



Hôpitaux de Lyon



خدمات صحی نرسنگ در سرویس جراحی اعصاب

SOINS INFIRMIERS EN NEUROCHIRURGIE

M. Thérèse BARBEROT

Cadre IDE – HCL

خانم ماری ترز باربیرو

سرپرستار در سرویس جراحی اعصاب شفاخانه های ملکی لیون

Traduction assurée par le Docteur Latif Shabdiz Déliri

ترجمه دکتورشاه عبداللطیف شبدیز – دلیری

Décembre 2004



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

سفارت فرانسه در افغانستان

خدمات صحی نرسنگ در سرویس جراحی اعصاب

با در نظر داشت مهمترین وظایف حیاتی

مریضی که در سرویس جراحی اعصاب بستری میباشد، مریضی است که بدلیل داشتن نقصانات حرکتی، حسی و یا روانی، بطور کم و بیش طویل المدت و شاید هم بطور دائم و کامل، وابسته به اطرفیانش بوده و نیاز مند به کمک دیگران است.

دوران و مراجعه مریضان در واحد های جراحی بیشتر از پیش و هرچه سریعتر گردیده و متناسباً دوام بستری و مدت باقی ماندن مریضان در بستر تا حد امکان کوتاه مدت تر شده است.

به همین دلیل بایستی هر چه عاجل تر در خود کفایی و خود کارآرایی فیزیکی مریض مربوط به جراحی اعصاب تلاش بخرج داد.

1- **بلند کردن و حرکت دادن مریضان داخل بستر:** در صورتیکه کدام مضاد استتباب جراحی و یا طبی در رابطه با حرکت دادن و بلند ساختن مریض از بستر وجود نداشته باشد (مثلاً کسر ستون فقرات، خونریزی سحایایی و غیره...)، باید مریض را پس از عملیات، هرچه مقدم تر از بستر بلند کرده و حرکت داد: بطور عموم، در اولین روز پس از عملیات (همان فردای روز عملیات) برای کلیه مریضان عملیاتی.

2- **اگر حرکت دادن و بلند کردن مریض ممکن نباشد،** در آنصورت باید عمل حرکت دادن مریض را بطور فعال، روی بستر وی اجرا کرد: (به شکل کنیزی تراپی و ide)

- وضعیت (پوزیشن) نوبتی و جانشین شونده: به پهلو راست و یا به پهلو چپ، نظر به هدایت داکتر
- اهتمامات و قایوبی جهت جلوگیری از خطر بروز ترومبو آمبولی ها (thromboembolies): مراقبت و نظارت اطراف علوی و سفلی، شمارش و ثبت سرعت نبض و درجه حرارت (flaxiparine تحت الجلدی بر اساس هدایت و نسخه داکتر معالج)

- مبارزه علیه وضعیت ها و اجرای شیوه های نادرست و اشتباه آمیز: جلوگیری از شیخ مانده گی اطراف سفلی، از طریق حرکت دادن اطراف سفلی (+++)، تجویز تابلیت های liorésal (Baclophène - مترجم) نظر به ضرورت، مجادله علیه اکینیزم (équinisme) پا ها (شیخ مانده گی پا ها از مفصل بند پا، بطوریکه مفصل بند پا در حالت بسط ثابت، بیحرکت و شیخ باقی میماند)، با قرار دادن یک عدد بالش در زیر پا های مریض، جلوگیری از انیمای اطراف سفلی، باز هم با قرار دادن یک بالش در زیر پا های مریض، جلوگیری از کش شده گی و شیخ مانده گی انگشتان دست به شکل چنگال، با قرار دادن اسفنج سخت و یا میله رول در کف دست، جهت اجرای حرکات و تمرینات حرکتی انگشتان.

- جلوگیری از بروز اسکار، از طریق:
- توجه به حفظ الصحه بدن مریض (+++); یعنی پاک کردن جلد از آلوده گی های مواد غایبه و ادرار.

