



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارائه دهنده



نگین لارتي

کارشناس ارشد اتاق عمل

عضو هیئت علمی گروه اتاق عمل دانشکده پیراپزشکی کرمانشاه

عنوان

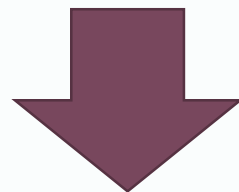
ملاحظات مربوط به پوزیشن های جراحی در اتاق عمل

اهداف

۱. تشریح اهداف پوزیشن دهی به بیمار
۲. ذکر عوامل موثر در پوزیشن دهی به بیمار
۳. بیان ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی به بیمار
۴. توضیح انواع پوزیشن های جراحی

مقدمه

پوزیشن دهی صحیح به بیمار، جهت دستیابی به نتایج موردنظر جراحی حائز اهمیت است.



پوزیشن دهی ایمن و صحیح، مستلزم شناخت آناتومی و فیزیولوژی بدن بیمار، آشنایی با وسایل و تجهیزات لازم و ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی به بیمار است.

اهداف پوزیشن دهی

۱. فراهم سازی حداکثر دید به موضع جراحی برای جراح
۲. ایجاد سهولت برای مسئول بیهوشی در پایش بیمار
۳. تسهیل در پرپ و درپ بیمار
۴. ارتقای ایمنی و حفظ حریم بیمار
۵. به حداقل رساندن خطر بروز عوارض فیزیولوژیک

برخی عوامل موثر در پوزیشن دهی بیمار

۱. نوع عمل و روش دسترسی جراح
۲. نوع بیهوشی
۳. سن
۴. قد و وزن
۵. سلامت پوست
۶. بیماری های زمینه ای (مشکلات قلبی عروقی، آرتрит، آلرژی و...)
۷. وجود شکستگی و درد در حین حرکت
۸. سطح هوشیاری اولیه بیمار

ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی

۱. نوع پوزیشن با مشورت با متخصص بیهوشی، توسط جراح انتخاب می شود اما تمامی اعضای تیم جراحی، مسئول تغییر پوزیشن اند.
۲. در صورت سقوط بیمار، باید بیمار را فوراً روی زمین خواباند و از سر او محافظت کرد.
۳. پوزیشن دهی و پرپ و درپ باید با اجازه مسئول بیهوشی انجام شود.
۴. قبل از انتقال بیمار به اتاق، از کارکرد تخت اطمینان حاصل کنید. اتصالات تخت را بسته و تست کرده و پدهای محافظ را آماده کنید.
۵. قبل از انتقال بیمار به تخت جراحی، بیمار را شناسایی نموده، ناحیه عمل را علامتگذاری و پوزیشن مورد نیاز را پیش بینی کنید.



ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی

۶. عدد مربوط به میزان تحمل وزن هر تخت، باید روی بدنه تخت جراحی ثبت شود و به آن توجه شود.

۷. وضعیت حرکتی بیمار ارزیابی شود تا در صورت امکان، خود بیمار از برانکارد به تخت اتاق عمل حرکت کند.

۸. هنگام انتقال بیمار هوشیار، دو نفر در دو طرف سطح انتقال قرار می گیرند.

۹. برای جابجایی بیماران بیهوش، چاق یا ضعیف حداقل به ۴ نفر نیاز است.

۱۰. تخت اتاق عمل و برانکارد و ویلچر حمل بیمار باید قفل و ثابت شود.

۱۱. گره های لباس بیمار باید باز باشد تا زیر بیمار گیر نکند و باعث خفگی او نشود.



ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی

۱۲. از حرکت دادن بیمار به سمت اندام درگیر با چشمان نابینا اجتناب کنید.

۱۳. سر دادن یا کشیدن بیمار می تواند به پوست یا بافت نرم او آسیب بزند.

۱۴. بمنظور ایجاد فرصت برای تنظیم وضعیت گردش خون، بیماران بیهوش به آرامی انتقال داده شوند.

۱۵. گروه بیهوشی حین انتقال بیمار سر او را حفظ می کنند. سر باید در محور خنثی نگه داشته شده و کمترین چرخش به گردن داده شود تا راه هوایی مسدود نشود.

۱۶. هیچ قسمت از بدن یا اندام بیمار نباید از تخت عمل آویزان بوده یا با سطوح فلزی و فاقد پد تخت در تماس باشد.

۱۷. برای جلوگیری از هایپوترمی و حفظ حریم بیمار، باید پوشش او حفظ شود.

ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی

۱۸. انتقال بیمار نباید منجر به جدا شدن کاتترها، آنژیوکت، لوله اکسیژن و پروب مانیتورینگ شود.

۱۹. حین پوزیشن دهی باید لوازم اندازه گیری و کیسه های درناژ در معرض دید قرار گیرند.

۲۰. بازوهای بیمار نباید روی بدن او گذاشته شود (جهت جلوگیری از اختلالات تنفسی).

۲۱. جهت جلوگیری از هایپراکستنشن اندام فوقانی یا جدا شدن آنژیوکت، استفاده از زیردستی ضروری است. سطح زیر دستی

باید دارای پوشش مناسب بوده و در راستای تشک تخت قرار گیرد.

۲۲. هنگام تغییر پوزیشن تخت، بیمار از آسیب های احتمالی در نواحی تا شونده بدن محافظت شود.

ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی

۲۳. هنگام بالابردن تخت، باید از ایجاد فشار توسط لبه های میز جراحی و مایو و اکارتورها به بدن بیمار ممانعت نمود.

۲۴. سطوح نباید هیچ فشار مستقیم و مداومی روی بدن وارد کند. فشار وارده باید متناوب باشد.

۲۵. از ژل پدها برای متعادل کردن فشار استفاده شود. شان و حوله های رول شده، فشار را در سطوح تماسی کاهش نمی دهد.

۲۶. بیمار تحت بیهوشی، تون عضلانی مناسب ندارد. باید مراقب ROM مفاصل باشیم.



ملاحظات مربوط به پوزیشن دهی

۲۷. بیماران دچار پوکی استخوان یا سایر بیماری های استخوانی، ممکن است حین پوزیشن دهی دچار شکستگی شوند.

۲۸. زمانی که بیمار روی تخت عمل دراز کشیده است، یرجستگی های استخوانی وزن بیشتری را متحمل می شوند که می تواند باعث

زخم های فشاری شود. پس این نواحی باید در برابر سطوح سخت محافظت و پدگذاری شوند بخصوص در بیماران لاغر.

