


کد سند: CT-BBC-INS-02	<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان</p> <p>بیمارستان حضرت امیرالمومنین (ع) خدابنده</p> <p>دفتر بهبود کیفیت</p>	
تاریخ تدوین: ۹۸/۷/۲۵		
تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۰۷/۰۱		
تاریخ ابلاغ:		
تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱		
شماره ویرایش: ۰۳	<p>عنوان دستورالعمل</p> <p>اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی، در حین دیالیز و پس از دیالیز و حین و پس از آندوسکوپی</p>	
<p>دامنه دستورالعمل: اتاق عمل، جراحی یک و دو، زنان، بلوک زایمان، اورژانس، دیالیز</p>		
<p>هدف: ارائه مراقبت ایمن و مستمر به بیمار در مراحل قبل، حین و پس از اعمال جراحی، انجام دیالیز با کیفیت بالا و کمترین عوارض جهت بیماران حاد و مزمن کلیوی، کاهش عوارض پس از اسکوپ و کاهش عفونت و افزایش ایمنی بیمار</p>		
<p>مسئولیت ها و اختیارات:</p> <p>مدیر خدمات پرستاری: نظارت بر عملکرد بخشهای مرتبط</p> <p>مسئولین بخش ها: نظارت بر اجرای دستورالعمل</p> <p>پزشکان و پرستاران و تکنسین ها و سایر کارکنان: اجرای دستورالعمل</p> <p>مسئول ایمنی بیمار: نظارت بر رعایت اصول ایمنی بیمار</p>		
<p>تعاریف:</p> <p>سیستوسکوپ: ابزار لوله مانندی است که از آن برای انجام سیستوسکوپی و تشخیص برخی از بیماری های اورولوژیک استفاده می شود. در این لوله کانالی برای عبور مایع و ابزارهایی مانند پنس نمونه برداری و... وجود دارد.</p> <p><b>سیستوسکوپی چیست؟</b></p> <p>بررسی مشکلات دستگاه ادراری، اغلب نیازمند این است که مثانه و سیستم خروجی آن تحت دید مستقیم بررسی شوند. انجام این کار سیستوسکوپی نامیده می شود.</p>		
<p>روش انجام کار:</p> <p><b>مراقبت از بیمار قبل از عمل جراحی:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>دستبند مشخصات به دور مچ بیمار و در صورت عدم امکان بستن دستبند به دور مچ، الحاق مشخصات بر روی سینه بیمار بسته شود.</li> <li>تمامی لباس ها خارج و پوشاندن گان مخصوص اتاق عمل و کلاه جهت آقایان و روسری جهت خانم ها پوشانده شوند.</li> <li>آخرین علائم حیاتی قبل از رفتن به اتاق عمل گرفته و در پرونده ی بیمار ثبت شود.</li> <li>جهت کاهش اضطراب بیمار (اطلاعات مورد نیاز به بیمار داده شود، عدم امر و نهی نمودن به بیمار، توضیح درمورد نوع عمل و روش عمل در حد فهم بیمار انجام شود).</li> <li>بیمار برای سنین ۰-۶ ماه ۳ ساعت، سنین ۲-۶ ماه ۴ ساعت و بالاتر از ۲ سال بمدت ۸ ساعت قبل از عمل برای بیمارانی که بیهوشی می گیرند NPO نگه داشته شود. (تا در صورت استفراغ محتویات معده به داخل ریه آسیب نرساند)</li> </ol>		