- مالش دادن نقاط تماس بدن مریض با بستر (+++)

- وقایه و جلوگیری از بروز تخریشات و قرحات یا زخم های قرنیه چشم که از اثر کم و ضعیف شدن رفلکس پلک ها در واقعات فلج صورت (فلج وجهی) بوجود می آید که در اینصورت باید:

- چشم ها همیشه باید مورد نظارت قرار گیرند تا کدام «سرخی چشم» بوجود نیامده باشد.
- چشم ها؛ یعنی اجفان مریض را با استریپ ببندید.

- از طرف روز از قطره سیروم فزیولوژیک و یا قطره vitaseptol (قطره thiomersal که یک انتی سبتیک برای انتانات سطحی چشم میباشد - مترجم) روز سه مرتبه و از طرف شب از پوماد های چشمی vitaseptol استفاده نمایید.

- اشک مصنوعی

👉 در صورت ضرورت با داکتر چشم مشوره نمایید.

◀ رول سایکولوژیک نرس:

به حرف های مریض گوش بدهید، با وی صحبت نمایید، برایش تشریحات بدهید، تشویقش کنید، آرام آرام مریض را آماده و قانع بسازید تا معیوبیت ها نقصانات جسمی اش را که برایش ایجاد شده است، ببذیرد (البته این کار با همکاری مشترک داکتر معالج، سر پرستار، پرستار مؤظف و اجرای کنیزی تراپی و IDE صورت پذیر است)

در صورتیکه نیاز باشد، از متخصصین ergothérapie یا ergothérapeutes (ارگوتراپی عبارتست از متود آموزشی به منظور اعاده مطابقت فیزیکی و اجتماعی شخص معیوب و ناتوان در اجتماع طوریکه تمرکز فکری مریض را از محور معیوبیت و مشکل پیش آمده اش منحرف میسازد - مترجم)، متخصصین orthophonie یا orthophonistes (متود آموزشی بمنظور اعاده قدرت تلفظ درست کلمات - مترجم) و متخصصین روانی یا روان شناسان (psychothérapeutes) کمک خواسته شود.

◀ تنفس مریض:

هر قدر تهویه مریض بهتر تنظیم شده باشد، به همان نسبت بهبودی مریض سریعتر صورت گرفته و اختلالات حادثه و مرض کمتر خواهد بود.

1- مراقبت های کلینیکی:

- * ریتم تنفسی (bradypnée , polypnée)
- * تلون (تغییرات رنگ جلد مریض)
- * تعرق
- * زجرت تنفسی و تنفس صدادر

2- مراقبت های پاراکلینیکی:

- * رادیو گرافی ریوی
- * تعیین گازات خون (گازومتری)
- * معاینه درجه امتزاج آکسیجن

3- تحقق سایر ژست ها و فعالیت ها:

- * کینیزی تراپی (kinésithérapie) یا فزیوتراپی تنفسی
- * تخلیه طرق تنفسی (aspiration)
- * مرطوب سازی طرق تنفسی با بخارات آب (humidification)
- * آکسیجن (از طریق ماسک)
- * وضعیت دهی های جانشین شونده و نوبتی

یادداشت: همیشه باید متوجه خطرات طرق غلط و اشتباه تطبیق دوائی و انسداد طرق تنفسی توسط مواد اجنبی باشیم ◀ پس باید در موقع تغذیه و ریهایدریشن مریض (در موقع دادن غذا و مایعات برای مریض) محتاط بوده از احتیاط کار گرفت (ممکن مریض در بلع نمودن مشکل داشته باشد - مترجم)

◀ تیوب گذاری (intubation) در نزد مریضان جراحی اعصاب:

- تطبیق سند
- تثبیت سند
- بالونک شاهد باید پُر ساخته شود.

