

کتابچه راهنمای خودمراقبتی بخش دیالیز

بیمارستان فاطمیه شبستر

بازنگری: آبان ماه ۱۴۰۱

مدیر خدمات پرستاری: خانم اسماعیلی

مسئول بخش: خانم دهنند

رابط آموزش به بیمار: خانم طیبی

سوپروایزر سلامت همگانی: رقیه رنجبری

سیاست های آموزش به مددجو در بیمارستان فاطمیه شبستر :

به منظور ارتقا سطح کیفی خدمات و افزایش آگاهی بیماران در مورد بیماری خود به نحوه درمان ، عوامل تشدید کننده ، تغذیه و اقدامات خود مراقبتی و ترخیص ایمن در راستای اجرای استاندارد های اعتبار بخشی آموزش های لازم توسط مراقب بیمار ، رابط آموزش به بیمار ، سر پرستار بخش و پزشک مربوطه ارائه می گردد .

اهداف:

- ۱- افزایش توانمندی بیمار یا همراه در خود مراقبتی
- ۲- افزایش رضایتمندی
- ۳- کاهش اضطراب و استرس
- ۴- کاهش دوره بستری
- ۵- پیشگیری از بستری مجدد یا مراجعات مکرر
- ۶- کاهش هزینه های درمان و کاهش بروز عوارض
- ۷- بهبود کیفیت زندگی و افزایش کیفیت خدمات بالینی
- ۸- آشنایی با بیماری های شایع و نحوه پیشگیری از آنها مخصوص فشار خون -دخانیات-سرطان -دیابت

- آموزش چهره به چهره بیماران بر اساس آموزش های بدو ورود ، حین بستری ، و زمان ترخیص و پیگیری پس از ترخیص
- آموزش گروه بیماران حین بستری ، به تفکیک موضوع توسط رابط آموزشی
- پرستار ترخیص کننده آموزش های زمان ترخیص را ارائه نموده و پمفلت لازم را ارائه نموده و فرم آموزش به بیمار را تکمیل کرده و در اختیار بیمار یا همراه بیمار قرار دهد و آموزش های داده شده را در گزارش پرستاری نهایی ثبت کند
- پرستار مسئول پیگیری امور بیمار ان پس از ترخیص بر اساس چک لیست تهیه شده امور بیماران را پیگیری نموده و در برگه مربوطه ثبت نماید

توجه:

- ۱- مددجو باید سرفصل های ارائه شده را بداند
- ۲- مدد جو باید بیماری ، عوارض ناخواسته بیماری اطلاعات لازم را کسب نماید
- ۳- مدد جو باید در مورد پیشگیری از عوارض ناخواسته بیماری اطلاعات لازم را کسب نماید
- ۴- مدد جو باید در مورد فعالیت ها ، استراحت ورزش و باز توانی اطلاعات لازم را کسب نماید
- ۵- مدد جو باید در مورد رژیم غذایی مختص بیماری اطلاعات لازم را کسب نماید
- ۶- مددجو باید در مورد پیامدهای احتمالی بیماری و مراقبت اطلاعات لازم را کسب نماید
- ۷- مددجو باید زمان و مکان پیگیری مراجعه جهت درمان بیماری را بداند
- ۸- بازخورد لازم از آموزشهای ارائه شده اخذ شود و بیمار اظهار رضایت نماید
- ۹- مددجو باید مرجع پاسخگویی به سوالات در مورد بیماری و مراقبت را بداند .

توصیه های لازم برای دستیابی به آموزش از بخش و تغییر رفتار بیماران

- ۱- آموزش ها در موقعیت مناسب و با اختصاص زمان کافی به بیمار ارائه شود
- ۲- موانع ارتباطی محیطی اعم از سرو صدا ، ازدحام یا ترس و درد بر طرف گردد
- ۳- بر حسب شرایط فرهنگی ، سواد و متناسب با هر بیمار شیوه آموزشی انتخاب شود
- ۴- از جملات گویا ، شفاف، قابل هضم استفاده گردد و زواژه های تخصصی استفاده نشود
- ۵- با بیان شیوا و محترمانه آموزش ها ارائه گردد و از جملات کلیشه ای و تکراری و طوطی وار خودداری گردد
- ۶- در ارائه آموزش ها ، همدلی ، مثبت اندیشی ، امید بخشی و حمایت همراه با صبر و حوصله و مهربانی در نظر گرفته شود و قبل از ترک بالین از فراگیری مددجو اطمینان حاصل شود.

دستورالعمل خودمراقبتی

تعریف:

خود مراقبتی مجموعه ای از اعمال است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدف دار برای خود و فرزندان و خانواده اش انجام می دهد تا از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی سالم بماند و همچنین در صورت ابتلاء به بیماری و بستری در بیمارستان بر اساس آموزش های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.

هدف:

- ارتقاء و بهبود وضعیت بالینی بیماران به وسیله آموزش به بیمار و خانواده آنان در مورد رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی
- مشارکت بیماران در روند مراقبت و درمان
- افزایش اعتماد بیمار و خانواده به کادر پزشکی و پرستاری و تسهیل روند مراقبت و درمان
- ارتقای سلامت بیمار و کاهش مراجعات بیماران به بیمارستان

دامنه کاربرد:

تمامی بخش های بستری و سرپایی

گام های اجرایی دستورالعمل (شرح فعالیت):

۱. برنامه های آموزش خود مراقبتی در سه مرحله بدو ورود بیمار به بیمارستان، حین بستری و زمان ترخیص برای بیماران و خانواده وی ارائه می شود.
۲. مطالب و موارد آموزشی از روی نتایج اولویت بندی شده نیازسنجی و بر اساس پنج بیماری شایع آن بخش و حداقل های آموزشی و در سه حیطه خود مراقبتی جسمی، خود مراقبتی روانی- معنوی و خود مراقبتی اجتماعی آماده می گردد.
۳. مسئول آموزش بیمار با نظارت و همکاری سوپروایزر آموزش سلامت، محتوای آموزشی را تدوین و گردآوری می کند.
۴. محتوای دستورالعمل خود مراقبتی در مورد بیماریهای شایع بر اساس آخرین گایدلاین ها و متون علمی مربوطه تهیه شده و به تأیید پزشکان صاحب نظر در آن زمینه رسیده و جهت اجرا ابلاغ می گردد.

۵. به طور کلی پرستاران مسئول آموزش به بیمار هر بخش، پرستار مسئول بیمار و کمک بهیاران (به ویژه در زمان بدو ورود و حین بستری) و پزشکان در اجرای این دستورالعمل مشارکت فعالانه خواهند داشت.
 ۶. محتوای آموزش به بیمار به صورت چهره به چهره و شفاهی و نیز در قالب پمفلت، فیلم، پادکست و بوکت قابل ارائه به بیمار می باشد.
 ۷. آموزش های ارائه شده بدو ورود و طول بستری در گزارش پرستاری ثبت می گردد و آموزش های خود مراقبتی حین ترخیص نیز علاوه بر گزارش پرستاری در فرم آموزش حین ترخیص، توسط پرستار و پزشک در دو نسخه ثبت گردیده که یک نسخه آن ضمیمه پرونده بیمار و نسخه دیگر تحویل بیمار می شود.
 ۸. آموزش ها می توانند بسته به شرایط و نوع بیماری و توان فراگیری بیماران به صورت گروهی یا فرد به فرد باشد.
 ۹. توانمندسازی پرسنل در خصوص آموزش خود مراقبتی به بیمار، توسط سوپروایزرین آموزشی و آموزش سلامت انجام می گردد.
 ۱۰. اثربخشی آموزش های انجام شده هر سه ماه یکبار توسط پرستار مسئول آموزش و به وسیله چک لیست اختصاصی پایش و ارزیابی می شود.
 ۱۱. نتایج پایش و تحلیل توسط مسئول آموزش یا سوپروایزر آموزش سلامت در جلسه کارگروه آموزشی مطرح می شود.
 ۱۲. برنامه مداخلاتی در کارگروه توسط اعضاء پیشنهاد می گردد.
 ۱۳. گزارش اقدامات اصلاحی مربوطه توسط سرپرستاران و مسئولین آموزش هر بخش تدوین شده و به مدیر خدمات پرستاری و سوپروایزر آموزش سلامت ارائه می گردد.
 ۱۴. نظارت بر اجرای دستورالعمل ابلاغی بر عهده سرپرستار و مسئولین آموزش در هر بخش می باشد.
 ۱۵. پیگیری نظارت بر عملکرد مسئول آموزش به بیمار بر عهده سوپروایزر آموزش سلامت می باشد.
 ۱۶. محتوای آموزش خود مراقبتی برای بیماریهای شایع بایستی حداقل در برگیرنده رئوس موارد ذیل باشد:
 - ✓ توضیح کلی در مورد درمان و روشهای درمان جایگزین
 - ✓ توضیح پوزیشن بعد از پروسیجر
 - ✓ توضیح در مورد پانسمان
 - ✓ توضیح در مورد زمان استحمام
 - ✓ توضیح در مورد نحوه استفاده از داروها
 - ✓ توضیح در مورد محدودیت های فعالیت بدنی و فعالیت های مجاز در زندگی روزمره
 - ✓ نشانه های عوارض بعد از عمل، پیامدهای درمان و اقدامات لازم در این مواقع
 - ✓ توضیح در خصوص زمان و مکان مراجعه بعدی
- رئوس موارد آموزشی توسط اعضای تیم درمان:**
- حداقل آموزش های خود مراقبتی که توسط پزشکان ارائه می شود شامل موارد ذیل می باشد:
- اطلاعات قابل فهم در مورد بیماری و نحوه درمان
 - مراحل و طول احتمالی درمان و درمان های جایگزین
 - عوارض درمان و یا عدم درمان
 - پیش آگهی بیماری
 - داروهای مورد استفاده (نام دارو، دلیل تجویز، میزان تجویز، شروع اثر و مدت زمان اثر دارو) و عوارض آنها
 - نحوه مراقبت در منزل
 - زمان مراجعه بعدی
- حداقل آموزش های خود مراقبتی که توسط کمک بهیار/کمک پرستاران ارائه می شود شامل موارد ذیل می باشد:
- آشنایی با فضای فیزیکی بخش: سرویسهای بهداشتی، حمام، درب و پله های اضطراری، امکانات رفاهی بخش، نمازخانه
 - قوانین و مقررات بیمارستان و بخش (ساعت ویزیت، ساعت ملاقات، ممنوعیت استعمال دخانیات و...)