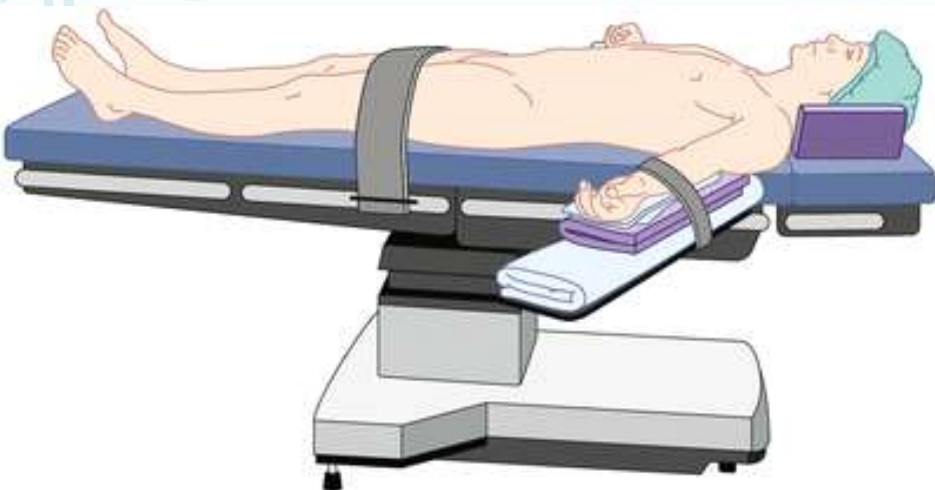
۲۹. بافتی که بمدت طولانی تحت فشار مکانیکی است (چین پوستی زیر بدن بیمار چاق) بطور مناسب خورسانی نمی شود.

۳۰. حین پروسجر های طولانی، پوزیشن سر و اندامها باید مرتبا تغییر داده شود.

پوزیشن سوپاین



سوپاین



□ بیمار به پشت دراز کشیده و دستانش در طرفین بدن یا روی زیردستی قرار می گیرد.

□ پاها موازی ستون فقرات و مستقیم قرار می گیرد و تسمه محافظ دو اینچ بالاتر از زانو بسته می شود.

□ پدهای کوچک در زیر سر و ناحیه پوپلیته آل و پاشنه پا قرار می گیرد تا فشار از روی ستون فقرات برداشته شود.

□ برای جلوگیری از foot drop باید پا را توسط بالش یا فوت بورد روکش دار محافظت نمود.

□ قوزک های پا نباید روی هم بیفتد.

□ کاربرد: در جراحی های سطح قدامی بدن مانند شکم، سینه، لگن یا اندامها.



سوپاین



□ هنگام استفاده از پوزیشن سوپاین برای قسمت های خاصی از بدن تغییراتی ایجاد می شود:

الف. جراحی های ناحیه سر و گردن:

□ با پایین آوردن قسمت سر تخت یا گذاشتن رول زیر شانه، گردن بیمار به عقب کشیده می شود.

□ باید سر بیمار را با دونات یا هدرست محافظت نمود.

□ برای اینکه چشمها آسیب نبیند آنها را با ژل استریل چشمی چرب نموده و با نوار چسب بسته یا با عینک محافظ و از آسیب لیزر یا ورود محلول جلوگیری نمود.

□ بیمار نباید لنز تماسی در چشم داشته باشد. حین جراحی و در پایان عمل چشمها توسط مسئول بیهوشی بررسی شود.

سوپاین



□ هنگام استفاده از پوزیشن سوپاین برای قسمت های خاصی از بدن تغییراتی ایجاد می شود:

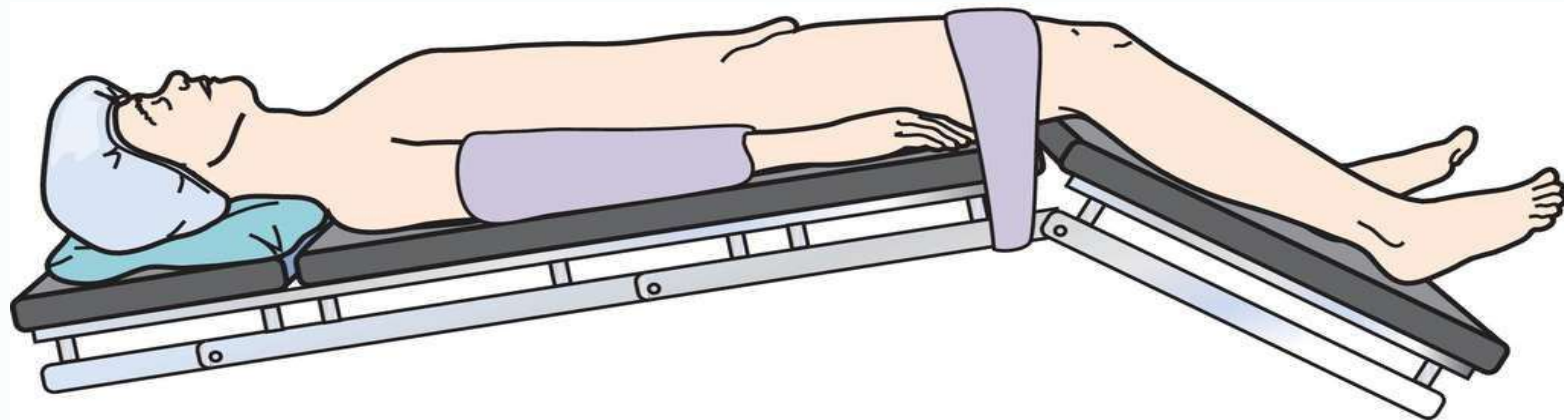
ب. پوزیشن سوپاین تعدیل شده یا پای قورباغه:

□ کاربرد: برخی جراحی های واژینال یا پرینه

□ بیمار در حالت سوپاین قرار می گیرد و پای او بالا آورده شده و از زانو خم می شود. رانها کمی به سمت بیرون می چرخد و کف پاها متوجه یکدیگر قرار می گیرند.

