



عنوان دوره آموزشی

مراقبت از بیماران دارای محدودیت حرکتی

پاییز ۱۳۹۸



عنوان بسته ی آموزشی : مراقبت از بیماران دارای محدودیت حرکتی

مدت دوره : ۲۰ ساعت

گروه هدف : کمک بهیاران

اهداف آموزشی :

پس از پایان این دوره از فراگیران انتظار می رود:

محدودیت حرکتی را تعریف کند.

علل محدودیت حرکتی را نام ببرد.

عملکرد دستگاه عضلانی و اسکلتی را شرح دهند.

مراقبتهای لازم در محدودیتهای دستگاه عضلانی و اسکلتی را شرح دهند.

روش و نحوه اجرای آموزشی : کتابخوانی – غیر حضوری

نحوه ارزشیابی : الکترونیکی

فهرست :

.....	مقدمه:
.....	اختلال در تحرک جسمانی یا محدودیت حرکتی:
.....	دستگاه عضلانی - اسکلتی
.....	اختلالات عضلانی - اسکلتی:
.....	دررفتگی (Dislocation) و نیمه در رفتگی (Subluxation)
.....	سندرم تونل کارپ : Carpal tunnel syndrome (CTS)
.....	شکستگی ها (fractures):
.....	علائم شکستگی:
.....	مراقبت و درمان در شکستگی ها:
.....	انواع گچ:
.....	تراکشن (Traction):
.....	منابع :

مقدمه:

یکی از وظایف کمک بهیاران و کمک پرستاران، کمک به مددجویان در حرکت و نقل و انتقالات (راه رفتن، انتقال به برانکارد، انتقال به صندلی چرخدار و ...) است. مراقبت دهنده باید بیماران را به صورتی بی خطر و موثر بلند کرده و حرکت بدهد. بلند کردن و حرکت دادن بیماران تقریباً در همه مراقبت ها انجام می شود. او همچنین باید آگاهی کاملی از روشهای بلند کردن و حرکت دادن بیماران بدون ایجاد آسیب در خود داشته باشد. دقت، برنامه ریزی و دانستن روش کار درست در زمان بلند کردن یا حرکت دادن بیماران خیلی مهم است.

اختلال در تحرک جسمانی یا محدودیت حرکتی:

وضعیتی که در آن بیمار دچار محدودیت در انجام فعالیتهای فیزیکی بئده و ممکن است برای مراقبت از خود، انجام کارهای روزمره مانند خوردن و آشامیدن، لباس پوشیدن و غیره ... و حمایت از خود نیاز به کمک داشته باشد.

انعطاف پذیری و حرکت در محدوده طبیعی مفاصل اندامها در حرکات کششی و غیر فعال بستگی به میزان سلامت مفاصل درگیر اندامهای مربوطه دارد.

اختلال یا محدودیت حرکتی بیماران می تواند به دلایل زیر اتفاق افتد:

- درد
- ضعف و خستگی
- وجود اتصالات
- شکستگی ها و دررفتگی ها
- وجود تراکشن
- گچ و سایر محدود کننده ها ...

عوارض ناشی از بیحرکتی:

در صورتی که بیمار بعلت شکستگی یا هر مورد دیگری دچار بی حرکت شود. مستعد ابتلاء به عوارض زیر می باشد.

- بی اشتهاپی و یبوست در اثر بی حرکتی و کاهش حرکات پرستالتیسم دستگاه گوارش
- عفونت مجاری ادراری و سنگ کلیه در اثر کاهش مصرف مایعات روزانه (حداقل مصرف روزانه مایعات ۳۰۰-۵۰۰ سی سی)
- ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) در اثر رکود جریان خون سیاهرگی
- عوارض قلبی- ریوی مانند هیپوتانسیون ارتواستاتیک و کاهش ظرفیت ریوی
- زخم بستر
- استئوپروز یا پوکی استخوان