- رعایت بهداشت محیط (جداسازی زباله)
 - آشنایی با تجهیزات مرتبط با ایمنی بیمار : (اهرمهای تخت، زنگ احضار، نرده های کنار تخت، محل قرار گیری هندریل های سالن و راهرو)
 - آموزش اهمیت نگهداری از مچ بند شناسایی و هدف استفاده از مچ بند
- آموزش های خودمراقبتی که توسط پرستاران مسئول بیمار ارائه می شود شامل موارد ذیل می باشد:
- تغذیه (نوع رژیم غذایی، مدت زمان لازم جهت ناشتا بودن قبل و بعد از پروسیجر)
 - شرح چگونگی انجام پروسیجر و هدف از انجام پروسیجر
 - مراقبت ها (قبل و بعد از پروسیجر)
 - میزان فعالیت مجاز و پوزیشن
 - مراقبت از اتصالات (آنژیوکت، سوند، درن، آتل، پانسمان و...)
 - عدم مصرف دخانیات
 - مراقبت از ناحیه عمل
 - شستن دست و روش پیشگیری از عفونت ها
 - عوارض و پیامدهایی که بعد از درمان بیماری امکان دارد جهت بیمار ایجاد گردد به عنوان مثال: عفونتهای محل عمل، خونریزی و...
 - لزوم استفاده از انسولین و کنترل قند خون
 - اعلام زمان و مکان مراجعه به پزشک
 - توصیه های تغذیه ای در منزل
 - نحوه مراقبت از خود و فعالیت، استحمام، پوزیشن، حرکت و بهداشت فردی...
 - زمان از سر گیری فعالیتهای طبیعی جسمی و میزان محدودیت در فعالیت
 - نحوه مراقبت از محل عمل در منزل و مدت زمان نگهداری پانسمان و...
 - نوع و نحوه مصرف داروها و عوارض جانبی آنها
 - علائم هشدار دهنده که بایستی با بروز آنها سریعاً به پزشک یا به اورژانس مراجعه کند (در هر شهر یا روستایی که باشد)، تلفنهای تماس اضطراری که در صورت بروز علائم هشدار دهنده بیمار می تواند با آن تماس بگیرد.
 - پمفلت آموزشی مرتبط با مشکل بیمار و نیز بیماری زمینه ای وی، تحویل داده شود.
 - ارائه راهکار در مورد مدیریت استرس
 - توصیه به بیمار برای انجام مشاوره روانشناسی حرفه ای در صورت نیاز
 - توصیه و راهنمایی بیمار برای اختصاص سرگرمی های مناسب در زندگی خانوادگی و اجتماعی
 - توصیه و ارائه راهکار جهت کنترل پرخاشگری، افسردگی و ... در صورت نیاز
 - توصیه هایی جهت بهبود وضعیت خواب

نکات ضروری در اجرای دستورالعمل

۱. در ابتدای آموزش معرفی به بیمار انجام شده و دلیل حضور به وی توضیح داده شود.
۲. نیازها، آمادگی و توان یادگیری، سطح تحصیلات و سن فرد را بررسی نموده و آموزش ها با در نظر گرفتن این شرایط انجام شود.
۳. آموزش ها در موقعیت مناسب و با اختصاص زمان کافی و بدون تبادر احساس تعجیل به بیمار ارائه شود.
۴. هرگونه موانع ارتباطی محیطی یا شخصی بیمار از جمله درد، ترس، ازدحام، سر و صدا، ناتوانیها / ویژگیهای خاص بیمار قبل از آموزش کنترل و حذف شوند.
۵. شیوه ها و تدابیر آموزشی متناسب با هر مخاطب / بیمار / همراه طراحی و اجرا شود.
۶. از جملات گویا، شفاف، قابل فهم و متناسب و درخور هر مخاطب استفاده شود.
۷. هرگز از واژه های تخصصی در آموزش بیمار استفاده نشود.

۸. از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام که گاهی با چاشنی طنز محترمانه می تواند در تقویت ارتباط با بیمار کمک کند، استفاده شود.
۹. ضمن پایبندی به محتوای علمی آموزش از جملات کلیشه ای / تکراری و از پیش تعیین شده (بیان طوطی واری) استفاده نشود.
۱۰. از مهارت های برقراری ارتباط موثر مانند ایجاد همدلی، مثبت گرایی، مثبت اندیشی، امید بخشی و حمایت در حین ارائه محتوای آموزش استفاده شود.
۱۱. ارتباط انسانی با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، مبنای ارتباط با بیمار باشد.
۱۲. قبل از ترک بالین از فراگیری دانشی، مهارتی و نگرشی بیمار اطمینان حاصل شود و در صورت نیاز جمع بندی نهایی آموزش برای بیمار مجدداً تکرار شود.
۱۳. تمامی آموزش های انجام شده بایستی به صورت کتبی ثبت شود.

امکانات و تسهیلات:

منابع:

کتاب سنجه های اعتبار بخشی دور پنجم

آموزش خود مراقبتی بیمار بخش دیالیز

مقدمه

به نام خالق یکتا

آموزش به بیمار مجموعه تجربیاتی است که برای بیمار فراهم می شود تا تأثیری مثبت بر آگاهی، عملکرد و نگرش او در مراقبت از خود داشته باشد. امروزه آموزش به بیمار نه تنها یک مهارت بلکه یک مسئولیت است و جزو نیازهای اساسی بیماران و از مهمترین حقوق آنها محسوب میشود. بیماران نیاز دارند بدانند چه وقت ، چگونه و چرا باید شیوه زندگی خود را تغییر دهند. درواقع سعی ما در آموزش به بیماران این است که آنها آنچه را باید انجام دهند اما نمیدانند چگونه انجام دهند را بیاموزند. ما به آنها کمک می کنیم مهارت ها و توانایی های خود را شناسایی کنند و از افرادی که می توانند آنها را در اعتلای سطح سلامت یاری کنند بهره گیرند.

این آموزشها براساس نیازهای فردی و موقعیت خاص بیمار طراحی و اجرا میشود تا تغییرات مطلوب رفتاری را ایجاد کند. این کار نیازمند تلاش گروهی تیم مراقبتی است و امروزه از مهمترین نقشهای پرستاران و از اجزاء ضروری مراقبت های پرستاری محسوب می شود.

هدف از طراحی و تدوین این کتابچه ، آموزش پرستار به بیمار ، بروز رسانی آموزش و دانش پرستاران و بدنبال آن یکسان

سازی آموزش های آنها و افزایش کیفیت خدمات پرستاری در جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری ها و همچنین باعث ایجاد فضایی برای تعامل بین پرستار و بیمار در جهت کمک به بیمار برای بدست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتر و کاهش هزینه های بهداشتی و درمانی باشد.

3آموزش خود مراقبتی بیمار بخش دیالیز

●بیماریها و حالات شایع در دیالیز

هایپرتانسیون در بیماران دیالیزی

پاتوفیزیولوژی فشار خون در بیماران دیالیزی

دو علت اصلی افزایش فشارخون در بیماران دیالیزی عبارتند از: احتباس سدیم و آب و انقباض بالای عروق احتباس سدیم و آب:سبب اصلی افزایش فشارخون در بیماران دیالیزی است و انجام اولترافیلتراسیون طولانی مدت در طی دیالیز(به صورت دیالیز روزانه یا دیالیز شبانه) سبب کنترل خوب فشارخون می شود. افزایش حجم سبب هیپرتروفی (افزایش حجم)بطن چپ و افزایش مرگ و میر می شود.

افزایش انقباض عروق:سیستم رنین - آنژیوتانسین و افزایش فعالیت سمپاتیک و اندوتلین سبب افزایش انقباض عروق می شوند. در حدودیک سوم بیماران که با اریتروپویتین تحت درمان قرار می گیرند فشارخونشان در حد بیشتر از10میلی متر جیوه افزایش می یابد.