- ۶- آمادگی روده و خالی نمودن آن از مواد دفعی ، در صورت صلاحدید پزشک انجام شود.
- ۷- آمادگی پوست ناحیه ی عمل ( تراشیدن ناحیه ی عمل که بهتر است یک ساعت قبل از عمل انجام شود ) و با تیغ نباشد و ترجیحا از ماشین موزن استفاده شود.
- ۸- در بیماران الکتیو حتما شب قبل از عمل حمام رفته باشد.
- ۹- خارج نمودن دندان های مصنوعی ، زیورآلات ، اشیا فلزی و پروتزهای بیمار انجام شود.
- ۱۰- خالی نمودن مثانه ی بیمار قبل از عمل انجام شود. ( در بعضی از موارد بنابه دستور پزشک لازم است برای بیمار سوند فولی گذاشته شود و بعد به اتاق عمل فرستاده شود. )
- ۱۱- بررسی پرونده بیمار از نظر وجود آزمایشات لازم ، نوار قلب (ECG) ، مشاوره ی داخلی و بیهوشی برای بیماران پرخطر و همچنین در بیماران بالای ۴۰ سال در صورت نیاز ECG و بیماران بالای ۶۰ سال در صورت نیاز chest xray با توجه به صلاحدید پزشک انجام شود.
- ۱۲- در صورتی که بیمار دستور رزرو خون دارد اطمینان از آماده نمودن کیسه های خون درخواستی در آزمایشگاه انجام شود.
- ۱۳- فرم رضایت آگاهانه توسط پزشک و پرستار تکمیل شود و امضا بیماران الکتیو و بررسی برگ رضایت عمل جراحی و رضایت های خاص بعضی از اعمال خاص مثلا در آمپوتاسیون یا قطع عضوانجام شود.
- ۱۴- برقراری IVline و اجرای آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بر اساس دستور پزشک صورت گیرد.
- ۱۵- به پزشک درخصوص بیماریانی که سابقه ی مصرف داروهای خاص نظیر قندخون ، فشارخون و بیماری های قلبی و آسم دارند اطلاع داده شود.
- ۱۶- گزارش پرستاری قبل از تحویل به اتاق عمل تکمیل شود.
- ۱۷- نام بیمار به لیست اتاق عمل در سیستم HIS ارسال شود.
- ۱۸- قبل از تحویل بیمار به اتاق عمل حتما با اتاق عمل جهت هماهنگی با متخصص بیهوشی هماهنگ شود.
- ۱۹- قبل از تحویل بیماران به اتاق عمل حتما با آنها هماهنگ شود و بیمار با مانیتورینگ و برانکارد تحویل داده شود.
- ۲۰- بیماران بخش حتما با ویلچر یا برانکارد تحویل اتاق عمل شوند.
- ۲۱- مسئول پذیرش در اتاق عمل بیمار را طبق دستورالعمل پذیرش در اتاق عمل تحویل بگیرد.

#### مراقبت از بیمار حین عمل جراحی:

- ۱- کلیه نیازهای جراح را جهت جلوگیری از اتلاف وقت پیش بینی کرده و آماده کنید
- ۲- قبل از شروع عمل شناسایی صحیح بیمار و محل عمل صورت پذیرد.
- ۳- اصول جراحی ایمن رعایت گردد
- ۴- بیمار را مرتبا از نظر ایمنی و حمایت فیزیکی توسط پرسنل سیار و اسکراب کنترل کنید
- ۵- گازهای مصرف شده لنگازها به نحو مناسب شمارش شود .
- ۶- نمونه پاتولوژی کاملا از نظر مشخصات و برجسب کنترل گشته و در محل مخصوص نگهداری آن قرار داده شود
- ۷- در صورت نیاز به جابجایی کاملا تکنیک صحیح رعایت شود
- ۸- از تماس قسمت های غیراستریل پایین تر از کمر گان و قسمت های غیر از سطح ترالی پرهیز شود.
- ۹- در اعمال عفونی مقررات عفونی رعایت گردد
- ۱۰- میزان خونریزی بیمار برآورد شده و گازهای آغشته به خون بر اساس ضوابط جمع آوری شود
- ۱۱- مقدار مایعات مصرف شده توسط تکنسین بیهوشی محاسبه و به اطلاع بیهوشی و جراح رسانده شود

