

ماهنامه البرز



دانشگاه علوم پزشکی البرز
معاونت درمان
واحد ایمنی بیمار

ماهنامه ایمنی بیمار البرز

ایمنی کارکنان سلامت ، الزامی برای ایمنی بیمار

HEALTH WORKER SAFETY A PRIORITY FOR PATIENTS SAFETY

ماهنامه شماره ۲۶ آذرماه ۱۴۰۲

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

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

ماهنامه البرز



ماہنامہ البرز

جناب آقای دکتر امیر عباس 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 تشخیص درمانی)	مدیر مسئول
سرکار خانم الهام ابراهیم زاده (کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیصی درمانی)	سر دبیر
دکتر محمد کشاورز روحی (رئیس بیمارستان شریعتی) دکتر کورش نیکزاد (متخصص بیماریهای عفونی بیمارستان شریعتی) دکتر حمید حاجیلاری (رئیس بیمارستان امام جعفر صادق) معصومه تک فلاح (کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق) فروغ میرسلیمی (کارشناس ایمنی بیمارستان شریعتی)	هیئت تحریریه
معصومه تک فلاح (کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق) فروغ میرسلیمی (کارشناس ایمنی بیمارستان شریعتی البرز)	ویراستار

ماهنامه البرز

بیهوشی ایمن

مننژیت

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار

دیابت

درس آموخته ها

فهرست



فروغ میرسلیمی کارشناس ایمنی بیمارستان شریعتی

بیهوشی ایمنی

اولین و مهم ترین جزء مراقبت قبل از بیهوشی حضور متخصص بیهوشی آموزش دیده و مجرب است.

در موارد اورژانس انتخاب گزینه ی شروع بیهوشی در صورت عدم حضور موقت متخصص بیهوشی و با مسئولیت جراح متخصص بستگی به وضعیت و شرایط بیمار دارد.

- برای کلیه ی بیماران تحت بیهوشی عمومی بایستی ذخیره ی اکسیژنی مناسب موجود باشد. اکسیژن بافتی و تهویه بایستی به صورت مستمر با استفاده از پالس اکسی متر با صدای قابل تنظیم پایش شود. صدای پالس اکسی متر بایستی به حد کافی بلند باشد که در کل فضای اتاق عمل شنیده شود.

- با سمع و مشاهده کفایت راه های هوایی و تهویه را در بیماران تحت بیهوشی عمومی به صورت مستمر پایش نمایید. در صورت بکارگیری تهویه مکانیکی از آلارم جداشدگی از دستگاه بایستی استفاده شود.

- گردش خون بایستی به صورت مستمر با سمع و لمس ضربان قلب یا نمایش تعداد ضربان قلب بر روی مانیتور قلبی یا پالس اکسی متری پایش شود.

- فشارخون شریانی حداقل هر ۵ دقیقه یا در فواصل زمانی کوتاه تر به نسبت وضعیت های بالینی بایستی اندازه گیری شود.

- در کودکان یا بیهوشی های طولانی مدت یا پیچیده، وسیله ی اندازه گیری درجه حرارت بایستی موجود و درجه حرارت بدن بیمار بایستی به صورت مستمر اندازه گیری و ثبت شود.

- با مشاهده بالینی سطح بیهوشی (میزان عدم هوشیاری) بایستی به طور منظم ارزیابی شود.

ماهنامه البرز

- غلظت اکسیژن دمی بایستی در کل بیهوشی با وسیله ای مجهز به "آلارم غلظت پایین اکسیژن" کنترل شود.

- برای اندازه گیری مستمر و نمایش موج و غلظت CO₂ بازدمی (کاپنوگرافی) استفاده شود

- الکتروکاردیوگراف برای پایش ریتم و میزان ضربان قلبی استفاده شود.

- دفیبریلاتور قلبی بایستی موجود باشد.

- درجه حرارت بدن بایستی به صورت منظم در بیماران مستعد خطر کنترل شود.

- اندازه گیری مستمر الکترونیک درجه حرارت (در صورت وجود) توصیه می شود.

- محرک اعصاب محیطی برای ارزیابی وضعیت پارالیز در صورت استفاده از داروهای بلوک کننده عصبی عضلانی بایستی استفاده شود.

- به منظور تشخیص و برخورد مناسب تیم با خطر از دست دادن راه هوایی یا عملکرد تنفسی، توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود:

- به منظور شناسایی مشکلات بالقوه در مدیریت راه هوایی در تمامی بیماران کاندید عمل جراحی (حتی بیمارانی که لوله گذاری برای آنان پیش بینی نمی شود)، قبل از القاء بیهوشی بایستی ارزیابی عینی از راه هوایی انجام شود.

- متخصص بیهوشی بایستی دارای استراتژی معین برای مدیریت راه هوایی بیماران و آماده اجرای آن باشد(حتی اگر عدم توانایی در برقراری راه هوایی مناسب هم پیش بینی نشود.

زمانی که بیمار مورد شناخته شده ای از راه هوایی مشکل می باشد، بایستی روش های جایگزین بیهوشی از جمله بیهوشی ناحیه ای یا لوله گذاری در شرایط بیداری تحت بیهوشی موضعی در نظر گرفته شده باشد

- تمامی متخصصین بیهوشی بایستی مهارت مدیریت راه هوایی را در خود حفظ نمایند و با استراتژی های متعدد برای برخورد با راه هوایی مشکل آشنا بوده و مهارت لازم را داشته باشند.

- همیشه بعد از لوله گذاری متخصص بیهوشی بایستی با سمع صداهاى تنفسی و نیز تهویه معدوی و پایش وضعیت اکسیژنی بیمار با استفاده از پالس اکسی متر، جا گذاری مناسب لوله داخل نای، را تأیید نماید.

ماهنامه البرز

-بایستی متخصص بیهوشی با استفاده از کاپنوگرافی محل جاگذاری مناسب لوله داخل نای، را بعد از لوله گذاری تأیید نماید.
- بایستی در برگه گزارش بیهوشی، نتایج ارزیابی راه هوایی و توصیفی از سهولت یا مشکل بودن لوله گذاری (در صورت انجام) ثبت شود.

شناسایی و آمادگی مؤثر تیم برای مقابله با خطر از دست دادن خون زیادتوصیه اکیدبه انجام اقدامات ذیل می شود:

متخصص بیهوشی قبل از القاء بیهوشی بایستی احتمال از دست دادن خون زیادرا دربیماردر نظر بگیردو درصورتی که این مورد خطر مهمی است بایستی آمادگی برخورد مناسب با آن را داشته باشد .

در صورتی که خطر از دست دادن خون ناشناخته می باشد متخصص بیهوشی بایستی با جراح در مورد احتمال وقوع آن صحبت نماید.

✓ قبل از برش پوست تیم بایستس احتمال از دست دادن خون زیاد را در بیمار به بحث بگذارد و در صورتی که این خطر مطرح باشد از وجود راه وریدی مناسب مطمئن شوند.

✓ یکی از اعضا وجود فرآورده های خونی مورد لزوم برای عمل جراحی را تایید نماید.

