നഴ്സിങ് ഫാർമക്കോളജി · ക്ലിനിക്കൽ സ്കിൽസ് · പേഷ്യന്റ് സേഫ്റ്റി

A E T C M

ഓരോ നഴ്സും അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ട 100 മരുന്നുകളും 100 പ്രൊസീജറുകളും

ഒരു മരുന്ന്, ഒരു പേജ് — ക്ലാസ്, ഇൻഡിക്കേഷൻസ്, ഡോസ്, നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ, അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റുകളും നഴ്സിങ് നടപടികളും, ഡോസ് നിർത്തിവെക്കേണ്ട സാഹചര്യങ്ങൾ, പേഷ്യന്റ് ടീച്ചിങ്. ഒരു പ്രൊസീജർ, ഒരു പേജ് — ഉപകരണങ്ങൾ, **ഓരോ ഘട്ടവും അതിന്റെ റാഷണലും**, സുരക്ഷാ കാര്യങ്ങൾ, ഡോക്യുമെന്റേഷൻ.

► ക്വിക്ക് മെനു തുറക്കുക — ടാപ്പ് ചെയ്യുക ›



AETCM
Academy for Emergency, Trauma & Critical care Medicine

രചന

ഡോ. ഗിരീഷ് കുമാർ കെ.പി.

പ്രിൻസിപ്പൽ, അമൃത സ്കൂൾ ഓഫ് മെഡിസിൻ
ഡയറക്ടർ, അക്കാദമി ഫോർ എമർജൻസി, ട്രോമ & ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മെഡിസിൻ (AETCM) · കൊച്ചി, കേരളം

നഴ്സിങ് വിദ്യാർത്ഥികൾ (GNM, B.Sc., M.Sc.), സ്റ്റാഫ് നഴ്സുമാർ, ICU, എമർജൻസി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് നഴ്സുമാർ എന്നിവർക്കായി
AETCM · അക്കാദമി ഫോർ എമർജൻസി, ട്രോമ & ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മെഡിസിൻ



വാങ്ങുക ›

ക്വിക്ക് മെനു

മരുന്നുകളുടെ ക്ലാസുകൾ, പ്രൊസീജർ വിഭാഗങ്ങൾ, കൂടുതൽ തിരയുന്ന വിഷയങ്ങൾ, റഫറൻസ് പട്ടികകൾ — ഏത് ബട്ടണിലും ടാപ്പ് ചെയ്യുക

ഭാഗം 1 · 100 മരുന്നുകൾ

കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ ›
ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ & ബ്ലഡ് ›
റെസ്പിറേറ്ററി & അലർജി ›
എൻഡോക്രൈൻ & ഹോർമോണുകൾ ›
ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ ›
ആന്റിമൈക്രോബിയലുകൾ ›
സൈക്യാട്രിക് & ന്യൂറോളജിക്കൽ ›
അനാൽജെസിക്കുകൾ & ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ ›
ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകൾ ›

ഭാഗം 2 · 100 പ്രൊസീജറുകൾ

അസസ്മെന്റ് & വൈറ്റൽ സൈൻസ് ›
മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ ›
IV ആക്സസ് & വാസ്കുലാർ കെയർ ›
ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ & മുറിവുകൾ ›
പെരിഓപ്പറേറ്റീവ് & അസിസ്റ്റിങ് ›
റെസ്പിറേറ്ററി & എയർവേ ›
GI & ന്യൂട്രീഷൻ ›
ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ ›
ഫ്ലൂയിഡുകൾ & ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റുകൾ ›
ചലനം, സുരക്ഷ & ചർമ്മം ›
എമർജൻസി & ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ ›

കൂടുതൽ തിരയുന്നവ

ഇൻസുലിൻ ›
ഹെപ്പാരിൻ ›
ഡിജോക്സിൻ ›
അഡ്രിനലിൻ ›
നോർഅഡ്രിനലിൻ ›
മോർഫിൻ ›
മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ് ›
ഓക്സിടോസിൻ ›
പൊട്ടാസ്യം & ഫ്യൂറോസെമൈഡ് ›
പാരസെറ്റമോൾ ›
CPR ›
IV കാനുലേഷൻ ›
ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ›
NG ട്യൂബ് ›
കത്തീറ്ററൈസേഷൻ ›
ഓക്സിജൻ തെറാപ്പി ›
സക്ഷനിങ് ›
ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ ›
GCS ›
12-ലീഡ് ECG ›
PPE ›
പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി ›

റഫറൻസ്

ഡ്രഗ് കാൽക്കുലേഷനുകൾ ›
ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകൾ & ആന്റിഡോട്ടുകൾ ›
നോർമൽ വാല്യൂസ് ›
ചുരുക്കെഴുത്തുകൾ ›
ഉപയോഗിക്കേണ്ട വിധം ›
ആമുഖക്കുറിപ്പ് ›
ഉള്ളടക്കം ›
A–Z ഇൻഡക്സ് ›
രചയിതാവിന്റെ പുസ്തകങ്ങൾ ›



വാങ്ങുക ›

ആമുഖം

ഈ പുസ്തകം ഉപയോഗിക്കേണ്ട വിധം

ഡോ. ഗിരീഷ് കുമാർ കെ.പി. · AETCM · ഒന്നാം പതിപ്പ് · നവംബർ 2026

GNM, B.Sc., M.Sc. നഴ്സിങ് വിദ്യാർത്ഥികൾ, സ്റ്റാഫ് നഴ്സുമാർ, വാർഡുകൾ, ICU, ഓപ്പറേഷൻ തിയേറ്റർ, ലേബർ റൂം, എമർജൻസി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റ് എന്നിവിടങ്ങളിൽ ജോലി ചെയ്യുന്ന നഴ്സുമാർ എന്നിവർക്കായാണ് ഈ പുസ്തകം. ഒരു നഴ്സ് മിക്കവാറും എല്ലാ ദിവസവും ഉപയോഗിക്കുന്ന **100 മരുന്നുകളും** ചെയ്യുന്ന **100 പ്രൊസീജറുകളും** ഓരോന്നും ഓരോ പേജിൽ ഇവിടെ ചേർത്തിരിക്കുന്നു.

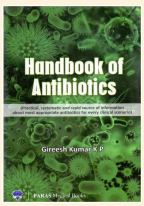
ഭാഗം 1-ൽ മരുന്നുകളെ 9 ക്ലാസുകളായും **ഭാഗം 2**-ൽ പ്രൊസീജറുകളെ 11 ക്ലിനിക്കൽ വിഭാഗങ്ങളായും തിരിച്ചിരിക്കുന്നു. ഓരോ വിഭാഗവും ഒരു പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയോടെ തുടങ്ങുന്നു. മെഡിക്കൽ പദങ്ങൾ മാറ്റാതെ മലയാളം ലിപിയിൽ എഴുതിയിരിക്കുന്നു; മരുന്നിന്റെ ലേബലുമായി ഒത്തുനോക്കാൻ ഓരോ പേജിന്റെയും തലക്കെട്ടിൽ ഇംഗ്ലീഷ് പേരും നൽകിയിട്ടുണ്ട്.

മരുന്നിന്റെ പേജിൽ	പ്രൊസീജറിന്റെ പേജിൽ
ക്ലാസ്, ആമുഖം, ഇൻഡിക്കേഷൻസ്	ഉദ്ദേശ്യവും ഇൻഡിക്കേഷൻസും
നീല ബോക്സ് — നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ	ഉപകരണങ്ങളുടെ പട്ടിക
ഡോസ്, റൂട്ട്, നൽകേണ്ട രീതി (മുതിർന്നവർക്ക്)	ഓരോ നഴ്സിങ് നടപടിയും അതിന്റെ റാഷണലും
അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റും നഴ്സിങ് നടപടിയും	റിസ്കുകളും കോംപ്ലിക്കേഷനുകളും പ്രതിരോധവും
ചുവപ്പ് ബോക്സ് — ഡോസ് നിർത്തി ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്	മഞ്ഞ ബോക്സ് — ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
പച്ച ബോക്സ് — പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ	ക്ലിനിക്കൽ പേളും സൗജന്യ റഫറൻസ് ലിങ്കും
ക്ലിനിക്കൽ പേളും സൗജന്യ ലേബൽ ലിങ്കും (DailyMed, NFI)	വിഭാഗ സംഗ്രഹത്തിലേക്കും ഉള്ളടക്കത്തിലേക്കുമുള്ള ലിങ്കുകൾ

മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷന്റെ "റൈറ്റ്സ്"

ശരിയായ പേഷ്യന്റ് (രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ) · ശരിയായ മരുന്ന് · ശരിയായ ഡോസ് · ശരിയായ റൂട്ട് · ശരിയായ സമയം · ശരിയായ ഡോക്യുമെന്റേഷൻ · ശരിയായ കാരണം · ശരിയായ റെസ്പോൺസ് · നിരസിക്കാനുള്ള അവകാശം · ശരിയായ എഡ്യൂക്കേഷൻ. മൂന്ന് തവണ പരിശോധിക്കുക: സ്റ്റോറേജിൽ നിന്ന് എടുക്കുമ്പോൾ, തയ്യാറാക്കുമ്പോൾ, ബെഡ്സൈഡിൽ വെച്ച്.

ഡോസുകൾ പഠനാവശ്യത്തിനുള്ള സാധാരണ മുതിർന്നവരുടെ ഡോസുകളാണ്. എപ്പോഴും പ്രിസ്ക്രിപ്ഷൻ, പ്രോഡക്റ്റ് ലേബൽ, ആശുപത്രി പോളിസി, ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിലിന്റെ മാർഗ്ഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ എന്നിവ പാലിക്കുക. ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകൾക്ക് ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ഡബിൾ ചെക്ക് നിർബന്ധം.



രചയിതാവിന്റെ മറ്റൊരു പുസ്തകം · കമ്പാനിയൻ ബുക്ക്

Handbook of Antibiotics

ഓരോ ക്ലിനിക്കൽ സാഹചര്യത്തിനും അനുയോജ്യമായ ആന്റിബയോട്ടിക് തിരഞ്ഞെടുക്കാൻ സഹായിക്കുന്ന പ്രായോഗിക കൈപ്പുസ്തകം (PARAS Medical Books).

വാങ്ങുക ›



വാങ്ങുക ›

ആമുഖക്കുറിപ്പ്

ഈ പുസ്തകം എന്തിന്, എങ്ങനെ ഉപയോഗിക്കണം



ഡോ. ഗിരീഷ് കുമാർ കെ.പി.

ഒരു പ്രിസ്ക്രിപ്ഷനും പേഷ്യന്റിനും ഇടയിലെ അവസാനത്തെ സുരക്ഷാ കവചം നഴ്സുമാരാണ്. നൽകുന്ന ഓരോ ടാബ്ലെറ്റും ഓരോ ഇൻജക്ഷനും ഘടിപ്പിക്കുന്ന ഓരോ ഇൻഫ്യൂഷനും ഒരു നഴ്സിന്റെ കൈകളിലൂടെയും വിവേചനത്തിലൂടെയുമാണ് കടന്നുപോകുന്നത്. ധാരാളം രോഗികളും പുതിയ ബിരുദധാരികളും കുറച്ച് സീനിയർ സ്റ്റാഫ് മാത്രമുള്ള രാത്രി ഷിഫ്റ്റുകളുമുള്ള നമ്മുടെ ആശുപത്രികളിൽ ആ വിവേചനം വേഗമേറിയതും സുരക്ഷിതവും അറിവിൽ അധിഷ്ഠിതവുമായിരിക്കണം.

ആ നിമിഷത്തിന് പിന്തുണ നൽകാനാണ് ഈ പുസ്തകം എഴുതിയത്. നഴ്സുമാർ ഏറ്റവും കൂടുതൽ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്ന നൂറ് മരുന്നുകളും എല്ലാ ദിവസവും ചെയ്യുന്ന നൂറ് പ്രൊസീജറുകളും ഇതിലുണ്ട്. ഓരോന്നിനും ഒരു പേജ്: നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് എന്ത് പരിശോധിക്കണം, പിന്നീട് എന്ത് ശ്രദ്ധിക്കണം, എപ്പോൾ ഡോസ് നിർത്തി ഡോക്ടറെ വിളിക്കണം, പേഷ്യന്റിനെ എന്ത് പഠിപ്പിക്കണം — പ്രൊസീജറുകൾക്ക് ഓരോ ഘട്ടവും അതിന്റെ റാഷണലും തടയേണ്ട റിസ്കുകളും.

പുസ്തകത്തിൽ ഉടനീളം ഊന്നൽ പേഷ്യന്റ് സേഫ്റ്റിക്കാണ്: ഓരോ ഇടപെടലിനും മുമ്പ് രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ, ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകൾക്ക് ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ഡബിൾ ചെക്ക്, അസെപ്സിസ്, നില വഷളാകുന്നത് നേരത്തേ തിരിച്ചറിയൽ, പൂർണ്ണമായ ഡോക്യുമെന്റേഷൻ. ഡ്രഗ് കാൽക്കുലേഷൻ, ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകളും ആന്റിഡോട്ടുകളും, നോർമൽ വാല്യൂസ് എന്നിവ അവസാനത്തെ റഫറൻസ് പട്ടികകളിലുണ്ട്.

ഈ പേജുകൾക്ക് രൂപം നൽകിയ ചോദ്യങ്ങൾ ചോദിച്ച അമൃതയിലെ നഴ്സിങ് ടീമുകൾക്കും AETCM-ലെ അധ്യാപകർക്കും വിദ്യാർത്ഥികൾക്കും, ഞങ്ങളെ വിശ്വസിച്ച് പരിചരണം ഏൽപ്പിക്കുന്ന രോഗികൾക്കും നന്ദി. വായനക്കാരുടെ നിർദ്ദേശങ്ങൾ എപ്പോഴും സ്വാഗതം ചെയ്യുന്നു.

ഡോ. ഗിരീഷ് കുമാർ കെ.പി.
MBBS, MD
പ്രിൻസിപ്പൽ — അമൃത സ്കൂൾ ഓഫ് മെഡിസിൻ
ഡയറക്ടർ — അക്കാദമി ഫോർ എമർജൻസി, ട്രോമ & ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മെഡിസിൻ (AETCM)
കൊച്ചി, കേരളം · നവംബർ 2026
amrita.edu/faculty/gireeshkumarkp

വാങ്ങുക ›

ഉള്ളടക്കം

ഏത് വരിയിലും ടാപ്പ് ചെയ്യുക

	കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ	**7**
1	ലിസിനോപ്രിൽ / എനലാപ്രിൽ	8
2	ലോസാർട്ടൻ / ടെൽമിസാർട്ടൻ	9
3	മെറ്റോപ്രോളോൾ	10
4	ആംലോഡിപിൻ	11
5	ഡിൽറ്റിയാസെം	12
6	ക്ലോണിഡിൻ	13
7	ഹൈഡ്രാലസിൻ	14
8	ഡിഗോക്സിൻ	15
9	അമിയോഡറോൺ	16
10	അഡിനോസിൻ	17
11	അട്രോപിൻ	18
12	അഡ്രിനാലിൻ (എപിനെഫ്രിൻ)	19
13	നോറഡ്രിനാലിൻ (നോറെപിനെഫ്രിൻ)	20
14	ഡോപമിൻ	21
15	നൈട്രോഗ്ലിസറിൻ (ഗ്ലിസറൈൽ ട്രൈനൈട്രേറ്റ്)	22
16	അറ്റോർവാസ്റ്റാറ്റിൻ / റോസുവാസ്റ്റാറ്റിൻ	23
17	ഫ്യൂറോസെമൈഡ്	24
18	സ്പൈറോനോലാക്ടോൺ	25
19	ഹൈഡ്രോക്ലോറോതയാസൈഡ് / ക്ലോർതാലിഡോൺ	26
20	മാനിറ്റോൾ	27
	ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും	**28**
21	വാർഫറിൻ	29
22	ഹെപ്പാരിൻ (അൺഫ്രാക്ഷനേറ്റഡ്)	30
23	ഇനോക്സാപാരിൻ	31
24	റിവറോക്സാബാൻ / അപിക്സാബാൻ	32
25	ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ	33
26	ആസ്പിരിൻ (അസറ്റൈൽസാലിസിലിക് ആസിഡ്)	34
27	ആൾട്ടിപ്ലേസ് / ടെനക്റ്റിപ്ലേസ്	35
28	എറിത്രോപോയറ്റിൻ (എപ്പോയിറ്റിൻ ആൽഫ)	36
29	ഫെറസ് സൾഫേറ്റ് / അയൺ പ്രിപ്പറേഷനുകൾ	37
	റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ	**38**
30	സാൽബ്യൂട്ടമോൾ (ആൽബ്യൂട്ടറോൾ)	39
31	ഇപ്രാട്രോപ്പിയം / ടയോട്രോപ്പിയം	40
32	ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ (ബ്യൂഡെസോണൈഡ് / ഫ്ലൂട്ടിക്കസോൺ)	41
33	മോണ്ടെലൂക്കാസ്റ്റ്	42
34	ക്ലോർഫെനിറമിൻ / ഡൈഫെൻഹൈഡ്രമിൻ	43
35	തിയോഫിലിൻ / അമിനോഫിലിൻ	44
36	ഗ്വയ്ഫെനെസിൻ / ആംബ്രോക്സോൾ	45
	എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ	**46**
37	ഇൻസുലിൻ ലിസ്പ്രോ / ആസ്പാർട്ട് (റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ്)	47
38	ഇൻസുലിൻ റെഗുലർ (സോളൂബിൾ, ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ്)	48
39	ഇൻസുലിൻ NPH (ഐസോഫേൻ, ഇന്റർമീഡിയറ്റ്-ആക്റ്റിങ്)	49
40	ഇൻസുലിൻ ഗ്ലാർജിൻ (ലോങ്-ആക്റ്റിങ്)	50
41	മെറ്റ്ഫോർമിൻ	51
42	ഗ്ലിമിപിറൈഡ് / ഗ്ലിപിസൈഡ് / ഗ്ലിക്ലാസൈഡ്	52
43	ഗ്ലൂക്കഗോൺ / 25% ഡെക്സ്ട്രോസ്	53
44	ലെവോതൈറോക്സിൻ	54
45	കാർബിമസോൾ / പ്രൊപൈൽതയോയുറാസിൽ (PTU)	55
46	ഡെസ്മോപ്രസ്സിൻ (DDAVP)	56
47	പ്രെഡ്നിസൊലോൺ / ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ / ഡെക്സാമെതസോൺ	57
48	ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ	58
	ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ	**59**
49	പാന്റോപ്രസോൾ / ഒമിപ്രസോൾ	60
50	ഫാമോട്ടിഡിൻ / റാനിറ്റിഡിൻ	61
51	ഒൻഡാൻസെട്രോൺ	62
52	മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് / ഡോംപെരിഡോൺ	63
53	ഡോക്യുസേറ്റ് / ബിസാക്കോഡിൽ / സെന്ന / പോളിഎതിലീൻ ഗ്ലൈക്കോൾ	64
54	ലാക്റ്റുലോസ്	65
55	ലോപെറമൈഡ്	66
56	പാൻക്രിയാറ്റിക് എൻസൈമുകൾ (പാൻക്രിലിപേസ്)	67
57	സൾഫാസലസിൻ / മെസലസിൻ (5-ASA)	68
	ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും	**69**
58	അമോക്സിസിലിൻ / അമോക്സിസിലിൻ-ക്ലാവുലനേറ്റ്	70
59	സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ	71
60	വാൻകോമൈസിൻ	72
61	ഡോക്സിസൈക്ലിൻ	73
62	അസിത്രോമൈസിൻ	74
63	ജെന്റാമൈസിൻ / അമികാസിൻ	75
64	കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ (ട്രൈമെത്തോപ്രിം–സൾഫാമെതോക്സസോൾ)	76
65	സിപ്രോഫ്ലോക്സസിൻ / ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ	77
66	മെട്രോണിഡസോൾ	78
67	ഐസോണിയാസിഡ് (H)	79
68	റിഫാംപിസിൻ (R)	80
69	ഫ്ലൂക്കോണസോൾ	81
70	അസൈക്ലോവിർ / വലാസൈക്ലോവിർ	82
	സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ	**83**
71	ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ / എസ്സിറ്റലോപ്രാം	84
72	സെർട്രാലിൻ	85
73	അമിട്രിപ്റ്റിലിൻ	86
74	ഫിനെൽസിൻ (MAO ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ)	87
75	ലിഥിയം കാർബണേറ്റ്	88
76	ഹാലോപെരിഡോൾ	89
77	ഒലൻസാപിൻ / ക്ലോസാപിൻ	90
78	ലോറസെപാം / ഡയസെപാം / മിഡസോലം	91
79	ബസ്പിറോൺ	92
80	സോൾപിഡെം	93
81	ഫെനിറ്റോയിൻ / ഫോസ്ഫെനിറ്റോയിൻ	94
82	കാർബമസെപിൻ	95
83	സോഡിയം വാൽപ്രോയേറ്റ്	96
84	ലെവെറ്റിറാസെറ്റം	97
85	ലെവോഡോപ–കാർബിഡോപ	98
86	ബെൻസ്ട്രോപിൻ / ട്രൈഹെക്സിഫെനിഡിൽ	99
87	ഡോനെപെസിൽ	100
	അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ	**101**
88	പാരസെറ്റമോൾ (അസറ്റാമിനോഫെൻ)	102
89	ഐബുപ്രോഫെൻ / ഡൈക്ലോഫെനാക്	103
90	മോർഫിൻ	104
91	ട്രമഡോൾ	105
92	ഫെന്റാനിൽ	106
93	നലോക്സോൺ	107
94	സക്സാമെതോണിയം (സക്സിനൈൽകോളിൻ)	108
95	പ്രൊപ്പോഫോൾ	109
96	കെറ്റമിൻ	110
	സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകളും	**111**
97	ഓക്സിടോസിൻ	112
98	മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ്	113
99	ടോക്കോലിറ്റിക്കുകൾ (നിഫെഡിപിൻ / ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ)	114
100	ആന്റി-D ഇമ്മ്യൂണോഗ്ലോബുലിൻ (Rho(D) ഇമ്മ്യൂൺ ഗ്ലോബുലിൻ)	115
	ഫിസിക്കൽ അസസ്മെന്റും വൈറ്റൽ സൈൻസും	**116**
1	അപിക്കൽ പൾസ് അളക്കൽ	117
2	മാനുവൽ ബ്ലഡ് പ്രഷർ അളക്കൽ	118
3	ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് (പോസ്ചറൽ) വൈറ്റൽ സൈൻസ് വിലയിരുത്തൽ	119
4	ഡീപ് ടെൻഡൻ റിഫ്ലക്സുകൾ (DTR) വിലയിരുത്തൽ	120

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

ഉള്ളടക്കം

ഏത് വരിയിലും ടാപ്പ് ചെയ്യുക

5 ന്യൂറോളജിക്കൽ അസസ്മെന്റ് — ഗ്ലാസ്ഗോ കോമ സ്കെയിൽ 121
6 ക്രേനിയൽ നെർവ് അസസ്മെന്റ് (CN I–XII) 122
7 പ്യൂപ്പില്ലറി അസസ്മെന്റ് (PERRLA) 123
8 ലങ് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ 124
9 ഹാർട്ട് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ 125
10 ബവൽ സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ 126
11 ബ്ലാഡർ സ്കാനിങ് 127
12 പിറ്റിങ് എഡീമ വിലയിരുത്തൽ 128

മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ 129

13 പേഷ്യന്റ് ഐഡന്റിറ്റി ഉറപ്പാക്കൽ 130
14 സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് ഇൻജക്ഷൻ 131
15 ഇൻട്രാമസ്കുലാർ ഇൻജക്ഷൻ — Z-ട്രാക്ക് രീതി 132
16 ഇൻട്രാഡെർമൽ ഇൻജക്ഷൻ 133
17 ഐ ഡ്രോപ്പുകളും ഓയിന്റ്മെന്റും നൽകൽ 134
18 ഇയർ ഡ്രോപ്പുകൾ നൽകൽ 135
19 മീറ്റേർഡ്-ഡോസ് ഇൻഹേലർ (സ്പേസറോടു കൂടി) നൽകൽ 136
20 IV ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ് പ്രൈം ചെയ്യലും പ്രോഗ്രാം ചെയ്യലും 137
21 റെഗുലറും NPH-ഉം ഒരു സിറിഞ്ചിൽ മിക്സ് ചെയ്യൽ 138
22 IV ഡ്രിപ്പ് റേറ്റ് കണക്കാക്കൽ (µg/kg/മിനിറ്റ് ഉൾപ്പെടെ) 139
23 NG / ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി ട്യൂബ് വഴി മരുന്ന് നൽകൽ 140
24 ട്രാൻസ്ഡെർമൽ പാച്ചുകൾ ഒട്ടിക്കൽ 141

IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും 142

25 പെരിഫറൽ IV കാനുലേഷൻ 143
26 IV സൈറ്റ് അസസ്മെന്റും പരിപാലനവും (VIP സ്കോർ) 144
27 സെൻട്രൽ വീനസ് ആക്സസ് ഡിവൈസ് ഫ്ലഷ് ചെയ്യൽ 145
28 സെൻട്രൽ ലൈൻ ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ 146
29 ബ്ലഡ് കൾച്ചർ ശേഖരണം 147
30 ഇംപ്ലാന്റഡ് പോർട്ട് (പോർട്ട്-എ-കാത്ത്) ആക്സസ് ചെയ്യൽ 148
31 പെരിഫറൽ IV കാനുല നീക്കം ചെയ്യൽ 149

ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും 150

32 PPE ധരിക്കലും (ഡോണിങ്) നീക്കലും (ഡോഫിങ്) 151
33 സർജിക്കൽ ഹാൻഡ് സ്ക്രബ് 152
34 സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ് സ്ഥാപിക്കലും നിലനിർത്തലും 153
35 സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവിങ് (ഓപ്പൺ മെത്തേഡ്) 154
36 ഡ്രൈ വൂണ്ട് ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ 155
37 ഡാമ്പ്-ടു-ഡ്രൈ, മോയ്സ്റ്റ് വൂണ്ട് പാക്കിങ് 156
38 വൂണ്ട് ഇറിഗേഷൻ 157
39 ജാക്സൺ-പ്രാറ്റ് (JP) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം 158
40 ഹീമോവാക് (സ്പ്രിങ് സക്ഷൻ) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം 159
41 സ്യൂച്ചർ, സ്റ്റേപ്പിൾ നീക്കം ചെയ്യൽ 160
42 വൂണ്ട് കൾച്ചർ സ്വാബ് എടുക്കൽ 161

പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്, അഡ്വാൻസ്ഡ് സ്കിൽസ് 162

43 പ്രീ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ചെക്ക്ലിസ്റ്റ് പരിശോധന 163
44 സീക്വൻഷ്യൽ കംപ്രഷൻ ഡിവൈസുകൾ (SCD) ഘടിപ്പിക്കൽ 164
45 ഇൻസെന്റീവ് സ്പൈറോമെട്രിയും ഡീപ് ബ്രീത്തിങ്ങും പഠിപ്പിക്കൽ 165
46 സെൻട്രൽ ലൈൻ ഇൻസർഷനിൽ സഹായിക്കൽ 166
47 ലംബർ പങ്ചറിൽ സഹായിക്കൽ 167
48 തൊറാസെന്റസിസിൽ (പ്ലൂറൽ ടാപ്പ്) സഹായിക്കൽ 168
49 അബ്ഡോമിനൽ പാരസെന്റസിസിൽ സഹായിക്കൽ 169

റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് 170

50 ഓക്സിജൻ തെറാപ്പി നൽകൽ 171
51 ഓറൽ, ഓറോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ് (യാങ്കവർ) 172
52 നേസോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ് 173
53 എൻഡോട്രക്കിയൽ / ട്രക്കിയോസ്റ്റമി സക്ഷനിങ് 174
54 ട്രക്കിയോസ്റ്റമി കെയർ 175
55 ട്രക്കിയോസ്റ്റമി / ETT കഫ് പ്രഷർ മാനേജ്മെന്റ് 176
56 ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ (അണ്ടർവാട്ടർ സീൽ) സജ്ജമാക്കലും നിരീക്ഷണവും 177
57 ചെസ്റ്റ് ട്യൂബ് പുറത്തുവരൽ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ 178
58 എൻഡോട്രക്കിയൽ ഇൻട്യൂബേഷനിൽ സഹായിക്കൽ 179
59 എക്സ്ട്യൂബേഷൻ കെയർ 180
60 ബാഗ്–വാൽവ്–മാസ്ക് വെന്റിലേഷൻ 181

ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് 182

61 നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് (NG) ട്യൂബ് ഇടൽ 183
62 NG ട്യൂബിന്റെ സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കൽ 184
63 എന്ററൽ ട്യൂബ് ഫീഡുകൾ നൽകൽ 185
64 നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് ട്യൂബ് നീക്കം ചെയ്യൽ 186
65 PEG (ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി) ട്യൂബ് പരിപാലനം 187
66 ടോട്ടൽ പേരന്ററൽ ന്യൂട്രീഷൻ (TPN) നൽകൽ 188
67 കാപ്പിലറി ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് മോണിറ്ററിങ് 189
68 കൊളോസ്റ്റമി/ഇലിയോസ്റ്റമി പൗച്ചിങ്ങും പരിപാലനവും 190
69 കൗൺസിങ് എനിമ നൽകൽ 191
70 ഫീക്കൽ ഇംപാക്ഷന്റെ ഡിജിറ്റൽ നീക്കം 192

ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ 193

71 ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (സ്ത്രീ) 194
72 ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (പുരുഷൻ) 195
73 കണ്ടിന്യൂവസ് ബ്ലാഡർ ഇറിഗേഷൻ (CBI) 196
74 മിഡ്സ്ട്രീം (ക്ലീൻ-ക്യാച്ച്) യൂറിൻ സ്പെസിമെൻ ശേഖരിക്കൽ 197
75 24-മണിക്കൂർ യൂറിൻ സാമ്പിൾ ശേഖരിക്കൽ 198
76 യൂറിനറി കത്തീറ്റർ നീക്കം ചെയ്യൽ (ട്രയൽ വിത്തൗട്ട് കത്തീറ്റർ) 199
77 കോണ്ടം (എക്സ്റ്റേണൽ) കത്തീറ്റർ ഘടിപ്പിക്കൽ 200

ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് 201

78 ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഉറപ്പാക്കലും തുടങ്ങലും 202
79 ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ നിരീക്ഷിക്കൽ 203
80 അക്യൂട്ട് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ 204
81 സെക്കൻഡറി (പിഗ്ഗിബാക്ക്) IV ഇൻഫ്യൂഷൻ സജ്ജമാക്കൽ 205
82 കർശനമായ ഇൻടേക്കും ഔട്ട്പുട്ടും അളക്കൽ (ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്) 206

പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി 207

83 മെക്കാനിക്കൽ ഹോയിസ്റ്റ് ഉപയോഗിച്ച് പേഷ്യന്റ് ട്രാൻസ്ഫർ 208
84 രോഗിയെ ലോഗ്റോൾ ചെയ്യൽ 209
85 കെയിൻ അല്ലെങ്കിൽ വാക്കർ ഉപയോഗിച്ച് നടക്കാൻ സഹായിക്കൽ 210
86 വീഴുന്ന രോഗിയെ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ (നിയന്ത്രിത ഇറക്കം) 211
87 ഫിസിക്കൽ റെസ്ട്രെയിന്റുകൾ പ്രയോഗിക്കലും നിരീക്ഷിക്കലും 212
88 പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി തടയാൻ പൊസിഷൻ മാറ്റൽ 213
89 നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ വൂണ്ട് തെറാപ്പി (വൂണ്ട് VAC) പ്രയോഗിക്കൽ 214
90 ബ്രേഡൻ സ്കെയിൽ ഉപയോഗിച്ച് സ്കിൻ അസസ്മെന്റ് 215

എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ 216

91 കാർഡിയോപൾമണറി റിസസിറ്റേഷൻ (അഡൾട്ട് BLS) 217
92 ഓട്ടോമേറ്റഡ് എക്സ്റ്റേണൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ (AED) ഉപയോഗിക്കൽ 218
93 ഫോറിൻ-ബോഡി എയർവേ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ (ചോക്കിങ്) മാറ്റൽ 219
94 കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ മാനുവൽ ഡീഫിബ്രിലേഷൻ 220
95 സിൻക്രൊണൈസ്ഡ് കാർഡിയോവേർഷൻ 221
96 ആർട്ടീരിയൽ ലൈൻ സജ്ജമാക്കലും ലെവലിങ്ങും 222
97 പ്രഷർ ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ സീറോ ചെയ്യൽ 223
98 തുടർച്ചയായ കാർഡിയാക് മോണിറ്ററിങ്ങും മാരക റിഥങ്ങൾ തിരിച്ചറിയലും 224
99 12-ലീഡ് ECG രേഖപ്പെടുത്തൽ 225
100 പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ (ലാസ്റ്റ് ഓഫീസസ്) 226

റഫറൻസ് പട്ടികകളും അനുബന്ധവും

R ഓരോ നഴ്സും അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ട ഡ്രഗ് കാൽക്കുലേഷനുകൾ 227
R ഹൈ-അലർട്ട് മെഡിക്കേഷനുകളും ആന്റിഡോട്ടുകളും 228
R നോർമൽ വാല്യൂസും തെറാപ്യൂട്ടിക് ഡ്രഗ് ലെവലുകളും 229
R ചുരുക്കെഴുത്തുകൾ (അബ്ബ്രീവിയേഷനുകൾ) 230
A–Z ഇൻഡക്സ് 231
രചയിതാവിന്റെ പുസ്തകങ്ങൾ 236

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
Sreesh Kumar K P
വാങ്ങുക ›

ഭാഗം 1 · വിഭാഗം 1 · 20 മരുന്നുകൾ

കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ആന്റിഹൈപ്പർടെൻസീവുകൾ, ആന്റിഅരിത്മിക്കുകൾ, വാസോപ്രസ്സറുകൾ, നൈട്രേറ്റുകൾ, സ്റ്റാറ്റിനുകൾ, ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ എന്നിവയാണ് വാർഡുകളിലും ICU-കളിലുമേറ്റവും കൂടുതൽ നൽകുന്ന മരുന്നുകൾ. ഇവയിൽ മിക്കതും പൾസും ബ്ലഡ് പ്രഷറും പരിശോധിച്ച ശേഷം മാത്രമേ നൽകാവൂ; ഇൻട്രാവീനസ് ആയി നൽകുമ്പോൾ പലതും ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകളാണ്.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
1	ലിസിനോപ്രിൽ / എനലാപ്രിൽ	ACE ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ ആൻജിയോടെൻസിൻ I-നെ ആൻജിയോടെൻസിൻ II ആക്കുന്നത് തടയുന്നു	8
2	ലോസാർട്ടൻ / ടെൽമിസാർട്ടൻ	ARB-കൾ AT1 റിസപ്റ്ററിനെ നേരിട്ട് ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു	9
3	മെറ്റോപ്രോളോൾ	മെറ്റോപ്രോളോൾ ഹാർട്ട് റേറ്റ് കുറയ്ക്കുകയും മയോകാർഡിയൽ ഓക്സിജൻ ഡിമാൻഡ് കുറയ്ക്കുകയും BP കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു	10
4	ആംലോഡിപിൻ	ആംലോഡിപിൻ ആർട്ടീരിയൽ സ്മൂത്ത് മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിച്ച് BP കുറയ്ക്കുകയും ആൻജൈന ശമിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു	11
5	ഡിൽറ്റിയാസെം	ഡിൽറ്റിയാസെം AV നോഡ് കണ്ടക്ഷനും ഹാർട്ട് റേറ്റും കുറയ്ക്കുകയും കൊറോണറി ആർട്ടറികളെ വികസിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു	12
6	ക്ലോണിഡിൻ	ക്ലോണിഡിൻ ബ്രെയിൻസ്റ്റെമിൽ നിന്നുള്ള സിംപതറ്റിക് ഔട്ട്ഫ്ലോ കുറച്ച് BP-യും ഹാർട്ട് റേറ്റും കുറയ്ക്കുന്നു	13
7	ഹൈഡ്രാലസിൻ	ഹൈഡ്രാലസിൻ ആർട്ടീരിയോളാർ സ്മൂത്ത് മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിക്കുന്നു	14
8	ഡിഗോക്സിൻ	ഡിഗോക്സിൻ Na+/K+-ATPase-നെ തടഞ്ഞ് മയോകാർഡിയൽ കോൺട്രാക്റ്റിലിറ്റി കൂട്ടുകയും AV കണ്ടക്ഷൻ കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു	15
9	അമിയോഡറോൺ	അമിയോഡറോൺ ആക്ഷൻ പൊട്ടൻഷ്യലും റിഫ്രാക്ടറി പീരിയഡും നീട്ടുന്നു	16
10	അഡിനോസിൻ	അഡിനോസിൻ താൽക്കാലികമായി AV നോഡ് ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു (ഹാഫ്-ലൈഫ് 10 സെക്കൻഡിൽ താഴെ)	17
11	അട്രോപിൻ	അട്രോപിൻ ഹൃദയത്തിലും സ്രവങ്ങളിലുമുള്ള വേഗൽ ഫലങ്ങളെ തടയുന്നു	18
12	അഡ്രിനാലിൻ (എപിനെഫ്രിൻ)	കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിലും അനാഫൈലാക്സിസിലും ആദ്യ മരുന്ന് അഡ്രിനാലിൻ ആണ്	19
13	നോറഡ്രിനാലിൻ (നോറെപിനെഫ്രിൻ)	സെപ്റ്റിക് ഷോക്കിലെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ വാസോപ്രസ്സറാണ് നോറഡ്രിനാലിൻ; ഇത് സിസ്റ്റമിക് വാസ്കുലാർ റെസിസ്റ്റൻസും മീൻ ആർട്ടീരിയൽ പ്...	20
14	ഡോപമിൻ	ഡോപമിന്റെ ഫലം ഡോസ് അനുസരിച്ച് മാറുന്നു: മിതമായ ഡോസിൽ □1 ഐനോട്രോപ്പി, കൂടിയ ഡോസിൽ □ വാസോകൺസ്ട്രിക്ഷൻ	21
15	നൈട്രോഗ്ലിസറിൻ (ഗ്ലിസറൈൽ ട്രൈനൈട്രേറ്റ്)	നൈട്രേറ്റുകൾ നൈട്രിക് ഓക്സൈഡ് പുറത്തുവിട്ട് വെയിനുകളെയും (പ്രീലോഡ് കുറയ്ക്കുന്നു) കൊറോണറി ആർട്ടറികളെയും വികസിപ്പിക്കുന...	22
16	അറ്റോർവാസ്റ്റാറ്റിൻ / റോസുവാസ്റ്റാറ്റിൻ	സ്റ്റാറ്റിനുകൾ LDL കൊളസ്ട്രോൾ കുറയ്ക്കുകയും അഥീറോസ്ക്ലീറോട്ടിക് പ്ലാക്കുകളെ സ്ഥിരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്ത് ഹാർട്ട് അറ്റാക്...	23
17	ഫ്യൂറോസെമൈഡ്	ഫ്യൂറോസെമൈഡ് ലൂപ്പ് ഓഫ് ഹെൻലിയിലെ Na+/K+/2Cl− കോട്രാൻസ്പോർട്ടറിനെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് വേഗത്തിൽ ഡൈയൂറിസിസ് ഉണ്ടാക്കുന്നു	24
18	സ്പൈറോനോലാക്ടോൺ	സ്പൈറോനോലാക്ടോൺ കളക്റ്റിങ് ഡക്റ്റിലെ ആൽഡോസ്റ്റിറോണിനെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് പൊട്ടാസ്യം നിലനിർത്തിക്കൊണ്ട് സോഡിയം പുറന്തള്ളുന...	25
19	ഹൈഡ്രോക്ലോറോതയാസൈഡ് / ക്ലോർതാലിഡോൺ	തയാസൈഡുകൾ ഡിസ്റ്റൽ ട്യൂബ്യൂളിലെ Na+/Cl− റീഅബ്സോർപ്ഷൻ ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു	26
20	മാനിറ്റോൾ	മാനിറ്റോൾ പ്ലാസ്മ ഓസ്മോലാലിറ്റി കൂട്ടി ബ്രെയിൻ ടിഷ്യുവിൽ നിന്ന് വെള്ളം വലിച്ചെടുക്കുന്നു	27

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ലിസിനോപ്രിൽ / എനലാപ്രിൽ

Lisinopril / Enalapril · ACE ഇൻഹിബിറ്റർ (ആൻജിയോടെൻസിൻ കൺവെർട്ടിങ് എൻസൈം ഇൻഹിബിറ്റർ)

ആമുഖം. ACE ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ ആൻജിയോടെൻസിൻ I-നെ ആൻജിയോടെൻസിൻ II ആക്കുന്നത് തടയുന്നു. ഇത് ബ്ലഡ് പ്രഷറും ആഫ്റ്റർലോഡും കുറയ്ക്കുകയും ഡയബറ്റിസിൽ കിഡ്നിയെ സംരക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. എനലാപ്രിൽ, റാമിപ്രിൽ എന്നിവ ഇന്ത്യയിൽ വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (HFrEF)
- മയോകാർഡിയൽ ഇൻഫാർക്ഷന് ശേഷം
- ഡയബറ്റിക് നെഫ്രോപ്പതി, പ്രോട്ടീനൂറിയ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP-യും പൾസും
- സീറം പൊട്ടാസ്യം, ക്രിയാറ്റിനിൻ (തുടങ്ങുമ്പോഴും 1–2 ആഴ്ചയ്ക്ക് ശേഷവും)
- പ്രെഗ്നൻസി — കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്
- ആൻജിയോഎഡീമയുടെ ചരിത്രം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ലിസിനോപ്രിൽ ഓറൽ	5–40 mg ദിവസം ഒരു തവണ
എനലാപ്രിൽ ഓറൽ	2.5–20 mg ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ
റാമിപ്രിൽ ഓറൽ	1.25–10 mg ദിവസം ഒരു തവണ
ആദ്യ ഡോസ്	രാത്രി കിടക്കുന്നതിന് മുമ്പ്, പേഷ്യന്റ് കിടന്ന നിലയിൽ (ഫസ്റ്റ്-ഡോസ് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വിട്ടുമാറാത്ത ഡ്രൈ കഫ് (10–15%)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; ഡോക്ടർ ARB-യിലേക്ക് മാറ്റിയേക്കാം
ആൻജിയോഎഡീമ (ചുണ്ട്, നാക്ക്, എയർവേ നീർവീക്കം)	എമർജൻസി — മരുന്ന് നിർത്തുക, എയർവേ സംരക്ഷിക്കുക, റാപ്പിഡ് റെസ്പോൺസ് ടീമിനെ വിളിക്കുക; ഒരിക്കലും വീണ്ടും നൽകരുത്
ഹൈപ്പർകലീമിയ	K^+ പരിശോധിക്കുക; പൊട്ടാസ്യം സപ്ലിമെന്റുകളും സാൾട്ട് സബ്സ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകളും ഒഴിവാക്കുക
ഫസ്റ്റ്-ഡോസ് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, തലകറക്കം	പതുക്കെ എഴുന്നേൽക്കുക; ഫാൾ പ്രിക്കോഷൻസ്
ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരൽ	30%-ൽ കൂടുതൽ ഉയർന്നാൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; AKI, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ ഉള്ളപ്പോൾ ഹോൾഡ് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ ലക്ഷണങ്ങളോടു കൂടിയ ഹൈപ്പോടെൻഷൻ
- K^+ 5.5 mmol/L-ൽ കൂടുതൽ
- ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരുന്നു, ഛർദ്ദി/വയറിളക്കം (സിക്ക്-ഡേ റൂൾ)
- മുഖത്തോ നാക്കിലോ നീർവീക്കം
- പ്രെഗ്നൻസി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- എല്ലാ ദിവസവും ഒരേ സമയത്ത് കഴിക്കുക
- ചുമ, മുഖത്തോ ചുണ്ടിലോ നീർവീക്കം ഉണ്ടായാൽ ഉടൻ അറിയിക്കുക
- സാൾട്ട് സബ്സ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകൾ ഒഴിവാക്കുക (K^+ അടങ്ങിയിരിക്കുന്നു)
- പതുക്കെ എഴുന്നേൽക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

വർഷങ്ങളോളം പ്രശ്നമില്ലാതെ ഉപയോഗിച്ച ശേഷവും ആൻജിയോഎഡീമ ഉണ്ടാകാം. ACE ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ ടെറാറ്റോജെനിക് ആണ് — പ്രെഗ്നൻസി സ്ഥിരീകരിച്ചാൽ ഉടൻ നിർത്തുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Lisinopril · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ലോസാർട്ടൻ / ടെൽമിസാർട്ടൻ

Losartan / Telmisartan · ആൻജിയോടെൻസിൻ II റിസപ്റ്റർ ബ്ലോക്കർ (ARB)

ആമുഖം. ARB-കൾ AT1 റിസപ്റ്ററിനെ നേരിട്ട് ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു. ബ്രാഡികിനിൻ മൂലമുള്ള ചുമയില്ലാതെ ACE ഇൻഹിബിറ്ററിന്റെ അതേ ഗുണങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നു; ഇന്ത്യയിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ പ്രിസ്ക്രൈബ് ചെയ്യുന്ന ARB ടെൽമിസാർട്ടൻ ആണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ACE ഇൻഹിബിറ്റർ ചുമ ഉണ്ടാക്കുമ്പോൾ ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ
- ഡയബറ്റിക് കിഡ്നി ഡിസീസ്
- സ്ട്രോക്ക് പ്രിവൻഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP
- പൊട്ടാസ്യവും ക്രിയാറ്റിനിനും
- പ്രെഗ്നൻസി — കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്
- ACE ഇൻഹിബിറ്ററിനോടൊപ്പം നൽകരുത്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ലോസാർട്ടൻ ഓറൽ	25–100 mg ദിവസം ഒരു തവണ
ടെൽമിസാർട്ടൻ ഓറൽ	20–80 mg ദിവസം ഒരു തവണ
കോമ്പിനേഷനുകൾ	ആംലോഡിപിൻ അല്ലെങ്കിൽ ഹൈഡ്രോക്ലോറോതയാസൈഡിനൊപ്പം (ഫിക്സഡ്-ഡോസ്)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, തലകറക്കം	ഓരോ ഡോസിനും മുമ്പ് BP പരിശോധിക്കുക; ഫാൾ പ്രിക്കോഷൻസ്
ഹൈപ്പർകലീമിയ	K^+ നിരീക്ഷിക്കുക; നിർദ്ദേശമില്ലെങ്കിൽ പൊട്ടാസ്യം-സ്പെയറിങ് ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ ഒഴിവാക്കുക
റീനൽ ഇംപെയർമെന്റ്	ക്രിയാറ്റിനിനും യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ടും നിരീക്ഷിക്കുക
ആൻജിയോഎഡീമ (അപൂർവം)	നിർത്തുക, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ
- K^+ 5.5 mmol/L-ൽ കൂടുതൽ
- അക്യൂട്ട് കിഡ്നി ഇഞ്ചുറി അല്ലെങ്കിൽ ഡീഹൈഡ്രേഷൻ
- പ്രെഗ്നൻസി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സുഖമായിരിക്കുമ്പോഴും ദിവസവും കഴിക്കുക
- NSAID-കൾ ഒഴിവാക്കുക (ഫലം കുറയ്ക്കും, കിഡ്നിയെ ബാധിക്കും)
- വീട്ടിൽ BP പരിശോധിക്കുക
- ഗർഭിണിയായാൽ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ACE ഇൻഹിബിറ്റർ ചുമ ഉണ്ടാകുന്ന പേഷ്യന്റിന് സാധാരണ മാറ്റുന്നത് ARB-യിലേക്കാണ് — എന്നാൽ ACE ഇൻഹിബിറ്റർ ആൻജിയോഎഡീമയ്ക്ക് ശേഷം സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ് ഉപദേശമില്ലാതെ പാടില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Losartan · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

മെറ്റോപ്രോളോൾ

Metoprolol · ബീറ്റ-1 സെലക്ടീവ് അഡ്രിനെർജിക് ബ്ലോക്കർ

ആമുഖം. മെറ്റോപ്രോളോൾ ഹാർട്ട് റേറ്റ് കുറയ്ക്കുകയും മയോകാർഡിയൽ ഓക്സിജൻ ഡിമാൻഡ് കുറയ്ക്കുകയും BP കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ആൻജൈന, MI-ക്ക് ശേഷം, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (സക്സിനേറ്റ്), ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷനിലെ റേറ്റ് കൺട്രോൾ, തൈറോടോക്സിക്കോസിസ് എന്നിവയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ആൻജൈന, MI-ക്ക് ശേഷം
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (മെറ്റോപ്രോളോൾ സക്സിനേറ്റ്)
- ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ/ഫ്ലട്ടറിൽ റേറ്റ് കൺട്രോൾ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **ഓരോ ഡോസിനും മുമ്പ് 1 മിനിറ്റ് മുഴുവൻ അപിക്കൽ പൾസും BP-യും**
- ഹാർട്ട് ബ്ലോക്കിനായി ECG
- ആസ്ത്മ/COPD ചരിത്രം
- ഡയബറ്റിക്കുകളിൽ ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് (ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ മറയ്ക്കുന്നു)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ ടാർട്രേറ്റ്	25–100 mg ദിവസം രണ്ട് തവണ
ഓറൽ സക്സിനേറ്റ് (എക്സ്റ്റൻഡഡ് റിലീസ്)	12.5–200 mg ദിവസം ഒരു തവണ — പൊടിക്കരുത്
IV	5 mg 1–2 മിനിറ്റിൽ സാവധാനം, 5 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് പരമാവധി 15 mg വരെ (ECG മോണിറ്ററിങ്ങോടെ)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ബ്രാഡികാർഡിയ, ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക്	ഡോസ് ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; ECG; ലക്ഷണങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ അട്രോപിൻ
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; കിടത്തുക; അറിയിക്കുക
ബ്രോങ്കോസ്പാസം	നിർത്തുക; സാൽബ്യൂട്ടമോൾ നെബുലൈസേഷൻ
മാസ്ക്ഡ് ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ	ഗ്ലൂക്കോസ് നിരീക്ഷിക്കുക (വിയർപ്പ് ഉണ്ടാകും, വിറയലും ടാക്കികാർഡിയയും മറയും)
ക്ഷീണം, കൈകാലുകൾ തണുക്കൽ, ഡിപ്രഷൻ	ആശ്വസിപ്പിക്കുക, റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഹാർട്ട് റേറ്റ് മിനിറ്റിൽ 60-ൽ താഴെ
- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ
- പുതിയ ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക് അല്ലെങ്കിൽ വീസ്
- അക്യൂട്ട് ഹാർട്ട് ഫെയിലിയറിന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കഴിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് പൾസ് നോക്കുക; 60-ൽ താഴെയെങ്കിൽ ഒഴിവാക്കി ഡോക്ടറെ വിളിക്കുക
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത് (റീബൗണ്ട് ആൻജൈന, MI)
- പതുക്കെ എഴുന്നേൽക്കുക
- ഡയബറ്റിക്കുകൾ: ഷുഗർ പരിശോധിക്കുക — ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയയുടെ മുന്നറിയിപ്പായി ഹൃദയമിടിപ്പ് കൂടില്ല

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ബീറ്റ-ബ്ലോക്കർ പെട്ടെന്ന് നിർത്തിയാൽ അൺസ്റ്റേബിൾ ആൻജൈനയോ MI-യോ ഉണ്ടാകാം — 1–2 ആഴ്ച കൊണ്ട് ക്രമേണ കുറയ്ക്കുക. ഓവർഡോസിന്റെ ആന്റിഡോട്ട്: ഗ്ലൂക്കഗോൺ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Metoprolol · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

ആംലോഡിപിൻ

Amlodipine · ഡൈഹൈഡ്രോപിരിഡിൻ കാൽസ്യം ചാനൽ ബ്ലോക്കർ

ആമുഖം. ആംലോഡിപിൻ ആർട്ടീരിയൽ സ്മൂത്ത് മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിച്ച് BP കുറയ്ക്കുകയും ആൻജൈന ശമിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ദീർഘനേരം പ്രവർത്തിക്കുന്ന, ദിവസം ഒരു തവണ നൽകുന്ന ഇത് ഇന്ത്യയിൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ പ്രിസ്ക്രൈബ് ചെയ്യുന്ന ആന്റിഹൈപ്പർടെൻസീവ് ആണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ക്രോണിക് സ്റ്റേബിൾ, വാസോസ്പാസ്റ്റിക് ആൻജൈന
- റെയ്നോഡ്സ് ഫിനോമിനൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP-യും ഹാർട്ട് റേറ്റും
- തുടക്കത്തിൽ പെഡൽ എഡീമ
- ലിവർ ഡിസീസ് (ഡോസ് കുറയ്ക്കുക)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	2.5–10 mg ദിവസം ഒരു തവണ
പ്രായമായവർ, ലിവർ ഡിസീസ്	2.5 mg-ൽ തുടങ്ങുക
കോമ്പിനേഷനുകൾ	ടെൽമിസാർട്ടൻ, അറ്റിനോളോൾ, മെറ്റോപ്രോളോൾ എന്നിവയോടൊപ്പം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
പെരിഫറൽ (ആങ്കിൾ) എഡീമ	ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ് മൂലമല്ല — കാലുകൾ ഉയർത്തി വെക്കുക; കഠിനമെങ്കിൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
തലവേദന, ഫ്ലഷിങ്	സാധാരണ 1–2 ആഴ്ചയിൽ മാറും
തലകറക്കം, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ഫാൾ പ്രിക്കോഷൻസ്
ജിൻജൈവൽ ഹൈപ്പർപ്ലാസിയ	ഓറൽ ഹൈജീൻ; ഡെന്റൽ പരിശോധന
റിഫ്ലെക്സ് ടാക്കികാർഡിയ	പൾസ് നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ
- കഠിനമായ എഡീമ അല്ലെങ്കിൽ പുതിയ ശ്വാസതടസ്സം
- നെഞ്ചുവേദന കൂടുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- എല്ലാ ദിവസവും ഒരേ സമയത്ത് കഴിക്കുക
- കണങ്കാൽ നീര് സാധാരണമാണ് — വേദനയോ ശ്വാസതടസ്സമോ ഉണ്ടെങ്കിൽ അറിയിക്കുക
- പല്ല് നന്നായി ബ്രഷ് ചെയ്യുക
- മുന്തിരി ജ്യൂസ് (ഗ്രേപ്ഫ്രൂട്ട്) കൂടുതൽ കഴിക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ആംലോഡിപിൻ മൂലമുള്ള ആങ്കിൾ എഡീമ ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ കൊണ്ട് മാറില്ല; ഡോസ് കുറച്ചാലോ ACE ഇൻഹിബിറ്റർ/ARB ചേർത്താലോ കുറയും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Amlodipine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഡിൽറ്റിയാസെം

Diltiazem · നോൺ-ഡൈഹൈഡ്രോപിരിഡിൻ കാൽസ്യം ചാനൽ ബ്ലോക്കർ; ക്ലാസ് IV ആന്റിഅരിത്മിക്

ആമുഖം. ഡിൽറ്റിയാസെം AV നോഡ് കണ്ടക്ഷനും ഹാർട്ട് റേറ്റും കുറയ്ക്കുകയും കൊറോണറി ആർട്ടറികളെ വികസിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷനിലോ ഫ്ലട്ടറിലോ വേഗത്തിലുള്ള റേറ്റ് കൺട്രോളിന് IV ഡിൽറ്റിയാസെം ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ/ഫ്ലട്ടറിൽ റേറ്റ് കൺട്രോൾ
- സൂപ്രാവെൻട്രിക്കുലാർ ടാക്കികാർഡിയ
- ആൻജൈന
- ഹൈപ്പർടെൻഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- അപിക്കൽ പൾസ്, BP, IV-ക്ക് തുടർച്ചയായ ECG
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (റെഡ്യൂസ്ഡ് EF-ൽ ഒഴിവാക്കുക)
- ഒപ്പം ബീറ്റ-ബ്ലോക്കർ (ബ്ലോക്കിനുള്ള സാധ്യത)
- പ്രീ-എക്സൈറ്റേഷൻ (WPW) — ഒഴിവാക്കുക

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV ബോളസ്	0.25 mg/kg (ഏകദേശം 15–20 mg) 2 മിനിറ്റിൽ; ആവശ്യമെങ്കിൽ 15 മിനിറ്റിന് ശേഷം 0.35 mg/kg
IV ഇൻഫ്യൂഷൻ	5–15 mg/h
ഓറൽ	30–90 mg ദിവസം 3–4 തവണ അല്ലെങ്കിൽ SR 120–360 mg ദിവസം ഒരു തവണ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ബ്രാഡികാർഡിയ, AV ബ്ലോക്ക്	ഇൻഫ്യൂഷൻ നിർത്തുക; അട്രോപിൻ; ആവശ്യമെങ്കിൽ പേസിങ്
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	കിടത്തുക, ഫ്ലൂയിഡുകൾ; കഠിനമായ ടോക്സിസിറ്റിയിൽ കാൽസ്യം ഗ്ലൂക്കോണേറ്റ്
ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ വഷളാകൽ	ലങ്സ്, എഡീമ വിലയിരുത്തുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
മലബന്ധം, എഡീമ	ഫ്ലൂയിഡുകൾ, ഫൈബർ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- HR 60-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ പുതിയ ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക്
- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ
- ശ്വാസതടസ്സം, ക്രാക്കിൾസ്
- QRS വീതി കൂടുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- SR ടാബ്ലെറ്റുകൾ പൊടിക്കരുത്
- തലകറക്കം, ബോധക്ഷയം, നീര് എന്നിവ അറിയിക്കുക
- ദിവസവും പൾസ് നോക്കുക
- ഗ്രേപ്ഫ്രൂട്ട് ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

IV ഡിൽറ്റിയാസെം തുടർച്ചയായ ECG, BP മോണിറ്ററിങ്ങോടെ മാത്രമേ നൽകാവൂ. കാൽസ്യം-ചാനൽ-ബ്ലോക്കർ ടോക്സിസിറ്റിയുടെ ആദ്യ ആന്റിഡോട്ട് കാൽസ്യം ഗ്ലൂക്കോണേറ്റ് ആണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Diltiazem · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ക്ലോണിഡിൻ

Clonidine · സെൻട്രൽ ആൽഫ-2 അഡ്രിനെർജിക് അഗോണിസ്റ്റ്

ആമുഖം. ക്ലോണിഡിൻ ബ്രെയിൻസ്റ്റെമിൽ നിന്നുള്ള സിംപതറ്റിക് ഔട്ട്ഫ്ലോ കുറച്ച് BP-യും ഹാർട്ട് റേറ്റും കുറയ്ക്കുന്നു. ഒപിയോയിഡ്/ആൽക്കഹോൾ വിത്ഡ്രോവലിലും ICU സെഡേഷന്റെ സഹായമായും ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- റെസിസ്റ്റന്റ് ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ഹൈപ്പർടെൻസീവ് അർജൻസി
- ഒപിയോയിഡ്, ആൽക്കഹോൾ വിത്ഡ്രോവൽ
- ADHD, സെഡേഷൻ സഹായം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP-യും പൾസും
- മെന്റൽ സ്റ്റാറ്റസ്, സെഡേഷൻ
- കൃത്യമായി കഴിക്കുന്നുണ്ടോ — ഡോസ് മുടങ്ങിയാൽ റീബൗണ്ട് സാധ്യത

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	0.1 mg ദിവസം രണ്ട് തവണ, ദിവസം പരമാവധി 0.6 mg വരെ വിഭജിച്ച ഡോസുകളായി
ട്രാൻസ്ഡെർമൽ പാച്ച്	ആഴ്ചയിൽ ഒരിക്കൽ
IV	150–300 µg സാവധാനം (സ്പെഷ്യലിസ്റ്റ്)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
പെട്ടെന്ന് നിർത്തുമ്പോൾ റീബൗണ്ട് ഹൈപ്പർടെൻഷൻ	2–4 ദിവസം കൊണ്ട് ക്രമേണ കുറയ്ക്കുക; ഒരിക്കലും പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്
സെഡേഷൻ, വായ ഉണങ്ങൽ	വാഹനം ഓടിക്കരുത്; ഇടയ്ക്കിടെ വെള്ളം
ബ്രാഡികാർഡിയ, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഡിപ്രഷൻ	മൂഡ് നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- SBP 100 mmHg-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ HR 55-ൽ താഴെ
- അമിതമായ സെഡേഷൻ
- ഡോസുകൾ മുടങ്ങി BP കുതിച്ചുയരുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

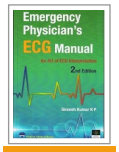
- ഒരിക്കലും പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്
- പതുക്കെ എഴുന്നേൽക്കുക
- മദ്യവും ഉറക്കമരുന്നുകളും ഒഴിവാക്കുക
- പാച്ച്: സ്ഥലം മാറ്റുക; പഴയ പാച്ച് നീക്കം ചെയ്യുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പെട്ടെന്ന് നിർത്തിയാൽ 18–36 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ കഠിനമായ റീബൗണ്ട് ഹൈപ്പർടെൻഷൻ (തലവേദന, അസ്വസ്ഥത, ടാക്കികാർഡിയ) ഉണ്ടാകാം — പ്രത്യേകിച്ച് ബീറ്റ-ബ്ലോക്കറും കഴിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Clonidine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഹൈഡ്രാലസിൻ

Hydralazine · ഡയറക്ട് ആർട്ടീരിയോളാർ വാസോഡൈലേറ്റർ

ആമുഖം. ഹൈഡ്രാലസിൻ ആർട്ടീരിയോളാർ സ്മൂത്ത് മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിക്കുന്നു. പ്രെഗ്നൻസിയിലെ കഠിനമായ ഹൈപ്പർടെൻഷനും (പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ) നൈട്രേറ്റുകളോടൊപ്പം ഹാർട്ട് ഫെയിലിയറിനും ഇത് ഇപ്പോഴും പ്രധാന മരുന്നാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പ്രെഗ്നൻസിയിലെ കഠിനമായ ഹൈപ്പർടെൻഷൻ/പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (ഐസോസോർബൈഡ് ഡൈനൈട്രേറ്റിനൊപ്പം)
- റെസിസ്റ്റന്റ് ഹൈപ്പർടെൻഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- IV ഡോസിന് ശേഷം 5–15 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് BP
- ഹാർട്ട് റേറ്റ് (റിഫ്ലെക്സ് ടാക്കികാർഡിയ)
- പ്രെഗ്നൻസിയിൽ ഫീറ്റൽ ഹാർട്ട് റേറ്റ്
- ആൻജൈന ചരിത്രം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV (പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ)	5 mg സാവധാനം IV, 20–30 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് 5–10 mg, പരമാവധി 20–30 mg
ഓറൽ	25–100 mg ദിവസം രണ്ട് മുതൽ നാല് തവണ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
റിഫ്ലെക്സ് ടാക്കികാർഡിയ, പാൽപ്പിറ്റേഷൻ	നിരീക്ഷിക്കുക; (പ്രെഗ്നൻസിക്ക് പുറത്ത്) ബീറ്റ-ബ്ലോക്കറിനൊപ്പം നൽകാറുണ്ട്
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ക്രമേണ കുറയണം; പ്രെഗ്നൻസിയിൽ ഇടതുവശം ചരിഞ്ഞ് കിടത്തുക
തലവേദന, ഫ്ലഷിങ്	അനാൽജീസിയ
ഡ്രഗ്-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് ലൂപ്പസ് (ദീർഘകാലം)	സന്ധിവേദന, പനി, റാഷ് റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഫ്ലൂയിഡ് റിറ്റൻഷൻ	ദിവസവും ഭാരം നോക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയയിൽ SBP 140-ൽ താഴെ (അമിതമായി കുറയരുത്)
- HR 120-ൽ കൂടുതൽ
- ഫീറ്റൽ ഡിസ്ട്രസ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സന്ധിവേദന, പനി, റാഷ് എന്നിവ അറിയിക്കുക
- ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക (ഓറൽ)
- പതുക്കെ എഴുന്നേൽക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയയിൽ BP ഏകദേശം 140–150/90–100 mmHg വരെ ക്രമേണ കുറയ്ക്കുക; പെട്ടെന്നുള്ള കുറവ് പ്ലാസന്റൽ രക്തയോട്ടം കുറയ്ക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Hydralazine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
വാങ്ങുക ›

ഡിഗോക്സിൻ

Digoxin · കാർഡിയാക് ഗ്ലൈക്കോസൈഡ് — പോസിറ്റീവ് ഐനോട്രോപ്പ്, AV-നോഡൽ ബ്ലോക്കർ

ആമുഖം. ഡിഗോക്സിൻ Na^+/K^+-ATPase-നെ തടഞ്ഞ് മയോകാർഡിയൽ കോൺട്രാക്റ്റിലിറ്റി കൂട്ടുകയും AV കണ്ടക്ഷൻ കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇതിന് നാരോ തെറാപ്യൂട്ടിക് ഇൻഡക്സ് ആണ് (0.5–2.0 ng/mL; ഹാർട്ട് ഫെയിലിയറിൽ 0.5–0.9).

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷനിൽ റേറ്റ് കൺട്രോൾ
- റെഡ്യൂസ്ഡ് ഇജക്ഷൻ ഫ്രാക്ഷനോടു കൂടിയ ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **ഒരു മിനിറ്റ് മുഴുവൻ അപിക്കൽ പൾസ്**
- സീറം പൊട്ടാസ്യം (ഹൈപ്പോകലീമിയ ടോക്സിസിറ്റി കൂട്ടും), മഗ്നീഷ്യം, ക്രിയാറ്റിനിൻ
- ടോക്സിസിറ്റി സംശയിച്ചാൽ ഡിഗോക്സിൻ ലെവൽ
- ECG

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ മെയിന്റനൻസ്	0.0625–0.25 mg ദിവസം ഒരു തവണ (പ്രായമായവരിലും റീനൽ ഫെയിലിയറിലും കുറവ്)
IV ലോഡിങ്	0.25–0.5 mg സാവധാനം IV, തുടർന്ന് 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് 0.25 mg, ഏകദേശം 1 mg വരെ (AF)
ലെവൽ	ഡോസിന് 6 മണിക്കൂറിന് ശേഷം എടുക്കുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ടോക്സിസിറ്റി — ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി, വിശപ്പില്ലായ്മ	ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; ലെവലും K^+-ഉം പരിശോധിക്കുക
കാഴ്ച പ്രശ്നങ്ങൾ (മഞ്ഞ-പച്ച വലയങ്ങൾ, മങ്ങൽ)	ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ബ്രാഡികാർഡിയ, ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക്, ഏതെങ്കിലും അരിത്മിയ	ECG; ഹോൾഡ് ചെയ്യുക
ഹൈപ്പോകലീമിയ (ഡൈയൂററ്റിക്കുകളോടൊപ്പം)	K^+ ശരിയാക്കുക
കഠിനമായ ടോക്സിസിറ്റി	ഡിഗോക്സിൻ-സ്പെസിഫിക് ആന്റിബോഡി (Fab)

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- **അപിക്കൽ പൾസ് 60-ൽ താഴെ** (മുതിർന്നവർ; കുട്ടികളിൽ 70, ശിശുക്കളിൽ 90)
- പുതിയ ഓക്കാനം, കാഴ്ച മാറ്റം, ക്രമരഹിതമായ പൾസ്
- K^+ 3.5 mmol/L-ൽ താഴെ
- ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ദിവസവും പൾസ് നോക്കുക
- വിശപ്പില്ലായ്മ, ഓക്കാനം, കാഴ്ച മാറ്റം എന്നിവ അറിയിക്കുക
- മുടങ്ങിയ ഡോസ് ഇരട്ടിയാക്കരുത്
- ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ കഴിക്കുന്നവർ പൊട്ടാസ്യം കൂടുതലുള്ള ഭക്ഷണം കഴിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഹൈപ്പോകലീമിയ, ഹൈപ്പോമഗ്നീസീമിയ, ഹൈപ്പർകാൽസീമിയ, റീനൽ ഫെയിലിയർ, വാർദ്ധക്യം, അമിയോഡറോൺ/വെറാപാമിൽ എന്നിവയെല്ലാം ഡിഗോക്സിൻ ടോക്സിസിറ്റി കൂട്ടുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Digoxin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

അമിയോഡറോൺ

Amiodarone · ക്ലാസ് III ആന്റിഅരിത്മിക് (ക്ലാസ് I, II, IV ഫലങ്ങളും)

ആമുഖം. അമിയോഡറോൺ ആക്ഷൻ പൊട്ടൻഷ്യലും റിഫ്രാക്ടറി പീരിയഡും നീട്ടുന്നു. വെൻട്രിക്കുലാർ, ഏട്രിയൽ അരിത്മിയകൾക്കും കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിലും (ഷോക്ക്-റിഫ്രാക്ടറി VF/പൾസ്‌ലെസ് VT) ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ ഷോക്ക്-റിഫ്രാക്ടറി VF/പൾസ്‌ലെസ് VT
- ഹീമോഡൈനാമിക്കലി സ്റ്റേബിൾ VT
- ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ (റിഥം കൺട്രോൾ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ECG (QT), BP, പൾസ്
- തുടക്കത്തിൽ തൈറോയ്ഡ് ഫങ്ഷൻ, LFT, ചെസ്റ്റ് X-ray
- ഇൻഫ്യൂഷന് സെൻട്രൽ ലൈൻ അല്ലെങ്കിൽ വലിയ വെയിൻ; സൈറ്റ് പരിശോധിക്കുക
- ഡ്രഗ് ഇന്ററാക്ഷനുകൾ (വാർഫറിൻ, ഡിഗോക്സിൻ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ്	3-ാമത്തെ ഷോക്കിന് ശേഷം 300 mg IV ബോളസ്, 5-ാമത്തേതിന് ശേഷം 150 mg
സ്റ്റേബിൾ VT/AF	150 mg (അല്ലെങ്കിൽ 5 mg/kg) IV 20–60 മിനിറ്റിൽ, തുടർന്ന് 24 മണിക്കൂറിൽ 900 mg ഇൻഫ്യൂഷൻ
ഡൈല്യൂവന്റ്	ഗ്ലൂക്കോസ് 5% മാത്രം (സലൈൻ അല്ല)
ഓറൽ	200 mg TDS ഒരാഴ്ച → BD ഒരാഴ്ച → 100–200 mg OD

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ബ്രാഡികാർഡിയ (IV)	ഇൻഫ്യൂഷൻ സാവധാനമാക്കുക; നിരീക്ഷിക്കുക
ഫ്ലെബൈറ്റിസ്	വലിയ/സെൻട്രൽ വെയിൻ; ഇൻ-ലൈൻ ഫിൽട്ടർ; ഓരോ മണിക്കൂറിലും സൈറ്റ് പരിശോധിക്കുക
QT പ്രൊലോങ്ങേഷൻ, ടോർസാഡ്സ്	ECG; K^+, Mg^{2+} ശരിയാക്കുക
തൈറോയ്ഡ് (ഹൈപ്പോ/ഹൈപ്പർ), പൾമണറി ഫൈബ്രോസിസ്, ലിവർ ഇഞ്ചുറി	ഇടയ്ക്കിടെ TFT, LFT, CXR; ചുമ, ശ്വാസതടസ്സം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഫോട്ടോസെൻസിറ്റിവിറ്റി, നീല-ചാര ചർമ്മം, കോർണിയൽ ഡെപ്പോസിറ്റുകൾ	സൺസ്ക്രീൻ; കണ്ണ് പരിശോധന

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- HR 50-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക്
- QTc 500 ms-ൽ കൂടുതൽ
- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ
- ദീർഘകാല ചികിത്സയിൽ പുതിയ ചുമ/ശ്വാസതടസ്സം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

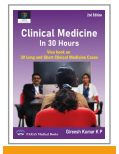
- സൺസ്ക്രീൻ ഉപയോഗിക്കുക, ചർമ്മം മൂടുക
- ചുമ, ശ്വാസതടസ്സം, കാഴ്ച മാറ്റം അറിയിക്കുക
- കൃത്യമായ രക്തപരിശോധനകൾ (തൈറോയ്ഡ്, ലിവർ)
- ഗ്രേപ്ഫ്രൂട്ട് ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അമിയോഡറോൺ വാർഫറിൻ, ഡിഗോക്സിൻ ലെവലുകൾ കൂട്ടുന്നു — സാധാരണയായി ഇവയുടെ ഡോസ് കുറയ്ക്കേണ്ടി വരും. ദീർഘ ഇൻഫ്യൂഷന് ഗ്ലൂക്കോസ് 5%-ൽ നോൺ-PVC സെറ്റ് ഉപയോഗിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Amiodarone · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

അഡിനോസിൻ

Adenosine · പ്യൂരിൻ ന്യൂക്ലിയോസൈഡ് ആന്റിഅരിത്മിക്

ആമുഖം. അഡിനോസിൻ താൽക്കാലികമായി AV നോഡ് ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു (ഹാഫ്-ലൈഫ് 10 സെക്കൻഡിൽ താഴെ). ഇത് റീ-എൻട്രന്റ് സൂപ്രാവെൻട്രിക്കുലാർ ടാക്കികാർഡിയ നിർത്തുകയും ഏട്രിയൽ ഫ്ലട്ടർ വെളിപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- റെഗുലർ നാരോ-കോംപ്ലക്സ് SVT (AVNRT, AVRT)
- ഉറവിടം വ്യക്തമല്ലാത്ത റെഗുലർ ബ്രോഡ്-കോംപ്ലക്സ് ടാക്കികാർഡിയയിൽ ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് സഹായം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഇൻജക്ഷൻ സമയത്ത് തുടർച്ചയായ ECG റെക്കോർഡിങ്
- വലിയ പ്രോക്സിമൽ വെയിൻ (ആന്റിക്യൂബിറ്റൽ)
- ആസ്ത്മ — റിലേറ്റീവ് കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷൻ
- റിസസിറ്റേഷൻ ഉപകരണങ്ങൾ തയ്യാർ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
റാപ്പിഡ് IV	6 mg വേഗത്തിൽ പുഷ് ചെയ്ത് ഉടൻ 20 mL സലൈൻ ഫ്ലഷ്
ഫലമില്ലെങ്കിൽ	1–2 മിനിറ്റിന് ശേഷം 12 mg; വീണ്ടും 12–18 mg നൽകാം
രീതി	രണ്ട് സിറിഞ്ച് അല്ലെങ്കിൽ ത്രീ-വേ ടാപ്പ്; കൈ ഉയർത്തുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ചെറിയ അസിസ്റ്റോൾ/പോസ്, ഫ്ലഷിങ്, നെഞ്ച് മുറുക്കം, ഭയം	മുൻകൂട്ടി പേഷ്യന്റിനോട് പറയുക — സെക്കൻഡുകൾ മാത്രം
ബ്രോങ്കോസ്പാസം	കഠിനമായ ആസ്ത്മയിൽ ഒഴിവാക്കുക; സാൽബ്യൂട്ടമോൾ
ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ	റിഥം നിരീക്ഷിക്കുക
തിയോഫിലിൻ/കഫീൻ ഫലം കുറയ്ക്കും; ഡൈപിരിഡമാൾ/കാർബമസപിൻ കൂട്ടും	ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- കഠിനമായ ആസ്ത്മ
- സെക്കൻഡ്/തേർഡ്-ഡിഗ്രി ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക് അല്ലെങ്കിൽ സിക്ക് സൈനസ്
- പ്രീ-എക്സൈറ്റഡ് AF (WPW)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഇൻജക്ഷന് മുമ്പ് ഉണ്ടാകാവുന്ന ചെറിയ അസ്വസ്ഥത വിശദീകരിക്കുക
- ശ്വാസതടസ്സം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഹൃദയത്തോട് കഴിയുന്നത്ര അടുത്തുള്ള വലിയ വെയിനിലൂടെ നൽകുക — സാവധാനം പുഷ് ചെയ്താൽ ഹൃദയത്തിലെത്തും മുമ്പ് വിഘടിച്ച് ഫലിക്കില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Adenosine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

അട്രോപിൻ

Atropine · ആന്റിമസ്കാരിനിക് (ആന്റികോളിനെർജിക്)

ആമുഖം. അട്രോപിൻ ഹൃദയത്തിലും സ്രവങ്ങളിലുമുള്ള വേഗൽ ഫലങ്ങളെ തടയുന്നു. ലക്ഷണങ്ങളോടു കൂടിയ ബ്രാഡികാർഡിയയും ഇന്ത്യയിൽ സാധാരണമായ ഓർഗനോഫോസ്ഫേറ്റ് പോയിസണിങ്ങിലെ പ്രധാന ആന്റിഡോട്ടുമാണ് ഇത്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ലക്ഷണങ്ങളോടു കൂടിയ ബ്രാഡികാർഡിയ
- ഓർഗനോഫോസ്ഫേറ്റ്/കാർബമേറ്റ് പോയിസണിങ്
- പ്രീ-അനസ്തെറ്റിക് — സ്രവങ്ങൾ ഉണക്കാൻ
- നിയോസ്റ്റിഗ്മിൻ റിവേഴ്സലിനൊപ്പം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- HR, BP, ECG
- പോയിസണിങ്ങിൽ പ്യൂപ്പിൾസ്, നെഞ്ചിലെ സ്രവങ്ങൾ, ചർമ്മം
- ഗ്ലോക്കോമ, യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ, പ്രോസ്റ്റേറ്റ് പ്രശ്നം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ബ്രാഡികാർഡിയ	0.5–1 mg IV 3–5 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട്, പരമാവധി 3 mg
ഓർഗനോഫോസ്ഫേറ്റ് പോയിസണിങ്	1.8–3 mg IV ബോളസ്, അട്രോപിനൈസേഷൻ വരെ 5 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് ഇരട്ടിയാക്കുക; തുടർന്ന് ലോഡിങ് ഡോസിന്റെ 10–20% മണിക്കൂറിൽ ഇൻഫ്യൂഷൻ
പ്രീ-മെഡിക്കേഷൻ	0.3–0.6 mg IM/IV

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ടാക്കികാർഡിയ, പാൽപ്പിറ്റേഷൻ	ECG നിരീക്ഷിക്കുക
വായ ഉണങ്ങൽ, യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ	ബ്ലാഡർ സ്കാൻ, ആവശ്യമെങ്കിൽ കത്തീറ്റർ
അട്രോപിൻ ടോക്സിസിറ്റി — ഡെലീരിയം, ഹൈപ്പർതെർമിയ, ബവൽ സൗണ്ട് ഇല്ലാതാകൽ	ഇൻഫ്യൂഷൻ കുറയ്ക്കുക/നിർത്തുക; തണുപ്പിക്കുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
കാഴ്ച മങ്ങൽ, പ്യൂപ്പിൾ വികസിക്കൽ	ആശ്വസിപ്പിക്കുക; കണ്ണ് സംരക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- HR 120-ൽ കൂടുതൽ (OP പോയിസണിങ്ങിൽ ഡോസ് പുനർവിലയിരുത്തുക)
- അസ്വസ്ഥത, ഡെലീരിയം, ടെമ്പറേച്ചർ 38.5 °C-ൽ കൂടുതൽ
- യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- വായ ഉണങ്ങലും കാഴ്ച മങ്ങലും പ്രതീക്ഷിക്കാം
- ചൂട് ഒഴിവാക്കുക (വിയർക്കാൻ കഴിയില്ല)

