا کاتولار استفاده شود.

در این موارد استفاده از وسایل تک پیچ نسبت به استریلیزاسیون وسایل / ابزار جراحی در استریلایزر (با سرعت بالا / فوری) ارجحیت دارد.

با توجه به حداقل بودن پارامترهای چرخه استریلیزاسیون (یعنی زمان، دما و فشار) در استریلایزر با سرعت بالا / فوری، عدم امکان استفاده از شاخص های بیولوژیکی جهت نظارت بر کیفیت عملکرد دستگاه به صورت معمول، فقدان بسته بندی یا پکینگ وسایل پزشکی که نقش محافظتی و کاهش امکان آلودگی اقلام استریل شده در حین نقل و انتقال به اتاق های عمل را دارا می باشد، رعایت موارد ذیل برای رفع برخی از این نگرانی ها موثر می باشد :

- قرار دادن استریلایزر با سرعت بالا / فوری در مجاورت اتاق عمل برای تسهیل تحویل آسپتیک وسایل استریل شده در محل جراحی
- افزایش زمان استریلیزاسیون، به عنوان مثال به میزان ۴ دقیقه در دمای ۱۳۲ درجه سانتیگراد
- استفاده از شاخص های بیولوژیک که نتایج آن طی ۱ ساعت برای موارد استریل شده، ارائه می شود.
- کاهش احتمال آلودگی وسیله با کاهش زمان قرار گرفتن آن در معرض هوا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

• پیشگیری از بروز وقایع ناخواسته نظیر سوختگی بیمار و یا کاربران اتاق عمل با اطمینان از قرار گرفتن وسیله در معرض

هوای سرد و یا غوطه وری آن در سرم فیزیولوژی استرل

پایش و نظارت :

➤ به منظور تضمین جابجایی آسپتیک وسایل پزشکی / ابزار جراحی و ایمنی کارکنان در حین انتقال اقلام استریل شده از دستگاه استریلایزر با سرعت بالا/ فوری تا محل استفاده، روش اجرایی آن بایستی تدوین و به تصویب کمیته کنترل عفونت بیمارستان رسیده باشد. آموزش لازم به کاربران ذیربط داده شود و انطباق عملکرد آنان، پیگیری و ممیزی بالینی شود.

➤ تعریف وضعیت اضطراری برای استفاده از روش IUSS و آموزش پرسنل در مورد اندیکاسیون ها، روش استریلیزاسیون با سرعت بالا/ فوری و ریسک های مرتبط با آن ضروری است.

➤ اطلاعات مربوط به استفاده از این روش باید در چک لیست جراحی ایمن ثبت شود. در این گزارش، باید نام وسایل استریل شده، مشخصات بیمار، تاریخ و زمان، اطلاعات کاربر و دلیل استفاده از روش IUSS آورده شوند.

کانسر معده



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "



آقای دکتر علی ممتاز بخش

متخصص جراحی عمومی

سرطان معده :

بر اساس گزارش انجمن سرطان آمریکا (ACS ۲۰۲۰ b) تخمین زده شده که در سال ۲۰۲۰ حدود ۳۷۰۰۰ آمریکایی به سرطان معده مبتلا شده اند که در آن سال ۱۱۰۰۰ مرگ و میر ناشی از این بیماری رخ داده است سرطان معده بیشترین تشخیص در میان سالمندان با میانگین سنی بیشتر از ۶۸ سال می باشد. احتمال بروز سرطان معده در مردان بیشتر از زنان است. آمریکایی های اسپانیایی تبار، آمریکایی های آفریقایی تبار و ساکنان جزایر آسیایی / اقیانوسیه نسبت به آمریکایی های قفقازی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان معده هستند.

در سرتاسر جهان، سرطان معده یکی از پنج سرطان شایع تشخیص داده شده با افزایش احتمال بروز در آسیای شرقی و مرکزی (کره، مغولستان، ژاپن) و آمریکای لاتین است. کشورهای با احتمال بالای بروز سرطان معده، مانند ژاپن، در حال اجرای برنامه های غربالگری وسیعی هستند که منجر به تشخیصی زودرس (در مراحل قابل درمان بیماری) و کاهش میزان مرگ و میر ناشی از آن می شود. رژیم غذایی و عوامل محیطی فاکتور مهمی در بروز سرطان معده است. غذاهای نمک دود، ترش، کمبود میوه و سبزیجات خطر سرطان معده را افزایش می دهد. عفونت اچ پیلوری یکی از مهمترین عوامل خطر در بروز سرطان معده می باشد. سایر فاکتورهای مرتبط با بروز سرطان معده شامل: التهاب مزمن معده، آنمی پریشیوز، دخانیات، چاقی، اکلهیدریا، زخم های معده، گاسترکتومی ساب توتال قبلی (بیش از ۲۰ سال پیش) و استعداد ژنتیکی می باشد.

اکثریت سرطان های معده به صورت تک گیر و پراکنده هستند یا در نتیجه جهش های ژنی اکتسابی و نه ارثی ایجاد می شوند. با این حال متوجه شده اند که سرطان های معده ممکن است یک جزء خانوادگی داشته باشند (به عنوان مثال، گروه خونی A و آنهایی که دارای یکی دیگر از بستگان درجه یک مبتلا به سرطان معده هستند و با سندرم های استعداد سرطانی ارثی).

سندرم های ژنتیکی مستعد کننده سرطان شامل: سرطان ارثی منتشره معده، سندرم لینچ (سرطان وراثتی غیر پولیپوز کولورکتال)، سندرم پولیپوز جوانان، پولیپوز ادنوماتوز فامیلیال و سندرم پوتز جگرز می باشد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

پیش آگهی بیماران مبتلا به سرطان معده معمولاً مطلوب نیست. میزان بقای ۵ ساله برای تمام بیماران مبتلا به سرطان معده در حدود ۳۲٪ است. یکی از دلایل میزان بقای کم این بیماران، تشخیص دیررس بیماری ناشی از بی علامت بودن بیماری در مراحل اولیه می باشد. بیشتر موارد سرطان معده زمانی تشخیص داده می شود که سرطان از معده به غدد لنفاوی و سایر ارگان های بیمار متاستاز داده است.

