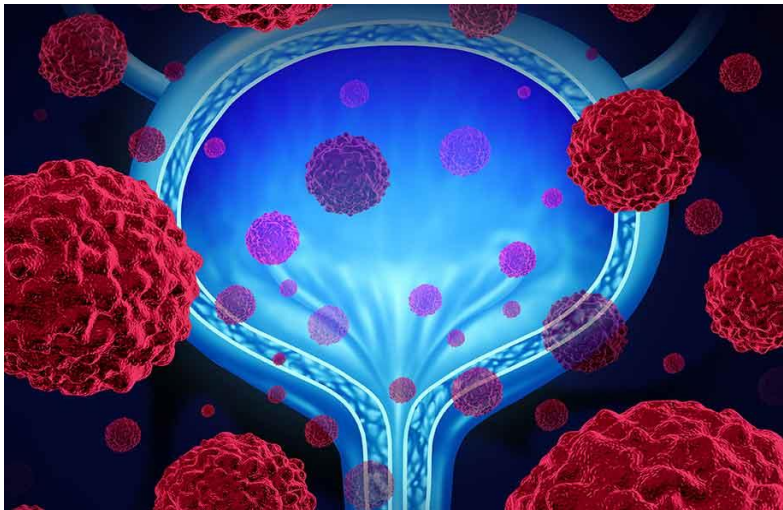


جراحی های بزرگ در ارولوژی

طیبه دیناری
کارشناس ارشد پرستاری

سرطان مثانه



- شیوع بیشتر در افراد ۷۰-۵۰ ساله
 - ابتلای بیشتر مردان نسبت به زنان
 - مشاهده بیشتر در جمعیت آفریقایی - آمریکایی
- شایع ترین مورد بدخیمی دستگاه ادراری:**
سرطان مثانه توام با سرطان پروستات

منشا تومورهای مثانه: معمولاً قاعده مثانه با درگیری حالب و گردن مثانه

سرطان های پروستات، کولون و رکتوم در مردان و سرطان های بخش های پایینی دستگاه تناسلی در زنان به مثانه گسترش می یابند.

عوامل خطرزای سرطان مثانه

- مصرف سیگار و تنباکو به عنوان عامل خطر عمده (افزایش خطر متناسب با تعداد سیگار در روز و سال های مصرف) - ریسک ابتلا دو برابر بیشتر از سایرین
- سرطان زا های محیطی (رنگ ها، لاستیک، چرم و جوهر)
- عفونت باکتریایی عود کننده یا مزمن دستگاه ادراری
- سنگ های مثانه
- PH ادراری بالا
- مصرف زیاد کلسترول
- پرتودرمانی لگنی
- سرطان های پروستات، کولون و رکتوم در مردان

تظاهرات بالینی



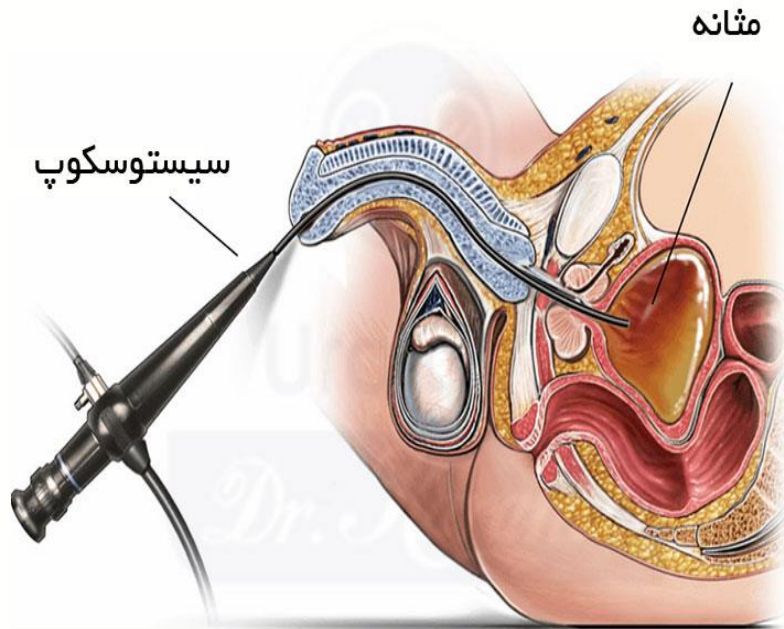
- خون ادراری قابل مشاهده و بدون درد (شایع ترین علامت)

- تکرر ادرار

- فوریت و سوزش ادرار

- درد لگنی و پشت (در صورت متاستاز)

روش های بررسی تشخیصی



- سیستوسکوپی (روش اصلی)
- اوروگرافی دفعی (IVP)
- سی تی اسکن
- سونوگرافی
- معاینه دو دستی تحت بیهوشی
- بیوپسی توده از طریق مجرا
- رزکسیون توده از طریق مجرا (TURB-T)
- سیتولوژی ادرار صبحگاهی

