



معاونت درمان مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیصی درمانی واحد ایمنی بیمار

ماهنامه ایمنی بیمار البرز

ماهنامه شماره ۲۳ شهریور ماه سال ۱۴۰۲

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

WWW.ABZUMS.AC.IR – info@abzums.ac.ir



صاحب امتیاز	جناب آقای دکتر امیر عباس واعظی (معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز)
مدیر مسئول	جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی (مدیر امور بیماری ها و مراکز تشخیص درمانی)
سر دبیر	سرکار خانم الهام ابراهیم زاده (کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیص درمانی)
هیئت تحریریه	دکتر حسین محمدی نسب (رئیس بیمارستان کسری) دکتر محمد منصور آذریان (رئیس بیمارستان امام علی) زهرا رجبعلی (کارشناس ایمنی بیمارستان کسری) راضیه حسینی (کارشناس ایمنی بیمارستان امام علی) دکتر مریم مهریزی متخصص زنان زایمان
ویراستار	زهرا رجبعلی (کارشناس ایمنی بیمارستان کسری) راضیه حسینی (کارشناس ایمنی بیمارستان امام علی)



ارتباط صحیح کارکنان حین
تحويل شیفت صفحه ۵-۸

نه راه حل ایمنی
صفحه ۹

سرطان تخمدان صفحه
۱۲-۱۶

مولتیپل اسکلروزیس صفحه
۱۷-۲۷

درس آموخته صفحه
۲۸-۴۱

فهرست

ارتباط صحیح کارکنان حین تحویل شیفت

تهیه و تنظیم: زهرا رجبعلی کارشناس ایمنی بیمارستان کسری

در بررسی علت ریشه ای حوادث ناگوار گزارش شده به ایالات متحده آمریکا ۱۱ درصد از اتفاقات ناخواسته قابل اجتناب که منجر به معلولیت دائمی در استرالیا گردید ناشی از مشکلات و معضلات برقراری ارتباط صحیح بود

تحویل مراقبت / اقدامات درمانی بیماران از یک تیم / فرد مسؤل درمان به تیم و فرد دیگر یکی از مخاطره آمیزترین روش های اجرایی درمان است که اگر به خوبی صورت نپذیرد میتواند متضمن عواقب بالقوه خطرناکی برای بیماران و تیم ارائه کننده خدمات سلامت و سازمان باشد در یک دوره بیماری یا مراقبتی بیمار میتواند به صورت بالقوه از تعداد کثیری از کارکنان و متخصصان خدمات سلامت در سطوح مختلف منجمله سطح اول دوم و سوم خدمات دریافت نماید در صورتی که برقراری ارتباط بین اعضای تیم یا تیم های مختلف خدمات سلامت به خوبی انجام نگیرد و اطلاعات کامل و صحیح مرتبط به بیماران تبادل نگردد خطرات جدی برای بیماران ایجاد میکند بنابراین میتوان اذعان داشت که عدم تحویل مناسب بیماران یکی از چالش های تداوم اطلاعات محسوب میشود که خود بر اثر عوامل کلیدی ذیل حادث میشود:

افزایش تعداد بیمارانی که تحت مراقبت یک تیم سلامت میباشد

میزان تکرار موقعیت هایی که منجر به تغییر مشاور بیماران میشود

میزان تکرار جابه جایی بیماران بین بخش ها و واحد های مختلف

مشارکت تیم های تخصصی متعدد در فرآیند درمان و مراقبت بیماران

از مهم ترین فواید تحویل استاندارد بیماران میتوان موارد ذیل را نام برد

*حفظ ایمنی بیماران : لغزش و خطا با تحویل مطلوب بیماران کاهش می یابد و این امر منجر به کاهش مرگ و معلولیت ها میشود

*تداوم بیشتر درمان بیماران در طی محور سلامت- بیماری

*کاهش موارد تکراری و اجتناب از پرسش های تکراری

*افزایش میزان رضایت مندی بیماران از خدمات سلامت

*استاندارد سازی تحویل شیفت ها که موجب افزایش تفکر نقادانه و به حداقل رسانیدن زمان سپری شده کادر بالینی دور از بالین بیمار میشود

اصول و ضوابط تحویل بیماران:

به منظور تضمین ایمنی بیمار « با حضور کلیه اعضای تیم سلامت بایستی اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود

*پزشکان ارشد بیماران بد حال و ناپایدار را بهتر میشناسند

*بایستی اعضا کم سابقه تیم نسبت به نگرانی همتایان خود در شیفت قبلی به خوبی آگاه شوند

*بایستی مراقبت ها و درمان هایی که هنوز به طور کامل انجام نشده اند به تیم بعدی تفهیم شوند

الزامات تحویل مناسب بیمار:

تحویل مطلوب نیازمند انسجام و سازمان دهی کار سازمان و کلیه کارکنان بالینی است:

* شیفت ها بایستی هماهنگ شود

*زمان لازم بایستی اختصاص داده شود

*رهبری فرآیند بایستی شفاف باد

*تحویل بیماران بایستی توسط تکنولوژی اطلاعاتی مناسب پشتیبانی شود

*برای اجرایی شدن تحویل مناسب بیماران بایستی واجد خط مشی اختصاصی در زمینه تحویل بیماران باشند

*بایستی موارد اورژانس به منظور حضور سازنده کادر درمان در زمان تحویل بیماران تعریف شود

*هدایت کننده جلسات تحویل بیماران بایستی از وجود روش های اجرایی به منظور آشنا سازی اعضای جدید تیم سلامت با سیستم ها و جغرافیای بیمارستان مطمئن شود

*زمان تحویل بیماران بایستی معین و ثابت باشد

تداخلاتی که در حین تحویل بیماران ممکن است رخ دهد شامل موارد ذیل میباشد

آلارم های شنیداری / حضور خویشاوندان بیمار / تلفن / حضور پزشکان و پرستاران

توصیه میشود در درمان بیماران ار به کار گیری موارد زیر اجتناب شود

*از درمان بیمار با استفاده از اطلاعات متکی بر حافظه که به معنای وجود اطلاعات اشتباه یا عدم اشتراک اطلاعات است خود داری شود

*از به کار گیری شماره تخت و اتاق در شناسایی بیمار اجتناب شود

موارد ذیل در درمان بیماران توصیه میشود

*استفاده از شناسه های متمایز جهت جلوگیری از اشتباه شدن بیماران با اسامی مشابه

*بیمارستان ها از به روز شدن اطلاعات حداکثر ظرف ۲۴ ساعت بایستی مطمئن شوند

تاکید میشود که اطلاعات صحیح مرتبط به پزشک معالج بیمار با نحوه تماس با وی در حین پذیرش بیمار اخذ و در پرونده درمانی وی ثبت شود

نیاز به وجود زبان مشترک که برای تبادل اطلاعات : تکنیک های توجیهی وضعیتی نظیر فرآیند وضعیت سوابق ارزیابی ها و توصیه ها) که میتواند چهارچوب ارتباطی استاندارد برای تحویل بیماران فراهم آورد

تبادل اطلاعات در حین تحویل بین کارکنان شیفت های مختلف و مابین بخش ها بایستی با به کار بستن یک راهکار استاندارد صورت پذیرد

با استفاده از یک فرمت استاندارد معین و در صورت امکان به روش چند تخصصی باشد

که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و میتواند برای شکل دادن به sbar با استفاده از تکنیک ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را میطلبد مورد استفاده قرار بگیرد

منابع: راهنمای برقراری صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار تهیه و تدوین فرناز مستوفیان



تهیه و تنظیم: زهرا رجبعلی کارشناس ایمنی بیمارستان کسری

جهت تحویل و تحول صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر، از سرویسی به سرویس دیگر، از بخش به واحد های پاراکلینیک، تحویل بیمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک میتوان از این روش استفاده کرد. در واقع این روش یک ابزار ارتباطی استاندارد جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بیماران میباشد و مکانیسمی است برای تنظیم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعیت بیمار که نیاز به اقدام فوری دارد.

