



پروتکل آموزش به بیمار

و

راهنمای خود مراقبتی بیماریهای شایع اورژانس

پاییز ۱۴۰۳

بازنگری مجدد بهار ۱۴۰۵

گردآورنده:

لاله زار حسین زاده

تایید کنندگان:

اعضای کارگروه آموزش به بیمار بخش اورژانس

فهرست

۳	پروتکل آموزش به بیمار در بخش اورژانس (آموزش زمان پذیرش - بستری - ترخیص).....
۶	دستورالعمل خود مراقبتی سکته مغزی.....
۱۲	دستورالعمل خود مراقبتی در بیمار دارای سوند معده.....
۲۵	دستورالعمل خود مراقبتی آنژین صدری.....
۳۶	دستورالعمل خود مراقبتی سکته قلبی.....
۱۷	دستورالعمل خود مراقبتی صرع و تشنج.....
۴۸	دستورالعمل خود مراقبتی COPD.....
۵۲	دستورالعمل خود مراقبتی در مسمومیت ها.....
۶۰	مسمومیت با باربیتوراتها.....
۶۲	مسمومیت با ارگانوفسفره.....
۶۶	مسمومیت با مشروبات الکلی.....
۶۹	مسمومیت با استامینوفن.....
۷۱	مسمومیت با تریاک.....
۷۳	مسمومیت با مواد نظافتی.....
۷۵	مسمومیت با CO.....
۷۸	مسمومیت با داروهای ضدافسردگی سه حلقوی.....
۸۰	مسمومیت با نالتروکسان.....
۸۰	مسمومیت با داروها.....
۸۰	دستورالعمل خود مراقبتی در مارگزیدگی.....
۹۷	دستورالعمل خود مراقبتی زنبورگزیدگی.....
۱۰۳	دستورالعمل خودمراقبتی عقرب گزیدگی.....

پروتکل آموزش به بیمار:

برنامه مدون آموزش به بیمار در بخش اورژانس

- کلیه بیماران در بخش های بستری توسط کارشناس پرستاری آموزش داده می شوند .
- آموزش بر اساس شرایط بیمار و اولویت بندی نیازهای آموزشی توسط پرستار تعیین می شود .
- جهت بازخورد بهتر از آموزش چهره به چهره، توضیحات را به بیمار و یک نفر همراه آگاه وی ارائه می شود .
- آموزش در سه مرحله بدو پذیرش، بستری و ترخیص انجام می شود.

آموزش زمان پذیرش

پرستار پذیرش کننده بیمار، فرم ارزیابی اولیه را تکمیل می نماید (در صورت وجود بیماری زمینه ای ، مصرف دارو ، سابقه حساسیت ، بیماری عفونی ، مشکلات جسمی و سایر موانع یادگیری مثل زبان رادر گوشه کاردکس جهت اطلاع پرسنل و مد نظر قراردادن در برنامه ریزی آموزشی بیماران ، یادداشت می نماید .)

پرستار پذیرش کننده بیمار، آموزش های حین پذیرش (طبق حداقل های آموزش به بیمار در زمان پذیرش) به صورت شفاهی بیان می کند و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

ردیف	حداقل موارد آموزش به بیمار توسط پرستار در زمان بدو پذیرش در بخش اورژانس
۱	معرفی تیم درمان (پزشک معالج بیمار، مسئول بخش ، پرستار مسئول بیمار ، کمک بهیار ، خدمه ،مددکار ،...) و نحوه دسترسی به آنها
۲	توضیح قوانین و معرفی بخش (سرویس بهداشتی)
۳	آشنایی با منشور حقوق بیمار
۴	نکات ایمنی (سیستم احضار پرستار، نرده کنار تخت واهمیت دستبند شناسایی ،نحوه شستن دست و...)
۵	نحوه ارتباط با مددکار و روانشناس بالینی
۶	عدم استعمال دخانیات
۷	توضیح در مورد علائم هشدار که در صورت بروز بلافاصله به اطلاع پرستار رسانده شود
۸	رضایت آگاهانه برای اقدامات تهاجمی

آموزش حین بستری

پرستار مسئول بیمار، در طول شیفت، آموزش های حین بستری (بر اساس نیاز بیمار و طبق محتوای آموزشی تایید شده در کارگروه آموزش به بیمار) را بیان می نماید و پمفلت مذکور را تحویل بیمار و یا همراهی مراقب وی داده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

ردیف	حداقل موارد آموزش به بیمار توسط پرستار در زمان بستری در بخش اورژانس
۱	اقدامات تشخیصی، درمانی و آزمایشات: شرح چگونگی انجام پروسیجر و هدف از انجام آن، آمادگیها و مراقبتهای قبل و نشانه های خطر حین پروسیجر بعد از پروسیجرها، برائت و رضایت از هرگونه اقدامات تشخیص و تهاجمی
۲	آموزش اتصالات و مراقبت های مربوط به آنها (سوند فولی، مانیتورینگ، سوند معده، آنژیوکت و سرم)
۳	تغذیه و رژیم غذایی: نوع رژیم غذایی - رعایت رژیم غذایی توسط بیمار - تحمل رژیم غذایی توسط بیمار و
۴	مدیریت درد: روش های غیر دارویی، تکنیک های آرام سازی، انحراف فکر، پوزیشن ها و ..
۵	محدوده و دامنه حرکت (استراحت نسبی، استراحت مطلق) و پوزیشن مناسب
۶	آموزش به همراهی بیمار جهت مراقبت های لازم برای بیمار با سطح هوشیاری پایین
۷	معرفی بیمار نیازمند به آموزش تکمیلی به واحد پرستاری آموزش و پیگیر بیمار (در صورت ترخیص بیمار با تشخیص کریز فشارخون، حمله آسم، هایپر و هایپوگلیسمی)

در زمان بستری به بیمار در زمینه خود مراقبتی (با توجه به سطح توانایی و تحصیلات وی) حداقل های آموزش به بیمار در زمان بستری و جدول آموزش روزانه، آموزش ها ارائه می شود.

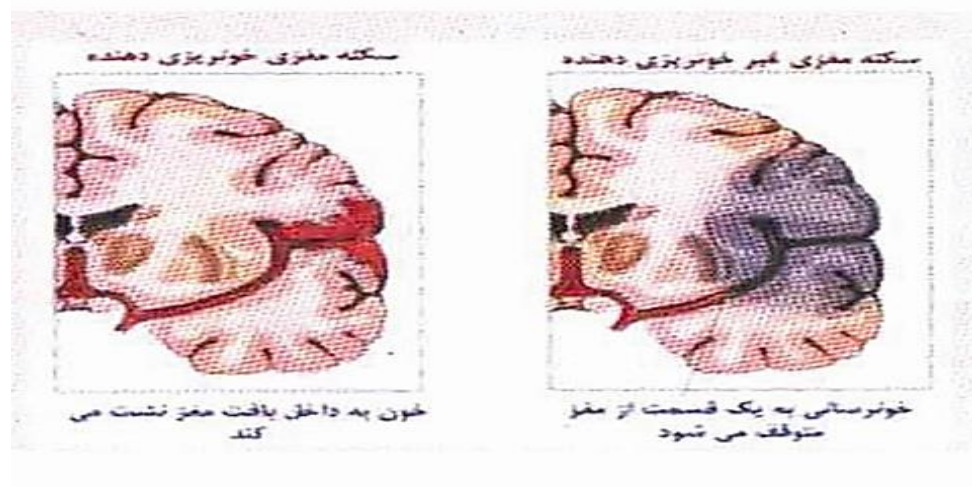
آموزش زمان ترخیص

- پرستار مسئول بیمار و پزشک معالج هنگام ترخیص، آموزش های خود مراقبتی در زمان ترخیص با توجه به توانایی و تحصیلات مددجویان مطابق با ترخیص ایمن بر اساس معیار اسمارت و حداقل های آموزش به بیمار در زمان ترخیص انجام می دهند.

ردیف	حداقل موارد آموزش به بیمار توسط پرستار در زمان ترخیص در بخش اورژانس
۱	زمان مراجعه به پزشک: اعلام زمان و مکان مراجعه به پزشک
۲	داروهای پس از ترخیص: نحوه مصرف داروها عوارض احتمالی و مهم داروها (بخصوص عوارضی که نیازمند به مراجعه فوری به مراکز درمانی می باشند) تداخلات دارویی و تداخلات غذا و دارو شناخت نام داروها توسط بیمار
۳	فعالیت ها و ورزش ها
۴	تغذیه پس از ترخیص: رژیم غذایی مناسب پس از ترخیص (مواد غذایی مجاز و غیر مجاز برای مصرف)

۵	علائم و نشانه های خطر پس از ترخیص برای مراجعه فوری
۶	تاکید بر تداوم درمان و پیگیری تست های تشخیصی
۷	چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس: تلفن های تماس اضطراری (بیمارستان، ۱۱۵، مطب پزشک)
۸	معرفی بیماران نیازمند به آموزش تکمیلی به واحد پرستاری آموزش و پیگیر بیماران (در صورت ترخیص بیماران با تشخیص کریز فشارخون، حمله آسم، هایپر و هایپوگلیسمی)
۹	معرفی آدرس منابع، آدرس مراکز، نهادهای حمایتی و سایت های آموزشی: معرفی آدرس سایت آموزش سلامت بیمارستان معرفی نحوه نوبت دهی اینترنتی و تلفنی درمانگاه تخصصی بیمارستان معرفی شماره تماس پاسخگویی به سوالات بعد ترخیص، زمان وفرد پاسخگو
۱۰	تکمیل فرم آموزش ترخیص در دوبرگ و مهر و امضای پرستار و پزشک (طبق پروتکل اسمارت)، اخذ امضا و اثر انگشت توسط بیمار یا فرد آموزش گیرنده، تحویل نسخه اصلی به بیمار و بایگانی نسخه دوم

سکته مغزی:



دستوالعمل خود مراقبتی سکته مغزی	
نیاز سنجی آموزشی بیماران مبتلا به سکته مغزی	
آموزش ماهیت بیماری (تعریف، علت، علائم، تشخیص، درمان)	آموزش فیزیوتراپی اندامها و تنفسی
آموزش مصرف صحیح داروها و زمان صحیح و عوارض آن	آموزش رژیم غذای ونحوه صحیح گاوآژ مایعات
آموزش مراجعات و پیگیری های بعداز ترخیص	آموزش علائم هشدار دهنده جهت مراجعه فوریوکد ۷۲۴
آموزش پیشگیری از عوارض سکته مغزی (زخم بستر وامبولی و اسپیراسیون و...	آموزش میزان فعالیت وپوزیشن مناسب وپیشگیری از زخم بستر
آموزش کنترل بیماری های زمینه ایی(دیابت و فشار خون) و کنترل وزن	آموزش دوری از استرسها و منع مصرف سیگار و دخانیات
آموزش ارجاع بیمار به واحد پرستار آموزش وپیگیریبیمار	اخذ رضایت آگاهانه از همراهی در صورت تزریق آلتپلاز
آموزش مراقبت از سوند فولی وسایر اتصالات	

سکته مغزی یک آسیب ناگهانی به سیستم عصبی است که طی آن ، جریان خونی که تامین کننده مواد غذایی و اکسیژن قسمتی از مغز می باشد ، قطع می شود . در نتیجه عملکرد عصبی ناحیه آسیب دیده دچار اشکال می شود . این وضعیت را اصطلاحاً سکته مغزی می گویند .

انواع سکته مغزی :

سکته های ایسکمیک

۸۰ درصد موارد سکته را تشکیل می دهند .

در سکته های ایسکمیک ، کاهش جریان خون به مغز می تواند به چند علت زیر باشد :

- ۱- تنگی عروق به دلیل جمع شدن مواد چربی در دیواره سرخرگ
- ۲- ایجاد لخته در یکی از عروق مغز
- ۳- ایجاد لخته در مناطق دور دست مانند قلب و حرکت لخته به سمت عروق مغز و بستن جریان خون عروق مغز (آمبولی)

عوامل خطر سکته های ایسکمیک :

- ☐ فشار خون بالا
- ☐ بیماری های قلبی و عروقی
- ☐ کلسترول بالا
- ☐ چاقی

- ☐ دیابت
- ☐ تنگی عروق گردنی (کاروتید)
- ☐ قرص های ضد بارداری خوراکی
- ☐ مصرف دخانیات و الکل

سکته مغزی خفیف یا حمله ایسکمیک زودگذر (TIA) چیست ؟

نقص عصبی است که کمتر از ۲۴ ساعت طول میکشد و اکثراً نشانه ها در کمتر از یک ساعت برطرف می شود .
حمله گذرا با از بین رفتن ناگهانی عملکرد حرکتی ، حسی یا بینایی خود را نشان می دهد .
نشانه ها بر حسب محل اختلال خون رسانی متفاوت است .ممکن است هشدار برای سکته مغزی باشد که هر آن روی دهد .
عدم رسیدگی و درمان ممکن است به سکته مغزی کامل و نقایص غیر قابل برگشت منجر شود .

سکته های خونریزی دهنده (هموراژیک) :

اگر عروق مغز پاره شوند و خون به داخل مغز نشت پیدا کند سکته هموراژیک اتفاق می افتد .
سکته خونریزی دهنده ۱۵٪ موارد سکته را به خود اختصاص می دهد .
این نوع سکته بیشتر در افراد جوان اتفاق می افتد .

عوامل خطر سکته های خونریزی دهنده :

- *فشارخون بالا
- *ضربه
- *مصرف داروهای ضد لخته مانند وارفارین
- *مصرف کوکائین
- *ضعف یا بیرون زدگی دیواره سرخرگ (آنوریسم مغزی)

علائم و نشانه سکته مغزی :

در بیشتر افراد علائم سکته مغزی به سرعت در عرض چند ثانیه یا چند دقیقه بعد از انسداد رگ خود را نشان می دهند .
علائم هر سکته مغزی بستگی به قسمتی از مغز دارد که دچار گرفتگی شده است

این علائم شامل :

- ☐ ضعف و سستی کرختی عضلات صورت ، دست و پا در یک نیمه از بدن (همی پارزی)
- ☐ فلج صورت ، دست و پا در یک نیمه از بدن (همی لژی)
- ☐ اختلال در صحبت کردن به صورت های مختلف و یا اختلال در درک صحبت دیگران و دادن پاسخ های نامربوط
- ☐ اختلال در دفع به صورت احتباس ادرار یا مدفوع و یا بی اختیاری ادرار یا مدفوع
- ☐ اختلال در بلع یا وارد شدن غذا و مایعات به ریه و بروز سرفه و خفگی
- ☐ اختلال و یا کاهش حس یک طرف از بدن

- ☐ درجانی از کاهش سطح هوشیاری تا کما (بر حسب شدت و وسعت آسیب)
- ☐ سردردهای شدید ناگهانی ، سرگیجه ، اختلال در حافظه
- ☐ اختلال در میدان بینایی
- ☐ اختلال در تعادل و کنترل اندام ها

موارد طولانی مدت سکته مغزی :

- ☐ بروز سفتی در عضلات اندام ها
- ☐ تشنج (می تواند در ابتدای بیماری و یا چند هفته تا چند ماه بعد اتفاق بیافتد)
- ☐ بروز کوتاهی در عضلات و مفاصلی که مدت ها دچار سفتی بوده و درمان نشده اند .
- ☐ درد های موضعی یا عضلانی به ویژه در شانه و دست
- ☐ افتادگی شانه و آسیب به اعصاب دست در اثر کشیدگی نا بجای دست
- ☐ عفونت ادراری
- ☐ یبوست
- ☐ عفونت ریه به علت تنفس سطحی بیمار و وارد شدن مقدار مختصری مواد غذایی به ریه ها
- ☐ در برخی موارد لخته های خون ایجاد شده در پا بدلیل بی حرکتی ممکن است به سمت ریه حرکت کرده و موجب آمبولی ریه گردد .
- ☐ زخم بستر
- ☐ پوکی استخوان
- ☐ اختلالات روانی و عاطفی به صورت افسردگی ، اضطراب ، خنده ها و گریه های بی اختیار
- ☐ بروز درد یا حس های ناخوشایند در سمت ضعیف شده

تشخیص

- ☐ علائم بالینی و شرح حال بیمار
- ☐ سی تی اسکن بدون ماده حاجب برای تشخیص نوع سکته
- ☐ نوار قلب
- ☐ آنژیوگرافی مغزی

درمان

- ☐ برای درمان سکته های غیر خونریزی دهنده از داروهای حل کننده لخته خون استفاده می کنند .
- ☐ در بیمارانی که دچار سکته خفیف مغزی شده اند ، درمان دارویی با داروهای ضد لخته مانند وارفارین انجام می شود.
- ☐ در صورتی که وارفارین منع مصرف داشته باشد ، از داروهای مهارکننده پلاکت ها مانند آسپرین ، دیپیریدامول و تیکلوپیدین استفاده می شود (داروهای فوق فقط طبق دستور پزشک باید مصرف شوند)
- ☐ در بیمارانی که تنگی عروق گردنی دارند، از طریق جراحی لخته خون را از شریان کاروتید خارج می کنند.

در چه شرایطی سیر بهبودی بهتر است ؟

- ☐ سکته های خفیف
- ☐ سن پایین تر

- ☐ سگته های آمبولیک ناشی از انتقال لخته از مناطق دور (قلب)
- ☐ درمان سریع تر به ویژه در موارد استفاده از عوامل حل کننده لخته (در صورتی که بیمار در کمتر از ۳ ساعت به بیمارستان منتقل شود)
- ☐ بیمارانی که شرایط جسمانی سالم تری پیش از بروز بیماری داشته اند
- ☐ سگته های نوع آمبولیک معمولاً میزان بهبود بیشتر و سریعتری نسبت به نوع اختلال خون رسانی دارند .

در صورت بروز چه علائمی به پزشک مراجعه شود ؟

- ☐ بروز ناگهانی ضعف یا فلج یک طرفه
- ☐ اختلال در صحبت کردن به صورت ناگهانی
- ☐ احساس بی حسی یا حس ناخوشایند مانند گزگز یا خواب رفتگی یک طرف بدن و صورت
- ☐ سردرد بسیار شدید بدون سابقه قبلی
- ☐ اختلال ناگهانی راه رفتن

کمک های اولیه هنگام سگته مغزی

- ☐ در صورتی که لقمه ی غذا یا ترشحاتی داخل دهان بیمار می باشد . آن را خارج نمایید .
- ☐ در صورتی که بیمار دندان مصنوعی دارد ، آن را خارج نمایید .
- ☐ اگر بیمار نفس می کشد او را در وضعیت به پهلو قرار دهید و بلافاصله بدون اینکه بیمار را حرکت دهید با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید و آمبولانس درخواست کنید تا زمان رسیدن نیروهای امدادی ، در صورت امکان علائم حیاتی بیمار (تنفس ، نبض ، فشارخون) را کنترل کنید
- ☐ چیزی برای خوردن و نوشیدن به بیمار ندهید . اگر بیمار هوشیار است به او کمک کنید تا دراز بکشد به طوری که سر و شانه هایش مختصری بالاتر از تنه ، روی چیزی تکیه کند .
- ☐ سر او را به سمت مبتلا خم کنید و یک حوله روی شانه او قرار دهید تا هرگونه ترشحاتی را جذب کند .
- ☐ هر لباسی را که ممکن است تنفس بیمار را مختل کند ، شل کنید .
- ☐ به بیمار اطمینان خاطر دهید که در کنار او هستید و مراقب او می باشید تا نیروهای امدادی برای انتقال بیمار به بیمارستان با آمبولانس آماده شوند .

پیشگیری از سگته مغزی

- ☐ ورزش منظم
- ☐ استفاده از رژیم غذایی کم چربی و مصرف میوه ها و سبزی ها در رژیم غذایی روزانه
- ☐ عدم استعمال دخانیات
- ☐ کنترل طبی هر گونه اختلال مزمن مثل دیابت
- ☐ کنترل مرتب فشارخون و در صورت بالا بودن مراجعه به پزشک
- ☐ در بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت مصرف روزانه آسپرین زیر نظر پزشک

آموزش به مددجو مبتلا به سگته مغزی در زمان ترخیص :

اگر بیمار شما در زمان ترخیص علایم و نشانه های عدم تکلم و فلجی و ضعف اندام را ندارد مراقب باشید و بعد از این عواملی که ایجاد کننده این حالت شده را کنترل و تعدیل نمایید.

در صورتی که به دنبال حمله مغزی بیمار دچار ناتوانی های جسمی گردد به مرور زمان و با مراقبت بهبود می یابد. میزان بهبودی به شدت حمله مغزی و عوارض آن مرتبط است و ممکن است چند هفته تا چند ماه یا چند سال طول بکشد. بنابراین نیازمند تلاش، صبر و حوصله بیشتر بیمار و خانواده می باشد

***مراقبتهای لازم درمردجو دارای علایم علایم :**

*مهم ترین نکته شناسایی و تعدیل عواملی است که باعث بروز حمله مغزی می شوند، این عوامل عبارتند از :
- فشار خون بالا - دیابت - سیگار کشیدن و یا استعمال دود سیگار دیگران - چربی خون بالا - مصرف الکل - بیماری های قلبی و عروقی - چاقی یا اضافه وزن - نداشتن فعالیت
* در بدست گرفتن اشیا به او کمک کنید. به این ترتیب که دست های او را هدایت کنید. هدایت و کنترل کل بدن را از دست مبتلا انجام دهید.

* بیمار ابتدا ممکن است این فعالیت ها را ناشیانه انجام دهد. اما باید به او خاطر نشان کنید که فراگیری مهارت های حرکتی مختلف، فقط با تکرار صورت می گیرد.

* حداقل هفته ای یک بار استحمام انجام شود

* استفاده از دوش دستی یا سردوش مناسب تر از وان است.

* در طی حمام کردن روی چهارپایه یا صندلی بنشیند.

* با پیشرفت بهبودی، باید امر استحمام را به خودش واگذار کنید و مرتباً او را تشویق کنید که هم قسمت مبتلا و هم قسمت سالم را به خوبی بشوید

* از حوله کوچک برای خشک کردن بدن استفاده کند.

* نصب دستگیره هایی برای ایمنی بیشتر در جاهای مختلف حمام

* قرار دادن کف پوش هایی برای جلوگیری از سر خوردن بیمار

* لباس بیمار ترجیحاً یک شماره بزرگتر، دکمه دار یا زیپ دار که از جلو یا پهلو بسته می شوند، باشد.

* در پوشیدن لباس به بیمار کمک کنید اما وظیفه اصلی آن را به عهده خود بیمار بگذارید

* استفاده از یک آینه بزرگ حین پوشیدن لباس، بیمار را نسبت به پوشش ناحیه آسیب دیده آگاه می سازد.

* از وسایل کمکی مثل واکر استفاده نمایید

* نصب یک میله کنار دیوار سرویس بهداشتی برای گرفتن دست

* بهتر است میز کنار تخت و سایر لوازم شخصی در سمت مبتلای بیمار قرار گیرد.

* در هنگام صحبت کردن در سمت مبتلا قرار گیرید. زیرا صحبت کردن از سمت مبتلا باعث تحریک حواس شنوایی و بینایی بیمار می شود.

* در هنگام نشستن، بازوی شل را بر روی یک میز یا بالش بگذارید.

* برای پیشگیری از آویزان شدن اندام فوقانی فلج، با استفاده از پارچه سه گوش دست آسیب دیده را به گردن ببندید.

* از مصرف دخانیات، نوشیدنی های الکلی پرهیز نمایید

مراقبت از بیمار که با سوند فولی ترخیص میشود:

از کشیدن یا جدا کردن سوند ادراری خودداری نمایید. زیرا باعث بروز خونریزی یا آسیب مجرای ادراری می شود.

جهت جلوگیری از کشیده شدن سوند، با چسب آن را به پای بیمار تان بچسبانید.

دوش گرفتن در حالی که سوند و کیسه به بیمار وصل است مانعی ندارد مگر آن که دستور دیگری به شما داده شود.

وقتی سوند ادراری به بیمار وصل است از مقاربت جنسی خودداری نمایید

پیشگیری از عفونت در بیماران دارای سوند:

جهت کاهش خطر عفونت ادراری، باید بیمار تان مایعات فراوان (۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ سی سی روزانه) در صورت عدم ممنوعیت مصرف کند.

کیسه ادرار هر ۸ ساعت یکبار یا هرگاه که بیش از نیمی از کیسه پر شد، تخلیه گردد.

همیشه قبل و بعد از دست زدن به سوند ادراری دست های خود را با آب و صابون بشوید.

کیسه ادرار را پایین تر از سطح مثانه قرار دهید. هرگز کیسه ادرار را روی شکم بیمار قرار ندهید. هنگام راه رفتن نیز لوله تخلیه در دست بیمار حلقه شده و پایین تر از مثانه نگه داشته شود

از جدا کردن لوله ادرار از کیسه ادرار جداً خودداری کنید. اگر لوله جدا شد، انتهای لوله را لمس نکنید. آن را با یک محلول ضد میکروب (بتادین) ضد عفونی کنید و مجدداً لوله را وصل کنید.

هنگام انتقال بیمار به بستر لوله را ببندید، یا ابتدا محتویات لوله را به سمت کیسه ادرار تخلیه کنید.

در خانم ها شستشوی پوست ناحیه تناسلی (از سمت جلو به عقب) و در آقایان شستشوی اطراف مجرای ادراری حداقل روزی دو بار به وسیله آب و صابون انجام شود، سپس محل کاملاً خشک شده و از پودر استفاده نشود زیرا ممکن است باعث تحریک پوستی شود

بیمار را از نظر علائم عفونت ادراری نظیر تب، لرز، کدر بودن ادرار، سوزش ادرار، وجود خون در ادرار، درد پهلوی، کاهش اشتها، کاهش انرژی و ناتوانی کنترل نمایید. گوشت، تخم مرغ، نان های سبوسدار، آبلیمو، زغال اخته، و آلو باعث کاهش احتمال عفونت ادرار می شوند.

کیسه ادراری هر یک هفته یکبار تعویض گردد

مدت زمان تعویض سوند ادراری معمولاً هر دو هفته بوده (البته بنا به نظر پزشک این مدت تغییر کند)

در چه مواردی لازم است به یک مرکز درمانی یا پزشک مراجعه نمایید؟

اگر ظرف ۶-۸ ساعت ادرار به داخل کیسه جریان نیافت و مطمئن شدید که سوند بیمار تان پیچ خوردگی نداشته و یا خم نشده است.

اگر تصادفاً سوند بیمار تان خارج شد یا نشت ادرار داشت.

اگر بیمار احساس می کند که مثانه اش پر است ولی ادراری وارد کیسه نمی شود یا مقدار آن کم است.

اگر درد شدیدی در پهلوی و پشت خود احساس می کند.

اگر ادرار بیمار تان تغییر رنگ داده ، تیره شده ، خونی بنظر میرسد یا لکه های خونی به طور مکرر در آن دیده می شود

در صورت مشاهده ی قرمزی یا حساسیت محل ورود سوند

رژیم غذایی :

* ابتدا رژیم غذایی بیمار را با پوره یا مایعات غلیظ آغاز کنید ، چون این نوع غذاها راحتتر از مایعات رقیق بلعیده می شوند.

* اگر نیمی از بدن بیمار فلج می باشد غذا باید در طرف سالم دهان قرار داده شود ، هنگام غذا خوردن ، بیمار را از نظر حملات سرفه ، خارج شدن غذا از یک سمت دهان ، ماندن غذا به مدت طولانی در دهان یا برگشت مایعات از بینی ، بررسی نمایید. در صورت تحمل بیمار ، به تدریج از رژیم غذایی که از قبل داشته استفاده نماید.

* گاهی اوقات اضافه کردن آبمیوه یا سوپ به غذاهای جامد ، جویدن و بلع آن را برای بیمار راحت تر می کند.

* اگر بیمار هنگام نوشیدن مایعات احساس خفگی می کند می توانید با اضافه کردن مقداری شیر خشک به مایعات ، بلع آن را برای بیمار تان آسان نمایید .

* برای نوشیدن مایعات نباید از نی استفاده کنید.

* زمان کافی را به تغذیه بیمار تان اختصاص دهید . $حد/قل ۴۵$ دقیقه در هر وعده غذایی صرف غذا دادن به بیمار کنید . سپس اجازه دهید بیمار ۴۵ دقیقه دیگر در وضعیت نشسته باشد تا به طور مناسب هضم شود .

* افزایش تعداد وعده های غذایی در روز و کاهش حجم غذا در هر وعده

*.در هنگام غذا خوردن سروصدای اضافی در محیط نباشد تلویزیون و رادیو روشن نباشد از جملات کوتاه برای ترغیب بیمار به غذا خوردن استفاده نمایید

* غذای کم چرب و کم نمک مصرف نمایید

* از مصرف غذاهای آماده ، کنسروها ، تن ها و سایر غذاهای سنگین و پرچرب مثل دل ، جگر ، قلوه ، کله پاچه و چربی حیوانی مثل سرشیر ، ماست پر چرب و خامه پرهیز کنید

* مصرف هویج ، سیب ، شوید ، گوجه فرنگی و بادام برای شما مفید است .

*از روغن مایع بخصوص روغن زیتون و آفتابگردان استفاده کنید .

* در غذای خود از نمک کمتر استفاده نمائید و برای خوش طعم کردن غذا از آب لیمو ، آب نارنج و گیاهان معطر (نعنا ، مرزه) استفاده کنید .

* از انواع سس ها ، ترشی ها ، شورى ها (خیارشور و گوجه شور) و پنیر محلی پرهیز کنید .

* مصرف گوشت قرمز دوبار در هفته استفاده بیشتر از مرغ و ماهی

*روزانه ۸-۶ لیوان آب بنوشید .

* از مصرف قند ، شکر ، مربا ، نوشابه های گازدار ، انواع آبمیوه و کمپوت های آماده ، انواع شیرینی ، دسرهای خیلی شیرین خودداری کنید

*از بشقاب گود و قاشق با دسته پهن استفاده کنید (پارچه یا پلاستیک دور دسته ی قاشق بپیچید تا گرفتن قاشق برای بیمار راحت باشد)

علائم هشداردهنده که در صورت وقوع لازم است سریعاً مراجعه شود:

- بروز علائم حمله مغزی : ضعف یا فلج ناگهانی یکطرفه اندامها (دست و پا) ، گفتار نامفهوم یا لکنت ، گزگز یا خواب رفتگی یک طرف بدن و صورت (افتادگی یک طرفه صورت) ، سردرد بسیار شدید بدون سابقه قبلی
 - بروز علائم عفونت ادراری : تب ، لرز ، کدر بودن ادرار ، سوزش ادرار ، وجود خون در ادرار ، درد پهلوی ، کاهش اشتها ، کاهش انرژی
 - بروز علائم عفونت تنفسی : تب ، لرز ، سرفه ، تنگی نفس و خلط چرکی
- سایر موارد : سرفه و کبودی در هنگام غذا خوردن ، هرگونه تغییر در سطح هوشیاری

سوند معده

دستوالعمل خود مراقبتی در بیمار دارای سوند معده	
نیاز سنجی آموزشی بیمار دارای سوند معده	
آموزش علت نیاز به تعبیه سوند معده	آموزش علایم خطر و هشدار مربوط به لوله بینی - معدی که نیاز به اطلاع و اقدام فوری دارد
آموزش پوزیشن صحیح ونحوه انجام تغذیه از طریق لوله بینی - معدی	آموزش مشکلات رایج پیش آمده حین استفاده از لوله بینی - معدی و اقدامات اصلاحی جهت رفع آنها
آموزش علایم تعبیه صحیح لوله بینی - معده	آموزش کنترل بیماری های زمینه ایی (دیابت و فشار خون) و کنترل وزن

آموزش تغذیه از طریق لوله بینی - معده ای

بیمارانی که دچار مشکل بلع می باشند و غذا را به خوبی نمی توانند بلعند ، ممکن است تکه ای از غذا در عمل بلعیدن وارد ریه شود ، نیاز به لوله تغذیه دارند که به آن لوله بینی - معده ای (NGTube) می گویند .