منبع : راهنمای جراحی ایمن فرناز مستوفیان



معصومه تک فلاح (کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق)

بیماری مننژیت چیست و چه علائمی دارد؟

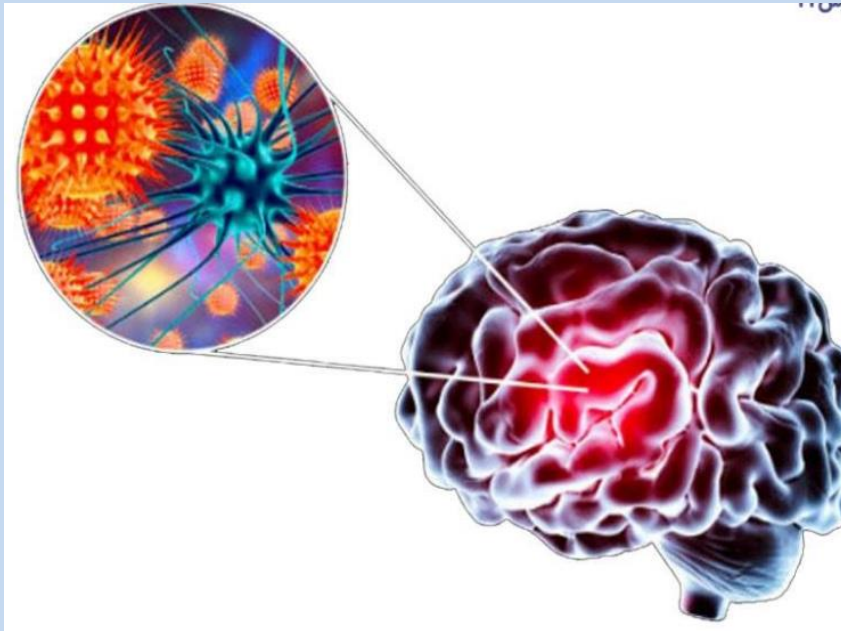
نام علمی بیماری مننژیت که در ایران آن را به سرسام نیز می‌شناسند، **Meningitis** است. علت بروز این بیماری التهاب پرده های محافظ یا مننژ است که اطراف مغز و نخاع قرار گرفته‌اند. نزدیک بودن التهاب به نخاع و مغز در بسیاری از موارد باعث به خطر افتادن جان بیمار می‌شود. در تکمیل اطلاعات مربوط به این بیماری باید بگوییم در برخی از اوقات این بیماری واگیردار است و ممکن است از راه مدفوع و ترشحات دهان منتقل شود.

علاوه بر بزرگسالان، احتمال ابتلاء نوزادان و کودکان به این بیماری از ۲ یا ۳ ماهگی نیز وجود دارد. مننژیت کودکان یا مننژیت نوزادی می‌تواند باعث مرگ، ناشنوایی و ناتوانی مغزی شود.

منشاء مننژیت در کودکان متفاوت است و نمی‌توان به طور دقیق گفت کدام کودک به این بیماری مبتلا می‌شود و کدام کودک از ابتلا به آن جان سالم به در می‌برد.

اما به‌طور کلی می‌توان گفت کودکانی که سیستم ایمنی غیر طبیعی دارند، کودکان مبتلا به بیماری سلول داسی شکل یا کودکانی که صدمات جدی به سرشان وارد شده در معرض بیماری مننژیت هستند. علائم مننژیت در کودکان تقریباً مشابه علائم این بیماری در بزرگسالان است.

علائم مننژیت چیست؟



۱. سردرد و تب
۲. اسهال و استفراغ
۳. کاهش اشتها
۴. تحریک پذیری به خصوص در برابر نور و صدا
۵. کھیر پوستی
۶. گرفتگی گردن
۷. خواب آلودگی و عدم هوشیاری
۸. نفس تنگی
۹. تشنج موضعی

روش‌های تشخیص و درمان مننژیت

در اکثر مواقع با انجام آزمایش‌های مختلف میتوان از پیشروی آن جلوگیری کرد. یکی از رایج ترین روش های تشخیص، پونکسیون نخاع است. در این روش با استفاده از یک سوزن، مایع مغزی- نخاعی برداشته شده و برای آنالیز به آزمایشگاه فرستاده می شود. پس از تشخیص باید به سرعت درمان آغاز شود. داروهای رایج برای درمان مننژیت معمولاً دسته ای از آنتی بیوتیک ها مانند بنزیدیل پنسیلین و کورتیکواستروئیدها مانند دگزامتازون است. البته این کاملاً بسته به نظر پزشک متخصص بیماریهای مغز و اعصاب است و بر اساس شرایط عمومی بیمار میزان و نوع این داروها تغییر می کند

این بیماری در نوزادان ممکن است باعث علائم زیر شود:

کاهش اشتها

تحریک پذیری

خواب آلودگی و به سختی بیدار شدن از خواب

بی حالی

زردی

گریه مداوم که وقتی کودک را در آغوش می گیرید، گریه بلندتر می شود.

برآمدگی در ناحیه ی نرم بالای سر کودک

دست و پا زدن

تب

مکیدن ضعیف

حساسیت به نور و سفتی گردن در کودکان خردسال کم تر دیده می شود.

مننژیت ویروسی در نوزادان شایع است و در نتیجه ی سرماخوردگی، تبخال و آنفولانزا ایجاد می شود

مننژیت چقدر مسری است؟

برخی از انواع این بیماری مسری نیستند. مننژیت قارچی، انگلی و غیر عفونی مسری نیستند. مننژیت ویروسی مسری است و از طریق تماس مستقیم با مایعات بدن از جمله مخاط، مدفوع و بزاق منتقل می‌شود. قطرات مایع آلوده می‌توانند با عطسه و سرفه پخش شوند. برای ابتلا به این عفونت (مننژیت ویروسی)، نیازی به تماس مستقیم با فرد آلوده نیست. مننژیت باکتریایی، جدی‌ترین شکل این بیماری است که می‌تواند مسری باشد. نوع باکتریایی این بیماری، از طریق تماس طولانی با فرد آلوده گسترش می‌یابد. مدارس، مراکز مهد کودک، پادگان‌های نظامی، بیمارستان‌ها و خوابگاه‌ها، مکان‌های اصلی برای به انتقال این عفونت هستند.

چه کسانی بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به مننژیت قرار دارند؟

نوزادان و کودکان زیر ۵ سال

نوجوانان و جوانان با سن ۱۶ تا ۲۵ سال

افراد مسن با سن بالای ۵۵ سال

افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند: به عنوان مثال، مبتلایان به اچ آی وی یا ایدز، اختلالات خود ایمنی، شیمی درمانی، پیوند اعضا یا پیوند مغز استخوان، سیفلیس و سل.

افرادی که داروهای سرکوب کننده‌ی سیستم ایمنی مصرف می‌کنند مانند: استروئیدها (مانند پردنیزولون)، داروهایی که پس از پیوند اعضا تجویز می‌شوند، داروهای ضد TNF که برای درمان آرتریت روماتوئید یا سایر بیماری‌های خود ایمنی تجویز می‌شود.

نوزادان نارس با وزن بسیار کم هنگام تولد، نیز در معرض خطر ابتلا به عفونت کاندیدا در جریان خون هستند که ممکن است به مغز گسترش یابد.

ماهنامه البرز



لیلا قلیچ سرپرستار بخش جراحی مردان بیمارستان دکتر شریعتی

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار

امروزه یکی از دغدغه های بزرگ مدیران در مراکز تامین کننده خدمات سلامت ،مخاطراتی است که در زمان اجرای برنامه های درمانی بیماران را تهدید نموده و ممکن است عوارض غیر قابل جبرانی را ایجاد نمایند .در این راستا شناسایی این مخاطرات در هر مرحله از فرآیند درمان یک گام اساسی جهت کنترل و کاهش این عوارض می باشد . در ادامه مخاطراتی که در مراحل مختلف درمان می تواند ایمنی بیمار را در این مرکز تهدید نماید با توجه به لیست مخاطرات مرگبار یا تکرار شونده مشخص شده است .لذا آگاهی کلیه اعضاء کادر درمان از این لیست و ایجاد تدابیر پیشگیرانه می تواند به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای کاهش بروز خطا به حساب آید .