دستگاه عضلانی - اسکلتی

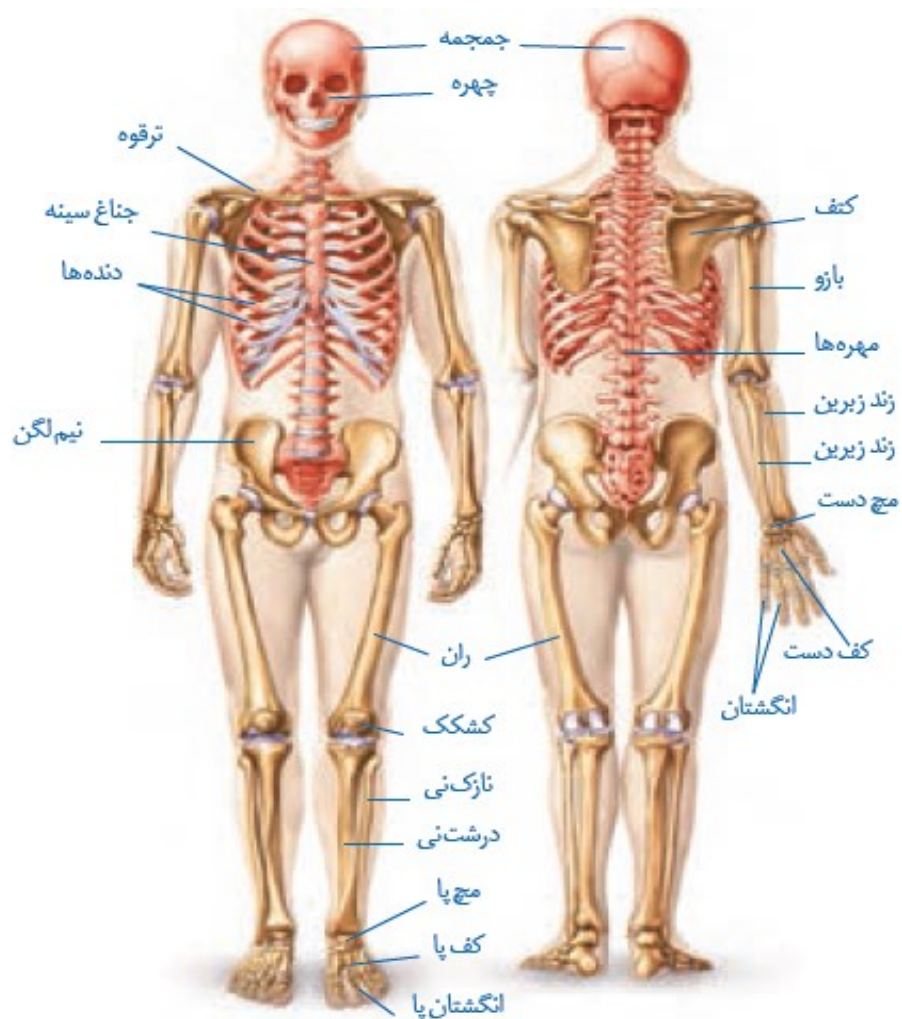
دستگاه‌های بدن انسان درست مانند یک مجموعه باهم کار می‌کنند درحالی که کارکرد اختصاصی خود دارند. آنها با هم کار می‌کنند تا سلامت و کارایی بدن حفظ شود. دستگاه اسکلتی به دو بخش دستگاه اسکلتی فوقانی شامل شانه ، بازو ، ساعد ، کف دست و انگشتان دست و دستگاه اسکلتی تحتانی شامل لگن، ران ، ساق پا ، کف پا و انگشتان پا تقسیم می‌گردد :

استخوانها(اسکلت بندی)شامل انواع زیر می باشد :

الف) استخوانهای پهن مانند استخوان جمجمه ، لگن و یا جناغ سینه

ب) استخوانهای دراز مانند استخوانهای بلند دست و پا

ج) استخوانهای کوتاه مانند استخوان انگشتان و کف دست و پا



سیستم عضلانی و اسکلتی:

سیستم عضلانی و اسکلتی (musculoskeletal system) از مجموعه استخوان ها و مفاصل تشکیل می گردد که از طریق عضلات اسکلتی یا ماهیچه های مخطط در اعمال حرکتی دخالت می کنند.

عملکرد استخوانها:

تشکیل چارچوب بدن و تحمل وزن

حمایت از ارگانهای داخلی

تحرک و جابجایی

ذخیره مواد معدنی

تولید سلولهای خونی مخصوصاً " استخوانهای پهن

شکل استخوانها:

۱. استخوانهای بلند مثل فمور، رادیوس، هموروس

۲. استخوانهای کوتاه مثل مچ دست (carpals) و مچ پا (tarsal)

۳. استخوانهای پهن مثل لگن، دنده ها، جمجمه، اسکاپولا، استرنوم

۴. استخوانهای نامنظم مثل مهره های ستون فقرات، ساکروم، مندیبول

ساختمان استخوانها:

۱. استخوان متراکم (کورتیکال)

۲. استخوان اسفنجی (تراپکولار)

سلولهای استخوانی:

۱. اوستئوبلاست ها (سنتز ماتریکس استخوان)

۲. اوستئوسیت ها (سلولهای بالغ استخوانی)

۳. اوستئوکلاست ها (در تخریب، جذب و دوباره سازی شکل استخوان نقش دارد)

مغز استخوان: (Bone marrow):

بافتی عروقی در دیافیز استخوانهای بلند و پهناست. که به دو صورت می باشد:

۱- مغز قرمز استخوان (عمدتاً در تولید سلولهای خونی نقش دارد)

۲- مغز زرد استخوان (عمدتاً بافت چربی است)

مفاصل (joints):

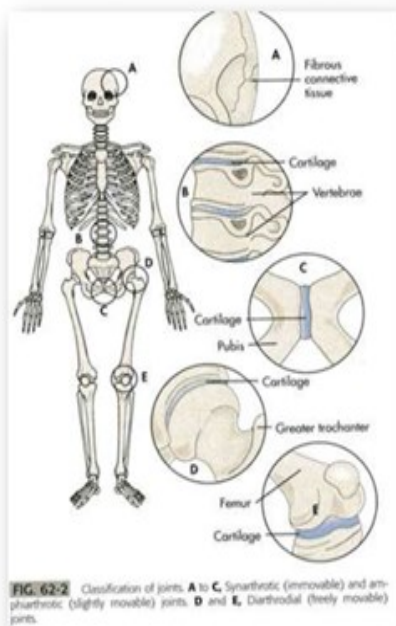
مفصل جایی است که دو استخوان در کنار هم قرار گرفته و بر روی هم می‌لغزند و حرکت میکنند.