پاتوفیزیولوژی :

در حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد سرطان های معده از نوع آدنوکارسینوما هستند که از سلول های تولید کننده موکوس معده در داخلی ترین لایه معده منشاء می گیرند. آدنوکارسینومای معده می تواند در هر قسمتی از معده ایجاد شود. سرطان معده با یک زخم در سلول های لایه فوقانی مخاط معده شروع شده، به لایه های عمیق تر مخاط و زیر مخاط و دیواره معده نفوذ کرده و نهایتاً در دیواره معده منتشر و ارگان ها و ساختارهای مجاور معده را درگیر می کند. درگیری گره های لنفاوی و متاستاز به دلیل شبکه گسترده لنفی و عروقی معده ایجاد می شود، محل های شایع متاستاز شامل کبد، صفاق، ریه ها و مغز می باشد.

تظاهرات بالینی :

در مراحل اولیه، نشانه های بیماری نامعلوم می باشد. نشانه های اولیه بیماری نظیر درد، همانند زخم های خوش خیم، با آنتی اسید تسکین می یابد و بندرت موجب اختلال در عملکرد معده می شود. نشانه های پیشرفت بیماری مشابه زخم پپتیک و شامل سوءهاضمه، سیری زودرس، کاهش وزن، درد شکمی دقیقاً بالای ناف، کاهش یا از دست دادن اشتها، نفخ پس از خوردن غذا، تهوع و استفراغ می باشد. خستگی معمولاً در اثر خود سرطان معده و یا آنمی و سوء تغذیه ناشی از انتشار ضایعه به کل معده یا بافت های اطراف اتفاق می افتد.

بررسی و یافته های تشخیصی :

معاینه فیزیکی معمولاً مفید نیست، زیرا بیشتر تومورهای معده قابل لمس نیستند، اما تومورهای پیشرفته معده ممکن است بصورت یک توده قابل لمس باشند. اگر سرطان معده به کبد متاستاز داده باشد ممکن است آسیت و هپاتومگالی (بزرگی کبد) ایجاد شود. یکی از نشانه های بدخیمی های گوارشی که معمولاً در سرطان معده نیز دیده می شود وجود ندول های قابل لمس در اطراف ناف است. ازوفاگوستروئونوسکوپی (آندوسکوپی مری، معده و دئودنوم) برای تهیه بیوپسی و شستشوی سیتولوژیک، یک مطالعه تشخیصی انتخابی است و با پیشرفت هایی که اخیراً در آندوسکوپی ایجاد گردیده، تشخیص زودرس سرطان معده امکان پذیر گردیده است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

(آندوسکوپی با بزرگنمایی و تکنولوژی بررسی ساختار میکرو واسکولار ضایعات مخاطی) همچنین مطالعات رادیوگرافیک دستگاه گوارش فوقانی با باریوم نیز ممکن است انجام شود. اولتراسوند آندوسکوپیک یک ابزار مهم تشخیصی برای بررسی عمق تومور و درگیری غدد لنفاوی است. انجام سی تی اسکن مطالعات تشخیصی را کامل می کند، بخصوص وسعت قابل رزکسیون تومور قبل از عمل را مشخص می نماید. سی تی اسکن قفسه سینه، شکم و لگن نیز ارزشمند است زیرا وجود متاستاز را تعیین می کند. ارزیابی کامل، بیوشیمی، هماتولوژی و ارزیابی تومور مارکرها (آنالیز خونی آنتی ژن های نشان دهنده تومور) مانند CEA، CA19-9 و CA50 به منظور کنترل روند درمان انجام می شود. مقدار این تومور مارکرها در صورت وجود سرطان و قبل از درمان افزایش پیدا کرده و در صورت پاسخ دهی تومور به درمان، کاهش پیدا می کنند.

تدابیر درمانی :

درمان سرطان معده با کمک کار تیمی بین متخصصین داخلی، انکولوژی، جراحی، تغذیه، کادر پرستاری و مراقبتهای مربوط انجام می گیرد. بطور کلی، اگر تومور قابل رزکسیون باشد، به منظور برداشتن تومور و نگهداری غدد لنفاوی جراحی صورت می گیرد. اگر تومور در حالیکه کاملاً در معده لوکالیزه شده، برداشته شود، بیمار می تواند بهبود یابد. اما اگر تومور به اطراف منتشر شده و قابل رزکسیون نباشد، پس از برداشتن تومور، احتمال بهبودی خیلی کم است. درمان ممکن است شامل ترکیبی از جراحی برای کنترل رشد سرطان یا برای تسکین علائم، شیمی درمانی، درمان هدفمند و پرتودرمانی باشد.

درمان جراحی :

برای سرطان های قابل رزکسیون معده که در تنه یا بخش میانی آن هستند گاسترکتومی کامل انجام می شود. به همراه برداشتن معده بایستی دئودنوم، قسمت تحتانی مری، بخشی از صفاق و غدد لنفاوی نیز برداشته شود. جراحی ترمیمی دستگاه گوارش به وسیله آناستوموز ژژنوم به انتهای مری که ازوفاگوژژنوستومی نامیده می شود، صورت می گیرد. برای تومورهای بخش میانی و دیستال معده که قابل رزکسیون باشند نیز عمل جراحی گاسترکتومی ساب توتال رادیکال انجام می شود. و روشهای جراحی بیلروت I و II نیز انجام می شود. بیلروت I شامل یک رزکسیون محدود است و میزان درمان کمتر نسبت به بیلروت II را دارد. پروسیجر بیلروت II رزکسیون وسیعتری است که در آن تقریباً ۷۵ درصد از معده برداشته می شود و احتمال عود، متاستاز و انتشار به غدد لنفاوی را کاهش می دهد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

برای تومورهایی که در قسمت پروکسیمال معده یا اسفنکتر کاردیا قرار دارند و قابل رزکسیون هستند، جراحی گاسترکتومی ساب توتال پروکسیمال انجام می شود. اگر جراحی بصورت گسترده تری انجام گیرد در آن صورت گاسترکتومی کامل و یا برداشتن مری (ازوفاگوسترکتومی) نیز انجام خواهد شد.