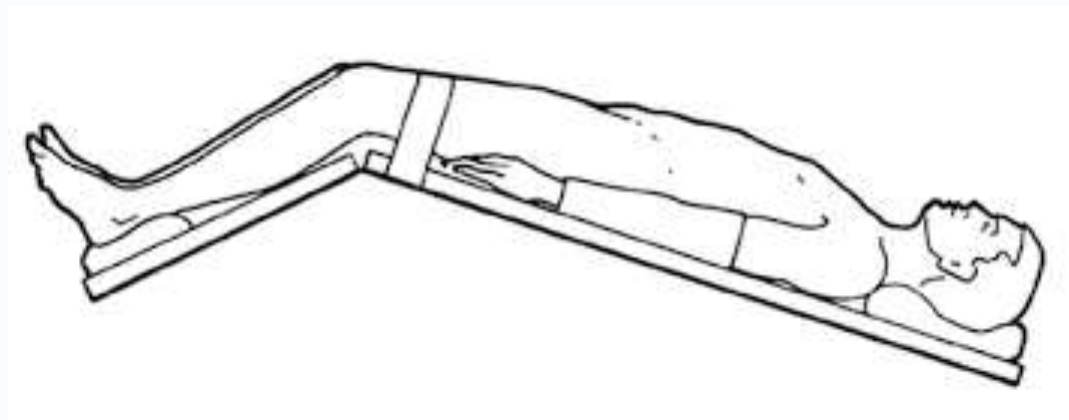
□ بالش یا رولی زیر زانو قرار داده می شود تا از زانو حفاظت شده و از چرخش خارجی هیپ جلوگیری شود.

پوزیشن ترندلنبرگ

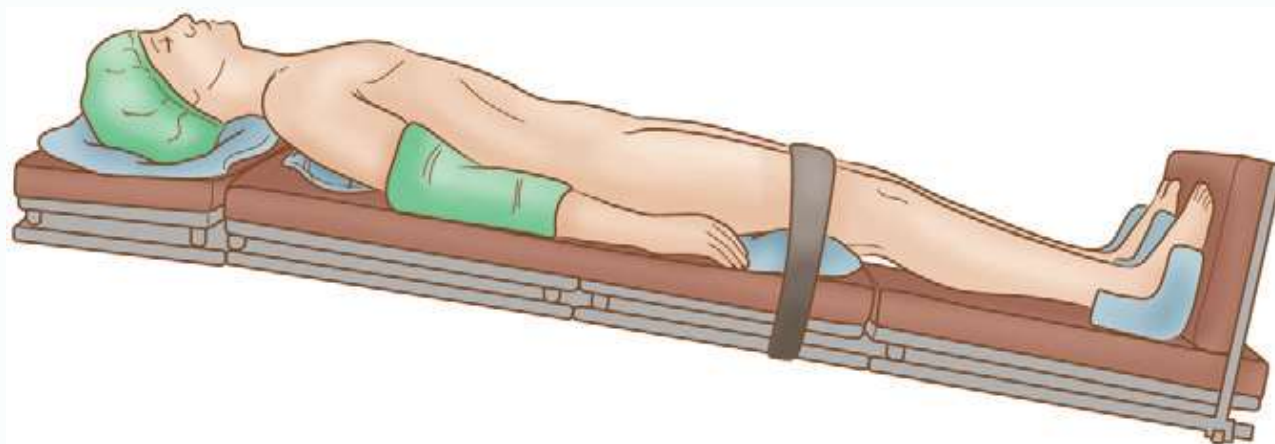


ترندلبرگ

- بیمار در حالت سوپاین قرار می گیرد. پایین تخت از قسمت زانو کمی روی پایین خم می شود و زانوها خم می شود. سر بیمار طبق نظر جراح حداکثر ۴۰ درجه پایین آورده می شود.
- کاربرد: در جراحی های قسمت تحتانی شکم و لگن برای جدا کردن احشا از لگن برای ایجاد دید بهتر.
- اگرچه دسترسی بهتری وجود دارد ولی حجم ریه کاهش یافته و فعالیت قلب بدلیل فشار احشا کم شده و دیافراگم تحت فشار قرار می گیرد. ICP افزایش می یابد. پس باید مدت زمان استفاده از این پوزیشن به حداقل برسد.
- زمانی که بیمار به حالت افقی بر می گردد، ابتدا باید به آرامی پاها را بالا آورد تا گرفتگی آنها برطرف شود. سپس ارتفاع کل تخت تنظیم می شود.