مفاصل براساس میزان تحرک به سه دسته تقسیم می‌شوند:

- ۱- مفاصل سین آرتروز (synarthrosis) - فاقد حرکت هستند. مثل مفاصل بین درز استخوانهای جمجمه
- ۲- مفاصل آمفی آرتروز (amphiarthrosis) - حرکت محدود دارند. مثل مفاصل ستون فقرات و مفصل پوبیس
- ۳- مفاصل سینوویال یا دیارتروز (diarthrosis) - متحرک هستند. عمومی ترین مثل مفصل زانو و هیپ

انواع مفاصل مفاصل سینوویال یا دیارتروز

- ۱- مفاصل توپی و کاسه (Ball and socket joints): مانند هیپ و شانه
- ۲- مفاصل لولایی (Hing joints): مانند آرنج و زانو
- ۳- مفاصل زینی (saddle joints) امکان حرکت در امتداد دو صفحه عمود برهم مانند مفصل قاعده انگشت شست
- ۴- مفاصل محوری (Pivot joints): امکان انجام کارهایی مثل چرخاندن دستگیره، مانند مفصل بین استخوانهای رادیوس و اولنار
- ۵- مفاصل لغزشی (Gliding joints): امکان حرکات محدود در تمام جهات مثل مچ دست



غضروف (cartilage):

غضروف یا کارتیلاژ ساختمان قابل ارتجاعی است که عمدتاً در انتهای استخوان‌ها، جایی که مفاصل قرار دارند وجود داشته و وظیفه آن تسهیل حرکت مفصل است. غضروف بافتی زنده و حاوی سلول و بدون عروق خونی است و سلول‌های تشکیل دهنده آن را کندروسیت می‌نامند. این سلول‌ها بر خلاف بسیاری بافت‌های دیگر با فاصله نسبتاً زیادی از یکدیگر قرار گرفته‌اند و بین آنها را ماده‌ای پر کرده که عمدتاً از پروتئین و نوعی قند تشکیل شده است.

از لحاظ بافت‌شناسی سه نوع غضروف وجود دارد:

غضروف شفاف یا غضروف هیالین

در این نوع غضروف ماده بین‌سلولی غضروف به صورت یک‌دست و شفاف است. غضروبی که در انتهای استخوان‌ها و در مفاصل بدن قرار دارد از این نوع است. غضروف حنجره و غضروبی که در تیغه وسطی بینی قرار دارد هم از نوع غضروف هیالین یا شفاف است.

غضروف ارتجاعی یا الاستیک

در این نوع غضروف فیبریل‌ها زرد رنگ هستند و خاصیت ارتجاعی و کشسانی بیشتری از نوع قبل دارد. غضروف لاله گوش از این نوع است.

غضروف فیبری یا لیفی

در این نوع غضروف فیبریل‌ها سفید رنگ و کلفت‌تر هستند و خاصیت ارتجاعی این نوع غضروف از بقیه غضروف‌ها بیشتر است. دیسک بین مهره‌ای از این نوع غضروف درست شده است.

عضلات (Muscles):

در بدن انسان سه نوع عضله از نظر ساختار وجود دارد:

۱. عضله قلب: که قلب را تشکیل می‌دهد.

۲. عضلات صاف: که دیواره عروق، لوله گوارش، مجاری ادراری و تنفسی را تشکیل می‌دهند.

۳. عضلات اسکلتی: که وظیفه حرکت و حفظ تعادل اعضاء بدن را به عهده دارند.

۴. عضلات قلب و صاف خودکار بوده و ما قادر به کنترل آنها نمی‌باشیم اما حرکات عضلات اسکلتی را می‌توانیم کنترل

کنیم. انقباض عضلات به دو صورت امکانپذیر می‌باشد؛

- انقباض ایزومتریک: عضلات منقبض گشته اما از طولشان کاسته نمی‌گردد.

- انقباض ایزوتونیک: عضلات انقباض یافته و طولشان کاهش یافته و کوتاه میگردند.

بورس (Bursae):

بورسها کیسه‌های حاوی مایعی هستند که در اطراف برخی از مفاصل حضور دارند. این بالشتک‌ها بین دو تاندون یا بین یک تاندون و استخوان و یا بین پوست و استخوان قرار می‌گیرند و باعث کاهش اصطکاک و سایش آنها به روی یکدیگر می‌شوند.

