

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پرستاری داخلی و جراحی

نکات کلیدی

فصل اول

فصل اول

- ۱- عمده‌ترین تدبیر پرستاری در لوسمی پیشگیری، کنترل و درمان عفونت است.
- ۲- کم‌خونی آپلاستیک در اثر کاهش سلول‌های پیش‌ساز گلبولها در مغز استخوان و جانشین شدن چربی در آن ایجاد می‌شود.
- ۳- در کم‌خونی آپلاستیک، درگیری رده گرانولوسیت‌های با تب، فازنژیت حاد و سایر اشکال سپسیس و خونریزی تظاهر می‌کند.
- ۴- کاهش ظرفیت خون در حمل اکسیژن، ازجمله مواردی است که در تمام انواع آنمی مشترک می‌باشد.
- ۵- هرچه آنمی سریعتر پدیدار شود، نشانه‌های آن شدیدتر است.
- ۶- کم‌خونی (آنمی) عبارت از کم بودن تعداد گلبول‌های قرمز و سطح هموگلوبین، هماتوکریت کمتر از میزان طبیعی می‌باشد.
- ۷- در کم‌خونی (آنمی)، استفاده از رژیم غذایی متوازن پرپروتئین، پرکالری از غذاها، میوه‌ها و سبزیجات توصیه می‌شود.
- ۸- علت شایع مرگ در بیماران مبتلا به لوسمی، سپتی‌سمی است.
- ۹- ازجمله مواردی که در درمان آنمی پرنشیز ناشی از فقدان فاکتور داخلی بکار می‌رود، تزریق ماهیانه ویتامین B_{۱۲} می‌باشد.
- ۱۰- Schilling Test جهت تشخیص آنمی پرنشیز می‌باشد.
- ۱۱- در تزریق خون به مقادیر زیاد، احتمال پیدایش عارضه هیپرکالمی در بیمار وجود دارد.
- ۱۲- از مداخلات پرستاری مهم در کم‌خونی آپلاستیک، کنترل علائم عفونت، هیپوکسی بافتی و خونریزی است.
- ۱۳- ویتامین K ازجمله مواد غذایی است که در انعقاد خون نقش دارد.
- ۱۴- آنمی فقر آهن شایع‌ترین نوع کم‌خونی است. این آنمی در زنان آبستن و زنانی که پررود می‌شوند شایع است.
- ۱۵- در آنمی فقر آهن گلبول‌های قرمز هیپوکروم و میکروسیتیک می‌باشند.
- ۱۶- در آنمی فقر آهن زبان صاف و زخم‌دار شده و بیمار ویار پیدا می‌کند.
- ۱۷- پرستار در لکوپنی شدید، ترجیحاً از ایزولاسیون معکوس استفاده می‌کند.
- ۱۸- یکی از تدابیر درمانی در کم‌خونی آپلاستیک تجویز درمان سرکوب‌کننده ایمنی با گلوبولین ضد سلول‌های تیموس (ATG) می‌باشد.
- ۱۹- کم‌خونی به معنای کم شدن هموگلوبین و پلاسما است.
- ۲۰- درمان اختصاصی برای بیمار مبتلا به کم‌خونی خطرناک، تزریق ویتامین B_{۱۲} می‌باشد.
- ۲۱- اقدام پرستاری پس از انجام پونکسیون مغز استخوان این است که: ۱۰-۵ دقیقه موضع را فشار داده و سپس مرتباً آن ناحیه را چک کند.

۲۲- آنمی بدخیم به دنبال تشدید علائم در اثر کمبود ویتامین B_{۱۲} و فاکتور داخلی در آنمی مگالوبلاستیک بروز می‌کند.

۲۳- کمبود ویتامین B_{۱۲} و اسید فولیک منجر به کم‌خونی مگالوبلاستیک می‌شود.

۲۴- مصرف آنتی اسید به همراه آهن قدغن است، زیرا فسفات‌ها ممکن است با آهن تشکیل کمپلکس دهند.

۲۵- اختلال متابولیکی غیرطبیعی که در لوسمی پیش می‌آید، هیپراورمی می‌باشد.

۲۶- تالاسمی به علت ساخته شدن هموگلوبین طبیعی و افزایش هموگلوبین جنین ایجاد می‌شود.

۲۷- برای تخفیف درد در کم‌خونی داسی شکل، از داروهای ضد التهاب غیر استروئید استفاده می‌شود.

۲۸- اولین علامت بالینی اختلال در عمل پلاکت، پتیشیا است.

۲۹- مهمترین عامل درمان در آنمی داسی شکل، هیدراسیون و تسکین درد بیمار می‌باشد.

۳۰- مالتیپل مایلوما که با انقباض شدن به سمت استخوان، گره‌های لنفاوی، کبد و طحال و کلیه‌ها همراه است، یک نوع بیماری بدخیم پلاسماسل‌هاست.

۳۱- تداوم کم‌خونی، در صورت طبیعی بودن عمر گلبول‌های قرمز تولیدشده توسط مغز استخوان به علل زیر می‌باشد:

الف) صدمه به مغز استخوان توسط دارو و یا مواد شیمیایی

ب) فقدان آهن

ج) کمبود ویتامین B_{۱۲}

۳۲- چنانچه پانزده دقیقه بعد از شروع تزریق خون علائم با احساس سرما، کمر درد، سردرد، حالت تهوع و گرفتگی سینه، تب، افت فشار خون، هموگلوبینوری و کلاپس عروقی بروز کند، نشاندهنده واکنش حاد همولتیک می‌باشد.

۳۳- برای تشخیص کم‌خونی مگالوبلاستیک از آزمون شیلینگ استفاده می‌شود.

۳۴- پس از بازگشت هموگلوبین به میزان طبیعی در هنگام کمبود اسید فولیک، درمان کمکی با اسید فولیک قطع می‌شود (به استثنای الکلی‌هایی که به مصرف الکل ادامه می‌دهند).

۳۵- علامت PICA در آنمی فقر آهن دیده می‌شود. در این آنمی، گلبول‌های قرمز میکروسیتیک و هیپوکرومیک می‌باشد.

۳۶- در آنمی داسی شکل، پرستار لزوم استفاده از مایعات زیاد را به بیمار تأکید می‌کند.

۳۷- مهمترین عارضه تزریق مکرر خون در بیماران مبتلا به تالاسمی، هموسیدروزیس است.

۳۸- در مالتیپل مایلوما وجود پروتئین بنس - جونز دفعی از طریق ادرار یکی از مهمترین عوامل در ارزیابی تشخیص است.

۳۹- تولید و تجمع غیرعادی گلبول‌های سفید در مغز استخوان و جایگزینی عناصر طبیعی مغز استخوان از خصوصیات مشترک در لوسمی‌ها است.

۴۰- مهمترین آموزش به بیمار مبتلا به هموفیلی برای پیشگیری از خونریزی، استفاده از ترکیبات آسپرین به‌منظور پیشگیری از التهاب و دردهای مفصلی می‌باشد.

۴۱- در صورتی که نیاز به تزریق خون باشد و وقت کافی برای تعیین گروه و کراس ماچ وجود نداشته باشد، از گروه خونی O⁺ باید استفاده کرد.

۴۲- پلی ساتیمی عبارت از افزایش تعداد گلبول قرمز در حالتی می باشد که تعداد گلبول قرمز بالای ۶ میلیون در هر سانتی متر مکعب و هموگلوبین به بالای ۱۸ گرم در دسی لیتر خواهد رسید.

۴۳- مهمترین دلایل مرگ در لوسمی لنفوسیتی مزمن، خونریزی و عفونت می باشند.

۴۴- خونریزی بیمار لوسمی با استراحت در تخت و تزریق گلبول های قرمز خون و پلاکت ها قابل درمان است.

۴۵- هدف درمان در پلی ساتیمی، کاهش ویسکوزیته بالای خون افراد است.

۴۶- در لوسمی لنفوسیتی حاد، تعداد گلبول های قرمز و پلاکت ها کم شده ولی تعداد گلبول های سفید ممکن است بالا یا پایین باشد.

۴۷- یکی از نکات تشخیصی در لوسمی میلوژنوس حاد، مشاهده اوئر راد در سیتوپلاسم می باشد.

۴۸- برای خانمی مبتلا به کم خونی جهت دستیابی به تحمل فعالیت عادی و از بین رفتن شعف، مناسبترین اقدام تنظیم برنامه استراحت و فعالیت مناسب است.

۴۹- هنگام انتقال خون به بیمار، اولین اقدام پرستار مقایسه نوع خون، فاکتور Rh و تاریخ انقضای مصرف کیسه خون با نمونه خون بیمار است.

۵۰- ترمبوسیتوپنیا شایع ترین عامل خونریزی های غیرطبیعی است.

۵۱- کورتیکواستروئید، درمان انتخابی در پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایدیوپاتیک می باشد.

۵۲- یکی از مشکلات شایع بیماران مبتلا به اختلالات خونی تمایل به خونریزی است. برای رفع این مشکل، اقدامات زیر ضروری می باشند:

الف) استفاده از سر سوزن باریک برای تزریق

ب) کمپرس سرد روی محل خونریزی

ج) فشار ملایم روی محل خونریزی

۵۳- در سرطان پستان، ریه و پروستات، متاستاز به استخوان ها شایع تر است.

۵۴- شایع ترین سرطان دستگاه هاضمه در ایران، سرطان معده و اثنی عشر می باشد.

۵۵- آنتی متابولیست هایی نظیر 5-FLUOROURACIL که در درمان سرطان ها بکار می روند، موجب دپرسیون مغز استخوان و بافت های لنفاوی می گردند. اولین علائم و نشانه هایی که پرستار را متوجه این اثرات تخریبی می نماید، شامل خونریزی و هماتوم می باشد.

۵۶- کارسینوژن شاملی عواملی است که باعث وقوع سرطان می شوند.

۵۷- در مرحله آغازین، کارسینوژن باعث عدم تعادل فیزیکی، شیمیایی و آنزیمی می گردد.

۵۸- علت آنکه استخوان شایع ترین محل متاستاز ثانویه سرطان هاست، غنی بودن مغز استخوان از نظر جریان خون می باشد.

- ۵۹- در تشخیص سرطان، «STAGING» به معنای تعیین اندازهٔ تومور و وجود متاستاز است.
- ۶۰- تغییر در اجابت مزاج، دفع ادرار، سرفهٔ نابجا از جمله علائم هفتگانهٔ هشداردهندهٔ سرطان محسوب می‌شوند.
- ۶۱- متاپلازی، جایگزینی یک نوع سلول کاملاً تمایز یافته به جای یک نوع سلول دیگر می‌باشد.
- ۶۲- ویروس اپشتن بار در کانسرنازو فارینکس و لنفوم بروکیت نقش دارد.
- ۶۳- بیمار تحت درمان با داروهای ضد سرطان برای جلوگیری از تجمع اسید اوریک در بدن، باید مایعات فراوان بنوشد.
- ۶۴- هدف از تجویز داروی لوامیزول به بیماری که دچار سرطان کولون می‌باشد، افزایش قدرت سیستم ایمنی بدن در برابر تومور است.
- ۶۵- هورمون استروژن می‌تواند باعث سرطان سینه شود.
- ۶۶- هرچه فشار خون و الاستیسیته در وریدها کمتر باشد، پذیرایی سلول سرطانی زیادتر است.
- ۶۷- هدف اصلی درمان در سرطان، درمان کامل و بهبودی کامل است.
- ۶۸- مهمترین آموزش به بیمار لوسمی در مصرف داروی آلوپورینول (زایلوریک)، تشویق وی به نوشیدن مایعات است.
- ۶۹- رادیوتراپی، اولین و بهترین درمان در اورژانس‌های سرطان است.
- ۷۰- ایجاد استومی و بلوک عصبی از جمله درمان‌های حمایتی (palliative) محسوب می‌شود.
- ۷۱- کارسینوئید در کانسر تیروئید، ریه و پستان افزایش می‌یابد.
- ۷۲- در سرطان تخمدان کالسی تونین افزایش می‌یابد.
- ۷۳- بیوسپی نوعی درمان تشخیص است.
- ۷۴- متاستاز توموری، شیمی درمانی را به تأخیر می‌اندازد.
- ۷۵- ادم مهمترین عارضهٔ سندرم سوپریور و ناکوآ، می‌باشد.
- ۷۶- چنانچه شیمی درمانی با داروی سیس پلاتین و متوترکسات انجام شود، پرستار جهت جلوگیری از تشکیل کریستال‌های اسیداوریک در کلیه، بیمار را به مصرف مایعات زیاد و اسیدی کردن ادرار تشویق می‌کند.
- ۷۷- تومورهای بدخیم بافت غده‌ای، آدنورکارسنوما نامیده می‌شوند.
- ۷۸- فشار بر مهرهٔ خارجی دوم باعث بی‌اختیاری مثانه و فشار بر S_4 ، S_5 ، باعث بی‌اختیاری مدفوع می‌گردد.
- ۷۹- داروهای وین کریسین و سیکلوفسفاماید عامل ایجادکنندهٔ سندرم ترشح نابجای هورمون ضد ادراری می‌باشند.
- ۸۰- پرستار جهت کاهش تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی و رادیوتراپی، مصرف مواد غذایی در مقادیر کم و تعداد دفعات زیاد همراه با نوشیدن مایعات در فواصل آن را به بیمار آموزش می‌دهد.
- ۸۱- در شروع هر دورهٔ شیمی درمانی حتماً باید CBC انجام شود.
- ۸۲- در رژیم‌های دارویی سرطان، همیشه یکی از داروها وسیع‌الطیف (C.C.N.S) می‌باشند.
- ۸۳- علت بیشترین صدمات وارده بر سیستم گوارش پس از شیمی درمانی، رشد سریع سلول‌های اپی‌تلیال است.
- ۸۴- یکی از روش‌های کاهش تهوع و استفراغ در شیمی درمانی، طب فشاری می‌باشد.

- ۸۵- درمان photodynamictherapy PDT جزء درمان‌های موضعی محسوب می‌شود.
- ۸۶- هورمون‌های تیموس دارای دو دارو برای سرطان‌های ریه می‌باشند.
- ۸۷- جهت پیشگیری از عارضه پوستی رادیوتراپی خارجی پس از اتمام دوره مزبور، بیمار باید از پماد ویتامین A و D استفاده کند.
- ۸۸- در مرحله T_x، تومور قابل ارزیابی نیست.
- ۸۹- جهت قلیایی کردن ادرار از دیاموکس استفاده می‌شود.
- ۹۰- P.A.P شاخص سرطان متاستاتیک پروستات می‌باشد.
- ۹۱- چنانچه در حین شیمی درمانی یکی از داروها به خارج از رگ نشت کرد، اولین اقدام پرستاری قطع فوری تزریق می‌باشد.
- ۹۲- از تست DNCB در دی نیتروکلرو بنزن برای ارزیابی سیستم ایمنی استفاده می‌شود.
- ۹۳- از عوارض عمده رادیوتراپی خشکی دهان (گروه ستومیا) می‌باشد.
- ۹۴- مناسب‌ترین رژیم غذایی برای بیماران سرطانی تحت درمان، رژیمی پر پروئین با مایعات زیاد و ویتامین اضافی می‌باشد.
- ۹۵- صدمه به اعصاب حلزونی منجر به کری عصبی می‌شود.
- ۹۶- بعد از عمل جراحی کاتاراکت، بیمار جهت جلوگیری از فشار و بروز خونریزی، باید بر پشت یا روی چشم عمل نشده قرار بگیرد.
- ۹۷- کاتارکت عبارت است از کدر شدن عدسی‌ای که در حالت عادی شفاف، تمیز و بلوری باشد.
- ۹۸- ارزیابی تشخیص کاتارکت در مرحله اول بر اساس نشانه‌های ذهنی صورت می‌گیرد.
- ۹۹- در صورت عدم درمان کاتارکتی در نهایت کوری رخ خواهد داد.
- ۱۰۰- اندیکاسیون جراحی در کاتارکت عبارتند از: کاهش بینایی به نحوی که با فعالیت‌های طبیعی بیمار تداخل کند یا کاتارکتی که سبب گلوکوم شود.
- ۱۰۱- وقتی مصرف آنتی بیوتیک در درمان اوتیت میانی مزمن مؤثر واقع نشد و علائم سردرد، تب و ترشح گوش ادامه یافت، ماستوئیدکتومی برای بیمار مؤثر واقع می‌شود.
- ۱۰۲- از بین رفتن میدان دید در بیماری گلوکوم، عموماً به دلیل آسیب عصب بینایی رخ می‌دهد.
- ۱۰۳- برای بیماری آب مروارید هیچ نوع درمان خاصی وجود ندارد.
- ۱۰۴- برای دیدن ته چشم بیمار با افتالموسکوپ، قطره آتروپین مصرف می‌شود.
- ۱۰۵- در حساسیت‌های چشمی مؤثرترین تدبیر پرستاری، کمپرس سرد است.
- ۱۰۶- برای تشخیص بیماری گلوکوم، معاینات روتین و غربالگری ضروری است.
- ۱۰۷- شایع‌ترین شکل گلوکوم، گلوکوم زاویه بازی است که با گلوکوم زاویه بسته همراه باشد.
- ۱۰۸- درمان دارویی امکان اولیه و اصلی گلوکوم زاویه باز اولیه است.
- ۱۰۹- شایع‌ترین داروهای ضد فشار خون متداول، آنتاگونیست‌های بقا- آدرنرژیک هستند.

