

ساعت ۳ بعد از ظهر است و شما در حال بررسی بیمارتان هستید، آقای جکسون^۱ مبتلا به عفونت پا است، ضمناً علاوه بر اینکه به علت ESRD^۲ دیالیز می شود مبتلا به دیابت وابسته به انسولین نیز می باشد. یکی از همکارانتان جهت مراقبت خانم ساندرز^۳ انتخاب شده است، این خانم نه تنها مبتلا به پنومونی است بلکه تحت درمان با CAPD^۴ نیز می باشد. شما و همکاران آنچه را که در دوران تحصیل در ارتباط با بیماران ESRD آموخته اید برای این بیماران پیاده می کنید.

امروزه سناریوی بالا شایع است، دیالیز برای بیماران مبتلا به ESRD بسیار مفید می باشد به نحوی که موجب افزایش طول عمر آنها می شود. اما عوارض ناشی از ESRD، دیابت و هایپرتانسیون کم نیست به عنوان مثال، زخم پا را می توان نام برد که ناشی از دیابت بوده و یا درد سینه که در نتیجه بیماری شریان کرونر ایجاد می شود. اکثر پرستاران نسبت به بیماران دیالیزی توجهی خاص دارند، در یک نظرخواهی از گروهی از پرستاران بیمارستان ها، همگی بر این مسئله تأکید داشته اند که در مراقبت از بیماران دیالیزی، آموزش نکات اساسی به آنان بسیار ضروری است. واضح است که مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن و عدم مشاهده اثرات درمانی روزانه، تیری در تاریکی است با وجود این شما از طریق ارزیابی دقیق موارد فوق و ایجاد ارتباط مناسب، می توانید اقامت بیمار و اجرای وظایف شغلی خود را آسانتر کنید.

انواع دیالیز:

ESRD حالت مزمنی است که کلیه ها قادر به دفع مواد سمی و آب نیستند. همودیالیز و دیالیز صفاقی دو روش عمده جهت کسب مجدد توانایی از دست رفته می باشند. دستگاه همودیالیز وسیله ایست که مانند کلیه عمل کرده و دارای فیلتری است که هنگام عبور جریان خون از آن مایعات اضافی و مواد سمی تصفیه

اصول

مراقبت

از بیمار

دیالیزی

ابراهیم خالق زاده

دانشجوی کارشناسی پیوسته پرستاری

شده و الکترولیت های آن گرفته یا تعویض می شوند. در این دستگاه دو فرایند فیزیکی بصورت هم زمان عمل می نمایند:

انتشار: ذرات از محلی با غلظت بالا به محل دیگر با غلظت پائین حرکت می کنند.

اولترافیلتراسیون^۵: عبور مایع از غشاء نیمه تراو از محلی با فشار هیدروستاتیک بالا به محلی با فشار هیدروستاتیک پائین. دیالی ست^۶ محلولی توازن یافته از نظر الکترولیت ها و مایعات است که در واقع تصویری معکوس از کاهش و افزایش آب و الکترولیت های خون می باشد. بعنوان مثال دیالی ست با غلظت پائین پتاسیم، پتاسیم اضافی را از خون بیمار جذب می کند (مولکول های آلبومین و سلول های خونی بزرگتر از آن هستند که از غشاء مصنوعی عبور کنند) تحت کنترل غلظت مواد مختلف در دیالی ست بعلت پائین بودن فشار هیدروستاتیک در سمت غشاء دیالیزی آب اضافی از خون به طرف آن کشیده می شود. معمولاً در گرافت شریانی-وریدی، فیستولی در ساعد بیمار برای دسترسی به عروق گذاشته می شود که برای ۲ تا ۳ بار در هفته مورد استفاده قرار می گیرد. تمام بیماران دیالیزی در مرکز دیالیز درمان می شوند اما برخی برآنند که این عمل را می توان تحت شرایط خاصی در منزل انجام داد.