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار	خطرات احتمالی مطرح شده برای بیمار	راهکارهای پیشگیرانه
درمانی (تجویز دارو ...) بستری بیمار و تامین خدمات مراقبتی ،	ارایه خدمات برای بیمار اشتباه	*شناسایی فعال بیمار قبل از هر اقدام درمانی –تشخیصی –و مراقبتی *فرهنگ سازی استفاده نام بیمار به جای شماره تخت و اتاق *تطابق مشخصات بیمار با موارد درج شده در پرونده پزشکی بیمار قبل از ویزیت و یا انجام مشاوره
	بروز خطاهای دارویی (تجویز داروی اشتباه ،دوز اشتباه دارویی و ..)	case methodه *اجرای شدن صحیح R ۷*اجرای دستورالعمل دارو دهی صحیح بر اساس اجرای صحیح فرآیند دابل چک در دارو های پرخطر * *شناسایی لیست دارو های مشابه با شکل ، تلفظ ، نوشتار مشابه در هر بخش *جداسازی / لیبل گذاری دارو های پرخطر از داروخانه و حساس سازی

پرستاران / ماما ها به لیبل مربوطه		
*شناسایی پروسیجر های پر خطر بخش و آموزش مراقبتهای بعد از این پروسیجر ها به نیرو های جدید بخش *اطلاع رسانی به پرسنل در خصوص نحوه دسترسی به لیست پروسیجرها و مراقبت قبل و بعد از هریک از این تستها	عدم توجه به تغییرات علایم حیاتی بعد از پروسیجر های تهاجمی (اسکوپي ها و بیوپسی.....)	

ماهنامه البرز

عفونت بیمارستانی در بیمار	*الزام رعایت بهداشت توسط پرسنل بالینی در بخش ها با نظارت سر پرستار
عدم مراقبت صحیح از اتصالات	*رعایت دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی به صورت صحیح
ارسال نمونه خون اشتباه جهت درخواست خون و فرآورده خونی	*استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات
عدم نگهداری صحیح فرآورده های خونی دریافت شده	*رعایت اصول مراقبت از زخم و انجام پانسمان استاندارد در کلیه بیماران
تزریق خون یا فرآورده های خونی ناهمگون و ناسازگار	*در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان جهت کنترل مداوم
	*تحويل کامل اتصالات در زمان تغییر تیم درمانی و ثبت جزییات در گزارش پرستاری
سقوط از تخت حین جابجایی	*کنترل عملکرد اتصالات در هر نوبت تغییر تیم درمانی و یا تجویز دارو با انجام اقدام خاص
انجام تست بر روی بیمار اشتباه	*مشخص نمودن تاریخ تعبیه کتترها و اتصالات

ماهنامه البرز

انجام تست اشتباه برای بیمار *کنترل مشخصات بیمار با برگ درخواست ارسالی *کنترل درخواست ارسالی با دستور پزشک و تست ثبت شده در سیستم *درخواست از بیمار جهت بیان مشخصات فردی و نوع تست تشخیصی درخواست شده	عدم شناسایی علائم خطر در وضعیت بالینی بیمار *شناسایی پروسیجرهای پرخطر بخش و عوارض احتمالی *اطلاع رسانی عوارض احتمالی پروسیجرها به کلیه نیروها بویژه کارکنان جدید ورود
عدم مراقبت از اتصالات در حین انتقال و انجام تست *در معرض دید بودن اتصالات در حد امکان جهت کنترل اتصالات در حین انجام تست *توضیح علائم و نشانه‌هایی که لازم است بیمار بلافاصله اطلاع رسانی کند (حس خیس شده و.....)	زخم بستر *ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضای کادر درمانی و مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری *استفاده از تشک مواج در بیماران مستعد زخم بستر *اجرای پروتکل تغییر پوزیشن *آموزش موارد خود مراقبتی به بیماران (در صورت هوشیار بودن) و کمک پرستار مربوطه (در بیماران غیر هوشیار) *آموزش به نیروهای کمک پرستار در خصوص شناسایی علائم اولیه و راهکارهای پیشگیرانه زخم بستر
سقوط (از تخت، در حین راه رفتن و.....) *کنترل بالا بودن نرده‌های کنار تخت به صورت مداوم *وجود هند ریل در راهروهای بخش، سرویس‌های بهداشتی *آموزش به بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون دریافت می‌کنند *آموزش خود مراقبتی به بیمارانی که دچار محدودیت حرکتی بوده و مستعد سقوط هستند	بروز عوارض بیهوشی *حضور مداوم و فعال تکنسین بیهوشی در تمامی مدت عمل جراحی یا بیهوشی *کنترل و مانیتورینگ وضعیت بالینی و تنفس بیمار در حین انجام عمل بر اساس نوع و بیهوشی طبق استاندارد *تحويل بیمارانی که بی‌حسی یا بیهوشی دریافت نموده‌اند با لیست جزئیات هوشیاری و علائم حیاتی در پرونده

دیابت



معصومه تکفلاح کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق(ع)

تعریف دیابت :

دیابت یا بیماری قند یک اختلال سوخت و سازی (متابولیک) در بدن است. در این بیماری توانایی تولید هورمون انسولین در بدن از بین می‌رود و یا بدن در برابر انسولین مقاومت نشان می‌دهد و بنابراین انسولین تولیدی نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد. نقش اصلی انسولین در بدن پایین آوردن قند خون توسط ساز و کارهای مختلف است.



ماهنامه البرز

انواع دیابت



دیابت نوع 1

این بیماری، نوعی اختلال خودایمنی شناخته می‌شود در این وضعیت سیستم ایمنی بدن به سلول‌های تولیدکننده‌ی انسولین در لوزالمعده حمله می‌کند و توانایی بدن در تولید انسولین را از بین می‌برد



دیابت نوع 2

در دیابت نوع دوم، انسولین در بدن وجود دارد اما به وظیفه خود به درستی عمل نمی‌کند این بیماری به طور مستقیم با سبک زندگی و رژیم غذایی در ارتباط است

□ - دیابت نوع ۱،

□ - دیابت نوع ۲

□ - دیابت بارداری



دیابت بارداری

دیابت بارداری معمولاً در ماه‌های آخر بارداری اتفاق می‌افتد و بروز آن بیشتر با تغییرات هورمونی در ارتباط است



پیش دیابت

اگر نتیجه آزمایش خون نشان دهد که در مرحله پیش دیابت هستید به این معناست که سطح گلوکز در بدن بالاست اما شما هنوز به مرض قند مبتلا نشده‌اید

دیابت نوع ۱

یک فرد زمانی مبتلا به این نوع دیابت می‌شود که سلول‌های لوزالمعده دیگر هیچ انسولینی ترشح نکنند. اکثر مبتلایان به دیابت نوع ۱ را کودکان و نوجوانان و افراد زیر ۳۰ سال تشکیل می‌دهند.

