

فهرست مطالب

۷۸	نارسایی حاد کبد
۷۹	سیروز کبدی
۹۵	سرطان کبد
۹۶	تومورهای اولیه کبدی
۹۶	متاستازهای کبدی
۱۰۰	پیوند کبد
۱۰۲	روش جراحی
۱۰۸	آبسه‌های کبدی
۱۰۹	مراجع

مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات

۱۱۳	صفراوی
۱۱۴	مروری احصی بر آناتومی و فیزیولوژی
۱۱۴	کیسه صفرا
۱۱۵	پانکراس
۱۱۶	اختلالات کیسه صفرا
۱۱۷	سنگ کیسه صفرا
۱۱۷	سنگ کیسه صفرا
	فرآیند پرستاری: بیمار تحت جراحی برای بیماری کیسه صفرا
۱۲۸	بررسی
۱۲۸	تشخیص
۱۲۹	برنامه‌ریزی و اهداف
۱۲۹	مداخلات پرستاری
۱۳۲	اختلالات پانکراس
۱۳۳	پانکراتیت حاد
۱۴۴	پانکراتیت مزمن
۱۴۶	کیست‌های پانکراس
۱۴۷	سرطان پانکراس
۱۵۰	تومورهای سر پانکراس
۱۵۲	تومورهای جزایر پانکراس
۱۵۳	هیپرانسولینی
۱۵۳	تومورهای مولد زخم‌های گوارشی
۱۵۴	مراجع

۳	بررسی و مدیریت بیماران مبتلا به چاقی
۴	چاقی
۲۰	بیمار تحت جراحی چاقی
۲۲	فرآیند پرستاری: بیمار تحت جراحی باریاتریک
۲۲	بررسی
۲۲	تشخیص
۲۴	برنامه‌ریزی و اهداف
۲۴	مداخلات پرستاری
۲۹	ارزشیابی
۳۰	مراجع

بررسی و مدیریت بیماران مبتلا به

۳۵	اختلالات کبد
۳۶	بررسی کبد
۳۶	مروری بر آناتومی و فیزیولوژی
۴۰	بررسی
۴۲	ارزشیابی تشخیصی
۴۴	تظاهرات بالینی اختلالات کبدی
۴۶	یرقان
۴۶	افزایش فشار پورت
۴۶	آسیت
۵۱	واریس مری
۶۰	انسفالوپاتی کبدی و کما
۶۵	سایر تظاهرات اختلال عملکرد کبد
۶۶	هپاتیت‌های ویروسی
۶۷	هپاتیت ویروسی A
۷۱	هپاتیت ویروسی B
۷۵	هپاتیت ویروسی C (HCV)
۷۶	هپاتیت ویروسی D
۷۷	هپاتیت ویروسی E
۷۷	هپاتیت ویروسی G و ویروس GB-C
۷۷	هپاتیت‌های غیرویروسی
۷۷	هپاتیت سمی
۷۷	هپاتیت دارویی

فهرست مطالب

۲۰۸	..... سندرم کوشینگ
۲۱۱	..... فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به سندرم کوشینگ
۲۱۱	..... بررسی
۲۱۱	..... تشخیص
۲۱۱	..... برنامه ریزی و اهداف
۲۱۱	..... مداخلات پرستاری
۲۱۲	..... آلدوسترون‌سیسم اولیه
۲۱۵	..... درمان با کورتیکواستروئیدها
۲۱۸	..... مراجع
۲۲۱	..... ۴۶ بررسی و مدیریت بیماران مبتلا به دیابت
۲۲۳	..... دیابت
۲۵۹	..... راجع حاد دیابت
۲۵۹	..... هیپرگلیسمی (واکنش های انسولینی)
۲۶۲	..... کتواسیدوز دیابتی
۲۶۶	..... سندرم هیپرگلیسمی هیپراسمولار
	..... فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به کتواسیدوز دیابتی یا سندرم
۲۶۸	..... هیپرگلیسمی هیپراسمولار
۲۶۸	..... بررسی
۲۶۸	..... تشخیص
۲۶۸	..... برنامه ریزی و اهداف
۲۶۸	..... مداخلات پرستاری
۲۷۰	..... ارزشیابی
۲۷۰	..... مشکلات طولانی مدت دیابت
۲۷۰	..... عوارض عروق بزرگ
۲۷۱	..... عوارض عروق کوچک
۲۷۷	..... نوروپاتی دیابتی
۲۸۰	..... مشکلات کف و ساق پا
۲۸۱	..... مسائل خاص در مراقبت از بیماری دیابت
۲۸۱	..... بیماران مبتلا به دیابت تحت عمل جراحی
۲۸۲	..... مدیریت بیماران مبتلا به دیابت بستری
۲۸۸	..... تدابیر پرستاری
۲۸۹	..... مراجع
۲۹۱	..... نمایه