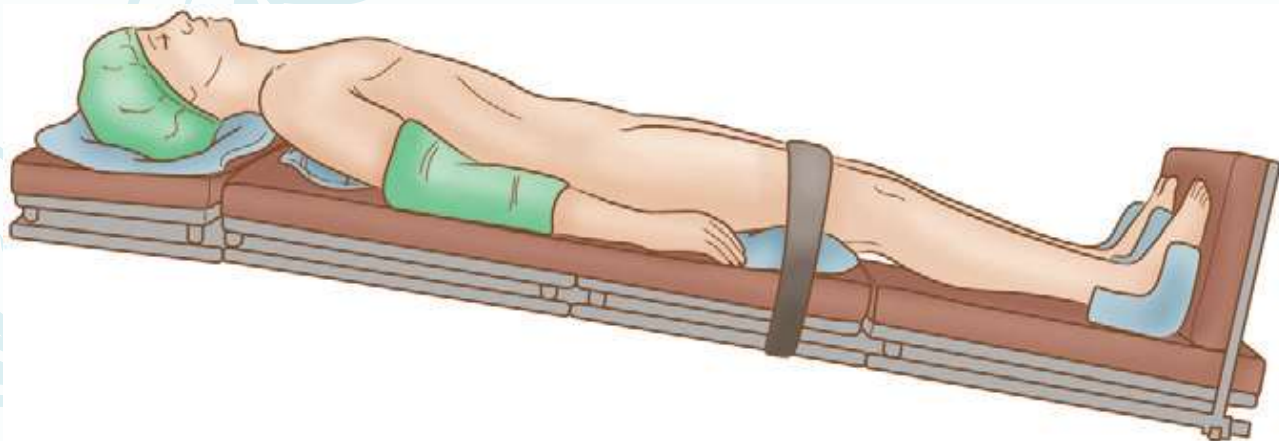


پوزیشن ترندلبرگ معکوس

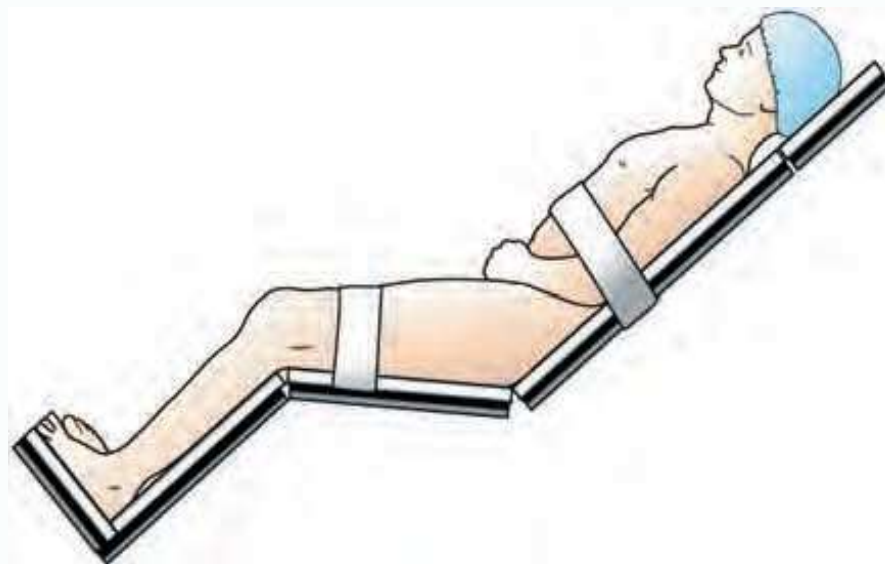


ترندلبرگ معکوس

- ابتدا بیمار در حالت سوپاین قرار می گیرد. سر تخت جراحی حدود ۳۰-۴۰ درجه بالاتر از پاها قرار می گیرد و جهت جلوگیری از سر خوردن بیمار در قسمت پایین تخت از فوت بورد استفاده می شود.
- تسمه محافظ دو اینچ بالاتر از زانو بسته می شود. زیر زانو بالش کوچک قرار داده می شود.
- کاربرد: در تیروئیدکتومی برای کاهش خونریزی و در جراحی های معده و کیسه صفرا و مجاری صفراوی جهت کنارزدن احشا از ناحیه اپی گاستریک و دستیابی به قسمت فوقانی شکم.
- مهمترین اقدام در این پوزیشن: پیشگیری از DVT با استفاده از پمپ های فشار مداوم و جوراب واریس.



پوزیشن نیمه نشسته یا سمی فولر



سمی فولر



□ ابتدا بیمار به حالت سوپاین قرار داده می شود درحالی که تخت از ناحیه باسن و زانوها خم می شود.

□ تنه ۴۵ درجه بالا آورده می شود (در پوزیشن نشسته یا فولر تنه کاملاً عمود است).

□ در این حالت، تخت مانند یک صندلی برای بیمار عمل می کند.

□ بازوها روی آرم مورد یا بالش نرم نگه داشته می شود. باید مراقب بود که حین جراحی بازوها نیفتد.

□ تسمه محافظ ۲ اینچ بالاتر از زانو بسته می شود. پاها باید آزادانه روی فوت مورد باشد.

□ کاربرد: در جراحی های شانه، نازوفارنژیال، سر و صورت و جمجمه و ترمیمی پستان.

□ عوارض: آمبولی هوا، افت فشار، DVT، صدمات ارتوپدی، آسیبهای فشاری و نکروز.

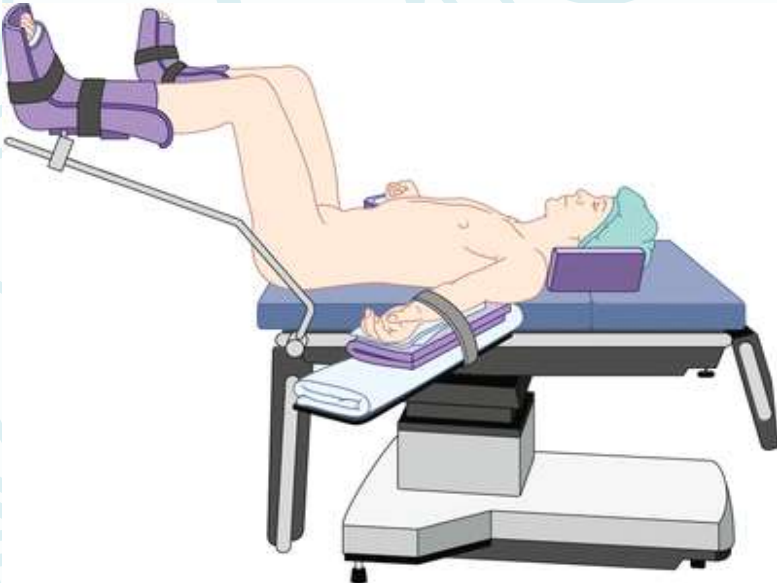


پوزیشن لیتوتومی



لیتوتومی

- ❑ کاربرد: در جراحی های پریینه، واژینال، اورولوژی و رکتال.
- ❑ رکاب ها در دو طرف تخت همسطح ران بیمار بسته می شود. هر دو در یک ارتفاع و قرینه یکدیگر باشند.
- ❑ بعد از بیهوشی، تسمه های ایمنی باز شده و هر دو پا توسط دو نفر همزمان و به آرامی روی رکاب قرار می گیرند.
- ❑ پاها با زاویه ۹۰ درجه نسبت به شکم در محل موردنظر قرار می گیرند. باید از روکش برای پوشش میچ و قوزک پا استفاده کرد. بعد از اینکه پاهای بیمار درون رکاب قرار گرفت، نباید آنها را از بدن دور کرده یا به سمت خارج چرخاند. پا یا قوزک با فلز اتصال نداشته باشد.
- ❑ دستها روی آرم یورد قرار داده می شود، دستها نباید کنار باسن یا روی سینه آورده شود.