SBAR مراحل تکنیک

(وضعیت) تشریح وضعیت کنونی S

(سوابق) بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار B

(ارزیابی) نتیجه گیری آنچه که فکر میکنید A

(توصیه ها) آنچه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن R

اطلاعات کلیدی که بایستی در زمان ترخیص به بیمار یا ارائه کننده بعدی خدمات سلامت انتقال یابد شامل:

*تشخیص بیمار حین ترخیص

*تشخیص قطعی بیمار

*وضعیت کنونی بیمار شامل داروها و برنامه های درمانی

تغییرات اخیر در شرایط بیمار

منابع: دستورالعمل ها و بخشنامه های ایمنی بیمار

نه راه حل ایمنی



تهیه و تنظیم: خانم راضیه حسینی کارشناس ایمنی

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد.

۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ و شکل مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



—توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قراردهند

—شناسایی صحیح بیمار

—کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس، بیماران بستری و اقدامات روزانه بایستی باید دارای دستبند شناسایی باشند

—ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

- به منظور تضمین ایمنی بیمار، با حضور کلیه اعضای تیم سلامت بایستی اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود.

—انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

- اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

—کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود، توزیع سهوی الکترولیتها است.

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند

—تلفیق دارویی

تلفیق دارویی که فرایند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی است به منظور پیشگیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور شده، خطای مرتبط با دوزاژ یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت (تغییر در مجموعه ارائه کننده، نوع خدمت، پزشک و سطح خدمت) بایستی انجام شود.

—اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند

—استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

در بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت - گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد

—اصول عمومی بهداشت دست

در صورت کثیفی آشکار دستها، آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلوستریدیوم دیفیسیل دستها را با آب و صابون بشوئید

منابع: دستورالعمل ها و بخشنامه های ایمنی بیما

سرطان تخمدان



تهیه و تنظیم: دکتر مریم مهریزی متخصص زنان و زایمان

سرطان تخمدان چیست؟

دستگاه تولید مثل زنان شامل دو غده تولید مثل است که به آن تخمدان گفته می‌شود. تخمدان‌ها که در دو طرف رحم قرار دارند هر کدام به اندازه یک بادام بوده و وظیفه‌ی تولید تخمک و همچنین تولید هورمون‌های زنانه استروژن و پروژسترون را بر عهده دارند. هنگامی که سلول‌های غیر طبیعی در هر قسمتی از بدن شروع به رشد بیش از حد می‌کنند، سرطان ایجاد می‌شود.

سرطان تخمدان هم رشد بی رویه سلول‌ها در تخمدان است. سرطان تخمدان اغلب در مراحل انتهایی و تا زمانی که در لگن و شکم گسترش یابد، تشخیص داده نمی‌شود. در مراحل انتهایی، درمان مشکل‌تر است. در حالی که در مراحل اولیه، که در آن بیماری به تخمدان‌ها محدود است، احتمال موفقیت در درمان بیش‌تر است. درمان سرطان تخمدان معمولاً جراحی و شیمی درمانی است.

سرطان تخمدان **ovarian cancer** نامیده می‌شود.

هنگامی که سلول‌های غیر طبیعی در تخمدان شروع به رشد بیش از حد می‌کنند سرطان تخمدان ایجاد می‌شود.

○ تومور خوش خیم تخمدان

بیشتر کیست‌های تخمدان سرطانی نبوده و خوش‌خیم محسوب می‌شوند. کیست تخمدان در اثر تجمع مایع در اطراف تخمدان ایجاد می‌شود. در بیشتر مواقع کیست‌های تخمدان به عنوان قسمت طبیعی از روند تخمک‌گذاری و آزاد شدن تخمک ایجاد می‌شوند. معمولاً علائم خفیفی مانند نفخ ایجاد کرده و بدون درمان برطرف می‌شوند.

○ علائم سرطان تخمدان در زنان چیست؟

سرطان تخمدان در مراحل اولیه به ندرت باعث ایجاد علائم می‌شود. در مراحل پیشرفته ممکن است باعث ایجاد علائم سرطان رحم و تخمدان کم و غیر اختصاصی شده که اغلب ممکن است با بیماری‌های شایع تر و خوش‌خیم اشتباه گرفته شود. اکثر سرطان‌های تخمدان اپیتلیوم یا پوشش خارجی تخمدان را درگیر می‌کنند. علائم سرطان تخمدان ممکن است شبیه به بیماری‌های دیگری مانند سندرم پیش از قاعدگی (PMS)، سندرم روده تحریک پذیر (IBS) یا مشکلات موقت مثانه باشد. با این حال تفاوت اصلی نشانه سرطان تخمدان و سایر اختلالات ممکن است پایداری و بدتر شدن علائم باشد.

علائم اولیه سرطان تخمدان

علائم اولیه سرطان تخمدان ممکن است شامل موارد زیر باشد؛

○ درد در ناحیه لگن، پایین شکم یا اندام‌های تحتانی

○ کمر درد

○ نفخ یا ورم شکم

○ سوء هاضمه یا سوزش سر دل

- احساس سیری سریع هنگام خوردن
- تکرر ادرار و فوریت در ادرار
- درد در هنگام مقاربت
- تغییرات در عادات روده، مانند یبوست

راههای تشخیص سرطان تخمدان توسط دکتر زنان

آزمایشات و روش‌های مورد استفاده برای تشخیص سرطان تخمدان عبارتند از؛

۱. معاینه لگن

به دنبال معاینه لگن، دکتر زنان پس از پوشیدن دستکش انگشتان خود را به واژن شما وارد کرده و به طور همزمان دست خود را روی شکم شما فشار می‌دهد تا اندام‌های لگن شما را لمس کند. پزشک همچنین به صورت بصری، دستگاه تناسلی خارجی، مهبل و دهانه رحم را نیز بررسی می‌کند.

۲. تشخیص سرطان تخمدان با سونوگرافی

تست‌هایی نظیر سونوگرافی ترانس واژینال یا CT اسکن شکم و لگن و همچنین MRI ممکن است به تعیین اندازه، شکل و ساختار تخمدان‌ها کمک کند.

۳. آزمایش خون

آزمایش خون ممکن است شامل تست عملکرد تخمدان‌ها باشد که می‌تواند به تعیین سلامت کلی شما کمک کند.

پزشک همچنین ممکن است با کمک آزمایش خون شما، تومور مارکرها که نشان دهنده سرطان تخمدان است، شناسایی کند. به عنوان مثال، با کمک تست آنتی ژن سرطانی ۱۲۵ (CA1۲۵) می‌توان پروتئینی را که اغلب در سطح سلول‌های سرطانی تخمدان یافت می‌شود، شناسایی کرد. این آزمایش‌ها نمی‌توانند به پزشک شما بگویند که شما مبتلا به سرطان هستید یا خیر. اما می‌تواند در مورد تشخیص و پیش‌آگهی کمک کننده باشد.

۴. لاپاراسکوپی

روشی است که با کمک یک لوله نازک با دوربینی که در انتهای آن قرار دارد از طریق یک برش کوچک در پایین شکم وارد بدن شده و به پزشک اجازه می‌دهد که تخمدان‌ها را ببیند و در صورت لزوم نمونه‌ای از بافت تخمدان بگیرد.

۵. کولونوسکوپي

اگر مريض يبوست يا خونريزي از رکتوم داشته باشد، ممکن است نیاز به کولونوسکوپي برای بررسی روده بزرگ (کولون) باشد.

۶. آسپیراسیون مایع شکم

ممکن است به دلیل تشکیل مایع، شکم بیمار متورم شده باشد، که در این حالت می‌توان با استفاده از یک سوزن کوچک برای برداشتن مایع از داخل شکم و بررسی آن مورد استفاده قرار گیرد.