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

OP പോയിസണിങ്ങിലെ അട്രോപിനൈസേഷൻ ലക്ഷ്യങ്ങൾ: നെഞ്ച് ക്ലിയർ, HR 80-ൽ കൂടുതൽ, SBP 80-ൽ കൂടുതൽ, കക്ഷം ഉണങ്ങിയത്, പ്യൂപ്പിൾ പിൻപോയിന്റ് അല്ലാത്തത് — പ്യൂപ്പിൾ വലുപ്പം മാത്രം നോക്കരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Atropine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

അഡ്രിനാലിൻ (എപിനെഫ്രിൻ)

Adrenaline (Epinephrine) · കാറ്റെകോളമിൻ — ആൽഫ, ബീറ്റ അഡ്രിനെർജിക് അഗോണിസ്റ്റ്; വാസോപ്രസ്സർ

ആമുഖം. കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിലും അനാഫൈലാക്സിസിലും ആദ്യ മരുന്ന് അഡ്രിനാലിൻ ആണ്. കോൺസൺട്രേഷനുകൾ (1:1,000 = 1 mg/mL; 1:10,000 = 0.1 mg/mL) വ്യത്യസ്തമാണ് — ആശയക്കുഴപ്പം മാരകമായ പിഴവുകൾക്ക് കാരണമാകും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ്
- അനാഫൈലാക്സിസ്
- കഠിനമായ ആസ്ത്മ (തിരഞ്ഞെടുത്തവ)
- ഷോക്ക് (ഇൻഫ്യൂഷൻ), ബ്രാഡികാർഡിയ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ആംപ്യൂളിന്റെ സ്ട്രെങ്ത് ഉറക്കെ വായിച്ച് ഡബിൾ ചെക്ക് ചെയ്യുക
- റൂട്ട്: അനാഫൈലാക്സിസിന് IM, അറസ്റ്റിന് IV
- ഇൻഫ്യൂഷന് തുടർച്ചയായ ECG, BP; സെൻട്രൽ ലൈൻ ഉത്തമം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ്	1 mg IV/IO (1:10,000-ന്റെ 10 mL) 3–5 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട്
അനാഫൈലാക്സിസ്	0.5 mg IM (1:1,000-ന്റെ 0.5 mL) തുടയുടെ ആന്റെറോലാറ്ററൽ ഭാഗത്ത്; 5 മിനിറ്റിന് ശേഷം ആവർത്തിക്കാം
ഇൻഫ്യൂഷൻ	0.05–0.5 µg/kg/min സെൻട്രൽ ലൈനിലൂടെ
കുട്ടികളിൽ അനാഫൈലാക്സിസ്	0.01 mg/kg IM (പരമാവധി 0.5 mg)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ടാക്കികാർഡിയ, അരിത്മിയ, ആൻജൈന	ECG; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
കഠിനമായ ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, സ്ട്രോക്ക് (അറസ്റ്റ് അല്ലാത്തപ്പോൾ IV ബോളസ്)	1:1,000 ഒരിക്കലും IV ആയി നൽകരുത്
എക്സ്ട്രാവസേഷനിൽ ടിഷ്യു നെക്രോസിസ്	സെൻട്രൽ ലൈൻ; ഫെന്റോലമിൻ ഇൻഫിൽട്രേഷൻ
ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ, ഹൈപ്പോകലീമിയ, ലാക്റ്റേറ്റ് ഉയരൽ	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- നെഞ്ചുവേദന അല്ലെങ്കിൽ പുതിയ അരിത്മിയ (അറസ്റ്റ് അല്ലാത്തപ്പോൾ)
- എക്സ്ട്രാവസേഷൻ
- ഇൻഫ്യൂഷനിൽ SBP 180-ൽ കൂടുതൽ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- അനാഫൈലാക്സിസ് ഉണ്ടായവർ: ഓട്ടോ-ഇൻജക്ടർ കൊണ്ടുനടക്കുക, തുടയുടെ പുറംഭാഗത്ത് ഉപയോഗിക്കുക, തുടർന്ന് ആശുപത്രിയിലെത്തുക
- അലർജി ലക്ഷണങ്ങൾ നേരത്തേ തിരിച്ചറിയുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അനാഫൈലാക്സിസിൽ തുടയിൽ നൽകുന്ന IM അഡ്രിനാലിനാണ് ഏറ്റവും പ്രധാന ചികിത്സ — ആന്റിഹിസ്റ്റമിനുകളും സ്റ്റിറോയ്ഡുകളും രണ്ടാം സ്ഥാനത്താണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Epinephrine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

നോറഡ്രിനാലിൻ (നോറെപിനെഫ്രിൻ)

Noradrenaline (Norepinephrine) · കാറ്റെകോളമിൻ വാസോപ്രസ്സർ — പ്രധാനമായും ആൽഫ-1 അഗോണിസ്റ്റ്

ആമുഖം. സെപ്റ്റിക് ഷോക്കിലെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ വാസോപ്രസ്സറാണ് നോറഡ്രിനാലിൻ; ഇത് സിസ്റ്റമിക് വാസ്കുലാർ റെസിസ്റ്റൻസും മീൻ ആർട്ടീരിയൽ പ്രഷറും കൂട്ടുന്നു. ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പിലൂടെ നൽകുന്ന ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നാണിത്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സെപ്റ്റിക് ഷോക്ക് (ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ)
- വാസോഡൈലേറ്ററി/ഡിസ്ട്രിബ്യൂട്ടീവ് ഷോക്ക്
- മതിയായ ഫ്ലൂയിഡ് റിസസിറ്റേഷന് ശേഷവും ഹൈപ്പോടെൻഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സെൻട്രൽ വീനസ് ലൈൻ (പെരിഫറൽ വലിയ വെയിൻ ചെറിയ സമയത്തേക്ക് മാത്രം)
- ആർട്ടീരിയൽ ലൈൻ അല്ലെങ്കിൽ 5–15 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് BP
- ഫ്ലൂയിഡ് സ്റ്റാറ്റസ്, യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്, ലാക്റ്റേറ്റ്
- ഇൻഫ്യൂഷൻ കോൺസൺട്രേഷൻ ഡബിൾ ചെക്ക് ചെയ്തത്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഡൈല്യൂഷൻ	ഉദാ. 4 mg, 50 mL ഗ്ലൂക്കോസ് 5% അല്ലെങ്കിൽ സലൈനിൽ (80 µg/mL)
ഡോസ്	0.05–1 µg/kg/min (ഏകദേശം 2–20 µg/min), MAP 65 mmHg-ൽ കൂടുതലാകാൻ ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക
നൽകുന്ന വിധം	പ്രത്യേക ല്യൂമെൻ; ലൈൻ ഫ്ലഷ് ചെയ്യരുത്; സിറിഞ്ച് മാറ്റുന്ന രീതി പാലിക്കുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
എക്സ്ട്രാവസേഷൻ — ടിഷ്യു നെക്രോസിസ്	നിർത്തുക; ആസ്പിരേറ്റ് ചെയ്യുക; ഫെന്റോലമിൻ 5–10 mg 10 mL സലൈനിൽ ഇൻഫിൽട്രേറ്റ് ചെയ്യുക
പെരിഫറൽ ഇസ്കീമിയ (തണുത്ത, മോട്ടിൽഡ് വിരലുകൾ)	ഓരോ മണിക്കൂറിലും പെർഫ്യൂഷൻ വിലയിരുത്തുക
അരിത്മിയ, ഹൈപ്പർടെൻഷൻ	ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്ത് കുറയ്ക്കുക; ECG
കുടലിലേക്കും കിഡ്നിയിലേക്കുമുള്ള പെർഫ്യൂഷൻ കുറയൽ	യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്, ലാക്റ്റേറ്റ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ടൈട്രേഷനിലും MAP 90-ൽ കൂടുതലോ 65-ൽ താഴെയോ (എസ്കലേഷന് അറിയിക്കുക)
- മോട്ടിൽഡ്/തണുത്ത കൈകാലുകൾ
- ലൈൻ സൈറ്റിൽ വിളർച്ച അല്ലെങ്കിൽ നീര്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സൂക്ഷ്മമായ നിരീക്ഷണത്തിന്റെ ആവശ്യം കുടുംബത്തിന് വിശദീകരിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

വാസോപ്രസ്സർ ലൈൻ ഒരിക്കലും തടസ്സപ്പെടുത്തുകയോ ബോളസ് നൽകുകയോ ചെയ്യരുത് — ഫ്ലഷ് ചെയ്താൽ അപകടകരമായ ബോളസ് ലഭിക്കും; പ്രത്യേക ല്യൂമെൻ ഉപയോഗിക്കുക, നിലവിലുള്ളത് തീരും മുമ്പ് അടുത്ത സിറിഞ്ച് തയ്യാറാക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Norepinephrine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഡോപമിൻ

Dopamine · കാറ്റെകോളമിൻ — ഡോസ് അനുസരിച്ച് ഡോപമിനെർജിക്, ബീറ്റ, ആൽഫ അഗോണിസ്റ്റ്

ആമുഖം. ഡോപമിന്റെ ഫലം ഡോസ് അനുസരിച്ച് മാറുന്നു: മിതമായ ഡോസിൽ □1 ഐനോട്രോപ്പി, കൂടിയ ഡോസിൽ □ വാസോകൺസ്ട്രിക്ഷൻ. ഷോക്കിൽ ഇതിന് പകരം ഇപ്പോൾ നോറഡ്രിനാലിൻ ഉപയോഗിക്കുന്നു, എങ്കിലും ചില യൂണിറ്റുകളിൽ ഇപ്പോഴും ഉപയോഗത്തിലുണ്ട്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കാർഡിയോജെനിക് ഷോക്ക്, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ (നോറഡ്രിനാലിൻ ലഭ്യമല്ലാത്തപ്പോൾ)
- ലക്ഷണങ്ങളോടു കൂടിയ ബ്രാഡികാർഡിയ (സെക്കൻഡ്-ലൈൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സെൻട്രൽ ലൈൻ ഉത്തമം
- തുടർച്ചയായ ECG (അരിത്മിയ)
- BP, യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്
- ആദ്യം ഹൈപ്പോവോലീമിയ ശരിയാക്കുക

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഡൈല്യൂഷൻ	200 mg, 50 mL-ൽ (4,000 µg/mL)
ഐനോട്രോപ്പിക്	5–10 µg/kg/min
വാസോപ്രസ്സർ	10–20 µg/kg/min
ബ്രാഡികാർഡിയ	2–10 µg/kg/min

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ടാക്കിഅരിത്മിയ	ECG; ഡോസ് കുറയ്ക്കുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
എക്സ്ട്രാവസേഷൻ നെക്രോസിസ്	ഫെന്റോലമിൻ ഇൻഫിൽട്രേഷൻ
ഓക്കാനം, തലവേദന	നിരീക്ഷിക്കുക
കൈകാലുകളിൽ ഇസ്കീമിയ	ഓരോ മണിക്കൂറിലും വിലയിരുത്തുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- HR 130-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ പുതിയ അരിത്മിയ
- എക്സ്ട്രാവസേഷന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ
- തണുത്ത, വിളറിയ കൈകാലുകൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

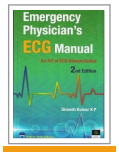
- നിരീക്ഷണത്തെക്കുറിച്ച് കുടുംബത്തിന് വിശദീകരിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

"റീനൽ-ഡോസ്" ഡോപമിൻ കിഡ്നിയെ സംരക്ഷിക്കുന്നില്ല; ഇപ്പോൾ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Dopamine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

നൈട്രോഗ്ലിസറിൻ (ഗ്ലിസറൈൽ ട്രൈനൈട്രേറ്റ്)

Nitroglycerin (Glyceryl Trinitrate) · ഓർഗാനിക് നൈട്രേറ്റ് — വീനോഡൈലേറ്റർ/ആന്റിആൻജൈനൽ

ആമുഖം. നൈട്രേറ്റുകൾ നൈട്രിക് ഓക്സൈഡ് പുറത്തുവിട്ട് വെയിനുകളെയും (പ്രീലോഡ് കുറയ്ക്കുന്നു) കൊറോണറി ആർട്ടറികളെയും വികസിപ്പിക്കുന്നു. സബ്ലിംഗ്വൽ GTN 1–3 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ ആൻജൈന ശമിപ്പിക്കുന്നു; IV GTN അക്യൂട്ട് ഹാർട്ട് ഫെയിലിയറിലും ഹൈപ്പർടെൻസീവ് എമർജൻസിയിലും ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് ആൻജൈന, അക്യൂട്ട് കൊറോണറി സിൻഡ്രോം
- അക്യൂട്ട് പൾമണറി എഡീമ
- ഹൈപ്പർടെൻസീവ് എമർജൻസി

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP (SBP 90 mmHg-ൽ കൂടുതലായിരിക്കണം)
- കഴിഞ്ഞ 24–48 മണിക്കൂറിൽ PDE-5 ഇൻഹിബിറ്റർ (സിൽഡെനാഫിൽ, ടഡാലഫിൽ) — കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്
- റൈറ്റ് വെൻട്രിക്കുലാർ ഇൻഫാർക്ഷൻ (ഒഴിവാക്കുക)
- തലവേദന ചരിത്രം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
സബ്ലിംഗ്വൽ	0.4–0.5 mg ടാബ്ലെറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ സ്പ്രേ 5 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട്, പരമാവധി 3 ഡോസ്
IV ഇൻഫ്യൂഷൻ	50 mg, 50 mL-ൽ; 5–10 µg/min-ൽ തുടങ്ങി 3–5 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക (ഗ്ലാസ്/നോൺ-PVC സെറ്റ്)
ട്രാൻസ്ഡെർമൽ/ഓറൽ (ഐസോസോർബൈഡ്)	പ്രോഫൈലാക്സിസിന്; 8–12 മണിക്കൂർ നൈട്രേറ്റ്-ഫ്രീ ഇടവേള

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
തലവേദന (വളരെ സാധാരണം)	പാരസെറ്റമോൾ; ആശ്വസിപ്പിക്കുക
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, തലകറക്കം, സിൻകോപ്പ്	പേഷ്യന്റിനെ ഇരുത്തുക/കിടത്തുക; ഓരോ ഡോസിനും മുമ്പ് BP
റിഫ്ലെക്സ് ടാക്കികാർഡിയ	നിരീക്ഷിക്കുക
ടോളറൻസ്	നൈട്രേറ്റ്-ഫ്രീ ഇടവേള ഉറപ്പാക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ 30 mmHg-ൽ കൂടുതൽ കുറവ്
- അടുത്തിടെ സിൽഡെനാഫിൽ/ടഡാലഫിൽ കഴിച്ചു
- 3 ഡോസിന് ശേഷവും നെഞ്ചുവേദന മാറുന്നില്ല → എമർജൻസി (ACS)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കഴിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ഇരിക്കുക; ടാബ്ലെറ്റുകൾ ഒറിജിനൽ ഇരുണ്ട ഗ്ലാസ് കുപ്പിയിൽ സൂക്ഷിക്കുക
- 3 ഡോസിന് ശേഷവും (15 മിനിറ്റ്) വേദന തുടർന്നാൽ എമർജൻസിയിൽ വിളിക്കുക
- സിൽഡെനാഫിൽ തരം മരുന്നുകളോടൊപ്പം ഒരിക്കലും കഴിക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ആദ്യ സബ്ലിംഗ്വൽ ഡോസിന് 5 മിനിറ്റിന് ശേഷവും നെഞ്ചുവേദന തുടർന്നാൽ എമർജൻസി സഹായം തേടുക — മൂന്നാം ഡോസ് വരെ കാത്തിരിക്കരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Nitroglycerin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

അറ്റോർവാസ്റ്റാറ്റിൻ / റോസുവാസ്റ്റാറ്റിൻ

Atorvastatin / Rosuvastatin · HMG-CoA റിഡക്റ്റേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ (സ്റ്റാറ്റിൻ)

ആമുഖം. സ്റ്റാറ്റിനുകൾ LDL കൊളസ്ട്രോൾ കുറയ്ക്കുകയും അഥീറോസ്ക്ലീറോട്ടിക് പ്ലാക്കുകളെ സ്ഥിരപ്പെടുത്തുകയും ചെയ്ത് ഹാർട്ട് അറ്റാക്കും സ്ട്രോക്കും കുറയ്ക്കുന്നു. ACS-നുശേഷം സ്കീമിക് സ്ട്രോക്കിനും ശേഷം ഹൈ-ഇന്റൻസിറ്റി സ്റ്റാറ്റിനുകൾ നൽകുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഡിസ്ലിപിഡീമിയ
- MI, സ്ട്രോക്ക് എന്നിവയ്ക്ക് ശേഷം സെക്കൻഡറി പ്രിവൻഷൻ
- ഡയബറ്റിസിലും ഹൈ റിസ്കിലും പ്രൈമറി പ്രിവൻഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- തുടക്കത്തിൽ ലിപിഡ് പ്രൊഫൈൽ, LFT
- മസിൽ വേദനയുടെ ചരിത്രം; ലക്ഷണങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ CK
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്നുകൾ (ക്ലാരിത്രോമൈസിൻ, അസോൾ ആന്റിഫംഗലുകൾ)
- പ്രെഗ്നൻസി — കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
അറ്റോർവാസ്റ്റാറ്റിൻ	10–80 mg ദിവസം ഒരു തവണ (ACS-ന് ശേഷം 80 mg)
റോസുവാസ്റ്റാറ്റിൻ	5–40 mg ദിവസം ഒരു തവണ
സമയം	അറ്റോർവാസ്റ്റാറ്റിൻ/റോസുവാസ്റ്റാറ്റിൻ ഏത് സമയത്തും; സിംവാസ്റ്റാറ്റിൻ വൈകുന്നേരം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
മയാൽജിയ, മയോപ്പതി	വിശദീകരിക്കാനാകാത്ത മസിൽ വേദന/ബലക്കുറവ് റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; CK പരിശോധിക്കുക
റാബ്ഡോമയോലിസിസ് (അപൂർവം)	ഇരുണ്ട മൂത്രം, ബലക്കുറവ് — നിർത്തുക, CK, റീനൽ ഫങ്ഷൻ
ട്രാൻസ്അമിനേസ് ഉയരൽ	ലക്ഷണങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ LFT
പുതിയ ഡയബറ്റിസ് (ചെറിയ സാധ്യത)	ഗ്ലൂക്കോസ് നിരീക്ഷണം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- കഠിനമായ മസിൽ വേദന, ബലക്കുറവ് അല്ലെങ്കിൽ ഇരുണ്ട മൂത്രം
- ജോണ്ടിസ്
- പ്രെഗ്നൻസി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- മസിൽ വേദനയോ ഇരുണ്ട മൂത്രമോ ഉണ്ടായാൽ അറിയിക്കുക
- ഡയറ്റും വ്യായാമവും തുടരുക
- ഗ്രേപ്ഫ്രൂട്ട് ജ്യൂസ് അധികം കഴിക്കരുത്
- പ്രെഗ്നൻസിയിൽ കഴിക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

മസിൽ വേദന സാധാരണവും മിക്കവാറും നിരുപദ്രവവുമാണ്; എന്നാൽ ഇരുണ്ട മൂത്രത്തോടുകൂടിയ വേദന റാബ്ഡോമയോലിസിസ് ആണ് — മരുന്ന് നിർത്തി CK-യുക്രിയാറ്റിനിനും പരിശോധിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Atorvastatin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഫ്യൂറോസെമൈഡ്

Furosemide · ലൂപ്പ് ഡൈയൂററ്റിക്

ആമുഖം. ഫ്യൂറോസെമൈഡ് ലൂപ്പ് ഓഫ് ഹെൻലിയിലെ $Na^+/K^+/2Cl^-$ കോട്രാൻസ്പോർട്ടറിനെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് വേഗത്തിൽ ഡൈയൂറിസിസ് ഉണ്ടാക്കുന്നു. IV ഫ്യൂറോസെമൈഡ് 5 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നു; അക്യൂട്ട് പൾമണറി എഡീമ ചികിത്സയുടെ അടിസ്ഥാനമാണിത്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് പൾമണറി എഡീമ, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ
- റീനൽ അല്ലെങ്കിൽ ലിവർ ഡിസീസിലെ എഡീമ
- റീനൽ ഇംപെയർമെന്റോടു കൂടിയ ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ഹൈപ്പർകാൽസീമിയ (ഫ്ലൂയിഡുകളോടൊപ്പം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP, ഭാരം, ഇൻടേക്ക്-ഔട്ട്പുട്ട്
- സീറം K^+, Na^+, Mg^{2+}, ക്രിയാറ്റിനിൻ
- കേൾവി (ഉയർന്ന ഡോസിൽ)
- സൾഫോണമൈഡ് അലർജി (ശ്രദ്ധിക്കുക)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV	20–80 mg സാവധാനം (ഓട്ടോടോക്സിസിറ്റി തടയാൻ മിനിറ്റിൽ 4 mg-ൽ കൂടാതെ); ആവശ്യാനുസരണം ആവർത്തിക്കാം
ഇൻഫ്യൂഷൻ	5–40 mg/h
ഓറൽ	20–80 mg ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ (രാവിലെ)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോകലീമിയ (കോച്ചിപ്പിടുത്തം, ബലക്കുറവ്, അരിത്മിയ)	K^+ പരിശോധിക്കുക; സപ്ലിമെന്റ് നൽകുക; K^+ കൂടുതലുള്ള ഭക്ഷണം
ഡീഹൈഡ്രേഷൻ, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	BP, യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്, സ്കിൻ ടർഗർ; ദിവസവും ഭാരം
ഓട്ടോടോക്സിസിറ്റി (ടിന്നിറ്റസ്, കേൾവിക്കുറവ്)	IV സാവധാനം നൽകുക; അമിനോഗ്ലൈക്കോസൈഡുകളോടൊപ്പം ഒഴിവാക്കുക
ഹൈപ്പോനട്രീമിയ, ഹൈപ്പോമഗ്നീസീമിയ, ഹൈപ്പർയൂറിസീമിയ (ഗൗട്ട്), ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ	ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകളും ഗ്ലൂക്കോസും നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- K^+ 3.5 mmol/L-ൽ താഴെ
- SBP 90 mmHg-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ ഡീഹൈഡ്രേഷൻ ലക്ഷണങ്ങൾ
- പ്രതികരിക്കാത്ത അനൂറിയ
- ടിന്നിറ്റസ് അല്ലെങ്കിൽ കേൾവിക്കുറവ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

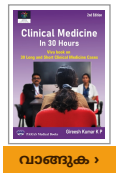
- രാവിലെ കഴിക്കുക (രാത്രി മൂത്രമൊഴിക്കൽ ഒഴിവാക്കാൻ)
- ദിവസവും ഭാരം നോക്കുക; ദിവസം 1 kg-ൽ കൂടുതലോ ആഴ്ചയിൽ 2 kg-ൽ കൂടുതലോ കൂടിയാൽ അറിയിക്കുക
- പഴം, കരിക്ക് കഴിക്കുക (K^+ നിയന്ത്രണമില്ലെങ്കിൽ)
- പതുക്കെ എഴുന്നേൽക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസിന്റെ ഏറ്റവും നല്ല ബെഡ്സൈഡ് അളവുകോൽ ദിവസേനയുള്ള ഭാരമാണ് — 1 kg ഭാരം ≈ 1 ലിറ്റർ ഫ്ലൂയിഡ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Furosemide · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

സ്പൈറോനോലാക്ടോൺ

Spironolactone · പൊട്ടാസ്യം-സ്പെയറിങ് ഡൈയൂററ്റിക്; ആൽഡോസ്റ്റിറോൺ ആന്റഗോണിസ്റ്റ്

ആമുഖം. സ്പൈറോനോലാക്ടോൺ കളക്റ്റിങ് ഡക്റ്റിലെ ആൽഡോസ്റ്റിറോണിനെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് പൊട്ടാസ്യം നിലനിർത്തിക്കൊണ്ട് സോഡിയം പുറന്തള്ളുന്നു. ഹാർട്ട് ഫെയിലിയറിൽ മരണനിരക്ക് കുറയ്ക്കുന്നു; സിറോട്ടിക് അസൈറ്റിസിന്റെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ മരുന്നാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സിറോസിസിലെ അസൈറ്റിസ്
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (HFrEF)
- റെസിസ്റ്റന്റ് ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, പ്രൈമറി ഹൈപ്പർആൽഡോസ്റ്റിറോണിസം
- നെഫ്രോട്ടിക് എഡീമ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ചികിത്സയ്ക്ക് മുമ്പും ഇടയിലും സീറം K^+, ക്രിയാറ്റിനിൻ
- ഒപ്പമുള്ള ACE ഇൻഹിബിറ്റർ/ARB, K^+ സപ്ലിമെന്റുകൾ
- റീനൽ ഫങ്ഷൻ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	ദിവസം 25–50 mg (ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ); ദിവസം 100–400 mg (അസൈറ്റിസ്, ഫ്യൂറോസെമൈഡിനൊപ്പം 40:100 അനുപാതത്തിൽ)
സമയം	രാവിലെ, ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പർകലീമിയ	K^+ പരിശോധിക്കുക; സാൾട്ട് സബ്സ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകളും K^+ സപ്ലിമെന്റുകളും ഒഴിവാക്കുക; കൂടുതലെങ്കിൽ ECG
ഗൈനക്കോമാസ്റ്റിയ, സ്തനവേദന, ആർത്തവക്രമക്കേട്	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; ഇപ്ലെറിനോൺ ബദൽ
ഹൈപ്പോനട്രീമിയ, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ	സോഡിയം, ഭാരം നിരീക്ഷിക്കുക
റീനൽ ഇംപെയർമെന്റ്	ക്രിയാറ്റിനിൻ നിരീക്ഷണം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- K^+ 5.0–5.5 mmol/L-ൽ കൂടുതൽ
- ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരുന്നു
- കഠിനമായ ഹൈപ്പോനട്രീമിയ (Na^+ 125-ൽ താഴെ)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സാൾട്ട് സബ്സ്റ്റിറ്റ്യൂട്ടുകളും പൊട്ടാസ്യം സപ്ലിമെന്റുകളും ഒഴിവാക്കുക
- സ്തനവേദന അറിയിക്കുക
- ദിവസവും ഭാരം നോക്കുക (അസൈറ്റിസ്)

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

CKD ഉള്ള പ്രായമായ ഒരാളിൽ സ്പൈറോനോലാക്ടോണും ACE ഇൻഹിബിറ്ററും ഒരുമിച്ച് നൽകുന്നത് ജീവന് ഭീഷണിയായ ഹൈപ്പർകലീമിയയ്ക്കുള്ള ക്ലാസിക് കാരണമാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Spironolactone · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഹൈഡ്രോക്ലോറോതയാസൈഡ് / ക്ലോർതാലിഡോൺ

Hydrochlorothiazide / Chlorthalidone · തയാസൈഡ്, തയാസൈഡ്-ലൈക്ക് ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ

ആമുഖം. തയാസൈഡുകൾ ഡിസ്റ്റൽ ട്യൂബ്യൂളിലെ Na^+/Cl^- റീഅബ്സോർപ്ഷൻ ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു. ഇവ ഫലപ്രദവും വിലകുറഞ്ഞതുമായ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ ആന്റിഹൈപ്പർടെൻസീവുകളാണ്; പലപ്പോഴും ARB അല്ലെങ്കിൽ ACE ഇൻഹിബിറ്ററിനൊപ്പം നൽകുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ലഘുവായ എഡീമ
- ആവർത്തിക്കുന്ന കാൽസ്യം കിഡ്നി സ്റ്റോൺ
- നെഫ്രോജെനിക് ഡയബറ്റിസ് ഇൻസിപിഡസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP
- Na^+, K^+, ഗ്ലൂക്കോസ്, യൂറിക് ആസിഡ്
- ഗൗട്ട് ചരിത്രം
- സൾഫോണമൈഡ് അലർജി

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഹൈഡ്രോക്ലോറോതയാസൈഡ്	12.5–25 mg ദിവസം ഒരു തവണ (രാവിലെ)
ക്ലോർതാലിഡോൺ	12.5–25 mg ദിവസം ഒരു തവണ
ഇൻഡാപാമൈഡ്	1.5–2.5 mg ദിവസം ഒരു തവണ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോകലീമിയ, ഹൈപ്പോനട്രീമിയ (പ്രത്യേകിച്ച് പ്രായമായ സ്ത്രീകളിൽ)	2–4 ആഴ്ചയിൽ ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ പരിശോധിക്കുക
ഹൈപ്പർയൂറിസീമിയ, ഗൗട്ട്	സന്ധിവേദന റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ, ഡിസ്ലിപിഡീമിയ	ഗ്ലൂക്കോസ് നിരീക്ഷിക്കുക
ഫോട്ടോസെൻസിറ്റിവിറ്റി	വെയിലിൽ നിന്ന് സംരക്ഷണം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- Na^+ 130 mmol/L-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ കൺഫ്യൂഷൻ
- K^+ 3.5 mmol/L-ൽ താഴെ
- അക്യൂട്ട് ഗൗട്ട്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- രാവിലെ കഴിക്കുക
- മസിൽ കോച്ചിപ്പിടുത്തം, ബലക്കുറവ്, കൺഫ്യൂഷൻ അറിയിക്കുക
- സൺസ്ക്രീൻ ഉപയോഗിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രായമായ സ്ത്രീകളിലെ കൺഫ്യൂഷനും വീഴ്ചകൾക്കും തയാസൈഡ് മൂലമുള്ള ഹൈപ്പോനട്രീമിയ ഒരു സാധാരണ കാരണമാണ് — തയാസൈഡ് കഴിക്കുന്ന പ്രായമായവർക്ക് അസുഖം വന്നാൽ സോഡിയം പരിശോധിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Hydrochlorothiazide · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

മാനിറ്റോൾ

Mannitol · ഓസ്മോട്ടിക് ഡൈയൂററ്റിക്

ആമുഖം. മാനിറ്റോൾ പ്ലാസ്മ ഓസ്മോലാലിറ്റി കൂട്ടി ബ്രെയിൻ ടിഷ്യുവിൽ നിന്ന് വെള്ളം വലിച്ചെടുക്കുന്നു. ഉയർന്ന ഇൻട്രാക്രേനിയൽ പ്രഷറും ഇൻട്രാഓക്യുലാർ പ്രഷറും കുറയ്ക്കാൻ ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഉയർന്ന ഇൻട്രാക്രേനിയൽ പ്രഷർ (ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി, സെറിബ്രൽ എഡീമ)
- അക്യൂട്ട് ആംഗിൾ-ക്ലോഷർ ഗ്ലോക്കോമ
- റാബ്ഡോമയോലിസിസ് (തിരഞ്ഞെടുത്തവ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- കുപ്പിയിൽ ക്രിസ്റ്റലുകൾ ഉണ്ടോ എന്ന് നോക്കുക — ചൂടാക്കി ലയിപ്പിക്കുക; **ഇൻ-ലൈൻ ഫിൽട്ടർ** ഉപയോഗിക്കുക
- സീറം ഓസ്മോലാലിറ്റി, Na^+, ക്രിയാറ്റിനിൻ
- ഔട്ട്പുട്ടിനായി യൂറിനറി കത്തീറ്റർ
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ — പൾമണറി എഡീമ സാധ്യത

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV (20% സൊല്യൂഷൻ)	0.25–1 g/kg 15–30 മിനിറ്റിൽ (ഉദാ. 20%-ന്റെ 100 mL = 20 g)
ആവർത്തനം	ആവശ്യാനുസരണം 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
പരിധി	സീറം ഓസ്മോലാലിറ്റി 320 mOsm/kg-ൽ കൂടിയാൽ നിർത്തുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ് അസന്തുലിതാവസ്ഥ	കൃത്യമായ ഇൻടേക്ക്–ഔട്ട്പുട്ട്; 6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ
പൾമണറി എഡീമ (തുടക്കത്തിലെ വോളിയം എക്സ്പാൻഷൻ)	ശ്വസനം, ക്രാക്കിൾസ് നിരീക്ഷിക്കുക
അക്യൂട്ട് കിഡ്നി ഇഞ്ചുറി	ക്രിയാറ്റിനിൻ, ഓസ്മോളാർ ഗ്യാപ്പ് നിരീക്ഷിക്കുക
എക്സ്ട്രാവസേഷൻ	വലിയ വെയിൻ; സൈറ്റ് പരിശോധിക്കുക
റീബൗണ്ട് ICP ഉയരൽ	ദീർഘകാല ഉപയോഗം ഒഴിവാക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- സീറം ഓസ്മോലാലിറ്റി 320-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ Na^+ 155-ൽ കൂടുതൽ
- യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട് മണിക്കൂറിൽ 30 mL-ൽ താഴെ
- പുതിയ ക്രാക്കിൾസ് അല്ലെങ്കിൽ ശ്വാസതടസ്സം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കത്തീറ്ററും ഇടയ്ക്കിടെയുള്ള നിരീക്ഷണവും കുടുംബത്തിന് വിശദീകരിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കുറഞ്ഞ താപനിലയിൽ മാനിറ്റോൾ ക്രിസ്റ്റലൈസ് ചെയ്യും — ക്രിസ്റ്റലുകളുള്ള കുപ്പി ഒരിക്കലും ഇൻഫ്യൂസ് ചെയ്യരുത്; ചൂടാക്കുക, എപ്പോഴും ഫിൽട്ടർ സെറ്റ് ഉപയോഗിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Mannitol · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 7 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ഗുരുതരമായ മെഡിക്കേഷൻ പിഴവുകൾക്ക് ഏറ്റവും കൂടുതൽ കാരണമാകുന്ന മരുന്നുകളിൽ ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ ഉൾപ്പെടുന്നു. ഓരോന്നിന്റെയും മോണിറ്ററിങ് ടെസ്റ്റ്, ആന്റിഡോട്ട്, ബ്ലീഡിങ് ലക്ഷണങ്ങൾ എന്നിവ അറിഞ്ഞിരിക്കുക — ഓരോ ഹെപ്പാരിൻ, ഇൻസുലിൻ ഡോസും ഡബിൾ ചെക്ക് ചെയ്യുക.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
21	വാർഫറിൻ	വാർഫറിൻ ക്ലോട്ടിങ് ഫാക്ടറുകൾ II, VII, IX, X എന്നിവയുടെ നിർമ്മാണം തടയുന്നു	29
22	ഹെപ്പാരിൻ (അൺഫ്രാക്ഷനേറ്റഡ്)	ഹെപ്പാരിൻ ആന്റിത്രോംബിന്റെ ശക്തി കൂട്ടി ത്രോംബിനെയും ഫാക്ടർ Xa-യെയും നിർവീര്യമാക്കുന്നു	30
23	ഇനോക്സാപാരിൻ	ഇനോക്സാപാരിൻ പ്രധാനമായും ഫാക്ടർ Xa-യെ തടയുന്നു	31
24	റിവറോക്സാബാൻ / അപിക്സാബാൻ	DOAC-കൾ ഫാക്ടർ Xa-യെ നേരിട്ട് തടയുന്നു	32
25	ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ	ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് ADP റിസപ്റ്ററുകളെ സ്ഥിരമായി ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു	33
26	ആസ്പിരിൻ (ഐ.വി. അസറ്റൽസാലിസിലിക് ആസിഡ്)	ലോ-ഡോസ് ആസ്പിരിൻ പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റിന്റെ ആയുസ്സ് മുഴുവൻ (7–10 ദിവസം) ത്രോംബോക്സേനെ സ്ഥിരമായി തടയുന്നു	34
27	ആൾട്ടിപ്ലേസ് / ടെനക്റ്റിപ്ലേസ്	ത്രോംബോലിറ്റിക്കുകൾ പ്ലാസ്മിനോജനെ പ്ലാസ്മിൻ ആക്കി ഫൈബ്രിൻ ക്ലോട്ടുകളെ അലിയിക്കുന്നു	35
28	എറിത്രോപോയറ്റിൻ (എപ്പോയിറ്റിൻ ആൽഫ)	റീകോമ്പിനന്റ് എറിത്രോപോയറ്റിൻ ചുവന്ന രക്താണുക്കളുടെ ഉത്പാദനം കൂട്ടുന്നു	36
29	ഫെറസ് സൾഫേറ്റ് / അയൺ പ്രിപ്പറേഷനുകൾ	ഇന്ത്യയിൽ, പ്രത്യേകിച്ച് സ്ത്രീകളിലും കുട്ടികളിലും, ഏറ്റവും സാധാരണമായ അനീമിയയാണ് അയൺ ഡെഫിഷ്യൻസി അനീമിയ	37

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

വാർഫറിൻ

Warfarin · വിറ്റാമിൻ K ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — ഓറൽ ആന്റികോയാഗുലന്റ്

ആമുഖം. വാർഫറിൻ ക്ലോട്ടിങ് ഫാക്ടറുകൾ II, VII, IX, X എന്നിവയുടെ നിർമ്മാണം തടയുന്നു. ഫലം ലഭിക്കാൻ 3–5 ദിവസം എടുക്കും; INR വഴിയാണ് നിരീക്ഷിക്കുന്നത്. ധാരാളം ഭക്ഷണ, മരുന്ന് ഇന്ററാക്ഷനുകളുണ്ട്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- മെക്കാനിക്കൽ ഹാർട്ട് വാൽവുകൾ
- ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ
- DVT/PE ചികിത്സയും പ്രതിരോധവും
- AF-ഓടുകൂടിയ റൂമാറ്റിക് മൈട്രൽ സ്റ്റിനോസിസ് (ഇന്ത്യയിൽ സാധാരണം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഓരോ ഡോസ് മാറ്റത്തിനും മുമ്പ് INR
- ബ്ലീഡിങ് ലക്ഷണങ്ങൾ, Hb
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്നുകൾ (ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ, അമിയോഡറോൺ, NSAID-കൾ)
- പ്രെഗ്നൻസി — ടെറാറ്റോജെനിക്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	വൈകുന്നേരം 2–10 mg ദിവസം ഒരു തവണ, INR അനുസരിച്ച് ക്രമീകരിക്കുക
ടാർഗറ്റ് INR	2.0–3.0 (മിക്കവർക്കും); മെക്കാനിക്കൽ മൈട്രൽ വാൽവിന് 2.5–3.5
മോണിറ്ററിങ്	സ്ഥിരമാകുന്നത് വരെ ദിവസവും INR, പിന്നീട് 2–4 ആഴ്ച ഇടവിട്ട്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ബ്ലീഡിങ് (മോണ, മൂത്രം, മലം, ചതവ്)	INR പരിശോധിക്കുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; സൈറ്റുകളിൽ പ്രഷർ
ബ്ലീഡിങ് ഇല്ലാതെ INR 4.5-ൽ കൂടുതൽ	ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; നിർദ്ദേശിച്ചതുപോലെ ഓറൽ വിറ്റാമിൻ K
മേജർ ബ്ലീഡിങ്	നിർത്തുക; IV വിറ്റാമിൻ K 5–10 mg + പ്രോത്രോംബിൻ കോംപ്ലക്സ് കോൺസൺട്രേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ FFP
സ്കിൻ നെക്രോസിസ് (അപൂർവം)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- INR ടാർഗറ്റ് റേഞ്ചിന് മുകളിൽ
- ഏതെങ്കിലും ബ്ലീഡിങ്, കറുത്ത മലം, ഹീമറ്റൂറിയ
- വീഴ്ച അല്ലെങ്കിൽ ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി
- പുതിയ ആന്റിബയോട്ടിക് അല്ലെങ്കിൽ ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്ന് തുടങ്ങി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

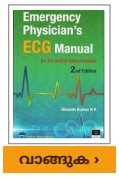
- എല്ലാ വൈകുന്നേരവും ഒരേ സമയത്ത് കഴിക്കുക
- പച്ച ഇലക്കറികളുടെ അളവ് സ്ഥിരമായി നിലനിർത്തുക
- മൃദുവായ ടൂത്ത്ബ്രഷ്, ഇലക്ട്രിക് റേസർ ഉപയോഗിക്കുക
- ആന്റികോയാഗുലന്റ് കാർഡ് കൊണ്ടുനടക്കുക; എല്ലാ ഡോക്ടർമാരോടും ഡെന്റിസ്റ്റിനോടും പറയുക
- NSAID-കളും നാട്ടുമരുന്നുകളും ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ആന്റിഡോട്ട്: വിറ്റാമിൻ K (സാവധാനം ഫലിക്കും); മേജർ ബ്ലീഡിങ്ങിൽ വേഗത്തിലുള്ള റിവേഴ്സലിന് പ്രോത്രോംബിൻ കോംപ്ലക്സ് കോൺസൺട്രേറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ ഫ്രഷ് ഫ്രോസൺ പ്ലാസ്മ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Warfarin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഹെപ്പാരിൻ (അൺഫ്രാക്ഷനേറ്റഡ്)

Heparin (Unfractionated) · ഇൻഡയറക്ട് ത്രോംബിൻ ഇൻഹിബിറ്റർ — പാരന്റെറൽ ആന്റികോയാഗുലന്റ്

ആമുഖം. ഹെപ്പാരിൻ ആന്റിത്രോംബിന്റെ ശക്തി കൂട്ടി ത്രോംബിനെയും ഫാക്ടർ Xa-യെയും നിർവീര്യമാക്കുന്നു. IV ആയി നൽകിയാൽ ഉടൻ പ്രവർത്തിക്കും; aPTT വഴി നിരീക്ഷിക്കുന്നു; പ്രോട്ടാമിൻ ഉപയോഗിച്ച് റിവേഴ്സ് ചെയ്യാം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് DVT/PE
- അക്യൂട്ട് കൊറോണറി സിൻഡ്രോം
- DVT പ്രോഫൈലാക്സിസ്
- ഡയാലിസിസ്, കാർഡിയോപൾമണറി ബൈപാസ്, ലൈൻ പേറ്റൻസി

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **ഡോസിന്റെയും പമ്പ് റേറ്റിന്റെയും ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ഡബിൾ ചെക്ക്**
- തുടക്കത്തിൽ aPTT, പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് കൗണ്ട്, Hb
- ബ്ലീഡിങ് റിസ്ക്, അടുത്തിടെയുള്ള സർജറി
- വയലിലെ ഹെപ്പാരിൻ കോൺസൺട്രേഷൻ (1,000 / 5,000 / 25,000 യൂണിറ്റ്/mL)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV ബോളസ്	80 യൂണിറ്റ്/kg (അല്ലെങ്കിൽ 5,000 യൂണിറ്റ്)
IV ഇൻഫ്യൂഷൻ	18 യൂണിറ്റ്/kg/h, aPTT കൺട്രോളിന്റെ 1.5–2.5 മടങ്ങ് ആകാൻ ക്രമീകരിക്കുക (6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്)
SC പ്രോഫൈലാക്സിസ്	5,000 യൂണിറ്റ് 8–12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
സൈറ്റ്	വയറിൽ SC; തിരുമ്മരുത്; IM പാടില്ല

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ബ്ലീഡിങ്	ഇൻഫ്യൂഷൻ നിർത്തുക; aPTT പരിശോധിക്കുക; കഴിഞ്ഞ 2–3 മണിക്കൂറിൽ നൽകിയ ഓരോ 100 യൂണിറ്റിനും പ്രോട്ടാമിൻ 1 mg
ഹെപ്പാരിൻ-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ (5–10 ദിവസത്തിൽ പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് 50%-ൽ കൂടുതൽ കുറയുന്നു)	ഫ്ലഷുകൾ ഉൾപ്പെടെ എല്ലാ ഹെപ്പാരിനും നിർത്തുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഇൻജക്ഷൻ സൈറ്റിൽ ഹീമറ്റോമ	സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക; തിരുമ്മരുത്
ഹൈപ്പർകലീമിയ (ദീർഘകാലം)	K^+ നിരീക്ഷണം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- aPTT റേഞ്ചിന് മുകളിൽ അല്ലെങ്കിൽ ഏതെങ്കിലും ബ്ലീഡിങ്
- പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് 50%-ൽ കൂടുതൽ കുറയുന്നു
- പ്ലാൻ ചെയ്ത പ്രൊസീജർ അല്ലെങ്കിൽ LP

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- മോണയിൽ നിന്ന് രക്തം, ഇരുണ്ട മൂത്രം, കറുത്ത മലം എന്നിവ അറിയിക്കുക
- ആസ്പിരിൻ/NSAID-കൾ ഒഴിവാക്കുക
- മൃദുവായ ടൂത്ത്ബ്രഷ്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഹെപ്പാരിൻ ഒരു ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നാണ് — മാരകമായ പിഴവുകളിൽ ഭൂരിഭാഗവും വയൽ സ്ട്രെങ്ത് മാറിപ്പോകുന്നത് മൂലമാണ്. രണ്ടാമതൊരു നഴ്സിനൊപ്പം സ്ട്രെങ്ത് ഉറക്കെ വായിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Heparin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
വാങ്ങുക ›

ഇനോക്സാപാരിൻ

Enoxaparin · ലോ-മോളിക്യുലാർ-വെയ്റ്റ് ഹെപ്പാരിൻ (LMWH)

ആമുഖം. ഇനോക്സാപാരിൻ പ്രധാനമായും ഫാക്ടർ Xa-യെ തടയുന്നു. ശരീരഭാരം അനുസരിച്ച് കൃത്യമായ ഡോസിങ് ഉള്ള ഇത് സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് ആയി നൽകുന്നു; പതിവ് മോണിറ്ററിങ് ആവശ്യമില്ല.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- DVT പ്രോഫൈലാക്സിസ് (സർജിക്കൽ, മെഡിക്കൽ പേഷ്യന്റുകൾ)
- DVT/PE ചികിത്സ
- അക്യൂട്ട് കൊറോണറി സിൻഡ്രോം
- ബ്രിഡ്ജിങ് ആന്റികോയാഗുലേഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ശരീരഭാരവും ക്രിയാറ്റിനിൻ ക്ലിയറൻസും (CrCl 30-ൽ താഴെയെങ്കിൽ കുറയ്ക്കുക)
- പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് കൗണ്ട്
- ബ്ലീഡിങ് റിസ്ക്, സ്പൈനൽ/എപ്പിഡ്യൂറൽ കത്തീറ്റർ സമയം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
പ്രോഫൈലാക്സിസ്	40 mg SC ദിവസം ഒരു തവണ
ചികിത്സ	1 mg/kg SC 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് അല്ലെങ്കിൽ 1.5 mg/kg ദിവസം ഒരു തവണ
റീനൽ ഫെയിലിയർ (CrCl 30-ൽ താഴെ)	1 mg/kg ദിവസം ഒരു തവണ
രീതി	പൊക്കിളിൽ നിന്ന് 5 cm അകലെ വയറിൽ; ചർമ്മം നുള്ളിപ്പിടിക്കുക; 90°; **എയർ ബബിൾ പുറത്തുകളയരുത്**; തിരുമ്മരുത്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
സൈറ്റിൽ ചതവ്/ഹീമറ്റോമ	സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക; തിരുമ്മരുത്
ബ്ലീഡിങ്	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; പ്രോട്ടാമിൻ ഭാഗികമായി റിവേഴ്സ് ചെയ്യും
സ്പൈനൽ/എപ്പിഡ്യൂറൽ ഹീമറ്റോമ	ന്യൂറാക്സിയൽ കത്തീറ്ററുണ്ടെങ്കിൽ ന്യൂറോ ചെക്കുകൾ
HIT (അപൂർവം)	പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് നിരീക്ഷണം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ആക്റ്റീവ് ബ്ലീഡിങ് അല്ലെങ്കിൽ പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് 50,000-ൽ താഴെ
- ഡോസിന് 12 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ എപ്പിഡ്യൂറൽ കത്തീറ്റർ (സമയം പരിശോധിക്കുക)
- ഡോസ് ക്രമീകരിക്കാതെ കഠിനമായ റീനൽ ഫെയിലിയർ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- വീട്ടിൽ പോകുന്നെങ്കിൽ സ്വയം ഇൻജക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന രീതി
- ബ്ലീഡിങ്ങോ വലിയ ചതവുകളോ അറിയിക്കുക
- സിറിഞ്ചുകൾ സുരക്ഷിതമായി ഉപേക്ഷിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രീഫിൽഡ് സിറിഞ്ചിലെ എയർ ബബിൾ മുഴുവൻ ഡോസും ലഭിക്കാനും മരുന്ന് സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് ടിഷ്യുവിൽ തന്നെ നിലനിർത്താനുമാണ് — അത് പുറത്തുകളയരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Enoxaparin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

റിവറോക്സാബാൻ / അപിക്സാബാൻ

Rivaroxaban / Apixaban · ഡയറക്ട് ഓറൽ ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ (DOAC) — ഫാക്ടർ Xa ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ

ആമുഖം. DOAC-കൾ ഫാക്ടർ Xa-യെ നേരിട്ട് തടയുന്നു. ഇവയ്ക്ക് നിശ്ചിത ഡോസുകളും വാർഫറിനെക്കാൾ കുറഞ്ഞ ഇന്ററാക്ഷനുകളുമാണ്; INR മോണിറ്ററിങ് ആവശ്യമില്ല, എന്നാൽ ഡോസ് റീനൽ ഫങ്ഷനെ ആശ്രയിച്ചിരിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- നോൺ-വാൽവുലാർ ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ
- DVT/PE ചികിത്സ
- ഹിപ്/നീ റീപ്ലേസ്മെന്റിന് ശേഷമുള്ള പ്രോഫൈലാക്സിസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ക്രിയാറ്റിനിൻ ക്ലിയറൻസ്
- മെക്കാനിക്കൽ വാൽവിനോ റൂമാറ്റിക് മൈട്രൽ സ്റ്റിനോസിസിനോ പാടില്ല
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്നുകൾ (റിഫാംപിസിൻ, അസോളുകൾ)
- ബ്ലീഡിങ് റിസ്ക്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
റിവറോക്സാബാൻ	20 mg OD വൈകുന്നേരത്തെ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം (AF; CrCl 15–49 ആണെങ്കിൽ 15 mg)
DVT ചികിത്സ	15 mg BD 21 ദിവസം, തുടർന്ന് 20 mg OD
അപിക്സാബാൻ	5 mg BD (AF); 10 mg BD 7 ദിവസം, തുടർന്ന് 5 mg BD (VTE)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ബ്ലീഡിങ്	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; ആന്റിഡോട്ട് ആൻഡെക്സാനെറ്റ് ആൽഫ അല്ലെങ്കിൽ പ്രോത്രോംബിൻ കോംപ്ലക്സ് കോൺസൺട്രേറ്റ്
GI അസ്വസ്ഥത	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക (റിവറോക്സാബാൻ)
ന്യൂറാക്സിയൽ അനസ്തേഷ്യയിൽ സ്പൈനൽ ഹീമറ്റോമ	പ്രോട്ടോക്കോൾ അനുസരിച്ചുള്ള സമയക്രമം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ആക്റ്റീവ് ബ്ലീഡിങ്
- സർജറിക്ക് മുമ്പ് (റീനൽ ഫങ്ഷൻ അനുസരിച്ച് 24–48 മണിക്കൂർ മുമ്പ് നിർത്തുക)
- കഠിനമായ റീനൽ ഫെയിലിയർ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഡോസുകൾ മുടക്കരുത് — ഒരു ദിവസത്തിനുള്ളിൽ സംരക്ഷണം ഇല്ലാതാകും
- ആന്റികോയാഗുലന്റ് കാർഡ് കൊണ്ടുനടക്കുക
- ബ്ലീഡിങ് അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പതിവ് രക്തപരിശോധന വേണ്ട — അതിനർത്ഥം ഡോസുകൾ മുടങ്ങുന്നത് ആരും ശ്രദ്ധിക്കില്ല എന്നുമാണ്. അഡ്ഹിയറൻസ് ടീച്ചിങ് അത്യാവശ്യമാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Rivaroxaban · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ

Clopidogrel · P2Y12 റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — ആന്റിപ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ്

ആമുഖം. ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് ADP റിസപ്റ്ററുകളെ സ്ഥിരമായി ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു. ആസ്പിരിനോടൊപ്പം സ്റ്റെന്റിങ്ങിനും അക്യൂട്ട് കൊറോണറി സിൻഡ്രോമിനും ശേഷമുള്ള ഡ്യുവൽ ആന്റിപ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് തെറാപ്പിയുടെ ഭാഗമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് കൊറോണറി സിൻഡ്രോം, കൊറോണറി സ്റ്റെന്റിന് ശേഷം
- ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്ക്/TIA
- പെരിഫറൽ ആർട്ടീരിയൽ ഡിസീസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബ്ലീഡിങ് റിസ്ക്, അടുത്തിടെയുള്ള സർജറി
- പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് കൗണ്ട്
- പ്രോട്ടോൺ പമ്പ് ഇൻഹിബിറ്റർ (ഒമിപ്രസോൾ ഫലം കുറയ്ക്കും — പാന്റോപ്രസോൾ ഉത്തമം)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ലോഡിങ്	300–600 mg ഓറൽ
മെയിന്റനൻസ്	75 mg ദിവസം ഒരു തവണ
ഇലക്റ്റീവ് സർജറിക്ക് മുമ്പ്	5–7 ദിവസം മുമ്പ് നിർത്തുക (സ്റ്റെന്റുണ്ടെങ്കിൽ കാർഡിയോളജിസ്റ്റിനോട് ചോദിച്ച ശേഷം മാത്രം)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ബ്ലീഡിങ്, ചതവ്	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; പഞ്ചർ സൈറ്റുകളിൽ പ്രഷർ
GI ബ്ലീഡ്	മെലീന ശ്രദ്ധിക്കുക; PPI കവർ
TTP (അപൂർവം)	പനി, പർപ്യുറ, കൺഫ്യൂഷൻ — ഉടൻ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
റാഷ്, വയറിളക്കം	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ആക്റ്റീവ് ബ്ലീഡിങ്
- പ്ലാൻ ചെയ്ത സർജറി (ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക)
- കറുത്ത മലം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കാർഡിയോളജിസ്റ്റിനോട് ചോദിക്കാതെ ഒരിക്കലും നിർത്തരുത് — സ്റ്റെന്റ് ത്രോംബോസിസ് സാധ്യത
- ഡെന്റിസ്റ്റിനോട് പറയുക
- കറുത്ത മലം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സ്റ്റെന്റിന് ശേഷം ഡ്യുവൽ ആന്റിപ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് തെറാപ്പി നേരത്തേ നിർത്തിയാൽ സ്റ്റെന്റ് ത്രോംബോസിസും മാരകമായ MI-യുമുണ്ടാകാം — എപ്പോഴും ആദ്യം കാർഡിയോളജിസ്റ്റുമായി ചർച്ച ചെയ്യുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Clopidogrel · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ആസ്പിരിൻ (അസറ്റൈൽസാലിസിലിക് ആസിഡ്)

Aspirin (Acetylsalicylic acid) · സൈക്ലോ-ഓക്സിജനേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — ആന്റിപ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് (ലോ ഡോസ്), NSAID

ആമുഖം. ലോ-ഡോസ് ആസ്പിരിൻ പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റിന്റെ ആയുസ്സ് മുഴുവൻ (7–10 ദിവസം) ത്രോംബോക്സേനെ സ്ഥിരമായി തടയുന്നു. ഹാർട്ട് അറ്റാക്ക് സംശയിക്കുമ്പോൾ ചവച്ചു കഴിക്കുന്ന 300 mg ആണ് ആദ്യ മരുന്ന്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് കൊറോണറി സിൻഡ്രോം (ചവച്ചു കഴിക്കുന്ന ലോഡിങ് ഡോസ്)
- MI, സ്ട്രോക്ക് എന്നിവയുടെ സെക്കൻഡറി പ്രിവൻഷൻ
- പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ പ്രിവൻഷൻ (ലോ ഡോസ്)
- റൂമാറ്റിക് ഫീവർ (ഹൈ ഡോസ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- അലർജി/ആസ്പിരിൻ-സെൻസിറ്റീവ് ആസ്ത്മ
- GI ബ്ലീഡിങ് അല്ലെങ്കിൽ അൾസർ ചരിത്രം
- 16 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികൾ (റേയ്സ് സിൻഡ്രോം)
- ഡെങ്കി — ഒഴിവാക്കുക

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
അക്യൂട്ട് MI	300 mg ചവച്ച്
മെയിന്റനൻസ്	75–150 mg ദിവസം ഒരു തവണ ഭക്ഷണത്തിന് ശേഷം
പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ പ്രോഫൈലാക്സിസ്	12 മുതൽ 36 ആഴ്ച വരെ രാത്രി 75–150 mg

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
GI അസ്വസ്ഥത, അൾസർ, ബ്ലീഡിങ്	ഭക്ഷണത്തിന് ശേഷം നൽകുക; കറുത്ത മലം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ടിന്നിറ്റസ് (ടോക്സിസിറ്റി)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; സാലിസിലേറ്റ് ലെവൽ
സെൻസിറ്റീവ് ആസ്ത്മാറ്റിക്കുകളിൽ ബ്രോങ്കോസ്പാസം	നിർത്തുക; ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ
ബ്ലീഡിങ്, ചതവ്	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- കറുത്ത മലം, രക്തം ഛർദ്ദിക്കൽ
- ടിന്നിറ്റസ്
- കുട്ടിയിൽ ഡെങ്കി അല്ലെങ്കിൽ വൈറൽ അസുഖം സംശയം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഭക്ഷണത്തിന് ശേഷം കഴിക്കുക
- പനിയുള്ള കുട്ടികൾക്ക് പാടില്ല
- സർജനോടും ഡെന്റിസ്റ്റിനോടും പറയുക
- കറുത്ത മലം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ബ്ലീഡിങ് സാധ്യത കാരണം ഡെങ്കിപ്പനിയിൽ ആസ്പിരിൻ ഒഴിവാക്കുന്നു — പനിക്ക് പാരസെറ്റമോൾ ആണ് ഉചിതം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Aspirin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

ആൾട്ടിപ്ലേസ് / ടെനക്റ്റിപ്ലേസ്

Alteplase / Tenecteplase · ത്രോംബോലിറ്റിക് — ടിഷ്യു പ്ലാസ്മിനോജൻ ആക്റ്റിവേറ്റർ

ആമുഖം. ത്രോംബോലിറ്റിക്കുകൾ പ്ലാസ്മിനോജനെ പ്ലാസ്മിൻ ആക്കി ഫൈബ്രിൻ ക്ലോട്ടുകളെ അലിയിക്കുന്നു. ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്കിൽ (4.5 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ) സമയം നിർണ്ണായകമാണ്; PCI ലഭ്യമല്ലാത്തപ്പോൾ STEMI-യിലുമുപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- 4.5 മണിക്കൂറിനുള്ളിലുള്ള അക്യൂട്ട് ഇസ്കീമിക് സ്ട്രോക്ക്
- പ്രൈമറി PCI ലഭ്യമല്ലാത്തപ്പോൾ STEMI
- മാസീവ് പൾമണറി എംബോളിസം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ലക്ഷണങ്ങൾ തുടങ്ങിയ സമയം (അവസാനമായി നോർമലായി കണ്ടത്)
- കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷൻ ചെക്ക്ലിസ്റ്റ് (ബ്ലീഡിങ്, അടുത്തിടെയുള്ള സർജറി, സ്ട്രോക്ക്)
- BP 185/110-ൽ താഴെയായിരിക്കണം (സ്ട്രോക്ക്)
- CT ബ്രെയിൻ ഹെമറേജ് ഒഴിവാക്കുന്നു
- ഡോസിനായി ശരീരഭാരം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ആൾട്ടിപ്ലേസ് (സ്ട്രോക്ക്)	0.9 mg/kg (പരമാവധി 90 mg): 10% ഒരു മിനിറ്റിൽ IV ബോളസ്, ബാക്കി 60 മിനിറ്റിൽ
ടെനക്റ്റിപ്ലേസ് (STEMI)	ശരീരഭാരം അനുസരിച്ച് ഒറ്റ IV ബോളസ് (30–50 mg)
ടെനക്റ്റിപ്ലേസ് (സ്ട്രോക്ക്)	0.25 mg/kg ബോളസ് (പരമാവധി 25 mg)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഇൻട്രാക്രേനിയൽ ഹെമറേജ്	15 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് ന്യൂറോ ചെക്കുകൾ; പുതിയ തലവേദന, ഛർദ്ദി, GCS കുറയൽ → നിർത്തുക, അടിയന്തര CT
പഞ്ചർ സൈറ്റുകളിൽ നിന്നും മോണയിൽ നിന്നും ബ്ലീഡിങ്	പ്രഷർ; പുതിയ പഞ്ചറുകളും IM ഇൻജക്ഷനുകളും ഒഴിവാക്കുക
ആൻജിയോഎഡീമ (പ്രത്യേകിച്ച് ACE ഇൻഹിബിറ്റർ കഴിക്കുന്നവരിൽ)	എയർവേ വിലയിരുത്തൽ
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, റീപെർഫ്യൂഷൻ അരിത്മിയ	ECG മോണിറ്ററിങ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഏതെങ്കിലും ന്യൂറോളജിക്കൽ വഷളാകൽ
- സ്ട്രോക്ക് ത്രോംബോലൈസിസിന് ശേഷം BP 180/105-ൽ കൂടുതൽ
- ബ്ലീഡിങ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സൂക്ഷ്മ നിരീക്ഷണത്തിന്റെയും ബെഡ് റെസ്റ്റിന്റെയും ആവശ്യം വിശദീകരിക്കുക
- സ്ട്രോക്ക് ത്രോംബോലൈസിസിന് ശേഷം 24 മണിക്കൂർ ആന്റിപ്ലേറ്റ്ലെറ്റുകളോ ആന്റികോയാഗുലന്റുകളോ പാടില്ല

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സ്ട്രോക്ക് ത്രോംബോലൈസിസിന് ശേഷം: BP-യും ന്യൂറോ ചെക്കും 2 മണിക്കൂർ 15 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട്, 6 മണിക്കൂർ 30 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട്, തുടർന്ന് 24 മണിക്കൂർ വരെ ഓരോ മണിക്കൂറിലും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Alteplase · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

എറിത്രോപോയറ്റിൻ (എപ്പോയിറ്റിൻ ആൽഫ)

Erythropoietin (Epoetin alfa) · എറിത്രോപോയിസിസ്-സ്റ്റിമുലേറ്റിങ് ഏജന്റ്

ആമുഖം. റീകോമ്പിനന്റ് എറിത്രോപോയറ്റിൻ ചുവന്ന രക്താണുക്കളുടെ ഉത്പാദനം കൂട്ടുന്നു. പ്രധാനമായും ക്രോണിക് കിഡ്നി ഡിസീസിലെ അനീമിയയ്ക്ക്, സാധാരണയായി അയൺ സപ്ലിമെന്റേഷനോടൊപ്പം ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ക്രോണിക് കിഡ്നി ഡിസീസിലെ അനീമിയ
- കീമോതെറാപ്പി മൂലമുള്ള അനീമിയ
- ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ആവശ്യം കുറയ്ക്കാൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- Hb (ടാർഗറ്റ് 10–11.5 g/dL; 12-ൽ കൂടരുത്)
- BP — നിയന്ത്രണമില്ലാത്ത ഹൈപ്പർടെൻഷൻ കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനാണ്
- അയൺ സ്റ്റഡീസ് (ഫെറിറ്റിൻ, TSAT)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
SC/IV	50–100 യൂണിറ്റ്/kg ആഴ്ചയിൽ മൂന്ന് തവണ, അല്ലെങ്കിൽ ആഴ്ചയിൽ 4,000–10,000 യൂണിറ്റ്
ഡാർബെപ്പോയിറ്റിൻ	ആഴ്ചയിലോ രണ്ടാഴ്ചയിലൊരിക്കലോ
സ്റ്റോറേജ്	2–8 °C-ൽ റെഫ്രിജറേറ്റ് ചെയ്യുക; കുലുക്കരുത്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പർടെൻഷൻ	BP നിരീക്ഷിക്കുക; ആന്റിഹൈപ്പർടെൻസീവുകൾ
Hb വേഗത്തിൽ ഉയരുമ്പോൾ ത്രോംബോസിസ് (ആക്സസ്, DVT, സ്ട്രോക്ക്)	2 ആഴ്ചയിൽ Hb 1 g/dL-ൽ കൂടുതൽ ഉയർന്നാൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
സീഷറുകൾ (അപൂർവം)	നിരീക്ഷിക്കുക
പ്യുവർ റെഡ്-സെൽ അപ്ലാസിയ (അപൂർവം)	Hb പെട്ടെന്ന് കുറഞ്ഞാൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- Hb 12 g/dL-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ വേഗത്തിൽ ഉയരുന്നു
- നിയന്ത്രണമില്ലാത്ത BP
- ത്രോംബോസിസിന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- റെഫ്രിജറേറ്ററിൽ സൂക്ഷിക്കുക
- കൃത്യമായി BP പരിശോധിക്കുക
- നിർദ്ദേശിച്ച അയൺ കഴിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അയൺ സ്റ്റോർ കുറവാണെങ്കിൽ എറിത്രോപോയറ്റിൻ ഫലിക്കില്ല — ഫെറിറ്റിനും ട്രാൻസ്ഫെറിൻ സാച്ചുറേഷനും പരിശോധിച്ച് ആവശ്യമെങ്കിൽ IV അയൺ നൽകുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Epoetin alfa · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഫെറസ് സൾഫേറ്റ് / അയൺ പ്രിപ്പറേഷനുകൾ

Ferrous Sulfate / Iron Preparations · ഹീമാറ്റിനിക് — അയൺ സപ്ലിമെന്റ്

ആമുഖം. ഇന്ത്യയിൽ, പ്രത്യേകിച്ച് സ്ത്രീകളിലും കുട്ടികളിലും, ഏറ്റവും സാധാരണമായ അനീമിയയാണ് അയൺ ഡെഫിഷ്യൻസി അനീമിയ. ഓറൽ അയൺ ആണ് ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ; ടോളറൻസ് ഇല്ലെങ്കിലോ വേഗത്തിൽ നികത്തേണ്ടപ്പോഴോ IV അയൺ (അയൺ സുക്രോസ്, ഫെറിക് കാർബോക്സിമാൾട്ടോസ്).

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- അയൺ ഡെഫിഷ്യൻസി അനീമിയ
- പ്രെഗ്നൻസി (അനീമിയ മുക്ത് ഭാരത് പ്രകാരം IFA)
- ക്രോണിക് കിഡ്നി ഡിസീസ് (എറിത്രോപോയറ്റിനൊപ്പം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ
- Hb, ഫെറിറ്റിൻ
- IV അയണിന് മുമ്പ് അലർജി ചരിത്രം
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്നുകൾ (ആന്റാസിഡുകൾ, കാൽസ്യം, ടെട്രാസൈക്ലിൻ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	എലമെന്റൽ അയൺ 60–100 mg ദിവസം ഒരു തവണ അല്ലെങ്കിൽ ഒന്നിടവിട്ട ദിവസങ്ങളിൽ
പ്രെഗ്നൻസി (IFA)	ദിവസവും 60 mg അയൺ + 500 µg ഫോളിക് ആസിഡ്
IV അയൺ സുക്രോസ്	100–200 mg ഡൈല്യൂട്ട് ചെയ്ത ഇൻഫ്യൂഷൻ
ഫെറിക് കാർബോക്സിമാൾട്ടോസ്	500–1,000 mg 15 മിനിറ്റിൽ ഇൻഫ്യൂഷൻ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, എപ്പിഗാസ്ട്രിക് വേദന	ആവശ്യമെങ്കിൽ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം (ആഗിരണം അല്പം കുറയും)
മലബന്ധം; കറുത്ത മലം	ഫൈബർ, ഫ്ലൂയിഡുകൾ; ആശ്വസിപ്പിക്കുക — കറുത്ത മലം പ്രതീക്ഷിക്കാം
പല്ലിൽ കറ (ലിക്വിഡ്)	സ്ട്രോ ഉപയോഗിക്കുക; വായ കഴുകുക
IV അയൺ ഹൈപ്പർസെൻസിറ്റിവിറ്റി	30 മിനിറ്റ് നിരീക്ഷിക്കുക; റിസസിറ്റേഷൻ തയ്യാർ
കുട്ടികളിൽ ഓവർഡോസ് — ടോക്സിക്	കുട്ടികൾക്ക് എത്താത്തിടത്ത് സൂക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്
- IV ഇൻഫ്യൂഷനിൽ അലർജി ലക്ഷണങ്ങൾ
- കഠിനമായ GI ലക്ഷണങ്ങൾ
- ഓവർഡോസ് സംശയം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ
- വെറും വയറ്റിൽ വിറ്റാമിൻ C-യടങ്ങിയ പഴങ്ങൾ (നാരങ്ങ, നെല്ലിക്ക) കഴിക്കുക
- ഒരു മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ചായ, കാപ്പി, പാൽ ഒഴിവാക്കുക
- കറുത്ത മലം സാധാരണമാണ്
- കുട്ടികളിൽ നിന്ന് അകറ്റി സൂക്ഷിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

മതിയായ അയൺ ലഭിച്ചാൽ ഓരോ 2–3 ആഴ്ചയിലും Hb ഏകദേശം 1 g/dL ഉയരണം; സ്റ്റോറുകൾ നിറയ്ക്കാൻ Hb നോർമലായ ശേഷവും 3 മാസം തുടരുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Ferrous sulfate · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 28 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ഇൻഹെയിൽഡ് ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്ററുകളും കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകളും ആസ്ത്മയും COPD-യുംനിയന്ത്രിക്കുന്നു — മരുന്ന് പോലെ തന്നെ ഇൻഹേലർ ടെക്നിക്കും പ്രധാനമാണ്. തിയോഫിലിന് നാരോ തെറാപ്യൂട്ടിക് റേഞ്ച് ആണ്; ഫസ്റ്റ്-ജനറേഷൻ ആന്റിഹിസ്റ്റമിനുകൾ സെഡേഷനും വീഴ്ചകൾക്കും കാരണമാകുന്നു.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
30	സാൽബ്യൂട്ടമോൾ (ആൽബ്യൂട്ടറോൾ)	സാൽബ്യൂട്ടമോൾ മിനിറ്റുകൾക്കുള്ളിൽ ബ്രോങ്കിയൽ സ്മൂത്ത് മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിക്കുന്നു	39
31	ഇപ്രാട്രോപ്പിയം / ടയോട്രോപ്പിയം	ഇപ്രാട്രോപ്പിയം (ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ്), ടയോട്രോപ്പിയം (ലോങ്-ആക്റ്റിങ്, LAMA) എന്നിവ ബ്രോങ്കിയൽ മസ്കാരിനിക് റിസപ്റ്ററുകളെ ...	40
32	ഇൻഹെയിൽഡ് ◌◌കാർ◌◌ി◌ാ◌◌ിറോയ്ഡുകൾ (ബ്യൂഡെസോണൈഡ് / ഫ്ലൂട്ടിക്കസോൺ)	ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ എയർവേ ഇൻഫ്ലമേഷൻ കുറയ്ക്കുന്നു; ആസ്ത്മ നിയന്ത്രണത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനമാണിവ	41
33	മോണ്ടെലൂക്കാസ്റ്റ്	മോണ്ടെലൂക്കാസ്റ്റ് സിസ്റ്റീനൈൽ-ല്യൂക്കോട്രൈൻ റിസപ്റ്ററുകളെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് എയർവേ ഇൻഫ്ലമേഷൻ കുറയ്ക്കുന്നു	42
34	ക്ലോർഫെനിറമിൻ / ഡൈഫെൻഹൈഡ്രമിൻ	ഫസ്റ്റ്-ജനറേഷൻ ആന്റിഹിസ്റ്റമിനുകൾ ബ്ലഡ്–ബ്രെയിൻ ബാരിയർ കടന്ന് സെഡേഷനും ആന്റികോളിനെർജിക് ഫലങ്ങളും ഉണ്ടാക്കുന്നു	43
35	തിയോഫിലിൻ / അമിനോഫിലിൻ	തിയോഫിലിൻ ബ്രോങ്കിയൽ മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിക്കുകയും ശ്വസനത്തെ ഉത്തേജിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു	44
36	ഗ്വയ്ഫെനെസിൻ / ആംബ്രോക്സോൾ	എക്സ്പെക്ടോറന്റുകളും മ്യൂക്കോലിറ്റിക്കുകളും ശ്വാസനാളത്തിലെ കഫം നേർപ്പിച്ച് ചുമ ഫലപ്രദമാക്കുന്നു	45

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

സാൽബ്യൂട്ടമോൾ (ആൽബ്യൂട്ടറോൾ)

Salbutamol (Albuterol) · ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ് ബീറ്റ-2 അഗോണിസ്റ്റ് (SABA) — റിലീവർ ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ

ആമുഖം. സാൽബ്യൂട്ടമോൾ മിനിറ്റുകൾക്കുള്ളിൽ ബ്രോങ്കിയൽ സ്മൂത്ത് മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിക്കുന്നു. ആസ്ത്മ, COPD അറ്റാക്കുകളിലെ റെസ്ക്യൂ മരുന്നാണിത്; പൊട്ടാസ്യത്തെ കോശങ്ങൾക്കുള്ളിലേക്ക് മാറ്റുകയും ചെയ്യുന്നു (ഹൈപ്പർകലീമിയ).