لیتوتومی

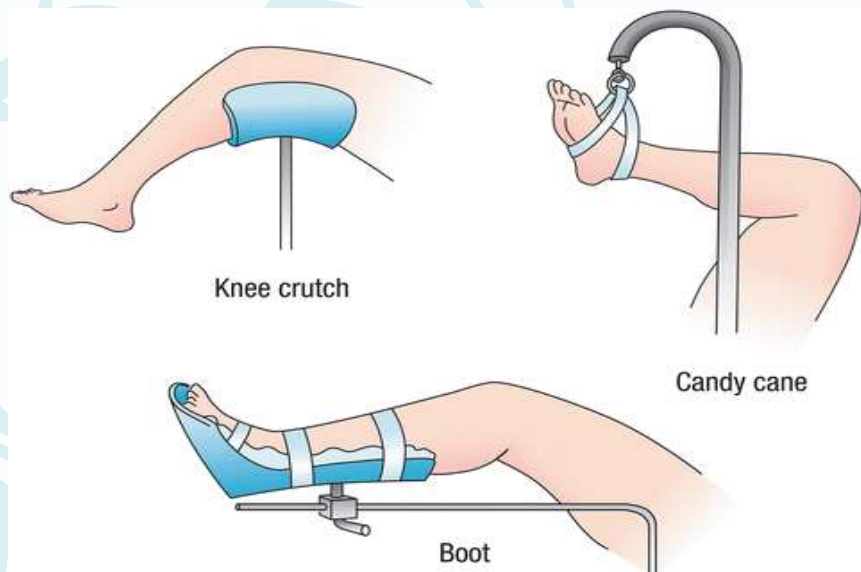
❑ از خم کردن بیش از حد هیپ به سمت شکم بپرهیزید (آسیب عصب ایلئوانگوئینال و کاهش ظرفیت ریه).

❑ باسن همسطح لبه تخت قرار گیرد و جهت بالا آوردن هیپ، رول زیر باسن گذاشته می شود. نیاید باسن را از لبه تخت بیشتر کشید.

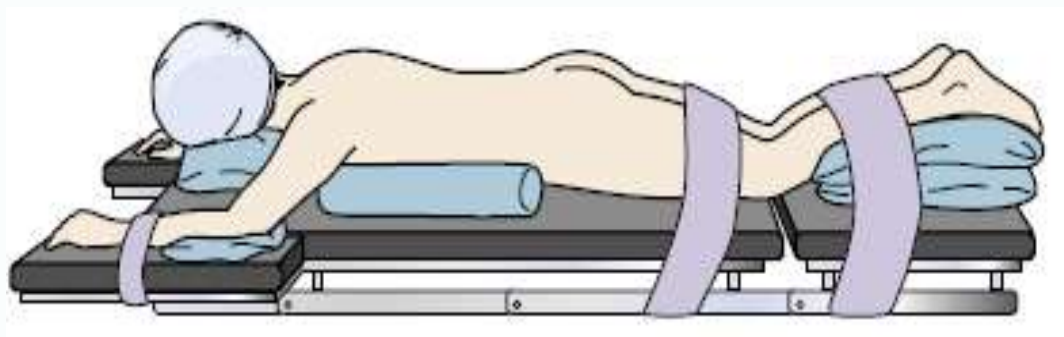
❑ در این پوزیشن، خون در انحنای ناحیه کمری انباشته می شود که برای جلوگیری از ایجاد ترومبوآمبولی، جوراب ضد آمبولی یا پمپ فشار مداوم استفاده می شود.

❑ بطور متناوب نبض قسمت دیستال، رنگ پوست و میزان ادم بررسی می شود.

❑ پس از عمل باید ابتدا بیمار به پوزیشن سوپاین بازگردد سپس به هوش بیاید. پاها بطور همزمان از روی رکابها برداشته شود تا بیمار دچار افت فشار ناگهانی نشود.



پوزیشن پرون



پرون

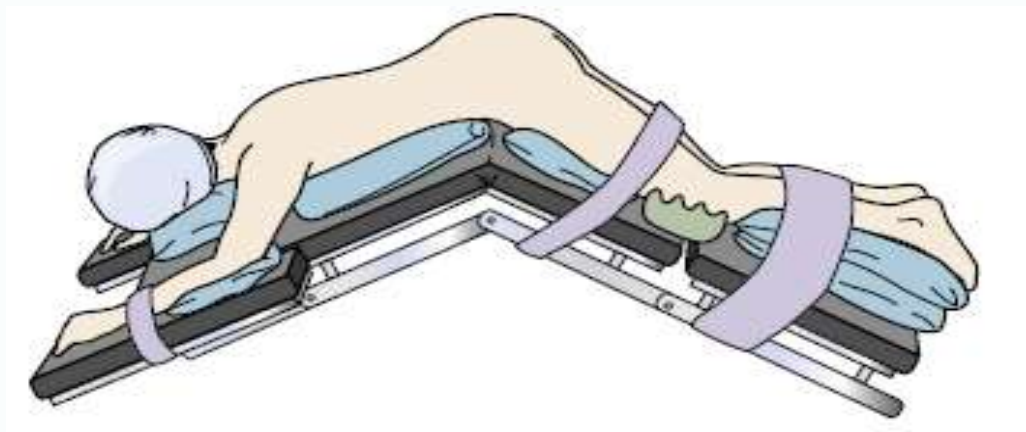


- ❑ در جراحی های ناحیه خلفی بدن کاربرد دارد.
- ❑ ابتدا بیمار در حالت سوپاین روی برانکارد بیهوش شده و بعد از لوله گذاری به پوزیشن پرون برمی گردد.
- ❑ تیمی ۴-۶ نفره برای جابجایی بیمار نیاز است. سر و راه هوایی توسط تیم بیهوشی محافظت می شود.
- ❑ رول سینه و شانه در زیر بیمار بین کلاویکل تا ایلیاک قرار می گیرد تا فشار از روی شکم و توراکس برداشته شود.
- ❑ در بیماران خانم باید پستانها را به اطراف راند تا فشاری روی آنها وارد نشود. در مردان باید از تحت فشار نبودن بیضه ها اطمینان حاصل کرد. نباید لایه های پوست زیر بیمار چین داشته و روی هم بیفتد.
- ❑ دستها ممکن است در کنار بدن به گونه ای که کف دست رو به بالا باشد یا در حالت غواصی که دستها تا بالای سر آورده شده و کف دست رو به پایین باشد قرار گیرد (مراقب کشیدگی شبکه براکیال و دررفتگی شانه باشیم).