- ۱۱۰- آنتاگونیست‌های بقا- آدرنرژیک در بسیاری از انواع گلوکوم مؤثر می‌باشند.
- ۱۱۱- درمان گلوکوم که به‌صورت مادام‌العمر لازم می‌باشد، کنترل است، نه بهبودی.
- ۱۱۲- هدف از درمان در گلوکوم پایین آوردن IOP تا حدی است که با بقای دید سازگار باشد.
- ۱۱۳- شایع‌ترین نوع اختلال چشمی، عیوب انکساری از قبیل دوربینی، نزدیک‌بینی و آستیگماتیسم می‌باشد.
- ۱۱۴- در مراحل پیشرفته بیماری گلوکوم، بیمار از دیدن هاله رنگی (قوس قزح) در اطراف چراغ شاکی است.
- ۱۱۵- عفونت اتاق قوامی چشم را هایپوپیون گویند.
- ۱۱۶- راه ورود میکروارگانیزم‌ها در اوتیت حاد میانی از طریق لوله استاش است.
- ۱۱۷- اوتیت میانی مزمن به دنبال حملات مکرر اوتیت حاد میانی و پارگی پرده صماخ ایجاد می‌شود.
- ۱۱۸- در اوتیت میانی مزمن کولستاتوم (کیستی پرابیوست نکروز شده و مواد چربی) ممکن است به شکل یک تون سفید پشت پرده صماخ وجود داشته باشد.
- ۱۱۹- پرده صماخ در اوتیت حاد میانی قرمز و اغلب برآمده و یا سوراخ می‌باشد.
- ۱۲۰- اتواسکلروز عبارت از فیکس شدن و آنکلیوز استخوان رکابی به دریچه بیضی می‌باشد.
- ۱۲۱- مهمترین عارضه بعد از عمل جراحی آب سیاه، خونریزی است. در این حالت، چنانچه پرستار با درد شدید در چشم و بی‌قراری مواجه شود، باید فوراً آن را گزارش دهد.
- ۱۲۲- میرنگوتومی ایجاد برش روی پرده صماخ جهت برطرف کردن فشار و تخلیه سروز یا مایع چرکی موجود در گوش میانی است.
- ۱۲۳- علت پیدایش درد در بیمار مبتلا به گلوکوم، افزایش فشار داخل چشم و فشار روی عصب بینایی است.
- ۱۲۴- میرنگوتومی جهت درمان اوتیت حاد میانی انجام می‌شود.
- ۱۲۵- در صورت عدم درمان بیماری ماستوئیدیت، استئولیت ایجاد می‌گردد.
- ۱۲۶- قبل از عمل جراحی ماستئوئید باید از داروهای پروفیداکسی استفاده نمود و از ورود آب به داخل گوش، به مدت ۲ هفته اجتناب کرد.
- ۱۲۷- یکی از راههای پیشگیری از بیماری اوتیت میانی، جلوگیری و درمان فوری عفونت‌های حلق می‌باشد.
- ۱۲۸- چنانچه بیماری پس از ضربه شدید صورت، ناگهان دچار تاری دید در رتلی شود ولی درد نداشته باشد، به معنای جداشدن شبکیه می‌باشد.
- ۱۲۹- پس از ریختن قطره گوش پرستار به بیمار توصیه می‌کند به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه به همان حالت باقی بماند.
- ۱۳۰- بیماری مینر یک نوع اختلال تعادل مایع در گوش داخلی است.
- ۱۳۱- علامت‌های بیماری مینر عبارتند از:
- الف) سرگیجه حمله‌ای دورانی
- ب) وزوز گوش
- ج) عدم تعادل
- د) کاهش شنوایی از نوع عصبی - حسی

ه) احساس فشار یا پری در گوش

- ۱۳۲- در بیماری مینر که هیچ تست تشخیصی خاصی برای آن وجود ندارد، معمولاً یک گوش مبتلا می‌گردد.
- ۱۳۳- درمان در بیماری مینر بر اساس بهبود سرگیجه، متوقف کردن پیشرفت بیماری و ثابت کردن بیماری می‌باشد.
- ۱۳۴- بیماری که دچار کنده شدن شبکیه شده است، با مشاهده اشعه درخشان نور و کاهش بینایی مواجه خواهد شد.
- ۱۳۵- پیلوکارپین، مناسب‌ترین قطره چشمی برای گلوکوم حاد است.
- ۱۳۶- رژیم غذایی در بیماری مینر شامل استفاده از مواد حاوی سدیم و اجتناب از مصرف الکل، نیکوتین و کافئین است.
- ۱۳۷- از دورتیک در بیماری مینر جهت کاهش فشار سیستم آندرلنف استفاده می‌گردد.
- ۱۳۸- آموزش به بیمار پس از تمپانوپلاستی، شامل اجتناب از تخلیه بینی با ایجاد فشار می‌باشد.
- ۱۳۹- اپیستاکسی که در نتیجه پارگی عروق نازک و متسع غشاء بینی رخ می‌دهد، یک نوع خونریزی از بینی می‌باشد.
- ۱۴۰- در اپیستاکسی، قسمت نرم خارجی بینی به طور مداوم، به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه فشار داده می‌شود.
- ۱۴۱- شایع‌ترین حمل بروز خونریزی در اپیستاکسی، سپتوم قوامی می‌باشد.
- ۱۴۲- در اپیستاکسی، وضعیت بیمار باید به حالت نشسته رو به جلو، جهت جلوگیری از آسپیراسیون خون باشد.
- ۱۴۳- مصرف مرفین در بیمارانی که جراحی چشم دارند به علت حالت تهوع و استفراغ که منجر به پارگی بخیه‌ها می‌گردد، ممنوع است.
- ۱۴۴- درد به هنگام تکان دادن گوش، بارزترین علامت اوتیت گوش خارجی است.
- ۱۴۵- در آموزش به بیمار تحت شیمی درمانی برای پیشگیری از التهاب مخاط دهانی باید شستشوی روزانه دهان با آب ساده صورت گیرد.
- ۱۴۶- بررسی ترانس آمینازها و بیلی‌روبین خون، مهمترین بخش مراقبت پرستاری از بیمار تحت ژن درمانی می‌باشد.
- ۱۴۷- هدف برنامه غذایی (تغذیه) در بیماران سرطانی، پیشگیری از سوءتغذیه است.
- ۱۴۸- در شستشوی گوش، درجه حرارت مایع باید بین ۴۰ تا ۴۲ درجه سانتی‌گراد و پوزیشن سر به سمت گوش مبتلا باشد.
- ۱۴۹- آنمی مگالوبلاستیک در حالت کمبود ویتامین B_{۱۲} و اسید فولیک بوجود می‌آید.
- ۱۵۰- در تومور، Staging نشاندهنده میزان گسترش تومور یا متاستاز و Grading نشاندهنده تمایز سلولی ایجادشده است.
- ۱۵۱- ترانسفوزیون آهسته، منجر به همولیز شدن خون به هنگام ترانسفوزیون می‌گردد.
- ۱۵۲- علائمی چون برجستگی پیشانی، چشم منگولی، بینی پهن و افزایش فاصله چشم‌ها، از ویژگی‌های بیماری تالاسمی ماژور می‌باشند.
- ۱۵۳- به منظور ریختن قطره چشمی، مناسب‌تر است که تمرکز نگاه مددجو به قسمت بالا باشد.
- ۱۵۴- التهاب در گوش داخلی می‌تواند منجر به اختلال در تعادل گردد.

- ۱۵۵- بعد از جمع‌آوری اطلاعات (Assessment) از بیمار، مهمترین اقدام مراقبتی، تشخیص پرستاری است.
- ۱۵۶- پس از تعویض کامل مفصل هیپ، بیمار معمولاً بعد از یکسال قادر به انجام فعالیت‌های روزانه خواهد بود و سطح ADL مطلوبی خواهد داشت.
- ۱۵۷- استفراغ و ساکشن معده می‌تواند موجب بروز آلكالوز متابولیک شود.
- ۱۵۸- مهمترین و مؤثرترین راه مبارزه با گسترش بیماری ایدز، آموزش و کنترل تماس جنسی است.
- ۱۵۹- از نقطه نظر پرستاری مهمترین توصیه برای بیمار مبتلا به گلوگوما جهت کنترل و پیشگیری از حمله حاد، تونومتري و مصرف منظم دارو می‌باشد.
- ۱۶۰- از انواع کری‌ها، کری اکتسابی هدایتی با جراحی و وسایل کمک شنوایی قابل توانبخشی است.
- ۱۶۱- ملنا (Melena) مدفوع خونی تیره است که در بیمار مبتلا به زخم معده همراه با خونریزی بوده و علت آن قرارگیری خون در معرض اسید معده می‌باشد.
- ۱۶۲- بعد از عمل جراحی هموروئید، مناسب‌ترین وضعیت برای بیمار، خوابیدن به پهلو (side lying) است.
- ۱۶۳- مرطوب و آبی رنگ بودن بافت استومای بیماری بعد از عمل کله‌ستومی، بیانگر عفونت می‌باشد.
- ۱۶۴- عوامل عمده در بروز آسیت عبارتند از: هیپرتانسیون ورید باب و احتباس سدیم (عفونت‌ها، پریتونیت، سل، بدخیمی‌ها، نارسایی قلبی و کلیوی).
- ۱۶۵- مهمترین اقدامات پرستار در استوماتیت، تسکین درد و بهداشت و نظافت دهان است.
- ۱۶۶- بیماری با تشخیص هپاتیت A بستری است، مهمترین کار برای مراقبت از این بیمار، ایزوله نگهداشتن بیمار تا زمانی است که دچار یرقان می‌باشد (هپاتیت A بیشتر در زمان بروز زردی، می‌تواند سبب انتقال شود).
- ۱۶۷- چنانچه در انجام پاراستنز (پونکسیون) بیماری که دارای آسیت است، مایع بیش از حد کشیده شود، احتمال بروز عارضه هیپوتانسیون (افت فشار خون) وجود خواهد داشت (بیش از ۱/۵-۱ لیتر مایع).
- ۱۶۸- علت دستور تنقیه تخلیه‌ای در بیماری که به دنبال سیروز کبدی حادش رو به وخامت گذاشته و در مورد وی کمای هپاتیک مطرح می‌باشد، جلوگیری از افزایش میزان آمونیاک سرم است. منبع آمونیاک بدن در ۳ قسمت کبد، کلیه و روده می‌باشد و تنقیه تخلیه‌ای از تولید آمونیاک در روده جلوگیری می‌کند.
- ۱۶۹- لوامیزول از داروهای ضد انگل می‌باشد که خاصیت افزایش قدرت سیستم ایمنی بدن را نیز دارد.
- ۱۷۰- شایع‌ترین عارضه تغذیه درمانی ورویدی (T.P.N)، عفونت است.
- ۱۷۱- در فردی که دچار یرقان شده است، به علت تمایل زیاد بیلی‌روبین به الاستین و وفور الاستین در بافت صلبیه، اولین محل مشاهده زردی در صلبیه و مخاط‌ها می‌باشد.
- ۱۷۲- مهمترین راه سرایت هپاتیت ویروسی نوع B تزریق خون و مشتقات آن است.
- ۱۷۳- مهمترین اقدام پرستاری در مرحله حاد هپاتیت نوع A، دادن مایعات فراوان به بیمار است. چرا که در این مرحله، بیمار به ۳۰۰ ml مایعات در روز احتیاج دارد که ناشی از افزایش نیاز به مایع در اثر تب و استفراغ می‌باشد.

۱۷۴- در بروز سندرم دامپینگ پس از جراحی رزکسیون معده، دستوری که به بیمار داده می شود شامل دراز کشیدن و یا به حالت نیمه نشستن بعد از صرف غذاست، زیرا مایعات نباید سریع تر از حدی که از دست می روند جایگزین شوند.

۱۷۵- کودکی که به بیماری ژیلاردیازیس مبتلا باشد، با علائمی چون نفخ شکم (مهمترین علامت)، اسهال آبکی بدبو، مدفوع گریسی و چرب و بدبو، کاهش وزن و در نتیجه سوء جذب چربی مواجه خواهد بود. ژیلاردیا شایع ترین عامل عفونی است که از راه آب ایجاد بیماری می کند.

۱۷۶- بیمار به دلیل روحی در مرحله انکار بوده و قادر به فراگیری شستشوی محل استومی (Ostomy) خود نمی باشد. درواقع، انکار از مکانیسم های روانی دفاع محسوب می شود.

۱۷۷- به دنبال کله سیستکتومی، لوله T جهت ارزیابی وضعیت بیمار کلمپ می شود. با ظاهر شدن علائم تهوع و استفراغ و ظاهر شدن یرقان، لوله باز شده و در محل باقی گذارده می شود.

۱۷۸- کلهستومی حلقه را نباید شستشو داد.

۱۷۹- بیماری تحت عمل گاسترستومی دائمی قرار گرفته و دچار کمبود لاکتاز می باشد. برنامه غذایی وی باید شامل مواد کاملاً نرم شده بدون شیر باشد تا دچار اختلال تغذیه نگردد. افرادی که کمبود آنزیم لاکتاز دارند قادر به هضم قند شیر نمی باشند.

۱۸۰- داروی کلسیم را نمی توان از طریق تغذیه کامل وریدی (T.P.N) تزریق کرد، بلکه باید از طریق ورید محیطی تزریق شود، چرا که تزریق آن از طریق تغذیه کامل وریدی منجر به بلوک قلب می گردد.

۱۸۱- در بیماران سالمند برای تخلیه کولون یک روز در میان از تنقیه استفاده می شود، ولی در صورت افزایش فشار داخل جمجمه انجام این کار اکیداً ممنوع می شود، زیرا منجر به افزایش ICP می گردد.

۱۸۲- برای کاهش نفخ شکم و جلوگیری از مشکلات متعاقب آن در بیمارانی که دچار پریتونیت شده اند، بهترین اقدام، گذاردن لوله معده و ساکشن آن است. قرار دادن لوله معده موجب دکومپرسیون معده می گردد.

۱۸۳- برای جلوگیری از خونریزی پس از بیوپسی کبد، بیمار را به پهلوئی راست قرار می دهند.

۱۸۴- در بیماری که دچار دیورتیکول باشد، علائمی چون آروغ های مکرر، درد اپیگاستر، بوی بد دهان و برگشت مواد غذایی به دهان وجود خواهد داشت.

۱۸۵- در پرستاری از بیمار مبتلا به گاستریت حاد، مهمترین اقدام، ناشتا بودن بیمار تا رفع تهوع و استفراغ است.

۱۸۶- مناسب ترین زمان برای استفاده از آنتی اسید نیم تا یکساعت بعد از غذاست. علت آن خنثی کردن اسید ترشح شده معده توسط دارو می باشد.

۱۸۷- مناسب ترین وضعیت بعد از عمل جراحی گاسترکتومی و مبتلایان به فتق هیاتال، حالت نیمه نشسته است که منجر به بهبود تهویه ریوی و کاستن از فشار معده می گردد.

۱۸۸- از نقطه نظر پرستاری مناسب ترین کار برای جلوگیری از بروز سندرم دامپینگ در بیمارانی که از تغذیه لوله ای استفاده می کنند، کاهش سرعت جریان مایع تغذیه ای است.

۱۸۹- واکسیناسیون هپاتیت با فواصل بار اول، یکماه بعد و ۶ ماه بعد از ماه اول صورت می گیرد.

- ۱۹۰- مناسب‌ترین رژیم غذایی برای مبتلایان به سیروز کبدی، چنانچه آسیت داشته باشند، شامل غذاهای پرچرب، کم‌پروتئین و کم‌نمک است. این بیماران انرژی را از طریق چربی تأمین می‌نمایند.
- ۱۹۱- بطور معمول برای انجام تغذیه کامل وریدی به دلیل غلظت مایعات تجویز شده، از مسیر وریدهای مرکزی استفاده می‌شود.
- ۱۹۲- علت اصلی استفاده از NGT بعد از عمل جراحی سیستم گوارش، جهت بررسی جذب و دفع مایعات در دو ساعت اول است.
- ۱۹۳- برای پیشگیری از هپاتیت سرمی و هپاتیت B، مناسب‌ترین کار، قطع زنجیره انتقال از طریق درمان عفونت است.
- ۱۹۴- از نقطه نظر مراقبتی، در مواردی که ایست تنفسی ناشی از مسمومیت مواد مخدر باشد، مناسب‌ترین دارو نالوکسان است. نالوکسان، آنتی‌روت مواد افیونی می‌باشد.
- ۱۹۵- استفاده از آمیل نیتريت در هیپوکسی سیتوتوکسیک با اسید سیانیدریک مناسب است.
- ۱۹۶- از نقطه نظر پرستاری، مناسب‌ترین اقدام در بحران شوک سپتیک جایگزینی سریع نرمال سالین و محلول کلوتیدی است.
- ۱۹۷- مناسب‌ترین وضعیت برای بعد از جراحی گاسترکتومی حالت Fowler است.
- ۱۹۸- از نقطه نظر پرستاری، استراتژی مناسب برای پیشگیری از سندرم دامپینگ در بیماران دارای تغذیه از طریق N.G.T، کاهش سرعت گاوژ و استفاده از آب بعد از آن می‌باشد.
- ۱۹۹- از نقطه نظر مراقبتی، در مبتلایان به سیستمیک فیبروزیس، پیشگیری از بروز انسداد ناشی از پلاک‌های موکوسی راه‌های هوایی از اهمیت بیشتری برخوردار است.
- ۲۰۰- با توجه به بینش پرستاری، کمبود پتاسیم در یک بیمار ۴۴ ساله می‌تواند منجر به استفراغ طولانی شود.
- ۲۰۱- سریع‌ترین واکنش در برابر تنیدگی، اضطراب است.
- ۲۰۲- از نقطه نظر پرستاری، در جایگزینی مایعات از دست رفته بیماران هیپوولمیک، مهم‌ترین توصیه مراقبتی جایگزینی تدریجی مایعات و مراقبت از هیپرکالمی است.
- ۲۰۳- پرستار اسکراب کسی است که با رعایت نکات استریلیز در اتاق عمل مستقیماً در کنار جراح به وی در عمل کمک می‌کند.
- ۲۰۴- عامل ضروری برای سنتز ترومبین در کبد، پروترومبین در حضور ویتامین K است.
- ۲۰۵- مهم‌ترین آمادگی قبل از عمل جراحی کلتومی برای پیشگیری از عوارض عفونت، مصرف شربت نئومایسین است که موجب از بین رفتن باکتری‌های روده می‌شود.
- ۲۰۶- اگر مقدار بیلی روبین خون بیش از ۲ میلی گرم درصد میلی لیتر شود، نشانه آنمی همولیتیک می‌باشد.
- ۲۰۷- دلیل ادم در بیماران مبتلا به نارسایی کبدی، افزایش فشار ورید باب است.
- ۲۰۸- بیمار دچار انسداد روده شده و مکرراً استفراغ می‌کند. مهم‌ترین اختلالی که در بیمار بروز خواهد کرد، کاهش کلسیم و پتاسیم می‌باشد (استفراغ موجب هایپوکالمی و هایپوکلسمی می‌گردد).

- ۲۰۹- چنانچه بیماری با علائم شدید مسمومیت با داروهای نارکوتیک به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شود، پرستار باید بداند که علاوه بر ونتیلاسیون، مهمترین اقدامی که باید صورت گیرد، تزریق آمپول نالوکسان است.
- ۲۱۰- هدف از تجویز داروی Levamisole به مقدار ۵۰mgr هر ۸ ساعت به مدت ۳ روز و تکرار آن در هر هفته برای بیمار مبتلا به سرطان کولون، افزایش قدرت سیستم ایمنی بدن در برابر تومور است.

نکات کلیدی

فصل دوم

فصل دوم

- ۱- در صورتی که بیمار بستری در CCU دچار تاقیکاردی بطنی گردد، اولین اقدام درمانی برای رفع آن، وارد ساختن ضربه‌ای به جناغ سینه بیمار است.
- ۲- بیماری که لازمست تست ورزش برای او صورت گیرد، نباید از دو روز قبل از آزمایش، نیتروگلیسرین استفاده کند و یا سیگار بکشد.
- ۳- بیمار مبتلا به آنژین صدری پایدار (ثابت) باید از خوردن مقدار زیادی غذا در یک وعده خودداری نماید.
- ۴- سلول‌های گره سینوسی دارای سریع‌ترین خاصیت ریتمیک بوده و به‌عنوان ضربان‌ساز تمام میوکارد می‌باشند.
- ۵- سلول‌های قلب به هنگام استراحت (انبساط) پلاریزه و هنگام انقباض دپلاریزه می‌باشند.
- ۶- صداها_۱ مربوط به بسته شدن دریچه‌های دهلیزی- بطنی و صداها_۲ مربوط به بسته شدن دریچه‌های هلالی است.
- ۷- برون‌ده قلبی از حاصلضرب حجم ضربه‌ای ضربدر HR در دقیقه بدست می‌آید.
- ۸- فشار نبض شامل تفاوت بین فشار سیستولی و فشار دیاستولی می‌باشد.
- ۹- وجود اختلاف قابل توجه بین Apical Pulse و radial Pulse نشاندهنده پیدایش تعداد زیادی انقباضات ضعیف و نامحسوس قلب است.
- ۱۰- اثر عمده فارماکولوژیک نیتروگلیسرین گشاد شدن شریان‌های کرونر است.
- ۱۱- بیماران قلبی تحت درمان با دیژیتال که داروی مدر نیز مصرف می‌کنند، پتاسیم را از دست می‌دهند.
- ۱۲- کاهش لیپوپروتئین‌هایی با دانسیته بالا (HDL) موجب افزایش بروز بیماری‌های آترواسکلروتیک کرونر می‌شود.
- ۱۳- opening snap در تنگی میترال شنیده می‌شود.
- ۱۴- قسمتی از قلب که دچار آسیب شده تالیم را جذب نمی‌کند، ولی تکنزیوم پیروفسفات در ناحیه آسیب رسوب کرده و در عکس تیره دیده می‌شود.
- ۱۵- وجود موج U, VF, VT, PVC و افزایش خطر مسمومیت با دیژیتال در هایپوکالمی شایع است.
- ۱۶- به دنبال یک سکته قلبی آنزیم‌ها به ترتیب LDH, SGOT, CPK تغییر پیدا می‌کنند.
- ۱۷- از نقطه نظر پرستاری، در بیماری که از دیژیتال استفاده می‌کند، هیپوکالمی قابل انتظار بوده و از اهمیت خاصی برخوردار است.
- ۱۸- پرستار پس از ارزیابی بیمار قلبی، بلافاصله از تورنیکت چرخشی استفاده می‌کند. در این وضعیت احتمال ادم حاد ریه وجود خواهد داشت.
- ۱۹- پرستار در برادیکاردی شدید، به فوریت از آتروپین وریدی استفاده می‌کند.
- ۲۰- معمولاً در اثر اسپاسم یکی از شاخه‌های اصلی کرونر، منجر به ایجاد آنژین پریژنیتال می‌شود.