• این روش حداکثر به مدت ۶-۴ هفته برای تغذیه بیمار مناسب است و در صورت ادامه اختلال بلع پزشک معالج روش دیگری برای تغذیه بیمار انتخاب خواهد کرد .

• بر حسب جنس این لوله ها ، لازم اسنت که به فواصل دو هفته یا بیشتر ، لوله تعویض شود .

در مدتی که در داخل بیمارستان می باشید مایع گاواژ روزانه در آشپزخانه بیمارستان با نظارت کارشناسان تغذیه و بر اساس آزمایشات بیمار و فرمول کارشناسان تغذیه تهیه می شود

• در هنگام ترخیص ، باید بر اساس آزمایشات و شرایط بیمار با مراجعه به واحد تغذیه و کارشناسان مربوطه فرمول تهیه مایع گاواژ بیمارستان را دریافت نمایید و بر اساس آن روزانه مایع گاواژ را آماده نمایید

مایع گاواژ برای ۲۴ ساعت در یخچال قابل نگه داری است و اضافه آن بعد از این مدت باید دور ریخته شود.

• دقت نمایید که در تهیه سوپ مجاز به استفاده از ادویه جات نیستید .

• هرگز دارو و غذا را با هم مخلوط نکنید .

• در هنگام مصرف ، مایع گاواژ را به اندازه یک وعده از یخچال خارج کرده و پس از اینکه مایع ۱۰ دقیقه در دمای اتاق باقی ماند از آن استفاده کنید . مایع سرد باعث درد معده و ناراحتی می شود با توجه به اینکه تمام گروه های غذایی در مایع گاواژ وجود دارد ، از دادن شیر در مدتی که بیمار گاواژ می شود خودداری شود و در دو نوبت نهار و شام به بیمار (بجز بیماران تحت دیالیز و با فسفر خون بالا) ماست داده شود.

برای غذا دادن با استفاده از سرنگ به روش زیر عمل کنید:

- ۱- دست خود را بشوئید .
 - ۲- سر تخت را بالا بیاورید تا بیمار در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد .
 - ۳- برای جلوگیری از ورود مواد غذایی به ریه بیمار ، پیش از هر بار تغذیه مطمئن شوید که لوله در معده قرار دارد ، سرنگ را به لوله معده وصل کنید و مقداری از محتویات معده را به داخل سرنگ بکشید و مجدداً آن را به معده تزریق کنید . اگر محتویات معده به داخل سرنگ کشیده نشد ممکن است که لوله داخل معده نباشد و باید توسط پرستار با تجربه بررسی شود.
 - ۴- باقیمانده معده را بررسی کنید . در صورتی که بیشتر از ۱۰۰ سی سی غذا در معده باقی مانده باشد ، نشان دهنده تاخیر در تخلیه معده است . مایع کشیده شده را به معده بازگردانید و تغذیه بیمار را در آن نوبت حذف کنید .
 - ۵- شروع گاوآژ بعد از ناشتا بودن بیمار با آب ساده یا سرم قندی ۵ درصد یا آبمیوه طبیعی تازه ترجیحاً آب سیب صاف شده می باشد.
 - ۶- بهتر است در شروع گاوآژ از حجم ۵۰ سی سی هر ۴ ساعت استفاده شود و در صورت تحمل حجم گاوآژ هر ۴ ساعت ۲۵ سی سی اضافه شود تا به میزان مورد نظر کارشناس تغذیه برسد .
 - ۷- اگر در موقع کشیدن مایع معده ترشحات سبز رنگ مشاهده شد به گاوآژ دادن بیمار ادامه دهید .
 - ۸- ابتدا لوله معده را با بستن گیره ببندید تا از ورود هوا به معده جلوگیری شود سپس سرنگ را از انتهای لوله جدا کنید و پیستون را از داخل سرنگ خارج کنید .
 - ۹- سرنگ را به لوله وصل کرده و لوله را با ۳۰ سی سی آب بشوئید.
 - ۱۰- قبل از تمام شدن آب ، محلول غذایی ولرم را که کاملاً صاف شده به داخل سرنگ بریزید . در تمام مدت سرنگ باید پراز محلول غذایی باشد . شما با بال و پایین بردن سرنگ و ایجاد فشار مالیم به جدار لوله می توانید سرعت ورود غذا به معده را کنترل نمایید.
 - 11- مایع گاوآژ باید به آرامی و در مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه گاوآژ شود.
 - ۱۲- قبل از اینکه محلول غذایی به طور کامل تمام شود حدود ۳۰ تا ۵۰ سی سی آب ساده را به درون سرنگ بریزید تا لوله شسته شود.
 - ۱۳- شستشوی مرتب لوله قبل و بعد از گاوآژ باعث پیشگیری از انسداد (بسته شدن) لوله می شود.
 - ۱۴- بعد از تمام شدن آب ، لوله معده را با بستن گیره ببندید و سرنگ را از لوله معده جدا کنید . آن را بشوئید و پیستون را داخل سرنگ قرار دهید و مجدداً سرنگ را به سرلوله وصل کنید تا از ورود هوا به داخل معده جلوگیری شود . سپس بیمار را به مدت ۳۰ دقیقه در همان وضعیت قرار دهید.
- علائم عدم تحمل مایع گاوآژ:**
- تهوع ، استفراغ ، اسهال ، یبوست ، وارد شدن غذا به ریه ، نفخ شکم
- نتایج غیرمنتظره و اقدامات اصلاحی :
- افزایش باقیمانده معده بیشتر از ۱۰۰ سی سی تغذیه را متوقف نمایید.
- بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید.
- مجدداً باقیمانده را یک ساعت بعد بررسی نمایید و در صورت کم بودن باقیمانده تغذیه را ادامه دهید.
- مدفوع آبکی (اسهال) ۳ بار یا بیشتر در ۲۴ ساعت ممکن است به چند علت ایجاد شود :**

۱. غذای بیمار چرب باشد. ۲. سرعت ورود غذا زیاد باشد. ۳. بیمار به ماده غذایی حساسیت داشته باشد. ۴. غذا آلوده باشد. ۵. غذا به مدت طولانی نگهداری شده باشد. ۶. غذا سرد باشد. ۷. قاشق غذا خوری کشک به مایع گاواژ اضافه کنید و یک قاشق غذا خوری روغن اضافه شده در مایع گاواژ را کاهش دهید .

- تغییر در آنتی بیوتیک (فقط در بیمارانی که آنتی بیوتیک در یافت می کنند.)
- بررسی نمونه مدفوع از نظر عفونی بودن
- در صورتی که اسهال غیر عفونی باشد از مواد غذایی منقبض کننده روده ها مثل آب سیب و ماست و پونه استفاده شود .
- از پوست بیمار مراقبت نمایید.

تهوع و استفراغ

علل

۱. اگر سرعت ورود غذا به معده زیاد باشد. ۲. غذا با فشار وارد معده شده باشد ۲. ممکن است معده پر باشد و تخلیه معده به صورت کامل انجام نشده باشد. ۴. مهمترین مسئله این است که ممکن است لوله از جای خود خارج شده و باعث تهوع و استفراغ شود

اقدامات الزم:

- به پزشک اطلاع دهید .
- باز بودن لوله را بررسی نمایید .
- محتویات را برای بررسی حجم باقیمانده را بکشید .
- نفخ شکم بیمار را بررسی نمایید .
- محلول غذایی را رقیق کنید و سرعت تغذیه را کم کنید .
- از محلول غذایی کم چرب استفاده نمایید .
- محلول را در حد درجه حرارت اتاق گرم کنید .

یبوست :

علل

۱. در رژیم غذایی به طور مستمر از لبنیات مانند ماست و شیر استفاده شده ۲. مقدار میوه و سبزیجات کمی دریافت کرده ۳. مایعات کافی مصرف نشده باشد.

اقدامات الزم:

- آب را به میزان کافی اضافه کنید.
- در صورت امکان ، فعالیت و تحرک بیمار را افزایش دهید .
- نرم کننده های مدفوع یا ملین را برای بیمار استفاده نمایید.

یک قاشق غذا خوری روغن به مایع گاواژ (ترجیحاً روغن زیتون) اضافه شود و روزانه ۵۰ تا ۱۰۰ سی سی آبمیوه انبه اضافه شود یا از ۳ قاشق غذا خوری سبزی پخته استفاده شود.

تجمع گاز و نفخ شکم:

علل :

۱. هوا همراه با غذا وارد معده شده. ۲. حجم غذای داده شده در یک وعده زیاد باشد. ۳. سرعت ورود غذا و مایعات به معده زیاد باشد. ۴. غذای بیمار سرد باشد

ورود مواد به ریه:

۱. لوله در جای خود نباشد. ۲. در اثر استفراغ کردن محتویات معده وارد ریه شود - برای پیشگیری از ورود مواد غذایی به راه هوایی، حین تغذیه و تا نیم ساعت بعد از آن بیمار به صورت نشسته یا نیمه نشسته باشد.

انسداد لوله

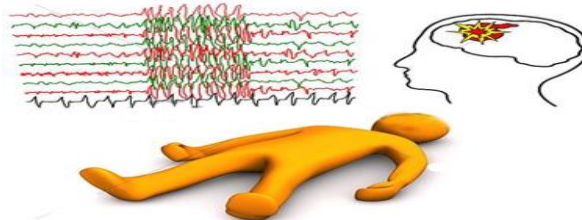
۱. ذرات غذا درشت باشد. ۲. پیچ خوردگی در مسیر لوله ایجاد شده باشد. ۳. مسیر لوله بعد از تغذیه به خوبی با آب شسته نشده باشد.

تذکر: در صورت ایجاد هر یک از موارد فوق که با انجام اقدامات ذکر شده رفع نشود به پزشک اطلاع دهید.

صرع و تشنج

دستوالعمل خود مراقبتی از بیمار مبتلا به صرع و تشنج	
نیازسنجی آموزشی بیماران مبتلا به صرع و تشنج	
آموزش ماهیت بیماری (تعریف، علت، علائم، تشخیص، درمان)	آموزش نکات ایمنی بالابودن نرده تخت و پیشگیری از سقوط
آموزش مصرف صحیح داروها و زمان صحیح و عوارض آن (تاکید فراوان بر عدم قطع ناگهانی دارو)	آموزش رژیم غذایی و پرهیز از گرسنگی
آموزش مراجعات و پیگیری های بعد از ترخیص	آموزش علائم هشدار دهنده (تب، اسهال و استفراغ، خواب نامناسب، سرگیجه سستی و بیحالی، اختلال در بینایی) جهت مراجعه فوری
آموزش اقدام مناسب در هنگام بروز تشنج	آموزش میزان فعالیت (استراحت و ورزش)

آموزش اجتناب از کارهای حساس به تنهایی (شنا کردن ، کوهنوردی)	آموزش عوامل تحریک کننده بروز تشنج ودوری از آنها (بی خوابی ، گرسنگی ، استرس ، گرما ، نورهای درخشان و خیره کننده)
--	--



تشنج. یک اختلال در عملکرد قشر مغز است که در آن تخلیه غیر طبیعی و همزمان دسته ای از سلول های مغزی به طور موقت و گذرا ایجاد می شود

باید بدانیم که اگر این وضعیت تنها یک بار ایجاد شود یا اینکه در زمینه بیماری دیگری (مانند کمبود کلسیم یا کاهش قند خون و.....) باشد، تشخیص صرع داده نمی ی شود، بلکه زمانی به آن صرع گفته میشود که این وضعیت تکرار شونده باشد.

پس در واقع صرع یک بیماری مزمن است که در آن حمله های تشنج به شکل یا اشکال خاصی هر از چند گاه ایجاد می شود.

صرع انواع مختلفی دارد که بر حسب چگونگی خصوصیات آن از لحاظ بالینی و یا الکتروفیزیولوژیک - که در نوار مغزی نشان داده می شود - طبقه بندی می شود .

طبقه بندی:

صرع به دو دسته کلی طبقه بندی می شود که در هر دسته انواعی از صرع گنجانده می شوند .

۱. منتشر تونیک کلونیک، ابسانس میوکلونیک، آتونیک، تونیک.

علت گنجاندن انواع بالا در دسته صرع های منتشر این وجه مشترک آنها است که با وجود علائم بالینی متفاوت، تخلیه الکتریکی غیر طبیعی از کل قشر مغز در حین حمله است و به این دلیل منتشر یا کلی خوانده می شوند ، در این نوع صرع هوشیاری فرد مختل می شود.

۲. صرع های موضعی: صرع موضعی ساده

از یک قسمت خاصی از قشر مغز است و بر حسب این که آن قسمت از قشر مغز چه عملکردی داشته باشد علائم بالینی نیز در همان ارتباط خواهد بود. برای مثال اگر تخلیه الکتریکی غیر طبیعی از قشر حرکتی نیمکره راست مغز باشد،

حمله تشنج به شکل حرکات انقباضی ریتمیک در نیمه چپ بدن فرد خواهد بود. به دلیل اینکه حرکت سمت چپ بدن تحت کنترل نیمکره راست مغز می باشد،

یا اگر تخلیه الکتریکی غیرطبیعی مربوط به قشر بینائی مغز باشد، علائم بالینی به شکل اختلالات بینایی در فرد ظاهر می شود که در این نوع صرع ها به دلیل این که تنها قسمتی از مغز اختلال عملکرد پیدا می کند، بیمار هوشیاری خود را از دست نمی دهد.

اما در نوع خاصی از صرع موضعی، که صرع موضعی مرکب هوشیاری نیز اختلال پیدا میکند و در آن فرد، علائم پیچیده خاصی به نام اتوماتیسم را از خود نشان میدهد.

شیوع (پراکندگی):

شیوع صرع در جوامع مختلف بین ۵/۱ تا ۱ درصد جمعیت آن جامعه گزارش شده است. صرع در کودکان و سالمندان بیشتر است و در زنان و مردان تقریباً به یک نسبت دیده میشود.

علت های صرع:

در حدود دو سوم موارد یا علت خاصی برای صرع پیدا نمی شود (که به آن ایدیوپاتیک می گویند که معمولاً به دلیل ژنتیک بروز می کنند) در بقیه موارد، به ترتیب علت های زیر مطرح هستند:

علت های عروقی (سکته های مغزی، عروق غیر طبیعی و....)، ناهنجاری های مادرزادی، ضربه های مغزی، تومورهای مغزی، بیماری های تحلیل برنده یا دژنراتیو و عفونت های مغزی مانند آلبزایمر. اما علت ابتلا به صرع در سنین مختلف شیوع، متفاوت است. مثلاً در سنین کودکی، علت های ایدیوپاتیک (ژنتیک)، مادرزادی و عفونت ها بسیار شایعتر از علت های عروقی مغز هستند. در صورتیکه در سالمندی شایعترین علت صرع، علت های عروقی (سکته مغزی)، تومورها و سپس بیماریهای تحلیل برنده مغزی هستند.

علتهای تشدید تشنج در افراد مبتلا به صرع:

- عدم رعایت بهداشت خواب (کم خوابی، بی خوابی، پر خوابی)
- عدم رعایت بهداشت تغذیه (گرسنگی، کم خوری، پر خوری)
- عدم رعایت بهداشت خواب (کم خوابی، بی خوابی، پر خوابی)
- عدم رعایت بهداشت روانی (استرس، خشم، هیجان)
- عدم رعایت بهداشت جسمی (خستگی مفرط، کم آبی، بیماری ها مانند تب، سرما خوردگی و ...)
- استفاده از مواد مخدر یا محرک

درمان صرع

همان طور که از علت های صرع بر می آید، در علت های زمینه ای صرع، در صد قابل توجهی از موارد صرع را می توان درمان کرد یا نیاز به داروهای ضد صرع را کم نمود. ولی در کل می توان گفت که درمان اصلی صرع (مخصوصاً در انواع ایدیوپاتیک) درمان داروئی است. انواع زیادی از داروهای ضد صرع (نسل قدیم و جدید) وجود دارند و بر حسب نوع حمله های صرع، سن، جنس، معاینه بالینی و پاراکلینیک، هزینه دارو و شرایط خاص فردی، پزشک نوع داروی مناسب برای فرد را انتخاب و تجویز می کند.

طول مدت درمان حداقل ۲ الی ۵ سال می باشد. نوع و علت صرع، معاینه بالینی و یافته های پاراکلینیک، تعیین کننده مدت زمان درمان است و گاهی سالیان سال و حتی تا آخر عمر نیاز به دارو درمانی وجود دارد. در ۲۵ الی ۳۰ درصد موارد، صرع، مقاوم به درمان دارویی است که در این موارد رو شهای غیر دارویی شامل جراحی و ... بکار گرفته میشود.

نحوه برخورد با بیمار حین حمله :

وقتی با بیمار حین حمله تشنج مواجه می شوید، چهار نکته اصلی ذیل را بخاطر بسپارید:

- ☐ خونسردی خود را حفظ و زمان تشنج را اندازه گیری و از شلوغ شدن اطراف بیمار نیز جلوگیری کنید.
- ☐ بهتر است بیمار در حین تشنج به پهلو یا چپ خوابانیده شود و زیر سر وی متکا یا چیزی نرم قرار گیرد.
- ☐ تمام وسایل خطرناک مانند میز و صندلی را از اطراف وی دور و یقه و کراوات او را شل کنید. هیچ چیزی حتی هر نوع دارویی را به بیمار نخورانید.
- ☐ سعی در متوقف کردن تشنج نداشته باشید و تا زمان اتمام تشنج در کنار فرد بمانید.
- ☐ اگر تشنج بیشتر از پنج دقیقه طول کشید با اورژانس تماس بگیرید وقتی فرد هوشیاری خود را به دست آورد به وی اطمینان خاطر دهید.

« داروهای شایع در بیماران مبتلا به تشنج و صرع »

نام دارو	شکل دارو	نحوه اثر دارو	زمان مصرف دارو	نکات خاص هنگام مصرف دارو
فنی توئین	کپسول ۱۰۰ و ۵۰ میلی گرمی	درمان تشنج		* تهوع و استفراغ شدید ، خواب آلودگی ، لرزش هنگام قدم زدن ، تورم غدد لنفاوی ، خونریزی از لثه ، زردی چشم و پوست ، درد مفاصل ، تب و گلو درد ، خونمردگی غیر معمول و سردرد مقاوم به درمان را اطلاع دهید. * رعایت بهداشت دهان و دندان. * بین مصرف این دارو با شربت های آنتی اسید دو تا سه ساعت فاصله باشد. * مصرف دارو باعث قرمز شدن رنگ ادرار می شود که موردی ندارد. * این دارو اثر دیگوکسین و داروهای ضد بارداری خوراکی را کاهش می دهد. * مصرف همزمان با وارفارین اثر فنی توئین را کاهش می دهد. * این دارو می تواند باعث سرگیجه و خواب آلودگی شود بنابراین تا مشخص شدن اثر دارو از رانندگی و کارهای که نیاز به هوشیاری کامل دارند خودداری نمایید. * در صورت عدم قدرت بلع دارو را می توان خرد کرده و با یک لیوان آب میل کنید قبل از آن نیز یک لیوان آب بخورید.

* مصرف طولانی مدت دارو آزمایشات عملکرد کبد و سطح ویتامین D ، اسیدفولیک و آزمایش CBC (گلبولهای قرمز و سفید خون) انجام شود. * در صورت بارداری و قصد بارداری به پزشک معالج خود اطلاع دهد. * در بیماری های شدید ریه منع مصرف دارد. * در صورتی که قادر به بلعیدن نیستید دارو را خرد کرده با غذا و مایعات بخورید.		ضد تشنج و آرامبخش	قرص ۶۰ و ۱۰۰ میلی گرمی	فئوباریتال
* در صورت بروز تب ، گلو درد ، خونریزی ، درد شکم ، زردی پوست ، به پزشک مراجعه نمایند. * در زمان مصرف کاربامازپین از داروهای هورمونی استفاده نکنید.		ضد تشنج	قرص ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی گرم	کاربامازپین (نگرتول)
* مصرف همزمان با داروهای رقیق کننده خون (آسپرین وارفارین) و داروهای دیکلوفناک ، ایندومتاسین ، ژلوفن ، خطر خونریزی افزایش می یابد. * در هنگام مصرف دارو به صورت دوره ای آزمایش کبد و پلاکت خون انجام شود. * از جویدن قرص اجتناب کرده قرص را بایک لیوان آب بلع نماید. * تهوع و استفراغ شدید ، تب ، گلودرد ، خونریزی و خون مردگی غیر معمول ، حاملگی ، زردی رنگ پوست و چشم به پزشک معالج اطلاع دهد.	با غذا میل شود	ضد تشنج	قرص ۲۰۰ میلی گرمی قرص ۵۰۰	والپرات سدیم (دپاکین)
* دارو را مطابق تجویز پزشک مصرف نمایند فراموش و کم و زیاد نگردد. * به دلیل بروز خواب آلودگی ، سرگیجه و منگی ، از رانندگی و کار با ماشین آلات که نیاز به هوشیاری دارند باید خودداری شود. * عدم تمرکز ، فراموش کاری ، حرکات غیرطبیعی چشم ها را به پزشک اطلاع دهید. * در حاملگی ، شیردهی ، نارسائی کبد و کلیه استفاده نشود. * در صورت بروز تاول و تب ، چشم های قرمز و زخم هایی در دهان ، بینی با گلو را سریعاً به پزشک مراجعه نمایید.	با غذا مصرف کنید	درمان کمکی در تشنج درمان اضطراب	قرص ۱۰ میلی گرمی	کلوبازام

« داروهای شایع در بیماران مبتلا به تشنج و صرع »

نام دارو	شکل دارو	نحوه اثر دارو	زمان مصرف دارو	نکات خاص هنگام مصرف دارو
لووتیراستام	قرص ۵۰۰ میلی گرم	درمان صرع و تشنج	قبل و یا بعد از غذا می توان مصرف کرد	* در صورت بروز علائم آنفلونزا ، گلودرد ، آبریزش و گرفتگی دارید بینی ، تغییرات شدید خلق و خو احساس لرزش و خستگی شدید خشکی و التهاب چشم و لکه های قرمز پوستی حتما به پزشک معالج مراجعه نمائید. * در صورت بارداری و یا قصد بارداری به پزشک معالج خود اطلاع دهید. * غذای پرچرب و پر ادویه پرهیز نمائید. * از رانندگی یا کارهایی که نیاز به هوشیاری کامل دارند پرهیز نمائید. * در نارسایی کبد و کلیه با احتیاط مصرف شود.
لاموتریژین	قرص ۲۵ - ۵۰ میلی گرم و شربت خوراکی	داروی تشنج	با غذا می توان مصرف کرد	* در صورت عدم کنترل تشنج یا تشدید آن ، عدم تعادل ، تاری دید و دوربینی ، تب و علائم ؟؟؟؟؟ آنفلونزا و لکه های پوستی سریعاً به پزشک مراجعه نمائید. * زیاد در معرض نور خورشید قرار نگیرد و یا از مواد حفاظت کننده استفاده نماید. * از مصرف همزمان اسید فولیک ، استامینوفن و سایر داروهای ضد تشنج با آن اجتناب نماید. * در اوایل درمان با لاموتریژین از انجام فعالیت هایی که به هوشیاری کامل نیاز دارند اجتناب کنید. * در صورت بارداری و یا قصد بارداری با پزشک معالج مراجعه نمائید. از روش های مطمئن به غیر از قرص های ضد بارداری برای پیشگیری استفاده نمایید

فلبامات	قرص ۴۰۰ میلی گرم	ضد تشنج	* در درمان صرع شدید که به داروهای دیگر جواب نداده ، استفاده می شود. * آزمایشات دوره ای خون که توسط پزشک تجویز می شود باید بصورت مرتب انجام شود. * در صورت بروز علائمی مانند خستگی منوط ، ادرار تیره ، مدفوع روشن ، زردی پوست یا چشم و همچنین در صورت مشاهده مدفوع سیاه عدم کنترل ادرار ، تب ، زخم دهان و گلو ، کبودی بی جهت و سرفه دائمی و افسردگی ، ادرار دردناک * در حین مصرف این دارو یا حتی چند ماه پس از قطع مصرف ، سریعاً به پزشک مراجعه نمایید.
اتوسوکسیماید	قرص و کپسول ۲۵۰ میلی گرم و شربت ۲۵۰ میلی گرم کوچک تاثیر بهتر دارد	داروی ضد تشنج (بخصوص صرع)	* در بیماران مبتلا به لوپوس ، مشکلات کبدی و کلیوی و افسردگی با احتیاط مصرف شود. * در طول درمان با این دارو از انجام فعالیت هایی که نیاز به هوشیاری کامل دارد اجتناب نمایید. * این دارو ممکن است رنگ ادرار را صورتی یا قهوه ای کند که موردی ندارد. * در صورت بروز تغییرات خلقی، رفتاری، اضطراب و بی قراری به پزشک مراجعه نمایید. * دارو را به طور ناگهانی و خودسرانه قطع نکنید. * در صورت بارداری و یا قصد بارداری به پزشک مراجعه نمایید. * آزمایشات دوره ای خون که توسط پزشک تجویز می شود باید بصورت مرتب انجام شود.

نکاتی کلی که باید در هنگام مصرف داروهای ضد تشنج به آن توجه کرد:

۱- هدف از درمان دارویی ، قطع یا به حداقل رسانیدن تعداد حملات تشنج می باشد.

۲- انتخاب دارو بستگی به عوامل مختلفی از جمله :

- سن بیمار
- نوع تشنج
- تداخل دارویی
- سهولت مصرف دارو

➤ عوارض داروئی دارد.

۳- اگر پزشک داروهای ضد صرع را تجویز می کند بیمار باید بداند که طول دوره درمان طولانی مدت خواهد بود. در اغلب موارد در صورتیکه بیمار به مدت چند سال تشنجی نداشته باشد پزشک تصمیم به کاهش تدریجی و نهایتاً قطع دارو می گیرد ..

۴- از قطع خودسرانه دارو تحت هر شرایطی پرهیزید چون خود باعث بروز حملات تشنج می شود.

۵- مصرف صحیح دارو با در نظر گرفتن تمام عوارض آن ضروری و اساسی است و قطع خودسرانه آن می تواند عواقب جبران ناپذیری داشته باشد حتماً اگر دچار عوارض داروئی شدید طبق نظر پزشک دارو را تغییر دهید. در صورت بروز عوارض پوستی به طور اورژانسی با پزشکتان تماس بگیرید.

۶- در صورت بارداری و یا قصد بارداری حتماً به پزشک معالج مراجعه نمائید.

➤ در صورت بروز اسهال و استفراغ که باعث شود دارو جذب بدن نشود باید به پزشک معالج خود اطلاع دهید.

➤ آموزش به بیمار مبتلا به صرع و تشنج در زمان ترخیص :

- برای پیشگیری از تشنج : خواب و استراحت کافی و منظم داشته باشید ، از استرس خود داری کنید ، با بروز اولین علائم تب از داروی پایین آورنده تب استفاده کنید و به پزشک مراجعه نمایید .
- با آب داغ حمام نکنید و در حمام را از داخل قفل نکنید و در داخل حمام بنشینید
- برای تزئین فضا از دکوراسیون های شکستنی مانند دکورهای شیشه ای، آینه ای و آویز استفاده نکنید
- از ورزش های خطرناک پرهیزید مثل شنا ، ژیمناستیک ، کوهنوردی ، دوچرخه سواری ، قایقرانی ، سوارکاری اگر تمایل به انجام چنین ورزش هایی دارید ، حتماً با فرد دیگری که می داند شما مبتلا به تشنج هستید باشد .
- از انجام ورزش هایی که در ارتفاع یا با فاصله از زمین انجام میشود و یا فعالیت های رزمی که امکان ضربه به سر وجود دارد پرهیز کنید.
- شنا در استخر تنها در مواردی که صرع کنترل شده باشد ، الزاماً تحت نظر نجات غریق مجاز است.
- شنا در دریا حتی در موارد صرع کنترل شده ممنوع است
- از عواملی که میتوانند آغازگر تشنج در شما شوند پرهیز کنید مانند نوشیدنی های الکلی ، استرس ، نور های درخشان و چشمک زن ، کافئین ، کم خوابی ، خستگی ، بیماری های تب زا مانند سرماخوردگی و مصرف ترامادل
- در برخی افراد حساس به نور ، نور های چشمک زن ، دیدن پرتو های نور از لای شاخه های درخت ، تماشای برفک تلویزیون و ... از عوامل آغاز گر تشنج هستند *از تماشای طولانی مدت تلویزیون و صفحه کامپیوتر پرهیز کنند

- نزدیک تلویزیون ننشینند
- هنگام تماشای تلویزیون از یک چراغ روشنایی سقفی استفاده کنید

علائم هشدار چیست ؟

- در برخی افراد با ایجاد علامتی خاص متوجه میشوند که تا چند لحظه دیگر تشنج خواهند کرد مانند احساس دلشوره ، دیدن هاله رنگی یا حس بوی خاص این علائم اورا یا هشدار نام دارند و شما با دیدن این علائم باید بلافاصله خود را به یک مکان امن رسانده و در حالت دراز کش قرار گیرید تا تشنج تمام شود
- در صورت بارداری و یا قصد بارداری حتما به پزشک معالج مراجعه نمائید.

نحوه برخورد با بیمار در حال تشنج:

- خونسردی خود را حفظ و زمان تشنج را اندازه گیری و از شلوغ شدن اطراف بیمار نیز جلوگیری کنید.
- بهتر است بیمار در حین تشنج به پهلو چپ خوابانیده شود و زیر سر وی متکا یا چیزی نرم قرار گیرد.
- تمام وسایل خطرناک مانند میز و صندلی را از اطراف وی دور و یقه و لباس بیمار را آزاد کنید. هیچ چیزی حتی هر نوع دارویی را به بیمار نخورانید
- سعی در متوقف کردن تشنج نداشته باشید و تا زمان اتمام تشنج در کنار فرد بمانید.
- وقتی فرد هوشیاری خود را به دست آورد به وی اطمینان خاطر دهید

رژیم غذایی :

- رژیم غذایی سالم و منظم داشته باشید و وعده های غذایی را مرتب و به موقع مصرف کنید
- مراقب باشید گرسنگی و افت قند خون از عوامل آغازگر تشنج میباشند

علائم هشدار دهنده جهت مراجعه فوری:

- حین حمله تشنج ضربه به سر وارد شود
- تشنجی که بیشتر از پنج دقیقه طول بکشد
- استفراغ های مکرر داشته باشد و هوشیاری بیمار به حالت عادی بازنگردد
- اگر حین شنا دچار حمله شده باشد و احتمالا مقدار زیادی آب بلعیده باشد
- به اشتباه وعده های دارو را کمتر یا زیاد تر استفاده کرده باشد
- در صورت بروز عوارض پوستی
- صرع مداوم و پایدار یعنی بدون اینکه بیمار هوشیار شود مجدد تشنج



آنژین صدری

- آنژین صدری چیست؟

آنژین صدری نا پایدار (UA) یک سندرم بالینی است که با حملات درد یا فشار بر قسمت قدامی قفسه سینه شروع می شود. علت آن جریان خون ناکافی به میوکارد می باشد. دارای ویژگی های زیر است.

- دراستراحت یا با فعالیت مختصر ایجاد می شود و معمولاً بیش از ۱۰ دقیقه طول می کشد.
- علائم شدید است و در طی ۴ تا ۶ هفته اخیر ایجاد شده است.
- دارای الگوی افزایش یابنده است و علائم بیمار نسبت به گذشته شدیدتر یا طولانی تر شده یا به دفعات بیشتری روی می دهد.

➤ تقسیم بندی آنژین صدری ناپایدار از نظر کلینیکی:

از نظر کلینیکی آنژین ناپایدار را به سه مرحله یا Stage تقسیم می کنند:

Stage1: بیمار دچار درد قفسه سینه فعالیتی است. بطوریکه با حداقل فعالیت درد ظاهر می گردد.

Stage2: درد قفسه سینه در حالت استراحت نیز رخ می دهد ولی بیمار در ۴۸ ساعت اخیر درد نداشته است.

Stage3: درد قفسه سینه در حالت استراحت نیز رخ می دهد ولی بیمار در ۴۸ ساعت گذشته دچار درد شده است.