بررسی و مدیریت بیماران مبتلا به

۴۵

۱۵۷	..... اختلالات غدد درون ریز
۱۵۹	..... بررسی سیستم اندوکرین
۱۵۹	..... مروری بر آناتومی و فیزیولوژی
۱۶۱	..... بررسی
۱۶۱	..... ارزشیابی تشخیصی
۱۶۲	..... غده هیپوفیز
۱۶۲	..... مرور کلی بر آناتومی و فیزیولوژی
۱۶۴	..... پاتوفیزیولوژی
۱۶۵	..... تومورهای هیپوفیز
۱۶۶	..... دیابت بی مزه
۱۶۸	..... سندرم ترشح نابه جای هورمون ضدادراری
۱۶۸	..... غده تیروئید
۱۶۹	..... مرور کلی بر آناتومی و فیزیولوژی
۱۷۰	..... پاتوفیزیولوژی
۱۷۰	..... بررسی
۱۷۱	..... ارزشیابی تشخیصی
۱۷۳	..... کم کاری تیروئید
۱۸۱	..... پر کاری تیروئید
۱۸۷	..... فرآیند پرستاری: بیمار مبتلا به پر کاری تیروئید
۱۸۷	..... بررسی
۱۸۷	..... تشخیص
۱۸۸	..... برنامه ریزی و اهداف
۱۸۸	..... مداخلات پرستاری
۱۹۱	..... تومورهای تیروئید
۱۹۱	..... سرطان تیروئید
۱۹۵	..... غدد پاراتیروئید
۱۹۵	..... مروری اجمالی بر آناتومی و فیزیولوژی
۱۹۵	..... پاتوفیزیولوژی
۱۹۶	..... پر کاری پاراتیروئید
۱۹۹	..... کم کاری پاراتیروئید
۲۰۰	..... غدد آدرنال
۲۰۰	..... مروری اجمالی بر آناتومی و فیزیولوژی
۲۰۲	..... فنوکروموسینوم
۲۰۵	..... نارسایی بخش قشری آدرنال (بیماری آدیسون)

کارکرد متابولیک و اندوکرین

کاربرد مراقبت بیمارمحور
برای بیمار مبتلا به دیابت

مطالعه‌ی موردی



شما متخصص تأییدشده مراقبت و آموزش دیابت در بیمارستان عمومی هستید. امروز در حال ویزیت در منزل مرد ۵۳ ساله سیاه‌پوست هستید. نتایج $HgbA_{1c}$ ۱۳٪ را که چند هفته پیش گرفته شده بود، پیگیری کنید. او ۵'۵" است، ۱۸۰ پوند وزن دارد، قند رفته شده از انگشتش امروز ۳۱۰ mg/dL است و با دختر ۱۰ ساله خود زندگی می‌کند. در حالی که در مورد ارتباط $HgbA_{1c}$ و کنترل ضعیف قند خون صحبت

می‌کنید، درمان‌های دارویی و غیر دارویی را مرور می‌کنید. در طول ویزیت، بیمار و دخترش بیان می‌کنند که می‌خواهند جای دارچین و سایر درمان‌های جایگزین و مکمل را برای کمک به کنترل طبیعی قند خون او امتحان کنند. شما قصد دارید ترجیحات خانواده را در نظر بگیرید و به آنها در مورد راه‌های مختلف کنترل قند خون از طریق رژیم غذایی، ورزش و داروها آموزش دهید.