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് ആസ്ത്മ, COPD എക്സസർബേഷൻ
- എക്സർസൈസ്-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് ബ്രോങ്കോസ്പാസം
- ഹൈപ്പർകലീമിയ (സഹായം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- റെസ്പിറേറ്ററി റേറ്റ്, SpO_2, വീസ്, പീക്ക് ഫ്ലോ
- ഹാർട്ട് റേറ്റ് (ടാക്കികാർഡിയ)
- ഇടയ്ക്കിടെ നെബുലൈസ് ചെയ്യുമ്പോൾ സീറം K^+

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
MDI	100–200 µg (1–2 പഫ്) സ്പേസറിലൂടെ ആവശ്യാനുസരണം
അക്യൂട്ട് അറ്റാക്ക് (സ്പേസർ)	4–10 പഫ് 20 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് ഒരു മണിക്കൂർ
നെബുലൈസർ	2.5–5 mg 20 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് 3 തവണ, തുടർന്ന് 2–4 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (ഓക്സിജൻ 6–8 L/min)
ഹൈപ്പർകലീമിയ	10–20 mg നെബുലൈസ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ടാക്കികാർഡിയ, പാൽപ്പിറ്റേഷൻ	പൾസ് നിരീക്ഷിക്കുക; HR 140-ൽ കൂടിയാൽ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ട്രെമർ, ഉത്കണ്ഠ	ആശ്വസിപ്പിക്കുക
ഹൈപ്പോകലീമിയ	ആവർത്തിച്ചുള്ള ഡോസുകളിൽ K^+ പരിശോധിക്കുക
ലാക്റ്റിക് അസിഡോസിസ് (ഉയർന്ന ഡോസ്)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
പാരഡോക്സിക്കൽ ബ്രോങ്കോസ്പാസം (അപൂർവം)	നിർത്തുക; അറിയിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- HR 140-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ നെഞ്ചുവേദന
- 3 നെബുലൈസേഷന് ശേഷവും പുരോഗതിയില്ല — സീനിയർ സഹായം തേടുക (ലൈഫ്-ത്രെട്ടനിങ് ആസ്ത്മ)
- സൈലന്റ് ചെസ്റ്റ്, സയനോസിസ്, മയക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- റിലീവർ ഇൻഹേലർ എപ്പോഴും കൈയിൽ കരുതുക
- ആഴ്ചയിൽ രണ്ടിൽ കൂടുതൽ തവണ ഉപയോഗിക്കേണ്ടി വന്നാൽ നിയന്ത്രണം മോശമാണ് — ഡോക്ടറെ കാണുക
- സ്പേസർ ഉപയോഗിക്കുക
- ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് MDI കുലുക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അക്യൂട്ട് ആസ്ത്മയിൽ സൈലന്റ് ചെസ്റ്റ്, SpO_2 92%-ൽ താഴെ, ക്ഷീണം, കൺഫ്യൂഷൻ എന്നിവ ജീവന് ഭീഷണിയായ അവസ്ഥയുടെ ലക്ഷണങ്ങളാണ് — ഉടൻ സഹായം തേടുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Albuterol · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 38 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഇപ്രാട്രോപ്പിയം / ടയോട്രോപ്പിയം

Ipratropium / Tiotropium · ഇൻഹെയിൽഡ് ആന്റിമസ്കാരിനിക് ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ

ആമുഖം. ഇപ്രാട്രോപ്പിയം (ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ്), ടയോട്രോപ്പിയം (ലോങ്-ആക്റ്റിങ്, LAMA) എന്നിവ ബ്രോങ്കിയൽ മസ്കാരിനിക് റിസപ്റ്ററുകളെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു. അക്യൂട്ട് അറ്റാക്കുകളിൽ സാൽബ്യൂട്ടമോൾ നെബുലൈസേഷനോടൊപ്പം ഇപ്രാട്രോപ്പിയം ചേർക്കുന്നു; ടയോട്രോപ്പിയം COPD മെയിന്റനൻസ് മരുന്നാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- COPD (മെയിന്റനൻസ് — ടയോട്രോപ്പിയം)
- അക്യൂട്ട് സിവിയർ ആസ്ത്മ, COPD എക്സസർബേഷൻ (ഇപ്രാട്രോപ്പിയം + സാൽബ്യൂട്ടമോൾ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഗ്ലോക്കോമ, പ്രോസ്റ്റേറ്റ് വലുതാകൽ
- ശ്വസന രീതി, SpO_2
- ഇൻഹേലർ ടെക്നിക്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഇപ്രാട്രോപ്പിയം നെബുലൈസർ	500 µg 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (സാൽബ്യൂട്ടമോളിനൊപ്പം)
ഇപ്രാട്രോപ്പിയം MDI	20–40 µg ദിവസം 3–4 തവണ
ടയോട്രോപ്പിയം	18 µg ക്യാപ്സ്യൂൾ ദിവസം ഒരു തവണ ഇൻഹെയിൽ ചെയ്യുക (ഹാൻഡിഹേലർ) അല്ലെങ്കിൽ 2.5 µg × 2 പഫ് (റെസ്പിമാറ്റ്)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വായ ഉണങ്ങൽ, തൊണ്ടയിൽ അസ്വസ്ഥത	ഇടയ്ക്കിടെ വെള്ളം; മൗത്ത് കെയർ
യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ	പ്രായമായ പുരുഷന്മാരിൽ മൂത്രമൊഴിക്കൽ നിരീക്ഷിക്കുക
അക്യൂട്ട് ആംഗിൾ-ക്ലോഷർ ഗ്ലോക്കോമ (നെബുലൈസർ മിസ്റ്റ് കണ്ണിൽ)	മൗത്ത്പീസ് അല്ലെങ്കിൽ ഇറുകിയ മാസ്ക്; കണ്ണ് സംരക്ഷിക്കുക
മലബന്ധം	ഫ്ലൂയിഡുകൾ, ഫൈബർ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- കണ്ണുവേദന അല്ലെങ്കിൽ കാഴ്ച മങ്ങൽ
- യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ
- ശ്വാസതടസ്സം കൂടുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ടയോട്രോപ്പിയം ക്യാപ്സ്യൂളുകൾ വിഴുങ്ങരുത് — ഇൻഹെയിൽ ചെയ്യുക
- ഉപയോഗത്തിന് ശേഷം വായ കഴുകുക
- സ്പ്രേ കണ്ണിൽ വീഴാതെ ശ്രദ്ധിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ടയോട്രോപ്പിയം ക്യാപ്സ്യൂളുകൾ ഇൻഹലേഷന് മാത്രമുള്ളതാണ് — പേഷ്യന്റുകൾ ചിലപ്പോൾ അവ വിഴുങ്ങുന്നു; അപ്പോൾ ഒരു ഗുണവും ലഭിക്കില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Ipratropium · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 38 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ (ബ്യൂഡെസോണൈഡ് / ഫ്ലൂട്ടിക്കസോൺ)

Inhaled Corticosteroids (Budesonide / Fluticasone) · ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡ് (ICS) — കൺട്രോളർ

ആമുഖം. ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ എയർവേ ഇൻഫ്ലമേഷൻ കുറയ്ക്കുന്നു; ആസ്ത്മ നിയന്ത്രണത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനമാണിവ. ബ്യൂഡെസോണൈഡ്–ഫോർമോട്ടിറോൾ മെയിന്റനൻസായും റിലീവറായും (MART) ഉപയോഗിക്കാം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പെർസിസ്റ്റന്റ് ആസ്ത്മ (എല്ലാ സ്റ്റെപ്പുകളിലും)
- പതിവ് എക്സസർബേഷനുകളോ ഇയോസിനോഫീലിയയോ ഉള്ള COPD
- ക്രൂപ്പ് (നെബുലൈസ്ഡ് ബ്യൂഡെസോണൈഡ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഇൻഹേലർ ടെക്നിക്
- ഓറൽ കാവിറ്റിയിൽ ത്രഷ്
- ഉയർന്ന ഡോസിലുള്ള കുട്ടികളിൽ വളർച്ച

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ബ്യൂഡെസോണൈഡ്	ദിവസം 200–800 µg വിഭജിച്ച ഡോസുകളായി (MDI/DPI)
ഫ്ലൂട്ടിക്കസോൺ	100–500 µg ദിവസം രണ്ട് തവണ
ബ[illegible]ഡസാണഡ്/ഫോർമാ[illegible]റാൾ	1–2 ഇൻഹലേഷൻ BD + ആവശ്യാനുസരണം (ദിവസം പരമാവധി 8–12)
നെബുലൈസ്ഡ് ബ്യൂഡെസോണൈഡ്	0.5–1 mg BD

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓറൽ കാൻഡിഡിയാസിസ് (ത്രഷ്), ശബ്ദമടപ്പ്	ഓരോ ഉപയോഗത്തിനും ശേഷം വായ കഴുകി കുലുക്കുഴിയുക; സ്പേസർ
അഡ്രിനൽ സപ്രഷൻ (ഉയർന്ന ഡോസ്)	ഉയർന്ന ഡോസിൽ പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്
COPD-യിൽ ന്യുമോണിയ സാധ്യത	നിരീക്ഷിക്കുക
എളുപ്പത്തിൽ ചതവ്, കാറ്ററാക്റ്റ് (ദീർഘകാല ഉയർന്ന ഡോസ്)	കണ്ണ് പരിശോധന

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- വായിൽ വെളുത്ത പാടുകൾ
- ശബ്ദമടപ്പ് തുടരുന്നു
- ന്യുമോണിയയുടെ ലക്ഷണങ്ങൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സുഖമായിരിക്കുമ്പോഴും ദിവസവും ഉപയോഗിക്കുക — ഇത് റിലീവർ അല്ല
- ഉപയോഗത്തിന് ശേഷം വായ കഴുകി, കുലുക്കുഴിഞ്ഞ്, തുപ്പുക
- MDI-യ[illegible]സ്പേസർ ഉപയോഗിക്കുക
- ഇൻഹേലർ കൃത്യമായി വൃത്തിയാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്ററും സ്റ്റിറോയ്ഡ് ഇൻഹേലറും ഉപയോഗിക്കുന്നവർ ആദ്യം ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ ഉപയോഗിക്കണം — അത് സ്റ്റിറോയ്ഡിനായി എയർവേകൾ തുറക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Budesonide · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 38 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

മോണ്ടെലൂക്കാസ്റ്റ്

Montelukast · ല്യൂക്കോട്രൈൻ റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ്

ആമുഖം. മോണ്ടെലൂക്കാസ്റ്റ് സിസ്റ്റീനൈൽ-ല്യൂക്കോട്രൈൻ റിസപ്റ്ററുകളെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് എയർവേ ഇൻഫ്ലമേഷൻ കുറയ്ക്കുന്നു. ആസ്ത്മയിലും അലർജിക് റൈനൈറ്റിസിലും ആഡ്-ഓൺ കൺട്രോളറാണ്; ദിവസം ഒരു തവണ വായിലൂടെ കഴിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ആസ്ത്മ (ആഡ്-ഓൺ കൺട്രോളർ)
- എക്സർസൈസ്-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് ബ്രോങ്കോസ്പാസം
- അലർജിക് റൈനൈറ്റിസ്
- ആസ്പിരിൻ-എക്സസർബേറ്റഡ് റെസ്പിറേറ്ററി ഡിസീസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- മൂഡ്, പെരുമാറ്റ ചരിത്രം
- അക്യൂട്ട് അറ്റാക്കുകൾക്കുള്ളതല്ല

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
മുതിർന്നവർ	വൈകുന്നേരം 10 mg ദിവസം ഒരു തവണ
കുട്ടികൾ 6–14 വയസ്സ്	5 mg ചവയ്ക്കാവുന്നത്
കുട്ടികൾ 2–5 വയസ്സ്	4 mg ചവയ്ക്കാവുന്നത്/ഗ്രാന്യൂൾസ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ന്യൂറോസൈക്യാട്രിക് ഫലങ്ങൾ — അസ്വസ്ഥത, ദുഃസ്വപ്നങ്ങൾ, ഡിപ്രഷൻ, ആത്മഹത്യാചിന്ത	ഏതു മാറ്റവും റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; നിർത്തുക
തലവേദന, വയറുവേദന	സാധാരണ ലഘുവായത്
ചർഗ്-സ്ട്രോസ് സിൻഡ്രോം (അപൂർവം)	റാഷ്, ന്യൂറോപ്പതി, ഇയോസിനോഫീലിയ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- മൂഡ് മാറ്റം, ദുഃസ്വപ്നങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ ആത്മഹത്യാചിന്ത
- അക്യൂട്ട് അറ്റാക്ക് ശമിപ്പിക്കാൻ ഉപയോഗിക്കരുത്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- എല്ലാ വൈകുന്നേരവും കഴിക്കുക
- അറ്റാക്കുകൾക്ക് റിലീവർ ഇൻഹേലർ തുടരുക
- മൂഡിലോ ഉറക്കത്തിലോ മാറ്റമുണ്ടായാൽ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ന്യൂറോസൈക്യാട്രിക് ഫലങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള FDA ബോക്സ്ഡ് വാർണിങ് കാരണം, പ്രത്യേകിച്ച് കുട്ടികളിൽ പെരുമാറ്റ മാറ്റങ്ങൾ ശ്രദ്ധിക്കാൻ കുടുംബത്തോട് പറയണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Montelukast · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 38 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

ക്ലോർഫെനിറമിൻ / ഡൈഫെൻഹൈഡ്രമിൻ

Chlorpheniramine / Diphenhydramine · ഫസ്റ്റ്-ജനറേഷൻ H1 ആന്റിഹിസ്റ്റമിൻ (സെഡേറ്റിങ്)

ആമുഖം. ഫസ്റ്റ്-ജനറേഷൻ ആന്റിഹിസ്റ്റമിനുകൾ ബ്ലഡ്–ബ്രെയിൻ ബാരിയർ കടന്ന് സെഡേഷനും ആന്റികോളിനെർജിക് ഫലങ്ങളും ഉണ്ടാക്കുന്നു. ക്ലോർഫെനിറമിൻ (CPM) ഇന്ത്യയിൽ വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്നു, അലർജിക് റിയാക്ഷനുകളിൽ IV ആയും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അലർജിക് റിയാക്ഷനുകൾ, അർട്ടിക്കേറിയ (അനാഫൈലാക്സിസിൽ സഹായം)
- അലർജിക് റൈനൈറ്റിസ്
- ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷനുകൾ (പ്രീ-മെഡിക്കേഷൻ)
- ചൊറിച്ചിൽ (പ്രൂറൈറ്റസ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- വീഴ്ച സാധ്യത, പ്രായമായവർ
- ഗ്ലോക്കോമ, യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ
- ഡ്രൈവിങ്/ജോലി
- മറ്റ് സെഡേറ്റീവുകൾ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ക്ലോർഫെനിറമിൻ ഓറൽ	4 mg 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (ദിവസം പരമാവധി 24 mg)
ക്ലോർഫെനിറമിൻ IV/IM	10 mg സാവധാനം
ഡൈഫെൻഹൈഡ്രമിൻ	25–50 mg ഓറൽ/IV 6–8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
സെറ്റിറിസിൻ (നോൺ-സെഡേറ്റിങ് ബദൽ)	10 mg OD

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
മയക്കം, ഏകോപനക്കുറവ്	ഫാൾ പ്രിക്കോഷൻസ്; ഡ്രൈവിങ് പാടില്ല
ആന്റികോളിനെർജിക് — വായ ഉണങ്ങൽ, യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ, മലബന്ധം, പ്രായമായവരിൽ കൺഫ്യൂഷൻ	നിരീക്ഷിക്കുക; പ്രായമായവരിൽ കഴിയുന്നതും ഒഴിവാക്കുക
കുട്ടികളിൽ പാരഡോക്സിക്കൽ എക്സൈറ്റ്മെന്റ്	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ (IV)	സാവധാനം നൽകുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- അമിതമായ സെഡേഷൻ അല്ലെങ്കിൽ കൺഫ്യൂഷൻ
- യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ
- മറ്റ് സെഡേറ്റീവുകളോടൊപ്പം റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- വാഹനം ഓടിക്കുകയോ യന്ത്രങ്ങൾ പ്രവർത്തിപ്പിക്കുകയോ ചെയ്യരുത്
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക
- പകൽ ഉപയോഗത്തിന് നോൺ-സെഡേറ്റിങ് ആന്റിഹിസ്റ്റമിനുകൾ ഉത്തമം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അനാഫൈലാക്സിസിൽ ആന്റിഹിസ്റ്റമിനുകൾ ചൊറിച്ചിലും അർട്ടിക്കേറിയയും മാത്രമേ ചികിത്സിക്കൂ — ഇവ ഒരിക്കലും IM അഡ്രിനാലിന് പകരമാവില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Chlorpheniramine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 38 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

തിയോഫിലിൻ / അമിനോഫിലിൻ

Theophylline / Aminophylline · മീതൈൽസാന്തീൻ ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ

ആമുഖം. തിയോഫിലിൻ ബ്രോങ്കിയൽ മസിലിനെ റിലാക്സ് ചെയ്യിക്കുകയും ശ്വസനത്തെ ഉത്തേജിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഇതിന് നാരോ തെറാപ്യൂട്ടിക് റേഞ്ചും (10–20 µg/mL) ധാരാളം ഇന്ററാക്ഷനുകളുമുണ്ട് — ടോക്സിസിറ്റി സീഷറുകൾക്കും അരിത്മിയകൾക്കും കാരണമാകും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- COPD, ആസ്ത്മ (ഇൻഹേലറുകൾ മതിയാകാത്തപ്പോൾ ആഡ്-ഓൺ)
- അപ്നിയ ഓഫ് പ്രീമെച്യൂരിറ്റി (കഫീൻ/അമിനോഫിലിൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സീറം ലെവൽ
- ഹാർട്ട് റേറ്റ്, ECG
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്നുകൾ (സിപ്രോഫ്ലോക്സാസിൻ, എറിത്രോമൈസിൻ ലെവൽ കൂട്ടും; പുകവലി കുറയ്ക്കും)
- ലിവർ ഡിസീസ്, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (ഡോസ് കുറയ്ക്കുക)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ SR	200–400 mg ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ
അമിനോഫിലിൻ IV	ലോഡിങ് 5 mg/kg 20 മിനിറ്റിൽ (ഓറൽ തിയോഫിലിൻ കഴിക്കുന്നെങ്കിൽ ഒഴിവാക്കുക), തുടർന്ന് 0.5 mg/kg/h
ലെവൽ	10–20 µg/mL (പലരും 5–15 ലക്ഷ്യമിടുന്നു)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി, അസ്വസ്ഥത (ആദ്യ ടോക്സിസിറ്റി)	ലെവൽ പരിശോധിക്കുക
ടാക്കിഅരിത്മിയ	IV-ക്ക് ECG മോണിറ്ററിങ്
സീഷറുകൾ (കഠിനമായ ടോക്സിസിറ്റി)	സീഷർ പ്രിക്കോഷൻസ്; നിർത്തുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഹൈപ്പോകലീമിയ, ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- HR 120-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ അരിത്മിയ
- തുടർച്ചയായ ഛർദ്ദി
- ലെവൽ 20 µg/mL-ൽ കൂടുതൽ
- ഏതെങ്കിലും സീഷർ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- SR ടാബ്ലെറ്റുകൾ മുഴുവനായി വിഴുങ്ങുക
- ചായ/കാപ്പി അമിതമാക്കരുത്
- പുതിയ ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളെക്കുറിച്ച് ഡോക്ടറോട് പറയുക
- പുകവലി ആവശ്യമായ ഡോസ് മാറ്റും

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

തിയോഫിലിൻ കഴിക്കുന്ന ഒരാളിലെ ഛർദ്ദി മറിച്ച് തെളിയിക്കും വരെ ടോക്സിസിറ്റിയാണ് — അടുത്ത ഡോസിന് മുമ്പ് ലെവൽ പരിശോധിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Theophylline · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 38 · ഉള്ളടക്കം

Advanced Emergency Life Support Protocols
വാങ്ങുക ›

ഗ്വയ്ഫെനെസിൻ / ആംബ്രോക്സോൾ

Guaifenesin / Ambroxol · എക്സ്പെക്ടോറന്റ് / മ്യൂക്കോലിറ്റിക്

ആമുഖം. എക്സ്പെക്ടോറന്റുകളും മ്യൂക്കോലിറ്റിക്കുകളും ശ്വാസനാളത്തിലെ കഫം നേർപ്പിച്ച് ചുമ ഫലപ്രദമാക്കുന്നു. ആംബ്രോക്സോൾ, ബ്രോംഹെക്സിൻ എന്നിവ ഇന്ത്യയിൽ സാധാരണമായി നിർദ്ദേശിക്കുന്നു; N-അസറ്റൈൽസിസ്റ്റീൻ നെബുലൈസ് ചെയ്യുന്ന മ്യൂക്കോലിറ്റിക്കാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കട്ടിയുള്ള കഫത്തോടു കൂടിയ ചുമ
- ബ്രോങ്കിയെക്ടേസിസ്, COPD (സഹായം)
- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് കഫം നീക്കൽ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഹൈഡ്രേഷൻ സ്റ്റാറ്റസ്
- കഫത്തിന്റെ സ്വഭാവം, ചുമയുടെ ഫലപ്രാപ്തി
- സെഡേറ്റിങ് ആന്റിഹിസ്റ്റമിനോ കൊഡീനോ അടങ്ങിയ കോമ്പിനേഷൻ പ്രോഡക്റ്റുകൾ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഗ്വയ്ഫെനെസിൻ	200–400 mg 4 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (ദിവസം പരമാവധി 2.4 g)
ആംബ്രോക്സോൾ	30 mg ദിവസം മൂന്ന് തവണ
N-അസറ്റൈൽസിസ്റ്റീൻ നെബുലൈസ്ഡ്	10%-ന്റെ 3–5 mL ദിവസം രണ്ട് മുതൽ നാല് തവണ (ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്ററിനൊപ്പം)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, GI അസ്വസ്ഥത	വെള്ളത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക
നെബുലൈസ്ഡ് അസറ്റൈൽസിസ്റ്റീനിൽ ബ്രോങ്കോസ്പാസം	ആദ്യം സാൽബ്യൂട്ടമോൾ നൽകുക
മയക്കം (കോമ്പിനേഷൻ സിറപ്പുകൾ)	ഉള്ളടക്കം പരിശോധിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഹീമോപ്റ്റിസിസ്
- ശ്വാസതടസ്സം കൂടുന്നു
- പഴുപ്പുള്ള കഫത്തോടു കൂടിയ പനി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കുക (അനുവദിച്ചാൽ ദിവസം 8–10 ഗ്ലാസ്)
- ഡീപ് ബ്രീത്തിങ്ങും ചുമയ്ക്കൽ വ്യായാമങ്ങളും
- കഫമുള്ള ചുമയിൽ കഫ് സപ്രസന്റുകൾ ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

നല്ല ഹൈഡ്രേഷൻ ആണ് ഏറ്റവും ഫലപ്രദമായ "എക്സ്പെക്ടോറന്റ്" — സിറപ്പുകളെക്കാൾ നന്നായി ചെസ്റ്റ് ഫിസിയോതെറാപ്പി കഫം നീക്കാൻ സഹായിക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Guaifenesin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 38 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ആശുപത്രികളിലെ ഗുരുതരമായ മെഡിക്കേഷൻ പിഴവുകൾക്ക് ഏറ്റവും സാധാരണ കാരണം ഇൻസുലിൻ ആണ്. ഓരോ ഇൻസുലിന്റെയും ഓൺസെറ്റും പീക്കും അറിഞ്ഞിരിക്കുക, "യൂണിറ്റ്" എന്നതിന് "U" ഒരിക്കലും ഉപയോഗിക്കരുത്, ഓരോ ഡോസിനും മുമ്പ് ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് പരിശോധിക്കുക. സ്റ്റിറോയ്ഡുകൾക്കും തൈറോയ്ഡ് മരുന്നുകൾക്കും കൃത്യമായ സമയക്രമവും ടേപ്പറിങ്ങും ആവശ്യമാണ്.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
37	ഇൻസുലിൻ ലിസ്പ്രോ / ആസ്പാർട്ട് (റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ്)	റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ് അനലോഗുകൾ 10–15 മിനിറ്റിൽ പ്രവർത്തനം തുടങ്ങി 1–2 മണിക്കൂറിൽ പീക്ക് എത്തുകയും 3–5 മണിക്കൂർ നീണ്ടുനിൽക...	47
38	ഇൻസുലിൻ റെഗുലർ (സോളബ്ൾ, ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ്)	റെഗുലർ (സോളബ്ൾ) ഇൻസുലിൻ 30 മിനിറ്റിൽ പ്രവർത്തിച്ചു തുടങ്ങി 2–4 മണിക്കൂറിൽ പീക്ക് എത്തുകയും 6–8 മണിക്കൂർ നീണ്ടുനിൽക്...	48
39	ഇൻസുലിൻ NPH (ഐസോഫേൻ, ഇന്റർമീഡിയറ്റ്-ആക്റ്റിങ്)	NPH കലങ്ങിയ സസ്പെൻഷനാണ്; 1–2 മണിക്കൂറിൽ പ്രവർത്തിച്ചു തുടങ്ങി 4–12 മണിക്കൂറിൽ പീക്ക് എത്തുകയും 12–18 മണിക്കൂർ നീണ്ടുനി...	49
40	ഇൻസുലിൻ ഗ്ലാർജിൻ (ലോങ്-ആക്റ്റിങ്)	ഗ്ലാർജിൻ പീക്ക് ഇല്ലാതെ ഏകദേശം 24 മണിക്കൂർ സാവധാനം പുറത്തുവിടുന്നു; NPH-നേക്കാൾ കുറഞ്ഞ രാത്രി ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയയോടെ ദിവസ...	50
41	മെറ്റ്ഫോർമിൻ	മെറ്റ്ഫോർമിൻ ലിവറിലെ ഗ്ലൂക്കോസ് ഉത്പാദനം കുറയ്ക്കുകയും ഇൻസുലിൻ സെൻസിറ്റിവിറ്റി കൂട്ടുകയും ചെയ്യുന്നു	51
42	ഗ്ലിമിപിറൈഡ് / ഗ്ലിപിസൈഡ് / ഗ്ലിക്ലാസൈഡ്	സൾഫോണൈൽയൂറിയകൾ ബീറ്റ സെല്ലുകളിൽ നിന്ന് ഇൻസുലിൻ പുറത്തുവിടാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നു	52
43	ഗ്ലൂക്കഗോൺ / 25% ഡെക്സ്ട്രോസ്	ഗ്ലൂക്കഗോൺ ലിവറിലെ ഗ്ലൈക്കോജൻ പുറത്തുവിടുന്നു; കഠിനമായ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയയിൽ IV ആക്സസ് ലഭ്യമല്ലാത്തപ്പോൾ IM/SC ആയി നൽകുന്നു	53
44	ലെവോതൈറോക്സിൻ	ലെവോതൈറോക്സിൻ ഹൈപ്പോതൈറോയ്ഡിസത്തിൽ തൈറോയ്ഡ് ഹോർമോൺ മാറ്റിവെക്കുന്നു	54
45	കാർബിമസോൾ / പ്രൊപൈൽതയോയുറാസിൽ (PTU)	തയോനമൈഡുകൾ തൈറോയ്ഡ് ഹോർമോൺ നിർമ്മാണം തടയുന്നു	55
46	ഡെസ്മോപ്രസ്സിൻ (DDAVP)	ഡെസ്മോപ്രസ്സിൻ റീനൽ V2 റിസപ്റ്ററുകളിൽ പ്രവർത്തിച്ച് മൂത്രം സാന്ദ്രമാക്കുന്നു	56
47	പ്രെഡ്നിസൊലോൺ / ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ / ഡെക്സാമെതസോൺ	കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ ശക്തമായ ആന്റി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററിയും ഇമ്മ്യൂണോസപ്രസീവുമായ മരുന്നുകളാണ്	57
48	ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ	ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ ആൽഡോസ്റ്റിറോണിനെ അനുകരിച്ച് സോഡിയവും വെള്ളവും നിലനിർത്തുകയും പൊട്ടാസ്യം പുറന്തള്ളുകയും ചെയ്യുന്നു	58

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

ഇൻസുലിൻ ലിസ്പ്രോ / ആസ്പാർട്ട് (റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ്)

Insulin Lispro / Aspart (Rapid-acting) · റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ് ഇൻസുലിൻ അനലോഗ്

ആമുഖം. റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ് അനലോഗുകൾ 10–15 മിനിറ്റിൽ പ്രവർത്തനം തുടങ്ങി 1–2 മണിക്കൂറിൽ പീക്ക് എത്തുകയും 3–5 മണിക്കൂർ നീണ്ടുനിൽക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ബേസൽ–ബോളസ് റെജിമെനുകളിൽ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം "ബോളസ്" ഇൻസുലിനായും ഇൻസുലിൻ പമ്പുകളിലും ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ടൈപ്പ് 1 ഡയബറ്റിസ് (മീൽടൈം ബോളസ്)
- ബേസൽ–ബോളസിലുള്ള ടൈപ്പ് 2 ഡയബറ്റിസ്
- കറക്ഷൻ (സ്ലൈഡിങ്-സ്കെയിൽ) ഡോസുകൾ
- ഇൻസുലിൻ പമ്പുകൾ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഡോസിന് മുമ്പ് കാപ്പിലറി ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ്
- **ഭക്ഷണം മുന്നിലുണ്ടായിരിക്കണം — കഴിക്കുന്നതിന് 0–15 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ നൽകുക**
- ശരിയായ ഇൻസുലിൻ, ശരിയായ പെൻ/സിറിഞ്ച് (U-100)
- ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ഡബിൾ ചെക്ക് (ഹൈ-അലർട്ട്)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
SC	ഡോസ് വ്യക്തിഗതം (ഉദാ. ഓരോ ഭക്ഷണത്തിനും മുമ്പ് 4–10 യൂണിറ്റ്) — ഭക്ഷണത്തിന് 15 മിനിറ്റ് മുമ്പോ ഉടൻ ശേഷമോ
ഓൺസെറ്റ് / പീക്ക് / ഡ്യൂറേഷൻ	10–15 മിനിറ്റ് / 1–2 മണിക്കൂർ / 3–5 മണിക്കൂർ
സൈറ്റുകൾ	വയർ (ഏറ്റവും വേഗം), തുട, കൈ; മാറ്റി മാറ്റി

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ (വിയർപ്പ്, വിറയൽ, കൺഫ്യൂഷൻ)	ഗ്ലൂക്കോസ് 70 mg/dL-ൽ താഴെയെങ്കിൽ: 15–20 g വേഗം ആഗിരണം ചെയ്യുന്ന പഞ്ചസാര, 15 മിനിറ്റിൽ വീണ്ടും പരിശോധിക്കുക ("റൂൾ ഓഫ് 15"); അബോധാവസ്ഥയിൽ IV 25% ഡെക്സ്ട്രോസ്
ലൈപ്പോഹൈപ്പർട്രോഫി	സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക; പതിവായി പരിശോധിക്കുക
ഹൈപ്പോകലീമിയ	IV ഇൻസുലിനിൽ K^+ നിരീക്ഷിക്കുക
അലർജി, ലോക്കൽ റിയാക്ഷൻ	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് 70 mg/dL-ൽ താഴെ (അല്ലെങ്കിൽ പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം)
- പേഷ്യന്റ് NPO അല്ലെങ്കിൽ ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നില്ല
- ഭക്ഷണം ലഭ്യമല്ല

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഭക്ഷണം മുന്നിലുള്ളപ്പോൾ മാത്രം ഇൻജക്റ്റ് ചെയ്യുക
- ഗ്ലൂക്കോസ് ടാബ്ലെറ്റ്/പഞ്ചസാര കൈയിൽ കരുതുക
- ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ തിരിച്ചറിഞ്ഞ് ചികിത്സിക്കുക
- ഒരു ഭാഗത്തിനുള്ളിൽ സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഭക്ഷണം വൈകുമ്പോഴോ പേഷ്യന്റ് ഛർദ്ദിക്കുമ്പോഴോ റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ് ഇൻസുലിൻ ഒരിക്കലും നൽകരുത് — ഒരു മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ ഉണ്ടാകും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Insulin lispro · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഇൻസുലിൻ റെഗുലർ (സോല്യൂബിൾ, ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ്)

Insulin Regular (Soluble, Short-acting) · ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ് ഹ്യൂമൻ ഇൻസുലിൻ

ആമുഖം. റെഗുലർ (സോല്യൂബിൾ) ഇൻസുലിൻ 30 മിനിറ്റിൽ പ്രവർത്തിച്ചു തുടങ്ങി 2–4 മണിക്കൂറിൽ പീക്ക് എത്തുകയും 6–8 മണിക്കൂർ നീണ്ടുനിൽക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. സാധാരണയായി ഇൻട്രാവീനസ് ആയി നൽകുന്ന ഒരേയൊരു ഇൻസുലിൻ ഇതാണ് — DKA, HHS, ഹൈപ്പർകലീമിയ, പെരി-ഓപ്പറേറ്റീവ് ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ എന്നിവയിൽ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഡയബറ്റിക് കീറ്റോഅസിഡോസിസ്, HHS (IV ഇൻഫ്യൂഷൻ)
- ഹൈപ്പർകലീമിയ (ഡെക്സ്ട്രോസിനൊപ്പം)
- പെരി-ഓപ്പറേറ്റീവ്/ICU ഗ്ലൂക്കോസ് കൺട്രോൾ
- മീൽടൈം ഇൻസുലിൻ (SC, ഭക്ഷണത്തിന് 30 മിനിറ്റ് മുമ്പ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- IV ഇൻഫ്യൂഷൻ തുടങ്ങുന്നതിന് മുമ്പ് ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസും K^+-ഉം(DKA-യിൽ K^+ 3.3-ൽ കൂടുതലായിരിക്കണം)
- തെളിഞ്ഞ രൂപം
- പമ്പ് സെറ്റിങ്ങുകൾ ഡബിൾ ചെക്ക് ചെയ്യുക
- ഇൻസുലിൻ സിറിഞ്ചുകളോ പെന്നുകളോ മാത്രം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
SC	ഭക്ഷണത്തിന് 30 മിനിറ്റ് മുമ്പ്
IV ഇൻഫ്യൂഷൻ (DKA)	0.1 യൂണിറ്റ്/kg/h ഫിക്സഡ് റേറ്റ്; 50 യൂണിറ്റ് 50 mL സലൈനിൽ (1 യൂണിറ്റ്/mL)
ഹൈപ്പർകലീമിയ	10 യൂണിറ്റ് IV, 50% ഡെക്സ്ട്രോസ് 50 mL-നൊപ്പം(അല്ലെങ്കിൽ 25% 100 mL)
ഓൺസെറ്റ് / പീക്ക് / ഡ്യൂറേഷൻ (SC)	30 മിനിറ്റ് / 2–4 മണിക്കൂർ / 6–8 മണിക്കൂർ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ	ഇൻഫ്യൂഷനിൽ ഓരോ മണിക്കൂറിലും ഗ്ലൂക്കോസ്; DKA-യിൽ ഗ്ലൂക്കോസ് 250 mg/dL-ൽ താഴെയാകുമ്പോൾ ഡെക്സ്ട്രോസ് ചേർക്കുക
ഹൈപ്പോകലീമിയ	DKA-യിൽ 1–2 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് K^+; ഫ്ലൂയിഡുകളിൽ KCl ചേർക്കുക
ഇൻസുലിൻ ട്യൂബിങ്ങിൽ ഒട്ടിപ്പിടിക്കുന്നു	ലൈൻ പ്രൈം ചെയ്യുക
ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ്	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- IV ഇൻസുലിന് മുമ്പ് K^+ 3.3 mmol/L-ൽ താഴെ
- ഗ്ലൂക്കോസ് 70 mg/dL-ൽ താഴെ
- ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ് അലാറം അല്ലെങ്കിൽ ലൈൻ പ്രശ്നം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- SC ഡോസ് ഭക്ഷണത്തിന് 30 മിനിറ്റ് മുമ്പ് എടുക്കുക
- ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ തിരിച്ചറിയുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഇൻസുലിൻ ഒരു ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നാണ്: "യൂണിറ്റ്" മുഴുവനായി എഴുതുക — "U" എന്നത് "0" ആയി തെറ്റിവായിച്ച് പത്തിരട്ടി ഓവർഡോസുകൾ ഉണ്ടായിട്ടുണ്ട്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Insulin regular · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ഇൻസുലിൻ NPH (ഐസോഫേൻ, ഇന്റർമീഡിയറ്റ്-ആക്റ്റിങ്)

Insulin NPH (Isophane) · ഇന്റർമീഡിയറ്റ്-ആക്റ്റിങ് ഹ്യൂമൻ ഇൻസുലിൻ

ആമുഖം. NPH കലങ്ങിയ സസ്പെൻഷനാണ്; 1–2 മണിക്കൂറിൽ പ്രവർത്തിച്ചു തുടങ്ങി 4–12 മണിക്കൂറിൽ പീക്ക് എത്തുകയും 12–18 മണിക്കൂർ നീണ്ടുനിൽക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പ്രീമിക്സ്ഡ് 30/70 (റെഗുലർ/NPH) ഇന്ത്യയിൽ വളരെ വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ടൈപ്പ് 1, ടൈപ്പ് 2 ഡയബറ്റിസ് (ബേസൽ, ദിവസം രണ്ട് തവണ)
- പ്രീമിക്സ്ഡ് റെജിമെനുകൾ (30/70)
- സ്റ്റിറോയ്ഡ്-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ (രാവിലത്തെ NPH)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ്
- സസ്പെൻഷന്റെ രൂപം — മിക്സ് ചെയ്ത ശേഷം ഒരേപോലെ കലങ്ങിയത്
- ഭക്ഷണ സമയം (പീക്ക് ഉച്ചകഴിഞ്ഞും രാത്രിയും ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ ഉണ്ടാക്കും)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
SC	പ്രഭാതഭക്ഷണത്തിനും അത്താഴത്തിനും മുമ്പ് ദിവസം രണ്ട് തവണ, ഡോസ് വ്യക്തിഗതം
മിക്സിങ്	**വയൽ കൈപ്പത്തികൾക്കിടയിൽ 10 തവണ ഉരുട്ടി പതുക്കെ ചരിക്കുക — കുലുക്കരുത്**
ഓൺസെറ്റ് / പീക്ക് / ഡ്യൂറേഷൻ	1–2 മണിക്കൂർ / 4–12 മണിക്കൂർ / 12–18 മണിക്കൂർ
റൂട്ട്	സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് മാത്രം — ഒരിക്കലും IV ആയി നൽകരുത്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
പീക്ക് സമയത്ത് ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ (ഉച്ചകഴിഞ്ഞ്, പുലർച്ചെ 2–3 മണി)	രാത്രി ലഘുഭക്ഷണം; ലക്ഷണങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ രാത്രി ഗ്ലൂക്കോസ് പരിശോധിക്കുക
മിക്സ് ചെയ്യാത്തതിനാൽ കൃത്യമല്ലാത്ത ഡോസ്	ഒരേപോലെ കലങ്ങും വരെ ഉരുട്ടുക
ലൈപ്പോഹൈപ്പർട്രോഫി	സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക
ഭാരം കൂടൽ	ഡയറ്റ് കൗൺസലിങ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഗ്ലൂക്കോസ് 70 mg/dL-ൽ താഴെ
- പേഷ്യന്റ് ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നില്ല
- വയലിൽ കട്ടകൾ അല്ലെങ്കിൽ പാട (ഉപേക്ഷിക്കുക)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഉരുട്ടുക, കുലുക്കരുത്
- ഭക്ഷണം കൃത്യസമയത്ത് കഴിക്കുക
- രാത്രി ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ സാധ്യതയുണ്ടെങ്കിൽ കിടക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ലഘുഭക്ഷണം
- തുറന്ന വയൽ 28 ദിവസം വരെ റൂം ടെമ്പറേച്ചറിൽ സൂക്ഷിക്കാം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

റെഗുലറും NPH-ഉം ഒരേ സിറിഞ്ചിൽ മിക്സ് ചെയ്യുമ്പോൾ ആദ്യം തെളിഞ്ഞത് (റെഗുലർ), പിന്നെ കലങ്ങിയത് (NPH) — "ക്ലിയർ ബിഫോർ ക്ലൗഡി".

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Insulin isophane · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഇൻസുലിൻ ഗ്ലാർജിൻ (ലോങ്-ആക്റ്റിങ്)

Insulin Glargine (Long-acting) · ലോങ്-ആക്റ്റിങ് ബേസൽ ഇൻസുലിൻ അനലോഗ്

ആമുഖം. ഗ്ലാർജിൻ പീക്ക് ഇല്ലാതെ ഏകദേശം 24 മണിക്കൂർ സാവധാനം പുറത്തുവിടുന്നു; NPH-നക്കൾ കുറഞ്ഞ രാത്രി ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയയോടെ ദിവസം ഒരു തവണ ബേസൽ ഇൻസുലിൻ നൽകുന്നു. ഡെഗ്ലൂഡെക് ഇതിലും കൂടുതൽ നീണ്ടുനിൽക്കും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ടൈപ്പ് 1, ടൈപ്പ് 2 ഡയബറ്റിസിൽ ബേസൽ ഇൻസുലിൻ
- IV ഇൻസുലിൻ ഇൻഫ്യൂഷനിൽ നിന്നുള്ള മാറ്റം (2 മണിക്കൂർ ഓവർലാപ്പ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് (ഫാസ്റ്റിങ്)
- തെളിഞ്ഞ സൊല്യൂഷൻ
- എല്ലാ ദിവസവും ഒരേ സമയം
- IV ഉപയോഗത്തിനോ DKA-യ്ക്കോ അല്ല

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
SC	ദിവസവും ഒരേ സമയത്ത് ഒരു തവണ (10 യൂണിറ്റ് അല്ലെങ്കിൽ 0.1–0.2 യൂണിറ്റ്/kg-ൽ തുടങ്ങുക), ഫാസ്റ്റിങ് ഗ്ലൂക്കോസ് അനുസരിച്ച് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക
മിക്സിങ്	**മറ്റൊരു ഇൻസുലിനുമായും ഒരിക്കലും മിക്സ് ചെയ്യരുത്**
ഓൺസെറ്റ് / ഡ്യൂറേഷൻ	1–2 മണിക്കൂർ / ഏകദേശം 24 മണിക്കൂർ, പീക്ക്‌ലെസ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ (കുറവാണെങ്കിലും സാധ്യം)	ഗ്ലൂക്കോസ് മോണിറ്ററിങ്; ഡോസ് ക്രമീകരിക്കുക
ഇൻജക്ഷൻ-സൈറ്റ് വേദന (അമ്ല pH)	സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക
റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ്ങുമായി മാറിപ്പോകൽ (രണ്ടും തെളിഞ്ഞത്)	ഓരോ തവണയും ലേബലും പെൻ നിറവും പരിശോധിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഫാസ്റ്റിങ് ഗ്ലൂക്കോസ് 70 mg/dL-ൽ താഴെ
- തെറ്റായ ഇൻസുലിൻ സംശയം — നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കുക

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സാധാരണ പോലെ ഭക്ഷണം കഴിക്കാത്തപ്പോഴും ഒരേ സമയത്ത് എടുക്കുക (ഡോസ് കുറയ്ക്കേണ്ടി വന്നേക്കാം — ചോദിക്കുക)
- മിക്സ് ചെയ്യരുത്
- ഓരോ തവണയും പെൻ ലേബൽ പരിശോധിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ടൈപ്പ് 1 ഡയബറ്റിസിൽ പേഷ്യന്റ് NPO ആയിരിക്കുമ്പോഴും ബേസൽ ഇൻസുലിൻ നിർത്തരുത് — ഇത് DKA ഉണ്ടാക്കും. ഡോസ് കുറച്ച് ഡെക്സ്ട്രോസ് നൽകുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Insulin glargine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

മെറ്റ്ഫോർമിൻ

Metformin · ബൈഗ്വാനൈഡ് — ഓറൽ ആന്റിഡയബറ്റിക്

ആമുഖം. മെറ്റ്ഫോർമിൻ ലിവറിലെ ഗ്ലൂക്കോസ് ഉത്പാദനം കുറയ്ക്കുകയും ഇൻസുലിൻ സെൻസിറ്റിവിറ്റി കൂട്ടുകയും ചെയ്യുന്നു. ടൈപ്പ് 2 ഡയബറ്റിസിലെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ മരുന്നാണിത്; ഒറ്റയ്ക്ക് നൽകുമ്പോൾ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ ഉണ്ടാക്കില്ല, ഭാരം കൂട്ടില്ല.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ടൈപ്പ് 2 ഡയബറ്റിസ് (ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ)
- പ്രീഡയബറ്റിസ്
- പോളിസിസ്റ്റിക് ഓവറി സിൻഡ്രോം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- eGFR (30-ൽ താഴെ ഒഴിവാക്കുക; 30–45-ൽ ഡോസ് കുറയ്ക്കുക)
- അയോഡിനേറ്റഡ് കോൺട്രാസ്റ്റ് പ്ലാൻ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ
- മദ്യപാനം, ലിവർ ഡിസീസ്, ഹൈപ്പോക്സിയ, സെപ്സിസ് (ലാക്റ്റിക് അസിഡോസിസ് സാധ്യത)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	500 mg ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം, 1,000 mg BD വരെ ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക (ദിവസം പരമാവധി 2–2.5 g)
എക്സ്റ്റൻഡഡ് റിലീസ്	അത്താഴത്തോടൊപ്പം ദിവസം ഒരു തവണ
കോൺട്രാസ്റ്റ്	eGFR 60-ൽ താഴെയോ AKI ഉള്ളപ്പോഴോ കോൺട്രാസ്റ്റ് സമയത്ത്/മുമ്പ് ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; ക്രിയാറ്റിനിൻ സ്ഥിരമെങ്കിൽ 48 മണിക്കൂറിന് ശേഷം വീണ്ടും തുടങ്ങുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
GI അസ്വസ്ഥത, വയറിളക്കം, ലോഹ രുചി	കുറഞ്ഞ ഡോസിൽ തുടങ്ങുക, ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം; എക്സ്റ്റൻഡഡ് റിലീസ്
ലാക്റ്റിക് അസിഡോസിസ് (അപൂർവം; ഛർദ്ദി, വയറുവേദന, ശ്വാസതടസ്സം, മയക്കം)	നിർത്തുക; ഉടൻ ലാക്റ്റേറ്റും ABG-യും
വിറ്റാമിൻ B12 ഡെഫിഷ്യൻസി (ദീർഘകാലം)	ന്യൂറോപ്പതിയോ അനീമിയയോ ഉണ്ടെങ്കിൽ B12 പരിശോധിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- eGFR 30-ൽ താഴെ, AKI, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ
- സെപ്സിസ്, ഷോക്ക്, ഹൈപ്പോക്സിയ
- പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം കോൺട്രാസ്റ്റിനോ മേജർ സർജറിക്കോ മുമ്പ്
- തുടർച്ചയായ ഛർദ്ദി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക
- സിക്ക്-ഡേ റൂൾ: ഛർദ്ദി, വയറിളക്കം, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ ഉള്ളപ്പോൾ നിർത്തുക
- അമിത മദ്യപാനം ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ലാക്റ്റിക് അസിഡോസിസ് സാധ്യത കാരണം സർജറി ദിവസവും ഗുരുതരമായ അസുഖമുള്ളപ്പോഴും (സെപ്സിസ്, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ) മെറ്റ്ഫോർമിൻ ഹോൾഡ് ചെയ്യുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Metformin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഗ്ലിമിപിറൈഡ് / ഗ്ലിപിസൈഡ് / ഗ്ലിക്ലാസൈഡ്

Glimepiride / Glipizide / Gliclazide · സൾഫോണൈൽയൂറിയ — ഓറൽ ആന്റിഡയബറ്റിക് (ഇൻസുലിൻ സീക്രട്ടഗോഗ്)

ആമുഖം. സൾഫോണൈൽയൂറിയകൾ ബീറ്റ സെല്ലുകളിൽ നിന്ന് ഇൻസുലിൻ പുറത്തുവിടാൻ പ്രേരിപ്പിക്കുന്നു. ഇവ വിലകുറഞ്ഞതും ഫലപ്രദവുമാണ്, എന്നാൽ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ ഉണ്ടാക്കും — പ്രായമായവരിലും റീനൽ ഫെയിലിയറിലും ഇത് ദീർഘവും അപകടകരവുമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ടൈപ്പ് 2 ഡയബറ്റിസ് (മെറ്റ്ഫോർമിനോടൊപ്പം ആഡ്-ഓൺ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ്
- ഭക്ഷണക്രമം (ഭക്ഷണം ഒഴിവാക്കിയാൽ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ)
- റീനൽ, ഹെപ്പാറ്റിക് ഫങ്ഷൻ
- പ്രായമായവർ, വ്രതം (റമദാൻ, മതപരമായ ഉപവാസം)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഗ്ലിമിപിറൈഡ്	1–4 mg ദിവസം ഒരു തവണ പ്രഭാതഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
ഗ്ലിപിസൈഡ്	ദിവസം 2.5–20 mg ഭക്ഷണത്തിന് മുമ്പ്
ഗ്ലിക്ലാസൈഡ് MR	30–120 mg ദിവസം ഒരു തവണ പ്രഭാതഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ (24–72 മണിക്കൂർ നീണ്ടുനിൽക്കാം)	പഞ്ചസാര നൽകി തുടർന്ന് കോംപ്ലക്സ് കാർബോഹൈഡ്രേറ്റ്; ആവർത്തിച്ചാൽ IV ഡെക്സ്ട്രോസിന് അഡ്മിറ്റ് ചെയ്യുക
ഭാരം കൂടൽ	ഡയറ്റ് ഉപദേശം
റാഷ്, ഫോട്ടോസെൻസിറ്റിവിറ്റി	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
മദ്യത്തോടൊപ്പം ഡൈസൾഫിറാം-ലൈക്ക് റിയാക്ഷൻ (പഴയ മരുന്നുകൾ)	മദ്യം ഒഴിവാക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഗ്ലൂക്കോസ് 70 mg/dL-ൽ താഴെ
- ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നില്ല അല്ലെങ്കിൽ പ്രൊസീജറിനായി NPO
- റീനൽ ഫെയിലിയർ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- മരുന്ന് കഴിച്ച ശേഷം ഒരിക്കലും ഭക്ഷണം ഒഴിവാക്കരുത്
- പഞ്ചസാര കൈയിൽ കരുതുക
- ഉപവസിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സൾഫോണൈൽയൂറിയ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ ആദ്യ ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷവും ആവർത്തിക്കും — കുറഞ്ഞത് 24 മണിക്കൂർ നിരീക്ഷിക്കുക; റിഫ്രാക്ടറി കേസുകളിൽ ഒക്ട്രിയോടൈഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Glimepiride · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഗ്ലൂക്കഗോൺ / 25% ഡെക്സ്ട്രോസ്

Glucagon / 25% Dextrose · ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിക് ഏജന്റുകൾ — ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയയുടെ എമർജൻസി ചികിത്സ

ആമുഖം. ഗ്ലൂക്കഗോൺ ലിവറിലെ ഗ്ലൈക്കോജൻ പുറത്തുവിടുന്നു; കഠിനമായ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയയിൽ IV ആക്സസ് ലഭ്യമല്ലാത്തപ്പോൾ IM/SC ആയി നൽകുന്നു. ആശുപത്രിയിൽ IV ഡെക്സ്ട്രോസ് ആണ് ഉചിതമായ ചികിത്സ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അബോധാവസ്ഥയോടു കൂടിയ അല്ലെങ്കിൽ വിഴുങ്ങാൻ കഴിയാത്ത കഠിനമായ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ
- ബീറ്റ-ബ്ലോക്കർ, കാൽസ്യം-ചാനൽ-ബ്ലോക്കർ ഓവർഡോസ് (ഗ്ലൂക്കഗോൺ IV)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- കാപ്പിലറി ഗ്ലൂക്കോസ്
- എയർവേ, പൊസിഷൻ (ലാറ്ററൽ — ഛർദ്ദി സാധാരണം)
- IV ആക്സസ് ലഭ്യത
- കാരണം (ഇൻസുലിൻ, സൾഫോണൈൽയൂറിയ, മദ്യം)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഗ്ലൂക്കഗോൺ	1 mg IM/SC (25 kg-ൽ താഴെയെങ്കിൽ 0.5 mg); ആവശ്യമെങ്കിൽ 15 മിനിറ്റിന് ശേഷം ഒരിക്കൽ ആവർത്തിക്കുക
IV ഡെക്സ്ട്രോസ്	25% ഡെക്സ്ട്രോസ് 50–100 mL (അല്ലെങ്കിൽ 50% 25–50 mL; 10% 150–200 mL) — നന്നായി ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക
ബോധം വീണ ശേഷം	വായിലൂടെ കോംപ്ലക്സ് കാർബോഹൈഡ്രേറ്റ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഗ്ലൂക്കഗോണിന് ശേഷം ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി	ലാറ്ററൽ പൊസിഷൻ; സക്ഷൻ തയ്യാർ
പട്ടിണി, ലിവർ ഡിസീസ്, മദ്യം എന്നിവയിൽ ഫലിക്കില്ല	IV ഡെക്സ്ട്രോസ് ഉപയോഗിക്കുക
ഡെക്സ്ട്രോസ് എക്സ്ട്രാവസേഷൻ (സ്ക്ലിറോസന്റ്)	വലിയ വെയിൻ; പേറ്റൻസി പരിശോധിക്കുക
റീബൗണ്ട് ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ	15–60 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് ഗ്ലൂക്കോസ് വീണ്ടും പരിശോധിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ചികിത്സയ്ക്ക് ശേഷവും ഗ്ലൂക്കോസ് ഉയരുന്നില്ല
- ബോധം തിരികെ വരുന്നില്ല
- സൾഫോണൈൽയൂറിയ മൂലമുള്ള ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ (ദീർഘനേരം)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

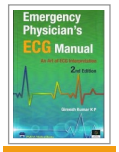
- ഗ്ലൂക്കഗോൺ കിറ്റ് ഉപയോഗിക്കാൻ കുടുംബം പഠിക്കണം
- ബോധം വന്നാൽ ഭക്ഷണം കഴിക്കുക
- കാരണം കണ്ടെത്തുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പേഷ്യന്റ് ഉണർന്നാൽ ദീർഘനേരം നിലനിൽക്കുന്ന കാർബോഹൈഡ്രേറ്റ് നൽകുക — ഗ്ലൂക്കഗോണിന്റെയോ ഡെക്സ്ട്രോസിന്റെയോ ഫലം 30–60 മിനിറ്റ് മാത്രമേ നിലനിൽക്കൂ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Glucagon · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ലെവോതൈറോക്സിൻ

Levothyroxine · തൈറോയ്ഡ് ഹോർമോൺ (T4) റീപ്ലേസ്മെന്റ്

ആമുഖം. ലെവോതൈറോക്സിൻ ഹൈപ്പോതൈറോയ്ഡിസത്തിൽ തൈറോയ്ഡ് ഹോർമോൺ മാറ്റിവെക്കുന്നു. ഇന്ത്യൻ സ്ത്രീകളിൽ ഹൈപ്പോതൈറോയ്ഡിസം സാധാരണമാണ്; ആഗിരണത്തിന് വെറും വയറ്റിൽ കൃത്യസമയത്ത് കഴിക്കേണ്ടത് അത്യാവശ്യമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈപ്പോതൈറോയ്ഡിസം
- തൈറോയ്ഡക്ടമിക്ക് ശേഷം
- തൈറോയ്ഡ് കാൻസറിൽ TSH സപ്രഷൻ
- മിക്സീഡീമ കോമ (IV)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- TSH (ഡോസ് മാറ്റത്തിന് 6–8 ആഴ്ചയ്ക്ക് ശേഷം)
- ഹാർട്ട് റേറ്റ്; പ്രായമായവരിൽ ആൻജൈന (കുറഞ്ഞ ഡോസിൽ തുടങ്ങുക)
- പ്രെഗ്നൻസി (ഡോസ് ഏകദേശം 30% കൂടും)
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്നവ: അയൺ, കാൽസ്യം, ആന്റാസിഡുകൾ, PPI-കൾ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	25–200 µg ദിവസം ഒരു തവണ (ഏകദേശം 1.6 µg/kg); പ്രായമായവർ/ഹൃദ്രോഗികൾ 12.5–25 µg-ൽ തുടങ്ങുക
സമയം	**രാവിലെ ആദ്യം, വെറും വയറ്റിൽ, പ്രഭാതഭക്ഷണത്തിനും ചായയ്ക്കും 30–60 മിനിറ്റ് മുമ്പ്**
ഇടവേള	അയണിൽ നിന്നോ കാൽസ്യത്തിൽ നിന്നോ 4 മണിക്കൂർ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
അമിത റീപ്ലേസ്മെന്റ് — പാൽപ്പിറ്റേഷൻ, വിറയൽ, ഉറക്കമില്ലായ്മ, ഭാരക്കുറവ്, ചൂട് സഹിക്കാനാകായ്ക	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; TSH പരിശോധിക്കുക
പ്രായമായവരിൽ ആൻജൈന, AF	കുറഞ്ഞ ഡോസിൽ തുടങ്ങി സാവധാനം കൂട്ടുക
ഓസ്റ്റിയോപൊറോസിസ് (ദീർഘകാല അമിതം)	TSH നിരീക്ഷിക്കുക
അണ്ടർ-റീപ്ലേസ്മെന്റ്	ക്ഷീണം, ഭാരം കൂടൽ, മലബന്ധം തുടരുന്നു

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- പൾസ് 100-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ നെഞ്ചുവേദന
- പാൽപ്പിറ്റേഷൻ, വിറയൽ
- പ്രെഗ്നൻസി സ്ഥിരീകരിച്ചു (ഡോസ് കൂട്ടാൻ അറിയിക്കുക)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ദിവസവും വെറും വയറ്റിൽ വെള്ളത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക
- ഉപദേശമില്ലാതെ ബ്രാൻഡ് മാറ്റരുത്
- ആജീവനാന്ത ചികിത്സ
- അയൺ/കാൽസ്യവുമായി 4 മണിക്കൂർ ഇടവേള

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ചായയോടൊപ്പമോ പ്രഭാതഭക്ഷണത്തോടൊപ്പമോ ലെവോതൈറോക്സിൻ കഴിക്കുന്നതാണ് TSH തുടർച്ചയായി ഉയർന്നിരിക്കുന്നതിന്റെ ഏറ്റവും സാധാരണ കാരണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Levothyroxine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

കാർബിമസോൾ / പ്രൊപൈൽതയോയുറാസിൽ (PTU)

Carbimazole / Propylthiouracil (PTU) · തയോനമൈഡ് ആന്റിതൈറോയ്ഡ് മരുന്നുകൾ

ആമുഖം. തയോനമൈഡുകൾ തൈറോയ്ഡ് ഹോർമോൺ നിർമ്മാണം തടയുന്നു. കാർബിമസോൾ/മെതിമസോൾ ആണ് ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ; പ്രെഗ്നൻസിയുടെ ആദ്യ ട്രൈമെസ്റ്ററിലും തൈറോയ്ഡ് സ്റ്റോമിലും PTU ഉത്തമം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈപ്പർതൈറോയ്ഡിസം (ഗ്രേവ്സ് ഡിസീസ്, ടോക്സിക് നോഡ്യൂളുകൾ)
- തൈറോയ്ഡ് സ്റ്റോം (PTU)
- തൈറോയ്ഡക്ടമിക്കോ റേഡിയോഅയോഡിനോ മുമ്പുള്ള തയ്യാറെടുപ്പ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- തുടക്കത്തിൽ CBC, LFT
- പ്രെഗ്നൻസി സ്റ്റാറ്റസ്
- ഹാർട്ട് റേറ്റ് (പലപ്പോഴും ബീറ്റ-ബ്ലോക്കർ ചേർക്കുന്നു)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
കാർബിമസോൾ	ദിവസം 15–40 mg, തുടർന്ന് മെയിന്റനൻസ് ദിവസം 5–15 mg
PTU	100–150 mg ദിവസം മൂന്ന് തവണ; തൈറോയ്ഡ് സ്റ്റോമിൽ 200–250 mg 4 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
കാലാവധി	12–18 മാസം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
അഗ്രാന്യൂലോസൈറ്റോസിസ് (തൊണ്ടവേദന, പനി, വായ്പ്പുണ്ണ്)	ഉടൻ നിർത്തുക; അടിയന്തര CBC
ഹെപ്പറ്റോടോക്സിസിറ്റി (പ്രത്യേകിച്ച് PTU)	ജോണ്ടിസ്, ഇരുണ്ട മൂത്രം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; LFT
റാഷ്, ചൊറിച്ചിൽ, ആർത്രാൽജിയ	ആന്റിഹിസ്റ്റമിൻ; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഹൈപ്പോതൈറോയ്ഡിസം (അമിത ചികിത്സ)	TFT നിരീക്ഷണം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- തൊണ്ടവേദന, പനി അല്ലെങ്കിൽ വായ്പ്പുണ്ണ്
- ജോണ്ടിസ്
- ന്യൂട്രോഫിൽ 1,500/mm^3-ൽ താഴെ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- തൊണ്ടവേദനയോ പനിയോ ഉണ്ടായാൽ ഉടൻ അറിയിച്ച് ബ്ലഡ് കൗണ്ട് എടുക്കുക
- കണ്ണിൽ മഞ്ഞനിറം, ഇരുണ്ട മൂത്രം അറിയിക്കുക
- കൃത്യമായി കഴിക്കുക; ഉപദേശമില്ലാതെ നിർത്തരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കാർബിമസോൾ കഴിക്കുന്ന ഒരാളിലെ തൊണ്ടവേദന, ബ്ലഡ് കൗണ്ട് മറിച്ച് തെളിയിക്കും വരെ അഗ്രാന്യൂലോസൈറ്റോസിസ് ആണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Methimazole · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഡെസ്മോപ്രസ്സിൻ (DDAVP)

Desmopressin (DDAVP) · സിന്തറ്റിക് വാസോപ്രസ്സിൻ (ADH) അനലോഗ്

ആമുഖം. ഡെസ്മോപ്രസ്സിൻ റീനൽ V2 റിസപ്റ്ററുകളിൽ പ്രവർത്തിച്ച് മൂത്രം സാന്ദ്രമാക്കുന്നു. സെൻട്രൽ ഡയബറ്റിസ് ഇൻസിപിഡസ്, നോക്റ്റേണൽ എന്യൂറെസിസ് എന്നിവ ചികിത്സിക്കുന്നു; ഹീമോഫീലിയ A-യിലും വോൺ വില്ലിബ്രാൻഡ് ഡിസീസിലും ഫാക്ടർ VIII കൂട്ടുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സെൻട്രൽ ഡയബറ്റിസ് ഇൻസിപിഡസ് (പിറ്റ്യൂട്ടറി സർജറി, ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി എന്നിവയ്ക്ക് ശേഷം)
- നോക്റ്റേണൽ എന്യൂറെസിസ്
- ഹീമോഫീലിയ A, വോൺ വില്ലിബ്രാൻഡ് ഡിസീസ് (ബ്ലീഡിങ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സീറം സോഡിയം, യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്, സ്പെസിഫിക് ഗ്രാവിറ്റി
- ദിവസേന ഭാരം
- ഫ്ലൂയിഡ് ഇൻടേക്ക് രീതി
- പ്രായമായവർ, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (ഹൈപ്പോനട്രീമിയ സാധ്യത)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഇൻട്രാനേസൽ	ദിവസം 10–40 µg 1–3 ഡോസുകളായി
ഓറൽ	100–200 µg ദിവസം രണ്ടോ മൂന്നോ തവണ; മെൽറ്റ് 120 µg
IV/SC	ദിവസം 1–4 µg (DI); 0.3 µg/kg IV 30 മിനിറ്റിൽ (ബ്ലീഡിങ്)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വാട്ടർ ഇൻടോക്സിക്കേഷൻ, ഹൈപ്പോനട്രീമിയ (തലവേദന, കൺഫ്യൂഷൻ, സീഷറുകൾ)	ഫ്ലൂയിഡ് നിയന്ത്രിക്കുക; Na^+ പരിശോധിക്കുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഫ്ലൂയിഡ് റിറ്റൻഷൻ, ഭാരം കൂടൽ	ദിവസേന ഭാരം
മൂക്കിൽ അസ്വസ്ഥത	നാസാദ്വാരങ്ങൾ മാറി മാറി ഉപയോഗിക്കുക
ഫ്ലഷിങ്, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ (IV)	സാവധാനം ഇൻഫ്യൂസ് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- Na^+ 130 mmol/L-ൽ താഴെ
- തലവേദന, കൺഫ്യൂഷൻ അല്ലെങ്കിൽ സീഷർ
- ഭാരം ദിവസം 1 kg-ൽ കൂടുതൽ കൂടുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

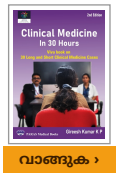
- വൈകുന്നേരം വെള്ളം കുടിക്കുന്നത് കുറയ്ക്കുക (എന്യൂറെസിസ്)
- തലവേദന, ഓക്കാനം അറിയിക്കുക
- ദിവസവും ഭാരം നോക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ന്യൂറോസർജറിക്ക് ശേഷമുള്ള DI-യിൽ ഓരോ മണിക്കൂറിലെയും യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ടും സോഡിയവും ശ്രദ്ധിക്കുക — ഈ അവസ്ഥ SIADH ആയി മാറാം (ട്രൈഫേസിക് റെസ്പോൺസ്).

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Desmopressin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

പ്രെഡ്നിസൊലോൺ / ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ / ഡെക്സാമെതസോൺ

Prednisolone / Hydrocortisone / Dexamethasone · സിസ്റ്റമിക് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ (ഗ്ലൂക്കോകോർട്ടിക്കോയ്ഡുകൾ)

ആമുഖം. കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ ശക്തമായ ആന്റി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററിയും ഇമ്മ്യൂണോസപ്രസീവുമായ മരുന്നുകളാണ്. ദീർഘകാല ഉപയോഗം അഡ്രിനൽ ഗ്രന്ഥികളെ സപ്രസ് ചെയ്യുന്നതിനാൽ ഇവ ടേപ്പർ ചെയ്യണം; ഒരിക്കലും പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ആസ്ത്മ/COPD എക്സസർബേഷൻ, അലർജി, അനാഫൈലാക്സിസ് (സഹായം)
- ഓട്ടോഇമ്മ്യൂൺ, ഇൻഫ്ലമേറ്ററി രോഗങ്ങൾ
- അഡ്രിനൽ ഇൻസഫിഷ്യൻസി (ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ)
- സെറിബ്രൽ എഡീമ (ഡെക്സാമെതസോൺ), ഫീറ്റൽ ലങ് മെച്യൂരിറ്റി

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് (മണിക്കൂറുകൾക്കുള്ളിൽ ഉയരും)
- BP, ഭാരം, എഡീമ
- ഇൻഫെക്ഷൻ ലക്ഷണങ്ങൾ (മറയ്ക്കപ്പെടും)
- മൂഡ്, ഉറക്കം
- ചികിത്സാ കാലാവധി (3 ആഴ്ചയിൽ കൂടുതലെങ്കിൽ ടേപ്പർ ചെയ്യുക)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
പ്രെഡ്നിസൊലോൺ ഓറൽ	5–60 mg രാവിലെ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം ദിവസം ഒരു തവണ
ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ IV	100–200 mg (അക്യൂട്ട് അഡ്രിനൽ ക്രൈസിസ്, അനാഫൈലാക്സിസ്, ആസ്ത്മ)
ഡെക്സാമെതസോൺ IV/IM	4–8 mg; ആന്റിനേറ്റൽ 6 mg IM 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് 4 തവണ
മീതൈൽപ്രെഡ്നിസൊലോൺ	0.5–1 g IV പൾസ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ	ഗ്ലൂക്കോസ് മോണിറ്ററിങ്; ആവശ്യാനുസരണം ഇൻസുലിൻ
ഇൻഫെക്ഷൻ, മുറിവ് ഉണങ്ങാൻ താമസം	അസെപ്സിസ്; പനി ഉണ്ടാകണമെന്നില്ല എന്ന് ശ്രദ്ധിക്കുക
GI അൾസറേഷൻ	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം നൽകുക; ഹൈ റിസ്കിൽ PPI
ഫ്ലൂയിഡ് റിറ്റൻഷൻ, ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, ഹൈപ്പോകലീമിയ	BP, ഭാരം, K^+
മൂഡ് മാറ്റം, ഉറക്കമില്ലായ്മ, സൈക്കോസിസ്	രാവിലെ ഡോസ്; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഓസ്റ്റിയോപൊറോസിസ്, കാറ്ററാക്റ്റ്, മസിൽ ശോഷണം, കുഷിങ്ങോയ്ഡ് ലക്ഷണങ്ങൾ (ദീർഘകാലം)	കാൽസ്യം, വിറ്റാമിൻ D
പെട്ടെന്ന് നിർത്തിയാൽ അഡ്രിനൽ ക്രൈസിസ്	ടേപ്പർ ചെയ്യുക; സ്റ്റിറോയ്ഡ് കാർഡ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് 300 mg/dL-ൽ കൂടുതൽ
- ഇൻഫെക്ഷന്റെയോ GI ബ്ലീഡിങ്ങിന്റെയോ ലക്ഷണങ്ങൾ
- കഠിനമായ മൂഡ് മാറ്റം
- ദീർഘകാല ഉപയോക്താക്കളിൽ ഡോസ് മുടങ്ങുന്നു (അഡ്രിനൽ ക്രൈസിസ് സാധ്യത)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- രാവിലെ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത് — നിർദ്ദേശിച്ച പ്രകാരം ടേപ്പർ ചെയ്യുക
- സ്റ്റിറോയ്ഡ് കാർഡ് കൊണ്ടുനടക്കുക; അസുഖമുള്ളപ്പോൾ അധിക ഡോസ് (സിക്ക്-ഡേ റൂൾ)
- പനി, കറുത്ത മലം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

തുല്യ ഡോസുകൾ: ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ 20 mg = പ്രെഡ്നിസൊലോൺ 5 mg = മീതൈൽപ്രെഡ്നിസൊലോൺ 4 mg = ഡെക്സാമെതസോൺ 0.75 mg.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Prednisolone · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ

Fludrocortisone · മിനറലോകോർട്ടിക്കോയ്ഡ്

ആമുഖം. ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ ആൽഡോസ്റ്റിറോണിനെ അനുകരിച്ച് സോഡിയവും വെള്ളവും നിലനിർത്തുകയും പൊട്ടാസ്യം പുറന്തള്ളുകയും ചെയ്യുന്നു. അഡിസൺസ് ഡിസീസിൽ മിനറലോകോർട്ടിക്കോയ്ഡ് മാറ്റിവെക്കുകയും ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ ചികിത്സിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പ്രൈമറി അഡ്രിനൽ ഇൻസഫിഷ്യൻസി (അഡിസൺസ് ഡിസീസ്, ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോണിനൊപ്പം)
- കൺജെനിറ്റൽ അഡ്രിനൽ ഹൈപ്പർപ്ലാസിയ
- ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- കിടന്നും നിന്നും BP
- സീറം Na^+, K^+
- ഭാരവും എഡീമയും
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ്)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	50–200 µg ദിവസം ഒരു തവണ (സാധാരണ 100 µg)
ഒപ്പം	ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ ദിവസം 15–25 mg വിഭജിച്ച ഡോസുകളായി (അഡിസൺസ്)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, എഡീമ, ഭാരം കൂടൽ	BP-യും ഭാരവും നിരീക്ഷിക്കുക; ഡോസ് കുറയ്ക്കുക
ഹൈപ്പോകലീമിയ	K^+ നിരീക്ഷണം; പൊട്ടാസ്യം കൂടുതലുള്ള ഭക്ഷണം
ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ	ശ്വാസതടസ്സം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
അണ്ടർ-റീപ്ലേസ്മെന്റ്	നിൽക്കുമ്പോൾ തലകറക്കം, ഉപ്പിനോട് ആർത്തി, ഉയർന്ന റെനിൻ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- BP 150/90-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ എഡീമ
- K^+ 3.5 mmol/L-ൽ താഴെ
- ശ്വാസതടസ്സം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- എല്ലാ ദിവസവും കഴിക്കുക; ഒരിക്കലും നിർത്തരുത്
- സ്റ്റിറോയ്ഡ് കാർഡും എമർജൻസി ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോണും കരുതുക
- കൃത്യമായി ഭാരം നോക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അഡിസൺസ് ഡിസീസിൽ പനിയുള്ളപ്പോൾ ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ ഡോസ് ഇരട്ടിയാക്കുക — ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ സാധാരണ മാറ്റേണ്ടതില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Fludrocortisone · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 46 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ആസിഡ് സപ്രസന്റുകൾ, ആന്റിഎമെറ്റിക്കുകൾ, ലാക്സേറ്റീവുകൾ എന്നിവ ആശുപത്രിയിലുള്ള മിക്ക രോഗികൾക്കും നൽകുന്നു. ഏതൊക്കെ മരുന്നുകൾ QT ഇന്റർവെൽ നീട്ടുന്നു, ഏതൊക്കെ എക്സ്ട്രാപിരമിഡൽ റിയാക്ഷനുകൾ ഉണ്ടാക്കുന്നു, ലിവർ ഡിസീസിൽ ലാക്റ്റുലോസ് മലവിസർജ്ജനം അനുസരിച്ച് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുന്നത് എന്തുകൊണ്ട് എന്നിവ അറിഞ്ഞിരിക്കുക.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
49	പാന്റോപ്രസോൾ / ഒമിപ്രസോൾ	PPI-കൾ ഗ്യാസ്ട്രിക് H+/K+-ATPase-നെ സ്ഥിരമായി ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് ആസിഡ് ഗണ്യമായി കുറയ്ക്കുന്നു	60
50	ഫാമോട്ടിഡിൻ / റാനിറ്റിഡിൻ	H2 ബ്ലോക്കറുകൾ പാരിറ്റൽ സെല്ലുകളിലെ ഹിസ്റ്റമിൻ-2 റിസപ്റ്ററുകളെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് ഗ്യാസ്ട്രിക് ആസിഡ് കുറയ്ക്കുന്നു	61
51	ഒൻഡാൻസെട്രോൺ	ഒൻഡാൻസെട്രോൺ കുടലിലെയും ബ്രെയിൻസ്റ്റെമിലെയും സെറോടോണിൻ റിസപ്റ്ററുകളെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു	62
52	മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് / ഡോംപെരിഡോൺ	മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് ഗ്യാസ്ട്രിക് എംപ്റ്റിയിങ് വേഗത്തിലാക്കുകയും കീമോറിസപ്റ്റർ ട്രിഗർ സോണിലെ ഡോപമിനെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുകയും ...	63
53	ഡോക്യൂസേറ്റ് / ബിസാക്കോഡിൽ / സെന്ന / പോളിഎതിലീൻ ഗ്ലൈക്കോൾ	ചലനക്കുറവ്, ഒപിയോയിഡുകൾ, അയൺ എന്നിവ കാരണം ആശുപത്രിയിൽ മലബന്ധം സാധാരണമാണ്	64
54	ലാക്റ്റുലോസ്	കോളോണിക് ബാക്ടീരിയ ലാക്റ്റുലോസിനെ ആസിഡുകളാക്കി മാറ്റുന്നു; ഇവ അമോണിയയെ (NH4+) കുടുക്കുകയും കുടലിലേക്ക് വെള്ളം വലിക്കുക...	65
55	ലോപെറമൈഡ്	ലോപെറമൈഡ് കുടലിലെ ചലനം മന്ദഗതിയിലാക്കുന്നു	66
56	പാൻക്രിയാറ്റിക് എൻസൈമുകൾ (പാൻക്രിലിപേസ്)	എക്സോക്രൈൻ പാൻക്രിയാറ്റിക് ഇൻസഫിഷ്യൻസിയിൽ ഭക്ഷണം ദഹിപ്പിക്കാൻ പാൻക്രിലിപേസ് ലൈപേസ്, അമൈലേസ്, പ്രോട്ടിയേസ് എന്നിവ നൽകുന...	67
57	സൾഫാസലസിൻ / മെസലസിൻ (5-ASA)	അമിനോസാലിസിലേറ്റുകൾ അൾസറേറ്റീവ് കോളൈറ്റിസിൽ കോളോണിക് മ്യൂക്കോസയിൽ നേരിട്ട് പ്രവർത്തിക്കുന്നു	68

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

പാന്റോപ്രസോൾ / ഒമിപ്രസോൾ

Pantoprazole / Omeprazole · പ്രോട്ടോൺ പമ്പ് ഇൻഹിബിറ്റർ (PPI)

ആമുഖം. PPI-കൾ ഗ്യാസ്ട്രിക് H^+/K^+-ATPase-നെ സ്ഥിരമായി ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് ആസിഡ് ഗണ്യമായി കുറയ്ക്കുന്നു. ആശുപത്രികളിൽ ഏറ്റവും അധികം അനാവശ്യമായി പ്രിസ്ക്രൈബ് ചെയ്യപ്പെടുന്ന മരുന്നുകളിൽ ഒന്നാണിവ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പെപ്റ്റിക് അൾസർ, GERD
- അപ്പർ GI ബ്ലീഡ് (IV)
- H. pylori എറാഡിക്കേഷൻ (ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളോടൊപ്പം)
- NSAID-കൾ, ഡ്യുവൽ ആന്റിപ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റുകൾ, സ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ എന്നിവയോടൊപ്പം ഗ്യാസ്ട്രോപ്രൊട്ടക്ഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഇൻഡിക്കേഷനും കാലാവധിയും (അനിശ്ചിതകാല ഉപയോഗം ഒഴിവാക്കുക)
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്നുകൾ (ഒമിപ്രസോൾ–ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ)
- ദീർഘകാല ഉപയോഗത്തിൽ മഗ്നീഷ്യം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	പാന്റോപ്രസോൾ 40 mg / ഒമിപ്രസോൾ 20 mg ദിവസം ഒരു തവണ, പ്രഭാതഭക്ഷണത്തിന് 30–60 മിനിറ്റ് മുമ്പ്
IV (GI ബ്ലീഡ്)	പാന്റോപ്രസോൾ 80 mg ബോളസ്, തുടർന്ന് 8 mg/h ഇൻഫ്യൂഷൻ അല്ലെങ്കിൽ 40 mg 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
പൊടിക്കരുത്	എന്ററിക്-കോട്ടഡ് ടാബ്‌ലെറ്റുകൾ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
തലവേദന, വയറിളക്കം	സാധാരണ ലഘുവായത്
C. difficile ഇൻഫെക്ഷൻ, ന്യുമോണിയ	തുടർച്ചയായ വയറിളക്കം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഹൈപ്പോമഗ്നീസീമിയ, B12 ഡെഫിഷ്യൻസി, ഫ്രാക്ചറുകൾ (ദീർഘകാലം)	ആവശ്യം ഇടയ്ക്കിടെ പുനർവിലയിരുത്തുക
അയൺ, കീറ്റോകോണസോൾ, അറ്റാസനാവിർ ആഗിരണം കുറയും	ഇന്ററാക്ഷനുകൾ പരിശോധിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- കറുത്ത മലം അല്ലെങ്കിൽ രക്തം ഛർദ്ദിക്കൽ (പരിശോധന ആവശ്യം)
- തുടർച്ചയായ വയറിളക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- പ്രഭാതഭക്ഷണത്തിന് മുമ്പ് കഴിക്കുക
- മുഴുവനായി വിഴുങ്ങുക
- കറുത്ത മലം അറിയിക്കുക
- പുനർവിലയിരുത്തലില്ലാതെ ദീർഘകാലം ഉപയോഗിക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഡീപ്രിസ്ക്രൈബ് ചെയ്യുക: "സ്ട്രെസ് അൾസർ പ്രോഫൈലാക്സിസിന്" PPI തുടങ്ങിയ പല രോഗികളും ഇൻഡിക്കേഷനില്ലാതെ വർഷങ്ങളോളം അത് തുടർന്നു കഴിക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Pantoprazole · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം

Advanced Emergency Life Support Protocols
വാങ്ങുക ›

ഫാമോട്ടിഡിൻ / റാനിറ്റിഡിൻ

Famotidine / Ranitidine · H2 റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ്

ആമുഖം. H2 ബ്ലോക്കറുകൾ പാരിറ്റൽ സെല്ലുകളിലെ ഹിസ്റ്റമിൻ-2 റിസപ്റ്ററുകളെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്ത് ഗ്യാസ്ട്രിക് ആസിഡ് കുറയ്ക്കുന്നു. റാനിറ്റിഡിൻ പിൻവലിച്ചു (NDMA മാലിന്യം); ഇപ്പോൾ ഫാമോട്ടിഡിൻ ആണ് ഉത്തമം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഡിസ്പെപ്സിയ, GERD (ലഘുവായത്)
- സ്ട്രെസ്-അൾസർ പ്രോഫൈലാക്സിസ്
- പ്രീ-അനസ്തെറ്റിക് (ആസ്പിരേഷൻ പ്രോഫൈലാക്സിസ്)
- അർട്ടിക്കേറിയ (സഹായം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- റീനൽ ഫങ്ഷൻ (ഡോസ് കുറയ്ക്കുക)
- പ്രായമായവരിൽ മെന്റൽ സ്റ്റാറ്റസ്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	ഫാമോട്ടിഡിൻ 20–40 mg ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ
IV	20 mg 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
റീനൽ ഫെയിലിയർ (CrCl 50-ൽ താഴെ)	50% ഡോസ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
കൺഫ്യൂഷൻ, ഡെലീരിയം (പ്രായമായവർ, റീനൽ ഫെയിലിയർ)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; ഡോസ് കുറയ്ക്കുക
തലവേദന, തലകറക്കം	നിരീക്ഷിക്കുക
ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ (അപൂർവം)	ബ്ലീഡിങ്ങുണ്ടെങ്കിൽ CBC

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- പുതിയ കൺഫ്യൂഷൻ
- പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് കുറയുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

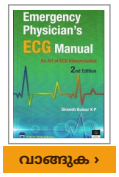
- രാത്രിയിലെ ലക്ഷണങ്ങൾക്ക് കിടക്കുന്നതിന് മുമ്പ് കഴിക്കുക
- പുകവലിയും NSAID-കളുമൊഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രായമായ ഒരാളിൽ പുതുതായി ഡെലീരിയം ഉണ്ടായാൽ മരുന്നുകൾ പുനഃപരിശോധിക്കുക — H2 ബ്ലോക്കറുകൾ, ആന്റികോളിനെർജിക്കുകൾ, ബെൻസോഡയസെപിനുകൾ സാധാരണ കാരണങ്ങളാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Famotidine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഒൻഡാൻസെട്രോൺ

Ondansetron · 5-HT3 റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — ആന്റിഎമെറ്റിക്

ആമുഖം. ഒൻഡാൻസെട്രോൺ കുടലിലെയും ബ്രെയിൻസ്റ്റെമിലെയും സെറോടോണിൻ റിസപ്റ്ററുകളെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു. പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ്, കീമോതെറാപ്പി മൂലമുള്ള, ഗ്യാസ്ട്രോഎന്റൈറ്റിസ് മൂലമുള്ള ഛർദ്ദിക്ക് ഫലപ്രദമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് നോസിയയും വോമിറ്റിങ്ങും
- കീമോതെറാപ്പി, റേഡിയോതെറാപ്പി മൂലമുള്ള ഛർദ്ദി
- ഗ്യാസ്ട്രോഎന്റൈറ്റിസിലെ ഛർദ്ദി (ഓറൽ ഡിസോൾവിങ്)
- ഹൈപ്പറെമെസിസ് (തിരഞ്ഞെടുത്തവ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- QT ഇന്റർവെൽ, മറ്റ് QT-പ്രലങ്ങിങ് മരുന്നുകൾ
- K^+, Mg^{2+}
- മലബന്ധം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV/IM	4–8 mg 2–5 മിനിറ്റിൽ സാവധാനം (ഒറ്റ IV ഡോസ് പരമാവധി 16 mg)
ഓറൽ / ODT	4–8 mg 8–12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
കുട്ടികൾ	0.1–0.15 mg/kg

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
QT പ്രൊലോങ്ങേഷൻ, അരിത്മിയ	റിസ്ക് ഘടകങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ ECG; ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ ശരിയാക്കുക
തലവേദന	അനാൽജെസിക്
മലബന്ധം	ഫ്ലൂയിഡുകൾ, ഫൈബർ, ലാക്സേറ്റീവ്
സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം (SSRI-കളോടൊപ്പം അപൂർവം)	അസ്വസ്ഥത, പനി, ക്ലോണസ് റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- QTc 500 ms-ൽ കൂടുതൽ
- പാൽപ്പിറ്റേഷൻ അല്ലെങ്കിൽ സിൻകോപ്പ്
- കഠിനമായ മലബന്ധം, വയർ വീർക്കൽ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ODT നാക്കിൽ വെച്ച് അലിയിക്കുക
- പാൽപ്പിറ്റേഷൻ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഛർദ്ദി ഒരു ലക്ഷണമാണ് — വെറുതെ തടയുന്നതിന് മുമ്പ് എപ്പോഴും കാരണം (ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ, ഉയർന്ന ICP, DKA, MI) അന്വേഷിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Ondansetron · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് / ഡോംപെരിഡോൺ

