مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی طالقانی

MedicL Center TALEGHANI

مراقبت پرستاری در بیماران ترومایی

جزوه کمک آموزشی

کد سند: TRFO 007
عنوان سند: جزوه آموزشی
تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۳/۱۰/۱
شماره بازنگری: ۰۱

تهیه کننده : واحد آموزش

مراقبت پرستاری در بیماران ترومایی

تعریف تروما:

آسیب به بدن در اثر تغییر در انرژی محیط

ارزیابی اولیه و احیاء

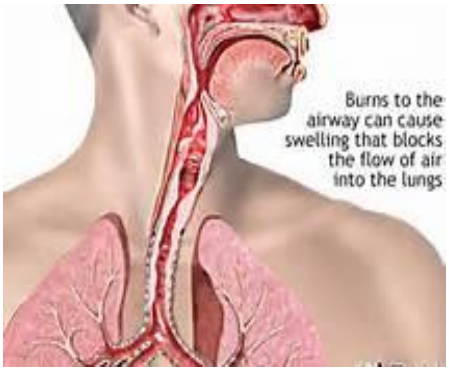
شروع درمان بیماران ترومایی توسط تیم اورژانس است.

اولین گام در اورژانس بیمارستان بررسی ABCs می باشد.

Airway

A : راه هوایی

- بیماری که خودش صحبت می کند نیازی به ارزیابی بیشتر ندارد
- در سایر بیماران دهان, حلق و در صورت لزوم حنجره باید نگاه شده و اقدامات مقتضی مثل ساکشن, گذاشتن Airway یا لوله تراشه انجام شود
- تمام بیماران دارای اختلال هوشیاری باید انتوبه شوند



موقعیت لوله تراشه در نای

Breathing

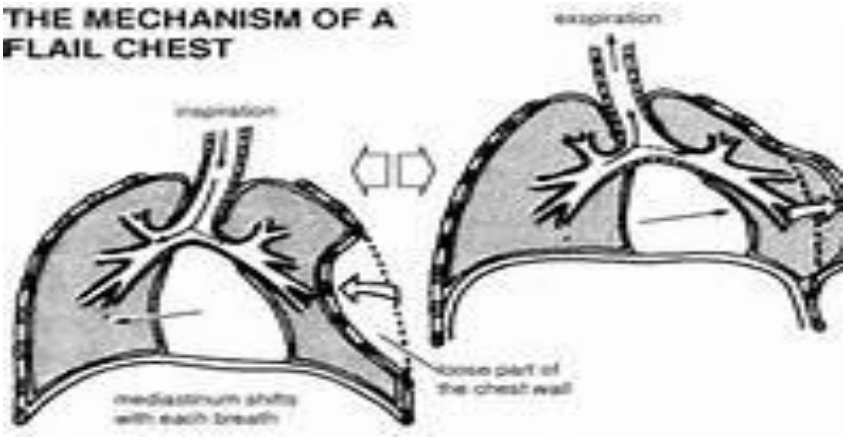
B : داشتن تنفس

- در صورتیکه بیمار تنفس خود بخودی ندارد باید پس از گذاشتن لوله تراشه به وی تنفس مصنوعی داده شود.
- در تمام بیماران multiple trauma باید اکسیژن ۱۰۰% تجویز شود.
- در صورتیکه بیمار علی رغم باز بودن راه هوایی به سختی نفس کشیده ,کبود بوده یا تاکی پنه دارد باید به فکر هموپنوموتوراکس بود و ریه ها سمع شود.
- اگر زخمی در قفسه سینه وجود دارد که هوا از آن رد و بدل می شود باید فورا برای بیمار چست تیوب گذاشت ولی اگر فعلا امکان آن نیست باید زخم را با پانسمان نیمه بسته پوشاند .

Sucking wound

↓

flail chest



Circulation

C : جریان و فشار خون

- برای ارزیابی فشار خون اولین قدم گرفتن نبض رادیال بیمار است.
- بیمار با نبض رادیال دارای فشار حداقل ۸۰ می باشد.
- در صورتیکه فشار بیمار کمتر از ۱۰۰ بود فورا باید ۲ رگ مناسب با آنژیوکت سبز یا خاکستری گرفته شده و سرم رینگر یا نرمال سالین شوت شود.
- اگر بیمار رگ مناسبی ندارد باید فورا کات داون شده و یا رگ مرکزی گرفته شود .
- هر نوع خونریزی خارجی با فشار انگشت یا دست متوقف شود .

بطور خلاصه اقدامات زیر باید صورت گیرد:

- IV line (2* green or gray)
- Normal saline or Ringer
- Foley catheter & control of I/O
- Pulse oximetry
- BP monitoring

Spine

در آسیب های نخاعی توجه به بستن فیلادفیای مناسب و حرکت ،حس اندامها الزامی می باشد.

همینطور جابجایی و تغییر وضعیت بسیار مهم و حیاتی است.