◀ تراکیوتومی (trachéotomie):

- تطبیق کانول در مجرای شزن
- بالونک شاهد باید از هوا مملو ساخته شود.
- تثبیت کانول
- یک گاز کامپرس پاک در تحت کانول هموار گردد.
- تبدیل سیم ها در روز چهارم و یا پنجم

◀ تغذیه (غذا دادن مریض):

1- رژیم غذایی مریض:

- رژیم بدون روغن و چربی
- رژیم دیابتیک برای مریضان مصاب به شکر
- دادن جُلاب ها (laxatifs)
- رژیم بدون نمک
- و غیره انواع رژیم ها...

2- نوعیت تهیه غذا:

- رژیم یا غذا های نورمال
- رژیم کوفته یا کوبیده شده

- غذا هایی که نرم آسیاب شده باشند.
- در صورت بزور غذا دادن از طریق سند (gavage)، باید هم به نوع غذا (آیا غذا فایبر دار است، آیا غذا پُر کالوری است؟) و هم به مقدار غذایی که برای مریض داده میشود، توجه داشت.
- سند را مورد بررسی قرار دهید.
- سند غذا را با آب آبکش نمایید.

3- وضعیت دهی و استقرار مریض در زمان غذا گرفتن (با و یا بدون کمک شخص):

اینکار بدوش IDE (پرستار صاحب دیپلوم در رشته اختصاصی خودش) و یا بر عهده ASD (کارگر یا کارکن صحنه) میباشد. (مراجعه شود به توصیه هایی که در کلاسور تغذیوی درج میباشد) = به هر حال باید مریض باید در موقع غذا خوردن طوری وضعیت بگیرد که قادر باشد تا بطور درست غذایش را یا بکمک خود و یا به کمک دیگران، صرف نماید.

4- هیدریشن (Hydratation) یا دادن مایعات برای مریض:

این موضوع بسیار با اهمیت است : (++++) و بنا بر آن:

- مقدار غذای در نظر گرفته شده 24 ساعته برای مریض باید کنترل گردد (1.5 الی 2 لیتر مایع در 24 ساعت) و این مقدار در صورت بلند رفتن یا بلند بودن درجه حرارت باید افزایش داده شود.
- اشتهای مریض باید تحریک ساخته شده و میل وی به غذا برانگیخته گردد (با دادن آب سرد، آب میوه و ...)
- در صورت ضرورت یک فیش اخذ مایعات تهیه شده و در آن مقدار دهانه مایعات اخذ شده و اطراح شده در روز (Input و Output) باید درج گردد. البته این کار وظیفه نرس مربوطه و کارکن صحنه میباشد.
- از اثرات این مایعات دهی باید با چک علائم کلینیکی ذیل نظارت و مراقبت به عمل آید: در صورت پُر آبی و اذیما: علامت انگشت و در صورت کم آبی یا دیهایدریشن (dehydration)، تورگور یا الاستیسیته جلدی مورد بررسی قرار گیرد.
- معاینات بیولوژیک یا لابراتواری: معاینات ادرار و آیونوگرام (سودیوم و پتاسیوم) خون؛
- اجرای پرفیوژن بر اساس تجویز و توصیه داکتر
- ریتم اجرای پرفیوژن باید تنظیم گردد (تنظیم سرعت قطرات و مقدار مایع پرفیوژن - مترجم)
- حفظ الصحه تطبیق پرفیوژن مراعات شود (ضد عفونی سازی جلد محل پرفیوژن و cathlon)

◀ اطراح بولی و هضمی :

1- اطراح ادرار:

- دیورز 24 ساعته مریض و یا در صورت ضرورت دیورز مریض در رأس هر ساعت مورد مراقبت قرار داشته باشد.
- استفاده از سند تخلیه و SAD (سند مثانه) در صورت دریافت حالت پری مثانه و احتباس مثانه (با جس نمودن قسمت سفلی بطن)
- استفاده از ادویه توسع دهنده او عیه محیطی بر اساس نسخه داکتر، به منظور کمک به مریض.
- ارزیابی رنگ و بوی ادرار
- در نظر گیری اساسات حفظ الصحوی پروتوکول تطبیق سند مثانه.
- مراعات شرایط اسپسی +++
- تنظیم مقدار و دهانه مایعات ورودی و خروجی (از طریق استفاده از نتیجه معاینات لابراتواری آیونوگرام خون و معاینه ادرار مریض)