Metoclopramide / Domperidone · ഡോപമിൻ D2 ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — പ്രോകൈനെറ്റിക് ആന്റിഎമെറ്റിക്

ആമുഖം. മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് ഗ്യാസ്ട്രിക് എംപ്റ്റിയിങ് വേഗത്തിലാക്കുകയും കീമോറിസപ്റ്റർ ട്രിഗർ സോണിലെ ഡോപമിനെ ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുകയും ചെയ്യുന്നു. ബ്ലഡ്–ബ്രെയിൻ ബാരിയർ കടക്കുന്നതിനാൽ, പ്രത്യേകിച്ച് യുവതികളിലും കുട്ടികളിലും, എക്സ്ട്രാപിരമിഡൽ റിയാക്ഷനുകൾ ഉണ്ടാക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- നോസിയയും വോമിറ്റിങ്ങും
- ഗ്യാസ്ട്രോപാരെസിസ്
- എമർജൻസി അനസ്തേഷ്യയ്ക്ക് മുമ്പ് (ഗ്യാസ്ട്രിക് എംപ്റ്റിയിങ്)
- മൈഗ്രേനോടു കൂടിയ ഛർദ്ദി

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- പ്രായം (കുട്ടികളിലും യുവാക്കളിലും കഴിയുന്നതും ഒഴിവാക്കുക)
- ബവൽ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ (കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്)
- പാർക്കിൻസൺസ് ഡിസീസ്
- സീഷർ ഡിസോർഡർ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV/IM/ഓറൽ	10 mg ദിവസം മൂന്ന് തവണ വരെ (ദിവസം പരമാവധി 30 mg, 5 ദിവസം)
IV	കുറഞ്ഞത് 3 മിനിറ്റിൽ
ഡോംപെരിഡോൺ	10 mg ദിവസം മൂന്ന് തവണ വരെ (QT റിസ്ക്; ഉയർന്ന ഡോസ് ഒഴിവാക്കുക)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
അക്യൂട്ട് ഡിസ്റ്റോണിയ (ഓക്കുലോജൈറിക് ക്രൈസിസ്, ടോർട്ടിക്കോളിസ്), അകാതീസിയ	നിർത്തുക; പ്രോസൈക്ലിഡിൻ അല്ലെങ്കിൽ ഡൈഫെൻഹൈഡ്രമിൻ/പ്രോമെതസിൻ IV
ടാർഡീവ് ഡിസ്കൈനീസിയ (ദീർഘകാല ഉപയോഗം)	5 ദിവസമായി പരിമിതപ്പെടുത്തുക
മയക്കം, ഡിപ്രഷൻ	നിരീക്ഷിക്കുക
NMS (അപൂർവം)	പനി, റിജിഡിറ്റി — അടിയന്തരം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- അസാധാരണ ചലനങ്ങൾ അല്ലെങ്കിൽ അസ്വസ്ഥത
- വയർ വീർക്കൽ, ബവൽ സൗണ്ട് ഇല്ല (ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ)
- റിജിഡിറ്റിയോടു കൂടിയ പനി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- അസാധാരണ ചലനങ്ങൾ അറിയിക്കുക
- ചെറിയ കോഴ്സ് മാത്രം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

മെക്കാനിക്കൽ ബവൽ ഒബ്സ്ട്രക്ഷനിൽ മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ് ആണ് — ഒബ്സ്ട്രക്ഷനെതിരെ പെരിസ്റ്റാൽസിസ് കൂട്ടുന്നത് കുടൽ പെർഫൊറേറ്റ് ചെയ്യാൻ ഇടയാക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Metoclopramide · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഡോക്യുസേറ്റ് / ബിസാക്കോഡിൽ / സെന്ന / പോളിഎതിലീൻ ഗ്ലൈക്കോൾ

Docusate / Bisacodyl / Senna / Polyethylene Glycol · ലാക്സേറ്റീവുകൾ — സ്റ്റൂൾ സോഫ്റ്റ്നർ, സ്റ്റിമുലന്റ്, ഓസ്മോട്ടിക്

ആമുഖം. ചലനക്കുറവ്, ഒപിയോയിഡുകൾ, അയൺ എന്നിവ കാരണം ആശുപത്രിയിൽ മലബന്ധം സാധാരണമാണ്. സ്റ്റൂൾ സോഫ്റ്റ്നറുകൾ (ഡോക്യുസേറ്റ്) കട്ടിയുള്ള മലത്തിന് സഹായിക്കുന്നു; സ്റ്റിമുലന്റുകളും (ബിസാക്കോഡിൽ, സെന്ന) ഓസ്മോട്ടിക്കുകളും (PEG, ലാക്റ്റുലോസ്) മലവിസർജ്ജനം കൂട്ടുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഒപിയോയിഡ്-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് മലബന്ധം (പ്രോഫൈലാക്സിസ്)
- മലബന്ധം, ഫീക്കൽ ലോഡിങ്
- ബവൽ പ്രിപ്പറേഷൻ (PEG)
- ആയാസം ഒഴിവാക്കാൻ (MI-ക്ക് ശേഷം, ഹെർണിയ, ഹെമറോയ്ഡുകൾ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബവൽ സൗണ്ട്, അവസാന മലവിസർജ്ജനം
- വയറുവേദന, വീർക്കൽ (ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ ഒഴിവാക്കുക)
- ഹൈഡ്രേഷൻ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഡോക്യുസേറ്റ്	100 mg ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ
ബിസാക്കോഡിൽ	രാത്രി 5–10 mg ഓറൽ; 10 mg സപ്പോസിറ്ററി
സെന്ന	രാത്രി 7.5–15 mg
PEG (മാക്രോഗോൾ)	1–2 സാഷെ വെള്ളത്തിൽ ദിവസവും

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വയറുവേദന (ക്രാമ്പിങ്)	ഡോസ് കുറയ്ക്കുക
വയറിളക്കം, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ, ഹൈപ്പോകലീമിയ	നിർത്തുക; ഫ്ലൂയിഡുകൾ
ദീർഘകാല സ്റ്റിമുലന്റ് ഉപയോഗത്തിൽ ആശ്രിതത്വം	ഫൈബർ, ഫ്ലൂയിഡ്, ചലനം
ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ അല്ലെങ്കിൽ ഇംപാക്ഷൻ മറയ്ക്കപ്പെടുന്നു	നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് വിലയിരുത്തുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- വയർ വീർക്കൽ, ഛർദ്ദി, ബവൽ സൗണ്ട് ഇല്ല
- റെക്ടൽ ബ്ലീഡിങ്
- വയറിളക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

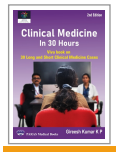
- അനുവദിച്ചാൽ 2–3 ലിറ്റർ വെള്ളം കുടിക്കുക
- ഫൈബറും ചലനവും കൂട്ടുക
- മലവിസർജ്ജനത്തിനുള്ള തോന്നൽ അവഗണിക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പതിവായി ഒപിയോയിഡുകൾ തുടങ്ങുന്ന ഓരോ രോഗിക്കും അതേ സമയം ഒരു ലാക്സേറ്റീവും (സ്റ്റിമുലന്റ് + സോഫ്റ്റ്നർ) പ്രിസ്ക്രൈബ് ചെയ്യണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Bisacodyl · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ലാക്റ്റുലോസ്

Lactulose · ഓസ്മോട്ടിക് ലാക്സേറ്റീവ്; അമോണിയ കുറയ്ക്കുന്ന ഏജന്റ്

ആമുഖം. കോളോണിക് ബാക്ടീരിയ ലാക്റ്റുലോസിനെ ആസിഡുകളാക്കി മാറ്റുന്നു; ഇവ അമോണിയയെ ($NH4^+$) കുടുക്കുകയും കുടലിലേക്ക് വെള്ളം വലിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. ഹെപ്പാറ്റിക് എൻസെഫലോപ്പതിയുടെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ ചികിത്സയാണിത്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹെപ്പാറ്റിക് എൻസെഫലോപ്പതി (ചികിത്സയും പ്രതിരോധവും)
- ക്രോണിക് മലബന്ധം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- മെന്റൽ സ്റ്റാറ്റസ്, ആസ്റ്ററിക്സിസ്, ഓറിയന്റേഷൻ
- മലവിസർജ്ജനത്തിന്റെ എണ്ണവും സ്വഭാവവും
- ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ, ഹൈഡ്രേഷൻ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഹെപ്പാറ്റിക് എൻസെഫലോപ്പതി	15–30 mL ദിവസം 2–4 തവണ, **ദിവസം 2–3 മൃദുവായ മലവിസർജ്ജനം** ലഭിക്കാൻ ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക
റിറ്റൻഷൻ എനിമ	300 mL, 700 mL വെള്ളത്തിൽ, 30–60 മിനിറ്റ് നിലനിർത്തുക
മലബന്ധം	15–30 mL ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ

അഡ്വെഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വയറിളക്കം, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ, ഹൈപ്പോകലീമിയ, ഹൈപ്പർനട്രീമിയ	ഡോസ് കുറയ്ക്കുക; ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ
വയർ വീർക്കൽ, ഗ്യാസ്, ക്രാമ്പുകൾ	സാധാരണ മാറും
അമിത മധുരം	ജ്യൂസിലോ വെള്ളത്തിലോ കലർത്തുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ദിവസം 4-ൽ കൂടുതൽ അയഞ്ഞ മലവിസർജ്ജനം
- കൺഫ്യൂഷൻ കൂടുന്നു
- ഇലക്ട്രോലൈറ്റ് അസന്തുലിതാവസ്ഥ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സുഖമായിരിക്കുമ്പോഴും കൃത്യമായി കഴിക്കുക (പ്രതിരോധം)
- മലവിസർജ്ജനം എണ്ണുക — ദിവസം 2–3 മൃദുവായ മലവിസർജ്ജനം ലക്ഷ്യം
- കൺഫ്യൂഷനോ മയക്കമോ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ലാക്റ്റുലോസ് ഡോസ് കുറവാകുന്നത് (ദിവസം 2-ൽ കുറവ് മലവിസർജ്ജനം) സിറോസിസിൽ എൻസെഫലോപ്പതിക്ക് സാധാരണ കാരണമാണ്; ആവർത്തിച്ചാൽ റിഫാക്സിമിൻ ചേർക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Lactulose · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ലോപെറമൈഡ്

Loperamide · ഒപിയോയിഡ്-റിസപ്റ്റർ അഗോണിസ്റ്റ് — ആന്റിഡയറിയൽ (പെരിഫറൽ)

ആമുഖം. ലോപെറമൈഡ് കുടലിലെ ചലനം മന്ദഗതിയിലാക്കുന്നു. നോൺ-ഇൻഫെക്റ്റീവ് വയറിളക്കത്തിന് ഉപകാരപ്രദമാണ്, എന്നാൽ ഡിസെന്ററി, C. difficile, കുട്ടികൾ എന്നിവരിൽ അപകടകരമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- മുതിർന്നവരിൽ അക്യൂട്ട് നോൺ-ഇൻഫെക്റ്റീവ് വയറിളക്കം
- ക്രോണിക് വയറിളക്കം (IBS, റിസക്ഷന് ശേഷം)
- ഹൈ-ഔട്ട്പുട്ട് സ്റ്റോമ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- പനി, മലത്തിൽ രക്തം (ഒഴിവാക്കുക)
- അടുത്തിടെ ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ (C. difficile സാധ്യത)
- പ്രായം (12 വയസ്സിൽ താഴെ ഒഴിവാക്കുക)
- ഹൈഡ്രേഷൻ സ്റ്റാറ്റസ്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	ആദ്യം 4 mg, തുടർന്ന് ഓരോ അയഞ്ഞ മലവിസർജ്ജനത്തിന് ശേഷവും 2 mg (ദിവസം പരമാവധി 16 mg)
റീഹൈഡ്രേഷൻ	ORS ആണ് അടിസ്ഥാന ചികിത്സ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഇൻഫെക്റ്റീവ്/ഇൻഫ്ലമേറ്ററി കോളൈറ്റിസിൽ ടോക്സിക് മെഗാകോളൻ	രക്തമുള്ള വയറിളക്കത്തിലും പനിയിലും ഒഴിവാക്കുക
മലബന്ധം, വയർ വീർക്കൽ	നിർത്തുക
കാർഡിയാക് അരിത്മിയ (വളരെ ഉയർന്ന ഡോസ്, ദുരുപയോഗം)	ഡോസ് കവിയരുത്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- രക്തമുള്ള വയറിളക്കം അല്ലെങ്കിൽ പനി
- വയർ വീർക്കൽ
- 48 മണിക്കൂറിൽ പുരോഗതിയില്ല

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ORS കുടിക്കുക
- മലം ഉറയ്ക്കുമ്പോൾ നിർത്തുക
- മലത്തിൽ രക്തമോ കടുത്ത പനിയോ ഉണ്ടെങ്കിൽ ചികിത്സ തേടുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

വയറിളക്കത്തിൽ ഓറൽ റീഹൈഡ്രേഷൻ സൊല്യൂഷനും (കുട്ടികളിൽ) സിങ്കും ആണ് ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്നത് — ആന്റിഡയറിയലുകൾ ലക്ഷണം മാത്രം ചികിത്സിക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Loperamide · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

പാൻക്രിയാറ്റിക് എൻസൈമുകൾ (പാൻക്രിലിപേസ്)

Pancreatic Enzymes (Pancrelipase) · പാൻക്രിയാറ്റിക് എൻസൈം റീപ്ലേസ്മെന്റ് തെറാപ്പി

ആമുഖം. എക്സോക്രൈൻ പാൻക്രിയാറ്റിക് ഇൻസഫിഷ്യൻസിയിൽ ഭക്ഷണം ദഹിപ്പിക്കാൻ പാൻക്രിലിപേസ് ലൈപേസ്, അമൈലേസ്, പ്രോട്ടിയേസ് എന്നിവ നൽകുന്നു — ക്രോണിക് പാൻക്രിയാറ്റൈറ്റിസ് (ദക്ഷിണേന്ത്യയിൽ സാധാരണം), സിസ്റ്റിക് ഫൈബ്രോസിസ്, പാൻക്രിയാറ്റിക് സർജറിക്ക് ശേഷം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സ്റ്റിയറ്റോറിയയോടു കൂടിയ ക്രോണിക് പാൻക്രിയാറ്റൈറ്റിസ്
- സിസ്റ്റിക് ഫൈബ്രോസിസ്
- പാൻക്രിയാറ്റക്ടമിക്ക് ശേഷം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- മലം (കൊഴുപ്പുള്ള, ദുർഗന്ധമുള്ള), ഭാരം
- പോഷകാവസ്ഥ
- പോർക്ക് അലർജി/മതപരമായ മുൻഗണന (പന്നിയിൽ നിന്നുള്ളത്)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	ഓരോ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പവും 25,000–50,000 ലൈപേസ് യൂണിറ്റ്, ലഘുഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം 10,000–25,000
സമയം	**എല്ലാ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പവും ലഘുഭക്ഷണത്തോടൊപ്പവും**
ക്യാപ്സ്യൂളുകൾ	മുഴുവനായി വിഴുങ്ങുക; അല്ലെങ്കിൽ തുറന്ന് അമ്ലമുള്ള ഭക്ഷണത്തിൽ വിതറുക — പൊടിക്കുകയോ ചവയ്ക്കുകയോ ചെയ്യരുത്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വയറുവേദന, ഓക്കാനം	ഡോസ് ക്രമീകരിക്കുക
വായ്പുണ്ണ് (ചവച്ചാൽ)	മുഴുവനായി വിഴുങ്ങുക
ഫൈബ്രോസിങ് കോളോനോപ്പതി (വളരെ ഉയർന്ന ഡോസ്)	അമിതം ഒഴിവാക്കുക
ഹൈപ്പർയൂറിസീമിയ	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- എൻസൈമുകൾ കഴിച്ചിട്ടും സ്റ്റിയറ്റോറിയ തുടരുന്നു
- വയറുവേദന, ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- എല്ലാ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പവും ലഘുഭക്ഷണത്തോടൊപ്പവും കഴിക്കുക
- പൊടിക്കുകയോ ചവയ്ക്കുകയോ ചെയ്യരുത്
- ഫലം കൂട്ടാൻ PPI ചേർത്തേക്കാം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഭക്ഷണങ്ങൾക്കിടയിൽ കഴിക്കുന്ന എൻസൈമുകൾ പാഴാകും — അവ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം ആമാശയത്തിൽ ഉണ്ടായിരിക്കണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Pancrelipase · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സൾഫാസലസിൻ / മെസലസിൻ (5-ASA)

Sulfasalazine / Mesalazine (5-ASA) · അമിനോസാലിസിലേറ്റുകൾ — ഇൻഫ്ലമേറ്ററി ബവൽ ഡിസീസിനുള്ള ആന്റി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററി

ആമുഖം. അമിനോസാലിസിലേറ്റുകൾ അൾസറേറ്റീവ് കോളൈറ്റിസിൽ കോളോണിക് മ്യൂക്കോസയിൽ നേരിട്ട് പ്രവർത്തിക്കുന്നു. സൾഫാസലസിൻ റൂമറ്റോയ്ഡ് ആർത്രൈറ്റിസിലും ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അൾസറേറ്റീവ് കോളൈറ്റിസ് (ഇൻഡക്ഷനും മെയിന്റനൻസും)
- റൂമറ്റോയ്ഡ് ആർത്രൈറ്റിസ്, ആങ്കിലോസിങ് സ്പോണ്ടിലൈറ്റിസ് (സൾഫാസലസിൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സൾഫ, ആസ്പിരിൻ അലർജി
- CBC, LFT, റീനൽ ഫങ്ഷൻ
- G6PD (സൾഫാസലസിൻ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
സൾഫാസലസിൻ	1–2 g ദിവസം രണ്ട് തവണ ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
മെസലസിൻ	ദിവസം 2.4–4.8 g ഓറൽ; ഡിസ്റ്റൽ രോഗത്തിന് സപ്പോസിറ്ററി/എനിമ
ഫോളിക് ആസിഡ്	സൾഫാസലസിനൊപ്പം സപ്ലിമെന്റ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
മൂത്രം, ചർമ്മം, കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് എന്നിവയിൽ ഓറഞ്ച്-മഞ്ഞ നിറം	ആശ്വസിപ്പിക്കുക (സൾഫാസലസിൻ)
അഗ്രാന്യൂലോസൈറ്റോസിസ്, ഹീമോലൈസിസ്	CBC നിരീക്ഷണം; തൊണ്ടവേദന റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
നെഫ്രോടോക്സിസിറ്റി (മെസലസിൻ)	ക്രിയാറ്റിനിൻ നിരീക്ഷണം
റാഷ്, ഒലിഗോസ്പെർമിയ (മാറുന്നത്)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- തൊണ്ടവേദന, പനി, ചതവ്
- റാഷ്
- ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കുക
- ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക
- മൂത്രത്തിന് ഓറഞ്ച് നിറം പ്രതീക്ഷിക്കാം
- രോഗം ശമിച്ചാലും ഉപദേശമില്ലാതെ നിർത്തരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സൾഫാസലസിൻ പുരുഷന്മാരിൽ താൽക്കാലിക വന്ധ്യതയുണ്ടാക്കും — കുടുംബം പ്ലാൻ ചെയ്യുന്ന യുവാക്കളോട് പറയുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Mesalamine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 59 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

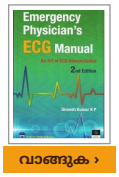
ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

കൾച്ചറുകൾ എടുത്ത ശേഷം ആന്റിബയോട്ടിക്കിന്റെ ആദ്യ ഡോസ് കൃത്യസമയത്ത് നൽകുക — സെപ്സിസിൽ ഒരു മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ. അലർജി, റീനൽ ഫങ്ഷൻ, കോംപാറ്റിബിലിറ്റി, ഇൻഫ്യൂഷൻ റേറ്റ് എന്നിവ പരിശോധിക്കുക. ശരിയായ മരുന്ന്, ഡോസ്, കാലാവധി, കൃത്യസമയത്ത് നിർത്തൽ — ഇതാണ് ആന്റിമൈക്രോബിയൽ സ്റ്റിവാർഡ്ഷിപ്പ്.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
58	അമോക്സിസിലിൻ / □അമോക്സിസിലിൻ–□ോവുലന□്	അമോക്സിസിലിൻ ബാക്ടീരിയയുടെ സെൽ-വാൾ നിർമ്മാണം തടയുന്നു	70
59	സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ	സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ ദിവസം ഒരു തവണ നൽകാവുന്ന ബ്രോഡ്-സ്പെക്ട്രം സെഫാലോസ്പോറിനാണ്	71
60	വാൻകോമൈസിൻ	വാൻകോമൈസിൻ MRSA ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഗ്രാം-പോസിറ്റീവ് ബാക്ടീരിയകൾക്കെതിരെ പ്രവർത്തിക്കുന്നു	72
61	ഡോക്സിസൈക്ലിൻ	ഡോക്സിസൈക്ലിൻ ബാക്ടീരിയൽ പ്രോട്ടീൻ നിർമ്മാണം തടയുന്നു	73
62	അസിത്രോമൈസിൻ	അസിത്രോമൈസിൻ ദീർഘ ഹാഫ്-ലൈഫ് ഉള്ളതിനാൽ ദിവസം ഒരു തവണ ചെറിയ കോഴ്സായി നൽകാം	74
63	ജെന്റാമൈസിൻ / അമികാസിൻ	അമിനോഗ്ലൈക്കോസൈഡുകൾ ഗ്രാം-നെഗറ്റീവ് ബാക്ടീരിയകളെ വേഗം നശിപ്പിക്കുന്നു	75
64	കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ (ട□ൈേടമ□ാ□പിം–സെൽഫാമതാക്□സസാൾ)	കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ ബാക്ടീരിയയുടെ ഫോളേറ്റ് നിർമ്മാണം രണ്ടു ഘട്ടങ്ങളിൽ തടയുന്നു	76
65	സിപ്രോഫ്ലോക്സസിൻ / ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ	ഫ്ലൂറോക്വിനൊലോണുകൾ ബാക്ടീരിയൽ DNA ഗൈറേസ് തടയുന്നു	77
66	മെട്രോണിഡസോൾ	മെട്രോണിഡസോൾ അനേറോബിക് ബാക്ടീരിയകൾക്കും പ്രോട്ടോസോവകൾക്കും (അമീബ, ജിയാർഡിയ, ട്രൈക്കോമോണസ്) എതിരെ പ്രവർത്തിക്കുന്നു	78
67	ഐസോണിയാസിഡ് (H)	ഐസോണിയാസിഡ് മൈക്കോബാക്ടീരിയൽ സെൽ-വാൾ (മൈക്കോളിക് ആസിഡ്) നിർമ്മാണം തടയുന്നു	79
68	റിഫാംപിസിൻ (R)	റിഫാംപിസിൻ ബാക്ടീരിയൽ RNA പോളിമറേസ് തടയുന്നു — TB ചികിത്സയിൽ ഏറ്റവും പ്രധാനമായ സ്റ്റെറിലൈസിങ് മരുന്ന്	80
69	ഫ്ലൂക്കോണസോൾ	ഫ്ലൂക്കോണസോൾ ഫംഗൽ സെൽ മെംബ്രേൻ (എർഗോസ്റ്റിറോൾ) നിർമ്മാണം തടയുന്നു	81
70	അസൈക്ലോവിർ / വലാസൈക്ലോവിർ	അസൈക്ലോവിർ ഹെർപ്പിസ് സിംപ്ലക്സ്, വാരിസെല്ല-സോസ്റ്റർ വൈറസുകളുടെ DNA പോളിമറേസ് തടയുന്നു	82

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.



വാങ്ങുക ›

അമോക്സിസിലിൻ / അമോക്സിസിലിൻ-ക്ലാവുലനേറ്റ്

Amoxicillin / Amoxicillin–Clavulanate · അമിനോപെനിസിലിൻ (ബീറ്റ-ലാക്റ്റം) ± ബീറ്റ-ലാക്റ്റമേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ

ആമുഖം. അമോക്സിസിലിൻ ബാക്ടീരിയയുടെ സെൽ-വാൾ നിർമ്മാണം തടയുന്നു. ബീറ്റ-ലാക്റ്റമേസ് ഉത്പാദിപ്പിക്കുന്ന ബാക്ടീരിയകളെ നേരിടാൻ കോ-അമോക്സിക്ലാവിൽ ക്ലാവുലനേറ്റ് ചേർത്തിരിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- റെസ്പിറേറ്ററി ട്രാക്റ്റ് ഇൻഫെക്ഷനുകൾ, ഓട്ടൈറ്റിസ്, സൈനസൈറ്റിസ്
- യൂറിനറി ട്രാക്റ്റ് ഇൻഫെക്ഷൻ
- സ്കിൻ, ഡെന്റൽ ഇൻഫെക്ഷനുകൾ
- H. pylori (അമോക്സിസിലിൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **പെനിസിലിൻ അലർജി ചരിത്രം** (റിയാക്ഷന്റെ തരം)
- റീനൽ ഫങ്ഷൻ
- ഗുരുതരമായ ഇൻഫെക്ഷനിൽ ആദ്യ ഡോസിന് മുമ്പ് കൾച്ചറുകൾ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	അമോക്സിസിലിൻ 500 mg 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്; കോ-അമോക്സിക്ലാവ് 625 mg 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
IV കോ-അമോക്സിക്ലാവ്	1.2 g 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്, 3–4 മിനിറ്റിൽ സാവധാനം അല്ലെങ്കിൽ 30 മിനിറ്റ് ഇൻഫ്യൂഷൻ
കുട്ടികൾ	ദിവസം 25–45 mg/kg (ഹൈ-ഡോസ് 80–90 mg/kg)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
അനാഫൈലാക്സിസ് (ആദ്യ ഡോസിന് ശേഷം 30 മിനിറ്റ്)	നിരീക്ഷിക്കുക; എപിനെഫ്രിൻ തയ്യാർ
റാഷ് (EBV ഇൻഫെക്ഷനിൽ സാധാരണം)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
വയറിളക്കം, C. difficile	തുടർച്ചയായ വയറിളക്കം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
കൊളസ്റ്റാറ്റിക് ജോണ്ടിസ് (കോ-അമോക്സിക്ലാവ്)	LFT
ഓറൽ/വജൈനൽ കാൻഡിഡിയാസിസ്	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- അലർജി ചരിത്രം (ഗുരുതരമായ റിയാക്ഷൻ)
- റാഷ്, അർട്ടിക്കേറിയ, ശ്വാസതടസ്സം
- കഠിനമായ വയറിളക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കോഴ്സ് മുഴുവൻ പൂർത്തിയാക്കുക
- റാഷ്, ശ്വാസതടസ്സം ഉടൻ അറിയിക്കുക
- കോ-അമോക്സിക്ലാവ് ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക

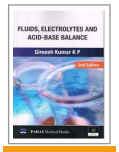
ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പെനിസിലിൻ അലർജി എന്ന ലേബൽ ഉള്ള പലരും യഥാർത്ഥത്തിൽ അലർജിക്കാരല്ല — റിയാക്ഷന്റെ തരം കൃത്യമായി ചോദിച്ച് രേഖപ്പെടുത്തുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Amoxicillin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

Academy for Emergency, Trauma & Critical Care Medicine



വാങ്ങുക ›

സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ

Ceftriaxone · മൂന്നാം തലമുറ സെഫാലോസ്പോറിൻ

ആമുഖം. സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ ദിവസം ഒരു തവണ നൽകാവുന്ന ബ്രോഡ്-സ്പെക്ട്രം സെഫാലോസ്പോറിനാണ്. കമ്മ്യൂണിറ്റി-അക്വയേർഡ് ന്യുമോണിയ, മെനിഞ്ചൈറ്റിസ്, ടൈഫോയ്ഡ്, പൈലോനെഫ്രൈറ്റിസ് എന്നിവയിൽ ഇന്ത്യയിൽ വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കമ്മ്യൂണിറ്റി-അക്വയേർഡ് ന്യുമോണിയ
- ബാക്ടീരിയൽ മെനിഞ്ചൈറ്റിസ്
- എന്ററിക് ഫീവർ (ടൈഫോയ്ഡ്)
- പൈലോനെഫ്രൈറ്റിസ്, ഗൊണോറിയ, സെപ്സിസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബീറ്റ-ലാക്റ്റം അലർജി
- **കാൽസ്യം അടങ്ങിയ ഫ്ലൂയിഡുകൾ** (റിംഗർ ലാക്റ്റേറ്റ്) — ഒരേ ലൈനിൽ ചേർക്കരുത്
- നവജാത ശിശുക്കൾ (ഹൈപ്പർബിലിറൂബിനീമിയ — ഒഴിവാക്കുക)
- കൾച്ചറുകൾ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV/IM	1–2 g ദിവസം ഒരു തവണ; മെനിഞ്ചൈറ്റിസ് 2 g 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
IV	3–5 മിനിറ്റിൽ സാവധാനം അല്ലെങ്കിൽ 30 മിനിറ്റ് ഇൻഫ്യൂഷൻ
IM	വേദന കുറയ്ക്കാൻ 1% ലിഡോകെയ്നിൽ ലയിപ്പിക്കാം (IV ആയി ഒരിക്കലും നൽകരുത്)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
അലർജി, അനാഫൈലാക്സിസ്	ആദ്യ ഡോസിൽ നിരീക്ഷിക്കുക
വയറിളക്കം, C. difficile	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ബിലിയറി സ്ലഡ്ജ്, കല്ല് (ഉയർന്ന ഡോസ്)	വയറുവേദന റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
കാൽസ്യം-സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ പ്രെസിപിറ്റേറ്റ്	ലൈൻ ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക; കാൽസ്യം ലായനികൾ ഒരുമിച്ച് ചേർക്കരുത്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- അലർജി റിയാക്ഷൻ
- കാൽസ്യം-കണ്ടെയിനിങ് IV ഫ്ലൂയിഡ് അതേ ലൈനിൽ
- നവജാത ശിശുവിൽ ജോണ്ടിസ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കോഴ്സ് പൂർത്തിയാക്കുക
- റാഷ്, വയറിളക്കം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ ലിഡോകെയ്ൻ ഡൈല്യൂട്ട് ചെയ്താൽ IM-ന് മാത്രം — അത് IV ആയി നൽകുന്നത് ഗുരുതരമായ പിഴവാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Ceftriaxone · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

വാൻകോമൈസിൻ

Vancomycin · ഗ്ലൈക്കോപെപ്റ്റൈഡ് ആന്റിബയോട്ടിക്

ആമുഖം. വാൻകോമൈസിൻ MRSA ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഗ്രാം-പോസിറ്റീവ് ബാക്ടീരിയകൾക്കെതിരെ പ്രവർത്തിക്കുന്നു. ഓറൽ വാൻകോമൈസിൻ ആഗിരണം ചെയ്യപ്പെടാത്തതിനാൽ C. difficile കോളൈറ്റിസിന് മാത്രം. ട്രഫ് ലെവൽ അല്ലെങ്കിൽ AUC മോണിറ്ററിങ് ആവശ്യം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- MRSA ഇൻഫെക്ഷനുകൾ (ബാക്ടീരീമിയ, ന്യുമോണിയ, സ്കിൻ)
- ലൈൻ ഇൻഫെക്ഷനുകൾ, എൻഡോകാർഡൈറ്റിസ്
- ബീറ്റ-ലാക്റ്റം അലർജിയിൽ ഗ്രാം-പോസിറ്റീവ് ഇൻഫെക്ഷൻ
- C. difficile കോളൈറ്റിസ് (ഓറൽ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- റീനൽ ഫങ്ഷൻ (ബേസ്‌ലൈനും ഇടയ്ക്കിടെയും)
- **ട്രഫ് ലെവൽ** — 4-ാം ഡോസിന് തൊട്ടുമുമ്പ് (ലക്ഷ്യം 10–20 mg/L)
- മറ്റ് നെഫ്രോടോക്സിക് മരുന്നുകൾ (ജെന്റാമൈസിൻ, NSAID-കൾ, കോൺട്രാസ്റ്റ്)
- ഹിയറിങ്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV	15–20 mg/kg 8–12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (ലോഡിങ് 25–30 mg/kg ഗുരുതരമായ ഇൻഫെക്ഷനിൽ)
ഇൻഫ്യൂഷൻ റേറ്റ്	**കുറഞ്ഞത് 60 മിനിറ്റിൽ (10 mg/മിനിറ്റിൽ കൂടരുത്)**
ഓറൽ (C. difficile)	125 mg 6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് 10 ദിവസം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വാൻകോമൈസിൻ ഇൻഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ ("റെഡ് മാൻ സിൻഡ്രോം") — മുഖം, കഴുത്ത് ചുവക്കൽ, ചൊറിച്ചിൽ, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ഇൻഫ്യൂഷൻ നിർത്തുക; ആന്റിഹിസ്റ്റമിൻ; പിന്നീട് സാവധാനം (2 മണിക്കൂറിൽ) വീണ്ടും തുടങ്ങുക — ഇത് അലർജിയല്ല
നെഫ്രോടോക്സിസിറ്റി	ക്രിയാറ്റിനിൻ, ട്രഫ്; യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്
ഓട്ടോടോക്സിസിറ്റി (ചെവിയിൽ മുഴക്കം, കേൾവിക്കുറവ്)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഫ്ലെബൈറ്റിസ്	ഡൈല്യൂട്ട് ചെയ്യുക; സൈറ്റ് മാറ്റുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ട്രഫ് 20 mg/L-ൽ കൂടുതൽ
- ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരുന്നു
- ചെവിയിൽ മുഴക്കം
- ഹൈപ്പോടെൻഷനോടു കൂടിയ ഫ്ലഷിങ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ചെവിയിൽ മുഴക്കമോ കേൾവിക്കുറവോ അറിയിക്കുക
- ഇൻഫ്യൂഷൻ സമയത്ത് ചൊറിച്ചിൽ, ചുവപ്പ് അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ട്രഫ് ലെവലിന് ബ്ലഡ് ഡോസിന് 30 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ മുമ്പ് എടുക്കുക, സമയം കൃത്യമായി രേഖപ്പെടുത്തുക — ലെവൽ വരുന്നത് വരെ അടുത്ത ഡോസ് താമസിപ്പിക്കേണ്ടതില്ല (പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം).

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Vancomycin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ഡോക്സിസൈക്ലിൻ

Doxycycline · ടെട്രാസൈക്ലിൻ ആന്റിബയോട്ടിക്

ആമുഖം. ഡോക്സിസൈക്ലിൻ ബാക്ടീരിയൽ പ്രോട്ടീൻ നിർമ്മാണം തടയുന്നു. ഇന്ത്യയിൽ സാധാരണമായ സ്ക്രബ് ടൈഫസ്, ലെപ്റ്റോസ്പൈറോസിസ് എന്നിവയുടെ പ്രധാന മരുന്നാണിത് — കേരളത്തിൽ പ്രത്യേകിച്ച് പ്രധാനം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- **സ്ക്രബ് ടൈഫസ്, റിക്കറ്റ്സിയൽ ഇൻഫെക്ഷനുകൾ**
- ലെപ്റ്റോസ്പൈറോസിസ് (ചികിത്സയും പ്രോഫൈലാക്സിസും)
- അറ്റിപ്പിക്കൽ ന്യുമോണിയ, COPD എക്സസർബേഷൻ
- മുഖക്കുരു, മലേറിയ പ്രോഫൈലാക്സിസ്, ബ്രൂസെല്ലോസിസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- പ്രെഗ്നൻസി, 8 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികൾ (പല്ലിന് നിറവ്യത്യാസം — ഹ്രസ്വ കോഴ്സ് റിക്കറ്റ്സിയയിൽ സ്വീകാര്യം)
- ഒരുമിച്ച് കഴിക്കുന്ന ആന്റാസിഡ്, അയൺ, കാൽസ്യം, പാൽ
- വിഴുങ്ങാനുള്ള കഴിവ്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ/IV	100 mg 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (ആദ്യ ദിവസം 200 mg ലോഡിങ് ആകാം)
ലെപ്റ്റോസ്പൈറോസിസ് പ്രോഫൈലാക്സിസ്	200 mg ആഴ്ചയിലൊരിക്കൽ (വെള്ളപ്പൊക്ക സമയത്ത്)
ഗുളിക	**ഒരു ഗ്ലാസ് വെള്ളത്തോടൊപ്പം, നിവർന്നിരുന്ന്; 30 മിനിറ്റ് കിടക്കരുത്**

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഈസോഫാഗൈറ്റിസ്, അൾസർ	നിവർന്നിരുന്ന് ധാരാളം വെള്ളത്തോടൊപ്പം; ഉറങ്ങുന്നതിന് തൊട്ടുമുമ്പ് ഒഴിവാക്കുക
ഫോട്ടോസെൻസിറ്റിവിറ്റി	സൺസ്ക്രീൻ; വെയിൽ ഒഴിവാക്കുക
ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം (പാൽ ഒഴിവാക്കി)
പല്ലിന് നിറവ്യത്യാസം (കുട്ടികൾ)	ഇൻഡിക്കേഷൻ ഉറപ്പാക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- നെഞ്ചെരിച്ചിൽ, വിഴുങ്ങുമ്പോൾ വേദന
- പ്രെഗ്നൻസി
- കടുത്ത റാഷ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

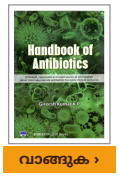
- ആന്റാസിഡ്, അയൺ, പാൽ എന്നിവയിൽ നിന്ന് 2–3 മണിക്കൂർ ഇടവേള
- ഗുളിക കഴിച്ച ശേഷം 30 മിനിറ്റ് കിടക്കരുത്
- വെയിൽ ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

വെള്ളപ്പൊക്കത്തിനു ശേഷം പനിയും പേശിവേദനയുമായി വരുന്നവരിൽ ലെപ്റ്റോസ്പൈറോസിസും സ്ക്രബ് ടൈഫസും (എസ്കാർ നോക്കുക) ആലോചിക്കുക — ഡോക്സിസൈക്ലിൻ നേരത്തെ തുടങ്ങുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Doxycycline · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

അസിത്രോമൈസിൻ

Azithromycin · മാക്രോലൈഡ് ആന്റിബയോട്ടിക്

ആമുഖം. അസിത്രോമൈസിൻ ദീർഘ ഹാഫ്-ലൈഫ് ഉള്ളതിനാൽ ദിവസം ഒരു തവണ ചെറിയ കോഴ്സായി നൽകാം. അറ്റിപ്പിക്കൽ ന്യുമോണിയ, ടൈഫോയ്ഡ്, ട്രക്കോമ, STI എന്നിവയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു; QT നീട്ടും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കമ്മ്യൂണിറ്റി-അക്വയേർഡ് ന്യുമോണിയ (അറ്റിപ്പിക്കൽ കവറേജ്)
- എന്ററിക് ഫീവർ
- ക്ലമീഡിയ, ട്രക്കോമ
- പെർട്ടൂസിസ്; സ്ക്രബ് ടൈഫസ് (പ്രെഗ്നൻസിയിൽ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- QTc, മറ്റ് QT-പ്രലങ്ങിങ് മരുന്നുകൾ
- K^+, Mg^{2+}
- ലിവർ ഫങ്ഷൻ
- മാക്രോലൈഡ് അലർജി

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	500 mg ദിവസം ഒരു തവണ 3 ദിവസം (അല്ലെങ്കിൽ 500 mg ഒന്നാം ദിവസം, പിന്നെ 250 mg 4 ദിവസം)
IV	500 mg ദിവസം ഒരു തവണ, കുറഞ്ഞത് 60 മിനിറ്റിൽ (ബോളസ് നൽകരുത്)
ക്ലമീഡിയ	1 g ഒറ്റ ഡോസ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
GI അസ്വസ്ഥത, വയറിളക്കം	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
QT പ്രൊലോങ്ങേഷൻ, അരിത്മിയ	റിസ്ക് ഉള്ളവരിൽ ECG
ഹെപ്പറ്റോടോക്സിസിറ്റി	ജോണ്ടിസ് റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഇൻജക്ഷൻ സ്ഥലത്ത് വേദന, ഫ്ലെബൈറ്റിസ്	ഡൈല്യൂട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- QTc 500 ms-ൽ കൂടുതൽ
- പാൽപ്പിറ്റേഷൻ, സിൻകോപ്പ്
- ജോണ്ടിസ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ചെറിയ കോഴ്സാണെങ്കിലും ഫലം നിലനിൽക്കും — പൂർത്തിയാക്കുക
- ആന്റാസിഡുകളിൽ നിന്ന് 2 മണിക്കൂർ ഇടവേള
- നെഞ്ചിടിപ്പ് അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

വൈറൽ അപ്പർ റെസ്പിറേറ്ററി ഇൻഫെക്ഷനുകൾക്ക് അസിത്രോമൈസിൻ ആവശ്യമില്ല — അമിത ഉപയോഗം ഇന്ത്യയിൽ റെസിസ്റ്റൻസ് കൂട്ടിയിട്ടുണ്ട്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Azithromycin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

ജെന്റാമൈസിൻ / അമികാസിൻ

Gentamicin / Amikacin · അമിനോഗ്ലൈക്കോസൈഡ് ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ

ആമുഖം. അമിനോഗ്ലൈക്കോസൈഡുകൾ ഗ്രാം-നെഗറ്റീവ് ബാക്ടീരിയകളെ വേഗം നശിപ്പിക്കുന്നു. ദിവസം ഒരു തവണ ("എക്സ്റ്റൻഡഡ്-ഇന്റർവെൽ") ഡോസിങ് ടോക്സിസിറ്റി കുറയ്ക്കുന്നു. നെഫ്രോടോക്സിക്കും ഓട്ടോടോക്സിക്കുമാണ് — ലെവൽ മോണിറ്ററിങ് നിർബന്ധം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഗുരുതരമായ ഗ്രാം-നെഗറ്റീവ് സെപ്സിസ് (ബീറ്റ-ലാക്റ്റത്തോടൊപ്പം)
- പൈലോനെഫ്രൈറ്റിസ്
- എൻഡോകാർഡൈറ്റിസ് (സിനർജി)
- നിയോനേറ്റൽ സെപ്സിസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **റീനൽ ഫങ്ഷൻ** (ബേസ്ലൈനും ദിവസവും)
- ഭാരം (ഐഡിയൽ/അഡ്ജസ്റ്റഡ്)
- ലെവലുകൾ
- ഹിയറിങ്, ബാലൻസ്
- മറ്റ് നെഫ്രോടോക്സിക്/ഓട്ടോടോക്സിക് മരുന്നുകൾ (ലൂപ്പ് ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ, വാൻകോമൈസിൻ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ജെന്റാമൈസിൻ	5–7 mg/kg IV ദിവസം ഒരു തവണ, 30–60 മിനിറ്റിൽ
അമികാസിൻ	15 mg/kg IV ദിവസം ഒരു തവണ
ലെവൽ	പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം (ട്രഫ് ജെന്റാമൈസിൻ 1 mg/L-ൽ താഴെ)
കാലാവധി	സാധാരണ 7 ദിവസത്തിൽ കൂടരുത്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
നെഫ്രോടോക്സിസിറ്റി	ക്രിയാറ്റിനിൻ, യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്; ഹൈഡ്രേഷൻ
ഓട്ടോടോക്സിസിറ്റി — ചെവിയിൽ മുഴക്കം, കേൾവിക്കുറവ്, തലകറക്കം (സ്ഥിരമാകാം)	ഉടൻ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ന്യൂറോമസ്കുലാർ ബ്ലോക്കേഡ് (മയസ്തീനിയ, അനസ്തേഷ്യ)	ശ്വസനം നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ട്രഫ് ഉയർന്നത്
- ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരുന്നു അല്ലെങ്കിൽ ഒലിഗൂറിയ
- ചെവിയിൽ മുഴക്കം, തലകറക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ചെവിയിൽ മുഴക്കം, കേൾവി കുറയൽ, ബാലൻസ് നഷ്ടം അറിയിക്കുക
- ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കുക (അനുവദനീയമെങ്കിൽ)

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അമിനോഗ്ലൈക്കോസൈഡ് മൂലമുള്ള കേൾവിക്കുറവ് പലപ്പോഴും സ്ഥിരമാണ് — 72 മണിക്കൂറിനു ശേഷം തുടരുന്നതിന് മുമ്പ് ആവശ്യം പുനർവിലയിരുത്തുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Gentamicin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ (ട്രൈമെത്തോപ്രിം–സൾഫാമെതോക്സസോൾ)

Co-trimoxazole (Trimethoprim–Sulfamethoxazole) · ഫോളേറ്റ് ആന്റഗോണിസ്റ്റ് കോമ്പിനേഷൻ

ആമുഖം. കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ ബാക്ടീരിയയുടെ ഫോളേറ്റ് നിർമ്മാണം രണ്ടു ഘട്ടങ്ങളിൽ തടയുന്നു. HIV-യിൽ PCP പ്രോഫൈലാക്സിസിനും ചികിത്സയ്ക്കും UTI-ക്കുമുപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- Pneumocystis ന്യുമോണിയ (ചികിത്സയും പ്രോഫൈലാക്സിസും)
- HIV-യിൽ ടോക്സോപ്ലാസ്മ പ്രോഫൈലാക്സിസ്
- UTI
- MRSA സ്കിൻ ഇൻഫെക്ഷനുകൾ, നോക്കാർഡിയ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സൾഫ അലർജി
- റീനൽ ഫങ്ഷൻ, K^+ (ഹൈപ്പർകലീമിയ)
- CBC; G6PD
- പ്രെഗ്നൻസി (ആദ്യ ട്രൈമെസ്റ്ററും ടേമും ശ്രദ്ധ)
- വാർഫറിൻ, മെതോട്രെക്സേറ്റ് ഇന്ററാക്ഷൻ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ (UTI)	960 mg (DS) 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
PCP പ്രോഫൈലാക്സിസ്	960 mg ദിവസം ഒരു തവണ
PCP ചികിത്സ	ട്രൈമെത്തോപ്രിം ഘടകം ദിവസം 15–20 mg/kg വിഭജിച്ച് (IV 60–90 മിനിറ്റിൽ)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
റാഷ്; SJS/TEN	റാഷ് ഉണ്ടായാൽ നിർത്തുക
ഹൈപ്പർകലീമിയ	K^+ നിരീക്ഷണം
ബോൺ മാരോ സപ്രഷൻ, ഹീമോലൈസിസ് (G6PD)	CBC
ക്രിസ്റ്റലൂറിയ	ധാരാളം വെള്ളം
ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- റാഷ് അല്ലെങ്കിൽ വായ്പുണ്ണ്
- K^+ 5.5-ൽ കൂടുതൽ
- ബ്ലഡ് കൗണ്ട് കുറയുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ദിവസം 2 ലിറ്റർ വെള്ളം കുടിക്കുക
- റാഷ് ഉടൻ അറിയിക്കുക
- പ്രോഫൈലാക്സിസ് മുടക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

HIV-യിലെ കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ പ്രോഫൈലാക്സിസ് ലളിതവും വിലകുറഞ്ഞതുമായ ജീവൻ രക്ഷാ ഇടപെടലാണ് — CD4 200-ൽ താഴെയുള്ളവരിൽ ഉറപ്പാക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Sulfamethoxazole and trimethoprim · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സിപ്രോഫ്ലോക്സസിൻ / ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ

Ciprofloxacin / Levofloxacin · ഫ്ലൂറോക്വിനൊലോൺ ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ

ആമുഖം. ഫ്ലൂറോക്വിനൊലോണുകൾ ബാക്ടീരിയൽ DNA ഗൈറേസ് തടയുന്നു. നല്ല ഓറൽ ആഗിരണമുണ്ട്, എന്നാൽ ടെൻഡൻ റപ്ചർ, QT പ്രൊലോങ്ങേഷൻ, CNS ഇഫക്റ്റുകൾ പോലുള്ള ഗുരുതര സൈഡ് ഇഫക്റ്റുകൾ ഉള്ളതിനാൽ ഉപയോഗം പരിമിതപ്പെടുത്തണം. ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ DR-TB-യിലുമുപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കോംപ്ലിക്കേറ്റഡ് UTI, പ്രോസ്റ്റേറ്റൈറ്റിസ്
- ഗ്രാം-നെഗറ്റീവ് ഇൻഫെക്ഷനുകൾ (സെൻസിറ്റിവിറ്റി അനുസരിച്ച്)
- കമ്മ്യൂണിറ്റി-അക്വയേർഡ് ന്യുമോണിയ (ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ)
- ഡ്രഗ്-റെസിസ്റ്റന്റ് TB (ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- പ്രായം (60-ൽ കൂടുതൽ — ടെൻഡൻ റിസ്ക്), സ്റ്റിറോയ്ഡ് ഉപയോഗം
- QT, മറ്റ് QT മരുന്നുകൾ
- മയസ്തീനിയ ഗ്രാവിസ് (വഷളാകും)
- പ്രെഗ്നൻസി, കുട്ടികൾ
- സീഷർ ചരിത്രം
- ഡയബറ്റിസ് (ഗ്ലൂക്കോസ് വ്യതിയാനം)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
സിപ്രോഫ്ലോക്സസിൻ	500–750 mg ഓറൽ 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്; 400 mg IV 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് 60 മിനിറ്റിൽ
ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ	500–750 mg ദിവസം ഒരു തവണ
ഇടവേള	ആന്റാസിഡ്, അയൺ, കാൽസ്യം, പാൽ എന്നിവയിൽ നിന്ന് 2 മണിക്കൂർ മുമ്പോ 6 മണിക്കൂർ ശേഷമോ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ടെൻഡിനൈറ്റിസ്, ടെൻഡൻ റപ്ചർ (അക്കില്ലിസ്)	കാൽ ഉപ്പൂറ്റി വേദന — നിർത്തുക
QT പ്രൊലോങ്ങേഷൻ	ECG
CNS — തലകറക്കം, കൺഫ്യൂഷൻ, സീഷറുകൾ	പ്രായമായവരിൽ നിരീക്ഷിക്കുക
ഹൈപ്പോ/ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ	ഗ്ലൂക്കോസ്
C. difficile, ഫോട്ടോസെൻസിറ്റിവിറ്റി, പെരിഫറൽ ന്യൂറോപ്പതി	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ടെൻഡൻ വേദന അല്ലെങ്കിൽ നീര്
- കൺഫ്യൂഷൻ, സീഷർ
- പാൽപ്പിറ്റേഷൻ
- മയസ്തീനിയ രോഗിയിൽ ബലക്കുറവ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കാൽ വേദന ഉണ്ടായാൽ വ്യായാമം നിർത്തി അറിയിക്കുക
- പാൽ, ആന്റാസിഡ് എന്നിവയിൽ നിന്ന് ഇടവേള
- വെയിൽ ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

TB സംശയിക്കുന്ന രോഗിയിൽ ഫ്ലൂറോക്വിനൊലോൺ "പരീക്ഷണമായി" നൽകുന്നത് ഡയഗ്നോസിസ് വൈകിപ്പിക്കുകയും റെസിസ്റ്റൻസ് ഉണ്ടാക്കുകയും ചെയ്യും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Ciprofloxacin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

മെട്രോണിഡസോൾ

Metronidazole · നൈട്രോഇമിഡസോൾ — ആന്റിഅനേറോബിക്, ആന്റിപ്രോട്ടോസോവൽ

ആമുഖം. മെട്രോണിഡസോൾ അനേറോബിക് ബാക്ടീരിയകൾക്കും പ്രോട്ടോസോവകൾക്കും (അമീബ, ജിയാർഡിയ, ട്രൈക്കോമോണസ്) എതിരെ പ്രവർത്തിക്കുന്നു. മദ്യത്തോടൊപ്പം ഡൈസൾഫിറാം-ലൈക്ക് റിയാക്ഷൻ ഉണ്ടാക്കും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഇൻട്രാ-അബ്ഡോമിനൽ, പെൽവിക് അനേറോബിക് ഇൻഫെക്ഷനുകൾ
- അമീബിക് ഡിസെന്ററി, ലിവർ അബ്സസ്
- ജിയാർഡിയാസിസ്, ട്രൈക്കോമോണിയാസിസ്, ബാക്ടീരിയൽ വജൈനോസിസ്
- C. difficile (ലഘുവായത്, ഓറൽ വാൻകോ ലഭ്യമല്ലെങ്കിൽ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- മദ്യ ഉപയോഗം
- ലിവർ ഡിസീസ് (ഡോസ് കുറയ്ക്കുക)
- വാർഫറിൻ (INR കൂടും)
- പ്രെഗ്നൻസി ആദ്യ ട്രൈമെസ്റ്റർ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	400–500 mg 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
IV	500 mg 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് 20–30 മിനിറ്റിൽ
ട്രൈക്കോമോണിയാസിസ്	2 g ഒറ്റ ഡോസ് (പങ്കാളിക്കും)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ലോഹ രുചി, ഓക്കാനം	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
മദ്യത്തോടൊപ്പം ഡൈസൾഫിറാം-ലൈക്ക് റിയാക്ഷൻ — ഫ്ലഷിങ്, ഛർദ്ദി, ടാക്കിക്കാർഡിയ	ചികിത്സ സമയത്തും ശേഷം 48 മണിക്കൂറും മദ്യം ഒഴിവാക്കുക
പെരിഫറൽ ന്യൂറോപ്പതി, സീഷറുകൾ (ദീർഘകാലം, ഉയർന്ന ഡോസ്)	മരവിപ്പ് റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഇരുണ്ട മൂത്രം	ദോഷമില്ല

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- മരവിപ്പ്, തരിപ്പ്
- സീഷർ
- INR ഉയരുന്നു (വാർഫറിനിൽ)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ചികിത്സ സമയത്തും ശേഷം 2 ദിവസവും മദ്യം കഴിക്കരുത് (മദ്യം അടങ്ങിയ ടോണിക്കുകൾ ഉൾപ്പെടെ)
- ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക
- മൂത്രത്തിന് ഇരുണ്ട നിറം വരാം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അമീബിക് ലിവർ അബ്സസിന് മെട്രോണിഡസോളിന് ശേഷം ലൂമിനൽ ഏജന്റ് (ഡൈലോക്സൈനൈഡ്) നൽകണം — കുടലിലെ സിസ്റ്റുകൾ നശിപ്പിക്കാൻ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Metronidazole · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഐസോണിയാസിഡ് (H)

Isoniazid (H) · ആന്റിട്യൂബർക്കുലർ — ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ

ആമുഖം. ഐസോണിയാസിഡ് മൈക്കോബാക്ടീരിയൽ സെൽ-വാൾ (മൈക്കോളിക് ആസിഡ്) നിർമ്മാണം തടയുന്നു. TB ചികിത്സയുടെയും TB പ്രിവന്റീവ് തെറാപ്പിയുടെയും (TPT) അടിസ്ഥാനമാണിത്. ഇന്ത്യയിൽ NTEP പ്രകാരം ഫിക്സഡ്-ഡോസ് കോമ്പിനേഷനുകളായി (HRZE) നൽകുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ആക്റ്റീവ് TB (HRZE റെജിമെൻ)
- TB പ്രിവന്റീവ് തെറാപ്പി — HIV, വീട്ടിലെ കോൺടാക്റ്റുകൾ (6H, 3HP)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ബേസ്‌ലൈൻ LFT (റിസ്ക് ഉള്ളവരിൽ)
- മദ്യം, ലിവർ ഡിസീസ്, HIV, പ്രെഗ്നൻസി, പ്രായം (ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് റിസ്ക്)
- പെരിഫറൽ ന്യൂറോപ്പതി റിസ്ക് (ഡയബറ്റിസ്, HIV, മദ്യം, പോഷകക്കുറവ്)
- ഫെനിറ്റോയിൻ ഇന്ററാക്ഷൻ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	5 mg/kg ദിവസം ഒരു തവണ (പരമാവധി 300 mg), വെറും വയറ്റിൽ
ഒപ്പം	**പൈറിഡോക്സിൻ (B6) 10–25 mg ദിവസം**
NTEP	ഭാരം അനുസരിച്ചുള്ള FDC ടാബ്‌ലെറ്റുകൾ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ് — ഓക്കാനം, വിശപ്പില്ലായ്മ, ഛർദ്ദി, ജോണ്ടിസ്, ഇരുണ്ട മൂത്രം	ATT നിർത്തി LFT; ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക
പെരിഫറൽ ന്യൂറോപ്പതി (കൈകാലുകളിൽ തരിപ്പ്)	പൈറിഡോക്സിൻ
ഡ്രഗ്-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് ലൂപ്പസ്, റാഷ്	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഫെനിറ്റോയിൻ ടോക്സിസിറ്റി	ലെവൽ പരിശോധിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ജോണ്ടിസ്, തുടർച്ചയായ ഛർദ്ദി, വയറുവേദന
- ALT നോർമലിന്റെ 3 മടങ്ങിൽ കൂടുതൽ (ലക്ഷണങ്ങളോടെ) അല്ലെങ്കിൽ 5 മടങ്ങ്
- കടുത്ത റാഷ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- **ഒരു ഡോസ് പോലും മുടക്കരുത്** — മുഴുവൻ കോഴ്സ് പൂർത്തിയാക്കുക
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക
- മഞ്ഞനിറം, ഛർദ്ദി ഉടൻ അറിയിക്കുക
- നിക്ഷയ് പോഷൺ യോജന ലഭിക്കുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

TB ചികിത്സയിലെ മുടക്കങ്ങളാണ് ഡ്രഗ്-റെസിസ്റ്റന്റ് TB ഉണ്ടാക്കുന്നത് — ട്രീറ്റ്മെന്റ് സപ്പോർട്ടറും അഡ്ഹിയറൻസ് മോണിറ്ററിങ്ങും നിർണ്ണായകം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Isoniazid · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

റിഫാംപിസിൻ (R)

Rifampicin (R) · റിഫാമൈസിൻ — ആന്റിട്യൂബർക്കുലർ (ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ)

ആമുഖം. റിഫാംപിസിൻ ബാക്ടീരിയൽ RNA പോളിമറേസ് തടയുന്നു — TB ചികിത്സയിൽ ഏറ്റവും പ്രധാനമായ സ്റ്റെറിലൈസിങ് മരുന്ന്. ശക്തമായ ലിവർ എൻസൈം ഇൻഡ്യൂസർ ആയതിനാൽ പല മരുന്നുകളുടെയും ഫലം കുറയ്ക്കും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ആക്റ്റീവ് TB (HRZE)
- ലെപ്രസി
- TB പ്രിവന്റീവ് തെറാപ്പി (3HP, 4R)
- മെനിഞ്ചോകോക്കൽ പ്രോഫൈലാക്സിസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- LFT
- **ഇന്ററാക്ഷനുകൾ** — OCP-കൾ, വാർഫറിൻ, ആന്റിറെട്രോവൈറലുകൾ (പ്രോട്ടിയേസ് ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ), സ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ, ഡയബറ്റിസ് മരുന്നുകൾ, ഫെനിറ്റോയിൻ
- കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് ഉപയോഗം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	10 mg/kg ദിവസം ഒരു തവണ (പരമാവധി 600 mg), **വെറും വയറ്റിൽ** (ഭക്ഷണത്തിന് 30 മിനിറ്റ് മുമ്പ്)
NTEP	ഭാരം അനുസരിച്ചുള്ള FDC
മെനിഞ്ചോകോക്കൽ പ്രോഫൈലാക്സിസ്	600 mg 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് 2 ദിവസം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓറഞ്ച്-ചുവപ്പ് നിറം — മൂത്രം, കണ്ണുനീർ, വിയർപ്പ്, കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ്	മുൻകൂട്ടി പറയുക; ലെൻസ് ഒഴിവാക്കുക
ഹെപ്പറ്റൈറ്റിസ്	LFT; ലക്ഷണങ്ങൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഫ്ലൂ-ലൈക്ക് സിൻഡ്രോം, ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ (ഇടവിട്ടുള്ള ഡോസിൽ)	CBC
മരുന്നുകളുടെ ഫലം കുറയൽ (OCP പരാജയം)	ബദൽ കോൺട്രാസെപ്ഷൻ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ജോണ്ടിസ്, ഛർദ്ദി
- ബ്ലീഡിങ്, ചതവ് (പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ്)
- മറ്റ് മരുന്നുകൾ ഫലിക്കുന്നില്ല

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- മൂത്രം, കണ്ണുനീർ ഓറഞ്ച് നിറമാകും — ദോഷമില്ല
- OCP ഫലിക്കില്ല — കോപ്പർ-T/കോണ്ടം ഉപയോഗിക്കുക
- വെറും വയറ്റിൽ കഴിക്കുക; ഒരു ഡോസും മുടക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

റിഫാംപിസിൻ ആരംഭിക്കുമ്പോൾ മറ്റ് എല്ലാ മരുന്നുകളും പുനഃപരിശോധിക്കുക — പ്രത്യേകിച്ച് OCP, വാർഫറിൻ, ART, സ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Rifampin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ഫ്ലൂക്കോണസോൾ

Fluconazole · ട്രയസോൾ ആന്റിഫംഗൽ

ആമുഖം. ഫ്ലൂക്കോണസോൾ ഫംഗൽ സെൽ മെംബ്രേൻ (എർഗോസ്റ്റിറോൾ) നിർമ്മാണം തടയുന്നു. കാൻഡിഡ, ക്രിപ്റ്റോകോക്കസ് ഇൻഫെക്ഷനുകൾക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്നു; ഓറൽ ആഗിരണം മികച്ചതാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഓറൽ, ഈസോഫാജിയൽ, വജൈനൽ കാൻഡിഡിയാസിസ്
- കാൻഡിഡീമിയ (സ്റ്റെപ്-ഡൗൺ)
- ക്രിപ്റ്റോകോക്കൽ മെനിഞ്ചൈറ്റിസ് (കൺസോളിഡേഷൻ, മെയിന്റനൻസ്)
- ഫംഗൽ പ്രോഫൈലാക്സിസ് (ഇമ്മ്യൂണോകോംപ്രൈമെസ്ഡ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- LFT
- QT, ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്ന മരുന്നുകൾ (വാർഫറിൻ, ഫെനിറ്റോയിൻ, സൾഫോണൈൽയൂറിയകൾ, സ്റ്റാറ്റിനുകൾ)
- റീനൽ ഫങ്ഷൻ
- പ്രെഗ്നൻസി (ഉയർന്ന ഡോസ് ഒഴിവാക്കുക)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
വജൈനൽ കാൻഡിഡിയാസിസ്	150 mg ഒറ്റ ഡോസ്
ഓറോഫാരിഞ്ചിയൽ/ഈസോഫാജിയൽ	200 mg ആദ്യ ദിവസം, പിന്നെ 100–200 mg ദിവസം
ക്രിപ്റ്റോകോക്കൽ	400–800 mg ദിവസം
IV	ഓറൽ ഡോസ് തന്നെ; 200 mg/h-ൽ കൂടരുത്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, തലവേദന, വയറുവേദന	സാധാരണ ലഘുവായത്
ഹെപ്പറ്റോടോക്സിസിറ്റി	LFT
QT പ്രൊലോങ്ങേഷൻ	ECG
ഇന്ററാക്ഷനുകൾ — INR ഉയരൽ, ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ	INR, ഗ്ലൂക്കോസ് നിരീക്ഷിക്കുക
റാഷ് (HIV-യിൽ കഠിനമാകാം)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ജോണ്ടിസ്
- റാഷ്
- QTc 500 ms-ൽ കൂടുതൽ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കോഴ്സ് പൂർത്തിയാക്കുക
- മറ്റ് മരുന്നുകൾ ഡോക്ടറോട് പറയുക
- ഓറൽ ത്രഷിന് ഓറൽ ഹൈജീൻ പാലിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ആരോഗ്യമുള്ള ഒരാളിൽ ഈസോഫാജിയൽ കാൻഡിഡിയാസിസ് കണ്ടാൽ HIV പരിശോധിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Fluconazole · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

അസൈക്ലോവിർ / വലാസൈക്ലോവിർ

Acyclovir / Valacyclovir · ന്യൂക്ലിയോസൈഡ് അനലോഗ് ആന്റിവൈറൽ

ആമുഖം. അസൈക്ലോവിർ ഹെർപ്പിസ് സിംപ്ലക്സ്, വാരിസെല്ല-സോസ്റ്റർ വൈറസുകളുടെ DNA പോളിമറേസ് തടയുന്നു. HSV എൻസെഫലൈറ്റിസിൽ ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്നു; വലാസൈക്ലോവിർ മികച്ച ആഗിരണമുള്ള ഓറൽ പ്രോഡ്രഗ് ആണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- HSV എൻസെഫലൈറ്റിസ് (സംശയിച്ചാൽ ഉടൻ IV)
- ഹെർപ്പിസ് സോസ്റ്റർ, ചിക്കൻപോക്സ് (മുതിർന്നവർ, ഇമ്മ്യൂണോകോംപ്രൈമെസ്ഡ്)
- ജനനേന്ദ്രിയ, ഓറൽ ഹെർപ്പിസ്
- ട്രാൻസ്പ്ലാന്റിൽ പ്രോഫൈലാക്സിസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **റീനൽ ഫങ്ഷൻ, ഹൈഡ്രേഷൻ**
- ഭാരം (IV ഡോസ് — പൊണ്ണത്തടിയിൽ ഐഡിയൽ ബോഡി വെയ്റ്റ്)
- മറ്റ് നെഫ്രോടോക്സിക് മരുന്നുകൾ
- ന്യൂറോളജിക്കൽ സ്റ്റാറ്റസ്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV (എൻസെഫലൈറ്റിസ്)	10 mg/kg 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്, **കുറഞ്ഞത് 60 മിനിറ്റിൽ**, 14–21 ദിവസം
ഓറൽ (സോസ്റ്റർ)	അസൈക്ലോവിർ 800 mg ദിവസം 5 തവണ 7 ദിവസം; വലാസൈക്ലോവിർ 1 g 8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
സമയം	റാഷ് തുടങ്ങി 72 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ക്രിസ്റ്റൽ നെഫ്രോപ്പതി, AKI	IV ഫ്ലൂയിഡുകൾ; യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്; ക്രിയാറ്റിനിൻ
ന്യൂറോടോക്സിസിറ്റി — കൺഫ്യൂഷൻ, ഹാലൂസിനേഷൻ, വിറയൽ (റീനൽ ഫെയിലിയർ, പ്രായമായവർ)	ഡോസ് ക്രമീകരിക്കുക
ഫ്ലെബൈറ്റിസ് (ആൽക്കലൈൻ pH)	ഡൈല്യൂട്ട് ചെയ്യുക; എക്സ്ട്രാവസേഷൻ ഒഴിവാക്കുക
ഓക്കാനം, തലവേദന	ലഘുവായത്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ക്രിയാറ്റിനിൻ ഉയരുന്നു അല്ലെങ്കിൽ ഒലിഗൂറിയ
- പുതിയ കൺഫ്യൂഷൻ
- IV സൈറ്റിൽ വേദന, നീര്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കുക
- ഹെർപ്പിസ് മുറിവുകൾ മൂടിവെക്കുക, തൊടരുത്; കൈ കഴുകുക
- സോസ്റ്റർ ഉണങ്ങും വരെ ഗർഭിണികളിൽ നിന്നും നവജാതരിൽ നിന്നും അകന്നിരിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പനി, കൺഫ്യൂഷൻ, സീഷർ എന്നിവയുമായി വരുന്ന രോഗിയിൽ HSV എൻസെഫലൈറ്റിസ് സംശയിച്ചാൽ LP ഫലം കാത്തിരിക്കാതെ IV അസൈക്ലോവിർ തുടങ്ങുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Acyclovir · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 69 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

സൈക്കോട്രോപിക് മരുന്നുകൾക്ക് ചികിത്സാ ഫലം പ്രത്യക്ഷപ്പെടാൻ ആഴ്ചകൾ എടുക്കും, എന്നാൽ സൈഡ് ഇഫക്റ്റുകൾ ആദ്യ ദിവസം മുതൽ ഉണ്ടാകും. സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം, ന്യൂറോലെപ്റ്റിക് മാലിഗ്നന്റ് സിൻഡ്രോം, ലിഥിയം ടോക്സിസിറ്റി, ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക് ലെവലുകൾ എന്നിവ നഴ്സ് ആദ്യം തിരിച്ചറിയണം. ഇവയിൽ പലതും പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
71	ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ / എസ്സിറ്റലോപ്രാം	SSRI-കൾ സിനാപ്സിൽ സെറോടോണിൻ കൂട്ടുന്നു	84
72	സെർട്രാലിൻ	സെർട്രാലിൻ വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്ന SSRI ആണ്; ഹൃദ്രോഗികളിലും (MI-ക്ക് ശേഷം) പ്രെഗ്നൻസിയിലും ബ്രെസ്റ്റ്ഫീഡിങ്ങിലും സുരക...	85
73	അമിട്രിപ്റ്റിലിൻ	TCA-കൾ സെറോടോണിന്റെയും നോർഎപിനെഫ്രിന്റെയും റീഅപ്ടേക്ക് തടയുന്നു	86
74	ഫിനെൽസിൻ (MAO ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ)	MAOI-കൾ മോണോഅമിനുകളുടെ വിഘടനം തടയുന്നു	87
75	ലിഥിയം കാർബണേറ്റ്	ബൈപോളാർ ഡിസോർഡറിലെ പ്രധാന മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസറാണ് ലിഥിയം; സൂയിസൈഡ് കുറയ്ക്കുന്നു	88
76	ഹാലോപെരിഡോൾ	ഹാലോപെരിഡോൾ ശക്തമായ D2 ബ്ലോക്കറാണ്	89
77	ഒലൻസാപിൻ / ക്ലോസാപിൻ	അറ്റിപ്പിക്കൽ ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ ഡോപമിനെയും സെറോടോണിനെയും (5-HT2A) ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു; EPS കുറവാണ്, എന്നാൽ മെറ്റബോ...	90
78	ലോറസെപാം / ഡയസെപാം / മിഡസോലം	ബെൻസോഡയസെപിനുകൾ GABA-യുടെ ഇൻഹിബിറ്ററി ഫലം കൂട്ടുന്നു: ആങ്സൈയോലിറ്റിക്, സെഡേറ്റീവ്, ആന്റികൺവൾസന്റ്, മസിൽ റിലാക്സന്റ്	91
79	ബസ്പിറോൺ	ബസ്പിറോൺ മയക്കമോ ആശ്രിതത്വമോ ഉണ്ടാക്കാതെ ക്രോണിക് ആങ്സൈറ്റി കുറയ്ക്കുന്നു; ഫലം കാണാൻ 2–4 ആഴ്ച എടുക്കും, അതിനാൽ "ആവശ്യാ...	92
80	സോൾപിഡെം	സോൾപിഡെം GABA-A റിസപ്റ്ററിന്റെ ഒരു ഭാഗത്ത് പ്രവർത്തിച്ച് വേഗം ഉറക്കം വരുത്തുന്നു	93
81	ഫെനിറ്റോയിൻ / ഫോസ്ഫെനിറ്റോയിൻ	ഫെനിറ്റോയിൻ സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസിൽ സെക്കൻഡ്-ലൈൻ ആണ്	94
82	കാർബമസെപിൻ	കാർബമസെപിൻ ഫോക്കൽ സീഷറുകൾക്കും ട്രൈജെമിനൽ ന്യൂറാൽജിയയ്ക്കും ഉപയോഗിക്കുന്നു	95
83	സോഡിയം വാൽപ്രോയേറ്റ്	വാൽപ്രോയേറ്റ് എല്ലാ തരം സീഷറുകൾക്കും ഫലപ്രദമാണ്; ബൈപോളാർ മാനിയയിലും മൈഗ്രേൻ പ്രതിരോധത്തിലും ഉപയോഗിക്കുന്നു	96
84	ലെവെറ്റിറാസെറ്റം	ലെവെറ്റിറാസെറ്റം വിശാല സ്പെക്ട്രമുള്ളതും ഇന്ററാക്ഷനുകൾ കുറവുള്ളതും ലെവൽ മോണിറ്ററിങ് ആവശ്യമില്ലാത്തതുമാണ്; IV-യുംഓറലും...	97
85	ലെവോഡോപ–കാർബിഡോപ	ലെവോഡോപ തലച്ചോറിൽ ഡോപമിനായി മാറുന്നു; കാർബിഡോപ ശരീരത്തിന്റെ മറ്റു ഭാഗങ്ങളിലുള്ള മാറ്റം തടഞ്ഞ് ഓക്കാനം കുറയ്ക്കുന്നു	98
86	ബെൻസ്ട്രോപിൻ / ട്രൈഹെക്സിഫെനിഡിൽ	ആന്റികോളിനെർജിക്കുകൾ ഡോപമിൻ–അസറ്റൈൽകോളിൻ സന്തുലിതാവസ്ഥ പുനഃസ്ഥാപിക്കുന്നു	99
87	ഡോനെപെസിൽ	ഡോനെപെസിൽ തലച്ചോറിൽ അസറ്റൈൽകോളിൻ കൂട്ടി അൽഷൈമേഴ്സ് ഡിമെൻഷ്യയിൽ ഓർമ്മയും പ്രവർത്തനശേഷിയും ചെറുതായി മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നു;...	100

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ / എസ്സിറ്റലോപ്രാം

Fluoxetine / Escitalopram · സെലക്റ്റീവ് സെറോടോണിൻ റീഅപ്ടേക്ക് ഇൻഹിബിറ്റർ (SSRI)

ആമുഖം. SSRI-കൾ സിനാപ്സിൽ സെറോടോണിൻ കൂട്ടുന്നു. ഡിപ്രഷൻ, ആങ്സൈറ്റി എന്നിവയുടെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ ചികിത്സയാണിവ; പൂർണ്ണ ഫലത്തിന് 4–6 ആഴ്ച എടുക്കും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- മേജർ ഡിപ്രസീവ് ഡിസോർഡർ
- ജനറലൈസ്ഡ് ആങ്സൈറ്റി, പാനിക് ഡിസോർഡർ
- OCD, PTSD
- ബുലീമിയ (ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സൂയിസൈഡ് റിസ്ക് വിലയിരുത്തൽ (പ്രത്യേകിച്ച് 25 വയസ്സിൽ താഴെ)
- മറ്റ് സെറോടോണെർജിക് മരുന്നുകൾ (ട്രമഡോൾ, MAOI, ലൈൻസോലിഡ്)
- ബൈപോളാർ ചരിത്രം (മാനിയ സാധ്യത)
- QT (എസ്സിറ്റലോപ്രാം), സോഡിയം (പ്രായമായവർ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ	20 mg രാവിലെ ദിവസം ഒരു തവണ (പരമാവധി 60 mg)
എസ്സിറ്റലോപ്രാം	5–10 mg ദിവസം ഒരു തവണ (പരമാവധി 20 mg)
ഫലം	2–6 ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ; രോഗം മാറിയ ശേഷം 6–12 മാസം തുടരുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, തലവേദന, ഉറക്കമില്ലായ്മ, ആങ്സൈറ്റി (ആദ്യ ആഴ്ചകൾ)	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം; രാവിലെ ഡോസ്
സൂയിസൈഡൽ ചിന്തകൾ കൂടുന്നു (ആദ്യ ആഴ്ചകൾ)	അടുത്ത് നിരീക്ഷിക്കുക; ചെറിയ അളവിൽ മാത്രം നൽകുക
സെക്ഷ്വൽ ഡിസ്ഫങ്ഷൻ	ചർച്ച ചെയ്യുക
ഹൈപ്പോനട്രീമിയ (പ്രായമായവർ), ബ്ലീഡിങ് (NSAID-കളോടൊപ്പം)	Na^+ പരിശോധിക്കുക
സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം	അസ്വസ്ഥത, പനി, വിറയൽ, ക്ലോണസ് — അടിയന്തരം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- സൂയിസൈഡൽ ചിന്തകൾ അല്ലെങ്കിൽ പെരുമാറ്റ മാറ്റം
- സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം ലക്ഷണങ്ങൾ
- മാനിയ ലക്ഷണങ്ങൾ
- Na^+ 130-ൽ താഴെ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഫലം കാണാൻ ആഴ്ചകൾ എടുക്കും — നിർത്തരുത്
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത് (ഡിസ്കണ്ടിന്യുവേഷൻ സിൻഡ്രോം)
- സ്വയം ദോഷം ചെയ്യാനുള്ള ചിന്ത ഉടൻ അറിയിക്കുക
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഡിപ്രഷൻ ചികിത്സ തുടങ്ങുമ്പോൾ ഊർജ്ജം മൂഡിനെക്കാൾ മുമ്പേ മെച്ചപ്പെടുന്നു — ആദ്യ ആഴ്ചകളിൽ സൂയിസൈഡ് റിസ്ക് കൂടാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Fluoxetine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സെർട്രാലിൻ

Sertraline · SSRI ആന്റിഡിപ്രസന്റ്

ആമുഖം. സെർട്രാലിൻ വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്ന SSRI ആണ്; ഹൃദ്രോഗികളിലും (MI-ക്ക് ശേഷം) പ്രെഗ്നൻസിയിലും ബ്രെസ്റ്റ്ഫീഡിങ്ങിലും സുരക്ഷിതമായി കണക്കാക്കപ്പെടുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഡിപ്രഷൻ (ഹൃദ്രോഗമുള്ളവർ ഉൾപ്പെടെ)
- ആങ്സൈറ്റി, പാനിക്, OCD, PTSD
- പോസ്റ്റ്പാർട്ടം ഡിപ്രഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സൂയിസൈഡ് റിസ്ക്
- സെറോടോണെർജിക് മരുന്നുകൾ
- ബ്ലീഡിങ് റിസ്ക് (ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ, NSAID-കൾ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	25–50 mg ദിവസം ഒരു തവണ, 50 mg വീതം ആഴ്ചകൾ ഇടവിട്ട് കൂട്ടാം (പരമാവധി 200 mg)
സമയം	രാവിലെ അല്ലെങ്കിൽ വൈകുന്നേരം, സ്ഥിരമായി

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, വയറിളക്കം	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
ഉറക്കമില്ലായ്മ, അസ്വസ്ഥത	രാവിലെ ഡോസ്
സെക്ഷ്വൽ ഡിസ്ഫങ്ഷൻ	ചർച്ച ചെയ്യുക
ബ്ലീഡിങ്, ഹൈപ്പോനട്രീമിയ	നിരീക്ഷിക്കുക
സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം	അടിയന്തരം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- സൂയിസൈഡൽ ചിന്തകൾ
- സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം
- അസാധാരണ ബ്ലീഡിങ്

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കൃത്യമായി കഴിക്കുക; 4–6 ആഴ്ച ക്ഷമിക്കുക
- ടേപ്പർ ചെയ്ത് മാത്രം നിർത്തുക
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

SSRI-കൾക്കൊപ്പംട്രമഡോൾ, ലൈൻസോലിഡ്, MAOI, ട്രിപ്റ്റാനുകൾ നൽകുമ്പോൾ സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം ശ്രദ്ധിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed · ലേബൽ: Sertraline · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

അമിട്രിപ്റ്റിലിൻ

Amitriptyline · ട്രൈസൈക്ലിക് ആന്റിഡിപ്രസന്റ് (TCA)