مولتیپل تروما

به مواردی گفته می شود که بیش از دو ارگان یا عضو بدن آسیب دیده است .

بیمارانی که حتما باید بستری شوند

- هر بیماری که نیاز به اقدام خاص درمانی یا تشخیصی دارد.
- تروماهای ماژور :

۱- عابر پیاده با خودرو

۲- تغییر سرعت ناگهانی و شدید

۳- پرت شدن از خودرو

۴- موتور سیکلت سوار

۵- سقوط از ارتفاع بیشتر از ۶ متر

۶- اگر در خودروی بیمار، فرد دیگری فوت کرده است

۷- زمان بیرون کشیدن بیمار از خودرو بیش از ۲۰ دقیقه باشد

نکات مهم در برخورد با بیمار مالتیپل تروما

- اصول ABC رعایت شود
- تمام اقدامات تیم احیاء باید توسط یک نفر هدایت شود
- بیمار کاملا برهنه شود
- تمام بیماران کولار داشته باشند
- جابجا کردن بیماران به روش ۴ نفره انجام شود
- علائم حیاتی هر ۵ دقیقه چک شود – پس از پایدار شدن این فاصله هر ۱۵ دقیقه و سپس هر ۳۰ دقیقه تا ۴ ساعت ادامه یابد
- تمام بیماران مالتیپل تروما باید سونداژ شوند
- هنگام سونداژ حتما یک نمونه ادرار ارسال شود

در تمام موارد آزمایشات زیر درخواست شود : CBC – UA – BG – RH

- سایر آزمایشات بر اساس شرایط بیمار درخواست می شود
- پس انجام معاینه پزشک, بیمار با پتو گرم نگه داشته شود
- همراهی بیمار هیچ نقشی در هیچ مرحل ای از درمان نباید داشته باشد
- مطلع کردن سریع و به موقع پزشک مسوول بسیار مهم است
- سرعت عمل در انجام دستورات می تواند تنها عامل نجات بیمار باشد
- هیچ دستوری در بیماران ترومایی کم اهمیت نیست
- درمان بیماران ترومایی بصورت تیمی بوده و هیچ کاری خارج از وظیفه و شان کاری ما نیست

Abdominal Trauma

انواع: ۱- Blunt ۲- Penetrating

- در اولین قدم درمان ،مانند تمام بیماران ترومایی چک ABCs لازم می باشد.
- در بیماری که با تروما شکم مراجعه کرده است سایر تروماها را نیز باید در نظر گرفت.
- ممکن است جهت ارزیابی ،لاپاراتومی تشخیصی انجام شود.
- ارزیابی آسیب های نخاعی و ضربه سر،مصرف الکل و سایر داروها...

Penetrating abdominal trauma

۱-gunshot or shotgun

۲- stab wounds

Gunshot

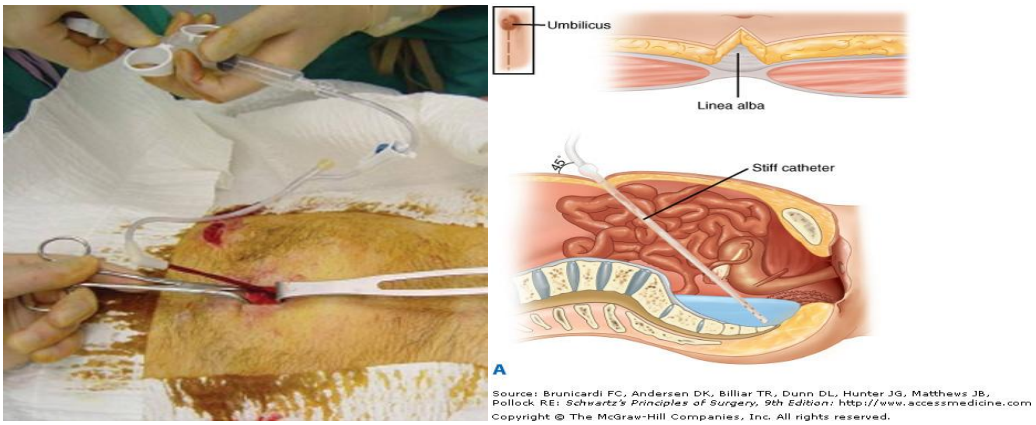
به تفاوت نوع گلوله و جراحت ایجاده شده توسط**Gunshot** و**shotgun** ،دقت نمایید.

Shotgun

قبل از لاپاراتومی در جراحات ناشی از shotgun یا Gunshot که در حفره شکمی نفوذ کرده اند،ارزیابی اولیه الزامی می باشد.