2- اطراح مواد غایبه:

- دفعات، کوالیتی و کوانتیتی یا مقدار مواد غایبه باید نظارت گردد.
- در صورت ضرورت یک فیش ترانزیت باید تهیه گردد (مثلاً" در واقعات پاراپلیژی و تتراپلیژی)
- اخراج گاز باید مورد نظارت باشد.
- یادداشت: باید بخاطر داشت که ترانزیت معایی مریضان داخل بستر و مریضانی که با کورار ها انسینزی گرفته اند، تنقیص می یابد.
- تحریک ترانزیت معایی مریض با دادن غذا ها و رژیم نرم کننده مواد غایبه و یا اسهال آور (سبزیجات، آب)
- تجویز دوا های مسهل از قبیل (Importal) Importal - lactitol) در پاکت های 5 گرامه و 2.5 گرمه برای اطفال کوچک - مترجم) و Sorbitol روزانه 3 مرتبه و یا محلول Duphalac 66.5% (محلول خوراکی لاکتولوز - مترجم) روزانه 3 بار و یا Lansoyl (پارافین مایع - مترجم) و غیره که بر اساس توصیه داکتر باید تطبیق گردند.
- نوشانیدن مایعات برای مریض +++
- اجرای ماساژ بطن مریض

• اجرای توشه رکتال (toucher rectal) جهت تخلیه فیکالوم ها (fécalomes) (با دست تخلیه کردن کتلات سخت شده مواد غایطه در آمپول رکتوم) و یا شست و شوی رکتوم.
یادداشت: در صورتیکه با وجود اجرای مانور های فوق طبی و رژیم، باز هم قبضیت دوام نماید، در آنصورت باید جراح را در جریان قرار دهید. توصیه رادیوگرافی بطن و یا اجرای اکوگرافی (معاینه تلویزیونی بطن) و مشاورت های داکتر جهاز هضمی هم مد نظر باشند.

• در صورتی که بر عکس، اسهال وجود داشته باشد، باید معاینه مواد غایطه اجرا شده و هم میتوان از Imodium 2mg (لوپیرامید - loperamide 2mg - مترجم) روزانه 6 تابلت (2x2x2) و یا از ultra-levure (ساکارومایس ها - sacharomyces boulardii - مترجم) و رژیم بدون فایبر یعنی بدون لیف کار گرفت.

◀ مراقبت های جهاز قلبی - وعایی:

چک نبض و فشار خون مریض، لا اقل روزانه دوبار و یا در هر بار وارد شدن به اتاق مریضان عملیات شده (هر سه ساعت بعد یکبار)

- تأمین حالت دورانی مریض: بلند کردن اطراف توسط یک بالش، به منظور جلوگیری از ادیمای اطراف؛
- در موقع بستن مریضان تهیجی به بستر، باید دقت به خرج داد تا این بسته کردن باعث خفه شدن و اختناق وی نگردد؛
- ریسک های ترومبولیبت را باید در نظر داشت و به همین منظور باید سرعت نبض و درجه حرارت بدن مریض را چک نمود (در صورت بروز ترومبولیبت ها تناسب سرعت نبض و درجه حرارت بدن مریض برهم میخورد؛ بطور مثال: نبض 120 بار فی دقیقه و درجه حرارت بدن 37° درجه سانتی گرید و ضمناً در محل بروز ترومبولیبت پندیده گی، احمرار و سرخی و حرارت به وجود می آید که باید چک شود.
- از ریت یا سرعت نبض (تکیکاردی و یا برادیکاردی) و ریت یا نظم نبض (اریتمی ها) معلومات حاصل نمایید.

