**خلاصه کتاب – بهیاری یکساله (جلدسوم)**

اختلالات کلیوی : بیماری مزمن کلیه (CKD) واژه ای است برای توصیف آسیب کلیوی یا کاهش میزان تصفیه گلومرولی (GFRبه مدت 3 ماه یا بیشتر بکار برده می شود.

عدم درمان CKD منجر به بروز بیماری مرحله آخر کلیه (ESRD) می شود که نیازمند انجام درمان های جایگزین کلیه (دیالیز یا پیوند کلیه) می باشد . عوامل خطرزا شامل بیماری قلبی – عروقی – دیابت – فشارخون بالا و چاقی است . دیابت علت اصلی CKD می باشد . دیابت علت اصلی نارسایی کلیه در بیمارانی است که در دردمان های جایگزین کلیه در مورد آن ها شروع می شود . در ضمن علت ثانویه فشار خون بالا می باشد . در مراحل اولیه CKD ممکن است آسیب عمده ای به کلیه ها وارد شده باشد ولی علائم و نشانه ای وجود ندارد .

تظاهرات بالینی : افزایش سطح کراتینین سرم نشان دهنده بیماری کلیوی اساسی است . زمانی که سطح کراتینین افزایش می یابد نشانه های بیماری مزمن کلیوی شروع می شود کم خونی به علت کاهش تولید ارتیروپوئیتین توسط کلیه ها ایجاد می گردد . اسیدوز متابولیک و تغییرات غیرطبیعی در کلسیم و فسفر بیان کننده ی پیشرفت CKD هستند . احتباس مایع سبب ادم و نارسایی احتقانی قلب می شود و با پیشرفت بیماری تغییرات غیرطبیعی در الکترولیت ها رخ می دهد لذا نارسایی قلبی بدتر شده و کنترل فشار خون مشکل تر می گردد .

GFR میزان پلاسمای تصفیه شده از طریق گلومرول در واحد زمان می باشد . پاکسازی کراتینین میزان کراتینینی است که کلیه ها قادر به دفع آن طی 24 ساعت هستند . محاسبه GFR به عنوان یک شاخص بررسی مهم در CKD می باشد .

درمان بیماران مبتلا به CKD شامل درمان علت اصلی بیماری است بررسی بالینی منظم و بررسی های آزمایشگاهی برای حفظ فشار خون کمتر از 80/130 میلی متر جیوه بسیار مهم است .

**بیماری گلومرولی اولیه** : بیماری هایی که گلومرول های کلیوی را تخریب می کنند . در این اختلالات ابتدا مویرگ های گلومرولی گرفتار می شوند . مجموعه های آنتی ژن – آنتی بادی در خون تشکیل شده و در مویرگ های گلومرولی به دام می افتند و واکنش التهابی ایجاد می کنند . تظاهرات بالینی آسیب گلومرولی شامل پروتینوری – خون در ادرار – کاهش GFR – کاهش دفع سدیم ادم و نیز افزایش فشار خون می باشد .

**گلومرونفریت** : التهاب مویرگ های گلومرولی است که می تواند به شکل حاد و مزمن رخ دهد. با پیشرفت گلومروتفریت علائم و نشانه های از کار افتادگی مزمن و نارسایی کلیوی بروز می کند . تحت پرستار نقش مهممی در آموزش بیمار و خانواده ی او در ارتباط با برنامه درمانی تجویز شده و نیز خطر عدم رعایت دستورات ایفا می کند . پرستار به بیمار و خانواده اش در مورد شیوه انجام دیالیز – نحوه مراقبت از محل دسترسی عروقی ، محدودیت های رژیم غذایی و نیز اصلاحات لازم در سبک زندگی آموزش می دهد . و بیمار آموزش مداوم درباره گزارش وضعیت خود قبل بدتر شدن علائم نارسایی کلیه مثل تهوع – استفراغ – ضعف و بی حالی و کاهش برون ده ادراری را از کمک پرستاران و پرستاران دریافت می کند . نحوه صحیح مصرف داروها و تعدیل مصرف مایعات و توجه به عوارض و دوزاژ داروها در آموزش به بیمار بسیار حائز اهمیت است کالری مورد نیاز بیماران با غذاهای غنی از کربوهیدرات تأمین می گردد مصرف مالیات و غذاهای حاوی پتاسیم و فسفر و منیزیم محدود شود پس از مرحله دیورتیک رژیم غذایی بیماران پروتئین و پر کالری است و بیمار به از سرگیری به تدریج فعالیت های روزانه تشویق می شود .

**سندرم نفروتیک** : سندرم تفرودتیک یک نوع نارسایی کلیه است که با افزایش نفوذ پذیری گلومرولی همراه بوده و با پروتئینوری شدید مشخص می شود . یافته های کلینیکی شامل افزایش شدید پروتئین به خصوص آلبومین در ادرار و کاهش آلبومین خون ، کلسترول سرم بالا ، ادم منتشر و هیپرلیپیدمی می باشند . تظاهر اصلی سندرم تفردتیک ادم است . معمولاً ادم نرم و گوده گذار است و عمدتاً در اطراف چشم ها یا مناطق خارجی – زانو ها و دست ها و شکم یافت می شود .