Stab wounds

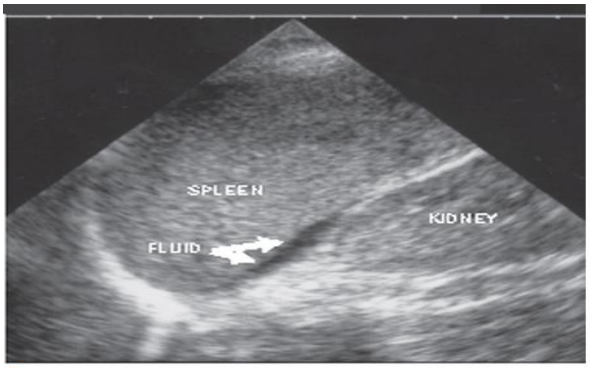
بیماران با آسیب های نفوذی به فاشیا باید بعدا از نظر جراحات داخل شکمی بررسی شوند زیرا در ۵۰% موارد نیاز به لاپاراتومی بوده است.بنابراین آزمایشات سریال،DPL، CT اسکن جهت تشخیص های افتراقی می تواند لازم باشد.



اقدام تشخیصی: DPL

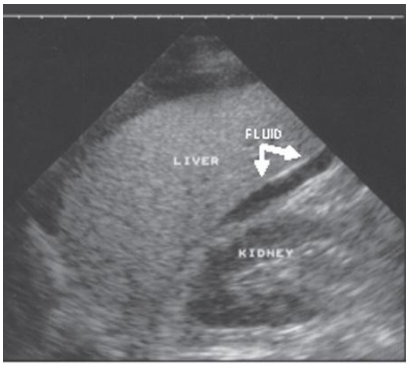
Blunt abdominal trauma

- تروما بلانت شکمی ابتدا بوسیله سونو FAST ارزیابی می شود.
- بیمارانی که در سونو FAST مایع دیده شده است، FAST مثبت گفته می شوند.
- سونو FAST می تواند اکثرا جایگزین DPL شود.
- سونو فست منبع موثقی برای خونریزی است اما در مورد ارگانهای توپر(solid) قابل اعتماد نمی باشد.



B

Source: Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery, 9th Edition*: http://www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



A

Source: Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE: *Schwartz's Principles of Surgery, 9th Edition*: http://www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

بیماران با فست مثبت که شرایط لاپاراتومی ندارند و همودینامیک پایدار دارند،تحت CT اسکن ارزیابی می شوند.

Pelvic fracture

- تروما بلانت در لگن ممکن است با شکستگی های متعدد با خونریزی های وسیع همراه باشد.
- قسمت های نوک تیز استخوان می تواند باعث آسیب مثانه،رکتوم و واژن شود.
- اگر در معاینه خون آشکار در مه آ،هماتوم در پرینه یا اسکروتوم یا در قسمت بالایی پروستات می بینید به آسیب های مجرای ادراری شک کنیم.

یک نکته:

معاینه لگن باید توسط یک نفر که تصمیم گیرنده نهایی است وبرای یک بارانجام شود.

درمان:

- احیا سریع
- فیکس و ثابت کردن استخوان
- کنترل خونریزی با پک کردن لگن و یا آنژیوامبولیزیشن

بررسی چند جانبه شامل:

جراح تروما
جراح ارتوپدی
رادیولوژیست
پزشک بیهوشی
بانک خون

ثابت کردن لگن با یک پارچه محکم یا کمربند جهت اقدامی موقتی و فوری لازم می باشد.

Trauma in pregnancy

تغییرات سیستم کاردیوواسکولار در حاملگي

کاهش مقاومت عروق محیطي

افزایش خروجي قلب تا ۵۰% در تریمستر اول

افزایش حجم خون

افزایش تعداد ضربان قلب

افزایش RBC mass

Radiology in pregnancy

- گرچه میزان اشعه اکثر تصاویر درخواستي زیر حد مجاز و خطر آفرین براي جنین مي باشد، اما از هرگونه تصویر برداري یونیزان غیر ضروري باید پرهیز شود.
- استفاده از MRI علارغم یونیزان نبودن و بعلت عوارض حیواني دیده شده در سه ماهه اول بارداري ممنوع است.
- استفاده از سونوگرافي هیچ ممنوعیتي ندارد.

تروما شایعترین عامل مرگ غیر مامایي در زنان باردار

علاوه بر مسائل معمول، در زن باردار تروما مي تواند باعث :

- سقط

- زايمان زودرس
- خونريزي جنين
- دكولمان
- پارگي رحم

نكته:

جزء لاينفک درمان در هر بيمار ترومايي انجام مشاوره اورژانس با يک متخصص جراحي زنان خواهد بود .