۷. بیوپسی

روش معمول برای تشخیص سرطان تخمدان برداشتن تومور یا بخشی از تومور برای بررسی وجود سلول‌های سرطانی است. سپس نمونه را برای پاتولوژی سرطان تخمدان به آزمایشگاه می‌فرستند.



تشخیص مرحله سرطان تخمدان

هنگامی که تشخیص سرطان مورد تایید پزشک قرار گیرد، پزشک با استفاده از تست‌ها و روش‌های دیگر مرحله سرطان را مشخص می‌کند. مراحل سرطان تخمدان با استفاده از اعداد رومی از I تا IV مشخص می‌شود. کمترین مرحله نشان می‌دهد که سرطان به تخمدان محدود است و در مرحله IV، سرطان به مناطق دور بدن گسترش یافته است. در واقع مرحله سرطان به گسترش سرطان اشاره دارد که در ادامه به صورت خلاصه به آن اشاره می‌کنیم:

مرحله ۱: سلول‌های سرطانی فقط یک تخمدان یا هر دو را تحت تاثیر قرار می‌دهند و به مناطق دیگر گسترش نیافته است.

مرحله ۲: در این مرحله سرطان علاوه بر اینکه یک یا هر دو تخمدان را درگیر کرده سایر ارگان‌های داخل لگن مانند رحم، لوله‌های فالوپ، مثانه یا رکتوم را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد.

مراحل پیشرفته سرطان تخمدان

مرحله ۳: سرطان در این مرحله یک یا هر دو تخمدان و همچنین لایه‌های شکم یا گره‌های لنفاوی در پشت شکم را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

مراحل آخر سرطان تخمدان – سرطان تخمدان متاستاتیک

○ مرحله ۴: سرطان به قسمت‌های دیگر بدن، خارج از حفره صفاقی گسترش یافته است. این حفره شامل شکم و لگن است. مناطقی که ممکن است در حال حاضر تحت تاثیر قرار گیرد شامل کبد، طحال و مایع اطراف ریه‌ها است.

○ منابع: کتاب زنان و زایمان بکمن ولینگ ۲۰۱۹- برونر و سودارث



بیماری مولتیپل اسکلروزیس



تهیه و تنظیم : دکتر رامین بزرگمهر (متخصص جراحی عمومی)

بیماری ام اس چیست؟ MS ام اس یا به اختصار (Multiple Sclerosis) مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری سیستم عصبی مرکزی است

افراد مبتلا به این عارضه دارای ویژگی‌های مشترکی هستند که عبارتند از :

سن : اکثریت، اولین علائم خود را در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تجربه می‌کنند.

جنسیت : این بیماری در زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان است.

آب و هوا : ام اس پنج برابر بیشتر در آب و هوای معتدل، نسبت به آب و هوای گرمسیری رایج است.

ژن‌ها: افرادی که بستگان نزدیک آنها به MS مبتلا هستند، بیشتر مستعد ابتلا به این بیماری خواهند بود؛ اما

شواهدی وجود ندارند که نشان دهند این عارضه به طور مستقیم به ارث برده می‌شود.

علائم بیماری ام اس

بسته به اینکه کدام قسمت از سیستم عصبی مرکزی مورد حمله قرار گرفته است، علائم ام اس متفاوت است. البته علائم در همه بیماران

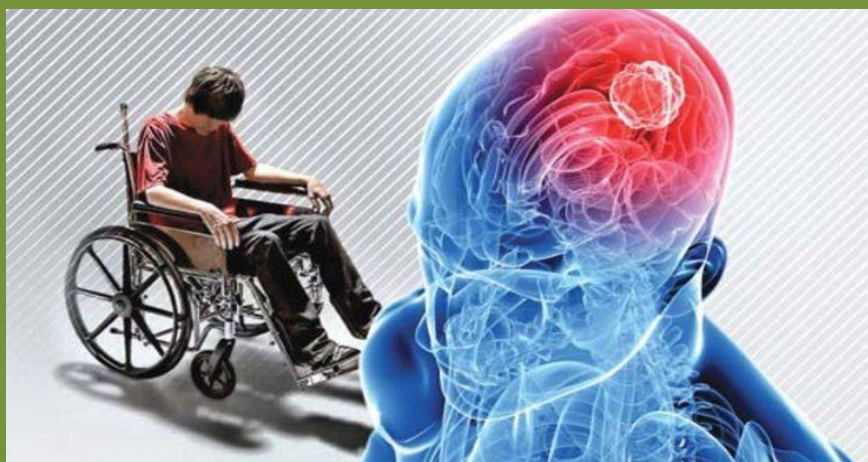
مبتلا به ام اس مشابه نیست و آسیب‌ها گاهی دائمی و گاهی موقت هستند. اغلب گفته می‌شود که هیچ دو فرد مبتلا به ام اس علائم

مشابهی ندارند.

علائم شایع ام اس

برخی از علائم اولیه مولتیپل اسکلروزیس عبارتند از:

- مشکلات بینایی
- مشکل در حفظ تعادل و راه رفتن
- بی‌حسی و سوزن سوزن شدن
- عدم تحمل گرما
- اضطراب
- اختلال عملکرد مثانه و روده
- افسردگی
- سرگیجه
- خستگی
- اسپاسم عضلانی
- درد بدنی
- مشکلات تفکر و حافظه
- اختلال در عملکرد جنسی
- مشکلات خواب
- سرگیجه
- ضعف



علائم غیر معمول ام اس

- . مشکلات تنفسی
- . مشکل در حرکت دادن بازوها
- . مشکل در خواندن حالات صورت
- . کاهش کنترل در دست ها
- . کاهش حس چشایی یا بویایی
- . سردرد
- . از دست دادن شنوایی
- . حساسیت بیش از حد به لمس
- . خارش پوست یا تغییر احساسات
- . علامت لرمیت
- . علامت آغوش
- . بی ثباتی عاطفی
- . تشنج
- . حساسیت به سرما
- . مشکل در صحبت کردن
- . مشکل در بلع
- . رعشه (لرزش غیرارادی)
- . درد عصب سه قلو (نورالژی تریژمینال)



تهیه و تنظیم : دکتر جواد زبرجدی (متخصص جراحی عمومی)

علت بیماری ام اس

علت ام اس ناشناخته است اما مطالعات نشان داده است که یک محرک بیرونی باعث برانگیختن و تهییج سیستم ایمنی علیه سلول‌های مغز و نخاع می‌شود. آسیب وارده به میلین سیگنال‌های ورودی و خروجی مغز را مختل می‌کند. برخی از محققان گمان می‌کنند که حمله سیستم ایمنی به بدن، ناشی از انواع خاصی از عفونت‌های ویروسی است. برخی دیگر به پایین بودن سطح ویتامین دی به عنوان عامل اصلی اشاره می‌کنند. سیگار کشیدن همچنین خطر ابتلا به ام اس را افزایش می‌دهد.

چه عواملی احتمال ابتلا به ام اس را افزایش دهند؟

اکثر افرادی که مبتلا به ام اس هستند ، هیچ فاکتور خطر شناخته شده‌ای ندارند؛ اما در ۲۰ درصد از مبتلایان به این عارضه ، عامل ژنتیکی دخیل بوده است. عامل ژنتیکی به این معناست که یکی از اعضای خانواده فرد مبتلا ، این بیماری را دارد . حتی دوقلوهای یکسان نیز خطر ابتلا به این بیماری را ۲۰ تا ۴۰ درصد افزایش می‌دهند. بنابراین اگر چه داشتن سابقه خانوادگی تا حدودی خطر را افزایش می‌دهد، اما ام اس یک بیماری ژنتیکی یا ارثی محسوب نمی‌شود.