➤ تقسیم بندی آنژین صدری ناپایدار از نظر مکانیزم:

Class A: اختلال بیمار اولیه است (Primary) یعنی کاهش عرضه خون یا Supply به دلیل تنگی قطر رگ باعث ایجاد آن شده است.

Class B: اختلال بیمار ثانویه است (Secondary) یعنی به هر علتی میزان تقاضای اکسیژن میوکارد یا Demand افزایش پیدا کرده است.

Class C: عبارت از آنژین بعد از MI است. بیمارانی که طی دو هفته گذشته دچار انفارکتوس میوکارد شده اند. اگر دوباره دچار درد شوند در این گروه قرار می گیرند. دارای پیش آگهی بدی است.

- در بیماران دارای تشخیص بالینی و الکتروکاردیوگرافیک UA اگر میزان بیو مارکرها قلبی مانند تروپونین افزایش یابد تشخیص NSTEMI مطرح می شود.

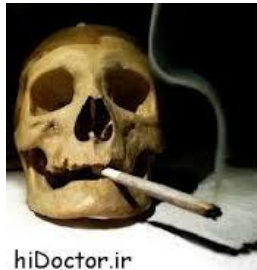
علت آنژین صدری چیست؟

- تنگ شدن شریانهای قلبی (کرونری) در اثر رسوب چربی و سایر مواد در دیواره آنها (تصلب شرایین)
- نامنظم بودن ضربان قلب و آریتمی های قلبی
- کم خونی
- بیماری شریانهای کرونر، فشردگی (تنگ شدن = انقباض) و یا اسپاسم شریانهای کرونر که به نوبه خود باعث کاهش خونرسانی به قلب می شود.



➤ عوامل افزایش دهنده خطر ابتلا به آنژین صدری چیست؟

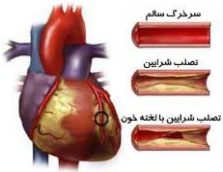
- فشارخون بالا
- چربی خون بالا (کلسترول بالا)
- مرض قند (دیابت)
- نداشتن تحرک و ورزش منظم
- مصرف سیگار
- چاقی
- خوردن زیاده از حد نمک و چربی
- مردان بالای ۶۰ سال
- یائسگی در زنان



hiDoctor.ir

- وعده های سنگین غذا (انحراف خون به سمت معده و نرسیدن خون کافی به قلب)
- قرار گرفتن در معرض سرما (موجب انقباض عروقی و افزایش فشار خون شده و نیاز میوکارد را به اکسیژن زیاد کند).
- خوردن غذای سنگین که موجب افزایش جریان خون عروق مزانتریک برای هضم غذا و کاهش عرضه جریان خون مورد نیاز برای عضله قلب میگردد.
- استرس یا هر حالت هیجانی که موجب رها سازی کاته کولامین ها و افزایش فشار خون میگرددو به افزایش ضربان قلب و افزایش حجم کار قلب نیز منجر خواهد شد.

❖ تظاهرات بالینی:



شرح حال و معاینه فیزیکی :علامت اصلی UA/NSTEMI درد قفسه سینه(CHEST PAIN) است.

این درد معمولا در ناحیه پشت استرنوم و گاهی در ناحیه اپی گاستر است و به گردن، شانه چپ و یا بازوی چپ انتشار می یابد. گاهی بیمار به جای درد با علائم دیگری مانند تنگی نفس، یا ناراحتی اپی گاستر مراجعه می کند و دردی از احساس سوهاضمه تا خفگی شدید یا احساس فشار قفسه سینه تا مرگ قریب الوقوع را تجربه میکند.درد معمولا در عمق قفسه سینه و در عقب یا قسمت میانی استخوان جناغ احساس میشود..

و با احساس ضعف و بی حسی بازوها ،مج ها و دست ها همراه است .ممکن است تعریق ،استفراغ و اضطراب همراه درد وجود داشته باشد .از خصوصیات مهم ان برطرف شدن درد با استراحت و مصرف نیترو گلیسیرین میباشد.



در بیماران دیابتی ممکن است درد شدید انژین وجود نداشته باشند زیرا نوروپاتی های همراه دیابت بر گیرنده های عصبی تاثیر و موجب کاهش حس درد می شود. علائم در زنان متفاوت تر از مردان است. در زنان انتشار درد بیشتر می باشد.

در سالمندان به دلیل کاهش پاسخ نروترانسمیترها ی ایجاد شده در فرایند انژین درد تیپیک را نشان نمیدهند. و در برخی مواقع فاقد علائم و ساکت می باشد. و تشخیص بالینی آن دشوار است .

تظاهرات در الکتروکاردیوگرافی:

تغییرات الکتروکاردیوگرافیک ایسکیمیک عبارتند از:

۱. تغییرات موج T

۲. تغییرات قطعه ST

تغییرات قطعه ST به دو شکل دیده می شود: ۱. ST depression ۲. ST elevation

تغییرات موج T حساسیت (Sensitivity) بیشتری برای ایسکیمی میوکارد دارد ولی تغییرات قطعه ی ST ویژگی (Specificity) بیشتری دارد.

نکته: موج T جدید که معکوس و عمیق (≥ 0.3 mv) باشد ویژگی زیادی برای ایسکیمی میوکارد دارد.

افزایش بیومارکر های قلبی در بیمار دچار Unstable Angina که فاقد ST elevation است مطرح کننده NSTEMI است.

نکته: بیومارکر های قلبی موجب افتراق UA و NSTEMI می شوند.

تروپونین (Troponin)

اختصاصی ترین بیومارکر قلبی است و CK-MB اختصاصی تر از CK است. احتمال بروز انفارکتوس میوکارد راجعه و مرگ در صورت افزایش بیومارکر های قلبی (NSTEMI) بیشتر است.

میزان افزایش تروپونین با مرگ و میر ارتباط مستقیمی دارد.

گاهی افزایش مختصر تروپونین ناشی از علل زیر است:

✓ CHF ✓ میوکاردیت ✓ آمبولی ریوی

ارزیابی تشخیصی :

روش های تشخیصی UA/NSTEMI عبارتند از:

✓ شرح حال بالینی ✓ ECG ✓ مارکر های قلبی ✓ Stress test ✓

بیماران را بر اساس شرح حال بالینی، یافته های الکتروکاردیوگرافیک و بررسی مارکرهای قلبی از نظر احتمال بیماری شریان کرونری به سه گروه زیر تقسیم می کنند:

✓ احتمال زیاد (High likely hood)

✓ احتمال متوسط (Inter mediate Likely hood)

✓ احتمال کم (Low likely hood)

موارد زیر مطرح کننده ی احتمال زیاد بیماری شریان کرونری است:

✓ سابقه آنژین پایدار

✓ CAD اثبات شده با آنژیوگرافی

✓ سابقه انفارکتوس میوکارد

✓ CHF

✓ تغییرات جدید ECG

✓ افزایش بیومارکرهای قلبی

موارد زیر مطرح کننده احتمال متوسط شریان کرونری است:

✓ سن بیش از ۷۰ سال

✓ مردان

✓ بیماران دیابتی

✓ بیماری عروق محیطی یا سربوواسکولار

✓ تغییرات قلبی ECG

سایر موارد احتمال کم (Low likely hood) در نظر گرفته می شود.

بیماران دارای احتمال متوسط یا زیاد بیماری شریان کرونری بررسی بیشتری شده و تحت درمان قرار می گیرند. بیماران دارای احتمال کم در بخش اورژانس تحت نظر گرفته می شود و الکتروکاردیوگرافی و بیومارکرهای قلبی ۴-۶ ساعت بعد و سپس ۱۲ ساعت پس از مراجعه بیمار بررسی می شود.

اگر در طی این مدت تغییرات ECG یا افزایش بیومارکرهای قلبی مشاهده شود بیمار بستری می گردد. در غیر اینصورت به طور سرپایی Stress test انجام می شود.

درمان :

از نظر درمانی آنژین ناپایدار را به سه گروه تقسیم می کنند:

Class1: بیمار در بدو ورود یا اصلا نیاز به درمان ندارد (درد ساکت شده است) و یا با استفاده از TNG زیرزبانی درد آرام شده است. این افراد نیازی به انفوزیون TNG ندارند.

Class2: بیمار هنگام مراجعه دچار درد قفسه سینه است که با TNG زیر زبانی آرام نمی شود و یا اگر آرام شد، بعد از یک ربع مجددا شروع می گردد. نیاز به درمان با TNG وریدی وجود دارد.

Class3: درد بیمار با انفوزیون TNG و مورفین آرام نمی شود و نیاز به تجویز استرپتوکیناز است و خیم ترین نوع آنژین ناپایدار، نوع کلاس 3 است.

در بیماران دچار UA/NSTEMI اقدامات زیر توصیه می شود.

*استراحت در بستر (Bed rest)

*مونیتورینگ الکتروکاردیوگرافیک

*درمان دارویی

*Coronary revascularization

اگر در طی ۱۲ تا ۲۴ ساعت، ناراحتی قلبی، تغییرات الکتروکاردیوگرافیک و افزایش بیومارکرهای قلبی ایجاد نشود، بیمار می تواند راه برود.

درمان ضد اسکیمی

جهت درمان اسکیمی از داروهای زیر استفاده می شود:

۳-بلوک کننده کانال کلسیم

۲-تبابلاکرها

۱-نیتрат ها

نیترات ها: به عنوان درمان اصلی و اساسی برای بیماران آنژین شناخته شده است

نیترات برای کاهش مصرف اکسیژن میوکارد و در نهایت تقلیل ایسکمی و تسکین درد تجویز میشود.

به طور اولیه وریدها با میزان مصرف بالا شریان ها را نیز متسع میکند. در نتیجه خون کمتری به قلب بر میگردد و پره لود کاهش میابد. نیترات ها با میزان مصرف بالا نیز بستر ارتریول های سیستمیک را شل نموده و فشار خون شریانی را پایین می آورد.

-نیترات ها در ابتدا به شکل زیر زبانی (Sublingual pearl) یا اسپری بوکال (Buccal spray) تجویز می شود.

در صورت عدم کنترل درد این درمان در فواصل ۵ دقیقه ۲ بار تکرار می شود.

اگر با وجود تجویز ۳ دوز نیتروگلیسرین زیر زبانی یا بوکال درد ادامه یابد، نیتروگلیسرین وریدی هر ۳ تا ۵ دقیقه به میزان ۱۰ Mic/Min اجرا می گردد تا کنترل درد و به شرط فشار خون سیستولی بیش از ۹۰-۱۰۰ میلی متر جیوه افزایش می یابد.

یادآور: جهت انفوزیون وریدی نیتروگلیسرین در آنژین ناپایدار ۵ mg نیتروگلیسرین به ۱۰۰ سی سی دکستروز اضافه شده و با سرعت ۶ قطره در دقیقه شروع می شود و سپس هر ۵ min تا کنترل درد ۵ قطره در دقیقه افزوده می شود.

اگر بیمار به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت درد نداشته باشد انفوزیون وریدی نیتروگلیسرین قطع شده و بیمار تحت درمان پروفیلاکتیک با نیترات خوراکی یا ترانس درمانال می شود.

تجویز ترانس درمانال نیترات ها با دو شکل دارویی انجام می شود: پماد نیتروگلیسرین و Transdermal patch

نکته: جهت برطرف کردن آنژین حاد از شکل زیرزبانی ، بوکال یا انفوزیون وریدی نیترات استفاده می شود و شکل خوراکی یا ترانس درمانال نیترات تنها جهت درمان پروفیلاسیک به کار می رود.

کنتراندیکاسیون مطلق تجویز نیترات ها عبارتند از:

-هیپوتانسیون -مصرف همزمان مهار کننده های فسفودی استراز

اگر بیمار در طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت گذشته داروی مهار کننده ی فسفودی تراز ۵ مصرف کرده باشد تجویز نیترات ممنوع است .

مهارکننده های فسفودی اتراز ۵ در درمان ناتوانی جنسی (Ixpotence) به کار می روند و عبارتند از :

Verdenafil

Tadalafil

Sildenafil

طول اثر Tadalafil طولانی تر از دو داروی دیگر است و تا ۴۸ ساعت پس از مصرف این دارو تجویز نیترات ممنوع است . در مورد دو داروی دیگر تا ۲۴ ساعت پس از مصرف آنها تجویز نیترات ممنوع است.

نیترات موجب افزایش تولید CGMP می شوند و مهارکننده ای آنزیم فسفودی اتراز ۵ تجزیه ی CGMP را مهار می کنند. بنابراین در مصرف همزمان این داروها هیپوتانسیون شدید روی می دهد.

بتابلاکرها:

با ایجاد وقفه در تحریک گیرنده های بتا ادرنرژیک سیستم سمپاتیک قلب، میزان مصرف اکسیژن میوکارد را کاهش میدهند. موجب کاهش سرعت ضربان قلب، کاهش فشار خون و قدرت انقباضی میوکارد می گردد. موجب کاهش درد قفسه سینه و تاخیر در بروز ایسکمی در طی فعالیت ورزشی و یا کار میشود. عوارض جانبی آنها شامل کاهش فشار خون، برادی کاردی، بلوک شاخه دهلیزی-بطنی و تشدید نارسایی احتقانی قلب است.

قطع ناگهانی آن سبب تشدید درد انژین و بروز انفارکتوس میوکارد میشود.

از عوارض غیر شایع آن خستگی، کاهش میل جنسی و مخفی کردن علائم هیپو گلیسمی است.

در بیماران مبتلا به اسم و انسداد مزمن ریه به دلیل تحریک گیرنده های بتا ادرنرژیک و تنگی برونش ها منع مصرف دارد.

گاهی بتابلاکرها به شکل وریدی تجویز می شوند. در تجویز وریدی بتابلاکرها در مبتلایان به نارسایی قلبی حاد باید احتیاط شود، زیرا احتمال بروز شوک کاردیوژنیک را افزایش می دهد.

بلوک کننده های کانال کلسیم:

قدرت خودکاری گره سینوسی -دهلیزی و هدایت گره دهلیزی-بطنی را کاهش میدهد در نتیجه باعث اهنسته تر شدن سرعت ضربان قلب و کاهش کشیدگی عضله قلب هنگام انقباض می گردد. باعث کاهش فشار خون از طریق شل شدگی دیواره عروق میشود. و باعث افزایش پرفیوژن سرخرگ کرونر میشود.

دارو های ضد پلاکت و ضد انعقاد:

آسپرین: از فعالیت پلاکتی جلوگیری و میزان مرگ و میر را کاهش میدهد.

در مواردی که بیمار آسپرین مصرف نمی کرده، نخستین دوز آسپرین ۳۲۵ mg است. در ادامه باید روزانه ۸۰ تا ۱۶۰ mg آسپرین دریافت کند.

Thieno piridines: (تئینو پیریدین)

این دارو ها به صورت برگشت ناپذیر گیرنده ی ADP را بلوک می کنند و شامل داروهای زیر هستند:

* Clopidogrel (کلوپیدوگرویل)

* Prasugrel (پراسوگرویل)

در مبتلایان به UA/NSTEMI ترکیب آسپرین و کلوپیدوگرویل نسبت به آسپرین به تنهایی موجب کاهش بیشتری در مرگ و میر قلبی عروقی، MI و سکتة مغزی می شود.

ادامه مصرف ترکیب آسپرین و کلوپیدوگرل تا یک سال توصیه می شود. پس از آن بیمار تنها آسپرین مصرف می کند
Prasugrel در مقایسه با کلوپیدوگرل در بیمارانی که به دلیل UA/NSTEMI تحت PCI قرار گرفته اند موجب
کاهش بیشتری در میزان مرگ و میر قلبی و عروقی MI و سکتة مغزی شده است.

داروهای ضد انعقاد

هپارین شکسته نشده (UFH) از تشکیل لخته جلوگیری میکند. هپارین را به تنهایی برای درمان انژین با هدف کاهش
احتمال mi استفاده می کنند. در صورت علائم و نشانه های دال بر خطر واقعه مهم قلبی، بیمار بستری ابتدا به صورت
دوز بولوس و سپس انفوزیون وریدی تجویز می شود و دوز آن بر اساس PTT تنظیم می شود.

هپارین با وزن مولکولی کم (LMWH) موجب افزایش فعالیت مهاري آنتی ترومبین III بر روی فاکتور X می شود.

هپارین با وزن مولکولی کم (LMWH) عبارتند از:

-Enoxaparin -Dalteparin

استاتین:

دوز بالای استاتین ها موجب تثبیت پلاک آترواسکروز می شود و تجویز آن عوارض PCI را کاهش می دهد. توصیه می
شود هنگام بستری مبتلایان به UA/NSTEMI آترواستاتین با دوز 80MG تجویز شود.

Coronary revascularization

انجام زودرس Coronary revascularization در بیماران پر خطر مبتلا به UA/NSTEMI سودمند است. در این
بیماران پس از شروع درمان دارویی در طی ۴۸ ساعت پس از بستری به بیمار تحت آنژیوگرافی قرار می گیرد و سپس
بر اساس یافته های آنژیوگرافی از یکی از دو روش PCI یا CABG جهت revascularization استفاده می شود.

افراد پر خطر عبارتند از:

-افزایش تروپونین -برون ده قلبی کمتر از ۴۰ درصد - هیپوتانسیون

Sustained VT ✓

CABG سابقه ی ✓

سابقه PCI در طی ۶ ماه گذشته ✓

✓ آنژین یا اسکیمی مراجعه همراه با علایم CHF رال یا سوفل نارسایی میترا

✓ آنژین مکرر در هنگام استراحت یا با فعالیت مختصر با وجود درمان دارویی

New ST elevation ✓

در سایر بیماران نیز اگر Stress test مثبت باشد، آنژیوگرافی کرونری توصیه می شود.

درمان طولانی مدت

در درمان طولانی مدت بیماران دچار UA/NSTEMI اقدامات زیر توصیه می شود:

- ✓ برطرف کردن ریسک فاکتورهای آترواسکروز
- ✓ تجویز داروهای تثبیت کننده پلاک آترواسکروزی
- ✓ تجویز داروی ضد پلاکت
- برطرف کردن ریسک فاکتورها

جهت برطرف کردن ریسک فاکتورهای آترواسکروز اقدامات زیر توصیه می شود:

- ✓ قطع سیگار
- ✓ رسیدن به وزن مناسب
- ✓ ورزش روزانه
- ✓ رژیم غذایی مناسب
- ✓ کنترل فشارخون
- ✓ کنترل هیپرگلیسمی در بیماران دیابتی
- ✓ درمان دیس لیپیدمی



آموزش زمان ترخیص در مددجوی مبتلا به آنژین صدری

فعالیت روزانه منظم داشته باشید و تا حدی باشد که موجب درد در قفسه سینه، تنگی نفس و خستگی شما نشود
*از ورزشهای سنگین و ناگهانی بپرهیزید.

*تا حد امکان فعالیت هایتان را سبک کنید مثلاً به جای پله از آسانسور استفاده نمایید

*ما بین فعالیت های خود دوره های استراحت بگنجانید.*از ورزش کردن بعد از غذا، در هنگام آشفتگی و اضطراب و روزهای مه آلود، بسیار گرم و به خصوص در هوای سرد خودداری کنید.

* حتماً در زمستان لباس گرم بپوشید با شال گردن روی دهان و بینی تان را بپوشانید. در مقابل باد حرکت نکنید در هوای سرد آهسته حرکت کنید و زودتر خود را به منزل برسانید.

حمام کردن :

زمان حمام کردن کوتاه بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه باشد با آب نیمه گرم و ملایم می توانید حمام کنید.

سایر توصیه ها :

* سیگار نکشید و از افراد سیگاری دوری کنید (نیکوتین سیگار باعث تنگ شدن عروق و تند شدن ضربان قلب و افزایش فشار خون می شود .)

* وزن‌تان را بطور منظم کنترل کنید: اگر اضافه وزن دارید (بخصوص چربی دور شکم زیاد باشد) ریسک مشکلات قلبی در آینده نیز بیشتر خواهد بود پس بهتر است با یک متخصص تغذیه مشورت کنید

* از مصرف خودسرانه داروهایی نظیر (داروی لاغری- قطره های ضداحتقان بینی و غیره) خود داری کنید چون می تواند باعث افزایش ضربان قلب و فشارخون شود.

* استرس نداشته باشید. در انجام کارها عجله نکنید و برای کارهایتان برنامه ریزی داشته باشید.

از عوامل استرس زا دوری کنید (محیط پر سروصدا و شلوغ ، شغل های پر استرس و رانندگی طولانی)

دستورالعمل استفاده از قرص زیرزبانی هنگام درد

* تمام فعالیت هایتان را متوقف کرده، بنشینید و اولین قرص را زیرزبانتان بگذارید و تا قطع کامل درد استراحت مطلق داشته باشید.

* بعد از گذاشتن قرص زیر زبانی صبر کنید تا خوب حل شود و بزاق را کمی نگهدارید بعد آنرا قورت دهید.

* دراز بکشید، سعی کنید ذهنتان آزاد باشد و هیچ استرسی به خود وارد نکنید.

* پنج تا ده دقیقه صبر کنید، اگر دردتان کمتر نشد دومین قرص را استفاده نمایید. چنانچه بعد از ده دقیقه دردتان تسکین نیافت، سومین قرص را زبانتان گذاشته و به نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه نمایید.

* قرص های زیرزبانی تا ۶ ماه قابل استفاده هستند.

• قرصها را در جای خشک و خنک و در شیشه تیره رنگ نگهداری کنید.

• قبل از فعالیت های سنگین و شرکت در موقعیت های هیجانی یک قرص زیر زبانتان بگذارید

مصرف داروها:

دارو شما مخصوص شماسست و هرگز به دوستان و آشنایانی که بیماری مشابه دارند توصیه نکنید. داروها را منظم مصرف کرده خودسرانه آن را قطع نکنید.

رژیم غذایی

- رژیم غذایی (کم نمک ، کم چرب و با فیبر زیاد) را رعایت نمایید. غذاهای نفاخ مصرف نکنید. بعد از صرف غذا مدت کوتاهی استراحت کنید و تا ۲ ساعت فعالیت بدنی نداشته باشید.
- هرگز پر خوری نکنید، می توانید حجم غذا کمتری را در وعده های بیشتر دریافت کنید و میان وعده ها را بین وعده های اصلی بگنجانید.
- از نوشیدن چای پررنگ ، قهوه و شکلات خودداری کنید.
- رژیم پرفیبر (سبزیجات و میوه ها مانند شوید، هویج و سیب...) را در برنامه غذایی تان بگنجانید چون فیبر باعث کاهش زور زدن حین اجابت مزاج و کاهش احتمال یبوست و سایر ناراحتی های روده ای می شود ضمناً سطح چربی های مضر خون (کلسترول و تری گلیسرید) را کم کرده و از شدت حملات آئزین می کاهد
- از روغن مایع بخصوص روغن زیتون و آفتابگردان استفاده کنید .

- در غذای خود از نمک کمتر استفاده نمائید و برای خوش طعم کردن غذا از آب لیمو، آب نارنج و گیاهان معطر (نعنا، مرزه) استفاده کنید.
- از انواع سس ها، ترشی ها، شورى ها (خیارشور و گوجه شور) و پنیر محلی پرهیز کنید.
- مصرف گوشت قرمز دوبار در هفته و استفاده بیشتر از مرغ و ماهی
- بیشتر از ۲ عدد زرده تخم مرغ در هفته مصرف نکنید ولی در مصرف سفیده محدودیتی ندارید

علائم هشداردهنده که در صورت وقوع لازم است سریعاً مراجعه شود:

- * دردها، تعدادش بیش از حد معمول شود بدون فعالیت هم بروز کند ، با استراحت تسکین نیابد ، با داروی زیربانی برطرف نشود ، بیش از ۵ دقیقه طول بکشد
- * تنگی نفس بخصوص هنگام فعالیت
- * سردرد و سرگیجه شدید
- * کاهش یا افزایش شدید فشار خون

سکته قلبی :

دستوالعمل خود مراقبتی سکته قلبی	
نیاز سنجی آموزشی بیماران مبتلا به سکته قلبی	
آموزش ماهیت بیماری (تعریف، علت، علائم، تشخیص، درمان)	آموزش اقدامات در صورت ایجاد درد و اطلاع به پرستار
آموزش مصرف صحیح داروها و زمان صحیح و عوارض آن	آموزش رژیم غذایی (مجاز و غیرمجاز) ملین و پرفیبر
آموزش مراجعات و پیگیری های بعد از ترخیص	آموزش علائم هشدار دهنده جهت مراجعه فوری
آموزش طریقه استفاده از قرص زیر زبانی	آموزش میزان فعالیت (استراحت و ورزش)
آموزش کنترل بیماری های زمینه ای (دیابت و فشار خون) و کنترل وزن	آموزش دوری از استرسها و منع مصرف سیگار و دخانیات
زمان بازگشت به کار، رانندگی و فعالیت جنسی	پیگیری های بعد از ترخیص و چکاپ منظم توسط بیمار

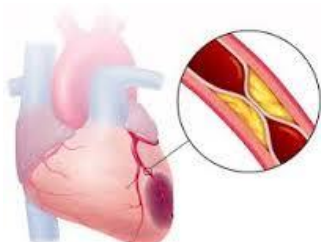
انفارکتوس میوکارد یک موقعیت اورژانسی است که در آن قسمتی از عضله میوکارد به علت قطع یا کاهش جریان خون شریان کرونری به طور دائمی از بین می رود.

سایر علل MI: ۱-اسپاسم شریان کرونری در (۳۰٪ موارد) ۲. کاهش عرضه اکسیژن به میوکارد (به علت خون ریزی حاد، آنمی، کاهش فشار خون، شوک) افزایش تقاضای اکسیژن میوکارد به علت تاکی کاردی، تیروتوکیکوز و مصرف مواد محرک مانند کوکائین می باشد.

پاتوفیزیولوژی:

در انفارکتوس میوکارد ناحیه ای از سلول های میوکارد به صورت دائمی تخریب می گردد که به طور معمول به دلیل پارگی پلاک و تشکیل ترومبوز و متعاقب آن انسداد کامل سرخرگ می گردد. ناحیه انفارکته به تدریج در طول دقایق تا ساعت ها گسترش میابد. بیان زمان منعکس کننده فوریت در درمان مناسب جهت بهبود نتایج بیماری است. اهداف درمان در MI به حداقل رساندن نکروز بافت میوکارد و جلوگیری از بروز عوارض است.

عوامل ایجاد کننده سکته قلبی چیست ؟



- ✚ سابقه خانوادگی
- ✚ سن و جنس (سالمندان ۶۰ سال و بالاتر ، زنان بعد از یائسگی)
- ✚ فشار خون بالا
- ✚ داشتن اضافه وزن و چاقی
- ✚ ابتلا به دیابت (مرض قند)
- ✚ مصرف دخانیات (سیگار ، قلیان ، پیپ و چپق)
- ✚ عدم ورزش و فعالیتهای کافی
- ✚ رژیم غذایی نامناسب ، پرچرب و پر نمک
- ✚ مصرف قرصهای ضد بارداری به مدت ۱۰ سال
- ✚ استرس روحی (خصومت ، خشم ، عصبانیت ، پر خاشگری ، رقابت)

علائم و نشانه ها :

تظاهرات بالینی :

۱- اولین علامت دردهای جلوی سینه ای که در ۸۰ درصد بیماران وجود دارد. این درد شدیدتر از دردهای آنژینی که با مصرف زیرزبانی و استراحت رفع نمی شود، بیش از ۱۵ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد. به دست چپ و راست ، گردن، پشت و حتی فک تحتانی انتشار میابد. شدت این درد زیاد بوده به طوری که این بیماران این درد را شدیدترین درد دوران عمر خود بیان میکنند.

علائم تنگی نفس ، تعریق ، رنگ پریدگی ، تهوع و استفراغ ، ضعف نیز وجود دارد.

۲- تنگی نفس یکی از علائم شایع بخصوص در افراد سالمند و دیابتی می باشد. عرق سرد بر پیشانی ، اندام و کف دست ها ایجاد میشود که به علت ترشح کاتکول آمین ها میباشد که باعث ترشح غدد عرق میشود. تهوع و استفراغ به علت فعال شدن سیستم پاراسمپاتیک میباشد که معمولاً در MI تحتانی و خلفی شایع است.

۳- بیمار مضطرب و بیقرار میباشد، ترس شدید از مرگ و احساس مردن میکند . پوزیشن خود را دائم تغییر میدهد. علامت لووین (قرار دادن دست روی قفسه سینه) علامت اختصاصی MI است.

- ۴- در یک چهارم مبتلایان به انفارکتوس قدامی ممکن است علائم افزایش فعالیت سمپاتیک (مثل تکیکاردی یا افزایش فشار خون) و در بعضی از مبتلایان به انفارکتوس تحتانی افزایش فعالیت پاراسمپاتیک (برادیکاردی یا افت فشارخون) ایجاد شود. ممکن است صداهای اضافی در S3 و S4 در اثر اختلال عملکرد بطنی و سوفل گذاری سیستولی به علت اختلال عملکرد دریچه ای و صدای فریکشن راب برادیکاردی سمع شود.
- ۵- ورید ژوگولار برجسته به همراه طبیعی بودن صداهای ریه احتمال انفارکتوس بطن راست را مطرح میکنند.
- ۶- در هفته های اول ممکن است درجه حرارت بدن به ۳۸ درجه برسد.

انواع انفارکتوس میوکارد بر اساس محل ضایعه:

انواع انفارکتوس میوکارد بر اساس محل ضایعه، دیواره بطن چپ را به چهار ناحیه تقسیم می کنند که شامل: قدامی - تحتانی - طرفی و خلفی واقعی است.

*نام گذاری نواحی انفارکتوس میوکارد بر اساس لید های درگیر

الف: آنتروسیپتال (Anteroseptal) V1, V2, V3 ب: وسط قدامی (MIDE ANTRIOR) V5, V4, V3 ج: قدامی طرفی (ANTRO LATERAL) V5, AVL, D1, V6 د: وسیع قدامی (EXTENSIVE) V1 - V6, AVL	۱- قدامی (Anterior)
D2, D3, Avf	۲- تحتانی (inferion)
D1, Avl	۳- طرفی و بالای قاعده قلب (high lateral)
V1, V2 تغییرات آینه ای به صورت موج R بلند و پهن	۴- خلفی (posterior)
V3R, V4R	۵- بطن راست

توضیح انفارکتوس نوع خلفی حقیقی (TRUE POSETRIA MI):

در این نوع از MI قسمت فوقانی قلب درگیر است. این قسمت روی دیافراگم قرار نگرفته است و تقریباً در خلف قلب قرار گرفته است. بدین جهت به آن انفارکتوس خلفی حقیقی می گویند. چون عملاً هیچ الکترودی از لیدهای ۱۲ گانه مستقیماً روی این ناحیه قرار ندارد. لذا تغییرات MI این ناحیه به طور معکوس (آینه ای) در الکترودی لیدهایی که رو بروی

این ناحیه MI قرار دارند ایجاد می شود محل این انفارکتوس در قلب نزدیک به ستون مهره ها است. پس الکترو لیدهای نزدیک استرنوم (استخوان جناغ) یعنی V1, V2 تغییرات آن را به طور معکوس (آینه ای) نشان می دهند. در این حالت به جای موج Q، موج R بلند و به جای بالا رفتن قطعه ST، پایین رفتن قطعه ST دیده می شود.

باید توجه داشت که زمینه هیپرتروفی بطن راست (RVH) و RBBB امکان تشخیص MI خلفی در EKG میسر نمی باشد. انفارکتوس بطن راست (Right ventricular)

به علت ضخامت کمتر بطن راست تغذیه مستقیم اندوکارد از خون موجود در داخل آن، عروق کولنرال بیشتر شریان کرونر راست کمتر شایع است.

Mi بطن راست معمولا همراه با MI تحتانی می باشد. علائم شایع آن شامل هیپو تانسیون، افزایش JVP، علائم بطن راست می باشد نبض پارادوکس، بلوک شدید گره AV ممکن است دیده شود.

Mi بطن راست سبب ایجاد تغییرات تیپیک MI خصوصا بالا رفتن قطعه ST در لیدهای V3R, V4R می شود. لیدهای V4R به عنوان بهترین لیدهای تشخیص MI بطن راست مطرح می باشد به طوری که بالا رفتن قطعه ST حتی به میزان 1 mm در این لید تشخیص MI بطن راست مطرح میکند.