در نوع CAPD، دیالیز از طریق صفاق صورت می گیرد که در آن کاتتری که بیشتر از نوع تنک هاف^۷ است بوسیله جراح در صفاق گذاشته می شود. آب و مواد زائد تحت قوانین انتشار و اسمز از غشاء صفاقی عبور می کنند پس از آن مایع دیالیز وارد صفاق شده و مدتی در آن باقی می ماند، سپس تحت جاذبه زمین مایع مزبور که حاوی مواد زاید بوده خارج می شود و تمام این مراحل چندین بار تکرار می شود در CAPD زمان باقی ماندن مایع برای هر فرد فرق می کند اما بطور

نرمال ۴ ساعت در روز یا ۱۰ ساعت در هنگام شب است. برای اکثر بیماران CAPD در طول روز ۴ بار تعویض (وارد شدن مایع، ماندن و خارج شدن) انجام می شود، در بیمارانی که مسئولیت دیالیز خود را بعده دارند، باید خانواده بیمار مطالبی چند در رابطه با ESRD بیاموزند، آموزش در این رابطه جزئی از درمان بوده و باعث افزایش توانایی بیمار در طول سال ها آموزش هفتگی می گردد. از طرف دیگر اگر به دقت به صحبت های این بیماران گوش دهیم می توان مطالب جالبی از آنها آموخت.

شروع دیالیز با بررسی سیستمیک:

بررسی دقیق و کامل فیزیکی بیماران مبتلا به ESRD می تواند در تشخیص مشکلات مربوط به تعادل مایع و زمان نیاز به دیالیز بسیار مفید باشد. بررسی بیماران CAPD و همودیالیزی به استثناء تفاوت هایی اندک، مشابه می باشد. ابتدا به رنگ بیمار توجه کنید در آنمی مزمن یا اورمی معمولاً رنگ پریدگی و رنگ خاکستری شایع است. رنگ آبی در اطراف دهان، بیانگر دیسترس تنفسی و تجمع مایع در ریه ها است، سرخ شدن گونه ها نشانه افزایش فشار خون بوده که به معنی عدم کفایت و یا تجمع بیش از حد مایع در بدن می باشد. به اتساع وریدهای گردن توجه نمایید. جهت بررسی وضعیت ذهنی با بیماران صحبت کنید به عنوان مثال حالت گیجی می تواند به علت هایپوکسمیا و یا اورمی باشد که بطور طبیعی با دیالیز تحت کنترل قرار می گیرند. پس از بررسی سریع مشکلاتی که ممکن است نیاز به توجه فوری داشته باشند، به معاینه ادامه دهید. از بیماران سوال کنید فشار خون طبیعی شما چقدر است؟ فشار خون بیمار را به دقت اندازه بگیرید و مراقب باشید دستی که دارای شنت، گرافت یا فیستول است برای این منظور استفاده نشود. گرافت جهت ادامه زندگی بیمار بسیار ارزشمند است. انسداد عروق خونی بدنال فشار بر روی بازوی

در مراقبت از بیماران دیالیزی، آموزش نکات اساسی به آنان بسیار ضروری است.

تراوش به خارج و تورم بررسی نمود. ورم فیستول درد در پی خواهد داشت اما فیستول و گرافت سالم نباید دردناک باشد.

اغلب بیماران دیالیزی توانایی دفع آب را از کلیه های خود ندارند و هر نوع علائم احتباس آب یا ادم مهم است. گوش کردن صداهای ریه (از پشت و جلو) و شنیدن صدای کراکل^{۱۰} نشانه ادم ریه است. هنگام گوش کردن قفسه سینه، بیمار را با زاویه ۴۵ درجه بنشانید و وریدهای گردنی را از نظر اتساع که بیانگر افزایش مایع است مورد مشاهده قرار دهید. نبض و ضربان قلب را باید دقیقاً اندازه گرفت. تمام نواحی انتهایی بدن از جمله ساکروم باید از نظر ادم بررسی شوند. بعداً به صداهای روده ای بیمار گوش کنید و در رابطه با تخلیه روده و زمان آخرین تخلیه از بیمار سؤال نمایید. در بیماران CAPD تخلیه روده باید روزانه انجام گیرد تا حفره صفاق آنها پر شده و سپس بطور مناسب تخلیه گردد. در بیماران ESRD آنتی اسید با سفر باند می شود. (آنتی اسید از جذب سفر بوسیده روده پیشگیری کرده و سبب دفع آن از طریق مدفوع می گردد)، در ضمن آنتی اسید همراه با محدودیت های مایع و رژیم غذایی لازم، یبوست ایجاد می کند. نرم کننده های مدفوع یا ملین ها مانند لاکتولوز^{۱۱} کمک کننده است. در حین بررسی شکم، محل خروج کاتتر تنک هاف را از نظر علائم عفونت مثل گرمی، قرمزی و تورم پوست اطراف کاتتر مورد کنترل قرار دهید.