تمرکز بر صلاحیت آموزش ایمن و با کیفیت برای پرستاران (QSEN): مراقبت بیمار محور

پیچیدگی‌های ذاتی سیستم مراقبت سلامت امروزی، پرستاران را به چالش می‌کشد تا ترکیبی از شایستگی‌های اصلی بین رشته‌ای خاص را نشان دهند. این شایستگی‌ها جهت اطمینان از ارائه مراقبت با کیفیت و ایمن به بیمار منظور شده‌اند (مؤسسه طب، ۲۰۰۳). پروژه آموزش کیفیت و ایمنی برای پرستاران (QSEN، ۲۰۲۰) چارچوبی را برای دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های (KSA)^۲ لازم برای پرستاران ارائه می‌دهد تا شایستگی در این حیطه‌های کلیدی از جمله مراقبت بیمار محور کار تیمی و همکاری بین حرفه‌ای، عملکرد مبتنی بر شواهد، بهبود کیفیت ایمنی و انفورماتیک را نشان دهند.

تعریف مراقبت بیمار محور: بیمار یا نماینده وی را به عنوان منبع کنترل و شریک کامل در ارائه مراقبت همراه با شفقت و هماهنگی بر اساس احترام به ترجیحات، ارزش‌ها و نیازهای بیمار به رسمیت بشناسد.

کاربرد و بازاندیشی

انتخاب KSAs قبل از پروانه کار

دانش

بر اساس ترجیحات این بیمار، چگونه می‌توانید به این بیمار و خانواده‌اش در مورد مدیریت قند خون او آموزش دهید؟ مشخص کنید چگونه می‌توانید ترجیحات بیمار را برای درمان‌های جایگزین و مکمل با مدیریت رژیم غذایی و ورزش ترکیب کنید.

- درک یکپارچه ابعاد متعدد مراقبت بیمار محور:
- ترجیحات بیمار / خانواده / جامعه، ارزش‌ها
 - هماهنگی و ادغام مراقبت
 - اطلاعات، ارتباط، و آموزش
 - آسایش جسمانی و حمایت عاطفی
 - مشارکت خانواده و دوستان
 - انتقال و تداوم^۲

توصیف کنید که چگونه زمینه‌های مختلف فرهنگی، قومی و اجتماعی به عنوان منبع ارزش‌های بیمار، خانواده و اجتماع عمل می‌کنند.

مهارت‌ها

طی ویزیت، شما با بیمار و خانواده در مورد راه‌های آنها در رعایت رژیم غذایی، ورزش و رژیم دارویی بحث می‌کنید. چگونه می‌توانید حمایت از انتخاب آنها برای وارد کردن درمان‌های جایگزین و مکمل در مدیریت قند خون بیمار را ابلاغ کنید تا کنترل قند خون سالم به دست آید؟

ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای بیان شده را به سایر اعضای تیم مراقبت‌های سلامت منتقل کنید.

نگرش‌ها

در مورد روابط متقابل پیچیده بین تمایل بیمار برای مدیریت قند خون با درمان‌های جایگزین تأمل کنید. درباره تمایل خودتان به این بیمار برای رعایت رژیم غذایی، ورزش و رژیم دارویی فکر کنید. چگونه می‌توانید نشان دهید که برای ترجیح بیمار در استفاده از درمان‌های جایگزین و مکمل ارزش قائل هستید؟

به دیدن شرایط مراقبت سلامت «از نگاه بیماران» ارزش بگذارید.

به بیان منحصر به فرد ارزش‌ها، ترجیحات و نیازهای ابراز شده بیمار احترام گذاشته و آن را تشویق کنید.

ترجمه‌ی دکتر ناهید دهقان نبیری

نتایج یادگیری

- پس از تکمیل مطالعه‌ی این فصل، انتظار می‌رود فراگیر قادر باشد:
۱. علل، خطرات و پاتوفیزیولوژی مربوط به چاقی را توصیف کند.
 ۲. بین یافته‌های بررسی طبیعی و غیرطبیعی شناسایی شده در بیمار مبتلا به چاقی، تفاوت قائل شوید.
 ۳. راهکارهای منظور شده برای پیشگیری و درمان چاقی، از جمله اصلاح سبک زندگی، درمان دارویی و مداخلات غیر جراحی را تعیین کند.
 ۴. ملاحظات تدابیر پرستاری را برای بیمار مبتلا به چاقی با استفاده از مدارک غیرجراحی توضیح دهد.
 ۵. روش‌های جراحی مورد کاربرد برای درمان بیماران مبتلا به چاقی از نظر مدیریت قبل از عمل، بعد از عمل، و طولانی‌مدت و همچنین عوارض مقایسه و مقابله کند.
 ۶. برنامه‌های پرستاری به عنوان چارچوبی برای مراقبت از بیمار تحت عمل جراحی چاقی استفاده کند.