عوامل زیر می‌تواند به بروز دیابت نوع ۱ منجر شود:

۱- داشتن زمینه ابتلا به دیابت

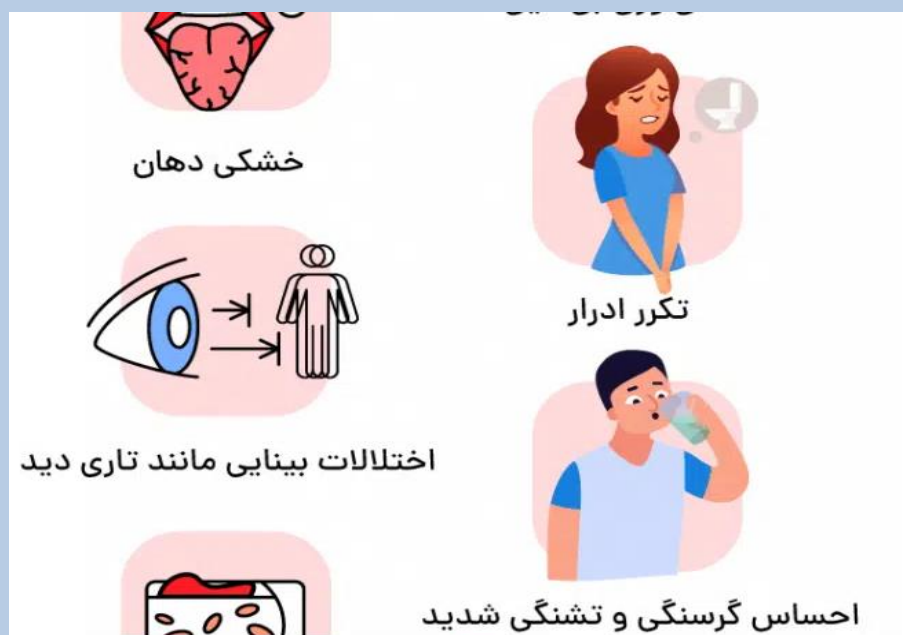
۲- ویروس‌هایی که می‌توانند به پانکراس صدمه بزنند.

۳- وجود اختلال در سیستم دفاعی بدن که باعث از بین رفتن سلول‌های تولید کننده انسولین در لوزالمعده می‌گردد.

علائم دیابت نوع ۱ عبارتند از:

تشنگی فراوان، کاهش وزن بدن، بی‌حوصلگی، خستگی، گرسنگی شدید، تکرر ادرار

اگر به دیابت نوع ۱ مبتلا هستید درمان شما عبارتند از: برخورداری از برنامه غذایی صحیح، شرکت در کلاس‌های آموزشی، تزریق انسولین، فعالیت بدنی و ورزش و علاوه بر تمامی این موارد، کنترل روزانه قند خون و قند ادرار توسط نوارهای موجود در بازار.



دیابت نوع ۲

این نوع دیابت، مهم‌ترین نوع و به ((دیابت بزرگسالی)) معروف است. حدود ۹۰٪ دیابتی‌ها دچار این نوع دیابت هستند. در بدن این افراد، ابتدا انسولین به اندازه کافی ترشح می‌شود اما بنا به دلایلی، مؤثر واقع نمی‌شود. اصولاً اختلال در پاسخ هورمونی و مقاومت به انسولین عامل اصلی ایجاد ((هایپرگلیسمی)) یا ((افزایش قند خون)) است.

معمولاً افراد زیر ممکن است به دیابت نوع ۲ مبتلا شوند

- افراد چاق
- افراد بالای ۳۰ سال
- افرادی که در خانواده درجه اول آنان افراد دیابتی وجود دارد یا استعداد ابتلا به دیابت دارند.
- برخی خانم‌های باردار
- افرادی که دارای فشار خون بالا هستند.
- افرادی که از میزان بالای چربی خون برخوردارند.

مهمترین علائم دیابت تیپ ۲

- ۱- تکرر ادرار
 - ۲- تشنگی فراوان
 - ۳- عصبی و بی‌حوصله بودن
 - ۴- اختلال در بینایی
 - ۵- بی‌حسی و یا مورمور شدن انگشتان
 - ۶- ایجاد زخم و دیر بهبود یافتن زخم‌ها
- دیابت نوع ۲ اکثراً در ارتباط با درمان یک بیماری دیگر و یا هنگام یک آزمایش تصادفی تشخیص داده می‌شود. اگر به دیابت نوع ۲ مبتلا هستید، بدانید که پایه اساسی درمان، غیر از آموزش، برنامه غذایی صحیح و فعالیت جسمی است. در بعضی موارد، داروی خوراکی و یا تزریق انسولین نیز بخشی از درمان است. در هر حال دیابت نوع ۲ را بوسیله کاهش وزن، رعایت تغذیه صحیح و ورزش می‌توان درمان کرد.

دیابت حاملگی

حدود ۳ تا ۵ درصد خانم‌های باردار، به خصوص در اواخر دوران حاملگی، به دیابت مبتلا می‌شوند. اگر چه بعد از زایمان و به دنیا آمدن نوزاد، دیابت از بین می‌رود اما ممکن است در بارداری بعدی، مجدداً ظاهر گردد.

حدود ۵۰ درصد خانم‌هایی که طی دوران حاملگی دچار دیابت می‌شوند ممکن است به طور دائمی به دیابت مبتلا شوند. در این صورت حتماً باید تحت نظر پزشک متخصص، برای خود و فرزندانشان آموزش برنامه‌های صحیحی را ببینند. به رغم این که دیابت با توجه به علم امروز عارضه‌ای است که کاملاً رفع نمی‌شود و تا آخر عمر باقی می‌ماند، اما می‌توان با همکاری پزشک آن را به گونه‌ای کنترل نمود که امری بسیار معمولی به نظر آید و فرد دیابتی، تصویری از یک بیماری در ذهن خود ایجاد ننماید.

عوارض دیابت

عوارض زودرس

۱-۱ – کتواسیدوز یا کمای دیابتی: یک اختلال مربوط به سوخت و ساز است که در اثر افزایش میزان قند خون همراه با استون ایجاد می‌شود که سبب گیجی، سستی و بی‌حالی، احساس تشنگی شدید، خستگی و تنگی نفس شده و همچنین در بعضی موارد با اغماء همراه است که در صورت عدم درمان ممکن است منجر به مرگ فرد شود.

۱-۲ – کمای هایپر اوسمولار: که در افراد دیابتی نوع ۲ در صورتیکه قند خون افزایش پیدا کند می‌تواند در نهایت به کمای هایپر اوسمولار یا کمای غیر اسیدوز بیانجامد.

۱-۳ – هیپو گلیسمی: اگر میزان قند خون از ۶۰ میلی گرم درصد کمتر شود، خطر هیپوگلیسمی انسان را تهدید می‌کند، ولی اکثر متخصصان معتقدند زمانی باید از هیپوگلیسمی سخن به میان آورد که میزان قند خون به کمتر از ۴۰ میلی گرم درصد برسد. اگر فردی دچار هیپوگلیسمی شود ولی به موقع و به طور صحیحی درمان نشود، میزان قند خون (گلوکز) او کاهش یافته در نتیجه دچار گیجی و سرانجام بیهوشی می‌شود و ممکن است نهایتاً به او تشنج نیز دست بدهد. از نشانه‌های هیپوگلیسمی می‌توان به گرسنگی فراوان، تپش قلب، رنگ پریدگی، بی‌قراری، پوست مرطوب و سرد، لرزش، سست شدن زانوها سردرد، دل درد، اختلال بینایی، و سرانجام کاهش قدرت تمرکز اشاره کرد.

ماهنامه البرز

۴ - هایپر گلیسمی: اصولاً هنگامی قند خون افزایش می یابد که بین نیاز و وجود انسولین در بدن نسبت مناسبی برقرار نباشد. مواردی که ممکن است به هایپر گلیسمی منجر شود: فعالیت بدنی کم، پر خوری، فراموشی تزریق انسولین یا مصرف دارو، بیماری ها در صورتی که عوارض زودرس

دیابت سریع درمان نشود فرد دیابتی به کمای دیابتی دچار می شود. در دیابتی های نوع ۱ که انسولین تزریق می کنند دچار کمای دیابتی و نهایتاً کتواسیدوز می شوند و در دیابتی های نوع ۲ دچار کمای دیابتی هایپر اوسمولار (کمای غیر اسیدوز) می شوند.

عوارض دیررس

۱-۲ - عارضه چشمی: که ممکن است به نابینایی کامل ختم شود.