ریسک افزایش فشارخون در این گروه در بیمارانی بیشتر است که قبلاً فشار خون داشته اند یا خیلی سریع کم خونی آنها با اریتروپویتین درمان شده است.

راهنمای بیمارانی که برای اولین بار کاندید دیالیز می شوند.

قابل توجه بیماران وهمراهان گرامی:

باتوجه به نگرانی ها در طول درمان توجه به موارد زیر ضروری می باشد.

هنگامی که کارکرد قلب شما کمتر از حدطبیعی برسد می تواند منجر به شروع عوارضی شود که از جمله این عوارض

نارسایی کلیه می باشد و شرایطی همانند تنگی نفس، اسیدی شدن خون، افزایش کراتینین و پتاسیم در خون، کاهش میزان ادرار یا قطع آن، تجمع مایع در شکم و یا انتهای اندام هارا ایجاد می کند که در صورت عدم توجه و شروع درمان مناسب می تواند باعث بروز عوارض جبران ناپذیری شود که بدین جهت تیم درمان را ملزم به انجام دیالیز اورژانسی می نماید.

1. بیماران با نارسایی قلب نهایتاً می توانند چهار نارسایی کلیه شوند و با توجه به شرایط کنونی ممکن است به صورت مقطعی طی یک یا چند جلسه و یا دائماً نیازمند به انجام دیالیز باشند.

2. دیالیز به وسیله یک کاتتر که در گردن و یا کشاله ران تعبیه شده است انجام می شود که جلسه یا جلسات اولیه در این مرکز انجام می شود و در صورتی که نیازمند به دیالیز دائم باشد پس از ترخیص در بیمارستان خامنه دیالیز انجام می شود. اگر شما دچار بیماری مزمن کلیه می باشید و جهت انجام پروسیجر (جراحی، آنژیوگرافی،...) بستری شده اید می توانید در این مرکز دیالیز خود را ادامه دهید.

3. در طول دیالیز علائم حیاتی مثل فشار خون، ضربان قلب، ریتم قلبی، وضعیت تنفسی توسط پرستار شما کنترل می شود.

4. اگر در طول دیالیز دچار احساس سرگیجه، حالت تهوع، لرز و گرفتگی عضلات شدیداً حتماً به پرستار خود اطلاع دهید.

7. با توجه به زمان طولانی مدت و خسته کننده دیالیز می توانید از تلویزیون موجود در بخش استفاده کنید.

8. در بیمار هوشیار بهتر است قبل از انجام دیالیز خود را وزن کرده و پس از اتمام دیالیز نیز مجدداً خود را وزن کرده تا میزان اضافه وزن محاسبه و به پرستار دیالیز اطلاع داده شود.

9. جهت رفاه حال شما بیمار محترم و کاهش انتقال عفونت از همراه به بیمار و از بیمار به محیط خارج و با توجه به شرایط بخش دیالیز در این مرکز همراه ورود به بخش را نداشته و می تواند در بیرون از بخش منتظر بیمار خود بماند.

رژیم درمانی در بیماران همودیالیز

کلیه یکی از مهمترین اندام های بدن میباشد که کار آن دفع مواد زاید ازته، تنظیم حجم مایعات بدن و ساخت و پرداخت بعضی از مواد اساسی بدن از جمله ویتامین ها میباشد. دیابت، فشار خون بالا، عفونت های دستگاه ادراری، سنگ های کلیوی، گلو درد های چرکی درمان نشده به ویژه در اطفال، آسیب های خارجی، افراد با سابقه فامیلی می

تواند زمینه ساز بیماری نارسائی کلیه هاباشند.

در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه که کلیه آنها عملکرد پایینتری نسبت به مقدار قابل قبول دارد نیاز به درمان توسط دیالیز می باشد و بدون آن قادر به ادامه حیات نمی باشند.

رژیم غذایی یکی از مهمترین بخش های اقدامات درمانی در این دسته از بیماران می باشد.

نکات مهم در داشتن رژیم غذایی مناسب عبارتند از :

دریافت کافی کالری و پروتئین

دریافت کافی مواد مغذی مانند سدیم ، کلسیم ، فسفر و پتاسیم

دریافت به اندازه مایعات

دریافت کافی ویتامین ها و موادمعدنی

حفظ وزن ایده ال

خوردن وعده های غذایی به طور منظم

اجتناب از اضافه کردن نمک و خوردن غذاهای پر نمک

دریافت کافی انرژی

دریافت مناسب انرژی در سلامت و تندرستی شما لازم و ضروری است . انرژی از تمامی مواد غذایی تأمین

می شوند و دریافت کافی آنها جهت تأمین انرژی بدن ، حفظ وزن ایده ال و حفظ پروتئین های بدن ضروری می باشد .

دریافت پروتئین

دریافت مناسب پروتئین برای سلامت کلی بدن ضروری می باشد زیرا پروتئین جهت ساخت عضلات بدن ،

ترمیم بافتها و مقابله با عفونتها ضروری می باشد . مقدار پروتئین مجاز روزانه در فرد 56 کیلویی حدود 56

گرم می باشد که شامل 081 گرم گوشت معادل یک عدد سینه بزرگ مرغ که گوشت مصرفی بیمار باید اغلب از گوشت سفید باشد.

سدیم :

فشارخون بالا و افزایش سدیم با بیماریهای کلیه مرتبط است بنابراین شما ممکن است نیاز به محدود کردن مقدار سدیم دریافتی داشته باشید یک متخصص تغذیه می تواند به شما را در چگونگی انتخاب غذاهایی که دارای سدیم پایین تری هستند کمک کند . بیمار دیالیزمجاز به مصرف نصف قاشق ی در طول روز تنها چایخوری نمک در قالب غذاهای دریافتی روزانه خود می باشد.

سدیم در غذاهای کنسرو شده و منجمد ، در گوشتهای فراوری شده (سوسیس ، ژامبون و...) ، چیپس ، کراکر، سسها مانند سس سویا ، سوپ های کنسرو شده و ... وجود دارد .

فسفر :

کلیه شما ممکن است قادر به حذف فسفر به میزان کافی از خون نباشد که این باعث می شود میزان فسفر خون شما بالا رود که افزایش فسفر باعث کاهش کلسیم و خارش پوست می شود.بنابراین توصیه می شود از غذاهایی که مقدار کمتر فسفر دارند استفاده کنید .

فسفر در شیر و فرآورده های لبنی مانند پنیر ، ماست ، بستنی و در لوبیا ، نخودفرنگی، عدس ، آجیل ،سبوس، کره بادام زمینی و نوشیدنیهایی از قبیل شکلات داغ و نوشابه وجود دارد بنابراین از مصرف زیاد آنها خودداری کنید .

کلسیم :

کلسیم یک ماده معدنی است که برای ساخت استخوانها ضروری است.

تعادل کلسیم و فسفرمهم است زیرا برای جلوگیری از دست دادن کلسیم نیاز به یک رژیم محدود از غذاهای غنی از فسفر و فسفات می باشد .

نکته : استفاده از خامه های غیرلبنی و جایگزین های شیر راه مناسبی جهت کاهش مقدار فسفر خون می باشد . استفاده از مکمل های کلسیم و ویتامین د باید زیر نظر پزشک متخصص شما صورت گیرد.

پتاسیم :

پتاسیم یک ماده معدنی مهم در خون است که کمک می کند ماهیچه قلب به خوبی کار کند افزایش یا کاهش پتاسیم در خون خطرناک است در بیماران کلیوی به علت مصرف داروها ممکن است سطح پتاسیم

خون تغییر کند که نیاز به محدود کردن پتاسیم رژیم غذایی می باشد.

سبزی های غنی از پتاسیم عبارتند از: نخود، اسفناج، کدو حلوائی، رب گوجه فرنگی (گوجه فرنگی خام یا پخته

فقط به اندازه یک عدد متوسط در روز مجاز است)، سیب زمینی (مگر آن که پوست آن گرفته شود و ۸ ساعت

پیش از پختن در آب خیسانده شود)، آرتیشو، آووکادو، چغندر، کرفس، قارچ، بامیه و فلفل تند.

میوه های غنی از پتاسیم عبارتند از: موز، خرما، زرد آلو، کیوی، طالبی، خربزه، پرتقال، شلیل، گرمک، گلابی و انار

شما ممکن است با توجه به تورم پا، دست و صورت و یا تنگی نفس نیاز به محدود کردن مایعات داشته

باشید مقدار توصیه شده مایعات برای بیماران کلیوی متفاوت است و ممکن است در طول زمان تغییر کند.

(بسته به میزان ادرار فرد بیمار بین 4 تا 8 لیوان می باشد).

مراقبت از دسترسی عروقی

کاتتر یکی از راههای دسترسی عروقی در بیماران همودیالیز است. به زبان ساده یک لوله ی دو شاخه است که این لوله داخل

یک رگ بزرگ به وسیله پزشک قرار داده می شود.