عوارض شایع ناشی از سرطان پیشرفته معده که اغلب نیاز به جراحی دارند عبارتند از: انسداد پیلور، خونریزی و درد شدید، پرفوراسیون معده وضعیت اورژانسی است که نیاز به مداخله جراحی دارد. رزکسیون معده ممکن است مؤثرترین پروسیجر تسکینی برای سرطان های پیشرفته معده باشد. پروسیجرهای تسکینی عبارتند از: بای پاس معده یا مری، گاسترکتومی یا ژژونوستومی که ممکن است نشانه هایی نظیر تهوع و استفراغ را برطرف سازند. در صورت متاستاز به سایر اندام های حیاتی مانند کبد برای دستیابی به کیفیت زندگی بهتر ممکن است جراحی تسکین دهنده به جای جراحی رادیکال انجام شود.

عوارض جراحی معده :

بیمار تحت جراحی معده ممکن است عوارضی مانند خونریزی، سندرم دامپینگ، رفلاکس صفراوی و انسداد پیلور را تجربه کند. خونریزی پس از جراحی در ناحیه عمل یکی از عوارض شایع جراحی معده می باشد. خونریزی ممکن است شدید و بصورت همانمز آشکار شده و موجب شوک هموراژیک در بیمار شود.

ممکن است در نتیجه هرگونه پروسیجر جراحی، مانند برداشتن قسمتی از معده یا رزکسیون یا برداشتن پیلور، سندرم دامپینگ ایجاد شود. ورود سریع مواد غذایی هیپرتونیک از معده به روده کوچک موجب کشیده شدن مایعات خارج سلولی به داخل لومن روده برای رقیق کردن گلوکز و الکترولیت های با غلظت بالا خواهد شد که می تواند منجر به اتساع روده، افزایش سرعت حرکت مواد غذایی در روده، هیپرگلیسمی و شروع ناگهانی نشانه های گوارشی و تحریک وازوموتور خواهد شد. تقریباً حدود ۲۵٪ تا ۵۰٪ بیماران تحت جراحی معده حداقل نشانه هایی از سندرم دامپینگ را تجربه می کنند (کانت و روی، ۲۰۱۹). نشانه های اولیه معمولاً در ۳۰-۱۰ دقیقه اول پس از خوردن شروع شده و اغلب شامل احساس سیری زودرس، درد و کرامپ شکمی، تهوع، استفراغ و اسهال می باشد. نشانه های وازوموتور ممکن است به صورت سردرد، برافروختگی و احساس گرما، تعریق، گیجی، طپش قلب، خواب آلودگی، غش یا سنکوب بروز پیدا کند. نشانه های اولیه معمولاً طی ۱ ساعت و پس از دفع مدفوع برطرف می شود. بدنبال آن افزایش سریع قند خون منجر به افزایش ترشح انسولین و بروز هیپوگلیسمی طی ۳-۲ ساعت بعد از خوردن خواهد شد. تظاهرات هیپوگلیسمی شامل تحریک پذیری، اضطراب، لرزش، ضعف، خستگی، تعریق، طپش قلب و گرسنگی می باشد. سندرم دامپینگ معمولاً تا چند ماه پس از جراحی ادامه پیدا می کند، با این وجود در بعضی از بیماران نشانه های بیماری ممکن است تا آخر عمر ادامه داشته باشد.



در موارد دستکاری یا برداشتن پیلور، ممکن است رفلاکس صفراوی اتفاق بیافتد. تماس طولانی مدت با اسیدهای صفراوی دئودنوم می تواند منجر به گاستریت، ازوفازیت و احتمال ایجاد زخم پپتیک شود. بیمار مبتلا به رفلاکس صفراوی ممکن است عوارضی مانند درد سوزاننده معده که پس از خوردن افزایش پیدا می کند را تجربه کند. استفراغ معمولاً موجب تسکین درد نمی شود. درمان دارویی رفلاکس صفراوی شامل تجویز مهارکننده های پمپ پروتون و اورسودیول است. اورسودیول ترکیب صفرا را تغییر می دهد، اسیدیته را کاهش می دهد و باعث بهبود می شود. انسداد پیلور ممکن است به عنوان یکی دیگر از عوارض جراحی معده ایجاد شود. انسداد پیلور بعد از عمل ممکن است بوسیله تنگی یا بافت اسکار در محل آناستوموز جراحی ایجاد شود.

شیمی درمانی و درمان هدفمند :

اگر درمان جراحی به بهبودی منتهی نشود، انجام شیمی درمانی ممکن است بیماری را کنترل کرده و تسکین دهد. شیمی درمانی همچنین ممکن است به عنوان درمان مکمل جراحی انجام شود. داروهای شیمی درمانی رایج در این مورد عبارتند از: فلوراوراسیل، کربوپلاتین (Carboplatin)، کاپسیتابین (Capecitabine)، سیس پلاتین (Cisplatin)، دوستاکسل (Docetaxel)، اپی روبیسین (Epirubicin)، ایرینوتکان (Irinotecan)، اگزالی پلاتین (Oxaliplatin) و پاکلی تاکسل (Paclitaxel). به منظور بهبود پاسخ دهی تومور به درمان معمولاً شیمی درمانی ترکیبی، بصورت درمان پایه با ۵-FU و سایر داروهای دیگر (۵-فلوراوراسیل بعلاوه سیس پلاتین یا اگزالی پلاتین) انجام می شود.