فاشیا، لیگامانها و تاندونها (Ligaments & tendons & Fascia):

تاندون Tendon بافتی محکم و قابل انعطاف به رنگ سفید متمایل به زرد و به شکل طناب یا نوار است. این بافت میتواند تحت کشش بسیار شدیدی قرار گرفته و بخوبی مقاومت کند، به آن زردپی هم میگویند. تاندون مانند رباط (لیگامان Ligament) و (فاشیا Fascia) از پروتئین خاصی به نام کلاژن ساخته شده است. با این حال کارکرد این سه بافت متفاوت است.

تاندون رباط بین عضله و استخوان است یعنی این دو بافت را به هم متصل میکند. رباط دو استخوان را که در دو طرف یک مفصل قرار گرفته اند را به هم متصل میکند. فاشیا در بین دو عضله قرار گرفته است.

اختلالات عضلانی - اسکلتی:

صدمات بافت نرم (soft tissue injuries)

صدمات بافت نرم شامل صدمات به عضلات، تاندونها و لیگامانها است (بجز استخوان)؛ وقتی بافت های نرم صدمه می بینند معمولاً دردناک و متورم و دارای کبودشدگی هستند.

کشیدگی و پیچ خوردگی عضله (Sprain):

در این نوع آسیب مفصلی، بیمار دچار درد و تورم و گاهی خونمردگی در روی لیگامان و اطراف مفصل میشود. در این عارضه حرکت دادن مفصل همراه با درد است و بیشتر نواحی زانو و مچ دست بروز می کند.

علائم:

۱. تغییر شکل مفصل
۲. درد شدید در سطح مفصل که با تغییر وضعیت بدتر می شود
۳. تورم اطراف مفصل
۴. تغییر رنگ اطراف مفصل
۵. ناتوانی در حرکت دادن ناحیه صدمه دیده
۶. اختلاف ظاهری در مقایسه با مفصل سالم

۷. حساسیت موضع به لمس یا فشار (تندرنس)

مراقبت های لازم در کشیدگی و دررفتگی:

کلمه RICE را (به معنای تحت الفظی برنج) به عنوان راهنما در برخورد با پیچ خوردگی به خاطر بسپارید.

۱. Rest :R: از عضو صدمه دیده استفاده نکنید و آن را در حالت استراحت قرار دهید.

۲. Ice :I: به کار بردن سرما روی قسمت آسیب دیده سبب انقباض عروق خونی می شود و کاهش خونریزی ، تورم و درد را

به دنبال خواهد داشت. سعی کنید به جای استفاده از یخهای قالبی از یخ شکسته شده استفاده نمائید زیرا یخ خرد شده

شکل قسمت پیچ خورده را بهتر به خود می گیرد . یخ را مستقیماً روی پوست قرار ندهید، زیرا ممکن است باعث یخ

زدگی عضو شود.

۳. یک حوله یا دستمال را بین کیسه یخ و پوست قرار دهید استفاده کوتاه مدت از سرما باعث سردی بافتهای عمقی تر نمی

شود و فقط دمای پوست را کاهش می دهد لذا استفاده از یخ باید برای حداقل ۳۰ تا ۲۰ دقیقه ادامه یابد . این عمل در

۲۴ ساعت اول پس از صدمه باید حدود ۳ بار تکرار شود.

۴. اشتباه شایع ، استفاده زود هنگام از گرماست . اگر از گرما خیلی زود استفاده شود ، تورم و درد بیشتر خواهد شد. قبل از

اینکه از گرما استفاده کنید ، باید حداقل ۲۴ ساعت و بهتر است ۷۲ تا ۴۸ ساعت از آسیب دیدگی گذشته باشد..

۵. Compression : C قسمت آسیب دیده را با استفاده از باند کشی تحت فشار قرار دهید. تورم مانند یک خمیر

چسبناکی است که می تواند در عرض چند ساعت مفصل را قفل کند.

برای جلوگیری از تورم، استفاده فوری از سرما و همچنین برای کاهش سرعت تورم تا حد ممکن استفاده از یک باند کش

ضرورت دارد. انگشتان باید بطور متناوب از نظر تغییر رنگ و سردی پوست بررسی شوند تا نشان دهد که آیا بانداژ خیلی

سفت بسته شده است یا خیر. مقایسه انگشتان عضو صدمه دیده با عضو سالم نیز توصیه می شود. درد، احساس سوزن

سوزن شدن، از دست دادن حس و فقدان نبضها نیز نشانگر وجود اختلال در جریان خون است. در صورتی که هر یک از

علائم و نشانه های فوق دیده شوند، باند کشی را شل نمائید.

۶. Elevation : E عضو مبتلا بالا نگه داشته شود.

الا قرار دادن عضو آسیب دیده از سطح قلب ، روش دیگری برای کاهش درد و خونریزی می باشد. عضو آسیب دیده را که

قبلا روی آن یخ گذاشته و بسته شده، به هر طریقی که راحت باشد بالا نگه دارید.