۲-۲ - نوروپاتی (بیماری کلیه): که ممکن است باعث از کارافتادگی کامل کلیه ها شود.

۳-۲ - نوروپاتی (آسیب دیدگی اعصاب): در صورت همراه شدن با مشکلات گردش خون ممکن است موجب ایجاد زخم در پاها و نیز قانقاریا شود که در نهایت به قطع عضو می انجامد.

۴-۲ - بیماری قلبی - عروقی: که بر روی قلب و رگهای خونی اثر می گذارد و یا ممکن است به سکتته های قلبی (منجر به حمله قلبی) سکتته مغزی (یکی از علل اساسی ناتوانی و مرگ در افراد دیابتی) منجر شود.



آسیب عصبی
(Neuropathy نوروپاتی)



بیماری های
پوست و دهان



بیماری های چشم
(Retinopathy رتینوپاتی)

ماهنامه البرز



بیماری قلبی و عروقی



ناراحتی‌های کلیوی
(Nephropathy نفرپاتی)



زخم دیابتی

اقدامات درمانی دیابت

به طور کلی یکی از مهمترین بخش‌های پیشگیری که پرستار بیمار باید بداند از پیشرفت بیماری دیابت و موفقیت در روند به نوعی درمان و کاهش شدت این بیماری مزمن در بدن فرد مبتلا رعایت نکات تغذیه ای و داشتن برنامه غذایی دقیق است . هنگامی که قند خون بالا می‌رود با انجام فعالیت بدنی قند خون در بدن شما تبدیل به انرژی می‌شود و باعث کاهش قند خون می‌شود. به طور متوالی ۳ تا ۴ لیوان آب بنوشید و تا هر زمان زودتر که می‌توانید ادرار کنید. خوردن آب، قند موجود در خون شما را رقیق می‌کند و ادرار کردن باعث دفع قند خون از بدن شما می‌شود.



داروهای خوراکی



کنترل قند خون



تزریق انسولین



رژیم غذایی سالم



کاهش وزن
و درمان چاقی



ورزش

مراقبت از کلیه ها در دیابت :

مشکل کلیوی افراد دیابتی بیشتر به دلیل اختلال در کارکرد گلومرول ها، که در واقع محل تصفیه خون در کلیه هستند، ایجاد می گردد .

در مراحل ابتدایی بیماری کلیوی، پروتئین در ادرار ظاهر می شود که با تشخیص زودرس در این مرحله می توان از بدتر شدن بیماری جلوگیری کرد.

در مرحله بعدی، کلیه ها توان دفع مواد زائد مانند کراتینین و اوره را از دست می دهند.

در بیشتر مبتلایان به دیابت نوع ۱، نشانه های اختلال کلیه ۱۵ تا ۲۰ سال بعد دیده می شود. شیوع نارسایی کلیه در دیابت نوع ۲ کمتر است، ولی با سرعت بیشتر و معمولاً در مدت ۱۰ سال بروز می کند.

باید به خاطر داشته باشید که فشار خون بالا، عامل اصلی بروز بیماری های کلیوی در مبتلایان به دیابت است.

همچنین سابقه خانوادگی فشار خون بالا در فرد دیابتی، احتمال ابتلا به بیماری های کلیوی را زیادتر می کند.

فشار خون خود را مرتب کنترل کنید و در صورت بالا بودن آن به پزشک مراجعه نمایید.

فشار خون بالا معمولاً به فشار خون بالاتر از ۱۴۰ بر روی ۹۰ میلی متر جیوه گفته می شود.

در این رابطه اگر فرد مبتلا به فشار خون بالا، داروهای ضد فشار خون را طبق نظر پزشک معالج به طور مرتب مصرف کند، می تواند از ایجاد یا پیشرفت بیماری های کلیوی جلوگیری نماید.



اگر مبتلا به فشار خون بالا هستید:

-نمک کم مصرف کنید.

-موقع طبخ غذا نمک اضافه نکنید.

-از مصرف غذاهای خیلی شور نظیر چیپس، ترشی و... پرهیز کنید.

-وزن خود را در حد مطلوب نگه دارید.

-مصرف گوشت قرمز ، ماهی، پنیر و دیگر غذاهای پروتئینی را محدود سازید.

-مقدار قند خون خود را مرتب کنترل کنید.

-سیگار نکشید. به خاطر داشته باشید که کشیدن سیگار باعث تشدید مشکلات کلیوی خواهد شد.

ماهنامه البرز

-در صورت امکان هموگلوبین قند دار شده (HbA1C) خود را اندازه گیری کنید. این آزمایش وضعیت کنترل قند خون تان را در ۱ تا ۳ ماه گذشته نشان می دهد.

-با برنامه غذایی صحیح، ورزش مداوم و مصرف منظم داروهای تجویز شده، به کنترل قند خون خود کمک کنید.

-سالانه برای بررسی کارکرد کلیه های تان به پزشک مراجعه کنید.

-اعضای گروه دیابت می توانند در کاهش خطر آسیب کلیه ها به شما کمک کنند.

کاهش مشکلات کلیوی:

رعایت یک رژیم غذایی کم پروتئین ، در دیابتی های مبتلا به مشکلات کلیوی مفید است.

برای حفظ سلامت کلیه های تان مراقب قند و فشار خون خود باشید.

بنابراین مشکلات کلیوی در دیابت نیز مانند دیگر عوارض مزمن آن، قابل پیشگیری یا حداقل به تأخیر انداختن است.

مهم ترین نکته برای پیشگیری از پیدایش عوارض دیابت این است که قند خون را در محدوده طبیعی (۱۱۰ - ۷۰ میلی گرم در دسی

لیتر) نگه دارید و نکات زیر را همواره به خاطر بسپارید.

اگر هر یک از علامت های زیر که نشانه عفونت کلیه یا مثانه هستند در شما بروز کرد، به پزشک خود اطلاع دهید:

-کمر درد

-سوزش ادرار

-تکرر ادرار

-ناتوانی در دفع ادرار، علی رغم وجود احساس مربوطه

-ادرار کدر یا خونی

ورزش و دیابت

یک فرد دیابتی، می تواند با برقراری تعادل بین فعالیت بدنی، داروها و مصرف مواد غذایی روزانه خود، نه تنها از افزایش قند خون

جلوگیری نموده، بلکه مانع از افت آن نیز گردد.

تاثیر ورزش بر دیابت

ورزش حساسیت بدن به انسولین را افزایش داده و باعث تنظیم قند خون می شود.

ماهنامه البرز

همچنین ورزش نمودن در تنظیم فشارخون موثر است.

ورزش کردن با کاهش توده چربی بدن به کاهش وزن کمک می نماید.

ورزش باعث افزایش انرژی و کاهش استرس می شود.

زمان مناسب برای ورزش کردن

همیشه از پزشکتان درباره زمان ورزش سوال کنید. پزشک بر اساس برنامه رژیم غذایی و داروهای مصرفی شما، بهترین زمان ورزش را مشخص می نماید.

برای افراد دیابتی، ۱ تا ۳ ساعت پس از مصرف غذا، مناسب ترین زمان برای ورزش کردن است.

کنترل قند با دستگاه گلوکومتر، قبل، حین و پس از ورزش لازم است.

در دیابت نوع ۱ و دیابت نوع ۲ که انسولین تزریق می کنند، وقتی قند خون بالای ۲۵۰ میلی گرم باشد، ورزش کردن در این زمان باعث افزایش قند خون می شود.

آیا هر نوع ورزشی می توان انجام داد؟

ورزش هایی که باعث بالا رفتن فشار در مویرگ های شبکه چشم می شود مانند بلند کردن وزنه سنگین، ممکن است مشکلات چشمی شما را افزایش دهد.