پرون

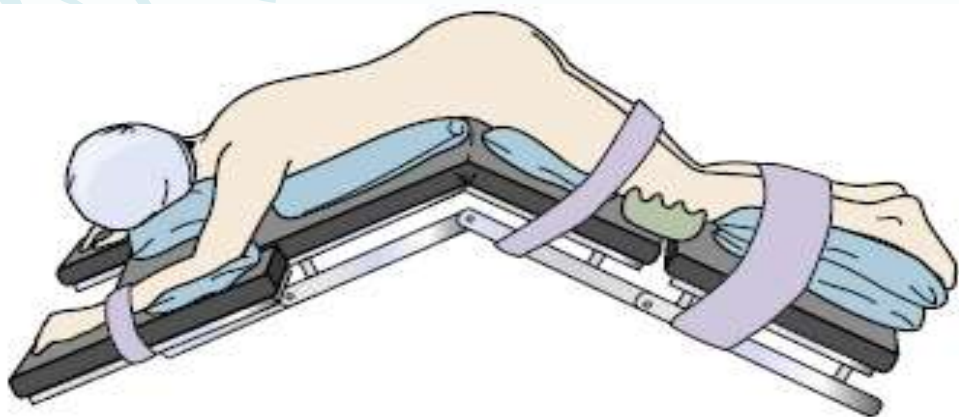
- می توان سر را به یک سمت چرخاند یا مستقیم صورت را رو به پایین روی پد روکش دار قرار داد تا چشم و گوش و صورت تحت فشار نباشد. باید از آزاد بودن راه هوایی اطمینان حاصل کرد.
- از عوارض مهم این پوزیشن، نابینایی بدلیل اسکمی سیستم عروقی چشم است.
- باید بالش های کوچکی زیر قسمت قدامی قوزک و جلوی پا قرار داد تا به شست پا فشار وارد نشود و با بالا آمدن پا، بازگشت وریدی بهتر شود. شست پای بیمار بیرون از تخت نباشد. گذاشتن حلقه های دونات زیر زانو از فشار روی پتلا جلوگیری می کند.
- کمر بند ایمنی پشت ساق پا بسته می شود تا از خم شدن ساق پا جلوگیری کند. می توان از کمر بند اضافی برای بستن پشت ران نیز استفاده کرد.

پوزیشن کراسک (جک نایف)

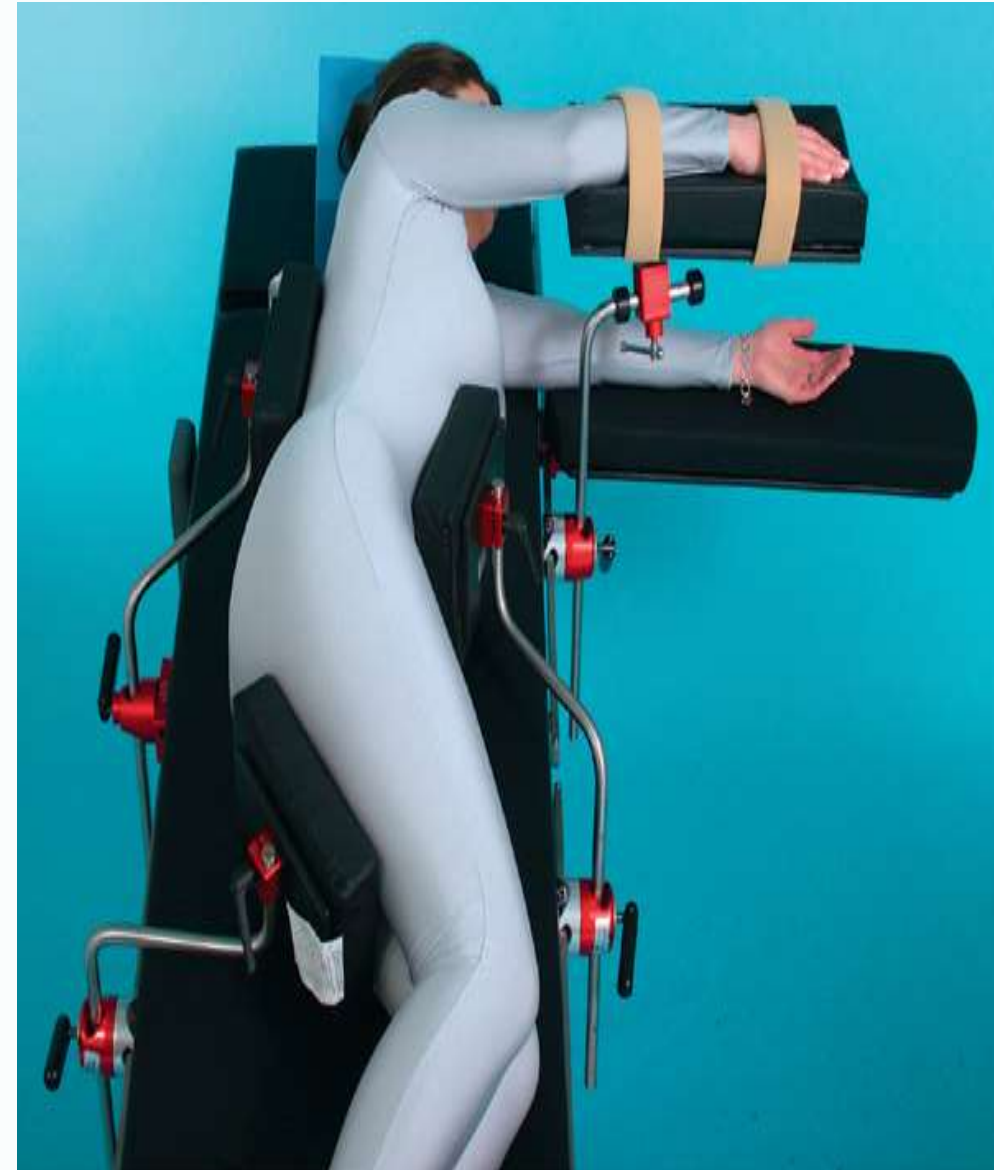


جک نایف

- ابتدا بیمار در حالت سوپاین بیهوش شده، سپس به وضعیت پرون برمیگردد. هیپ در مرکز لولای تخت بین تنه و پایین تخت قرار می گیرد. اگر بیمار تحت بیهوشی عمومی است برای بالا آوردن سینه، رول استفاده می شود. کف دستها به سمت پایین باشد. سر رو به یک سمت بوده و یک بالش یا حلقه دونات زیر آن قرار می گیرد. قسمت روی پا و شست نیز روی بالش گذاشته می شود. کمر بند ایمنی پایین تر از زانو بسته شده سپس قسمت پای تخت تا حد مورد نظر پایین آورده می شود تا هیپ بالاتر از بقیه بدن قرار گیرد.
- در این پوزیشن خون در سر و پاها تجمع می یابد که هنگام برگرداندن بیمار به حالت افقی، تغییر پوزیشن باید به آرامی صورت گیرد.
- کاربرد: در جراحی های ناحیه رکتال (سینوس پیلونیدال و هموروئیدکتومی) که به کمک چسب پهن، هر دو باسن از هم جدا می شوند.