این پرو سیجر با بی حسی موضعی انجام می شود و به وسیله بخیه زدن روی پوست ثابت میگردد.

رگهای مورد استفاده جهت شالون در گردن و یا کشاله ران می باشد.

انواع کاتتر

کاتتر موقت: تا زمانی که دسترسی دائم (مثل: فیستول، گرفت یا کاتتر دیالیز صفاقی) هنوز آماده نشده است. و همچنین در انجام

دیالیز اورژانسی مورد استفاده قرار می گیرد. این کاتتر تا 6 هفته قابل استفاده میباشد معمولاً طی 3 الی 4 هفته تعویض میشود و

کاتتر رانی بعد از 2 جلسه دیالیز تعویض می گردد.

کاتتر دائم: در برخی بیماران به علت عدم مناسب بودن عروق جهت تعبیه گرافت یا فیستول کاتتر دائم به نام پرمیکت

گذاشته می شود. که طی 1الی 2سال کار می کند.

عوارض کاتتر

سوزن نخوردن با هر بار دیالیز از محاسن کاتتر می باشد. اما از مهمترین خطرات در کوتاه مدت ایجاد لخته و عفونت است. و جهت پیشگیری از لخته پرستار پایان دیالیز لاین ها را با محلول هپارین شستشو می دهد. و محل کاتتر به ویژه کاتتر دائم پانسمان استریل می کند.

مراقبت از کاتتر

در طول قطع و وصل دیالیز برای پیشگیری از انتقال عفونت حتما از ماسک استفاده شود.

◀ سر پوش های کاتتر همیشه بسته باشد.

◀ هفته ای سه بار پانسمان ها در بخش دیالیز یا مرکز درمانی دیگر تعویض شود.

◀ مراقب تا شدگی یا خمیدگی لوله ها باشید و با آنها بازی نکنید. از ورود ضربه یا ایجاد کشش بر روی لوله ها خودداری کنید.

◀ با استفاده از ثابت کننده همانند سرجی فیکس از حرکت کاتتر در ناحیه گردن جلوگیری کنند.

◀ کلمپ ها فقط توسط پرستار باز و بسته شود.

◀ در صورت مراجعه به مراکز درمانی اجازه استفاده از کاتتر جهت خونگیری یادادن سرم و دارو داده نشود.

◀ در صورت باز شدن بخیه یا جابجایی کاتتر دستکاری نشود و جلو عقب کشیده نشود در این صورت به پزشک مراجعه شود.

◀ زمان استحمام کوتاه باشد و نواحی مختلف به ترتیب شستشو داده شود و حتی الامکان آب روی کاتتر سرازیر نشود.

◀ بلافاصله بعد از استحمام محل کاتتر خشک و پانسمان استریل گذاشته شود.

◀ اگر دیالیز طبق تشخیص پزشک قطع شد هفته ای 2الی 3بار به یکی از مراکز درمانی مراجعه کرده و کاتتر را هپارینه

نمایید.

نکات قابل توجه

☀ محل ورود کاتتر را از نظر علایمی مانند خونریزی، تورم و ترشح کنترل کنید.

☀ در صورت درد در محل کاتتر ویا قفسه سینه به پزشک مراجعه کنید.

☀ در صورت تب و لرز ویا احساس ناخوشی به پزشک مراجعه کنید.

داروهای مورد استفاده در بخش دیالیز

بیماران دیالیزی به علت نارسایی کلیه نیاز به درمان های دارویی دارند که جزء اصلی درمان این بیماران می باشد در اینجا به چند مورد اشاره شده است.

اپرکس

در بیماران دیالیزی کلیه این توانایی را نداشته که تولید گلبول قرمز کند. اپرکس در بدن کلیه را وادار به ساخت گلبولهای قرمز های می کند. اپرکس 2 یا 3 بار در هفته تزریق می شود که اثر درمانی آن 2 الی 3 ماه بعد ظاهر می شود.

عوارض: افزایش فشار خون - سردرد - نشانه های آنفولانزا - واکنش های پوستی

احتیاط: 1- حساسیت به دارو - 2- فشارخون بالا - 3- بیماری های عروق محیطی - 4- غش های صرعی - 5- مصرف داروهای دیگر - 6- برای خانم های باردار و شیرده مصرف نشود - 7- در اطفال و کودکان توصیه نمی شود. - 8- در دمای 2 تا 8 درجه نکه داری شود و 33 دقیقه قبل از تزریق از یخچال خارج شود. - 9- تزریق به شکل زیر جلدی می باشد.

ونوفر

از ترکیبات آهن و ضد کم خونی می باشد . به شکل محلول قهوه ای تیره رنگ آمپول های 5 میلی لیتری که حاوی 133 میلی گرم آهن است عرضه می شود.

عوارض: افت فشار خون ، تغییر موقت حس چشایی ، تهوع و احساس طعم فلز در دهان می باشد.

این دارونمازی به نگهداری در یخچال ندارد، با هیچ دارویی نباید مخلوط شود. در زمان مصرف قرص آهن قطع شود.

هپارین

در جریان دیالیز خون در تماس با بخش های مختل دستگاه همودیالیز از جمله لاین ها و گرم کننده و صافی و... قرار می گیرد که ممکن است این سطوح باعث شروع تشکیل لخته در هنگام دیالیز شوند. مخصوصا در چنبره ها که خون در معرض هوا قرار دارد لخته ایجاد شده و ممکن است انقدر بزرگ باشد که موجب انسداد مسیرومنجر به اختلال انجام دیالیز گردد. جهت

کاهش احتمال تشکیل لخته خون در حین دیالیز استفاده از آنتی کواگولانت (هپارین) استفاده می شود که به صورت بلوس مکرر یا تزریق با پمپ می باشد.

عوارض: خونریزی - کاهش پلاکت

احتیاط: توجه به ناحیه پانسمان فیستول - عدم تزریق عضلانی - اجتناب از هرگونه عملی که منجر به جراحات و خونریزی می شود.

خون

اکثر بیماران مبتلا به اختلال کلیه به طور مزمن دچار کم خونی می شوند. که شدت آن در بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته تحت درمان همودیالیز مزمن بیشتر است. طبق استاندارد هموگلوبین کمتر از 13 g/dl در مردان و هموگلوبین کمتر از 12 g/dl در زنان قبل از یائسگی آنمی محسوب می شود.

کم خونی به تدریج باعث کاهش کیفیت زندگی و طول عمر خواهد شد.

علت: کاهش ترشح اریتروپویتین - خونگیری مکرر و اتلاف خون در ست و صافی - خونریزی گوارشی - پرکاری شدید پاراتیروئید -

شرایط التهابی حاد و مزمن - مسمومیت با آلومینیوم - کاهش فولات - کاهش طول عمر گلوبول قرمز - تالاسمی در چنین

شرایط تزریق اپرکس انجام می شود که در بالا توضیح داده شد ولی در مواقعی که خونریزی شدید بوده و شرایط حاد و

اورژانسی می باشد کیسه خون تزریق می شود.

احتیاط: پرستار شما قبل از تزریق باید مشخصات خون شما با خون آماده شده را چک کند در صورت درست نبودن به

آزمایشگاه باز گردانده شود. اگر قصد پیوند کلیه دارید اطلاع دهید تا از خون شسته شده یا اشعه دیده استفاده شود و در

صورت نیاز فیلتر مخصوص استفاده شود (به علت آنتی بادی های موجود در کیسه خون 6 ماه قبل از پیوند، تزریق خون بدون

اشعه و شسته نشده ممنوع است).

— میوه ها و سبزی ها و آب میوه ها به 1 واحد در روز محدود شود (1 واحد میوه معادل 1 عدد میوه متوسط و 1 واحد سبزی

معادل 1 لیوان سبزی خام یا نصف لیوان سبزی پخته است)

— مصرف مایعات در حدی باشد که اضافه وزن بین دو جلسه بیش از 5 درصد وزن شما نباشد. مثلاً اگر 54 کیلوگرم وزن

شماست 155 کیلوگرم اضافه وزن می توانید داشته باشید.

— سعی کنید تخم مرغ را به صورت آب پز دوتاسه بار در هفته مصرف کنید.

— از روغن مایع استفاده کنید.

— در صورت علاقه غیر قابل کنترل به میوه میتوان 0-1 ساعت قبل از دیالیز میوه ها را مصرف کنید تا در زمان دیالیز پتاسیم اضافه دفع شود.

— مددجو روزانه اجازه مصرف یک نوع میوه را دارد بخصوص از انواع پر پتاسیم مانند یک سیب، نصف پرتقال، 14 عدد توت فرنگی و حداکثر 1 سانت موزو...

— میوه ها حتما پوست گرفته شود.

— در مورد سیب زمینی پس از پوست کندن به قطعات کوچک تقسیم شود و

حداقل 8 ساعت در آب خیسانده شود و آب آن هر 1 ساعت تعویض شود تا پتاسیم آن کاهش یابد.

— سبزیجات بهتر است به صورت پخته و پس از دور ریختن آب آن استفاده شود.