دررفتگی (Dislocation) و نیمه در رفتگی (Subluxation)

دررفتگی یا نیمه دررفتگی مفاصل ممکن است مادرزادی باشد، ممکن است بر اثر ضربه یا عفونت ایجاد شود، ممکن است در طول زندگی فرد بطور مکرر ایجاد شود. علائم و نشانه های دررفتگی مشابه پیچ خوردگی می باشد.

اولین و مهمترین قدم در مراقبت و درمان بی حرکت کردن مفصل مبتلا است.



سندرم تونل کارپ (CTS) Carpal tunnel syndrome :

گیر افتادگی و فشرده شدن عصب در داخل تونل کارپ مچ دست را سندرم تونل کارپ گویند. این سندروم همچنین به سندروم تایپیست ها معروف است. ورم یا التهاب در محل مچ دست باعث فشردگی عصب می شود و تونل کارپال را ایجاد می کند. این فشردگی می تواند منجر به حس گز گز، ضعف و بی حسی در سمت انگشت شست بشود.

این سندروم، سندرومی نسبتا شایع است و خانم ها را ۲ برابر بیشتر از آقایان درگیر می کند. بیشتر افراد درگیر میانگین سنی ۵۴ سال را دارند. تونل کارپ یک ساختار محکم استخوانی-فیبری است که از استخوان های مچ و لیگامان (رباط) عرضی ساخته شده است. مجموعا ۹ تاندون از طریق این تونل از ساعد وارد دست می شوند. علاوه بر اینها یک عصب و یک شریان هم از این طریق وارد دست می شود. نام این عصب، **مِدین Median** است. این عصب انگشت های شست، اشاره، وسط و نیمه ای از انگشت حلقه را عصب می دهد و حس آنها را تامین می کند. به علاوه این عصب به چندین عضله مرتبط با شست هم عصب می دهد و پیام حرکتی را به آنها منتقل می کند. بنابراین، اگر این عصب تحت فشار قرار بگیرد، هم می تواند علائم حسی بدهد و در موارد شدیدتر منجر به ظهور علائم حرکتی شود.

سه علامت مهم این سندرم عبارتند از:

- گزگز کردن
- بی‌حسی
- درد

این علائم در محل‌های زیر بروز می‌کند:

- انگشت شست
- انگشت نشانه
- انگشت میانی
- نصف انگشت حلقه

در بعضی مواقع ممکن است احساس گزگز، درد و بی‌حسی به قسمت‌های دیگر هم کشیده شود. این علائم در یک یا هر دو دست دیده می‌شود اگرچه در غالب اوقات نهایتاً هر دو دست را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مراقبت و درمان:

درمان اصلی بی حرکت کردن دست با بستن اسپلینت و استفاده از مسکنهای غیراستروئیدی می باشد. در صورت تشدید درمانهای پزشکی مانند تزریق کورتون و جراحی انجام می شود.

شکستگی‌ها (fractures):

شکستگی استخوان از جمله مهمترین آسیب های بدن است که معمولاً بدنبال ضربه وارده به آن ایجاد میشود. هر گونه تغییر شکل استخوان بدنبال ضربه، شکستگی نامیده میشود. به زبان دیگر اگر نیرویی که به استخوان وارد میشود بیش از حد

تحمل آن بوده و بتواند شکل استخوان را تغییر دهد میگوییم شکستگی ایجاد شده است. دو نوع مختلف دارد :

شکستگی باز: قطعات شکسته، استخوان پوست را پاره می‌کند و از بدن بیرون می‌آید.

شکستگی بسته: در این حالت قطعات استخوان به بیرون از بدن راه پیدا نمی‌کند.

علائم شکستگی:

این علائم تقریباً در همه انواع شکستگی مشترک‌اند. اگر در یک مصدوم این علائم را دیدید، باید به شکستگی مشکوک شوید.

۱. محل آسیب‌دیده حساس باشد و اگر آن را لمس کنیم، درد بگیرد
۲. محل آسیب دچار خونریزی یا تورم و کبودی شده باشد.
۳. اختلال عمل عضو آسیب‌دیده (مثلاً مصدوم نتواند آن را حرکت دهد).
۴. عضو آسیب‌دیده تغییر شکل داده باشد.
۵. بتوانیم فاصله بین دو سر استخوان شکسته را لمس کنیم.

عوارض شکستگی:

- آسیب‌های عروقی
- آسیب به اعصاب، در آسیب‌های وارد به اعصاب علائمی مانند گزگز، بی‌حسی، محدودیت حرکت و یا عدم حرکت مشاهده می‌شود.

- عفونت و شوک، در شکستگی‌های باز معمولاً احتمال بوجود آمدن شوک و عفونت بیشتر می‌باشد.