عوامل موثر در تصمیم‌گیری برای درمان سرطان مثانه

- درجه تومور
- مرحله رشد تومور
- چند کانونی بودن تومور
- سن
- وضعیت فیزیکی، روانی و عاطفی

روش های درمانی

۱. درمان جراحی

۲. درمان دارویی

■ شیمی درمانی (استفاده از ترکیب های دارویی)

■ ایمونوتراپی (BCG تراپی)

۳. پرتودرمانی

درمان جراحی

TURB-T .۱

- برش از راه پیشابراه با هدف بیوپسی یا رزکسیون توده
- حفظ مثانه در این روش درمانی
- تجویز داخل مثانه ای BCG (باسیل کالمت - گرین) با هدف تولید التهاب موضعی و ایجاد عکس العمل ایمنی سیستمیک پس از جراحی

.۲ سیستمکتومی رادیکال

- درمان سرطان های مهاجم یا چند کانونی
- مردان: خارج کردن مثانه، پروستات، کیسه های منی و بافت های کاملاً چسبیده به مثانه
- زنان: خارج کردن مثانه، بخش تحتانی حالب، رحم، لوله های فالوپ، تخمدان ها، قسمت قدامی واژن و پیشابراه

TURB-T .۳ و پرتودرمانی و شیمی درمانی

- حفظ مثانه علاوه بر کاندید سیستمکتومی
- سن بالا، مشکلات قلبی، ریسک بالای بیهوشی و عدم تمایل بیمار به سیستمکتومی

انحراف ادراری (دایورژن)

- منحرف کردن جریان ادرار از مثانه به یک خروجی جدید
- این عمل در زمان خارج کردن کل مثانه (سیستکتومی)، الزامی است.



عوامل موثر در تعیین روش مناسب جراحی

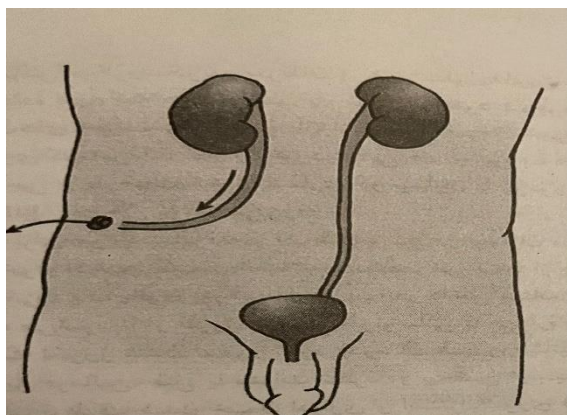
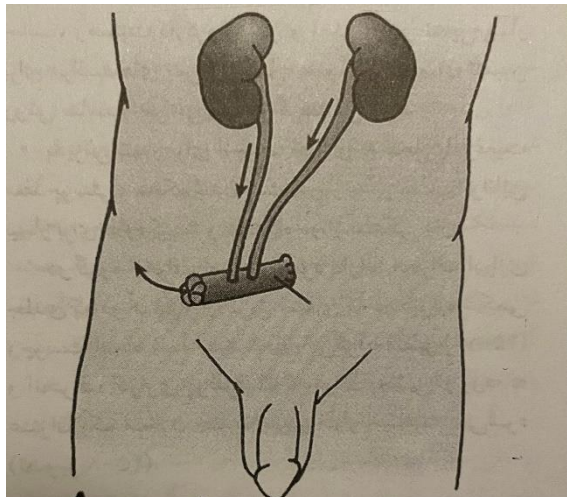
- سن بیمار
- وضعیت مثانه
- ساختمان بدن
- میزان چاقی
- میزان گشادی حالب ها و وضعیت و کارکرد کلیوی
- معلومات و تمایلات بیمار
- پذیرش بیمار برای انحراف ادراری به:
- محل یا موقعیت منفذ پوستی، محکم شدن کیسه درناژبه پوست و توانایی بیمار برای اداره کیسه و دستگاه درناژ

انواع انحراف ادرااری

۱. انحراف ادرااری جلدی

۲. انحراف ادرااری پرظرفیت (پاچ)

انحراف ادراری جلدی



تخلیه ادرار (بی اختیار) از طریق منفذ ایجاد شده در دیواره شکمی و پوست

به دو روش انجام می شود:

۱. مجرای ایلئومی (ایلئال لوپ)

- قدیمی ترین و پرکاربرد ترین روش
- ادرار به وسیله فروبردن حالب در یک قوس ۱۲ سانتی متری ایلئوم و یا یک قوس از کولون سیگموئید به دیواره شکمی ختم می شود.
- از یک کیسه ایلئوستومی برای جمع آوری ادرار استفاده می شود.