**بیماری کلیه پلی کیستیک : (pkd)**

بیماری کلیه پلی کیستیک (pkd) نوعی اختلال ژنتیکی است که با رشد تعداد زیادی کیست در کلیه ها مشخص می شود این امر سبب کاهش عملکرد کلیه و نیز منجر به نارسایی کلیه می گردد . pkd ممکن است کیست هایی را در کبد ایجاد کند و سبب مشکلاتی در سایر ارگان ها شود تظاهرات بالینی کلیه پلی کیستیک ناشی از کاهش عملکرد کلیه و افزایش سایز کلیه ها به علت رشد کیست هاست . آسیب کلیه ممکن است سبب خون ادراری – پلی اوری (افزایش مقدار ادرار) فشار خون بالا- ایجاد سنگ کلیه و عفونت دستگاه ادراری و پروتئینور ی شود .

رشد کیست با گزارش بیمار از احساس پری در شکم و در پهلو و پایین و عقب همراه است .

سرطان کلیه حدوداً 3 درصد از همه سرطان ها را در مردان و 2 درصدر از سرطان های زنان را در ایالات متحده تشکیل می دهد . مصرف مداوم تنباکو عامل خطرزای عمده در سرطان کلیه است .

پس از جراحی کلیه کمک پرستار در مورد بررسی و مراقبت از محل برش جراحی و انجام سایر مراقبت های عمومی بعد از عمل شامل محدودیت های حرکتی و بالابردن اجسام – رانندگی آموزش می دهد . در مراقبت پس از عمل جراحی کلیه مراقبت ار برش جراحی و کمک به بیمار جهت انجام سرم و فیزیوتراپی تنفس و خروج ترشحات ریوی و نوشیدن در مناسب و پیشگیری از یبوست اهمیت دارد .

**نارسایی کلیه**

نارسایی حاد کلیه (ARF) کاهش سریع عملکرد کلیه به علت آسیب به کلیه هاست . انواع نارسایی حاد کلیوی به 3 دسته تقسیم می شود .

1-گروه پیش کلیوی (کاهش خون رسانی کلیه) در اثر خون ریزی – مصرف دیورتیک ها – دفع گوارشی- انفارکتوس میوکارد- شوک کاردیوژنیک و سپسیس و...

2-داخل کلیوی (آسیب حاد بافت کلیه) در اثر میوگلومینوری – هموگلوبینوری- آسیب در اثر مواد حاجب – آسیب در اثر عوارض دارو – پیلوتفریت حاد و...

3-پس کلیوی (انسداد جریان ادرار) هستند . سنگ ها – تومورها – هیپد پلازی خوش خیم پروستات – چسبندگی ها – لخته های خون و...

مراحل نارسایی حاد کلیه : 4 مرحله برای ARF وجود دارد . که شامل مرحله آغاز – اولیگوری – دیورز و مرحله بهبود می باشد .

مرحله آغاز با آسیب اولیه شروع و با بروز اولیگوری ختم می شود . مرحله اولیگوری با افزایش اوره – کراتینین – اسید اوریک – پتاسیم و منیزیم در این مرحله است که نشانه های اورمی برای نخستیم بار ظاهر شده و اختلالات تهدید کننده حیات نظیر هیپرکالمی روی می دهند .

**بیماری های ارتوپدی:**

درمان مشکلات سیستم عضلانی-اسکلتی شامل استفاده از گچ، بریس، اسپلینت، تراکنش، جراحی یا ترکیبی از این هاست. گچ وسیله ای برای بی حرکتی عضو گرفتار است. بریس ها برای حمایت کنترل حرکت و پیشگیری از آسیب اضافی مورد استفاده قرار می گیرند. در شکستگی ها معمولاً درد با بی حرکت کردن عضو تشکیل می یابد. دردهای ناشی از ادم به دنبال تروما جراحی یا خونریزی داخل بافتی با بلندتر گذاشتن عضو و استفاده از سردکننده در صورت تجویز پزشک آرام می شود. گاهی درد بیمار به خاطر عوارض گچ گیری است. علائم عمومی عفونت و بوی ناخوشایند باید سریعاً به پرستار مسئول و پزشک گزارش شود. بی حرکتی در قالب گچی بریس یا اسپلینت می تواند سبب بروز آترونی عضلات و کاهش قدرت آن شود. آموزش ورزش های غیرفعال و ایزومتریک به بیمار توصیه می شود در بیمارانی که گچ در ناحیه لگن دارند. توجه به صداهای روده ای و رعایت نظافت اهمیت اهمیت دارد.

**فیکساتور خارجی:** برای درمان شکستگی های باز همراه با آسیب بافت نرم استفاده می شود. محل پین ها باید از نظر هرگونه قرمزی ، ترشح، حساسیت در لمس درد و شل شدگی بررسی شود.

**تراکشن**: تراکشن به اعمال نیروی کششی روی قسمت های مختلف بدن گفته می شود و برای حداقل رساندن اسپاسم عضلات ، جاانداختن و بی حرکت کردن شکستگی ها – تصحیح اتداد قطعات شکسته- اصلاح بدشکلی ها استفاده می شود. برای اطمینان از تاثیر مطلوب تراکنش پوستی باید از ایجاد هرگونه چین خوردگی یا لغزش بانداژ تراکنش ممانعت کرد و نیروهای مقابل تراکنش را حفظ کرد. بیمار در وضعیت صحیح قرار داده شود تا دست ها و پاها در حالت خنثی قرار گیرند. دو نوع تراکشن به نام پوستی و اسکلتی وجود دارد. تراکشن اسکلتی برای درمان شکستگی های استخوان ران- درشت نی و مهره های گردنی استفاده می شود.