۲۱- شایع ترین نوع کاردیومیوپاتی، متسع یا احتقانی (Congestival / Delated) و نادرترین نوع آن، محدودکننده (Restrictive) می باشد.

۲۲- گلودردهای چرکی ناشی از استرپتوکوک B همولیتیک، مهمترین علت اندوکاردیت روماتیسمی می باشد.

۲۳- در جریان درمان با دیورتیک، پرستار پتاسیم را کنترل می کند.

۲۴- شایع ترین تومورهای خوش خیم اولیه قلب در بالغین، میکروما می باشد.

۲۵- در نارسایی میترا ل سو فل پان سیستولیک و S_3 شنیده می شود.

۲۶- فشار خون دیاستولیک عبارت از حداقل فشاری است که در مواقع استراحت قلب در فواصل ضربانات بر دیواره شریانها وارد می شود.

۲۷- دوزاژه مؤثر اپی نفرین «یک در هزار» با حجم ۱ سی سی مقدار ۱ mg است.

۲۸- پس از M_1 در صورتی که سرعت نبض بیش از ۲۵ ضربه در دقیقه از میزان پایه افزایش یابد و یا بیش از ۱۰۰ تا ۱۲۵ ضربه در دقیقه شود ورزش را نباید افزایش داد.

۲۹- برجسته ترین علامت شوک کاردیوژنیک هیپوتانسیون می باشد که به درمان های متداول جهت افزایش فشار پاسخ نمی دهد.

۳۰- بیماران با استراحت طولانی، بیماران با ترومبوفلیت و بیماران با انفارکتوس میوکارد، مستعد آمبولی ریوی می باشند.

۳۱- تورنیکت های چرخشی از طریق تجمع موقت خون در اندام های انتهایی، حجم خون گردش خون مرکزی را کاهش داده و با کاهش بازگشت وریدی در تخفیف خیز ریوی مؤثر می باشد.

۳۲- از نقطه نظر پرستاری، استفاده لیدوکائین، آتروپین از یک خط وریدی ممنوع می باشد.

۳۳- هنگام استفاده از تورنیکه، سه اندام دارای تورنیکه و اندام دیگر فاقد تورنیکه می باشد.

۳۴- باز کردن هریک از تورنیکه ها در فواصل ۱۵ دقیقه، عاملی است برای جلوگیری از افزایش بار گردش خون مرکزی و عود خیز ریوی. نخستین تورنیکه ای که باز می شود همان تورنیکه ای است که اول بسته شده است.

۳۵- هنگام استفاده از تورنیکه، حداکثر زمانی که می توان جریان خون یک اندام را کاهش داد، ۴۵ دقیقه است و در صورت مناسب بودن فشار تورنیکه، خونرسانی وریدی مختل می شود ولی خونرسانی شریانی مختل نشده و نبض های پایین تورنیکه باید قابل لمس باشند.

۳۶- علت اصلی بیماری های مادرزادی قلب ناشناخته است.

۳۷- مکانیسم تنظیم فشار خون شریانی عبارتست از: کل مقاومت عروق محیطی \times تعداد ضربان قلب

۳۸- محدودیت مصرف نمک از جمله مراقبت هایی است که در نارسایی احتقانی قلب توصیه می شود.

۳۹- هنگامی که از کاف فشارسنج به عنوان تورنیکه چرخشی استفاده می شود، مقدار فشار ناشی از باد موجود در این کافها باید کمی بالاتر از فشار خون دیاستولیک بیمار باشد، به طوری که جریان خون سیاهرگی مسدود شود ولی جریان خون شریانی متوقف نشود.

۴۰- کاهش وزن و لاغری مفرط، کاشکسی نامیده می شود.

- ۴۱- کاشکسی اغلب در بیماران مبتلا به رگورژیتاسیون و تنگی طولانی مدت دریچه میترال دیده می شود، درحالی که افزایش وزن ممکن است نشانه احتباس مایعات و تشدید نارسایی قلبی باشد.
- ۴۲- عوارض جانبی خاص لیدوکائین شامل علائم و نشانه های عصبی هستند که عبارتند از: احساس دوران سر، تاری دید، تعریق مفرط، کاهش فشارخون تشنج و سرانجام اغماء.
- ۴۳- هنگام تجویز لایکس وریدی، اثرات درمانی آن ۱۰-۵ دقیقه بعد شروع می شود و پس از نیم ساعت به اوج می رسد.
- ۴۴- برای پیشگیری از ایجاد اختلال در نیاز بیمار به دفع مکرر ادرار و استراحت شبانه وی، دیورتیکها مثل لایکس باید در اوایل روز مصرف شوند.
- ۴۵- فشار وریدی مرکزی، ۱۰ سانتی متر آب است.
- ۴۶- به دنبال استفاده از دستگاه قلب و ریه پس از اعمال جراحی قلب، عوارضی چون همولیز گلبولی مشاهده می شود.
- ۴۷- برای بررسی مؤثر بودن آلدومت (از راه وریدی) در پایین آوردن فشار خون، نرس باید فشار خون و نبض را ۳۰ دقیقه بعد از دادن دارو اندازه بگیرد.
- ۴۸- سولفات کینیدین می تواند با زیاد کردن سطح دیگوکسین سرم منجر به افزایش خطر مسمومیت با دیگوکسین شود.
- ۴۹- هنگام جدا شدن چسب تیوپ از لوله تخلیه، پرستار باید انتهای دو لوله را ضد عفونی کند و یا قسمت های آلوده را ببرد و چسب تیوپ را به لوله تخلیه وصل کند.
- ۵۰- در نارسایی سرخرگی اندام سرد و رنگ پریده و در نارسایی سیاهرگی گرم و قرمز مایل به آبی می باشد.
- ۵۱- بهترین زمان مصرف متیل دوبا (آلدومت)، وقت خواب است. چرا که مهمترین عوارض جانبی آن عبارتند از: خواب آلودگی و عدم تمرکز حواس.
- ۵۲- جهت تعیین وجود هایپر تنشن فشارخون دیاستولیک اهمیت بیشتری دارد، زیرا فشارخون سیستولیک تحت تأثیر متغیرهای خارجی مانند تنیدگی، هیجان و ورزش تغییر می کند.
- ۵۳- اکثر بیماران مبتلا به هایپر تنشن کاملاً بدون علامت هستند، حتی زمانی که فشارخون آنها به میزان خطرناکی بالا می رود.
- ۵۴- انفارکتوس عضله میوکارد معمولاً در نتیجه کاهش شدید جریان خون عضله قلب به وجود می آید.
- ۵۵- عارضه اولیه و معمولی تنگی دریچه میترال، هیپرتروفی دهلیزی است.
- ۵۶- ترومبوفلیت به معنای التهاب جدار وریدها و سپس ایجاد لخته ها می باشد.
- ۵۷- فلبوترومبوز به این معناست که ابتدا لخته ایجاد می شود و سپس التهاب سیاهرگی.
- ۵۸- بیمار باید به محض احساس درد قفسه سینه از پرل TNG استفاده کند و درد را تحمل نکند.
- ۵۹- جهت ایجاد ترومبوز وریدی، از عوامل زیر حتماً باید دو مورد وجود باشد: رکود جریان خون، صدمه به جدار رگ، اختلال در انعقاد خون.

- ۶۰- مراقبت‌های پرستاری در کاردیومیوپاتی عبارتند از:
- الف) رفع اختلالات ریوی (پوزیشن نشسته)
- ب) کاهش اضطراب
- ج) کاهش حجم خون
- ۶۱- در تشدید درد آنژین صدری، فعالیت دخالت دارد.
- ۶۲- بانداژ الاستیک باید تا ۶ هفته بعد از اسکروتراپی باید باقی بماند.
- ۶۳- عکس‌العمل فیزیولوژیک به تحریکات سیستم عصبی سمپاتیک شامل کاهش قدرت انقباضی قلب است.
- ۶۴- بالا بودن کلسترول به همراه مصرف داروهای ضد حاملگی، خطر ابتلا به بیماری ایسکمی قلب را افزایش می‌دهد.
- ۶۵- جهت تعیین محور الکتریکی قلب لید I محور افقی و Avf محور عمودی می‌باشد. حدود طبیعی محور الکتریکی قلب بین 30° تا 110° درجه می‌باشد.
- ۶۶- آموزش رژیم غذایی برای بیماری با C.H.F شامل تشویق او به محدود شدن سدیم است.
- ۶۷- در انسداد راه‌های هوایی فوقانی به علت جسم خارجی در یک فرد بالغ، اولین اقدام مناسب پرستار، مانورهای لیش است.
- ۶۸- جهت تعیین قطرات انفوزیون و تزریق لیدوکائین (دوز حمله‌ای)، دوبوتامین، دوپامین و برتیلیوم به وزن بیمار نیاز می‌باشد.
- ۶۹- تنفس عبارتست از: تبادلات گازی در سطح حبابچه‌ها و سلول‌های بافت‌ها.
- ۷۰- تهویه عبارتست از: ورود و خروج هوا به دستگاه تنفس.
- ۷۱- رژیم بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، رژیمی است کم نمک و کم مایعات.
- ۷۲- هدف از تجویز ملین خوراکی در بیماران انفارکتوس میوکارد جلوگیری از مانوروالسالوا است.
- ۷۳- متعاقب آسیب‌های وارده به قفسه سینه اولین اقدام پرستار باز نگهداشتن مجاری تنفسی است.
- ۷۴- غشاء کریکوتیروئید مکانی امن جهت کریکوتیروئید کتومی می‌باشد، زیرا دارای عروق خونی کم و فاصله از طناب‌های صوتی است.
- ۷۵- فضای مرده تنفسی که برابر 2 cc/kg می‌باشد، عبارتست از: میزان هوایی که در تبادلات شرکت نمی‌کند.
- ۷۶- H^+ گیرنده مستقیم در CNS دارد، ولی از BBB نمی‌تواند عبور کند. پس کتواسیدوز (افزایش H^+) فقط اثر محیطی دارد.
- ۷۷- CO_2 گیرنده مستقیم در CNS ندارد. از BBB (سد خونی مغزی) نمی‌تواند عبور کند ولی هم دارای اثر محیطی و هم مرکزی می‌باشد.
- ۷۸- PO_2 هم اثر محیطی و هم اثر مرکزی دارد.
- ۷۹- یافته‌هایی که با کاردیومیوپاتی همراه است، شامل کاهش بازده قلب می‌باشد.

۸۰- سمپاتیک موجب کاهش ترشحات و گشادی راه‌های هوایی و پاراسمپاتیک موجب افزایش ترشحات و کاهش قطر راه‌های هوایی می‌شود.

۸۱- مرکز واحدی برای کنترل تنفس وجود ندارد، بلکه این عمل توسط یک مجموعه انجام می‌شود.

۸۲- P.V.C به معنای انقباض زودرس و اضافی بطنی است.

۸۳- دستگاه هدایتی قلب از هسته سینوسی - دهلیزی شروع می‌شود.

۸۴- به‌منظور تزریق ۶۰ میلی گرم زایلوکائین ۲٪، ۳ میلی لیتر باید کشیده شود.

۸۵- سیگنال‌های مرکز پنوموتاکسیک موجب تعیین نقطه قطع ایмпالس دمی می‌شود.

۸۶- سیگنال‌های مرکز آپنوستیک نقش تحریکی دارد و موجب افزایش طول دم می‌شود.

۸۷- شایع‌ترین ناهنجاری مادرزادی قلبی P.D.A است.

۸۸- اثر همودینامیکی سولفات مورفین کاهش افت‌رلود است.

۸۹- میزان حجم جاری (TV) در فرد بالغ ۸-۶ cc/kg و زمان تنظیم روی دستگاه ۱۵-۱۰ cc/kg می‌باشد.

۹۰- آنوری به دنبال شوک کاردیوژنیک ناشی از اختلال نکروز حاد توبولی است.

۹۱- در بیماری که داروی دیگوکسین و فوروژوماید می‌گیرد، باید کنترل علائم هیپوکالمی مورد توجه قرار گیرد.

۹۲- در حین عملیات (CPR) تزریق داروهای بیکربنات سدیم و کلرور کلسیم بطور همزمان از یک رگ مجاز نیست.

۹۳- برخی از عواملی که موجب ایجاد شنت می‌شوند شامل مشکلاتی نظیر COPD و بیماری‌های محدودکننده ریوی می‌باشند.

۹۴- تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن مابین آلوئولها و خون و سلول‌های بدن بر اساس قانون انتشار می‌باشد.

۹۵- قانون دالتون بیانگر این مطلب است که: فشار هر گاز در یک مخلوط گازی متناسب با میزان درصد آن گاز در آن مخلوط می‌باشد.

۹۶- علت قطع داروهای بتابلاکر ۴۸ ساعت قبل از انجام تست ورزش، طبیعی شدن نتیجه تست بطور کاذب است.

۹۷- کاهش انقباض رگهای محیطی مهمترین عاملی است که موجب می‌شود علی‌رغم افزایش تعداد ضربان قلب در نقص مکانیسم‌های انقباضی عروقی، بازهم فشار خون پایین آید.

۹۸- چنانچه PH غیرطبیعی بوده و بین HCO_3^- یا PcCO_2 یکی غیرطبیعی باشد، هیچ جبرانی صورت نگرفته است.

۹۹- چنانچه PH، HCO_3^- و PcCO_2 هر سه غیرطبیعی باشند، جبران ناقص صورت گرفته و یا در حال جبران است.

۱۰۰- چنانچه PH طبیعی و HCO_3^- و PcCO_2 هر دو غیرطبیعی باشند، جبران کامل صورت گرفته است.

۱۰۱- چنانچه تغییرات PcCO_2 و HCO_3^- در جهت مخالف یکدیگر باشد، یعنی یکی افزایش و دیگری کاهش یابد، یک اختلال مخلوط یا میکس وجود دارد.

۱۰۲- مهمترین عامل در انتقال اکسیژن، PaO_2 و مهمترین عامل در انتقال CO_2 ، PaO_2 می‌باشد.

۱۰۳- در تاقیکاردی بطنی از شوک سینکرونایز استفاده می‌شود.

۱۰۴- مصرف سیگار از عوامل اصلی خطرزایی بیماری آرترواسکلروز عروق کرونر است.

- ۱۰۵- مصرف داروهای بیکربنات سدیم و کلسیم بطور همزمان از یک رگ خطرناک است.
- ۱۰۶- کمپلینس یا پذیرش ریه عبارتست از: قابلیت اتساع ریه‌ها و قفسه سینه.
- ۱۰۷- در آمبولی ریه و شوک، عامل ایجادکننده فضای مرده پاتولوژیک، عدم تعادل تهویه- پرفیوژن است.
- ۱۰۸- تغییرات CO_2 بیان‌کننده اختلالات تنفسی و تغییرات HCO_3^- و BH بیانگر اختلالات متابولیک می‌باشد.
- ۱۰۹- قبل و بعد از ساکشن لوله تراشه، جهت پیشگیری از هیپوکسی بیمار راه‌ایپر ونتیله می‌شود.
- ۱۱۰- ساکشن باید PRN و بسته به میزان ترشحات باشد.
- ۱۱۱- ساکشن هنگام ورود و خروج نلاتون باید خاموش باشد.
- ۱۱۲- ساکشن باید به‌طور چرخشی انجام شود و ۱۵-۱۰ ثانیه بیشتر طول نکشد.
- ۱۱۳- راه هوایی مصنوعی لوله داخل تراشه، راهی موقت و تراکتوستومی بلندمدت می‌باشد.
- ۱۱۴- شماره لوله تراشه خانم‌ها کمتر از ۷/۵ و آقایان بیشتر از ۷/۵ می‌باشد و تا حدود شماره‌های ۲۴-۲۲ باید داخل برود. داخل شدن بیش از اندازه آن موجب لوله‌گذاری یکطرفه به داخل برونش راست می‌شود.
- ۱۱۵- وجود موج U به دنبال موج T حاکی از اختلال در الکترولیت‌هاست.
- ۱۱۶- مصرف تیازیدها (دیورتیک) ممکنست عارضه‌هایپرگلیسمی را برای بیمار دیابتیک ایجاد نماید.
- ۱۱۷- مهمترین اقدام آموزشی به بیمار مبتلا به افزایش فشار خون توضیح درباره نحوه مصرف صحیح دارو است.
- ۱۱۸- عواملی که باعث شیف‌ت منحنی تجزیه اکسی هموگلوبین به راست می‌شوند عبارتند از:
 - الف) افزایش CO_2
 - ب) افزایش H^+
 - ج) افزایش حرارت
 - د) افزایش DPG ۲، ۳
 - ه) افزایش فعالیت‌های متابولیکی
- ۱۱۹- در بیماری که تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته و بعد از عمل، تشخیص پرستاری «اختلال تعادل مایعات و الکترولیت‌ها» مطرح است، مناسب‌ترین اقدام پرستاری اندازه‌گیری میزان هماتوکریت، فشار خون شریانی و وریدی است.
- ۱۲۰- در صورت باد شدن بیش از اندازه کاف احتمال نکروز و ایجاد فیستول بین تراشه و مری از پشت و خونریزی شریان بی‌نام از جلو می‌باشد.
- ۱۲۱- در طرح کنترلده (cmv) تنفس بیمار کاملاً در کنترل دستگاه می‌باشد و دکمه حساسیت خاموش است.
- ۱۲۲- مناسب‌ترین پوزیشن برای بیمار پریکاردیتی جهت کاهش درد و برقراری راحتی حالت نشسته و کمی خم به جلو است.
- ۱۲۳- بهترین نوع کاف لوله تراشه، پرحجم و کم فشار می‌باشد.
- ۱۲۴- PEEP عبارتست از اعمال فشار بر راه‌های هوایی فقط در بازدم.

۱۲۵- PEEP موجب افزایش FRC شده و در مدهایی استفاده می‌شود که تنفس بیمار به صورت کامل یا نسبی در اختیار ونتیلاتور است.

۱۲۶- CPAP عبارتست از اعمال فشار در دم و بازدم.

۱۲۷- CPAP در مد تهویهٔ اداری و در زمانی که بیمار ایتوبه نباشد توسط ماسک استفاده می‌شود.

۱۲۸- مسیر گردش خون پولمونر از بطن راست شروع و به دهلیز چپ ختم می‌شود.