۲. یورستومی جلدی

عبور مستقیم حالب از دیواره شکمی و باز شدن به سطح پوست



مراقبت های پرستاری بلافاصله پس از جراحی

- ✓ کنترل دقیق علائم حیاتی
- ✓ کنترل محل جراحی و درن های بیمار جهت بررسی خونریزی
- ✓ کنترل و ثبت دقیق برون ده ادراری از طریق بررسی مکرر اتصالات بیمار پس از جراحی و گزارش فوری برون ده کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت
- ✓ دهیدراتاسیون یا انسداد مجرای ایلئوستومی
- ✓ بررسی الکتروولیت های بیمار

آموزش های مراقبتی مورد نیاز بیمار در زمان بستری

- مراقبت از منفذ پوستی
- بررسی ادرار و مراقبت از استومی
- ترغیب بیمار به مصرف مایعات (در صورت عدم محدودیت و مطابق با نظر پزشک) و رفع اضطراب
- مشاوره با پرستار متخصص استومی و گزینش وسایل استومی



آموزش مراقبت در منزل

- آموزش مراقبت از خود و محل جراحی و استومی
- آموزش تعویض کیسه و وسایل مورد نیاز
- آموزش رژیم غذایی جهت کنترل بو
- مراقبت از وسایل استومی
- پاکسازی و رفع بو از وسایل
- آموزش اهمیت عضویت و ارتباط با انجمن استومی

انحراف ادرااری پرظرفیت (پاچ)

□ استفاده از بخشی از روده به عنوان یک مخزن جدید برای ادراار (تخلیه با اختیار)

به دو روش انجام می شود:

۱. مخزن ادرااری پرظرفیت ایلئومی (کیسه ایندیانا)

۲. یورتروسیگموئیدوستومی

مخزن ادراری پر ظرفیت ایلئومی (کیسه ایندیانا)

شایع ترین روش

- ایجاد یک مخزن به شکل یک کیسه از ایلئوم و سپس متصل کردن حالب ها به آن و ایجاد یک منفذ در سطح پوست

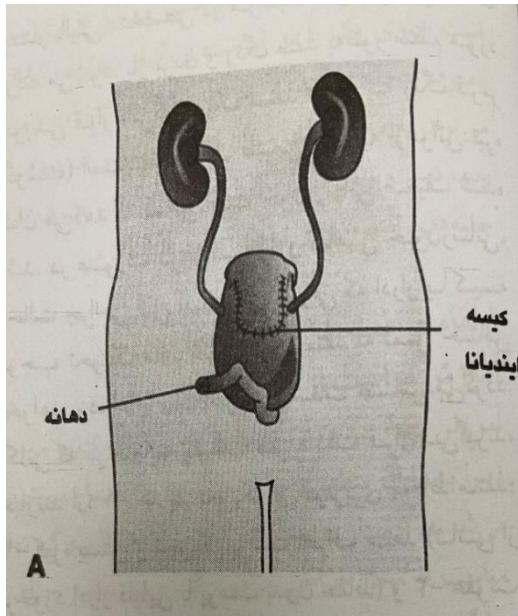
- استفاده از روش CIC جهت تخلیه ادرار توسط بیمار

- مراقبت های پرستاری بلافاصله پس از جراحی مشابه با بیماران دارای مجرای ایلئومی

در این بیماران، تخلیه کیسه با سوند در فواصل منظم جهت جلوگیری از موارد زیر ضروری است:

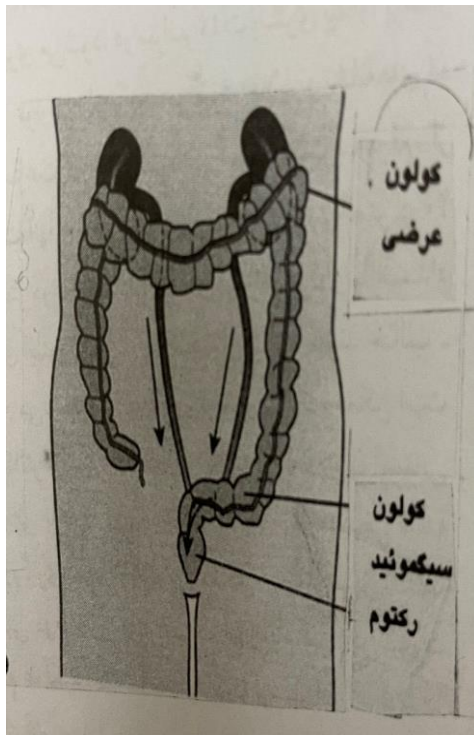
۱. جذب فرآورده های زائد متابولیک ادرار

۲. ریفلاکس ادرار به حالب ها و UTI



یورتروسیگموئیدوستومی

- کاشته شدن حالب ها در کولون سیگموئید و تخلیه ادرار برای تمامی عمر از طریق رکتوم
- درناژ معادل اسهال آبکی



آمادگی و آموزش قبل از عمل:

- رژیم غذایی آبکی چند روز قبل از عمل جهت رقیق شدن محتویات کولون و پاکسازی روده
- تجویز آنتی بیوتیک جهت ضد عفونی کردن روده ها
- کنترل کارکرد اسفنکتر مقعدی با ارزیابی نگهداری تنقیه



مراقبت های پرستاری بعد از جراحی

- مراقبت از سوند قرار داده شده در رکتوم جهت تخلیه ادرار
- مراقبت از پوست اطراف مقعد
- شستشوی صحیح و با فشار کم لوله رکتومی طبق دستور پزشک (پیشگیری از هدایت باکتری های روده به سمت حالب)
- پایش مایع و الکتروولیت ها
- کنترل بازگشت کارکرد اسفنکتر مقعدی بعد از خارج کردن سوند با تمرینات ویژه
- رژیم غذایی (اجتناب از غذاهای تولید کننده گاز بعلت ایجاد بی اختیاری استرسی و بوی ناراحت کننده - محدودیت مصرف نمک و رژیم غذایی پرپتاسیم)

پایش و درمان عوارض بلقوه:

- پیلونفریت به دلیل ریفلاکس باکتری ها از کولون
- آموزش اهمیت ادامه درمان آنتی بیوتیکی تجویز شده توسط پزشک

فرآیند پرستاری در بیمار تحت جراحی انحراف ادراری

بررسی های اصلی پرستاری پیش از جراحی عبارتند از:

- بررسی کارکرد قلبی - ریوی (مسن بودن بیماران و خطر بیشتر عوارض قلبی - ریوی)
- بررسی تغذیه ای (احتمال سوتغذیه به علت بیماری زمینه ای)
- آموزش به بیمار و خانواده در زمینه تغییر فیزیکی و کارکردی به واسطه جراحی
- ارزیابی مفهوم از خود و اعتماد به نفس
- ارزیابی روش های تطبیق بیمار با تنش و آنچه از دست داده است
- ارزیابی وضعیت روانی
- راست دست یا چپ دست بودن و هماهنگی
- روش های ترجیحی بیمار برای یادگیری



pezhshkamooz ***

تشخیص های پرستاری و برنامه ریزی پیش از جراحی

- اضطراب به دلیل تغییرات ناشی از جراحی
- سوءتغذیه، دریافت کمتر از نیازهای بدن به دلیل مصرف ناکافی مواد غذایی
- کمبود اطلاعات در زمینه جراحی و مراقبت های پس از آن

اهداف اصلی در برنامه ریزی عبارتند از:

- رفع اضطراب
- بهبود وضعیت تغذیه ای پیش از جراحی
- افزایش اطلاعات در زمینه جراحی و مراقبت های پس از آن

اقدامات پرستاری پیش از جراحی

۱. رفع اضطراب

- حمایت فیزیکی و روانی و اجتماعی و ترغیب بیمار به بیان ترس و اضطراب خود
- رسیدن بیمار به وضعیت متعادل و بیان عدم وابستگی و توانایی

۲. اطمینان از تغذیه کافی و درست

- آموزش رژیم غذایی با پس مانده کم جهت کاهش ایستایی مدفوع و ایلئوس پس از جراحی
- مصرف مایعات کافی جهت پیشگیری از هیپوولمی در طی جراحی و برقراری ادرار به میزان مناسب

۳. توضیح شیوه جراحی و تاثیرات آن

نتایج مورد انتظار

- اضطراب بیمار درباره جراحی کاهش می یابد
 - بیمار ترس خود را با پرستار و اعضای خانواده در میان می گذارد.
 - رفتار مثبتی درباره نتیجه جراحی بروز می دهد.
- وضعیت تغذیه ای مناسب است
 - تغذیه بیمار پیش از جراحی کافی است.
 - وزن بیمار حفظ می شود.
 - بیمار دلایل تغذیه وریدی (در صورت نیاز) را می داند.
 - قوام پوست طبیعی است، غشاهای مخاطی مرطوب هستند، برون ده ادراری طبیعی است.
- درباره روش جراحی و سیر پس از آن اطلاعات کافی دارد.
- بیمار از محدودیت های پس از جراحی آگاه است.
- بیمار از وضعیت محیط بلافاصله بعد از عمل آگاه است. (لوله ها، دستگاه ها و...)
- بیمار تنفس عمیق، سرفه و حرکات پا را انجام می دهد.