**عوارض بیمار تحت تراکشن پوستی:**

آسیب پوستی – آسیب به عصب – اختلال در جریان خون و DVT

نقش پرستار و کمک پرستار در پیشگیری این عوارض بسیار مهم است. آموزش لازم جهت پیشگیری به بیماران حائز اهمیت است. جهت جلوگیری از عوارض عروقی در بیماران تحت تراکنش اسکتال استفاده از بانداژ الاستیک و ورزش های ایزومتریک و دارای ضدانعقاد طب دستور پزشک توصیه می گردد. پرستار باید در بیمار تحت تراکشن اسکتال وضعیت عصبی و عروقی را پس از تعبیه تراکشن ابتدا هر 1 ساعت و سپس هر 4 ساعت کنترل کند. جهت شستشوی اطراف بین تراکشن سرم نرمال سالین و محلول کلرهگزیدین توصیه می گردد. استفاده از بتادین و پراکسید هیدروژن بدلیل احتمال تخریب استئوبلاست ها توصیه نمی گردد. دلمه های اطراف پین باید بدون دستکاری در محل باقی بماند و نباید کنده شود چون خود دلمه به عنوان یک محافظ طبیعی در اطراف پین عمل می کند. بیمار می تواند 5 تا 10 روز بعد از جای گذاری پین استحمام کند. کمک پرستار باید هر 8 ساعت محل پین را از نظر عفونت و نشانه التهاب کنترل کند.

**آمپوتاسیون ( قطع عضو)**

آمپوتاسیون به جدا کردن قسمتی از بدن معمولاً یکی از اندام ها گفته می شود . آمپوتاسیون اندام فوقانی کمتر از آمپوتاسیون اندام تحتانی روی می دهد و اغلب به دلیل آسیب های تروماتیک یا تومور بدخیم رخ می دهد. اما آمپوتاسیون اندام تحتانی معمولاً به علت بیماری های پیش رونده عروق محیطی ( مثل دیابت) – گانگرن گازی شدید – تروما- سوختگی و یخ زدگی – تومور و ... انجام می شود.

**عوارض آمپوتاسیون:**

خونریزی – عفونت – گسیختگی پوست – درد اندام خیالی به علت بریده شدن عروق خونی بزرگ هنگام آمپوتاسیون امکان خونریزی شدید وجود دارد. درد اندام خیالی به علت قطع اعصاب محیطی است. معمولاً بعد از عمل گاهی 2 تا 3 ماه بعد از درد عضو قطع شده شکایت می کنند . این عارضه در آمپوتاسیون بالای زانو شایع است. فعال نگه داشتن بیمار به کاهش وقوع آن کمک می کند. ماساژ محکم شبیه مشت و مال روی استامپ و پرت کردن حواس به کاهش درد کمک می کند. در صورت عدم تسکین تحریک الکتریکی عصب از راه پوست و مصرف داروهای ضدافسردگی و بتابلاکرها استفاده می شود. برای پیشگیری از جمع شدگی و فیبروز ران و زائد استامپ نباید در وضعیت ابداکسیون و فلکسیوت و چرخش به خارج قرار گیرد. پس از جراحی بسته به سلیقه جراح اندام باقی مانده را برای زمان کوتاهی در وضعیت اکستانسیون یا بالاتر قرار می دهند. بهتر است تخت بالا آورده شود.

**نکته :**

نباید بالش زیر استامپ قرار دهید زیرا ممکن است باعث جمع شدگی مفصل ران در وضعیت فلکسیون شود. پرستار بیمار را تشویق می کند که وضعیت خود را مرتب تغییر دهد ( یک طرفه به شکم خوابیده) و برای اعمال کنش روی عضلات فلکسور و نیز جلوگیری از جمع شدگی مفصل ران در وضعیت فلکسیون ران در وضعیت فلکسیون به روی شکم بخوابد و از نشستن به مدت طولانی خودداری کند. برای جلوگیری از تغییر شکل استامپ به صورت ابداکسیون ، بیمار باید اندام های تحتانی خود را نزدیک به یکدیگرقرار دهد.

مشکلات عمده ای که ممکن است استفاده از پروتز را به تاخیر اندازد عبارتند از : 1- تغییر شکل استامپ به حالت فلکسیون 2- جمع نشدن استامپ 3- تغییر شکل مفصل ران به حالت ابداکسیون

توصیه می شود بیمار ابتدا استامپ را روی بالش نرم و سپس روی بالش سفت تر و در نهایت روی سطحی سخت فشار می دهد.

**میخچه :**

یک ناحیه هیپرکراتونر ( رشد بیش از حد لایه شاخی اپیدرم ) است که در اثر اعمال فشار داخلی برجستگی استخوان زیرین به علت بروز ناهنجاری های مادرزادی یا اکتسابی معمولاً آرتریت یا فشار خارجی کفش ایجاد می شود. محل شایع میخچه ها انگشتان کوچک پا به خصوص انگشت پنجم اتفاق می افتد.