۱۲۹- در انجام CPR که کمک‌دهنده یک نفر باشد، مناسب‌ترین روش، ۱۵ ماساژ قلبی و ۲ تنفس دهان‌به‌دهان است.

۱۳۰- برخی علائم هیپرکالمی عبارتند از: بیقراری، تهوع، ضعف، بی‌حسی انتهاها، پهن و بلند شدن (QRS) و طولانی شدن (PR).

۱۳۱- زمانی که لازم باشد تمام کوشش‌های تنفسی بیمار حمایت شود، حساسیت دستگاه افزایش داده می‌شود، ولی زمانی که بیمار بسیار تند و سطحی تنفس می‌کند و بهتر است بعضی از تنفس‌های بیمار حمایت شود، حساسیت دستگاه کاهش داده می‌شود.

۱۳۲- بهترین شریان جهت گرفتن نمونهٔ ABG، رادیال می‌باشد، زیرا دست شریان خون‌رسانندهٔ دیگری بنام اولنار دارد.

۱۳۳- مواردی که در هنگام بای‌پس قلبی- عروقی رخ می‌دهند عبارتند از:

الف) کاهش رقیق کردن احتمال همولیز و آمبولی

ب) پیشگیری هیپوترمی از تخریب بافتی و ایسکمی

ج) جلوگیری آنتی کوآگولانتها از ایجاد لخته

د) حمایت فلج قلبی بافت قلب از ایسکمی

۱۳۴- عواملی که موجب افزایش فشار راه‌های هوایی می‌شوند عبارتند از:

الف) افزایش مقاومت در برابر جریان گاز

ب) کاهش کمپلیانس ریوی هنگام گرفتن Sigh

ج) اغ زدن، سرفه یا کوشش جهت صحبت کردن

د) جنگیدن بیمار

۱۳۵- هدف از sigh، مقابله کردن با انسداد راه‌های هوایی کوچک است که ممکن است در صورت ارائهٔ حجم جاری یکنواخت بروز کند و میزان آن ۲-۱/۵ برابر TV می‌باشد.

۱۳۶- دلیل پوزیشن نیمه نشسته در بیماران انفارکتوس، افزایش حجم مجاری تنفسی است.

۱۳۷- دورهٔ تحریک‌ناپذیری مطلق سلول عضلانی قلب از زمان تحریک سلول تا پایان فاز ۲ می‌باشد.

۱۳۸- عواملی که موجب کاهش حجم بازدمی می‌شوند عبارتند از:

الف) نشست در هر قسمت

ب) فیستول راه‌های هوایی و مری

۱۳۹- در مرحله سوم یا فیروتیک، ریه‌ها به‌طور کامل توسط بافت فیروتیک و کلاژن بازسازی شده و کمپلیانس ریوی به شدت کاهش می‌یابد.

۱۴۰- در مرحله آسیب یا اگزوداتیو ARDS، افزایش نفوذپذیری کاپیلرها و نشست پلاسما و ادم بینابینی دیده می‌شود.

۱۴۱- در مرحله ترمیم یا پرولیفراتیو فیروز فضای بینابینی ایجاد می‌شود.

۱۴۲- علائم تنگی آئورت شامل افزایش فشار خون، هیپرتروفی بطن چپ، گیجی و غش می‌باشد.

۱۴۳- موج P در الکتروکاردیوگرام نماینده دیپلاریزاسیون دهلیزهاست.

۱۴۴- مهمترین دکمه‌ها جهت تنظیم P_{aO_2} ، دکمه TV و RR می‌باشند.

۱۴۵- مهمترین دکمه‌ها جهت تنظیم P_{aO_2} ، دکمه‌های FiO_2 ، PEEP و CPAP می‌باشند.

۱۴۶- در کومیشوروتومی بسته، احتمال حرکت لخته‌های دهلیز و آمبولی بسیار زیاد است.

۱۴۷- مهمترین تومور خوش خیم قلب میکزودم و مهمترین تومور بدخیم قلب سارکوما می‌باشد.

۱۴۸- مصرف داروهای آسپیرین سبب تشدید اثرات هپارین می‌گردد.

۱۴۹- هدف از استفاده ترکیبات نیتروگلیسرین در درمان آنژین صدری، کاهش بازگشت وریدی به قلب است.

۱۵۰- در ۱ الی ۲ ساعت اول بعد از عمل نباید حجم تخلیه شده از لوله‌ها بیشتر از ۲۰۰ cc/h باشد.

۱۵۱- بعد از جراحی قلب، طولانی شدن قطعه ST می‌تواند دلیل هیپوکالمی باشد.

۱۵۲- در ابتدای بیماری در ABG بیمار، هیپوکاپنی و آلکالوز تنفسی و در انتهای بیماری، هایپرکاپنی و اسیدوز تنفسی دیده می‌شود.

۱۵۳- ARDS شکلی از نارسایی حاد تنفسی است که با تنگی نفس و هیپوکسی شدید مقاوم به اکسیژن درمانی مشخص شده و به علت ضایعات وسیع بستر کاپیلری آلوئولی ایجاد می‌شود.

۱۵۴- نارسایی حاد تنفسی زمانی رخ می‌دهد که سیستم تنفسی به قدری آسیب ببیند که قادر به حفظ گازهای خون شریانی در حد قابل قبول ($p_{aO_2} > 60$ ، P_{co_2} ۳۵-۴۵، $o_2\text{sat} > 90\%$) نباشد.

۱۵۵- در حین احیاء قلبی ریوی (CPR) کنترل نبض کاروتید از اهمیت و کاربرد بیشتری برخوردار است.

۱۵۶- سنکوپ و کاهش ضربان‌های بطنی از علائم سندرم استوکس آدامس در یک فرد نسبتاً مسن می‌باشند.

۱۵۷- بیشترین شیوع بیماری در سالمندان مربوط به سیستم قلب و عروق است.

۱۵۸- علل ایتر ارنال نارسای حاد کلیه عبارتند از:

اغلف) ایسکمی طولانی کلیه

ب) میوگلوبینوری

ج) هموگلوبینوری

د) آنتی بیوتیکهای آمینوگلیکوزیدی

ه) مواد حاجب پرتونگاری

و) داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، پیلونفریت حاد و

۱۵۹- علل پره‌نال نارسایی حاد کلیه عبارتند از:

الف) کاهش حجم

ب) خونریزی

ج) اتلاف از طریق کلیه

هـ) اتلاف گوارشی

و) اختلال کار قلب، اشباع عروق، سپسیس و ...

۱۶۰- علل پوست رنال نارسایی حاد کلیه عبارتند از: چ

الف) انسداد مجرای ادراری

ب) سنگ تومور

ج) BPH

د) تنگی و ...

۱۶۱- حدود ۲۵٪ -۲۰ برون ده قلبی در هر دقیقه به کلیه ها می رسد که از این مقدار 120 cc CFR تولید می

شود که 19 cc آن باز جذب می شود و یک سی سی در دقیقه ادرار تولید می شود.

۱۶۲- شایع ترین تظاهر بالینی نارسایی حاد کلیه، اولیگوری می باشد.

۱۶۳- در مراحل اولیه نارسایی حاد کلیه پروتئین رژیم غذایی باید محدود شود و جهت تأمین انرژی بدن از

کربوهیدرات فراوان استفاده شود. همچنین جهت کاهش سرعت متابولیسم، بیمار به استراحت در بستر تشویق می شود.

۱۶۴- حجم ادرار در ۲۴ ساعته اول در مرحله اولیگوریک نارسایی حاد بین ۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی لیتر است و ادم

مشاهده می شود.

۱۶۵- چنانچه بیماری در بخش قلب بستری باشد، با تشخیص هایپرکالمی می توان علی رغم اینکه در وی سابقه ای از

دیابت وجود ندارد، به او انسولین داد.

۱۶۶- در انجام CRR در بخش اورژانس که کمک دهنده دو نفر باشند، مناسب ترین روش، ۵ ماساژ قلبی + ۱ تنفس

دهان به دهان است.

۱۶۷- بیشترین میزان مرگ و میر در مرحله دیورز و به دلیل دهیدراتاسیون ناشی از عدم جایگزینی مناسب مایعات

می باشد.

۱۶۸- اصل دیالیز عبارتند از:

الف) انتشار به معنای حرکت ذرات از ناحیه ای با غلظت زیاد به ناحیه ای با غلظت کمتر

ب) اسمز به معنای حرکت آب از یک غشاء نیمه تراوا از ناحیه ای با غلظت کم به ناحیه ای با غلظت بالاتر

ج) اولترافیلتراسیون یا انتقال فعال به معنای حرکت مایع از میان یک غشاء نیمه تراوا در نتیجه وارد کردن فشار

خارجی به پرده / فشار مصنوعی

۱۶۹- به علت محدودیت زمانی در درمان ایست قلبی تنفسی، نیفیدپین را می توان از طریق تراشه به بیمار داد.

- ۱۷۰- شایع ترین تشخیص پرستاری در بیمار قبل از عمل جراحی قلب، اضطراب است.
- ۱۷۱- پدیده عدم تعادل به دلیل خروج املاح اضافی (اوره) با سرعتی بیش از سرعت خروج آن از سلول به داخل عروق روی می دهد که به دلیل زیاد بودن این املاح در داخل سلول آب به داخل سلول ها رفته و ادم ایجاد می شود.
- ۱۷۲- محلول دیالیز در همودیالیز تمیز می باشد و باید به نسبت $\frac{1}{34}$ با آب رقیق شود.
- ۱۷۳- عوامل لازم برای انجام همودیالیز عبارتند از: عروق مناسب، صافی (دیالیزر) و محلول دیالیز (دیالیزیت).
- ۱۷۴- در کسانی که مشکلات کبدی دارند نباید از محلول های دیالیز حاوی استات استفاده کرد.
- ۱۷۵- چنانچه بیماری در CCU به دلیل انفارکتوس میوکارد بستری بوده و ناگهان دچار افزایش CVP شود، مناسب ترین اقدام پرستاری در رابطه با او، دادن دیورتیک به وی و کاهش حجم مایعات است.
- ۱۷۶- متداول ترین روش فیستول، کنار شریان به کنار ورید می باشد.
- ۱۷۷- استفاده از گرافت، بهترین روش در بیمارانی است که دچار اختلالات منتشره عروقی (مثل دیابت) می باشند.
- ۱۷۸- بعد از دوره دیورز رژیم غذایی پروتئین و پرکالری تجویز می شود و بیمار به افزایش فعالیت جسمانی تشویق می شود.
- ۱۷۹- به دلیل هایپرمنیزیمی از تجویز آنتی اسیدهای حاوی منیزیم مثل mom و Almgس باید خودداری شود.
- ۱۸۰- علت بیماری آنژین صدری، جریان ناکافی عروق کرونر است.
- ۱۸۱- از جمله عوارض نارسایی مزمن کلیه، استئودیسτροφی کلیه می باشد.
- ۱۸۲- تغییرات قطعه ST و موج T (ST/T pattern) در زمان هایپرترفی دهلیزها و بلوک های شاخه ای ظاهر می شود.
- ۱۸۳- بیمار باید برای جلوگیری از حملات هیپوتانسیو، از صبح روز دیالیز تا پایان دیالیز از مصرف داروهای ضد فشارخون سریع الاثر و داروهای مسکن (ضد دردها، آرام بخش ها، خواب آورها) و داروهایی که به طور اولیه روی عروق اثر دارند (نیتروگلیسرین) خودداری نماید.
- ۱۸۴- محل ورود کاتتر دیالیز صفاقی ۵-۳ cm زیر ناف روی خطی است که ناف را به پوبیس وصل می کند.
- ۱۸۵- با توجه به اینکه بعد از کاتتریزاسیون قبلی احتمال ایجاد آنژین وجود دارد، چنانچه بیماری بعد از کاتتریزاسیون قلبی، احساس فشردگی در قفسه سینه نماید، مناسب ترین اقدام پرستاری استفاده از داروی نیتروگلیسرین زیربانی (TNG) است.
- ۱۸۶- مؤثرترین اقدام پرستاری در هنگام بروز سندرم عدم تعادل، کاهش سرعت دیالیز است.
- ۱۸۷- هنگام دیالیز به خصوص در ساعات اولیه بیمار می تواند رژیم پروتئین استفاده کند.
- ۱۸۸- قبل از ورود کاتتر روده ها و مثانه باید خالی باشند. بلافاصله قبل از انجام پروسیجر بیمار باید ادرار کند تا مثانه کوچک شده و از سوراخ شدن آن جلوگیری گردد.
- ۱۸۹- کلیه خارج شده از بدن را با استفاده از تکنیک های خاص مانند پاک کردن اجزاء خون تشکیل شده و یا وارد کردن یک محلول الکترولیتی هپارینه با درجه حرارت ۲ تا ۴ درجه سانتی گراد، می توان ۷۲-۲۴ ساعت نگهداری کرد، در غیراینصورت ۱-۰/۵ ساعت بیشتر نمی توان آن را حفظ کرد.

- ۱۹۰- خطرناک‌ترین عارضه دیالیز صفاقی، پریتونیت می‌باشد.
- ۱۹۱- مایع یا محلول دیالیز صفاقی باید استریل باشد.
- ۱۹۲- chamber، چشم الکتریکی است که وجود هوا در خون را تشخیص داده و حبابهای هوا را می‌گیرد.
- ۱۹۳- درجه حرارت دستگاه دیالیز باید $36/5-37/5$ درجه سانتی‌گراد باشد.
- ۱۹۴- افزایش CPK، به‌عنوان یافته تپیک در انفارکتوس میوکارد می‌باشد.
- ۱۹۵- به عنوان مراقبت پیشگیری‌کننده برای بیماری‌های شریانی، ورزش منظم Burger – Allen به‌صورت روزانه توصیه می‌شود. با انجام این نوع ورزش نیروی ثقل به تناوب رگ‌ها را از خون پر و خالی می‌کند. ورزش بورگر آلن را در سری‌های ۶ نوبتی و ۴ بار در شبانه روز (یا برحسب تحمل) انجام می‌دهند.
- ۱۹۶- علائم رد پیوند حاد عبارتند از:
- الف) کاهش برون‌ده ادراری (الیگوری یا آنوری)
- ب) تب بیش از $37/7$ درجه سانتی‌گراد
- ج) درد یا حساسیت کلیه پیوندی
- د) ادم
- هـ) افزایش ناگهانی وزن (۲ تا ۳ پوند در یک دوره ۲۴ ساعته)
- و) هیپرتانسیون بی‌حالی عمومی
- ز) افزایش BuN و کراتینین سرم
- ح) کاهش کلیرانس کراتینین
- ۱۹۷- در صورت وجود ارگاناسم‌های گرم منفی بی‌هوازی (به‌خصوص بیش از یک‌نوع) در مایع برگشتی از دیالیز صفاقی احتمال پارگی روده‌ها وجود دارد.
- ۱۹۸- به دلیل نبودن تغییرات سریع در روش دیالیز صفاقی در کسانی که نسبت به تغییرات سریع آب و الکترولیت‌ها و مواد زائد حساس هستند و در بچه‌ها و سالمندان این روش به همودیالیز ارجحیت دارد.
- ۱۹۹- مقدار ماده مؤثر اپی‌نفرین یک در هزار (با حجم ۱ میلی‌لیتر) ۱ میلی‌گرم است (آمپول‌های اپی‌نفرین شامل ۱ میلی‌گرم اپی‌نفرین در ۱ میلی‌لیتر از محلول یک در هزار می‌باشند).
- ۲۰۰- هدف از انجام همودیالیز، کمک به تنظیم آب و الکترولیت‌هاست.
- ۲۰۱- امتیاز سیکلوسپورین نسبت به دیگر سرکوب‌کننده‌های ایمنی در این است که قویاً تولید آنتی‌بادی را که منجر به رد پیوند می‌شود مهار می‌کند ولی روی آنتی‌بادی‌هایی که از عفونت جلوگیری می‌کند تأثیری ندارد.
- ۲۰۲- بیماران دیالیزی باید از مصرف آنتی‌اسیدهای محتوی ماده منیزیم خودداری نمایند.
- ۲۰۳- در ضمن دیالیز صفاقی به دلیل احتمال پیدایش عارضه سپتی سمی لازم است درجه حرارت بیمار چهار ساعته کنترل گردد.
- ۲۰۴- خوراک‌های سرشار از پروتئین شامل: سبوس و دانه گندم، اکثر سبزیجات و میوه‌جات یخ‌زده، خام و خشک‌شده، شیر و اغلب فراورده‌های شیری، شکلات، آجیل، کشمش، نارگیل و قهوه زیادجوشیده می‌باشند.

- سبزیجات و میوه‌جاتی که با مقادیر زیادی آب پخته شده‌اند، کره، سرشیر و آب‌نبات‌های سفت و دسرهای ژلاتینی عموماً دارای پتاسیم اندکی هستند.
- ۲۰۵- بطور متوسط در هر دقیقه یک میلی لیتر ادرار دفع می‌شود.
- ۲۰۶- بی‌حالی و خستگی زودرس، کاهش دفع ادرار و افزایش فشار خون از علائم مربوط به نارسایی کلیه می‌باشند.
- ۲۰۷- درجه حرارت محلول دیالیز ۳۷ درجه سانتی‌گراد است.
- ۲۰۸- مهمترین علت مرگ‌ومیر پس از پیون بجز **Rejection**، عفونت می‌باشد.
- ۲۰۹- رژیم غذایی بیماران دریافت‌کننده داروهای ایمونوساپرسیو باید کم‌سدیم و دارای پروتئین کافی باشد.
- ۲۱۰- دیالیز راهی برای اصلاح و تصفیه خون از طریق یک پرده نیمه‌تراواست.
- ۲۱۱- بیماران دیالیزی باید از مصرف آنتی اسیدهای محتوی ماده منیزیم خودداری نمایند.
- ۲۱۲- پرستار در آموزش تغذیه به بیمار دیالیزی (اورمیک) باید رژیم غذایی کم‌پروتئین، پر ویتامین با کربوئیدرات کافی را توصیه نماید.
- ۲۱۳- به دلیل از دست دادن پروتئین (به‌خصوص آلبومین) در دیالیز صفاقی، معمولاً باید رژیم پرپروتئین رعایت شود.
- ۲۱۴- با استفاده از هپارین در دستگاه دیالیز و سولفات پروتئامین (آنتاگونیست هپارین) برای بیمار می‌توان به آنتی‌کواگولاسیون منطقه‌ای دست یافت.
- ۲۱۵- در عفونت‌های قارچی و در مواردی که سه بار کشت مایع برگشتی از نظر باکتری، مثبت باشد، کاتتر باید خارج شود و بیمار به مدت یک ماه همودیالیز شود.
- ۲۱۶- در مراقبت از بیمار همودیالیزی، اندازه‌گیری پتاسیم روزانه بیشترین اهمیت را دارد.
- ۲۱۷- شستشوی ملایم سوند با محلول نرمال سالین از اقدامات پرستاری است که به‌منظور خارج کردن لخته از شدت شریانی و ریدی باید انجام گیرد.
- ۲۱۸- در صورت درمان کامل و مؤثر نارسایی حاد کلیوی، پیش‌آگهی بیمار خیلی خوب است.
- ۲۱۹- از مهمترین مزایای فیستول کاهش احتمال تشکیل لخته و خونریزی می‌باشد.
- ۲۲۰- در حین همودیالیز، استفاده از رژیم غذایی معمولی بدون اضافه کردن نمک مجاز است.
- ۲۲۱- در صورت بروز شوک به هنگام دیالیز صفاقی، پرستار باید فوراً کلمپ خروجی را ببندد و مایعات کمتری را خارج کند.
- ۲۲۲- دلیل اصلی گرم کردن محلول در دیالیز صفاقی، کمک به اتساع عروقی صفاقی می‌باشد که باعث افزایش تصفیه اوره می‌شود. همچنین گرم کردن با ممانعت از لرزیدن، راحتی بیمار را فراهم می‌نماید.
- ۲۲۳- در آنژین، هایپوکسی قلب تا مرحله آسیب و در M_1 تا مرحله نکروز پیش می‌رود.
- ۲۲۴- هپارین از داروهایی است که بطور معمول به مایع دیالیز اضافه می‌شود (منظور دیالیز پری‌توتال می‌باشد).
- ۲۲۵- اقدامات پرستاری در تشنج به علت سندرم عدم تعادل، شامل افزایش زمان دیالیز و تزریق محلول‌های هیپرتونیک قندی یا نمکی است.