کمک به بیمار در مراحل بررسی

به بیمار اجازه دهید روزانه محل خروج کاتتر تنک هاف را تحت مراقبت قرار دهد. اگر خیلی ناخوش است، در مورد چگونگی انجام آن از او سؤال نمایید. اگر بیمار قادر به برقراری ارتباط نمی باشد از خانواده و یا پرستار نفرولوژی سؤال کنید. زمان دیالیز بعدی و اینکه آیا خودش و یا کس دیگری آن را انجام

دارای شنت تشکیل لخته در گرافت را تسریع می کند. به منظور جلوگیری از اندازه گیری فشار خون از بازوی مبتلا، علائم و یا چارتی جهت آگاهی دیگران در بالای تخت بیمار قرار دهید. حتی تغییرات اندک درجه حرارت باید شما را به احتمال عفونت فیستول یا گرافت در بیمار همودیالیزی یا پرتونیت در بیمار CAPD مشکوک نماید. بیماران CAPD پاسخ های پوستی مختلفی نسبت به عفونت از خود نشان می دهند. عفونت با علائم قرمزی، التهاب، گرمی و ترشح از ناحیه جراحی مشخص می شود. علائم پرتونیت شامل درد شکم، تهوع، استفراغ و خطر خروج محلول دیالیز می باشد.

در بیماران همودیالیزی باز بودن گرافت یا فیستول از طریق شنیدن بروئیت^۸ و لمس تریل^۹ صورت می گیرد. بروئیت و تریل شبیه هم بوده اما شما آنها را بطور متفاوت ارزیابی می کنید. این صداها در نتیجه جریان یافتن سریع خون از شریان به داخل یک ورید بزرگ بوجود می آید. توسط دیافراگم تمیز گوشی، می توان این صداها را تشخیص داد. بروئیت را می توان به صورت صدای زیاد و کوبنده شنید. تریل را نیز می توانید بوسیله قرار دادن انگشتان تمیز خود بر روی گرافت یا فیستول بشنوید. گرافت یا فیستول را حتماً باید از نظر علائم عفونت مانند قرمزی، گرمی،

شامل انفوزیون مایع دیالیز از کیسه تازه به داخل حفره پریتون است که نیاز به سیستم لوله‌ای دارد در این روش احتمال آلودگی وجود دارد که منجر به پریتونیت می‌شود.

جهت پیشگیری از انتقال عفونت به طور ایده‌آل، بیمار باید در اتاق خصوصی بستری گردد که اگر عملی نباشد، باید ماسک برای بیمار تخت بعدی در دسترس باشد. شما نیز در صورت ماندن در اتاق بیمار باید از ماسک استفاده نمایید، پرده‌ها را بکشید و پنجره‌ها و در اتاق را ببندید، ضمناً پشت در اتاق بنویسید: «وارد نشوید» عملیات دیالیز در حال انجام است. اگر بیمار جهت همودیالیز به مرکز دیگری مراجعه می‌کند بیاد داشته باشید برای جلوگیری از تشکیل لخته و انسداد جریان مایع در دستگاه دیالیز بعد از اتمام عملیات از هپارین استفاده کنید. با توجه به شرایط بیمار، ممکن است جهت معکوس کردن اثرات ضد انعقادی هپارین، در پایان همودیالیز پروتامین تجویز گردد. (کنترل گزارش دیالیز) در صورت عدم مصرف، خطر خونریزی بسیار زیاد است زیرا هپارین به مدت ۶-۴ ساعت در سیستم باقی می‌ماند. پس از اتمام دیالیز بررسی دقیق تمام قسمت‌های بدن بیمار «از سر تا نوک پا» ضروری است، زیرا در عرض ۶-۴ ساعت پس از درمان، تغییرات مایع و مواد شیمیایی بر بدن بیمار تأثیر می‌گذارد.