- سن :در هر سنی بروز ام اس محتمل است اما معمولاً در حدود ۲۰ و ۴۰ سالگی شیوع بیشتری دارد
- جنسیت :زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان در معرض ابتلا به ام اس قرار دارند

- سابقه خانوادگی :اگر یکی از والدین یا خواهر و برادر مبتلا به ام اس باشد، فرد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به ام اس قرار دارد

- عفونت‌های ویروسی : محرک‌های ویروسی مختلفی از جمله عامل منونوکلئوز عفونی با ام اس در ارتباط هستند.
- نژاد :افراد سفیدپوست به ویژه آن‌هایی که تبار اروپای شمالی دارند، بیشتر در خطر ابتلا به ام اس هستند.
- اقلیم :ام اس در کشورهای دارای آب‌وهوای معتدل، از جمله کانادا، شمال ایالات متحده، نیوزلند، جنوب شرقی استرالیا و اروپا شایع‌تر است

- ویتامین D : کمبود ویتامین D و عدم دریافت نور خورشید با خطر ابتلا به ام اس مرتبط است.
- بیماری‌های خود ایمنی :در صورت ابتلا به سایر اختلالات خودایمنی مانند اختلالات تیروئید، کم‌خونی حاد، پسوریازیس، دیابت نوع یک یا بیماری التهابی روده، خطر ابتلا به ام اس تا حدودی بالاتر می‌رود.
- سیگار کشیدن : افراد سیگاری بیشتر از غیرسیگاری‌ها در معرض ابتلا به این بیماری هستند.

تشخیص بیماری ام اس

تشخیص بیماری ام اس معمولاً براساس علائم فرد و بررسی نتایج آزمایش‌های مختلف پزشکی که ممکن است شامل موارد زیر باشند، انجام می‌شود:

- ارزیابی عصبی حرکت و هماهنگی فیزیکی، بینایی، تعادل و عملکرد ذهنی
- آزمایش خون برای رد سایر شرایط
- تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) برای تشخیص ضایعات مغزی معمول ام اس
- برای به دست آوردن مایع مغزی نخاعی (LP) آزمایش مایع نخاعی

علائم بیماری ام اس در آزمایش خون

در حالی که هیچ آزمایش خون مخصوصی برای این بیماری وجود ندارد اما آزمایش خون معمولی می‌تواند برخی نشانه‌های مولتیپل اسکلروزیس را تشخیص دهد. برخی از علائم ام اس در آزمایش خون عبارت است از:

- ابتلا به لوپوس
- سندرم شوگرن
- کمبود ویتامین و مواد معدنی
- برخی عفونت‌ها
- بیماری‌های ارثی نادر

درمان بیماری ام اس

درمان ام اس اغلب شامل داروهای تعدیل‌کننده بیماری است. این داروها تعداد و شدت بیماری را در کسانی که به این عارضه مبتلا هستند کاهش می‌دهند؛ اما اگر بیماری در حال پیشرفت است، به کاهش عود کمکی نمی‌کنند. درمان MS به طور کلی شامل یک رویکرد چند درمانی به شرح زیر است:

- استفاده از استروئیدها و پلاسمافریز برای کوتاه کردن عودها
- استفاده از درمان‌های تعدیل‌کننده بیماری برای جلوگیری از عود و پیشرفت بیماری
- درمان علائم بیماری با استفاده از دارو، فیزیوتراپی، سایر انواع درمان‌های توانبخشی، شیوه زندگی سالم و درمان‌های مکمل
- ارائه مشاوره و پشتیبانی برای افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات خلقی

برای افرادی که مبتلا به نوع عودکننده بهبود یابنده هستند، تعداد انگشت شماری از داروهای تعدیل‌کننده می‌توانند پیشرفت مولتیپل اسکلروزیس را کند کرده و شدت حملات حاد را کاهش دهند. برای افراد مبتلا به ام اس پیش‌رونده اولیه تنها یک دارو به نام «اکرووس» (ocrelizumab) وجود دارد که احتمال پیشرفت بیماری را کاهش می‌دهد.

درمان علائم بیماری ام اس

پزشکان می‌توانند انواع مختلفی از داروها را برای تسکین علائم مربوط به بیماری مولتیپل اسکلروزیس تجویز کنند. این داروها عبارت‌اند از:

- داروهای مسکن برای درد
- ضد اسپاسمی مانند باکلوفن

- شل کننده‌های عضلانی مانند زانافلکس (تیزانیدین)

- آمپیرا (دالفامپریدین) برای بهبود توانایی در راه رفتن

فیزیوتراپی می‌تواند برای مقابله با خستگی، ضعف، درد و اسپاسم مفید باشد. یک فیزیوتراپست می‌تواند تمرین‌ها، حرکات‌های کششی و روش‌های جایگزین برای انجام کارهای روزانه را برای بهبود سطح انرژی و عملکرد بدنی تجویز کند. از کار درمانی اغلب برای انجام کارهای روزمره با استفاده از وسائل کمکی و تکنیک‌های صرفه جویی در انرژی استفاده می‌شود.

پزشک همچنین می‌تواند بیمار را برای گفتار درمانی جهت رفع مشکلات گفتار یا بلع، توانبخشی شناختی برای کمک به حافظه و تفکر ترغیب کند. روان درمانی برای کمک به افسردگی، اضطراب، اندوه یا صرفاً هر ناراحتی دیگر ارجاع دهد. به علاوه، ورزش و مدیتیشن هر دو باعث بهبود عملکرد و کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس می‌شوند.

پیشگیری از بیماری ام اس

هنوز هیچ راهی برای جلوگیری از MS وجود ندارد زیرا علت بیماری هنوز به طور کامل مشخص نشده است؛ اما برخی از راه‌های پیشگیرانه وجود دارند که می‌توانند خطر ابتلا به این عارضه را در افراد کاهش دهند. این راه‌ها عبارتند از:

ویتامین D

دریافت ویتامین D کافی از نور خورشید، غذا و مکمل‌ها، یکی از راه‌های کاهش خطر ابتلا به ام اس هستند.

سیگار نکشیدن

سیگار نکشیدن استراتژی دیگری است که ممکن است خطر ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس را کاهش دهد. به گفته انجمن ملی MS، افراد سیگاری و کسانی که در معرض دود سیگار قرار دارند، بیشتر در معرض ابتلا به این عارضه هستند.

حفظ وزن مناسب

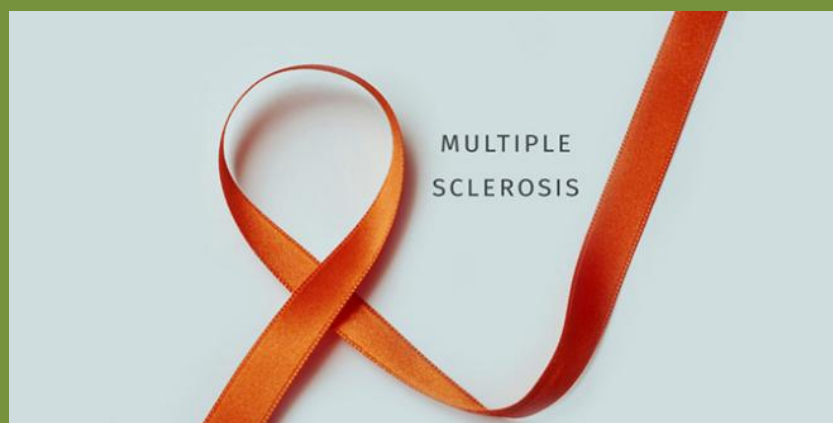
در مطالعه‌ای نشان داده شد که چاقی در افراد با افزایش خطر ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارتباط دارد. علاوه بر این، افرادی که چاق بودند به داروهای MS پاسخ مناسبی نشان ندادند. همچنین، چاقی در اوایل زندگی (کودکی) با افزایش خطر ابتلا به این بیماری در بزرگسالی در ارتباط است.