۲۲۶- افزایش حجم کلیه و حساس شدن محل عمل در لمس نشانگر پس‌زدگی کلیه پیوندی می‌باشد.

۲۲۷- استئودیستروفی و اورمی به تشخیص افتراقی بین نارسایی حاد و مزمن کلیه کمک می‌کند.

۲۲۸- نشانه‌های پس‌زدن حاد کلیه پیوندی عبارتند از:

الف) کاهش کلیرانس کراتینین

ب) کاهش حجم ادرار

ج) افزایش کراتینین سرم

۲۲۹- مصرف هیدروکسید آلومینیوم در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه به منظور جذب فسفر اضافی پلاسماست.

۲۳۰- پس از دوره دیورتیک نارسایی حاد کلیه، پرستار باید افزایش پروتئین را در رژیم غذایی به بیمار توصیه کند.

۲۳۱- علت خارش در بیماران نارسایی مزمن کلیه، هیپرفسفاتی است.

۲۳۲- در یک فرد طبیعی، ظرفیت حیاتی بالاترین مقدار را تشکیل می‌دهد.

۲۳۳- در آسپیره نمودن ترشحات تراشه سوند به طریق چرخشی خارج شده و مدت زمان ساکشن کردن ده ثانیه می‌باشد.

۲۳۴- افزایش Co_2 شریانی و کاهش PH از جمله یافته‌های آزمایشگاهی هستند که نشان‌دهنده توسعه نارسایی تنفسی بیمار آسماتیک می‌باشد.

۲۳۵- گزارش پرستار با مشاهده $\text{pH} < 7.35$ ، $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$ بیانگر اسیدوز تنفسی می‌باشد.

۲۳۶- در مواردی که pH خون پایین و PaCO_2 بالاست، با اسیدوز تنفسی مواجه خواهیم بود.

۲۳۷- شیفت منحنی تجزیه اکسی هموگلوبین به سمت راست منجر به تسهیل در آزاد شدن اکسیژن در سطح بافتی می‌شود.

۲۳۸- مهمترین عارضه جانبی (PEEP) در بیمار تحت درمان با تهویه مصنوعی کاهش برون‌ده قلب است.

۲۳۹- قبل از خالی کردن کاف لوله تراشه مهمترین اقدام پرستار، ساکشن حلق و دهان است.

۲۴۰- مهمترین عارضه ساکشن تراشه بیش از ۱۰ ثانیه بدون هیپرونتیلیسیون، دیس ریتمی و ایست قلبی است. درواقع، در اثر ساکشن طولانی مدت تراشه و بر اثر تحریک واگ امکان برادیکاردی و ایست تنفسی وجود دارد.

۲۴۱- چنانچه بیمار مبتلا به آمبولی ریه ایتنوبه شده و به تهویه مکانیکی متصل باشد، پرستار باید قبل و بعد از ساکشن کردن به بیمار اکسیژن صددرصد بدهد. درواقع، هنگام ساکشن باید بیمار را از دستگاه جدا کرد. در این مدت تهویه و اکسیژناسیون صورت نمی‌گیرد و بیمار دچار هایپوکسی می‌شود. جهت به حداقل رساندن مشکل هایپوکسی، بیمار باید قبل و بعد از ساکشن با اکسیژن صددرصد حمایت شود.

۲۴۲- علت ادم ریه در سندرم دیسترس تنفسی بالغین، افزایش نفوذپذیری مویرگهای ریه است.

۲۴۳- نتایج ABG بیماری به صورت $\text{pH} = 7.30$ ، $\text{PCO}_2 = 50 \text{ mmHg}$ ، $\text{HCO}_3 = 12 \text{ mEq/L}$ و $\text{BE} = -4$ می‌باشد. پس بیمار دچار اسیدوز می‌باشد. $\text{PCO}_2 = 50 \text{ mmHg}$ بیانگر اسیدوز تنفسی است. $\text{HCO}_3 = 12 \text{ mEq/L}$ کمتر از حد نرمال بوده، بنابراین دچار اسیدوز متابولیک نیز می‌باشد و $\text{BE} = -4$

نیز که کمتر از حد نرمال است، نشاندهنده اسیدوز متابولیک می‌باشد. پس بیمار دچار عارضه اسیدوز متابولیک و تنفسی است.

۲۴۴- اولین اقدام برای گرفتن نمونه خون شریانی برای ABG، بررسی وضعیت عروق جانبی است. از آنجا که آسیب‌های ناشی از صدمات وارده به شریان بسیار جدی می‌باشد، قبل از دستکاری شریان در ABG باید وضعیت عروق جانبی اندام مربوط بررسی شود تا در صورت آسیب به شریان مربوطه شریان جانبی قادر به تأمین خونرسانی اندام مربوطه باشد.

۲۴۵- تجمع ترشحات در مجاری تنفسی موجب افزایش فشار راه هوایی در تهویه مکانیکی می‌شود. لازم به توضیح است که نشست هوا از لوله‌های دستگاه، پاره شدن لوله تراشه و خالی بودن کاف لوله تراشه منجر به کاهش فشار راه‌های هوایی می‌شوند.

۲۴۶- از نقطه نظر پرستاری، خم کردن لوله ساکشن (عدم بکارگیری سه‌راهی مناسب) هنگام ساکشن ترشحات ریوی منجر به افزایش فشار منفی و آسیب مخاط ریوی خواهد شد.

۲۴۷- مناسب‌ترین زمان جهت آموزش به بیماری که کاندید عمل جراحی قلب باز می‌باشد، بلافاصله بعد از پذیرش این عمل است.

۲۴۸- طراحی مراقبت‌هایی جهت کاهش اضطراب بیمار، قبل از عمل جراحی قلب، به دلیل پیشگیری از انقباض عروق ناشی از آزاد شدن اپی نفرین می‌باشد. اضطراب موجب افزایش ترشح کاتکول آمینها و در نتیجه انقباض عروق می‌شود.

۲۴۹- مهمترین مراقبت پرستاری بعد از انفارکتوس حاد میوکارد (Acute MI)، C.B.R و کنترل درد است.
۲۵۰- از نقطه نظر پرستاری، درد توأم با فعالیت بدنی جدی، مربوط به درد کرونری (آترواسکلروزیس عروق کرونر) می‌باشد.

۲۵۱- اندوکاردیت روماتیسمی و نارسایی میترال از عوارض بیماری فارنژیت استرپتوکوکی می‌باشد.
۲۵۲- توصیه مراقبتی پیشنهادی از نقطه نظر پرستاری، برای بیمارانی که از وارفارین یا کومادین استفاده می‌کنند، کنترل رنگ ادرار و مدفوع و PT است (PT جهت کنترل عوارض وارفارین یا کومادین و Ptt برای کنترل عوارض هپارین است).

۲۵۳- اولین استراتژی برای کنترل پرفشاری خون اولیه خفیف و متوسط، تعدیل وزن و رژیم غذایی و ترک دخانیات است (به معنای تغییر مثبت در سبک زندگی فرد).

۲۵۴- نتایج A.B.G مددجویی که با علائم بالینی سیانوز، بی‌قراری و اضطراب مراجعه کرده به ترتیب $pH=7.30$ ، $PaCO_2=55$ می‌باشد. pH کمتر از 7.35 بیانگر ایجاد اسیدوز و افزایش $PaCO_2$ بیانگر تنفسی بودن اسیدوز ایجاد شده است.

۲۵۵- از نقطه نظر پرستاری، حداکثر زمان نگهداشتن کاتتر ساکشن در لوله تراشه در هر مرحله ساکشن، ۱۵-۱۰ ثانیه است.

۲۵۶- از نقطه نظر پرستاری، نتیجه گزارش آزمایشگاهی هیپرکالمیا ($Na = 5/4mEq/L$)، اورژانس تلقی می‌شود.

- ۲۵۷- به منظور جلوگیری از بروز کاهش فشار خون وضعیتی، در اثر مصرف داروهای ضد فشار خون یا استراحت طولانی، مناسب‌ترین توصیه این است که: قبل از ایستادن، به مدت چند دقیقه در لبه تخت بنشینید.
- ۲۵۸- توصیه به ترک سیگار در بیمارانی که مبتلا به بورگر می‌باشند، به دلیل پیشگیری از تنگی عروق سطحی ناشی از نیکوتین سیگار صورت می‌پذیرد.
- ۲۵۹- در خصوص بیمار مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد، مناسب‌ترین تشخیص پرستاری، درد قفسه سینه به علت ایسکمی عضله میوکارد توأم با تغییرات EKG و علائم بالینی است. در واقع، در بیان تشخیص پرستاری حتماً باید واکنش بیمار لحاظ گردد.
- ۲۶۰- از آنجا که استفاده از اکسیژن به منزله دارو تلقی می‌گردد، استفاده یک تا شش لیتر در دقیقه اکسیژن از طریق سندبینی، ۲۴ تا ۴۴ درصد اکسیژن را تنظیم می‌نماید.
- ۲۶۱- توصیه به دمیدن در فضای بسته (کیسه پلاستیکی) به منظور احتباس CO_2 و اصلاح آلکالوز تنفسی است.
- ۲۶۲- به هنگام گرفتن نوار قلبی، سرعت استاندارد ۵۰ میلی متر بر ثانیه و ارتفاع استاندارد یک میلی ولت است.
- ۲۶۳- پرستار به بیمارانی که مبتلا به واریس می‌باشند، توصیه می‌کند از نشستن و ایستادن طولانی مدت پرهیز نمایند.
- ۲۶۴- چنانچه از نظر مراقبتی، بیماری با سابقه آمفیزم و تشخیص کانسر مری بستری شده باشد و دچار حالات ضعف، تنگی نفس، لاغری مفرط و آپاتی (Apathy) باشد، ممکن است دو بار در روز تحت درمان IPPB قرار بگیرد. در رابطه با این بیمار، مهمترین مراقبت پرستاری شامل رژیم و تغذیه مناسب می‌باشد.
- ۲۶۵- استفاده از الگوی تنفس لب غنچه‌ای منجر به افزایش فشار در الوئولها و کاهش دفع دی اکسید کربن می‌گردد.
- ۲۶۶- از نقطه نظر پرستاری، ۱۲ ساعت پس از انفارکتوس میوکارد، استفاده از پروتوکل استرپتوکیناز غیر اصولی است.

نکات کلیدی

فصل سوم

فصل سوم

- ۱- هیپرگلیسمی، هیپرآمیلازمی و هیپوکلسمی مشخصه بیماری پانکراتیت حاد است.
- ۲- علائم بیمار مبتلا به سندرم کوشینگ که به علت افزایش هورمون‌های آدرنوکورتیکال ایجاد می‌شود، شامل چاقی تنه‌ای، دیابت، هیپرتانسیون، ضعف، آمنوره، هیرسوتیسم، استریا، ادم، استئوپروز و گلوکوزوری می‌باشد. افزایش گلوکوئوتروز کبدی و اختلال مصرف انسولین منجر به هیپرگلیسمی بعد از غذا و گاهی اوقات دیابت قندی با تمام علائم آن می‌گردد.
- ۳- شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلال عمل هیپوفیز خلفی، دیابت بی‌مزه است.
- ۴- مبتلایان به هیپوتیروئیدی شدید و درمان نشده حساسیت زیادی را نسبت به داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش دارند.
- ۵- هورمون اصلی برای تنظیم درازمدت تعادل املاح، آلدوسترون است.
- ۶- سندرم تطابق عمومی (GAS) دارای ۳ مرحله هشدار، مقاومت و خستگی است.
- ۷- رؤیا بیشتر در مرحله REM از خواب بروز می‌نماید. در این مرحله، حرکات سریع چشم وجود دارد.
- ۸- کنترل فعالیت متابولیک سلول، اصلی‌ترین کار هورمون‌های T_4 و T_3 است.
- ۹- بحران آدیسونی از فوریت‌های طب داخلی است که با سیانوز، تب و نشانه‌های کلاسیک شوک (رنگ‌پریدگی، نگرانی و اضطراب شدید، نبض سریع و ضعیف، تنفس سریع و هیپوتانسیون) مشخص می‌گردد.
- ۱۰- مدولای آدرنال در مرکز آن کاتکولامین‌ها را ترشح می‌کند و بخش خارجی (قشر یا کورتکس) کورتیکواستروئیدها را ترشح می‌نماید.
- ۱۱- علائم کمای دیابتیک که معمولاً به دنبال کاهش میزان انسولین و افزایش هورمون‌های مخالف مثل گلوکاگون و اپی‌نفرین ایجاد شده و در دیابت جوانان (تیپ I) دیده می‌شود، عبارتند از: شروع تدریجی، فشار خون پایین، خواب‌آلودگی، تهوع، استفراغ، پوست خشک و سرد، بی‌اشتهایی، پلی‌اوری و پلی‌دیپسی و تشنگی، درد شکم، تنفس تند و عمیق و در نهایت اختلال هوشیاری. در این حالت قند خون در حدود $400-600 \text{ mg/dl}$ می‌باشد.
- ۱۲- مداوم‌ترین نشانه در آبسه مغزی سردرد است که در هنگام صبح تشدید می‌یابد.
- ۱۳- پان‌هیپوپیتوئتریسم (بیماری سیموند) بیماری نادری است که در آن هیچ‌یک از هورمون‌های هیپوفیز ترشح نمی‌شوند.
- ۱۴- اولین علامت در افزایش فشار داخل جمجمه، اختلال سطح هوشیاری است.
- ۱۵- بیماران مبتلا به آدیسون به دلیل کم‌کاری غده آدرنال، مقادیر زیادی نمک (سدیم) از دست می‌دهند، لذا در رژیم غذایی آنها باید شامل سدیم زیاد (حداقل $4-3 \text{ gr}$ در روز) باشد.
- ۱۶- برای کمک به بیمار مبتلا به سندرم کوشینگ در تغییر تصویر ذهنی از خود باید او را به مصرف رژیم غذایی کم‌قند، کم‌سدیم و پرپروتئین تشویق کرد.

- ۱۷- استعداد بیماران مبتلا به کوشینگ برای ابتلا به هیپرگلیسمی یا دیابت زیاد است.
- ۱۸- آدرنالکتومی درمان انتخابی برای سندرم کوشینگ، آلدوسترونیزم اولیه و بدخیمی‌های پستان و غده پروستات می‌باشد.
- ۱۹- علائم پرکاری غده تیروئید عبارتند از: لرزش دست‌ها، لاغری و عصبانیت، بیقراری، بالا رفتن متابولیسم پایه بدن، تپش قلب و تعریق، بی‌خوابی، اشتهاى زیاد و پوست گرم و مرطوب.
- ۲۰- شایع‌ترین علت بیماری آدیسون، آتروفی کورتکس آدرنال در نتیجه یک پروسه اتومیمبیون (آتروفی غدد فوق کلیوی) می‌باشد.
- ۲۱- پنومونی و عفونت‌های ادراری از جمله مشکلاتی هستند که با بیماری پارکینسون همراه می‌باشند.
- ۲۲- از دیورتیک‌های تیازیدی نباید در مبتلایان به پرکاری پاراتیروئید استفاده کرد، زیرا این داروها با کاهش دفع کلیوی Ca منجر به افزایش سطح Ca سرم می‌شوند.
- ۲۳- عوارض بعد از تیروئید کتومی عبارتند از: خونریزی، ادم گلو ت و صدمه عصب راجعه حنجره.
- ۲۴- رژیم غذایی و کنترل وزن، اساس درمان دیابت را تشکیل می‌دهند.
- ۲۵- از بین آزمون‌های خون، افزایش آمیلاز و لیپاز، کاهش کلسیم و لوکوسیتوز معرف پانکراتیت می‌باشند.
- ۲۶- قطعی‌ترین راه تشخیص فئوکروموسیتوم، شناسایی کاتکول آمین‌ها در ادرار و خون می‌باشد.
- ۲۷- انسولین NPH در حدود ۱۲-۱۰ ساعت به اوج اثر می‌رسد و مدت اثر آن ۲۵ ساعت می‌باشد. زمان شروع اثر انسولین NPH، ۴-۱h، پیک اثر آن ۸-۱۴h و کل زمان اثر آن ۲۰-۱۶h می‌باشد. پس اوج اثر آن در صورتی که در ساعت ۸ صبح تزریق گردد، در ساعت ۵ بعدازظهر خواهد بود.
- ۲۸- چنانچه شخصی مبتلا به دیابت «IDDM» باشد، به علت تزریق مکرر انسولین در ناحیه دلتوئید بازوی چپ احتمال بروز هیپوگلیسمی در او وجود خواهد داشت. درواقع، لیپودیستروفی‌ها باعث کاهش جذب انسولین در ناحیه مبتلا شده و منجر به هیپرگلیسمی می‌گردند.
- ۲۹- با توجه به اینکه سولفات مرفین موجب اسپاسم اسفنکتر اودی می‌گردد، باید از مصرف آن برای کاهش درد پانکراتیت حاد خودداری نمود.
- ۳۰- پدیده Somogyi (افزایش قند خون) پس از حمله هیپوگلیسمی در اثر آزاد شدن هورمون‌های مخالف انسولین (مثل گلوکاگون، کورتیزول و هورمون رشد) می‌باشد.
- ۳۱- در بیماران قطع نخاعی سطح حسی وجود دارد، بدین معنی که در پایین ناحیه صدمه بیمار فاقد حس می‌باشد و در بالای این ناحیه، حس بیمار سالم است. پس مفاهیم مورد استفاده در پرستاری در بیمار با قطع نخاع از ناحیه T_۱ محرومیت حسی می‌باشد.
- ۳۲- مهمترین اقدام پرستاری بعد از عمل کرانیوتومی، باز بودن راه‌های هوایی است.
- ۳۳- بیماری میاستنی گراویس، یک بیماری خود ایمنی است.
- ۳۴- اگر بیمار دیابتیک تحت تزریق انسولین از نوع N.P.H در ساعت ۶ صبح قرار گرفته باشد، احتمال بروز عوارض اثر دارو، در ساعت ۱۰-۸ شب خواهد بود.

۳۵- بیماری بعد از عمل تیروئیدکتومی دچار تاکیکاردی، آرتیاسیون، درجه حرارت بالا، تعریق شدید، کم‌آبی و بالاخره شوک می‌شود. احتمال عارضه طوفان تیروئیدی مطرح است. طوفان تیروئیدی، آزاد شدن سریع و ناگهانی هورمون‌های تیروئیدی به دنبال عمل جراحی تیروئید است.

۳۶- صرع جنرالیزه شامل حملات تونیک-کلونیک و استراحت است.

۳۷- بعد از عمل جراحی مغز، بطری‌های مربوط به کاتتر مغزی باید هم‌سطح مغز باشد تا CFS تخلیه شود.