تارگت تراپی یا درمان هدفمند، یکی از مهمترین درمان های مراحل پیشرفته سرطان معده می باشد. استفاده از داروهایی مانند Trastuzumab (آنتی بادی مونوکلونال نو ترکیب ضد HER-2) در ترکیب با فلوراوراسیل یا Capecitabine و Cisplatin، طول عمر بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته معده که HER-2 مثبت هستند را افزایش می دهد. سایر عوامل تارگت تراپی در درمان موارد پیشرفته سرطان در دست بررسی می باشند. به عنوان مثال داروی Ramucirumab در حال حاضر در مطالعات کارآزمایی بالینی در ترکیب با اولاپاریب برای تومورهای که غیرقابل جراحی هستند توصیه می شود. Ramucirumab موجب مهار VEGFR2 و کاهش جریان خون تومور و در نهایت کاهش رشد تومور می شود.

پرتو درمانی :

پرتو درمانی نیز بطور اولیه در بیماران با مراحل پیشرفته سرطان و به منظور آهسته کردن رشد تومور و یا برای تسکین بیمارانی که دچار انسداد، خونریزی گوارشی ثانویه به تومور و درد بارز می باشند انجام می گیرد. پرتو درمانی ممکن است تنها و یا همراه با شیمی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

درمانی قبل از جراحی و به منظور کاهش اندازه تومور یا بعد از جراحی برای تخریب هرگونه باقیمانده سلول های سرطانی و همچنین تأخیر یا پیشگیری از عود تومور انجام شود. روش های معمول پرتودرمانی در سرطان معده شامل پرتودرمانی خارجی یا روشهای جدیدتر مانند پرتودرمانی سه بعدی (D-CRT)^۱ و پرتودرمانی تعدیل یافته (IMRT)^۲ می باشد. این رویکردهای تخصصی پرتودرمانی خارجی بطور دقیق باعث هدایت اشعه روی محل تومور و کاهش آسیب به سایر نواحی سالم اطراف تومور خواهد شد.

ملاحظات سالمندی :

سرطان معده عمدتاً در سالمندان اتفاق می افتد. تخمین زده شده است که از هر ۱۰ نفر مبتلا به سرطان معده، ۶ نفر سن ۶۵ سال و بالاتر دارند. طبق بررسی های اپیدمیولوژیکی اخیر حدود ۶۵/۹٪ تمام مرگ های ناشی از سرطان معده در افراد ۶۵ سال و بالاتر بروز پیدا می کند. خواب آلودگی، آزیتاسیون و بی قراری ممکن است تنها نشانه های ایجاد شده در سالمندان باشد و تا مراحل پیشرفته سرطان، نشانه های گوارشی بروز پیدا نکند. در این هنگام، کاهش توانایی عملکردی و سایر علائم و نشانه های بدخیمی، ظاهر می شوند.

جراحی در سالمندان با خطر بیشتری همراه می باشد، به طوری که با افزایش سن، خطر آن نیز بیشتر می شود. با این وجود، در سالمندان نیز سرطان معده باید با جراحی تحت درمان قرار بگیرد. آموزش به بیمار برای آماده کردن جهت درمان، کمک به مدیریت عوارض و مشکلات احتمالی و مقابله با چالش های مربوط به سرطان و سالمندی از اهمیت بالایی برخوردار است.

فرآیند پرستاری بیمار مبتلا به سرطان معده :

بررسی :

پرستار یک تاریخچه از رژیم غذایی با تأکید بر وضعیت فعلی تغذیه بیمار تهیه می کند. آیا بیمار کاهش وزن داشته است؟ اگر داشته چقدر و در طول چه مدتی بوده است؟ آیا می تواند رژیم غذایی کامل را تحمل کند؟ اگر خیر، چه غذاهایی را می تواند بخورد؟ چه تغییرات دیگری در عادات غذا خوردن ایجاد شده است؟ آیا بیمار اشتها دارد؟ آیا بیمار احساس پری پس از خوردن مقادیر کمی غذا را دارد؟ آیا درد دارد؟ آیا غذا آنتی اسید و یا دارویی دیگر درد را تسکین می دهد، تفاوتی نداشته و یا درد را بدتر می کند؟ آیا سابقه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

عفونت اچ پیلوری را دارد؟ سایر اطلاعات شامل بررسی تاریخچه مصرف الکل، استعمال سیگار و تاریخچه خانوادگی (وجود سرطان معده یا سایر سرطان ها در وابستگان درجه ۱ و ۲) می باشد.

بررسی روانی اجتماعی نیز توسط پرستار ضرورت دارد که شامل سؤال در مورد منابع حمایت اجتماعی، مهارت های سازگاری فردی و خانوادگی و منابع اقتصادی می باشد. این سؤالات به پرستار در طرح یک برنامه مراقبتی جامع کمک می کند. پس از مصاحبه، پرستار به انجام یک معاینه کامل جسمی پرداخته و شکم را از نظر حساسیت توده و یا آسیب از طریق لمس و دق کردن، به دقت بررسی می کند.

تشخیص های پرستاری :

بر اساس اطلاعات بدست آمده در بررسی، تشخیص های اصلی پرستاری عبارتند از:

- ✚ اضطراب در ارتباط با بیماری و درمان آن
- ✚ اختلال در تعادل تغذیه ای کمتر از نیاز بدن مرتبط با درد یا سیری زودرس یا بی اشتتهائی
- ✚ درد در ارتباط با توده تومور
- ✚ غم و اندوه در ارتباط با تشخیص سرطان
- ✚ کمبود آگاهی در ارتباط با فعالیتهای مراقبت از خود
- ✚ برنامه ریزی و اهداف
- اهداف اصلی برای بیمار شامل: کاهش اضطراب، تأمین تغذیه کافی، تسکین درد، سازگاری و پذیرش تشخیص و تغییر شیوه زندگی می باشد.

مداخلات پرستاری :

کاهش اضطراب :

پرستار باید محیطی آرام و ایمن برای بیمار فراهم کرده تا بیمار بتواند ترس، نگرانی و عصبانیت خود را درباره تشخیص و پیش آگهی بیماری بیان کند. پرستار اعضای خانواده و سایر افراد مرتبط با بیمار را به حمایت از بیمار، اطمینان دادن و حمایت در جهت سازگاری بهتر بیمار، تشویق می کند. پرستار همچنین در مورد پروسیجرها و روند درمان و انتظاراتی که از بیمار می رود به بیمار آموزش می دهد.