بررسی پرستاری پس از جراحی

- پیشگیری از عوارض و بررسی دقیق بیمار برای وجود هر علامت و نشانه ای از عوارض
- بررسی دقیق علائم حیاتی
- بررسی دقیق سوندها و هر وسیله درناژ
- توجه به حجم ادرار، رنگ آن و گزارش هر گونه تغییر به پزشک (احتمال انسداد ادراری، حجم خون ناکافی یا خونریزی)
- توجه به نیاز بیمار برای رفع درد



pezeshkamooz

تشخیص های پرستاری و برنامه ریزی پس از جراحی

• خطر از بین رفتن یکپارچگی پوست به دلیل مشکل در کارکرد با دستگاههای جمع آوری ادرار

○ درد حاد ناشی از برش جراحی

○ تغییر در تصویر ذهنی از خود به دلیل انحراف ادراری

○ نارسایی جنسی به دلیل تغییرات ساختاری و فیزیولوژیک

○ نقص اطلاعات درباره کارکرد ادراری

اهداف اصلی در برنامه ریزی عبارتند از:

• حفظ یکپارچگی پوست اطراف منفذ

• رفع درد

• افزایش اتکا به نفس

• برخورد مناسب با تغییر کارکرد ادراری و مسائل جنسی

اقدامات پرستاری پس از جراحی

○ پایش کارکرد کلیوی

○ پیشگیری از عوارض پس از جراحی (عفونت و سپسیس، عوارض تنفسی، اختلالات مایع و الکترولیت، تشکیل فیستول و نشت ادرار)

○ فراهم آوردن راحتی بیمار و رفع درد

○ بررسی دقیق محل سوندها و وسایل درناژادراری

○ بررسی دقیق برون ده ادراری و ثبت مجزای اتصالات

○ مراقبت از NGT (کاهش فشار در دستگاه گوارش و رفع فشار بر محل پیوند روده ای)

○ بررسی صداهای روده ای و اطلاع به پزشک جهت شروع مصرف مایعات

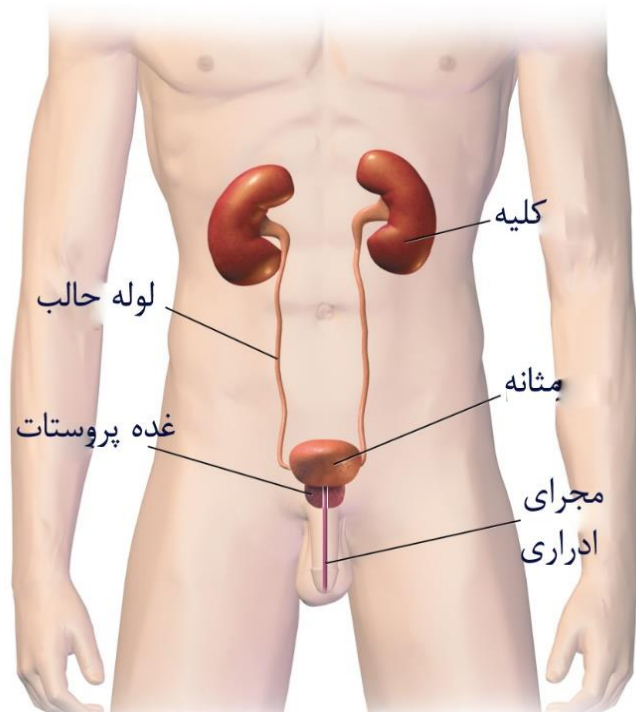
○ توجه به عوارض ناشی از عدم تحرک و آغاز سریع راه رفتن بیمار

نتایج مورد انتظار

۱. برقرای تداوم و یکپارچگی پوستی
 - یکپارچگی و تداوم پوست حفظ شده و بیمار قادر به کار با سیستم درناژ و وسایل مربوط به آن است
 - در صورت بروز آسیب پوستی عکس العمل صحیح را نشان میدهد
۲. رفع درد را گزارش می کند.
۳. بهبود برداشت از وضعیت ظاهر را به طرق مختلف زیر نشان می دهد.
 - پذیرش خود را از انحراف ادراری، استوما و وسایل مربوط به آن بیان می دارد.
 - استقلال در مراقبت از خود شامل مراقبت های بهداشتی و رسیدگی به وضعیت ظاهر را نشان می دهد.
 - پذیرش خود را از حمایت و کمک افراد خانواده، مراقبین بهداشتی و سایرین بیان می کند.
۴. با جنبه های مربوط به مسائل جنسی تطبیق می کند.
۵. اطلاعات و دانش خود را در زمینه نیازهای مراقبت از خود و علائم هشدار نیازمند مراجعه به پزشک اظهار می دارد.
۶. عدم بروز عوارض (طبیعی بودن دمای بدن، عدم نشت ادرار، میزان دفع ادرار طبیعی، استوما در وضعیت طبیعی و سالم بودن منطقه اطراف منفذ و بهبود یافتگی آن)

پروستات

□ پروستات یک ارگان مخروطی شکل معکوس است. در ناحیه لگن در زیر سمفیزپوبیس و جلوی آمپول رکتوم قرار دارد. انتهای فوقانی آن در امتداد گردن مثانه قرار دارد. مجرای ادرار از قاعده به قله پروستات وارد و از میان آن عبور می کند.