➡ **در صورت ضرورت، اجرای گراف قلبی (ECG) و یا تحت SCOPE قرار دادن مریض شاید ضرورت باشد که باید داکتر را در جریان بگذارید.**

◀ خطر انتانات:

ریسک انتانات در سرویس جراحی اعصاب به دلیل اجرای بذل قطنی و کار گذاری وسایل، از قبیل تثبیت ستون فقرات، شنت گذاری در واقعات هایدر و سیفالی (hydrocéphalie) بمراتب بیشتر از سایر سرویس های جراحی میباشد.

- در صورت بروز انتانات شفاخانه ای: بستر گیری به دلایل ذیل قیمت تر تمام میشود.

⬅ مصرف وسایل به دلیل تبدیلی زود بزود آن ها بالا تر میرود.

⬅ استفاده از انتی بیوتیک ها مصرف را افزایش میدهد.

- خطر مصابیت مریض به مشکلات روانی افزایش می یابد.
- خطر ایجاد و بروز سیکل ها و معیوبیت ها یا بقایای پتالوژیک افزایش کسب میکند.
- پای خطر مرگ مریض هم بمیان می آید.

اهتمامات:

1- مراقبت از کلیه راه ها و طرق ورود انتان:

- Cathlon از طریق و راه مرکزی
- پانسمان های منظم
- گذاشتن درن ها
- طرق بولی: تطبیق سند مثانه؟
- تطبیق سند قصبی به منظور اخراج افرازات قصبی
- جروحات مختلفه (اسکار ها)
- سیکاتریس های جراحی

2- مراقبت از درجه حرارت مریض:

3- مراعات شرایط اسپسی +++، بر حسب پروتوکول حفظ الصحو

- شستن دست ها +++
- پاک بودن چین

یادداشت: در صورتیکه درجه حرارت بدن بلند باشد، باید حادثه انتانی از طرق ذیل بیلانس گردد:

- هیموکلنور یا کلچر خون 3 x
- Cytutes + CBU، رادیوگرافی ریتان (رادیوگرافی صدر)

- تعیین سرعت ترسب کریوات حمرای خون و CRP، نمونه برداری یا سمپل گیری در صورتی که جریانات مختلف موجود باشد.
- اجرای بذل قطنی
- سمپل گیری از بلغم مریض
- تصمیم گیری طبی

4- مراعات امور حفظ و مراقبت اتاق ها بر حسب پروتوکول های حفظ الصّحوی

- مراعات شرایط اسپسی وسایل

5- **مراعات جدی و دقیق حفظ الصّحه شخصی مریض :** دوش و حمام دادن مریض + شامپو کاری یا صابون زدن وی، قبل از اجرای عملیات جراحی و بعد از عملیه جراحی؛

6- **در صورت انتان :** تطبیق انتی بیوتیک ها براساس نتیجه انتی بیوگرام، بر حسب توصیه داکتر معالج.

◀ **مراقبت های نورولوژیک:**

مراقبت های نورولوژیک باید از زمان ورود مریض آغاز گردد (اجرای بیلانسی ورودی مریض ، کنترل سیر تحولی و مقایسه آن). این کار باید همه روزه یکبار ، الی ختم دوره بستر مریض صورت گیرد.

1- **مراقبت از حالت و وضعیت ستون فقرات مریض:**

- **نقصان حرکی:** حرکات و فعالیت های عضلات بسط دهنده و قیض دهنده اطراف سفلی ، باید از طریق بسط و قیض دادن های پاسیف پا ها بطور منظم، حفظ و نگهداری گردند. موجودیت و یا بروز یک کاهش در قوت و حرکات اطراف علوی با تقاضای فشردن دست از طرف مریض (به اصطلاح قول دادن) مشخص شده میتواند (از مریض بخواهید تا دست تان را با قوت بفشارد).
- یاد داشت: باید سویه و محل توضع آفت را بکوشید تعیین نمایید.