تأمین تغذیه کافی :

پرستار بیمار را تشویق می کند که برای کاهش تحریک معده، غذاهای غیرمحرک را در حجم کم و دفعات زیاد مصرف نماید. مکمل های غذایی بایستی پرکالری بوده و حاوی ویتامین های A و C و آهن کافی برای ترمیم بافتی باشند. از آنجا که ممکن است بیمار در هنگام تغذیه روده ای پس از رزکسیون معده دچار سندرم دامپینگ شود، پرستار راه های پیشگیری و درمان این سندرم را به بیمار توضیح و آموزش داده و بیمار را آگاه می سازد که علائم اغلب پس از چند ماه بهبود می یابند. اقدامات مورد نیاز برای مدیریت و کنترل سندرم دامپینگ ممکن است شامل مواردی مانند وعده های غذایی متعدد (مثلاً ۶ وعده) و کم حجم دارای قند و کربوهیدرات پایین و همچنین نوشیدن مایعات بین وعده های غذایی به جای مصرف مایعات همراه غذا، می باشد. اگر بیمار تحت گاسترکتومی کامل قرار گرفته است، تزریق دائمی ویتامین B12 مورد نیاز می باشد، چرا که فاکتور داخلی ترشح شده از سلولهای پاریتال معده موجب باند با ویتامین B12 و جذب آن در ایلنوم می شود. در این بیماران کمبود ویتامین B12 موجب کاهش تولید گلبول های قرمز خون و ایجاد آنمی پرنیشیوز می شود. اگر بیمار نتواند به اندازه برآورده کردن نیازهای تغذیه ای خود غذا مصرف کند، ممکن است استفاده از تغذیه پرنترال ضرورت یابد. کاهش وزن از یافته های شایع پس از جراحی معده می باشد. شیمی درمانی می تواند به کاهش وزن مداوم کمک کند. تحقیقات نشان می دهد که یک رویکرد چندگانه برای مدیریت علائمی مانند سیری، دیسفاژی، ریفلاکس و رگورژیناسیون و مشکلات دفعی که ممکن است به کاهش وزن مداوم کمک کند، ضروری است. پرستار مایعات دریافتی و وضعیت تغذیه ای بیمار را با بررسی کرده و برای اطمینان از تثبیت وزن یا افزایش آن، به کنترل جذب و دفع مایعات و توزین روزانه بیمار می پردازد. پرستار همچنین علائم دهیدراتاسیون مانند تشنگی، خشکی غشاء مخاطی، کاهش تورگور پوستی، تاکی کاردی و کاهش برون ده ادراری را بررسی کرده و نتایج تست های آزمایشگاهی (سدیم، پتاسیم، گلوکز، BUN) را بطور روزانه مرور و بررسی می کند. در صورت نیاز، داروهای ضد استفراغ طبق تجویز پزشک به بیمار داده می شود.

تسکین درد :

پرستار طبق درخواست پزشک، ممکن است داروی مخدر مسکنی را به صورت انفوزیون وریدی یا با استفاده از پمپ کنترل درد توسط بیمار (PCA) برای تسکین درد پس از عمل تزریق کند. پرستار بطور مرتب، تکرار، شدت و مدت زمان درد را به منظور بررسی تأثیر



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• II

مسکن تجویز شده ارزیابی می کند. پرستار در مورد تسکین درد با استفاده از روش های غیردارویی مانند تغییر پوزیشن، تصویرسازی، انحراف فکر، آرام سازی، ماساژ پشت و دوره های استراحت و آرام سازی با بیمار کار می کند.

ارائه حمایت روانی-اجتماعی :

پرستار به بیمار کمک می کند تا ترس ها، نگرانی ها و اندوه خود را در مورد بیماری خود بیان کند. پاسخ صادقانه پرستار به سؤالات بیمار و تشویق وی به شرکت در تصمیم گیری های درمانی از اهمیت زیادی برخوردار است. بعضی از بیماران با از دست دادن قسمتی از بدن خود، دچار اندوه شده و جراحی را نوعی ایجاد نقص عضو می دانند. برخی دیگر از بیماران دچار انکار شده و نیازمند گذشت زمان برای سازگاری با وضعیت خود هستند. پرستار بیمار را از نظر عاطفی مورد حمایت قرار داده و در صورت امکان اعضاء خانواده و سایر افراد مرتبط با بیمار را در امر مراقبت و حمایت بیمار درگیر می سازد. این مشارکت ممکن است شامل مواردی مانند شناسایی خصوصیات خلقی و مکانیسم های دفاعی بیمار (انکار، دلیل تراشی، فرافکنی، رجعت) و اطمینان دادن به بیمار و خانواده وی در این رابطه است که این واکنش های عاطفی، طبیعی و قابل انتظار می باشند. در صورت نیاز مشاورین مذهبی، روانپرستاران بالینی، روان شناسان، مددکاران اجتماعی و روانپزشکان باید در دسترس قرار بگیرند. پرستار نگرشی توأم با همدلی به بیمار نشان داده و برای بیمار وقت کافی صرف می کنند. اکثر بیماران وقتی که به درک درستی از نقایص خود می رسند، مشارکت در امر مراقبت از خود را آغاز می کنند.

ارتقای سطح مراقبت در منزل و جامعه :

آموزش مراقبت از خود به بیمار، فعالیت های خودمراقبتی به روش درمانی مورد استفاده (جراحی، شیمی درمانی، پرئودرمانی، درمان تسکینی) بستگی دارد. آموزش های مورد نیاز برای بیمار و خانواده وی ممکن است شامل مواردی مانند: دادن اطلاعات درباره رژیم غذایی و تغذیه، رژیم های درمانی، تغییر فعالیت ها، تغییر در شیوه زندگی، کنترل درد و عوارض احتمالی باشد. برای تعیین نحوه تأمین نیازهای غذایی بیمار در منزل به بهترین شکل، ممکن است مشاوره با یک متخصص تغذیه مورد نیاز باشد. پرستار به بیمار و مراقب وی درباره تغذیه روده ای یا وریدی آموزش می دهد. اگر شیمی درمانی یا پرئودرمانی انجام می شود، پرستار درباره وقایع مورد انتظار مانند طول مدت درمان، اثرات جانبی مورد انتظار (تهوع، استفراغ، بی اشتهایی، خستگی، نوتروپنی) و نیاز به تداوم درمان را به بیمار و خانواده اش توضیح می دهد. همچنین ممکن است مشاوره روانپزشکی نیز مورد نیاز باشد.