۳۸- برای بیمار دیابتیک ۳۰ واحد انسولین N.P.H روزانه تجویز شده است، در صورتی که ویال انسولین و سرنگ موجود در بخش ۱۰۰ واحدی باشد، تعداد واحد انسولین تزریقی با این سرنگ ۳۰ u خواهد بود.

۳۹- در مرحله ابتدایی شوک برای جبران وضعیت موجود کلیوی واکنش‌هایی در بدن پدید می‌آید که از آنها می‌توان هاپرونتیلیاسیون به مقدار دو برابر مواقع عادی را نام برد. هدف عمده این مکانیسم کاهش PCO_2 خون است. درواقع، در این مرحله، اسیدوز متابولیک وجود دارد که برای جبران آن ریه باید CO_2 بیشتری دفع کند تا غلظت خونی آن، کاهش یابد. ریه این کار را با افزایش تعداد تنفس (هیپرونتیلیاسیون) انجام می‌دهد.

۴۰- سه جنبه مهم کتواسیدوز دیابتی عبارتند از: دهیدراتاسیون، از دست دادن الکترولیت‌ها و اسیدوز.

۴۱- مهمترین تدابیر در مالتیپل اسکلروز، بهبود وضعیت حرکتی است.

۴۲- مهم‌ترین هدف از توانبخشی بیماران، تأمین استقلال فردی در انجام فعالیت‌های روزمره است.

۴۳- مصرف تیازیدها (دیورتیک) ممکن است عارضه هیپرگلیسمی را برای بیمار دیابتیک ایجاد نماید.

۴۴- صرع با اختلال هوشیاری، حرکات اضافی یا از بین رفتن تونوس و اختلالات رفتاری همراه است.

۴۵- میگرن آتپیک، شایع‌ترین نوع میگرن است.

۴۶- دردی که منطقه وسیعی از بدن را دربر می‌گیرد ولی مددجو نتواند محل دقیق درد را نشان دهد از نظر کیفیت درد منتشره است.

۴۷- اختلالات آندوکراین در ضایعات هیپوفیز به شکل کاهش شدید وزن، لاغری، آتروفی تمام غدد و اعضاء، آندوکراین، ریزش مو، ایمپوتانس، آمنوره، کاهش غیرطبیعی متابولیسم و کاهش قند خون مشخص می‌شود. بدون جایگزینی هورمون‌ها بیمار دچار اغما شده و فوت می‌کند.

۴۸- میکزودم موجب تسریع آترواسکلروز می‌شود.

۴۹- چهار محل اصلی تزریق انسولین عبارتند از: شکم، سطح خلفی بازو، سطح قدامی ران‌ها و باسن.

۵۰- هورمون TSH در کنترل فیدبک منفی ترشح هورمون TRH در زمانی که هورمون تیروئید به اندازه کافی ترشح شده است، اثر مهارکننده بر TRH دارد (افزایش میزان TSH به صورت فیدبک میزان TRH را کاهش می‌دهد).

۵۱- پس از جراحی تیروئیدکتومی ساب توتال پرستار مرتباً از بیمار اسمش را می‌پرسد. هدف او از انجام این کار بررسی صدمه به عصب لارنژیال است.

۵۲- بیمار مبتلا به سندرم کوشینگ ممکن است علائم بروز دیابت را نشان دهد. علت این است که: گلوکوکورتیکوئیدها موجب تسریع در گلوکوزنر می‌شوند.

- ۵۳- به دلیل کاهش متابولیسم میوکارد، مصرف داروی لووتیروکسین موجب آنژین صدری و تاکی کاردی می‌گردد.
- ۵۴- شایع‌ترین علت اختلال در خواب و استراحت در بیماران جسمی بستری در بیمارستان، درد است.
- ۵۵- چنانچه بیمار مبتلا به دیابت، مقدار انسولین خود را زیادتر از حد معمول مصرف کند، دچار علائم هیپوگلیسمی شامل تیرگی شعور، تاکی کاردی و تعریق می‌گردد.
- ۵۶- در مبتلایان به بیماری میکزودم، به‌منظور جلوگیری از کلاپس عروقی از بکارگیری گرمای موضعی باید خودداری گردد.
- ۵۷- در بررسی سطح هوشیاری بیمار بعد از کرانیوترمی پرستار انتظار دارد سه یا چهار ساعت بعد از عمل بیمار در حالت هوشیار باشد.
- ۵۸- علائم افزایش فشار داخل جمجمه عبارتند از: ادم پایی، سردرد و استفراغ.
- ۵۹- مهمترین اقدام پرستاری در رابطه با بیماری که دچار ضربه مغزی شده است، در ابتدا برقراری راه عبور هوا و سپس بازنگهداشتن ورید و کنترل نورولوژیکی است.
- ۶۰- از نقطه نظر پرستاری، سر بیمار با افزایش فشار داخل جمجمه، باید بالاتر از تنه باشد.
- ۶۱- چنانچه بیمار دچار افزایش فشار داخل جمجمه (IICP) باشد، تمیز نبودن راه عبور هوا برای وی خطرناک است و علت آن ساکشن غیرصحیح به دلیل کاهش اکسیژن مغز می‌باشد.
- ۶۲- بیمار ضربه مغزی در بخش جراحی اعصاب بستری است. مهمترین علامت یا نشانه هشداردهنده برای پرستار درخصوص خطر شروع افزایش فشار داخل جمجمه تغییرات سطح هوشیاری و افزایش فشار خون سیستولیک است.
- ۶۳- اولویت مراقبت پرستاری از بیماری میاستنی گراویس اهمیت مصرف دارو است.
- ۶۴- در طرح مراقبتی بیمار با فشار داخل جمجمه (ICP) بالا از چرخش ناگهانی مفاصل اجتناب می‌شود.
- ۶۵- شایع‌ترین نوع سردرد، سردرد ضربه‌ای است.
- ۶۶- افزایش درجه حرارت بدن سبب کاهش خون‌رسانی مغزی خواهد شد که این حالت در افزایش ICP بسیار خطرناک است.
- ۶۷- مهمترین دلیل ایجاد بیماری عروق کرونر در بیماران هایپوتیروئیدیسم، اختلال متابولیسم چربی‌هاست. درواقع، در بیماری که مدت طولانی دچار میکزدم بوده است، احتمال بالا بودن سطح کلسترول سرم، آتروسکلروز و بیماری‌های سرخرگ کرونر زیاد است.
- ۶۸- نگرش سیستمی به بیماران به این معنی است که بیمار از نظر مفهومی در دید پرستار موجودی است زیستی- اجتماعی که به‌طور دائم با محیط اطراف خود در کنش و واکنش است.
- ۶۹- لاغری، خستگی و ضعف عضلانی در بیماران مبتلا به آدیسون ناشی از اختلال در متابولیسم هیدروکربن‌هاست.
- ۷۰- شوک neurogenic عبارت از فعالیت اعصاب خودکار در پاسخ به استرس یا ضربه به‌صورت گشادی عروق می‌باشد.
- ۷۱- گلوکوکورتیکوئیدها (کورتیزول و کورتیکوسترون) در متابولیسم کربوهیدرات شرکت دارند.

- ۷۲- اندازه‌گیری سطح متابولیت‌های کاتکول آمین‌ها در ادرار به تشخیص فئوکروموسیتوم کمک می‌کند. نمونه ادرار ۲۴ ساعته را می‌توان از نظر مقدار وانیل ماندلیک اسید (متابولیت کاتکول آمین) اندازه گرفت. پس وانیل ماندلیک اسید (VMA) تست تشخیصی بیماری تومور خوش‌خیم غده آدرنال می‌باشد.
- ۷۳- مهمترین توصیه پرستار به بیماری که مبتلا به هیپوپاراتیروئیدیسم است، استفاده بیشتر از مواد قلیایی‌کننده ادرار می‌باشد. تشکیل سنگ در یک یا هر دو کلیه به علت افزایش دفع Ca و P توسط ادرار و از عوارض مهم پرکاری پاراتیروئید است. برای پیشگیری از این امر باید بیمار را به نوشیدن ۲ لیتر یا بیشتر مایعات در شبانه روز تشویق کرد.
- ۷۴- تظاهرات بالینی هیپوتیروئیدیسم عبارتند از: خستگی مفرط، ریزش مو، شکنندگی ناخن‌ها. خشکی پوست، بی‌حسی یا پarestزی انگشتان، خشونت صدا، کاهش میل جنسی، اختلالات قاعدگی، کاهش T و $P.R$ ، افزایش وزن، افزایش ضخامت پوست، حالت بی‌تفاوتی در صورت (ماسکه شدن)، احساس سرما، یبوست، کند شدن پاسخ‌های عاطفی و هوشی و صحبت کردن بیمار.
- ۷۵- به منظور برنامه‌ریزی مراقبتی تدوین اهداف مددجو محور اثربخش است.
- ۷۶- جزوه آموزش در آموزش بیماران، یک وسیله کمک آموزشی محسوب گردیده و به تکرار موارد آموزش داده‌شده کمک می‌کند.
- ۷۷- آموزش بیمار بستری باید از بدو پذیرش آغاز شود و پرستار باید از هر فرصتی جهت آموزش وی استفاده نماید.
- ۷۸- فقدان حمایت مؤثر از جانب خانواده و دوستان در ایجاد عدم سازگاری با تصویر ذهنی از خویش مرتبط است.
- ۷۹- علائم بیماری در فردی که اختلال افزایش $I.C.P$ در وی مطرح است، عبارتند از: تاری دید به علت مریاز، افزایش فشار خون، کاهش نبض و استفراغ به علت تحریک واگ.
- ۸۰- مهمترین و خطرناک‌ترین عارضه بیماری میاستنی گراویس اختلال و نارسایی در تنفس است.
- ۸۱- مهمترین مراقبت پرستاری در بیمار ضربه مغزی، کنترل منظم علائم حیاتی و سطح هوشیاری جهت پیش‌بینی وضعیت بیمار است.
- ۸۲- علام «ترسو» و «ژوستک» در حالت هیپوکلسمی ممکن است بوجود آید.
- ۸۳- بیمار دیابتی که از انسولین استفاده می‌کند باید از نظر عارضه هیپوگلیسمی و علائم آن شامل تعریق، عصبانیت، گرسنگی و سردرد مورد توجه قرار گیرد.
- ۸۴- عارضه سندرم هیپراسمولار همه انواع دیابت‌ها می‌تواند بروز کند.
- ۸۵- هورمون آلدوسترون در تنظیم سدیم بدن نقش اساسی دارد.
- ۸۶- در جایگزینی مایعات برای بیماران دهیدراته شدید، خطر سندرم ادم مغزی دارای اهمیت می‌باشد.
- ۸۷- عارضه تخلیه چشم در بیمار می‌تواند تغییر و اختلال بیشتری در تصویر ذهنی ایجاد کند.
- ۸۸- پرخوری (Polyphagia) شاخصی است پایدار و قابل توجه جهت بیماری دیابت شیرین.
- ۸۹- پیشگیری از بروز هیجانات عاطفی شدید (Emotional shock) در بیمارانی که دچار سندرم کوشینگ هستند، از اهمیت زیادی برخوردار است.

- ۹۰- برای مددجویان مبتلا به افزایش فشار داخل جمجمه، مناسب‌ترین وضعیت، زاویه ۳۰-۲۰ درجه است.
- ۹۱- امتیاز کما (coma score) در بیماری که در وضعیت دکورتیکه بوده، اصوات نامفهوم داشته و با تحریک دردناک است، چهار می‌باشد.
- ۹۲- حتی در صورتی که بیمار سرطان داشته باشد و پزشک معالج وی، معالجه را بی‌فایده بداند، پرستار موظف است برای رعایت حقوق بیمار از گفتن دروغ به وی و بستگانش پرهیزد.
- ۹۳- کلیه‌ها از نظر کنترل جذب و دفع، در تنظیم و اصلاح دقیق PH بدن نقش زیادی دارند.
- ۹۴- بیمار بعد از هیپوفیز کتومی باید از نظر تاکی‌کاردی و کاهش فشار خون کنترل شود.
- ۹۵- تکرار علائم عصبانیت، تعریق، گرسنگی و ضعف و طپش قلب در بیماران دیابتی مربوط به هیپوگلیسمی بوده و برای پیشگیری از آن، به همراه داشتن و مصرف چند حبه قند در هنگام بروز ضروری می‌باشد.
- ۹۶- مناسب‌ترین توصیه برای بیماری با کم‌کاری تیروئید، استراحت و آرامش و دوری از فعالیت دوز دارو است.
- ۹۷- در بیماری با ضربه مغزی شدت یافتن علائم سردرد، استفراغ، دوربینی، برادیکاردی و هیپرتانسیون می‌تواند منجر به افزایش فشار داخل جمجمه شود که در این حالت بیمار باید وضعیت supine داشته و سر بالاتر از تنه قرار گیرد.
- ۹۸- از بین رفتن غلاف میلین سلول‌ها و فیبرهای عصبی در بیماری مولتی پل اسکلروزیس دیده می‌شود.
- ۹۹- سرفه و ساکشن طولانی از جمله مواردی است که در افزایش فشار داخل مغز تأثیر زیادی دارد.
- ۱۰۰- به‌منظور تزریق وریدی ۷۰ میلی‌گرم از ویال زایلوکائین یک درصد، ۷ میلی لیتر تزریق می‌شود.

نکات کلیدی

فصل چهارم

فصل چهارم

- ۱- درد فانتومی (Phantom Pain) دردی است که بیمار پس از قطع یا آمپوتاسیون عضو احساس می‌کند. بیمار این درد را در عضوی که دیگر وجود ندارد احساس می‌کند.
- ۲- شایع‌ترین علامت سیستیت، اشریشیاکولی است. بیش از ۹۵٪ عفونت‌های ادراری ناشی از باکتری بوده که E.coli شایع‌ترین عامل می‌باشد.
- ۳- در بیماری که Skull Traction دارد، باید مراقب بود که هنگام بلع غذا دچار آسپیراسیون نشود.
- ۴- جوش نخوردن استخوان از عوارض دیررس (تأخیری) شکستگی می‌باشد (آمبولی چربی، شوک و خونریزی از عوارض زودرس آن می‌باشند).
- ۵- کولپورافی قدامی عبارتست از: عمل ترمیم جدار قدامی مهبل.
- ۶- پریئنورافی یا کولپورافی خلفی عبارتست از: اعمال جراحی ترمیم رکتوسل و لهیدگی‌های میانیاندره.
- ۷- آزمون سیتولوژی سرطان (آزمون پاپانیکلا و پاپ اسمیر) برای تشخیص سرطان گردن رحم انجام می‌شود.
- ۸- رژیم غذایی برای تسریع ترمیم شکستگی در بیمار شامل مواد پروتئین و حاوی کلسیم می‌باشد.
- ۹- دلایل استفاده از Brace عبارتند از:
 - الف) کنترل درد بیمار
 - ب) کمک به اصلاح حالت فلجی (تمرین مفاصل خاص)
 - ج) ثابت کردن و محافظت عضلات و مفاصل ضعیف
 - د) حفاظت مفصل یا بخشی از بدن از ترومای خارجی
 - ه) اصلاح مکانیکی حالاتی نظیر foot drop با ساپورت مفصل در پوزیشن فانکشنال آن
- ۱۰- ترشح مهبلی مربوط به باکتری زرد رنگ است و ظاهر چرکی دارد. ترشح مربوط به تریکوموناس آبکی و رقیق، اغلب زرد و گاهی کف‌آلود و بدبو است. ترشح مربوط به عفونت کاندیدا غلیظ و سفید است بوده و ممکن است ظاهر پنیری داشته باشد.
- ۱۱- مهمترین شاخص برای تشخیص UTI، شمارش کولونی به میزان حداقل ۱۰۰,۰۰۰ / milt ادرار (نمونه تمیز وسط ادرار یا ادرار به دست آمده توسط کاتتریزاسیون) می‌باشد.
- ۱۲- عوارض احتمالی هیستریکتومی عبارتند از: خونریزی، ترومبوز سیاهرگی عمقی و اختلال عمل مثانه.
- ۱۳- انجام هیستروسکوپی در سرطان گردن رحم یا آندومتر اکیداً ممنوع است.
- ۱۴- دیلاتاسیون و کورتاژ D&C برای به دست آوردن بافت آندومتر یا اندوسرویکس جهت مطالعات سیتولوژی، برای کنترل خونریزی غیرطبیعی و به‌عنوان اقدام درمانی در سقط ناقص انجام می‌شود.
- ۱۵- مراقبت از پوست از موارد توجهات پرستاری در گلوومرولونفریت حاد می‌باشد. فعالیت زیاد سبب بدتر شدن پروسه گلوومرولونفریت حاد می‌شود. در رژیم غذایی معمولاً محدودیت مصرف پروتئین همراه با افزایش کربوهیدرات توصیه می‌شود. مصرف بیش از حد مایع به‌علت وجود ادم جایز نمی‌باشد.

- ۱۶- هدف اصلی از bladder Training، حفظ ظرفیت طبیعی مثانه و تون عضلات آن است.
- ۱۷- در بیماری‌هایی نظیر R.A. که بیمار درد مفصل و محدودیت حرکات مفصلی دارد، آتروفی عضلانی ناشی از عدم استفاده از عضلات شایع است و لذا ورزش‌های passive در جلوگیری از تحلیل عضله و سفتی مفاصل در این بیماری بسیار مفید است.
- ۱۸- شایع‌ترین علت سالپنژیت، عفونت کلامیدیایی (احتمالاً همراه با سوزاک) می‌باشد.
- ۱۹- مسدود کردن لوله نفروستومی با کلمپ منجر به ایجاد پیلونفریت حاد می‌شود.
- ۲۰- کاهش سدیم منجر به کاهش اسمولاریته و افزایش آلدسترون می‌شود.
- ۲۱- در گچ‌گرفتگی وسیع بروز سندرم گچ شایع است. در این حالت، بیمار دچار اضطراب حاد و شدید می‌شود و پاسخ‌های اتونوم مثل افزایش تعداد نبض و تنفس، تعریق، مردمک دیلاته و فشار خون بالا در وی ایجاد می‌گردد.
- ۲۲- مهمترین الکترولیت داخل سلولی، پتاسیم و مهمترین الکترولیت خارج سلولی، سدیم می‌باشد.
- ۲۳- شایع‌ترین علامت فیبروم، خونریزی غیرطبیعی آندومتر است.
- ۲۴- جهت مراقبت از بیماری که جراحی لگن (Hip Nailing) داشته است، استفاده از عضلات چهارسر و ورزش‌های ایزومتریک برای جلوگیری از آتروفی آنها ضروری می‌باشد.
- ۲۵- در تراکشن استخوان پا، به هیچ وجه نباید وزنه‌ها تعدادشان کمتر شود (موقعیت مناسب برای تراکشن، پانسمان استریل و حرکات ایزومتریک در تراکشن استخوان پا ضروری است).
- ۲۶- تظاهرات بالینی هیپوکلسمی عبارتند از: تتانی، علامت تروسو و علامت شوستوک.
- ۲۷- شایع‌ترین علت سپتی سمی در افراد سالخورده، عفونت مجرای ادراری است.
- ۲۸- در پرستاری از بیماران ماستکتومی رادیکال، تمرینات ورزشی مخصوص ماستکتومی نباید از روز سوم شروع شود. در این حالت، تمرینات ظریف و آرام شامل کاهش کشش عضله که باعث بازگشت سریع‌تر فونکسیون عضله می‌شود، باید از روز اول شروع شوند.
- ۲۹- اصلی‌ترین علامت آندوسرویسیت، ترشح لوکوره است که در مواردی با درد ناحیه خارجی، درد قسمت پایین شکم و اختلالات ادراری و قاعدگی همراه می‌باشد.
- ۳۰- اکثر موارد پیلونفریت به دنبال ریفلاکس میزراهی - مثانه‌ای ایجاد می‌شوند.
- ۳۱- در بیماری که آمپوتاسیون بالای زانو (Above Knee Amputation (A.K.A) دارد، جهت آمادگی محل استامپ، باید ابتدا حرکت روی سطوح نرم باشد (ابتدا بر روی بالش و به تدریج بر روی سطح محکم). از فشار زیاد باید پرهیز نمود، چون خطر ایسکمی و نکروز در استامپ وجود دارد.
- ۳۲- در پرستاری از سوند مخصوص پروستاتکتومی شکمی، باید اتساع مثانه با لمس شکم کنترل گردد.
- ۳۳- خطرناکترین اثر نارسایی کلیه، احتباس پتاسیم است.
- ۳۴- عفونت‌های بیمارستانی عمدتاً در مسیر برش‌های جراحی ایجاد می‌گردند.