۱۲- کنترل جذب و دفع بیمار توسط بیهوشی انجام شده و در گزارش پرستاری قید شود

۱۳- پانسمان با کمک جراح انجام گیرد

۱۴- کلیه اقدامات انجام شده ، مشاهدات پرستار، میزان تقریبی خونریزی بیمار، تاریخ شروع و خاتمه عمل، نتیجه شمارش گازها و وسایل، محل قرار دادن صفحه کوتر، وضعیت بیمار حین خروج از اتاق عمل توسط فرد سیرکولر در پرونده بیمار در فرم گزارش پرستاری حین عمل ثبت شود

۱۵- پس از کنترل وضعیت بیمار و بالا بردن نرده کنار برانکارد و نقل و انتقال وی به ریکاوری توسط بیهوشی ، جراح و اسکراب و سیرکولر انجام شده و بیمار با گزارش کامل تحویل مسئول ریکاوری شود.

صفحه ۳ از ۴

#### مراقبت از بیمار پس از عمل جراحی در ریکاوری:

- ۱- وضعیت بیمار هنگام ورود به ریکاوری با ذکر ساعت ورود توسط پرستار ریکاوری ثبت شود
- ۲- راه های هوایی از نظر باز بودن کنترل شود و در صورت لزوم ساکشن شود
- ۳- در صورت عدم وجود صدمه گردنی، سر بیمار به یک طرف چرخانده شود تا خروج ترشحات و تنفس آسانتر گردد
- ۴- دستگاه پالس اکسی متری به بیمار وصل شود
- ۵- علائم حیاتی بیمار هر ۱۵ دقیقه گرفته و ثبت شود و به اطلاع پزشک جراح و بیهوشی رسانده شود. در صورت بروز هر نوع تغییر در هوشیاری و علائم حیاتی بیمار بلافاصله به اتاق بیهوشی انتقال یابد
- ۶- کنترل دقیق اتصالات بیمار(درن، هموگ، چست تیوب) مرتباً انجام شده و اتصالات به نحو صحیح ثابت شود
- ۷- محل صفحه کوتر از نظر بروز سوختگی، قرمزیف تاول کنترل شود
- ۸- در صورت هوشیاری ، ثابت شدن علائم حیاتی و مساعد بودن وضعیت بیمار پس از ثبت اجازه خروج توسط پزشک بیهوشی به بخش مورد نظر جهت انتقال بیمار به بخش اطلاع داده شود
- ۹- وضعیت بیمار هنگام انتقال به بخش به طور کامل با ذکر اقداماتی که انجام شده و اقداماتی که نیاز به پیگیری دارد به طور مکتوب در پرونده ثبت شود.

#### مراقبت از بیمار پس از عمل جراحی در بخش:

- ۱- بیمار حتماً با برانکارد از اتاق عمل تحویل گرفته شود.
- ۲- برانکارد باید مجهز به کپسول اکسیژن ، پالس اکسی متر و فشارسنج باشد.
- ۳- در حین تحویل بیمار از اتاق عمل حتماً سطح هوشیاری ، وضعیت تنفسی ، فشار خون و نبض بیمار ، وضعیت پانسمان ها و سوند های متصل به بیمار بررسی شود.
- ۴- تحویل پرونده بیمار از اتاق عمل و چک دستورات پزشک بعد از OR بلافاصله در حین تحویل انجام شود.
- ۵- بیمار با پوزیشن مناسب به تخت منتقل شود و بیمار در وضعیت مناسب جهت باز بودن راه هوایی و خروج بهتر ترشحات دهان قرار گیرد و در صورت نیاز اکسیژن تراپی و ساکشن ترشحات انجام شود.
- ۶- CVS بیمار هر یک ربع تا یک ساعت و سپس هر نیم ساعت و بعد از آن هر یک ساعت تا stable شدن بیمار انجام شود.
- ۷- دستورات پزشکی بیمار بعد از تحویل بیمار از اتاق عمل در اولین فرصت بعد از انتقال بیمار به بخش اجرا شود.
- ۸- NPO نگه داشتن بیمار بعد از عمل با توجه به دستور پزشک و سپس شروع رژیم با مایعات و بعد از چند ساعت در صورت تحمل معمولی شود.