- **نواقص و کمبود حسی:** جستجوی احساس مور مور شدن، سوزنک زدن، کرختی و تقریط حسیت (hypo sensibilité) و فرط حسیت (hypersensibilité) ، مشخص کردن حسیت سرما، گرما و درد، توپوگرافی بدنی مریض (از مریض که چشمانش بسته است، بپرسید که مثلاً " آیا سمت موقعیت انگشت شست وی به طرف بالا است و یا به طرف پایین، و یا مثلاً " جلد مریض را با یک شی و یا با انگشت تنبیه نماید، چندک بگیرید و یا لمس کنید و بعد از وی بپرسید که این تنبیه یک تنبیه کند بوده است و یا یک تنبیه تخریشی و تیز، سرد بوده است و یا گرم؟ و غیره - مترجم)

- **تشوشات معصروی (عدم اقتدار معصره ها) :**

- عدم اقتدار معصره های مقعدی و مثانی
- وجود مشکلات در جریان یافتن ادرار
- مثانه (تطبیق سند مثانی و یا سند تخلیه کننده)
- پولاکیوری (polakiurie) (به تکرار جریان یافتن ادرار) و انیوری (Anurie) (موجود نبودن ادرار)
- موجودیت اسهال و یا بر عکس قیضیت
- عدم موجودیت حسیت بولی تناسلی

2- **مراقبت از حالت و وضعیت فعالیت های دماغی مریض:**

- **نقصان حرکی :** در اینصورت کاهش قوت و قدرت حرکی عضلی در هر چهار طرف (اطراف علوی و سفلی) باید مورد ارزیابی قرار گیرد: (فشردن دست، بلند کردن بازو از طرف مریض، در برابر خودش، در حالتیکه چشم ها بسته باشند، بلند کردن زانو ها و ساق های پا از طرف مریض).

- **نقصان حسی:** جستجوی احساس مور مور شدن، سوزنک زدن، کرختی و تقریط حسیت (hypo sensibilité) و فرط حسیت (hypersensibilité) ، مشخص کردن حسیت سرما، گرما و درد، توپوگرافی بدنی مریض (از مریض که چشمانش بسته است، بپرسید که مثلاً " آیا سمت موقعیت انگشت شست وی به طرف بالا است و یا به طرف پایین، و یا مثلاً " جلد مریض را با یک شی و یا با انگشت تنبیه نماید، چندک بگیرید و یا لمس کنید و بعد از وی بپرسید که این تنبیه یک تنبیه کند بوده است و یا یک تنبیه تخریشی و تیز، سرد بوده است و یا گرم؟ و غیره - مترجم)

یادداشت: نیم کره راست دماغی نصف طرف چپ و نیم کره چپ دماغی، نصف طرف راست بدن را فرمان داده و کنترل مینماید: بنا بر آن عوارض نقصانی بوجود آمده همیشه شکل معکوس و تقاطعی دارد. مرکز تکلم در نیم کره چپ دماغی واقع بوده و بنا بر آن تشوشات تکلمی؛ یعنی افزای افادوی (مرکز تکلم بروکا- Broca) و افزای ادراکی (مرکز تکلم ورنیکه- Wernicke) از اثر آفات نیم کره چپ دماغی به میان می آیند - مترجم

این قانون در نزد اشخاص چپ دست صدق نمیکند. بدین معنی که در نزد اشخاص چپ دست حقیقی، مرکز تکلم در نیم کره راست دماغی وی قرار دارد.

بررسی حالت شعوری مریض:

- تعیین اسکور گلاسگو
- عکس العمل در برابر تنبهاات، سر و صدا و درد
- جهت یابی:
- جهت یابی زمانی: (مثلاً) از مریض بپرسید که تاریخ چند است؟ در کدام سال قرار داریم؟ کدام روز هفته است؟ ساعت چند است؟
- جهت یابی فضایی یا مکانی: (مثلاً) از مریض بپرسید که در کجا قرار دارد؟ در شفاخانه است و یا در خانه؟ در کدام شفاخانه است؟
- اطاعت از اوامر:
- اطاعت از اوامر ساده: (مثلاً) از مریض بخواهید تا چشمانش را ببندد و یا باز نماید)
- اطاعت از اوامر مغلق تر: (مثلاً) از مریض بخواهید تا تا شست دست چپش را نشان بدهد)
- بررسی تشوشات معصروی: در اینجا عین مواردیکه در بخش ستون فقرات ذکر شدند، بررسی گردند.