عفونت‌های مجاری ادراری

مشکلات مثانه در افراد مبتلا به ام اس بسیار شایع است و حداقل ۸۰ درصد آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برخی از افراد در نگه داشتن ادرار خود (بی‌اختیاری) مشکل دارند، در حالی که برخی دیگر نمی‌توانند مثانه خود را به طور کامل خالی کنند. عدم تخلیه کامل مثانه، خطر ابتلا به عفونت مجاری ادراری (UTI) را افزایش می‌دهد که می‌تواند باعث بدتر شدن علائم بیماری و همچنین ناراحتی هنگام ادرار، نیاز به تکرر ادرار و ترشح مقدار کمی ادرار شود.

پنومونی (عفونت ریوی)

گاهی اوقات افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دچار مشکل در بلع می‌شوند که به «دیسفاژی» معروف است. هنگامی که ماهیچه‌های درگیر در بلع ضعیف هستند، ممکن است غذا و مایعات به جای مری، وارد مجرای تنفسی شوند. اگر فرد نتواند آنقدر سرفه کند که آنها را دفع کند، غذا و مایع می‌توانند به ریه‌ها برسند. علائم پنومونی آسپیراتیو ممکن است شامل درد قفسه سینه، تب، تنگی نفس و سرفه خلط بدبو باشند.



مشکلات حرکتی

بسیاری از علائم ام اس از جمله مشکل در حفظ تعادل، ضعف عضلانی، خستگی، سرگیجه، تاری دید و بی حسی، خطر زمین خوردن را افزایش می‌دهند. زمین خوردن به نوبه خود خطر صدمات جدی مانند شکستگی استخوان و ضربه به سر را افزایش می‌دهد.

زخم بستر

افراد مبتلا به MS که بیشتر وقت خود را در حالت نشسته یا خوابیده می‌گذرانند، باید از زخم بستر آگاهی داشته باشند. زخم بستر مناطقی از پوست آسیب دیده هستند که در اثر اعمال فشار بیش از حد به آن ناحیه ایجاد می‌شوند. زخم بستر در نواحی نزدیک استخوان به پوست مانند پاشنه، استخوان دنبالچه، تیغه شانه و آرنج رشد می‌کنند. ترکیبی از کارهای بدنی، استفاده از بالشک یا تشک‌های مخصوص و بررسی روزانه پوست می‌توانند از زخم بستر پیشگیری کرده و به درمان آن کمک کند.

اهمیت شروع درمان به موقع برای ام اس

کاهش ضایعات عصبی

ام اس دارای یک ماهیت پیش‌رونده است و هرچه دیرتر تشخیص داده شود حجم بیشتری از غلاف میلین پیرامون رشته‌های عصبی تخریب می‌شود. با تحلیل رفتن میلین، رشته‌های عصبی حفاظ خود را از دست خواهند داد و در برابر سیستم ایمنی و فاکتورهای التهابی بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند. در صورت بروز هرگونه آسیب به نورون‌ها، ارتباط بین مغز و عضلات دچار اختلال جدی می‌شود. بنابراین هرچه زودتر بتوان از چنین تخریبی جلوگیری کرد فرد آسان‌تر و با موفقیت بیشتری به درمان پاسخ خواهد داد

در دسترس بودن داروهای مؤثرتر

گزینه‌های درمانی برای مبتلایان به ام اس پیشرفته محدود است و دارویی وجود ندارد که بتواند آسیب‌های وارد شده به غلاف میلین را ترمیم کند. اما در مراحل اولیه طیف وسیعی از داروها قادرند از پیشروی بیماری جلوگیری کرده و فرد را برای دستیابی به زندگی بهتر یاری دهند. آن دسته از افرادی که درمان خود را به تعویق می‌اندازند با پیامدهای منفی ام اس بر سلامت مغز روبرو خواهند شد. اگر فردی معلول شود، بازیابی توان از دست‌رفته بسیار چالش‌برانگیز یا حتی غیرممکن می‌شود.

رژیم غذایی چه تأثیری بر ام اس دارد؟

شایع‌تر بودن ام اس در کشورهای غربی، یکی از سرنخ‌هایی است که حاکی از احتمال تأثیر رژیم غذایی بر بروز این بیماری است. تحقیقاتی که در این راستا انجام شده است بیانگر مؤثر بودن دستورالعمل‌ها و توصیه‌های غذایی در کمک به مدیریت علائم و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس است. رژیم غذایی مناسب از راه‌های زیر به بهبود ام اس کمک می‌کند، از جمله:

- جلوگیری از پیشرفت بیماری
- کمک به مدیریت علائم
- کاهش التهاب در بدن

در حالت ایده آل، یک رژیم غذایی مناسب برای ام اس باید:

- جهت مبارزه با التهاب سرشار از آنتی‌اکسیدان باشد
- غنی از فیبر برای کمک به حرکات روده باشد
- برخوردار از کلسیم و ویتامین D برای مبارزه با پوکی استخوان باشد
- حاوی مقدار زیادی ویتامین و مواد معدنی برای مبارزه با کاهش انرژی و تعدیل سیستم ایمنی باشد

به‌موازات مصرف مواد غذایی ذکر شده، بایستی مواد غذایی مضر و التهاب‌زا در رژیم غذایی محدود شوند. برخی شواهد علمی نشان می‌دهد که بعضی از رژیم‌های غذایی نظیر رژیم کتوژنیک ممکن است به بهبود علائم در افراد مبتلا به ام اس کمک کند. با وجود این، تحقیقات ادامه دارد و دانشمندان در حال بررسی بیشتر نقش رژیم غذایی در بهبود ام اس هستند.

منابع:

یوسفی نیک، آرزو و ملکی ها، مرضیه، ۱۳۹۷، نگاهی متفاوت به بیماری ام اس در عصر امروز، پنجمین همایش ملی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران، تهران

یزدانی، سارا و فروغی پور، محسن، ۱۳۹۸، تاثیر بیماری ام. اس. بر همبستگی عملکرد حافظه های معنایی و رویدادی، شانزدهمین کنگره بین المللی ام اس، مشهد

درس آموخته ها



عنوان	توزیع دوز داروی اشتباه
شرح حادثه بیمار خانم ۴۴ ساله با در سرویس داخلی بستری بوده است دستور داروی ان استیل سیستین ۱ گرم جهت بیمار توسط پزشک معالج در خواست میگردد پس از تماس با داروخانه و اطمینان از عدم وجود داروی ان استیل سیستین ۱ گرم و وجود داروی ۲۰۰ میلی گرم در داروخانه در سیستم دارویی ۵ عدد داروی ۲۰۰ میلی گرم جهت بیمار در خواست میگردد پس از دریافت دارو از داروخانه بدون توجه به دوز دارو بدون رعایت ۷ رایت ۵ عدد داروی ۱ گرمی جهت بیمار تزریق میگردد که سریعاً خطا به صورت خود اظهاری گزارش میگردد و روند درمان پس از اطلاع به پزشک معالج انجام میشود صمیمانه از خود اظهاری بخش مورد نظر جهت جلوگیری از بروز خطاهای مشابه در سیستم و کمک به حفظ ایمنی بیماران کمال تشکر را داریم	
علل رویداد حادثه عدم رعایت ۷ رایت دارو دهی	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی مقرر گردید همکاران محترم درمان بدون توجه به اظهارت فرد دیگر شخصا نام دارو و دوز ثبت شده روی دارو را به دقت بررسی نموده و سپس اقدام به تزریق نمایند مقرر گردید لزوم رعایت ۷ روش دارو دهی با دقت در تمامی بخش ها اجرا گردد تا از بروز خطاهای مشابه پیشگیری شود	