ورزش :

تحقیقات نشان میدهند که ورزش حین دیالیز وجه خارج از محیط دیالیز باعث ارتقای کیفیت زندگی مددجویان می شود و حرکت نرمشی حین دیالیز باعث افزایش میزان برداشت اوره در طی همودیالیز می گردد و همچنین روی فشار خون و عملکرد قلب تاثیر مثبت دارد.

نکاتی که باید رعایت کنید:

— این حرکات در دوساعت اول دیالیز شروع و انجام شود و به دو ساعت دوم کشیده نشود پس بلافاصله بعد از اتصال به دستگاه و شروع دیالیز این حرکات را شروع کنید .

— مدت زمان ورزش مهم است چرا که مدت زمان بیشتر و یا کمتر از 15 دقیقه نتایج مطلوبی در پی نخواهد داشت .

— حرکات نرمشی به این صورت است :

(1) چرخاندن مچ دست 02 دور در جهت عقربه های ساعت

(0) چرخاندن مچ دست 02 دور در خلاف جهت عقربه های ساعت

(3) تا کردن مچ دست به بالا و پایین 02 حرکت

(4) چرخاندن بازو حول مفصل شانه با دست در جهت رو به جلو 02 دور

(5) چرخاندن بازو حول مفصل شانه با دست در جهت رو به عقب 02 دور

(6) جلو آوردن شانه ها تا حد امکان 15 بار

(7) چرخاندن مچ پاها 02 دور در جهت عقربه ساعت و 02 دور در خلاف جهت عقربه ساعت.

(8) تا کردن مچ پاها به بالا و پایین 02 حرکت

(9) تا کردن ساق پاها روی ران از مفصل زانو 02 حرکت

(12) تا کردن ران روی شکم و راست کردن پا 02 حرکت

—چنانچه حین انجام این حرکات دچار احساس سرگیجه سردرد تهوع یا هرگونه احساس نامطلوبی شدید ورزش را قطع کرده در وضعیت دراز کش قرار بگیرید و پاهای خود را بالا ببرید و به کادر درمان اطلاع بدهید.

توصیه انجمن کلیه برای انجام ورزش در مدد جویان دیالیزی:

- ورزش 14 تا 04 دقیقه به مدت 3 روز در هفته توصیه می شود

- ورزش حین انجام دیالیز نباید فراموش شود.

- در روز های بدون دیالیز حتما باید صورت گیرد .

- تحلیل استخوانی ناشی از بیماری شما می تواند پوگی استخوان یا ضعف استخوانی ایجاد کند بنابراین انجام ورزش هایی مانند پیاده روی ، دویدن ، دوچرخه سواری ، شنا و البته نه شیرجه ضروری است .

- برنامه ورزشی باید یک برنامه منظم و پیشرونده باشد که از 14 دقیقه شروع و کم کم زمان آن را افزایش دهید تا به یک

ساعت در روز برسد و بهترین سود حاصل شود

- قبل از شروع ورزش با تیم همودیالیز مشورت کنید.

- در صورت افزایش فشار خون بیشتر از 144/114 ورزش انجام نشود .

- در صورتی که حین ورزش آب زیادی از بدن کم شد آب از دست رفته جبران شود.

- در روزهای گرم و ساعات گرم روز از ورزش اجتناب کنید.

- در صورت تنگی نفس و طپش قلب یا درد قفسه سینه ورزش قطع شود.
- در صورت انجام نشدن یک جلسه دیالیز یا زمانی که احساس میشود خیلی سنگین ورزش میکنید یا قند خونتان نامناسب (کمتر از 144 یا بیشتر از 154 باشد) است از ورزش اجتناب کنید.
- بهترین نوع ورزش پیاده روی مداوم و منظم در هوای آزاد است.
- از انجام ورزشهای رزمی که احتمال آسیب به کلیه وجود دارد مانند کاراته و... خودداری کنید.
- متناسب با شرایط هوایی لباس و کفش محافظ مناسب بپوشید.
- قبل از انجام حرکات بدن سازی مدت 5 دقیقه صرف حرکات کششی و آماده سازی شود و در آخر 5 تا 14 دقیقه صرف سرد کردن شود.
- سعی کنید به جای آسانسور از پله استفاده کنید. و یا برای خرید به جای رانندگی پیاده روی کنید.
- در زمان ورزش میزان انسولین را 1 تا 1 واحد کمتر از قبل استفاده کنید و قبل از شروع ورزش کربوهیدرات مصرف کنید
- انسولین خود را به مکانهای مثل شکم که در حین ورزش بی تحرک هستند، تزریق کنید.
- در دوره پیک اثر انسولین از ورزش اجتناب کنید.
- برای مددجویان وابسته به انسولین ورزش 14 تا 34 دقیقه و برای غیر وابسته به انسولین 04 تا 14 دقیقه توصیه میشود.
- مددجویانی که دچار رتینوپاتی شده اند از انجام ورزش های سنگین که فشار خون را بالا میبرد بپرهیزند.
- در بیماران قلبی عروقی ورزش باید با مشورت پزشک انجام شود.
- شنا و دوچرخه سواری برای بیماران با مشکلات مفصل و استخوان توصیه میشود.

داروها :

اریتروپوئیتین:

هورمونی خونساز است و به صورت داخل وریدی یا زیرجلدی استفاده میشود .

— باید دقت کنید که :این دارو طبق تجویز پزشک استفاده شود

— در دمای 1 تا 8 درجه نگهداری شود و از یخ زدگی آن جلوگیری شود.

— رنگ محلول شفاف باشد

—بعد از دیالیز تزریق شود

—در صورت افزایش فشار تزریق نشود.

—از نور مستقیم خورشید محافظت شود.

آهن تزریقی: جهت درمان کم خونی میباشد.

—باید رقیق شده و داخل وریدی تزریق شود.

—نیازی به نگهداری در یخچال ندارد

—با هیچ دارویی نباید مخلوط شود

—تزریق حتما در بیمارستان انجام شود

—مصرف همزمان آن با آهن خوراکی توصیه نمیشود.

کربنات کلسیم:

یک مکمل غذایی، هنگامیکه دریافت کلسیم کم است میباشد همچنین باعث کاهش جذب فسفر میشود.

به صورت قرصهای خوراکی میباشد .

از عوارض آن میتوان: یبوست، تشنگی، تهوع و پرادراری را نام برد.

در صورت بروز خشکی دهان پرادراری گیجی و هذیان که نشان دهنده افزایش بیش از حد کلسیم است باید سریعاً به پزشک مراجعه کنید.

اگر هدف اصلاح فسفر است باید دارو در وسط غذا میل شود.

آنتی بیوتیک ها و آهن، جذب کلسیم را مختل میکند، بنابراین با فاصله زمانی از هم مصرف شود.

رناژل:

این دارو به فسفر مواد غذایی متصل شده و آن را از طریق دستگاه گوارش دفع میکند و مانع جذب فسفر میشود.

این دارو به صورت کپسول و خوراکی میباشد.

عوارض آن مانند کربنات کلسیم است، ولی یبوست بیشتر دیده میشود.

باید مصرف مواد حاوی فسفر مانند آجیل و لبنیات را کاهش داد.

فاصله مصرف رناژل با داروهای ضد تشنج، وارفارین، سیپرو فلوکساسین باید حداقل 1 تا 3 ساعت باشد.

کلسی تریول:

این دارو فرم فعال شده ویتامین دی است که متابولیسم کلسیم و فسفات را تحت تاثیر قرار میدهد.

این دارو به شکل کپسول ژلاتینی و آمپول 1 میکروگرم میباشد.

مهمترین عارضه آن افزایش کلسیم است که با کنترل دوره ای کلسیم مشخص میگردد.

کارنیتین:

برای جلوگیری از کرامپهای عضلانی تجویز میشود و مکمل غذایی است. بعد از دیالیز مصرف شود.

تهوع، استفراغ، اسهال و کرامپهای شکمی از عوارض کارنیتین است.

اگزازپام:

جهت جلوگیری از کرامپهای عضلانی دو ساعت قبل از دیالیز استفاده میشود.

توصیه های بهداشتی برای داشتن یک خواب مناسب:

☞ سعی کنید خواب و بیداریتان هر روز در یک زمان منظم باشد. -هر شب 7 تا 8 ساعت خواب پیوسته داشته باشید.

☞ در روزهای تعطیل بیش از حد معمول نخوابید. -از خوردن و آشامیدن غذاهای محرک مانند چای و قهوه و.. در عصر و شب خودداری کنید.

☞ شام را 3-0 ساعت قبل از خواب مصرف کنید. -سعی کنید کافئین را از رژیم غذایی تان حذف کنید.

☞ تلاش کنید به طور منظم در صبح و عصر ورزش کنید و در وقت ورزش قبل از خواب محرک بیداری است.

☞ قبل از این که به رختخواب بروید بدن و عضلاتتان را شل و آرام سازید. -قبل از خواب دوش بگیرید.

☞ قبل از خواب کمتر تلویزیون تماشا کنید.

☞ چراغها، تلویزیون و رایانه را قبل از خواب خاموش کنید.

قبل از خواب مطالعه کنید.

وزن خشک یعنی چه ؟

وزن خشک یعنی وزنی که شما با آن راحت هستید و عالیم افزایش وزن و یا کاهش وزن را ندارید .