مفاهیم پرستاری

- بررسی
- متابولیسم

واژه‌نامه

- اشتها آور (orexigenic):** عاملی که اشتها را تحریک می‌کند.
- باریاتریک (bariatric):** مربوط به چاقی است؛ این واژه از دو لغت یونانی به معنی «وزن» و «درمان» مشتق شده است.
- چاق‌کننده (obesogenic):** عاملی که وزن‌گیری و چاقی را افزایش می‌دهد.
- چاقی (adiposopathy):** اختلال عملکرد بافت چربی که موجب التهاب مزمن و بیماری می‌شود.
- چاقی (obesity):** بیماری که با تجمع غیرطبیعی یا بیش‌ازحد چربی شناخته می‌شود و به سلامتی آسیب می‌رساند.
- دیس‌فازی (dysphagia):** بلع مشکل.
- ژنوم (genome):** مجموعه کامل ژن‌های منحصر به فرد در هر ارگانیسم.
- سندرم دامپینگ (dumping syndrome):** پاسخ فیزیولوژیک به تخلیه سریع محتویات معده به داخل رزئوم که با تهوع، ضعف، تعریق، تپش قلب، سنکوپ و احتمالاً اسهال مشخص می‌شود.

واژه‌نامه (ادامه)

میکروبیوتا (microbiota): مکمل میکروب‌ها در محیط فراهم شده.
میکروبیوم (microbiome): ژنوم تجمعی همه میکروب‌ها در یک میکروبیوتا!

سیری (satiety): احساس خوردن مقدار غذای کافی.
شاخص توده بدن (BMI) body mass index: میزان وزن به قد که با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم به قد بر حسب متر مربع محاسبه می‌شود؛ رایج‌ترین معیار مورد استفاده برای طبقه‌بندی و تشخیص چاقی است.

کل زنان جهان در سال ۱۹۷۵ چاق بودند؛ در حالی که در سال ۲۰۱۶، گزارش شده که ۱۱٪ از مردان جهان و ۱۵٪ از زنان جهان چاق هستند. بار بیماری چاقی هم در ملل توسعه یافته و هم در حال توسعه مهم و قابل توجه است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) می‌نویسد هم‌اکنون بسیاری از ملل در حال توسعه با شیوع «بار دوبرگه» ناشی از اختلالات مرتبط با تغذیه و متابولیسم مواجه‌اند؛ به عبارتی این ملت‌ها باید به‌طور همزمان با تهیه‌های عمومی سلامتی ناشی از سوء تغذیه و چاقی برخورد کنند در کشورهای در حال توسعه چاقی عموماً در مناطق شهری شیوع یافته است (WHO, ۲۰۱۸).

از سال ۱۹۸۰، تعداد بزرگسالان مبتلا به چاقی در ایالات متحده همچنان در حال افزایش است. هم‌اکنون ایالات متحده از نظر شیوع چاقی دوازدهمین کشور جهان است که نورو^۲، یکی از کشورهای جزیره‌ای در میکرونسیا^۳، با شیوع چاقی ۶۱٪ در رتبه اول قرار دارد در بین بزرگسالان آمریکایی، برآورد شده است که ۴۲٪ چاقی دارند؛ تخمین زده می‌شود که ۷۰٪ درصد چاقی یا اضافه وزن دارند شیوع کلی اضافه وزن و چاقی در بین زنان آمریکایی کمی بیشتر از مردان آمریکایی و در میان آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار و اسپانیایی نسبت به سفیدپوستان یا آمریکایی‌های آسیایی‌تبار بیشتر است (تصویر ۱-۴۲ را ببینید). به‌طور کلی، افرادی که تحصیلات و درآمد کمتری دارند، بیشتر در معرض چاقی هستند که نشان‌دهنده نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی در بار بیماری چاقی است. اضافه وزن یا چاقی دلیل اصلی خان کردن بزرگسالان جوان آمریکایی از خدمت در ارتش است (بحث بعدی را در بخش ملاحظات کهنه‌سربازان ببینید).