Medical Errors Scenario

	عنوان	
	پارگی مثانه حین جراحی هیستریکتومی	
	شرح حادثه	
	بیمار خانم ۴۳ ساله حین جراحی هیستریکتومی دچار پارگی مثانه شده است پس از ترخیص با شکایت دیستانسیون شکمی و خروج ادرار به صورت قطره قطره مراجعه مینماید	
	علل رویداد حادثه	
	عدم توجه جراح به بررسی مثانه قبل از بستن شکم	
	اقدامات اصلاحی پیشنهادی	
	توصیه شد پزشکان محترم زنان در صورت مشاهده چسبندگی و بزرگی رحم عمل جراحی را مشترکا در هر دو سرویس محترم زنان و اورولوژی انجام دهند توصیه شد پرسنل محترم پرستاری به آموزش های حین ترخیص و علائم هشدار مختص هر تشخیص توجه ویژه داشته باش	

	عنوان	نیدل استیک شدن پرسنل
	شرح حادثه	علت عدم رعایت تفکیک پسماند و وجود سوزن در داخل سطل زباله پرسنل محترم خدمات به هنگام جمع آوری پسماند ها دچار نیدل استیک شده است
	علل رویداد حادثه	عدم رعایت تفکیک پسماند
	اقدامات اصلاحی پیشنهادی	-مقرر گردید رعایت تفکیک پسماند و جمع آوری پسماند های تیز و برنده در سیفتی باکس ها با دقت در دستور کار قرار بگیرد ۲-در بخش هایی که به دلیل باز نمودن شیشه شیر نوزاد با سوزن توسط همراهان امکان عدم رعایت تفکیک پسماند و انداختن سوزن در سطل زباله وجود دارد لطفا در بدو پذیرش آموزش های لازم به بیماران و همراهان داده شود

	عنوان	تورم دست پس از تعیبه آتزیوکت
	شرح حادثه	بیمار خانم ۳۶ ساله در سرویس جراحی به علت عمل جراحی زیبایی بستری گردید پس از ارزیابی اولیه و انجام اقدامات اولیه پرستاری Ivline از دستی که دارای زیور آلات (الگو) بود فیکس گردید پس از جراحی دست بیمار دچار تورم بسیار شدید میشود
	علل رویداد حادثه	عدم توجه پرسنل به خروج زیور آلات قبل از جراحی عدم توجه پرسنل فیکس نکردن iv line از دستی که زیور آلات دارد
	اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- مقرر گردید از دستی که زیور آلات فیکس میباشد به هیچ عنوان ivline گرفته نشود به علت اینکه با احتمال عدم کارایی ivline و تخریب ivline تورم دست؛ زیور آلاتی مانند الگو؛ دقیقا مانند تورنیکه عمل کرده و باعث تورم بیشتر اندام و افزایش فشار و آسیب به اندام میشود ۲- مقرر گردید قبل از عمل جراحی زیور آلات بیمار کاملا خارج گردد و در صورت عدم همکاری بیمار با توضیح کافی در خصوص این امر که تحقق این مهم موجب صیانت از ایمنی خود بیمار میشود سعی گردد بیمار مجاب شود ۳- مقرر گردید در تحویل و تحول بین بخش ها صحت عملکرد اتصالات و صحت مکان قرارگیری اتصالات با دقت بیشتری بررسی

عنوان

تزریق ۲ نوبت داروی سینگل دوز

مددجو در تاریخ ۸/۹ شیفت عصر ساعت ۱۷ از اورژانس در بخش بستری میشود دستور تزریق دارو سینگل دوز داشته است پرسنل برای بیمار تیک تزریق دارو در کاردکس ثبت نکرده بودند در ساعت ۱۹:۳۰ به علت عدم تحویل و تحول صحیح تزریق دارو به همکاران شیفت شب اعلام نشده بود و همکاران شیفت شب نیز بدون خواندن گزارش پرستاری اقدام به تزریق مجدد داروی مورد نظر به بیمار کرده اند. تاریخ ۸/۱۰ سرپرستار بعد از چک سیستم his متوجه دو مرتبه درخواست دارو در سیستم میشود و پس از تماس تلفنی با پرسنل شیفت شب گذشته متوجه تزریق دو نوبت داروی سینگل دوز میشود	شرح حادثه
۱. عدم رعایت اصول کاردکس نویسی ۲. عدم انجام تحویل و تحول مناسب حین تحویل شیفت	علل رویداد حادثه
۱. مقرر گردید تغییر و تحول بیمار طبق پروتکل isbar با نهایت دقت انجام شود ۲. مقرر گردید کاردکس نویسی در نهایت دقت نوشته شود و بعد از تزریق داروی stat با تیک قرمز مشخص شود ۳. مقرر گردید سرپرستاران و پرستار مسول شیفت داروهای دستوری پزشک را با سیستم his تطبیق دهند	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

شرح حادثه

بیمار آقای ۵۳ ساله تحت پوشش مرکز خیریه ۱۴۰۲/۰۵/۱۱ ساعت ۱۴/۲۵ با تشخیص اولیه تنگی نفس بستری موقت و درخواست ویزیت داخلی شد. در ساعت ۲۰/۱۶ بعلت تنگی نفس و تشخیص نهایی CLL با ادم جنرالیزه در سرویس آنکولوژی بستری دایم شد. علائم حیاتی بدو پذیرش : T:36/5 Spo2:78 RR:18 PR:89 BP:160/97

در ویزیت ۱۴۰۲/۰۵/۱۱ ساعت ۲۳ ویزیت داخلی انجام و ICU add / مشاوره بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام و به ICU منتقل شد. در شرح حال اولیه بیمار داروهای مصرفی کلونازپام / کلروپرومازین / فلوکسیتین / ترازودون / +opium / smoker: + قید شده که در ویزیت اول هم درخواست شده داروهای بیمار آورده شود که در طول مدت بستری این امر انجام نشده و تلفیق دارویی صورت نگرفته است.

در ویزیت ۱۴۰۲/۰۵/۱۲ توسط پزشک معالج قابل انتقال به بخش که در ویزیت مجدد بدون درج تاریخ رزیدنت بدلیل نداشتن همراه در ICU بماند. درخواست انجام آزمایشات روزهای زوج دستور داده شد.

۱۴۰۲/۰۵/۱۴ ساعت ۱۲ با ویزیت متخصص بیهوشی دستور خروج از ICU و انتقال به بخش با صلاحدید پزشک معالج ولیکن همچنان بعلت نداشتن همراه در ICU میباشد. جواب K:3/3 گزارش شده که دستور خاصی صادر نشده است.

۱۵. ۱۴۰۲/۰۵/۲۲ طبق گزارش پرستار با رعایت نکات ایمنی با GCS:15/15 به بخش منتقل شد که اشاره ای به نداشتن همراه نشده است. در ویزیت ۱۴۰۲/۰۵/۱۶ توسط پزشک معالج دستور همراه از بهزیستی داده شد که در گزارش پرستار شیفت قید شده است بدلیل نداشتن همراه نمونه درخواستی ارسال نشده است ولیکن اشاره ای به احتمال سقوط و آموزش به بیمار در این زمینه نشده است. مجددا در برگه ج آزمایش K:3 گزارش شده که دستور خاصی صادر نشده است. در گزارش پرستاری چندین شیفت اشاره ای به همراه و احتمال سقوط نشده است.

۱۴۰۲/۰۵/۱۷ ساعت ۱۰ در ویزیت پزشک معالج پیگیری نداشتن همراه از بهزیستی ثبت شده که ساعت و تاریخ دقیق مراجعه همراه به بخش مشخص نمیشد.

در مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ شیفت شب. همراه بیمار بخش را بدون اطلاع پرسنل ترک کرده است که پس از تماس با مسول مرکز عنوان شده که حضور پیدامیکن که متأسفانه همراه مراجعه نکرده است. بیمار طبق اظهار پرستار شیفت در ساعت ۵/۳۰ صبح در ساعت استراحت پرستار بیمار و حضور پرستار دوم به دنبال خروج از تخت علیرغم بالا بودن بدساید دچار سقوط از تخت و باصورت به زمین افتاده است دچار

کاهش سطح هوشیاری شد که پس از اطلاع به پزشک ویزیت رزیدنت در ساعت ۰۶/۰۴ صبح انتقال به ICU و اطلاع اورژانسی مقیم بیهوشی صادر شد. علایم حیاتی بیمار با مانیتورینگ Spo2: 95 Bp:190/100 P:100 RR:22. بیمار دستور CT پس از OK بیهوشی داده شد. BS:118 میباشد. ویزیت بیهوشی ساعت ۰۷/۱۲ انجام و توسط متخصص بیهوشی با لوله تراشه ش ۸ اینتوبه و به ونتیلاتور وصل شد. در ناحیه بینی کوفتگی و کبودی مشاهده میشود. ساعت ۰۸/۳۰ با ونتیلاتور پرتابل برای انجام CT و انتقال به ICU4 منتقل شد. ویزیت در ICU ساعت ۰۹/۴۰ توسط پزشک معالج انجام آزمایشات درخواستی ارسال و مشاوره اورژانسی نوروسرجری درخواست شد. پس از هماهنگی با مرکز مدنی جهت مشاوره ساعت ۱۱ پذیرش از مدنی اخذ شد. بنا به دستور پزشک معالج قبل از اعزام دو واحد ffp دریافت نماید. که با گروه خوب O+ و شماره کیسه V320023300513 بدون عارضه انفوزیون شد. در ساعت ۱۳/۵۰ جهت اعزام به آمبولانس تحویل داده شد. بیمار در مرکز مدنی مورد عمل جراحی تخلیه همتوم قرار گرفت ولیکن پس از یک روز متاسفانه پس از احیا قلبی ریوی فوت شد

۱. عدم استفاده از مهار فیزیکی یا شیمیایی در بیمار دارای بیقراری - افت هوشیاری - دلریوم
۲. عدم تاکید کادر درمان به همراه بیمار در خصوص ترک نکردن بالین بیمار حتی برای مدت کوتاه و همراه بیمار کانفیوز به ایستگاه پرستاری
۳. عدم شناسایی بیماران در معرض سقوط توسط سرپرستار ابتدای شیفت و درج در دفتر تقسیم کار دفتر تقسیم کار توسط سوپروایزر
۴. عدم بررسی بیمار بر اساس معیار موریس از نظر احتمال سقوط در تمام بیماران بستری در بخش و ایستگاه سوپروایزر کشیک
۵. عدم درخواست ویزیت جهت بیقراری و احتمال سقوط و فشار بالا توسط پرستار
۶. عدم اجرای موثر هنداف و هنداور در تحویل و تحول بیمار
۷. عدم انجام تلفیق دارویی با توجه به مصرف داروهای اعصاب و روان و مخدر توسط بیمار
۸. عدم اطلاع رسانی وجه به K=3 مورخ ۱۴۰۲/۵/۱۶ و عدم درخواست مجدد پتاسیم بصورت روزانه توسط پزشک معالج
۹. عدم ارزیابی اولیه پس از تحویل و تحول بیمار از ICU به بخش
۱۰. عدم انجام چارت راند ۲۴ ساعته بصورت موثر توسط سرپرستار
۱۱. عدم اطلاع رسانی مصوبات کمیته ایمنی به پرسنل توسط سرپرستار

علل رویداد حادثه

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

۱. شناسایی بیماران در معرض سقوط توسط سرپرستار ابتدای شیفت و درج در دفتر تقسیم کار و امضا دفتر تقسیم کار توسط سوپروایزر
 ۲. الزام بر رعایت نکات ایمنی و وجود همراه ثابت جهت بیماران در معرض سقوط بر حضور همراه و آموزش موثر همراه
 ۳. تنظیم صورتجلسه در صورت عدم حضور همراه توسط حراست با اطلاع مسول شیفت به سوپروایزر و حراست
 ۴. بررسی بیمار بر اساس معیار موریس از نظر احتمال سقوط در تمام بیماران بستری در بخش و اعلام به سوپروایزر کشیک
 ۵. پیگیری اثربخشی آموزشهای ثبت و گزارش نویسی بر اساس شرایط موجود بیمار بصورت واقعی توسط سرپرستار و سوپروایزر بالینی
 ۶. پیگیری جهت آموزش لازم به همراه در خصوص ایمنی بیمار
 ۷. تذکر در خصوص عدم درخواست ویزیت جهت بیقراری و احتمال سقوط و فشار بالا توسط پرستار شب مورخ ۱۴۰۲/۵/۱۸
 ۸. تاکید بر اجرای موثر هنداف و هنداور در تحویل و تحول بیمار
 ۹. درخواست پاسخگویی پزشک معالج در خصوص عدم انجام تلفیق دارویی با توجه به مصرف داروهای اعصاب و روان و مخدر توسط بیمار
 ۱۰. درخواست پاسخگویی به جهت عدم اطلاع رسانی وجه به $K=3$ مورخ ۱۴۰۲/۵/۱۶ و عدم درخواست مجدد پتاسیم بصورت روزانه توسط پزشک معالج
 ۱۱. چک مجدد برگه ارزیابی اولیه پس از تحویل و تحول بیمار از ICU به بخش
 ۱۲. پیگیری انجام چارت راند ۲۴ ساعته بصورت موثر توسط سرپرستار
 ۱۳. پیگیری اطلاع رسانی
 ۱۴. عدم رعایت نکات ایمنی و پیشگیری از سقوط بیمار
 ۱۵. مصوبات کمیته ایمنی به پرسنل توسط سرپرستار
- تذکر کتبی به پرستار مربوط بعلت

عنوان

سقوط نرده برانکارد آمبولانس بر روی دست بیمار

شرح حادثه

بیمار ۶۴ ساله مورخ ۱۳/۰۵/۱۴۰۲ ساعت ۰۳/۵۵ صبح با شکایت درد قفسه سینه و تنگی نفس بستری موقت و پس از انجام اقدامات اولیه در ساعت ۰۸/۲۲ با تشخیص تنگی نفس و پنومونی بستری داریم شد. بیمار سابقه کووید دیابت و فشارخون و مصرف لوژارتان متفورمین و دیابزید دارد. از ۴ روز پیش تعریق سرد/تب و لرز و درد قفسه سینه داشته است. علایم حیاتی در بدو پذیرش: $SPo_2=85$ $T:36.5$ $RR:18$ $PR:113$ $BP:113/74$ طبق شرح حال بیمار بقرار است و دیسترس تنفسی دارد. ساعت ۱۰/۱۰ صبح حین جابجایی به آمبولانس برای انتقال به ICU بعلت افتادن نرده برانکارد آمبولانس بر روی دست بیمار حدودا ۱/۳ ابتدایی بند آخر انگشت چهارم دست راست امپوته شده که بلافاصله به اورژانس برگردانده و ویزیت پزشک طب اورژانس انجام و پانسمان فشاری مرطوب شد. در ساعت ۱۰/۲۵ درخواست مشاوره شد. در حین انتقال از اورژانس به آمبولانس پرستار مربوطه بر بالین بیمار حضور نداشته و کمک بهیار و خانواده حضور داشتند