• بررسی حالت حدقه ها:

- 1- اندازه حدقه ها: نورمال است؟ مریض میوز (myosis) دارد؟ میدریاز (mydriase) دارد؟
 - 2- عکس العمل حدقه ها در برابر نور: همراه با یک چراغ دستی.
 - 3- مساوی بودن هر دو حدقه و یا عدم تساوی آن ها.
- در صورت موجودیت میدریاز (توسع غير نورمال حدقه) و حدقه های غیر عکس العملی، یک علامت خطر محسوب میگردد = مأوؤفیت دماغی (مثلاً: اذیمای دماغی، هیموراژی و یا موجودیت فشار از اثر کتله ها)
- در اینصورت جراح را در جریان بگذارید = اجرای سی تی اسکن
- یادداشت: بروز میدریاز یا توسع حدقه همیشه مربوط به آفت عین طرف دماغی میباشد، نه اینکه مانند اختلالات حرکی مربوط به آفت دماغی جانب مقابل باشد.
- دماغ به هیچ وجه اشغال شدن و تجاوزات اجنبی، ولو مداخلات جراحی را دوست ندارد (تومور ها، هیماتوم ها و هر آنچه که مربوط به خودش نباشد حتی مداخلات جراحی)؛ که در غیر آن احتمال بروز دو خطر عمده ذیل موجود خواهد بود:

- 1- اذیمای دماغی (چه داخلی و چه خارجی) ← مانیتول 20% از طریق وریدی، Solu-medrol 20mg, 40mg, 120mg (مینیل پردنیزولون - مترجم) از طریق وریدی و یا Tab. Medrol 4mg, 16mg, 32mg (متیل پردنیزولون - مترجم) از طریق دهن و یا Lasilix از طریق وریدی و یا دهن.
- 2- خطر حملات صرعوی یا اپی لپتیک ← تجویز دوا های انتی اپی لپتیک یا ضد صرعوی (مثلاً: Depakine 500mg (اسید والپروئیک و نمک سودیوم - مترجم) و یا Tegretol؛ روزانه یک تابلیت، همراه با Urbanyl 5 mg - 10 mg (clobazam - مترجم) بحيث یک دوز حملوی (3 تابلیت در 24 ساعت)، الی 7 روز متواتر تا اینکه سویه خونی این دوا در حد معالجوی خود برسد.
- 3- خونریزی های خلف العملیاتی (خونریزی های بعد از عملیات)

امنیت مریضان در سرویس جراحی اعصاب:

- 1- خطر سقوط مریض: مراقبت جدی از مریضان جراحی اعصاب +++:
- مریضان باید در هنگام حرکت و بیجا شدن ها تنها گذاشته نشوند.
- در بستر و یا چوکی بسته گردند.
- آرام ساخته شوند (با تجویز نسخه های آرامش بخش)
- بستر مریض با کتاره ها محفوظ و بیخطر ساخته شود.
- در صورت ضرورت اعصاب محافظتی برای شان داده شود.
- فزیوتراپی یا کینیزی تراپی توصیه گردد (++)
- برای مریض در مورد خطراتی که وی را تهدید مینمایند و همچنان در مورد نقصان هایی که به آن مواجه شده اند، معلومات داده شود.

- 2- مشکلات جهت یابی در نزد مریض و خطرات فرار از بستر:
- مراقبت جدی از مریض (++++)
- آرام ساختن مریض
- بسته نمودن مریض
- تشریحات دادن و مفاهمه نمودن با مریض

ضمیمه

دروس و سفارشات که برای پرستاران سرویس جراحی اعصاب - شفاخانه علی آباد تحقق یافتند
 دسمبر سال 2004 : خانم ترز باربیرو، سرپرستار جراحی اعصاب شفاخانه های ملکی لیون

خدمات صحی اساسی بخش جراحی اعصاب بر حسب وظایف حیاتی - مراجعه شود به دروس ترجمه شده در فوق) :
 حرکت، تنفس و اطراح مریض و غیره...