عوارض پس از دیالیز

بعد از عمل تعویض، به رنگ و شفافیت مایع درناژ شده، توجه کنید. رنگ آن باید به رنگ کریستال شفاف و یا زرد رنگ پریده باشد. هرگونه تغییر را به پزشک گزارش کنید. از بیمار در مورد هرگونه درد شکم سؤال شود، البته به غیر از احساس پُری که قبل از دیالیز نیز داشته است هرگونه احساس ناراحتی را در طول تعویض جویا شوید. درد شکم و تراوش مایع تیره، علائم مهم پریتونیت می‌باشد. افزایش فشار

می‌دهد، مشخص کنید. بیمار دیالیزی در صورت لزوم نیاز به انجام عملیات مختلفی خواهد داشت. بنابراین بیمارستان و مرکز دیالیز باید همیشه آماده ارائه خدمات و یا انتقال بیمار باشند.

اگر بیمار قادر است خود عمل تعویض^{۱۲} را انجام دهد دستورات پزشکی را برای دیالیز مناسب کنترل کنید. مایع داخل کیسه را در حد دمای بدن نگهدارید به نحوی که از ۳۷/۸ درجه سانتیگراد تجاوز نکند، می‌توان از پدهای گرم در این مورد استفاده نمود. (پدهایی که مهر استاندارد UL دارند) از اجاق (فور) با امواج کوتاه جهت گرم کردن استفاده نکنید چون با گرم شدن مایع درون کیسه امکان سوختگی بیمار وجود دارد. اگر شما در مورد ایمنی پد مطمئن نیستید ابتدا آن را جهت کنترل به بخش بیومدیکال بفرستید برای راحتی بیمار در طول تعویض می‌توان از پدهای گرم بر روی شکم استفاده نمود. در صورتی که مایع داخل کیسه گرم نباشد و عمل تعویض توسط مایع سرد انجام شود، دمای مرکزی بدن بیمار به سرعت افت خواهد کرد. فشار خون و نبض را قبل از تعویض بطور صحیح اندازه گرفته و هرگونه تغییر، خصوصاً کاهش میزان را به پزشک معالج گزارش نمایید (غلظت بالای گلوکز در مایع دیالیز سبب دفع بیشتر مایع شده و فشار خون بیمار افت خواهد کرد و مایع دیالیز مناسب می‌تواند جهت جبران هر نوع شیفت فشار خون، تغییر نماید). میزان غلظت مواد تشکیل دهنده مایع دیالیز جهت جبران تغییرات فشار خون مرتب کنترل می‌شود. در طول عمل همودیالیز، فشار خون اغلب افت می‌کند، در صورت افت شدید آن بیمار از سرگیجه، خستگی، کرامپ عضلانی و احساس سبکی در سر شکایت می‌نماید، که باید به او نرمال سالین تزریق نمود. در بیماران CAPD فشار تا حدی ثابت است اما اگر افت فشار نسبتاً زیاد باشد، بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار داده و به او مایعات خوراکی مثل سوپ شور بخورانید. روش کار