تداوم مراقبت :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

۰ ۱۱

نیاز به مراقبت مداوم در منزل بستگی به وضعیت بیمار و درمان وی دارد. انجام مشاوره تغذیه یادآوری شده و تجویز هرگونه تغذیه انترال و پرنترال توسط پرستار تحت نظر قرار می گیرد. بیمار و سایر اعضای خانواده وی باید در مورد نحوه تجویز تغذیه و تشخیص و پیشگیری از عوارض یا اثرات ناخوشایند مرتبط با آن، مهارت کافی داشته باشند. به بیمار و خانواده وی در مورد ثبت روزانه جذب و دفع مایعات، توزین روزانه، چگونگی کنترل درد، تهوع و استفراغ و سایر نشانه ها آموزش داده می شود. همچنین باید در مورد شناسایی و گزارش علائم و نشانه های عوارضی که نیازمند مداخلات طبی هستند (خونریزی، انسداد، پرفوراسیون) یا هرگونه نشانه ای که بطور پیشرونده بدتر می شود، آموزش داده شود. آموزش در مورد شیمی درمانی و پرتودرمانی و داشتن آگاهی بیمار و خانواده وی در مورد مراقبت های حین و بعد از درمان دارای اهمیت است. از آنجا که پیش آگهی سرطان معده بد می باشد، پرستار باید به بیمار خانواده و سایر بستگان بیمار در تصمیم گیری های مراقبتی مراحل پایانی زندگی و ارجاع آنها کمک کند.

ارزشیابی:

بر آینده های مورد انتظار از بیمار عبارتند از:

۱. اضطراب بیمار کاهش پیدا کرده است.

الف- بیان ترس و نگرانی های خود درباره جراحی

ب- جستجوی حمایت های عاطفی

۲. بیمار از تغذیه کافی برخوردار است.

الف- خوردن وعده های غذایی پرکالری، سرشار از آهن و ویتامین های C و A متعدد با حجم کم

ب- مشارکت در تغذیه انترال یا پرنترال

۳. درد بیمار کاهش پیدا کرده است.

۴. فعالیت های مراقبت از خود را انجام می دهد و با تغییرات شیوه زندگی سازگار شده است.

الف- برگشتن به فعالیت های طبیعی خود طی ۳ ماه

ب- تنظیم دوره های فعالیت و استراحت خود

ج- کنترل و انجام تغذیه انترال خود

۵. در مدیریت و کنترل بیماری خود اطلاعات دارد.

الف- داشتن اطلاعات درباره فرایند بیماری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

۰ ۱۱

ب- گزارش کنترل نشانه های بیماری

ج- بیان ترس ها و نگرانی های خود درباره مرگ

د- تکمیل دستورالعمل ها و سایر مدارک مورد نیاز

درس آموخته ها





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

مهدیه قائمی مفرد

کارشناس ایمنی بیمار مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان
کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چهارچوب اخلاق پزشکی

شرح حادثه
مددجو خانمی ۴۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۹ با تشخیص کراتیوپلاستی در بخش جراحی مغز و اعصاب بستری و در شیفت عصر تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۱ به بخش ICU جراحی مغز و اعصاب منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۲ ساعت ۱۲:۴۵ با برانکارد اکسیژن دار و $GCS=12$ به اتاق عمل منتقل شده و در ساعت ۱۸:۱۰ پس از عمل جراحی کراتیوپلاستی از اتاق عمل تحویل گرفته شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۴ پرستار ICU با توجه به کاهش تورم صورت متوجه دفورمیتی شدن صورت و فک شده است. به پزشک معالج اطلاع داده و توسط فلوشیپ مراقبت های ویژه ویزیت و درخواست مشاوره فک و صورت گردیده است. متخصص فک و صورت درخواست CT Scan صورت داده اند که انجام شده و به رویت ایشان رسیده و تشخیص در رفتگی فک و صورت داده اند. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۷ ساعت ۸:۴۵ فک بیمار جا اندازی شده است.

- علل رویداد حادثه
- اداره همزمان بیش از ۲ اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی
 - عدم بررسی وضعیت ظاهری بیمار بعد از عمل جراحی توسط پزشک متخصص بیهوشی و پرسنل اتاق عمل
 - عدم چک و گزارش صحیح وضعیت بالینی بیمار در هنگام تحویل بیمار به پرستار و ثبت در پرونده
 - شلوغی و ازدحام بیماران در اتاق عمل
 - عدم تناسب تعداد اتاق های جراحی با متخصصین بیهوشی

- اقدامات اصلاحی پیشنهادی
- چک لیست جراحی ایمن بیمار در اتاق عمل (قبل، حین، بعد از عمل) در تمام طول مدت عمل جراحی توسط کارکنان کنترل و ثبت گردد. (اقدامات قبل از بیهوشی / قبل از برش پوست بیمار / قبل از خروج بیمار از تخت عمل)
 - وضعیت بیمار قبل، حین و بعد از عمل جراحی بررسی و در برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل جراحی ثبت، مهر و امضاء گردد.
 - بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و همراه با پرستار به بخش مربوط منتقل گردند.
 - در هنگام تحویل و تحول بیمار پانسمان - درن ها - سوند و وضعیت ظاهری بیمار به صورت دقیق چک شده و گزارش صحیح به یکدیگر داده شده و در پرونده ثبت گردد.
 - پرسنل حراست نظارت بیشتری بر ورود و خروج همراهان داشته باشند.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• II