درمان و مراقبت بیماران مبتلایان انفارکتوس میوکارد:

باید توجه داشت که ۴۸ ساعت اول بعد MI (خصوصا ۲ ساعت اول) بحرانی ترین زمان برای بیمار است. شوک کاردیوژنیک و آریتمی ها (فیبریلاسیون بطنی) شایعترین علت مرگ در این مرحله زمانی است. ۸۰ درصد موارد فیبریلاسیون بطنی در ۱۲ ساعت اول بعد از MI اتفاق می افتد. اهداف درمان به حداقل رساندن آسیب میوکارد و حفظ میوکارد و پیشگیری از بروز عوارض می باشد. از شروع درد تا داروهای ضد ترومبولیتیک ۳۰ دقیقه و یا تا شروع آنژیوپلاستی داخل کرونری داخل پوستی در عرض یک ساعت است.

*گرفتن خط وریدی

*تسکین درد

تسکین درد بر اقدامات دیگر مقدم بوده و در اولویت قرار دارد زیرا ادامه درد نشانه تداوم و پیشرفت MI می باشد. در دبه عنوان عامل استرس تلقی می شود. باعث افزایش ضربان قلب و قدرت انقباضی قلب و افزایش نیاز به میوکارد به اکسیژن و افزایش وسعت MI می باشد.

۱- مرفین:

*بهترین داروی مسکن برای کاهش درد می باشد. سبب گشاد شدن وریدهای محیطی و برادی کاردی و کاهش فشار خون و ضربان قلب می شود.

*به مقدار ۲-۴ میلی گرم رقیق شده حداکثر ۲۰ میلی گرم

*کنتراندیکاسیون: هیپوتانسیون، برادی کاردی، اختلالات جدی تنفسی، MI تحتانی و خلفی بهتر است از مرفین استفاده نشود. در این حالت از پتیدین استفاده میشود.

۲- TNG جهت تسکین درد در مرحله حاد MI استفاده می شود. علاوه بر تسکین درد سبب بهبود وضعیت همودینامیکی بیمار بعد از انفارکتوس میوکارد میشود. TNG داخل وریدی وسعت ناحیه را کاهش میدهد و باعث کاهش میزان مرگ و میر میشود.

*بهترین اثر TNG وقتی حاصل می شود که هرچه سریعتر بعد از MI شروع شود و باید حداقل ۲۴-۴۸ ساعت ادامه یابد.

نکته: باید توجه داشت که شدت درد درپیش آگهی MI اهمیت ندارد اما مدت درد مهم است. درد MI تا زمان تکمیلی فرایند نکره طول می کشد و معمولاً کوتاه و کمتر از ۸-۱۲ ساعت است اگر درد MI بیش از ۲۴ ساعت طول بکشد باید به توسعه یافتن MI، پریکاردیت و آمبولی ریه مشکوک شد.

۳- تجویز اکسیژن:

تاکیکاردی و آریتمی ادامه داشته باشد باید اکسیژن تراپی ادامه داشته باشد زیرا هیپوکسمی عضله قلب می تواند سبب تاکی کاردی سینوسی، VF، VT، PVC شود.

* بیمار چه در داشته باشد چه نداشته باشد در ۲۴ ساعت اول بعد از MI بهتر است ۲-۶ لیتر اکسیژن به طور مداوم بگیرد زیرا باعث کاهش وسعت ناحیه انفارکتوس می شود.

4 - مانیتورینگ:

5- کنترل علائم حیاتی

6- کنترل EKG در شروع بستری روزانه و تا سه روز گرفته میشود.

7- انجام آزمایشات روتین (کنترل قند خون، BUN، کراتینین، کلسترول، ESR، CBC، تری گلیسیرید، SGOT، CPK، LDH)

8- استراحت: یکی از مهمترین راههای بهبود عضله قلب و از مراقبت های اساسی در بیماران MI میباشد. زیرا کار قلب را کاهش میدهد.

روز اول بعد MI باید از هرگونه حرکت بیمار حتی تعویض ملافه خودداری شود. از تماشای تلویزیون و گوش کردن رادیو خودداری کند. وضعیت نیمه نشسته باعث کاهش فشارمحتوای شکم در نتیجه باعث میشود درناژ فوقانی ریه بهتر انجام شود. بازگشت خون وریدی و کاهش کار قلب میشود.

9- رژیم غذایی: ۶-۸ ساعت اول NPO بعد رژیم مایعات در حد تحمل باشد.

رژیم غذایی به صورت نرم تا نیاز به جویدن کمتر شود. کالری غذا کمتر از حد معمول باشد. تغذیه در وعده های متعدد باشد. از خوردن غذاهای خیلی سرد و خیلی گرم خودداری شود. محرک هایی مانند قهوه و ادویه حذف شود. مصرف چای به صورت کم رنگ باشد. از بیبوست جلوگیری شود (تحریک مانور والسالوا) ملین های مانند mom به میزان ۳۰ سی سی همراه با یک لیوان آب ولرم مصرف شود.

10- داروهای آرام بخش: دیازپام و اکسازپام جهت کاهش اضطراب مصرف میشود.

11- داروهای ضد انعقاد:

برای جلوگیری از بروز عوارض ترومبوآمبولی تجویز می شود.

هپارین به صورت متناوب هر ۶-۱۲ ساعت به مدت ۳-۷ روزه میزان ۵۰۰۰ واحد از راه IV و یا زیر جلدی تزریق می شود. هم چنین هپارین به صورت انفوزیون مداوم داخل وریدی (۱۰۰۰ واحد در ساعت) تجویز می شود هنگام استفاده از هپارین کنترل PTT الزامی است هدف از تجویز هپارین رساندن PTT به ۱.۵-۲ برابر حد طبیعی است.

همراه هپارین ASA از روز اول برای بیمار شروع می شود. بیماران مبتلا به MI مادام العمر آسپرین (۸۰ میلی گرم) باید مصرف کند. تحقیقات نشان داده است که مصرف آسپرین در جلوگیری از بروز آنژین ناپایدار و MI مجدد موثر است. قرص جویدنی آسپرین ۳۲۵ mg و چهار عدد قرص پلاویکس ۷۵ به بیمار داده میشود. این بیماران باید مادام العمر آسپرین مصرف کند.

۱۲. ACEI: مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین :

این داروها از تبدیل آنژیوتانسین به II جلوگیری می کنند. در غیاب آنژیوتانسین نوع II فشارخون کاهش و کلیه سدیم و آب را دفع میکند. در نتیجه کاهش کار قلب و کاهش نیاز میوکارد به اکسیژن میشود. در ۷۲ ساعت بعد MI آغاز میشود. مثال: کاپتوپریل و انلاپریل

۱۳. داروهای بتابلوکر

* کاهش کار قلب و کاهش نیاز میوکارد به اکسیژن میشود. متوپرولول، کارویدولول، از این گروه است. در صورت عدم وجود CHF و بلوکها، مصرف این داروها از روز اول بروز MI شروع می شود.

۱۴. داروهای کلسیم بلوکر:

کاهش قدرت انقباضی عضله قلب، کاهش نیاز میوکارد به اکسیژن میشوند، از طرفی با گشاد شدن شریان کرونر سبب افزایش خون رسانی به میوکارد می گردند

از بین داروهای این گروه دیلتیازم بیشتر در بیماران استفاده می شود.

۱۵. سولفات منیزیم: به صورت روتین استفاده نمی شود. به دنبال MI در صورت کاهش منیزیم به کمتر از ۱/۴ میلی اکی والان بر لیتر تجویز می شود. در پیشگیری و درمان برخی اریتمی های بطنی ۱-۲ گرم به صورت بلوس و سپس نیم تایک گرم به مدت ۲۴ ساعت ادامه می یابد.

یافته های آزمایشگاهی :

۱. CPK: دارای سه ایزو آنزیم است. CPK MB ایزو آنزیم اختصاصی بافت عضله قلب است. یکی از حساس ترین آنزیم ها است و در آنزین صدری هم بالا میرود. 3-6 ساعت بعد از MI

۲. لاکتات دهیدروژناز (LDH) افزایش میابد و در 12 تا ۱۸ ساعت بعد به حداکثر خود میرسد. بعد ۳-۴ روز به حد طبیعی میرسد

(قبل از ابداع آزمون های اندازه گیری تروپونین برای تشخیص انفارکتوس میوکارد به کار می رفت ولی اختصاصیت پایینی دارد)

۳. تروپونین قلبی (T و I)

تروپونین I شاخص بسیار حساس و اختصاصی برای MI حاد میباشد.

تروپونین ها در عرض ۳ ساعت از انفارکتوس میوکارد بالایی رود و بعد از ۴-۲۴ ساعت به حداکثر رسیده و بعد ۱-۳ هفته به حد طبیعی میرسد.

۴. میوگلوبین

چند ساعت پس از انفارکتوس آزادمی شود اما در تشخیص MI اختصاصی نمی باشد و در عرض ۲۴ ساعت به حد طبیعی برمی گردد.

نکته ۱: در بیمارانی که در ۶ ساعت مراجعه می کنند علاوه بر تروپونین های قلبی، اندازه گیری یک مارکر زودرس مثل میوگلوبین یا زیرنوع های CKMB توصیه می شود در صورت منفی بودن تروپونین در ۶ ساعت اول باید ۶-۱۲ ساعت بعد آزمایش تکرار شود. تروپونین های قلبی بیومارکرها برای تشخیص انفارکتوس میوکارد می باشد. ولی CKMB هم جایگزین قابل قبولی است.

۵. شمارش سلولهای خون (CBC)

چند ساعت پس از درد ممکن است لوکوسیتوز ۱۲۰۰۰-۱۵۰۰۰ ایجاد شود که ۳-۷ روز بالا باقی می ماند.

۶. سدیمان گلبولهای قرمز (ESR)

ممکن در عرض یک هفته بالا رود و ۱-۲ هفته بالا بماند.

۷. اکوگاردیوگرافی

* افتراق انفارکتوس جدید از قدیمی غیر ممکن است .

* می توان عملکرد بطن چپ را تخمین زد .

۸. اسکن پرفیوژن قلب

بین انفارکتوس جدید و قدیمی افتراق نمی دهد.

اقدامات درمانی در انفارکتوس میوکاردها

۱. داروهای ترومبولیتیک (حل کننده لخته)

هدف از تجویز این داروها حل کردن هرگونه لخته موجود در شریان کرونر ، کاهش میزان انسداد ، کاهش وسعت MI ، پیشگیری از نارسایی قلبی و شوک کاردیوژنیک است . تجویز این داروها در MI اقدامی موثر ترند .

* داروهای ترومبولیتیک تا ۶ ساعت بعد از MI مصرف می شود اما بهترین اثر را در سه ساعت اول بعد MI دارند .

* استرپتوکیناز و TPA = رتپلاز (فعال کننده پلاسمینوژن بافتی) و داروهای ترومبولیتیک رابج می باشند . از داروهای دیگری توان اوروکیناز را نام برد .

استرپتوکیناز : داروی رایج در ایران ویال ۷۵۰۰۰۰ واحدی

* استرپتوکیناز به میزان ۱۵۰۰۰۰ واحد به صورت انفوزیون داخل وریدی در عرض یک ساعت تزریق می شود .

* باید مراقب بود که در هنگام حل کردن دارو ویال تکان داده نشود بلکه باید ویال به آهستگی چرخانده و یا غلطانده شود و باب مقطر حل شود .

* عوارض :

۱. خون ریزی سیستمیک ، خون ریزی مغزی ، (مهم ترین و خطرناک ترین عارضه این دارو)

۲. واکنش های آلرژیک در استرپتوکیناز شایع تر میباشد .

۳. آریتمی و تشکیل لخته

TPA (Tissue -Type plasminogen Activation) فعال کننده پلاسمینوژن بافتی که در آن خطر خون ریزی سیستمیک کمتر میباشد . التپلاز (بیشتر در علائم استروک) و رتپلاز نسبت به استرپتوکیناز ارجح تر میباشد اما گران تر هستند .

در زمان انتقال به بیمارستان به دلیل تجویز بلوس ان قابل استفاده میباشد .

موارد منع مطلق ترومبولیتیک :

خونریزی حاد داخلی ، سابقه ICH ، تروما به سر طی سه ماه اخیر ، تومور داخل مغزی ، خونریزی داخل مغزی ، سکته مغزی ایسکمیک در سه ماه اخیر ، پرفشاری خون شدید ، جراحی داخل مغزی ، برای استرپتوکیناز تماس قبلی تا شش ماه گذشته .

مراقبت پرستاری : توجه به عوارض این داروها و دخالت فوری در صورت بروز این عوارض ، انجام آزمایش های PT-PTT ، خودداری از انجام تزریقات غیر ضروری IV,IM ، رزو FFP و اغلب بیماران آنتی بادی استرپتوکوک زادر بدن دارند به

استرپتوکیناز به درجات مختلف واکنش نشان می دهند این واکنشها به صورت لرز، کاهش فشار خون، گیجی و تشنج می باشد.

PTCA اورژانسی: در بیماران که مشکوک به MI حاد می باشند ممکن است PTCA اورژانسی برای بیمار انجام شود. PTCA ممکن است به منظور باز کردن شریان های مسدود شده MI و یا افزایش جریان خون منطقه دچار محرومیت از اکسیژن استفاده شود. PTCA ضایعه آترواسکلروز زمینه ای را تا حدودی درمان میکند. چون طول مدت نبود اکسیژن با وسعت ضایعه MI ارتباط مستقیم دارد باید PTCA در کمتر از ۶۰ دقیقه از ورود بیمار به اورژانس انجام شود.

آموزش زمان ترخیص و مراقبت های لازم در منزل در بیمار مبتلا به سکته قلبی:

رعایت نکات زیر از سکته قلبی در باز توانی به شما کمک می کند :

عیادت کننده زیاد باعث خستگی بیمار می شود در زمانی که احساس خستگی می کنید از دوستان خستگی میکنند عذرخواهی نموده و از ملاقات با افرادی که شما را عصبانی می کنند پرهیزید .



تغذیه :

✚ بعد از گذراندن مرحله حاد سکته قلبی و با اجازه پزشک معالج طی ۲۴ ساعت اول ، رژیم مایعات و سپس با توجه به تحمل شما رژیم قلبی شروع می شود. در ابتدا از مصرف غذاهای خیلی گرم و سرد خودداری کنید .

✚ معمولاً وعده های غذایی با حجم کم در دفعات بیشتر بهتر تحمل می شود ، بهتر است در پنج وعده غذای خود را میل نمایید .

✚ از پر خوری و با عجله خوردن اجتناب کنید و بعد از صرف غذا مدت کوتاهی استراحت کنید .

✚ از فعالیت بدنی تا ۲ ساعت بعد از غذا خودداری کنید .

✚ توصیه اصلی به استفاده از غذای کم نمک و کم چربی می باشد .

✚ توصیه می شود از غذاهای حاوی مرغ ، ماهی و گوشت تازه بدون چربی ، سبزیجات و میوه جات تازه (بجز نارگیل حاوی چربی مضر می باشد) و نوشیدنی های غیر شیرین استفاده کنید .

✚ از مصرف غذاهای آماده ، کنسروها ، تن ها ، چای پر رنگ ، قهوه و سایر غذاهای سنگین و پر چرب مثل دل ، جگر ، قلوه ، کله پاچه و چربی حیوانی مثل سرشیر ، ماست پر چرب و خامه خودداری کنید .

✚ مصرف هویج ، سیب ، شوید ، گوجه فرنگی و بادام برای قلب مفید است .

✚ از روغن مایع بخصوص روغن زیتون و آفتابگردان استفاده کنید .

✚ در غذای خود از نمک کمتر استفاده نمایید و برای خوش طعم کردن غذا از آب لیمو ، گیاهان معطر ، میخک ، فلفل فرنگی و مرکبات استفاده کنید.

✚ از انواع سس ها ، ترشی ها ، شوری ها (خیار شور و گوجه شور) و پنیر محلی استفاده نکنید .

✚ ماهی غذای جهانی قلب است .

فعالیت بدنی :



✚ در روزهای اول شما به ۲۴ تا ۴۸ ساعت
استراحت کامل در بستر نیاز دارید.

✚ فعالیت:

✚ بسته به وضعیت بالینی و با نظر پزشک در بستر تمرین حرکات دست و پاها را شروع کنید برای کاهش خطر لخته شدن خون پاها را به آرامی حرکت دهید .

✚ از فشار دادن پا به تخت یا بلند کردن سریع پاها از تخت اجتناب کنید .

✚ پس از تثبیت وضعیت می توانید چندین بار در روز هر بار به مدت ۲۰ الی ۳۰ دقیقه روی صندلی کنار تخت بنشینید و سپس بتدریج ایستادن و راه رفتن را در حد تحمل و نظر پزشک انجام دهید .

✚ اگر در حین فعالیت ، احساس گیجی ، ضعف ، درد قفسه سینه ، تنگی نفس و خستگی داشتید بلافاصله فعالیت را متوقف نمایید .

✚ پس از ترخیص فعالیت را بتدریج از سرگیریید فعالیت شما باید آرام ، آرام و تدریجی باشد .

✚ پیاده روی یک ورزش مفید می باشد . بعد از استراحت و زمانی که خسته نیستید پیاده روی کنید .

✚ از ورزش کردن بعد از صرف غذا و در هوای خیلی گرم و سرد ، طوفانی ، هوای آلوده ، رطوبت زیاد ، مه آلود ، ارتفاعات و سربالایی خودداری کنید .

✚ حین فعالیتهای ورزشی نبض خود را کنترل کنید اگر بیش از ۱۱۰ ضربه در دقیقه رسید و دچار بی نظمی شدید شد فعالیت را قطع کنید .

✚ فعالیتهایی که فشار زیاد به قلب وارد می کنند مثل زور زدن هنگام اجابت مزاج و کشیدن و بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنید .

✚ حدود ۳ هفته پس از سکت قلبی شما باید بتوانید حتی الامکان ۲۰ تا ۳۰ دقیقه روزانه راه بروید .

کارهای منزل :

✚ کارهای معمولی خانه مدت کوتاهی بعد از حمله قلبی کم کم شروع شود نه تنها برای شما مضر نیست بلکه باعث سرگرمی و رفع خستگی و افسردگی می شود .

✚ درانجام کارها عجله نکنید بخصوص هنگام صبح ، فعالیتها را به آهستگی انجام دهید و کارهای سبک و سنگین را بطور متناوب انجام دهید .

بازگشت به سرکار :

✚ ۳ تا ۴ هفته بعد از بازگشت به منزل با در نظر گرفتن وضعیت جسمی و نوع شغل شما با مشورت پزشک معالج در مورد رفتن شما به سرکار تصمیم گیری می شود .

✚ اگر کارمند هستید در صورت موافقت رئیس خود ابتدا بصورت نیمه وقت کار کنید و در سرکار خود استراحت داشته باشید . (البته ابتدا نیمه وقت و بعد از ۲ تا ۳ هفته تمام وقت) از کارهای سبک شروع کنید .

رانندگی کردن :

✚ حداقل ۴ هفته بعد از سکته قلبی نباید رانندگی کنید زیرا رانندگی با ماشین باعث استرس ، هیجان و سفتی عضلات شده که این امر باعث تپش قلب می شود . پس از گذشت این زمان می توانید رانندگی در فواصل کوتاه را شروع کنید .

✚ اگر در حین رانندگی دچار درد قفسه سینه شدید تا بهبودی کامل درد قلبی از رانندگی پرهیز کنید .
✚ در مسافرت های طولانی ماشین سواری نکنید . در صورت طولانی بودن مسیر بین راه هر یک ساعت یک مرتبه توقف کنید و قدم بزنید تا جریان خون در پاها بهتر شود .
✚ حداقل ۲ تا ۳ هفته بعد از سکته قلبی می توانید سفر هوایی داشته باشید مشروط بر اینکه درگیری دیگر نداشته و با پزشک قلب خود مشورت نمائید .

حمام کردن :

✚ ۴ تا ۷ روز بعد از حمله قلبی با تائید پزشک با آب ولرم و ملایم می توانید حمام کنید . بهتر است در روزهای اول یک نفر در حمام با شما باشد تا در صورت ضعف از او کمک بخواهید .
✚ آب سرد باعث بروز درد قلبی می شود و آب گرم باعث بروز حالات ضعف می گردد .
✚ در حمام زیاد نایستید بلکه روی چهارپایه نشسته و زمان حمام کردن کوتاه بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه باشد .

روابط زناشویی :

✚ فعالیت جنسی فعالیت در حد متوسط محسوب می شود وقتی قادر به بالا رفتن از دو طبقه پله بدون سختی و بروز علائم باشید می توانید فعالیت جنسی را شروع کنید که معمولاً بسته به شرایط حداقل ۴ هفته بعد از ترخیص می باشد .
✚ از داشتن فعالیت جنسی در زمانهای خستگی و پس از خوردن غذای سنگین خودداری کنید .
✚ فعالیت جنسی را در زمان مناسب بعد از استراحت کافی و با داشتن یک خواب خوب شبانه انجام دهید و بعد از آن استراحت کنید .
✚ برای جلوگیری از بروز درد قلبی قبل و بعد از فعالیت جنسی می توانید از پرل زیرزبانی نیتروگلیسرین استفاده کنید .
✚ درد قلبی بعد از فعالیت جنسی که با مصرف ۲ تا ۳ پرل زیر زبانی نیتروگلیسرین که به فواصل هر ۵ دقیقه از هم برطرف نشود و همچنین خستگی بیش از حد و بیخوابی پس از فعالیت جنسی را حتماً به پزشک معالجتان اطلاع دهید .

✚ از مصرف داروهای تقویت قوای جنسی مثل قرص ویاگرا(سیلدنافیل) بشدت پرهیز کنید زیرا با داروهای قلبی تداخلی مرگ آور دارد .

سیگار کشیدن :

✚ دیگر سیگار نکشید و از افراد سیگاری دوری کنید .

✚ نیکوتین سیگار باعث تنگ شدن عروق و تندشدن ضربان قلب می شود و اکسیژن رسانی را به قلب کاهش می دهد . (مصرف هر پاکت سیگار ۱۰ ساعت از عمر انسان را کاهش می دهد .)
اضافه وزن و چاقی :

✚ اگر اضافه وزن دارید (بخصوص چربی دور شکم زیاد باشد) ریسک سکته قلبی در آینده نیز بیشتر خواهد بود پس بهتر است با یک متخصص تغذیه مشورت کنید .
افسردگی :

✚ افسردگی معمولاً بعد از سکته قلبی بوجود می آید اگر این احساس را دارید با پزشک خود مشورت کنید . درمان افسردگی کیفیت زندگی را بالا می برد .
استرس :

برای کاهش استرس می توانید کارهای زیر را انجام دهید :

✚ از محیط پر سروصدا و شلوغ دوری کنید .
✚ تغییر شغل‌های پر استرس
✚ اجتناب از رانندگی طولانی و پر استرس
✚ انجام ورزش و استراحت کافی
✚ داشتن سرگرمیهای لذت بخش
✚ تمرین تنفس عمیق و تن آرامی از طریق انجام یوگا و پیاده روی دیابت و فشار خون :
✚ دیابت (مرض قند) و فشار خون بالا از عوامل ایجاد کننده حمله های قلبی می باشند با رعایت رژیم غذایی و مصرف بموقع داروها و مراجعه دوره ای به پزشک احتمال حمله های قلبی را کاهش دهید .
دارو :

✚ بدون دستور پزشک دارو را کم یا قطع نکنید .
✚ قبل از ترخیص ، پرستار یا پزشک راجع به چگونگی مصرف دارو به شما توضیح خواهند داد بهتر است یادداشت نمایید تا از خاطر نبرید .
✚ در صورتیکه دارویی را در موقع مصرف فراموش کردید در زمان بعدی دو قرص را همزمان مصرف نکنید .

✚ داروهای تجویز شده مخصوص شما می باشد از دادن آن به دیگران خودداری کنید .

✚ برخی داروها برای تنظیم ضربان قلب و فشار خون شما تجویز شده اند پس به صورت دوره ای نبض و فشار خون خود را کنترل کنید در صورت وجود نبض کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه و یا علائم فشار خون پائین (سرگیجه ، تاری دید ، احساس ضعف شدید ، تعریق و ...) به پزشک معالج مراجعه نمائید شاید لازم باشد نوع داروی شما تغییر داده شود .

دستورالعمل استفاده از قرص زیرزبانی هنگام درد:

* تمام فعالیتهایتان را متوقف کرده، بنشینید و اولین قرص را زیرزبانتان بگذارید و تا قطع کامل درد استراحت مطلق داشته باشید.

* بعد از گذاشتن قرص زیر زبانی صبر کنید تا خوب حل شود و بزاق را کمی نگهدارید بعد آنرا قورت دهید.

* دراز بکشید، سعی کنید ذهنتان آزاد باشد و هیچ استرسی به خود وارد نکنید.

* پنج تا ده دقیقه صبر کنید، اگر دردتان کمتر نشد دومین قرص را استفاده نمایید. چنانچه بعد از ده دقیقه دردتان تسکین نیافت، سومین قرص را زبانتان گذاشته و به نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه نمایید.

* قرصهای زیرزبانی تا ۶ ماه قابل استفاده هستند.

• قرصها را در جای خشک و خنک و در شیشه تیره رنگ نگهداری کنید.

• قبل از فعالیت های سنگین و شرکت در موقعیت های هیجانی یک قرص زیر زبانتان بگذارید

✚ برخی داروها باعث طولانی شدن زمان لخته خون می شوند سعی کنید از هر گونه صدمه و بریدگی پوست خودداری کرده و در محلهای بریدگی به مدت ۱۰ دقیقه فشار وارد کنید .

✚ از مسواک نرم و ریش تراش بجای تیغ استفاده نمایید .

✚ در صورت بروز علائم خونریزی از بینی ، لته ، تغییر رنگ ادرار و مدفوع ، خلط خونی ، خونریزی قاعدگی بیش از حد و کبودی در هر نقطه از بدن به پزشک خود اطلاع دهید .

مراجعه به پزشک :

✚ هنگام ترخیص از بیمارستان وقت مراجعه بعدی به پزشک به شما گفته می شود و در صورت بروز هرگونه علائم غیر عادی به پزشک مراجعه کنید.

✚ معاینات دوره ای در طی سال برای بررسی وضعیت شما الزامی می باشد.

✚ **علائم هشداردهنده که در صورت وقوع لازم است سریعاً مراجعه شود :**

✚ * درد قفسه سینه، در صورت بروز درد قفسه سینه فعالیت خود را متوقف کنید و هر ۵ دقیقه یک قرص نیتروگلسیرین زیر زبانی استفاده کنید. اگر پس از ۳ بار مصرف قرص، درد بر طرف نشود و بیش از ۲۰ دقیقه ادامه یابد به نزدیکترین مرکز اورژانس مراجعه کنید.

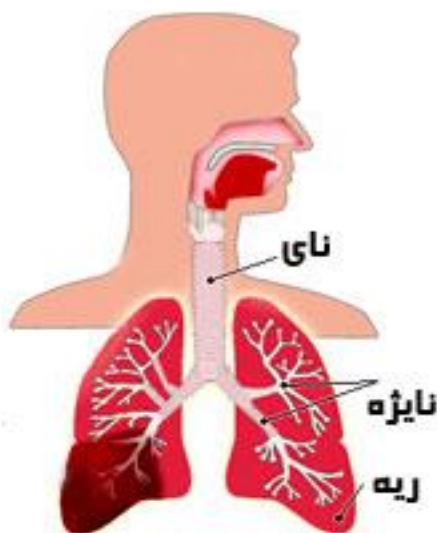
✚ * تنگی نفس بخصوص در هنگام فعالیت

✚ * سردرد شدید و گیجی

✚ * کاهش یا افزایش فشار خون

COPD:

دستوالعمل خود مراقبتی COPD	
نیاز سنجی آموزشی بیماران مبتلا به COPD	
آموزش ماهیت بیماری (تعریف، علت، علائم، تشخیص، درمان)	آموزش اقدامات لازم در صورت تنگی نفس و اطلاع به پرستار
آموزش فیزیوتراپی تنفسی و سرفه موثر و تنفس لب غنچه ای	آموزش دوری از استرسها و منع مصرف سیگار و دخانیات
آموزش مصرف صحیح داروها و زمان صحیح و عوارض آن (نحوه صحیح استفاده از اسپری ها و دمپار)	آموزش رژیم غذایی (مجاز و غیرمجاز)
آموزش مراجعات و پیگیری های بعد از ترخیص	آموزش علائم هشدار دهنده جهت مراجعه فوری
ارجاع به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران	آموزش محدوده فعالیت ها و پوزیشن صحیح و مناسب هنگام فعالیت
آموزش کنترل بیماری های زمینه ای (دیابت و فشار خون) و کنترل وزن	



بیماری مزمن انسدادی ریوی COPD

کار ریه ها چیست ؟

- ریه ها در حین انجام عمل دم ، اکسیژن موجود در هوا را می گیرند و وارد خون می کنند ، سپس خون با جریان خود اکسیژن را به بخش های مختلف بدن می رسانند .
- در عین حال ، خون دی اکسید کربن را جمع می کند و به ریه ها بر می گرداند و این دی اکسید کربن همراه هوای بازدمی از ریه ها خارج می شود .
- هوا از طریق یک سری لوله های شاخه ای به ریه وارد و از آن خارج می شود . که به این لوله ها ، لوله های برونشی گفته می شود .

یک بیماری ریوی است که در جریان هوایی که شما تنفس می کنید بخصوص در هنگام باز دم دچار محدودیت و کاهش سرعت می شود و همراه با آن ممکن است یک واکنش التهابی غیرطبیعی در پاسخ به ذرات مضر و گازها نیز وجود داشته باشد. این بیماری در هر دو جنس زن و مرد دیده می شود معمولاً در سنین میانسالی علائم بیماری ظاهر می شود و با افزایش سن نیز بیشتر می شود.



علائم بیماری چیست ؟

- سرفه
- تولید خلط
- تنگی نفس شدید عمده‌تاً در حالت فعالیت
- تنفسهای تند و کوتاه
- صداهای اضافی ریه مثل ویز
- تنگی نفس حین غذا خوردن

این بیماری بر فعالیتهای روزانه شما تأثیر گذاشته و فعالیتهای شما را کم می کند همچنین کاهش تنفسی

منجر به افزایش مصرف انرژی در نتیجه کاهش وزن بیمار می گردد.

این بیماری پیشرونده است و بتدریج تا حد اختلال تنفسی در حین استراحت و نیاز دائم به اکسیژن پیشرفت می کند.

روشهای تشخیص بیماری چیست؟

- تاریخچه بیماری و شرح حال بیمار
- تستهای عملکرد ریه مانند اسپیرومتری، عکس قفسه سینه
- سی تی اسکن از ریه ها
- آزمایش های خونی مانند گازهای خونی شریانی (ABG)

عواملی که در ایجاد بیماری نقش دارند؟

- مصرف سیگار که علت ۸۰ تا ۹۰ درصد (موارد) بیماری می باشد (حتی افراد سیگاری که در حال حاضر سیگار نمی کشند)



- سن
- سابقه خانوادگی
- جنس مذکر
- سابقه عفونتهای تنفسی درمان نشده در کودکی
- وضعیت اقتصادی پایین
- آلودگی هوا
- تماس های شغلی (زغال سنگ، پنبه، غلات)
- وزن بالا
- نقص مادرزادی (کمبود آنزیم آلفا ۱ آنتی تریپسین)

عوارض بیماری چیست؟

مهمترین عارضه بیماری نارسایی تنفسی و ذات الریه (پنومونی) می باشد.