- **اصول درمان بيماران ترومايي (ABCs) در بيماران باردار متفاوت نبوده و بايد رعايت شوند.**
- **در احياء اين بيماران علاوه بر مادر بايد جنين نيز احياء شود.**
- **با توجه به فشار رحم بر روي IVC در زمان احياء بيماران باردار بايد بيمار در پوزيشن left lateral قرار بگيرد.**
- **اگر در بيمار بعلت آسيب ستون فقرات امكان جابجايي وجود ندارد، وي را به تخت فيكس كرده و سپس كل تخت را به سمت چپ مى چرخانيم.**
- **بعلت افزايش حجم خون مادر در بارداري، براي ايجاد علائم شوک مثل تاكي كاردي و افت فشار خون، بايد حدود ۳۰% از حجم خون از دست برود. لذا در حاليكه مادر دچار اختلال در پرفوزيون نيست جنين مي تواند دچار هيپوپرفوزيون شود.**

قانون

هر بيمار باردار با تروما بايد بستري شده و سرم تراپي براي احياء شروع شود.

Vaginal exam (gynecologist)

- **خونريزي**
- **پارگي پرده ها**
- **پرولاپس بند ناف**
- **بالجينگ پرينه**

در صورت رؤيت ترشحات سفيد ابري يا سبز در سرويكس يا پرينه ،استفاده از كاغذ نيترازين براي بررسي وجود مايع آمنيوتيک در ترشحات لازم مى باشد.

Kleihouer Betke test [K-B test]

- **يک روش خوب براي ارزيابي ترانسفوزيون فتوماترنال**
- **در كليه مادران ترومايي توصيه مي شود در آزمايشات اوليه همراه با BG & Rh درخواست شود**

- چون تعدادي منفي كاذب در اين تست وجود دارد در برخي منابع توصيه مي شود به تمام مادران ترومايي Rh منفي ، آمپول روگام تزريق شود

خلاصه اینکه:

- Left lateral position
- احياء و سرم تراپي علي رغم نرمال بودن علائم حياتي
- مقيسه FH با GA
- معاينه ژنيكولوژي
- مانيتورينگ جنين
- K-B test يا تجويز روگام در مادران Rh منفي

ترومای قفسه ی سینه: (Chest Trauma)

هدف کلی:

آشنایی با روشهای خود مراقبتی و اقدامات و تدابیر لازم جهت بهبود الگوی تنفسی در جهت تسریع بهبودی در فرد مبتلا به ترومای قفسه سینه

اهداف رفتاری:

۱- حد اقل پنج مورد از علائم و نشانه های آسیب قفسه سینه را بیان کند

۲- حداقل دو مورد از موارد خود مراقبتی در بیماری که دچار شکستگی دنده شده است را بیان کند.

۳- روشهای جلوگیری از درد ویا تسکین درد را توضیح دهد.

۴- علائم عفونت زخم را نام ببرد.

۵- روشهای جلوگیری از عفونت را بیان کند.

۶- حداقل سه مورد از اقدامات خود مراقبتی بیماری که چست تیوپ دارد را نام ببرد

۷- ورزشهای تنفسی برای اتساع کامل ریه ها را نام ببرد

۸- اقدامات لازم قبل از خروج چست تیوپ را بداند.

۹- اقدامات لازم بعد از خروج چست تیوپ را بداند

۱۰-علائم خطر پس از ترخیص را نام ببرد

۱۱-نحوه انجام سرفه موثر وروش های حمایت محل برش جراحی بعد از عمل رابیان کند

۱۲-نحوه انجام ورزش های بازو وشانه بعد از عمل جراحی قفسه سینه را توضیح دهد

قفسه ی سینه به دلیل وجود اندام های مثل ریه ، قلب ، عروق و نای از اهمیت ویژه ای برخوردار است ، چون ترومای قفسه ی سینه باعث آسیب این اندام ها می شود .ترومای قفسه ی سینه به صورت نافذ و غیر نافذ به ترتیب باعث آسیب باز و بسته می شود. در ترومای غیر نافذ ضربه می تواند موجب شکستگی دنده ها و جناغ ، کوفتگی ریه ها ، قلب و آئورت شود. صدمات ناشی از گلوله و چاقو شایعترین انواع صدمات نافذ قفسه سینه هستند. دراثر این صدمات پنوموتوراکس، هموتوراکس ، کوفتگی ریه ، تامپوناد قلبی و خونریزی شدید میتواند ایجاد شود.

شکستگی دنده ها:

دنده ها می توانند در اثر عواملی مثل وارد شدن فشار مستقیم به قفسه سینه،ضربات مشت،سقوط و یا اعمال فشار غیر مستقیم مثلاً در ضربات له کننده(مثلاً حاصل از آوار) دچار شکستگی شوند.اگر شکستگی دنده با زخمهای نافذ نیز عارضه دار شده باشد،ممکن است تنفس نیز به طور خطرناکی مختل شده باشد.

شکستگی دنده ها در اطفال به دلیل انعطاف پذیری قفسه ی سینه شایع نیست اما در افراد مسن به دلیل اینکه انعطاف پذیری قفسه ی سینه از دست رفته و استخوان ها شکننده شده اند بسیار شایع است اغلب شکستگی دنده ها در قسمت میانی دنده رخ می دهد.