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

کد ۲۴. سقوط بیمار حین پایین آمدن از تخت

عنوان

مددجو خانمی ۲۰ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ با تشخیص مولتیپل تروما (تروما به لگن، مثانه، سر، انگشت دست، مچ پا و) به دنبال تصادف، با آمبولانس ۱۱۵ و با $GCS=10/15$ به اورژانس این مرکز منتقل شده و در بخش ویژه و سرویس جراحی مغز و اعصاب بستری گردیده است. بیمار توسط متخصص جراحی عمومی، متخصص جراحی ترمیمی، متخصص ارتوپدی و متخصص عفونی مشاوره شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ بیمار تحت جراحی ترمیم پارگی مثانه توسط متخصص جراحی عمومی، در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۳۱ تحت جراحی فک و اوربیت توسط متخصص ترمیمی و در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۵ تحت جراحی پیچ گذاری و آتل گیری کوتاه مچ پای راست توسط متخصص ارتوپدی قرار گرفته است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۸ از سرویس جراحی مغز و اعصاب ترخیص و از بخش ویژه به اتاق VIP بخش ارتوپدی و سرویس جراحی عمومی منتقل گردیده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۱۲ ساعت ۳:۰۰ صبح علیرغم بالا بودن بدساید و وجود همراه و دریافت داروهای آرام بخش طبق تجویز پزشک (مشاوره روانپزشکی در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۱۱ ساعت ۲۱:۴۵ به علت هذیان گویی و توهم در برخی اوقات)، در لحظه ای که همراه در کنار تخت بیمار در حال استراحت بوده است، بیمار حین پایین آمدن از تخت جهت استفاده از سرویس بهداشتی با وجود داشتن سوند فولی دچار سقوط شده است. بلافاصله کادر درمان بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط روی تخت برگردانده شده است. در ارزیابی اولیه بیمار، ظاهر بیمار مشکلی نداشته است و طی بررسی های به عمل آمده، همراه بیمار اظهار نموده که به محض پایین آمدن بیمار از تخت بیدار شده ولی قبل از اینکه بتواند بیمار را کنترل نماید بیمار با باتکس روی زمین خورده است. در شیفت صبح توسط متخصص جراحی عمومی ویزیت شده و درخواست سونوگرافی شکم و لگن شده، توسط متخصص ارتوپدی ویزیت شده و درخواست گرافی لگن و لومبوساکرال شده است. به متخصص جراحی ترمیمی اطلاع داده شده که فرمودند در صورتیکه فک بیمار دفورمیتی ندارد نیاز به اقدام خاصی ندارد و جهت ویزیت مجدد تشریف می آورند. همچنین توسط رزیدنت جراحی مغز و اعصاب ویزیت شده و سی تی اسکن توراسیک انجام و مشکلی نداشته است.

شرح حادثه

- عدم آموزش کافی و اثربخش پرسنل بخش در رابطه با سقوط به بیمار و همراه
- عدم ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط کادر درمان
- هذیان و توهم بیمار
- خستگی و خواب همراه بیمار به علت بستری طولانی مدت بیمار در بیمارستان
- عدم وجود سیستم احضار پرستار
- تعدد بیماران نسبت به پرستاران
- پذیرش بالای بیماران

علل رویداد
حادثه

- آموزش کافی و اثربخش به بیمار و همراه وی داده شود.
- ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط کادر درمان صورت گیرد.
- بیماران دارای هذیان و توهم به صورت ایمن کنترل گردند.
- در صورت تامین اعتبار مالی سیستم احضار پرستار تهیه و نصب گردد.

اقدامات
اصلاحی
پیشنهادی

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• II

عنوان	کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی
شرح حادثه	مددجو آقای d ۳۰ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۶ ساعت ۱۷:۲۸ به دنبال تصادف دچار شکستگی باز تییبای ساق راست شده که خونریزی فعال داشته و همچنین لیسراسیون مچ دست چپ و دفورمیتی ساق پای چپ (شکستگی دابل ساق پای چپ) شده است. توسط طب اورژانس ویزیت شده، آزمایشات درخواستی ارسال شده، اقدامات درمانی انجام شده، در سونوی فست مایع آزاد رویت نشده، آتل بلند هر دو ساق پا گرفته شده، دست چپ بیمار شستشو داده شده و پانسمان گردیده است. گرافی ها انجام شده، مشاوره جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب و ارتوپدی انجام شده و در سرویس ارتوپدی بستری گردیده است. در شیفیت صبح تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۷ بیمار به اتاق عمل منتقل شده و پس از عمل ترمیم پارگی دست چپ و اکسترنال فیکساتور گذاری پای راست و دستور دارویی تزریق سلگزان در صورت OK جراحی عمومی و جراحی مغز و اعصاب به بخش ویژه منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۷ OK جراحی عمومی (شیفت عصر) و جراحی مغز و اعصاب (شیفت شب) داده شده و از ساعت ۶:۰۰ صبح مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۸ تزریق سلگزان شروع شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۸ ساعت ۱۱:۰۰ صبح بیمار دچار تاکی پنه، افت SPO2، تاکی کاردی و پتشی متعدد شده که توسط فلوشیپ مقیم ICU ویزیت شده و برای بیمار اکسیژن با ماسک گذاشته شده و درخواست سی تی اسکن از قفسه سینه شده است. پس از انجام و رویت سی تی اسکن توسط فلوشیپ مقیم ICU، احتمال آمبولی داده شده و درمان دارویی انجام شده است. در حال حاضر (۱۴۰۲/۰۵/۳۰) بیمار تحت درمان، دارای GCS=15 و اکسیژن با ماسک دریافت می نماید، سی تی اسکن از ریه انجام شده که روند بهبود دارد و در لیست عمل روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۱ جهت عمل ارتوپدی می باشد.
علل رویداد حادثه	• عدم شناسایی و ارزیابی صحیح ریسک در بیماران مستعد ترومبو آمبولی وریدی و ریوی • عدم تجویز داروی ضد انعقاد قبل از عمل جراحی توسط پزشک جهت پیشگیری از بروز ترومبو آمبولی • عدم آموزش اثربخش به بیمار جهت حرکات فعال مچ پا و انگشتان در تخت به بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	• بیمار پرخطر (بیمار در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی) شناسایی شده و مراقبتها به شیوه ای ایمن و متناسب با شرایط آنها ارائه گردد. • کلیه بیماران دارای استراحت مطلق و کم تحرک به عنوان فاکتورهای مستعدکننده ترومبو آمبولی وریدی و ریوی قرار داده شوند. • پزشک با تجویز داروی ضد انعقاد قبل از عمل جراحی از بروز ترومبو آمبولی جلوگیری نماید. • آموزش اثربخش به بیمار جهت حرکات فعال مچ پا و انگشتان در تخت به بیمار داده شود.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