- ۹- تسکین درد با استفاده از مسکن های تزریقی و خوراکی و شیاف طبق دستور پزشک در بیمارانی که درد دارند صورت گیرد.
- ۱۰- تشویق بیمار به سرفه و تنفس عمیق جهت جلوگیری از تجمع ترشحات در ریه های بیمار انجام شود و طبق دستور پزشک بیمار در اولین فرصت تشویق و کمک به پایین آمدن از تخت و راه رفتن شود.
- ۱۱- بررسی ناحیه عمل از نظر خونریزی و هماتوم و عفونت و همچنین پانسمان استریل طبق دستور پزشک صورت گیرد.
- ۱۲- در صورت داشتن درن حتما رنگ و حجم ترشحات در هر شیفت چک شده و ثبت گردد و از در جریان بودن ترشحات اطمینان حاصل شود ( در بیمارانی که درن هموواگ دارند حتما خلا باشد)
- ۱۳- بیمار حتما باید ۸ ساعت بعد از عمل ادرار داشته باشد که اگر با وجود احساس دفع ادرار قادر به این عمل نباشد حتما از روش های تشویق به ادرار نظیر: کمپرس سرد روی ناحیه ی سوپراپوبیک و ... استفاده گردد. و در نهایت اگر ادرار نداشت بیمار طبق دستور پزشک سونداژ شود.

#### مراقبت های پرستاری بیماران دیالیزی به سه قسمت تقسیم می شود:

- ✓ اقدامات مربوط به بیمار شامل کنترل علائم حیاتی ، وزن خشک ، اضافه وزن ، دسترسی عروقی ، مقادیر آزمایشگاهی ، دیالیز شیت ، هپارینیزاسیون و آموزش بیمار
- ✓ اقدامات مربوط به ماشین دیالیز شامل نوع صافی، پرایم ، طول مدت دیالیز ، میزان جریان خون ، میزان جریان محلول و تعیین میزان اولترافیلتراسیون
- ✓ اقدامات و مهارت لازم در برخورد با عوارض حین دیالیز

#### اقدامات مربوط به بیمار

- ۱- اطلاعاتی که باید به آنها دقت کرد شامل طول جلسه دیالیز ، نوع دیالیز ( حاد یا مزمن ) میزان جریان خون ، نوع صافی ، میزان UF ، نوع محلول ، دستور تزریق هر نوع دارو ، خون یا فرآورده های خونی حین دیالیز ، میزان هپارین ، درجه حرارت محلول ، آزمایشات موجود در پرونده ( به خصوص HBSAg )
- ۲- توجه به علائم و نشانه های بیمار در بدو ورود به بخش که بسیار حیاتی و مهم است توجه شود . بنابر این هر گونه شکایت بیمار از موارد ذیل در قبل ، حین و پایان دیالیز باید کاملا مورد بررسی قرار گیرد و هر گونه بی توجهی به این علائم می تواند بیمار را از اقدامات ضروری و حیاتی محروم نماید و عوارض جبران ناپذیری داشته باشد .
- ۳- به علائم حیاتی بیمار توجه شود.
- ۴- فشار خون و نبض و درجه حرارت بیمار کنترل شود .
- ۵- بیمار با استفاده از ترازو توزین شود .

#### اقدامات و مراقبت های لازم در برخورد با access ها

توجه شود آموزش لازم در مورد مراقبت از فیستول به بیماران داده شود ، و نیز محل تزریق سوزن فیستولا ( شریانی و وریدی ) درست تعیین شود . محل سوزن وریدی باید ۸-۱۰ cm از سوزن شریانی فاصله داشته باشد تا میزان recirculation به حداقل برسد . علائم از کار افتادن فیستول شامل کاهش حجم خون شریانی و از بین رفتن نبض فیستول می باشد که باید به بیمار آموزش داده شود . محل خروج سوزن