قفسه ی سینه ی شناور:

شایع ترین علت قفسه ی سینه ی شناور به ترتیب اول تصادف و بعد سقوط از ارتفاع است . در این آسیب یک یا چند دنده از دو قسمت یا بیشتردچار شکستگی شده یا اینکه جناغ به همراه چند دنده از قفسه ی سینه جدا می شود در این حالت قسمت شناور در هنگام دم به جای خارج به داخل و در هنگام بازدم به جای داخل به خارج حرکت می کند که به این حرکت ، حرکت متناقض گفته می شود . در صورتی که قفسه ی سینه ی شناور بی حرکت شود درد کم و تنفس راحت تر می شود . بالشتک حجیمی روی قفسه ی سینه ی شناور قرار داده و با یک باند باید بسته شود و از قرار دادن جسم سنگین روی قفسه ی سینه ی شناور و یا محکم بستن آن جداً باید خودداری شود چون حجم جاری را کم می کند.

شکستگی جناغ :

معمولاً در اثر برخورد با فرمان ماشین یا داشبورد ایجاد می شود در اثراین آسیب ممکن است ریه یا میوکارد قلب کوبیده شود . از شایع ترین علائم شکستگی جناغ افزایش تعداد تنفس است.

بدنبال تروما آسیب های ریه بصورت تجمع هوا در فضای جنب(پنوموتوراکس باز وبسته) تجمع خون در فضای جنب(هموتوراکس)و ... ایجاد می شود. تجمع هوا در فضای جنب ترومای نافذ قفسه ی سینه می تواند موجب تجمع هوا در فضای جنب شود (پنوموتوراکس .) گاهی ممکن است سوراخ شدن مری نیز باعث ایجاد پنومومدیاستن شود که به نوبه خود منجر به پارگی پلور و نشت هوا به درون آن می گردد . مصدوم ممکن است علائم سنکوپ و یا علامت هامان را نیز نشان دهد (صدای خرد شدن با هر ضربان قلب به دلیل وجود هوا در مدیاستن).

در صورت مشاهده علائم فوق ، مصدوم را در پوزیشن نیمه نشسته قرار داده ، اکسیژن را به میزان۱۵ L/min تجویز کنید . بستگی به وسعت پنوموتوراکس ، در مورد جایگذاری لوله سینه (chest Tube) تصمیم گیری می شود.

پنوموتوراکس فشارنده

در صورتی که زخم ایجاد شده در دیواره قفسه سینه و یا ساختمان های ریه به صورت دریچه یک طرفه عمل کند ، با هر دم و یا سرفه ، مقداری هوا به درون فضای جنب کشیده می شود ، بدون آنکه امکان خارج شدن از این حفره را داشته باشد . در این صورت ، فشار داخل حفره جنب به تدریج افزایش یافته منجر به روی هم خوابیدن ریه در همان طرف می شود . به چنین وضعیتی پنوموتوراکس فشارنده می گویند. تجمع خون در فضای جنب تجمع خون در فضای جنب که معمولا با تجمع هوا در فضای جنب همراه است عمدتا بدنبال شکستگی دنده ایجاد می شود و باید لوله گذاری ریه (چست تیوب) انجام شود و خون داخل ریه خارج گردد.

کوفتگی ریه:

این عارضه جزو صدمات بافت ریه بوده ، به دنبال ترومای غیر نفوذی قفسه سینه ایجاد می شود و اغلب با سایر صدمات شدید همراه است . این ضایعه منجر به خونریزی به داخل نسج ریه و آلوئول و مویرگ ها گردد . به تدریج به دلیل آنوکسی و تغییر در نفوذپذیری بافتی ، خون و مایعات در فضای میان بافتی و بین آلوئولها جمع شده ، موجب بروز ادم می گیرند . سر انجام ممکن است به دنبال پیشرفت این ضایعه ، آتلکتازی و انسداد راههای هوایی تحتانی نیز اتفاق بیفتد. تشخیص کوفتگی ریه به دنبال سابقه صدمات غیر نفوذی و له کننده قفسه سینه مطرح می گردد.

تامپوناد پریکارد:

تجمع خون در لایه ی جداری قلب(پریکارد)را تامپوناد پریکارد می گویندکه از پر شدن قلب جلوگیری می کند در نتیجه بازده قلب کم می شود و با پیشرفت آن نهایتاً ایست قلبی رخ می دهد مهمترین علامت تامپوناد آن ضعیف شدن صداهای قلبی و اتساع ورید گردنی است.

کوفتگی میو کارد:

در اثر ترومای غیر نافذ ، یا به دنبال شکستگی دنده ها یا جناغ ، ایجاد می شود که منجر به خونریزی همراه ادم و پارگی لایه میوکارد قلب می شود.

پارگی نای:

مداخلات درمانی شامل تجویز اکسیژن بالا ، جای گذاری لوله سینه و آماده کردن بیمار جهت ترمیم سریع پارگی از طریق جراحی است.