بار اقتصادی چاقی برای جامعه آمریکایی بیش از محدود کردن جوانان مبتلا به چاقی از انجام تعهدات خدمت سربازی

میزان چاقی در ایالات متحده و جهان به نسبت پاندمی رسیده است. با توجه به شیوع بالای چاقی، پرستاران با بزرگسالان مبتلا به چاقی در هر محیط بالینی سرپایی و یا بستری مواجه می‌شوند. این فصل علت‌شناسی، خطرات، بررسی، تظاهرات بالینی، مدیریت و مراقبت پرستاری مرتبط با بیماران مبتلا به چاقی را توصیف می‌کند. مدیریت بیماران مبتلا به چاقی با هر دو روش غیر جراحی و جراحی مورد بحث قرار می‌گیرد.



چاقی

چاقی توسط سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان «تجمع بیش از حد یا غیرطبیعی چربی که به سلامتی آسیب می‌رساند» تعریف شده است. خانه نمایندگان انجمن طب آمریکا (AMA) در سال ۲۰۱۳ به‌عنوان پاسخ به تأییدیه‌های سازمان‌های مراقبت سلامت و انجمن‌ها از جمله کالج قلب آمریکا، جامعه اندوکراین و کالج جراحان آمریکا (چنانچه بخواهیم بحث مورد نام ببریم) به‌صورت رسمی اعلام کرد که چاقی باید به‌عنوان بیماری تشخیص داده شود و تحت درمان قرار گیرد. این راه‌حل روی مشاهدات علمی پایه‌گذار شد که مشخص کرد چاقی عموماً از معیارهای مورد استفاده برای تعریف بیماری پیروی می‌کند؛ یعنی می‌توان گفت که چاقی به عملکرد طبیعی بدن آسیب می‌رساند و دارای علائم و نشانه‌های خاصی است که موجب ناخوشی می‌شود (AMA, ۲۰۱۳).

ایدمیولوژی چاقی

در سراسر جهان بیش از ۶۵۰ میلیون بزرگسال به چاقی مبتلا هستند و ۱/۹ بیلیون نفر اضافه وزن دارند. شیوع چاقی از سال ۱۹۷۵ تاکنون در مردان بیش از سه برابر و در زنان بیش از دو برابر شده است. به‌طور کلی، ۳٪ از کل مردان جهان و ۶٪ از

2. Nauru

3. Micronesia

1. Microbiota

تا ۶ سال امید به زندگی کلی ارتباط دارد علاوه بر آن، چاقی با ناخوشی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های متعدد دیگر مرتبط است (تصویر ۲-۴۲ و نمای ۱-۴۲ را ببینید). برای مثال همانطور که شاخص توده بدن (BMI) افزایش می‌یابد، خطر کلی سرطان و مرگ ناشی از سرطان بالا می‌رود؛ چاقی مسؤول ۹۰ هزار مرگ ناشی از سرطان در سال است. با ابتلا به چاقی احتمال ابتلا به دیابت نوع دو تا ۱۰ برابر و احتمال ابتلا به آسم یا پرفشاری خون نزدیک به ۴ برابر بیشتر می‌شود در بزرگسالان مبتلا به چاقی دو برابر بیشتر احتمال تشخیص آرایمر نسبت به بزرگسالان وزن نرمال وجود دارد.

