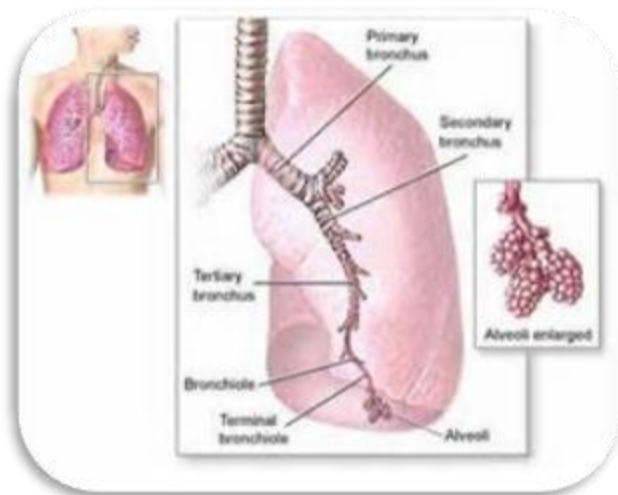


مرکز آموزشی – درمانی

شهدای هفتم تیر

آمپیم



تهیه و تنظیم: واحد آموزشی بیمار

سایت بیمارستان:

WWW.HOSPHT.IUMS.AC.IR

شماره های تماس:

55228581-4

داخلی - 331

تاریخ تهیه: فروردین 98

تاریخ بازنگری: مهر 99

فرد تأیید کننده:

کد:

آمپیم:

- آمپیم تجمع مایع چرکی در حفره جنب می باشد. آمپیم بیشتر عارضه جانبی پنومونی باکتریایی یا آبسه ریه می باشد. سایر علل شامل صدمات باز قفسه سینه، عفونتهای خونی که به فضای جنب راه یافته اند، عفونت های غیرباکتریایی یا علل جراحی هستند.

پاتوفیزیولوژی:

- در ابتدا مایع درون فضای جنب رقیق است و میزان کمی لکوسیت دارد، اما اغلب موارد ممکن است به نسبت حالت چرکی - فیبرینی پیشرفت کند. در نهایت به شکل غشاء اگزوداتیو غلیظ و سفت ریه ها را دربر می گیرد.

تظاهرات بالینی:

- در آمپیم بیمار بشدت ناخوش است و علائم و نشانه هایی شبیه به عفونت حاد تنفسی یا پنومونی (نظیر تب، تعریق شبانه، دردهای پلورتیکی، سرفه، تنگی نفس، بی اشتهای و کاهش وزن) دارد.

بررسی و یافته های تشخیصی:

- در سمع قفسه سینه، کاهش یا فقدان صداهای تنفسی روی نواحی مبتلا و درد قفسه سینه صدای صاف و کاهش لرزش لمسی مشخص می شود.
- تشخیص بوسیله رادیوگرافی یا سی تی اسکن قفسه سینه تعیین می گردد.

درمان طبی:

- اهداف درمان، تخلیه حفره جنب و اتساع کامل ریه ها می باشد.

- ابتدای تخلیه کرده و سپس براساس میکروارگانسیم های ایجادکننده عفونت، آنتی بیوتیک داده می شود.

تخلیه مایع جنب:

- در صورتی که حجم مایع کم است و بسیار چرکی یا غلیظ نیست آسپیراسیون سوزنی (توراستنز) بایک سوند کوچک از طریق پوست انجام می شود.

سوند تراکستومی:

- در این روش تخلیه قفسه سینه با استفاده از سوند با قطر بزرگ که از فضای بین دنده ای وارد می شود و به سیستم تخلیه آبی متصل می باشد صورت می گیرد.

توراکوتومی:

- این روش شامل برش دنده و خارج کردن لایه جنب ضخیم، چرک و رفع بیماری زمینه ای بافت ریه می باشد.

روش جراحی decortiation (قشر برداری):

- در التهاب طولانی مدت، ترشحات می توانند روی ریه ها، تشکیل شده و آن را احاطه کنند و مانع اتساع طبیعی آن شوند. این ترشحات باید از طریق جراحی (قشر برداری) برداشته شوند.

رهنمودها یی برای اداره سیستم تخلیه مایع:

- سطح مایع اولیه را با چسب علامت زده و افزایش ساعتی / روزانه سطح مایع را مشخص کنید.
- مطمئن شوید که لوله های تخلیه جدا نشده، پیچ نخورده و مانع حرکت بیمار نمی شوند.
- از بیمار بخواهید در وضعیت راحت قرار بگیرد و از خم

- کردن بیش از حد قسمتهای مختلف بدن خودداری کند.

- در صورت لزوم لوله را در جهت مسیر تخلیه بدوشید.
- مراقب نشانه های تنفسی بیمار باشید.
- (تنفس سطحی و سریع، آمفیزم زیر جلدی، سیانوز، علائم خونریزی و تغییر در علائم حیاتی بیمار).
- تشویق بیمار به تنفس عمیق و انجام سرفه.
- اسپیرومتري انگیزشی.
- همیشه باید سیستم تخلیه پایین تر از سطح بدن قرار بگیرد.
- پرستار محترم: وقتی کمک می کنید، تا لوله تخلیه قفسه سینه خارج شود به او آموزش دهید تا مانور و اسانوا را انجام دهد یا کاملاً نفس بکشد و تخلیه کند. سپس لوله تخلیه را ببندید و سریعاً لوله را خارج کنید بطور همزمان محل لوله را با گاز وازلین بپوشانید و روی آنرا با چسب محکم کنید.
- پانسمان محل لوله ریوی نبایستی تا 5 روز بعد از خارج کردن لوله تعویض شود
- و در این مدت بیمار نباید استحمام کند

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|