مراقبت و درمان در شکستگی‌ها:

اهداف کلی درمان شامل:

۱. Reduction) جا انداختن قطعات شکسته
۲. Immobilization) بیحرکت کردن شکستگی
۳. Restoration) بازگرداندن عملکرد طبیعی یا نزدیک به طبیعی عضو

(fracture immobilization) بیحرکت کردن شکستگی‌ها:

- ثابت‌کننده خارجی (external fixation): گچ‌گیری، بانداژ، اسپلینت، ترکشن و فیکساتورهای خارجی
- ثابت‌کننده‌های داخلی (internal fixator): پین و پلاک، سیم، میله داخل استخوانی...

آتل بندی و گچ‌گیری:

منظور از گچ‌گیری اندام استفاده از ماده‌ای مانند گچ یا فایبرگلاس برای ایجاد یک قالب محکم در اطراف اندام است تا از حرکات بعضی مفاصل آن جلوگیری شود. هدف اینست تا مفصل یا استخوان‌های اطراف آن برای مدتی بیحرکت باشند تا آسیب‌های ایجاد شده در آنها یا مشکلات بافتی آنها بهبود یابد.

آتل وسیله ایست که جهت حمایت و نگهداری عضو آسیب دیده استفاده می شود.

گچ گیری (Casting):

درمان معمول متعاقب جانداختن بسته است. گچ گیری با بیحرکتی موثر اندام شکسته، امکان انجام فعالیت های روزانه را برای بیمار ممکن می سازد. اندام تا ۲۴ ساعت بعد از گچ گیری باید بالاتر از سطح قلب قرار گیرد.

انواع گچ:

طبیعی (plaster):

بعد از ۱۵ دقیقه سفت می شود اما خشک شدن کامل و تحمل وزن ۲۴-۷۲ ساعت می کشد.

گچ سنتتیک (fiberglass , thermolabile plastic thermoplastic resins, polyurethane)

ضد آب - سبک - زود خشک شده و تحرک سریعتر

تثبیت کننده های خارجی (external fixator):

پین های فلزی داخل استخوان که در سطح پوست توسط میله های خارجی برای تثبیت شکستگی فیکس شده اند. و امکان زود راه رفتن بیمار و کاهش عوارض ناشی از بیحرکتی وجود دارد.

در درمان شکستگی های باز همراه با صدمه بافت نرم و شکستگی های مرکب بازو، ساعد، ران، درشت نی و لگن با فیکساتورهای، اکسترنال درمان می شوند.

مراقبت های لازم :

۱. ارزیابی درد با پرسیدن محل دقیق درد. شدت. کیفیت و نوع درد
۲. تسکین درد با بالانگه داشتن عضو و استفاده از کمپرس سرد طبق تجویز پزشک معالج
۳. تشویق بیمار به حرکت دادن انگشتان دست یا پایی که داخل گچ است
۴. تشویق بیمار به حرکت دادن تمام مفاصل غیر ثابت و سالم خود جهت حفظ عملکرد مفاصل
۵. توضیح محدودیت های حرکتی به بیمار (در صورت داشتن گچ پا) استفاده از عصا. عدم گذاشتن پا روی زمین. عدم انداختن وزن بدن روی پای دارای گچ
۶. در معرض هوا قراردادن گچ تا خشک شدن کامل آن با رعایت وضعیت صحیح اندام جهت جلوگیری از بدشکلی گچ
۷. توضیح به بیمار در مورد خیس نکردن یا برش ندادن گچ
۸. تشویق بیمار به مراقبت از خود و کمک به حفظ استقلال وی در این امر
۹. استفاده از لباس مناسب برای اندام دارای گچ (لباس با آستین یا پاچه گشاد)

۱۰. جلوگیری از ایجاد زخم فشاری

۱۱. توصیه به بالاتر قراردادن عضو مبتلا از سطح قلب جهت پیشگیری از اد

تراکشن (Traction):

تراکشن به اعمال نیروی کششی روی قسمتی از بدن اطلاق میشود.

استفاده از تراکشن (کشش) یکی از روش های مهم و رایج در بیماران بخش ارتوپدی است که معمولا برای جاناندازی شکستگی قبل از عمل جراحی استفاده می شود.

موارد استفاده:

برای به حداقل رساندن اسپاسم عضلات

جانداختن و بی حرکت کردن شکستگی ها

تصحیح امتداد قطعات شکسته

اصلاح بدشکلی

زیادکردن فاصله سطوح مفصلی

دو نوع شایع تراکشن:

تراکشن پوستی (skin traction): کوتاه مدت (۴۸-۷۲ ساعت) با وزنه ۴/۵ - ۲/۳ کیلوگرم

تراکشن اسکلتی (skeletal traction) مدت طولانی با وزنه ۲۰/۴ - ۲/۳ کیلوگرم

عوارض تراکشن:

➤ گسیختگی پوست

➤ فشاربروی عصب

➤ اختلال در جریان خون

➤ اتلکتازی

➤ پنومونی

➤ یبوست

➤ بی اشتهاپی

➤ احتباس و عفونت ادراری

مراقبت های لازم در طول دوره درمان:

۱. تراکشن ها اغلب بصورت پوستی یا استخوانی (اسکلتال) استفاده می شوند و بعلت طولانی بودن مدت استفاده از این روش در بیماران (چند روز) لازم است پرستاران شاغل در بخش های ارتوپدی با نحوه مراقبت از آن آشنا بوده و نکات لازم را رعایت نمایند.
- بهمین منظور در این قسمت سعی شده تا مهمترین نکات ضروری در مراقبت از تراکشن ذکر گردد.
- ابتدا باید هدف از بی حرکتی را برای بیمار بیان کرد و اهمیت حفظ بدن در وضعیت تنظیمی را توضیح داد. بیمار باید در وضعیت مناسب و راحت قرار بگیرد.
۲. بیمار و خانواده او را در انجام برنامه های مراقبت و درمان شرکت داده و از افسردگی و ناراحتی ناشی از بی حرکتی جلوگیری کنید.
- پوزیشن بیمار طبق تجویز پزشک معالج و مرتبط با تراکشن، فیکساتور و یا گچ بکار رفته باشد.
۳. فرایند نیروی کشش باید در جهت محور طولی استخوان باشد.
۴. تراکشن باید به نحوی قرار گیرد که از Foot drape جلوگیری شود.
- به بیمار آموزش داده شود که تداوم تراکشن و حفظ وضعیت برای اینکه برنامه درمانی بهتر شود، لازم است.
- جهت حفظ نیروی متقابل کشش از چین خوردگی و لغزیدن بانداژ کشی اجتناب شود.
۵. وزنه های تراکشن آزادانه آویزان باشند و به کف زمین یا تخت برخورد نکنند.
- اطمینان داشته باشید که طنابها و قرقره ها آزاد هستند و گیر ندارند.
۶. وجود گره در بندهای کشش باعث کاهش کشش مورد نظر میشود.
۷. مطمئن شوید نخ تراکشن در جهت و پوزیشن مناسب از بین قرقره رد شده است.
۸. پوزیشن غیر صحیح نخ تراکشن میتواند درجه کشش اعمال شده را تغییر دهد.
۹. به هیچ عنوان پیچ ها و گیره ها دستکاری نشود.
۱۰. جهت ایمنی بیمار و پرسنل و جلوگیری از آسیب تراکشن استخوانی، دو انتهای پین یا سیم تراکشن استخوانی را با چوب پنبه بپوشانید. محل پین ها باید روزانه بررسی شود.
۱۱. مقدار وزنه ها را از پرستار مربوطه سوال کرده و از درست بودن آنها اطمینان پیدا کنید.
۱۲. بیمار را از نظر عوارض بی حرکتی مثل زخم بستر، استئوپروز، آتروفی و ضعف یا کوتاه شدگی عضلانی، یبوست، استاز ادراری، پنومونی، ترومبوفلیت و..... بررسی کنید.

۱۳. تخت بیمار باید محکم باشد و جهت جلوگیری از زخم بستر پوست بدن باید مرتب از نظر نشانه های فشار یا سائیدگی روی برجستگی استخوانی، پاشنه پا و ... معاینه شود و حداقل ۲ ساعت روزانه مراقبت از پشت بیمار و تغییر وضعیت انجام شود.

۱۴. ملحفه باید بدون چروک و خشک نگه داری شود.

۱۵. برای به حداقل رساندن زخمهای پوستی حداقل امکان از تشکها و روکش های مخصوص (اسفنجهای متراکم-تشکهای هوا) استفاده شود.

۱۶. فشار روی بعضی از نقاط بدن را با چرخاندن و تغییر وضعیت میتوان کاهش داد.

۱۷. برای ایمنی نرده ها همیشه بالا برده شود.

۱۸. هر روز ناحیه زیر نوار تراکشن را برای تشخیص مناطق حساس و دردناک لمس کنید.

۱۹. تراکشن پوستی را هر ۴-۸ ساعت آزاد کنید وضعیت پوستی را ارزیابی و مراقبت پوستی را انجام دهید.

۲۰. در تراکشن پوستی، پوست بیمار را از نظر حساسیت به چسب تراکشن و قرمزی و تاول بررسی کنید.

۲۱. از بریدگی پوست یا انگشتان به وسیله کشیدگی طناب های تراکشن خودداری کنید.

۲۲. پوست اطراف پین را طبق دستور و با ماده ضد عفونی کننده تمیز کنید و محل ورود پین باید روزانه از نظر بو، قرمزی و سایر علائم عفونت بررسی شود.

۲۳. رنگ، حرارت، نبض، پر شدگی مویرگی، ادم، حس و حرکت عضو تحت کشش را با طرف سالم مقایسه کنید.

۲۴. وضعیت عصبی-عروقی در اندام مبتلا از ۱۵ دقیقه بعد گذاشتن تراکشن و سپس هر ۱-۲ ساعت به مدت ۲۴ ساعت بررسی شود.

۲۵. درباره حس اندام تحتانی از بیمار سوال کنید و از او بخواهید که مچ و انگشتان پایش را تکان دهد.