نقش پروستات در دفع ادرار:

- پروستات مجرای پیشابراه را در فاصله مثانه تا آلت تناسلی در بر گرفته است و منقبض شدن عضلات پروستات باعث آهسته شدن جریان ادرار می شود.

علائم بالینی بزرگی پروستات

- نیاز مکرر و فوری به ادرار کردن
- مشکل در شروع ادرار
- ادرار آهسته (طولانی)
- افزایش دفعات ادرار در شب (شبانه)
- ادرار منقطع
- احساس عدم تخلیه کامل مثانه
- عفونت ادراری
- عدم توانایی در ادرار کردن

پروستاتکتومی

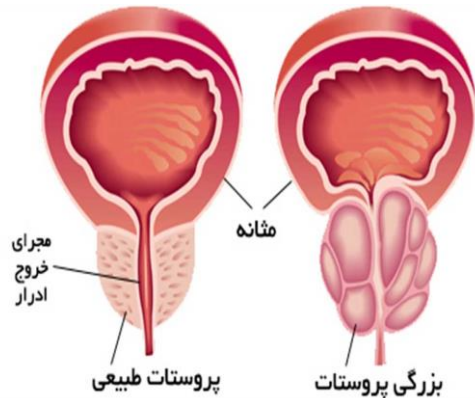
□ جراحی برای برداشتن کامل یا قسمتی از غده پروستات، پروستاتکتومی نام دارد.

شایع ترین علل برای جراحی پروستات:

۱. بزرگی پروستات یا هیپرپلازی خوش خیم پروستات (BPH) Benign prostatic hyperplasia

- شایع ترین تومور خوش خیم مردان

- بیشتر موارد پروستاتکتومی با علت BPH می باشند.

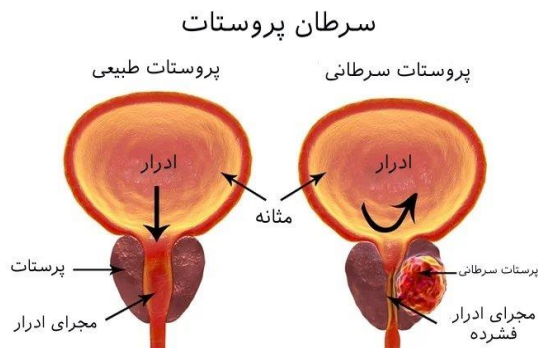


۲. سرطان پروستات

- دومین علت شایع مرگ بدلیل سرطان در مردان

- درگیری بیشتر افراد مسن

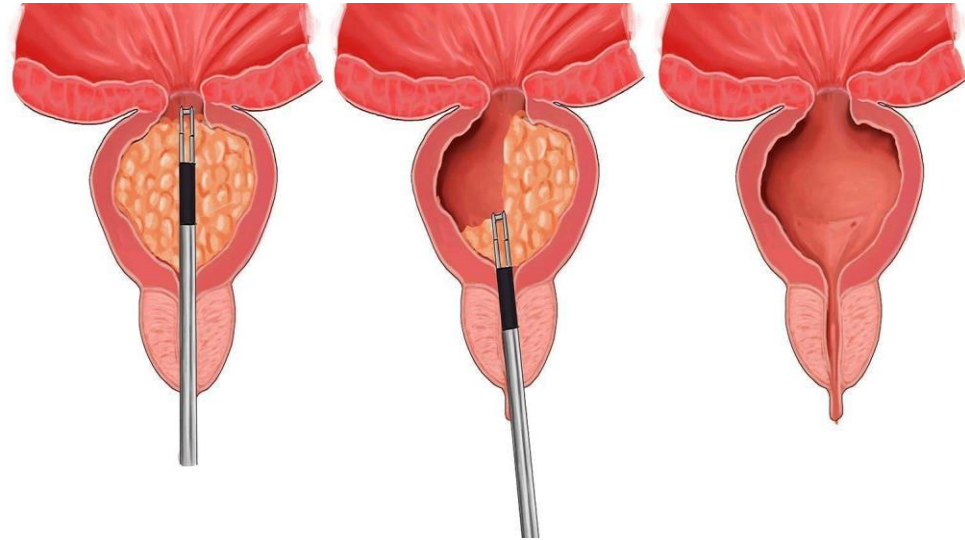
- افزایش خطر ابتلا با: ژنتیک - استعمال سیگار و رژیم پراز چربی



انواع روش های جراحی

۱. برداشتن پروستات از طریق پیشابراه (TURP- Transurethral resection of the prostate)

- برداشتن بخشی از پروستات با استفاده از رزکتوسکوپ



۲. پروستاتکتومی ساده (simple prostatectomy)

- برداشتن پروستات بدون خارج کردن کیپسول آن

۳. پروستاتکتومی رادیکال (radical prostatectomy)