اگر دچار اختلال حسی در پاها هستید، پیاده روی طولانی، ممکن است باعث آسیب رساندن به پاها گردد.

مراقبت از پاها هنگام ورزش

هنگام ورزش، کفش راحت بپوشید، بطوری که کل پاها را بپوشاند و از جوراب ضخیم نخی استفاده نمائید که عرق پاها را جذب و پاها را محافظت نماید.

بعد از ورزش، پاهای خود را از نظر بریدگی، تاول، زخم، تورم بررسی نمائید.

آیا ورزش باعث افت قند خون می شود؟

در بیماران دیابتی که انسولین تزریق می کنند، فعالیت بدنی باعث افت قند خون می شود.

افت قند خون ممکن است حین ورزش و یا بلافاصله بعد از ورزش یا حتی ۶ الی ۱۰ ساعت بعد از ورزش (افت قندخون تاخیری) ایجاد شود.

برای ورزش صبحگاهی بیشتر از ۱ ساعت، انسولین شفاف (رگولار) صبح و برای ورزش عصر بیشتر از ۱ ساعت، انسولین شیری (ان پی ایچ) صبح، با نظر پزشک کاهش داده شود.

همچنین در مورد کم کردن دارو از پزشک خانواده خود سوال نمایید.

هرگز زمانی که قند خون شما خیلی پایین است، ورزش نکنید.

اگر بیشتر از یک ساعت ورزش می کنید در فواصل منظم، می بایست قندخون خود را اندازه گیری نمایید. همیشه مقداری مواد قندی زودجذب و غذا همراه داشته باشید تا در صورت افت قندخون، میل نمایید.

حرکات کششی:

بیماران دیابتی می توانند ۲ تا ۳ روز در هفته و بین ۱۵ تا ۳۰ ثانیه برای هر حرکت کششی وقت بگذارند.

نوع حرکات کششی برای اندام های فوقانی و تحتانی ۴ تا ۵ حرکت می باشد.

تحركات معمول روزانه:

قدم زدن هنگام مکالمه تلفنی، بازی با بچه ها، بلند شدن از جای خود و تعویض کانال تلویزیونی بجای استفاده از کنترل، باغبانی در باغچه کوچک، شستن اتومبیل شخصی بجای بردن به کارواش، پارک کردن وسیله نقلیه در فاصله دورتری از مرکز خرید با انگیزه پیاده روی اجباری، استفاده از پله بجای آسانسور و نظیر این قبیل فعالیتها

تحرك داشتن در زندگی روزمره سبب می شود کالری بیشتری بسوزانید.

ورزش های هوازی:

فعالیت هایی که توام با مصرف اکسیژن باشد مثل دویدن در مسافت طولانی، اسکی، دوچرخه سواری و ...

ورزش های قدرتی:

وزنه برداری، بلند کردن وزنه

البته این قبیل ورزش ها در افراد دیابتی با درگیری شدید عروق چشم و یا لیزر تراپی اخیر توصیه نمی شود.

ماهنامه البرز

هرگز انسولین خود را در عضوی که بیش از اندازه در حین ورزش از آن استفاده می کنید، تزریق نکنید. زیرا جذب آن سریعتر از حد معمول صورت می گیرد. برای مثال اگر در ورزشی مثل فوتبال، بازو و ران را بیشتر می دهید، بهتر از تزریق را در ناحیه شکم انجام دهید.



دیابت و چشم ها

افزایش قند خون طی مدت طولانی سبب ایجاد عوارض و مشکلات در فرد دیابتی میشود. افزایش قند خون میتواند به قسمتهای مختلف بدن همچون ؛ چشم , قلب و عروق صدمه برساند . دیابت مشکلات زیادی بر جای میگذارد که تعداد زیادی از آنها قابل پیشگیری بوده و یا میتوان سیر انرا کندتر نمود .

چگونه میتوان از مشکلات چشمی ناشی از دیابت پیشگیری کرد ؟

- ۱- قند خون و فشار خون خود را تا حد ممکن در اندازه طبیعی نگهدارید .
- ۲- سالی یکبار برای معاینه چشم به چشم پزشک مراجعه کنید حتی اگر از نظر بینائی مشکلی هم ندارید .
- ۳- متخصص چشم قطره هائی برای چشم استفاده میکند که سبب باز شدن مردمک چشم میشود که این کار سبب تار شدن دید شما میشود , با این عمل پزشک قادر خواهد بود تا شبکیه چشم شما را ببیند . اگر مشکلات چشم زودتر تشخیص داده شود , درمان زودتر انجام میشود و بدین ترتیب از ایجاد خطرات جدی تر بعدی پیشگیری میشود .
- ۴- چشم شما در اثر دیابت ممکن است آسیب ببیند و در نتیجه ان تاریبیند یا دچار دوبینی شوید . از پزشکتان بخواهید که چشمهایتان را از نظر علائم اب مروارید و اب سیاه بررسی کند .
- ۵- اگر باردار هستید و دیابت دارید در طی سه ماه اول بارداری لازم است تا چشم پزشک چشمانتان را معاینه کند .
- ۶- اگر قصد باردار شدن دارید از پزشکتان بخواهید تا چشم شما را معاینه کند .
- ۷- سیگار نکشید .

نوروپاتی دیابتی

شاید دیده باشید دیابتی‌ها از سوزن سوزن شدن و گرفتگی دست‌ها و پاها شکایت دارند که موقتی بوده و متناوبا رخ می‌دهد. این اولین مرحله آسیب اعصاب است (شاخه‌های حسی اعصاب محیطی اولین گروه‌اند که آسیب می‌بینند). به مرور دردها بیشتر و شدیدتر و طولانی‌تر می‌شوند. فقدان حس در پاها که فرد به طور مکرر به پاهای‌اش آسیب و ضربه می‌زند و متوجه آن نمی‌شود و دچار "پای دیابتی" می‌گردد. به طور متوسط بیماران دیابتی طی ۱۰ تا ۲۰ سال بعد از شروع بیماری دچار آسیب اعصاب می‌شوند، البته بعضی بیماران بسیار سریع‌تر دچار علائم عصبی می‌شوند و بعضی دیگر اصلا گرفتار نمی‌شوند. هر چه مدت ابتلا به بیماری دیابت بیشتر باشد و هر چه کنترل دیابت ضعیف‌تر باشد، احتمال آسیب اعصاب و شدت آسیب بیشتر خواهد بود. در اثر بیماری دیابت هر قسمتی از اعصاب محیطی و اعصاب خودکار (سمپاتیک‌ها و پاراسمپاتیک‌ها) می‌تواند آسیب ببیند. اعصاب خودکار به جاهایی عصب‌دهی می‌کنند که عملکرد غیرارادی دارند، مثل قلب، عضلات صاف احشا و ارگان‌های داخلی بدن و غدد. اعصاب محیطی هم به اعصابی اطلاق می‌شود که از جمجمه یا نخاع بیرون می‌آیند. اعصابی که از جمجمه بیرون می‌آیند به چشم‌ها، زبان، صورت، گوش‌ها و... می‌روند و اعصابی که از نخاع بیرون می‌آیند به عضلات ارادی بدن عصب‌دهی می‌کنند. اعصاب نخاعی شاخه‌های حسی نیز دارند که حس‌های لمس، حرارت، درد و... را انتقال می‌دهند.