علل رویداد حادثه

- ۱ - عدم بررسی کامل نکات ایمنی در حین انتقال از جمله فیکس بودن کمربند و بررسی اتصالات
 - ۲ - عدم پایش مستمر سالم بودن تجهیزات انتقال بیمار از نظر نکات ایمنی
 - ۳ - عدم حضور پرستار مسول بیمار بر بالین بیمار در حین انتقال و نظارت مسول بخش و عدم نظارت سوپروایزر شیفت اورژانس
 - ۴ - سهل انگاری بیمار و آموزش ناپذیر بودن وی
 - ۵ - عدم اطلاع به پزشک در خصوص مهارت فیزیکی و شیمیایی بیمار در صورت عدم آموزش پذیری بیمار
 - ۶ - نبود نیروی کارآمد ویژه بعنوان بیماربر برای نقل و انتقال ایمن بیمار
- عدم اثر بخشی آموزشهای ایمنی بیمار به پرسنل

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

- ۱ - بررسی کامل نکات ایمنی در حین انتقال از جمله فیکس بودن کمربند و بررسی اتصالات توسط مسول شیفت / پرستار مربوطه و کمک بهیار
- ۲ - پایش مستمر سالم بودن تجهیزات انتقال بیمار از نظر نکات ایمنی توسط تجهیزات پزشکی و ارایه گزارش هفتگی سلامت تجهیزات به مسول ایمنی
- ۳ - حضور پرستار مسول بیمار بر بالین بیمار در حین انتقال و نظارت مسول بخش و نظارت سوپروایزر
- ۴ - لزوم ارائه آموزشهای ایمنی به بیمار به شیوه ای اثربخش و قابل درک
- ۵ - لزوم کنترل اثربخشی آموزشهای ایمنی ارائه شده به بیمار در هر شیفت
- ۶ - لزوم اطلاع به پزشک در خصوص بررسی نیاز به مهار فیزیکی
- ۷ - پیشنهاد نیروی کارآمد ویژه بعنوان بیماربر برای نقل و انتقال ایمن بیمار
- ۸ - آموزش مجدد و مداوم پرسنل توسط سوپروایزر آموزش و مسول ایمنی

شرح حادثه

. بیمار خانم ۵۶ ساله بوده که در تاریخ ۱۴۰۲/۱/۲۱ ساعت ۲۰ با علائم تنگی نفس و ضعف و بیحالی به تریاژ بیمارستان مراجعه نمود.

بدو ورود فشار خون 150/80 و $SPO_2=98\%$ داشت.

بیمار سابقه مشکلات قلبی و تعویض دریچه و مصرف وارفارین و اسپرین داشته و با سطح ۲ تریاژ در اورژانس بزرگسال بستری می شود.

ساعت ۲۱:۵۰ توسط پزشک عمومی ویزیت شده و دستور سی تی اسکن ریه و ویزیت عفونی و آزمایشات روتین و اکسیژن ترابی داده می شود.

در آزمایشات $CR=2.89$ و $K>8$ داشت.

ساعت ۱:۴۹ ویزیت رزیدنت داخلی شد که دستور ICU AD -مشاوره قلب و اکو-مشاوره نفرولوژی-سونوگرافی شکم و لگن- مشاوره بیهوشی

داده شد .مشاوره نفرولوژی تلفنی توسط رزیدنت داخلی انجام شد که دستور تعبیه شالدون و دیالیز اورژانسی دادند.

مشاوره جراحی درخواست

شد که رزیدنت جراحی در بخش اورژانس حاضر شدند و شالدون گذاری انجام شد . هیچ نتی در پرونده توسط رزیدنت جراحی (برگه مشاوره-شرح

عمل-دستورات و ...) گذاشته نشد. در گزارش پرستاری نام رزیدنت و توضیحات انجام پروسیجر ثبت نشده است.

۱۴۰۲/۱/۲۲ از ساعت ۳ تا ۵ صبح یک نوبت همودیالیز در بخش ICU3 شد و سپس در ساعت ۶ صبح به بخش ICU5 منتقل شد.

ساعت ۷:۱۵ توسط رزیدنت داخلی ویزیت شد که با توجه به خونریزی فعال از محل شالدون دستور پانسمان فشاری و تزریق ۲ واحد FFP داده شد.

ساعت ۱۱:۱۵ دو واحد FFP تزریق شد و از ساعت ۱۴:۳۰ تا ۱۷ دیالیز نوبت دوم بدون هپارین انجام شد. شرح عمل و برگه مشاوره جراحی توسط

رزیدنت جراحی در ساعت ۱۶:۳۰ در بخش ICU 5 تکمیل شد که علی رغم وجود شواهد پرونده مبنی بر خونریزی از محل شالدون گذاری و

جاماندن گایدوایر در رگ بیمار ، نوشته شده بیمار خونریزی و هماتوم ندارد و گایدوایر به پرستار تحویل داده شد.پرستار بخش زیر برگه مشاوره را

مهر و امضا می کند با اینکه دستورات اشتباه هستند. بیمار ۱۴۰۲/۱/۲۶ به بخش فوق تخصصی زنان منتقل

شد. ۲۷/۱/۰۲ با توصیه به مراجعه سرپایی به کلینیک قلب و نفرولوژی با $Cr=1.34$ مرخص شد. روز بعد بیمار جهت انجام ویزیت قلب به تهران مراجعه نمود که در بررسی ها متوجه وجود گایدوایر در رگ بیمار شدند و به این مرکز ارجاع شد. ۱/۲۹/ مجددا در بخش جراحی زنان بستری شد و بعد از اصلاح INR بیمار به بیمارستان رجایی منتقل و گایدوایر توسط متخصص قلب و اینترنشن خارج گردید و بیمار در تاریخ ۲/۱/ ترخیص شد.	
۱ - عدم خارج کردن گایدوایر پس از تعبیه شالدون توسط پزشک انجام دهنده پروسیجر ۲ - عدم اطلاع جاماندن گاید وایر در رگ بیمار به رزیدنت ارشد یا اتند ۳ - عدم تکمیل مستندات پرونده (شرح عمل-مشاوره) بلافاصله بعد از انجام پروسیجر توسط پزشک ۴ - تکمیل فرمها (شرح عمل-مشاوره) روز بعد توسط رزیدنت دیگری و ثبت اطلاعات نادرست (عدم خونریزی- تحويل گایدوایر به پرستار) ۵ - عدم نظارت رزیدنت سال بالا بر انجام پروسیجرها توسط رزیدنت های سال پایین ۶ - عدم انجام پروسیجرهای تهاجمی در اتاق عمل چک راند دستورات نادرست پزشک توسط پرستار	علل رویداد حادثه
- تذکر به رزیدنت انجام دهنده پروسیجر بابت عدم خارج کردن گایدوایر پس از تعبیه شالدون و عدم اطلاع جاماندن گاید وایر در رگ بیمار به رزیدنت ارشد یا اتند و عدم تکمیل مستندات پرونده (شرح عمل-مشاوره) بلافاصله بعد از انجام پروسیجر و تکمیل فرمها روز بعد توسط رزیدنت دیگری ۲- تذکر به رزیدنتی که با وجود اینکه انجام دهنده پروسیجر نبوده است ولی مستندات را در پرونده تکمیل کرده و مهر و امضای خودش را ثبت نموده است. ۳- تذکر به رزیدنت ارشد بابت عدم نظارت بر انجام پروسیجر توسط رزیدنت سال پایین	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

۴- با توجه به شرایط بیمار و در صورت اورژانسی نبودن، کاتترگذاری جهت دقت بیشتر در اتاق عمل گذاشته شود.

۵- تذکر به پرستار مربوطه بابت تایید دستور غیرواقعی پزشک

۶- تذکر به پرستار اورژانس بابت عدم ثبت دقیق چگونگی انجام پروسیجر تهاجمی تعبیه شالدون در گزارش پرستاری (توسط چه کسی؟ در چه ساعتی؟ با حضور کدام انترن؟ و...)

۷- جلسه ای جهت آموزش نکات ایمنی و مسائل قانونی به رزیدنتهای جراحی برگزار گردد.

۸- نظارت بر انجام پروسیجرهای جراحی توسط رزیدنتها و پیگیری وضعیت بیمار حتما توسط اتند و رزیدنت ارشد انجام شود