پوزیشن لترال



لترال

□ بیمار در وضعیت سوپاین بیهوش شده و سپس به سمت غیرجراحی چرخانده می شود.

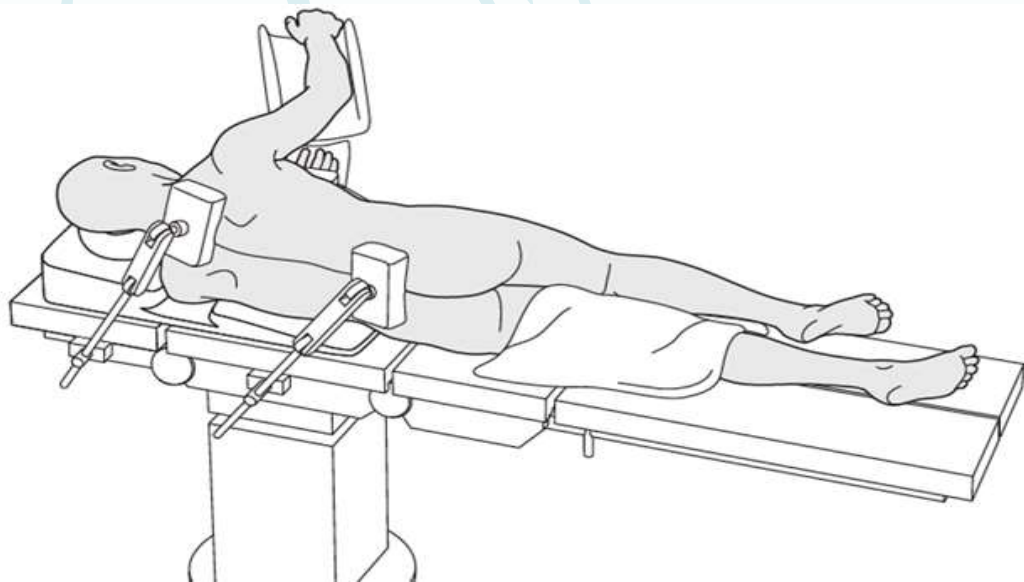
□ نباید پوزیشن دهی با کمتر از ۴ نفر انجام شود. پشت بیمار به سمت لبه تخت نزدیک می شود.

□ زانوی پایینی کمی خم شده و زانوی بالایی کاملاً خم می شود. یک بالش نرم بزرگ به حالت طولی بین پاهای بیمار گذاشته می شود.

□ مچ پای فوقانی دچار فوت دراپ نشود. برجستگی های استخوانی پد گذاشته می شود. از تسمه محافظ استفاده میشود.

□ دستهای بیمار روی آرم بورد دوپل که دارای پد است قرار می گیرد به شکلی که کف دست پایینی به سمت بالا بوده و آرنج بالایی

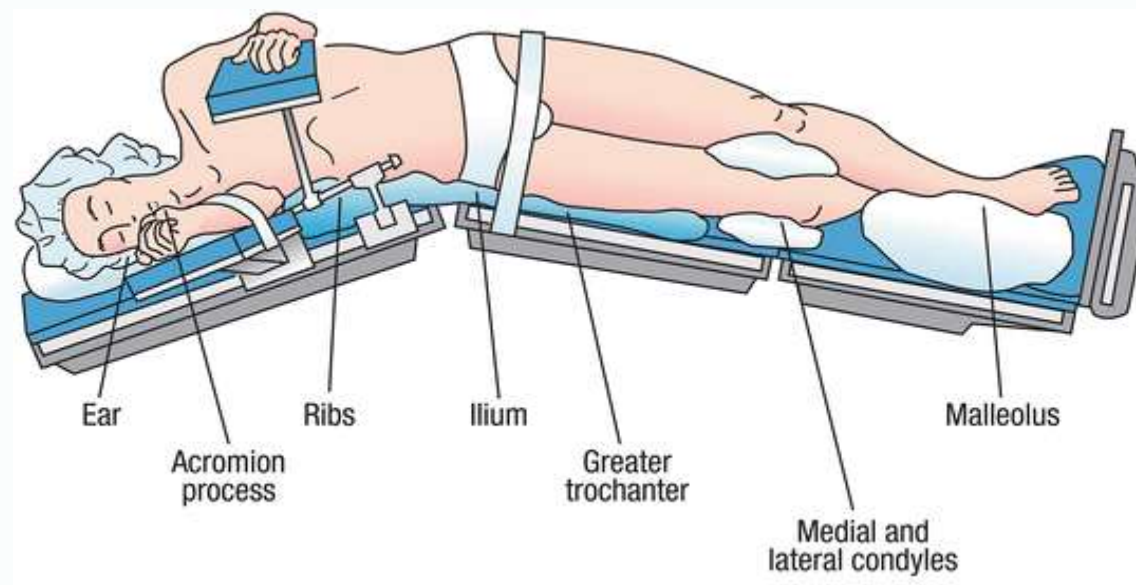
کمی خم شده و کف دست رو به پایین باشد. فشارخون باید از دست پایینی گرفته شود.