نیز باشند، در نتیجه اختلال در اعصاب دچار فلج عضلات معده می شوند. بدون توجه به علل مربوطه، دیسترس مداوم معده ممکن است سبب ایجاد زخم ناشی از استرس گردد. جهت جلوگیری از این شکل اغلب از یک بلوک کننده گیرنده نیستائین مثل فاموتیدین (پسید)^{۱۸} استفاده می کنند. عوارض شایع در این بیماران ناشی از کم خونی شدید می باشد. این کم خونی ناشی از دیالیز نیست بلکه بدنبال ESRD ایجاد می شود. در نارسایی کلیوی هورمون اریتروپویتین که در شکل گیری سلول های قرمز خون دخالت دارد، تشکیل نمی شود. امروزه بیماران ESRD علیرغم ترانسفوزیون مکرر، تزریقات اریتروپویتین (اپوژن)^{۱۹} را برای ۱-۳ بار در هفته دریافت می کنند. اما اریتروپویتین بدون مصرف روزانه آهن اثری نخواهد داشت. نیفرکس^{۲۰} فرآورده مناسب آهن می باشد. به دلیل عدم وجود عوارضی چون تهوع، استفراغ و یا یبوست نسبت به دیگر ترکیبات آهن، ارجح است. در ضمن مصرف روزانه یک قرص آن کافی می باشد.

ملاحظات دارویی و غذایی

اجرای دستورات دارویی می تواند بزرگترین مرجع تعارض بین بیماران دیالیزی و پرستاران بخش باشد. در اکثر بیمارستان ها دارو، نیم ساعت زودتر یا دیرتر از زمان اجرا، تجویز می گردد. بیماران کلیوی به این نکته واقف می باشند که زمان، عامل مهمی در کسب حداکثر اثر دارو است، این بیماران به تفصیل در مورد داروهایشان و زمان دریافت دارو، آموزش دیده اند. به حرفهای بیمار گوش کنید و انعطاف پذیر باشید.

این بیماران می دانند که درست قبل از دیالیز نباید ویتامین های محلول در آب و فرآورده های معدنی (مشابه ویتامین B1, B4, C و فولیک اسید) مصرف کنند چرا که در جریان دیالیز این مواد دفع می شوند. بسیاری از بیماران دیالیزی مبتلا به نارسایی قلبی بوده و

خون خصوصاً در بیماران دیابتی دومین عارضه ممکن است. اگر چه همودیالیز و CAPD، فشار خون بالا ناشی از حجم زیاد مایع را تخفیف می دهند، ولی بعضی از بیماران باید داروهای مختلفی مثل نیفیدپین^{۱۳} با دز پائین، لابی تالول (تراندت - نورمودین^{۱۴})، اینالپریل^{۱۵} و کلونیدین^{۱۶} را دریافت کنند. اگر چه در صورت دفع داروها در حین همودیالیز ممکن است بیمار از نشانه های محرومیت از دارو مانند سردرد، بی قراری و فشار خون بالا رنج ببرد، دفع مایع خارج عروقی و شیفت الکترولیت ها و مواد زائد از داخل سلول به فضاهای داخل عروقی، سبب کاهش فشار خون می گردد. هم چنین ممکن است بیماری قلبی عروقی با بیماریهای اعصاب اتونومیک و بعضی داروها نظیر داروهای ضد فشار خون و نارکوتیک سبب کاهش فشار خون شوند در طول عمل دیالیز نیز جهت تصحیح هیپوتانسیون از نرمال سالین استفاده می شود. در بین دفعات دیالیز و در طول آن ممکن است بیمار از کرامپ های عضلانی دردناک اما کوتاه مدت که به علت خروج مقادیر زیاد مایع یا خروج سریع آن ایجاد می شود، شاکی باشد. در طول دیالیز کرامپ ها را می توان از طریق تزریق آلبومین کم نمک و یا سالین هایپر تونیک کاهش داد.

در بخش داخلی - جراحی اکثر بیماران در ۶ ساعت اول بعد از همودیالیز از کرامپ های عضلانی شاکی هستند، یا بیماران CAPD غالباً از کرامپ های ساق پا شکایت داشته اما وقتی شیفت مایع ضعیف باشد، مشکل می توان گفت که چه موقع کرامپ رخ می دهد. جهت کاهش کرامپ های عضلانی در بیماران همودیالیزی و CAPD باید یک و یا دو عدد قرص سولفات کوئینین^{۱۷} تجویز گردد. این درمان خصوصاً زمانی که همراه با ورزش های کششی باشد، بسیار مؤثر است.