• "

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

کد ۲۴. سقوط بیمار به دنبال استفاده از سرویس بهداشتی

عنوان

مردجو آقای ۶۸ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۱۵ با تشخیص مولتیپل تروما و تروما به زانوی راست به اورژانس این مرکز مراجعه نمود و در سرویس ارتوپدی بستری گردیده است. در ساعت ۸:۰۷ صبح تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۱۸ بیمار نیاز به سرویس بهداشتی فرنگی داشته و با توجه به اینکه سرویس بهداشتی فرنگی بخش خراب بوده، بیمار با ویلچر به بخش کناری جهت استفاده از سرویس بهداشتی منتقل شده و پس از انتقال بیمار بر روی سرویس بهداشتی فرنگی، کمک پرستار بیمار را ترک نموده و به خارج از سرویس بهداشتی رفته است. بیمار پس از اتمام نیازش در حین بلند شدن از روی سرویس فرنگی به علت اینکه آتل پای راست داشته تعادل خود را از دست داده و به حالت نشسته بر روی زمین سقوط نموده است. بلافاصله بیمار بر روی ویلچر برگردانده شده و طی ارزیابی اولیه، بیمار مشکلی نداشته که به بخش و تخت خود برگردانده شده و پزشک معالج در جریان قرار داده شده است. در حال حاضر بیمار تحت نظر و در صورتی که متخصص قلب اجازه بدهد در لیست عمل ارتوپدی قرار می گیرد.

شرح حادثه

- عدم نقل و انتقال ایمن بیمار و حضور مستمر بر بالین بیمار
- عدم آگاهی کافی از لزوم و اهمیت ارزیابی ریسک سقوط
- عدم برقراری ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار
- عدم آموزش کافی و اثربخش در رابطه با سقوط به بیمار

علل رویداد حادثه

- نقل و انتقال بیماران به صورت ایمن باشد و بصورت فعال نزدیک بیماران تا برطرف شدن نیاز آنان، حضور داشته باشند.
- بیماران پرخطر و آسیب پذیر شناسایی شده و مراقبتها به شیوه ای ایمن و متناسب با شرایط آنها ارائه گردد
- ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر حین ارائه خدمت، با یکدیگر برقرار گردد.
- آموزش های حین بستری با توجه به شرایط بیمار و تشخیص های پرستاری به بیمار ارائه شده و اثربخشی آنها ارزیابی و در صورت نیاز جهت آموزش مجدد اقدامات لازم برنامه ریزی و اجرا گردد.

اقدامات اصلاحی
پیشنهادی



سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

کد ۲۴. سقوط بیمار به دنبال سرگیجه

عنوان

شرح حادثه

مددجو آقای ۶۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۳ با شکایت از درد پهلوی و تکرر ادرار با حجم کم مراجعه نموده و در سرویس ارولوژی بستری گردیده است. در شیفت صبح تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۴ بیمار تحت عمل جراحی TURP و TURT قرار گرفته و پس از عمل جراحی از اتاق عمل به بخش منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ بیمار با دستور پزشک معالج، نسخه دارویی و مراجعه به درمانگاه مرخص شده است. در همان تاریخ ساعت ۱۶:۰۰ پس از تسویه حساب و دریافت کارت ترخیص (قبل از خروج از بخش)، بیمار با کمک همراه به سرویس بهداشتی رفته که دچار سرگیجه شده و سقوط نموده است. بلافاصله کادر درمان بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط بر روی برانکارد خوابانده شده است. در ارزیابی اولیه، بیمار دچار افت فشارخون شده و زخمی بر روی بینی داشته است که IV Line برای بیمار برقرار شده، سرم تراپی شروع شده و اکسیژن برای بیمار گذاشته شده است. وضعیت بیمار به اطلاع طب اورژانس رسیده و توسط ایشان ویزیت شده که درخواست نوار قلب شده و پس از انجام و به رویت رساندن به ایشان نرمال بوده است. وقایع به اطلاع پزشک معالج رسیده و ایشان فرمودند که بیمار دوباره بستری و تا فردا تحت نظر باشد که بیمار مجدد به اورژانس منتقل گردیده، سی تی اسکن از صورت و سر انجام شده و به رویت طب اورژانس رسیده که فرمودند نرمال می باشد و مشاوره مغز و اعصاب و قلب در بخش انجام گردد. زخم بینی در اورژانس شستشو داده شده ولی نیاز به اقدام خاصی نداشته است. در شیفت شب تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ بیمار طبق دستور پزشک معالج از اورژانس به بخش منتقل و بستری شده است. در حال حاضر بیمار با حال عمومی خوب تحت نظر می باشد.

علل رویداد حادثه

- عدم نقل و انتقال ایمن بیمار ترخیصی
- عدم آگاهی کافی پرسنل بخش از لزوم و اهمیت ارزیابی ریسک سقوط
- عدم برقراری ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار
- عدم آموزش کافی و اثربخش در رابطه با سقوط به بیمار و همراه

اقدامات اصلاحی
پیشنهادی

- ترخیص بیماران به صورت ایمن و بر اساس تکنیک SMART انجام گردد.
- ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس صورت پذیرد.
- آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار ارائه گردد.
- حدود فعالیت بیمار به صورت دقیق مشخص گردد.