ها پس از هر بار دیالیز دو تا سه نوبت کمپرس سرد و روز بعد از دیالیز نیز چندین مرتبه کمپرس گرم انجام شود ( از گذاشتن کمپرس سرد و گرم به طور مستقیم در محل خروج سوزن ها اجتناب شود ) استفاده از روش نردبانی در انتخاب محل سوزن بهترین روش زدن سوزن جهت افزایش طول عمر فیستول و پیشگیری از آنوریسم در عروق مربوطه است. کاتتر ، حین وصل و قطع کردن کاتتر پرسنل دیالیز و بیمار باید هر دو ماسک داشته باشند. پس از پایان دیالیز جهت جلوگیری از بروز لخته و انسداد کاتتر باید مجرای کاتتر را با محلول هیپارین پر کنیم ( ۵۰۰۰ واحد در هر سی سی ) از ورود ضربه یا ایجاد کشش به خصوص هنگام دیالیز خودداری شود ، در صورتی که کاتتر جا به جا شد آن را به جلو و عقب حرکت ندهید و به هیچ عنوان بر روی کاتتر پنس کلمپ کننده زده نشود .

#### مقادیر آزمایشگاهی :

مقادیر آزمایشگاهی بررسی شود زیرا با توجه به آنها می توان دیالیزی مطلوب و با کیفیت برای بیمار انجام داد . کنترل این پارامتر ها مشکلات و نیازهای دارویی بیمار را نیز مشخص می کند - Ferritin - Hct - HB - Alkph - Ca - Na - P - K - Alb - Cr - BUN . PTH بنا بر این طبق برنامه ماهیانه نمونه های خون بیماران به آزمایشگاه ارسال و درخواستهای لازم انجام شود .

#### اقدامات مربوط به ماشین همودیالیز

۱. آماده سازی دستگاه دیالیز یکی از مراحل درمان بیمار می باشد که شامل دو مرحله است :
۲. ست های دیالیز روی دستگاه و ساکشن را در محلول دیالیز قرار داده و پودر بیکربنات را درمحل خود نصب نمایید و دستگاه تست و با استفاده از یک لیتر سرم نرمال سالین ۹٪ پریم شود.
۳. پارامترهای روی دستگاه باتوجه به وضعیت بیمار تنظیم شود.

#### انتخاب محلول دیالیز :

محلولهای موجود در ایران استات و بیکربنات هستند استات به علت بروز ناپایداری های قلبی عروقی و ایجاد افت فشار خون بارز کمتر مورد استفاده قرار میگیرد در حال حاضر بیکربنات مورد قبول انجام یک دیالیز مطلوب و با کیفیت می باشد که باید استفاده شود. ( محدوده حرارت محلول ۳۴-۳۶ درجه سانتی گراد و حداقل جریان مناسب محلول در صافی ۵۰۰ cc/min )

#### ولترافیلتراسیون :

جهت تنظیم این آیتم باید به وزن خشک و وزن مرطوب و عوامل موثر در آن ها توجه کامل شود. میزان UF از روی تفاوت وزن خشک و مرطوب تعیین گردد. ( وزن مرطوب : وزن مریض بلافاصله قبل از دیالیز )

#### مدت دیالیز حاد :

در دیالیز حاد با توجه به دستور پزشک مربوطه از ۲ ساعت شروع شود ( جهت پیشگیری از سندرم عدم تعادل ) پس از اولین جلسه دیالیز بیمار مجددا بررسی شود و دستورات بعدی داده شود.

#### مدت دیالیز مزمن:

دیالیز مزمن ۴ ساعت می باشد که با توجه به وضعیت بیمار و علائم همراه وی نیز می تواند کمتر یا بیشتر شود. به ندرت طول یک جلسه دیالیز از ۶ ساعت تجاوز می کند ( به جز زمانی که هدف از دیالیز درمان مسمومیت باشد )

#### سرعت جریان خون :

در دیالیز اول و دوم شروع درمان مخصوصا زمانی که اوره قبل دیالیز خیلی بالا باشد سرعت جریان خون کاهش داده شود چون ما مجازیم برای حفظ تعادل فیزیولوژی بدن در جلسه اول فقط حدود ۳۰٪ از میزان اوره را کاهش دهیم . در بالغین میزان جریان خون حداکثر حدود سه برابر وزن بدن تعیین شود تا از بروز سندرم عدم تعادل پیشگیری شود .