- برداشتن کامل پروستات، کیپسول و غدد لنفاوی لگنی

بررسی های اصلی پرستاری پیش از جراحی

- بررسی مدارک مرتبط با کارکرد قلبی - ریوی (مسن بودن بیماران و خطر بیشتر عوارض قلبی - ریوی)
- بررسی سایر مدارک بیمار (مشاوره ها، آزمایش خون، ادرار و سایر تست ها مانند سونوگرافی)
- توجه به اخذ رضایت آگاهانه جراحی توسط پزشک و توضیح در رابطه با عوارض احتمالی جراحی

آموزش به بیمار قبل از جراحی شامل:

- روش جراحی و مراقبت ها
- شرایط بالینی پس از جراحی و اتصالات (سوند فولی و درن های متصل به بیمار)
- irrigation بعد از جراحی و علت آن
- رعایت بهداشت ناحیه پرینه و احتمال عفونت



peeshkamooz ***

تشخیص های پرستاری و برنامه ریزی پیش از جراحی

- اضطراب به دلیل جراحی
- کمبود اطلاعات در زمینه جراحی و مراقبت های پس از آن

اهداف اصلی در برنامه ریزی عبارتند از:

- رفع اضطراب
- افزایش اطلاعات در زمینه جراحی و مراقبت های پس از آن

اقدامات پرستاری پس از جراحی

- کنترل دقیق علائم حیاتی
- توجه به NPO و CBR بودن بیمار مطابق با دستور جراح
- کنترل محل جراحی از نظر خونریزی و هماتوم
- کنترل دقیق الکترولیت های بیمار پس از جراحی (برقراری irrigation و احتمال بروز اختلال در آن ها)
- توجه به میزان هموگلوبین بیمار (خونریزی دهنده بودن جراحی)
- کنترل و ثبت دقیق میزان خروجی درن های متصل به بیمار
- توجه به درد بیمار و استفاده از روش های تجویز شده توسط پزشک در جهت رفع درد
- توجه به روشنایی اتاق بیمار(بخصوص در سالمندان) جهت پیشگیری از دلیریوم و امکان آسیب به محل جراحی و کشیدن درن ها
- توجه به برقراری مداوم irrigation جهت پیشگیری از ایجاد لخته در محل سوند

آموزش به بیمار در روز بعد از جراحی

- شروع مایعات در صورت تحمل و عدم تهوع و سپس رژیم معمولی
- خارج شدن از تخت به کمک همراه با روش صحیح و بیان اهمیت آن
- تنفس عمیق و فیزیوتراپی قفسه سینه جهت پیشگیری از بروز آتلکتازی
- شستشوی پرینه و محل سوند جهت پیشگیری از عفونت و کاهش سوزش ادراری
- مراقبت از اتصالات
- عدم استفاده از مواد نفاخ و استفاده از رژیم پر فیبر جهت آغاز حرکات دوی روده ها



آموزش حین ترخیص به بیمار

بیمار معمولاً با سوند ادراری یا درن پتزرترخیص می شود و در زمان مراجعه مجدد خارج می شود.

- اهمیت مراقبت از زخم جراحی و اتصالات
- حمام و تعویض پانسمان روزانه
- علائم هشدار عفونت و توصیه مراجعه به اورژانس
- اهمیت مصرف آنتی بیوتیک های تجویز شده
- مراجعه به درمانگاه

نفرکتومی

□ جراحی برای برداشتن کامل کلیه یا بخش از آن نفرکتومی نام دارد.

علل نفرکتومی:

- اهداء کلیه به فرد دیگر
- سرطان کلیه
- سنگ، عفونت و یا انسداد (کلیه نان فانکشن)