آسیب پا در نوروپاتی دیابتی

در اثر دیابت رگ‌های بدن دچار مشکل می‌شوند و در وظیفه خود که خون‌رسانی و تغذیه سلول‌های مختلف است ناموفق عمل می‌کنند و به خاطر این نارسایی، اعصاب آسیب می‌بینند. به علاوه میزان بالای قند خون در آسیب اعصاب دخالت دارد. کار اعصاب که مختل شود همه چیز به هم می‌ریزد، مثلا معده دچار بی‌حرکتی و تاخیر در تخلیه غذا شده و فرد دچار دل‌درد و احساس سنگینی معده، تهوع و استفراغ می‌شود. بروز یبوست یا اسهال، اختلال ریتم طبیعی قلب و بروز علائم قلبی، بی‌اختیاری یا احتباس ادرار به دنبال آسیب اعصاب مثانه و در مردان اختلال نعوظی به دلیل بیماری دیابت ممکن است رخ دهند. قطعاً جایی برای شک وجود ندارد که کنترل دقیق قند خون از ایجاد آسیب اعصاب در بیماران دیابتی جلوگیری می‌کند.

نوروپاتی دیابتی چگونه درمان می شود؟

هدف از درمان رهایی از مشکلات ایجاد شده و پیشگیری از تخریب بیشتر اعصاب است. نخستین گام کنترل قند خون است، زیرا از پیدایش مشکلات جدید و بدتر شدن عوارض قبلی پیشگیری می کند.

*در مواردی که قرص ها نمی توانند قند خون را به خوبی کنترل کنند، تزریق انسولین معمولاً مفید واقع می شود.

*گاهی قرص هایی که برای درمان افسردگی استفاده می شوند، برای درمان نوروپاتی ناشی از دیابت به کار می روند و دارای اثرات مفید در بهبود کیفیت خواب نیز هستند.

*هنگام شب می توان از مسکن ها استفاده کرد.

*-برای بهبود عوارض گوارشی پیشنهاد می شود تعداد وعده های غذایی را افزایش دهید و میزان غذای مصرفی در هر وعده را کم کنید. همچنین از مصرف غذاهای پرچربی و پرفیبر پرهیز کنید.

*برای جلوگیری از ضعف و سرگیجه، تغییر وضعیت ایستادن و نشستن را آهسته انجام دهید. گاهی برای بهبود ضعف اندام ها ممکن است فیزیوتراپی توصیه شود.

*به دلیل استعداد ابتلا به عفونت ادراری در مبتلایان به نوروپاتی دیابتی، لازم است مبتلایان به دیابت آب و مایعات بیشتری بنوشند و اگر دچار تکرر ادرار هستند سعی کنند به فواصل منظم، مثلاً هر ۳ ساعت یک بار ادرار کنند.

کنترل استرس در دیابت

اگر شما به دیابت مبتلا باشید استرس می تواند آشکارا در مدیریت بیماری شما مداخله نماید. علاوه بر آن که اگر تحت استرس باشید ممکن است مصرف یک وعده ی غذایی یا دریافت داروی تان را فراموش نمایید که در نتیجه می تواند سطوح قند خون تان را متاثر نماید.

فرا گرفتن روش های مدیریت استرس به ویژه اگر به دیابت مبتلا باشید بسیار مهم است.

هر چند که نمی توانید به طور کامل استرس را از زندگی روزمره ی خود حذف نمایید، ولی راه های بسیاری برای تخفیف استرس وجود دارند و شما با فرا گرفتن راه کارهای مدیریت استرس به کنترل بهتر بیماری دیابت خود کمک می نمایید.

وقتی به نظر می رسد که وقایع زندگی تان نامطلوب پیش می روند، همیشه دیدن جنبه های منفی و نیمه ی خالی لیوان آسان تر از دیدن جنبه های مثبت است. در حالی که در هر زمینه از زندگی شما نکات مثبتی وجود دارند از جمله در: شغل تان، خانواده، دوستان و سلامت شما. لذا نگاه کردن به نقاط قوت و نیمه ی پُر لیوان به شما کمک می کند که وقایع ناخوشایند و استرس را پشت سر بگذارید.

کتواسیدوز دیابتی:

این عارضه از اورژانس های مهم پزشکی و بالقوه کشنده می باشد که در مواقعی که سطح انسولین خون بسیار کمتر از نیاز بدن می باشد روی می دهد و به دلیل کاهش سطح انسولین، افزایش قند و کتونها در خون و اسیدی شدن خون و کاهش شدید مایعات بدن به وجود آمده و در صورت عدم درمان می تواند منجر به اغماء یا مرگ شود. این مشکل معمولاً بیماران مبتلا به دیابت نوع یک را درگیر می کند. دلیل اصلی بروز کتواسیدوز دیابتی فقدان انسولین کافی در خون می باشد. انسولین موجود در خون به گلوکز کمک می کند تا از جریان خون وارد سلول های بدن شده و در آنجا جهت تولید انرژی مصرف گردد. در بیماران دیابتی نوع یک، میزان ترشح انسولین کافی نبوده و لذا این افراد به تزریق روزانه انسولین نیاز دارند. در صورتی که انسولین کافی در بدن موجود باشد سلولها تمام انرژی مورد نیازشان را از قند تأمین می نمایند ولی اگر انسولین کافی در خون موجود نباشد، کبد سریعاً مجبور به تهیه منبعی جدید برای تولید انرژی می شود و لذا چربیها مورد استفاده قرار گرفته و به صورت کتونها در آمده تا انرژی مورد نیاز بدن را تأمین کنند. حال اگر بدن ما برای مدتی مجبور به تهیه انرژی از کتونها شود، فرد دچار مشکلات بسیاری می شود. کتونها موادی اسیدی بوده و در غلظتهای بالا سمی می باشند. در کتواسیدوز دیابتی، این کتون ها خواص شیمیایی خون را دچار تغییراتی جدی نموده و در نتیجه عملکرد طبیعی قسمت های متعددی از بدن دچار مشکل می شود. خون حالت اسیدی پیدا کرده و این باعث ایجاد استفراغ و درد شکمی می شود و در صورت افزایش این اسیدی شدن افت فشار خون، اغماء و مرگ روی می دهد. از طرفی کتواسیدوز همیشه همراه با از دست دادن حجم قابل توجهی از مایعات بدن (دهیدراتاسیون) می باشد که در اثر بالا بودن سطح قند خون ایجاد می شود. فقدان انسولین کافی جهت انتقال گلوکز از جریان خون به سلولها باعث تجمع قند در خون شده و همین باعث دفع شدن قند از ادرار می شود.

قند به هنگام دفع شدن از ادرار به دنبال خود آب، نمک و پتاسیم را هم دفع می کند و در واقع بدن مقادیر زیادی از آب و املاح خود را از دست می دهد و این تغییرات به صورت افزایش حجم ادرار فرد مشخص می شود. اغلب بیمار به اندازه ادرار دفع شده قادر به نوشیدن مایعات نمی باشد و در ضمن استفراغ ناشی از اسیدی شدن خون نیز به کاهش هرچه بیشتر مایعات و دهیدراتاسیون فرد کمک می کند. در بیماران دیابتی نوع یک، خطر بروز کتواسیدوز بالاست. در بعضی موارد، کتواسیدوز دیابتی می تواند اولین تظاهر بالینی بیماری دیابت در فرد باشد به طوری که در یک چهارم بچه های دیابتی، وقوع کتواسیدوز اولین تظاهر بالینی دیابت می باشد. در بیماری که تحت درمان با انسولین می باشد ممکن است در اثر عدم تزریق انسولین و یا مقدار ناکافی انسولین، و نیز به دنبال ایجاد هرگونه استرس کتواسیدوز دیابتی به وجود آید. ابتلاء به انواع عفونتها از جمله عفونتهای ادراری، تنفسی و ... استرسهای سنگین مثل جراحی یا انواع صدمات بدنی، وقوع سکته مغزی یا قلبی و یا هر بیماری جدی دیگر می تواند به علت افزایش نیاز بدن به انسولین، باعث بروز کتواسیدوز شود