ആമുഖം. TCA-കൾ സെറോടോണിന്റെയും നോർഎപിനെഫ്രിന്റെയും റീഅപ്ടേക്ക് തടയുന്നു. ഇപ്പോൾ കുറഞ്ഞ ഡോസിൽ ന്യൂറോപ്പതിക് വേദനയ്ക്കും മൈഗ്രേൻ പ്രതിരോധത്തിനുമാണ് കൂടുതലായി ഉപയോഗിക്കുന്നത്. ഓവർഡോസിൽ മാരകം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ന്യൂറോപ്പതിക് വേദന (ഡയബറ്റിക് ന്യൂറോപ്പതി, പോസ്റ്റ്-ഹെർപ്പെറ്റിക്)
- മൈഗ്രേൻ, ടെൻഷൻ തലവേദന പ്രതിരോധം
- ഡിപ്രഷൻ (സെക്കൻഡ്-ലൈൻ)
- ഇൻസോംനിയ, IBS

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ECG (QRS, QT), ഹൃദ്രോഗം
- ഗ്ലോക്കോമ, പ്രോസ്റ്റേറ്റ് വലുപ്പം (യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ)
- സൂയിസൈഡ് റിസ്ക് (ഓവർഡോസ് മാരകം)
- പ്രായമായവർ (വീഴ്ച, കൺഫ്യൂഷൻ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
വേദന/മൈഗ്രേൻ	രാത്രി 10–25 mg, പരമാവധി 75 mg
ഡിപ്രഷൻ	ദിവസം 75–150 mg
സമയം	**രാത്രി** (മയക്കം)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ആന്റികോളിനെർജിക് — വായ ഉണങ്ങൽ, മലബന്ധം, യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ, കാഴ്ച മങ്ങൽ	വെള്ളം, ഫൈബർ; മൂത്രം നിരീക്ഷിക്കുക
മയക്കം, ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	സാവധാനം എഴുന്നേൽക്കുക; ഫാൾ പ്രിക്കോഷൻ
അരിത്മിയ (QRS വീതി കൂടൽ)	ECG
ഓവർഡോസ് — സീഷറുകൾ, കോമ, അരിത്മിയ	സോഡിയം ബൈകാർബണേറ്റ് IV; ICU

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- പാൽപ്പിറ്റേഷൻ, സിൻകോപ്പ്
- മൂത്രം പോകുന്നില്ല
- കൺഫ്യൂഷൻ
- സൂയിസൈഡൽ ചിന്തകൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

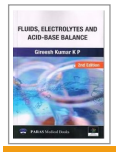
- രാത്രി കഴിക്കുക
- ഡ്രൈവിങ് ശ്രദ്ധിക്കുക
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക
- കുട്ടികൾക്ക് എത്താത്ത സ്ഥലത്ത് സൂക്ഷിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

TCA ഓവർഡോസ്: വിശാലമായ QRS (100 ms-ൽ കൂടുതൽ) ഉണ്ടെങ്കിൽ സോഡിയം ബൈകാർബണേറ്റ് ജീവൻ രക്ഷിക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Amitriptyline · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഫിനെൽസിൻ (MAO ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ)

Phenelzine (MAO Inhibitors) · മോണോഅമിൻ ഓക്സിഡേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ (MAOI)

ആമുഖം. MAOI-കൾ മോണോഅമിനുകളുടെ വിഘടനം തടയുന്നു. ചികിത്സയ്ക്ക് വഴങ്ങാത്ത ഡിപ്രഷനിൽ മാത്രം ഉപയോഗിക്കുന്നു, കാരണം ടൈറാമിൻ അടങ്ങിയ ഭക്ഷണത്തോടും പല മരുന്നുകളോടുമുള്ള ഇന്ററാക്ഷനുകൾ അപകടകരമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ട്രീറ്റ്മെന്റ്-റെസിസ്റ്റന്റ് ഡിപ്രഷൻ
- അറ്റിപ്പിക്കൽ ഡിപ്രഷൻ
- (സെലിജിലിൻ, റസാജിലിൻ — പാർക്കിൻസൺസ് ഡിസീസ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- മറ്റെല്ലാ മരുന്നുകളും (SSRI, ട്രമഡോൾ, പെതിഡിൻ, സ്യൂഡോഎഫിഡ്രിൻ കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്)
- ഡയറ്റ് മനസ്സിലാക്കാനുള്ള കഴിവ്
- BP

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഫിനെൽസിൻ	15 mg ദിവസം മൂന്ന് തവണ
വാഷ്ഔട്ട്	SSRI-യിൽ നിന്ന് മാറുമ്പോൾ 2 ആഴ്ച (ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ 5 ആഴ്ച); MAOI നിർത്തിയ ശേഷം 2 ആഴ്ച

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പർടെൻസീവ് ക്രൈസിസ് (ടൈറാമിൻ — പഴകിയ ചീസ്, വൈൻ, ഉണക്കിയ/പുളിപ്പിച്ച മാംസം, സോയ സോസ്)	കടുത്ത തലവേദന, കഴുത്ത് വലിവ്, നെഞ്ചിടിപ്പ് — അടിയന്തരം
സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം (മറ്റ് മരുന്നുകളോടൊപ്പം)	ഇന്ററാക്ഷനുകൾ ഒഴിവാക്കുക
ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	സാവധാനം എഴുന്നേൽക്കുക
ഉറക്കമില്ലായ്മ, ഭാരം കൂടൽ	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- കടുത്ത തലവേദന അല്ലെങ്കിൽ BP കുതിച്ചുയരൽ
- മറ്റൊരു സെറോടോണെർജിക് മരുന്ന് ഓർഡർ ചെയ്തിരിക്കുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ടൈറാമിൻ കുറഞ്ഞ ഡയറ്റ് കർശനമായി പാലിക്കുക
- ഏതൊരു മരുന്നും (ജലദോഷ മരുന്ന് ഉൾപ്പെടെ) വാങ്ങുന്നതിന് മുമ്പ് ചോദിക്കുക
- മെഡിക്കൽ അലർട്ട് കാർഡ് കരുതുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

MAOI എടുക്കുന്ന ഒരാൾക്ക് പെതിഡിൻ (മെപെറിഡിൻ) ഒരിക്കലും നൽകരുത് — മാരകമായ സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം ഉണ്ടാകാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Phenelzine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ലിഥിയം കാർബണേറ്റ്

Lithium Carbonate · മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസർ

ആമുഖം. ബൈപോളാർ ഡിസോർഡറിലെ പ്രധാന മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസറാണ് ലിഥിയം; സൂയിസൈഡ് കുറയ്ക്കുന്നു. തെറാപ്യൂട്ടിക് വിൻഡോ വളരെ ഇടുങ്ങിയതാണ് — ടോക്സിക് ലെവൽ ചികിത്സാ ലെവലിനോട് വളരെ അടുത്താണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ബൈപോളാർ ഡിസോർഡർ — അക്യൂട്ട് മാനിയയും മെയിന്റനൻസും
- ട്രീറ്റ്മെന്റ്-റെസിസ്റ്റന്റ് ഡിപ്രഷൻ (ഓഗ്മെന്റേഷൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **സീറം ലിഥിയം ലെവൽ** (ഡോസിന് 12 മണിക്കൂർ ശേഷം)
- റീനൽ ഫങ്ഷൻ, TFT, Ca^{2+} (തുടക്കത്തിലും ഓരോ 6 മാസത്തിലും)
- സോഡിയം, ഹൈഡ്രേഷൻ
- ഇന്ററാക്റ്റ് ചെയ്യുന്നവ: NSAID-കൾ, ACE ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ, ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ (ലെവൽ കൂട്ടും)
- പ്രെഗ്നൻസി

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	ദിവസം 400–1,200 mg, ലെവൽ അനുസരിച്ച്
ടാർഗറ്റ് ലെവൽ	0.6–1.0 mmol/L (മെയിന്റനൻസ്); 1.5-ൽ കൂടുതൽ ടോക്സിക്
ലെവൽ പരിശോധന	തുടക്കത്തിൽ ആഴ്ചതോറും, പിന്നെ ഓരോ 3 മാസത്തിലും

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ലിഥിയം ടോക്സിസിറ്റി — ഛർദ്ദി, വയറിളക്കം, പരുക്കൻ വിറയൽ, അറ്റാക്സിയ, കൺഫ്യൂഷൻ, സീഷറുകൾ	ഡോസ് നിർത്തുക; ഉടൻ ലെവൽ; IV ഫ്ലൂയിഡ്; കഠിനമെങ്കിൽ ഹീമോഡയാലിസിസ്
നേർത്ത വിറയൽ, ദാഹം, പോളിയൂറിയ (നെഫ്രോജെനിക് DI)	സാധാരണം; ഫ്ലൂയിഡ്
ഹൈപ്പോതൈറോയ്ഡിസം, ഹൈപ്പർപാരാതൈറോയ്ഡിസം	TFT, Ca^{2+}
ഭാരം കൂടൽ, മുഖക്കുരു	കൗൺസലിങ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ലെവൽ 1.2 mmol/L-ൽ കൂടുതൽ
- ഛർദ്ദി, വയറിളക്കം, പരുക്കൻ വിറയൽ, അറ്റാക്സിയ
- ഡീഹൈഡ്രേഷൻ, പനി
- NSAID അല്ലെങ്കിൽ ഡൈയൂററ്റിക് പുതുതായി തുടങ്ങി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ദിവസം 2–3 ലിറ്റർ വെള്ളം; ഉപ്പ് സ്ഥിരമായി നിലനിർത്തുക
- വേദനയ്ക്ക് NSAID-കൾ ഒഴിവാക്കുക — പാരസെറ്റമോൾ ഉപയോഗിക്കുക
- ഛർദ്ദി/വയറിളക്കം/കടുത്ത ചൂട് ഉള്ളപ്പോൾ ഡോസ് നിർത്തി ഡോക്ടറെ കാണുക
- ബ്ലഡ് ടെസ്റ്റുകൾ മുടക്കരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ലിഥിയം ലെവലിന് ബ്ലഡ് എടുക്കേണ്ടത് അവസാന ഡോസിന് കൃത്യം 12 മണിക്കൂർ ശേഷം — തെറ്റായ സമയത്തെ സാമ്പിൾ തെറ്റായ ഡോസ് മാറ്റത്തിലേക്ക് നയിക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Lithium carbonate · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വാങ്ങുക ›

ഹാലോപെരിഡോൾ

Haloperidol · ടിപ്പിക്കൽ (ഫസ്റ്റ്-ജനറേഷൻ) ആന്റിസൈക്കോട്ടിക് — ബ്യൂട്ടിറോഫിനോൺ

ആമുഖം. ഹാലോപെരിഡോൾ ശക്തമായ D2 ബ്ലോക്കറാണ്. അക്യൂട്ട് സൈക്കോസിസ്, അജിറ്റേഷൻ, ഡെലീരിയം എന്നിവയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു; എക്സ്ട്രാപിരമിഡൽ സൈഡ് ഇഫക്റ്റുകൾ (EPS) കൂടുതലാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് സൈക്കോസിസ്, സ്കിസോഫ്രീനിയ
- അക്യൂട്ട് അജിറ്റേഷൻ, അക്രമാസക്തത
- ഡെലീരിയം (ഹ്രസ്വകാലം)
- പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ ഛർദ്ദി

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ECG — QTc (പ്രത്യേകിച്ച് IV)
- പാർക്കിൻസൺസ് ഡിസീസ്, ലൂയി ബോഡി ഡിമെൻഷ്യ (ഒഴിവാക്കുക)
- ഡിമെൻഷ്യയുള്ള പ്രായമായവർ (മരണ സാധ്യത കൂടും)
- K^+, Mg^{2+}

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IM/IV (അജിറ്റേഷൻ)	2.5–5 mg, 30–60 മിനിറ്റിൽ ആവർത്തിക്കാം (പ്രായമായവരിൽ 0.5–1 mg)
ഓറൽ	ദിവസം 1.5–20 mg
ഡിപ്പോ (ഡെക്കനോയേറ്റ്)	4 ആഴ്ചയിലൊരിക്കൽ ഡീപ് IM — ഒരിക്കലും IV ആയി നൽകരുത്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
അക്യൂട്ട് ഡിസ്റ്റോണിയ (കഴുത്ത് വലിവ്, കണ്ണ് മുകളിലേക്ക് മറിയൽ)	പ്രോസൈക്ലിഡിൻ/ബെൻസ്ട്രോപിൻ IM/IV
അകാതീസിയ, പാർക്കിൻസോണിസം	ഡോസ് കുറയ്ക്കുക; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ന്യൂറോലെപ്റ്റിക് മാലിഗ്നന്റ് സിൻഡ്രോം — പനി, പേശികളുടെ റിജിഡിറ്റി, കൺഫ്യൂഷൻ, CK ഉയരൽ	നിർത്തുക; തണുപ്പിക്കുക; ICU
QT പ്രൊലോങ്ങേഷൻ, ടോർസാഡ്സ്	ECG
ടാർഡീവ് ഡിസ്കൈനീസിയ (ദീർഘകാലം)	AIMS സ്ക്രീനിങ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- റിജിഡിറ്റിയോടു കൂടിയ പനി (NMS)
- QTc 500 ms-ൽ കൂടുതൽ
- അക്യൂട്ട് ഡിസ്റ്റോണിയ
- അമിത മയക്കം, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- അസാധാരണ ചലനങ്ങളോ പേശിവലിവോ അറിയിക്കുക
- ചൂടിൽ ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കുക
- ഡ്രൈവിങ് ശ്രദ്ധിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

റിജിഡിറ്റിയും പനിയും ഉള്ള, ആന്റിസൈക്കോട്ടിക് കഴിക്കുന്ന രോഗിക്ക് മറിച്ച് തെളിയും വരെ NMS ആണ് — CK പരിശോധിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Haloperidol · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഒലൻസാപിൻ / ക്ലോസാപിൻ

Olanzapine / Clozapine · അറ്റിപ്പിക്കൽ (സെക്കൻഡ്-ജനറേഷൻ) ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ

ആമുഖം. അറ്റിപ്പിക്കൽ ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ ഡോപമിനെയും സെറോടോണിനെയും (5-HT2A) ബ്ലോക്ക് ചെയ്യുന്നു; EPS കുറവാണ്, എന്നാൽ മെറ്റബോളിക് സൈഡ് ഇഫക്റ്റുകൾ കൂടുതൽ. ട്രീറ്റ്മെന്റ്-റെസിസ്റ്റന്റ് സ്കിസോഫ്രീനിയയ്ക്ക് ക്ലോസാപിൻ ഏറ്റവും ഫലപ്രദം, എന്നാൽ ബ്ലഡ് മോണിറ്ററിങ് നിർബന്ധം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സ്കിസോഫ്രീനിയ
- ബൈപോളാർ മാനിയ
- ട്രീറ്റ്മെന്റ്-റെസിസ്റ്റന്റ് സ്കിസോഫ്രീനിയ (ക്ലോസാപിൻ)
- അക്യൂട്ട് അജിറ്റേഷൻ (ഒലൻസാപിൻ IM)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഭാരം, BMI, അരവണ്ണം
- ഫാസ്റ്റിങ് ഗ്ലൂക്കോസ്/HbA1c, ലിപിഡുകൾ
- **ക്ലോസാപിൻ: ANC** (ആഴ്ചതോറും 18 ആഴ്ച, പിന്നെ മാസംതോറും)
- ക്ലോസാപിൻ: ഹാർട്ട് റേറ്റ്, പനി, മലബന്ധം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഒലൻസാപിൻ	രാത്രി 5–20 mg; IM 10 mg
ക്ലോസാപിൻ	12.5 mg-ൽ തുടങ്ങി സാവധാനം കൂട്ടുക (ദിവസം 200–450 mg)
ക്ലോസാപിൻ 48 മണിക്കൂറിൽ കൂടുതൽ മുടങ്ങിയാൽ	വീണ്ടും 12.5 mg-ൽ തുടങ്ങണം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഭാരം കൂടൽ, ഡയബറ്റിസ്, ഡിസ്ലിപിഡീമിയ	മെറ്റബോളിക് മോണിറ്ററിങ്; ഡയറ്റ്, വ്യായാമം
മയക്കം, ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ഫാൾ പ്രിക്കോഷൻ
ക്ലോസാപിൻ — അഗ്രാന്യൂലോസൈറ്റോസിസ്	തൊണ്ടവേദന, പനി — ഉടൻ ANC
ക്ലോസാപിൻ — മയോകാർഡൈറ്റിസ്, സീഷറുകൾ, ഗുരുതര മലബന്ധം, ഉമിനീർ ഒലിക്കൽ	ടാക്കിക്കാർഡിയ, നെഞ്ചുവേദന റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; ലാക്സേറ്റീവുകൾ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ANC 1,500-ൽ താഴെ (ക്ലോസാപിൻ)
- പനി, തൊണ്ടവേദന
- വിശ്രമത്തിൽ ടാക്കിക്കാർഡിയ, നെഞ്ചുവേദന
- മലവിസർജ്ജനം ഇല്ല (ഇലിയസ് സാധ്യത)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ബ്ലഡ് ടെസ്റ്റുകൾ മുടക്കരുത് (ക്ലോസാപിൻ)
- ഭാരം നിരീക്ഷിക്കുക; ആരോഗ്യകരമായ ഭക്ഷണം
- മലബന്ധം ഉടൻ അറിയിക്കുക
- പുകവലി നിർത്തുന്നത് ക്ലോസാപിൻ ലെവൽ കൂട്ടും — അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പുകവലി ക്ലോസാപിൻ, ഒലൻസാപിൻ മെറ്റബോളിസം കൂട്ടുന്നു; ആശുപത്രിയിൽ പുകവലി നിർത്തുമ്പോൾ ലെവൽ കുതിച്ചുയർന്ന് ടോക്സിസിറ്റി ഉണ്ടാകാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Olanzapine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ലോറസെപാം / ഡയസെപാം / മിഡസോലം

Lorazepam / Diazepam / Midazolam · ബെൻസോഡയസെപിനുകൾ — GABA-A മോഡുലേറ്ററുകൾ

ആമുഖം. ബെൻസോഡയസെപിനുകൾ GABA-യുടെ ഇൻഹിബിറ്ററി ഫലം കൂട്ടുന്നു: ആങ്സൈയോലിറ്റിക്, സെഡേറ്റീവ്, ആന്റികൺവൾസന്റ്, മസിൽ റിലാക്സന്റ്. സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസിന്റെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ മരുന്നുകളാണിവ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- **സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസ്**, അക്യൂട്ട് സീഷറുകൾ
- ആൽക്കഹോൾ വിത്ഡ്രോവൽ
- അക്യൂട്ട് ആങ്സൈറ്റി, അജിറ്റേഷൻ
- പ്രൊസീജറൽ സെഡേഷൻ (മിഡസോലം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- റെസ്പിറേറ്ററി റേറ്റ്, SpO_2, ബോധനില
- മറ്റ് CNS ഡിപ്രസന്റുകൾ (ഒപിയോയിഡുകൾ, മദ്യം)
- എയർവേ ഉപകരണങ്ങളും ഫ്ലൂമസെനിലും തയ്യാർ
- പ്രായമായവർ (ഡെലീരിയം, വീഴ്ച)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസ്	ലോറസെപാം 4 mg IV (0.1 mg/kg), 5–10 മിനിറ്റിൽ ഒരിക്കൽ ആവർത്തിക്കാം; IV ഇല്ലെങ്കിൽ മിഡസോലം 10 mg IM/ബക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ ഡയസെപാം 10 mg റെക്ടൽ
ഡയസെപാം IV	5–10 mg 2 മിനിറ്റിൽ (5 mg/മിനിറ്റിൽ കൂടരുത്)
ആങ്സൈറ്റി	ലോറസെപാം 0.5–2 mg ഓറൽ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ (ഒപിയോയിഡുകളോടൊപ്പം കൂടുതൽ)	RR, SpO_2 നിരീക്ഷണം; ബാഗ്-വാൽവ്-മാസ്ക്; ഫ്ലൂമസെനിൽ (ശ്രദ്ധയോടെ — സീഷർ സാധ്യത)
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	BP
പ്രായമായവരിൽ പാരഡോക്സിക്കൽ അജിറ്റേഷൻ, കൺഫ്യൂഷൻ, വീഴ്ച	ഫാൾ പ്രിക്കോഷൻ
ആശ്രിതത്വം, വിത്ഡ്രോവൽ സീഷറുകൾ	ഹ്രസ്വകാലം; ടേപ്പർ ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- RR 12-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ SpO_2 കുറയുന്നു
- ഉണർത്താൻ പ്രയാസം
- SBP 90-ൽ താഴെ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക
- ഡ്രൈവിങ് ചെയ്യരുത്
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്
- ഹ്രസ്വകാല ഉപയോഗം മാത്രം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസിൽ സമയമാണ് തലച്ചോർ: 5 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ ബെൻസോഡയസെപിൻ — ആദ്യം വേണ്ടത്ര ഡോസ് നൽകുക, ആവർത്തിച്ചുള്ള ചെറിയ ഡോസുകളല്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Lorazepam · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ബസ്പിറോൺ

Buspirone · നോൺ-ബെൻസോഡയസെപിൻ ആങ്സൈയോലിറ്റിക് (5-HT1A പാർഷ്യൽ അഗോണിസ്റ്റ്)

ആമുഖം. ബസ്പിറോൺ മയക്കമോ ആശ്രിതത്വമോ ഉണ്ടാക്കാതെ ക്രോണിക് ആങ്സൈറ്റി കുറയ്ക്കുന്നു; ഫലം കാണാൻ 2–4 ആഴ്ച എടുക്കും, അതിനാൽ "ആവശ്യാനുസരണം" (PRN) ഉപയോഗത്തിന് അനുയോജ്യമല്ല.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ജനറലൈസ്ഡ് ആങ്സൈറ്റി ഡിസോർഡർ
- SSRI-കൾക്ക് ഓഗ്മെന്റേഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ
- MAOI ഉപയോഗം (കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്)
- ലിവർ, കിഡ്നി ഫങ്ഷൻ
- ബെൻസോഡയസെപിനിൽ നിന്ന് മാറുന്നുണ്ടോ (ബെൻസോ ടേപ്പർ ചെയ്യണം)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	5 mg ദിവസം രണ്ടോ മൂന്നോ തവണ, ദിവസം 15–30 mg വരെ (പരമാവധി 60 mg)
ഭക്ഷണം	എപ്പോഴും ഒരേ രീതിയിൽ (ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പമോ അല്ലാതെയോ)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
തലകറക്കം, ഓക്കാനം, തലവേദന	സാധാരണ; ഡോസ് പതുക്കെ കൂട്ടുക
അസ്വസ്ഥത	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം (മറ്റ് മരുന്നുകളോടൊപ്പം, അപൂർവം)	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്
- MAOI ഉപയോഗം
- സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം ലക്ഷണങ്ങൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ
- ഫലം കാണാൻ 2–4 ആഴ്ച എടുക്കും — കൃത്യമായി കഴിക്കുക
- ഗ്രേപ്ഫ്രൂട്ട് ജ്യൂസ് ഒഴിവാക്കുക
- ബെൻസോഡയസെപിൻ വിത്ഡ്രോവൽ ഇത് തടയില്ല

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ബസ്പിറോൺ ബെൻസോഡയസെപിൻ വിത്ഡ്രോവൽ തടയില്ല — ബെൻസോ സാവധാനം ടേപ്പർ ചെയ്യുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Buspirone · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സോൾപിഡെം

Zolpidem · നോൺ-ബെൻസോഡയസെപിൻ ഹിപ്നോട്ടിക് ("Z-ഡ്രഗ്")

ആമുഖം. സോൾപിഡെം GABA-A റിസപ്റ്ററിന്റെ ഒരു ഭാഗത്ത് പ്രവർത്തിച്ച് വേഗം ഉറക്കം വരുത്തുന്നു. ഹ്രസ്വകാല ഇൻസോംനിയയ്ക്ക് മാത്രം; ഉറക്കത്തിൽ നടക്കൽ പോലുള്ള കോംപ്ലക്സ് സ്ലീപ്പ് ബിഹേവിയറുകൾ ഉണ്ടാക്കാം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹ്രസ്വകാല ഇൻസോംനിയ (ഉറക്കം തുടങ്ങാനുള്ള പ്രയാസം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഉറക്കത്തിന് 7–8 മണിക്കൂർ ലഭ്യമാണോ
- പ്രായമായവർ (വീഴ്ച, കൺഫ്യൂഷൻ)
- മറ്റ് സെഡേറ്റീവുകൾ, മദ്യം
- സ്ലീപ്പ് അപ്നിയ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	കിടക്കാൻ പോകുന്നതിന് തൊട്ടുമുമ്പ് 5–10 mg (സ്ത്രീകൾ, പ്രായമായവർ: 5 mg)
കാലാവധി	2–4 ആഴ്ച വരെ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
പിറ്റേന്ന് മയക്കം, ഡ്രൈവിങ് തകരാറ്	രാവിലെ ജാഗ്രത
കോംപ്ലക്സ് സ്ലീപ്പ് ബിഹേവിയറുകൾ (ഉറക്കത്തിൽ നടക്കൽ, ഡ്രൈവിങ്)	ഉണ്ടായാൽ നിർത്തുക
വീഴ്ച (പ്രായമായവർ)	കോൾ ബെൽ; ബെഡ് താഴ്ത്തുക
ആശ്രിതത്വം, റീബൗണ്ട് ഇൻസോംനിയ	ഹ്രസ്വകാലം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഉറക്കത്തിൽ നടക്കൽ അല്ലെങ്കിൽ ഓർമ്മയില്ലാത്ത പ്രവൃത്തികൾ
- ശ്വസന പ്രശ്നം
- കഠിനമായ കൺഫ്യൂഷൻ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കിടക്കയിൽ എത്തിയ ശേഷം മാത്രം കഴിക്കുക
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക
- സ്ലീപ്പ് ഹൈജീൻ ആദ്യം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഇൻസോംനിയയുടെ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ ചികിത്സ ഉറക്ക ശീലങ്ങളും CBT-I-ഉം ആണ്, ഗുളികകളല്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Zolpidem · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

ഫെനിറ്റോയിൻ / ഫോസ്ഫെനിറ്റോയിൻ

Phenytoin / Fosphenytoin · ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക് — സോഡിയം-ചാനൽ ബ്ലോക്കർ

ആമുഖം. ഫെനിറ്റോയിൻ സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസിൽ സെക്കൻഡ്-ലൈൻ ആണ്. നോൺ-ലീനിയർ കൈനറ്റിക്സ് ഉള്ളതിനാൽ ചെറിയ ഡോസ് മാറ്റം പോലും ലെവൽ കുത്തനെ കൂട്ടും; IV ആയി നൽകുമ്പോൾ അരിത്മിയയും ടിഷ്യു നാശവും ഉണ്ടാകാം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസ് (ബെൻസോഡയസെപിന് ശേഷം)
- ഫോക്കൽ, ജനറലൈസ്ഡ് ടോണിക്-ക്ലോണിക് സീഷറുകൾ
- ന്യൂറോസർജറിയിലും ഹെഡ് ഇഞ്ചുറിയിലും സീഷർ പ്രോഫൈലാക്സിസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- കാർഡിയാക് മോണിറ്റർ, BP (IV ലോഡിങ്)
- വലിയ വെയിനിൽ പേറ്റന്റ് IV
- **ഡെക്സ്ട്രോസുമായി കലർത്തരുത് — നോർമൽ സലൈൻ മാത്രം**
- ലെവൽ, ആൽബുമിൻ
- ഇന്ററാക്ഷനുകൾ (വാർഫറിൻ, OCP-കൾ)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ലോഡിങ് IV	20 mg/kg, **50 mg/മിനിറ്റിൽ കൂടരുത്** (പ്രായമായവർ 25)
ഫോസ്ഫെനിറ്റോയിൻ	20 mg PE/kg, 150 mg PE/മിനിറ്റ് വരെ
മെയിന്റനൻസ്	ദിവസം 300 mg (4–5 mg/kg)
ലെവൽ	10–20 mg/L

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, അരിത്മിയ (IV)	ഇൻഫ്യൂഷൻ സാവധാനമാക്കുക; ECG
പർപ്പിൾ ഗ്ലൗവ് സിൻഡ്രോം, എക്സ്ട്രാവസേഷൻ	വലിയ വെയിൻ; ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക
ടോക്സിസിറ്റി — നിസ്റ്റാഗ്മസ്, അറ്റാക്സിയ, മങ്ങിയ സംസാരം	ലെവൽ; ഡോസ് ഹോൾഡ് ചെയ്യുക
മോണ വളർച്ച, ഹിർസ്യൂട്ടിസം (ദീർഘകാലം)	ഓറൽ ഹൈജീൻ
SJS/TEN (റാഷ്)	നിർത്തുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ
- നിസ്റ്റാഗ്മസ്, അറ്റാക്സിയ
- റാഷ്
- ലെവൽ 20 mg/L-ൽ കൂടുതൽ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ദിവസവും ഒരേ സമയത്ത്; ബ്രാൻഡ് മാറ്റരുത്
- പല്ല് തേക്കുക, ഫ്ലോസ് ചെയ്യുക
- റാഷ് ഉടൻ അറിയിക്കുക
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഫെനിറ്റോയിൻ ഡെക്സ്ട്രോസിൽ ക്രിസ്റ്റലൈസ് ചെയ്യുന്നു: നോർമൽ സലൈനിൽ മാത്രം, ഇൻ-ലൈൻ ഫിൽറ്ററിലൂടെ, കാർഡിയാക് മോണിറ്ററിൽ നൽകുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Phenytoin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
വാങ്ങുക ›

കാർബമസെപിൻ

Carbamazepine · ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക്, മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസർ

ആമുഖം. കാർബമസെപിൻ ഫോക്കൽ സീഷറുകൾക്കും ട്രൈജെമിനൽ ന്യൂറാൽജിയയ്ക്കും ഉപയോഗിക്കുന്നു. ലിവർ എൻസൈമുകളെ ഇൻഡ്യൂസ് ചെയ്യുന്നു (OCP, വാർഫറിൻ ഫലം കുറയ്ക്കും); HLA-B*1502 ഉള്ള ഏഷ്യൻ വംശജരിൽ SJS സാധ്യത കൂടുതൽ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഫോക്കൽ, ജനറലൈസ്ഡ് ടോണിക്-ക്ലോണിക് സീഷറുകൾ
- ട്രൈജെമിനൽ ന്യൂറാൽജിയ
- ബൈപോളാർ ഡിസോർഡർ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- HLA-B*1502 (ലഭ്യമെങ്കിൽ)
- CBC, LFT, Na^+
- പ്രെഗ്നൻസി (ന്യൂറൽ ട്യൂബ് ഡിഫക്റ്റ്)
- ഇന്ററാക്ഷനുകൾ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	100–200 mg ദിവസം ഒന്നോ രണ്ടോ തവണ, ദിവസം 800–1,200 mg വരെ സാവധാനം കൂട്ടുക
ലെവൽ	4–12 mg/L
CR ടാബ്ലെറ്റുകൾ	മുഴുവനായി വിഴുങ്ങുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
തലകറക്കം, ഡിപ്ലോപ്പിയ, അറ്റാക്സിയ (ടോക്സിസിറ്റി)	ലെവൽ; ഡോസ് കുറയ്ക്കുക
SJS/TEN (ആദ്യ 3 മാസം)	റാഷ് ഉണ്ടായാൽ ഉടൻ നിർത്തുക
ഹൈപ്പോനട്രീമിയ (SIADH)	Na^+ നിരീക്ഷണം
അപ്ലാസ്റ്റിക് അനീമിയ, അഗ്രാന്യൂലോസൈറ്റോസിസ്	CBC; പനി, തൊണ്ടവേദന റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ടെരാറ്റോജെനിസിറ്റി	ഫോളിക് ആസിഡ്; കോൺട്രാസെപ്ഷൻ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- റാഷ് അല്ലെങ്കിൽ വായ്പ്പുണ്ണ്
- പനി, തൊണ്ടവേദന, ചതവ്
- Na^+ 130-ൽ താഴെ
- ഡിപ്ലോപ്പിയ, അറ്റാക്സിയ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- റാഷ് ഉണ്ടായാൽ ഉടൻ അറിയിക്കുക
- OCP ഫലിക്കാതാകാം — മറ്റൊരു കോൺട്രാസെപ്ഷൻ ഉപയോഗിക്കുക
- ഗ്രേപ്ഫ്രൂട്ട് ഒഴിവാക്കുക
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കാർബമസെപിൻ സ്വന്തം മെറ്റബോളിസം കൂട്ടുന്നു (ഓട്ടോഇൻഡക്ഷൻ) — 2–4 ആഴ്ച കഴിയുമ്പോൾ ലെവൽ കുറയുന്നതിനാൽ ഡോസ് ക്രമീകരിക്കേണ്ടി വരും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Carbamazepine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

സോഡിയം വാൽപ്രോയേറ്റ്

Sodium Valproate · ബ്രോഡ്-സ്പെക്ട്രം ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക്, മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസർ

ആമുഖം. വാൽപ്രോയേറ്റ് എല്ലാ തരം സീഷറുകൾക്കും ഫലപ്രദമാണ്; ബൈപോളാർ മാനിയയിലും മൈഗ്രേൻ പ്രതിരോധത്തിലും ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഏറ്റവും ടെരാറ്റോജെനിക് ആയ ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക്കാണിത് — പ്രത്യുൽപാദന പ്രായത്തിലുള്ള സ്ത്രീകളിൽ ഒഴിവാക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ജനറലൈസ്ഡ് സീഷറുകൾ (ആബ്സൻസ്, മയോക്ലോണിക്, ടോണിക്-ക്ലോണിക്)
- സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസ് (IV, സെക്കൻഡ്-ലൈൻ)
- ബൈപോളാർ മാനിയ
- മൈഗ്രേൻ പ്രതിരോധം

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **പ്രെഗ്നൻസി സാധ്യത** (ന്യൂറൽ ട്യൂബ് ഡിഫക്റ്റ്, ഓട്ടിസം)
- LFT, പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റുകൾ (തുടക്കത്തിലും ആദ്യ 6 മാസവും)
- അമോണിയ (കൺഫ്യൂഷനുണ്ടെങ്കിൽ)
- ലിവർ ഡിസീസ്, മൈറ്റോകോൺഡ്രിയൽ ഡിസോർഡർ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	200–500 mg ദിവസം രണ്ട് തവണ, ദിവസം 1–2 g വരെ (20–30 mg/kg)
IV (സ്റ്റാറ്റസ്)	20–40 mg/kg 5–10 മിനിറ്റിൽ
ലെവൽ	50–100 mg/L

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹെപ്പറ്റോടോക്സിസിറ്റി (ആദ്യ 6 മാസം, കുട്ടികൾ)	ജോണ്ടിസ്, ഛർദ്ദി, ക്ഷീണം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; LFT
പാൻക്രിയാറ്റൈറ്റിസ്	വയറുവേദന — അമൈലേസ്
ഹൈപ്പർഅമോണീമിക് എൻസെഫലോപ്പതി	കൺഫ്യൂഷൻ — അമോണിയ
ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ	ചതവ്, ബ്ലീഡിങ്
ഭാരം കൂടൽ, മുടി കൊഴിച്ചിൽ, വിറയൽ	കൗൺസലിങ്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ജോണ്ടിസ് അല്ലെങ്കിൽ വയറുവേദന
- കൺഫ്യൂഷൻ, മയക്കം
- ബ്ലീഡിങ്, ചതവ്
- പ്രെഗ്നൻസി

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഫലപ്രദമായ കോൺട്രാസെപ്ഷൻ ഉപയോഗിക്കുക
- പ്രെഗ്നൻസി പ്ലാൻ ചെയ്യുന്നുണ്ടെങ്കിൽ മുൻകൂട്ടി ഡോക്ടറോട് പറയുക — സ്വയം നിർത്തരുത്
- ജോണ്ടിസ്, വയറുവേദന അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രത്യുൽപാദന പ്രായത്തിലുള്ള സ്ത്രീകൾക്ക് വാൽപ്രോയേറ്റ് പ്രെഗ്നൻസി പ്രിവൻഷൻ പ്രോഗ്രാമോടെ മാത്രം — ലെവെറ്റിറാസെറ്റം, ലാമോട്രിജിൻ സുരക്ഷിതമായ ബദലുകളാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Valproic acid · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ലെവെറ്റിറാസെറ്റം

Levetiracetam · ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക് (SV2A ലിഗാൻഡ്)

ആമുഖം. ലെവെറ്റിറാസെറ്റം വിശാല സ്പെക്ട്രമുള്ളതും ഇന്ററാക്ഷനുകൾ കുറവുള്ളതും ലെവൽ മോണിറ്ററിങ് ആവശ്യമില്ലാത്തതുമാണ്; IV-യുംഓറലും ഒരേ ഡോസ്. ICU-വിലുംസ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസിലും വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഫോക്കൽ, ജനറലൈസ്ഡ് സീഷറുകൾ
- സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസ് (സെക്കൻഡ്-ലൈൻ)
- ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി, ബ്രെയിൻ ട്യൂമർ എന്നിവയിൽ പ്രോഫൈലാക്സിസ്
- പ്രെഗ്നൻസിയിൽ (സുരക്ഷിതമായ ഓപ്ഷൻ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- റീനൽ ഫങ്ഷൻ (ഡോസ് ക്രമീകരിക്കുക)
- മൂഡ്, പെരുമാറ്റം, ഡിപ്രഷൻ ചരിത്രം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ/IV	500 mg ദിവസം രണ്ട് തവണ, 1,500 mg BD വരെ
സ്റ്റാറ്റസ് (IV)	60 mg/kg (പരമാവധി 4,500 mg) 10–15 മിനിറ്റിൽ
IV	100 mL സലൈനിൽ 15 മിനിറ്റിൽ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
മയക്കം, തലകറക്കം, ക്ഷീണം	ആദ്യ ആഴ്ചകളിൽ; സാധാരണ മാറും
ദേഷ്യം, അക്രമാസക്തത, ഡിപ്രഷൻ, സൂയിസൈഡൽ ചിന്തകൾ	പെരുമാറ്റ മാറ്റം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; പൈറിഡോക്സിൻ സഹായിച്ചേക്കാം
ഇൻഫെക്ഷൻ, ലൂക്കോപീനിയ (അപൂർവം)	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- മൂഡ് അല്ലെങ്കിൽ പെരുമാറ്റ മാറ്റം
- സൂയിസൈഡൽ ചിന്തകൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- കൃത്യമായി കഴിക്കുക; ഡോസ് മുടക്കരുത്
- ദേഷ്യമോ വിഷാദമോ കൂടുന്നത് കുടുംബം ശ്രദ്ധിക്കണം
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ലെവെറ്റിറാസെറ്റം IV-യിൽ നിന്ന് ഓറലിലേക്ക് മാറുമ്പോൾ ഡോസ് മാറ്റേണ്ടതില്ല — 1:1.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Levetiracetam · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ലെവോഡോപ-കാർബിഡോപ

Levodopa–Carbidopa · ഡോപമിൻ പ്രിക്കേഴ്സർ + ഡികാർബോക്സിലേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — ആന്റിപാർക്കിൻസോണിയൻ

ആമുഖം. ലെവോഡോപ തലച്ചോറിൽ ഡോപമിനായി മാറുന്നു; കാർബിഡോപ ശരീരത്തിന്റെ മറ്റു ഭാഗങ്ങളിലുള്ള മാറ്റം തടഞ്ഞ് ഓക്കാനം കുറയ്ക്കുന്നു. പാർക്കിൻസൺസ് ഡിസീസിലെ ഏറ്റവും ഫലപ്രദമായ മരുന്നാണിത്; കൃത്യമായ സമയക്രമം നിർണ്ണായകമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- പാർക്കിൻസൺസ് ഡിസീസ്
- റെസ്റ്റ്ലെസ് ലെഗ്സ് സിൻഡ്രോം (കുറഞ്ഞ ഡോസ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ
- **ഡോസ് സമയം — കൃത്യസമയത്ത് നൽകണം**
- ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് BP
- വിഴുങ്ങാനുള്ള കഴിവ്
- പ്രോട്ടീൻ ഭക്ഷണ സമയം; MAOI-കൾ, ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ, മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് ഒഴിവാക്കുക

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	100/25 mg ദിവസം മൂന്ന് തവണ, സാവധാനം കൂട്ടുക
സമയം	ഭക്ഷണത്തിന് 30 മിനിറ്റ് മുമ്പോ 1 മണിക്കൂർ ശേഷമോ (പ്രോട്ടീൻ ആഗിരണം കുറയ്ക്കും)
NPO ആണെങ്കിൽ	NG ട്യൂബ് വഴി അല്ലെങ്കിൽ ഡോക്ടറോട് ചോദിക്കുക — **ഒരിക്കലും മുടക്കരുത്**

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ലഘുഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം; സാവധാനം എഴുന്നേൽക്കുക
ഡിസ്കൈനീസിയ (അനിയന്ത്രിത ചലനങ്ങൾ), "ഓൺ-ഓഫ്" ഫ്ലക്ചുവേഷൻ	ചലനങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഹാലൂസിനേഷൻ, കൺഫ്യൂഷൻ	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; ഹാലോപെരിഡോൾ ഒഴിവാക്കുക
മൂത്രം, വിയർപ്പ് ഇരുണ്ടതാകാം	ആശ്വസിപ്പിക്കുക
പെട്ടെന്ന് നിർത്തിയാൽ NMS-ലക്ഷണങ്ങൾ	മുടക്കരുത്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്
- കഠിനമായ ഹാലൂസിനേഷൻ
- SBP 90-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ വീഴ്ച
- വിഴുങ്ങാൻ കഴിയുന്നില്ല (ബദൽ വഴി വേണം)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ
- ഗുളിക സമയം കൃത്യമായി പാലിക്കുക
- പ്രോട്ടീൻ ഭക്ഷണം ദിവസം മുഴുവൻ വിതരണം ചെയ്യുക
- സാവധാനം എഴുന്നേൽക്കുക
- പെട്ടെന്ന് നിർത്തരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
പാർക്കിൻസൺസ് രോഗിയുടെ ഡോസ് 30 മിനിറ്റ് വൈകിയാൽ പോലും ചലനശേഷി നഷ്ടപ്പെടാം, വിഴുങ്ങാൻ പ്രയാസമുണ്ടാകാം, വീഴാം — "മെഡിക്കേഷൻസ് ഓൺ ടൈം".

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Carbidopa and levodopa · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ബെൻസ്ട്രോപിൻ / ട്രൈഹെക്സിഫെനിഡിൽ

Benztropine / Trihexyphenidyl · ആന്റികോളിനെർജിക് ആന്റിപാർക്കിൻസോണിയൻ

ആമുഖം. ആന്റികോളിനെർജിക്കുകൾ ഡോപമിൻ–അസറ്റൈൽകോളിൻ സന്തുലിതാവസ്ഥ പുനഃസ്ഥാപിക്കുന്നു. ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ മൂലമുള്ള ഡിസ്റ്റോണിയയും പാർക്കിൻസോണിസവും ചികിത്സിക്കാനാണ് പ്രധാന ഉപയോഗം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് ഡിസ്റ്റോണിയ (ആന്റിസൈക്കോട്ടിക് മൂലം)
- ഡ്രഗ്-ഇൻഡ്യൂസ്ഡ് പാർക്കിൻസോണിസം
- പാർക്കിൻസൺസ് ഡിസീസിൽ വിറയൽ (യുവാക്കളിൽ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഗ്ലോക്കോമ, യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ, പ്രോസ്റ്റേറ്റ് വലുപ്പം
- പ്രായമായവർ (കൺഫ്യൂഷൻ, ഡെലീരിയം)
- ചൂടുള്ള കാലാവസ്ഥ (വിയർപ്പ് കുറയും)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ബെൻസ്ട്രോപിൻ	1–2 mg IM/IV (അക്യൂട്ട് ഡിസ്റ്റോണിയ); ഓറൽ ദിവസം 1–4 mg
ട്രൈഹെക്സിഫെനിഡിൽ	1–2 mg ദിവസം 2–3 തവണ (പരമാവധി ദിവസം 15 mg)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
വായ ഉണങ്ങൽ, മലബന്ധം, കാഴ്ച മങ്ങൽ	വെള്ളം, ഫൈബർ
യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ	ഔട്ട്പുട്ട് നിരീക്ഷിക്കുക; ബ്ലാഡർ സ്കാൻ
കൺഫ്യൂഷൻ, ഹാലൂസിനേഷൻ (പ്രായമായവർ)	നിർത്തുക
ഹീറ്റ് സ്ട്രോക്ക് (വിയർപ്പില്ല)	ചൂട് ഒഴിവാക്കുക
ദുരുപയോഗം (ഉന്മേഷത്തിന്)	അളവ് നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- മൂത്രം പോകുന്നില്ല
- കൺഫ്യൂഷൻ
- കണ്ണുവേദന (ഗ്ലോക്കോമ)

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ചൂടിൽ ശ്രദ്ധിക്കുക; വെള്ളം കുടിക്കുക
- മൂത്രതടസ്സം അറിയിക്കുക
- ഷുഗർ-ഫ്രീ മിഠായി വായ ഉണങ്ങലിന്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രായമായവരിൽ ആന്റികോളിനെർജിക് ബർഡൻ ഡെലീരിയത്തിനും വീഴ്ചയ്ക്കും ഡിമെൻഷ്യയ്ക്കും കാരണമാകുന്നു — ദീർഘകാലം ഒഴിവാക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Benztropine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഡോനെപെസിൽ

Donepezil · അസറ്റൈൽകോളിൻഎസ്റ്ററേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — ആന്റിഡിമെൻഷ്യ

ആമുഖം. ഡോനെപെസിൽ തലച്ചോറിൽ അസറ്റൈൽകോളിൻ കൂട്ടി അൽഷൈമേഴ്സ് ഡിമെൻഷ്യയിൽ ഓർമ്മയും പ്രവർത്തനശേഷിയും ചെറുതായി മെച്ചപ്പെടുത്തുന്നു; രോഗം ഭേദമാക്കുന്നില്ല.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അൽഷൈമേഴ്സ് ഡിമെൻഷ്യ (ലഘു മുതൽ കഠിനം വരെ)
- ലൂയി ബോഡി, പാർക്കിൻസൺസ് ഡിമെൻഷ്യ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഹാർട്ട് റേറ്റ് (ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക്)
- പെപ്റ്റിക് അൾസർ ചരിത്രം, NSAID ഉപയോഗം
- ആസ്ത്മ/COPD
- ഭാരം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ	രാത്രി 5 mg, 4–6 ആഴ്ചയ്ക്ക് ശേഷം 10 mg
സമയം	ഉറക്ക പ്രശ്നം/സ്വപ്നങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ രാവിലെ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി, വയറിളക്കം, വിശപ്പില്ലായ്മ	സാവധാനം ഡോസ് കൂട്ടുക; ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം
ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, സിൻകോപ്പ്	പൾസ് പരിശോധിക്കുക
ഉറക്കമില്ലായ്മ, വിചിത്ര സ്വപ്നങ്ങൾ	രാവിലെ ഡോസ്
മസിൽ ക്രാമ്പുകൾ	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- പൾസ് 55-ൽ താഴെ
- സിൻകോപ്പ് അല്ലെങ്കിൽ വീഴ്ച
- GI ബ്ലീഡിങ് ലക്ഷണങ്ങൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- പ്രതീക്ഷകൾ യാഥാർത്ഥ്യബോധത്തോടെ — രോഗം ഭേദമാകില്ല
- തലകറക്കം, ബോധക്ഷയം അറിയിക്കുക
- കെയർഗിവർ മരുന്ന് കൃത്യമായി നൽകണം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അനസ്തേഷ്യയ്ക്ക് മുമ്പ് ഡോനെപെസിൽ ഉപയോഗം അറിയിക്കുക — സക്സാമെതോണിയത്തിന്റെ ഫലം നീട്ടും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Donepezil · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 83 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

വേദന അഞ്ചാമത്തെ വൈറ്റൽ സൈൻ ആണ്. WHO അനാൽജെസിക് ലാഡർ പ്രകാരം പാരസെറ്റമോൾ മുതൽ ശക്തമായ ഒപിയോയിഡുകൾ വരെ ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഒപിയോയിഡുകൾ നൽകുമ്പോൾ സെഡേഷൻ സ്കോറും റെസ്പിറേറ്ററി റേറ്റും നിരീക്ഷിക്കുക, നലോക്സോൺ എപ്പോഴും കൈയെത്തും ദൂരത്ത് സൂക്ഷിക്കുക.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
88	പാരസെറ്റമോൾ (അസറ്റാമിനോഫെൻ)	പാരസെറ്റമോൾ ഏറ്റവും സുരക്ഷിതവും വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്നതുമായ അനാൽജെസിക്കാണ്, എന്നാൽ ഓവർഡോസിൽ ലിവർ ഫെയിലിയർ ഉണ്ടാക്കും	102
89	ഐബുപ്രോഫെൻ / ഡൈക്ലോഫെനാക്	NSAID-കൾ COX എൻസൈമുകളെ തടഞ്ഞ് പ്രോസ്റ്റാഗ്ലാൻഡിനുകൾ കുറയ്ക്കുന്നു — വേദന, പനി, ഇൻഫ്ലമേഷൻ എന്നിവ കുറയ്ക്കുന്നു	103
90	മോർഫിൻ	മോർഫിൻ □-ഒപിയോയിഡ് റിസപ്റ്ററുകളിൽ പ്രവർത്തിച്ച് കഠിനമായ വേദന കുറയ്ക്കുന്നു	104
91	ട്രമഡോൾ	ട്രമഡോൾ മിതമായ വേദനയ്ക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്നു	105
92	ഫെന്റാനിൽ	ഫെന്റാനിൽ വേഗം പ്രവർത്തിക്കുന്നതും ഹ്രസ്വകാലം നിലനിൽക്കുന്നതുമായ ഒപിയോയിഡാണ്; അനസ്തേഷ്യ, ICU സെഡേഷൻ, പ്രൊസീജറൽ അനാൽജീസ...	106
93	നലോക്സോൺ	നലോക്സോൺ ഒപിയോയിഡ് റിസപ്റ്ററുകളിൽ നിന്ന് ഒപിയോയിഡുകളെ മാറ്റി റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ മിനിറ്റുകൾക്കുള്ളിൽ മാറ്റുന്നു	107
94	സക്സാമെതോണിയം (സക്സിനൈൽകോളിൻ)	സക്സാമെതോണിയം 30–60 സെക്കൻഡിൽ പൂർണ്ണ പക്ഷാഘാതം ഉണ്ടാക്കി 5–10 മിനിറ്റ് നിലനിൽക്കുന്നു — റാപ്പിഡ് സീക്വൻസ് ഇൻട്യൂബേഷന് ...	108
95	പ്രൊപ്പോഫോൾ	പ്രൊപ്പോഫോൾ 30 സെക്കൻഡിനുള്ളിൽ അബോധാവസ്ഥ ഉണ്ടാക്കുന്നു, വേഗം ഉണരുന്നു	109
96	കെറ്റമിൻ	കെറ്റമിൻ BP-യുശ്വാസോച്ഛ്വാസവും എയർവേ റിഫ്ലക്സുകളും നിലനിർത്തിക്കൊണ്ട് അനസ്തേഷ്യയും ശക്തമായ അനാൽജീസിയയും നൽകുന്നു	110

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

പാരസെറ്റമോൾ (അസറ്റാമിനോഫെൻ)

Paracetamol (Acetaminophen) · നോൺ-ഒപിയോയിഡ് അനാൽജെസിക്, ആന്റിപൈറെറ്റിക്

ആമുഖം. പാരസെറ്റമോൾ ഏറ്റവും സുരക്ഷിതവും വ്യാപകമായി ഉപയോഗിക്കുന്നതുമായ അനാൽജെസിക്കാണ്, എന്നാൽ ഓവർഡോസിൽ ലിവർ ഫെയിലിയർ ഉണ്ടാക്കും. പല കോമ്പിനേഷൻ ഗുളികകളിലും അടങ്ങിയിരിക്കുന്നതിനാൽ ആകെ ദിവസ ഡോസ് കണക്കാക്കണം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ലഘു മുതൽ മിതമായ വേദന
- പനി
- മൾട്ടിമോഡൽ പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് അനാൽജീസിയ (ഒപിയോയിഡ് ആവശ്യം കുറയ്ക്കുന്നു)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **കഴിഞ്ഞ 24 മണിക്കൂറിൽ കഴിച്ച ആകെ പാരസെറ്റമോൾ** (കോമ്പിനേഷൻ ഗുളികകൾ ഉൾപ്പെടെ)
- ഭാരം (50 kg-ൽ താഴെ)
- ലിവർ ഡിസീസ്, മദ്യപാനം, പോഷകക്കുറവ്

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ/IV	1 g 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്, **ദിവസം പരമാവധി 4 g** (ലിവർ റിസ്കിൽ 2–3 g)
IV, 50 kg-ൽ താഴെ	15 mg/kg
കുട്ടികൾ	15 mg/kg 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (ദിവസം പരമാവധി 60 mg/kg)
IV	15 മിനിറ്റിൽ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹെപ്പറ്റോടോക്സിസിറ്റി (ഓവർഡോസ് — ആദ്യം ലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടാകില്ല)	ഓവർഡോസ് സംശയിച്ചാൽ 4 മണിക്കൂർ ലെവലും N-അസറ്റൈൽസിസ്റ്റീനും
IV ഇൻഫ്യൂഷനിൽ ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	BP നിരീക്ഷണം
റാഷ് (അപൂർവം)	റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- 24 മണിക്കൂറിൽ 4 g കഴിഞ്ഞിരിക്കുന്നു
- ജോണ്ടിസ് അല്ലെങ്കിൽ ഉയർന്ന LFT
- ഓവർഡോസ് സംശയം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- പാരസെറ്റമോൾ അടങ്ങിയ മറ്റു മരുന്നുകൾ (ജലദോഷ മരുന്നുകൾ) ഒരുമിച്ച് കഴിക്കരുത്
- ദിവസം 4 g-ൽ കൂടരുത്
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പാരസെറ്റമോൾ ഓവർഡോസ് ആദ്യ 24 മണിക്കൂർ ലക്ഷണങ്ങളില്ലാതിരിക്കാം — 8 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ NAC തുടങ്ങിയാൽ ലിവർ ഫെയിലിയർ ഏറെക്കുറെ തടയാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Acetaminophen · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 101 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഐബുപ്രോഫെൻ / ഡൈക്ലോഫെനാക്

Ibuprofen / Diclofenac · നോൺ-സ്റ്റിറോയ്ഡൽ ആന്റി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററി ഡ്രഗ്സ് (NSAID-കൾ)

ആമുഖം. NSAID-കൾ COX എൻസൈമുകളെ തടഞ്ഞ് പ്രോസ്റ്റാഗ്ലാൻഡിനുകൾ കുറയ്ക്കുന്നു — വേദന, പനി, ഇൻഫ്ലമേഷൻ എന്നിവ കുറയ്ക്കുന്നു. എന്നാൽ ആമാശയം, കിഡ്നി, ഹൃദയം എന്നിവയെ ദോഷകരമായി ബാധിക്കാം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- മസ്കുലോസ്കെലെറ്റൽ വേദന, ആർത്രൈറ്റിസ്
- ഡിസ്മെനോറിയ
- റീനൽ കോളിക്
- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് വേദന
- പനി

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- റീനൽ ഫങ്ഷൻ, ഡീഹൈഡ്രേഷൻ
- പെപ്റ്റിക് അൾസർ/GI ബ്ലീഡ് ചരിത്രം
- ആസ്ത്മ (NSAID-സൻസിറ്റീവ്)
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ, ACE ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ, ലിഥിയം
- പ്രെഗ്നൻസി (മൂന്നാം ട്രൈമെസ്റ്റർ ഒഴിവാക്കുക)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഐബുപ്രോഫെൻ	200–400 mg 6–8 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം (ദിവസം പരമാവധി 1.2–2.4 g)
ഡൈക്ലോഫെനാക്	50 mg ദിവസം 2–3 തവണ; 75 mg ഡീപ് IM (റീനൽ കോളിക്)
തത്വം	ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ ഡോസ്, ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ കാലം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
GI അസ്വസ്ഥത, അൾസർ, ബ്ലീഡ്	ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം; ഹൈ റിസ്കിൽ PPI; കറുത്ത മലം റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
അക്യൂട്ട് കിഡ്നി ഇഞ്ചുറി	ഡീഹൈഡ്രേഷനിൽ ഒഴിവാക്കുക; ഔട്ട്പുട്ട്, ക്രിയാറ്റിനിൻ
ഫ്ലൂയിഡ് റിറ്റൻഷൻ, BP കൂടൽ, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ വഷളാകൽ	നിരീക്ഷിക്കുക
ബ്രോങ്കോസ്പാസം	ആസ്ത്മയിൽ ശ്രദ്ധ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- കറുത്ത മലം അല്ലെങ്കിൽ രക്തം ഛർദ്ദിക്കൽ
- യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട് കുറയുന്നു
- വീസിങ്
- ആന്റികോയാഗുലന്റ് ഉപയോഗം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഭക്ഷണത്തോടൊപ്പം കഴിക്കുക
- ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കുക
- ദീർഘകാലം സ്വയം ഉപയോഗിക്കരുത്
- കറുത്ത മലം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

"ട്രിപ്പിൾ വാമി": NSAID + ACE ഇൻഹിബിറ്റർ/ARB + ഡൈയൂററ്റിക് ഒരുമിച്ച് അക്യൂട്ട് കിഡ്നി ഇഞ്ചുറിക്ക് വലിയ കാരണമാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Ibuprofen · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

മോർഫിൻ

Morphine · ഒപിയോയിഡ് അഗോണിസ്റ്റ് — ശക്തമായ അനാൽജെസിക് (ഷെഡ്യൂൾ X / നാർക്കോട്ടിക്)

ആമുഖം. മോർഫിൻ μ-ഒപിയോയിഡ് റിസപ്റ്ററുകളിൽ പ്രവർത്തിച്ച് കഠിനമായ വേദന കുറയ്ക്കുന്നു. ശക്തമായ ഒപിയോയിഡുകളുടെ സ്റ്റാൻഡേർഡ് ആണിത്; ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്ന് — റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ മരണകാരണമാകാം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കഠിനമായ അക്യൂട്ട് വേദന (പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ്, ട്രോമ, MI)
- കാൻസർ വേദന, പാലിയേറ്റീവ് കെയർ
- പാലിയേറ്റീവ് കെയറിൽ ശ്വാസതടസ്സം
- അക്യൂട്ട് പൾമണറി എഡീമ (ശ്രദ്ധയോടെ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- വേദന സ്കോർ, **സെഡേഷൻ സ്കോർ, RR** (12-ൽ താഴെ ഹോൾഡ് ചെയ്യുക), SpO_2
- BP
- റീനൽ ഫങ്ഷൻ (മെറ്റബോളൈറ്റുകൾ അടിഞ്ഞുകൂടും)
- ഒപിയോയിഡ്-നയീവ് ആണോ, മറ്റ് സെഡേറ്റീവുകൾ
- ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ഡബിൾ ചെക്ക്, കൺട്രോൾഡ്-ഡ്രഗ് രജിസ്റ്റർ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV	2–4 mg (0.05–0.1 mg/kg) സാവധാനം, 5–10 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക; പ്രായമായവരിൽ 1–2 mg
SC/IM	5–10 mg 4 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
ഓറൽ	5–10 mg 4 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (IR); SR 12 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട്
PCA	1 mg ബോളസ്, 5 മിനിറ്റ് ലോക്കൗട്ട്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ (സെഡേഷൻ ആദ്യം വരുന്നു)	RR 8-ൽ താഴെ/ഉണർത്താൻ കഴിയുന്നില്ലെങ്കിൽ: ഉത്തേജിപ്പിക്കുക, ഓക്സിജൻ, നലോക്സോൺ
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	BP; കിടത്തുക
ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി	ആന്റിഎമെറ്റിക്
മലബന്ധം	പതിവായി ലാക്സേറ്റീവ്
യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ, ചൊറിച്ചിൽ	നിരീക്ഷിക്കുക
ടോളറൻസ്, ആശ്രിതത്വം	നിർദ്ദേശിച്ചത് പോലെ ഉപയോഗിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- RR 12-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ SpO_2 92%-ൽ താഴെ
- സെഡേഷൻ സ്കോർ 3 (ഉണർത്താൻ പ്രയാസം)
- SBP 90-ൽ താഴെ
- പിൻപോയിന്റ് പ്യൂപ്പിൾ, മയക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

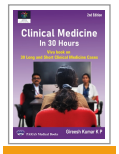
- വേദന സ്കോർ പറയാൻ മടിക്കരുത്
- ഡ്രൈവിങ് ചെയ്യരുത്
- മദ്യവും ഉറക്കഗുളികകളും ഒഴിവാക്കുക
- ലാക്സേറ്റീവ് കൃത്യമായി കഴിക്കുക
- കുട്ടികൾക്ക് എത്താത്ത സ്ഥലത്ത് പൂട്ടി സൂക്ഷിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷന് മുമ്പ് അമിത മയക്കം വരുന്നു — RR മാത്രമല്ല, സെഡേഷൻ സ്കോറും നിരീക്ഷിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Morphine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 101 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ട്രമഡോൾ

Tramadol · ദുർബല ഒപിയോയിഡ് + സെറോടോണിൻ/നോർഎപിനെഫ്രിൻ റീഅപ്ടേക്ക് ഇൻഹിബിറ്റർ

ആമുഖം. ട്രമഡോൾ മിതമായ വേദനയ്ക്ക് ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഒപിയോയിഡ് ഫലത്തോടൊപ്പം സെറോടോണെർജിക് ഫലവുമുള്ളതിനാൽ സീഷറുകളും സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോമും ഉണ്ടാകാം; ഇന്ത്യയിൽ ദുരുപയോഗം വർദ്ധിച്ചുവരുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- മിതമായ മുതൽ കഠിനമായ വേദന
- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് വേദന

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- സീഷർ ചരിത്രം
- SSRI, TCA, MAOI ഉപയോഗം
- റീനൽ/ഹെപ്പാറ്റിക് ഫങ്ഷൻ
- പ്രായമായവർ
- ദുരുപയോഗ ചരിത്രം

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഓറൽ/IV/IM	50–100 mg 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (ദിവസം പരമാവധി 400 mg; 75 വയസ്സിൽ കൂടുതലെങ്കിൽ 300 mg)
IV	2–3 മിനിറ്റിൽ സാവധാനം (ഓക്കാനം കുറയ്ക്കാൻ)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഓക്കാനം, ഛർദ്ദി, തലകറക്കം	സാവധാനം IV; ആന്റിഎമെറ്റിക്
സീഷറുകൾ (ഉയർന്ന ഡോസ്, എപിലെപ്സി)	ഡോസ് പരിധി പാലിക്കുക
സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം	SSRI-കളോടൊപ്പം ശ്രദ്ധ
റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ (കുറവ്)	നിരീക്ഷിക്കുക
മലബന്ധം, ആശ്രിതത്വം	ലാക്സേറ്റീവ്; ഹ്രസ്വകാലം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- സീഷർ
- സെറോടോണിൻ സിൻഡ്രോം ലക്ഷണങ്ങൾ
- അമിത മയക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- നിർദ്ദേശിച്ചതിലും കൂടുതൽ കഴിക്കരുത്
- മദ്യം ഒഴിവാക്കുക
- ഡ്രൈവിങ് ശ്രദ്ധിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

എപിലെപ്സിയുള്ളവരിലും SSRI കഴിക്കുന്നവരിലും ട്രമഡോൾ ഒഴിവാക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Tramadol · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 101 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഫെന്റാനിൽ

Fentanyl · ശക്തമായ സിന്തറ്റിക് ഒപിയോയിഡ് (മോർഫിനെക്കാൾ 50–100 മടങ്ങ് ശക്തം)

ആമുഖം. ഫെന്റാനിൽ വേഗം പ്രവർത്തിക്കുന്നതും ഹ്രസ്വകാലം നിലനിൽക്കുന്നതുമായ ഒപിയോയിഡാണ്; അനസ്തേഷ്യ, ICU സെഡേഷൻ, പ്രൊസീജറൽ അനാൽജീസിയ എന്നിവയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. ഹീമോഡൈനാമിക്കായി സ്ഥിരത നൽകുന്നു, റീനൽ ഫെയിലിയറിൽ സുരക്ഷിതം. ട്രാൻസ്ഡെർമൽ പാച്ചുകൾ ക്രോണിക് വേദനയ്ക്ക് മാത്രം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അനസ്തേഷ്യ, ഇൻട്യൂബേഷൻ
- ICU അനാൽജോ-സെഡേഷൻ (ഇൻഫ്യൂഷൻ)
- പ്രൊസീജറൽ വേദന
- ക്രോണിക് കാൻസർ വേദന (ട്രാൻസ്ഡെർമൽ — ഒപിയോയിഡ്-ടോളറന്റ് ആയവരിൽ മാത്രം)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- RR, SpO_2, സെഡേഷൻ (കാപ്നോഗ്രഫി ഉത്തമം)
- എയർവേ ഉപകരണങ്ങളും നലോക്സോണും
- mcg ആണ് യൂണിറ്റ് — mg അല്ല (ഡോസ് പിശക് സാധ്യത)
- പാച്ച്: ഒപിയോയിഡ്-ടോളറന്റ് ആണോ; പനി, ചൂട് (ആഗിരണം കൂടും)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV	25–100 µg (0.5–1 µg/kg) സാവധാനം; ആവർത്തിക്കാം
ഇൻഫ്യൂഷൻ	25–200 µg/h (0.5–2 µg/kg/h)
ട്രാൻസ്ഡെർമൽ	12–100 µg/h പാച്ച്, 72 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് മാറ്റുക

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ, അപ്നിയ	തുടർച്ചയായ മോണിറ്ററിങ്; നലോക്സോൺ
ചെസ്റ്റ് വാൾ റിജിഡിറ്റി (വേഗത്തിലുള്ള ഉയർന്ന IV ഡോസ്)	സാവധാനം നൽകുക; മസിൽ റിലാക്സന്റ്
ബ്രാഡിക്കാർഡിയ	നിരീക്ഷിക്കുക
പാച്ചിന് മുകളിൽ ചൂട് — അമിത ആഗിരണം	ഹീറ്റിങ് പാഡ് ഒഴിവാക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- RR 10-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ അപ്നിയ
- ഉണർത്താൻ പ്രയാസം
- ഒപിയോയിഡ്-നയീവ് രോഗിക്ക് പാച്ച് ഓർഡർ ചെയ്തിരിക്കുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- പാച്ച് മുറിക്കരുത്; ചൂട് ഒഴിവാക്കുക
- പഴയ പാച്ച് മടക്കി സുരക്ഷിതമായി ഉപേക്ഷിക്കുക (കുട്ടികൾക്ക് മാരകം)
- അമിത മയക്കം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഫെന്റാനിൽ പാച്ചിന്റെ ഫലം 12–24 മണിക്കൂർ കഴിഞ്ഞേ തുടങ്ങൂ, നീക്കം ചെയ്ത ശേഷവും 24 മണിക്കൂർ നിലനിൽക്കും — അക്യൂട്ട് വേദനയ്ക്ക് അനുയോജ്യമല്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Fentanyl · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 101 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

നലോക്സോൺ

Naloxone · ഒപിയോയിഡ് ആന്റഗോണിസ്റ്റ് (ആന്റിഡോട്ട്)

ആമുഖം. നലോക്സോൺ ഒപിയോയിഡ് റിസപ്റ്ററുകളിൽ നിന്ന് ഒപിയോയിഡുകളെ മാറ്റി റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ മിനിറ്റുകൾക്കുള്ളിൽ മാറ്റുന്നു. ഇതിന്റെ ഫലം ഒട്ടുമിക്ക ഒപിയോയിഡുകളെക്കാളും ഹ്രസ്വമാണ് — റീ-നാർക്കോട്ടൈസേഷൻ ശ്രദ്ധിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഒപിയോയിഡ് ഓവർഡോസ്, റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ
- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് ഒപിയോയിഡ് സെഡേഷൻ മാറ്റൽ
- ഒപിയോയിഡ് മൂലമുള്ള ചൊറിച്ചിൽ (കുറഞ്ഞ ഡോസ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- എയർവേ, ബ്രീത്തിങ് — ആദ്യം ബാഗ്-വാൽവ്-മാസ്ക് വെന്റിലേഷൻ
- RR, SpO_2, പ്യൂപ്പിൾ, GCS
- ഒപിയോയിഡ് ആശ്രിതത്വം (അക്യൂട്ട് വിത്ഡ്രോവൽ)
- കാൻസർ വേദന രോഗികൾ (വേദന തിരിച്ചുവരും)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV (റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ, പോസ്റ്റ്-ഓപ്പ്)	40–100 µg, 2 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക (RR 10-ൽ കൂടുതലാകും വരെ)
IV/IM (ഓവർഡോസ്, അറസ്റ്റിനടുത്ത്)	0.4–2 mg, 2–3 മിനിറ്റിൽ ആവർത്തിക്കുക (പരമാവധി 10 mg)
ഇൻട്രാനേസൽ	4 mg
ഇൻഫ്യൂഷൻ	പ്രാരംഭ ഫലപ്രദമായ ഡോസിന്റെ മൂന്നിൽ രണ്ട് ഓരോ മണിക്കൂറിലും

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
അക്യൂട്ട് ഒപിയോയിഡ് വിത്ഡ്രോവൽ — അജിറ്റേഷൻ, ഛർദ്ദി, ടാക്കിക്കാർഡിയ	ചെറിയ ഡോസുകളായി ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക
റീ-നാർക്കോട്ടൈസേഷൻ (നലോക്സോൺ ഫലം 30–90 മിനിറ്റ്)	കുറഞ്ഞത് 2–4 മണിക്കൂർ നിരീക്ഷിക്കുക; ഇൻഫ്യൂഷൻ
വേദന പെട്ടെന്ന് തിരിച്ചുവരൽ, ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, പൾമണറി എഡീമ (അപൂർവം)	ചെറിയ ഡോസുകൾ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഡോസ് നൽകിയ ശേഷവും പ്രതികരണമില്ല (മറ്റ് കാരണം ആലോചിക്കുക)
- വീണ്ടും മയക്കം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഒപിയോയിഡ് ഉപയോഗിക്കുന്നവരുടെ കുടുംബത്തിന് നലോക്സോൺ നൽകുന്ന വിധം പഠിപ്പിക്കുക
- നലോക്സോൺ നൽകിയ ശേഷവും എമർജൻസിയിൽ എത്തണം

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഉദ്ദേശ്യം ശ്വാസോച്ഛ്വാസം വീണ്ടെടുക്കലാണ്, പൂർണ്ണ ഉണർവല്ല — പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് രോഗികളിൽ ചെറിയ ഡോസുകളായി ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Naloxone · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വാങ്ങുക ›

സക്സാമെതോണിയം (സക്സിനൈൽകോളിൻ)

Suxamethonium (Succinylcholine) · ഡിപോളറൈസിങ് ന്യൂറോമസ്കുലാർ ബ്ലോക്കർ

ആമുഖം. സക്സാമെതോണിയം 30–60 സെക്കൻഡിൽ പൂർണ്ണ പക്ഷാഘാതം ഉണ്ടാക്കി 5–10 മിനിറ്റ് നിലനിൽക്കുന്നു — റാപ്പിഡ് സീക്വൻസ് ഇൻട്യൂബേഷന് അനുയോജ്യം. ബോധത്തെയോ വേദനയെയോ ബാധിക്കുന്നില്ല; സെഡേഷൻ നിർബന്ധം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- റാപ്പിഡ് സീക്വൻസ് ഇൻട്യൂബേഷൻ (RSI)
- ലാരിഞ്ചോസ്പാസം
- ECT

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- **ഹൈപ്പർകലീമിയ റിസ്ക്** — പൊള്ളൽ, ക്രഷ് ഇഞ്ചുറി, സ്പൈനൽ കോർഡ് ഇഞ്ചുറി, ദീർഘകാല ബെഡ്റെസ്റ്റ് (48–72 മണിക്കൂറിന് ശേഷം), ന്യൂറോമസ്കുലാർ രോഗങ്ങൾ
- മാലിഗ്നന്റ് ഹൈപ്പർതെർമിയ ചരിത്രം (വ്യക്തി/കുടുംബം)
- സ്യൂഡോകോളിൻഎസ്റ്ററേസ് ഡെഫിഷ്യൻസി
- എയർവേ ഉപകരണങ്ങൾ, സക്ഷൻ, വെന്റിലേഷൻ തയ്യാർ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV	1–1.5 mg/kg വേഗത്തിലുള്ള ബോളസ് (സെഡേറ്റീവിന് ശേഷം ഉടൻ)
IM (IV ഇല്ലെങ്കിൽ)	3–4 mg/kg
സംഭരണം	ഫ്രിഡ്ജിൽ (2–8°C)

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പർകലീമിയ, കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ് (റിസ്ക് ഗ്രൂപ്പുകൾ)	കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനുകൾ പരിശോധിക്കുക; റോക്കുറോണിയം ഉപയോഗിക്കുക
ബ്രാഡിക്കാർഡിയ (കുട്ടികൾ, ആവർത്തിച്ചുള്ള ഡോസ്)	അട്രോപിൻ തയ്യാർ
മാലിഗ്നന്റ് ഹൈപ്പർതെർമിയ — മാസെറ്റർ സ്പാസം, ഉയരുന്ന $EtCO_2$, പനി, റിജിഡിറ്റി	ഡാൻട്രോലിൻ; സഹായത്തിന് വിളിക്കുക
ഫാസിക്കുലേഷനുകൾ, പിന്നീട് പേശിവേദന	ആശ്വസിപ്പിക്കുക
നീണ്ട അപ്നിയ (എൻസൈം ഡെഫിഷ്യൻസി)	വെന്റിലേഷൻ തുടരുക; സെഡേഷൻ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഹൈപ്പർകലീമിയ റിസ്ക് ഘടകങ്ങൾ
- MH ചരിത്രം
- സെഡേറ്റീവ് നൽകിയിട്ടില്ല

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- (പേഷ്യന്റ് സാധാരണ അബോധാവസ്ഥയിൽ) — പിന്നീട് പേശിവേദന സാധാരണമാണെന്ന് വിശദീകരിക്കുക
- അനസ്തേഷ്യ പ്രശ്നങ്ങളുടെ കുടുംബ ചരിത്രം അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പക്ഷാഘാതം ഉണ്ടാക്കുന്ന മരുന്ന് ഒരിക്കലും സെഡേഷനോ അനസ്തേഷ്യയോ ഇല്ലാതെ നൽകരുത് — രോഗി ബോധത്തോടെ പക്ഷാഘാതത്തിലാകും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Succinylcholine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 101 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

പ്രൊപ്പോഫോൾ

Propofol · IV ജനറൽ അനസ്തെറ്റിക് / സെഡേറ്റീവ്-ഹിപ്നോട്ടിക്

ആമുഖം. പ്രൊപ്പോഫോൾ 30 സെക്കൻഡിനുള്ളിൽ അബോധാവസ്ഥ ഉണ്ടാക്കുന്നു, വേഗം ഉണരുന്നു. അനസ്തേഷ്യ ഇൻഡക്ഷൻ, ICU സെഡേഷൻ, പ്രൊസീജറൽ സെഡേഷൻ എന്നിവയിൽ ഉപയോഗിക്കുന്നു. വേദന കുറയ്ക്കുന്നില്ല.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ജനറൽ അനസ്തേഷ്യ ഇൻഡക്ഷനും മെയിന്റനൻസും
- മെക്കാനിക്കലി വെന്റിലേറ്റഡ് രോഗികളിൽ ICU സെഡേഷൻ
- പ്രൊസീജറൽ സെഡേഷൻ (എൻഡോസ്കോപ്പി, കാർഡിയോവേർഷൻ)
- റിഫ്രാക്ടറി സ്റ്റാറ്റസ് എപിലെപ്റ്റിക്കസ്

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP (ഹൈപ്പോടെൻഷൻ സാധാരണം), എയർവേ, കാപ്നോഗ്രഫി
- മുട്ട/സോയ അലർജി (പരിശോധിക്കുക)
- ട്രൈഗ്ലിസറൈഡുകൾ (ദീർഘ ഇൻഫ്യൂഷൻ)
- **കർശനമായ അസെപ്സിസ്** — ലിപിഡ് എമൽഷൻ ബാക്ടീരിയ വളർത്തും

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
ഇൻഡക്ഷൻ	1.5–2.5 mg/kg IV (പ്രായമായവരിലും ഹൃദ്രോഗികളിലും കുറവ്)
ICU സെഡേഷൻ	0.3–4 mg/kg/h (5–50 µg/kg/മിനിറ്റ്), RASS ലക്ഷ്യത്തിലേക്ക് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക
ട്യൂബിങ്, സിറിഞ്ച്	**12 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ മാറ്റുക**; തുറന്ന വയൽ 6 മണിക്കൂർ

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ബ്രാഡിക്കാർഡിയ	ഫ്ലൂയിഡ്, വാസോപ്രസ്സർ തയ്യാർ
റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ, അപ്നിയ	എയർവേ സപ്പോർട്ട്
ഇൻജക്ഷൻ സ്ഥലത്ത് വേദന	വലിയ വെയിൻ; ലിഡോകെയ്ൻ
പ്രൊപ്പോഫോൾ ഇൻഫ്യൂഷൻ സിൻഡ്രോം (ഉയർന്ന ഡോസ്, 48 മണിക്കൂറിൽ കൂടുതൽ) — മെറ്റബോളിക് അസിഡോസിസ്, റാബ്ഡോമയോലൈസിസ്, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ	4 mg/kg/h-ൽ കൂടരുത്; ലാക്റ്റേറ്റ്, CK
ഹൈപ്പർട്രൈഗ്ലിസറൈഡീമിയ, പാൻക്രിയാറ്റൈറ്റിസ്	ലിപിഡുകൾ; കലോറി കണക്കാക്കുക (1.1 kcal/mL)
പച്ച മൂത്രം	ദോഷമില്ല

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- MAP 65-ൽ താഴെ
- വിശദീകരിക്കാനാകാത്ത മെറ്റബോളിക് അസിഡോസിസ് അല്ലെങ്കിൽ ലാക്റ്റേറ്റ് ഉയരൽ
- ട്രൈഗ്ലിസറൈഡ് 400 mg/dL-ൽ കൂടുതൽ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- (ICU) ദിവസേനയുള്ള സെഡേഷൻ ഇടവേളയെക്കുറിച്ച് കുടുംബത്തോട് വിശദീകരിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രൊപ്പോഫോൾ ഒരു ഫാറ്റ് എമൽഷനാണ് — കർശനമായ അസെപ്സിസ്; ഒരേ സിറിഞ്ച് ഒന്നിൽ കൂടുതൽ രോഗികൾക്ക് ഒരിക്കലും ഉപയോഗിക്കരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Propofol · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 101 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

കെറ്റമിൻ

Ketamine · NMDA ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — ഡിസോസിയേറ്റീവ് അനസ്തെറ്റിക്

ആമുഖം. കെറ്റമിൻ BP-യുശ്വാസോച്ഛ്വാസവും എയർവേ റിഫ്ലക്സുകളും നിലനിർത്തിക്കൊണ്ട് അനസ്തേഷ്യയും ശക്തമായ അനാൽജീസിയയും നൽകുന്നു. ഷോക്കിലുള്ളവരിലെ ഇൻഡക്ഷന്, കുട്ടികളിലെ പ്രൊസീജറുകൾക്ക്, കുറഞ്ഞ സൗകര്യങ്ങളുള്ള സ്ഥലങ്ങളിൽ എന്നിവയിൽ ഉപയോഗപ്രദമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹീമോഡൈനാമിക്കായി അസ്ഥിരമായ രോഗികളിൽ അനസ്തേഷ്യ ഇൻഡക്ഷൻ
- പ്രൊസീജറൽ സെഡേഷൻ (കുട്ടികൾ, പൊള്ളൽ ഡ്രസ്സിങ്ങ്)
- അനാൽജീസിയ (സബ്-ഡിസോസിയേറ്റീവ് ഡോസ്)
- തീവ്രമായ ആസ്ത്മ (ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP, ഹാർട്ട് റേറ്റ് (സിംപതെറ്റിക് ഉത്തേജനം)
- അനിയന്ത്രിത ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, ACS (ശ്രദ്ധ)
- സൈക്കോസിസ് ചരിത്രം
- ശാന്തമായ, കുറഞ്ഞ ഉത്തേജനമുള്ള റിക്കവറി ഏരിയ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
IV ഇൻഡക്ഷൻ	1–2 mg/kg
IM	4–5 mg/kg
അനാൽജീസിയ	0.1–0.3 mg/kg IV; ഇൻഫ്യൂഷൻ 0.1–0.2 mg/kg/h
പ്രൊസീജറൽ	1 mg/kg IV, 0.5 mg/kg ആവർത്തിക്കാം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
എമർജൻസ് റിയാക്ഷനുകൾ — ഭ്രമം, ഹാലൂസിനേഷൻ, പേടിസ്വപ്നങ്ങൾ	ശാന്തമായ ചുറ്റുപാട്; ബെൻസോഡയസെപിൻ
ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, ടാക്കിക്കാർഡിയ	നിരീക്ഷിക്കുക
ഉമിനീർ കൂടൽ	സക്ഷൻ; ഗ്ലൈക്കോപൈറോലേറ്റ്
ലാരിഞ്ചോസ്പാസം (അപൂർവം)	എയർവേ മാനേജ്മെന്റ്
ഛർദ്ദി	ആന്റിഎമെറ്റിക്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- അനിയന്ത്രിത ഹൈപ്പർടെൻഷൻ
- കഠിനമായ എമർജൻസ് റിയാക്ഷൻ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- പ്രൊസീജറിന് മുമ്പ് വിചിത്ര സ്വപ്നങ്ങൾ ഉണ്ടാകാമെന്ന് വിശദീകരിക്കുക
- 24 മണിക്കൂർ ഡ്രൈവിങ് ചെയ്യരുത്

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കെറ്റമിൻ ഉപയോഗിക്കുമ്പോൾ കണ്ണ് തുറന്നിരിക്കുന്നതും നിസ്റ്റാഗ്മസും സാധാരണമാണ് — ഇത് അപര്യാപ്തമായ സെഡേഷന്റെ ലക്ഷണമല്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Ketamine · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 101 · ഉള്ളടക്കം

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
വാങ്ങുക ›

സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകളും

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ഇന്ത്യയിലെ മാതൃമരണങ്ങൾക്ക് പ്രധാന കാരണങ്ങൾ പോസ്റ്റ്പാർട്ടം ഹെമറേജും എക്ലാംപ്സിയയുമാണ്. ഓക്സിടോസിനും മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റും ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്ന മരുന്നുകളാണ് — പക്ഷേ ഇവ ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകളുമാണ്. ഓരോ ലേബർ റൂം നഴ്സും ഇവയുടെ ഡോസും മോണിറ്ററിങ്ങും ടോക്സിസിറ്റി ലക്ഷണങ്ങളും അറിഞ്ഞിരിക്കണം.