اغلب اوقات، بیماران، با مشکلات گوارشی مواجه هستند. اکثر بیماران ESRD که مبتلا به دیابت

اجتناب نمود.

تغذیه بیمار نیز مانند دارو باید به دقت بررسی شود. هدف شما در تغذیه بیمار تأمین کالری مورد نیاز جهت جلوگیری از کاتابولیسم پروتئین (بدین معنی که مانع کاهش ذخیره های پروتئینی بدن می شود) حفظ تعادل مایع و الکترولیت، مقابله با رژیم غذایی کم پروتئین و کم ویتامین و از دست دادن ویتامین های محلول در آب در طول دیالیز است. تمامی افراد مبتلا به بیماریهای کلیوی باید محدودیت جذب پروتئین را در بدن خود افزایش دهند. تراکم و انباشته شدن پروتئین سبب اورمی می شود. میزان نارسایی کلیه و اثرات درمانی دارو به کاهش پروتئین بدن بستگی دارد. بیماران CAPD نسبت به همودیالیزی ها به پروتئین بیشتری نیاز دارند زیرا در ۲۴ ساعت، ۱۲-۵ گرم پروتئین را از دست می دهند (۶۵ درصد از نوع آلبومین و ۱۵ درصد از نوع IgG) همراه با کاهش پروتئین، میزان پروتئین توتال و آلبومین در سرم بیماران CAPD بطور ناچیز تقلیل پیدا می کند.

بطور کلی رژیم پر نمک و پر آب برای هر دو نوع بیماران دیالیزی محدودیت داشته ولی باید در نظر داشت برای تمام بیماران CAPD این مسئله صادق نیست. برای کنترل تشنگی و مصرف محدود مایعات، بیماران می توانند از مکیدن آب نبات (معمولی یا دیابتی) استفاده کنند. اگر بیمار در بیمارستان بستری باشد میزان پتاسیم و فسفر روزانه اندازه گرفته می شود، البته این موضوع به بیماری زمینه ای بیمار بستگی دارد.

بطور کلی میزان فسفر و پتاسیم در بیماران دیالیزی که کلیه آنها قادر به تنظیم صحیح دفع سدیم و پتاسیم نیست، در سطح بالایی قرار دارد. این بیماران می دانند که باید از خوردن و آشامیدن نوشیدنیها و میوه های خشک مثل کشمش، موز، آب پرتقال و سایر غذاهایی که حاوی پتاسیم زیاد هستند خودداری نمایند. بیماران می توانند از آب سیب و آب توت

از داروهای کاردیوتونیک مثل دیگوکسین استفاده می کنند که در حین دیالیز دفع می شود، بنابراین باید آن را پس از انجام دیالیز مورد مصرف قرار دهند. بیماران CAPD و همودیالیزی تا حدودی از مکانیسم داروهای خنثی کننده اثر دارو مطلع هستند. هرگاه در کنار تخت بیمار و یا در منزل وی داروی آنتی اسید مشاهده کردید، فکر نکنید بیمار به این داروها وابسته شده است، آنتی اسیدهای کلسیم دار مثل تومز^{۲۱} ترالک^{۲۲} و فوس-لو^{۲۳}، ۴ بار در روز برای این اشخاص تجویز می شود مصرف این داروها به این دلیل است که کلیه ها قادر به دفع فسفر نیستند، آنها با فسفات مصرف شده باند شده و بدون جذب از دستگاه گوارش، دفع می شوند. کلسی ترول نیز یک داروی باند شونده با فسفر است که مزایای زیادی دارد، در کنار بلوک جذب فسفر از کلیه، باعث جذب کلسیم داخل استخوانها می شود، باند کننده های فسفری باید با وعده غذایی داده شوند، اگر دارو خیلی زود یا خیلی دیر تجویز شود، مؤثر نخواهد بود.