آموزش به مددجو مبتلا به در زمان ترخیص: COPD

*درمان باید مدام العمر باشد مهمترین نکته ترک سیگار است * . ترک سیگار و مصرف اکسیژن که به تجویز پزشک صورت می گیرد طول عمر شما را زیاده تر خواهد کرد * . از تماس با گرد و غبار غلیظ ، دود سیگار و قلیان جدا پرهیز نمایید * . اتاق دارای تهویه مناسب باشد * مایعات بنوشید نوشیدن مایعات باعث رقیق شدن خلط می شود و تخلیه ترشحات براحتی صورت می گیرد * از افراد سرماخورده فاصله بگیرید. * بهداشت دهان و دندان را رعایت کنید * در

مکانهای شلوغ حتما ماسک بزنید و فاصله را با سایر افراد رعایت کنید* .چنانچه در محیط سرد قرار می گیرید، از ماسک صورت و شال گردن استفاده کنید* .فعالتهای روزانه خود را به تدریج شروع کرده و هنگامی که احساس خستگی و تنگی نفس کردید استراحت کنید* .خواب و استراحت کافی داشته باشید استرس و اضطراب خود را کنترل کنید عوامل استرس زا میتواند دوره های سرفه را افزایش دهد. انجام تمرینات ورزشی ساده را شروع کنید در هوای مناسب (نه گرم نه سرد) تا عضالت تنفسی شما قوی شود* .اگر افزایش وزن دارید سعی کنید تا به وزن مناسب برسید* .در مسافرت های هوا یی در مورد نیاز به اکسیژن اضافی با پزشک خود مشورت کنید* .برای بهبود وضعیت تنفسی خود الزم است دم آهسته همراه با بازدم طولانی در وضعیت خم شده به جلو با لبهای غنچه انجام دهید*اول پاییز جهت واکسیناسیون آنفولانزا، با پزشک خود مشورت نمایید. اکسیژن درمانی ✓:در صورت نیاز به اکسیژن بایستی ، طریقه استفاده از کپسول اکسیژن و دستگاه اکسیژن ساز به شما آموزش داده شود ✓ .برای جلوگیری از خشکی مخاط دهان و بینی ، در قسمت مرطوب کننده دستگاه اکسیژن تا خط نشانه آب بریزید ✓میزان اکسیژن خروجی بستگی به تشخیص پزشک معالج دارد . اکسیژن را به مقدار توصیه شده در یافت کنید از اکسیژن با غلظت بال اجتناب کنید .باتوجه به محدود بودن ظرفیت کپسول (۳ تا ۴ ساعت) بنابراین قبل از اتمام کپسول نسبت به تا مین اکسیژن اقدام کنید . توجه داشته باشید هرچه میزان اکسیژن خروجی بیشتر تنظیم شود کپسول زودتر خالی می شود. با مشاهده عقربه گی ج مانومتر از پر بودن کپسول مطمئن شوید (۱۰۰ تا ۱۴۰ بار ✓) مراقب باشید لوله ماسک اکسیژن (کانوال) طولانی مدت و پیوسته روی الله گوش قرار نگ یرد چون باعث زخم می شود.) با قرار دادن پنبه از زخم شدن الله گوش پیشگیری کنید ✓) اکسیژن گازی است که به سرعت آتش می گیرد بنابراین بازگذاشتن آن خطرناک است*هرگز روغن ، مواد ضدعفونی کننده دارای گلیسرین، به محل اتصال شیر کپسول اکسیژن برخورد نکند، زیرا موجب انفجارمیشود* کپسول اکسیژن را درجای خود محکم کنید، افتادن کپسول مخاطراتی را در پی دارد* .کپسول را مجاور وسایل گرمایشی و مواد اشتعال زا قرار ندهید ، کبریت و سیگار در اطراف کپسول روشن نکنید.*

نکات آموزشی در مورد مصرف دارو:

داروهایتان را مثل اسپری ها، آنتی بیوتیک ها و داروهای خوراکی مثل کورتون ها را مطابق آنچه پزشک برای شما دستور داده استفاده کنید از قطع خودسرانه داروها خودداری نمایید* .

از مصرف داروهای ضد سرفه، آرام بخش و خواب آور اجتناب شود زیرا باعث تضعیف عملکرد تنفسی می شود.

رژیم غذایی * : غذاهای پرکالری ، پر پروتئین ، میوه و سبزیجات مثل شیر، تخم مرغ، ماهی ، گوشت کم چرب، غلات، جوانه گندم، اسفناج، گوجه فرنگی، سوپ، فندق، موز، گلابی، سیب، پرتقال، آلو و کشمش ، پنیر ، گردو مصرف نمائید .
*تعداد وعده های غذایی را افزایش ولی حجم غذا را در هر وعده کاهش دهید * .اجتناب از مصرف غذاهای نفاخ مثل کلم، بادمجان، پیاز و حبوبات (حبوبات را ۲۴ ساعت قبل از استفاده خیس کرده و چند نوبت آب آن را عوض نمائید) .
*از مصرف زیاد مواد کافئین دار مانند چای، قهوه، شکالت پرهیز کنید * رژیم غذایی کم نمک و کم چربی را رعایت کنید و از مصرف ادویه ، ترشی ، غذای سرخ کردنی ، نوشابه ، الکل ، سیگار و قلیان پرهیز کنید *در شبانه روز ۸ تا ۱۰ لیوان آب بنوشید. (اگر محدودیت پزشکی ندارید)

علائم هشداردهنده که در صورت وقوع الزم است سریعاً مراجعه شود در صورت بروز علائم (گیجی و خواب آلودگی، دیسترس تنفسی، بی نظمی در ضربان قلب ، تب و بی اشتها، احساس فشردگی قفسه سینه، تنگی نفس یا خستگی، تب، خلط بدبو و سبزرنگ، عدم تحمل فعالیت) به بیمارستان مراجعه نموده یا با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید.

دستورالعمل خودمراقبتی مسمومیت

به طور کلی هرگاه مقدار سم وارده به بدن به اندازه ای باشد که بتواند اختلال در کار ارگانهای حیاتی ایجاد کند بیمار دچار مسمومیت میشود.

ماده سمی، ماده ای است که وقتی وارد بدن می شود، روی سلول های بدن اثر می گذارد یا عملکرد آنها را دچار اختلال یا ساختارشان را مختل می کند و در نهایت به مرگ سلول می انجامد.

با این تعریف، هر ماده ای می تواند سمی باشد و آنچه تعیین می کند چه ماده ای سمی است، دوز و مقدار مصرف آن است. داروها با وجود اثر درمانی شان در دوزهایی که پزشک تعیین می کند، اگر زیاد مصرف شود، فرد را دچار مسمومیت می کند. حتی آبی که به عنوان مایه حیات می شناسیم اگر زیاد مصرف شود، ممکن است باعث مسمومیت شود.

استنشاق بیش از حد اکسیژنی که نبودش باعث از بین رفتن انسان می شود هم در نوزادان تازه به دنیا آمده می تواند باعث مسمومیت شود.

تقسیم بندی مسمومیت ها از نظر علت

- مسمومیتهای اتفاقی ۴۶٪
- مسمومیتهای عمدی ۵۴٪
- مسمومیتهای جنائی کمتر از ۱٪

مسمومیتهای جنایی با استفاده از داروهای خواب آور جدیدا در حال افزایش است .
متأسفانه درسالهای اخیر درصد مسمومیتهای عمدی افزایش یافته است.

مسمومیت در سنین مختلف

علت مسمومیت در گروه های سنی مختلف تفاوت دارد.



کودکان و مسمومیت

کودکان زیر ۵ سال، پرخطرترین گروه سنی از نظر بروز مسمومیت هستند. برخلاف بزرگسالان که مسمومیت‌ها در خیلی موارد عمدی است در کودکان همیشه مسمومیت‌ها اتفاقی و بیشتر ناشی از سهل انگاری بزرگسالان است. کودکان خردسال ممکن است هر چیزی را به دهان ببرند. این عمل بخشی از آموزش و درک این گروه سنی از محیط اطرافشان است در واقع کودکان نوپا بیشتر از همه حس‌ها از حس چشایی استفاده می‌کنند. آنها به طور معمول هر چیز را به دهان می‌برند تا بفهمند آن چیز چیست. این عمل زمینه ساز بروز مسمومیت است، به همین دلیل والدین باید مطمئن باشند که کودکان به مواد سمی دسترسی ندارند.



عمده ترین موارد مسمومیت در کودکان در اثر خوردن داروها، مواد شیمیایی و محصولات خانگی مانند مواد آرایشی بهداشتی، فرآورده های شوینده، سفید کننده و لوله بازکن، لاک پاک کن استون) و گیاهان آپارتمانی سمی بوده است. برای همین همواره توصیه می شود در هنگام استفاده از محصولات شیمیایی و پاک کننده اگر چنانچه مجبور شدید به زنگ درب ورودی و یا تلفن جواب دهید، هرگز از کودک خود چشم بردارید. مسمومیت اتفاقی با نفت یکی از مواردی است که در کودکان دیده می شود. مسمومیت در اثر بلع نفت در کودکان بسیار خطرناک است. در صورت بلع نفت توسط کودک هر چه سریع تر او را به نزدیک ترین مرکز درمانی منتقل نمایید. برای جلوگیری از وقوع چنین اتفاقاتی، موادی مانند نفت و بنزین را باید در ظرف اصلی آنها نگهداری کرد و از ریختن این مواد داخل ظروف مربوط به فرآورده های خوراکی و نوشیدنی مثل نوشابه جدا پرهیز کرد.

۱- به کودکان بیاموزید چیزی ننوشند یا نخورند مگر این که با اجازه بزرگسالان باشد.

۱- داروهای خود را مقابل چشم کودکان نخورید، چرا که کودکان از رفتار بزرگسالان تقلید می کنند و ممکن است دور از چشم والدین داروها را به دهان ببرند.

۱- زمانی که شما در منزل نیستید و کودک را به فرد دیگری می سپارید، کودکان در معرض بیشترین خطر مسمومیت قرار دارند.

در گروه سنی بالای ۱۲ سال تا سنین بالا مسمومیت ها عمدی است، نه تصادفی، گاهی این مسمومیت به دلیل مصرف ماده ای به قصد خودکشی اتفاق می افتد و گاهی هم فرد برای جلب توجه این کار را انجام می دهد.

البته برخی مسمومیت های تصادفی ممکن است برای همه پیش بیاید، مثل مسمومیت با گاز منواکسید کربن که علت این مسمومیت استفاده غیر اصولی از وسایل گرمایشی یا استفاده از گرم کننده های غیر استاندارد و مواد احتراقی است.



در افراد مسن مسمومیت دیده می شود.

علت مسمومیت این گروه سنی در بیشتر موارد این ست که معمولا این افراد به دلیل شرایط سنی و ابتلا به بیمارهای مختلف داروهای زیادی در روز مصرف می کنند و امکان دارد دچار تداخلات دارویی شوند. گاهی هم به دلیل کهولت سن و مشکلات حافظه فراموشی می کنند دارویی را مصرف کرده اند و ممکن است دوباره آن را بخورند و دچار مسمومیت تصادفی شوند.

راههای جذب و ورود سم به بدن:

خوراکی ۷۵٪ - گزش و پوستی ۳٪ - تزریقی و آلرژی دارویی ۵/۳٪ - استنشاقی ۶٪ و علل نامشخص ۳/۴٪.

علائم شک به مسمومیت ها:

به این علائم توجه کنید.

علائمی وجود دارد که اگر در خود یا اطرافیانتان دیدید، می توانید به این که مسموم شده اید، شک کنید،

اول: تهوع و استفراغ، دل پیچه که خیلی از مردم آن را معمولا به عنوان نشانه مسمومیت می دانند. مخصوصا اگر بدون دلیل خاصی و ناگهانی اتفاق افتاده باشد، معمولا ذهن به سمت مسمومیت غذایی می رود.

علامت دیگری که می تواند شک به مسمومیت را برانگیزاند، کاهش سطح هوشیاری، تشنج و بی قراری شدید یعنی علائم عصبی ناگهانی و بدون دلیل خاص است.

هر وقت ریتم قلبی فردی ناگهان تغییر کند و بدون این که سابقه ابتلا به بیماری قلبی داشته باشد، دچار علائم قلبی-عروقی شود هم می توان به مسمومیت شک کرد. به طور کلی اگر فردی سابقه بیماری نداشته باشد و ناگهان دچار علائمی شود، حتما باید مسمومیت به عنوان یکی از تشخیص ها مطرح شود.

با فرد مسموم چه کنیم؟

اگر با فردی که شک دارید مسموم شده برخورد داشتید، تنها اقدامی که باید انجام دهید، تماس با اوزانس (شماره ۱۱۵) تا فرد به اولین مرکز درمانی رسانده شود.

موضوع اقدام در مواقعی که واقعا مطمئن باشیم کسی مسموم است با وقتی که راجع به این مساله شک داریم، متفاوت است وقتی به این موضوع شک داریم به هیچ وجه نباید به بیمار شیر، آب و مایعی دیگر بدهیم، ولی اگر می دانیم صددرصد مسموم شده، ولی نمی دانیم ناشی از مصرف چه ماده ای بوده، باید قبل از هر مداخله ای با شماره ۱۴۹۰ مرکز اطلاع رسانی داروها و سموم تماس بگیریم.

کمکهای اولیه در مسمومیتها:

بستگی به راه جذب سم دارد .

در جذب گوارشی

یکی از راههای موثر در جلوگیری از جذب گوارشی تخلیه سم است که با استفاده از تحریک به استفراغ بیمار انجام می شود. برای این منظور بهتر است به بیمار آب ولرم داد. ۹۰۰ سی سی آب باعث حالت تهوع و ۱۵۰۰ سی سی قطعاً باعث استفراغ می شود.

توجه: در مسمومیت با قرص برنج (فسفید الومینیوم) مصرف آب ممنوع است.

راههای تحریک استفراغ :

- تحریک حلق بوسیله انگشت
- دادن آب نمک ولرم
- دادن محلول سولفات منیزیم

- دادن شیر: شیر ولرم باعث ایجاد استفراغ می گردد. علاوه بر آن چون شیر PH قلیایی دارد، از جذب بعضی از داروها که در PH اسیدی معده جذب می گردند، مانند قرص آهن و آسپرین جلوگیری می کند.

*** توجه: موارد منع مصرف شیر ولرم: بعضی از سموم محلول در چربی اند (مانند نفت و ارگانو فسفرها) که دادن شیر می تواند جذب آنها را افزایش دهد.**

- شیر سرد: شیر سرد در تمام موارد مسمومیت با مواد سوزاننده مانند: داروی نظافت، وایتکس، اسید و قلیا کاربرد دارد.
- شاربین یا شارکول: دادن شاربین "که میتواند ۹۰٪ سموم را به خود جذب نماید. (جهت ایجاد استفراغ انتخابی است).

درمان داروئی برای ایجاد استفراغ:

- (۱) ایپکا - بصورت شربت و قطره موجود است.
 - (۲) آمپول آپومرفین - بصورت تزریقی که درحال حاضر ازاین روش جهت ایجاد استفراغ استفاده نمی شود.
- اگر چه وادار کردن بیمار به استفراغ روش مناسبی برای تخلیه سموم از معده میباشد ولی در بعضی موارد خطرناک است و میتواند منجر به مرگ شود.

در موارد زیر وادار کردن به استفراغ ممنوع است:

- ۱- مواد سوزاننده (اسید- قلیا- وایتکس- نفت-بنزین- تینر...) چانتا (مایع لوله بازکنی)
- ۲- در بیمار دچار اختلال هوشیاری
- ۳- در خانمهای حامله بخصوص در ۳ ماهه اول بارداری (منجر به سقط میشود) و سه ماهه آخر بارداری (باعث زایمان زود رس می شود)
- ۴- در مصرف داروهای تشنج زا و بیمار دارای سابقه تشنج
- ۶- در بیماری قلبی پیشرفته

۷- گذشت بیش از ۶ ساعت از زمان مسمومیت مگر داروهائی که اسپاسم پیلور میدهند (مانند: آنتی کولی نرژیک ها، ضد افسردگی های سه حلقه ای، آتروپین - فنوتیازین ها، هیوسین کلیندیوم سی، تریاک، فنوباریتال و مپروبامات)

در موارد فوق به استثناء مسمومیت با مواد سوزاننده و نفت باید برای سایر بیماران سوند معده گذاشته و شستشوی معده داده شود.

در مورد نفت اختلاف عقیده وجود دارد، بعضی ها توصیه میکنند که مسمومیت با نفت را باید سوند معده گذاشت و شستشو داد ولی بعضی ها، هم مخالفند، آنها دعا می کنند، چون عبور سوند معده باعث حالت تهوع و استفراغ میشود، ممکن است منجر به آسپیراسیون شود لذا این روش را توصیه نمی کنند. بنابراین بهتراست در مسمومیتهای خفیف از شستشوی معده خودداری شود، و فقط با دادن ملین ترکیبات نفت را از دستگاه گوارش دفع نمود.

در مورد بیمارانی که اختلال هوشیاری دارند بعضی ها توصیه میکنند که برای این بیماران لوله تراشه گذاشته شود. انتوباسیون تراشه در بیمارانی که اختلال هوشیاری عمیق (کمای گرید ۴) داشته باشد، امکان پذیر است.

در جذب تنفسی :

باز کردن دروپنجره ها.

زدن ماسک با استفاده از یک دستمال خیس جلوی دهان و بینی

کشیدن تنفس های کوتاه در محیط الوده بهنگام خروج بیمار از محیط الوده.

قراردادن بیمار در محیط ازاد با پوزیشن سربه یک طرف جهت جلوگیری از اسپیراسیون ریوی چون مسمومیت با گاز مونواکسید کربن باعث استفراغ و اختلال هوشیاری می گردد.

دادن اکسیژن با حداکثر جریان ۱۰ لیتر / دقیقه.

در صورت داشتن اختلال هوشیاری انتقال به بیمارستان.

در جذب پوستی :

در موارد جذب پوستی بایستی پوست بیمار را با آب فراوان و با فشار شست. چشم ها نیز باید با نرمال سالین فراوان (حداقل دولیتر) و در صورت عدم دسترسی به آن با آب ساده فراوان بلافاصله شستشو داده شوند.

اقدامات درمانی در درمان مسمومیت :

- (۱) جلوگیری از جذب سم: که جنبه کمکهای اولیه دارد و بستگی به راه جذب دارد.
- (۲) استفاده از آنتی دوت متاسفانه فقط ۵-۶٪ داروها و سموم آنتی دوت دارند و بقیه فاقد آنتی دوت هستند.
- (۳) تسریع در دفع سم: سموم معمولاً از طریق کلیه، دستگاه گوارش، تنفس و پوست دفع می شوند، اما اکثریت آنها دفع کلیوی دارند. برای این منظور باید به بیمارانی که هوشیار هستند بعد از تخلیه سم مایعات شیرین داد، تا با ایجاد دیورز دفع سم تشدید یابد.

در صورتیکه بیمار بیهوش باشد از سرم درمانی تزریقی استفاده میشود.

****برای این منظور از چهار نوع دیورز اختصاصی استفاده میشود:**

- (۱) دیورز ساده: یک فرد در حالت عادی ۱ سی سی/کیلو/ساعت ادرار میکند. ولی در این روش با انفوزیون مایعات وریدی بیمار تا ۵-۴ سی سی/کیلو/ساعت ادرار میکند.

بیمار باید از نظر جذب و دفع الکترولیتها و دیورز کنترل شود.

- (۲) دیورز قلیایی: برای این منظور مایعات در حد دوز نگهدارنده (سه لیتر در شبانه و روز) به بیمار انفوزیون می گردد. در هر لیتر سرم ۳-۱ ویال بیکربنات سدیم +۱۰ میلی اکی والان کلرید پتاسیم به ازای هرویل بیکربنات افزوده می گردد. (چون بیکربنات باعث شیفت پتاسیم به داخل سلول میشود).

F.A.D:force alkalan diursis

در این روش به بیمارشش لیتر سرم در عرض دوازده ساعت انفوزیون می گردد. (هر ۲ ساعت یک لیتر)

Serum 1/3.2/3 1lit + serD/W 5% 1lit + ser D/S 1lit

به داخل هر لیتر اضافه شود.

Vial NaHCO₃ + 5cc kcl

پس از اتمام، فرمول فوق تا ۶ لیتر تکرار می گردد.

***بیمار حتما باید کنترل جذب و دفع شود و بیماری قلبی-ریوی، کبدی و کلیوی نداشته باشد. همچنین بطور مرتب از نظر غلظت الکترولیتها بخصوص Na و k چک شود.**

- (۴) دیورز اسیدی: در این روش معمولاً با اسیدی کردن PH سرم بعضی از داروها را می توان دفع کرد. مانند ترکیبات امفتامین ها که داروهای ضد اشتها و ترکیباتی که برای دوپینگ کردن استفاده میشود وجود دارد. معمولاً برای ایجاد

دیورز از سرمی به نام کلرید امونیم استفاده میشود که در حال حاضر در ایران موجود نبوده، برای این منظور میتوان ۵- ۴ امپول ویتامین ث داخل ۵۰۰ سی سی سرم قندی ریخته و انفوزیون نمود.

دفع گوارشی:

در این روش بعد از شستشوی معده برای تشدید دفع گوارشی یک ملین اسموتیک مانند سولفات منیزیم ۳۰ گرم در بزرگسالان یا سوربیتول ۱-۲ سی سی / کیلو از محلول ۷۰٪ به بیمار داده میشود، همراه با شارکول فعال ۱ گرم / کیلو گرم ذغال فعال شده اکثر سموم را به خود جذب میکند. و ملین، ترانزیت روده را افزایش داده و از جذب مجدد متابولیت‌های فعال بعضی از داروها جلوگیری میکند.

دفع ریوی:

بعضی از داروها و سموم مانند گاز مونو اکسید کربن، نفت و اتانول از طریق ریه می‌گردد که فقط می‌توان دفع گاز مونو اکسید کربن را از ریه تشدید نمود. برای این منظور باید ۱۰ لیتر / دقیقه اکسیژن به مدت ۳-۴ ساعت به بیمار داده می‌شود

آخرین راه درمان:

آخرین راه درمان، درمان علامتی است بنابراین با علامت درمانی ۶۰-۵۰٪ مسمومیت‌ها درمان می‌گردد.

مسمومیت با فنوباریتال

فنوباریتال جزء دسته باربیتوراتها بوده که باربیتوراتها از نظر دسته بندی به ۳ دسته تقسیم میشوند.

۱- کوتاه اثر: نسدونال (تیوپنتال) - برای القاء بیهوشی در اتاق عمل استفاده میشود.

۲- متوسط اثر: آمو باربیتال، نمبو باربیتال.

۳- طولانی اثر: فنو باربیتال، باربیتال و پرمیدون

اشکال دارویی فنوباریتال:

۱) قرص ۱۵، ۳۰، ۶۰ و ۱۰۰ میلی گرمی.

۲) شربت ۲۰ میلی گرم / ۵ سی سی.

۳) امپول ۲۰۰ میلی گرم / ۱ سی سی، وریدی و عضلانی.

کاربردهای درمانی فنو باربیتال :

- ۱- متابولیسم سلولهای مغزی را کم میکند. مصرف اکسیژن سلولهای مغزی کاهش می یابد، بنابراین در بیهوشی جراحی های مغزی ، ضربه های مغزی استفاده میشود..
- ۲- از تشنج پیشگیری میکند، بنابراین برای کنترل تشنج استفاده میشود.
- ۳- درمان کمکی در هایپر تانسیون.
- ۴- هیپر بیلی روبینمی در نوزادان (بیلی روبین را به خود جذب میکند).
- ۵- در اختلالات حرکتی دستگاه گوارش.
- ۶- درمان سندرم ری.
- ۷- درمان کمکی در بیماری اسم (باعث ایجاد آرامش میشود).
- ۸- بیماریهای کرونری قلب.

دوز مسمومیت:

بیش از ۱ گرم باعث مسمومیت و ۶-۹ گرم منجر به مرگ میشود.

جذب و دفع:

از طریق دستگاه گوارش جذب میشود ، در کبد متابولیزه میشود و قسمت اعظم آن از طریق دستگاه ادراری دفع میشود.

علائم کلینیکی :

(C.N.S)

ابتدا باعث خواب الودگی می شود و در صورت شدید بودن اختلال هوشیاری می دهد.

مردمک ها میوز ولی رفلکس خفیف به نور دارد. رفلکس ها بر خلاف ضد افسردگیهای سه حلقه ای کند می شود. و بیمار به هیچ وجه اژپته نیست . در موارد شدید (کمای گرید ۴) ممکن است میدریاز داشته باشد

تنفس) تنفس بیمار مانند مواد مخدر کند و سطحی میشود. اما سیانوز محیطی و آپنه بندرت اتفاق می افتد. ادم حاد ریه در این بیماران شایع است.

قلب و عروق) بر روی قلب و عروق ابتدا باعث هایپو تانسیون و شوک می شود. بامکانیسم جبرانی تاکی کاردی شایع است. همچنین از قدرت انقباضی میوکارد می کاهد. آریتمی ثانویه شایع است.

کاهش حرکات روده و همچنین یبوست میدهد. (G).

درمناطق تحت فشار باعث بروز تاول میشود (SKIN).

تشخیص:

ازطریق شرح حال مریض : این بیماران سابقه اپی لپسی داشته یا در خانواده دارند. (چون این داروها افسردگی ایجاد می کند).

چون این بیماران اختلال هوشیاری ، میوزودپرسیون تنفسی دارند باید از نظر مسمومیت با اویوم با استفاده از تست نالوکسان مسمومیت با اویوم رد گردد. چون علائم مسمومیت با بنزودیازپین و فنوباریتال مشابه یکدیگر است بهتراست بیمار تست فلومازنیل شود. و در صورت منفی بودن تست فلومازنیل ، اگر منفی بود مسمومیت با بنزودیازپینها رد میشود و علائم به نفع فنوباریتال خواهد بود.

در صورت نیاز بوسیله آزمایشگاه سم شناسی میتوان سطح سرمی فنوباریتال را در خون ۴۰- میکروگرم / میلی لیتر باشد دوز درمانی است. اگر بالاتر از ۵۰ میکروگرم / میلی لیتر مسمومیت مطرح می شود، اگر به ۱۰۰ میکروگرم / سی سی برسد، مسمومیت بیمار فوق العاده شدید است و باید همودیالیز شود.

درمان:

۱- شستشوی معده + شارکول فعال

۲- در صورت اختلال هوشیاری بستری شود.

۳- فورس آلکالن دیورزیس

۴- کنترل جذب و دفع

۵- در صورت غلظت بالای ۱۰۰ میکروگرم / میلی لیتر و یا عدم پاسخ به درمان باید همودیالیز شود.

مسمومیت با ارگانو فسفره :

از ترکیبات متعددی به عنوان حشره کش استفاده می شود. مانند ، ارگانو فسفره ، کاربامات ها ، اما شایعترین و خطرناکترین حشره کش ها ارگانو فسفره است. که تحت عنوان سموم گیاهی، نباتی ، سم گوسفند، سم چغندروسم سوسک استفاده می شود.

ارگانو فسفره ها بر اساس قدرت اثر به ۳ دسته تقسیم میشوند.

۱- فوق العاده سمی : مثل پاراتیون ۱۵ سی سی در عرض ۱۵ دقیقه مرگ تضمینی میدهد.

۲- متوسط الاثر : مالاتیون، گزانتیون ، متوسیستوکس.

۳- ضعیف الاثر : ضد سوسک ، پریژون و سوپر پریژن.

راههای جذب سم:

۱- دستگاه گوارش : مسمومیت عمدی و خودکشی ، از طریق گوارش اتفاق می افتد واکثراً خطرناک می باشد.

۲- استنشاقی.

۳- پوستی .

مورد ۲ و ۳ بصورت اتفاقی درکارگران حین سم پاشی اتفاق می افتد،همچنین درجنگهای شیمیائی از ارگانوفسفره بعنوان گازهای عصبی استفاده میشده که از طریق استنشاقی و پوست جذب می گردد.

علائم کلینیکی :

از انتهای اعصاب مواد شیمیایی آزاد می شود وپیامهای عصبی رااز عصب به عضله انتقال می دهند.مانند،استیل کولین و ادرنالین ،نورآدرنالین ، سرتونین،هیستامین وماده پ می باشد.

اثرات اختصاصی این سموم بر روی گیرنده های استیل کولین بوده که دارای دو تا گیرنده ،نیکوتینی و موسکارینی می باشد.

علائم گیرنده های موسکارینی :

دستگاه گوارش:

سیالوره، تهوع، استفراغ، درد اپی گاستریک، افزایش ترشح اسید معده ، اسهال شدید و کرامپهای شکمی.

دستگاه تنفس :

افزایش ترشح غدد بزاقی ریه وادم حاد ریه - دیسترس تنفسی - سیانوز اندام محیطی - فلج عضلات ریه آپنه تنفسی و مرگ. تاکی پنه

قلب وعروق :هایپو تانسیون- برادی کاردی - کاهش برون ده قلب ، تغییرات قطعه ST ، موج T منفی و میوکاردیت.

دستگاه ادراری : بی اختیاری ادراری

چشم : میوز و اشک ریزش

پوست : تعریق و پوست نمناک.

علائم نیکوتینی :

گیرنده های نیکوتینی در سیستم عصبی مرکزی، قلب و عروق و عضلات مخطط پراکنده است. استیل کولین پس از ترشح از انتهای عصبی بوسیله کولین استراز متابولیزه شده واز بین میرود، اما این سموم کولین استراز را غیرفعال کرده در نتیجه منجر به استاز استیل کولین در پایانه های عصبی می شود و این عامل باعث افزایش عبور امواج عصبی میشود. ابتدافیریلآسیون عضلانی و سپس فاسیکولآسیون بعد لرز یا تریمور و فلج عضلات شده که فلج عضلات ریه از علایم خطرناک آن می باشد.

CNS

آزیتاسون، اختلال هوشیاری و تشنج که فوق العاده شدید است و پایدار می باشد.

قلب و عروق: تاکی کاردی شایع بوده اما هایپر تانسیون نادر است.

تشخیص:

- ۱- دارا بودن ۴ علامت کلیدی: میوز - تعریق - سیالوره - ادم حاد ریه .
- ۲- محتویات مواد مستفرغه شده بیمار شیری رنگ و بدبو باشد.
- ۳- تست آتروپین: تمام علائم بخصوص ۴ علامت کلیدی را یادداشت کنید.
- ۲-۵ میلی گرم اتروپین تزریق شود بعد از ۳-۲ دقیقه تمام علائم را چک کنید، اگر چنانچه اعلایم فوق از بین رفت یا مسمومیت او خفیف است یا مسمومیت باارگانو فسفره رد می شود.
- ۴- اندازه گیری کولین استراز در سرم و گلبولهای قرمز خون: ۴۰٪ کولین استرازاها در خون فعال است و در گلبول قرمز میزان کولین استراز باید بالاتر از ۴/۲ واحد در یک سل باشد.

درمان:

- ۱- باز کردن راه هوایی - ایروی، ساکشن، اکسیژن تراپی و در صورت نیاز انتوباسیون تراشه .
- ۲- گرفتن رگ و تزریق آتروپین تا زمانیکه: ادم حاد ریه از بین رفته باشد مخاط دهان خشک شده، میدریاز ایجاد گردد و بیمار تعریق نداشته باشد.
- ۳- شستشوی معده و دادن سولفات شارگول در صورت نبودن اسهال.
- اگر بیش از ۱۰ میلی اتروپین برای بیمار مصرف شود، باید بستری شود

اقدامات لازم در بخش:

– ادامه تزریق آتروپین (۳-۲ برابر دوز استات داخل سرم می ریزیم) سپس بتدریج دوز آن در روزهای بعدی کم میکنیم ، بنابراین باید علائم بیمار بدقت کنترل گردد (هر ۵/۰ ساعت) در صورت بروز علائم کولی نرژیک ریت سرم آتروپین افزایش و در صورت بروز علائم مسمومیت با آتروپین ریت تزریق آتروپین کاهش یابد، باید بطور دقیق میزان تزریق سرم آتروپین گزارش گردد.

یکی از عیبهای این روش این است که بعلت دستکاری کلمپ سرم توسط بیمار یا کشیده شدن آن میزان زیادی آتروپین به بیمار انفوزیون شده، در نتیجه بیمار دچار مسمومیت با آتروپین میشود.