پارگی مری:

در تروماهای نفوذی و غیر نفوذی هر دو ، احتمال پارگی مری وجود دارد پارگی ازوفاژ یک ترومای نادر است اما در صورت بروز ، بسیار کشنده است.

در صورت شکستگی دنده اول و دوم نیز احتمال پارگی آن وجود دارد.

علائم و نشانه های آسیب قفسه ی سینه:

درد در محل آسیب -درد موضعی تشدید شونده با تنفس در محل آسیب -تنگی نفس -خروج خون با سرفه- اختلال در اتساع طبیعی قفسه ی سینه - نبض سریع –کاهش فشارخون – سیانوز در لب ها و بستر ناخن ها.

روشهای تشخیصی:

گرافی قفسه سینه : انجام CXR برای تمام بیماران دچار ترومای بلانت قفسه صدری توصیه می شود.

CT : CT- scan اسکن قفسه صدری در کسی که در CXR او یافته ای دیده شده یا دچار دیس پنه یا درد قفسه صدری پایداراست بکار می رود (مراقبت های لازم در قسمت ضمیمه قید شده است).

درمان:

درمان طبی بیمار با شکستگی دنده و جناغ باید بر مبنای کنترل درد، اجتناب از حرکات فیزیکی و درمان صدمات تشخیص داده شده ، برنامه ریزی شود .معمولا از آرام بخش ها جهت کاهش درد و دادن فرصت جهت انجام تنفس عمیق و سرفه استفاده می شود.

راهکارهای انتخابی تسکین درد :

مسدود کردن عصب بین دنده ای وقراردادن کیسه یخ روی محل شکستگی می باشد معمولا درد 5 تا 7 روز ادامه دارد. بیشتر شکستگی های دنده ها ظرف ۳ – ۶ هفته بهبود می یابد.

درمان قفسه سینه شناور همانند درمان دنده شکسته ، معمولا حمایتی است . درمان شامل پاک کردن ترشحات از ریه ها وکنترل درد می باشد که معمولا با فیزیوتراپی ریه که متمرکز برروشهای اتساع ریه و تخلیه ترشحات است ، انجام می گردد .برای کنترل درد تجویز مسکن توسط پزشک موثرمی باشد

اهداف درمانی **بیماران مبتلا به پنومو توراکس و همو توراکس** شامل اتساع مجدد ریه -خارج نمودن خون یا هوا از حفره پلور -برقراری فشار منفی داخل پلور است.

گذاشتن کاتتر لوله سینه و برقراری سیستم درناژ

برای درمان هموتوراکس(تجمع خون در فضای جنب) لوله قفسه سینه (chest tube) با قطر بزرگ در فضای بین دنده ای چهارم یا پنجم قرار داده می شودوبرای درمان پنوموتوراکس لوله قفسه سینه کوچک نزدیک فضای بین دنده ای دوم گذاشته می شود.

آنتی بیوتیک درمانی برای جلوگیری از عفونت آغاز می شود.

آموزش به بیمار/خانواده:

مراقبتهای مربوط به چست تیوپ:

قبل از گذاشتن **چست تیوپ** ، باید روش وعلت جایگذاری لوله قفسه سینه یا چست تیوب برای بیمارجهت جلب همکاری بهتر در حین انجام پروسیجروکاهش اضطراب بیمار، آموزش داده شود.

به بیمار یادآوری می گرددکه با استفاده از داروی بی حسی موضعی منطقه موردنظر در قفسه سینه بی حس و با استفاده از یک برش کوچک، لوله قفسه سینه را وارد فضای جنب می شود و بعد لوله به جای خود بخیه می شود و در تمام مدت لوله به سیستم تخلیه وصل می شود(چست باتل) و بعد با گازهای استریل و لوکوپلاست کاملا محل مزبور پانسمان می گردد.

۱- علت انجام chest X Ray قبل وبعد از جایگذاری چست تیوپ به بیمار توضیح داده شود در هنگام گذاشتن **چست تیوپ**،به بیمار آموزش داده می شود که : برای گذاشتن لوله در قسمت قدامی قفسه سینه ، بایستی در وضعیت طاق باز و در صورت امکان سر و تنه ۳۰ تا ۴۰ درجه بالاتر از سطح افق قرار گیرد.

۲- در طول انجام پروسجر باید به بیمار آموزش داده شود که از حرکتهای ناگهانی و سرفه و تحرک بپرهیزد.

پس از قرار دادن لوله قفسه سینه به بیماران آموزش داده می شودکه:

۱- برای جلوگیری از گرفتگی لوله قفسه سینه از دراز کشیدن روی لوله خودداری کند در صورت نشت هوا در طول لوله اطلاع دهند.