بیماران دیالیزی همچنین از ویتامین ها جهت جبران مواد معدنی و اجزاء اصلی و دیگر مواد قندی از دست رفته، استفاده می کنند، جهت دریافت ۵۲۵ میلی گرم سولفات فرو، روزانه داروهای ایبرت-فولیک به عنوان مولتی ویتامین تجویز می شود. با وجود حرکات مناسب روده ای، در بیماران CAPD جهت تخلیه روده از ملین استفاده می کنند. در صورت پر شدن روده از مدفوع، مایع در حفره صفاق محبوس شده و پر کردن و تخلیه مایع دیالیز با مشکل روبرو می گردد. در صورت نیاز به ملین، از بیمار در مورد زمان مصرف دارو سؤال کنید، چرا که استفاده کننده می داند بعد از چه مدت دارو اثر خواهد کرد. در صورت مشاهده فعالیت زیاد روده و اسهال شدید با پزشک مشورت کنید. اسهال نشانه افزایش دز دارو بوده، بنابراین در تمام موارد درمان دارویی، باید زمان تجویز و قطع دارو را از بخش سؤال کرد و از مصرف خودسرانه آن

**در حالی که آموزش می دهید
(که این نیز وظیفه شما در امر
مراقبت از بیمار است) بیمار را
نیز در مراقبت از خود دخالت
دهید و به او اجازه دهید که در
طول بستری، امر مراقبت از
خود را بعهده بگیرد.**

وعده های غذایی بیماران با رژیم غذایی کم کلسترول، غذای بیماران دیالیزی تا حدودی عجیب بنظر می رسد، فرضاً امکان دارد تکه ای کره در ظرف غذای آنها باشد که البته جهت رفع نیاز کالری می تواند مفید باشد. در این رابطه باید بیمار را تشویق به خوردن آن نمائیم. اوره بالا در خون بیماران موجب بی اشتهایی و تهوع می شود. بی اشتهایی در بیماران دیالیزی به چند علت رخ می دهد که عبارتند از:

- دیالیز ناکافی (اورمی)

- جذب مداوم گلوکز

- اتساع شکم بوسیله مایع موجود در صفاق

جهت تغذیه بیمار باید از تمام مهارتهای فردی خود استفاده نمائید. تهیه غذای خوشمزه، سرو غذای گرم و تشویق بیمار به مسواک زدن و شستن دهان بوسیله یک دهانشویه قبل از خوردن غذا از راههای تشویق بیمار به غذا خوردن می باشد. اکثر بیماران دیالیزی بعلت طعم بد دهان (اوره بالا) از خوردن غذا لذت نمی برند.

سعی کنید زمان معینی جهت صرف غذا انتخاب کنید و هیچ عجله ای نیز در کار نباشد. در صورت بستری شدن بیمار در مرکز دیالیز مطمئن باشید که غذای وی سر وقت در اختیار وی گذاشته خواهد شد، اما به دلیل احتمال بروز تهوع و استفراغ و انحراف جریان خون به دستگاه گوارش جهت هضم غذا از دادن غذا به بیمار در ۳-۴ ساعت بعد از درمان خودداری می کنند.

در کاهش عملکرد کلیه، میزان بازده ادراری بسیار ناچیز خواهد بود. وقتی که بدن قادر به تنظیم تعادل مایع نمی باشد، اندازه گیری مایعات جذب و دفع شده بسیار ارزشمند است، تمام بیماران همودیالیزی و تعدادی از بیماران CAPD ممکن است از نظر مصرف مایعات محدودیت داشته باشند (در موقع محاسبه، غذاهایی که در درجه حرارت اتاق، مایع هستند به عنوان غذای مایع محسوب می شود).

فرننگی به جای آب پرتقال استفاده کنند. در اکثر بیماران CAPD به علت دفع پتاسیم در حین دیالیز و هم چنین از طریق مدفوع، میزان پتاسیم در حد طبیعی و یا تا حدودی پائین می باشد، بدین ترتیب این سؤال مطرح می شود که میزان معمولی پتاسیم برای بیماران دیالیزی و دز روزانه آن چقدر می باشد. البته در مواردی همچون عفونت، میزان پتاسیم بطور خطرناک افزایش می یابد که در معاینه این افراد به وضوح مشهود است.