۲۶. خم کردن پا به سمت بالا بر عملکرد صحیح عصب پروئثال دلالت دارد.

۲۷. هر ۲ ساعت یکبار وضعیت بیمار از نظر صحیح بودن نحوه تراکشن کنترل کنید و در صورت نیاز مجدداً به آن وضعیت دهید.

۲۸. برای تعویض ملافه ها دو نفر در دو طرف تخت قرار میگیرند و نرده های کناری تخت را پایین می آورند در این هنگام بیمار تنه خود بلند میکند و نیمه فوقانی ملحفه را عوض میکنند. سپس بیمار باسن خود را از روی تخت بلند میکند و ملافه را به زیر باسن بیمار میکشند. در آخرین مرحله هنگامی که بیمار به پشت میخوابد قسمت پایینی ملافه را نیز درست میکنند. ملافه ها و پتوها نیز طوری روی بیمار انداخته میشود که کشش تراکشن را مختل نکنند.

۲۹. تشویق بیمار به ورزش برای جلوگیری از بدتر شدن وضعیت عمومی بیماری که بی حرکت است.

۳۰. عضلات مبتلا را ۵ الی ۱۰ ثانیه منقبض کرده و سپس رها سازد، این کار را چند بار در روز انجام دهد.

۳۱. اندام های غیر درگیر و حرکات و ورزش های پسیو و اکتیو: باید به خاطر داشت که فعالیت ورزشی برای حفظ قدرت عضله و بهتر شدن جریان خون خیلی اهمیت دارد حرکت فعال شامل گرفتن حلقه و خم و راست کردن مچ پا و به حرکت درآوردن مفاصل غیر مبتلا و ورزش های ایزومتریک اندام بی حرکت (ورزش غلات چهار سر ران و عضلات باسن) از ضروریات است.

۳۲. بیمار از نظر علائم و نشانه های عوارض مثل عفونت در مسیر پین، ترومبوز سیاهرگی عمقی بررسی گردد. ایجاد ترومبوز وریدهای عمقی با بررسی وجود حساسیت عضلات ساق و تست مثبت هومان، ناراحتی در عضلات ساق هنگامی که پا در پین فلکشن شدید پیدا کند، ارزیابی و در صورت مشاهده به پرستار مربوطه اطلاع داده شود.

۳۳. کاهش تحرک بیمار میتواند سبب ایجاد اضطراب و مشکلات گوارشی، تنفسی، ادراری، گردش خون و شود که باید در صورت مشاهده به پرستار مربوطه اطلاع داده شود.

۳۴. جهت اتساع ریه ها و پیشگیری از عفونت ریه و آتلکتازی بیمار به سرفه و تنفس عمیق تشویق شود.

۳۵. برای پیشگیری از تورم اندام با چند بالش آن را بالاتر از سطح قبل نگه دارید.

۳۶. نوشیدن مایعات کافی و تغذیه مواد فیبر دار به برقراری جریان ادرار و جلوگیری از یبوست کمک میکند.

۳۷. برای جلوگیری از عفونت مسیر پین ها به روش زیر مراقبت کنید:

➤ به روش استریل کار کنید و قبل از شروع به کار دستهای خود را کاملا با آب و صابون بشویید.

➤ گیره ها را دستکاری نکنید.

➤ دور پین ها را با اپلیکاتور نوک پنبه ای آغشته به محلول ضد عفونی کننده یا شستشو دهنده تمیز کنید.

➤ برای هر یک پین یک پنبه یا گاز استفاده کنید.

۳۸. نباید محل پین دلمه ببند در صورت وجود علائم عفونت مثل شل شدن پین یا گیره ها به پرستار مربوطه اطلاع دهید.

۳۹. پوست اطراف پین را از نظر قرمزی ، حساسیت ، ترشح ، تورم و وجود گرما چک کنید.

۴۰. البته وجود کمی ترشح بیرنگ یا زرد کم رنگ در اطراف پین طبیعی است.

افزایش درجه حرارت بدن می تواند نشانه عفونت باشد لذا در صورت بروز تب به پرستار مربوطه اطلاع دهید.

۴۱. آموزش به بیمار در مراقبت از خود: در ابتدا خوردن-حمام کردن-توالت کردن-پوشیدن لباس در حالیکه یکی از اعضا بدن بیمار در کشش قرار دارد برای بیمار مشکل است ولی با دادن آموزش به بیمار میتواند او را به ادامه درمان و مراقبت از خود علاقه مند کرد. وجود یک حلقه در بالای سر بیمار بسیار کمک کننده است.

منابع :

- باقرزاده ، علی اکبر ، آناتومی عمومی بدن انسان، نشر سپید برگ ، سال ۱۳۹۶
- پوران سامی.پرستاری داخلی جراحی برونر و سودارث بیماری های ارتوپدی.ویرایش یازدهم. انتشارات بشری.۲۰۰۸.
- *Nursing Diagnoses 20۱۲-20۱۴, Custom: Definitions and Classification NANDA International*