انواع نفرکتومی

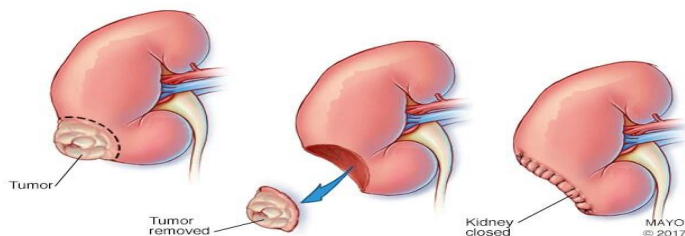
۱. نفرکتومی ساده

- برداشتن کلیه



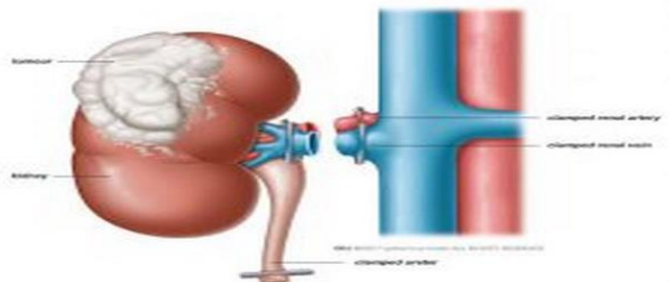
۲. نفرکتومی پارشیال

- برداشتن قسمتی از یک کلیه



۳. نفرکتومی رادیکال

- برداشتن کلیه، غده آدرنال، بافت های چربی اطراف و غدد لنفاوی



ملاحظات پرستاری و آموزش های پیش از جراحی

- کنترل مدارک و آزمایشات
- اطمینان از ممنوعیت مصرف داروهای رقیق کننده خون حداقل ۷ روز قبل از جراحی
- کنترل رضایت آگاهانه و اطمینان از توضیح عوارض احتمالی توسط پزشک
- آماده سازی بیمار جهت حفظ کارکرد کلیوی مطلوب با مصرف مایعات و کمک به دفع مواد زائد در صورت نداشتن محدودیت (نارسایی کلیوی یا قلبی)
- ترغیب بیمار به بیان عوامل نگران کننده
- شرح واقعیت حفظ کارکرد طبیعی با یک کلیه و عدم نیاز به دیالیز برای بیمار و خانواده
- آموزش در ارتباط با روش جراحی و مراقبت ها
- آموزش در ارتباط با اتصالات بعد از جراحی و مراقبت های مربوط به آن ها



pezeshkamoos

تشخیص های پرستاری و برنامه ریزی

- خطر پاکسازی غیر موثر راه های هوایی به دلیل برش محل جراحی
- خطر الگوی تنفسی غیر موثر به دلیل برش جراحی و بیهوشی
- درد حاد ناشی از محل برش جراحی، وضعیت بیمار حین جراحی و اتساع شکمی
- احتباس ادراری ناشی از درد، عدم تحرک و بیهوشی

اهداف اصلی در برنامه ریزی عبارتند از:

- حفظ پاکسازی موثر راه های هوایی و الگوی تنفسی
- رفع درد و ناراحتی
- دفع مطلوب ادرار
- حفظ تعادل مایع
- عدم وجود عوارض

عوارض احتمالی

- خونریزی
- پنومونی
- عفونت
- اختلالات مایع (کمبود یا مازاد)
- ترومبوز ورید عمقی

اقدامات پرستاری پس از جراحی

۱. ارزیابی وضعیت تنفسی

- پایش تعداد، عمق و الگوی تنفس و تاثیر درد بیمار بر روی آن

۲. ارزیابی وضعیت گردش خون و از دست دادن خون

- بررسی علائم حیاتی، رنگ و درجه حرارت پوست و برون ده ادراری و محل جراحی از نظر خونریزی

۳. ارزیابی درد

- یک مشکل عمده برای بیماران پس از جراحی

- استفاده از مسکن ها طبق دستور پزشک

- توجه به اتساع شکمی تشدید کننده ناراحتی بیمار

۴. ارزیابی درناژ ادراری

- ارزیابی دفع ادرار و درناژ درن ها از نظر میزان، رنگ، نوع یا مشخصات

- گزارش فوری کاهش ادرار به پزشک (احتمال انسداد)

نتایج مورد انتظار

۱. پاکسازی موثر راههای هوایی
 - الگوی تنفسی و حرکات قفسه سینه طبیعی است
 - دم های بیمار طبیعی بوده و از اسپرومتر استفاده می کند
 - علائم حیاتی و درجه حرارت طبیعی است
۲. کاهش پیشرونده درد
 - بیمار کمتر به مسکن نیاز دارد
 - حرکات آزادانه دارد و سرفه و تنفس عمیق انجام می دهد
 - از تخت خارج می شود
۳. حفظ دفع ادرار
 - درناژ از اتصالات انجام میگیرد
 - تعادل مایع و الکترولیت ها طبیعی است
۴. بیمار در فعالیت های مراقبت از خود شرکت می کند
۵. عدم وجود عوارض



آموزش حین ترخیص به بیمار

قبل از ترخیص اتصالات بیمار در صورت شرایط عادی بیمار خارج می شود.

آموزش های ارائه شده به بیمار شامل:

- حمام ونحوه تعویض پانسمان در صورت نیاز
- استفاده به موقع از داروهای تجویز شده (مسکن و آنتی بیوتیک)
- کنترل دقیق برون ده ادرار
- عدم استفاده خودسرانه از دارو جهت محافظت از کلیه
- مصرف مایعات و رعایت رژیم غذایی کم نمک و کم چرب

ادامه...

- انجام آزمایش های دوره ای جهت بررسی کارکرد کلیه
- جلوگیری از نگهداشتن ادرار به مدت طولانی و توجه به علائم عفونت ادراری
- کنترل ادرار از نظر خونریزی
- اجتناب از انجام فعالیت های سنگین به مدت ۶ هفته
- اجتناب از انجام فعالیت های ورزشی با احتمال ضربه مستقیم به پهلو
- عدم حضور در اجتماعات و یا دعوا و نزاع جهت پیشگیری از آسیب احتمالی به کلیه



Thank
you!