۴- استفاده از فعال کننده های کولین استراز :

Toxogonin Amp 1cc/250 mg

الف- ابیدوکسایم: بنام تجارتي

۳-۵mg/Kg q4h singl dose

ب- پارادوکسایم بنام تجارتي:

Piradoxim=contraction200mg and Portop am1gr

Dose = 20-25 mg / kg q4h single dose تا زمانی که کولین استراز به حد قابل قبول برسد.

۳- دیورز قلیائی : ۳ لیتر سرم و داخل هر لیتر سرم ۱-۳ ویال بیکربنات +۵ سی سی کلرید پتاسیم به ازای هر ویال بیکربنات سدیم افزوده می شود.

۴- سوند مثانه و تمام مراقبتهای مریض بیهوش ، سوند فولی ، تعادل اب و الکترولیتها و مانیتورینگ قلب انجام شود.

علائم مسمومیت با آتروپین:

. بصورت تاکی کاردی شدید، میدریاز فلاشینگ ، آژیتاسیون ، توهم ، هذیان ، تب شدید، احتباس ادراری و تشنج بوده که بلافاصله سرم آتروپین قطع و چون ۹۳٪ آتروپین از طریق ادرار دفع می گردد سرم معمولی بیمار با سرعت به بیمار تزریق نموده برای جلوگیری از خطرات احتمالی بیمار را حفاظت فیزیکی نمود. آژیتاسیون بیمار را می توان با تزریق دیازپام یا هالوپریدول درمان نمود.

ضمناً گیاهی به نام تاتوره که از گیاهان خود روی می باشد که دارای گلهای شیپوری سفید رنگ که به میوه خاردار تبدیل می شود و برگ و میوه آن دارای آتروپین می باشد که در بچه ها مسمومیت آن بعلت خوردن برگ و میوه آن شایع است.

درمان مسمومیت با آتروپین:

سرم آتروپین بسته و بیمار فیکس شود، سرم معمولی را باز کنید و به بیمار آرام بخش (هالوپریدول یا دیازپام) تزریق کنید.

*درهر شیفت پرستار باید بدقت میزان انفوزیون سرم آتروپین را یادداشت کند. اگر چنانچه بیش از میزان روز قبل مصرف نشده باشد معمولا میزان آتروپین را بتدریج کم میکنند.

بیمار در ۶ ساعت اول مسمومیت وضعیت بحرانی داشته و تا ۲۴ ساعت اولیه تحت مراقبت ویژه قرار گیرد.

مسمومیت با مشروبات الکلی

انواع الکل ها

= اتانول، متانول، اتیلن گلیکول و ایزوپروپیل .

اتانول : اتانول یا الکل سفید، الکل اتیلیک یا الکل طبی .

کاربرد:

۱- آلکلز ۷۰-۶۰ درجه خاصیت ضد عفونی دارد.

۲- مواد آرایشی - ادکلن ها.

۳- آنتی دوت الکل چوب یا متانول .

۴- به داروها اضافه می شود تا سریعتر جذب شود. مانند استامینوفن

۵- به عنوان تغذیه پارانترا ل به سرمهای اسید آمینه اضافه می شود.

۶- به عنوان داروی خواب در روانپزشکی استفاده می شود.

* درجات الکل

(۱) خفیف ترین آب جو (الکل) است ، که ۸-۷٪ اتانول دارد.

(۲) شراب (۳۰-۱۵ درجه) که از تخمیر انگور بدست می آید.

(۳) مشروب (عرق) از تخمیر کشمش حاصل شده که باید بدون دانه و بدون دم باشد. مشروب استاندارد ۵۰ ۴۰ درجه می باشد. (درایران ۴۳ درجه است)

(۴) سر گل عرق (۹۶ درجه)

میزان مصرف و مسمومیت اتانول

- الکل ۹۶ درجه ۱ سی سی / کیلو ایجاد مسمومیت و ۵-۴ سی سی / کیلو باعث مرگ می شود.

جذب و دفع :

جذب اتانول بسرعت از طریق مخاط گوارش وبعد از ۱/۵-۰/۵ ساعت به حداکثر غلظت پلاسمائی خود درخون میرسد.

درکبد متابولیزه میشود و ۹۰٪ از طریق هوای بازدمی دفع میشود. ۱۰٪ از طریق ادرار دفع می شود.

علائم کلینیکی:

- سیستم عصبی : ابتدا باعث اختلال تعادل، آژیتاسیون، خواب آلودگی و در صورت شدید بودن، اختلال هوشیاری می دهد.

- دستگاه گوارش: با شکم خالی مصرف شود باعث تهوع و استفراغ، دردهای اپی گاستریک و هماتمزیهای خفیف(نادر) می گردد.

- غدد: هیپوگلیسمی که شایع نبوده از ۵۴ بیمار الکلی قند خون اندازه گیری شده که قند خون آنها بین ۱۳۰-۹۰ میلی گرم درصد در نوسان بود.

تشخیص :

بوی بازدم- پر خونی عروق ملتحمه- شرح حال مریض- آزمایش سم شناسی و تعیین اتانول در خون. که از هوای بازدمی ملتحمه و خون امکان پذیر است.

درمان :

بدترین مرحله ، مرحله آژیتاسیون است، که ۳-۲ تا دیازپام یا هالوپریدول تزریق می گردد تا آژیتاسیون بیمار کنترل شود در صورت ترخیص بیمار بهتر است از بیمار سؤال شود آیا الکل مورد استفاده دست ساز بوده یا اینکه الکل استاندارد بوده، در صورت دست ساز بودن احتمال مسمومیت با متانول برای بیمار مطرح است چون علائم مسمومیت با متانول با تاخیر بروز می کند باید به بیمار و همراه آموزشهای لازم داده شود در صورت اختلال هوشیاری، تاری دید و تاکی پنه سریعا جهت درمان مراجعه نماید.

در صورت تهوع و استفراغ و دل درد امپول پلازیل + سایمتیدین یا رانیتیدین تزریق شود.

مسمومیت با متانول :

متانول، الکل چوب، الکل متیلیک یا الکل صنعتی. که از آن به عنوان حلال، ضد یخ و براق کردن گلهای مصنوعی استفاده می گردد.

الکل صنعتی یا متانول بیرنگ بوده که جهت مشخص شدن سمیت آن به آن رنگ می افزایند، همانند اتانول بسرعت جذب شده اما متابولیسم آن در کبد از ۱۲-۲۴ ساعت شروع شده و بسته به شدت آن علایم آن بعد از ۱۲-۲۴ ساعت تظاهر می گردد.

مکانیسم اثر و جذب و دفع :

آنزیم الکل دهیدروژناز در مصرف مکرر و تدریجی متانول در بدن تولید شده و برای بدن بی ضرر است. و حتی مصرف متانول خطرات جدی ایجاد نمی کند.

متابولیسم متانول در کبد از ۱۲-۲۴ ساعت بعد شروع میشود و متابولیت‌های سمی ایجاد می کند. یکی از متابولیت‌های سمی آلدئید فرمیک است و این در فرایند بعدی تبدیل به اسید فرمیک و اسید لاکتیک تبدیل شده علاوه بر آن اسیدوز متابولیک شدید می تواند باعث کوری گردد.

* دوز مسمومیت: ۳۰ سی سی باعث مسمومیت و ۲۵۰-۹۰ سی سی باعث مرگ می شود.

بعضی رفرنسها میزان مسمومیت آن را ۴-۶ سی سی ذکر کرده اند.

علائم مسمومیت :

۱- اسیدوز متابولیک : بدن بال تاکی پنه و تهوع ، استفراغ ، نارسائی میوکارد و هیپوتانسیون شایع است.

۲- نوریت : اسید فرمیک باعث ادم پایی ، تاری دید ، میدریاز و کوری میشود.

* علائم بسته به شدت بعد از ۲۴-۷۲ ساعت بعد ظاهر می شود، در این مدت بیمار هیچ علامت کلینیکی ندارد.

تشخیص:

بیماران با تاخیر مراجعه می کند و در گاز و متری علائم شدید اسیدوز متابولیک دیده می شود و اندازه گیری متانول سرم خون.

درمان :

۱- بستری کردن.

۲- به تاخیر انداختن متابولیسم متانول: دادن مشروبات الکلی (اتانول) نیمه عمر متانول را از ۱۰-۲ ساعت به ۳۶ ساعت افزایش می یابد.

دوز اول در حد دوز مسمومیت = ۱ سی سی / کیلو از الکل ۹۶ درجه یا ۲ سی سی / کیلو از الکل ۵۰ درجه.

دوز دوم = نصف دوز اول هر ۴ ساعت تا ۵-۴ روز تکرار گردد.

۳- درمان اسیدوز متابولیک، با تزریق بیکربنات سدیم و کنترل گازومتری بطور سرپایی.

۴- جلوگیری از پیشرفت کوری :

Amp Dexa 16mg stat and Then 8mg q8h

و مشورت چشم پزشکی تاشکلات چشمی بیمار بوسیله چشم پزشک پی گیری شود.

۵- اسیدفولیک روزی سه عدد.

۶- در موارد شدید همودیالیز بهترین درمان است.

الکل اتیلین کلیکول:

۱- تمام درمان و علائم مانند متانول است بعلاوه هیپوکلسمی شدید میدهد .

۲- همانند متانول اسیدوز متابولیک اما شروع علائم آن از نیم ساعت ، ۱۲ ساعت بعد بروز می کند با سردرد، گیجی ، آتاکسی و تشنج همراه بوده که عوارض کلیوی آن بصورت درد پهلوی، هماچوری و نارسائی کلیه با تاخیر ۳۶-۷۲ ساعت بعد از مسمومیت حادث می شود. درمان همانند متانول از الکل اتانول ، بیکربنات سدیم جهت اصلاح اسیدوز استفاده می گردد و جهت تبدیل متابولیت های سمی از ویتامین ب و ویتامین ب۱ استفاده می گردد. برای درمان هیپوکلسمی باید هر ۱۲ ساعت یک ویال کلسیم با کنترل سطح سرمی کلسیم انفوزیون گردد.

مسمومیت با استامینوفن

فراورده های دارویی :

Tab 325 mg – Supp 125, 325 mg – Syrp 5cc=125mg

Drop 1cc=100mg – Elxir 5cc 125mg

– Tab Adult cold contins: 325 Acetaminophen and 2 agent

.Anti Histamin

*خواص دارویی :

ضد درد، ضد تب و ضد التهاب.

* شروع اثر دارویی : شیف ۱۰ دقیقه ، الگزیر، شربت و قطره ۱۵ دقیقه و قرص یک ساعت است.

* دوز درمانی و دوز مسمومیت :

مسمومیت با تریاک

Treatment Dose: 8-10 mg / kg / q4h

Poison Dose : adult = 7/5 gr and child 140 mg / kg

مکانیسم سمی بودن :

استامینوفن بعد از جذب از طریق دستگاه گوارش در کبد متابولیزه می شود و تبدیل به متابولیت های زیادی می شود که بعضی از اینها سمی هستند. یکی از متابولیت های سمی بوسیله آنزیمی در کبد به نام گلوکوتایون متابولیزه می شده و اگر چنانچه در اثر مسمومیت میزان این آنزیم کاهش پیدا کند و به ۳۰٪ نرمال برسد علائم مسمومیت که با نکرز حاد سلول های کبد همراه است بروز می کند.

علائم مسمومیت:

فاز اول: دوره کمون که معمولاً ۶ ساعت بعد ظاهر می شود، همراه با حالت تهوع و استفراغ مکرر، درد اپی گاستریک و بی اشتتهائی همراه است بروز می کند که معمولاً ۲۴ ساعت طول میکشد.

فاز دوم: ۲۴-۷۲ ساعت دوره اش طول میکشد در این مرحله آسیب های کبدی شروع شده و آنزیم های کبدی بالا میرود.

SGPT, LDH, PTT, PT, Bilirubin. SGOT افزایش می یابد

فاز سوم: از ۷۲-۹۶ ساعت است، حداکثر آسیب های کبدی در این مرحله است، همچنان آنزیم های کبدی بالا می رود. بیمار دچار اسیدوز متابولیک، نارسائی کلیه، اختلال هوشیاری ناشی از افزایش بیلی روبین (آنسفالوپاتی کبدی) و هیپرگلیسمی می شود.

فاز چهارم: دوره نقاهت، ۹۶ ساعت تا ۲ هفته می باشد، کم کم آنزیم های کبدی فروکش کرده تا به مرز نرمال برسد.

تشخیص:

مشکل تشخیصی ندارد، مشکل در تشخیص دوزاژ مصرفی است.

اندازه گیری سطح سرمی استامینوفن را باید با منحنی زیر مطابقت کرد.

در صورت سمی بودن آزمایش بهتر است NAC به بیمار تزریق شود

سردسته تمام مواد مخدر تریاک بوده است که از گیاهی به نام خشخاش بدست می آید.

مشتقات تریاک:

□ تریاک :خوراکی واستنشاقی

□ شیر تریاک

□ سوخته تریاک

□ مرفین

□ هروئین

□ کریستال

علل مسمومیت :

۱- سوءاستفاده دارویی : درنوزادان واطفال بعنوان داروی ضد اسهال استفاده می شود.

۲- مسمومیت عمدی : تریاک بهترین روش خودکشی است.

۳- مسمومیت تجاری یا بادی پکر.

دوز مسمومیت با تریاک:اگر فرد معتاد نباشد ۵-۲ گرم درعرض ۲-۱/۵ ساعت باعث مرگ می شود.

سایر علائم :

سیستم عصبی: برحسب دوزاژ مسمومیت باعث خواب آلودگی ومردمکهای تنگ وسرسوزنی با عدم رفلکس به نور ،دیرسیون تنفسی ودرصورت شدید بودن مسمومیت اختلال هوشیاری شدید تا کما وتنفس صدادر خواهد بود.

تنفس: تنفس ابتدا کند وسطحی شده (اسیدوزتنفسی) درموارد شدید همراه با آپنه است.ادم حاد ریه مخصوصا درمسمومیت با هروئین شایع است.

گوارش: تاخیر درتخلیه معده ویبوست شدید ،تهوع واستفراغ در بعضی از بیماران درمسمومیت های خفیف شایع است. قلب وعروق: کاردیوتوکسیک نبوده اما بعلت وازودیلاتاسیون عروق محیطی منجر به افت فشار خون وحتى شوک می شود.

غدد: باعث افزایش ترشح آنتی دیورتیک هورمون وکاهش ادرار می شود.

همچنین باعث کاهش قند خون می شود.بعلت آزاد کردن هیستامین باعث خارش ژنرالیزه بخصوص در قفسه صدی صورت وبینی می گردد.

تشخیص:

هر بیمار که دپرسیون تنفسی، کما و میوز با عدم رفلکس به نور داشته باشد اولین تشخیص مسمومیت با مواد مخدر است و باید از طریق تست نالوکسان تایید گردد.

تست نالوکسان:

۳-۱ آمپول نالوکسان را در صورتی که فرد معتاد نباشد وریدی تزریق میکنیم. در صورتیکه معتاد باشد یک آمپول زیر جلدی تزریق می گردد. در تزریق زیر جلدی پاسخ به نالوکسان ۱۰-۵ دقیقه بعد می باشد.

در تزریق وریدی بعد از ۳-۲ دقیقه، مردمکها باز شده، تنفس عادی شده و بیمار هوشیار می شود. اگر این علائم ظاهر نشد مسمومیت با مواد مخدر منتفی است. اگر چنانچه مردمک بیمار باز شد و دپرسیون تنفسی بیمار اصلاح شد و هوشیاری بیمار تغییر نکند احتمالاً بیمار دچار مسمومیت میکس یا مسمومیت با داروهای آرام بخش می باشد.

درمان:

بستگی به وضعیت بیمار دارد اگر با آپنه تنفسی مراجعه کند، اکسیژن تراپی با آمبوبگ و تزریق ۳-۲ آمپول نالوکسان بصورت وریدی در بیماران معتاد یک آمپول نالوکسان زیر جلدی تزریق شود.

اگر بیمار رگ نداشت وقت راجعت پیدا کردن رگ نباید تلف نمود و بهتر است ۲-۱ آمپول نالوکسان زیر جلدی تزریق نمود و تنفس با آمبوبگ را تا برگشت تنفس ادامه داد.

اگر چنانچه وضعیت بیمار بهتر شد، و ادار کردن به استفراغ و اگر اختلال هوشیاری دارد

شستشوی معده + سولفات شارکول تا دفع اجابت مزاج بخصوص در بیماران بادی پکر که بهتر است روغن کرچک داده شود.

کنترل تنفس و هوشیاری بیمار، چون طول اثر نالوکسان در حدود ۴۵ دقیقه تا یک ساعت و نیمه عمر آن ۲۵-۱۰ دقیقه است. بنابراین ممکن است بعد از مرحله بهبودی مجدداً علائم مسمومیت عود کند و حتی منجر به مرگ بیمار شود. در صورت نیاز نالوکسان تکرار شود.

بعضی از داروها بخصوص تریاک بعد از جذب گوارشی دارای سیکل روده ای - معده های هستند. به این شکل مقدار اعظم آنها مجدداً از طریق خون به داخل معده تراوش می شود بعد مجدداً جذب شده و علائم مسمومیت عود میکنند

(ضد افسردگی های سه حلقه ای، مواد مخدر و فنوباریتال این خاصیت را دارند.)

پس بنابراین در صورت نیاز به نالوکسان باید مجدداً شستشوی معده داده شود.

اگر چنانچه کنترل مستقیم بیمار ممکن نباشد، بهتر است ۱۰-۵ آمپول نالوکسان به داخل ۵۰۰ سی سی سرم دکستروز ۵٪ افزوده و با توجه به نیاز بیمار انفوزیون شود.

ضمناً اگر بعد از تزریق نالوکسان بهبود یافت نباید مرخص شود.

حداقل ۶ ساعت (در اطفال ۱۲ ساعت) تحت نظر باشد در صورت نیاز مجدد به نالوکسان بستری شود در غیر این صورت مرخص شود.

Dose Naloxan : 0.04mg / kg

مسمومیت با داروی نظافت

سه ترکیب دارد: آهک + نشاسته + آرسنیک

میزان سمیت مشخص نیست : یک بسته باعث مسمومیت و خوردن ۱-۲ بسته منجر به مرگ می شود. بعد از ارگانو فسفره دومین عامل مرگ و میر است.

علائم مسمومیت :

گوارش:

بیشترین اثر روی دستگاه گوارش است و باعث اثرات سوختگی توام با درد و سوزش در مخاط دهان، همراه با احتقان و پر خونی در ناحیه حلق است .

سوختگی تا قسمت های پایین نیز ادامه پیدا می کند و بنابراین درد دستگاه گوارش باعث تهوع و استفراغ می شود. خونریزی گوارشی، دردهای اپی گاستریک و پرفوراسیون معده، از بین رفتن پرزهای روده، اسهال شدید و کرامپهای شکمی از دیگر علائم است .

* علت مرگ این بیماران خونریزی، شوک، ادم حنجره و نارسائی کلیوی است.

تنفس:

سوختگی همراه با ادم می باشد و این ادم در ناحیه حلق و حنجره می تواند منجر به انسداد راههای هوایی می گردد. البته آرسنیک بصورت استنشاقی باعث مسمومیت در گارگران حرفه ای شده که با سوختگی در قسمتهای پائین ریه و ادم حاد ریه همراه است.

قلب و عروق :

روی قلب و عروق چون آرسنیک باعث وازودیلاتاسیون عروق محیطی شده و این امر میتواند باعث هیپوتانسیون گردد و از طرفی چون این بیماران اسهال و استفراغ دارند می تواند باعث شوک گردد. آریتمی های بطنی نیز در مسمومیت با آرسنیک شایع است.

C.N.S:

اگر چه بسیاری رفرسرها معتقدند که مسمومیت با آرسینک می تواند منجر به اختلال هوشیاری و آژیتاسیون و حتی تشنج گردد ولی تجارب کلینیکی این موضوع را نشان نمیدهد.

(مگر بطور ثانویه)

اما پلی نوریت های محیطی بخصوص در اندامهای تحتانی شایع است، که بصورت درد و سوزش همراه با گز گز است.

دستگاه ادراری:

آرسینک بعد از جذب گوارشی بدون تغییر از طریق دستگاه ادراری دفع می شود و چون مولکول آن درشت است می تواند منجر به نارسائی حاد توبولاری و نارسائی کلیه شود.

تشخیص:

چون این بیماران اختلال هوشیاری ندارد، تشخیص مشکل نبوده و علاوه بر آن بیماران بعلت درد واضطراب شدید از این عمل پشیمان می شوند. در معاینه دهان آسیب روی حلق و حنجره واضح است.

مهمترین مشکل این بیمار این است آیا داروی نظافت خورده شده دارای آرسینک است یا نه.

برای این منظور می توان میزان آرسینک را در سرم اندازه گیری کرد. آرسینک در سرم باید

کمتر از ۵۰ میکروگرم بر میلی لیتر باشد. در حال حاضر عملی نیست. ولی در کشور ما، آرسینک را در ادرار بصورت کیفی (+ یا -) بررسی می کنند. در حالت نرمال آرسینک در ادرار منفی است.

* این مسمومیت در دو گروه بیشتر دیده می شود، زندانیان و بیماران روانی.

درمان:

گوارشی: شستشوی معده و وادار کردن به استفراغ ممنوع است.

۱- شیر سرد همراه با سفیده تخم مرغ .

۲- در صورت استفراغ استفاده از داروهای ضد استفراغ مانند متوکلوپرامید.

۳- آنتی اسید هر ۴ ساعت ۳۰ سی سی شربت آنتی اسید همراه با ژل لیدوکائین ۵ سی سی هر ۶ ساعت + آمپول سایمتیدین ۲۰۰ میلی گرم وریدی هر ۸ ساعت تا ترشح اسید معده مهار شود. و تا بهبودی وضعیت بیمار باید ادامه یابد.

راه هوایی :

برای پیشگیری از پیشرفت ادم راههای هوایی :

AMP: Hydrocortison ۱.۷۵-۳۰۰ mgr`

I.V AMP :Dexa 8mg باید هر ۸ ساعت ادامه یابد.

E.N.T مشورت

در صورت نیاز تراکوستومی شود.

در صورتیکه آرسنیک در ادرار مثبت باشد باید از آنتی دوت استفاده شود.

Amp Bal or Demir Caprol ۲۰۰ mg/2cc – I.M/ deep

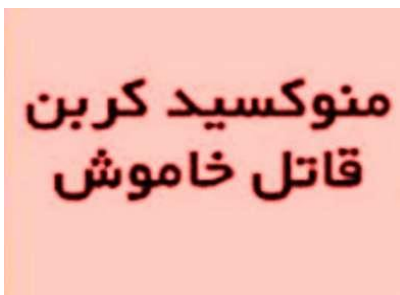
۲-۳ I.M /deep ۳ mg /kg q8h در مسمومیت خفیف تا متوسط

۳-۵ I.M ۵ mg/kg q8h در مسمومیت شدید

Cap : DiPenicillamin ۲۰-۴۰ mg/day q6h P.O با بهبود علائم بالینی بیمار:

کنترل جذب و دفع وضعیت کار کلیوی چک گردد چون امکان خونریزی گوارشی زیاد است . گروه خون و تعیین شود . تا در صورت لزوم اقدامات لازم انجام شود.

مسمومیت با گاز مونواکسید کربن



مونواکسید کربن گازی است که از سوختن ناقص زغال ایجاد شده ،بدون بو وبدون رنگ است.

محرك راههای هوایی نیست ومعمولا از سوخت موتورهای دیزلی که گازوئیل مصرف می کنند،مقدار زیادی از این گاز تولید می شود که امروزه یکی از مشکلات مهم زیست محیطی است.

علت مسمومیت:

کوچک بودن فضا، روشن کردن بخاری گازی در محیط، در این شرایط اکسیژن اتاق مصرف شده و هایپوکسی بیمار باعث مسمومیت می شود. تمام اتفاقات در شب اتفاق می افتد. ندا شتن کلاهک دودکشها، دودکش های مشترک، انسداد دودکش ها، استفاده از وسایل خوراک پزی

برای گرما. روشن کردن وسایل نقلیه در پارکینگهای سر بسته، روشن کردن پیک نیک در محیط بسته، از دیگر علل مسمومیت با این گاز بشمار می آید. بخار آب داغ حمام در حمامهای که سقف کاذب ندارند از طریق ایجاد هیپوکسی بعلت سنگین بودن بخار آب گرم، مسمومیت با برای بیماران ایجاد می شود.

علائم مسمومیت:

معمولا گاز مونواکسید کربن تا ۱۰٪ مشکلی ایجاد نمی کند، بطوریکه میزان آن در خون افراد طبیعی ۰/۸۵٪ است. و این میزان در افراد سیگاری تا ۴٪، در کسانی که آنمی همولیتیک دارند

تا ۵٪ بالا می رود. تا ۱۰٪ هموگلوبین ها بوسیله این گاز اشغال شوند، معمولا بی علامت

مگر اینکه بیماری قلبی داشته باشد، که ممکن است درد آنژیینی تظاهر گردد. است.

بین ۲۰-۱۰٪ معمولا سردرد جزئی در دو طرف شقیقه و تنگی نفس کوششی دارند.

۳۰-۲۰٪ سردرد های مزاحم و تنگی نفس بدون فعالیت دارند.

۴۰-۳۰٪ سردرد فوق العاده شدید، تهوع و استفراغ، ضعف، اختلالات بینائی و اختلال قضاوت دارند.

۵۰-۴۰٪ افراد دچار تاکی کاردی، تاکی پنه و سنکوپ می شوند.

۶۰-۵۰٪ به کما، تنفس شین استوک و تشنج مبتلا می شوند.

۷۰-۶۰٪ با از بین رفتن فعالیت جبرانی قلب و تنفس مواجه می شوند.

بالا تر از ۷۰٪ مرگ.

علائم کلینیکی:

سیستم مرکزی اعصاب: ابتدا باعث سردرد، سرگیجه، تاری دید، استفراغهای جهنده آژیتاسیون، اختلال هوشیاری، تشنج واغماء میگردد

دستگاه تنفس: تنفس در ابتدا کند و سطحی می شود ولی بعدا بعلت متابولیسم بی هوازی قندها تنفس تند و عمیق (تاکی پنه) می شوند. ادم ریه در این بیماران شایع است.

دستگاه گوارش: تهوع و استفراغ، استرس اولسر و خونریزی گوارشی در بیمارانیکه اختلالات گوارشی دارند، شایع است.

قلب و عروق: باعث هایپو تانسیون، تاکی کاردی، اختلال بلوک هدایتی، آریتمی، فیبریلاسیون بطنی و ارست قلبی می شود.

سیستم متابولیک: ابتدا باعث اسیدوز متابولیک می شود.

پوست: پوست گیلاسی و تاوول در محل‌های تحت فشار بوجود می آید.

تشخیص:

۱- شرح حال مریض، اکثر بیماران بعلت بیهوشی توسط دیگران از محیط سر بسته خارج می گردند.

۲- حالت اپیدمی دارد.

۳- از لحاظ سم شناسی میزان کربوکسی هموگلوبین را می توان در خون اندازه گیری کرد، که بعلت کاهش سریع کربوکسی هموگلوبین در حضور اکسیژن تراپی اهمیت تشخیصی ندارد.

کمک‌ها ی اولیه:

۱- دروپنجره ها را باز می کنیم.

۲- ماسک زده یا دستمال خیس دور دهان و بینی می بندیم.

۳- مصدوم را از محل آلوده خارج کرده و در هوای آزاد قرارداد و در صورت تیکه اکسیژن در دسترس است با حداکثر غلظت (۱۰ لیتر در دقیقه) ۳-۴ ساعت اکسیژن به بیمار داد.

۴- پوزیشن سر به یک طرف، چون استفراغ علامت شایعی است و احتمال آسپیراسیون وجود دارد.

۵- در صورت اختلال هوشیاری به بیمارستان منتقل می گردد.

اقدامات درمانی در بیمارستان:

۱- در بیمارستان اکسیژن تراپی ۱۰ لیتر در دقیقه، بمدت ۳-۴ ساعت یا ۲۰ دقیقه اکسیژن هایپر بار داده می شود.

۲- در صورت کما (ادم مغز) مانیتول تجویز شود. ۱۰-۵ سی سی / کیلو

۳- تجویز کورتون:

Amp : Dexamethason 0/5 -0/9 mg /kg /day-Tid

۴- آمپول سیتی کولین هر ۸ ساعت ۲۵۰ میلی گرم

۵- در صورت داشتن اختلال متابولیکی اصلاح آن با بیکربنات سدیم.

۶- تمام مراقبتهای لازم برای بیمار بیهوش انجام شود.

مسمومیت با ضد افسردگی های سه حلقه ای :

انواع فراورده ها:

- ۱- آمی تریپتیلین قرص ۱۰ و ۲۵ و ۵۰ و ۷۵ و ۱۰۰ میلی گرمی.
- ۲- ایمی پرامین قرص ۷۵ و ۱۰۰ میلی گرمی.
- ۳- تیمی پرامین قرص ۱۰ و ۲۵ میلی گرمی و قطره ۴٪.
- ۴- نور تریپتیلین قرص ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی.
- ۵- کلو مپیر امین قرص ۱۰ و ۲۵ میلی گرمی.
- ۶- فلوکستین (دگزابین) کپسول ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی موجود است.
- ۷- مپروتیلین ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی.

مکانیسم اثر:

باز جذب نور اپی نفرین ، دوپامین و سرتونین را بوسیله بافتها مختل میکند.

جذب و دفع:

معمولا ۲ ساعت بعد از خوردن بطور کامل از دستگاه گوارش جذب شده و علائم تیپیک بروز می کند. در کبد متابولیزه شده و ۳۵٪ از طریق ادرار دفع می شود. بقیه بوسیله صفراء به اثنی عشر می ریزد و مقداری هم مجددا وارد سیکل معده ای - روده ای می شود، حتی بعد از شش ساعت می توان شستشوی مجدد داده شود.

دوز توکسیک:

- | | |
|-------------|---------------------------|
| ۱۰-۵ mg/kg | مسمومیت خفیف |
| ۲۰-۱۰ mg/kg | مسمومیت متوسط تا شدید |
| ۵۰-۲۰ mg/kg | مسمومیت خیلی شدید و کشنده |

علائم مسمومیت:

سیستم عصبی مرکزی: ابتدا باعث گیجی و خواب آلودگی ، همراه با آژیتاسیون ، تحریک پذیری شده. اگر پیشرفت کند دچار اختلال هوشیاری همراه با آژیتاسیون شدید

توهم، هذیان، حرفهای گنگ، در ۹۰٪ موارد مردمکها میوز (درموقع تحریک دردناک مردمکها باز می شود)، بانبستگی مثبت، رفلکس ها فعال شده و تشنج شایع است.

تنفس: تاکی پنه همراه با خشکی مخاط دهان.

قلب و عروق: بیشترین عوارض سمیت روی قلب و عروق است. تاکی کاردی، افت فشار خون شایعتر از افزایش فشار خون است. آریتمی و اختلال بلوک هدایتی، فیبریلاسیون بطنی.

وارست قلبی. PVC- QRS پهن شدن، QTC افزایش

Normal QTC = 0/35-0/43

دستگاه گوارش: خشکی مخاط، تاخیر در تخلیه معده، کاهش صداهای روده، یبوست شدید و انقباض اسفنکتر پیلور ادراری: احتباس ادرار.

سیستم متابولیک: اسیدوز متابولیک خفیف می دهد.

تشخیص:

هر بیماریکه با اختلال هوشیاری همراه با آژیتاسیون مراجعه کرد اولین شک به مسمومیت با ضد افسردگیهای باشد. علاوه بر آن مسمومیت با فنوتیازین ها و کاربامازپین اختلال هوشیاری با آژیتاسیون شایع بوده چون درمان مسمومیت با ضد افسردگی های سه حلقه ای و فنوتیازین ها یکی است نیازی به تفکیک تشخیص نبوده، اما در بیماران دچار مسمومیت با کاربامازپین می باشد معمولا بیماران سابقه اپی لپسی دارند. می توان سطح سرمی این دارو را در خون اندازه گیری کرد. اگر غلظت سرمی ۱۷۰-۵۰ میکرو گرم در میلی لیتر باشد این غلظت توکسیک در حد دوز درمانی است. در مسمومیت های شدید غلظت آن به ۱۰۰۰ میکرو گرم بر میلی لیتر می رسد. در حال حاضر غلظت ایمی پرامین در ادرار بصورت کیفی (+ یا -) انجام میشود.