پاتوفیزیولوژی

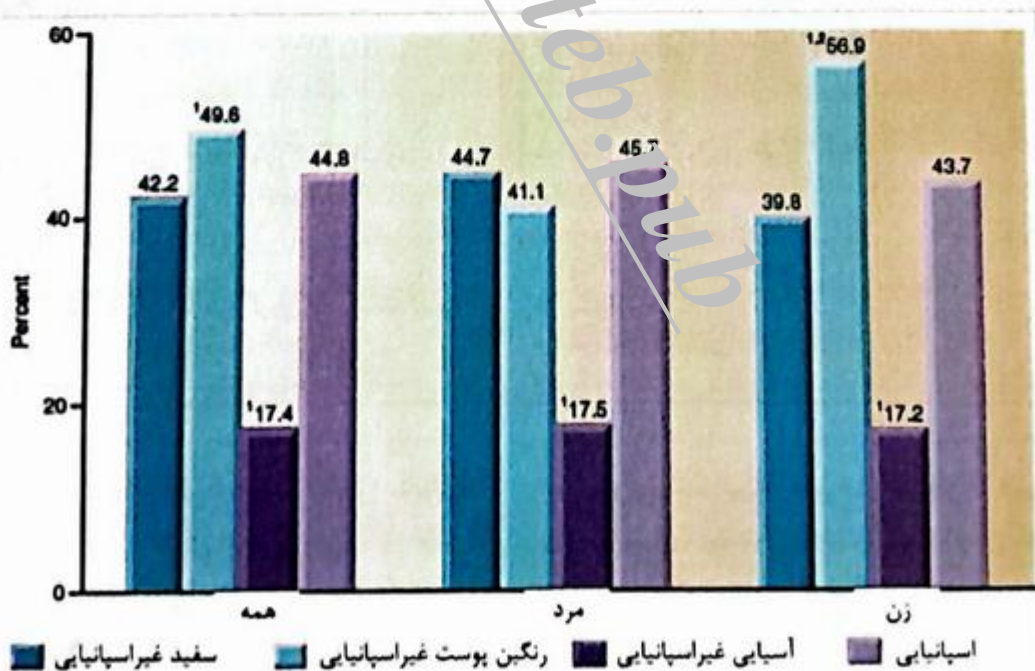
چاقی بیماری مزمن و تود کننده‌ای است که با تجمع بیش از حد چربی بدنی و وزن‌گیری شناخته می‌شود. این افزایش در چربی بدن موجب آدیپوزوپاتی^۱، یعنی اختلال بافت چربی می‌شود که اختلالات و بیماری‌های متابولیک، بیومکانیک و روانی را افزایش می‌دهد. سلول‌های بافت چربی مختل، هورمون‌های بیوشیمیایی ترشح می‌کنند که موجب تغییرات التهابی مزمن شده و منجر به بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری قلبی، پرفشاری خون و دیابت نوع دو می‌شوند.

است. برآورد شده سالیانه هزینه‌های مراقبت سلامت در رابطه با چاقی ۱۹۰ بیلیون دلار است و متوسط هزینه‌های سالیانه مراقبت سلامت برای امریکایی‌های مبتلا به چاقی ۳۴۲۹ دلار بیشتر از افراد امریکایی بدون چاقی است.

خطرات چاقی

علل چاقی پیچیده و چند عاملی هستند و شامل عوامل رفتاری، محیطی، فیزیولوژیک و ژنتیک می‌شوند. در حالی که گروه‌های جمعیتی مشخصی وجود دارند که به نظر می‌رسد در معرض خطر چاقی باشند (تصویر ۱-۴۲ را ببینید) و در عین حال الگوهای وراثتی قابل توجهی از چاقی وجود دارند، تعیین عوامل خطری که شانس تشخیص چاقی را مشخص کنند به‌طور واضح مانند سایر بیماری‌ها (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها) نظیر بیماری شریان کرونر (فصل ۲۳ را ببینید) و بیماری‌های عروق مغزی (فصل ۶۲ را ببینید) روشن نشده است.

به هر حال آنچه پر واضح است این است که چاقی موجب خطر کلی بیشتر مرگ و میر می‌شود. چاقی به خودی خود طول عمر فرد را کاهش نمی‌دهد؛ اما هنگامی که با بیماری متابولیک و یا بیماری مزمن دیگری همراه می‌شود با کاهش ۲



۱. به‌طور معناداری متفاوت از سایر نژادها و گروه‌های با منشأ اسپانیایی
۲. به‌طور معناداری متفاوت از مردان برای همان نژاد و گروه اسپانیایی

تصویر ۱-۴۲. شیوع چاقی در میان بزرگسالان ۲۰ ساله و بالاتر برحسب جنس و نژاد / قومیت در ایالات متحده (۲۰۱۷-۲۰۱۸).