لترال

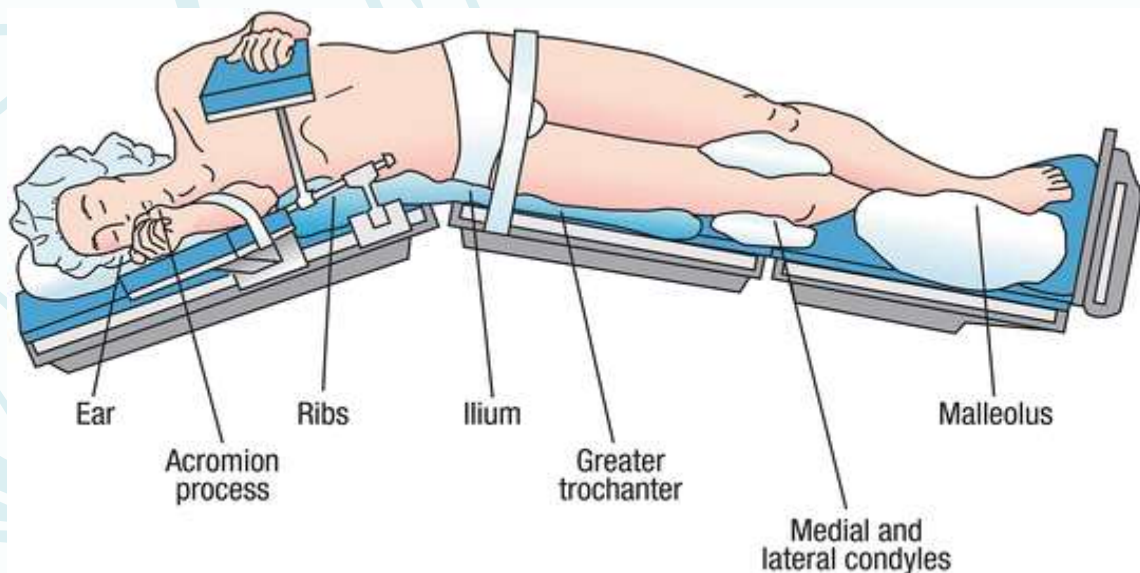
- شانه ها باهم و سر نیز با ستون فقرات باید در یک راستا باشد. یک بالش کوچک زیر سر بیمار قرار داده می شود تا از کشیدگی گردن و شبکه براهیال ممانعت شده و راه هوایی حفظ شود.
- پوزیشن های لترال دکوبیتوس یا لترال ریکامبنت نیز شبیه لترال بوده و برای دستیابی به کلیه، همی توراکس و فضای رتروپریتون استفاده می شود.
- عوارض: بدلیل نیروی گرانشی، خون بیشتری از سمت راست قلب به ریه پایین می رسد، در نتیجه خون بیشتری در ریه پایینی انباشته می شود و بدلیل فشار میان سینه و وزن وارده از شکم و دیافراگم، جریان هوای کمتری دارد. در پوزیشن لترال راست، فشار روی ورید وناکاوا، بازگشت وریدی را مختل می کند.

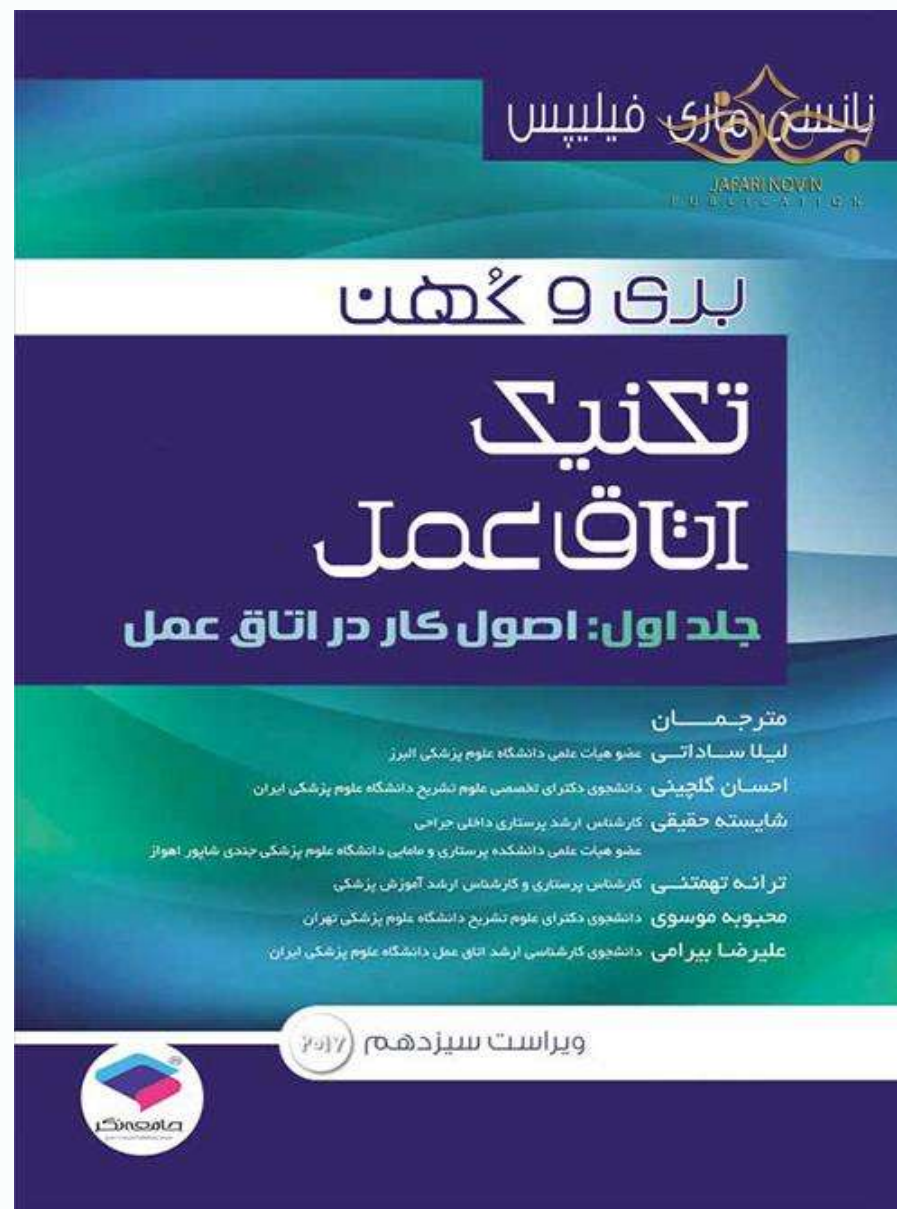
پوزیشن کلیه



کلیه

- وقتی بیمار به پهلو خوابید، ناحیه پهلو و کلیه موردنظر بالا آورده می شود. تخت در قسمت ستیغ ایلپاک به حدی خم می شود که فضای بین ستیغ ایلپاک و دنده ها بیشتر شده و بالا آید. برای ثبات بیمار می توان از چسب پهن یا تسمه ایمنی استفاده کرد.
- در پایان عمل قبل از بستن زخم باید ابتدا تخت را صاف نمود تا بافتها و لایه ها راحتتر بهم نزدیک شوند.
- کاربرد: در جراحی های کلیه و حالب.
- عوارض: بدلیل خم کردن بیش از حد تخت، ممکن است پوست و لایه های زیرین آسیب ببینند. خون در اندامهای فوقانی و تحتانی تجمع می یابد. ستون فقرات نیز تحت فشار بوده و ممکن است دچار گرفتگی در ساختارهای مهره ای شود.





خسته نباشید