علل ایجاد کتواسیدوز دیابتی

- ابتلا به یک بیماری عفونی حاد
- هرگونه استرس شدید مثل جراحی یا انواع صدمات بدنی
- قطع انسولین مصرفی یا ناکافی بودن آن
- وقوع سکته قلبی، مغزی و یا هر بیماری جدی دیگر

علائم اصلی:

- افزایش حجم ادرار
- تشنگی شدید و خشکی دهان
- تهوع و استفراغ با یا بدون درد شکمی
- خستگی و گیجی، افت فشار خون، کاهش سطح هوشیاری، کوما و مرگ
- مشکل تنفسی و بوی میوه ای تنفس

- منبع : ۱- تشخیص، مراقبت و مهارت های پرستاری در بیماریهای داخلی و جراحی . تالیف: ملاحت نیکروان
مفرد (عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
- ۲- سایت مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی مشهد - زهرا عرفانیان ، کارشناس
پرستاری آموزش دیابت

پزشکی خطاهای ساریو

Medical Errors Scenario



فروغ میرسلیمی
کارشناس ایمنی
بیمارستان شریعتی

عنوان

کد ۲۴

شرح حادثه

مددجو خانم ۸۵ ساله که در مورخ ۰۲/۳/۱۷ ساعت ۲۳:۳۹ با تشخیص درد قفسه سینه با آمبولانس ۱۱۵ به تریاژ این مرکز مراجعه داشته و با تشخیص ACS در سرویس قلب در CCU بستری شده است. در سابقه بیمار آنژیوگرافی و آلزایمر را ذکر کرده اند. در مورخ ۰۲/۳/۱۹ ساعت ۱۴:۰۳ صبح در حالی که دستور RBR نسبی داشته است بدون هماهنگی با پرستار (با توجه به الزایمر و عدم آموزش پذیری) در حالی که بد ساید ها بالا بوده است اقدام به پایین آمدن از تخت از کنار بد ساید می نماید که به علت لیز خوردگی، سقوط کرده و دچار ضربه به بینی و اپیس تاکسیس می شود بیمار با کمک پرستار به تخت بر می گردد و به پزشک طب اورژانس اطلاع داده و پس از ویزیت برای بیمار BCT انجام و به رویت می رسد که مشکلی ذکر نمی گردد. در مورخ ۰۲/۳/۱۹ شیفت صبح مشاوره فک و صورت و نروسرجری انجام و از سرویس های مربوطه مرخص و دستور ارجاع سرپایی و استفاده از کمپرس سرد گذاشته و داروهای آنتی کواگولانت بیمار HOLD می گردد. با حال عمومی بیمار خوب در مورخ ۰۲/۳/۲۲ مرخص می گردند

علل رویداد حادثه

۱. عدم شناسایی بیمار پرخطر
۲. عدم حضور پرستار بر بالین بیمار
۳. نبود زنگ احضار پرستار

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

کد ۱۱ ترک بدون اطلاع

عنوان

مددجو آقای ۲۴ ساله در مورخ ۱۴۰۲/۳/۴ با تشخیص آسم در بیمارستان A بستری بوده است در ساعت ۳:۰۲ از بیمارستان B پذیرش داخلی گرفته و با آمبولانس به این مرکز اعزام گردیده و در ساعت ۴:۴۰ در سرویس داخلی در بخش ICU بستری می گردد. اقدامات درمانی انجام شده و در همان تاریخ در ساعت ۱۱:۱۵ پس از ویزیت بیهوشی و با دستور تلفنی داخلی با توجه به بهبودی حال بیمار دستور انتقال به بخش داخلی منتقل می شود. مددجو در ساعت ۱۵ با ویلچر به بخش داخلی منتقل می شود. با توجه به بهبودی نسبی حال عمومی در همان تاریخ در ساعت ۱۷ در حالی که لباس منزل همراه بیمار بوده است اقدام به تعویض لباس نموده و بخش را بدون اطلاع ترک می نماید. در بررسی بیشتر و تماسهای تلفنی با همراه بیمار حال عمومی خوبست و مشکل بیمار هزینه بیمارستان بوده است.

شرح حادثه

لباس بیمار در نزد بیمار در بخش بوده و بیمار پس از تعویض لباس بخش را ترک نموده است

علل رویداد حادثه

عدم نظارت نگهبان ورودی بخش بستری بر ورود و خروج بیماران و همراهان

آموزش مجدد قوانین بخش به خدمات و کمک پرستاران

نظارت مسئولین شیفت

آموزش قوانین ورود و خروج بر کارکنان حفاظت فیزیکی

نظارت بر عملکرد کارکنان حفاظت فیزیکی

اقدامات اصلاحی

پیشنهادی

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان	کد ۱۱
شرح حادثه	بیمار خانم ۲۳ ساله در مورخ ۱۴۰۱/۲/۲۰ و در ساعت ۱۱:۴۸ توسط همسرش به گفته بیمار با شکایت سردرد و درد شکمی بارداری ۳ ماهه به اورژانس مراجعه کرده است بیمار سابقه بیماری ذکر نمیکند بارداری دوم بدون سابقه سقط را دارد با سطح تریاز ۲ تحت نظر اورژانس قرار گرفت علائم حیاتی اولیه بیمار چک شد . توسط دکتر ویزیت می گردد . خونریزی نداشته است. به دلیل عدم همکاری همسر بیمار در تشکیل کارت اورژانس , کارت در ساعت ۱۲:۱۴ تشکیل می گردد . ساعت ۱۲:۲۵ توسط خانم دکتر دستورات ثبت می گردد. نمونه های آزمایشگاهی طبق درخواست پزشک اورژانس ارسال شده رگ محیطی روی دست چپ فیکس شده و تحت مانیتورینگ و پالس اکسی متری قرار می گیرد . مشاوره زنان بیمار , اطلاع داده شد فرم مادر پرخطر برای بیمار تکمیل و به اطلاع مسئول مربوطه رسانده می شود. در ساعت ۱۲:۳۰ بیمار توسط ایشان ویزیت و دستورات ایشان شامل آزمایش و سونوگرافی چک و اجرا می گردد. بیمار در ساعت حدودا ۱۲:۵۵ دقیقه توسط همکار خانم کمک پرستار بخش جهت انجام سونوگرافی شکم و لگن و بارداری به بخش سونوگرافی منتقل می شود . سونوگرافی انجام می شود که نرمال بوده است . بعد از انجام سونوگرافی بیمار درخواست رفتن به سرویس بهداشتی راداشته به دلیل پر بودن مثانه وعدم تحمل تا رسیدن به بخش اورژانس به سرویس بهداشتی داخل بخش سونوگرافی رفته که بعد از آن بدون اطلاع به همکاران سونوگرافی و همچنین کمک پرستار بدون اطلاع اقدام به ترک بیمارستان کرده بعد از مطلع شدن از این موضوع این موارد صورت جلسه حراست شده به اطلاع پزشک معالج متخصص زنان و رابط مادران پرخطر رسانده شد سونوگرافی و آزمایشات ضمیمه پرونده شد همچنین چندین بار با شماره تماس درج شده در پرونده تماس گرفته شد که به هیچ وجه کسی پاسخگو نبوده است
علل رویداد حادثه	عدم همراهی بیمار توسط پرستار مسئول بیمار جهت انجام سونوگرافی دقت در انجام امور محوله نبوده و توجه به بیمار هنگام حضور در سرویس بهداشتی نداشته اند
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	آموزش مسئولین شیفت در رابطه با نظارت بر پیگیری و انجام پروسیجرها درخواست نیرو توسط مدیریت پرستاری با توجه به کمبود نیروی پرستار آموزش کمک پرستار در مورد ضرورت همراهی بیمار در طی انجام پروسیجرها

منبع : درس آموخته های حاصل از کمیته های RCA