## سرعت جریان محلول :

جریان استاندارد محلول دیالیز ۵۰۰ cc /min می باشد وقتی میزان جریان خون زیاد باشد و صافی با KOA بالا استفاده شود افزایش جریان محلول تا حدود ۸۰۰ کلیرانس صافی را حدود ۱۰٪ افزایش دهید.

## آموزش به بیمار

۱. پرستار دیالیز حامی و مراقب بیمار بوده و باید با برقراری ارتباط مناسب از وی حمایت کند .
۲. بیمار باید در مورد داروهای مصرفی ، زمان و نحوه مصرف ، عوارض و نحوه اثر آن ها در حد معلومات خود آموزش ببیند تا ضمن مصرف دقیق نتیجه و عوارض آن را به تیم درمانی انتقال دهد .
۳. پرستار به بیمار باید در مورد تغذیه ، محدودیت ها و انواع غذاهای مصرفی در چهار چوب سلیقه ، معلومات ، سنن خانوادگی و نحوه تغذیه و عناصر موجود در داخل مواد غذایی ، باید ها و نباید ها و مصرف مایعات با زبان ساده و در حد اطلاعات خود آموزش دهد .

## مراقبت از فیستول

۱. به بیمار آموزش داده شود با دادن ورزش به دست با استفاده از توپ یا حلقه لاستیکی کارکرد فیستول را بهبود بخشد ، با دست فیستول دار اجسام ننگین را حرکت ندهد و از پوشیدن لباس تنگ و بستن دستبند و ساعت به آن دستها خودداری نماید .
۲. قبل از شروع دیالیز دست های خود و بویژه محل فیستول یاگورتکس را با آب و صابون بشوید
۳. پرستار نیز دستهای خود را با آب و صابون شسته یا با محلول ضد عفونی کننده دست بطور صحیح بشوید .
۴. محل تزریق باپنبه آغشته به الکل ۷۰ درجه بصورت دورانی از داخل به بیرون ضد عفونی شود .
۵. در حالیکه تیزی نوک سوزن به سمت پایین گرفته شده رگ گیری به آرامی انجام شود .و سپس چرخانده و تیزی در رگ بیمار به سمت بالا قرار گیرد .
۶. با استفاده از چسب ضد حساسیت سوزن ها در محل خود محکم شوند و از فیکس بودن آنها اطمینان حاصل شود .
۷. در حین دیالیز نیز محل سوزن ها بررسی و از جابجا شدن آنها جلوگیری شود .
۸. بعد از دیالیز سوزن ها را به آرامی از محل خارج نمایید وبا استفاده از سواپ پنبه آغشته به الکل ۷۰ درجه به آرامی جهت بند آمدن خونریزی محل تزریق فشار داده شود و سپس با استفاده از گاز استریل و چسب ضد حساسیت پانسمان شود .
۹. توجه شود در صورتی که بیمار پس از پایان دیالیز تزریق عضلانی داشت یک ساعت پس از اتمام دیالیز انجام شود زیرا بیمار هپارین گرفته و اگر بلافاصله یا ضمن دیالیز تزریق انجام شود دچار خونریزی می شود .

## مراقبت از کاتتر

۱. کاتتر در ورید زیر ترقوه(سابکلاوین)- ژینگولار ویا وریدرانی بطور موقت . یا دائم قرار داده می شود . لذا به علت وجود عوارضی
۲. مثل : عفونت -خونریزی- آمبولی - لخته و... رعایت نکات زیر ضروری است
۳. محل ورود کاتتر را برای علائمی از قبیل تورم - خونریزی و ترشح کنترل نمایید.
۴. از ورود ضربه ویا ایجاد کشش بخصوص به هنگام دیالیز خودداری نمایید .
۵. از کاتتر جهت گرفتن نمونه و تزریقات استفاده نشود.
۶. در صورت جابجایی کاتتر را به هیچ عنوان به جلو یا عقب حرکت ندهید .
۷. در صورتیکه کاتتر از محل خود خارج گردید به هیچ عنوان سعی در جاگذاری نکنید .
۸. علائمی مانند آمفیزم جراحی - اختلالات تنفسی و هماتوم را مد نظر داشته باشید .
۹. محل ورود کاتتر را خشک و استریل نگهدارید .