**اختلالات اختصاصی غده تیروئید:**

**کم کاری تیروئید ( هیپوتیروئیدی) :**

کم کاری تیروئید در نتیجه سطوح پائین تر از حد طبیعی هورمون تیروئید در جریان خون ایجاد می شود. کمبود تیروئید می تواند هم عملکردهای بدن را تحت تاثیر خود قرار دهد . شایع ترین علت کم کاری تیروئید در افراد بالغ تیروئیدیت خود ایمن یا بیماری هاشیموتومی باشد. در این بیماری سیستم ایمنی به غده تیروئید حمله نمی کند. گاهی کم کاری تیروئید و میکزوم به دنبال پرکاری تیروئید ظاهر می شود.

**هیپرتیروئیدیسم:** پرکاری تیروئید دومین اختلال شایع آندوکرینی پس از بیماری دیابت شیرین می باشد. شایع ترین نوع پرکاری تیروئید بیماری گریوز است. این بیماری در زنان 8 برابر شایع تز از مردان است. گاهی اوقات در اثر ضربه های روحی و استرس و عفونت و مصرف بیش از حد هورمون های تیروئیدی علت هیپروئیدی می باشد.

**تیروئیدیت :** به التهاب غده تیروئید اطلاق می شود که ممکن است حاد و تحت حاد یا مزمن باشد.

**تومورهای تیروئید:** طبقه بندی تومورهای غده تیروئید بر اساس خوش خیم یا بدخیم بودن وجود یا فقدان تیروتوکسیکوز و نیز بزرگی منتشر یا نامنظم غده تیروئید صورت می گیرد.

**هپاتیت :** هپاتیت التهاب کبد است که باعث درد و تورم خواهد شد. عوامل ایجاد کننده هپاتیت متعدد هستند ولی عملاً توسط یکی از 6 ویروس G یا A-B-C-D-E ایجاد می شود. علت هپاتیت هرچه باشد باعث التهاب کبد شده و کارکرد آن را مختل می کند. فقدان خون زمانی به کبد ، سم، اختلالات خود ایمنی ، مصرف افراطی الکل، آسیب به کبد و مصرف بعضی داروهای خاص نیز می تواند باعث هپاتیت شود. با احتمال کمتر عفونت های ویروس مثل منونوکلئوز و ساتیومگالو . ویروس نیز می تواند باعث هپاتیت شود. هپاتیت به دو شکل اساسی حاد ( کوتاه مدت) و هپاتیت مزمن ( بیشتر از 6 ماه) نمایان می شود. هپاتیت حاد در طی چند روز تا چند هفته بهبود می یابد.

**تظاهرات بالینی :**

کبد ضایعات موجود در خون را متلاشی می کند. یکی از ضایعات خونی بیلی روبین نام دارد که در صورتی که کبد به درستی کار نکند شروع به افزایش در خون و بافت ها می کند در نتیجه پوست شخص مبتلا به هپاتیت به رنگ زرد پرتقالی در می آید. به این حالت یرقان نامیده می گویند. بیلی روبین و مابقی ضایعات باعث خارش – تهوع – تب و بدن درد می شود. بی اشتهایی – درد عضلانی- ادرار تیره – ضعف و خستگی از علائم آن است.

**هپاتیت آ :** هپاتیت (آ) توسط ویروس هپاتیت آ ایجاد می شود. با بقیه انواع هپاتیت فرق می کند و معمولاً خطرناک نبوده و به هپاتیت مزمن و سیدوز تبدیل نمی شود. معمولاً از طریق تماس با مدفوع آلوده گسترش می یابد. قبل از ظهور علائم خیلی مسری است. شستشوی دستها قبل و بعد از آشپزی و بعد از توالت و شستن میوه و سبزی در پیشگیری آن اهمیت دارد.

**هپاتیت B :** هپاتیت (B) توسط ویروس هپاتیت (B) ایجاد می شود. این ویروس از طریق تماس جنسی محاظفت نشده انتقال می یابد. تزریق وریدی از سرنگ آلوده مشترک نیز باعث انتقال بیماری خواهد شد که با واکسن زدن افرادی که در معرض خطر هستند قابل پیشگیری است. در اثر پیشرفت به سیروز کبدی تبدیل می گردد.

**هپاتیت (ث) :** هپاتیت (ث) توسط ویروس هپاتیت (ث) ایجاد می شود. معمولاً از طریق تماس با فرآورده های خونی آلوده و استفاده مشترک از سرنگ آلوده به ویروس باعث انتقال بیماری خواهد شد. یعنی از طریق عطسه و سرفه و در آغوش گفتن و بوسیدن ظروف غذایی مشترک و شناور استخر قابل انتقال نیست. در اثر پیشرفت به سیروز کبدی تبدیل می گردد.

**هپاتیت (د) :** هپاتیت (ب) مزمن می تواند زمینه را برای ابتدا به هپاتیت (د) (D) مستعد کند. هپاتیت (د) تنها در افرادی که هپاتیت (ب) دارند گسترش می یابد و می تواند علائم هپاتیت (ب) را بدتر کند و از طریق تماس با خون آلوده یا بقیه مایعات بدن فرد آلوده به این نوع هپاتیت گسترش می یابد.