#	മരുന്ന്	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
97	ഓക്സിടോസിൻ	ഓക്സിടോസിൻ ഗർഭാശയ സങ്കോചങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്നു	112
98	മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ്	മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ് എക്ലാംപ്സിയയിലെ സീഷറുകൾ തടയുന്നതിനും ചികിത്സിക്കുന്നതിനും ഏറ്റവും ഫലപ്രദമാണ്	113
99	ടോക്കോലിറ്റിക്കുകൾ (നിഫെഡിപിൻ / ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ)	ടോക്കോലിറ്റിക്കുകൾ പ്രീടേം ലേബർ 48 മണിക്കൂർ വരെ വൈകിപ്പിക്കുന്നു — ആന്റിനേറ്റൽ സ്റ്റിറോയ്ഡുകൾക്ക് പ്രവർത്തിക്കാനും ഉയർ...	114
100	ആന്റി-D ഇമ്മ്യൂണോഗ്ലോബുലിൻ (Rho(D) ഇമ്മ്യൂൺ ഗ്ലോബുലിൻ)	Rh-നെഗറ്റീവ് അമ്മയുടെ രക്തത്തിലെത്തുന്ന Rh-പോസിറ്റീവ് ഫീറ്റൽ സെല്ലുകളെ നശിപ്പിച്ച് ആന്റിബോഡി നിർമ്മാണം (സെൻസിറ്റൈസേഷൻ)...	115

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഓക്സിടോസിൻ

Oxytocin · ഗർഭാശയ ഉത്തേജക ഹോർമോൺ (യൂട്ടറോടോണിക്)

ആമുഖം. ഓക്സിടോസിൻ ഗർഭാശയ സങ്കോചങ്ങൾ ഉണ്ടാക്കുന്നു. പ്രസവത്തിന്റെ മൂന്നാം ഘട്ടത്തിലെ ആക്റ്റീവ് മാനേജ്മെന്റിൽ (AMTSL) PPH തടയാൻ ഫസ്റ്റ്-ലൈൻ മരുന്നാണിത്; ലേബർ ഇൻഡക്ഷനും ഓഗ്മെന്റേഷനും ഉപയോഗിക്കുന്നു — ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്ന്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- PPH പ്രതിരോധം (AMTSL) — കുഞ്ഞ് ജനിച്ച് 1 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ
- PPH ചികിത്സ
- ലേബർ ഇൻഡക്ഷനും ഓഗ്മെന്റേഷനും
- ഇൻകംപ്ലീറ്റ് അബോർഷൻ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഇൻഡക്ഷന് മുമ്പ്: ഫീറ്റൽ ഹാർട്ട് റേറ്റ്, പ്രസന്റേഷൻ, ബിഷപ്പ് സ്കോർ
- കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനുകൾ: CPD, പ്ലാസന്റ പ്രീവിയ, മുൻ ക്ലാസിക്കൽ സിസേറിയൻ, ഫീറ്റൽ ഡിസ്ട്രസ്
- **ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ് നിർബന്ധം**
- 1:1 നഴ്സിങ്, CTG

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
AMTSL	10 IU IM (അല്ലെങ്കിൽ 5 IU സാവധാനം IV) കുഞ്ഞ് ജനിച്ച ഉടൻ
PPH	10 IU IV/IM, തുടർന്ന് 20–40 IU 1 L ക്രിസ്റ്റലോയിഡിൽ 60 തുള്ളി/മിനിറ്റ്
ഇൻഡക്ഷൻ	1–2 mU/മിനിറ്റിൽ തുടങ്ങുക, 30 മിനിറ്റ് ഇടവിട്ട് 1–2 mU/മിനിറ്റ് കൂട്ടുക (പരമാവധി 20–32 mU/മിനിറ്റ്); 10 മിനിറ്റിൽ 3–4 സങ്കോചങ്ങൾ ലക്ഷ്യം

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഗർഭാശയ ഹൈപ്പർസ്റ്റിമുലേഷൻ (10 മിനിറ്റിൽ 5-ൽ കൂടുതൽ സങ്കോചങ്ങൾ), ഫീറ്റൽ ഡിസ്ട്രസ്	ഇൻഫ്യൂഷൻ നിർത്തുക; ഇടതുവശം ചരിച്ച് കിടത്തുക; ഓക്സിജൻ; ഡോക്ടറെ വിളിക്കുക
യൂട്ടറൈൻ റപ്ചർ	പെട്ടെന്നുള്ള വേദന, CTG മാറ്റം — അടിയന്തരം
വാട്ടർ ഇൻടോക്സിക്കേഷൻ (ദീർഘ ഇൻഫ്യൂഷൻ — ആന്റിഡൈയൂററ്റിക് ഫലം)	ഇൻടേക്ക്/ഔട്ട്പുട്ട്; Na^+
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ (വേഗത്തിലുള്ള IV ബോളസ്)	IV സാവധാനം മാത്രം

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- ഹൈപ്പർസ്റ്റിമുലേഷൻ അല്ലെങ്കിൽ ഫീറ്റൽ ഹാർട്ട് റേറ്റ് അസാധാരണം
- തുടർച്ചയായ കഠിനമായ വേദന
- ഹൈപ്പോനട്രീമിയ ലക്ഷണങ്ങൾ

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- സങ്കോചങ്ങൾ ശക്തമാകുമെന്ന് വിശദീകരിക്കുക
- അസാധാരണ വേദനയോ ബ്ലീഡിങ്ങോ ഉടൻ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഓക്സിടോസിൻ ഇൻഫ്യൂഷൻ എപ്പോഴും ഒരു പമ്പിൽ, മെയിൻ ലൈനിലേക്ക് പിഗ്ഗിബാക്ക് ചെയ്ത് നൽകുക — അങ്ങനെയാകുമ്പോൾ ഫ്ലൂയിഡ് തുടരുമ്പോൾ തന്നെ ഓക്സിടോസിൻ മാത്രം ഉടൻ നിർത്താം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Oxytocin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 111 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ്

Magnesium Sulfate · ആന്റികൺവൾസന്റ് (എക്ലാംപ്സിയ); ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്

ആമുഖം. മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ് എക്ലാംപ്സിയയിലെ സീഷറുകൾ തടയുന്നതിനും ചികിത്സിക്കുന്നതിനും ഏറ്റവും ഫലപ്രദമാണ്. 32 ആഴ്ചയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള പ്രസവത്തിൽ ഫീറ്റൽ ന്യൂറോപ്രൊട്ടക്ഷൻ നൽകുന്നു. ടോക്സിസിറ്റി ശ്വസന സ്തംഭനം ഉണ്ടാക്കും — ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്ന്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കഠിനമായ പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ (സീഷർ പ്രതിരോധം)
- എക്ലാംപ്സിയ (ചികിത്സയും ആവർത്തനം തടയലും)
- ഫീറ്റൽ ന്യൂറോപ്രൊട്ടക്ഷൻ (32 ആഴ്ചയിൽ താഴെ)
- ഹൈപ്പോമഗ്നീസീമിയ, ടോർസാഡ്സ്, തീവ്രമായ ആസ്ത്മ

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- ഓരോ ഡോസിന് മുമ്പും: **പട്ടെല്ലാർ റിഫ്ലക്സ് ഉണ്ട്, RR 16-ൽ കൂടുതൽ, യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട് 30 mL/h-ൽ കൂടുതൽ** (4 മണിക്കൂറിൽ 100 mL)
- റീനൽ ഫങ്ഷൻ
- **കാൽസ്യം ഗ്ലൂക്കോണേറ്റ് 10% 10 mL ബെഡ്സൈഡിൽ**
- മയസ്തീനിയ ഗ്രാവിസ് (കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്)

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
പ്രിച്ചാർഡ് റെജിമെൻ (ഇന്ത്യ)	ലോഡിങ് 4 g IV (20% സൊല്യൂഷൻ 20 mL, 5–10 മിനിറ്റിൽ) + 10 g IM (5 g ഓരോ നിതംബത്തിലും, 50%); മെയിന്റനൻസ് 5 g IM 4 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് മാറിമാറി
സുസ്പാൻ (IV)	4 g IV 15–20 മിനിറ്റിൽ, തുടർന്ന് 1 g/h ഇൻഫ്യൂഷൻ
കാലാവധി	പ്രസവത്തിനോ അവസാന സീഷറിനോ ശേഷം 24 മണിക്കൂർ
തെറാപ്യൂട്ടിക് ലെവൽ	4–7 mEq/L

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ചൂട്, ഫ്ലഷിങ് (ലോഡിങ് സമയത്ത്)	സാധാരണം; വിശദീകരിക്കുക
ടോക്സിസിറ്റി — റിഫ്ലക്സ് നഷ്ടം (7–10 mEq/L) → റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ (10–13) → കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ് (15-ൽ കൂടുതൽ)	ഇൻഫ്യൂഷൻ നിർത്തുക; **കാൽസ്യം ഗ്ലൂക്കോണേറ്റ് 10% 10 mL IV 10 മിനിറ്റിൽ**; വെന്റിലേഷൻ
ഒലിഗൂറിയ (അടിഞ്ഞുകൂടൽ)	ഓരോ മണിക്കൂറിലും യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്
PPH (ഗർഭാശയ ശിഥിലത)	ഫണ്ടസ് നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- പട്ടെല്ലാർ റിഫ്ലക്സ് ഇല്ല
- RR 12-ൽ താഴെ (ചില പ്രോട്ടോക്കോളുകൾ 16)
- യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട് 30 mL/h-ൽ താഴെ
- SpO_2 കുറയുന്നു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ചൂട് അനുഭവപ്പെടുന്നത് സാധാരണമാണെന്ന് വിശദീകരിക്കുക
- ശ്വാസതടസ്സം, കാഴ്ച മങ്ങൽ, കടുത്ത തലവേദന ഉടൻ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഓരോ മഗ്നീഷ്യം ഡോസിന് മുമ്പും മൂന്ന് പരിശോധനകൾ: റിഫ്ലക്സുകൾ, റെസ്പിറേഷൻ, യൂറിൻ — ഒന്ന് ഇല്ലെങ്കിൽ ഡോസ് നൽകരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Magnesium sulfate · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 111 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ടോക്കോലിറ്റിക്കുകൾ (നിഫെഡിപിൻ / ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ)

Tocolytics (Nifedipine / Terbutaline) · ഗർഭാശയ സങ്കോചം കുറയ്ക്കുന്ന മരുന്നുകൾ — കാൽസ്യം-ചാനൽ ബ്ലോക്കർ / ബീറ്റ-2 അഗോണിസ്റ്റ്

ആമുഖം. ടോക്കോലിറ്റിക്കുകൾ പ്രീടേം ലേബർ 48 മണിക്കൂർ വരെ വൈകിപ്പിക്കുന്നു — ആന്റിനേറ്റൽ സ്റ്റിറോയ്ഡുകൾക്ക് പ്രവർത്തിക്കാനും ഉയർന്ന സൗകര്യമുള്ള ആശുപത്രിയിലേക്ക് മാറ്റാനും സമയം നൽകുന്നു. നിഫെഡിപിൻ ആണ് ഉത്തമം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പ്രീടേം ലേബർ (24–34 ആഴ്ച), സ്റ്റിറോയ്ഡിനും ട്രാൻസ്ഫറിനും സമയം കിട്ടാൻ
- എക്സ്റ്റേണൽ സെഫാലിക് വേർഷൻ (ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ)
- യൂട്ടറൈൻ ഹൈപ്പർസ്റ്റിമുലേഷൻ (ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ ഒറ്റ ഡോസ്)

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- BP, മാതൃ ഹാർട്ട് റേറ്റ്, ഫീറ്റൽ ഹാർട്ട് റേറ്റ്
- കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനുകൾ: കോറിയോഅമ്നിയോണൈറ്റിസ്, അബ്രപ്ഷൻ, ഫീറ്റൽ ഡിസ്ട്രസ്, കഠിനമായ പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ
- ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ: ഹൃദ്രോഗം, ഡയബറ്റിസ്, ഹൈപ്പോകലീമിയ

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
നിഫെഡിപിൻ	10–20 mg ഓറൽ, 30 മിനിറ്റിൽ ആവർത്തിക്കാം, തുടർന്ന് 10–20 mg 4–6 മണിക്കൂർ ഇടവിട്ട് (48 മണിക്കൂർ)
ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ	0.25 mg SC (ഒറ്റ ഡോസ്; ദീർഘകാല ഉപയോഗം ഒഴിവാക്കുക)
ഒപ്പം	ബീറ്റാമെതസോൺ/ഡെക്സാമെതസോൺ ആന്റിനേറ്റൽ സ്റ്റിറോയ്ഡ്

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
നിഫെഡിപിൻ — ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, തലവേദന, ഫ്ലഷിങ്, റിഫ്ലക്സ് ടാക്കിക്കാർഡിയ	BP, പൾസ് നിരീക്ഷണം
ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ — മാതൃ ടാക്കിക്കാർഡിയ, പാൽപ്പിറ്റേഷൻ, വിറയൽ, ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ, ഹൈപ്പോകലീമിയ	HR 120-ൽ കൂടുതലെങ്കിൽ ഹോൾഡ് ചെയ്യുക
പൾമണറി എഡീമ (ബീറ്റ-അഗോണിസ്റ്റ്, ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ്)	ശ്വാസതടസ്സം, ക്രാക്കിൾസ് — ഉടൻ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; ഇൻടേക്ക്/ഔട്ട്പുട്ട്

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- മാതൃ HR 120-ൽ കൂടുതൽ
- SBP 90-ൽ താഴെ
- നെഞ്ചുവേദന അല്ലെങ്കിൽ ശ്വാസതടസ്സം
- ഫീറ്റൽ ഹാർട്ട് റേറ്റ് അസാധാരണം

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- നെഞ്ചിടിപ്പ്, ശ്വാസതടസ്സം അറിയിക്കുക
- ഇടതുവശം ചരിഞ്ഞ് വിശ്രമിക്കുക
- സങ്കോചം, വെള്ളം പൊട്ടൽ, ബ്ലീഡിങ് ഉടൻ അറിയിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ടോക്കോലിസിസിന്റെ യഥാർത്ഥ ലക്ഷ്യം സമയം നേടലാണ് — ആന്റിനേറ്റൽ സ്റ്റിറോയ്ഡ് കോഴ്സ് പൂർത്തിയാക്കുന്നതിനും NICU ഉള്ള ആശുപത്രിയിലേക്ക് മാറ്റുന്നതിനും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Terbutaline · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 111 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ആന്റി-D ഇമ്മ്യൂണോഗ്ലോബുലിൻ (Rho(D) ഇമ്മ്യൂൺ ഗ്ലോബുലിൻ)

Anti-D Immunoglobulin (Rho(D) Immune Globulin) · ഇമ്മ്യൂണോഗ്ലോബുലിൻ — Rh ഐസോഇമ്മ്യൂണൈസേഷൻ പ്രതിരോധം

ആമുഖം. Rh-നെഗറ്റീവ് അമ്മയുടെ രക്തത്തിലെത്തുന്ന Rh-പോസിറ്റീവ് ഫീറ്റൽ സെല്ലുകളെ നശിപ്പിച്ച് ആന്റിബോഡി നിർമ്മാണം (സെൻസിറ്റൈസേഷൻ) ആന്റി-D തടയുന്നു — തുടർന്നുള്ള ഗർഭങ്ങളിലെ ഹീമോലിറ്റിക് ഡിസീസ് ഓഫ് ന്യൂബോൺ (HDN) തടയുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- Rh-നെഗറ്റീവ് അമ്മ, Rh-പോസിറ്റീവ് കുഞ്ഞ് — പ്രസവശേഷം 72 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ
- ആന്റിനേറ്റൽ പ്രോഫൈലാക്സിസ് (28 ആഴ്ച)
- സെൻസിറ്റൈസിങ് സംഭവങ്ങൾ: അബോർഷൻ, എക്ടോപിക്, അമ്നിയോസെന്റസിസ്, ബ്ലീഡിങ്, ട്രോമ, ECV

നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധിക്കേണ്ടവ

- അമ്മയുടെ ബ്ലഡ് ഗ്രൂപ്പ് Rh-നെഗറ്റീവ്, **ഇൻഡയറക്റ്റ് കൂംബ്സ് നെഗറ്റീവ്** (ഇതിനകം സെൻസിറ്റൈസ് ആയിട്ടില്ല)
- കുഞ്ഞിന്റെ ബ്ലഡ് ഗ്രൂപ്പ് (കോർഡ് ബ്ലഡ്)
- രേഖാമൂലമുള്ള സമ്മതം (ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ്)
- ബാച്ച് നമ്പർ രേഖപ്പെടുത്തുക

ഡോസും നൽകേണ്ട രീതിയും	വിശദാംശം
പ്രസവശേഷം	300 µg (1,500 IU) IM, **72 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ** (വലിയ ഫീറ്റോമാറ്റേണൽ ഹെമറേജിൽ ക്ലെയ്ഹോവർ ടെസ്റ്റ് അനുസരിച്ച് കൂടുതൽ)
ആന്റിനേറ്റൽ	300 µg IM 28 ആഴ്ചയിൽ
12 ആഴ്ചയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള സംഭവം	50–120 µg IM
റൂട്ട്	ഡെൽറ്റോയ്ഡിൽ ഡീപ് IM

അഡ്വേഴ്സ് ഇഫക്റ്റ് / റിസ്ക്	നഴ്സിങ് നടപടി
ഇൻജക്ഷൻ സ്ഥലത്ത് വേദന	സാധാരണം
ലഘുവായ പനി	നിരീക്ഷിക്കുക
അലർജി, അനാഫൈലാക്സിസ് (അപൂർവം)	20 മിനിറ്റ് നിരീക്ഷിക്കുക; എപിനെഫ്രിൻ തയ്യാർ

ഡോസ് നിർത്തിവെച്ച് ഡോക്ടറെ അറിയിക്കേണ്ടത്

- അമ്മ Rh-പോസിറ്റീവ് അല്ലെങ്കിൽ ഇതിനകം സെൻസിറ്റൈസ് ആയി
- കുഞ്ഞ് Rh-നെഗറ്റീവ് എന്ന് സ്ഥിരീകരിച്ചു

പേഷ്യന്റിനും കുടുംബത്തിനുമുള്ള നിർദ്ദേശങ്ങൾ

- ഓരോ ഗർഭത്തിലും ആന്റി-D വീണ്ടും ആവശ്യമാണ്
- ഭാവിയിലെ ഗർഭത്തിൽ ബ്ലഡ് ഗ്രൂപ്പ് ഡോക്ടറോട് പറയുക
- രേഖ സൂക്ഷിക്കുക

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

72 മണിക്കൂർ കഴിഞ്ഞാലും ആന്റി-D നൽകുന്നതാണ് നൽകാതിരിക്കുന്നതിനെക്കാൾ നല്ലത് — 10 ദിവസം വരെ ഭാഗികമായ സംരക്ഷണം ലഭിക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► DailyMed ലേബൽ: Rho(D) immune globulin · നാഷണൽ ഫോർമുലറി ഓഫ് ഇന്ത്യ (IPC)

വിഭാഗം: സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകളും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 111 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഭാഗം 2 · വിഭാഗം 10 · 12 പ്രൊസീജറുകൾ

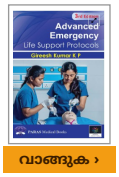
ഫിസിക്കൽ അസസ്മെന്റും വൈറ്റൽ സൈൻസും

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

കൃത്യമായ നിരീക്ഷണങ്ങളാണ് നഴ്സിങ് കെയറിന്റെയും ഏർലി വാണിങ് സ്കോറുകളുടെയും അടിസ്ഥാനം. ശരിയായ രീതി, ശരിയായ ഉപകരണം, അസാധാരണ മൂല്യങ്ങൾ ഉടൻ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യൽ — ഇവ ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്നു.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
1	അപിക്കൽ പൾസ് അളക്കൽ	ഹൃദയത്തിന്റെ അപെക്സിൽ സ്റ്റെതസ്കോപ്പ് വെച്ച് ഒരു മിനിറ്റ് മുഴുവൻ ഹാർട്ട് റേറ്റ് എണ്ണുക — ഏറ്റവും കൃത്യമായ രീതി; ഡിജോക്...	117
2	മാനുവൽ ബ്ലഡ് പ്രഷർ അളക്കൽ	സ്ഫിഗ്മോമാനോമീറ്ററും സ്റ്റെതസ്കോപ്പും ഉപയോഗിച്ച് കൊറോട്ട്കോഫ് ശബ്ദങ്ങൾ വഴി ആർട്ടീരിയൽ BP കൃത്യമായി അളക്കുക.	118
3	ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് (പോസ്ചറൽ) വൈറ്റൽ സൈൻസ് വിലയിരുത്തൽ	എഴുന്നേറ്റു നിൽക്കുമ്പോൾ BP കുറയുന്നതും പൾസ് കൂടുന്നതും കണ്ടെത്തുക — ഹൈപ്പോവോളീമിയ, ഓട്ടോണോമിക് ഡിസ്ഫങ്ഷൻ, മരുന്നിന്റെ...	119
4	ഡീപ് ടെൻഡൻ റിഫ്ലക്സുകൾ (DTR) വിലയിരുത്തൽ	റിഫ്ലക്സ് ആർക്ക് വിലയിരുത്താനും മഗ്നീഷ്യം ടോക്സിസിറ്റിയോ ന്യൂറോളജിക്കൽ രോഗമോ കണ്ടെത്താനും.	120
5	ന്യൂറോളജിക്കൽ അസസ്മെന്റ് — ഗ്ലാസ്ഗോ കോമ സ്കെയിൽ	കണ്ണ് തുറക്കൽ, സംസാരം, മോട്ടോർ റെസ്പോൺസ് എന്നിവ സ്കോർ ചെയ്ത് ബോധനില വസ്തുനിഷ്ഠമായി വിലയിരുത്തുകയും മാറ്റങ്ങൾ ട്രെൻഡ് ച...	121
6	ക്രേനിയൽ നെർവ് അസസ്മെന്റ് (CN I–XII)	സ്ട്രോക്ക്, ട്യൂമർ, ഇഞ്ചുറി, ന്യൂറോപ്പതി എന്നിവ കണ്ടെത്താൻ 12 ക്രേനിയൽ നെർവുകളുടെ പ്രവർത്തനം ലഘുവായി പരിശോധിക്കുക.	122
7	പ്യൂപ്പില്ലറി അസസ്മെന്റ് (PERRLA)	പ്യൂപ്പിലുകളുടെ വലുപ്പം, ആകൃതി, തുല്യത, പ്രകാശത്തോടുള്ള പ്രതികരണം എന്നിവ വിലയിരുത്തുക — ഉയരുന്ന ICP-യുടെ നിർണ്ണായക ലക്...	123
8	ലങ് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ	ബ്രെത്ത് സൗണ്ടുകളും അഡ്വെന്റീഷ്യസ് സൗണ്ടുകളും (ക്രാക്കിൾസ്, വീസ്, റോങ്കെ, സ്ട്രൈഡോർ, റബ്) തിരിച്ചറിഞ്ഞ് ശ്വസന അവസ്ഥ വി...	124
9	ഹാർട്ട് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ	S1, S2, എക്സ്ട്രാ സൗണ്ടുകൾ (S3, S4), മർമറുകൾ, റബ് എന്നിവ നാല് സ്റ്റാൻഡേർഡ് സ്ഥലങ്ങളിൽ വിലയിരുത്തുക.	125
10	ബവൽ സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ	കുടലിന്റെ ചലനം (പെരിസ്റ്റാൽസിസ്) വിലയിരുത്തുക — സർജറിക്ക് ശേഷം, ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ, ഇലിയസ് എന്നിവയിൽ.	126
11	ബ്ലാഡർ സ്കാനിങ്	പോർട്ടബിൾ അൾട്രാസൗണ്ട് ഉപയോഗിച്ച് ബ്ലാഡറിലെ മൂത്രത്തിന്റെ അളവ് നോൺ-ഇൻവേസീവ് ആയി അളക്കുക — അനാവശ്യ കത്തീറ്ററൈസേഷൻ ഒഴിവാ...	127
12	പിറ്റിങ് എഡീമ വിലയിരുത്തൽ	ടിഷ്യുവിലെ അധിക ഫ്ലൂയിഡിന്റെ തീവ്രത ഗ്രേഡ് ചെയ്യുക — ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, കിഡ്നി, ലിവർ രോഗങ്ങൾ, DVT എന്നിവയിൽ ഫ്ലൂയിഡ് സ്...	128

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.



വാങ്ങുക ›

അപിക്കൽ പൾസ് അളക്കൽ

Measuring the Apical Pulse

ഉദ്ദേശ്യം. ഹൃദയത്തിന്റെ അപെക്സിൽ സ്റ്റെതസ്കോപ്പ് വെച്ച് ഒരു മിനിറ്റ് മുഴുവൻ ഹാർട്ട് റേറ്റ് എണ്ണുക — ഏറ്റവും കൃത്യമായ രീതി; ഡിജോക്സിന് മുമ്പും ക്രമരഹിത റിഥത്തിലും ശിശുക്കളിലും ഹൃദ്രോഗികളിലും അത്യാവശ്യം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഡിജോക്സിൻ, ബീറ്റ-ബ്ലോക്കറുകൾ എന്നിവയ്ക്ക് മുമ്പ്
- ക്രമരഹിതമായ റേഡിയൽ പൾസ്, ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ
- 2 വയസ്സിൽ താഴെയുള്ള കുട്ടികൾ
- പൾസ് ഡെഫിസിറ്റ് അസസ്മെന്റ്

ഉപകരണങ്ങൾ
- വൃത്തിയാക്കിയ സ്റ്റെതസ്കോപ്പ്
- സെക്കൻഡ് സൂചിയുള്ള വാച്ച്
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്
- ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	പേഷ്യന്റിനെ തിരിച്ചറിയുക, വിശദീകരിക്കുക, സ്വകാര്യത ഉറപ്പാക്കുക; ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ	സമ്മതവും ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും
2	മലർന്നോ ഇരുന്നോ കിടത്തി ഇടതു നെഞ്ച് തുറക്കുക	അപെക്സിലേക്ക് പ്രവേശനം
3	അപെക്സ് കണ്ടെത്തുക: 5-ാം ഇന്റർകോസ്റ്റൽ സ്പേസ്, ഇടത് മിഡ്-ക്ലാവിക്കുലാർ ലൈൻ	മുതിർന്നവരിലെ പോയിന്റ് ഓഫ് മാക്സിമൽ ഇംപൾസ് (ശിശുക്കളിൽ 4-ാം ICS, കുറച്ച് പുറത്ത്)
4	ഡയഫ്രം ചൂടാക്കുക; "ലബ്-ഡബ്" ഒരു ബീറ്റായി കേൾക്കുക	ഞെട്ടൽ ഒഴിവാക്കാം; കൃത്യമായ എണ്ണൽ
5	ഒരു മിനിറ്റ് മുഴുവൻ എണ്ണുക; റിഥവും ശക്തിയും ശ്രദ്ധിക്കുക	ക്രമരഹിത റിഥത്തിൽ 60 സെക്കൻഡ് അത്യാവശ്യം
6	പൾസ് ഡെഫിസിറ്റിന് രണ്ടാമതൊരു നഴ്സ് ഒരേസമയം റേഡിയൽ പൾസ് എണ്ണുന്നു	ഡെഫിസിറ്റ് = അപിക്കൽ − റേഡിയൽ; ഫലപ്രദമല്ലാത്ത ബീറ്റുകൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നു
7	സ്റ്റെതസ്കോപ്പ് വൃത്തിയാക്കുക; ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; രേഖപ്പെടുത്തുക	ക്രോസ്-ഇൻഫെക്ഷൻ തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ക്രമരഹിത റിഥത്തിൽ 15 സെക്കൻഡ് എണ്ണി ഗുണിക്കുന്നത് തെറ്റായ എണ്ണം നൽകും	എപ്പോഴും 60 സെക്കൻഡ്
ഡിജോക്സിൻ ഹോൾഡ് ചെയ്യേണ്ടത് ശ്രദ്ധിക്കാതെ പോകൽ	മുതിർന്നവരിൽ 60/മിനിറ്റിൽ താഴെയെങ്കിൽ ഹോൾഡ് ചെയ്ത് അറിയിക്കുക
ശിശുവിന് തണുപ്പ്	നെഞ്ച് ഒഴികെ മൂടിവെക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
റേറ്റ്, റിഥം (ക്രമം/ക്രമരഹിതം), പൾസ് ഡെഫിസിറ്റ്, സ്വീകരിച്ച നടപടി (ഉദാ. ഡിജോക്സിൻ ഹോൾഡ് ചെയ്തു), സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
മുതിർന്നവരിൽ സാധാരണ അപിക്കൽ റേറ്റ് 60–100/മിനിറ്റ്; നവജാതരിൽ 120–160/മിനിറ്റ്. പൾസ് ഡെഫിസിറ്റ് ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

വിഭാഗം: ഫിസിക്കൽ അസസ്മെന്റും വൈറ്റൽ സൈൻസും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 116 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

മാനുവൽ ബ്ലഡ് പ്രഷർ അളക്കൽ

Manual Blood Pressure Measurement

ഉദ്ദേശ്യം. സ്ഫിഗ്മോമാനോമീറ്ററും സ്റ്റെതസ്കോപ്പും ഉപയോഗിച്ച് കൊറോട്ട്കോഫ് ശബ്ദങ്ങൾ വഴി ആർട്ടീരിയൽ BP കൃത്യമായി അളക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സാധാരണ വൈറ്റൽ സൈൻസ്
- ഹൈപ്പർടെൻഷൻ സ്ക്രീനിങ്
- ആന്റിഹൈപ്പർടെൻസീവുകൾക്ക് മുമ്പ്
- ഓട്ടോമേറ്റഡ് റീഡിങ്ങുകൾ ഉറപ്പാക്കൽ, ഷോക്ക് അസസ്മെന്റ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- ശരിയായ കഫ് സൈസുള്ള സ്ഫിഗ്മോമാനോമീറ്റർ
- സ്റ്റെതസ്കോപ്പ്
- ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	പേഷ്യന്റ് 5 മിനിറ്റ് ഇരിക്കണം — പുറം താങ്ങി, പാദങ്ങൾ നിലത്ത്, കൈ ഹൃദയത്തിന്റെ നിരപ്പിൽ, സംസാരിക്കരുത്	പോസ്ചറും പ്രവർത്തനവും റീഡിങ് മാറ്റും
2	കഫ് തിരഞ്ഞെടുക്കുക: ബ്ലാഡർ വീതി കൈച്ചുറ്റളവിന്റെ 40%, നീളം 80%	ചെറിയ കഫ് കൂടുതലായും വലിയ കഫ് കുറവായും കാണിക്കും
3	ആന്റിക്യൂബിറ്റൽ ഫോസയ്ക്ക് 2–3 cm മുകളിൽ, ബ്ലാഡർ ബ്രേക്കിയൽ ആർട്ടറിക്ക് മുകളിൽ മധ്യത്തിലായി കഫ് ചുറ്റുക	ആർട്ടറിയുടെ ശരിയായ കംപ്രഷൻ
4	റേഡിയൽ പൾസ് തൊട്ടുനോക്കി അത് ഇല്ലാതാകും വരെ ഇൻഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുക; 30 mmHg കൂടി ചേർക്കുക	സിസ്റ്റോളിക് ഏകദേശം അറിയാം; ഓസ്കൾട്ടേറ്ററി ഗ്യാപ്പ് ഒഴിവാക്കാം
5	ബ്രേക്കിയൽ ആർട്ടറിക്ക് മുകളിൽ സ്റ്റെതസ്കോപ്പ് വെച്ച് സെക്കൻഡിൽ 2–3 mmHg വീതം ഡിഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുക	സാവധാനമുള്ള ഡിഫ്ലേഷൻ കൃത്യത നൽകുന്നു
6	സിസ്റ്റോളിക് = ആദ്യ ടാപ്പിങ് ശബ്ദം (ഫേസ് I); ഡയസ്റ്റോളിക് = ശബ്ദം ഇല്ലാതാകുന്നത് (ഫേസ് V)	കൊറോട്ട്കോഫ് ശബ്ദങ്ങൾ
7	ആവർത്തിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് 1–2 മിനിറ്റ് കാത്തിരിക്കുക; ആദ്യ സന്ദർശനത്തിൽ രണ്ട് കൈയിലും	15 mmHg-ൽ കൂടുതൽ വ്യത്യാസം പ്രധാനം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
തെറ്റായ കഫ് സൈസ്	കൈച്ചുറ്റളവ് അളക്കുക
ഓസ്കൾട്ടേറ്ററി ഗ്യാപ്പ് (തെറ്റായി കുറഞ്ഞ സിസ്റ്റോളിക്)	ആദ്യം പാൽപ്പേറ്ററി എസ്റ്റിമേറ്റ്
AV ഫിസ്റ്റുല, ലിംഫിഡീമ, IV ലൈൻ, മാസ്റ്റക്ടമി എന്നിവയുള്ള കൈ	മറ്റേ കൈ ഉപയോഗിക്കുക
വേഗത്തിലുള്ള ഡിഫ്ലേഷൻ	സെക്കൻഡിൽ 2–3 mmHg

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

BP മൂല്യം, കൈ, പൊസിഷൻ, സാധാരണയല്ലാത്ത കഫ് സൈസ്, സമയം, അസാധാരണ മൂല്യത്തിന് സ്വീകരിച്ച നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഷോക്കിൽ ഏകദേശ കണക്ക്: SBP 80-ൽ കൂടുതലെങ്കിൽ റേഡിയൽ, 70-ൽ കൂടുതലെങ്കിൽ ഫെമോറൽ, 60-ൽ കൂടുതലെങ്കിൽ കരോട്ടിഡ് പൾസ് സാധാരണ തൊട്ടറിയാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
വാങ്ങുക ›

ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് (പോസ്ചറൽ) വൈറ്റൽ സൈൻസ് വിലയിരുത്തൽ

Assessing Orthostatic (Postural) Vital Signs

ഉദ്ദേശ്യം. എഴുന്നേറ്റു നിൽക്കുമ്പോൾ BP കുറയുന്നതും പൾസ് കൂടുന്നതും കണ്ടെത്തുക — ഹൈപ്പോവോളീമിയ, ഓട്ടോണോമിക് ഡിസ്ഫങ്ഷൻ, മരുന്നിന്റെ ഫലം എന്നിവ സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- തലകറക്കം, സിൻകോപ്പ്, വീഴ്ച
- ഡീഹൈഡ്രേഷൻ, GI ബ്ലീഡ്
- ആന്റിഹൈപ്പർടെൻസീവ് കഴിക്കുന്ന പ്രായമായവർ
- പാർക്കിൻസൺസ് ഡിസീസ്, ഡയബറ്റിസ് (ഓട്ടോണോമിക് ന്യൂറോപ്പതി)

ഉപകരണങ്ങൾ

- BP ഉപകരണം
- വാച്ച്
- സുരക്ഷയ്ക്ക് സഹായി
- കസേര/ബെഡ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വിശദീകരിക്കുക; സുരക്ഷയ്ക്ക് രണ്ടാമതൊരാളോ അടുത്ത് ബെഡ്സൈഡോ ഉറപ്പാക്കുക	പേഷ്യന്റ് ബോധംകെട്ടേക്കാം
2	5 മിനിറ്റ് മലർന്ന് കിടത്തുക; BP-യും പൾസും രേഖപ്പെടുത്തുക	ബേസ്ലൈൻ
3	1–2 മിനിറ്റ് ഇരുത്തുക; രേഖപ്പെടുത്തുക (ഓപ്ഷണൽ)	ക്രമാനുഗതമായ മാറ്റം
4	എഴുന്നേറ്റു നിർത്തുക; 1-ാം മിനിറ്റിലും 3-ാം മിനിറ്റിലും BP, പൾസ്	3 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് മാറ്റം പ്രത്യക്ഷപ്പെടും
5	ലക്ഷണങ്ങളുണ്ടെങ്കിൽ നിർത്തി കിടത്തുക	വീഴ്ച തടയൽ
6	പോസിറ്റീവ്: SBP 20-ൽ കൂടുതൽ അല്ലെങ്കിൽ DBP 10 mmHg-ൽ കൂടുതൽ കുറയുക, അല്ലെങ്കിൽ HR 30-ൽ കൂടുതൽ ഉയരുക	ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ക്രൈറ്റീരിയ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ടെസ്റ്റിനിടെ വീഴ്ച/സിൻകോപ്പ്	പേഷ്യന്റിന്റെ അരികിൽ നിൽക്കുക; ഗെയ്റ്റ് ബെൽറ്റ്
നിൽക്കാൻ കഴിയുന്നില്ല	ഇരിക്കുമ്പോഴുള്ള മൂല്യങ്ങൾ; രേഖപ്പെടുത്തുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

കിടക്കുമ്പോഴും ഇരിക്കുമ്പോഴും നിൽക്കുമ്പോഴുമുള്ള BP, പൾസ്, സമയം; ടെസ്റ്റിനിടെ ലക്ഷണങ്ങൾ; വ്യാഖ്യാനം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രായമായവരിലെ പോസ്ചറൽ ഹൈപ്പോടെൻഷന് പലപ്പോഴും മരുന്നുകളാണ് കാരണം — ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ, ആൽഫ-ബ്ലോക്കറുകൾ, നൈട്രേറ്റുകൾ, ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ പുനഃപരിശോധിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഡീപ് ടെൻഡൻ റിഫ്ലക്സുകൾ (DTR) വിലയിരുത്തൽ

Assessing Deep Tendon Reflexes (DTR)

ഉദ്ദേശ്യം. റിഫ്ലക്സ് ആർക്ക് വിലയിരുത്താനും മഗ്നീഷ്യം ടോക്സിസിറ്റിയോ ന്യൂറോളജിക്കൽ രോഗമോ കണ്ടെത്താനും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ് തെറാപ്പി (ഓരോ ഡോസിനും മുമ്പ് പട്ടെല്ലാർ റിഫ്ലക്സ്)
- ന്യൂറോളജിക്കൽ അസസ്മെന്റ്, സ്പൈനൽ ഇഞ്ചുറി
- പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ (ഹൈപ്പർറിഫ്ലെക്സിയ, ക്ലോണസ്)

ഉപകരണങ്ങൾ
- റിഫ്ലക്സ് ഹാമർ
- ചാർട്ട്

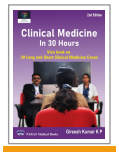
#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വിശദീകരിക്കുക; കാലുകൾ തൂക്കിയിട്ടോ മുട്ട് താങ്ങിയോ പേഷ്യന്റ് റിലാക്സ് ആയിരിക്കണം	റിലാക്സേഷൻ അത്യാവശ്യം
2	പട്ടെല്ലയ്ക്ക് തൊട്ടുതാഴെ പട്ടെല്ലാർ ടെൻഡനിൽ വേഗത്തിൽ തട്ടുക	നീ ജെർക്ക് (L3–L4)
3	ക്വാഡ്രിസെപ്സ് സങ്കോചവും കാൽ നിവരലും നിരീക്ഷിക്കുക	റെസ്പോൺസ് ഗ്രേഡിങ്
4	ഇല്ലെങ്കിൽ റീഇൻഫോഴ്സ്മെന്റ് (ജെൻഡ്രാസിക് — പല്ല് കടിക്കുക, കൈകൾ വലിക്കുക)	ശ്രദ്ധ മാറ്റുന്നത് റെസ്പോൺസ് കൂട്ടും
5	ആങ്കിൾ ക്ലോണസ് പരിശോധിക്കുക (പാദം പെട്ടെന്ന് മുകളിലേക്ക് മടക്കുക)	ക്ലോണസ് ഹൈപ്പർഎക്സൈറ്റബിലിറ്റി സൂചിപ്പിക്കുന്നു (എക്ലാംപ്സിയ റിസ്ക്)
6	ഗ്രേഡ് 0 (ഇല്ല) മുതൽ 4+ (ക്ലോണസോടു കൂടിയ ഹൈപ്പർആക്റ്റീവ്) വരെ	സ്റ്റാൻഡേർഡ് സ്കെയിൽ
7	ബൈസെപ്സ് (C5–6), ആങ്കിൾ (S1) എന്നിവയും താരതമ്യം ചെയ്യുക; ഇരുവശവും	അസിമെട്രി ലോക്കലൈസിങ് ലക്ഷണം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
റിഫ്ലക്സ് ഇല്ല (മഗ്നീഷ്യം ടോക്സിസിറ്റി)	അടുത്ത ഡോസ് ഹോൾഡ് ചെയ്യുക; ലെവൽ; അറിയിക്കുക
ടെൻഷൻ മൂലം തെറ്റായി കുറഞ്ഞ റിഫ്ലക്സ്	റീഇൻഫോഴ്സ്മെന്റ്
എപിഡ്യൂറലുള്ളവരിൽ കാൽമുട്ട് റിഫ്ലക്സ് ഇല്ല	ബൈസെപ്സ് റിഫ്ലക്സ് ഉപയോഗിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഓരോ റിഫ്ലക്സിന്റെയും ഗ്രേഡ് (ഇടത്/വലത്), ക്ലോണസ് (ബീറ്റുകളുടെ എണ്ണം), മഗ്നീഷ്യം ഡോസുമായുള്ള ബന്ധം, നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
മഗ്നീഷ്യം ലെവൽ കൂടുമ്പോൾ ആദ്യം നഷ്ടമാകുന്നത് പട്ടെല്ലാർ റിഫ്ലക്സാണ് — റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷന് മുമ്പുള്ള മുന്നറിയിപ്പ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ



വാങ്ങുക ›

ന്യൂറോളജിക്കൽ അസസ്മെന്റ് — ഗ്ലാസ്ഗോ കോമ സ്കെയിൽ

Neurological Assessment — Glasgow Coma Scale

ഉദ്ദേശ്യം. കണ്ണ് തുറക്കൽ, സംസാരം, മോട്ടോർ റെസ്പോൺസ് എന്നിവ സ്കോർ ചെയ്ത് ബോധനില വസ്തുനിഷ്ഠമായി വിലയിരുത്തുകയും മാറ്റങ്ങൾ ട്രെൻഡ് ചെയ്യുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി, സ്ട്രോക്ക്
- ബോധനില മാറ്റം, ഓവർഡോസ്
- ന്യൂറോസർജറിക്ക് ശേഷം
- മെനിഞ്ചൈറ്റിസ്, മെറ്റബോളിക് എൻസെഫലോപ്പതി

ഉപകരണങ്ങൾ

- പെൻ ടോർച്ച്
- GCS ചാർട്ട്
- (പെരിഫറൽ വേദന ഉത്തേജനത്തിന് പെൻ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആദ്യം നിരീക്ഷിക്കുക; പിന്നെ പേര് വിളിക്കുക; ആവശ്യമെങ്കിൽ മാത്രം വേദന ഉത്തേജനം	ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ ഉത്തേജനത്തിലെ മികച്ച റെസ്പോൺസ്
2	കണ്ണ് (E 1–4): സ്വയം 4, ശബ്ദത്തിന് 3, വേദനയ്ക്ക് 2, ഇല്ല 1	ഉണർവ്
3	വെർബൽ (V 1–5): ഓറിയന്റഡ് 5, കൺഫ്യൂസ്ഡ് 4, അനുചിത വാക്കുകൾ 3, ശബ്ദങ്ങൾ 2, ഇല്ല 1	അവബോധം; ഇൻട്യൂബേറ്റഡ് ആണെങ്കിൽ "T"
4	മോട്ടോർ (M 1–6): നിർദ്ദേശം അനുസരിക്കുന്നു 6, ലോക്കലൈസ് 5, പിൻവലിക്കൽ 4, ഫ്ലക്ഷൻ 3, എക്സ്റ്റൻഷൻ 2, ഇല്ല 1	ഏറ്റവും പ്രവചനക്ഷമമായ ഘടകം
5	സെൻട്രൽ വേദന ഉത്തേജനം: ട്രപീസിയസ് സ്ക്വീസ് അല്ലെങ്കിൽ സുപ്രാഓർബിറ്റൽ പ്രഷർ	ലോക്കലൈസിങ് റെസ്പോൺസ് വിലയിരുത്തൽ
6	പ്യൂപ്പിൾ, കൈകാലുകളുടെ ബലം, വൈറ്റൽ സൈൻസ് കൂടി വിലയിരുത്തുക	പൂർണ്ണ ന്യൂറോ ചാർട്ട്
7	E, V, M വേറെ വേറെ രേഖപ്പെടുത്തുക (ഉദാ. E3V4M6 = 13)	ആകെ സ്കോർ മാത്രം വിവരം മറയ്ക്കും

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
GCS 2 പോയിന്റ് കുറയുക അല്ലെങ്കിൽ 8-ൽ താഴെ	ഉടൻ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക; എയർവേ സംരക്ഷണം
സെഡേഷൻ, ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ എന്നിവ സ്കോർ തെറ്റിക്കും	ഗ്ലൂക്കോസ് പരിശോധിക്കുക; മരുന്നുകൾ രേഖപ്പെടുത്തുക
ഭാഷാ പ്രശ്നം, കേൾവിക്കുറവ്	രേഖപ്പെടുത്തുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

E, V, M ഘടകങ്ങൾ, ആകെ, പ്യൂപ്പിൾ, ലിംബ് പവർ, സമയം, മുൻ സ്കോറുമായുള്ള താരതമ്യം, നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

"GCS 8 — ഇൻട്യൂബേറ്റ്": GCS 8-ൽ താഴെയുള്ള രോഗിക്ക് സ്വന്തം എയർവേ സംരക്ഷിക്കാൻ കഴിയില്ല എന്ന് കരുതുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ക്രേനിയൽ നെർവ് അസസ്മെന്റ് (CN I–XII)

Cranial Nerve Assessment (CN I–XII)

ഉദ്ദേശ്യം. സ്ട്രോക്ക്, ട്യൂമർ, ഇഞ്ചുറി, ന്യൂറോപ്പതി എന്നിവ കണ്ടെത്താൻ 12 ക്രേനിയൽ നെർവുകളുടെ പ്രവർത്തനം ലഘുവായി പരിശോധിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സ്ട്രോക്ക്, ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി
- ന്യൂറോസർജറിക്ക് ശേഷം
- ബെൽസ് പാൾസി, ഗില്ലൻ-ബാരെ
- പൂർണ്ണ ന്യൂറോളജിക്കൽ പരിശോധന

ഉപകരണങ്ങൾ

- പെൻ ടോർച്ച്
- കാപ്പി/സോപ്പ് (മണം)
- സ്നെല്ലൻ ചാർട്ട്
- കോട്ടൺ വൂൾ
- ടങ് ഡിപ്രസർ
- ട്യൂണിങ് ഫോർക്ക്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	CN I (ഓൾഫാക്ടറി): ഓരോ നാസാദ്വാരത്തിലും പരിചിതമായ മണം	മണം
2	CN II (ഒപ്റ്റിക്): കാഴ്ച, കാഴ്ചാമണ്ഡലം; CN II–III: പ്യൂപ്പിൾ റിഫ്ലക്സ്	കാഴ്ചയും പ്യൂപ്പിലും
3	CN III, IV, VI: "H" പാറ്റേണിൽ വിരൽ പിന്തുടരുക; ഡിപ്ലോപ്പിയ, നിസ്റ്റാഗ്മസ്, പ്റ്റോസിസ്	കണ്ണിന്റെ ചലനം
4	CN V (ട്രൈജെമിനൽ): മുഖത്തെ സ്പർശം (3 ഭാഗങ്ങൾ), താടിയെല്ല് കടിക്കൽ; കോർണിയൽ റിഫ്ലക്സ്	സെൻസറിയും മോട്ടോറും
5	CN VII (ഫേഷ്യൽ): പുരികം ഉയർത്തൽ, കണ്ണ് അടയ്ക്കൽ, പുഞ്ചിരി, കവിൾ വീർപ്പിക്കൽ	നെറ്റി ഒഴിവാകുന്നത് UMN (സ്ട്രോക്ക്); നെറ്റി ഉൾപ്പെടെ LMN (ബെൽസ്)
6	CN VIII: വിരൽ ഉരസൽ, ട്യൂണിങ് ഫോർക്ക്	കേൾവി
7	CN IX, X: "ആ" പറയുമ്പോൾ യൂവുല മധ്യത്തിൽ, ഗാഗ്, വിഴുങ്ങൽ	ആസ്പിരേഷൻ റിസ്ക്
8	CN XI: തോൾ ഉയർത്തൽ, തല തിരിക്കൽ; CN XII: നാക്ക് പുറത്തേക്കിടൽ	നാക്ക് ക്ഷതമുള്ള വശത്തേക്ക് ചരിയും

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്ട്രോക്കിൽ വിഴുങ്ങൽ പരിശോധിക്കാതെ ഭക്ഷണം നൽകൽ	ബെഡ്സൈഡ് സ്വാളോ സ്ക്രീൻ വരെ NPO
കോർണിയൽ റിഫ്ലക്സ് ഇല്ലാത്ത കണ്ണ് ഉണങ്ങൽ	ഐ കെയർ, ലൂബ്രിക്കന്റ്, ടേപ്പ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഓരോ നെർവിന്റെയും കണ്ടെത്തലുകൾ (ഇടത്/വലത്), അസാധാരണതകൾ, സ്വാളോ സ്ക്രീൻ ഫലം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

മുഖത്തെ ബലക്കുറവിൽ നെറ്റി ഉയർത്താൻ കഴിയുന്നുണ്ടെങ്കിൽ (ഫോർഹെഡ്-സ്പെയറിങ്) സ്ട്രോക്ക് ആലോചിക്കുക — അടിയന്തരം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

വാങ്ങുക ›

പ്യൂപ്പില്ലറി അസസ്മെന്റ് (PERRLA)

Pupillary Assessment (PERRLA)

ഉദ്ദേശ്യം. പ്യൂപ്പിലുകളുടെ വലുപ്പം, ആകൃതി, തുല്യത, പ്രകാശത്തോടുള്ള പ്രതികരണം എന്നിവ വിലയിരുത്തുക — ഉയരുന്ന ICP-യുടെ നിർണ്ണായക ലക്ഷണം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി, ന്യൂറോസർജറി
- ബോധനില കുറവ്
- ഓവർഡോസ് (ഒപിയോയിഡ് — പിൻപോയിന്റ്; ആന്റികോളിനെർജിക് — വികസിച്ചത്)
- ന്യൂറോ ഒബ്സർവേഷനുകൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- പെൻ ടോർച്ച്
- പ്യൂപ്പിൽ ഗേജ് (mm)
- ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	മുറിയിലെ വെളിച്ചം കുറയ്ക്കുക	പ്യൂപ്പിൽ നന്നായി കാണാം
2	ഓരോ പ്യൂപ്പിലിന്റെയും വലുപ്പം (mm), ആകൃതി എന്നിവ ഗേജുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുക	ബേസ്ലൈൻ
3	ടോർച്ച് വശത്തുനിന്ന് ഒരു കണ്ണിലേക്ക് കൊണ്ടുവരിക; ആ കണ്ണിന്റെ പ്രതികരണം (ഡയറക്റ്റ്)	CN II–III
4	മറ്റേ കണ്ണും ചുരുങ്ങുന്നുണ്ടോ നോക്കുക (കൺസൻഷ്വൽ)	അഫറന്റ്/എഫറന്റ് പാത്ത്വേ
5	മറ്റേ കണ്ണിലും ആവർത്തിക്കുക	താരതമ്യം
6	അക്കൊമൊഡേഷൻ: അടുത്തുള്ള വസ്തുവിൽ ഫോക്കസ് ചെയ്യുമ്പോൾ ചുരുങ്ങൽ	PERRLA പൂർത്തിയാക്കൽ
7	പ്രതികരണം രേഖപ്പെടുത്തുക: വേഗം (+), മന്ദം (S), ഇല്ല (–)	ട്രെൻഡ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പുതുതായി ഒരു പ്യൂപ്പിൽ വികസിക്കുകയും പ്രതികരിക്കാതിരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു (ടെന്റോറിയൽ ഹെർണിയേഷൻ)	ഉടൻ ന്യൂറോസർജനെ അറിയിക്കുക — ന്യൂറോ എമർജൻസി
കണ്ണ് തുള്ളിമരുന്നുകൾ, മുൻ സർജറി (തെറ്റായ കണ്ടെത്തൽ)	രേഖപ്പെടുത്തുക
ഏകദേശം 20% ആളുകളിൽ ചെറിയ അസമത്വം സാധാരണം (1 mm-ൽ താഴെ)	ബേസ്ലൈൻ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഓരോ പ്യൂപ്പിലിന്റെയും വലുപ്പം (mm), പ്രതികരണം, ആകൃതി, സമയം, GCS-മായി ചേർത്ത്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി രോഗിയിൽ മന്ദഗതിയിലാകുന്ന ഒരു പ്യൂപ്പിൽ — GCS കുറയുന്നതിന് മുമ്പുള്ള ആദ്യ ലക്ഷണമാകാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

വാങ്ങുക ›

ലങ് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ

Auscultating Lung Sounds

ഉദ്ദേശ്യം. ബ്രെത്ത് സൗണ്ടുകളും അഡ്വെന്റീഷ്യസ് സൗണ്ടുകളും (ക്രാക്കിൾസ്, വീസ്, റോങ്കൈ, സ്ട്രൈഡോർ, റബ്) തിരിച്ചറിഞ്ഞ് ശ്വസന അവസ്ഥ വിലയിരുത്തുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ശ്വാസതടസ്സം, SpO_2 കുറവ്
- ന്യുമോണിയ, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, ആസ്ത്മ
- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് (അറ്റലക്റ്റാസിസ്)
- ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ, ഇൻട്യൂബേഷൻ സ്ഥാനം

ഉപകരണങ്ങൾ

- സ്റ്റെതസ്കോപ്പ് (ഡയഫ്രം)
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സാധ്യമെങ്കിൽ ഇരുത്തുക; നെഞ്ച് തുറക്കുക (വസ്ത്രത്തിന് മുകളിലൂടെയല്ല)	വസ്ത്രം ശബ്ദം തെറ്റിക്കും
2	വായ തുറന്ന് ആഴത്തിൽ സാവധാനം ശ്വസിക്കാൻ പറയുക	വ്യക്തമായ ശബ്ദം; ഹൈപ്പർവെന്റിലേഷൻ ഒഴിവാക്കുക
3	മുകളിൽ നിന്ന് താഴേക്ക്, ഇടത്-വലത് മാറി മാറി, ഓരോ സ്ഥലത്തും ഒരു മുഴുവൻ ശ്വാസം	ഇരുവശവും താരതമ്യം
4	മുൻഭാഗം, വശങ്ങൾ (മിഡ്-ആക്സില്ലറി — താഴത്തെ ലോബുകൾ), പിൻഭാഗം	എല്ലാ ലോബുകളും
5	സാധാരണ ശബ്ദങ്ങൾ: വെസിക്കുലാർ (പെരിഫറൽ), ബ്രോങ്കിയൽ (ട്രക്കിയ)	അടിസ്ഥാനം
6	അഡ്വെന്റീഷ്യസ്: ക്രാക്കിൾസ് (ഫ്ലൂയിഡ് — ഇൻസ്പിറേഷൻ), വീസ് (ഇടുങ്ങിയ എയർവേ — എക്സ്പിറേഷൻ), റോങ്കൈ (സ്രവങ്ങൾ — ചുമയ്ക്ക് ശേഷം മാറും), സ്ട്രൈഡോർ (മുകളിലെ എയർവേ — അടിയന്തരം)	കാരണം കണ്ടെത്തൽ
7	ശബ്ദം കുറഞ്ഞതോ ഇല്ലാത്തതോ ആയ ഭാഗം ശ്രദ്ധിക്കുക	എഫ്യൂഷൻ, ന്യൂമോതൊറാക്സ്, കൊളാപ്സ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്ട്രൈഡോർ	അപ്പർ എയർവേ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ — ഉടൻ സഹായം വിളിക്കുക
ഒരു വശത്ത് ശബ്ദമില്ലാതെ കടുത്ത ശ്വാസതടസ്സം	ടെൻഷൻ ന്യൂമോതൊറാക്സ് സംശയിക്കുക
"സൈലന്റ് ചെസ്റ്റ്" (ആസ്ത്മ)	ജീവന് ഭീഷണി — എമർജൻസി

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഓരോ ഭാഗത്തെയും ബ്രെത്ത് സൗണ്ട്, അഡ്വെന്റീഷ്യസ് സൗണ്ടുകൾ, RR, SpO_2, ശ്വാസതടസ്സം, നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കടുത്ത ആസ്ത്മയിൽ വീസ് ഇല്ലാതാകുന്നത് പുരോഗതിയല്ല, വായുസഞ്ചാരം നിലയ്ക്കുന്നതിന്റെ ലക്ഷണമാകാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

വാങ്ങുക ›

ഹാർട്ട് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ

Auscultating Heart Sounds

ഉദ്ദേശ്യം. S1, S2, എക്സ്ട്രാ സൗണ്ടുകൾ (S3, S4), മർമറുകൾ, റബ് എന്നിവ നാല് സ്റ്റാൻഡേർഡ് സ്ഥലങ്ങളിൽ വിലയിരുത്തുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കാർഡിയാക് അസസ്മെന്റ്
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ (S3)
- വാൽവുലാർ ഡിസീസ്, പുതിയ മർമർ (എൻഡോകാർഡൈറ്റിസ്)
- പെരികാർഡൈറ്റിസ് (റബ്)

ഉപകരണങ്ങൾ

- സ്റ്റെതസ്കോപ്പ് (ഡയഫ്രവും ബെല്ലും)
- ശാന്തമായ മുറി

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	മലർന്ന് അല്ലെങ്കിൽ 30° ഉയർത്തി കിടത്തി നെഞ്ച് തുറക്കുക	ശരിയായ പ്രവേശനം
2	അയോർട്ടിക്: 2-ാം ICS വലത് സ്റ്റേർണൽ ബോർഡർ	S2 ഏറ്റവും ഉച്ചത്തിൽ
3	പൾമോണിക്: 2-ാം ICS ഇടത് സ്റ്റേർണൽ ബോർഡർ	S2 സ്പ്ലിറ്റിങ്
4	ട്രൈകസ്പിഡ്: 4-ാം ICS ഇടത് സ്റ്റേർണൽ ബോർഡർ; മൈട്രൽ: 5-ാം ICS മിഡ്-ക്ലാവിക്കുലാർ	S1 ഏറ്റവും ഉച്ചത്തിൽ
5	ഓരോ സ്ഥലത്തും ആദ്യം ഡയഫ്രം (ഉയർന്ന ശബ്ദം), പിന്നെ ബെൽ (താഴ്ന്ന ശബ്ദം — S3, S4)	ശരിയായ ഫ്രീക്വൻസി
6	റേറ്റ്, റിഥം, S1/S2, എക്സ്ട്രാ സൗണ്ടുകൾ, മർമർ (സിസ്റ്റോളിക്/ഡയസ്റ്റോളിക്)	ചിട്ടയായ സമീപനം
7	മൈട്രലിന് ഇടതുവശം ചരിച്ച് കിടത്തുക; അയോർട്ടിക്കിന് മുന്നോട്ട് കുനിഞ്ഞിരുത്തുക	മർമറുകൾ വ്യക്തമാക്കൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പുതിയ മർമർ + പനി	എൻഡോകാർഡൈറ്റിസ് — ബ്ലഡ് കൾച്ചറുകൾ; അറിയിക്കുക
മഫിൾഡ് ഹാർട്ട് സൗണ്ട് + ഹൈപ്പോടെൻഷൻ + JVP ഉയർന്നത്	കാർഡിയാക് ടാംപൊനാഡ് — എമർജൻസി

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

റേറ്റ്, റിഥം, ഹാർട്ട് സൗണ്ടുകൾ, എക്സ്ട്രാ സൗണ്ടുകൾ, മർമറുകൾ (സ്ഥലം, സമയം), നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഹാർട്ട് ഫെയിലിയറിൽ S3 ("കെൻ-ടക്-കി") ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡിന്റെ ആദ്യ ലക്ഷണമാകാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

ബവൽ സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ

Auscultating Bowel Sounds

ഉദ്ദേശ്യം. കുടലിന്റെ ചലനം (പെരിസ്റ്റാൽസിസ്) വിലയിരുത്തുക — സർജറിക്ക് ശേഷം, ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ, ഇലിയസ് എന്നിവയിൽ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് അബ്ഡോമിനൽ അസസ്മെന്റ്
- വയർ വീർക്കൽ, ഛർദ്ദി, മലബന്ധം
- എന്ററൽ ഫീഡിങ് തുടങ്ങുന്നതിന് മുമ്പ്
- ഒപിയോയിഡ് ഉപയോഗം

ഉപകരണങ്ങൾ

- ചൂടാക്കിയ സ്റ്റെതസ്കോപ്പ് (ഡയഫ്രം)
- വാച്ച്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	മുട്ട് ചെറുതായി മടക്കി മലർന്ന് കിടത്തുക; മൂത്രം ഒഴിച്ചിട്ടുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക	വയർ റിലാക്സ് ചെയ്യൽ
2	ക്രമം: **നോക്കുക, കേൾക്കുക**, പിന്നെ പെർക്കസ്, പാൽപ്പേറ്റ്	പാൽപ്പേഷൻ ബവൽ സൗണ്ടുകൾ മാറ്റും
3	നാല് ക്വാഡ്രന്റുകളിലും കേൾക്കുക, വലത് താഴ്ഭാഗത്ത് (ഇലിയോസീക്കൽ) തുടങ്ങുക	ഏറ്റവും സജീവമായ ഭാഗം
4	ഓരോ ക്വാഡ്രന്റിലും കുറഞ്ഞത് 1 മിനിറ്റ്; "ഇല്ല" എന്ന് പറയാൻ ആകെ 5 മിനിറ്റ്	ഇടവിട്ടുള്ള ശബ്ദങ്ങൾ
5	സാധാരണ: 5–30 ക്ലിക്കുകൾ/ഗർഗിളുകൾ ഓരോ മിനിറ്റിലും	അടിസ്ഥാനം
6	ഹൈപ്പർആക്റ്റീവ് (വയറിളക്കം, ആദ്യകാല ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ), ഹൈപ്പോആക്റ്റീവ് (ഇലിയസ്, ഒപിയോയിഡുകൾ), ഉയർന്ന സ്വരമുള്ള "ടിങ്ക്ലിങ്" (ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ)	വ്യാഖ്യാനം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ബവൽ സൗണ്ട് ഇല്ല + വയർ വീർക്കൽ + ഛർദ്ദി	ഇലിയസ്/ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ — NPO; അറിയിക്കുക
കട്ടിയുള്ള, മൃദുത്വമില്ലാത്ത വയർ	പെരിറ്റോണൈറ്റിസ് — അടിയന്തരം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഓരോ ക്വാഡ്രന്റിലെയും ശബ്ദം, വയർ വീർക്കൽ, ഫ്ലാറ്റസ്/മലവിസർജ്ജനം, വേദന.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സർജറിക്ക് ശേഷം ബവൽ സൗണ്ടിനെക്കാൾ വിശ്വസനീയമായ ലക്ഷണം ഫ്ലാറ്റസ് (ഗ്യാസ്) പോകുന്നതാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ



വാങ്ങുക ›

ബ്ലാഡർ സ്കാനിങ്
Bladder Scanning

ഉദ്ദേശ്യം. പോർട്ടബിൾ അൾട്രാസൗണ്ട് ഉപയോഗിച്ച് ബ്ലാഡറിലെ മൂത്രത്തിന്റെ അളവ് നോൺ-ഇൻവേസീവ് ആയി അളക്കുക — അനാവശ്യ കത്തീറ്ററൈസേഷൻ ഒഴിവാക്കാൻ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ സംശയം (സർജറി, എപിഡ്യൂറൽ, ഒപിയോയിഡുകൾ എന്നിവയ്ക്ക് ശേഷം)
- പോസ്റ്റ്-വോയ്ഡ് റെസിഡ്യുവൽ (PVR)
- കത്തീറ്റർ നീക്കിയ ശേഷം (TWOC)
- ഒലിഗൂറിയ വിലയിരുത്തൽ

ഉപകരണങ്ങൾ
- ബ്ലാഡർ സ്കാനർ (ചാർജ്ജ് ചെയ്തത്)
- അൾട്രാസൗണ്ട് ജെൽ
- ടിഷ്യൂ
- ആൽക്കഹോൾ വൈപ്പ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വിശദീകരിക്കുക; സ്വകാര്യത; മലർന്ന് കിടത്തുക	സഹകരണം
2	സ്കാനർ ഓണാക്കി ലിംഗം തിരഞ്ഞെടുക്കുക (ഹിസ്റ്റെരക്ടമി ചെയ്ത സ്ത്രീകൾക്ക് "പുരുഷൻ")	ഗർഭാശയം ബ്ലാഡറായി കണക്കാക്കുന്നത് ഒഴിവാക്കാൻ
3	സിംഫിസിസ് പ്യൂബിസിന് 3–4 cm മുകളിൽ ജെൽ പുരട്ടുക	അൾട്രാസൗണ്ട് കൈമാറ്റം
4	പ്രോബിന്റെ ഹെഡ് ദിശാസൂചകം പേഷ്യന്റിന്റെ തലഭാഗത്തേക്ക്; ചെറുതായി ബ്ലാഡറിലേക്ക് ചരിച്ച് സ്കാൻ ചെയ്യുക	ശരിയായ ദിശ
5	ടാർഗറ്റ് മധ്യത്തിലാകും വരെ ക്രമീകരിക്കുക; 2–3 തവണ സ്കാൻ ചെയ്ത് ഏറ്റവും ഉയർന്ന മൂല്യം	കൃത്യത
6	ജെൽ തുടച്ചുമാറ്റുക; പ്രോബ് വൃത്തിയാക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ
7	പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം പ്രവർത്തിക്കുക (ഉദാ. 500 mL-ൽ കൂടുതലെങ്കിൽ ഇൻ-ഔട്ട് കത്തീറ്റർ)	ആവശ്യാനുസരണം മാത്രം കത്തീറ്റർ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
അസൈറ്റിസ്, ഒവേറിയൻ സിസ്റ്റ്, പൊണ്ണത്തടി, പ്രെഗ്നൻസി — തെറ്റായ റീഡിങ്	ക്ലിനിക്കൽ വിലയിരുത്തലുമായി ചേർത്ത് വ്യാഖ്യാനിക്കുക
സ്കാർ, സ്റ്റേപ്പിളുകൾ	രേഖപ്പെടുത്തുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
അളവ് (mL), സമയം, അവസാനം മൂത്രമൊഴിച്ച സമയം, ലക്ഷണങ്ങൾ, നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
മൂത്രമൊഴിച്ച ശേഷം 100–150 mL-ൽ കൂടുതൽ അവശേഷിക്കുന്നത് (PVR) അപൂർണ്ണമായ ബ്ലാഡർ എംപ്റ്റിയിങ് സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

പിറ്റിങ് എഡീമ വിലയിരുത്തൽ
Assessing Pitting Oedema

ഉദ്ദേശ്യം. ടിഷ്യുവിലെ അധിക ഫ്ലൂയിഡിന്റെ തീവ്രത ഗ്രേഡ് ചെയ്യുക — ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, കിഡ്നി, ലിവർ രോഗങ്ങൾ, DVT എന്നിവയിൽ ഫ്ലൂയിഡ് സ്റ്റാറ്റസ് നിരീക്ഷിക്കാൻ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, CKD, നെഫ്രോട്ടിക് സിൻഡ്രോം, സിറോസിസ്
- പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ
- ഒരു കാലിൽ മാത്രം നീര് (DVT)
- ഡൈയൂററ്റിക് ഫലം നിരീക്ഷിക്കൽ

ഉപകരണങ്ങൾ
- കൈ (ഗ്ലൗവ് ആവശ്യമെങ്കിൽ)
- മെഷറിങ് ടേപ്പ്
- വെയ്റ്റിങ് സ്കെയിൽ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഇരുകാലുകളും നിരീക്ഷിക്കുക: സമമിതി, ചർമ്മത്തിന്റെ നിറം, തിളക്കം, ചൂട്	ഒരുവശത്ത് മാത്രം = DVT, സെല്ലുലൈറ്റിസ്
2	ഷിൻ, പാദത്തിന്റെ മുകൾഭാഗം, കണങ്കാൽ എന്നിവയിൽ 5 സെക്കൻഡ് ബലമായി അമർത്തുക	പിറ്റിങ് വിലയിരുത്തൽ
3	കുഴിയുടെ ആഴവും മാറാനുള്ള സമയവും അനുസരിച്ച് ഗ്രേഡ് ചെയ്യുക: 1+ (2 mm, ഉടൻ മാറും) മുതൽ 4+ (8 mm-ൽ കൂടുതൽ, 2 മിനിറ്റിൽ കൂടുതൽ)	സ്റ്റാൻഡേർഡ് സ്കെയിൽ
4	എത്ര ഉയരം വരെ എന്ന് രേഖപ്പെടുത്തുക (കണങ്കാൽ, മുട്ട്, തുട)	ട്രെൻഡ്
5	കിടപ്പിലായവരിൽ സാക്രം പരിശോധിക്കുക	ഗുരുത്വാകർഷണം മൂലം ഫ്ലൂയിഡ് അവിടെ അടിയും
6	ദിവസവും ഒരേ സമയത്ത് ഭാരം; ആവശ്യമെങ്കിൽ കാൽവണ്ണ ചുറ്റളവ്	ഫ്ലൂയിഡ് സ്റ്റാറ്റസിന്റെ ഏറ്റവും നല്ല സൂചകം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഒരുവശത്ത്, വേദനയുള്ള, ചൂടുള്ള നീര്	DVT — മസാജ് ചെയ്യരുത്; അറിയിക്കുക
എഡീമയുള്ള ചർമ്മം എളുപ്പം പൊട്ടും	ചർമ്മ സംരക്ഷണം; കാൽ ഉയർത്തിവെക്കുക
ശ്വാസതടസ്സത്തോടു കൂടിയ എഡീമ	പൾമണറി എഡീമ — അടിയന്തരം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സ്ഥലം, ഗ്രേഡ്, ഉയരം, ഇരുവശവും/ഒരുവശം, ഭാരം, ചർമ്മത്തിന്റെ അവസ്ഥ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ദിവസം 1 kg-ൽ കൂടുതൽ ഭാരം കൂടുന്നത് ഏകദേശം 1 ലിറ്റർ ഫ്ലൂയിഡ് നിലനിർത്തലാണ് — എഡീമ കാണുന്നതിന് മുമ്പുള്ള ലക്ഷണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — BP അളക്കൽ

വാങ്ങുക ›

മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

മെഡിക്കേഷൻ പിഴവുകൾ തടയാവുന്നവയാണ്. ഓരോ ഡോസിലും "റൈറ്റ്സ്" പാലിക്കുക, രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ ഉപയോഗിച്ച് പേഷ്യന്റിനെ ഉറപ്പാക്കുക, കൃത്യമായി കണക്കുകൂട്ടുക, നൽകിയ ഉടൻ രേഖപ്പെടുത്തുക.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
13	പേഷ്യന്റ് ഐഡന്റിറ്റി ഉറപ്പാക്കൽ	ഏതൊരു മരുന്ന്, ബ്ലഡ്, പ്രൊസീജർ, സാമ്പിൾ എന്നിവയ്ക്കും മുമ്പ് ശരിയായ പേഷ്യന്റ് ആണെന്ന് കുറഞ്ഞത് രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ ഉപയോ...	130
14	സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് ഇൻജക്ഷൻ	ചർമ്മത്തിന് താഴെയുള്ള കൊഴുപ്പ് പാളിയിലേക്ക് മരുന്ന് നൽകുക — സാവധാനത്തിലുള്ള, സ്ഥിരമായ ആഗിരണത്തിന് (ഇൻസുലിൻ, ഹെപ്പാരിൻ,...	131
15	ഇൻട്രാമസ്കുലാർ ഇൻജക്ഷൻ — Z-ട്രാക്ക് രീതി	മസിലിനുള്ളിലേക്ക് മരുന്ന് നൽകുക; Z-ട്രാക്ക് രീതി മരുന്ന് ചർമ്മത്തിലേക്ക് ചോരുന്നതും നിറം മാറ്റവും വേദനയും തടയുന്നു.	132
16	ഇൻട്രാഡെർമൽ ഇൻജക്ഷൻ	ചർമ്മത്തിന്റെ ഡെർമിസ് പാളിയിലേക്ക് ചെറിയ അളവ് കുത്തിവെക്കുക — ട്യൂബർക്കുലിൻ (മാന്റൂ) ടെസ്റ്റ്, ആന്റിബയോട്ടിക് ടെസ്റ്റ്...	133
17	ഐ ഡ്രോപ്പുകളും ഓയിന്റ്മെന്റും നൽകൽ	മലിനീകരണവും സിസ്റ്റമിക് ആഗിരണവും ഒഴിവാക്കി കണ്ണിലേക്ക് മരുന്ന് കൃത്യമായി നൽകുക.	134
18	ഇയർ ഡ്രോപ്പുകൾ നൽകൽ	ചെവിയിലെ ഇൻഫെക്ഷൻ ചികിത്സിക്കാനോ മെഴുക് മൃദുവാക്കാനോ എക്സ്റ്റേണൽ ഓഡിറ്ററി കനാലിലേക്ക് മരുന്ന് നൽകുക.	135
19	മീറ്റേർഡ്-ഡോസ് ഇൻഹേലർ (സ്പേസറോടു കൂടി) നൽകൽ	ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്ററുകളും ഇൻഹേൽഡ് സ്റ്റിറോയ്ഡുകളും ശ്വാസകോശത്തിലേക്ക് ഫലപ്രദമായി എത്തിക്കുക — സ്പേസർ ആഗിരണം കൂട്ടുകയും വായ...	136
20	IV ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ് പ്രൈം ചെയ്യലും പ്രോഗ്രാം ചെയ്യലും	ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ കൃത്യമായ നിരക്കിൽ നൽകുക; ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകൾക്ക് ഡോസ്-എറർ റിഡക്ഷൻ ഉപയോഗിക്കുക.	137
21	റെഗുലറും NPH-ഉം ഒരു സിറിഞ്ചിൽ മിക്സ് ചെയ്യൽ	രണ്ട് ഇൻസുലിനുകൾ ഒരു ഇൻജക്ഷനായി കൃത്യമായി എടുക്കുക — തെളിഞ്ഞ ഇൻസുലിൻ കലങ്ങിയതുമായി മലിനമാകാതെ.	138
22	IV ഡ്രിപ്പ് റേറ്റ് കണക്കാക്കൽ (µg/kg/മിനിറ്റ് ഉൾപ്പെടെ)	പമ്പിനായി mL/h, ഗ്രാവിറ്റി സെറ്റിനായി തുള്ളി/മിനിറ്റ്, ഭാരം അടിസ്ഥാനമാക്കിയ ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ (µg/kg/മിനിറ്റ്) എന്നിവ കൃത്യമ...	139
23	NG / ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി ട്യൂബ് വഴി മരുന്ന് നൽകൽ	ട്യൂബ് അടയുന്നതും മരുന്നിന്റെ ഫലം നഷ്ടപ്പെടുന്നതും ആസ്പിരേഷനും ഒഴിവാക്കി എന്ററൽ ട്യൂബ് വഴി മരുന്നുകൾ നൽകുക.	140
24	ട്രാൻസ്ഡെർമൽ പാച്ചുകൾ ഒട്ടിക്കൽ	ചർമ്മം വഴി സ്ഥിരമായ നിരക്കിൽ മരുന്ന് നൽകാൻ പാച്ചുകൾ ശരിയായി ഒട്ടിക്കുകയും നീക്കുകയും ഉപേക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യുക.	141

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

പേഷ്യന്റ് ഐഡന്റിറ്റി ഉറപ്പാക്കൽ

Verifying Patient Identity

ഉദ്ദേശ്യം. ഏതൊരു മരുന്ന്, ബ്ലഡ്, പ്രൊസീജർ, സാമ്പിൾ എന്നിവയ്ക്കും മുമ്പ് ശരിയായ പേഷ്യന്റ് ആണെന്ന് കുറഞ്ഞത് രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ഉറപ്പാക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഓരോ മരുന്ന് നൽകലിനും
- ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ
- സാമ്പിൾ ശേഖരണം, ലേബലിങ്
- പ്രൊസീജറുകൾ, സർജറി, ട്രാൻസ്ഫർ

ഉപകരണങ്ങൾ

- പേഷ്യന്റ് ID ബാൻഡ്
- മെഡിക്കേഷൻ ചാർട്ട്/ഓർഡർ
- (ബാർകോഡ് സ്കാനർ ലഭ്യമെങ്കിൽ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	പേഷ്യന്റിനോട് മുഴുവൻ പേരും ജനന തീയതിയും **പറയാൻ** ആവശ്യപ്പെടുക — "നിങ്ങൾ രാമൻ ആണോ?" എന്ന് ചോദിക്കരുത്	"അതെ" എന്ന ഉത്തരം വിശ്വസനീയമല്ല
2	ID ബാൻഡിലെ പേരും UHID/IP നമ്പറും ചാർട്ടുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുക	രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ
3	ബെഡ് നമ്പറോ മുറി നമ്പറോ ഒരിക്കലും ഐഡന്റിഫയറായി ഉപയോഗിക്കരുത്	പേഷ്യന്റുകൾ മാറ്റപ്പെടാം
4	അലർജി ബാൻഡ്/സ്റ്റാറ്റസ് പരിശോധിക്കുക	അലർജി പിഴവ് തടയൽ
5	ആശയവിനിമയം കഴിയാത്തവരിൽ (അബോധം, കുട്ടികൾ, ഭാഷ) ID ബാൻഡും ബന്ധുവും	ബദൽ ഐഡന്റിഫിക്കേഷൻ
6	ഒരേ പേരുള്ള രോഗികൾക്ക് "നെയിം അലർട്ട്"	ആശയക്കുഴപ്പം തടയൽ
7	സാമ്പിളുകൾ പേഷ്യന്റിന്റെ അരികിൽ വെച്ച് ലേബൽ ചെയ്യുക	തെറ്റായ ലേബൽ തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ID ബാൻഡ് ഇല്ല അല്ലെങ്കിൽ വായിക്കാൻ കഴിയില്ല	മരുന്ന് നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് പുതിയത് ഇടുക
തെറ്റായ പേഷ്യന്റ് — ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ പിഴവ് മാരകം	ബെഡ്സൈഡിൽ രണ്ട് പേർ ഉറപ്പാക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഐഡന്റിഫിക്കേഷൻ ഉറപ്പാക്കിയെന്ന് (മെഡിക്കേഷൻ രേഖയിൽ), പൊരുത്തക്കേടുകൾ, നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ പിഴവുകളിൽ ഭൂരിഭാഗവും ലാബിലല്ല, ബെഡ്സൈഡിലെ തെറ്റായ ഐഡന്റിഫിക്കേഷനിലാണ് സംഭവിക്കുന്നത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് ഇൻജക്ഷൻ

Subcutaneous Injection

ഉദ്ദേശ്യം. ചർമ്മത്തിന് താഴെയുള്ള കൊഴുപ്പ് പാളിയിലേക്ക് മരുന്ന് നൽകുക — സാവധാനത്തിലുള്ള, സ്ഥിരമായ ആഗിരണത്തിന് (ഇൻസുലിൻ, ഹെപ്പാരിൻ, വാക്സിനുകൾ).