۱۰. از پیچ خوردگی و تاخوردگی کاتتر خودداری نمایید.
۱۱. از گذاردن کلامپ بر روی شاخه کاتتر خودداری کنید.
۱۲. در صورت انسداد با اسپیره کردن مشکلات را برطرف کنید.
۱۳. موقع شروع دیالیز پر کاتترشان پرفره یا گاز استریل بگذارید.
۱۴. با استفاده از سرنگ ۵ سی سی لاین های وریدی و شریانی را جداگانه اسپیره نمایید و سپس لاین رسانی را وصل و پس از باز کردن مسیر شریانی دستگاه را روشن نمایید. بعد از آلام دستگاه مبنی بر رسیدن خون به ایر دکتور مسیر وریدی را وصل و دیالیز استارت را بزیند تا دستگاه مجدداً شروع به کار نماید. توجه داشته باشید در بیماران با وزن کم و یا دارای فشار خون پایین لاین های شریانی و وریدی را همزمان وصل نمایید. تا بیمار دچار افت فشار شدید نشود.
۱۵. موقع جدا کردن بیمار بعد از شستشوی مسیرها هر کدام از لاین های شریانی و وریدی را با ۵ سی سی آب مقطر شستشو داده سپس به اندازه حجم لاین ها داخل آنها هپارین تزریق می کنیم تا از بروز لخته جلوگیری شود.
- کاتتر های موقت را پانسمان و کاتترهای دائم را نیز با رعایت اصول آسپتیک و ضد عفونی نمودن موقع وصل و قطع مراقبت نمایید

#### روش انجام سیستم اسکوپ:

در این مرکز از انواع اسکوپ تنها سیستم اسکوپ در اتاق عمل انجام میگیرد.

#### مراقبت های قبل از عمل

- ۱- اگر سیستم اسکوپ قرار است تحت بیهوشی عمومی قرار گیرد، بیمار را باید از ۸ ساعت قبل از عمل ناشتا کنید، هر چند تا ۴ ساعت قبل از عمل می تواند مایعات مثل آب و چای بنوشد،
  - ۲- در صورتی که عمل بدون بیهوشی و با بی حسی موضعی انجام می شود، لازم نیست بیمار را ناشتا کنید
  - ۳- برای پیشگیری از عفونت، در صورت لزوم با دستور پزشک، قبل از عمل، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی نیم ساعت قبل از عمل تزریق کنید
  - ۴- به بیمار و همراه او در مورد نوع عمل و عوارض احتمالی و همچنین عواقب آن در صورت انجام ندادن آن توضیحات کامل بدهید
  - ۵- به بیمار توصیه کنید که شب قبل از عمل حمام نماید
  - ۱- تمام لباسهای بیمار را در آورید. لباسی از طرف اتاق عمل جهت پوشاندن بدن خود در اختیار او قرار دهید.
- صفحه ۲ از ۳
- ۷- اگر بیمار از داروهای ضد انعقاد و رقیق کننده خون استفاده می کند (مانند آسپرین، پلاویکس، وارفارین و...)، باید پزشک را از این موضوع آگاه کنید.
  - ۸- سیستم اسکوپ را تحت شرایط استریل انجام دهید. (یعنی تمام مراقبتهای باید بعمل آید تا باکتری وارد مثانه نشود و عفونت ادراری ایجاد نگردد.)
  - ۹- به بیمار آموزش دهید وجود خون (به مقدار کم) در ادرار پس از انجام عمل، طبیعی است و پس از سه بار ادرار کردن، رفع می شود