اختلالات احتمالی پس از عملیات جراحی، خونریزی، ادیما و حملات صرعوی و محلولات لازمه قابل تطبیق در همچو
 واقعات.

مراقبت های نورولوژیک مکمل، در صورت حوادث قحف و ستون فقرات

خدمات نرسنگ، در واقعات trachéotomie ها و تیوب گذاری ها (intubations) (آکسیجن، اسپایریشن ها، کینیزی تراپی ها،
 وضعیت دادن های مربوطه و غیره...)

حرکت دادن و تعلیم دادن مریضانی که روی ستون فقرات شان عملیات جراحی صورت گرفته است.

تفاهم و همکاری های تنگاتنگ نرسان با جراحان:

- شناخت راه های استکشاف تشدید عوارض عصبی یا نورولوژیک و در صورت بروز، طرز مراقبت مریض مصلب به تشدید این عوارض.
- ثابت های نبض، درجه حرارت عضویت، فشار خون، تنفس و اسکور گلاسگو را روی ورقه ای که از طرف داکتر اشرف، جراح اعصاب شهر گرونوبل فرانسه در زمان میشن شان به کابل تهیه شده است، درج نموده و آنرا خانه پری کنید. حالت نورولوژیک مریض و دواهایی را که اخذ میدارد هم یادداشت و درج نمایید.
- داشتن یک شناخت عمیق از پتولوژی مریض خویش؛ بطور مثال بلند کردن مریضان، البته با داران بودن شناخت خوب و کاملی از دوسیه طبی آنها. این موضوع میتواند با اشتراک فعال در ویزیت های صبحانه مریضان و سوال نمودن از جراح مربوطه تحقق یابد.
- صرفاً یک مجری توصیه های داکتر باشید، بطور مثال بلند کردن حرکت دادن مریضان را در صورتی اجرا نمایید که کدام مضاد استنبابی طبی در حرکت دادن مریض وجود نداشته باشد. در صورت عدم موجودیت کدام مضاد استنباب طبی، حرکت دادن مریضان را از همان فردای روز عمل اجرا بدارید تا اینکه از بروز اختلالات بستر در وضعیت استجاج ظهري بطور دوامدار، اجتناب به عمل آمده باشد (بروز ضعف و تحلیل عضلی، مشکلات تنفسی و ترومبولیبیت ها)
- از بروز و یا تشدید هر گونه نقضانات عصبی یا نیورولوژیک، سریعاً جراح را مطلع گردانید.

دروس حفظ الصحه: (بیشتر روی انتانات ثانوی داخل شفاخانه ای تأکید میدارم و این موضوع بالاخص در زمان تطبیق وسایل اوستیو سنتیز و شنت گذاری اهمیت پیدا میکند) :

- شست و شوی منظم دست ها (مراجعه شود به پروتوکول های قبلاً توزیع شده - مترجم)
- سازماندهی خدمات صحی: پاک کاری اتاق ها در ختم کار
- پاک کاری اتاق ها و وسایل کار (پاک کاری هر آنچه دست با آن در تماس میشود؛ از قبیل دستگیره های در و پنجره ها و غیره...)
- مراقبت ویژه از تمامی نقاط ورودی به جسم و خون مریض (مثلاً: در زمان کار گذاری سند های مثانی، درن ها، اجرای پانسمان ها، تطبیقات وریدی، و همچنان دست کاری سیکاتریس ها یا زخم های عملیاتی، جروحات مختلفه و غیره...)

خانم ترز باربیرو - سرپرستار دیپلمه جراحی اعصاب شفاخانه های ملکی لیون
 ترجمه دکتور شاه عبداللطیف شبدیز دلیری - معاون پروژه صحی سفارت فرانسه در افغانستان
 دسمبر 2004 - کابل
 شفاخانه علی آباد