علائم افزایش وزن خشک	علائم کاهش وزن خشک
فشار خون بالا	کاهش فشار خون
تنگی نفس	گرفتگی صدا
ورم صورت و دست و پا	سرگیجه
برجسته شدن وریدهای گردنی	گرفتگی عضلات
درد قفسه سینه	ضعف شدید

وزن خشک قابل تغییر است بنابراین از پرستار خود بخواهید هر سه ماه یکبار وزن خشک شما را محاسبه کند و در اختیار شما بگذارد .

چگونگی مراقبت از کاتتر ورید مرکزی:

- از روش استریل دربارگیری کاتترها جهت پیشگیری از عفونت استفاده کنید.

- زمانو طول مدت استفاده از کاتتر را به حداقل برسانید. دو هفته پس از کاتتر گذاری احتمال عفونت ۸٪، یک ماه بعد ۲۵٪ و پس از دوماه این مقدار تقریبا دوبرابر می شود در ۲۰-۲ درصد از کاتترها سیتی سمی ایجاد می گردد.

- محل ورود کاتتر را از نظر علائمی از قبیل تورم، خون ریزی، ترشح کنترل نمایید.

از ورود ضربه و یا ایجاد کشش بخصوص به هنگام دیالیز خودداری نمایید.

- از کاتتر جهت گرفتن نمونه خون و تزریقات وریدی استفاده نکنید.

- در صورت جابجایی کاتتر، آنرا به هیچ عنوان به جلو یا عقب حرکت ندهید.

- از گذاردن پنس بر روی شاخک کاتتر خودداری کنید.

- علائمی مثل آمفیزم جلدی، اختلالات تنفسی و هماتوم را مدنظر داشته و پزشک را مطلع نمایید.

- در صورت مشاهده انسداد، با آسپیره کردن مشکل را برطرف نمایید.

برای استفاده از کاتتر:

۱- مطمئن شوید کلیپس شاخه ها بسته است

۲- در شروع دیالیز، سرپوشهای شاخه ها را باز کرده و استریل نگهدارید

۳- با یک سرنگ هیپارین داخل هر یک از شاخه ها را آسپیره و تخلیه نمایید.

۴- لوله شریانی و وریدی موردنظر را به شاخه ها وصل کنید.

۵- کلیپس شاخه ها را باز کنید. (در صورت عدم رعایت فوق خطر آمبولی بیمار را تهدید می کند)

در صورت عدم فلو خون مناسب در دیالیز از طریق کاتتر:

۱- سر بیمار را پایین آورده و جهت بهتر شدن فلو خون توصیه می شود که اگر کاتتر ژوگولار و یا ساب کلاوین

است، سر در خلاف جهت محل تعبیه کاتتر چرخانده شود.

۲- پانسمان استریل تا پایان دیالیز در محل نگه داشته شود.

۳- فشار خارجی بر روی محل خروج کاتتر فراهم شود.

۴- در صورت امکان کاتتر ۱۸۰ درجه چرخانده شود.

۵- محل لوله های شریانی و وریدی تعویض شود یا به عبارتی لوله شریانی به شاخه وریدی و بالعکس وصل

شود.

بمنظور پیشگیری از لخته شدن خون در لاین های کاتتر که عارضه شایعی است پس از اتمام دیالیز:

۱- پس از اتمام دیالیز مطمئن شوید که کلامپ ها بسته است. پس از آن سرهای شریانی و وریدی کاتتر و

رابط های خونی به مدت ۳-۵ دقیقه در ظرف بتادین قرار داده و سپس خشک نمایید.

۲- در ابتدا هر کدام از لاین های کاتتر توسط ۱۰ سی سی نرمال سالین و یا آب مقطر با فشار شسته شود.

۳- بر حسب حجم مورد نیاز جهت پر شدن لاین های کاتتر، ۱۰۰۰ تا ۵۰۰۰ واحد هپارین را به حجم مورد

نیاز رسانیده و هر لاین را با محلول تهیه شده پر کنید.

۴- اطلاعات را در چارت بیمار ثبت کنید تا سایر پرستاران و پزشکان بتوانند از این اطلاعات استفاده کنند.

۵- در صورتی که با کاتترهای کافدار کار می کنید، به دلیل بالا بودن خطر لخته در این نوع کاتترها ترجیحا

هپارینه کردن لاین ها بر حسب حجم لاین ها با هپارین خالص صورت گیرد.

طریقه پانسمان کاتتر ورید مرکزی

- ۱- ابتدا لازم به یادآوری است که در کلیه مراحل کار با کاتترها لازم است که بیمار و پرستار هر دو ماسک داشته باشند و پوشیدن دستکش بعد از شستن دست ها توسط پرستار الزامی است.
- ۲- با روش استریل محل کاتتر را با نرمال سالین و یا الکل سفید تمیز کنید.
- ۳- پانسمان کاتتر باید توسط پانسمان خشک (به دلیل احتمال کلونیزاسیون بیشتر در محل خروج با استفاده از پانسمان پلاستیکی و بدون منفذ) صورت گیرد.

حمام کردن و دوش گرفتن

محل خروج کاتتر هرگز نباید در آب قرار گیرد. دوش گرفتن بهتر است قبل از آمدن به بخش دیالیز انجام شود. چون بلافاصله پس از آن پانسمان تعویض خواهد شد. لازم بذکر است در کاتترهای کاف دار محدودیت حمام کردن وجود ندارد ولی بهتر است در این موارد نیز حمام کردن قبل از دیالیز انجام شود.

اقدامات لازم برای پیشگیری از عوارض حین دیالیز

همودیالیز یکی از روش های رایج درمان جایگزینی نارسایی کلیه چه در ARF (Acute renal failuer) و چه در CRF (Chronic renal failure) است. بیمار حداقل ۳ بار در هفته و هر بار تقریباً ۴ ساعت تحت همودیالیز قرار می گیرد. که در این مدت عوارض ناخواسته بیمار و پرستار را درگیر می کند که در این مبحث به بازگشایی حوادث می پردازیم. شایع ترین عوارض هنگام دیالیز، به ترتیب افزایش شیوع، افت فشار خون (۲۰-۳۰٪ دیالیزها)، کرامپ عضلانی (۲۰-۵۰٪)، تهوع و استفراغ (۱۵-۵۰٪)، سردرد (۵۰٪)، درد پشت (۵-۲۰٪)، خارش (۵۰٪)، و تب و لرز (کمتر از ۱٪) می باشد.

الف - افت فشار خون:

علل شایع:

- افت فشار خون به علت کاهش بی اندازه و یا شدید حجم خون:

افت فشار خون حادثه بسیار شایع هنگام دیالیز است و به طور اولیه، انعکاسی از برداشت مقدار زیاد مایع نسبت به حجم پلاسما در طول جلسه دیالیز می باشد. حفظ حجم خون هنگام دیالیز به دوباره پر شدن سریع کمپارتمان خونی از فضای میان بافتی پیرامون وابسته است. کاهش حجم خون منجر به کاهش پرشدگی قلب (cardiac filling) که به نوبه خود منجر به کاهش برون ده قلب و نهایتاً افت فشار خون می شود.

دلایلی که باعث کاهش شدید حجم خون می شوند به این طریق مطرح می شوند:

۱- نوسانات در سرعت اولترافیلتراسیون: سرعت برداشت مایع در طول جلسه دیالیز باید ثابت باشد. وقتی از کنترل کننده اولترافیلتراسیون استفاده نشود، سرعت برداشت مایع ممکن است با تغییرات فشار روی غشاء صافی نوسانات قابل توجه داشته باشد. بهترین راه پیشگیری، استفاده از ماشین دیالیز دارای کنترل کننده اولترافیلتراسیون است. اگر چنین ماشینی در دسترس نباشد باید از غشاء صافی که خیلی نفوذپذیر به آب نباشد، استفاده کرد تا علی رغم نوسانات غیر قابل اجتناب فشار دو طرف غشاء هنگام تغییرات سرعت برداشت مایع هنگام دیالیز اندک باشد.

۲- سرعت بالای اولترافیلتراسیون (جهت درمان اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز): وقتی بیمار شما با اضافه وزن غیر نرمال برای انجام همودیالیز مراجعه می کند شما مجبور به برداشت مایع با حجم بیشتر در واحد زمان خواهید بود، که این اتفاق با کاهش طول دیالیز نیز به وقوع می پیوندد. جهت جلوگیری از این امر باید بیماران جهت محدودیت مصرف نمک و متعاقب آن وزن گیری بین دو جلسه دیالیز مشاوره شوند (تقریباً کمتر از ۱ کیلو گرم روزانه). این به آن معنا نیست که تغذیه و اضافه وزن معمول بیمار را محدود کنیم بلکه باید مصرف مایعات محدود شود زیرا در مطالعات مقطعی دیده شده است که بیمارانی که وزن خشک آن ها به مرور افزایش می یابد طول عمر بیشتری نسبت به بیمارانی دارند که به تدریج وزن خشک آن ها کاهش می یابد.