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഇൻസുലിൻ
- ഇനോക്സാപാരിൻ, ഹെപ്പാരിൻ
- എപ്പോയിറ്റിൻ, ചില വാക്സിനുകൾ
- പാലിയേറ്റീവ് കെയറിലെ മരുന്നുകൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- നിർദ്ദേശിച്ച മരുന്ന്
- സിറിഞ്ച്/പെൻ, 4–8 mm സൂചി (25–27G)
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ് (ലോക്കൽ പോളിസി)
- ഗ്ലവ്സ്
- ഷാർപ്സ് ബിൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ് പരിശോധിക്കുക; രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ; അലർജി	സുരക്ഷ
2	സൈറ്റ് തിരഞ്ഞെടുക്കുക: വയർ (പൊക്കിളിൽ നിന്ന് 5 cm അകലെ), തുടയുടെ പുറംഭാഗം, കൈയുടെ പിൻഭാഗം; സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക	ലൈപ്പോഹൈപ്പർട്രോഫി തടയൽ
3	ചതവ്, പാട്, ഇൻഫ്ലമേഷൻ എന്നിവയുള്ള സ്ഥലം ഒഴിവാക്കുക	ആഗിരണം ശരിയാക്കൽ
4	ചർമ്മം ഒരു മടക്കായി (പിഞ്ച്) പിടിക്കുക	മസിലിലേക്ക് പോകുന്നത് തടയൽ
5	90° കോണിൽ കുത്തുക (മെലിഞ്ഞവരിൽ ദീർഘ സൂചിയെങ്കിൽ 45°)	SC പാളിയിൽ എത്തൽ
6	ആസ്പിറേറ്റ് ചെയ്യരുത്; സാവധാനം കുത്തിവെക്കുക; പെന്നിൽ 10 സെക്കൻഡ് പിടിച്ചുവെക്കുക	പൂർണ്ണ ഡോസ്; ചോർച്ച തടയൽ
7	സൂചി എടുത്ത് ഉടൻ ഷാർപ്സ് ബിന്നിൽ ഇടുക; തിരുമ്മരുത് (പ്രത്യേകിച്ച് ഹെപ്പാരിൻ)	ചതവ് തടയൽ; നീഡിൽസ്റ്റിക്ക് തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
നീഡിൽസ്റ്റിക്ക് ഇഞ്ചുറി	ഒരിക്കലും റീക്യാപ് ചെയ്യരുത്; സേഫ്റ്റി ഡിവൈസ്
ഇനോക്സാപാരിൻ സിറിഞ്ചിലെ എയർ ബബിൾ പുറത്തുകളയൽ	കളയരുത് — ഡോസ് നഷ്ടപ്പെടും
മസിലിലേക്ക് പോകൽ (ഇൻസുലിൻ വേഗം ആഗിരണം)	ശരിയായ സൂചി നീളം, പിഞ്ച്

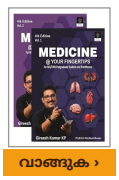
ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

മരുന്ന്, ഡോസ്, സൈറ്റ്, സമയം, ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് (ഇൻസുലിൻ), പേഷ്യന്റ് പ്രതികരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഇൻസുലിൻ ഒരേ സ്ഥലത്ത് ആവർത്തിച്ച് കുത്തിവെക്കുന്നത് കൊഴുപ്പ് കട്ടകൾ (ലൈപ്പോഹൈപ്പർട്രോഫി) ഉണ്ടാക്കി ആഗിരണം പ്രവചനാതീതമാക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം



വാങ്ങുക ›

ഇൻട്രാമസ്കുലാർ ഇൻജക്ഷൻ — Z-ട്രാക്ക് രീതി

Intramuscular Injection — Z-Track Technique

ഉദ്ദേശ്യം. മസിലിനുള്ളിലേക്ക് മരുന്ന് നൽകുക; Z-ട്രാക്ക് രീതി മരുന്ന് ചർമ്മത്തിലേക്ക് ചോരുന്നതും നിറം മാറ്റവും വേദനയും തടയുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- വാക്സിനുകൾ
- ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ (സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ, പെനിസിലിൻ)
- ഡിപ്പോ ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ, ഹോർമോണുകൾ
- ആന്റി-D, മഗ്നീഷ്യം (പ്രിച്ചാർഡ്), അയൺ

ഉപകരണങ്ങൾ
- മരുന്ന്
- സിറിഞ്ച്, 21–23G സൂചി (25–38 mm; ഭാരം അനുസരിച്ച്)
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്
- ഗ്ലവ്സ്
- ഗോസ്
- ഷാർപ്സ് ബിൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ്, ഐഡന്റിറ്റി, അലർജി പരിശോധിക്കുക	സുരക്ഷ
2	സൈറ്റ്: വെൻട്രോഗ്ലൂട്ടിയൽ (ഏറ്റവും സുരക്ഷിതം), വാസ്റ്റസ് ലാറ്ററാലിസ് (ശിശുക്കൾ), ഡെൽറ്റോയ്ഡ് (1 mL വരെ)	നെർവ്, രക്തക്കുഴൽ ഒഴിവാക്കൽ
3	വെൻട്രോഗ്ലൂട്ടിയൽ: കൈപ്പത്തി ഗ്രേറ്റർ ട്രോക്കാന്ററിൽ, ചൂണ്ടുവിരൽ ആന്റീരിയർ സുപ്പീരിയർ ഇലിയാക് സ്പൈനിൽ, നടുവിരൽ ഇലിയാക് ക്രെസ്റ്റിലേക്ക് — "V"-യുടെ നടുവിൽ കുത്തുക	ലാൻഡ്മാർക്കുകൾ
4	ചർമ്മം ശുദ്ധീകരിച്ച് ഉണങ്ങാൻ അനുവദിക്കുക	കുത്തുമ്പോഴുള്ള നീറ്റൽ കുറയ്ക്കൽ
5	Z-ട്രാക്ക്: ചർമ്മം 2.5–3.5 cm വശത്തേക്ക് വലിച്ചുപിടിക്കുക	ചോർച്ച തടയാനുള്ള വഴി അടയ്ക്കൽ
6	90° കോണിൽ വേഗത്തിൽ കുത്തുക; 10 സെക്കൻഡിൽ 1 mL എന്ന രീതിയിൽ സാവധാനം കുത്തിവെക്കുക	വേദന കുറയ്ക്കൽ
7	10 സെക്കൻഡ് കാത്ത് സൂചി എടുക്കുക, പിന്നെ ചർമ്മം വിടുക; തിരുമ്മരുത്	മരുന്ന് മസിലിൽ നിലനിൽക്കും

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സയാറ്റിക് നെർവ് ഇഞ്ചുറി (ഡോർസോഗ്ലൂട്ടിയൽ)	വെൻട്രോഗ്ലൂട്ടിയൽ ഉപയോഗിക്കുക
ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ, ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ	IM ഒഴിവാക്കുക — ഹീമറ്റോമ
ഷോക്കിൽ ആഗിരണം കുറവ്	IV ഉപയോഗിക്കുക
അബ്സസ്	അസെപ്സിസ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മരുന്ന്, ഡോസ്, സൈറ്റ്, സമയം, ബാച്ച് നമ്പർ (വാക്സിൻ), പ്രതികരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

വെൻട്രോഗ്ലൂട്ടിയൽ സൈറ്റിൽ വലിയ നെർവുകളും രക്തക്കുഴലുകളും ഇല്ല — മുതിർന്നവരിൽ IM-ന് ഏറ്റവും സുരക്ഷിതമായ സ്ഥലം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വാങ്ങുക ›

ഇൻട്രാഡെർമൽ ഇൻജക്ഷൻ
Intradermal Injection

ഉദ്ദേശ്യം. ചർമ്മത്തിന്റെ ഡെർമിസ് പാളിയിലേക്ക് ചെറിയ അളവ് കുത്തിവെക്കുക — ട്യൂബർക്കുലിൻ (മാന്റൂ) ടെസ്റ്റ്, ആന്റിബയോട്ടിക് ടെസ്റ്റ് ഡോസ്, BCG എന്നിവയ്ക്ക്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ട്യൂബർക്കുലിൻ സ്കിൻ ടെസ്റ്റ് (മാന്റൂ)
- BCG വാക്സിൻ
- അലർജി ടെസ്റ്റിങ്
- റേബീസ് വാക്സിൻ (ഇൻട്രാഡെർമൽ റെജിമെൻ)

ഉപകരണങ്ങൾ
- ട്യൂബർക്കുലിൻ സിറിഞ്ച് (1 mL), 26–27G സൂചി
- മരുന്ന് (ഉദാ. PPD 0.1 mL)
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്
- ഗ്ലവ്സ്
- സ്കിൻ മാർക്കർ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ്, ഐഡന്റിറ്റി, അലർജി പരിശോധിക്കുക	സുരക്ഷ
2	സൈറ്റ്: കൈത്തണ്ടയുടെ ഉൾഭാഗം (രോമവും പാടുകളുമില്ലാത്തത്); BCG — ഇടത് ഡെൽറ്റോയ്ഡ്	എളുപ്പം വായിക്കാം
3	ചർമ്മം വലിച്ചുപിടിക്കുക; ബെവൽ **മുകളിലേക്ക്**, 5–15° കോണിൽ	ഡെർമിസിൽ മാത്രം
4	ബെവൽ മൂടും വരെ മാത്രം സൂചി കടത്തുക	ആഴം കൂടരുത്
5	സാവധാനം കുത്തിവെക്കുക — 6–10 mm ബ്ലെബ് (കുമിള) ഉണ്ടാകണം	ശരിയായ ഇൻട്രാഡെർമൽ സ്ഥാനം
6	സൂചി എടുക്കുക; തിരുമ്മരുത്, ബാൻഡേജ് ഇടരുത്	മരുന്ന് ചിതറുന്നത് തടയൽ
7	സൈറ്റ് അടയാളപ്പെടുത്തുക; മാന്റൂ 48–72 മണിക്കൂറിൽ വായിക്കുക (ഇൻഡ്യൂറേഷൻ mm-ൽ, ചുവപ്പല്ല)	ശരിയായ വ്യാഖ്യാനം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ബ്ലെബ് ഉണ്ടാകുന്നില്ല (വളരെ ആഴത്തിൽ)	വേറൊരു സ്ഥലത്ത് ആവർത്തിക്കുക
അനാഫൈലാക്സിസ് (ടെസ്റ്റ് ഡോസ്)	എപിനെഫ്രിൻ തയ്യാർ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മരുന്ന്, ഡോസ്, സൈറ്റ്, സമയം; വായിക്കേണ്ട തീയതി; ഫലം (ഇൻഡ്യൂറേഷൻ mm).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
മാന്റൂ ടെസ്റ്റിൽ അളക്കുന്നത് കട്ടിയായ ഭാഗം (ഇൻഡ്യൂറേഷൻ) ആണ് — ചുവപ്പ് (എറിത്തീമ) അല്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

ഐ ഡ്രോപ്പുകളും ഓയിന്റ്മെന്റും നൽകൽ
Administering Eye Drops and Ointment

ഉദ്ദേശ്യം. മലിനീകരണവും സിസ്റ്റമിക് ആഗിരണവും ഒഴിവാക്കി കണ്ണിലേക്ക് മരുന്ന് കൃത്യമായി നൽകുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഗ്ലോക്കോമ
- കൺജങ്ക്റ്റിവൈറ്റിസ്, കോർണിയൽ അൾസർ
- കാറ്ററാക്റ്റ് സർജറിക്ക് ശേഷം
- കണ്ണ് ഉണങ്ങൽ, അബോധാവസ്ഥയിലുള്ളവരുടെ ഐ കെയർ

ഉപകരണങ്ങൾ
- നിർദ്ദേശിച്ച ഡ്രോപ്പ്/ഓയിന്റ്മെന്റ് (ശരിയായ കണ്ണ്)
- സ്റ്റെറൈൽ ഗോസ്/കോട്ടൺ
- ഗ്ലവ്സ്
- ടിഷ്യൂ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ് പരിശോധിക്കുക — **ശരിയായ കണ്ണ്** (വലത്/ഇടത്/രണ്ടും); കാലാവധി, തുറന്ന തീയതി	പിഴവും മലിനീകരണവും തടയൽ
2	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; സ്രവങ്ങൾ ഉള്ളിൽ നിന്ന് പുറത്തേക്ക് തുടയ്ക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ പടരുന്നത് തടയൽ
3	തല പിന്നോട്ട് ചരിച്ച് മുകളിലേക്ക് നോക്കാൻ പറയുക	കോർണിയ സംരക്ഷണം
4	താഴത്തെ കൺപോള താഴേക്ക് വലിച്ച് പോക്കറ്റ് (കൺജങ്ക്റ്റിവൽ സാക്) ഉണ്ടാക്കുക	മരുന്ന് ശരിയായ സ്ഥലത്ത്
5	ഒരു തുള്ളി പോക്കറ്റിലേക്ക് — കോർണിയയിലല്ല; കുപ്പി കണ്ണിൽ തൊടരുത്	മലിനീകരണം, ബ്ലിങ്ക് റിഫ്ലക്സ് ഒഴിവാക്കൽ
6	ഓയിന്റ്മെന്റ്: ഉള്ളിലെ കോണിൽ നിന്ന് പുറത്തേക്ക് 1–2 cm റിബൺ	ഏകീകൃത വിതരണം
7	കണ്ണടച്ച് 1–2 മിനിറ്റ് ഉള്ളിലെ കോണിൽ (നേസോലാക്രിമൽ ഡക്റ്റ്) അമർത്തുക; തിരുമ്മരുത്	സിസ്റ്റമിക് ആഗിരണം (ഉദാ. ടിമോലോൾ — ബ്രാഡിക്കാർഡിയ) കുറയ്ക്കൽ
8	രണ്ടിലധികം ഡ്രോപ്പുകൾക്കിടയിൽ 5 മിനിറ്റ് ഇടവേള; ഓയിന്റ്മെന്റ് അവസാനം	കഴുകിപ്പോകൽ തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
തെറ്റായ കണ്ണ്	ഓർഡറും ലേബലും വീണ്ടും പരിശോധിക്കുക
ബീറ്റ-ബ്ലോക്കർ ഡ്രോപ്പ് — ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, ബ്രോങ്കോസ്പാസം	പങ്റ്റൽ ഒക്ലൂഷൻ; ആസ്ത്മ ചരിത്രം
ക്രോസ്-കണ്ടാമിനേഷൻ	ഓരോ രോഗിക്കും വേറെ കുപ്പി

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മരുന്ന്, കണ്ണ്, തുള്ളികളുടെ എണ്ണം, സമയം, കണ്ണിന്റെ അവസ്ഥ, പ്രതികരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഒരു തുള്ളി മതി — കൺജങ്ക്റ്റിവൽ സാക്കിൽ ഒരു തുള്ളിക്കുള്ള സ്ഥലമേയുള്ളൂ; അധികം ഒഴുകിപ്പോകും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഇയർ ഡ്രോപ്പുകൾ നൽകൽ
Administering Ear Drops

ഉദ്ദേശ്യം. ചെവിയിലെ ഇൻഫെക്ഷൻ ചികിത്സിക്കാനോ മെഴുക് മൃദുവാക്കാനോ എക്സ്റ്റേണൽ ഓഡിറ്ററി കനാലിലേക്ക് മരുന്ന് നൽകുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഓട്ടൈറ്റിസ് എക്സ്റ്റേണ
- ഇയർ വാക്സ് (സെറുമെൻ) മൃദുവാക്കൽ
- ടിമ്പനോസ്റ്റമി ട്യൂബുള്ള ഓട്ടൈറ്റിസ് മീഡിയ

ഉപകരണങ്ങൾ
- നിർദ്ദേശിച്ച ഡ്രോപ്പുകൾ (ശരീര താപനിലയിൽ)
- കോട്ടൺ ബോൾ
- ടിഷ്യൂ
- ഗ്ലവ്സ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ്, ശരിയായ ചെവി പരിശോധിക്കുക; ടിമ്പാനിക് മെംബ്രേൻ പൊട്ടിയിട്ടുണ്ടോ (ചില ഡ്രോപ്പുകൾ ഓട്ടോടോക്സിക്)	സുരക്ഷ
2	കുപ്പി കൈകളിൽ പിടിച്ച് ശരീര താപനിലയിലേക്ക് ചൂടാക്കുക	തണുത്ത ഡ്രോപ്പുകൾ തലകറക്കം ഉണ്ടാക്കും
3	ബാധിച്ച ചെവി മുകളിലേക്ക് വരും വിധം വശം ചരിച്ച് കിടത്തുക	ഗുരുത്വാകർഷണം
4	മുതിർന്നവർ: ചെവി മുകളിലേക്കും പിന്നോട്ടും വലിക്കുക; 3 വയസ്സിൽ താഴെ: താഴേക്കും പിന്നോട്ടും	കനാൽ നേരെയാക്കൽ
5	നിർദ്ദേശിച്ച തുള്ളികൾ കനാലിന്റെ ഭിത്തിയിലേക്ക് ഇടുക; ഡ്രോപ്പർ തൊടരുത്	വായു കുടുങ്ങുന്നത് തടയൽ; മലിനീകരണം
6	ട്രാഗസിൽ മൃദുവായി അമർത്തുക; 3–5 മിനിറ്റ് അതേ പൊസിഷനിൽ	മരുന്ന് ഉള്ളിലേക്ക് പോകാൻ
7	ആവശ്യമെങ്കിൽ ചെവിയിൽ അയഞ്ഞ കോട്ടൺ ബോൾ	ഒഴുകിപ്പോകൽ തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
തലകറക്കം, ഓക്കാനം (തണുത്ത ഡ്രോപ്പ്)	ചൂടാക്കുക
പൊട്ടിയ ടിമ്പാനിക് മെംബ്രേനിൽ അമിനോഗ്ലൈക്കോസൈഡ് ഡ്രോപ്പ്	ഡോക്ടറോട് ചോദിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മരുന്ന്, ചെവി, തുള്ളികൾ, സമയം, സ്രവങ്ങൾ, പ്രതികരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ചെവി വലിക്കുന്ന ദിശ പ്രായത്തിനനുസരിച്ച് മാറുന്നു: മുതിർന്നവരിൽ മുകളിലേക്കും പിന്നോട്ടും, ചെറിയ കുട്ടികളിൽ താഴേക്കും പിന്നോട്ടും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

മീറ്റേർഡ്-ഡോസ് ഇൻഹേലർ (സ്പേസറോടു കൂടി) നൽകൽ

Administering Metered-Dose Inhalers (with Spacer)

ഉദ്ദേശ്യം. ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്ററുകളും ഇൻഹേൽഡ് സ്റ്റിറോയ്ഡുകളും ശ്വാസകോശത്തിലേക്ക് ഫലപ്രദമായി എത്തിക്കുക — സ്പേസർ ആഗിരണം കൂട്ടുകയും വായിൽ അവശേഷിക്കുന്നത് കുറയ്ക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ആസ്ത്മ, COPD
- അക്യൂട്ട് ബ്രോങ്കോസ്പാസം (നെബുലൈസറിന് ബദൽ)
- ഇൻഹേൽഡ് സ്റ്റിറോയ്ഡ് മെയിന്റനൻസ്

ഉപകരണങ്ങൾ
- MDI
- സ്പേസർ (കുട്ടികൾക്കും പ്രായമായവർക്കും മാസ്കോടെ)
- വെള്ളം (വായ കഴുകാൻ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ് പരിശോധിക്കുക; ഇൻഹേലറിന്റെ ഡോസ് കൗണ്ടർ	സുരക്ഷ; കാലിയായിട്ടില്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കൽ
2	ക്യാപ് മാറ്റി നന്നായി കുലുക്കുക; പുതിയതോ ഒരാഴ്ച ഉപയോഗിക്കാത്തതോ ആണെങ്കിൽ പ്രൈം ചെയ്യുക	ഡോസ് കൃത്യത
3	സ്പേസറിൽ ഘടിപ്പിക്കുക; നിവർന്നിരുന്ന് പൂർണ്ണമായി ശ്വാസം പുറത്തുവിടുക	ആഴത്തിലുള്ള ഇൻഹലേഷന് തയ്യാറെടുപ്പ്
4	മൗത്ത്പീസ് ചുണ്ടുകൾ കൊണ്ട് ചുറ്റിപ്പിടിക്കുക; ഒരു പഫ് അമർത്തുക	ഒരു സമയം ഒരു പഫ്
5	സാവധാനം ആഴത്തിൽ ശ്വസിക്കുക (3–5 സെക്കൻഡ്) — അല്ലെങ്കിൽ 4–6 സാധാരണ ശ്വാസങ്ങൾ (കുട്ടികൾ)	മരുന്ന് ആഴത്തിൽ എത്താൻ
6	ശ്വാസം 10 സെക്കൻഡ് പിടിച്ചുവെക്കുക	മരുന്ന് അടിഞ്ഞുകൂടാൻ
7	അടുത്ത പഫിന് മുമ്പ് 30–60 സെക്കൻഡ്	വീണ്ടും കുലുക്കുക
8	സ്റ്റിറോയ്ഡിന് ശേഷം വായ കഴുകി തുപ്പുക	ഓറൽ ത്രഷ് തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
മോശം ടെക്നിക്ക് — മരുന്ന് വായിൽ മാത്രം	ഓരോ സന്ദർശനത്തിലും ടെക്നിക്ക് പരിശോധിക്കുക
ഓറൽ കാൻഡിഡിയാസിസ്, ശബ്ദം പരുക്കനാകൽ	വായ കഴുകുക; സ്പേസർ
ടാക്കിക്കാർഡിയ, വിറയൽ (സാൽബ്യൂട്ടമോൾ)	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മരുന്ന്, പഫുകൾ, സമയം, ടെക്നിക്ക്, പ്രതികരണം (ശ്വാസം, പീക്ക് ഫ്ലോ, SpO_2).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സ്പേസറോടു കൂടിയ MDI അക്യൂട്ട് ആസ്ത്മയിൽ നെബുലൈസർ പോലെ തന്നെ ഫലപ്രദമാണ് — കുട്ടികളിലും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

IV ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ് പ്രൈം ചെയ്യലും പ്രോഗ്രാം ചെയ്യലും

Priming and Programming an IV Infusion Pump

ഉദ്ദേശ്യം. ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ കൃത്യമായ നിരക്കിൽ നൽകുക; ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകൾക്ക് ഡോസ്-എറർ റിഡക്ഷൻ ഉപയോഗിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഹൈ-അലർട്ട് ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ (ഇൻസുലിൻ, ഹെപ്പാരിൻ, പൊട്ടാസ്യം, വാസോപ്രസ്സറുകൾ)
- കൃത്യമായ ഫ്ലൂയിഡ് തെറാപ്പി
- കുട്ടികൾ, ICU
- TPN

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ്, അനുയോജ്യമായ ട്യൂബിങ്
- ഫ്ലൂയിഡ്/മരുന്ന് (ലേബൽ ചെയ്തത്)
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്
- ഗ്ലവ്സ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡർ, മരുന്ന്, ലേബൽ (പേഷ്യന്റ്, മരുന്ന്, അളവ്, ഡൈല്യൂഷൻ, സമയം) പരിശോധിക്കുക	റൈറ്റ്സ്
2	ട്യൂബിങ് റോളർ ക്ലാമ്പ് അടയ്ക്കുക; ബാഗിൽ സ്പൈക്ക് ചെയ്യുക; ഡ്രിപ്പ് ചേംബർ പകുതി നിറയ്ക്കുക	എയർ എംബോളിസം തടയൽ
3	ട്യൂബിങ് പ്രൈം ചെയ്യുക — എല്ലാ വായുവും പുറത്താക്കുക	എയർ ഇൻ ലൈൻ അലാറം തടയൽ
4	പമ്പിൽ ട്യൂബിങ് ലോഡ് ചെയ്ത് ഡോർ അടയ്ക്കുക; ഫ്രീ-ഫ്ലോ ഇല്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക	ആന്റി-ഫ്രീ-ഫ്ലോ സുരക്ഷ
5	ഡ്രഗ് ലൈബ്രറിയിൽ നിന്ന് മരുന്ന് തിരഞ്ഞെടുക്കുക; റേറ്റ് (mL/h), VTBI നൽകുക	ഡോസ്-എറർ റിഡക്ഷൻ സോഫ്റ്റ്വെയർ
6	ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകൾക്ക് രണ്ടാമതൊരു നഴ്സ് ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ആയി പരിശോധിക്കുക	പത്തിരട്ടി പിഴവുകൾ തടയൽ
7	പേഷ്യന്റ് ലൈനുമായി ബന്ധിപ്പിക്കുക; ക്ലാമ്പുകൾ തുറക്കുക; സ്റ്റാർട്ട്; ലൈൻ പിന്തുടർന്ന് ശരിയായ പോർട്ട് ഉറപ്പാക്കുക	തെറ്റായ ലൈനിലേക്ക് പോകൽ തടയൽ
8	ഓരോ മണിക്കൂറിലും റേറ്റ്, നൽകിയ അളവ്, സൈറ്റ് പരിശോധിക്കുക	നിരീക്ഷണം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പമ്പ് പ്രോഗ്രാമിങ് പിഴവ് (ദശാംശം)	ഡബിൾ ചെക്ക്; ഡ്രഗ് ലൈബ്രറി
ട്യൂബിങ് പമ്പിൽ നിന്ന് എടുക്കുമ്പോൾ ഫ്രീ-ഫ്ലോ	ആദ്യം റോളർ ക്ലാമ്പ് അടയ്ക്കുക
അലാറം അവഗണിക്കൽ	കാരണം കണ്ടെത്തി പരിഹരിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഫ്ലൂയിഡ്/മരുന്ന്, റേറ്റ്, തുടങ്ങിയ സമയം, ഡബിൾ ചെക്ക് ചെയ്തവർ, ഓരോ മണിക്കൂറിലെയും അളവ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പമ്പ് ഒരു ഉപകരണം മാത്രമാണ് — പമ്പ് പറയുന്ന ലൈൻ നിങ്ങളുടെ കൈ കൊണ്ട് പേഷ്യന്റ് വരെ പിന്തുടരുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

റെഗുലറും NPH-ഉം ഒരു സിറിഞ്ചിൽ മിക്സ് ചെയ്യൽ

Mixing Regular and NPH Insulin in One Syringe

ഉദ്ദേശ്യം. രണ്ട് ഇൻസുലിനുകൾ ഒരു ഇൻജക്ഷനായി കൃത്യമായി എടുക്കുക — തെളിഞ്ഞ ഇൻസുലിൻ കലങ്ങിയതുമായി മലിനമാകാതെ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- റെഗുലർ + NPH ദിവസം രണ്ട് തവണ റെജിമെൻ (പെൻ/പ്രീമിക്സ് ലഭ്യമല്ലാത്തപ്പോൾ)

ഉപകരണങ്ങൾ
- റെഗുലർ ഇൻസുലിൻ വയൽ
- NPH ഇൻസുലിൻ വയൽ
- U-100 ഇൻസുലിൻ സിറിഞ്ച്
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബുകൾ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡർ, ഇൻസുലിൻ തരങ്ങൾ, കാലാവധി, ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് പരിശോധിക്കുക	സുരക്ഷ
2	NPH വയൽ കൈപ്പത്തികൾക്കിടയിൽ ഉരുട്ടുക (കുലുക്കരുത്)	സസ്പെൻഷൻ കലർത്തൽ
3	വയൽ മുകൾഭാഗങ്ങൾ തുടയ്ക്കുക	അസെപ്സിസ്
4	NPH ഡോസിന് തുല്യമായ വായു NPH വയലിലേക്ക് കുത്തിവെക്കുക — ഇൻസുലിൻ എടുക്കാതെ സൂചി പുറത്തെടുക്കുക	വയലിലെ മർദ്ദം
5	റെഗുലർ ഡോസിന് തുല്യമായ വായു റെഗുലർ വയലിലേക്ക്; വയൽ മറിച്ച് റെഗുലർ ഡോസ് എടുക്കുക	"ക്ലിയർ ബിഫോർ ക്ലൗഡി"
6	വായു കുമിളകൾ മാറ്റുക; ഡോസ് പരിശോധിക്കുക	കൃത്യത
7	NPH വയലിലേക്ക് തിരികെ പോയി, ആകെ ഡോസ് (റെഗുലർ + NPH) വരെ കൃത്യമായി എടുക്കുക — അധികം എടുത്താൽ ഉപേക്ഷിച്ച് വീണ്ടും തുടങ്ങുക	മിക്സ് ചെയ്ത ഇൻസുലിൻ വയലിലേക്ക് തിരിച്ചൊഴിക്കരുത്
8	രണ്ടാമതൊരു നഴ്സ് പരിശോധിക്കുക; ഉടൻ നൽകുക	ഹൈ-അലർട്ട്; മിക്സ് സ്ഥിരത

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
റെഗുലർ വയലിൽ NPH കലരൽ (റെഗുലറിന്റെ വേഗത്തിലുള്ള ഫലം നഷ്ടം)	എപ്പോഴും തെളിഞ്ഞത് ആദ്യം
ഗ്ലാർജിൻ മിക്സ് ചെയ്യൽ	ഒരിക്കലും മിക്സ് ചെയ്യരുത്
ഡോസ് പിഴവ്	ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ഡബിൾ ചെക്ക്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
രണ്ട് ഇൻസുലിനുകളും ഡോസുകളും, ആകെ, സൈറ്റ്, ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ്, ഡബിൾ ചെക്ക് ചെയ്തവർ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഓർമ്മിക്കാൻ: "എയർ ഇൻടു ക്ലൗഡി, എയർ ഇൻടു ക്ലിയർ, ഡ്രോ ക്ലിയർ, ഡ്രോ ക്ലൗഡി".

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

IV ഡ്രിപ്പ് റേറ്റ് കണക്കാക്കൽ (µg/kg/മിനിറ്റ് ഉൾപ്പെടെ)

Calculating IV Drip Rates (including µg/kg/min)

ഉദ്ദേശ്യം. പമ്പിനായി mL/h, ഗ്രാവിറ്റി സെറ്റിനായി തുള്ളി/മിനിറ്റ്, ഭാരം അടിസ്ഥാനമാക്കിയ ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ (µg/kg/മിനിറ്റ്) എന്നിവ കൃത്യമായി കണക്കാക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഗ്രാവിറ്റി ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ (പമ്പ് ലഭ്യമല്ലാത്തപ്പോൾ)
- വാസോപ്രസ്സർ, ഇനോട്രോപ്പ് ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ
- ഭാരം അനുസരിച്ചുള്ള ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ
- ഓർഡറുകൾ പരിശോധിക്കൽ

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഓർഡർ
- കാൽക്കുലേറ്റർ
- ഡ്രഗ് ലേബൽ (അളവ്, ഡൈല്യൂഷൻ)
- ഇൻഫ്യൂഷൻ സെറ്റിന്റെ ഡ്രോപ്പ് ഫാക്ടർ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഡ്രോപ്പ് ഫാക്ടർ അറിയുക: മാക്രോ 15 അല്ലെങ്കിൽ 20 തുള്ളി/mL; മൈക്രോ (പീഡിയാട്രിക്) 60 തുള്ളി/mL	സെറ്റിന്റെ പാക്കറ്റിൽ
2	mL/h = ആകെ അളവ് (mL) ÷ സമയം (മണിക്കൂർ)	പമ്പ് റേറ്റ്
3	തുള്ളി/മിനിറ്റ് = (അളവ് mL × ഡ്രോപ്പ് ഫാക്ടർ) ÷ സമയം (മിനിറ്റ്)	ഗ്രാവിറ്റി റേറ്റ്
4	ഉദാ. 1,000 mL 8 മണിക്കൂറിൽ, 20 തുള്ളി/mL: 1,000 × 20 ÷ 480 = 42 തുള്ളി/മിനിറ്റ്	ഉദാഹരണം
5	കോൺസൻട്രേഷൻ (µg/mL) = മരുന്ന് (mg × 1,000) ÷ ആകെ അളവ് (mL)	ആദ്യ ഘട്ടം
6	mL/h = ഡോസ് (µg/kg/മിനിറ്റ്) × ഭാരം (kg) × 60 ÷ കോൺസൻട്രേഷൻ (µg/mL)	ഭാരം അടിസ്ഥാനമാക്കിയ റേറ്റ്
7	ഉദാ. നോർഎപിനെഫ്രിൻ 4 mg 50 mL-ൽ (80 µg/mL), 0.1 µg/kg/മിനിറ്റ്, 70 kg: 0.1 × 70 × 60 ÷ 80 = 5.25 mL/h	ഉദാഹരണം
8	രണ്ടാമതൊരാൾ ഇൻഡിപെൻഡന്റ്ആയി കണക്കാക്കി ഉറപ്പാക്കുക; ഫലം യുക്തിസഹമാണോ എന്ന് ചിന്തിക്കുക	പത്തിരട്ടി പിഴവ് തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
mg/µg ആശയക്കുഴപ്പം (1,000 മടങ്ങ് പിഴവ്)	യൂണിറ്റുകൾ എഴുതി കണക്കാക്കുക
തുള്ളി എണ്ണാതെ "ഏകദേശം" സെറ്റ് ചെയ്യൽ	ഒരു മിനിറ്റ് മുഴുവൻ എണ്ണുക
ഭാരം കണക്കാക്കൽ, അളക്കാതെ	യഥാർത്ഥ ഭാരം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഓർഡർ, കോൺസൻട്രേഷൻ, കണക്കാക്കിയ റേറ്റ്, ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ചെക്ക്, തുടങ്ങിയ സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഒരു ഉപയോഗപ്രദമായ എളുപ്പവഴി: മൈക്രോഡ്രിപ്പ് സെറ്റിൽ (60 തുള്ളി/mL) തുള്ളി/മിനിറ്റ് = mL/h.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വാങ്ങുക ›

NG / ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി ട്യൂബ് വഴി മരുന്ന് നൽകൽ

Administering Medications via NG or Gastrostomy Tube

ഉദ്ദേശ്യം. ട്യൂബ് അടയുന്നതും മരുന്നിന്റെ ഫലം നഷ്ടപ്പെടുന്നതും ആസ്പിരേഷനും ഒഴിവാക്കി എന്ററൽ ട്യൂബ് വഴി മരുന്നുകൾ നൽകുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- വിഴുങ്ങാൻ കഴിയാത്തവർ (സ്ട്രോക്ക്, ഇൻട്യൂബേഷൻ)
- ദീർഘകാല എന്ററൽ ഫീഡിങ്
- ICU രോഗികൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- ENFit/ഓറൽ സിറിഞ്ച് (IV സിറിഞ്ചല്ല)
- പിൽ ക്രഷർ
- വെള്ളം
- ഗ്ലവ്സ്
- pH സ്ട്രിപ്പ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓരോ മരുന്നും പൊടിക്കാമോ എന്ന് പരിശോധിക്കുക — **എന്ററിക്-കോട്ടഡ്, MR/SR/XL, സബ്ലിംഗ്വൽ, സൈറ്റോടോക്സിക് പൊടിക്കരുത്**	ഫാർമസിസ്റ്റിനോട് ലിക്വിഡ് ബദൽ ചോദിക്കുക
2	ട്യൂബ് സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കുക (pH 5.5-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ X-റേ)	ശ്വാസകോശത്തിലേക്ക് നൽകൽ തടയൽ
3	തല 30–45° ഉയർത്തുക	ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
4	ഫീഡ് നിർത്തുക (ഫെനിറ്റോയിൻ പോലുള്ളവയ്ക്ക് 1–2 മണിക്കൂർ മുമ്പും ശേഷവും)	ഇന്ററാക്ഷനുകൾ
5	ട്യൂബ് 30 mL വെള്ളം കൊണ്ട് ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക	പേറ്റൻസി
6	ഓരോ മരുന്നും വേറെ വേറെ പൊടിച്ച് 15–30 mL വെള്ളത്തിൽ ലയിപ്പിച്ച് നൽകുക; ഇടയിൽ 5–10 mL ഫ്ലഷ്	ഇന്ററാക്ഷനും അടവും തടയൽ
7	അവസാനം 30 mL വെള്ളം കൊണ്ട് ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക; ഫീഡ് പുനരാരംഭിക്കുക	ട്യൂബ് വൃത്തിയാക്കൽ
8	ഫ്ലൂയിഡ് റിസ്ട്രിക്ഷനുള്ളവരിൽ ഫ്ലഷ് അളവ് ഇൻടേക്കിൽ ചേർക്കുക	ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ട്യൂബ് മരുന്ന് IV ലൈനിലേക്ക് (മാരകം)	ENFit/പർപ്പിൾ ഓറൽ സിറിഞ്ചുകൾ മാത്രം
ട്യൂബ് അടയൽ	ശരിയായ ഫ്ലഷിങ്; ചൂടുവെള്ളം; കോക്ക് ഉപയോഗിക്കരുത്
എല്ലാ മരുന്നുകളും ഒരുമിച്ച് കലർത്തൽ	വേറെ വേറെ നൽകുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

മരുന്നുകൾ, രൂപം (പൊടിച്ചത്/ലിക്വിഡ്), ട്യൂബ് സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കിയ രീതി, ഫ്ലഷ് അളവ്, സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പൊടിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് "ഡോണ്ട് ക്രഷ്" ലിസ്റ്റ് പരിശോധിക്കുക — MR ഗുളിക പൊടിക്കുന്നത് മുഴുവൻ ദിവസത്തെ ഡോസ് ഒറ്റയടിക്ക് നൽകുന്നതിന് തുല്യമാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ട്രാൻസ്ഡെർമൽ പാച്ചുകൾ ഒട്ടിക്കൽ

Applying Transdermal Patches

ഉദ്ദേശ്യം. ചർമ്മം വഴി സ്ഥിരമായ നിരക്കിൽ മരുന്ന് നൽകാൻ പാച്ചുകൾ ശരിയായി ഒട്ടിക്കുകയും നീക്കുകയും ഉപേക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഫെന്റാനിൽ, ബ്യൂപ്രിനോർഫിൻ (ക്രോണിക് വേദന)
- നൈട്രോഗ്ലിസറിൻ
- നിക്കോട്ടിൻ റീപ്ലേസ്മെന്റ്
- ഹോർമോണുകൾ, സ്കോപോളമിൻ, റിവാസ്റ്റിഗ്മിൻ

ഉപകരണങ്ങൾ
- പാച്ച്
- ഗ്ലവ്സ്
- ലേബൽ/പേന
- വെള്ളം (സോപ്പ് ഇല്ലാതെ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ് പരിശോധിക്കുക; **പഴയ പാച്ച് കണ്ടെത്തി നീക്കം ചെയ്യുക**	ഇരട്ട ഡോസ് തടയൽ
2	പഴയ പാച്ച് ഒട്ടുന്ന ഭാഗം ഉള്ളിലാക്കി മടക്കി സുരക്ഷിതമായി ഉപേക്ഷിക്കുക (ഫെന്റാനിൽ — കൺട്രോൾഡ് ഡ്രഗ് പ്രോട്ടോക്കോൾ)	മറ്റുള്ളവർക്ക് എക്സ്പോഷർ തടയൽ
3	പുതിയ സൈറ്റ് തിരഞ്ഞെടുക്കുക: വൃത്തിയുള്ള, ഉണങ്ങിയ, രോമം കുറഞ്ഞ, പൊട്ടലില്ലാത്ത ചർമ്മം (നെഞ്ചിന്റെ മുകൾഭാഗം, കൈയുടെ മുകൾഭാഗം, പുറം)	സ്ഥിരമായ ആഗിരണം
4	രോമം ആവശ്യമെങ്കിൽ മുറിക്കുക (ഷേവ് ചെയ്യരുത്); വെള്ളം മാത്രം ഉപയോഗിച്ച് വൃത്തിയാക്കുക	ചർമ്മത്തിലെ ഉരച്ചിൽ ആഗിരണം കൂട്ടും
5	ഗ്ലവ്സ് ധരിച്ച് പാച്ച് ഒട്ടിക്കുക; 30 സെക്കൻഡ് കൈപ്പത്തി കൊണ്ട് അമർത്തുക	പൂർണ്ണ ഒട്ടൽ; നഴ്സിന് എക്സ്പോഷർ ഒഴിവാക്കൽ
6	പാച്ചിൽ തീയതി, സമയം, ഇനീഷ്യൽ എഴുതുക	അടുത്ത മാറ്റം അറിയാൻ
7	ഓരോ തവണയും സൈറ്റ് മാറ്റുക	ചർമ്മ അസ്വസ്ഥത തടയൽ

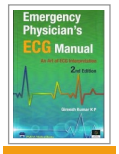
റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പഴയ പാച്ച് നീക്കാൻ മറക്കൽ (ഫെന്റാനിൽ ഓവർഡോസ്)	ബോഡി മാപ്പിൽ സ്ഥലം രേഖപ്പെടുത്തുക
പാച്ചിന് മുകളിൽ ചൂട് (ഹീറ്റിങ് പാഡ്, പനി)	ആഗിരണം കൂടും — ഒഴിവാക്കുക
MRI-ക്ക് മുമ്പ് ലോഹമുള്ള പാച്ചുകൾ	നീക്കം ചെയ്യുക
പാച്ച് മുറിക്കൽ	ഒരിക്കലും മുറിക്കരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മരുന്ന്, ഡോസ്, സൈറ്റ്, സമയം, പഴയ പാച്ച് നീക്കിയത്, ചർമ്മത്തിന്റെ അവസ്ഥ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
നൈട്രോഗ്ലിസറിൻ പാച്ചുകൾ 12 മണിക്കൂർ ഒട്ടിച്ച് 12 മണിക്കൂർ നീക്കിവെക്കുന്നു — "നൈട്രേറ്റ്-ഫ്രീ ഇന്റർവെൽ" ടോളറൻസ് തടയുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO — മെഡിക്കേഷൻ വിത്തൗട്ട് ഹാം

വിഭാഗം: മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 129 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ആശുപത്രിയിലെ മിക്ക രോഗികൾക്കും വാസ്കുലാർ ആക്സസ് ഉണ്ട്. ബ്ലഡ്സ്ട്രീം ഇൻഫെക്ഷനുകൾ, ഫ്ലെബൈറ്റിസ്, ഇൻഫിൽട്രേഷൻ, എയർ എംബോളിസം എന്നിവ അസെപ്റ്റിക് ടെക്നിക്ക്, ശരിയായ ഫ്ലഷിങ്, ഇടയ്ക്കിടെയുള്ള സൈറ്റ് അസസ്മെന്റ് എന്നിവയിലൂടെ തടയാം.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
25	പെരിഫറൽ IV കാനുലേഷൻ	ഫ്ലൂയിഡുകൾ, മരുന്നുകൾ, ബ്ലഡ് എന്നിവ നൽകാൻ പെരിഫറൽ വെയിനിൽ ഒരു ചെറിയ കാനുല സ്ഥാപിക്കുക — അസെപ്റ്റിക് നോൺ-ടച്ച് ടെക്നിക്...	143
26	IV സൈറ്റ് അസസ്മെന്റും പരിപാലനവും (VIP സ്കോർ)	ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും പെരിഫറൽ കാനുല സൈറ്റ് വിലയിരുത്തി ഫ്ലെബൈറ്റിസും ഇൻഫിൽട്രേഷനും നേരത്തെ കണ്ടെത്തുകയും ആവശ്യമില്ലാത്ത കാനു...	144
27	സെൻട്രൽ വീനസ് ആക്സസ് ഡിവൈസ് ഫ്ലഷ് ചെയ്യൽ	സെൻട്രൽ ലൈനിന്റെ (CVC, PICC) പേറ്റൻസി നിലനിർത്തുകയും ഇൻകോംപാറ്റിബിൾ മരുന്നുകൾ കലരുന്നത് തടയുകയും ചെയ്യുക — അസെപ്റ്റിക്...	145
28	സെൻട്രൽ ലൈൻ ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ	സെൻട്രൽ ലൈൻ എക്സിറ്റ് സൈറ്റ് ഇൻഫെക്ഷനിൽ നിന്നും ലൈൻ നീങ്ങുന്നതിൽ നിന്നും സംരക്ഷിക്കാൻ സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ ഡ്രസ്സിങ് ...	146
29	ബ്ലഡ് കൾച്ചർ ശേഖരണം	ബ്ലഡ്സ്ട്രീം ഇൻഫെക്ഷൻ കണ്ടെത്താൻ, ചർമ്മത്തിലെ ബാക്ടീരിയകളാൽ മലിനമാകാതെ, ശരിയായ അളവിൽ ബ്ലഡ് കൾച്ചർ ശേഖരിക്കുക.	147
30	ഇംപ്ലാന്റഡ് പോർട്ട് (പോർട്ട്-എ-കാത്ത്) ആക്സസ് ചെയ്യൽ	ചർമ്മത്തിനടിയിലുള്ള പോർട്ടിലേക്ക് സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ നോൺ-കോറിങ് (ഹ്യൂബർ) സൂചി കടത്തി കീമോതെറാപ്പി, ഇൻഫ്യൂഷൻ, ബ്ലഡ് ...	148
31	പെരിഫറൽ IV കാനുല നീക്കം ചെയ്യൽ	ആവശ്യമില്ലാത്തതോ സങ്കീർണ്ണതയുള്ളതോ ആയ കാനുല ബ്ലീഡിങ്ങും ഇൻഫെക്ഷനും ഇല്ലാതെ സുരക്ഷിതമായി നീക്കം ചെയ്യുക.	149

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
വാങ്ങുക ›

പെരിഫറൽ IV കാനുലേഷൻ

Peripheral IV Cannulation

ഉദ്ദേശ്യം. ഫ്ലൂയിഡുകൾ, മരുന്നുകൾ, ബ്ലഡ് എന്നിവ നൽകാൻ പെരിഫറൽ വെയിനിൽ ഒരു ചെറിയ കാനുല സ്ഥാപിക്കുക — അസെപ്റ്റിക് നോൺ-ടച്ച് ടെക്നിക്ക് (ANTT) ഉപയോഗിച്ച്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- IV ഫ്ലൂയിഡുകൾ, മരുന്നുകൾ
- ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ
- എമർജൻസി ആക്സസ്
- കോൺട്രാസ്റ്റ് സ്റ്റഡികൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- ശരിയായ സൈസ് കാനുല (റിസസിറ്റേഷൻ 16–18G, ബ്ലഡ് 18–20G, സാധാരണ 20–22G)
- ടൂർണിക്കെ
- 2% ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ–70% ആൽക്കഹോൾ
- സ്റ്റെറൈൽ ട്രാൻസ്പരന്റ് ഡ്രസ്സിങ്
- സലൈൻ ഫ്ലഷ്, എക്സ്റ്റൻഷൻ സെറ്റ്
- ഗ്ലൗവ്സ്, ഷാർപ്സ് ബിൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഇൻഡിക്കേഷൻ ഉറപ്പാക്കുക; തിരിച്ചറിയുക; വിശദീകരിക്കുക; ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ	അനാവശ്യ കാനുലകൾ ഒഴിവാക്കൽ
2	വെയിൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുക: കൈത്തണ്ടയുടെ മുന്നിലോ കൈയുടെ പിന്നിലോ; വലുതും നേരായതും; സന്ധികൾ ഒഴിവാക്കുക; ആദ്യം താഴെ നിന്ന്	സൗകര്യം, ദൈർഘ്യം
3	ഫിസ്റ്റുല, മാസ്റ്റക്ടമി, സ്ട്രോക്ക്, പൊള്ളൽ എന്നിവയുള്ള കൈ ഒഴിവാക്കുക	സങ്കീർണ്ണതകൾ തടയൽ
4	ടൂർണിക്കെ 7–10 cm മുകളിൽ കെട്ടുക; സൈറ്റ് 30 സെക്കൻഡ് ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ ഉപയോഗിച്ച് തുടച്ച് ഉണങ്ങാൻ അനുവദിക്കുക; **വീണ്ടും തൊടരുത്**	ANTT — CRBSI തടയൽ
5	ചർമ്മം വലിച്ചുപിടിച്ച് ബെവൽ മുകളിലേക്ക് 10–30° കോണിൽ കുത്തുക; ഫ്ലാഷ്ബാക്ക് കാണുമ്പോൾ കോൺ താഴ്ത്തി 2 mm കൂടി	കാനുല വെയിനിനുള്ളിൽ
6	സ്റ്റൈലറ്റ് പിടിച്ച് കാനുല മുന്നോട്ട് നീക്കുക; ടൂർണിക്കെ അഴിക്കുക; വെയിനിൽ അമർത്തി സ്റ്റൈലറ്റ് എടുത്ത് ഉടൻ ഷാർപ്സ് ബിന്നിൽ	ബ്ലഡ് ചോർച്ചയും നീഡിൽസ്റ്റിക്കും തടയൽ
7	എക്സ്റ്റൻഷൻ ഘടിപ്പിച്ച് സലൈൻ ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക — വേദന, നീര് ഇല്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക	പേറ്റൻസി
8	ട്രാൻസ്പരന്റ് ഡ്രസ്സിങ്; തീയതി, സൈസ് ലേബൽ ചെയ്യുക	നിരീക്ഷണം; മാറ്റേണ്ട സമയം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഒരു നഴ്സ് 2-ൽ കൂടുതൽ ശ്രമിക്കൽ	കൂടുതൽ പരിചയമുള്ളയാളെ വിളിക്കുക; അൾട്രാസൗണ്ട്
ആർട്ടീരിയൽ പഞ്ചർ (ചുവന്ന, പൾസറ്റൈൽ രക്തം)	നീക്കം ചെയ്ത് 5 മിനിറ്റ് അമർത്തുക
ഹീമറ്റോമ	ടൂർണിക്കെ ഉടൻ അഴിക്കുക; അമർത്തുക
സ്റ്റൈലറ്റ് വീണ്ടും കാനുലയിലേക്ക് കടത്തൽ	കാനുല മുറിയാം — ഒരിക്കലും ചെയ്യരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

തീയതി, സമയം, സൈറ്റ്, സൈസ്, ശ്രമങ്ങളുടെ എണ്ണം, ഫ്ലഷ് ചെയ്തത്, VIP സ്കോർ, കാനുലേഷൻ ചെയ്തയാൾ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഫ്ലോ റേറ്റ് കാനുലയുടെ നീളത്തിന് വിപരീതവും വ്യാസത്തിന്റെ നാലാം കൃതിക്ക് ആനുപാതികവുമാണ് — റിസസിറ്റേഷന് ചെറുതും വലുതുമായ രണ്ട് കാനുലകൾ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 142 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

IV സൈറ്റ് അസസ്മെന്റും പരിപാലനവും (VIP സ്കോർ)

IV Site Assessment and Maintenance (VIP Score)

ഉദ്ദേശ്യം. ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും പെരിഫറൽ കാനുല സൈറ്റ് വിലയിരുത്തി ഫ്ലെബൈറ്റിസും ഇൻഫിൽട്രേഷനും നേരത്തെ കണ്ടെത്തുകയും ആവശ്യമില്ലാത്ത കാനുലകൾ നീക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- എല്ലാ പെരിഫറൽ IV കാനുലകളും — കുറഞ്ഞത് ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും; ഇൻഫ്യൂഷൻ സമയത്ത് കൂടുതൽ തവണ

ഉപകരണങ്ങൾ
- VIP (വിഷ്വൽ ഇൻഫ്യൂഷൻ ഫ്ലെബൈറ്റിസ്) സ്കോർ ചാർട്ട്
- സലൈൻ ഫ്ലഷ്
- ഡ്രസ്സിങ് (ആവശ്യമെങ്കിൽ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഡ്രസ്സിങ്ങിലൂടെ സൈറ്റ് നോക്കുക; മൃദുവായി തൊട്ടുനോക്കുക; പേഷ്യന്റിനോട് വേദന ചോദിക്കുക	ആദ്യ ലക്ഷണങ്ങൾ
2	VIP 0: ആരോഗ്യമുള്ള സൈറ്റ് — നിരീക്ഷിക്കുക	സ്കോറിങ്
3	VIP 1: ചെറിയ വേദന അല്ലെങ്കിൽ ചുവപ്പ് — സാധ്യതയുള്ള ഫ്ലെബൈറ്റിസ്; നിരീക്ഷിക്കുക	ആദ്യ ഘട്ടം
4	VIP 2 അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ: വേദന, ചുവപ്പ്, നീര് (2 എണ്ണം) — **കാനുല നീക്കി പുനർസ്ഥാപിക്കുക**	ആദ്യകാല ഫ്ലെബൈറ്റിസ്
5	VIP 4–5: വെയിൻ കട്ടിയായത്, പ്യൂറൽ — നീക്കുക, ചികിത്സിക്കുക, കൾച്ചർ പരിഗണിക്കുക	ത്രോംബോഫ്ലെബൈറ്റിസ്
6	ഇൻഫിൽട്രേഷൻ (തണുത്ത, വിളറിയ, നീരുള്ള)	ഇൻഫ്യൂഷൻ നിർത്തുക; കാനുല നീക്കുക; കൈ ഉയർത്തിവെക്കുക
7	ഓരോ ദിവസവും ചോദിക്കുക: "ഈ കാനുല ഇപ്പോഴും ആവശ്യമാണോ?"	ആവശ്യമില്ലാത്ത കാനുല — ഇൻഫെക്ഷൻ റിസ്ക്
8	ഉപയോഗത്തിന് മുമ്പും ശേഷവും സലൈൻ ഫ്ലഷ് (പോസിറ്റീവ് പ്രഷർ)	പേറ്റൻസി

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
വെസിക്കന്റ് എക്സ്ട്രാവസേഷൻ (കീമോ, വാസോപ്രസ്സർ, കാൽസ്യം, ഡെക്സ്ട്രോസ് 25%)	ഉടൻ നിർത്തി ആസ്പിറേറ്റ് ചെയ്ത് പ്രോട്ടോക്കോൾ പാലിക്കുക; ആന്റിഡോട്ട്
ആവശ്യമില്ലാത്ത "കേവലം ഉള്ളത്" കാനുലകൾ	നീക്കം ചെയ്യുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലെയും VIP സ്കോർ, നടപടി, നീക്കിയ തീയതി/കാരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
കാനുലകൾ സമയം അനുസരിച്ചല്ല, ക്ലിനിക്കൽ ആവശ്യം അനുസരിച്ചാണ് മാറ്റേണ്ടത് — എന്നാൽ ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും VIP വിലയിരുത്തൽ നിർബന്ധം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 142 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സെൻട്രൽ വീനസ് ആക്സസ് ഡിവൈസ് ഫ്ലഷ് ചെയ്യൽ

Flushing a Central Venous Access Device

ഉദ്ദേശ്യം. സെൻട്രൽ ലൈനിന്റെ (CVC, PICC) പേറ്റൻസി നിലനിർത്തുകയും ഇൻകോംപാറ്റിബിൾ മരുന്നുകൾ കലരുന്നത് തടയുകയും ചെയ്യുക — അസെപ്റ്റിക് ടെക്നിക്കിൽ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഓരോ മരുന്ന്, ബ്ലഡ് സാമ്പിൾ, ഇൻഫ്യൂഷൻ എന്നിവയ്ക്ക് മുമ്പും ശേഷവും
- ഉപയോഗിക്കാത്ത ലൂമനുകൾ (പോളിസി പ്രകാരം)
- ലൈൻ പേറ്റൻസി പരിശോധന

ഉപകരണങ്ങൾ

- **10 mL അല്ലെങ്കിൽ വലിയ സിറിഞ്ച്** (പ്രീഫിൽഡ് സലൈൻ)
- ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ/ആൽക്കഹോൾ വൈപ്പുകൾ
- ഗ്ലവ്സ്
- (ഹെപ്പാരിൻ ലോക്ക് — പോളിസി പ്രകാരം)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; ഗ്ലവ്സ്; ലൈൻ തരവും ലൂമനും തിരിച്ചറിയുക	അസെപ്സിസ്
2	നീഡിൽഫ്രീ കണക്ടർ ("ഹബ്") 15 സെക്കൻഡ് ബലമായി ഉരച്ച് തുടയ്ക്കുക; ഉണങ്ങാൻ അനുവദിക്കുക — "സ്ക്രബ് ദ ഹബ്"	CLABSI തടയലിൽ ഏറ്റവും പ്രധാനം
3	10 mL സിറിഞ്ച് ഘടിപ്പിക്കുക; ക്ലാമ്പ് തുറക്കുക	ചെറിയ സിറിഞ്ച് ഉയർന്ന മർദ്ദം ഉണ്ടാക്കി ലൈൻ പൊട്ടിക്കാം
4	ആസ്പിറേറ്റ് ചെയ്ത് ബ്ലഡ് റിട്ടേൺ ഉറപ്പാക്കുക	പേറ്റൻസി
5	**പൾസറ്റൈൽ ("പുഷ്-പോസ്") രീതിയിൽ** 10 mL സലൈൻ ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക (1 mL വീതം തള്ളി നിർത്തി)	ടർബുലൻസ് ഭിത്തിയിലെ നിക്ഷേപം നീക്കും
6	പോസിറ്റീവ് പ്രഷർ നിലനിർത്തി ക്ലാമ്പ് ചെയ്യുക (കണക്ടർ തരം അനുസരിച്ച്)	ബ്ലഡ് ലൈനിലേക്ക് തിരികെ വരുന്നത് തടയൽ
7	പ്രതിരോധം അനുഭവപ്പെട്ടാൽ **ബലം പ്രയോഗിക്കരുത്** — ക്ലാമ്പ്, കിങ്ക്, പൊസിഷൻ പരിശോധിക്കുക; അറിയിക്കുക	ത്രോംബസ് എംബോളൈസേഷൻ, ലൈൻ പൊട്ടൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
അടഞ്ഞ ലൈനിൽ ബലം പ്രയോഗിക്കൽ	ഒരിക്കലും ചെയ്യരുത് — പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം ആൾട്ടെപ്ലേസ്
എയർ എംബോളിസം	എപ്പോഴും ക്ലാമ്പ് ചെയ്യുക; വായുവില്ലാത്ത സിറിഞ്ച്
CLABSI	ഹബ് സ്ക്രബ്; ANTT

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ലൂമൻ, ഫ്ലഷ് (അളവ്, ലായനി), ബ്ലഡ് റിട്ടേൺ, പ്രതിരോധം, നടപടി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഓരോ ആക്സസിനും മുമ്പ് "സ്ക്രബ് ദ ഹബ്" — ലൈൻ ഇൻഫെക്ഷനുകളിൽ പലതും ഹബ്ബിലൂടെ ഉള്ളിലേക്ക് എത്തുന്നവയാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

സെൻട്രൽ ലൈൻ ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ

Central Line Dressing Change

ഉദ്ദേശ്യം. സെൻട്രൽ ലൈൻ എക്സിറ്റ് സൈറ്റ് ഇൻഫെക്ഷനിൽ നിന്നും ലൈൻ നീങ്ങുന്നതിൽ നിന്നും സംരക്ഷിക്കാൻ സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ട്രാൻസ്പരന്റ് ഡ്രസ്സിങ്: 7 ദിവസത്തിലൊരിക്കൽ
- ഗോസ് ഡ്രസ്സിങ്: 2 ദിവസത്തിലൊരിക്കൽ
- നനഞ്ഞതോ, അയഞ്ഞതോ, മലിനമായതോ ആയാൽ ഉടൻ

ഉപകരണങ്ങൾ

- സെൻട്രൽ ലൈൻ ഡ്രസ്സിങ് കിറ്റ്
- മാസ്കുകൾ (നഴ്സിനും പേഷ്യന്റിനും)
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്, ക്ലീൻ ഗ്ലവ്സ്
- 2% ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ–ആൽക്കഹോൾ
- CHG-ഇംപ്രഗ്നേറ്റഡ് ട്രാൻസ്പരന്റ് ഡ്രസ്സിങ്
- സെക്യൂർമെന്റ് ഡിവൈസ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വിശദീകരിക്കുക; നഴ്സും പേഷ്യന്റും മാസ്ക് ധരിക്കുക; പേഷ്യന്റിന്റെ തല ലൈനിൽ നിന്ന് മാറ്റി തിരിക്കുക	ഡ്രോപ്ലറ്റ് മലിനീകരണം തടയൽ
2	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; ക്ലീൻ ഗ്ലവ്സ്; പഴയ ഡ്രസ്സിങ് ഇൻസർഷൻ സൈറ്റിലേക്ക് മുകളിൽ നിന്ന് താഴേക്ക് നീക്കുക	ലൈൻ പുറത്തേക്ക് വരുന്നത് തടയൽ
3	സൈറ്റ് പരിശോധിക്കുക: ചുവപ്പ്, പഴുപ്പ്, നീര്, ടെൻഡർനെസ്; എക്സ്റ്റേണൽ നീളം അളക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ, ലൈൻ നീക്കം കണ്ടെത്തൽ
4	ഗ്ലവ്സ് മാറ്റുക; ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്	സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ്
5	ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ കൊണ്ട് 30 സെക്കൻഡ് മുന്നോട്ടും പിന്നോട്ടും ഉരയ്ക്കുക; **പൂർണ്ണമായി ഉണങ്ങാൻ** അനുവദിക്കുക	ആന്റിസെപ്റ്റിക് ഫലം ഉണങ്ങുമ്പോൾ
6	പുതിയ സെക്യൂർമെന്റ് ഡിവൈസും CHG ഡ്രസ്സിങ്ങും വെക്കുക — ഇൻസർഷൻ സൈറ്റ് മധ്യത്തിൽ, ചുളിവുകൾ ഇല്ലാതെ	സീൽ
7	തീയതി, സമയം, ഇനീഷ്യൽ ലേബൽ ചെയ്യുക	അടുത്ത മാറ്റം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ലൈൻ പുറത്തേക്ക് വരൽ	ശ്രദ്ധയോടെ നീക്കുക; എക്സ്റ്റേണൽ നീളം താരതമ്യം ചെയ്യുക
CLABSI	സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്ക്; ബണ്ടിൽ പാലിക്കൽ
എയർ എംബോളിസം (ലൈൻ മുറിഞ്ഞാൽ)	ക്ലാമ്പ് ചെയ്ത് ഇടതുവശം ചരിച്ച് തല താഴ്ത്തി കിടത്തുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സൈറ്റിന്റെ അവസ്ഥ, എക്സ്റ്റേണൽ നീളം, ഡ്രസ്സിങ് തരം, തീയതി, സമയം, ലൈൻ ദിവസങ്ങൾ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഓരോ ദിവസവും ലൈനിന്റെ ആവശ്യം വിലയിരുത്തുക — CLABSI തടയാനുള്ള ഏറ്റവും നല്ല മാർഗ്ഗം ആവശ്യമില്ലാത്ത ലൈൻ നീക്കം ചെയ്യലാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 142 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ബ്ലഡ് കൾച്ചർ ശേഖരണം
Blood Culture Collection

ഉദ്ദേശ്യം. ബ്ലഡ്സ്ട്രീം ഇൻഫെക്ഷൻ കണ്ടെത്താൻ, ചർമ്മത്തിലെ ബാക്ടീരിയകളാൽ മലിനമാകാതെ, ശരിയായ അളവിൽ ബ്ലഡ് കൾച്ചർ ശേഖരിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- സെപ്സിസ്, പനി 38.3°C-ൽ കൂടുതൽ, വിറയൽ
- ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾക്ക് മുമ്പ്
- എൻഡോകാർഡൈറ്റിസ്, ലൈൻ ഇൻഫെക്ഷൻ സംശയം

ഉപകരണങ്ങൾ
- ബ്ലഡ് കൾച്ചർ കുപ്പികൾ (എയറോബിക് + അനേറോബിക്)
- 2% ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ–ആൽക്കഹോൾ
- ബട്ടർഫ്ലൈ നീഡിൽ, ഹോൾഡർ
- ടൂർണിക്കെ
- ക്ലീൻ ഗ്ലവ്സ്
- ലേബലുകൾ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾക്ക് മുമ്പ് — എന്നാൽ സെപ്സിസിൽ ആന്റിബയോട്ടിക് വൈകിപ്പിക്കരുത്	ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ഫലം
2	കുപ്പികളിലെ ക്യാപ്പുകൾ മാറ്റി സെപ്റ്റം 70% ആൽക്കഹോൾ കൊണ്ട് തുടച്ച് ഉണങ്ങാൻ അനുവദിക്കുക	കുപ്പി മലിനീകരണം
3	ചർമ്മം 30 സെക്കൻഡ് ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ കൊണ്ട് ഉരച്ച് 30 സെക്കൻഡ് ഉണങ്ങാൻ അനുവദിക്കുക; വീണ്ടും തൊടരുത്	കണ്ടാമിനന്റ് ഫലം കുറയ്ക്കൽ
4	ഓരോ കുപ്പിയിലും മുതിർന്നവരിൽ 8–10 mL (ആകെ 20 mL ഒരു സെറ്റിന്)	അളവ് കൂടുമ്പോൾ ബാക്ടീരിയ കണ്ടെത്താനുള്ള സാധ്യത കൂടും
5	ബട്ടർഫ്ലൈ ഉപയോഗിക്കുമ്പോൾ ആദ്യം എയറോബിക് കുപ്പി	ട്യൂബിലെ വായു എയറോബിക്കിലേക്ക്
6	രണ്ട് വ്യത്യസ്ത സ്ഥലങ്ങളിൽ നിന്ന് രണ്ട് സെറ്റുകൾ	യഥാർത്ഥ ബാക്ടീരീമിയ vs കണ്ടാമിനേഷൻ
7	ബെഡ്സൈഡിൽ ലേബൽ ചെയ്യുക (സ്ഥലം, സമയം); കുപ്പിയിലെ ബാർകോഡ് മറയ്ക്കരുത്; ഉടൻ ലാബിലേക്ക്	ശരിയായ വ്യാഖ്യാനം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
നിലവിലുള്ള IV കാനുലയിൽ നിന്ന് എടുക്കൽ (പുതുതായി ഇട്ടത് ഒഴികെ)	പുതിയ വെനിപങ്ചർ
ചർമ്മം തുടച്ച ശേഷം വെയിൻ തൊട്ടുനോക്കൽ	സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ് അല്ലെങ്കിൽ തൊടരുത്
അളവ് കുറവ്	തെറ്റായ നെഗറ്റീവ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സെറ്റുകളുടെ എണ്ണം, സ്ഥലങ്ങൾ, സമയം, അളവ്, താപനില, ആന്റിബയോട്ടിക് തുടങ്ങിയ സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഒരു സെറ്റ് മാത്രം എടുത്താൽ, സ്കിൻ ബാക്ടീരിയ (CoNS) വളർന്നാൽ അത് യഥാർത്ഥ ഇൻഫെക്ഷനാണോ കണ്ടാമിനേഷനാണോ എന്ന് പറയാൻ കഴിയില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 142 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഇംപ്ലാന്റഡ് പോർട്ട് (പോർട്ട്-എ-കാത്ത്) ആക്സസ് ചെയ്യൽ

Accessing an Implanted Port (Port-a-Cath)

ഉദ്ദേശ്യം. ചർമ്മത്തിനടിയിലുള്ള പോർട്ടിലേക്ക് സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ നോൺ-കോറിങ് (ഹ്യൂബർ) സൂചി കടത്തി കീമോതെറാപ്പി, ഇൻഫ്യൂഷൻ, ബ്ലഡ് സാമ്പിൾ എന്നിവ എടുക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കീമോതെറാപ്പി
- ദീർഘകാല IV തെറാപ്പി
- ആവർത്തിച്ചുള്ള ബ്ലഡ് സാമ്പിളുകൾ
- മാസംതോറുമുള്ള ഫ്ലഷ് (ഉപയോഗിക്കാത്തപ്പോൾ)

ഉപകരണങ്ങൾ

- **നോൺ-കോറിങ് ഹ്യൂബർ സൂചി** (19–22G, ശരിയായ നീളം)
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്, മാസ്ക്
- ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ-ആൽക്കഹോൾ
- 10 mL സലൈൻ സിറിഞ്ചുകൾ
- ട്രാൻസ്പരന്റ് ഡ്രസ്സിങ്
- (ആവശ്യമെങ്കിൽ ലോക്കൽ അനസ്തെറ്റിക് ക്രീം)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വിശദീകരിക്കുക; ആവശ്യമെങ്കിൽ 30–60 മിനിറ്റ് മുമ്പ് അനസ്തെറ്റിക് ക്രീം	സുഖം
2	പോർട്ട് തൊട്ടുനോക്കി സെപ്റ്റത്തിന്റെ വശങ്ങൾ കണ്ടെത്തുക; സൈറ്റ് പരിശോധിക്കുക	ലോക്കേഷൻ; ഇൻഫെക്ഷൻ
3	മാസ്ക്; ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്; ഹ്യൂബർ സൂചി സലൈൻ കൊണ്ട് പ്രൈം ചെയ്യുക	എയർ എംബോളിസം തടയൽ
4	ചർമ്മം ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ കൊണ്ട് 30 സെക്കൻഡ് ഉരച്ച് ഉണങ്ങാൻ അനുവദിക്കുക	അസെപ്സിസ്
5	ഒരു കൈ കൊണ്ട് പോർട്ട് സ്ഥിരമാക്കി, സൂചി 90° കോണിൽ സെപ്റ്റത്തിലൂടെ പിന്നിലെ പ്ലേറ്റിൽ തൊടും വരെ കടത്തുക	ശരിയായ സ്ഥാനം
6	ആസ്പിറേറ്റ് ചെയ്ത് ബ്ലഡ് റിട്ടേൺ ഉറപ്പാക്കുക; 10 mL സലൈൻ പൾസറ്റൈൽ ആയി ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക — വേദന, നീര് ഇല്ല	പേറ്റൻസി; എക്സ്ട്രാവസേഷൻ ഇല്ല
7	സൂചി ട്രാൻസ്പരന്റ് ഡ്രസ്സിങ് കൊണ്ട് ഉറപ്പിക്കുക; 7 ദിവസത്തിലൊരിക്കൽ സൂചി മാറ്റുക	സൂചി നീങ്ങൽ തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സാധാരണ ഹൈപ്പോഡെർമിക് സൂചി സെപ്റ്റം നശിപ്പിക്കും	ഹ്യൂബർ സൂചി മാത്രം
ബ്ലഡ് റിട്ടേൺ ഇല്ല + നീര് (എക്സ്ട്രാവസേഷൻ — കീമോ അപകടം)	വെസിക്കന്റ് നൽകരുത്; അറിയിക്കുക
ഇൻഫെക്ഷൻ	സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്ക്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സൂചി സൈസ്, ബ്ലഡ് റിട്ടേൺ, ഫ്ലഷ്, സൈറ്റിന്റെ അവസ്ഥ, തീയതി, പേഷ്യന്റ് പ്രതികരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

വെസിക്കന്റ് കീമോതെറാപ്പിക്ക് മുമ്പ് ബ്ലഡ് റിട്ടേൺ നിർബന്ധം — ബ്ലഡ് വരാത്ത പോർട്ടിൽ സൂചി സെപ്റ്റത്തിന് പുറത്തായിരിക്കാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 142 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

പെരിഫറൽ IV കാനുല നീക്കം ചെയ്യൽ

Discontinuing a Peripheral IV Cannula

ഉദ്ദേശ്യം. ആവശ്യമില്ലാത്തതോ സങ്കീർണ്ണതയുള്ളതോ ആയ കാനുല ബ്ലീഡിങ്ങും ഇൻഫെക്ഷനും ഇല്ലാതെ സുരക്ഷിതമായി നീക്കം ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- IV തെറാപ്പി പൂർത്തിയായി
- ഫ്ലെബൈറ്റിസ് (VIP 2-ൽ കൂടുതൽ), ഇൻഫിൽട്രേഷൻ
- അടഞ്ഞ കാനുല
- ഡിസ്ചാർജ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- ക്ലീൻ ഗ്ലവ്സ്
- സ്റ്റെറൈൽ ഗോസ്
- ടേപ്പ്/പ്ലാസ്റ്റർ
- (ഇൻഫെക്ഷനുണ്ടെങ്കിൽ കൾച്ചർ സ്വാബ്)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡർ/ആവശ്യം ഉറപ്പാക്കുക; വിശദീകരിക്കുക; ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ ഉണ്ടോ	ബ്ലീഡിങ് റിസ്ക്
2	ഇൻഫ്യൂഷൻ നിർത്തി ക്ലാമ്പ് ചെയ്യുക	ഫ്ലൂയിഡ് ചോർച്ച തടയൽ
3	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; ഗ്ലവ്സ്; ഡ്രസ്സിങ് ശ്രദ്ധയോടെ നീക്കുക — കത്രിക ഉപയോഗിക്കരുത്	കാനുല മുറിയുന്നത് തടയൽ
4	ഗോസ് സൈറ്റിന് മുകളിൽ വെച്ച് (അമർത്താതെ) കാനുല വെയിനിന് സമാന്തരമായി സാവധാനം പുറത്തെടുക്കുക	വെയിൻ ഇഞ്ചുറി തടയൽ
5	ഉടൻ 1–2 മിനിറ്റ് അമർത്തുക (ആന്റികോയാഗുലന്റുകളിൽ 5 മിനിറ്റ്); കൈ ഉയർത്തുക	ഹീമറ്റോമ തടയൽ
6	**കാനുലയുടെ അറ്റം പൂർണ്ണമാണോ** എന്ന് പരിശോധിക്കുക	കാനുല എംബോളിസം കണ്ടെത്തൽ
7	ഡ്രസ്സിങ് വെക്കുക; സൈറ്റിൽ പഴുപ്പുണ്ടെങ്കിൽ അറ്റം കൾച്ചറിന് അയക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
കാനുലയുടെ അറ്റം നഷ്ടമായി	മുകളിൽ ടൂർണിക്കെ കെട്ടി ഉടൻ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക
ബ്ലീഡിങ്	കൂടുതൽ സമയം അമർത്തുക
ഫ്ലെബൈറ്റിസ് തുടരുന്നു	ചൂട് പിടിക്കൽ; നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