۳۵- پیلوگرافی رتروگرا در عبارتست از: تزریق ماده حاجب از طریق کاتتر حالبی با سیستم اسکوپ و عکسبرداری از آن.

۳۶- مناسبترین روش جهت پیشگیری از بروز سنگهای ادراری در بیماری که استراحت در تخت دارد، تشویق بیمار به مصرف مایعات فراوان است.

۳۷- شایعترین تظاهر بالینی نارسایی حاد کلیه، اولیگوری است.

۳۸- مغز استخوان از نظر تکثیر سلولی، سریعترین بافت بدن است و به همین دلیل جریان خون آن غنی بوده و استخوان شایعترین محل متاستاز ثانویه سرطانهاست.

۳۹- جهت پیشگیری از عفونتهای سیستم ادراری متعاقب گذاشتن سوند فولی، محدود نمودن موارد مصرفی سوند فولی از ضروریات می باشد. چرا که در بیماران سونداژ شده در بیمارستان در حدود ۲۰-۱۰٪ موارد باکتریوری دیده می شود و با بودن سوند، هر روز حدود ۵-۳٪ ریسک عفونت افزایش می یابد.

۴۰- شایعترین شکل انتقال در عفونت، خصوصاً به هنگام خواب، آسپیراسیون است.

۴۱- چنانچه بیماری بعد از عمل جراحی قلب دارای علائم بیقراری، تهوع، ضعف، بی حسی انتهایها، پهن و بلند شدن کمپلکس QRS، طولانی شدن PR و محو شدن امواج P شود، نشانه هیپرکالمی می باشد.

۴۲- عوارض اصلی جراحی کلیه عبارتند از: خونریزی، کاهش حجم مایعات بدن و شوک.

۴۳- بیمار دارای کشش تعادلی می تواند حرکت داده شود، اما باید مواظب بود که هیچ تغییری در فلکسیون زانوئی بیمار ایجاد نشود.

۴۴- STD's در زنان موجب پیدایش نئوپلاسم و عقیمی می گردد.

۴۵- در روش ماستکتومی رادیکال تعدیل شده تمام بافت پستان همراه با عقدههای لنفاوی زیر بغل برداشته شده و عضلات سینه ای بزرگ و کوچک باقی می مانند.

۴۶- بیماری به علت تصادف دچار شکستگی بسته استخوان درشت نی (Tibia) شده است، در مشاهده عضو، علائم تورم و درد، حساسیت و خونریزی قابل رؤیت است. البته با توجه به اینکه تکه های شکسته به وسیله استخوان نازک نی که سالم است ثابت نگه داشته می شود، تغییر شکل اندام وجود ندارد.

۴۷- در مسمومیت با k، در برخی موارد از مخلوط گلوکوز یا گلوکونات کلسیم به عنوان اقدام فوری استفاده می شود.

۴۸- درمان سیستمیت حاد شامل موارد زیر است:

الف) دادن مایعات فراوان

ب) استراحت در تخت

ج) تجویز سولفونامیدها

۴۹- Russle Traction عبارتست از یک نوع کشش پوستی با استفاده از Sling (این کشش پوستی روی ساق تحتانی اعمال شده و از یک قلاب بالشتک دار نیز استفاده می کند).

۵۰- رژیم غذایی بیمار مبتلا به سندرم نفروتیک شامل غذاهای پرپروتئین، پرکالری، سدیم و آب محدود (به علت ادم موجود) می باشد.

۵۱- پیلونفریت، مهمترین عارضه زودرس به دنبال کلمپ سوند نفروستومی است که قابل اهمیت برای پرستار می باشد.

۵۲- به بیماری که تحت عمل جراحی پروستات قرار گرفته به منظور جلوگیری از کم آبی (برقراری جریان ادراری و جلوگیری از استاز ادراری)، پیشگیری از عفونت ادراری، نرم کردن مدفوع و خلاصه پیشگیری از لخته شدن خون آموزش داده می شود که مایعات به میزان کافی بنوشد ($2500-3000 \text{ ml/day}$).

۵۳- در بیماری استئوسارکوم، کلسیم سرم باید مرتباً کنترل گردد. چرا که در این بیماران، آکالین فسفاتاز افزایش و Ca سرم کاهش می یابد.

۵۴- وجود هماتوم در مرحله ترمیم شکستگی به علت تشکیل جوانه های مویرگی و فیبروبلاست در محل، از اهمیت برخوردار است.

۵۵- نشانه های سندرم نفروتیک عبارتند از: ادم، پروتئینوری، کاهش آلبومین سرم و هیپرکلسترولمی.

۵۶- در صورتی که بیماری پتاسیم تکمیلی به صورت تزریقی دریافت کند، پرستار باید در نظر داشته باشد که برون ده ادراری نباید کمتر از 50 cc در ساعت ($60-40 \text{ ml/h}$ یا 1 ml/kg/h) باشد.

۵۷- بعد از جراحی قلب، طولانی شده قطعه ST می تواند دلیل بر هیپوکالمی باشد. در واقع تغییرات ECG در هیپوکالمی عبارتند از: نزول قطعه ST ، صاف شدن موج T ، امواج U بزرگ و طولانی شدن قطعه ST .

۵۸- با توجه به اینکه با صدمه به گلوبرومل ها نشت پروتئین و RBC به داخل ادرار ایجاد می شود، در خون مبتلایان به گلوبرولونفریت، کاهش تعداد گلبول های قرمز وجود دارد.

۵۹- انسداد حالب منجر به پس زده شدن ادرار به کلیه و ایجاد هیدرونفروز می شود.

۶۰- در جراحی نفرکتومی، به علت برش جراحی مستقیماً در زیر دیافراگم، تنفس عمیق همراه با درد می باشد، بنابراین آتلکتنازی یا عوارض تنفسی دیگر باید مدنظر باشد.

۶۱- استئودیستروفی و اورمی به تشخیص افتراقی بین نارسایی حاد و مزمن کلیه کمک می کند (افزایش BUN و Cr و احتباس K و P در نارسایی حاد و مزمن کلیه مشترکند).

۶۲- بعد از جا انداختن شکستگی استخوان ران و استفاده از بست گچی، مناسب ترین اقدام پرستاری، حرکت فعال و انقباض ایزومتریک و ایزوتونیک (مانند انقباض و انبساط عضلات کواردی سپس و گلوئتال) است.

۶۳- علائم پس زدگی حاد کلیه پیوندی عبارتند از: اولیگوری، آنوری، تب بالا ($37/7$ درجه سانتی گراد)، درد یا تندرns روی کلیه پیوندی، ادم، کاهش وزن ناگهانی، هیپرتانسیون، ضعف و بی حالی عمومی، افزایش BUN و Cr سرم و کاهش کلیرانس Cr .

۶۴- مهمترین عوارضی که بایستی پس از انجام هیسترکتومی مورد توجه پرستار قرار گیرند عبارتند از: ترومبوز عروق تحتانی، آمبولی، درد و احتباس ادراری.

- ۶۵- در صورت مشاهده قرمزی و تورم دست در سمتی که بیمار عمل جراحی رادیکال ماستکتومی داشته، در درجه اول، عدم تحرک و ورزش نکردن و بلند کردن جسم سنگین در رابطه با بیمار مطرح می‌باشد.
- ۶۶- بیمار با سابقه مصرف جنتامایسین، پس از چند روز کاهش حجم ادرار، بیقراری و خواب‌آلودگی در طی ۲۴ ساعت اخیر، به علت نارسایی حاد کلیه، ۳ لیتر ادرار رقیق دفع کرده است. چرا که به دلیل فیلتراسیون گلومرولی و ترشح و جذب مجدد، نفرون‌ها در معرض غلظت‌های زیاد این داروها قرار دارند و احتمال صدمه آنها توسط اثرات سمی بیشتر می‌باشد.
- ۶۷- مناسب‌ترین رژیم غذایی برای بیمار مبتلا به سندرم نفروتیک، رژیم پرپروتئین (گیاهی و حیوانی)، کم سدیم، چربی متعادل و پرویتامین می‌باشد.
- ۶۸- چنانچه مردی ۲۵ ساله مبتلا به استئوژنیک سارکوما ناحیه فوقانی استخوان تی بیا، تحت عمل آمپوتاسیون از بالای مفصل زانو (وسط ران) قرار گیرد، عارضه غیرقابل برگشت چندین روز بعد از عمل جراحی، کانتراکچر مفصل ران خواهد بود.
- ۶۹- مصرف هیدروکسید آلومینیوم در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه به منظور جذب فسفر اضافی است (این داروها در روده به فسفر متصل گردیده و سطح P سرم را کاهش می‌دهند).
- ۷۰- وجود موج U به دنبال موج T حاکی از اختلال در الکترولیت‌هاست.
- ۷۱- جهت جلوگیری از آتروفی عضلانی در درمان با کشش استخوانی تعادلی (معلق)، پرستار انقباض ایزومتریک را آموزش می‌دهد.
- ۷۲- در تجویز قرص‌های «کنتراسپتیو» باید به سابقه سرطان سینه، ترومبوفلیت و بیماری قلبی در مددجو توجه کرد.
- ۷۳- بهترین اقدام پرستار در کرامپ‌های داغ عضلانی، خوراندن نمک به بیمار است.
- ۷۴- برای کنترل کارکرد کلیه‌ها در بیماران مصرف‌کننده داروهای نفروتوکسیک (آمینوگلیکوزیدها)، اوره و کراتینین خون هفته‌ای دو بار بررسی می‌شود.
- ۷۵- در اختلالات شدید تنفسی و تنگی نفس که با تعریق فراوان همراه است، مهمترین خطر تهدیدکننده به دلیل از دست دادن Na، هایپوناترمی است.
- ۷۶- شایع‌ترین علت ایجاد عفونت مجاری ادراری در هر دو جنس، توقف ادرار در مثانه است.
- ۷۷- هدف اولیه و فوری در پرستاری از بیماران مبتلا به سنگ کلیه، تخفیف درد است.
- ۷۸- بهترین علامت که پرستار را متوجه وجود بافت نکروز در زیر گچ پا می‌کند، استشمام بوی بد از گچ است.
- ۷۹- دوره‌های سرما موجب تشدید حملات R.A می‌گردد.
- ۸۰- پس از جا اندازی مچ پای در رفته، احتمال ایجاد کدام عارضه وجود خواهد داشت؟ (۸۰)
- (۱) خونریزی داخل مفصل
 - (۲) انقباض عروق ناحیه *
 - (۳) سردی و رنگ پریدگی عضو
 - (۴) گرمی و پرخونی عضو
- ۸۱- قبل از انجام معاینه ژنیکولوژیک و گرفتن پاپ اسمیر، به بیمار توصیه می‌شود که از شب قبل مقاربت نداشته باشد، در دوران قاعدگی نباشد، قبل از معاینه ادرار کند و مثانه‌اش را خالی نماید.

۸۲- در موقع آموزش به خانم‌ها جهت معاینه پستان، توصیه می‌شود یک هفته پس از شروع سیکل ماهانه این کار را انجام دهند.

۸۳- به دنبال شکستگی اندام چنانچه درد پیشرفت کند و به مسکن پاسخ ندهد و اختلال در حس و حرکت اندام شکسته ایجاد شود، مشکوک به عارضه سندرم کمپارتمان می‌باشد.

۸۴- در آموزش بیمار آرتريت روماتوئید به حفظ حرارت مفصل مبتلا توصیه می‌شود.

۸۵- پس از دوره دیورتیک نارسایی حاد کلیه، پرستار باید افزایش مواد کربوهیدرات را در رژیم غذایی به بیمار توصیه کند. برای به حداقل رسانیدن کاتابولیسم پروتئین و جلوگیری از تجمع مواد زائد سمی، پروتئین رژیم غذایی به 1 gr/kg محدود می‌شود و نیازهای انرژی بدن توسط کربوهیدرات فراوان تأمین می‌گردد.

۸۶- فشار ورید مرکزی شاخص دقیقی از وضعیت حجم مایعات بدن می‌باشد.

۸۷- علت خارش در بیماران نارسایی مزمن کلیه، هیپرفسفاتمی است.

۸۸- به بیماری که دچار کوفتگی، ضرب‌دیدگی مفاصل و بافت نرم می‌باشد، توصیه می‌شود عضو را بالا نگه دارد و کمپرس سرد در ۲۴ ساعت اول و سپس کمپرس گرم انجام دهد.

۸۹- با کاهش فیلتراسیون گلومرولی، سطح P سرم افزایش و Ca سرم کاهش پیدا می‌کند.

۹۰- عارضه تراکشن استخوانی، عفونت است و علت آن ورود میکروارگانیسم‌ها از محل تراکشن می‌باشد.

۹۱- ورود کاتتر از طریق مجرای ادرار به طرف کلیه و تزریق ماده حاجب از این طریق در کلیه‌ها جهت انجام رادیوگرافی را پیلوگرافی رتروگرا می‌نامند.

۹۲- برای پیشگیری از تشکیل سنگ‌های اگزالات مناسب‌ترین اقدام رقیق نگه داشتن ادرار است.

۹۳- شایع‌ترین علل ولو واژنیت مونیلیائی، خارش ولو و سوزش و التهاب واژن می‌باشد.

۹۴- به بیماران لوپوس اریتماتوز منتشر، توصیه می‌شود که از نور خورشید پرهیز نمایند.

۹۵- شایع‌ترین علت **Foot Drop** در تراکشن پوستی ساق پا فشار به عصب پرونتال است.

۹۶- بیماری تحت کشش است و باید حداقل ۲۰ روز در تخت بماند. جهت پیشگیری از بروز سنگ‌های ادراری، محدودیت مصرف کلسیم و انواع مواد لبنی به وی توصیه می‌شود.

۹۷- بیماری در ساعات اولیه پس از شکستگی استخوان فمور دچار شوک شده است. مهم‌ترین علت آن کاهش حجم خون (حدود ۱ لیتر در بچه‌ها و ۱/۵ لیتر در بالغین) به علت تجمع آن در بخش‌های اطراف محل شکستگی است.

۹۸- تغییر در الگوی دفع ادرار به علت سندفولی مربوط به تشخیص پرستاری (ND) است.

۹۹- آموزش ماساژ ناحیه استامپ به بیمار به منظور کاهش تندرns و افزایش جریان خون عروق انجام می‌شود.

۱۰۰- مراقبت قبل از عمل پین‌گذاری هیپ در بیمار شکستگی ایتروکانتر هیپ راست، شامل بی‌حرکت کردن پا در تراکشن می‌باشد.

۱۰۱- به دنبال بی‌حرکتی، فرایندهای آنابولیکی یا ساختن و تولید مثل سلول‌های بدن کاهش و فرایندهای کاتابولیکی افزایش می‌یابد.

- ۱۰۲- ادم گوده گذار، هیپوآلبومینمی و هیپرکلسترولمی تظاهرات بالینی بیماری سندرم نفروتیک است.
- ۱۰۳- مهمترین عارضه پس از عمل جراحی روی استخوان‌های بلند اندام تحتانی، خونریزی و شوک است.
- ۱۰۴- تشخیص پرستاری عبارتست از: بیان شکلی که در اثر یک فرآیند مداخله‌ای یا پاتولوژیک ایجاد شده باشد.
- ۱۰۵- از نظر پرستاری، رژیم غذایی بیماران مبتلا به گلومرولونفریت مری، محدودیت نمک و پر پروتئین است.
- ۱۰۶- مواجهه با استرس موجب تحریک سمپاتیک و ترشح اپی نفرین می‌شود.
- ۱۰۷- به دنبال شکستگی اندام از نقطه نظر پرستاری استفاده از کمپرس سرد در ۲۴ ساعت اول بطور متناوب باعث کاهش ادم و التهاب می‌گردد.
- ۱۰۸- از نقطه نظر پرستاری، مناسب‌ترین Position بعد از عمل جراحی تعویض مفصل ران، Supine و پا حالت Abduction است.
- ۱۰۹- نرمی استخوان به دلیل معدنی نشدن کافی آن به حالت Osteomalasia اطلاق می‌شود.
- ۱۱۰- مقدار قند خون دریافتی توسط انفوزیون سرد دکستروز پنج درصد (با حجم پانصد میلی‌لیتر) ۲۵ گرم می‌باشد.
- ۱۱۱- رضایت نامه عمل جراحی، باید آگاهانه بدون اجبار در فرمی که عوارض در آن ذکر شده امضا شود.
- ۱۱۲- بهترین توصیه مراقبتی برای پیشگیری از تشکیل سنگ‌های ادراری، مصرف منظم و زیاد آب و مایعات است.

نکات کلیدی

فصل پنجم

فصل پنجم

- ۱- تنگی نفس همراه با خس خس در بازدم از ویژگی های بیماری های مزمن انسدادی ریه می باشد.
- ۲- شایع ترین عوارض فارنژیت حاد عبارتند از: التهاب گوش میانی، تب رماتیسم و نفريت.
- ۳- واکنش التهابی یکی از اجزای مهم و اصلی دستگاه ایمنی غیر اختصاصی یا طبیعی است.
- ۴- وظیفه مهم پرستار بعد از برونکوسکوپي، کنترل فشار خون، نبض و درجه حرارت جهت جلوگیری از خونریزی می باشد.
- ۵- IgD به افتراق لنفوسیت های B کمک می کند.
- ۶- آنتی ژن ویروس بیش از آنتی ژن های باکتریال باعث به وجود آمدن پاسخ سلولی می شود.
- ۷- مصونیت ها به دو دسته طبیعی و اکتسابی تقسیم می شوند.
- ۸- مصونیت طبیعی شامل مصونیت کامل (فقط مخصوص حیوانات) و نسبی (بستگی به نژاد دارد) است.
- ۹- IgA به شیر مادر وارد و از شیرخوار حفاظت می کند.
- ۱۰- IgA ترشحی جزء اصلی IgA است.
- ۱۱- استافیلوکوک، میکروارگانیزم غالب در ایجاد بیماری پنومونی حاد ریوی است.
- ۱۲- انجام توراستنز (Thoracentesis) در آمپیم به منزله پاسچرال درناژ در برونشکتازی است.
- ۱۳- مهمترین اساس واکنش ایمنی، شناسایی است.
- ۱۴- مصونیت اکتسابی به دو دسته فعال و غیرفعال تقسیم شده که هر کدام از دو بخش طبیعی و مصنوعی تشکیل یافته اند.
- ۱۵- IgG نقش اصلی در عفونت هایی که توسط خون انتقال می یابند را دارد.
- ۱۶- تشخیص سل فعال ریوی مبنی بر کشت خلط مثبت است.
- ۱۷- تجویز اکسیژن با غلظت های بالا در بیماران مبتلا به آمفیزم منجر به ایجاد ایست تنفسی می شود.
- ۱۸- اساس مکانیسم های دفاع طبیعی تقریباً توانایی تشخیص خود از بیگانه است.
- ۱۹- IgM اولین ایمونوگلوبین است که در پاسخ به عفونت های باکتریال و ویروس تولید می شود.
- ۲۰- بعد از عمل جراحی قفسه سینه به دلیل تسهیل سرفه عمیق برای خروج ترشحات برونش اهمیت دارد که مسکن تجویز شده به بیمار داده شود.
- ۲۱- اولین علامت مهم در سرطان حنجره، گرفتگی مزمن صدا است.
- ۲۲- اگر سلول مورد تهاجم سیستم کمپلمان واقعاً بیگانه باشد (استرپتوکوک- استافیلوکوک) واکنش کمپلمان معمولاً حالت درمانی داشته و می تواند جان بیمار را حفظ کند.
- ۲۳- عقده های لنفاوی و لنفوسیت ها اساس دستگاه ایمنی بدن را تشکیل می دهند.