برای بیماران دیالیزی، رژیم غذایی تجویز شده باید از نظر فسفر نیز محدود گردد؛ چرا که کلیه این بیماران، قادر به دفع فسفر نمی باشد. غذاهای حاوی فسفر زیاد مانند گوشت قرمز، سبزیها، میوه جاتی مثل فندق، گردو، غذاهای حاوی شیر و زرده تخم مرغ باید از فهرست غذایی این بیماران حذف گردد. اگر در مورد تغذیه بیمار دیابتی اطمینان ندارید با مسئول تغذیه یا مرکز دیالیز محلی تماس بگیرید. بر عکس

مراحل پایانی بدست آورید. در حالی که آموزش می دهید (که این نیز وظیفه شما در امر مراقبت از بیمار است) بیمار را نیز در مراقبت از خود دخالت دهید و به او اجازه دهید که در طول بستری، امر مراقبت از خود را بعهده بگیرد.

Dunn, Sheila A "How to care for the Dialysis Patient" AgN, Vol., No. 5, 1993

1. Jackson
2. End-stage renal Disease
3. Sanders
4. Continuons-ambulatory Peritoneal Dialysis
5. Ultrafiltration
6. Dialysate
7. Tenckhoff
8. Braits
9. Thrills
10. Crackle
11. Lactulose
12. Exchange
13. Nifedipin
14. Labitalol (Trandat-Normodyne)
15. Enalapril
16. Clonidine
17. Quinine Sulfate
18. Famotidine (pepcid)
19. Epogen
20. Niferex
21. Tums
22. Titalac
23. Phos-Lo
24. Oxycodone
25. Acetaminophen
26. Meperidine
27. Diphen hydramine
28. Hydroxy zine Hydrochloride

ایجاد راحتی و آسایش برای بیمار:

بیماران دیالیزی بعد از تعویض دچار خستگی می شوند بنابراین باید سعی شود زمانی جهت خوابیدن اختصاص باید در صورت امکان باید از درمان های جسمی بعد از دیالیز دوری کرد زیرا بعلت خستگی، بیمار حداقل سود را از درمان خواهد برد. با یک نفرولوژیست در مورد درمان دارویی درد بیمارانی که جراحی می شوند، مشورت کنید، چون اثر داروهای مورد استفاده (اکسی کودون^{۲۴}، استامینوفن^{۲۵}، مپردین^{۲۶}، و مرفین) بر سیستم اعصاب مرکزی در این بیماران افزایش می یابد، بنابراین دز داروها باید کاهش یابد زیرا خطر دپرسیون تنفسی را افزایش می دهد.

بیماران کلیوی به علت افزایش سطح اوره با خارش و خشکی پوست بدن روبرو هستند، استفاده از صابون های ساده بدون عطر و کرم های نرم کننده پوستی مفید می باشد. در صورت خارش شدید، حتی الامکان به پزشک مراجعه شود زیرا ممکن است عملیات دیالیز جهت بیمار بطور صحیح و کامل انجام نگرفته باشد. داروهای ضد حساسیت مثل دیفن هیدرامین^{۲۷} و هیدروکسی زین هیدروکلراید^{۲۸} می تواند به بیمار کمک کند. بیمار احتمالاً می داند که در گذشته چیزی خارش او را کاهش می داده است. دوباره به او اجازه دهید که در مراقبت خود تا حد ممکن مشارکت کند.

بیماران دیالیزی با نارسایی کلیه همیشه با پرستار داخلی - جراحی درگیر هستند و اگر شما در بعضی از جنبه های مراقبتی اطمینان ندارید می توانید از منابع متعدد موجود استفاده نمایید. پرستار نفرولوژی، مددکار اجتماعی، مسئول تغذیه و نفرولوژیست نباید بیمار را فراموش کنند. تمام افرادی که با بیمار مبتلا به بیماری مزمن زندگی می کنند می توانند اطلاعات بالارزشی در اختیار او قرار دهند. شما باید آگاهی عملی درباره چگونگی سازگاری فرد با بیماری کلیوی در