درمان:

lvLin-1

۲- تزریق دیازپام یا هالوپریدول. (آرام کردن بیمار)

۳- سوند معده و شستشوی معده.

۴- دادن شارکل فعال و سولفات منیزیم (ملین)

۵- در صورت اختلال هوشیاری بستری بیمار.

۶- آلكالن دیورزیس. (۳ لیتر سرم در ۲۴ ساعت + در هر لیتر سرم ۲-۳ ویال بی کربنات + ۵ سی سی کلرید پتاسیم)

۷- در صورت تشنج - دادن فنی توئین ۱۵-۱۰ میلی گرم /کیلو/روز -در سه دوز.

۸- ایجاد آرامش با تزریق دیازپام.

۹- تمام مراقبتهای لازم برای یک بیمار بیهوش انجام شود.

نقش بیکربنات در درمان T.C.A:

۱- افزایش پروتئین باند ینگ، از اثرات سمی دارو کاسته میشود . ۲- اسیدوز متابولیک را درمان می کند.

۳- از عوارض قلبی این داروها می کاهد . ۴- برگشت هوشیاری بیمار را تسریع می بخشد.

مسمومیت با نالتروکسان

یکی از آنتی دوت های مواد مخدر است که فقط برای ترک اعتیاد استفاده می شود. ابتدا باید کاملاً سم زدایی شود،

(۱۴روز) سپس مصرف شود ،با مصرف این دارو یک حالت انزجار و تنفر به بیمار دست می دهد.

با تریاک و مواد مخدر تداخل داشته و منجر به سندرم محرومیت شدید می شود.

علائم آن عبارتست از: آبریزش و اشک ریزش ،تاکی کاردی ،میوز، کرامپ های شکمی، اسهال، درد

عضلانی ، خمیازه ،آژیتاسیون و در موارد حاد اختلال هوشیاری همراه با آژیتاسیون .

Cap : 25,50 mg

فراورده های دارویی :

مسمومیت دارویی

شایع ترین علت ایجاد مسمومیت در کشور، مسمومیت های دارویی می باشد که می تواند به صورت تعمدی یا اتفاقی ایجاد شود. هنگامی که یک دارو بیش از مقادیر درمانی و یا در فواصل زمانی نامناسب مصرف شود و یا نوع دارو به اشتباه مصرف گردد. می تواند منجر به بروز مسمومیت شود. کودکان، سالمندان و افراد مبتلا به افسردگی یا افرادی که تعادل رفتاری ندارند بیش از دیگران در معرض خطر بروز مسمومیت دارویی می باشند.

هنگام مصرف داروها نکات زیر را رعایت نمایید:

از مصرف خودسرانه دارو بپرهیزید و دارو را طبق نظر پزشک یا داروساز مصرف نمایید.

مصرف مقادیر بیشتر از یک دارو نه تنها روند درمانی را تسریع نمی کند. بلکه موجب ایجاد عوارض جانبی داروها یا بروز مسمومیت دارویی می شود.

به تاریخ مصرف داروها توجه کنید. داروهای تاریخ گذشته می توانند موجب آسیب های جدی شوند شربتی که چندین ماه از باز شدن در آن گذشته، حتی اگر تاریخ مصرف آن نگذشته باشد، دور بریزید.

به منظور جلوگیری از فاسد شدن داروها، همیشه آنها در شیشه یا ظروف اصلی نگهداری کنید و داروها را در مکان ها گرم، مرطوب و در معرض نور قرار ندهید.

در صورت بروز عوارض جانبی در اثر مصرف داروها، فوراً با پزشک یا داروساز تماس بگیرید و از آنها در مورد چگونگی ادامه مصرف دارو راهنمایی بخواهید.

داروهای بیماران مبتلا به افسردگی، افرادی که تعادل رفتاری ندارند و یا افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند را دور از دسترس قرار دهید و مراقبت های دقیقی در مورد نحوه مصرف داروها توسط ایشان داشته باشید. مصرف مقادیر بسیار بالا از داروها ممکن است در ابتدا علامت و نشانه خاصی نداشته باشد ولی وضعیت فرد مسموم به طور ناگهانی وخیم شود، بنابراین حتی اگر فرد مصرف کننده علائم خاصی ندارد او را به سرعت به مرکز درمانی منتقل کنید.

در مورد ایجاد مسمومیت دارویی نکات زیر را رعایت نمایید:

در مسمومیت های دارویی تشخیص نوع دارو یا داروهای مصرفی بسیار مهم می باشد. بنابراین اگر فرد هوشیار است نام داروهای مصرفی را از او پرسید و در صورت عدم هوشیاری بسته های دارویی اطراف بیمار را همراه بیمار به مرکز درمانی ببرید.

در برخی از مسمومیت ها وادار کردن فرد به استفراغ می تواند به جلوگیری از جذب داروها کمک کند اما در برخی موارد نباید فرد را به هیچ وجه به استفراغ وادار کرد از جمله تشنج، کاهش سطح هوشیاری کودکان زیر ۶ ماه، خانم های باردار، افراد با بیماری قلبی – عروقی و اختلالات انعقادی و در نهایت در صورت بروز مسمومیت دارویی ضمن حفظ خونسردی برای اطلاع از نحوه انجام اقدامات اولیه با اورژانس ۱۱۵ و یا مرکز اطلاع رسانی داروها و سموم



مارگزیدگی:

بیش از ۳۰۰۰ نوع مار در سراسر دنیا وجود دارد که فقط ۳۰۰ نوع از آنها سمی هستند. بیش از ۲۱ گونه مار سمی در ایران داریم .

مارهای سمی استان خراسان شامل :کفچه مار، مار جعفری، مار شاخ دار، افعی (گرزه مار) می باشند.

مارها مناطق آرام و ساکت را برای زیست ترجیح می دهند حرکت مارهای سمی کند است ولی مارهای نیمه سمی سریع و چابک هستند. نوعی مار وجود دارد که در مواقع احساس خطر سر خود را بالا می گیرد و با پهن کردن عضلات گردن به شکل کفچه (قاشق) در می آید به همین دلیل به آن کفچه مار یا کبرا می گویند .

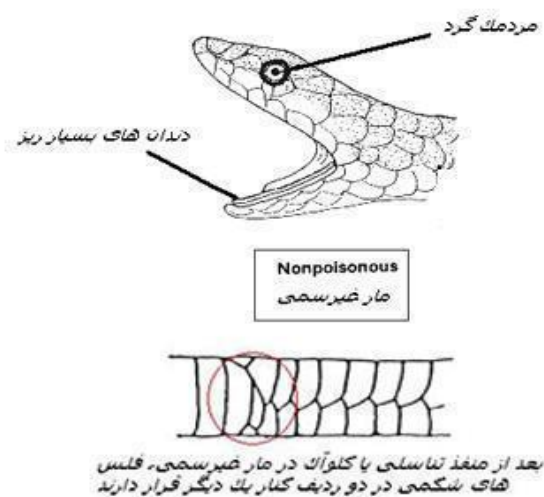
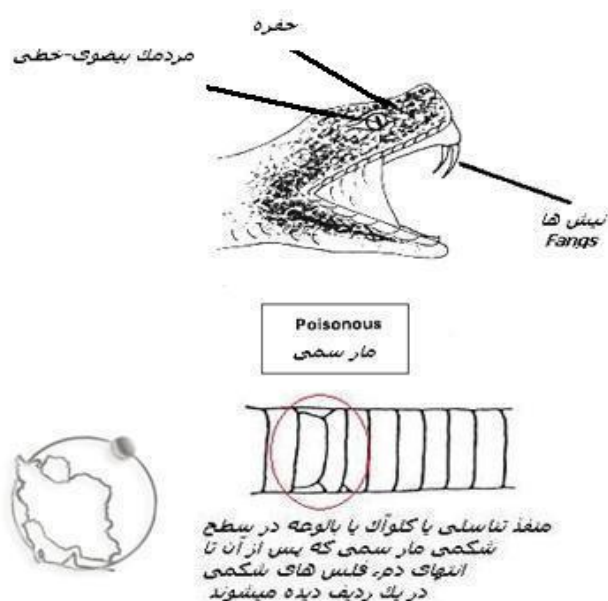
مارشاخ دار با داشتن دوزایده شاخی در قسمت فوقانی چشم مشخص می شود و از پهلوی حرکت می کند.

مار جعفری علامت صلیبی در سطح فوقانی سر دارد .

کودکان بیشتر در معرض خطر مرگ یا آسیب های جدی ناشی از مار گزیدگی هستند زیرا بدن آنها کوچک است و زهر مار به سرعت وارد جریان خون شده و به سراسر بدن کودک منتقل می شود.

مشخصه	مارهای سمی	مارهای غیر سمی
حفره، بین چشم بینی	دارند	ندارند
مردمک	بیضی شکل (شبيه گربه)	گرد
شکل سر	مثلثی شکل و پوشیده از پولکهای ریز	نیمه بیضی می باشد

طول مار	کوتاهتر	طویل تر
دندان نیش و پیش	بلند	کوتاه



بیشترین موارد گزیدگی در طول روز و ابتدای عصر و در فصل تابستان رخ می دهد.

در ۳۰ تا ۴۰ درصد حوادث مارگزیدگی که به وسیله مار سمی اتفاق می افتند علائم مسمومیت پیشرفت نمی کنند (گزش خشک = dry bite)

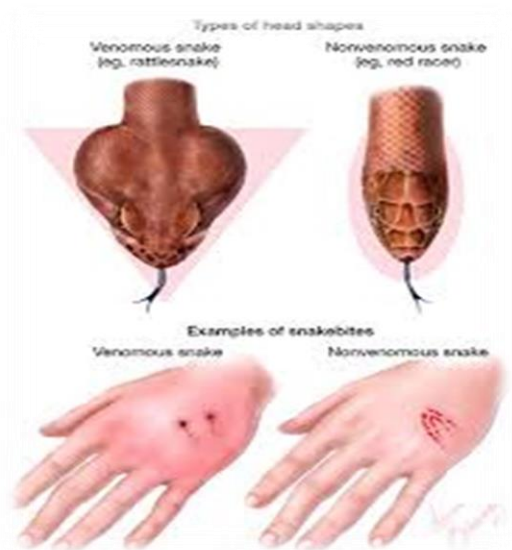
مردم از مارها ترس و وحشت بی مورد دارند و چه بسا عده زیادی از مار گزیده ها از شدت ترس بیهوش می شوند یا جان خود را از دست می دهند.



در ایران چهار گروه مار سمی داریم :

۱. گروه افعی ها (مانند افعی و گرزه مار)
۲. گروه مارهای کبرا (مانند کبرا و کفچه مار)
۳. گروه مارهای دریایی (مارهای آبی منطقه شمال ایران همگی غیر سمی و مارهای دریایی خلیج فارس و دریای عمان همگی سمی می باشند)
۴. گروه مارهای نیمه سمی

مسمومیت گزش مار به عوامل زیر بستگی دارد:



- ۱- اندازه مار
- ۲- محل، تعداد و عمق گزیدگی
- ۳- مقدار زهر تزریق شده
- ۴- حساسیت فردی نسبت به زهر
- ۵- سن و وزن مصدوم
- ۶- سلامتی عمومی عضو
- ۷- نوع و تعداد میکروبهایی موجود در حفره دهانی مار

علائم و نشانه های مسمومیت با سم مار شامل :

۱. آثار موضعی و ورم و درد در محل گزش و تاؤل خونریزی دهنده

۲. اکیموز (قرمزی)

۳. تهوع و استفراغ

۴. تاری دید

۵. افزایش ترشح بزاق

۶. ضعف عضلانی

۷. تعریق

۸. خواب آلودگی



۹. کاهش فشار خون

۱۰. سوزن شدن و گزگز نوک انگشتان

۱۱. خونریزی زیر پوستی، خون در ادرار، خلط خونی و خونریزی داخل شکمی و چشم در اثر تأثیر سم بر روی سیستم انعقادی بدن بوجود آید.

✓ درد معمولاً شدید و تیز و حالت سوزاننده داشته و در طی ۵ تا ۱۰ دقیقه ظاهر می شود اگر درد طی یک ساعت پس از مارگزیدگی ظاهر نشود یا مار از نوع غیر سمی بوده و یا اینکه مار سمی خود را آزاد نکرده است.

✓ ورم (تورم) ۳۰ دقیقه تا ۴ ساعت ظاهر می شود و در مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت افزایش یافته و ممکن است کل اندام را درگیر کند اگر ورم بعد از ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از گزیدگی ظاهر نشود. می توان مسمومیت با مار سمی را رد کرد.

۱۲. نارسانی کلیه معمولاً در مار گزیدگی شایع نبوده و گاهی ممکن است ایجاد شود که بدلیل رسوب هموگلوبین در کلیه رخ می دهد.

اقدامات اولیه هنگام مارگزیدگی :

۱- قربانی را از محل کمی دور کنید (ممکن است مار مجدداً حمله کند)

۲- عضو مبتلا را بی حرکت کرده و کمی پائین تر از سطح قلب نگه دارید.

۳- خارج کردن وسایل فشارنده مثل انگشتر و النگو و ساعت

۴- تمیز کردن و شستشوی زخم، با آب و صابون

۵- از قرار دادن یخ و برش دادن محل گزیدگی و بستن نوار پهن و پارچه در بالاتر از محل مار گزیدگی استفاده نکنید

۶- در صورت امکان سرمار نیز جهت شناسایی به بیمارستان آورده شود.

۷- از راه دهان هیچگونه ماده ای را به مصدوم ندهید بخصوص از دادن داروهای آرام بخش



و کورتون تا تایید تیم پزشکی خودداری کنید

۸- در صورت پیدایش علائم شوک شدید مصدوم را بخوابانید و پاهایش را بالاتر از سطح بدنش قرار دهید و روی وی را با پتو بپوشانید.

۹- از آوردن خود مار به اوژانس خودداری کرده زیرا حتی اگر مار سمی، مرده باشد در اغلب موارد مار فقط بیهوش و بی حرکت شده و هنوز نمرده است.

اقدامات درمانی در بیمارستان

۱- در صورت مشکلات شدید تنفسی و قلبی احیاء قلب و ریه بیمار می باشد.

۲- گرفتن نمونه خون جهت بررسی عملکرد کلیه ها و بررسی وجود مشکلات در انعقاد خون و سایر آزمایشات میزان هموگلوبین ، آزمایش ادرار و وجود خون در ادرار . در صورت افزایش تورم ممکن است فقدان نبض در عضو مورد گزیدگی افزایش درد و گزگز عضو پیش بیاید بایستی در صورت وجود این علائم اقدام لازم صورت گیرد.



۳- گرفتن نوار قلب

۴- در ۱۲ ساعت اول از راه دهان چیزی نخورد.

۵- بررسی و توجه به میزان برون ده ادراری

۶- بررسی علائم حیاتی بیمار فشار خون و نبض تنفس در ساعات اولیه بستری بطور مرتب

۷- برای درمان کاهش فشار خون از سرم تراپی استفاده می شود.

۸ - معمولا بیمار را در ۸ ساعت اول دقیقا تحت نظر قرار می گیرد و هرگز بیمار بدون همراه و تنها رها نشود.

۹- اندازه گیری محیط اندام محل گزیدگی بطور مرتب برای ۴۸ ساعت اول

۱۰- شستشوی محل زخم با محلول ضد عفونی کننده (بتادین) چند بار در روز

۱۱-تزریق پادزهر (سرم ضدمارگزیدگی) با توجه به وخامت وضعیت بیمار (وجود مسمومیت خونی، کلیوی، عضلانی، عصبی، مسمومیت قلبی) بنا به نظر پزشک اورژانس تزریق می شود.

۱۲-سرم ضد مار گزیدگی (پلی والان حاوی ضد سم پنج نوع مار سمی در کشور در انستیتورازی ساخته شده و در دسترس می باشد).

۱۳-پادزهر زمانی بیشترین تاثیر خود را دارد که طی ۴ ساعت اول و حداکثر تا ۱۲ ساعت پس از مارگزیدگی تزریق شود (رساندن سریع مصدوم به مرکز درمانی ازاین نظر حائز اهمیت می باشد).

۱۴-قبل از تزریق پادزهر نیاز به تست کردن می باشد و ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بعد خوانده می شود.

۱۵-در صورت منفی شدن به آرامی تزریق می شود حین تزریق در صورت پف آلودگی صورت، کهیر یا خارش، ناخوشی آشفستگی و اضطراب، افزایش ضربان قلب و تنگی نفس و کاهش فشار خون اطلاع داده شود تا اقدام لازم انجام شود.

۱۶-معمولا برای پیشگیری از واکنش حساسیت قبل از تزریق پادزهر از داروهای ضد حساسیت مثل دیفن هیدرامین استفاده می شود.

۱۷-در صورت حساسیت حین تزریق، تزریق سرم قطع می شود بعد از تجویز داروهای ضد حساسیت مجددا با سرعت کم تزریق می شود.

۱۸-تجویز توکسوئید کزاز بدلیل وجود میکروب کزاز در دهان مارها لازم است جهت پیشگیری از کزاز که بسیار بدتر از مارگزیدگی می باشد از سرم ضد کزاز استفاده شود.

۱۹-برای درمان عفونت محل گزیدگی از آنتی بیوتیک استفاده می شود

اگر بلافاصله بعد از مارگزیدگی فرد تحت مراقبت های ویژه قرار گیرد، احتمال بروز آسیب های جدی به حداقل می رسد.

پیشگیری

مردمی که در نواحی مار خیز زندگی می کنند باید از شلوارهای بلند و چکمه استفاده کنند و یا ساق پاها را با پارچه (کر باس یا برز نت) بپوشانند تا از گزش مارها در امان بمانند در مناطق شمالی ایران به ویژه جنگل نشینان از ساق بندهای ویژه ای که از پشم بافته می شود. استفاده می کنند و علت استفاده از چنین پوشش ها این است که بیش از نیمی از تمام مار گزیدگی ها در پایین ساق پاها صورت می گیرد.



در مناطق مار خیز از قدم زدن در شب یا در علفزارها و جنگل ها پرهیز کنید بی جهت و بدون علت مارها را نکشید زیرا مارها هنگام احساس خطر حمله می کنند.

یادتان باشد :

زنگوله کوچکی به کوله پشتی و یا کمر خود ببندید تا مارها را از ورودتان باخبر کنید یا سوت بزنید و آواز بخوانید با سرو

صدا کردن باعث فرار مارها از مسیر پیش رویتان شوید و مراقب باشید وارد حریم لانه مارها نشوید .

اگر شب قصد پیاده روی در علفزارها دارید از چراغ قوه استفاده کنید و جلوی پای خود را با دقت ببینید .

از یک چوب دستی یا یک عصا یا باتون کوهنوردی استفاده کنید و با کشیدن عصا روی زمین و ضربه زدن به سنگ ها یا شاخه های جلوی پایتان مار را از حضور خودتان آگاه کنید .

هرگز کوله پشتی و سایر وسایل ، سبد غذا و کیف لب تاپ (مهندسی که در مناطق کوهستانی و بیابانی کار می کنند) در باز روی زمین رها نکنید .

هنگام پوشیدن کفش دقت کنید که چیزی داخل آن نباشد . (در اغلب مواقع مقدار سم نوزادان مارهای سمی برای کشتن یک فرد بالغ کافی است .)

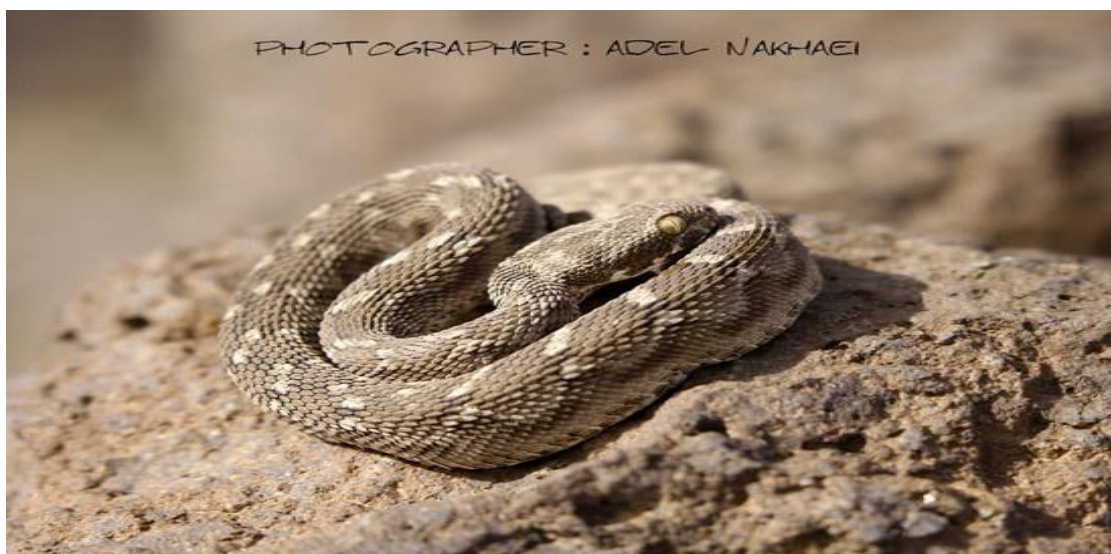
مشخصات مارهای سمی و غیر سمی خراسان شمالی :

مار جعفری :

- از مارهای سمی
- از خانواده افعی ها
- اندازه نسبتاً کوچک ۳۵ تا ۹۸ سانتیمتر ، دم ۷ سانتیمتر
- مردمک عمودی
- سر کمی باریک و مثلثی شکل
- رنگ : قهوه ای متمایل به خاکستری ، زیتونی ، خاکستری متمایل به زرد ، نوارهای زیگزاگی روشن ، ناحیه شکم سفید یا سفید مایل به زرد
- با وجود دو خط سفید صلیبی شکل بر روی سر (علامت صلیبی) از سایر مارها قابل تشخیص است .
- محل زندگی : مناطق شنی ، صخره ای ، خاک رسی ، بوته زارها و زیر تخته سنگها می باشد . معمولاً از مناطق باتلاقی و جنگلی دوری می کند ، در حاشیه روستاها و مراتع زندگی می کند .
- شب هنگام از غروب تا طلوع آفتاب فعالیت می کند ، حشرات ، عقربها ، رتیلها ، موشها و پرندگان کوچک را شکار می کند .
- روزها زیر بوته ها ، زیر سنگها و درون لانه جوندگان پنهان می شود
- در مواقع بارانهای سیل آسا که حفره های مار جعفری پر از آب می شود از پناهگاه خود خارج شده در این موقع است که چندین مار جعفری روی بوته ها و یا دیوارها و صخره ها دیده می شوند .

- در فصل بهار ۳ تا ۲۳ نوزاد بدنیا می آورد (نوزاد در بدن مار از تخم خارج می شود .) نوزاد در هنگام تولد ۱۵ سانتی متر بوده و پس از اولین پوست اندازی که یک هفته طول می کشد قادر به گزیدن و تزریق سم می باشد . اغلب نوزادهای یک هفته ای دارای سمی با غلظت بالا و کشنده می باشند .
- مار جعفری بسیار تنبل و آرام و بی سرو صدا حرکت می کند و به شدت از انسان دوری می کند .
- اگر در حال حرکت با انسانها مواجه شود پیش از هر اقدامی بدنبال مخفیگاه می گردد و اگر راه فراری نداشته باشد بی حرکت در جای خود می ماند و پس از اینکه از کنارش دور شدیم آرام آرام آن محل را ترک می کند .
- اگر در حال استراحت و چنبره زدن باشد و از کنارش عبور کنیم با صدایی که از خود تولید می کند می گوید : مبادا به من نزدیک شوید و پای خود را روی من بگذارید چرا که من خطرناک هستم .
- با این حال اگر به طرفش بروید به سرعت دور می شود و با مالیدن فلس ها و فیش فیش و پرتاب سر سعی می کند هشدار بدهد پس بهتر است از قلمرو او دور شوید تا خطری متوجه شما نشود . مار جعفری چنان از انسان دوری می کند که اگر در یک اتاق با یک مار جعفری چند روز را سپری کنیم به هیچ وجه به ما نزدیک نمی شود و خطری ایجاد نمی کند مگر اینکه ما بخواهیم به او آسیبی برسانیم .





گرزه مار :

- ❖ از مارهای سمی از خانواده افعی ها
- ❖ طول مار حداکثر ۱۶۵ سانتیمتر ، دم ۲۰ سانتیمتر
- ❖ مردمکهای عمودی
- ❖ سر مثلثی شکل با پولکهای ریز، گردن کاملاً باریک
- ❖ رنگ بدن : متفاوت بوده بیشتر به رنگ خاکستری روشن یا تیره ، نقره ای متمایل به سیاه ، ساده و یکنواخت و یا با خالهای متفاوت ، خالها گاهی به شکل دایره های ناقص یا کامل به رنگ قرمز آجری یا زرد زیتونی همراه با خالهای کوچک تیره .
- ❖ از مارمولکها ، موشها ، گنجشکها و تخم پرندگان تغذیه می کند .
- ❖ در فصل تابستان تا ۳۵ تخم می گذارد .
- ❖ در مناطق کوهستانی ، لای سنگها و بوته ها و تپه ها و علفزارها زندگی می کند .

مار شاختار :

- ❖ از مارهای سمی از خانواده افعی ها
- ❖ طول مار حداکثر ۷۰ تا ۱۰۰ سانتیمتر ، دم ۸ سانتیمتر
- ❖ سر پهن و گردن مشخص
- ❖ رنگ بدن : زرد ، خاکستری روشن یا قهوه ای ، با لکه های تقریباً چهارگوش متصل به هم از دو طرف ناحیه پشتی
- ❖ دو برآمدگی شاخ مانند متشکل از چندین فلس در بالای چشمها دیده می شود و از آن جایی که دو شاخ بر بالای چشم های مار دیده می شود و مردمکهای چشم آن عمودی است برخی گمان می کنند که افعی شاخدار نگاهی خوفناک و هشدار دهنده و از روی عمد به انسان می اندازد .
- ❖ در مناطق نیمه صحرایی و صخره ای زندگی می کند .
- ❖ ۲۰ نوزاد یا بیشتر (طرز زندگی بدرستی معلوم نیست)
- ❖ از جوندگان کوچک و مارمولکها تغذیه می کند .

مار آتشی : کج



- ❖ از مارهای غیر سمی
- ❖ طول مار حداکثر ۱۴۰ سانتیمتر ، دم ۳۵ سانتیمتر
- ❖ در مناطق نیمه صحرایی ، دشتها ، مزارع ، علفزارها ، مناطق صخره ای ، چمنزارها ، جنگلها و باغچه ها زندگی می کند .
- ❖ رنگ بدن : قرمز آجری به ندرت سیاه رنگ ، حاشیه پولکها روشن تر با خطوط تیره آجری در وسط هر پولک ، سطح شکم کمی قرمز یا زرد و صورتی

- ❖ در تابستان ۵ تا ۱۲ تخم نسبتاً بزرگ بطول ۵ سانتیمتر می گذارد .
- ❖ از جوندگان کوچک ، مارمولکها ، پرندگان کوچک و مارهای کوچک تغذیه می کند .
- ❖ حالت مار معمولاً عصبانی و در برخورد با انسان فرار نمی کند ، با صدای هیس هیس و جهشهای کوتاه انسان را ناراحت می کند و سعی دارد با حمله های مکرر او را گاز بگیرد .

کفچه مار (کبرا)

از مارهای سمی

- ✚ واژه کبرا از کلمه کپلو گرفته شده که در زبان پرتهالی به معنای ماری است که دارای کلاه کشیشی می باشد
- ✚ واژه کفچه همان قاشق در زبان فارسی می باشد از آنجا که سر این مار مانند قاشق است آن را کفچه مار می نامند .

✚ مردمک چشم گرد متمایل به بیضی

✚ حداکثر طول طول ۱۶۵ سانتیمتر ، دم ۲۷ سانتیمتر

✚ از قورباغه ها ، موشها ، پرندگان کوچک ، جوندگان و مارمولکها تغذیه می کند .

✚ رنگ بدن به رنگ زرد تیره یا قهوه ای کم رنگ ، قهوه ای تیره یا خاکستری متمایل به سیاه ، بدون خال و نقش

دارای یک یا چند حلقه تیره رنگ در قسمت قدامی سطح شکم

✚ نوزادان دارای حلقه های تیره رنگ در سرتاسر بدن

✚ تخمگذار بوده و ۸ تا ۱۲ تخم در فصل تابستان

✚ در صخره ها ، لای سنگها ، بوته ها و علفزارها زندگی می کند



نشانه های مسمومیت با افعی ها :

- ۲۰ درصد گزیدگی با مارهای افعی از نوع خشک بوده و گزش بدون تزریق سم می باشد .
- درد تیز و سوزاننده در محل گزش که ۵ تا ۱۰ دقیقه بعد از گزش ظاهر می شود اگر درد طی ۱ ساعت بعد از گزش ظاهر نشد گزش از نوع خشک بوده
- تورم در محل گزش نیم تا ۴ ساعت بعد از گزش ظاهر می شود و در مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت افزایش می یابد و ممکن است کل اندام را درگیر کند . اگر ادم ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از گزیدگی ظاهر نشود می توان مسمومیت با مار سمی را رد کرد .
- تاوهای کوچک (حاوی سرم یا خون) طی ۲۴ تا ۳۶ ساعت بعد از گزش ظاهر می شود .
- سایر علائم تهوع و استفراغ در ساعت اولیه نشان دهنده مسمومیت شدید می باشد .
- تب و ضعف ، تعریق و سرگیجه و سنگ کوپ
- بی حسی در اطراف دهان ، صورت و پوست سر ، گزگز و سوزن سوزن شدن نوک انگشتان که نشان دهنده مسمومیت متوسط تا شدید می باشد .
- اختلال انعقادی خون یکی از مشخص ترین و مهمترین علائم و نشانه های گزش افعی ها بوده و معمولاً ۱۰ ساعت پس از گزش رخ می دهد و بصورت خونریزی از بینی ، خلط خونی ، خون در ادرار و مدفوع ، خونریزی در شکم ، چشم و مغز ظاهر می شود .
- نارسایی کلیه شایع نیست و بدلیل افت فشارخون و یا رسوب سلولهای خونی (هموگلوبین) داخل توبولهای کلیه می باشد .
- کاهش سطح هوشیاری و شوک قلبی و عروقی ممکن است رخ دهد .