۲۴- در ارزیابی بیماری که به علت مسمومیت با نارکوتیکها دچار ایست تنفسی شده، مهمترین اقدام استفاده از نالورفین است.

۲۵- عمل آگلوتیناسیون باعث تسهیل عمل بیگانه‌خواری شده و به پاک شدن سریع بدن از ارگانسم مهاجم کمک می‌کند.

۲۶- بیماری ناشی از دستگاه ایمنی شامل حساسیت مفرط نوع I و واکنش سیتوتوکسیک، واکنش با رابطه کمپلکس ایمنی و حساسیت مفرط تأخیری است.

۲۷- فعال شدن سیستم کمپلمان به دو شکل کلاسیک و آلترناتیو می‌باشد.

۲۸- اساسی‌ترین علت آمفیزم ریوی، کشیدن سیگار است.

۲۹- در تجویز اکسیژن به بیمار مبتلا به C.O.P.D (انسداد مزمن ریوی) تنظیم میزان اکسیژن حدود ۱ الی ۲ لیتر در دقیقه حتماً باید رعایت شود.

۳۰- نقص ایمنی ثانوی از اولیه شایع‌تر است و سندرم نقص ایمنی اکتسابی نمونه‌ای از آن می‌باشد.

۳۱- مصونیت عبارتست از: پاسخ و واکنش اختصاصی بدن به عامل بیگانه یا ارگانسم خارجی.

۳۲- مؤثرترین پاسخ‌های ایمنی شناختی زمانی به وجود می‌آیند که آنتی ژن و آنتی‌بادی کاملاً با یکدیگر جفت شوند.

۳۳- هدف اصلی از برقراری وضعیت نشسته در بیمارانی که مشکل تنفسی دارند، خروج آسانتر ترشحات می‌باشد.

۳۴- پس از لارنگوسکوپی بیمار تا برگشت کامل رفلکس بلع، مجاز به خوردن چیزی نیست (به دلیل وجود احتمال بروز آسپیراسیون بیمار باید NPO باشد).

۳۵- پاسخ ایمنی دارای ۴ مرحله زیر است:

الف) تشخیص و شناسایی

ب) تکثیر

ج) واکنش یا پاسخ

د) مرحله اجرا

۳۶- عدم توانایی ریه در دفع CO_2 به‌طور طبیعی منجر به نارسایی حاد تنفسی پس از C.O.P.D می‌شود.

۳۷- شایع‌ترین عارضهٔ پرفیوژن محلول قندی از طریق وریدهای محیطی، ترومبوز است.

۳۸- هدف از تشویق بیمار به مصرف مایعات بعد از جراحی قفسه صدری، تسهیل خروج ترشحات مخاطی است.

۳۹- شایع‌ترین عارضه‌ای که باعث ابتلا لایه اندوتلیال رگهای خونی و لنفاوی می‌شود، سارکوم کاپوزی است.

۴۰- شایع‌ترین شکل آلرژی تنفسی به شکل تب یونجه یا رنیت آلرژیک مزمن یا پولینوزیس مشخص می‌گردد.

۴۱- عطسه مشخص‌ترین علامت در تب یونجه است (معمولاً به شکل حملات سریع ۲۰-۱۰ عطسه پشت سرهم ایجاد می‌شود).

۴۲- Thelper در افتراق سلول‌های T تضعیف‌کننده و tkiller دخالت دارد.

۴۳- اولین عارضهٔ اپی نفرین هیدروکلراید (آدرنالین) در بیماری که دچار حملات آسم است، بروز سردرد می‌باشد.

۴۴- مقدار مایع پیشنهادی برای بیماری که بازده ادراری ندارد (همودیالیزی)، برای ۲۴ ساعت در حد رفع تشنگی و رضایت بیمار می‌باشد.

- ۴۵- شایع ترین بیماری اتوپیک، التهاب آلرژیک بینی و ملتحمه است.
- ۴۶- شایع ترین عفونت فرصت طلب در مبتلایان به ایدز، پنومونی پنوموسیستیس کارینی می باشد.
- ۴۷- مهترین تدبیر پرستاری در ادم حاد ریه، قرار دادن لوله تراشه و ساکشن برای بیمار است.
- ۴۸- مکانیسم طبیعی شامل موانع فیزیکی، موانع شیمیایی و گویچه های سفید خون است.
- ۴۹- اولین نشانه و ویروسی عفونت HIV در زنان کاندیدیازیس مداوم و عودکننده مهلی می باشد.
- ۵۰- اپی نفرین و آمینوفیلین از داروهای انتخابی در درمان بیماری آسم می باشند. اپی نفرین میزان حساسیت و آلرژی که در آسم شایع است را کاهش می دهد و آمینوفیلین به اشباع برونش ها کمک می نماید.
- ۵۱- هنگام حمله آسم برونشیا، ترشحات برونش به شکل غلیظ و چسبنده بوده و با ترشحات طبیعی مجاری تنفسی متفاوت است.
- ۵۲- اقدام سریع پرستاری در مورد بیماری که پس از جراحی پنومونکتومی دچار عارضه «مدیاستیال شیفت» شده است، درناژ وضعیتی است که به تخلیه ترشحات کمک خواهد نمود.
- ۵۳- چنانچه فردی با سابقه C.O.P.D به دلیل سرماخوردگی، تنگی نفس و خواب آلودگی در بخش بستری گردیده باشد، در قفسه سینه این بیمار صدای هیپرسونوریتیه شنیده می شود.
- ۵۴- اولین علامت بیماری سرم، پیدایش واکنش التهابی است که ۱۰-۶ روز بعد از تجویز دارو در محل تزریق پیدا می شود.
- ۵۵- درماتیت تماسی فاقد علائم عمومی است.
- ۵۶- بالاترین غلظت ویروسی HIV در خون و CSF وجود دارد.
- ۵۷- نقش درمانی اینترفرون در تومورها و سندرم نقص ایمنی می باشد.
- ۵۸- الگوی تنفس طبیعی به طور کلی شامل دم طولانی و بازدم کوتاه است.
- ۵۹- سورفکتانت ریه سبب تغییر فشار سطحی با تغییراتی در حجم آلوئولی می گردد.
- ۶۰- کهیر حاد در کمتر از ۶w درمان می شود ولی کهیر مزمن بین ماه ۲-۶ طول می کشد.
- ۶۱- بیماری بعد از استراحت طولانی با خروج از تخت دچار درد قفسه سینه و تنگی نفس می شود. اولین اقدام پرستار، باید خواباندن بیمار در تخت و تجویز اکسیژن باشد.
- ۶۲- به دلیل عود رتیت ناشی از سیتومگالوویروس، بیمار مبتلا به ایدز مجبور است تا آخر عمر از آسیکلوویر استفاده کند.
- ۶۳- خطرناک ترین بیماری اتوپیک، آنافیلاکسی است.
- ۶۴- مهم ترین علت برای قرار دادن بیمار با مشکل تنفسی به وضعیت نشسته، کاستن فعالیت قلب است.
- ۶۵- علائم پنومونی عبارتند از: تب و لرز، بی اشتها، درد عضلانی، ترشحات غلیظ فراوان و بوی بد ریه
- ۶۶- در بیماران مبتلا به C.O.P.D محرک مرکز تنفسی، افزایش CO_۲ است.
- ۶۷- راشهای حاصله از داروهای برم و ید ماحصل واکنش دارویی حتی با قطع دارو ناپدید نمی شوند.

۶۸- بیماری‌های ناشی از نقص ایمنی اولیه عبارتند از: بیماری گرانولومای مزمن، هیپوگاما گلوبینمی، سندرم دی جورج و سندرم ویسکات- آلد ریچ.

۶۹- جهت جلوگیری از آمبولی ریه پس از اعمال جراحی قفسه سینه و شکم، تجویز دوز کم هپارین به صورت وریدی از ضروری‌ترین مراقبت‌های پرستاری محسوب می‌شود.

۷۰- آسیب بدنی ناحیه مدولای اوبلانگیتا باعث اشکال در کنترل تنفس غیر ارادی می‌گردد.

۷۱- در بیمارانی که دچار سوختگی شدید هستند در ۲۴ ساعت اول جهت جلوگیری از شوک، محلول N/S بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۷۲- خارش و تحریک‌پذیری شدید پوست از ثابت‌ترین خصوصیات درماتیت آتوپیک است.

۷۳- درماتیت آتوپیک اغلب با اختلالات آتوپیک مثل آسم و ریت آلرژیک همراه می‌باشد.

۷۴- مهمترین اقدام پرستاری بعد از عمل جراحی بر روی حنجره، باز نگه داشتن راه هوایی بیمار (A-B-C) است.

۷۵- در مرحله ابتدایی شوک برای جبران وضعیت موجود کلیوی واکنش‌هایی در بدن پدید می‌آید که از آنها می‌توان هایپرونتیلیسیون به مقدار دو برابر مواقع عادی را نام برد. هدف عمده این مکانیسم، افزایش PO_2 اندامها است.

۷۶- خطرناک‌ترین شکل آنژیوادم ارثی، ادم حاد حنجره است که منجر به مرگ می‌شود.

۷۷- ناحیه‌ای از بدن که صفحه دستگاه الکترودکوتر در آن قرار می‌گیرد، باید بی‌مو و عضلانی باشد.

۷۸- بخش Fc آنتی‌بادی امکان شرکت آن را در کمپلمان فراهم می‌سازد.

۷۹- هنگام درناژ، دهان‌شویه جهت پاک کردن مجاری از ترشحات، مهمترین اقدام پرستاری است.

۸۰- ویروس ایدز در برابر اشعه گاما و ماوراء بنفش بسیار مقاوم است.

۸۱- در $C.O.P.D$ ، استفاده از اکسیژن با فشار و درصد بالا خطرناک می‌باشد.

۸۲- به منظور پیشگیری از تجمع ترشحات غلیظ در ریه‌ها و برقراری تبادلات گازی روزانه ۲-۳ لیتر مایع داده می‌شود. بیش از این مقدار، احتمال بروز ادم ریه را افزایش خواهد داد.

۸۳- چنانچه بیماری با حالت **Drowsy** افزایش نبض و تنفس به علت «پنوموتوراکس خود بخودی» در بیمارستان بستری شود، پرستار بروز هایپرکاپنه را در بیمار پیش‌بینی می‌نماید.

۸۴- در سوختگی درجه دوم (II) لایه درم که بسیار دردناک است، آسیب دیده است.

۸۵- علت پیدایش هیپرکالمی بعد از سوختگی، خارج شدن پتاسیم از سلول‌های آسیب‌دیده و ورود آن به جریان خون است.

۸۶- رژیم غذایی بیمار سوختگی بایستی شامل مواد پر پروتئین، توأم با مواد معدنی باشد.

۸۷- فنل که جهت ضد عفونی کردن وسایل اتاق عمل بکار می‌رود، چنانچه با پوست تماس پیدا کند، موجب نکروز می‌شود.

۸۸- حداقل مدت زمان تزریق داده‌های قبل از بیهوشی تا زمان شروع عمل ۶۰ دقیقه است.

- ۸۹- مهمترین وظیفه پرستار ریکاوری در قبال بیمار بعد از انجام بیحسی نخاعی، بررسی علائم حیاتی خصوصاً فشار خون است.
- ۹۰- برای استریل کردن وسایل پلاستیکی و ابزارهای ظریف جراحی، استفاده از گاز اتیلن اکساید، مناسبترین روش می باشد.
- ۹۱- آزمایش Patch در تعیین مواردی که بیمار نسبت به آنها آلرژی نشان می دهد، انجام می گیرد.
- ۹۲- زرد زخم (impetigo) جزء بیماری های عفونی باکتریال می باشد.
- ۹۳- تجمع کوچک مایع در زیر پوست را وزیکول می نامند.
- ۹۴- عروق خونی، لنف و اعصاب حسی در لایه درم (جلد) پوست قرار دارند.
- ۹۵- در بیماری های عفونی پوست، عامل ایجاد کننده بیماری، زرد زخم به علت استرپتوکوک است.
- ۹۶- مهمترین اقدام پرستار در بیماران پمفیگوس (pemphigus)، رژیم غذایی پر ویتامین و پر پروتئین و پیشگیری از عفونت می باشد.
- ۹۷- آلرژی های استنشاقی، شایع ترین علت کهیر می باشد.
- ۹۸- تزریق تتابولین بعد از ایجاد زخم، ایمونوگلوبین بدن و ایمنی غیرفعال مصنوعی را ایجاد می کند.
- ۹۹- ویروس ایدز (AIDS) با اثرگذاری و تخریب لنفوسیت T موجب تهدید حساسیت بیماران می گردد.
- ۱۰۰- مهمترین و مؤثرترین راه مبارزه با بیماری ایدز (AIDS) آموزش و کنترل تزریقات است.
- ۱۰۱- اهمیت آموزش سرفه و تنفس عمیق قبل از انجام جراحی لوبکتومی ریوی، آلئولها را منبسط، سورفکتانت را تحریک و سطح تبادل گازی در ریه را افزایش می دهد.
- ۱۰۲- در بیماران مبتلا به ضایعات انسداد مزمن ریه (COPD)، اسیدوز تنفسی محتمل تر است.
- ۱۰۳- در مبتلایان به ضایعات آستمی، صداهای ویزینگ (WHEEZING) به هنگام بازدم شنیده می شود.
- ۱۰۴- آپنه حین خواب به معنای ایست تنفسی با مدت زمان بیشتر از ده ثانیه می باشد.
- ۱۰۵- داروی پروبنسید (PROBENCEID) در بیمار مبتلا به نقرس، بازجذب اورات در کلیه ها را بلوک می کند.
- ۱۰۶- مهمترین هدف از حمایت تغذیه ای در بیماران سوختگی، کمک به ایجاد وضعیت تعادل مثبت ازت است.
- ۱۰۷- اختلال در تکثیر سلولهای اپیدرم در بیماری پسوریازیس وجود دارد. این بیماری، یک بیماری غیرعفونی، التهابی و مزمن پوست است که سلولهای اپیدرمال ۶ الی ۹ برابر حد طبیعی تولید می شوند.
- ۱۰۸- از نقطه نظر پرستاری در مرحله احیاء مایع (جبران مایع) در سوختگی های وسیع به هیپرکالمی و احتباس مایع و نارسایی قلب باید توجه گردد.
- ۱۰۹- از نقطه نظر پرستاری پوزیشن نشسته (SITTING)، برای بیماری که دچار ادم حاد ریه می باشد، جهت کاهش ادم از طریق جریان مایع به سمت انتهایی، مناسب تر است.
- ۱۱۰- از نقطه نظر مراقبتی به منظور پیشگیری از موکوویسیدوزیس (غلیظ شدن ترشحات ریوی) اقدامات زیر باید صورت گیرد:

ب) تحریک فیزیکی کافی

ج) سرفه و تنفس مؤثر

۱۱۱- تزریق متابولین پس از ایجاد زخم به منظور برقراری مصونیت غیرفعال مصنوعی انجام می‌شود.

۱۱۲- مهمترین راه‌های انتقال HIV، تماس جنسی و خون است.

۱۱۳- بروز غیرمعمول بیماری یا رفتار ویژه یا حادثه خاص در یک منطقه به‌طور همزمان و آشکار بیشتر از حد پیش‌بینی شده و قابل انتظار را اپیدمی (EPIDEMIC) می‌گویند.

۱۱۴- تست‌های FTR، RPR برای تشخیص بیماری سیفلیس بکار می‌رود.

۱۱۵- مخزن اصلی سالمونلاتیفی، انسان است.

۱۱۶- تعیین اهداف کوتاه‌مدت در مرحله PLANNING فرآیند پرستاری وجود دارد.

۱۱۷- PALLIATIVE SURGERY یک نوع عمل جراحی برای ترمیم و زیبایی است.

۱۱۸- برای تغذیه کامل وریدی (TPN) بیشتر از محلول دکستروز هیپرتونیک و آمینواسید استفاده می‌شود.

۱۱۹- آموزش به بیمار مبتلا به ضایعه انسدادی مزمن ریه، مبنی بر انجام تنفس لب غنچه‌ای، به منظور تقویت عضله دیاگرام و بین دنده‌ای صورت می‌گیرد.

۱۲۰- به‌منظور انفوزیون مایع ایزوتونیک تأمین مایعات در بیماران دچار سوختگی، از کلرورسدیم ۰/۹ درصد استفاده می‌گردد.

۱۲۱- مهمترین و مناسب‌ترین توصیه مراقبتی برای بیمار مبتلا به بیمار منتقله جنسی (STD)، درمان همزمان و کامل بیمار و همسر او و اجتناب از تماس جنسی است.

۱۲۲- آنمی فقر آهن، کاهش فریتین سرم است.

۱۲۳- به منظور پیشگیری از تورم لنفاوی دست پس از درمان سرطان پستان، باید ورزش منظم انجام پذیرد.

۱۲۴- در بیمار مبتلا به آدیسون، پیگماتاسیون عمقی به دلیل آزاد نشدن هورمون آدرنوکورتیکوتروپین به همراه هیدرولیز نشدن لیپوپروتئین بتا می‌باشد.

۱۲۵- از نقطه نظر پرستاری، مناسب‌ترین توصیه برای بیماری که دچار عفونت مزمن قارچی در اندام‌هاست، شستشو و دبرید ضایعه و آفتاب گرفتن منظم می‌باشد.

۱۲۶- از نقطه نظر پرستاری، برای جبران مایعات تلف شده در سوختگی‌های وسیع، مناسب‌ترین محلول نرمال سالین هیپرتونیک بوده و پرستار در این مدت باید مراقبت شوک و هیپرکالمی باشد.

۱۲۷- در الگوی تنفسی Hyperventilation، توصیه دمیدن در فضای بسته (کیسه پلاستیکی) مفید می‌باشد.

۱۲۸- شنیدن صدای تنفس خس‌خس (Wheezing) اصولاً ناشی از احتمال بروز تنگی برونش و راه‌های هوایی می‌باشد.

۱۲۹- به منظور انفوزیون پنج میکروگرم نیتروگلیسیرین (پنج میلی گرم از دارو در ۱۰۰ میلی لیتر میکروست)، پانزده قطره میکروست تنظیم می‌شود.

۱۳۰- به‌منظور استفاده از اکسیژن به مقدار ۴۰ درصد از طریق سند بینی دو لیتر در دقیقه تنظیم می‌گردد.