#### در اتاق عمل:

قبل از شروع به انجام سیستم اسکوپ ناحیه تناسلی را توسط یک ماده ضد عفونی کننده (بتادین سبز) تمیز کنید، یک ژل بی حس کننده در داخل مجرا تزریق کنید. این ژل هم خاصیت بی حس کننده دارد و هم اینکه به عنوان یک ماده لغزنده کمک به انجام عمل سیستم اسکوپ می کند

### مراقبت های بعد از عمل

#### ۱- عوارض احتمالی بعد از عمل زیر را به بیمار آموزش دهید

- الف - خونریزی: معمولاً گذرا و خفیف بوده و با مصرف زیاد مایعات و استراحت رفع می گردد.
- ب - سوزش ادرار: معمولاً گذرا بوده و با مصرف زیاد مایعات رفع می گردد.
- ج - عفونت ادرار: معمولاً خفیف و بیشتر عفونت مثانه می باشد. که با مصرف آنتی بیوتیک رفع می گردد

#### ۲- توصیه های بعد از عمل زیر را به بیمار انجام دهید

- الف- مصرف زیاد مایعات
  - ب- استراحت
  - ج- مصرف دارویی تجویز شده توسط پزشک
- د- به بیمار آموزش دهید تا در صورت بروز علائم زیر به پزشک معالج مراجعه نماید:

خونریزی شدید و مداوم بعد از گذشت چند روز، تب و لرز، علائم ادراری مانند: سوزش ادرار، تکرار ادرار و بوی بد ادرار، عدم توانایی در ادرار کردن (احتباس ادرار و...)

#### چه زمانی بیمار ترخیص می شود؟

بیشتر افراد می توانند همان روز عمل به خانه برگردند. اگر از بی حسی موضعی استفاده شده باشد، بیمار بلافاصله پس از سیستم اسکوپ ترخیص می شود اما اگر این کار تحت بیهوشی عمومی یا بی حسی نخاعی انجام شده باشد، باید برای یک دوره نقاهت چند ساعته (بین ۲ تا ۸ ساعت) در مرکز درمانی تحت نظر باشد و پس از ادرار ترخیص شود.

#### اقدام های لازم پس از ترخیص چیست؟

- ۲- مسکن و آنتی بیوتیک برای بیمار توسط پزشک معالج تجویز شود تا از عفونت پیشگیری شود.
- ۳- به بیمار توصیه نمایید به مقدار کافی مایعات بنوشد تا ادرار رقیق باشد.
- ۴- به بیمار توصیه نمایید تا از حمام گرم جهت کاهش ناراحتی استفاده نماید.

امکانات و تسهیلات:

تخت ایمن، ویلچر، برانکار، تجهیزات عمل، دستگاه های بیهوشی، پالس اکسی متر، دستبند شناسایی بیمار

تخت، دستگاه دیالیز، ست و صافی سرنگ ۵ سی سی و ۲ سی سی و سوزن فیستولا شریانی و وریدی

داروهای مورد نیاز، وسایل حفاظت فردی، وسایل سیستم اسکوپ

منابع و مراجع: چک لیست جراحی ایمن، دستورالعمل های ابلاغی ایمنی بیمار، تجربیات بیمارستان، کتاب استانداردهای خدمات پرستاری



و کتاب پرستاری و نارسایی کلیوی اداره پیوند و بیماریهای خاص ، تجربیات بیمارستان با مشاوره از متخصص ارولوژی

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
 سرپرستار بخش جراحی ۱	فاطمه مولا	
 مسئول اتاق عمل	آقای مهدی گنج خانی	
 سرپرستار دیالیز	نعمت اله خلجی	
 کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	نسرین محمدی	
 سرپرستار بخش جراحی ۲	فرزانه نوروژی	
 کارشناس پرستاری	سلیمان نورولو	
 کارشناس بیهوشی	عباس گل محمدی	
 متخصص بیهوشی	دکتر صفوی	
 متخصص جراحی عمومی	دکتر علیرضا علیمحمدی	تایید کننده
 متخصص داخلی	دکتر بهاره محرمی	
 رئیس بیمارستان	دکتر حامد سبحانی	تصویب و ابلاغ کننده