**درمان هپاتیت:**

استراحت- رژیم غذایی مناسب – پرهیز از الکل و داروهایی مثل استامینفون در درمان هپاتیت (آ) موثر است. چنانچه آب بدن از دست رفته باشد یا مشکلات خونی پیدا کرده است شاید لازم به بستری شدن کوتاه مدت باشد.

برای درمان هپاتیت (ب) تعدادی دارو شامل انتیرفرون و داروهای ضدویروس به صورت چندبار در هفته کمک کننده است بطور کل افرادی که دچار هپاتیت می گردند به استراحت و ورزش منظم و تغذیه سالم اهمیت دهند.

**دیابت** : طبقه بندی انواع دیابت عبارت است از دیابت نوع 1 و دیابت نوع 2 و دیابت حاملگی ، **دیابت ملیتوس**

پاتوفیزیولوژی : در پانکراس چهار دسته سلول وجود دارد که یکی از آنها سلول های بقا گفته می شود که مسئول ترشح انسولین هستند . هنگام خوردن غدت ترشح انسولین افزایش می یابد گولوکز از خون به داخل عضلات ، کبد و سلول های چربی منتقل می شود .

دیابت نوع 1 : شروع آن در هر سنی معمولاً در جوانی (در زیر 30 سال) است . بیمار هنگام تشخیص معمولاً لاغر است و به تازگی کاهش وزن پیدا کرده است . علت آن ممکن است ژنتیکی محیطی یا دیمونولوژیک باشد (مثل ویروس) اغلب آنتی بادی های ضد سلول های جزیره ای وجود دارد . انسولین وجود ندارد یا بسیار کم است برای ادامه زندگی تزریق انسولین ضرورت دارد . استعداد ابتلا به کتوز در صورت فقدان انسولین – عارضه حاد هیپرگلیسمی – کتواسیدوز می باشد .

دیابت نوع 2: شروع در هر سنی معمولاً بالای 30 سال – بیمار هنگام تشخیص معمولاً چاق است .

-چاقی عوامل ارثی و محیطی در بروز آن نقش دارند . – انتی بادی سلول های جزایر لانگرهانس وجو ندارد . – کاهش انسولین یا افزایش مقاومت به انسولین- اکثر بیماران چاق و با کاستن وزن خود می توانند قند خون را کنترل کنند .

- در صورت عدم موفقیت ورزش و رژیم درمانی می توان از داروهای ضد دیابت خوراکی برای پایین آوردن قند خون استفاده کرد .

-گاهی اوقات برای کنترل هیپرگلیسمی ، استفاده از انسولین در کوتاه مدت و دراز مدت ضرورت می یابد .

- ایجاد کتوز به ندرت اتفاق می افتد گلر در موارد استرس با ایجاد عفونت

-عارضه حاد سندرم هیپراسمولار غیر کتوزی هیپر گلیسمیک می باشد .

دیابت ملتیوس : مشکلاتی چون بیماری پانکراس ، ناهنجاری های هورمونی و داروهایی مانند کورتیکواستروئیدها و داروهای حادی استروژن ممکن است باعث ایجاد دیابت شوند .

دیابت حامگلی : شروع در دوران حاملگی معمولاً در سه ماه دوم یا سوم

-در اثر هورمون های مترشحه از جفت که عملکرد انسولین را مهار می کنند .

-در معرض خطر ماکروزمی (نوزادان درشت غیر طبیعی)

-درمان با رژیم غذایی و در صورت لزوم انسولین برای کنتر ل دقیق گلوکز

-شیوع در 2 تا 5 درصد کل حاملگی ها

**بیماری سل** : سل عفونت مزمنی است که به وسیله باکتری مایکو باکتریوم توبرکلوزیس ایجاد می شود این بیماری اغلب ریه را درگیر می کند اما تقریباً هیچ کدام از دستگاه های بدن از شر بیماری سل در امان نیستند و امکان درگیری آنها توسط بیماری سل وجود دارد . بیماری سل به وسیله قطره های ریز موجود در هوا از فردی به فرد دیگر منتقل می شود و اغلب افرادی را که در ارتباط نزدیک با فرد بیمار باشند درگیر می کند . فرد مبتلا به سل باید قرنطینه شود . علائم اولیه سل ممکن است عادی باشد و توجه را جلب نکند مثل شخصی که دچار سرماخوردگی است و در صورت ادامه فرد لاغر و ضعیف می شود و دچار درد تیزی در قفسه سینه می شود سرفه ایجاد می شود که حاوی خلط خونی است . رژیم دارویی شامل چند داروست که باید با هم مصرف شوند تا اثر لازم را داشته باشند استفاده نامنظم داروها باعث می شود میکروب سل نسبت به این داروها مقاوم شود . بیمار باید داروهایش را به طور منظم و دقیق طبق دستور پزشک مصرف کند . درمان سل کمی طولانی است بنابراین ممکن است تا 2 سال هم طول بکشد . رژیم غذایی پوپروتئین و پروویتامین در معرض آفتاب بودن و دوری کردن از زندگی در محل های تاریک و نمناک از راه های مهم پیشگیری از ابتلا به سل است .