۲- به بیمار یاهمراه او یادآوری می کنیم در صورت بالا وپایین نرفتن سطح مایع در محفظه به پرستار اطلاع دهد

۳- به بیمارتوصیه می شود که مرتب سرفه و تنفس عمیق کند

۴- در صورت جدا شدن لوله از سیستم تخلیه حتما"باید لوله قفسه سینه کلمپ گردد "بنابراین در همه حال کلمپ باید کنار بستر باشد.

۵- در هنگام انتقال یا جابجایی بیمار برای احتیاط چست تیوپ باید کلمپ شود وپس از انتقال به تخت، کلمپ باز شود.

۶- در صورت وجود لخته در طول لوله تخلیه باید به پرستاراطلاع دهد

۷- برای جلوگیری از عفونت ، روزانه پانسمان اطراف لوله قفسه سینه تعویض می شود و اطراف لوله باید تمیز باشد.

۸- به بیمار آموزش داده می شود که مخزن وصل به لوله قفسه سینه(چست باتل) و در سطح پایین تر ازمحل جاگذاری لوله قرارداده شود.

۹- درصورت وجود ترک و احتمال نشت هوا در طول لوله یا مخزن به پرستار اطلاع دهد.

۱۰- جهت پیشگیری از عفونت از دستکاری بی مورد مخزن ومحل اتصال لوله قفسه سینه وبخیه ها خودداری شود.

اقدامات پرستاری قبل از خروج چست تیوپ:

۱- برای بیمار توضیح داده می شود که خروج چست تیوپ فقط چند ثانیه زمان می برد و در صورت لزوم ۳۰ دقیقه قبل از انجام پروسجر مسکن را تزریق می شود.

۲- بیمارباید دروضعیت نیمه نشسته قرار گیرد

۳- به بیمار توضیح می دهیم که باید بعد از کشیدن بخیه ها یک نفس عمیق بکشد و تا زمان خروج لوله ها توسط پزشک نفس خود را نگهدارد(.مانور والسالوا)

۴- به بیمار آموزش داده شود خروج هر نوع مایع چرکی و خیس شدن پانسمان را گزارش دهد

۵- به بیمار یادآوری می گردد پانسمان محل چست تیوپ را تا معاینه مجدد توسط پزشک باز نکند.

۶- به بیمار آموزش داده شودکه پس از خروج چست تیوپ ،در صورت اشکال در تنفس به پرستار اطلاع داده شود. گاه به علت شدت جراحت پزشک تصمیم به برداشتن یک لوب ریه یا برداشتن یک ریه در بیمار می گیرد.

ارتقاء تحرک و ورزش های شانه

چون به دنبال برش قفسه سینه عضلات دچار صدمه و کشیدگی می شوند، دست و شانه باید در دامنه حرکتی مفاصل حرکت داده شوند. به بیمارآموزش داده می شود که هرچه سریعتر (۸ – ۱۲ ساعت اول بعد از جراحی) باید از تخت خارج و هر چه سریعتر حرکت کند . علاوه بر خروج از تخت به بیماریادآوری می گرددکه ورزشهای بازو و شانه را جهت حفظ حرکت و جلوگیری از سفتی دردناک باز و شانه مبتلا شروع می کند.

رژیم غذایی

سوء تغذیه در بیماران تحت عمل جراحی قفسه سینه به علت تنگی نفس ، تولید خلط و کاهش اشتها متداول است . بنابراین ، بیمار باید از نظر وضعیت تغذیه بعد ا ز جراحی مورد حمایت کافی قرار گیرد . در صورت سمع صداهای روده ای ، رژیم مایعات برای بیمار شروع شده و در صورت تحمل ، بتدریج رژیم غذایی معمولی دریافت می کند. وعده های کوچک ، مکرر و متعادل بهتر تحمل می شوند و برای بهبود و حفظ عملکرد ریه حیاتی هستند . باید از رژیم غذایی پرپروتئین ، پر کالری و سرشار از ویتامین استفاده کنید مصرف سبزیجات و مرکبات و آب میوه های تازه حاوی ویتامین C ، می تواند به بهبود سریعتر رخم کمک کند .

آموزش مراقبت از خود به بیمار/خانواده

به بیماران توصیه می گرددر صورت بروز علایم و نشانه های زیر باید به پزشک مراجعه کنند:

تغییر در وضعیت تنفسی : تشدید تنگی نفس ، افزایش بی قراری ، یا سایر تغییرات در وضعیت ذهنی و شناختی ، افزایش تعداد تنفس ، تغییر در الگوی تنفس ، تغییر در مقدار یا رنگ خلط

-خونریزی یا سایر ترشحات از محل برش جراحی یا سوند قفسه سینه

افزایش درد قفسه سینه:

❊ به علاوه ، روشهای مراقبت تنفسی(اکسیژن ، اسپیرومتر انگیزشی ، فیزیوتراپی قفسه سینه و داروهای وریدی ، استنشاقی یا خوراکی) ممکن است در منزل ادامه یابند . بنابراین لازم است پرستار به بیمار و خانواده در مورد استفاده صحیح و ایمن به آنها آموزش دهد.