تقسیم بندی درجه مسمومیت مارگزیدگی افعی ها :

- **درجه صفر :** درد خفیف ، قطرا دم و قرمزی کمتر از ۲/۵ سانتیمتر

- **خفیف درجه ۱:** آز مایشات خون طبیعی می باشد . درد متوسط ، قطر ادم و قرمزی ۲/۵ تا ۱۲ سانتیمتر
- **درجه ۲ (متوسط) :** درد شدید ، قطر ادم و قرمزی ایجاد شده ۱۵ تا ۲۷ سانتیمتر ، ضعف ، بیحالی تب ، تهوع و استفراغ وجود دارد . اختلال در انعقاد خون خفیف وجود دارد .
- **درجه ۳:** مسمومیت شدید ، علائم مانند درجه ۲ می باشد اما اختلال در انعقاد خون واضح وجود دارد .
- ❖ **درجه ۴:** علائم مسمومیت خیلی سریع ظاهر می شود . علائم موضعی تاول ، قرمزی (اکیموز) در طی چند ساعت اول ظاهر شده و علائم عمومی ، تهوع و استفراغ ، گزگز لبها و صورت در ۵ دقیقه اول وجود دارد . گرفتگی دردناک عضلات ، رنگ پریدگی ، تعریق ، پوست سرد و خمیری ، بی اختیاری ادرار و تشنج ممکن است اتفاق بیفتد .
- کلیه بیمارانی که توسط افعی ها گزیده می شوند باید سریعاً به مرکز درمانی رسانده شوند .
- کلیه اقدامات قبل از رسیدن به مرکز درمانی و اقدامات مراکز درمانی در صفحات قبل توضیح داده شد .
- در مراکز درمانی بسته به شرایط بیمار سایر اقدامات و تجویز سرم ضد مار انجام می شود .
- همه بیمارانی که علائم و نشانه های پیشرونده دارند مثل درد ، تورم ، قرمزی (اکیموز) و اختلال در آزمایشات خونی (افزایش زمان انعقاد و کاهش پلاکت دارند) و علائم سیستمیک مثل کاهش سطح هوشیاری و اختلال در علائم حیاتی دارند بایستی بلافاصله آنتی ونوم (سرم ضد مار) دریافت کنند .
- مهم است که علائم حیاتی و مقدار تورم محل گزش حین و بعد از تزریق آنتی ونوم مرتب اندازه گیری شود .
- هر ۳۰ دقیقه قسمت بالا و پائین محل گزش را اندازه گیری کرده باید حاشیه تورم علامت گذاری شود .
- تستهای آزمایشگاهی هر ۴ ساعت پس از تجویز سرم ضد مار مجدد بررسی شوند .
- این مراقبتها بعنوان نشانگرهای پیشرفت علائم و تأثیر آنتی ونوم مورد استفاده قرار می گیرند و در صورت بدتر شدن حال بیمار از مقادیر بیشتری از سرم ضدمار استفاده می گردد .
- با مشاهده یک زخم کوچک و بی عارضه و آزمایشات طبیعی در ابتدای ورود بیمار به اورژانس نباید فریب خورد . کلیه بیماران تا ۸ ساعت در اورژانس تحت نظر می باشند و بیمارانی که گزش خشک دارند و ۸ ساعت

تحت نظر می باشند قابل ترخیص هستند به آنها توصیه می شود در صورت برگشت درد ، تورم و ایجاد خونریزی سریعاً به اورژانس مراجعه کنند .

➤ بیماران بدحال تر در بخش مراقبتهای ویژه بستری می شوند و سایر بیماران که علائم ضعیف و متوسط که در بخش بستری هستند و سرم ضد مار دریافت کردند . زمانی قابل ترخیص می باشند که تورم رو به بهبود است آزمایشات خون طبیعی باشد و بیمار قادر به راه رفتن باشد به این بیماران توصیه می شود تب و راش) دانه های ریز قرمز در پوست) ، درد مفاصل ۱ تا ۲ هفته بعد از ترخیص مورد توجه قرار دهد و در صورت بروز آن مراجعه کنند .

نشانه های مسمومیت با مار کبرا (کفچه مار) :

- ۴۵ درصد گزش با مارهای کبرا از نوع گزش خشک بوده و مار سم خود را تزریق نکرده است .
- بعضی از انواع کبری قادرند سم خود را سوی قربانی پرتاب کنند که معمولاً چشم را هدف می گیرد .
- علائم گزش شامل :
- درد در محل گزش
- ادم پیشرونده موضعی
- ✚ افتادگی پلک ، اختلال در بلع ، اختلال در دید (دوبینی)
- ✚ ضعف عضلانی (فلج شل)
- ✚ آبریزش دهان ، تهوع و استفراغ
- ✚ در پرتاب سم در چشم احساس شکافته شدن و اختلال بینایی وجود دارد .
- ✚ خواب آلودگی ، افت فشارخون ، تنفس مشکل ، اختلال سطح هوشیاری ممکن است رخ دهد .
- ✚ واکنش محل گزش تا ۴۸ ساعت پدید نیاید و خونریزی موضعی و نکروز (سیاه شدن) ایجاد شود .
- ✚ اختلالات انعقاد خون در گزش با کبرا نادر است که استثناء آن کبراهای پرتاب کننده سم می باشند .
- ✚ بدلیل قوی بودن سم و جثه مار معمولاً بلافاصله پس از گزش نشانه های آشکار مسمومیت دیده می شوند .

✚ در گزش کبرا نباید از روی شکل زخم شدت مسمومیت را تخمین زد چون بین علائم ظاهری محل گزش و علائم ایجاد شده ارتباطی وجود ندارد .

✚ تنها درمان مسمومیت در گزش کبرا ، سرم ضد مار (آنتی ونوم) می باشد .

✚ تزریق سرم ضد کبرا (آنتی ونوم) بر روی عوارض موضعی و نکروز محل گزش اثر ندارد و تنها اثرات سیستمیک گزیدگی را کاهش می دهند .

✚ داروی نئوستگمین در صورت وجود ضعف شدید عضلات تزریق می شود .

✚ در بیمارانی که علائم مسمومیت ندارند باید ۲۴ ساعت تحت نظر قرار بگیرند مرگ در اثر گزش با کبرا معمولاً در ۲ تا ۳ ساعت اولیه رخ می دهد .

✚ در صورت درمان کافی و بموقع سرم ضد مار در کنار سایر درمانهای حمایتی لازم و مراقبت تنفسی مسمومیت عصبی بهبود می یابد که البته روند بهبود ممکن است سیر کندی داشته و تا ۶ روز طول بکشد .



زنبور گزیدگی:

یکی از شایع ترین انواع گزش حشرات است.

زنبورها شامل زنبور زرد، زنبور عسل، زنبور سرخ

بوده، واکنش معمولی به دنبال نیش زنبور درد

تیزی است که به مدت چند دقیقه طول

می کشد و به دنبال خود کهیر (کبودی) در محل

گزیدگی، قرمزی و خارش شدید ایجاد می کند تمام علائم ناشی از گزش به طور طبیعی در عرض چند ساعت فروکش می کند.



بزرگترین و خطرناکترین زنبور جهان

در افراد حساس به زهر زنبورواکنش حساسیتی شدید شامل تنگی نفس، قرمزی و خارش کل بدن، افت فشار خون، تورم صورت و گلو و سیانوز (کبودی در لبها و ناخ‌ها) رخ دهد که تهدید کننده زندگی فرد می باشد در این مواقع نیاز به اقدام فوری برای نجات جان فرد می باشد.

اقدامات



۱- آرام باشید و خونسردی خود را حفظ کنید

۲- سریعا از آن محل دور شده، به محیط ایمنی بروید

۳- از حرکت و فعالیت زیاد و شدید خودداری کنید

۴- آرام و عمیق نفس بکشید

۵- در صورت مشاهده نیش در محل گزش باید آن را با لبه یک چاقو یا کارت اعتباری به آرامی و دقت بیرون بکشید،

نیش را در امتداد پایه آن از محل خارج کنید تا از شکسته شدن آن در زیر پوست جلوگیری گردد

۶- محل گزش را با آب و صابون بشویید (دقت کنید استفاده از آب بسیار سرد ممکن است

باعث تشدید درد و سوزش شود) و با استفاده از یک دستمال پارچه ای کتانی تمیز خشک کنید، از ساییدن و مالش شدید ضایعه خودداری نمایید.

۷- مقدار کمی پماد کالامین، کالاندولا یا هیدروکورتیزون بر روی ضایعه بمالید

۸- تا زمان بهبودی به توصیه های بالا کاملاً عمل نمایید

در موارد زیر حتماً به پزشک یا مرکز اورژانس مراجعه کنید

۱- اگر محل گزش در سر، صورت، گردن، داخل دهان یا بینی و چشم ها است.

۲- اگر دچار گزش در چندین نقطه ی مختلف و متعدد شده اید

۳- اگر سابقه ی حساسیت شدید به نیش زنبور یا سایر حشرات را دارید

۴- اگر سابقه ی ابتلا به آسم، حساسیت های تنفسی یا پوستی و کهیر در شما وجود دارد

۵- اگر از آخرین زمانی که واکسن کزاز تزریق کرده اید بیش از ۱۰ سال می گذرد

۶- در صورت علائم شوک (ضعف و افت فشار خون و تپش قلب و رنگ پریدگی و تعریق شدید) یا تنگی نفس شدید و

تنفس صدا دار و خس خس سینه و تورم گلو و زبان و حلق و پلک ها

پس از ترخیص تا زمان بهبودی به نکات و توصیه های زیر توجه کنید:

۱- خنک کردن ضایعه باعث کاهش احساس خارش می شود، می توانید از دوش آب سرد، کمپرس سرد یا کیسه ی یخ

در طول ۲۴ ساعت اول استفاده کنید (کیسه ی یخ را در یک پوشش پارچه ای پیچیده و به مدت ۲۰ دقیقه بر روی

پوست قرار دهید، از تماس مستقیم یخ با پوست جلوگیری نمایید، این کار را می توانید با فاصله ی ۱ ساعت تکرار کنید).

۲- برای کاهش تورم می توانید اندام خود را (هنگام خوابیدن یا نشستن) بالاتر از سطح بدن قرار دهید (یک یا دو عدد

بالش را در زیر اندام خود به شکلی قرار دهید که دست یا پای شما بر روی آن تکیه کرده و در ارتفاع بالاتر از قلب قرار

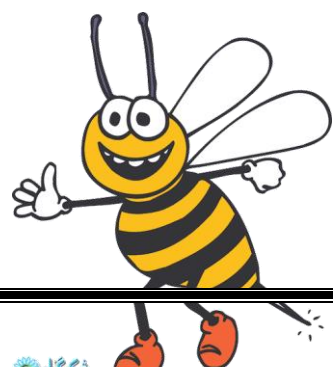
بگیرد) این کار به خصوص در ۲۴ ساعت اول موثر خواهد بود.

۳- اگر سابقه ی حساسیت شدید به نیش زنبور یا سایر حشرات و یا سابقه ی ابتلا به آسم، حساسیت های تنفسی یا

پوستی و کهیر در شما یا اعضای خانواده تان وجود دارد حتماً به پزشک اطلاع دهید

۴- از ایجاد فشار شدید بر روی ضایعه یا بستن محکم اندام بالاتر از محل

گزش خودداری کنید.



۵- در صورتی که هنگام ترخیص داروی خاصی برای شما تجویز شده است

فقط همان دارو را طبق دستور مصرف کنید.

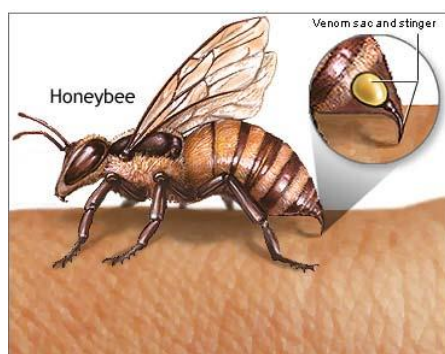
۶- برای کاهش درد و ناراحتی می توانید از داروهای ضد درد معمولی مثل استامینوفن، بروفن، ناپروکسن یا ژلوفن استفاده کنید.

۷- برای بهبود علائم می توانید از داروهای آنتی هیستامین مختلف مثل پرومتازین، هیدروکسی زین، لوراتادین، سیتیزین، فکسوفنادین یا دیفن هیدرامین (حداکثر سه بار در روز) استفاده نمایید. (ترجیحا طبق نظر پزشک)

۸- توجه کنید مصرف داروهای آنتی هیستامین در اغلب موارد باعث ایجاد خواب آلودگی شدید می شود، بنابراین پس از مصرف آنها از انجام فعالیت های مهم که نیاز به تمرکز ذهنی دارند (به خصوص رانندگی) کاملاً پرهیز کنید.

۹- درمان زنبور گزیدگی در اغلب موارد نیاز به مصرف آنتی بیوتیک خوراکی ندارد، بنابراین از مصرف خودسرانه ی این داروها جدا خودداری کنید.

۱۰- از مصرف ترکیبات تزریقی یا خوراکی کورتون دار (مثل دگزامتازون، بتامتازون، هیدروکورتیزون، پردنیزولون) به طور خودسرانه و بدون دستور پزشک کاملاً خودداری نمایید



۱۱- از ترکیبات گیاهی ناشناخته (موضعی یا خوراکی) به هیچ عنوان استفاده نکنید.

۱۲- در صورتی که برای بیماری خاصی داروهای دیگری را به طور دائم مصرف می کنید (مثل انواع کورتون یا آسپرین) حتماً به

پزشک خود اطلاع دهید. اما به هیچ وجه به طور خودسرانه مصرف دارو را تغییر نداده یا قطع نکنید.

۱۳- از خاراندن ضایعات خودداری کنید، خارش آنها باعث زخمی شدن و بروز عفونت شدید پوستی می شود.

۱۴- ناخن های خود را کاملاً کوتاه نگاه دارید تا در صورت خاراندن ناخواسته ی ضایعات به خصوص در خواب پوست شما دچار زخم و عفونت نشود.

۱۵- برای کاهش احساس خارش شدید می توانید از پمادهایی مثل کالامین، کالاندولا یا کورتون های خفیف (هیدروکورتیزون) بر روی پوست استفاده کنید.

۱۶- از الکل یا بتادین یا آب اکسیژنه بر روی ضایعات استفاده نکنید.

۱۷- زنبور گزیدگی نیاز به پانسمان و پوشیده شدن با باند و گاز استریل ندارد.

۱۸- گرما در اغلب موارد باعث تشدید قرمزی و التهاب ضایعات و بیشتر شدن احساس خارش آنها می شود. بنابراین باید از گرم شدن آنها (مثلا تماس با آب گرم، بخار آب داغ، فعالیت در هوای گرم) پرهیز شود.



۱۹- تابش مستقیم آفتاب بر روی ضایعه را کاملا محدود کنید.

۲۰- لباس های کاملا نخی و پوشیده با آستین و پاچه های بلند بر تن کنید تا تماس ضایعه با مواد مختلف باعث تحریک آنها نشود.

۲۱- تماس خود با گل ها و گیاهان (مثلا حضور در باغ یا پارک یا گل فروشی) را تا حد امکان محدود کنید.

۲۲- به طور مرتب استحمام کرده و پوست را کاملا تمیز نگاه دارید تا از بروز عفونت های ثانویه پیشگیری شود.

۲۳- از صابون ها یا مواد شوینده ی معطر برای استحمام و شستن لباس ها استفاده نکنید و از تماس طولانی مدت ضایعات با کف و مواد شوینده جلوگیری نموده و بلافاصله پس از شستشو محل گزش را خشک نمایید.

۲۴- از اصلاح و تراشیدن موهای ناحیه ی گزش تا زمان بهبودی پرهیز کنید

۲۵- از تماس نزدیک با حیوانات پرندگان و فضولات آنها دوری کنید

۲۶- از تماس خاک و گردوغبار با پوست محل گزش جلوگیری نمایید

۲۷- از استعمال انواع کرم ها و لوسیون های آرایشی مختلف بر روی ضایعه خودداری کنید

۲۸- مصرف هرگونه مواد بهداشتی، آرایشی، شوینده و انواع عطر و اسپری (بویژه با بوهای تند و شدید) را تا حد امکان کاهش دهید



۲۹- تا زمان بهبودی کامل از مواد شیمیایی یا بهداشتی غیر ضروری مانند رنگ مو استفاده نکنید

۳۰- از شنا کردن در استخرهای عمومی خودداری کنید

۳۱- تا حد امکان از استعمال سیگار و قلیان و تماس با انواع دود خودداری نمایید

۳۲- از انجام فعالیت های سنگین جسمانی و خستگی شدید بویژه در هوای گرم خودداری کرده، استراحت کافی داشته باشید و مایعات کافی بنوشید

۳۳- اگر سابقه ی حساسیت شدید نسبت به نیش زنبور یا سایر حشرات (مثل تنگی نفس یا قرمزی و خارش کل بدن) در شما وجود داشته و نیز در محیط کار یا زندگی تان احتمال بروز گزش مجدد وجود دارد توصیه می شود جهت بررسی های تکمیلی و درمان های حساسیت زدایی به متخصص آلرژی و سیستم ایمنی مراجعه کنید.

در صورت بروز هر یک از علایم زیر مجدداً به اورژانس یا پزشک مراجعه کنید:

عدم بهبودی علایم پس از ۲۴ ساعت

۱- تشدید تورم ضایعه و گسترش یا دردناکی شدید آن

۲- خارش بسیار شدید ضایعه با وجود مصرف داروها

۳- بروز تاول یا زخمی شدن ضایعات

۴- تشدید قرمزی و گرمی ضایعه

۵- ترشح چرکی و بدبو از محل گزش

۶- بروز کهیر یا ضایعات پوستی در سراسر بدن

۷- احساس خارش در سراسر بدن

۸- تنگی نفس، سختی تنفس یا تنفس صدادار (خس خس سینه)

۹- سرفه یا گرفتگی گلو

۱۰- اختلال و سختی بلع

۱۱- بیرون ریختن بزاق (آب دهان) از دهان

۱۲- تورم زبان، حلق، گلو و لب ها

۱۳- تورم اطراف چشم، صورت یا دست و پاها

۱۴- هرگونه خونریزی

۱۵- تب و لرز

۱۶- سردرد یا سرگیجه





۱۷-رنگ پریدگی یا تعریق شدید

۱۸-درد یا سنگینی قفسه ی سینه و تپش قلب

۱۹- اسهال، تهوع و استفراغ یا درد شکم

۲۰-درد،سفتی یا تورم مفاصل (زانو، انگشتان،...)

۲۱-ضعف و بی حالی یا خواب آلودگی شدید

۲۲-بروز عوارض ناشی از مصرف داروها به خصوص خواب آلودگی شدید

عقرب گزیدگی :



عقرب ها بیشتر روزها پنهان می شوند و شب ها به فعالیت می پردازند و به اماکن مرطوب و خفه علاقه دارند

و از این جهت ممکن است شب در کفش های شما داخل شوند.

نشانه های زیر معمولا پس از عقرب گزیدگی مشاهده می شود:

۱-درد شدید در محل گزش

۲-تورم و برجستگی وسیع همراه با فرورفتگی (در اثر ورود نیش) در وسط آن

۳- تغییر رنگ محل از قرمزی تا کبودی

۴- خارش و سوزش شدید

۵- بی حسی و احساس گزگز یا سوزن سوزن شدن در اطراف محل گزش

۶- حساسیت شدید نسبت به لمس (تشدید درد در صورت برخورد دست یا لباس)

۷- احساس ضعف و خستگی

۸- خواب آلودگی

۹- بی قراری و اضطراب

۱۰- درد و گرفتگی عضلات اندام

۱۱- احساس سوزش و خارش لب ها، زبان، حلق و گلو

۱۲- افزایش ترشح بزاق (آب دهان)

۱۳- اختلال تکلم

۱۴- تپش قلب

۱۵- تند شدن تنفس و احساس تنگی نفس

۱۶- تب خفیف



اقدامات و درمان

۱- دور کردن بیمار از محل

۲- بی حرکت کردن بیمار و عضو گزیده شده

۳- استفاده از کمپرس سرد برای کمک به جذب آهسته سم در بدن

۴- رساندن مصدوم به نزدیک ترین مرکز درمانی

۵- با توجه به وضعیت مصدوم در مراکز درمانی

۶- تزریق پادزهر

۷- بررسی وضعیت تنفس و هوشیاری بیمار در صورت مشکلات تنفسی انجام اقدامات لازم

۸- در صورت تشنج، کنترل آن

۹- درمان کرامپ های (گرفتگی) عضلانی

۱۰- تسکین درد

پس از ترخیص تا زمان بهبودی به نکات زیر توجه کنید

۱- علائم موضعی مانند درد و تورم حداقل به مدت ۳-۱ روز (۲۴ تا ۷۲ ساعت) ادامه می یابند.

۲- در طول چند روز آینده ممکن است دچار احساس ضعف، بی حالی، خستگی، بی اشتها، خفیف و علائم شبیه سرماخوردگی (مثل تب خفیف، سردرد و درد عضلانی) باشید و نیاز به استراحت کافی خواهید داشت، بهتر است در این مدت به هیچ وجه تنها نمانید و حتماً توسط یکی از افراد خانواده یا نزدیکان به خصوص در زمانی که به خواب می روید مراقبت شوید، این فرد باید هنگام خواب هر ۴-۲ ساعت وضعیت تنفسی شما را از نظر تند یا صدادار شدن نفس ها یا بروز خس خس سینه و سختی تنفس بررسی کند.

۳- خنک کردن ضایعه باعث کاهش احساس درد و خارش می شود، می توانید از دوش آب سرد، کمپرس سرد یا کیسه ی یخ در طول ۷۲-۲۴ ساعت استفاده کنید (کیسه ی یخ را در یک پوشش پارچه ای پیچیده و به مدت ۲۰ دقیقه بر روی پوست قرار دهید، از تماس مستقیم یخ با پوست جلوگیری نمایید، این کار را می توانید با فاصله ی ۱ ساعت تکرار کنید)

۴- برای کاهش تورم می توانید اندام خود را (هنگام خوابیدن یا نشستن) بالاتر از سطح بدن قرار دهید (یک یا دو عدد بالش را در زیر اندام خود به شکلی قرار دهید که دست یا پای شما بر روی آن تکیه کرده و در ارتفاع بالاتر از قلب قرار بگیرد) این کار به خصوص در ۲۴ ساعت اول موثر خواهد بود.

۵- در صورتی که هنگام ترخیص داروی خاصی برای شما تجویز شده است فقط همان دارو را طبق دستور مصرف کنید.

۶- برای کاهش درد و ناراحتی می توانید داروهای ضد درد معمولی مثل استامینوفن، بروفن، ناپروکسن یا ژلوفن مصرف کنید، توصیه می شود از مصرف آسپرین خودداری نمایید.

۷- از خاراندن ضایعه خودداری کنید، خارش باعث زخمی شدن و بروز عفونت شدید پوستی می شود

۸- ناخن های خود را کاملاً کوتاه نگاه دارید تا در صورت خاراندن ناخواسته ی ضایعه به خصوص در خواب پوست شما دچار زخم و عفونت نشود.

۹- برای کاهش احساس خارش شدید می توانید از پمادهایی مثل کالامین، کالاندولا یا کورتون های خفیف (هیدروکورتیزون) بر روی پوست استفاده کنید.

۱۰- از الکل یا بتادین یا آب اکسیژنه بر روی ضایعه استفاده نکنید.

۱۱- عقرب گزیدگی اغلب نیاز به پانسمان و پوشیده شدن با باند و گاز استریل ندارد و در صورت نیاز به انجام آن هنگام ترخیص به شما اطلاع داده می شود .

۱۲- گرما در اغلب موارد باعث تشدید قرمزی و التهاب ضایعات و بیشتر شدن احساس خارش می شود بنابراین باید از گرم شدن آن (مثلاً تماس با آب گرم، بخار آب داغ، فعالیت در هوای گرم) پرهیز شود

۱۳- تابش مستقیم آفتاب بر روی ضایعه را کاملاً محدود کنید

۱۴- لباس های کاملاً نخی و پوشیده با آستین و پاچه های بلند بر تن کنید تا تماس ضایعه با مواد مختلف باعث تحریک آنها نشود، دقت کنید که لباس ها کاملاً گشاد و آزاد باشند تا تماس خود آن ها با پوست باعث تشدید درد و ناراحتی نگردد.

۱۵- تماس خود با گل ها و گیاهان (مثلاً حضور در باغ یا پارک یا گل فروشی) را تا حد امکان محدود کنید

۱۶- به طور مرتب استحمام کرده و پوست را کاملاً تمیز نگاه دارید تا از بروز عفونت های ثانویه پیش گیری شود

۱۷- از صابون ها یا مواد شوینده جلوگیری نموده و بلافاصله پس از شستشو محل گزش را خشک نمایید

۱۸- از اصلاح و تراشیدن موهای ناحیه ی گزش تا زمان بهبودی پرهیز کنید

۱۹- از تماس نزدیک با حیوانات، پرندگان و فضولات آنها دوری کنید

۲۰- از تماس خاک و گردوغبار با پوست محل گزش جلوگیری نمایید

۲۱- از استعمال انواع کرم ها و لوسیون های آرایشی مختلف بر روی ضایعه خودداری کنید

۲۲- مصرف هر گونه مواد بهداشتی، آرایشی، شوینده و انواع عطر و اسپری (بویژه با بوهای تند و شدید) را تا حد امکان کاهش دهید

۲۳- تا زمان بهبودی کامل از مواد شیمیایی یا بهداشتی غیر ضروری مانند رنگ مو استفاده نکنید

۲۴- از شنا کردن در استخرهای عمومی خودداری کنید.

۲۵- تا حد امکان از استعمال سیگار و قلیان و تماس با انواع دود خودداری نمایید

۲۶- از انجام فعالیت های سنگین جسمانی و خستگی شدید بویژه در هوای گرم خودداری کرده استراحت کافی داشته باشید و مایعات کافی بنوشید.

۲۷- اندامی که دچار گزش شده است را تا حد امکان بی حرکت و در حالت استراحت (ترجیحا بالاتر از سطح بدن) نگاه داشته و از انجام فعالیت های مختلف که باعث فشار بر عضلات می شود مانند راه رفتن طولانی، پرش از ارتفاع، دویدن و حمل بارهای سنگین خود داری کنید.

۲۸- چنانچه برای شما اتل گیری انجام شده است، از باز کردن مداوم و دلخواه آن خودداری کنید آتل خود را همواره بسته نگاه دارید مگر آن که پزشک هنگام ترخیص اجازه ی باز کردن آن را در مواقع خاص مانند شب ها برای خواب و یا هنگام حمام کردن داده باشد

۲۹- آتل را نزدیک به منابع حرارتی (شعله، بخاری، نور آفتاب مستقیم) قرار ندهید چون باعث نرم شدن و تغییر شکل آن می شود و اثر گذاری مطلوب آن از بین می رود.

۳۰- از وارد کردن ضربه های سخت و سنگین که احتمالا باعث شکستن/ ترک خوردن/ سوراخ شدن/ تغییر شکل اتل می شود خودداری کنید.

۳۱- اتل خود را تمیز نگاه دارید و از ورود هر گونه مواد زاید و آلودگی به داخل آن خودداری کنید و هنگام غذا خوردن روی آن را بپوشانید

۳۲- در صورت امکان روزانه ۲ نوبت درجه حرارت بدن خود را با ترمومتر (درجه حرارت) گیر اندازه گیری کنید

۳۳- اگر سابقه ی حساسیت شدید نسبت به نیش عقرب، زنبور یا سایر حشرات (مثل تنگی نفس یا قرمزی و خارش کل بدن) در شما وجود داشته و نیز در محیط کار یا زندگی تان احتمال بروز گزش مجدد وجود دارد توصیه می شود جهت بررسی های تکمیلی و درمان های حساسیت زدایی به متخصص آلرژی و سیستم ایمنی مراجعه کنید.

در صورت بروز هر یک از علایم زیر مجددا به اورژانس یا پزشک مراجعه کنید

۱- عدم بهبودی علایم پس از ۷۲ ساعت

۲- تشدید تورم ضایعه و گسترش یا دردناکی شدید آن

۳-خارش و سوزش بسیار شدید ضایعه با وجود مصرف داروها

۴-تشدید قرمزی و گرمی ضایعه یا کبودی شدید آن

۵-ترشح چرکی و بدبو از محل گزش

۶-بروز درد شدید یا تورم یا تغییر رنگ (قرمزی یا کبودی) در سراسر اندامی که دچار گزش شده است یا دردناک شدن

حرکات اندام یا تغییر رنگ ناخن های آن

۷-بروز کهیر (کبودی) یا ضایعات پوستی در سراسر بدن

۸-احساس خارش در سراسر بدن

۹-تنگی نفس، سختی تنفس، تنفس صدادار (خس خس سینه)

۱۰-سرفه ی شدید یا گرفتگی گلو

۱۱-اختلال و سختی بلع و ناتوانی در فرو بردن مواد مختلف

۱۲-بیرون ریختن بزاق (آب دهان) از دهان

۱۳-تورم شدید و قرمزی زبان ،حلق، گلو و لب ها

۱۴-تورم اطراف چشم، صورت یا دست وپاها

۱۵-هر گونه خونریزی از هر نقطه ی بدن

۱۶-تب بالاتر از ۳۸ درجه و حملات لرز

۱۷-سردرد مقاوم به درمان با داروهای ضد درد معمولی مثل استامینوفن و بروفن

۱۸-سرگیجه شدید و پایدار

۱۹-تشنج

۲۰-رنگ پریدگی یا تعریق شدید و تپش قلب

۲۱-درد یا سنگینی و گرفتگی قفسه ی سینه یا تپش قلب

۲۲-اسهال، تهوع و استفراغ با درد شکم

۲۳-درد، سفتی یا تورم مفاصل (زانو، انگشتان ،....)

۲۴-ضعف و بی حالی یا خواب آلودگی شدید



- ۲۵- بروز عوارض ناشی از مصرف داروها به خصوص خواب آلودگی شدید
- ۲۶- شکستن، آسیب دیدن، خیس شدن یا تغییر شکل آتل
- اگر در آینده مجددا دچار عقرب گزیدگی شدید
- ۱- آرام باشید و خونسردی خود را حفظ کنید
- ۲- سریعا از آن محل دور شده به محیط ایمنی بروید
- ۳- از حرکت و فعالیت زیاد و شدید خودداری کنید
- ۴- اگر تنها هستید با فریاد زدن یا تماس تلفن همراه از یک نفر درخواست کمک نمایید
- ۵- آرام و عمیق نفس بکشید
- ۶- از شکافتن محل گزش، مکیدن آن یا بستن محکم اندام در بالاتر از محل گزش جدا خودداری کنید
- ۷- محل گزش را با آب و صابون بشویید و با استفاده از یک دستمال پارچه ای کتانی تمیز خشک کنید، از ساییدن و مالش شدید ضایعه خودداری نمایید
- ۸- اندام را بالاتر از سطح بدن نگاه دارید
- ۹- مقدار کمی پماد کالامین، کالاندولا یا هیدروکورتیزون بر روی ضایعه بمالید
- ۱۰- برای کاهش درد استامینوفن، بروفن، ناپروکسن یا ژلوفن مصرف کنید
- ۱۱- تا زمان بهبودی به توصیه های بالا کاملا عمل نمایید
- در موارد زیر حتما به پزشک یا مرکز اورژانس مراجعه کنید
- ۱- اگر محل گز در سر، صورت، گردن، داخل دهان یا بینی و چشم ها است
- ۲- اگر دچار گزش در چندین نقطه ی مختلف و متعدد شده اید
- ۳- اگر هر یک از علائم بالا در شما بروز کرده است
- ۴- اگر سابقه ی حساسیت شدید به نیش عقرب، زنبور یا سایر حشرات را دارید
- ۵- اگر سابقه ی ابتلا به آسم، حساسیت های تنفسی یا پوستی و کهیر در شما وجود دارد
- ۶- اگر از آخرین زمانی که واکسن کزاز تزریق کرده اید بیش از ۱۰ سال می گذرد

۷- اگر سابقه ی مرگ، نارسایی قلبی - تنفسی یا بستری طولانی مدت در اثر عقر ب گزیدگی در ساکنان منطقه ی محل زندگی شما وجود دارد.

منابع:

- برونر سودارث بیماری های قلب وعروق ۲۰۲۲
- هاریسون
- برونر سودارث بیماری های تنفسی ۲۰۲۲
- برونر سودارث بیماری های مغز و اعصاب ۲۰۲۲
- [www.iranepi](http://www.iranepi.ir) بروشورهای انجمن صرع و تشنج ایران
- <http://darman.tums.ac.ir>
- پرستاری داخلی – جراحی برونر – سودارث . بیماریهای عفونی ، اورژانس و بلایا ۲۰۱۴
- بیماریهای ناشی از آسیبهای محیطی (جودیت ای تنتینلی) . گردآوری و ترجمه دکتر علی شهرامی ، دیگران ۱۳۹۳
- اورژانسهای طب داخلی CMMD . مولفین : دکتر سید اصغر ساداتیان و دیگران . ۱۳۹۳
- مسمومیت ، اصول ، تشخیص و درمان . مؤلفین دکتر حمید کریمیان و دیگران . ۱۳۸۸
- دستورالعمل یکپارچه ترخیص از اورژانس ((دیتا)). گردآورندگان :دکتر رضا عزیز خانی و دکتر روشنک مهدی پور و دکتر کیهان گلشنی
- کتاب مسمومیت‌های رضا پوردست گردان /سایت پرستاران توانمند ایران