**اِبولا**: بیماری ابولا در گذشته با عنوان تب خونریزی دهنده شناخته شده است و یک بیماری کشنده با نسبت مرگ و میر بالای %90 است . این بیماری گونه های انسانی و پستاندار حیوانی مانند میمون ها و گوریل ها و شامپانزه ها را تحت تأثیر قرار می دهد . منشا این ویروس ناشناخته است اما به احتمال زیاد خفاش های میوه خوار (مگابت ها) میزبان طبیعی ویروس ابولا هستند . سرایت این بیماری از طریق تماس با جراحت های پوستی یا غشاهای مخاطی خون آلود یا ترشحات بدن مانند ادرار مدفوع یا بزاق دهان و غیره صورت می پذیرد این بیماری هم چنین از طریق تماس فرد سالک با محیط آلوده به ویروس سرایت می کند .

علائم بیماری : شروع ناگهانی – تب – ضعف شدید – درد عضلات سردرد و گلودرد از علائم این بیماری هستند که به دنبال آن استفراغ – اسهال – جوش اختلال در کلیه و عملکرد کبد در بعضی موارد خونریزی داخلی و خارجی را به همراه دارد . سرایت این بیماری در دوره کمون رخ نمی دهد بلکه بعد از ظهور اولین علامت یا نشانه بیماری در فرد مبتلا قابلیت انتشار خواهد داشت .

درمان : مایع درمانی – اصلاح الکترولیت ها – درمان حمایتی بخش ویژه – ایزوله و واکسن این بیماری هم در حال آزمایش است .

**تغذیه** : بهترین راه اطمینان از تعادل و تنوع در غذای روزانه استفاده از هر 4 گروه اصلی غذایی است . گروه نان و غلات ، گروه میوه ها و سبزی ها ، گروه شیر و لبنیات و گروه گوشت ، حبوبات ، تخم مرغ و فسفرها در هر گروه مواد غذایی دارای ارزش غذایی تقریباً یکسان هستند و می توان از یکی به جای دیگری استفاده کرد . که این 4 گروه به شکل یک هرم نشان داده می شود . قرار گرفتن مواد غذایی در بالای هرم که کمترین حجم را در هرم اشغال می کند به این معنی است که باید افراد بزرگسال از این دسته از مواد غذایی کمتر مصرف کنند مانند قندها و چربی ها هر چه از بالای هرم به سمت پایین نزدیک می شویم حجمی که گروه های غذایی به خود اختصاص می دهند بیشتر می شود .

ویتامین ها : گرو ویتامین ((ب))

B1 – تیامین B2 (ریبوفلاوین) B3 (نیامین) B8(هاش) یابیوتین

کمبود ویتامین B1 باعث بروز بیماری بری بری می شود .

کمبود ویتامین B2 باعث بروز بیماری برگر می گردد. کمبود ریبوفلاوین امراض ورم ملتحمه چشم – کدورت قرنیه – قارچ در چین های پوست کنار بینی و شیار بین لب در زیر لایه گوش و پشت گوش را بوجود می آورد دهان قرمز بالا قرمز از عوارض کمبود این ویتامین است .

کمبود نیاسین در انسان موجب پیدایش بیماری بنام پلاگر در بدن می شود که ضایعات پشت دست ها ، پاها و گردن را شامل می شود .

ویتامین B8 یا بیوتین دارای خواص فراوانی است . که فقدان آن عوارض بعدی به وجود می آورد به زبان صدمه می زند و لکنت زبان را ایجاد می کند . مهم ترین منبع این ویتامین : زرده تخم مرغ – برنج – بادام زمینی – جگر – تمشک – هلو – اسفناج و هویج است .

ویتامین (ث) : این ویتامین در بدن ترکیب نمی شود تنها از راه غذا وارد بدن می گردد و فقدان آن بیماری اسکوربوت را بوجود می آورد .

ویتامین (د) : ویتامین د به وسیله هوای آزاد و نور خورشید و اشعه ماوراء بنفش به دست می آید . و کمبود آن باعث بیماری را شیشتیسم می گردد .

ویتامین (کا : K) ویتامین K در کبد پروتئین سازی می پردازد . به هنگام نقصان آن خونرییزی پدید می آید .

ویتامین E (ایی) : بهترین نقشی را که می توان برای این ویتامین عنوان کرد کاهش اکسیداسیون های بدن است در این صورت اکسیژن هم صرفه جویی می شود . این ویتامین انتی اکسیدان بسیار نیرومندی است . ویتامین ایی در تولید مثل نیز اثر زیادی دارد و نقصان آن سقط جنین خواهد بود . ویتامین E در جوانه گندم ، حبوبات ، روغن بادام زمینی ، زیتون ، کلم و ... وجود دارد .

**سوختگی** : سوختگی ها بر حسب منبع سوختگی به چهار دسته تقسیم می شوند :

1-سوختگی حرارتی 2- سوختگی شیمیایی 3- سوخمتگی با جریان برق 4- سوختگی تابشی

در ساعات اولیه سوختگی وسیع (وسیع تر از 25 درصد سطح بدن در بالغین و 15 درصد سطح بدن در کودکان) مهم ترین خطری که جان مصدوم را تهدید می کند . از دست رفتن مایعات بدن و شوک می باشد .

تعیین شدن سوختگی : در برخورد با یک مصدوم دچار سوختگی ابتدا باید شدت سوختگی را با معیارهای زیر تعیین کرد : درجه سوختگی ، وسعت سوختگی ، محل سوختگی ، بیماری های همراه شامل بیماری قند - فشار خون ، بیماری قلبی ، سن مصدوم .