۳- وزن خشک هدف، خیلی پایین باشد: وقتی به وزن خشک بیمار می رسیم، میزانی که دوباره به کمپارتمان خونی از فضاهای بافتی پیرامون باز می گردد، کاهش می یابد. اضافه وزن بعضی بیماران بین دو جلسه دیالیز اندک یا هیچ است. زمانی که مایع اضافی وجود ندارد، تلاش برای برداشت مایع از بیمار موجب افت فشار خون در طول جلسه دیالیز و بعد از دیالیز می گردد و این حالت با گرفتگی عضله، سرگیجه، بی حالی و احساس washed out همراه است. بعضی مواقع نیز اولترافیلتراسیون بیمار مستعد به افت فشار خون بسیار محتاطانه انجام می شود که منجر به تجمع مایع در بیمار و نهایتاً افزایش فشار خون می شود که استفاده از نمایشگر هماتوکریت در هنگام دیالیز در این موارد می تواند مفید باشد. به طوری که اگر علی رغم برداشت مایع پاسخ هماتوکریت خط صاف باشد (flat line یعنی عدم افزایش هنگام دیالیز) به معنای تجمع مایع خواهد بود.

۴- استفاده از محلول دیالیز با سطح سدیم پایین: وقتی میزان سدیم محلول دیالیز کمتر از سدیم پلاسما باشد، خونی که از صافی برمی گردد، نسبت به مایع فضای میان بافتی اطراف هیپوتون است. برای حفظ

تعادل اسموتیک، از کمپارتمان خونی خارج شده و باعث کاهش سریع حجم خون می شود. این اثر عمدتاً در اوایل جلسه دیالیز که سدیم پلاسما به طور ناگهانی کاهش می یابد، خود را نشان می دهد. به وسیله استفاده از محلول دیالیز با میزان سدیم برابر یا بیشتر از پلاسما می توان از این مشکل جلوگیری کرد. در صورت نیاز به استفاده از محلول دیالیز با سدیم پایین باید توجه کرد که فقط تا حدود ۴ میلی اکی والان سدیم محلول دیالیز کمتر از سدیم پلاسما تنظیم شود. و سرعت اولترافیلتراسیون را در اوایل دیالیز، کاهش داد تا کاهش حجم خون ناشی از کاهش اسموتیک خون جبران شود.

– افت فشار مربوط به فقدان انقباض عروقی

هر کاهش مختصری در مقاومت عروق محیطی یا حجم پرشدگی قلب می تواند موجب کاهش فشار خون شود چرا که برون ده قلبی به صورت جبرانی نمی تواند زیاد شود. در شرایطی که کاهش پرشدگی شرایط قلب وجود دارد افزایش ضربان قلب اثر کمی روی برون ده قلبی خواهد داشت. بیشتر از ۸۰٪ حجم خون در وریدهاست. پس، تغییر در ظرفیت وریدی می تواند باعث کاهش پرشدگی قلب، کاهش برون ده قلبی و در نتیجه افت فشار خون شود. بستر عروقی اسپلانکنیک و جلدی بیشترین توانایی را جهت تغییر ظرفیت دارند. مواردی که در دیالیز خونی سبب عدم انقباض عروقی و کاهش فشار خون می شوند شامل:

- ۱- محلول دیالیز حاوی استات: استات دارای خاصیت وازودیلاتاسیون که باعث وازودیلاته شدن عروق و کاهش عملکرد و متابولسیم قلب می شود. امروزه از بی کربنات به عنوان بافر به جای استات استفاده می شود و از نظر فرآیند نیز تفاوت چندانی بین این دو وجود ندارد. در دیالیز با محلول بی کربنات حملات افت فشار خون کاهش می یابد.

۲- محلول دیالیز خیلی گرم: بیماران دیالیزی اغلب کمی هیپوترم هستند به دلایلی که کاملاً مشخص نیست، دمای بدن در طول جلسه دیالیز کمی بالا می رود. گرما یک محرک وازودیلاتور قوی است و منجر به گشادی وریدها و آرتریول می شود، استفاده از محلول دیالیز خنک تر (۳۶-۳۴ درجه سانتی گراد) می تواند شیوع افت فشار در طول دیالیز را، احتمالاً با جلوگیری از وازودیلاتاسیون ناشی از دمای بالا کاهش دهد. باید در بیماران CCU و قلبی با توجه به یافته های اخیر در پایین آوردن دمای محلول دیالیز دقت بیشتری کرد زیرا که کاهش دما خود باعث اسپاسم عروق کروز قلبی نیز می شود.

3- خوردن غذا (اتساع عروق اسپلانکنیک): خوردن غذا در حین دیالیز باعث کاهش واضح فشار خون می شود. خوردن غذا باعث کاهش انقباض و مقاومت عروق در بعضی بسترهای عروقی خاص مخصوصاً عروق اسپلانکنیک می شود. که باعث کاهش مقاومت عروقی و احتمالاً افزایش ظرفیت عروقی اسپلانکنیک می شود. که این اثر حدود ۲ ساعت طول می کشد. بیماران مستعد به افت فشار خون صلاح است از خوردن غذا قبل یا هنگام دیالیز پرهیز کنند.

۴- نوروپاتی اتونوم (مثل دیابت): نوروپاتی اتونوم در بیماران دیابتی شایع است. در این بیماران، مکانیسم انقباض عروقی در پاسخ به کاهش حجم، آسیب دیده است. در نتیجه، توانایی لازم جهت حفظ فشار خون زمانی که برون ده قلبی افت می کند وجود ندارد. میدودرین آگونیست آلفا آدرنرژیک خوراکی است که به میزان ۱۰ میلی گرم به صورت خوراکی ۳۰ دقیقه قبل از دیالیز تجویز می شود که تا حدودی می تواند موثر باشد.

۵- داروهای ضد افزایش فشار خون: باید داروهای ضد فشار خون کوتاه اثر از ۴ ساعت قبل از دیالیز استفاده نشوند و در صورت نیاز داروهای طولانی اثر شب قبل از دیالیز مصرف شوند.

کرامپ های عضلانی:

یکی از عوارض شایع در بیماران همودیالیزی است که ۳۳ تا ۸۶٪ بیماران دچار این علامت حین دیالیز می شوند. علت اصلی آن ناشناخته است. و بیشتر در ساعات انتهایی جلسات دیالیز اتفاق می افتد به همین علت یکی از علل ذکر شده در این رابطه تغییرات اسمولاسیتی پلاسما و حجم می باشد.

علل مهم کرامپ های عضلانی عبارتند از:

- ۱- کاهش فشار خون: به طور شایع به دنبال کاهش فشار خون کرامپ نیز ایجاد می شود اگرچه اغلب کرامپ ها بعد از اصلاح فشار خون نیز پایدار می مانند.
 - ۲- بیماران زیر وزن خشک: زمانی که بیمار تا زیر وزن خشک دهیدراته شده باشد. کرامپ های شدید و طولانی که اواخر جلسه دیالیز شروع شده و ساعت های طولانی ادامه می یابند اتفاق می افتد دلیل آن نیز کاهش بستر عروقی ماهیچه (انقباض عروقی در ماهیچه ها) و کاهش فشار خون و کاهش فشار اکسیژن خون شریانی (هیپوکسی) می باشد.
 - ۳- استفاده از محلول دیالیز با سدیم کم: کاهش حاد غلظت سدیم پلاسما منجر به انقباض عروقی خونی یک ماهیچه ایزوله می شود. به همین دلیل و شاید دلایل دیگر استفاده از محلول دیالیز با سدیم کم با شیوع بالای کرامپ های عضلانی همراه است.
- درمان کرامپ:** وقتی که کاهش فشار خون و کرامپ های عضلانی با هم اتفاق می افتند، کاهش فشار خون ممکن است به درمان با نرمال سالین ۰/۹٪ پاسخ دهد. ولی با این وجود ممکن است کرامپ های عضلانی تداوم یابند. بستر عروقی ماهیچه ای را میتوان توسط محلول های هیپرتونیک گشاد کرد و سبب خونرسانی

بالا و در نتیجه رفع هیپوکسی شد شاید به همین دلیل، تجویز سالین هیپرتونیک یا گلوکز در کنترل کرامپ های عضلانی حاد خیلی موثر است. که محلول های هیپرتونیک سبب شیفت آب از بافت های اطراف به داخل عروق می شوند که سبب حفظ حجم خون می شوند. از آنجا که بار سدیم به کار رفته در محلول های سالین هیپرتونیک می تواند منجر به تشنگی بعد از دیالیز شود، تجویز گلوکز هیپرتونیک در درمان کرامپ بیماران غیر دیابتی ارجح است.