نحوه استفاده از اسپیرومتری انگیزشی

در ابتدا به بیماران یادآوری می گردد که :هدف از استفاده از اسپیرومتری ، تنفس عمیق ، ایجاد حداکثر اتساع در برونشها ، سرفه ی موثر و پیشگیری و درمان روی هم خوابیدن ریه به خصوص بعد از اعمال جراحی ، از طریق فیدبک بینایی ، و بر اساس تحمل ، انگیزه ، قدرت اراده و همکاری بیمار است.

به بیمار آموزش داده می شود که جهت استفاده از اسپیرومتر باید به روش زیر عمل نماید:

- ابتدابایدبیمار در پوزیشن نشسته قرار گیرد.
- به بیمار آموزش دهید که یک بازدم عمیق انجام دهد ، سپس قطعه دهانی را کاملا در بین لبهای جمع شده قرار دهد و عمل دم را به آرامی و بطور عمیق (تاحد ممکن) انجامدهد . در انتهای دم هوا را برای ۲ تا ۳ ثانیه نگه داشته ، سپس قطعه دهانی را از دهان خارج کرده و بازدم را انجام دهد.
- بین هر تنفس ۳۰ تا ۶۰ ثانیه استراحت نماید
- این مانور را ۱۰ تا ۱۵ بار در ساعت انجام دهد.
- بعد از استفاده از اسپیرومتر باید قطعه دهانی را بخوبی شستشو داد.
- بعداز هر بار تلاش بیمار را تشویق به انجام سرفه می کنیم
- به بیمار آموزش می دهیم حین سرفه کردن دست خود را روی بخیه ها بگذارد واز انها حمایت کند

"روش های مختلف حمایت محل برش جراحی قفسه سینه در بیماری که بعداز جراحی سرفه می کند"

۳- در صورت تجویز داروی استنشاقی توسط پزشک ،به بیمار آموزش داده می شود که جهت استفاده از اسپری باید به روش زیر عمل نماید:

کلاهک دستگاه را بردارید و مخزن را تکان دهید و بعد آن را در وضعیت قائم مطابق شکل نگه دارید.

سرتان را اندکی به عقب ببرید و هوا از ریه هایتان خارج کنید.

سر وسیله را درون دهان قرار دهید

در حالیکه به آرامی در طول سه تا پنج ثانیه هوا را به درون ریه هایتان وارد می کنید، روی پیستون بالای وسیله فشار آورید .مهم این است که همزمان با فشار اسپری ، دم عمیق را تا آنجا که ممکن است به آهستگی انجام دهید.

برای ۱۰ ثانیه نفس تان را حبس کنید تا دارو فرصت پرکردن ریه ها را پیدا کند.

هرگز بیش از میزان تجویز شده از اسپری استفاده نکنید.

۴- در چند هفته اول بعد از جراحی چندین بار در روز تمرینات تنفسی را ادامه دهد(نکته مهم آموزش به بیمار ، تمرینات شانه(در دامنه حرکتی مفاصل)است .آموزش به بیمار جهت انجام ورزشها ۵ بار در روز مهم است.

۵- از بلند کردن وزنه بیش از 21 پوند تا بهبودی کامل محل جراحی خودداری کند . برای 3 تا 6 ماه ، عضلات قفسه سینه و محل برش جراحی ضعیف تر از حد طبیعی می باشند

۶- از گرمای موضعی ومسکن خوراکی جهت کاهش درد استفاده کند

۷- بلافاصله بعد از احساس خستگی ،تنگی نفس ،یا در د قفسه سینه فعالیت را متوقف کند(در هنگام ترخیص بیمار :پرستارباید به اهمیت افزایش تدریجی فعالیتهای جسمی تاکید کند).

۸- از مواد تحریک کننده برونش بپرهیزد (سیگار ، عطر ، آلودگی هوا و اسپری آئروسل)

۹- از افراد سرما خورده یا دچار عفونت شناخته شد ه بپرهیزد.

۱۰- واکسیناسیون بر علیه انفولانزا را انجام دهد و درباره واکسیناسیون بر علیه پنومونی با پزشک مشورت کند

۱۱- مصرف دخانیات و الکل باید قطع گردد.

۱۲- محل زخم پس از ترخیص باید تمیز و خشک نگه داشته شود

۱۳-در صورت وجود هر گونه قرمزی ، تورم ، حساسیت و یا ترشح چرکی از محل زخم و یا بروز تب ، سریعاً به پزشک معالج مراجعه کنید.

۱۴-داروهای تجویز شده از طرف پزشک معالج (آنتی بیوتیک ها ضد دردها ، ضد التهاب و) ... باید در فاصله زمانی معین مصرف گردد.و از قطع یا تغییر دوز خود سرانه دارو بپرهیزید

منابع:

گردآوری شده توسط : دکتر احسان سلطانی

هیات علمی گروه جراحی عمومی ۹۴