درجه سوختگی : منظور عمقی از پوست می باشد که سوخته است و به سوختگی درجه I و II و III تقسیم می شود .

سوختگی درجه I : این نوع سوختگی معمولاً در عرض چند روز بودن به جا گذاشتن اثری از خود بهبود می یابد . غالباً در اثر سوختگی با بخار یا آب جوش یا سایر اشیا داغ با حرارت کم یا به دلیل اشعه آفتاب ایجاد می شود .

سوختگی درجه II : در این نوع سوختگی پوست معنای صورتی یا لکه دار پیدا می کند که با تاول همراه است . و به شدت دردناک است .

سوختگی درجه III : در این نوع پوست کاملاً تخریب شده و حتی شاید چربی – استخوان و عضله نیز تخریب شوند رنگ پوست بسیار متفاوت است ممکن است سفید ، زرد مایل به قهوه ای ، سیاه یا کاملاً شفاف باشد . در این نوع سوختگی بدلیل از بین رفتن انتهای اعصاب حسی درد وجود ندارد .

تعیین وسعت سوختگی : برای تخمین وسعت سوختگی می توان از قانون 9 استفاده کرد . در این روش سطح بدن به مضاربی ار 9 تقسیم می شود .

سر گردن 9 درصد سینه و شکم 18 درصد هر پا 18 درصد پشت و باسن 18 درصد

هر دست و بازو 9 درصد ناحیه تناسلی 1 درصد

\*در کودکان این نسبت ها تغییر می کند به طوری که سر گردن 18 درصد – تنه و پشت هر کدام 18 درصد و هرپا 5/13 و تناسلی 1 درصد .

نکته : هر مصدوم بالنغی که بیش از 9 درصد سطح بدن او سوخته باشد باید به بیمارستان فرستاده شود .

سوختگی سر و گردن خطرناک تر از سوختگی در نواحی دیگر بدن است . زیرا تروم ناشی از آن باعث تنگی نفس یا انسداد کامل مجاری تنفسی می شود . در مصدومی که دچار سوختگی شدید در یکی از اندام ها است باید به طور مکرر نبض ، رنگ پوست پایین تر از محل سوختگی و قدرت عضلانی اندام مبتلا را کنترل و با اندام سمت مقابل مقایسه کنید . و اندام مبتلا بالاتر از سطح قلب نگه داشته شود .

توجهات لازم : در سوختگی صورت و ناحیه تناسلی بیمار باید سریعاً به مرکز درمانی منتقل شود .

-در سوختگی های عمقی نباید ناحیه سوخته را با آب سرد شستشو داد .

-لباسهای چسبیده به پوست را نباید به زور جدا کرد بلکه آن ها را از اطراف محل چسبیده قیچی کنید .

-در مصدوم دچار سوختگی باید سر را به عقب کشیده و در وضعیت ریکاوری قرار گیرد .

در سوختگی شیمیایی ناحیه آلوده و سوخته را به مدت 10 دقیقه زیر آب سرد بگیرید.

در سوختگی شیمیایی ، چشم ها دقت کنید هر دو سطح پلک به خوبی شسته شده باشند. اگر مصدوم چشم خود را در اثر درد شدید به شدت بسته ، سعی کنید آن را با ملایمت اما قاطعانه باز کنید. مصدوم نباید چشم هایش را بمالد چون سوختگی و آسیب به چشم بدتر می شود.

**سوختگی الکتریکی:**

عبور جریان برق با ولتاژ بالا از پوست سبب ایجاد گرمای شدید در بافت های سطحی و به خصوص عمقی پوست می شود. این گرمای شدید می تواند سبب سوختگی های شدید حتی درجه 3 شود.

در سوختگی الکتریکی در نقاط ورود و خروج برق پوست قرمز و متورم و سوخته می شود. بدلیل انقباض شدید عضلات تنفسی خط ایست تنفسی و نیاز به تنفس مصنوعی مصدوم را تهدید می کند و عبور جریان برق از قلب نیز می تواند سبب ایست قلبی شود.

تخریب شدید ماهیچه ها و آزاد شدن میوگلوبین عضلات به هنگام دفع ادرار باعث قرمز رنگ شدن ادرار و رسوب این مواد در کلیه گردد.

**مایع درمانی در سوختگی ها:**

یکی از فرمول های معروف که در بیشتر مراکز سوختگی برای محاسبه مایع درمانی مصدوم به کار می رود فرمول پارکلند است:

میزان مایع مورد نیاز در 24 ساعت اول مساوی است با :

$$نیاز مورد مایع=سوختگی درصد ×\left(کیلوگرم\right)مصدوم وزن ×4$$

این میزان برای سوختگی های درجه 2 و 3 محاسبه می گردد.

نصف این مقدار را در 8 ساعت اول و بقیه را در 16 ساعت بعد تزریق می کنند.

مایع درمانی شدید میزان مرگ و میز بیماران را در طی 48 ساعت بعد از سوختگی کاهش می دهد. لذا 24 تا 48 ساعت اول سوختگی درمان و جایگزین مایع و الکترولیت بسیار حائز اهمیت است. بهترین محلول در 24 ساعت اول در سوختگی ها ایگزی کتات می باشد.