پیشگیری از کرامپ:

- پیشگیری از حملات کاهش فشار خون از وقوع اکثر موارد کرامپ جلوگیری می کند. افزایش سدیم محلول دیالیز تا حد ۱۴۵ میلی اکی والان در لیتر یا بیشتر نیز ممکن است مفید باشد.
- کاهش خطی سدیم محلول دیالیز گاهی برای درمان بیماران با کرامپ های مقاوم هنگام دیالیز مفید است دیالیز را با سطح سدیم محلول دیالیز به میزان ۱۵۵-۱۵۰ میلی اکی والان در لیتر شروع کنید و در طی دیالیز به صورت کاهش خطی (linear) به ۱۴۰-۱۳۵ میلی اکی والان در لیتر در پایان درمان برسانید بهتر است که استراتژی کاهش خطی سدیم با شیوه کاهش یابنده سرعت اولترافیلتراسیون همراه شود تا قسمت عمده مایع اضافی بیمار حین ۱/۲ تا ۲/۳ ابتدایی جلسه دیالیز برداشت شود.
- ویتامین E و کنیین: مشخص شده است که تجویز ۴۰۰ واحد ویتامین E یا ۳۲۵ میلی گرم کنیین در زمان خواب برای کرامپ های مزمن پا مفید است.
- کارنیتین: که مطالعات نشان داده که بیمارانی که کارنیتین استفاده می کنند کمتر دچار عارضه کرامپ عضلانی می شوند.

- داروهای دیگر مانند اگزاپام دو ساعت قبل از دیالیز به میزان ۱۰ میلی گرم در کاهش کرامپ به دلایل ناشناخته موثر است.

ج- تهوع و استفراغ:

تهوع و استفراغ در بیش از ۱۰٪ موارد دیالیز اتفاق می افتد که علت آن به چند عامل بر می گردد. در بیشتر بیماران با وضعیت مناسب احتمالاً مربوط به کاهش فشار خون می باشد. تهوع و استفراغ می تواند نشانه های ابتدایی سندرم عدم تعادل نیز باشد.

هر دو نوع واکنش صافی a و b می توانند موجب تهوع و استفراغ شوند. اگر تهوع و استفراغ در خارج از جلسه دیالیز رخ دهد علت های غیر مربوط به دیالیز همواره باید مد نظر قرار گیرد به طور مثال هیپرکلسمی می تواند ایجاد تهوع و استفراغ کند.

هم چنین افزایش سدیم و کلسیم محلول دیالیز نیز این علایم را در بیماران دیالیزی ممکن است تشدید کند.

درمان: برای درمان تهوع و استفراغ بهترین کار درمان افت فشار می باشد که در صورت نیاز می تواند از داروهای ضد تهوع نیز استفاده کرد.

پیشگیری: جلوگیری از کاهش فشار خون در حین دیالیز بیشترین اهمیت را دارد. در برخی بیماران، کاهش جریان خون تا ۳۰٪ طی ساعت اولیه دیالیز ممکن است مفید باشد. ولی به هر حال، در این صورت زمان جلسه دیالیز باید طولانی شود.

د- سردرد:

سردرد نشانه شایع دیالیز است و علت آن عمدتاً ناشناخته است. ممکن است یک علامت اولیه سندرم عدم تعادل باشد البته در بیماران که به مقدار زیاد از قهوه استفاده می کنند سردرد می تواند تظاهر قطع کافئین (with drawal) باشد زیرا در طی دیالیز غلظت کافئین خون به سرعت کاهش می یابد.

درمان: استامینوفن در حین دیالیز می تواند مفید باشد.

پیشگیری: کاهش جریان خون در اوایل دیالیز می تواند مفید باشد کاهش سدیم مایع دیالیز هم کمی می تواند موثر باشد. دادن قهوه یا چای حین دیالیز نیز نشان داده است که موثر است البته در بیمارانی که در حین دیالیز افت فشار ندارند.

ت- درد سینه و درد پشت:

درد سینه خفیف (غالباً همراه با کمر درد خفیف) در ۱ تا ۴٪ موارد درمان های دیالیز اتفاق می افتد. که علت آن ناشناخته است. تدبیر درمانی خاص یا استراتژی پیشگیری کنترل غیر از تعویض غشای صافی وجود ندارد (در این که آیا این تغییر به بیمار کمک می کند یا نه، اختلاف نظر وجود دارد).

آنژین صدری باید در کنار علت های دیگر درد قفسه سینه در تشخیص های افتراقی قرار گیرد.

ه- خارش: خارش مشکل شایع در بیماران دیالیزی است. گاهی هنگام دیالیز تشدید می شود خارشی که فقط هنگام درمان پیدا می شود، خصوصاً زمانی که با سایر نشانه های کوچک آلرژیک همراه باشد، ممکن است تظاهراتی از افزایش حساسیت با درجه پایین به صافی یا اجزا سیستم گردش خون در خارج بدن باشد. اغلب مشکل خارش مزمن است و وقتی که بیمار مجبور شود به مدت طولانی بنشیند، فقط در طی جلسه دیالیز مورد توجه قرار می گیرد.

درمان: علامتی استاندارد شامل آنتی هیستامین است. استفاده از مواد نرم کننده جهت مرطوب و نرم نگه داشتن پوست توصیه می شود.

درمان با اشعه UV، به ویژه نور UVB، ممکن است مفید باشد غالباً خارش در بیماران با حاصل ضرب کلسیم در فسفر سرمی بالا دیده می شود و کنترل فسفر سرم و ارزیابی غده پاراتیروئید توصیه می شود. این که آیا خارش اورمیک با افزایش دوز دیالیز، استفاده از غشاهای با جریان بالا، شارکول خوراکی فعال شده، یا اریتروپوئین بهتر می شود، سوالاتی است که تحقیقات بیشتری را طلب می کند.

پیشگیری از سندرم عدم تعادل در جلسات اول دیالیز

این سندرم مجموعه ای از نشانه های سیستمیک و نورولوژیک است که غالباً در حین دیالیز و یا می تواند بعد از دیالیز اتفاق بیافتد. که اغلب همراه با تغییرات الکتروآنسفالوگرافی است.

تظاهرات اولیه شامل: تهوع و استفراغ، خستگی، سر درد می باشد تظاهرات جدی تر شامل تشنج و کوما است.

اتیولوژی: اکثر نظرات بر این است که سندرم عدم تعادل مربوط به افزایش محتوای آب مغز است وقتی سطح مواد حل شونده پلاسما با سرعت در هنگام دیالیز کم می شود. پلاسما نسبت به محلول های مغز هیپوتون می شود. و آب از پلاسما به بافت مغز جریان پیدا می کند. عده ای دیگر تغییرات حاد PH مایع مغزی نخاعی هنگام دیالیز را به عنوان علت این اختلال معرفی می کنند.

به طور کلی این سندرم در بیماران اورمیک حاد با نیتروژن اوره سرمی بالا که تحت همودیالیز طولانی قرار می گیرند دیده می شود. اما موارد خفیف آن را با علائم تهوع، استفراغ، سردرد در بیمارانی که به طور

نامنظم دیالیز می شوند و یا زمان دیالیز آنها در هر جلسه کوتاه می شود و به طور کلی در بیماران under dialysis می توان دید.

درمان: نشانه های تهوع و استفراغ و بی قراری و سردرد غیر اختصاصی هستند و زمانی که پدید آیند بسیار مشکل است که به طور خاص به سندرم عدم تعادل نسبت داده شوند. درمان علامتی است. وقتی که نشانه های خفیف عدم تعادل در بیمار اورمیک حاد هنگام دیالیز پدید آیند، سرعت جریان خون باید کاهش داده شود تا کفایت برداشت مواد حل شونده و تغییرات PH کاهش پیدا کند. باید توجه کرد که جلسه دیالیز زودتر از زمان برنامه ریزی شده تمام شود. می توان محلول های هیپرتونیک کلرور سدیم و گلوکز را نیز تجویز کرد، که خود باعث افزایش اسمولالیتیه خون شده و در رفع علائم سندرم عدم تعادل مفید خواهند بود. اگر تشنج یا کوما در طی جلسه دیالیز اتفاق بیافتد دیالیز باید متوقف شود.

چند توصیه :

- ✓ سعی کنید با بیماری خود کنار بیایید .
- ✓ مثبت فکر کنید
- ✓ از اینکه مکان و تجهیزات و افرادی وجود دارند که کمک می کنند علیرغم بیماری قادر به ادامه حمایت و زندگی در کنار خانواده هستند خداوند را شاکر باشید .
- ✓ در مورد رژیم غذایی مناسب خودتان مطالعه کنید با پزشک و پرستار و کارشناس تغذیه مشورت کنید و از راهنماییهای آنها بهره ببرید .
- ✓ در مورد نوع داروها و نحوه مصرف آنها از پزشک و پرستار دیالیز پرسش کنید. هیچ وقت خودسرانه دارویی را مصرف یا قطع نکنید. هنگام ورود به بخش دالیز و حین دیالیز آرامش خود را حفظ کنید.
- ✓ موسیقی ملایم گوش کنید .
- ✓ با خدای خود نیایش کنید .
- ✓ ورزش ملایم را فراموش نکنید .
- ✓ خوب استراحت کنید .
- ✓ خانواده را در جریان بیماری و رژیم غذایی خود قرار دهید .

✓در جلسات دوستانه و خانوادگی شاد شرکت کنید .

✓همیشه لبخند به لب داشته باشید .

✓خودتان مراقب خودتان باشید و مطمئن باشید خدای مهربان بیشتر از شما مراقب شماست .