البته مراقبت های تغذیه ای همراه مایع درمانی در التیام زخم سوختگی بسیار مهم است. جایگزینی کربوهیدرات – پروتئین- ویتامین و مواد معدنی باید مورد توجه قرار گیرد. رژیم پرپروتئین – پرکربوهیدرات و غنی از ویتامین و مواد معدنی توصیه می گردد.

**داروهای تزریقی :**

برای تاثیر کلی دارو می توان دارو را تزریق کرد. یک دلیل برای تزریق پاسخ سریع است. در صورت عدم تحمل شخص به داروی خوراکی – تجزیه دارو بر اثر اسید معده – عدم جذب دارو از طریق روده و اثر موضعی دارو می توان دارو را تزریق نمود.

انواع اصلی تزریق عبارتند از: درون عضله / درون ورید یا داخل رگ / داخل جلدی / زیر جلدی

\* تزریق عضلانی : در عضله ران – بازو یا کفل تزریق می شود – سه سوزن با زاویه 90 درجه تزریق می گردد.

\* تزریق داخل جلدی : سر سوزن با زوایه 15 درجه وارد می شود.

\* زیر جلدی : سر سوزن با زوایه 45 درجه وارد می شود.

**عوارض جانبی شایع داروها :**

شایع ترین عوارض جانبی داروها مانند تهوع، یبوست یا اسهال مربوط به دستگاه گوارش است. سرگیجه هر چند که ممکن است یک عارضه جدی به نظر نیاید اما می تواند نتایج مهمی به بار آورد.

**توان بخشی بیماران خاص:**

اصولاً توانبخشی بر عملکرد تمرکز دارد و بعد از بیماری و آسیب دیدگی به عنوان کلیدی جهت حفظ یا بدست آوردن استقلال و بهبود کیفیت زندگی محسوب می شود. شروع به موقع توانبخشی می تواند به حفظ عملکرد و افزایش شانس برگشت به سطح قبلی عملکرد تا حد امکان کمک کند. مراقب به عنوان یک منبع بالینی برای افرادی که درگیر فعاایت های مراقبتی توانبخشی هستند به حساب می آید.. توان بخشی یک فرایند پویا و سلامت نگراست جزء جدایی ناپذیر توجه از بیمار است. چون هر بیماری خطر ناتوانی و اختلال را در بر دارد. تلاشهای توان بخشی را باید از اولین تماس با بیمار آغاز نمود. نگرانی سالمندانی که دچار ناتوانی می شوند بخاطر انزوای اجتماعی و آسیب پذیری و سیستم حمایتی ناکافی و بار اضافی برای همسر و فرزندان و دسترسی کمتر به مراکز مذهبی و خدمات اجتماعی و مراقبتی و ... است .

**توجه به توانایی های عملکردی:**

\*بررسی جامع قابلیت عملکردی بیمار، پایه ای برای تدوین برنامه توانبخشی است. پرسنل توانبخشی از یک سری ابزارها برای بررسی اولیه و پایش پیشرفت بیمار به سوی استقلال استفاده می کنند.

مقیاس عملکرد مستقل (FIM) یکی از رایج ترین ابزارهاست. در کودکان و بزرگسالان امتیاز دادن بر اساس مقیاس هفت درجه ای است که سطح استقلال بیمار را مشخص می کند.

\* نمایه بارتل نیز برای سنجش سطح استقلال بیمار در فعالیت های روزمره زندگی مثل غذا خوردن و حمام کردن – لباس پوشیدن و ... ) کنترل دفع- دستشویی رفتن و نقل و انتقال به کار می رود.

\* نیمرخ برای ارزیابی وضعیت جسمانی ( وضع سلامت / بیماری ) عملکرد اندام ها به کار می رود.

\* سیستم مشاوره و ارزشیابی ( PECS) : شامل 15 دقیقه است . این مقیاس جامع بررسی شامل حیطه هایی مانند داروها – درد- تغذیه استفاده از ابزارهای کمکی ، وضعیت روان شناختی، اشتغال و سرگرمی هاست.

**آموزش در مورد فعالیت های زندگی روزانه:**

- واقع بین باشید. اهداف کوتاه مدت و قابل دستیابی در آینده نزدیک را تعیین کنید.

-روشی که بیشترین احتمال رسیدن به نتیجه را دارد انتخاب کنید.

- برای انجام هر کار روش های متفاوتی را مشخص کنید.

- میزان تحمل بیمار مورد توجه قرار گیرد.

- خستگی و ناکامی را به حداقل برسانید.

- با تقدیر از بیمار برای کارها و تلاش هایش مورد حمایت قرار دهید.

\* بیماری که مدتی در تخت بستری می شوند ممکن است دچار چرخش خارجی مفصل ران شوند . هنگامی که بیمار به پشت خوابیده بیشتر در معرض چرخش خارجی ران هست. قراردادن یک ملحفه لوله شده به نحوی که خار ایلیوم تا وسط استخوان ران امتداد داشته باشد. از این مشکل جلوگیری می کند.

**اصطلاحات :**

Abduction: حرکت عضو در جهت دور کردن از خط میانی بدن

Adduction : حرکت عضو به طرف خط میانی بدن

Flexion : تا کردن یک مفصل به نحوی که زاویه مفصل کوچکتر شود ( خم کردن )

Extentionm : باز کردن مفصل

Relation: چرخش با حرکت عضو حول محور خود.