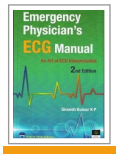
നീക്കിയ തീയതി, സമയം, കാരണം, കാനുല പൂർണ്ണമായിരുന്നു, സൈറ്റിന്റെ അവസ്ഥ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഡിസ്ചാർജിന് മുമ്പ് എല്ലാ കാനുലകളും നീക്കിയെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക — മറന്നുപോയ കാനുലകൾ ഗുരുതരമായ ഇൻഫെക്ഷനുകൾക്ക് കാരണമാകുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 142 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ഹാൻഡ് ഹൈജീനാണ് ഹെൽത്ത്കെയർ-അസോസിയേറ്റഡ് ഇൻഫെക്ഷനുകൾക്കെതിരെയുള്ള ഏറ്റവും ഫലപ്രദമായ പ്രതിരോധം. അസെപ്റ്റിക് ടെക്നിക്ക്, ശരിയായ PPE, തെളിവുകളെ അടിസ്ഥാനമാക്കിയ വൂണ്ട് കെയർ എന്നിവ ഇൻഫെക്ഷൻ തടയുകയും മുറിവ് വേഗം ഉണങ്ങാൻ സഹായിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
32	PPE ധരിക്കലും (ഡോണിങ്ങ്) നീക്കലും (ഡോഫിങ്ങ്)	ഇൻഫെക്ഷ്യസ് ഏജന്റുകളിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരെ സംരക്ഷിക്കാൻ PPE ശരിയായ ക്രമത്തിൽ ധരിക്കുകയും സ്വയം മലിനമാകാതെ നീക്കു...	151
33	സർജിക്കൽ ഹാൻഡ് സ്ക്രബ്	സർജറിക്കോ സ്റ്റെറൈൽ പ്രൊസീജറിനോ മുമ്പ് കൈകളിലെയും കൈത്തണ്ടകളിലെയും ബാക്ടീരിയകൾ പരമാവധി കുറയ്ക്കുക.	152
34	സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ് സ്ഥാപിക്കലും നിലനിർത്തലും	സ്റ്റെറൈൽ പ്രൊസീജറുകൾക്കായി മലിനീകരണമില്ലാത്ത ഒരു പ്രവർത്തന സ്ഥലം ഒരുക്കുകയും പ്രൊസീജർ മുഴുവൻ അത് നിലനിർത്തുകയും ചെയ്യ...	153
35	സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവിങ് (ഓപ്പൺ മെത്തേഡ്)	ഗൗണില്ലാതെ സ്റ്റെറൈൽ പ്രൊസീജറുകൾക്ക് ഗ്ലൗവ്സിന്റെ പുറംഭാഗം മലിനമാകാതെ സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവ്സ് ധരിക്കുക.	154
36	ഡ്രൈ വൂണ്ട് ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ	ശസ്ത്രക്രിയാ മുറിവുകളും ചെറിയ മുറിവുകളും ഇൻഫെക്ഷനിൽ നിന്ന് സംരക്ഷിക്കുകയും മുറിവിന്റെ പുരോഗതി വിലയിരുത്തുകയും ചെയ്യുക.	155
37	ഡാമ്പ്-ടു-ഡ്രൈ, മോയ്സ്റ്റ് വൂണ്ട് പാക്കിങ്	ആഴമുള്ളതോ കാവിറ്റിയുള്ളതോ ആയ മുറിവുകൾ താഴെ നിന്ന് മുകളിലേക്ക് ഉണങ്ങാൻ (സെക്കൻഡറി ഇന്റൻഷൻ) ഡെഡ് സ്പേസ് നിറയ്ക്കുകയും എക...	156
38	വൂണ്ട് ഇറിഗേഷൻ	മുറിവിൽ നിന്ന് അവശിഷ്ടങ്ങൾ, എക്സുഡേറ്റ്, ബാക്ടീരിയ എന്നിവ സുരക്ഷിതമായ മർദ്ദത്തിൽ കഴുകിക്കളയുക.	157
39	ജാക്സൺ-പ്രാറ്റ് (JP) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം	JP ഡ്രെയിനിന്റെ നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ നിലനിർത്തുകയും ഡ്രെയിനേജ് അളക്കുകയും സങ്കീർണ്ണതകൾ കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്യുക.	158
40	ഹീമോവാക് (സ്പ്രിങ് സക്ഷൻ) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം	സ്പ്രിങ്ങ് അടിസ്ഥാനമാക്കിയ ഹീമോവാക് ഡ്രെയിനിന്റെ സക്ഷൻ നിലനിർത്തി വലിയ അളവിലുള്ള പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് ഡ്രെയിനേജ് നിരീ...	159
41	സ്യൂച്ചർ, സ്റ്റേപ്പിൾ നീക്കം ചെയ്യൽ	മുറിവ് നന്നായി ഉണങ്ങിയ ശേഷം, മുറിവ് വിടരാതെ, ഇൻഫെക്ഷനില്ലാതെ സ്യൂച്ചറുകളും സ്റ്റേപ്പിളുകളും നീക്കം ചെയ്യുക.	160
42	വൂണ്ട് കൾച്ചർ സ്വാബ് എടുക്കൽ	ഇൻഫെക്ഷനുണ്ടാക്കുന്ന ഓർഗനിസം തിരിച്ചറിയാൻ, ഉപരിതല കോളനൈസേഷൻ ഒഴിവാക്കി, മുറിവിൽ നിന്ന് ശരിയായ സ്വാബ് എടുക്കുക.	161

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

PPE ധരിക്കലും (ഡോണിങ്) നീക്കലും (ഡോഫിങ്)

Donning and Doffing PPE

ഉദ്ദേശ്യം. ഇൻഫെക്ഷ്യസ് ഏജന്റുകളിൽ നിന്ന് ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകരെ സംരക്ഷിക്കാൻ PPE ശരിയായ ക്രമത്തിൽ ധരിക്കുകയും സ്വയം മലിനമാകാതെ നീക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കോൺടാക്റ്റ് പ്രിക്കോഷൻസ് (MRSA, C. difficile)
- ഡ്രോപ്ലറ്റ് പ്രിക്കോഷൻസ് (ഇൻഫ്ലുവൻസ)
- എയർബോൺ പ്രിക്കോഷൻസ് (TB, മീസിൽസ്, ചിക്കൻപോക്സ്)
- എയറോസോൾ ഉണ്ടാക്കുന്ന പ്രൊസീജറുകൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഗൗൺ
- മാസ്ക് അല്ലെങ്കിൽ N95 റെസ്പിറേറ്റർ (ഫിറ്റ്-ടെസ്റ്റ് ചെയ്തത്)
- ഗോഗിൾസ് അല്ലെങ്കിൽ ഫേസ് ഷീൽഡ്
- ഗ്ലവ്സ്
- ഹാൻഡ് റബ്
- ഇൻഫെക്ഷ്യസ് വേസ്റ്റ് ബിൻ (മഞ്ഞ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഡോണിങ് (മുറിക്ക് പുറത്ത്): ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ → ഗൗൺ (പിന്നിൽ കെട്ടുക)	ശരീരം മൂടൽ
2	മാസ്ക്/N95 — മൂക്കിന് മുകളിൽ ആകൃതിയാക്കുക; N95-ന് സീൽ ചെക്ക്	ലീക്ക് ഇല്ലാത്ത ഫിറ്റ്
3	ഗോഗിൾസ്/ഫേസ് ഷീൽഡ്	കണ്ണിലെ മ്യൂക്കോസ സംരക്ഷണം
4	ഗ്ലവ്സ് — ഗൗണിന്റെ കഫിന് മുകളിലേക്ക്	വിടവില്ല
5	ഡോഫിങ് (വാതിലിനരികിൽ): ഗ്ലവ്സ് (ഗ്ലവ്-ടു-ഗ്ലവ്, സ്കിൻ-ടു-സ്കിൻ) → ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ	ഏറ്റവും മലിനമായത് ആദ്യം
6	ഗോഗിൾസ് (സ്ട്രാപ്പിൽ പിടിച്ച്) → ഗൗൺ (ഉള്ളിലേക്ക് ചുരുട്ടി)	മുൻഭാഗം തൊടരുത്
7	മുറിക്ക് പുറത്ത് മാസ്ക്/N95 (സ്ട്രാപ്പിൽ പിടിച്ച്) → ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ	ഏറ്റവും അവസാനം ശ്വസന സംരക്ഷണം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഡോഫിങ് സമയത്ത് സ്വയം മലിനമാകൽ	ഒരു നിരീക്ഷകനുമായി ക്രമം പാലിക്കുക
PPE ധരിച്ച് മുഖം തൊടൽ	ബോധപൂർവം ഒഴിവാക്കുക
ഒരേ ഗ്ലവ്സ് ഒന്നിലധികം രോഗികൾക്ക്	ഓരോ രോഗിക്കും മാറ്റുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഐസൊലേഷൻ തരം, പ്രിക്കോഷൻ സൈൻ, PPE ലഭ്യത, എക്സ്പോഷർ സംഭവിച്ചാൽ റിപ്പോർട്ട്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഗ്ലവ്സ് ഹാൻഡ് ഹൈജീനിന് പകരമല്ല — ഗ്ലവ്സ് നീക്കിയ ശേഷം എപ്പോഴും ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ ചെയ്യുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വിഭാഗം: ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 150 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

സർജിക്കൽ ഹാൻഡ് സ്ക്രബ്

Surgical Hand Scrub

ഉദ്ദേശ്യം. സർജറിക്കോ സ്റ്റെറൈൽ പ്രൊസീജറിനോ മുമ്പ് കൈകളിലെയും കൈത്തണ്ടകളിലെയും ബാക്ടീരിയകൾ പരമാവധി കുറയ്ക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സർജറിയിൽ സ്ക്രബ് ചെയ്യുന്ന അംഗങ്ങൾ
- സെൻട്രൽ ലൈൻ, മറ്റ് സ്റ്റെറൈൽ ഇൻവേസീവ് പ്രൊസീജറുകൾ (പോളിസി പ്രകാരം)

ഉപകരണങ്ങൾ

- ആന്റിസെപ്റ്റിക് സ്ക്രബ് (ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ 4% അല്ലെങ്കിൽ പോവിഡോൺ-അയഡിൻ) അല്ലെങ്കിൽ ആൽക്കഹോൾ സർജിക്കൽ ഹാൻഡ് റബ്
- നെയിൽ ക്ലീനർ
- സ്റ്റെറൈൽ ടവൽ
- കൈമുട്ട്/കാൽ കൊണ്ട് പ്രവർത്തിപ്പിക്കുന്ന ടാപ്പ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആഭരണങ്ങൾ, വാച്ച് നീക്കുക; നഖങ്ങൾ ചെറുത്, കൃത്രിമ നഖങ്ങൾ ഇല്ല; ക്യാപ്പും മാസ്കും ധരിക്കുക	ബാക്ടീരിയ ഒളിക്കുന്ന സ്ഥലങ്ങൾ
2	ദിവസത്തെ ആദ്യ സ്ക്രബിൽ നഖങ്ങൾക്കടിയിൽ വൃത്തിയാക്കുക	ഉപരിതല അഴുക്ക്
3	കൈകൾ കൈമുട്ടിനെക്കാൾ ഉയരത്തിൽ വെക്കുക	വെള്ളം വൃത്തിയുള്ള ഭാഗത്ത് നിന്ന് താഴേക്ക് ഒഴുകും
4	വിരലുകൾ മുതൽ കൈമുട്ട് വരെ ചിട്ടയായി — ഓരോ വിരലിന്റെയും 4 വശങ്ങൾ, കൈപ്പത്തി, പുറം, കൈത്തണ്ട	ഒരു ഭാഗവും വിട്ടുപോകരുത്
5	നിർമ്മാതാവിന്റെ സമയം പാലിക്കുക (സാധാരണ 2–5 മിനിറ്റ്)	ആന്റിസെപ്റ്റിക് സമ്പർക്കം
6	വിരലുകൾ മുതൽ കൈമുട്ടിലേക്ക് ഒരു ദിശയിൽ കഴുകുക	വീണ്ടും മലിനമാകൽ തടയൽ
7	തിയേറ്ററിൽ സ്റ്റെറൈൽ ടവൽ കൊണ്ട് വിരലുകളിൽ നിന്ന് കൈമുട്ടിലേക്ക് ഉണക്കുക — ഓരോ കൈക്കും ടവലിന്റെ വേറെ ഭാഗം	സ്റ്റെറിലിറ്റി നിലനിർത്തൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്ക്രബിന് ശേഷം സ്റ്റെറൈൽ അല്ലാത്തവ തൊടൽ	വീണ്ടും സ്ക്രബ് ചെയ്യുക
ചർമ്മ അസ്വസ്ഥത	മോയ്സ്ചറൈസർ (സ്ക്രബിന് ശേഷമല്ല)
കൈകൾ താഴ്ത്തൽ	നെഞ്ചിനും അരക്കെട്ടിനും ഇടയിൽ, കാണാവുന്ന സ്ഥലത്ത്

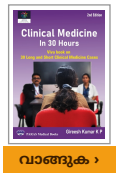
ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സ്ക്രബ് ലായനി, സമയം (OT രേഖ പ്രകാരം).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡിൽ കൈകൾ എപ്പോഴും അരക്കെട്ടിന് മുകളിലും തോളിന് താഴെയും കാണാവുന്ന ദൂരത്തിലും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ



വാങ്ങുക ›

സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ് സ്ഥാപിക്കലും നിലനിർത്തലും

Establishing and Maintaining a Sterile Field

ഉദ്ദേശ്യം. സ്റ്റെറൈൽ പ്രൊസീജറുകൾക്കായി മലിനീകരണമില്ലാത്ത ഒരു പ്രവർത്തന സ്ഥലം ഒരുക്കുകയും പ്രൊസീജർ മുഴുവൻ അത് നിലനിർത്തുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കത്തീറ്ററൈസേഷൻ
- സെൻട്രൽ ലൈൻ, ലംബർ പങ്ചർ
- സ്റ്റെറൈൽ ഡ്രസ്സിങ്ങുകൾ
- ചെറിയ സർജിക്കൽ പ്രൊസീജറുകൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- സ്റ്റെറൈൽ പാക്ക്/ട്രേ
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്
- സ്റ്റെറൈൽ ഡ്രേപ്പുകൾ
- ഉണങ്ങിയ, വൃത്തിയുള്ള, അരക്കെട്ട് ഉയരമുള്ള പ്രതലം

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	പാക്കിന്റെ കാലാവധി, കേടുപാട്, നനവ്, സ്റ്റെറിലൈസേഷൻ ഇൻഡിക്കേറ്റർ പരിശോധിക്കുക	സ്റ്റെറിലിറ്റി ഉറപ്പാക്കൽ
2	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; പ്രതലം വൃത്തിയാക്കി ഉണക്കുക	ശുദ്ധമായ അടിത്തറ
3	പാക്ക് തുറക്കുക: ആദ്യ ഫ്ലാപ്പ് നിങ്ങളിൽ നിന്ന് അകലേക്ക്, പിന്നെ വശങ്ങൾ, അവസാനം നിങ്ങളിലേക്ക്	സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡിന് മുകളിലൂടെ കൈ കടത്താതിരിക്കൽ
4	പുറത്തെ 2.5 cm അരിക് നോൺ-സ്റ്റെറൈൽ ആയി കണക്കാക്കുക	സുരക്ഷാ അതിര്
5	സാധനങ്ങൾ ഫീൽഡിലേക്ക് ചെറിയ ഉയരത്തിൽ നിന്ന് ഇടുക; ലായനികൾ ആദ്യം അൽപം ഒഴിച്ചുകളഞ്ഞ് ലേബൽ കൈപ്പത്തിയിൽ പിടിച്ച് ഒഴിക്കുക	തെറിക്കലും മലിനീകരണവും തടയൽ
6	ഫീൽഡിന് പുറംതിരിയരുത്; ഫീൽഡിന് മുകളിലൂടെ സംസാരിക്കുകയോ ചുമയ്ക്കുകയോ ചെയ്യരുത്	ഡ്രോപ്ലറ്റ് മലിനീകരണം
7	സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ മലിനമായതായി കണക്കാക്കി മാറ്റുക	"വെൻ ഇൻ ഡൗട്ട്, ത്രോ ഇറ്റ് ഔട്ട്"

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
നനഞ്ഞ ഫീൽഡ് (സ്ട്രൈക്ക്-ത്രൂ മലിനീകരണം)	പുതിയ ഫീൽഡ്
ശ്രദ്ധിക്കാതെ മലിനീകരണം	സത്യസന്ധമായി സമ്മതിച്ച് മാറ്റുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

പ്രൊസീജർ, അസെപ്റ്റിക് ടെക്നിക്ക് ഉപയോഗിച്ചു, എന്തെങ്കിലും ലംഘനം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്ക് "സർജിക്കൽ കോൺഷ്യൻസ്" ആണ് — ആരും കണ്ടില്ലെങ്കിലും മലിനീകരണം സമ്മതിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവിങ് (ഓപ്പൺ മെത്തേഡ്)
Sterile Gloving (Open Method)

ഉദ്ദേശ്യം. ഗൗണില്ലാതെ സ്റ്റെറൈൽ പ്രൊസീജറുകൾക്ക് ഗ്ലവ്സിന്റെ പുറംഭാഗം മലിനമാകാതെ സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ് ധരിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- യൂറിനറി കത്തീറ്ററൈസേഷൻ
- സെൻട്രൽ ലൈൻ ഡ്രസ്സിങ്
- സ്റ്റെറൈൽ വൂണ്ട് കെയർ, സക്ഷനിങ്

ഉപകരണങ്ങൾ
- ശരിയായ സൈസ് സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്
- വൃത്തിയുള്ള, ഉണങ്ങിയ പ്രതലം

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; കൈകൾ പൂർണ്ണമായി ഉണക്കുക	നനഞ്ഞ കൈകളിൽ ഗ്ലവ് കയറില്ല
2	പുറത്തെ പാക്കേജ് തുറന്ന് ഉള്ളിലെ റാപ്പർ പ്രതലത്തിൽ വെച്ച് തുറക്കുക (കഫുകൾ നിങ്ങളുടെ നേരെ)	സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ്
3	ആധിപത്യമില്ലാത്ത കൈ കൊണ്ട് ആദ്യ ഗ്ലവിന്റെ മടക്കിയ കഫിൽ (ഉള്ളിലെ ഭാഗം) പിടിക്കുക	ഉൾഭാഗം മാത്രം ചർമ്മം തൊടുന്നു
4	ആധിപത്യമുള്ള കൈ ഗ്ലവിലേക്ക് കടത്തുക; കഫ് മടക്കി തന്നെ വെക്കുക	രണ്ടാമത്തെ ഗ്ലവിന് ഉപയോഗിക്കാൻ
5	ഗ്ലവ് ധരിച്ച കൈയുടെ വിരലുകൾ രണ്ടാമത്തെ ഗ്ലവിന്റെ കഫിനടിയിൽ (പുറംഭാഗം) കടത്തി എടുക്കുക	സ്റ്റെറൈൽ-ടു-സ്റ്റെറൈൽ
6	രണ്ടാമത്തെ കൈ കടത്തി കഫ് കൈത്തണ്ടയിലേക്ക് നിവർത്തുക — തള്ളവിരൽ ചർമ്മത്തിൽ തൊടാതെ	മലിനീകരണം ഒഴിവാക്കൽ
7	ഗ്ലവ് ധരിച്ച വിരലുകൾ കൊണ്ട് ആദ്യ ഗ്ലവിന്റെ കഫ് നിവർത്തി വിരലുകൾ ക്രമീകരിക്കുക; കൈകൾ അരക്കെട്ടിന് മുകളിൽ	സ്റ്റെറിലിറ്റി നിലനിർത്തൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഗ്ലവിൽ ദ്വാരം അല്ലെങ്കിൽ മലിനീകരണം	പുതിയ ജോഡി
ലാറ്റക്സ് അലർജി	ചോദിക്കുക; ലാറ്റക്സ്-ഫ്രീ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്ക് ഉപയോഗിച്ച പ്രൊസീജർ, ലംഘനങ്ങൾ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
സ്റ്റെറൈൽ-ടു-സ്റ്റെറൈൽ, ക്ലീൻ-ടു-ക്ലീൻ: ചർമ്മം ഗ്ലവിന്റെ ഉള്ളിൽ മാത്രം; ഗ്ലവ് ധരിച്ച കൈ ഗ്ലവിന്റെ പുറത്ത് മാത്രം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വിഭാഗം: ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 150 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

ഡ്രൈ വൂണ്ട് ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ
Dry Wound Dressing Change

ഉദ്ദേശ്യം. ശസ്ത്രക്രിയാ മുറിവുകളും ചെറിയ മുറിവുകളും ഇൻഫെക്ഷനിൽ നിന്ന് സംരക്ഷിക്കുകയും മുറിവിന്റെ പുരോഗതി വിലയിരുത്തുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- പ്രൈമറി ഇന്റൻഷനിൽ ഉണങ്ങുന്ന സർജിക്കൽ മുറിവുകൾ
- ചെറിയ ലാസറേഷനുകൾ
- ഡ്രസ്സിങ് നനഞ്ഞതോ അയഞ്ഞതോ

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഡ്രസ്സിങ് പാക്ക്
- സ്റ്റെറൈൽ നോർമൽ സലൈൻ
- ക്ലീൻ, സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവ്സ്
- അനുയോജ്യമായ ഡ്രസ്സിങ്
- ടേപ്പ്
- ക്ലിനിക്കൽ വേസ്റ്റ് ബാഗ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആവശ്യമെങ്കിൽ 30 മിനിറ്റ് മുമ്പ് അനാൽജെസിക്; വിശദീകരിക്കുക; സ്വകാര്യത	സുഖം
2	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; ക്ലീൻ ഗ്ലൗവ്സ്; ടേപ്പ് മുറിവിലേക്ക് വലിച്ച് പഴയ ഡ്രസ്സിങ് നീക്കുക; ഒട്ടിപ്പിടിച്ചാൽ സലൈൻ കൊണ്ട് നനയ്ക്കുക	മുറിവ് വിടരുന്നത് തടയൽ
3	പഴയ ഡ്രസ്സിങ്ങിലെ ഡ്രെയിനേജ് (അളവ്, നിറം, മണം) ശ്രദ്ധിക്കുക; ഉപേക്ഷിക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ ലക്ഷണങ്ങൾ
4	മുറിവ് വിലയിരുത്തുക: അരികുകൾ ചേർന്നിരിക്കുന്നു, ചുവപ്പ്, നീര്, ചൂട്, പഴുപ്പ്, വിടരൽ	സ്ഥിതി
5	ഗ്ലൗവ്സ് മാറ്റി ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവ്സ്	അസെപ്സിസ്
6	ഏറ്റവും വൃത്തിയുള്ള ഭാഗത്ത് നിന്ന് കുറഞ്ഞ വൃത്തിയുള്ളതിലേക്ക് — മുറിവിന്റെ മുകളിൽ നിന്ന് താഴേക്ക്, ഓരോ സ്ട്രോക്കിനും പുതിയ സ്വാബ്	ബാക്ടീരിയ മുറിവിലേക്ക് കൊണ്ടുവരുന്നത് തടയൽ
7	ഉണക്കി പുതിയ ഡ്രസ്സിങ് വെക്കുക; തീയതി രേഖപ്പെടുത്തുക	സംരക്ഷണം

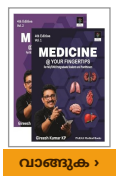
റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സർജിക്കൽ സൈറ്റ് ഇൻഫെക്ഷൻ (സാധാരണ 3–7 ദിവസം)	ലക്ഷണങ്ങൾ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക; സ്വാബ്
വൂണ്ട് ഡിഹിസൻസ് (വിടരൽ)	സലൈൻ നനച്ച സ്റ്റെറൈൽ ഡ്രസ്സിങ് കൊണ്ട് മൂടി ഉടൻ അറിയിക്കുക
ടേപ്പ് മൂലമുള്ള ചർമ്മ ക്ഷതം	സൗമ്യമായ നീക്കൽ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മുറിവിന്റെ രൂപം, ഡ്രെയിനേജ്, വേദന, ഉപയോഗിച്ച ഡ്രസ്സിങ്, അടുത്ത മാറ്റം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
അടഞ്ഞ സർജിക്കൽ മുറിവിൽ ആദ്യ 48 മണിക്കൂർ ഡ്രസ്സിങ് തൊടരുത് — ആവശ്യമില്ലാത്ത മാറ്റങ്ങൾ ഇൻഫെക്ഷൻ സാധ്യത കൂട്ടും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വിഭാഗം: ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 150 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഡാമ്പ്-ടു-ഡ്രൈ, മോയ്സ്റ്റ് വൂണ്ട് പാക്കിങ്

Damp-to-Dry and Moist Wound Packing

ഉദ്ദേശ്യം. ആഴമുള്ളതോ കാവിറ്റിയുള്ളതോ ആയ മുറിവുകൾ താഴെ നിന്ന് മുകളിലേക്ക് ഉണങ്ങാൻ (സെക്കൻഡറി ഇന്റൻഷൻ) ഡെഡ് സ്പേസ് നിറയ്ക്കുകയും എക്സുഡേറ്റ് ആഗിരണം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അബ്സസ് ഡ്രെയിനേജിന് ശേഷമുള്ള കാവിറ്റി
- തുറന്ന സർജിക്കൽ മുറിവുകൾ
- പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി (ആഴമുള്ളത്)
- ഡയബറ്റിക് ഫൂട്ട് അൾസർ

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഡ്രസ്സിങ് പാക്ക്
- സ്റ്റെറൈൽ സലൈൻ
- പാക്കിങ് മെറ്റീരിയൽ (ഗോസ്, റിബൺ, ആൽജിനേറ്റ്)
- സ്റ്റെറൈൽ പ്രോബ്/കോട്ടൺ-ടിപ്പ്
- സെക്കൻഡറി ഡ്രസ്സിങ്
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവ്സ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	അനാൽജെസിക് മുൻകൂട്ടി; വിശദീകരിക്കുക	പാക്കിങ് വേദനാജനകം
2	പഴയ പാക്കിങ് നീക്കുക; ഒട്ടിപ്പിടിച്ചാൽ സലൈൻ നനയ്ക്കുക; എത്ര കഷണങ്ങൾ എന്ന് എണ്ണുക	ഒന്നും ഉള്ളിൽ ബാക്കിയാകരുത്
3	സലൈൻ കൊണ്ട് കഴുകുക; നീളം, വീതി, ആഴം, അണ്ടർമൈനിങ് (ക്ലോക്ക് സ്ഥാനം) അളക്കുക	ട്രെൻഡ്
4	ഗോസ് സലൈനിൽ നനച്ച് നന്നായി പിഴിയുക — **നനഞ്ഞത്, ഒലിക്കുന്നതല്ല**	ചുറ്റുമുള്ള ചർമ്മം മസറേഷൻ തടയൽ
5	കാവിറ്റി അയഞ്ഞ രീതിയിൽ നിറയ്ക്കുക — മുറുക്കി അടയ്ക്കരുത്; അണ്ടർമൈനിങ്ങിലും ട്രാക്കുകളിലും എത്തിക്കുക	ഗ്രാന്യൂലേഷന് ഇടം; രക്തപ്രവാഹം
6	പാക്കിങ് ചർമ്മ നിരപ്പ് വരെ മാത്രം; ചുറ്റുമുള്ള ചർമ്മം സംരക്ഷിക്കുക	മസറേഷൻ തടയൽ
7	ഉണങ്ങിയ സെക്കൻഡറി ഡ്രസ്സിങ്; ഉപയോഗിച്ച കഷണങ്ങളുടെ എണ്ണം രേഖപ്പെടുത്തുക	അടുത്ത മാറ്റത്തിൽ എണ്ണം ഉറപ്പാക്കൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പാക്കിങ് ഉള്ളിൽ മറന്നുപോകൽ	എണ്ണം രേഖപ്പെടുത്തുക; ഒറ്റ നീളമുള്ള റിബൺ
അമിതമായി മുറുക്കിയ പാക്കിങ്	ടിഷ്യു ഇസ്കീമിയ — അയഞ്ഞ് നിറയ്ക്കുക
വേദന	മുൻകൂട്ടി അനാൽജീസിയ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

മുറിവിന്റെ അളവുകൾ, ടിഷ്യു തരം (ഗ്രാന്യൂലേഷൻ, സ്ലഫ്, നെക്രോസിസ്), എക്സുഡേറ്റ്, പാക്കിങ് തരവും എണ്ണവും, വേദന.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ആരോഗ്യകരമായ ഗ്രാന്യൂലേഷൻ ടിഷ്യു ചുവപ്പും നനവുള്ളതും തരിതരിയായതുമാണ്; വിളറിയതോ കടുംചുവപ്പും എളുപ്പം രക്തം വരുന്നതുമായത് ഇൻഫെക്ഷൻ സൂചിപ്പിക്കാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വാങ്ങുക ›

വൂണ്ട് ഇറിഗേഷൻ
Wound Irrigation

ഉദ്ദേശ്യം. മുറിവിൽ നിന്ന് അവശിഷ്ടങ്ങൾ, എക്സുഡേറ്റ്, ബാക്ടീരിയ എന്നിവ സുരക്ഷിതമായ മർദ്ദത്തിൽ കഴുകിക്കളയുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- മലിനമായ ട്രോമാറ്റിക് മുറിവുകൾ
- ഇൻഫെക്റ്റഡ്, ക്രോണിക് മുറിവുകൾ
- മൃഗങ്ങളുടെ കടി
- പാക്കിങ്ങിന് മുമ്പ്

ഉപകരണങ്ങൾ
- 35 mL സിറിഞ്ചും 19G ആൻജിയോകാത്ത്/ഇറിഗേഷൻ ടിപ്പും
- ചൂടാക്കിയ സ്റ്റെറൈൽ സലൈൻ
- സ്പ്ലാഷ് ഷീൽഡ്, ഗോഗിൾസ്, ഗൗൺ
- വാട്ടർപ്രൂഫ് ഷീറ്റ്, ബേസിൻ
- ഡ്രസ്സിങ്ങുകൾ

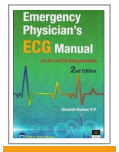
#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	അനാൽജെസിക്; വിശദീകരിക്കുക; ഫ്ലൂയിഡ് ബേസിനിലേക്ക് ഒഴുകും വിധം പൊസിഷൻ ചെയ്യുക	സുഖം; ഗുരുത്വാകർഷണം
2	PPE — കണ്ണ് സംരക്ഷണം ഉൾപ്പെടെ	തെറിക്കൽ സംരക്ഷണം
3	സലൈൻ ശരീര താപനിലയിലേക്ക് ചൂടാക്കുക	തണുപ്പ് ഹീലിങ് മന്ദഗതിയിലാക്കും; വേദന
4	35 mL സിറിഞ്ചും 19G ടിപ്പും ഉപയോഗിച്ച് (ഏകദേശം 8 psi) മുറിവിൽ നിന്ന് 2.5 cm അകലെ പിടിക്കുക	ടിഷ്യു നശിപ്പിക്കാതെ ബാക്ടീരിയ നീക്കാൻ മതിയായ മർദ്ദം
5	വൃത്തിയുള്ള ഭാഗത്ത് നിന്ന് മലിനമായതിലേക്ക്, മുകളിൽ നിന്ന് താഴേക്ക്	വീണ്ടും മലിനമാകൽ തടയൽ
6	തിരിച്ചുവരുന്ന ഫ്ലൂയിഡ് തെളിയും വരെ തുടരുക	പൂർണ്ണ വൃത്തിയാക്കൽ
7	ചുറ്റുമുള്ള ചർമ്മം ഉണക്കി ഡ്രസ്സിങ് വെക്കുക	മസറേഷൻ തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
അമിത മർദ്ദം — ടിഷ്യു ക്ഷതം, ബാക്ടീരിയ ആഴത്തിലേക്ക്	15 psi-ൽ കൂടരുത്
ആരോഗ്യ പ്രവർത്തകന് തെറിക്കൽ	PPE
ഹൈഡ്രജൻ പെറോക്സൈഡ്, ആന്റിസെപ്റ്റിക്കുകൾ ഗ്രാന്യൂലേഷനെ നശിപ്പിക്കും	സലൈൻ ഉപയോഗിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ലായനി, അളവ്, മുറിവിന്റെ രൂപം, തിരിച്ചുവന്ന ഫ്ലൂയിഡ്, വേദന.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
"ഡൈല്യൂഷൻ ഈസ് ദ സൊല്യൂഷൻ ടു പൊല്യൂഷൻ" — ആവശ്യത്തിന് അളവിൽ സലൈൻ ആണ് ഏറ്റവും ഫലപ്രദമായ വൂണ്ട് ക്ലെൻസർ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ



വാങ്ങുക ›

ജാക്സൺ-പ്രാറ്റ് (JP) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം

Managing a Jackson-Pratt (JP) Drain

ഉദ്ദേശ്യം. JP ഡ്രെയിനിന്റെ നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ നിലനിർത്തുകയും ഡ്രെയിനേജ് അളക്കുകയും സങ്കീർണ്ണതകൾ കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- സർജറിക്ക് ശേഷം (മാസ്റ്റക്ടമി, അബ്ഡോമിനൽ, ന്യൂറോ) ഫ്ലൂയിഡ് ശേഖരണം തടയൽ

ഉപകരണങ്ങൾ
- ക്ലീൻ ഗ്ലവ്സ്
- അളവുള്ള കണ്ടെയ്നർ
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്
- ഡ്രെയിൻ ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; ഗ്ലവ്സ്	ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോൾ
2	ബൾബ് പകുതി നിറയുമ്പോഴോ ഷിഫ്റ്റിലൊരിക്കലോ കാലിയാക്കുക: സ്റ്റോപ്പർ തുറന്ന് അളവുള്ള കണ്ടെയ്നറിലേക്ക് ഒഴിക്കുക; പോർട്ട് തൊടരുത്	സക്ഷൻ നിലനിർത്തൽ; അസെപ്സിസ്
3	ബൾബ് കൈപ്പത്തിയിൽ ഞെക്കി ചുരുക്കി പിടിച്ചുകൊണ്ട് സ്റ്റോപ്പർ അടയ്ക്കുക	നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ പുനഃസ്ഥാപിക്കൽ
4	ബൾബ് ചുരുങ്ങിയ നിലയിൽ ആണോ എന്ന് ഉറപ്പാക്കുക; വസ്ത്രത്തിൽ പിൻ ചെയ്യുക (മുറിവിന് താഴെ)	വലിവും ഡ്രെയിൻ പുറത്തുവരലും തടയൽ
5	ട്യൂബ് കിങ്കുകളും ക്ലോട്ടുകളും ഇല്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക; ആവശ്യമെങ്കിൽ ട്യൂബിങ് "സ്ട്രിപ്പ്" ചെയ്യുക (പോളിസി പ്രകാരം)	പേറ്റൻസി
6	ഡ്രെയിനേജിന്റെ അളവ്, നിറം (രക്തം → സീറോസാങ്ക്വിനസ് → സീറസ്), സ്ഥിരത രേഖപ്പെടുത്തുക	ട്രെൻഡ്; നീക്കേണ്ട സമയം
7	ഇൻസർഷൻ സൈറ്റ് പരിശോധിച്ച് ഡ്രസ്സിങ് ചെയ്യുക	ഇൻഫെക്ഷൻ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പെട്ടെന്ന് കടും ചുവന്ന രക്തം കൂടൽ (100 mL/h-ൽ കൂടുതൽ)	ഹെമറേജ് — ഉടൻ അറിയിക്കുക
ബൾബ് വീർത്തിരിക്കുന്നു (സക്ഷൻ നഷ്ടം)	ലീക്ക് പരിശോധിക്കുക; വീണ്ടും ചുരുക്കുക
ഡ്രെയിനേജ് പെട്ടെന്ന് നിലയ്ക്കൽ	ക്ലോട്ട്/കിങ്ക്
പുറത്തുവന്ന ഡ്രെയിൻ	ഡ്രസ്സിങ്; അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഓരോ ഡ്രെയിനിന്റെയും ഔട്ട്പുട്ട് (mL), സ്വഭാവം, സൈറ്റിന്റെ അവസ്ഥ, സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഒന്നിലധികം ഡ്രെയിനുകൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ ഓരോന്നും നമ്പർ ചെയ്ത് വേറെ വേറെ രേഖപ്പെടുത്തുക — 24 മണിക്കൂറിൽ 25–30 mL-ൽ താഴെയാകുമ്പോൾ സാധാരണ നീക്കം ചെയ്യുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വാങ്ങുക ›

ഹീമോവാക് (സ്പ്രിങ് സക്ഷൻ) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം

Managing a Hemovac (Spring Suction) Drain

ഉദ്ദേശ്യം. സ്പ്രിങ്ങ് അടിസ്ഥാനമാക്കിയ ഹീമോവാക് ഡ്രെയിനിന്റെ സക്ഷൻ നിലനിർത്തി വലിയ അളവിലുള്ള പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ് ഡ്രെയിനേജ് നിരീക്ഷിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഓർത്തോപീഡിക് (ജോയിന്റ് റീപ്ലേസ്മെന്റ്), അബ്ഡോമിനൽ സർജറിക്ക് ശേഷം

ഉപകരണങ്ങൾ
- ക്ലീൻ ഗ്ലവ്സ്
- അളവുള്ള കണ്ടെയ്നർ
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്
- ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ; ഗ്ലവ്സ്	അസെപ്സിസ്
2	പകുതി നിറയുമ്പോഴോ ഷിഫ്റ്റിലൊരിക്കലോ: പോർട്ട് തുറന്ന് അളവുള്ള കണ്ടെയ്നറിലേക്ക് ഒഴിക്കുക	സക്ഷൻ ഫലപ്രദം
3	ഹീമോവാക് പരന്ന പ്രതലത്തിൽ വെച്ച് പൂർണ്ണമായി അമർത്തി പരത്തുക	സ്പ്രിങ് കംപ്രസ് ചെയ്യൽ
4	അമർത്തി പിടിച്ചുകൊണ്ട് പോർട്ട് സ്വാബ് ചെയ്ത് അടയ്ക്കുക	നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ
5	ഡ്രെയിൻ മുറിവിന് താഴെ ഉറപ്പിക്കുക; ട്യൂബിങ് കിങ്ക് ഇല്ലാതെ	ഫ്ലോ
6	ഔട്ട്പുട്ട് അളന്ന് സ്വഭാവം രേഖപ്പെടുത്തുക	ട്രെൻഡ്
7	സൈറ്റ് പരിശോധിക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ, ലീക്ക്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഉയർന്ന ഔട്ട്പുട്ട് (ജോയിന്റ് റീപ്ലേസ്മെന്റിൽ ആദ്യ മണിക്കൂറുകളിൽ 200 mL/h-ൽ കൂടുതൽ)	ഹെമറേജ്; വൈറ്റൽസ്; അറിയിക്കുക
ഉപകരണം വീർത്തിരിക്കുന്നു	വീണ്ടും കംപ്രസ് ചെയ്യുക; ലീക്ക്
ഹൈപ്പോവോളീമിയ	ഇൻടേക്ക്/ഔട്ട്പുട്ട്, Hb

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഔട്ട്പുട്ട്, സ്വഭാവം, കംപ്രഷൻ നിലനിർത്തി, സൈറ്റ്, സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ചില ഓർത്തോപീഡിക് ഡ്രെയിനുകൾ ഓട്ടോട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ സിസ്റ്റങ്ങളാണ് — കാലിയാക്കുന്നതിന് മുമ്പ് ഉപകരണം തിരിച്ചറിയുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വിഭാഗം: ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 150 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

സ്യൂച്ചർ, സ്റ്റേപ്പിൾ നീക്കം ചെയ്യൽ
Suture and Staple Removal

ഉദ്ദേശ്യം. മുറിവ് നന്നായി ഉണങ്ങിയ ശേഷം, മുറിവ് വിടരാതെ, ഇൻഫെക്ഷനില്ലാതെ സ്യൂച്ചറുകളും സ്റ്റേപ്പിളുകളും നീക്കം ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
• നിർദ്ദേശിച്ച ദിവസം (മുഖം 3–5, തലയോട് 7–10, ശരീരം/കൈകാലുകൾ 7–14, സന്ധികൾക്ക് മുകളിൽ 14 ദിവസം)

ഉപകരണങ്ങൾ
• സ്യൂച്ചർ കട്ടർ/സ്റ്റൈറൈൽ കത്രിക, ഫോഴ്സെപ്സ്
• സ്റ്റേപ്പിൾ റിമൂവർ
• സ്റ്റൈറൈൽ സലൈൻ
• സ്റ്റെറി-സ്ട്രിപ്പുകൾ
• ഗ്ലവ്സ്
• ഷാർപ്സ് ബിൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡർ ഉറപ്പാക്കുക; വിശദീകരിക്കുക (ചെറിയ വലിവ് അനുഭവപ്പെടും)	സമ്മതം
2	മുറിവ് വിലയിരുത്തുക — അരികുകൾ ചേർന്നിട്ടുണ്ടോ; ഇൻഫെക്ഷൻ ഇല്ലേ	ഉണങ്ങിയില്ലെങ്കിൽ നീക്കരുത്
3	സലൈൻ കൊണ്ട് വൃത്തിയാക്കുക	അസെപ്സിസ്
4	ഇടവിട്ടുള്ള സ്യൂച്ചർ: കെട്ട് ഫോഴ്സെപ്സ് കൊണ്ട് ഉയർത്തി, ചർമ്മത്തിനോട് ചേർന്ന് ഒരു വശത്ത് മുറിക്കുക; കെട്ടിൽ പിടിച്ച് വലിക്കുക	പുറത്തുകിടന്ന, മലിനമായ നൂൽ ചർമ്മത്തിനടിയിലൂടെ വലിക്കാതിരിക്കൽ
5	ആദ്യം ഒന്നിടവിട്ട് നീക്കുക; മുറിവ് സ്ഥിരമെങ്കിൽ ബാക്കി	ഡിഹിസൻസ് പരിശോധന
6	സ്റ്റേപ്പിൾ: റിമൂവറിന്റെ താഴത്തെ താടി സ്റ്റേപ്പിളിനടിയിൽ വെച്ച് ഞെക്കുക; സ്റ്റേപ്പിൾ വളഞ്ഞ് പുറത്തുവരും	സൗമ്യമായ നീക്കൽ
7	ആവശ്യമെങ്കിൽ സ്റ്റെറി-സ്ട്രിപ്പുകൾ; എല്ലാം എണ്ണി നീക്കിയെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക	പിന്തുണ; ഒന്നും ബാക്കിയില്ല

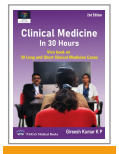
റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
മുറിവ് വിടരൽ	നിർത്തുക; സ്റ്റെറി-സ്ട്രിപ്പുകൾ; അറിയിക്കുക
ബാക്കിയായ സ്യൂച്ചർ (ഇൻഫെക്ഷൻ, സൈനസ്)	എണ്ണം ഉറപ്പാക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
നീക്കിയ എണ്ണം, മുറിവിന്റെ അവസ്ഥ, സ്റ്റെറി-സ്ട്രിപ്പ്, പേഷ്യന്റ് നിർദ്ദേശങ്ങൾ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
സ്യൂച്ചറിന്റെ പുറത്തുള്ള ഭാഗം ഒരിക്കലും ചർമ്മത്തിനടിയിലൂടെ വലിക്കരുത് — അത് ബാക്ടീരിയയെ മുറിവിലേക്ക് കൊണ്ടുപോകും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വിഭാഗം: ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 150 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

വൂണ്ട് കൾച്ചർ സ്വാബ് എടുക്കൽ

Obtaining a Wound Culture Swab

ഉദ്ദേശ്യം. ഇൻഫെക്ഷനുണ്ടാക്കുന്ന ഓർഗനിസം തിരിച്ചറിയാൻ, ഉപരിതല കോളനൈസേഷൻ ഒഴിവാക്കി, മുറിവിൽ നിന്ന് ശരിയായ സ്വാബ് എടുക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ക്ലിനിക്കൽ ഇൻഫെക്ഷൻ ലക്ഷണങ്ങൾ (ചുവപ്പ് പടരൽ, പഴുപ്പ്, ദുർഗന്ധം, പനി)
- ഉണങ്ങാത്ത മുറിവ്
- MRSA സ്ക്രീനിങ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- സ്റ്റെറൈൽ കൾച്ചർ സ്വാബും ട്രാൻസ്പോർട്ട് മീഡിയവും
- സ്റ്റെറൈൽ സലൈൻ
- ഗ്ലവ്സ്
- ലേബൽ, റിക്വസ്റ്റ് ഫോം

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സാധ്യമെങ്കിൽ ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾക്ക് മുമ്പ്	യഥാർത്ഥ ഫലം
2	പഴയ ഡ്രസ്സിങ് നീക്കുക; **സലൈൻ കൊണ്ട് മുറിവ് കഴുകുക** — ആന്റിസെപ്റ്റിക് ഉപയോഗിക്കരുത്	ഉപരിതല ബാക്ടീരിയയും അവശിഷ്ടവും നീക്കൽ; ആന്റിസെപ്റ്റിക് ബാക്ടീരിയയെ കൊല്ലും
3	പഴുപ്പോ നെക്രോട്ടിക് ടിഷ്യുവോ സ്വാബ് ചെയ്യരുത്; ആരോഗ്യകരമായ ഗ്രാന്യൂലേഷൻ ടിഷ്യു തിരഞ്ഞെടുക്കുക	യഥാർത്ഥ പാത്തോജൻ
4	ലെവിൻ ടെക്നിക്ക്: 1 cm^2 ഭാഗത്ത് ദ്രാവകം പുറത്തുവരും വരെ അമർത്തി 5 സെക്കൻഡ് സ്വാബ് തിരിക്കുക	ടിഷ്യുവിലെ ബാക്ടീരിയ
5	സ്വാബ് ഉടൻ ട്രാൻസ്പോർട്ട് മീഡിയത്തിൽ ഇടുക	ഓർഗനിസം നിലനിൽക്കാൻ
6	ലേബൽ: സ്ഥലം, സമയം, ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ; ഉടൻ ലാബിലേക്ക്	ശരിയായ വ്യാഖ്യാനം
7	ഡ്രസ്സിങ് പുനഃസ്ഥാപിക്കുക	സംരക്ഷണം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഉപരിതല കോളനൈസേഷൻ സ്വാബ് ചെയ്യൽ (അനാവശ്യ ആന്റിബയോട്ടിക്)	ഇൻഫെക്ഷൻ ലക്ഷണങ്ങൾ ഉള്ളപ്പോൾ മാത്രം
അബ്സസിൽ നിന്ന്	ആസ്പിറേറ്റ് സ്വാബിനെക്കാൾ നല്ലത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സ്ഥലം, ടെക്നിക്ക്, സമയം, മുറിവിന്റെ രൂപം, ആന്റിബയോട്ടിക് സ്റ്റാറ്റസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

എല്ലാ ക്രോണിക് മുറിവുകളിലും ബാക്ടീരിയ ഉണ്ട് — ക്ലിനിക്കൽ ഇൻഫെക്ഷൻ ലക്ഷണങ്ങളില്ലാതെ സ്വാബ് ഫലം അടിസ്ഥാനമാക്കി ചികിത്സിക്കരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► WHO — ഹാൻഡ് ഹൈജീനും IPC-യും · ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ

വാങ്ങുക ›

പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്, അഡ്വാൻസ്ഡ് സ്കിൽസ്

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

സർജറിക്ക് മുമ്പുള്ള ചിട്ടയായ തയ്യാറെടുപ്പ്, സർജറിക്ക് ശേഷമുള്ള ശ്വാസകോശ, VTE പ്രതിരോധം, ബെഡ്സൈഡ് പ്രൊസീജറുകളിൽ വിദഗ്ധമായ സഹായം എന്നിവ സങ്കീർണ്ണതകൾ തടയുന്നു.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
43	പ്രീ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ് പരിശോധന	പേഷ്യന്റ് സർജറിക്ക് സുരക്ഷിതമായി തയ്യാറാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക — ഐഡന്റിറ്റി, സമ്മതം, സൈറ്റ് മാർക്കിങ്, ഫാസ്റ്റിങ്, ഇൻവെസ്റ...	163
44	സീക്വൻഷ്യൽ കംപ്രഷൻ ഡിവൈസുകൾ (SCD) ഘടിപ്പിക്കൽ	കാലുകളിലെ വീനസ് രക്തപ്രവാഹം കൂട്ടി ഡീപ് വെയിൻ ത്രോംബോസിസ് (DVT) മെക്കാനിക്കലായി തടയുക.	164
45	ഇൻസെന്റീവ് സ്പൈറോമെട്രിയും ഡീപ് ബ്രീത്തിങ്ങും പഠിപ്പിക്കൽ	സർജറിക്ക് ശേഷം അറ്റലക്റ്റാസിസും ന്യുമോണിയയും തടയാൻ ആഴത്തിലുള്ള, നിലനിർത്തുന്ന ശ്വാസം എടുക്കാൻ പേഷ്യന്റിനെ പഠിപ്പിക്കുക.	165
46	സെൻട്രൽ ലൈൻ ഇൻസർഷനിൽ സഹായിക്കൽ	CLABSI ബണ്ടിൽ പാലിച്ച് സെൻട്രൽ വീനസ് കത്തീറ്റർ സുരക്ഷിതമായി സ്ഥാപിക്കാൻ ഡോക്ടറെ സഹായിക്കുക.	166
47	ലംബർ പങ്ചറിൽ സഹായിക്കൽ	CSF ശേഖരിക്കാനോ മർദ്ദം അളക്കാനോ മരുന്ന് നൽകാനോ ഉള്ള ലംബർ പങ്ചറിൽ ശരിയായ പൊസിഷനിങ്ങും അസെപ്സിസും ഉറപ്പാക്കി സഹായിക്കുക.	167
48	തൊറാസെന്റസിസിൽ (പ്ലൂറൽ ടാപ്പ്) സഹായിക്കൽ	ഡയഗ്നോസിസിനോ ശ്വാസതടസ്സം കുറയ്ക്കാനോ പ്ലൂറൽ കാവിറ്റിയിൽ നിന്ന് ഫ്ലൂയിഡ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിൽ സഹായിക്കുക.	168
49	അബ്ഡോമിനൽ പാരസെന്റസിസിൽ സഹായിക്കൽ	ഡയഗ്നോസിസിനോ ബുദ്ധിമുട്ട് കുറയ്ക്കാനോ പെരിറ്റോണിയൽ കാവിറ്റിയിൽ നിന്ന് അസൈറ്റിക് ഫ്ലൂയിഡ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിൽ സഹായിക്കുക.	169

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

പ്രീ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ് പരിശോധന

Pre-operative Checklist Verification

ഉദ്ദേശ്യം. പേഷ്യന്റ് സർജറിക്ക് സുരക്ഷിതമായി തയ്യാറാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക — ഐഡന്റിറ്റി, സമ്മതം, സൈറ്റ് മാർക്കിങ്, ഫാസ്റ്റിങ്, ഇൻവെസ്റ്റിഗേഷനുകൾ, മരുന്നുകൾ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- എല്ലാ ഇലക്ടീവ്, എമർജൻസി സർജറികൾക്കും
- ഇൻവേസീവ് പ്രൊസീജറുകൾ (എൻഡോസ്കോപ്പി, കാത്ത് ലാബ്)

ഉപകരണങ്ങൾ
- പ്രീ-ഓപ്പ് ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ്
- ID ബാൻഡ്, അലർജി ബാൻഡ്
- കേസ് ഷീറ്റ്, സമ്മതപത്രം
- ലാബ് ഫലങ്ങൾ, ഇമേജിങ്
- തിയേറ്റർ ഗൗൺ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഐഡന്റിറ്റി രണ്ട് ഐഡന്റിഫയറുകൾ ഉപയോഗിച്ച് ഉറപ്പാക്കുക; ID, അലർജി ബാൻഡുകൾ	തെറ്റായ പേഷ്യന്റ് സർജറി തടയൽ
2	ഒപ്പിട്ട ഇൻഫോംഡ് കൺസന്റ് — ശരിയായ പ്രൊസീജർ, വശം, സാക്ഷി; പേഷ്യന്റ് മനസ്സിലാക്കിയിട്ടുണ്ട്	നിയമപരമായ, ധാർമ്മിക ആവശ്യകത
3	സർജിക്കൽ സൈറ്റ് സർജൻ അടയാളപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട് (വശമുള്ളവ)	തെറ്റായ സൈറ്റ് സർജറി തടയൽ
4	ഫാസ്റ്റിങ്: ഖരഭക്ഷണം 6 മണിക്കൂർ, തെളിഞ്ഞ ദ്രാവകം 2 മണിക്കൂർ	ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
5	മരുന്നുകൾ: ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ നിർത്തിയോ, ഡയബറ്റിസ് മരുന്നുകൾ ക്രമീകരിച്ചോ, ബീറ്റ-ബ്ലോക്കർ നൽകിയോ, ആന്റിബയോട്ടിക് പ്രോഫൈലാക്സിസ്	പെരിഓപ്പറേറ്റീവ് സുരക്ഷ
6	ഇൻവെസ്റ്റിഗേഷനുകൾ (CBC, ക്രിയാറ്റിനിൻ, ഗ്ലൂക്കോസ്, ECG, ഗ്രൂപ്പ് & ക്രോസ്മാച്ച്); ബ്ലഡ് റിസർവ്	തയ്യാറെടുപ്പ്
7	ആഭരണങ്ങൾ, പല്ലുസെറ്റ്, നെയിൽ പോളിഷ്, മേക്കപ്പ്, കോൺടാക്റ്റ് ലെൻസ് നീക്കുക; മൂത്രമൊഴിപ്പിക്കുക; വൈറ്റൽസ്, ഭാരം	സുരക്ഷ; ബേസ്‌ലൈൻ
8	ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ് ഒപ്പിട്ട് OT നഴ്സിന് ഹാൻഡ്ഓവർ	ആശയവിനിമയം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സമ്മതം ഇല്ല അല്ലെങ്കിൽ പൊരുത്തക്കേട്	സർജറിക്ക് അയക്കരുത്; അറിയിക്കുക
ഫാസ്റ്റിങ് ലംഘനം	അനസ്തറ്റിസ്റ്റിനെ അറിയിക്കുക
ആന്റികോയാഗുലന്റ് തുടരുന്നു	അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റിലെ ഓരോ ഇനവും, പ്രീ-മെഡിക്കേഷൻ, വൈറ്റൽസ്, OT-യിലേക്ക് അയച്ച സമയം, ഹാൻഡ്ഓവർ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഡയബറ്റിക് രോഗികളെ ലിസ്റ്റിൽ ആദ്യം വെക്കാൻ അഭ്യർത്ഥിക്കുക — ദീർഘനേരത്തെ ഫാസ്റ്റിങ് ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ ഉണ്ടാക്കും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO സർജിക്കൽ സേഫ്റ്റി ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ്

വിഭാഗം: പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്, അഡ്വാൻസ്ഡ് സ്കിൽസ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 162 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സീക്വൻഷ്യൽ കംപ്രഷൻ ഡിവൈസുകൾ (SCD) ഘടിപ്പിക്കൽ

Applying Sequential Compression Devices (SCDs)

ഉദ്ദേശ്യം. കാലുകളിലെ വീനസ് രക്തപ്രവാഹം കൂട്ടി ഡീപ് വെയിൻ ത്രോംബോസിസ് (DVT) മെക്കാനിക്കലായി തടയുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- സർജിക്കൽ, ICU രോഗികൾ — VTE പ്രോഫൈലാക്സിസ്
- ആന്റികോയാഗുലന്റ് കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ് ആയവർ (ബ്ലീഡിങ്)
- ചലനമില്ലാത്ത രോഗികൾ

ഉപകരണങ്ങൾ
- SCD പമ്പ്
- ശരിയായ സൈസ് സ്ലീവുകൾ (മുട്ടിന് താഴെ/തുട വരെ)
- മെഷറിങ് ടേപ്പ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനുകൾ പരിശോധിക്കുക: **നിലവിലുള്ള DVT**, കടുത്ത പെരിഫറൽ ആർട്ടീരിയൽ ഡിസീസ്, കാലിലെ മുറിവ്/ഗ്രാഫ്റ്റ്, കടുത്ത എഡീമ/ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ	നിലവിലുള്ള ക്ലോട്ട് ഇളകി PE ഉണ്ടാകാം
2	കാൽവണ്ണ/തുട ചുറ്റളവ് അളന്ന് ശരിയായ സൈസ്	ഫലപ്രദമായ കംപ്രഷൻ
3	ചർമ്മം പരിശോധിക്കുക; ആവശ്യമെങ്കിൽ നേർത്ത സ്റ്റോക്കിനെറ്റ്	ചർമ്മ ക്ഷതം തടയൽ
4	സ്ലീവ് ചുറ്റുക — പിൻഭാഗത്തെ എയർ ബ്ലാഡറുകൾ കാൽവണ്ണയ്ക്ക് പിന്നിൽ; രണ്ട് വിരൽ കടക്കും വിധം അയവ്	രക്തപ്രവാഹം തടയാതെ
5	ട്യൂബിങ് ബന്ധിപ്പിച്ച് ഓണാക്കുക; ഒരു സൈക്കിൾ നിരീക്ഷിക്കുക	പ്രവർത്തനം ഉറപ്പാക്കൽ
6	ചലിക്കുമ്പോഴും കുളിക്കുമ്പോഴും മാത്രം നീക്കുക; ദിവസം കുറഞ്ഞത് 18 മണിക്കൂർ ധരിക്കണം	ഫലപ്രാപ്തി
7	ഷിഫ്റ്റിലൊരിക്കൽ ചർമ്മവും ന്യൂറോവാസ്കുലാർ സ്റ്റാറ്റസും പരിശോധിക്കുക	പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
നിലവിലുള്ള DVT-യിൽ ഘടിപ്പിക്കൽ	ആദ്യം DVT ഒഴിവാക്കുക
പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി, പെറോണിയൽ നെർവ് പാൾസി (ഫൂട്ട് ഡ്രോപ്പ്)	ശരിയായ ഫിറ്റ്; പരിശോധന
വീഴ്ച (ട്യൂബിങ്ങിൽ കുരുങ്ങൽ)	നടക്കുമ്പോൾ ഊരുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സ്ലീവ് സൈസ്, തുടങ്ങിയ സമയം, ചർമ്മത്തിന്റെ അവസ്ഥ, ധരിച്ച സമയം, ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഓഫ് ചെയ്തുവെച്ചിരിക്കുന്ന SCD വെറും അലങ്കാരമാണ് — ഓരോ റൗണ്ടിലും പമ്പ് പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO സർജിക്കൽ സേഫ്റ്റി ചെക്ക്ലിസ്റ്റ്

വിഭാഗം: പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്, അഡ്വാൻസ്ഡ് സ്കിൽസ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 162 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഇൻസെന്റീവ് സ്പൈറോമെട്രിയും ഡീപ് ബ്രീത്തിങ്ങും പഠിപ്പിക്കൽ

Teaching Incentive Spirometry and Deep Breathing

ഉദ്ദേശ്യം. സർജറിക്ക് ശേഷം അറ്റലക്റ്റാസിസും ന്യുമോണിയയും തടയാൻ ആഴത്തിലുള്ള, നിലനിർത്തുന്ന ശ്വാസം എടുക്കാൻ പേഷ്യന്റിനെ പഠിപ്പിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- അബ്ഡോമിനൽ, തൊറാസിക് സർജറിക്ക് ശേഷം
- റിബ് ഫ്രാക്ചർ
- ചലനമില്ലാത്ത രോഗികൾ, COPD

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഇൻസെന്റീവ് സ്പൈറോമീറ്റർ
- തലയിണ (മുറിവ് താങ്ങാൻ)
- ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സർജറിക്ക് മുമ്പ് തന്നെ പഠിപ്പിക്കുക; അനാൽജീസിയ ഉറപ്പാക്കുക	വേദന ആഴത്തിലുള്ള ശ്വാസം തടയും
2	നിവർന്ന് ഇരുത്തുക (ബെഡ്ഡിന്റെ അരികിലോ ഹൈ ഫൗളേഴ്സ്)	ശ്വാസകോശം പൂർണ്ണമായി വികസിക്കാൻ
3	സാധാരണ ശ്വാസം പുറത്തുവിട്ട് മൗത്ത്പീസ് ചുണ്ടുകൾ കൊണ്ട് മുറുക്കിപ്പിടിക്കുക	ലീക്ക് ഇല്ലാതെ
4	സാവധാനം ആഴത്തിൽ ശ്വസിക്കുക — ഇൻഡിക്കേറ്റർ "മികച്ച" മേഖലയിൽ നിർത്തുക	സാവധാനമുള്ള ശ്വാസം അൽവിയോളൈ തുറക്കും
5	ശ്വാസം 3–5 സെക്കൻഡ് പിടിച്ചുവെക്കുക; പിന്നെ സാവധാനം പുറത്തുവിടുക	അൽവിയോളാർ വികാസം നിലനിർത്തൽ
6	ഓരോ മണിക്കൂറിലും 10 തവണ (ഉണർന്നിരിക്കുമ്പോൾ)	ആവർത്തനം
7	തലയിണ കൊണ്ട് മുറിവ് താങ്ങി (സ്പ്ലിന്റിങ്) ചുമയ്ക്കുക; നേടിയ അളവ് രേഖപ്പെടുത്തുക	സ്രവങ്ങൾ പുറത്താക്കൽ; പുരോഗതി

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
തലകറക്കം (ഹൈപ്പർവെന്റിലേഷൻ)	ശ്വാസങ്ങൾക്കിടയിൽ വിശ്രമം
വേദന കാരണം ചെയ്യാതിരിക്കൽ	കൃത്യമായ അനാൽജീസിയ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
നേടിയ അളവ് (mL), ആവർത്തനം, ചുമ, ലങ് സൗണ്ടുകൾ, SpO_2.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
സർജറിക്ക് ശേഷമുള്ള ആദ്യ 48 മണിക്കൂറിലെ പനിക്ക് സാധാരണ കാരണം അറ്റലക്റ്റാസിസ് ആണ് — ചലനവും ആഴത്തിലുള്ള ശ്വാസവും പ്രതിരോധം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO സർജിക്കൽ സേഫ്റ്റി ചെക്ക്ലിസ്റ്റ്

വിഭാഗം: പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്, അഡ്വാൻസ്ഡ് സ്കിൽസ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 162 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

സെൻട്രൽ ലൈൻ ഇൻസർഷനിൽ സഹായിക്കൽ

Assisting with Central Line Insertion

ഉദ്ദേശ്യം. CLABSI ബണ്ടിൽ പാലിച്ച് സെൻട്രൽ വീനസ് കത്തീറ്റർ സുരക്ഷിതമായി സ്ഥാപിക്കാൻ ഡോക്ടറെ സഹായിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- വാസോപ്രസ്സറുകൾ, ഇരിറ്റന്റ് മരുന്നുകൾ
- CVP മോണിറ്ററിങ്
- പെരിഫറൽ ആക്സസ് ലഭിക്കാത്തപ്പോൾ
- TPN, ഹീമോഡയാലിസിസ്

ഉപകരണങ്ങൾ
- CVC കിറ്റ്
- മാക്സിമൽ ബാരിയർ: ക്യാപ്, മാസ്ക്, സ്റ്റെറൈൽ ഗൗൺ, ഗ്ലവ്സ്, ഫുൾ-ബോഡി ഡ്രേപ്പ്
- ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ–ആൽക്കഹോൾ
- അൾട്രാസൗണ്ടും സ്റ്റെറൈൽ കവറും
- ലോക്കൽ അനസ്തെറ്റിക്
- സലൈൻ ഫ്ലഷുകൾ
- സ്യൂച്ചർ/സെക്യൂർമെന്റ്, ഡ്രസ്സിങ്
- കാർഡിയാക് മോണിറ്റർ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സമ്മതം, കോയാഗുലേഷൻ, പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റ് പരിശോധിക്കുക; മോണിറ്റർ ഘടിപ്പിക്കുക	സുരക്ഷ; അരിത്മിയ കണ്ടെത്തൽ
2	**ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ് നിരീക്ഷിക്കുക** — ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ, മാക്സിമൽ ബാരിയർ, ക്ലോർഹെക്സിഡിൻ ഉണങ്ങൽ; ലംഘനം ഉണ്ടായാൽ നിർത്താൻ നഴ്സിന് അധികാരം	CLABSI ബണ്ടിൽ
3	പൊസിഷൻ: ജുഗുലാർ/സബ്ക്ലാവിയന് ട്രെൻഡലൻബർഗ് (തല താഴ്ത്തി), തല എതിർവശത്തേക്ക്	വെയിൻ വികസിക്കും; എയർ എംബോളിസം തടയൽ
4	ആവശ്യമുള്ള സാധനങ്ങൾ സ്റ്റെറൈൽ ആയി നൽകുക; എല്ലാ ലൂമനുകളും പ്രൈം ചെയ്യാൻ സഹായിക്കുക	എയർ എംബോളിസം തടയൽ
5	പ്രൊസീജറിനിടെ മോണിറ്ററിൽ അരിത്മിയ, SpO_2, പേഷ്യന്റിന്റെ ആശ്വാസം	ഗൈഡ്‌വയർ അരിത്മിയ ഉണ്ടാക്കും
6	ലൈൻ ഉറപ്പിച്ച ശേഷം ഡ്രസ്സിങ്, ലേബൽ (തീയതി); ഷാർപ്പുകൾ എണ്ണുക; **ഗൈഡ്‌വയർ നീക്കിയെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക**	റിട്ടെയ്ൻഡ് ഗൈഡ്‌വയർ — "നെവർ ഇവന്റ്"
7	ഉപയോഗത്തിന് മുമ്പ് ചെസ്റ്റ് X-റേ (ജുഗുലാർ/സബ്ക്ലാവിയൻ) — ടിപ്പ് സ്ഥാനം, ന്യൂമോതൊറാക്സ്	സുരക്ഷ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ന്യൂമോതൊറാക്സ് (ശ്വാസതടസ്സം, SpO_2 കുറവ്)	ഉടൻ അറിയിക്കുക
ആർട്ടീരിയൽ പഞ്ചർ	അമർത്തൽ
എയർ എംബോളിസം	ഇടതുവശം ചരിച്ച് തല താഴ്ത്തി; 100% ഓക്സിജൻ
അരിത്മിയ	ഗൈഡ്‌വയർ പിൻവലിക്കാൻ പറയുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സൈറ്റ്, ലൂമനുകൾ, ബണ്ടിൽ പാലിച്ചു, ഗൈഡ്‌വയർ നീക്കി, X-റേ സ്ഥിരീകരണം, പേഷ്യന്റ് ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ബണ്ടിൽ ലംഘനം കണ്ടാൽ പ്രൊസീജർ നിർത്താൻ ആവശ്യപ്പെടാൻ നഴ്സിന് അധികാരവും ഉത്തരവാദിത്തവുമുണ്ട്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO സർജിക്കൽ സേഫ്റ്റി ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ്

വാങ്ങുക ›

ലംബർ പങ്ചറിൽ സഹായിക്കൽ

Assisting with a Lumbar Puncture

ഉദ്ദേശ്യം. CSF ശേഖരിക്കാനോ മർദ്ദം അളക്കാനോ മരുന്ന് നൽകാനോ ഉള്ള ലംബർ പങ്ചറിൽ ശരിയായ പൊസിഷനിങ്ങും അസെപ്സിസും ഉറപ്പാക്കി സഹായിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- മെനിഞ്ചൈറ്റിസ്, എൻസെഫലൈറ്റിസ് സംശയം
- സബ്അരക്നോയ്ഡ് ഹെമറേജ് (CT നെഗറ്റീവ്)
- ഇൻട്രാതീക്കൽ കീമോതെറാപ്പി, സ്പൈനൽ അനസ്തേഷ്യ
- IIH-ൽ മർദ്ദം കുറയ്ക്കൽ

ഉപകരണങ്ങൾ

- LP ട്രേ (സ്പൈനൽ സൂചി, മാനോമീറ്റർ, 3–4 സ്റ്റെറൈൽ ട്യൂബുകൾ)
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്, മാസ്ക്, ഡ്രേപ്പ്
- ആന്റിസെപ്റ്റിക്
- ലിഡോകെയ്ൻ
- ഡ്രസ്സിങ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സമ്മതം; CT (പാപ്പിലീഡിമ, ഫോക്കൽ ലക്ഷണങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ), കോയാഗുലേഷൻ, പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റുകൾ	ഹെർണിയേഷൻ, ഹീമറ്റോമ തടയൽ
2	മൂത്രമൊഴിപ്പിക്കുക; വൈറ്റൽസ്; ന്യൂറോ ബേസ്‌ലൈൻ	സുഖം; താരതമ്യം
3	പൊസിഷൻ: ലാറ്ററൽ — ബെഡ്ഡിന്റെ അരികിൽ, മുതുക് ബെഡ്ഡിന് ലംബമായി, മുട്ടുകൾ നെഞ്ചിലേക്കും താടി നെഞ്ചിലേക്കും ("ഫീറ്റൽ പൊസിഷൻ"); അല്ലെങ്കിൽ ഇരുന്ന് മുന്നോട്ട് കുനിഞ്ഞ്	ഇന്റർവെർട്ടിബ്രൽ സ്പേസുകൾ തുറക്കൽ
4	മുന്നിൽ നിന്ന് പേഷ്യന്റിനെ താങ്ങി പിടിക്കുക, ആശ്വസിപ്പിക്കുക, ചലിക്കരുതെന്ന് പറയുക	സൂചി ഇഞ്ചുറി തടയൽ
5	CSF ട്യൂബുകൾ ക്രമത്തിൽ (1–4) ലേബൽ ചെയ്യുക; ഓപ്പണിങ് പ്രഷർ രേഖപ്പെടുത്തുക	ലാബ് വ്യാഖ്യാനം
6	സാമ്പിളുകൾ ഉടൻ ലാബിലേക്ക് (ഗ്ലൂക്കോസിന് ഒരേ സമയം ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ്)	CSF കോശങ്ങൾ വേഗം നശിക്കും
7	ഡ്രസ്സിങ്; വൈറ്റൽസ്, ന്യൂറോ ഒബ്സ്, പഞ്ചർ സൈറ്റ് (ലീക്ക്, ബ്ലീഡിങ്), കാലുകളുടെ സെൻസേഷൻ നിരീക്ഷിക്കുക	സങ്കീർണ്ണതകൾ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പോസ്റ്റ്-ഡ്യൂറൽ പങ്ചർ തലവേദന (ഇരിക്കുമ്പോൾ കൂടുന്നു)	ഫ്ലൂയിഡുകൾ, അനാൽജീസിയ, കഫീൻ; തുടർന്നാൽ അറിയിക്കുക
ബ്രെയിൻ ഹെർണിയേഷൻ (GCS കുറവ്, പ്യൂപ്പിൽ മാറ്റം)	എമർജൻസി
സ്പൈനൽ ഹീമറ്റോമ (കാലിൽ ബലക്കുറവ്)	ഉടൻ അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

തീയതി, സമയം, ഓപ്പണിങ് പ്രഷർ, CSF രൂപം, അളവ്, അയച്ച ടെസ്റ്റുകൾ, പേഷ്യന്റ് ടോളറൻസ്, പോസ്റ്റ്-പ്രൊസീജർ ഒബ്സ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

LP-ക്ക് ശേഷം പരന്ന് കിടക്കുന്നത് തലവേദന തടയുമെന്നതിന് തെളിവില്ല — പേഷ്യന്റിന് സുഖമുള്ള പൊസിഷനിൽ ചലിക്കാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO സർജിക്കൽ സേഫ്റ്റി ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ്

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

തൊറാസെന്റസിസിൽ (പ്ലൂറൽ ടാപ്പ്) സഹായിക്കൽ

Assisting with a Thoracentesis (Pleural Tap)

ഉദ്ദേശ്യം. ഡയഗ്നോസിസിനോ ശ്വാസതടസ്സം കുറയ്ക്കാനോ പ്ലൂറൽ കാവിറ്റിയിൽ നിന്ന് ഫ്ലൂയിഡ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിൽ സഹായിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് — പുതിയ പ്ലൂറൽ എഫ്യൂഷൻ (TB, മാലിഗ്നൻസി, എംപീമ)
- തെറാപ്യൂട്ടിക് — വലിയ എഫ്യൂഷൻ മൂലമുള്ള ശ്വാസതടസ്സം

ഉപകരണങ്ങൾ

- പ്ലൂറൽ ടാപ്പ് കിറ്റ്
- അൾട്രാസൗണ്ട്
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവ്സ്, ഡ്രേപ്പ്
- ആന്റിസെപ്റ്റിക്, ലിഡോകെയ്ൻ
- സ്പെസിമെൻ ട്യൂബുകൾ, കളക്ഷൻ ബാഗ്
- ഓക്സിജൻ, പൾസ് ഓക്സിമീറ്റർ
- ഓവർബെഡ് ടേബിളും തലയിണയും

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സമ്മതം; കോയാഗുലേഷൻ; ബേസ്ലൈൻ വൈറ്റൽസ്, SpO_2	സുരക്ഷ; താരതമ്യം
2	പൊസിഷൻ: ബെഡ്ഡിന്റെ അരികിൽ ഇരുത്തി, കൈകൾ തലയിണ വെച്ച ഓവർബെഡ് ടേബിളിൽ, മുന്നോട്ട് കുനിഞ്ഞ്	ഇന്റർകോസ്റ്റൽ സ്പേസുകൾ വികസിക്കും; ഫ്ലൂയിഡ് താഴെ ശേഖരിക്കും
3	പ്രൊസീജറിനിടെ ചുമയ്ക്കുകയോ ചലിക്കുകയോ ചെയ്യരുതെന്ന് പറയുക	ലങ് പഞ്ചർ തടയൽ
4	SpO_2, RR, പൾസ്, പേഷ്യന്റിന്റെ നിറം നിരീക്ഷിക്കുക; വാസോവേഗൽ റിയാക്ഷൻ ശ്രദ്ധിക്കുക	സങ്കീർണ്ണതകൾ
5	ഒരു തവണയിൽ **1–1.5 ലിറ്ററിൽ കൂടുതൽ** നീക്കരുത്; ചുമ, നെഞ്ചിൽ മുറുക്കം ഉണ്ടായാൽ നിർത്തുക	റീ-എക്സ്പാൻഷൻ പൾമണറി എഡീമ തടയൽ
6	സാമ്പിളുകൾ ലേബൽ ചെയ്ത് അയക്കുക (പ്രോട്ടീൻ, LDH, ഗ്ലൂക്കോസ്, സെൽ കൗണ്ട്, ADA, കൾച്ചർ, സൈറ്റോളജി); ഒരേ സമയം ബ്ലഡ് പ്രോട്ടീൻ, LDH	ലൈറ്റ്സ് ക്രൈറ്റീരിയ
7	ഡ്രസ്സിങ്; പോളിസി പ്രകാരം ചെസ്റ്റ് X-റേ വൈറ്റൽസ് നിരീക്ഷണം	ന്യൂമോതൊറാക്സ് ഒഴിവാക്കൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ന്യൂമോതൊറാക്സ് (പെട്ടെന്നുള്ള ശ്വാസതടസ്സം, നെഞ്ചുവേദന)	ഓക്സിജൻ; ഉടൻ അറിയിക്കുക
റീ-എക്സ്പാൻഷൻ പൾമണറി എഡീമ	ഡ്രെയിനേജ് നിർത്തുക
വാസോവേഗൽ സിൻകോപ്പ്	നിർത്തി കിടത്തുക; അട്രോപിൻ തയ്യാർ
ബ്ലീഡിങ്, ഇൻഫെക്ഷൻ	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

നീക്കിയ അളവ്, ഫ്ലൂയിഡിന്റെ രൂപം, അയച്ച ടെസ്റ്റുകൾ, വൈറ്റൽസ്, പേഷ്യന്റ് ടോളറൻസ്, X-റേ ഫലം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഇന്ത്യയിൽ ലിംഫോസൈറ്റിക് എക്സുഡേറ്റീവ് എഫ്യൂഷനിൽ ഉയർന്ന ADA (40 U/L-ൽ കൂടുതൽ) TB-യെ ശക്തമായി സൂചിപ്പിക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO സർജിക്കൽ സേഫ്റ്റി ചെക്ക്ലിസ്റ്റ്

വാങ്ങുക ›

അബ്ഡോമിനൽ പാരസെന്റസിസിൽ സഹായിക്കൽ

Assisting with an Abdominal Paracentesis

ഉദ്ദേശ്യം. ഡയഗ്നോസിസിനോ ബുദ്ധിമുട്ട് കുറയ്ക്കാനോ പെരിറ്റോണിയൽ കാവിറ്റിയിൽ നിന്ന് അസൈറ്റിക് ഫ്ലൂയിഡ് നീക്കം ചെയ്യുന്നതിൽ സഹായിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- പുതിയ അസൈറ്റിസ് (ഡയഗ്നോസ്റ്റിക്)
- സ്പോണ്ടേനിയസ് ബാക്ടീരിയൽ പെരിറ്റോണൈറ്റിസ് (SBP) സംശയം
- ടെൻസ് അസൈറ്റിസ് — ശ്വാസതടസ്സം (ലാർജ്-വോളിയം തെറാപ്യൂട്ടിക്)

ഉപകരണങ്ങൾ
- പാരസെന്റസിസ് കിറ്റ്
- അൾട്രാസൗണ്ട്
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്, ഡ്രേപ്പ്
- ആന്റിസെപ്റ്റിക്, ലിഡോകെയ്ൻ
- സ്പെസിമെൻ ട്യൂബുകൾ, ബ്ലഡ് കൾച്ചർ കുപ്പികൾ
- ഡ്രെയിനേജ് ബാഗ്
- 20% ആൽബുമിൻ (ലാർജ്-വോളിയം)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സമ്മതം; **മൂത്രമൊഴിപ്പിക്കുക**	ബ്ലാഡർ പഞ്ചർ തടയൽ
2	ബേസ്ലൈൻ ഭാരം, അരവണ്ണം, വൈറ്റൽസ്	താരതമ്യം
3	പൊസിഷൻ: മലർന്ന് കിടത്തി തല 30–45° ഉയർത്തി, ചെറുതായി ഇടതുവശം ചരിച്ച്	ഫ്ലൂയിഡ് താഴത്തെ വയറിൽ ശേഖരിക്കും
4	ഫ്ലൂയിഡ് സാവധാനം ഒഴുകാൻ അനുവദിക്കുക; BP, പൾസ് നിരീക്ഷിക്കുക	ഹൈപ്പോടെൻഷൻ
5	സാമ്പിളുകൾ: സെൽ കൗണ്ട് (ന്യൂട്രോഫിൽ 250/mm³-ൽ കൂടുതൽ = SBP), ആൽബുമിൻ (SAAG), കൾച്ചർ (ബെഡ്സൈഡിൽ ബ്ലഡ് കൾച്ചർ കുപ്പിയിലേക്ക്)	ഡയഗ്നോസിസ്
6	5 ലിറ്ററിൽ കൂടുതൽ നീക്കിയാൽ ഓരോ ലിറ്ററിനും 6–8 g ആൽബുമിൻ IV	പോസ്റ്റ്-പാരസെന്റസിസ് സർക്കുലേറ്ററി ഡിസ്ഫങ്ഷൻ തടയൽ
7	ഡ്രസ്സിങ്; സൈറ്റ് ലീക്ക് നിരീക്ഷിക്കുക; ഭാരം, അരവണ്ണം; പിന്നീട് ന്യൂറോ സ്റ്റാറ്റസ്	സങ്കീർണ്ണതകൾ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ടാക്കിക്കാർഡിയ	ഡ്രെയിനേജ് നിർത്തുക; അറിയിക്കുക
സൈറ്റിൽ നിന്ന് തുടർച്ചയായ ഫ്ലൂയിഡ് ലീക്ക്	ഓസ്റ്റമി ബാഗ്; അറിയിക്കുക
ബ്ലീഡിങ്, ബവൽ പെർഫൊറേഷൻ	വയറുവേദന, പനി
ഹെപ്പാറ്റിക് എൻസെഫലോപ്പതി	മാനസികാവസ്ഥ നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
നീക്കിയ അളവ്, ഫ്ലൂയിഡിന്റെ രൂപം, ആൽബുമിൻ നൽകിയത്, ടെസ്റ്റുകൾ, വൈറ്റൽസ്, ഭാരം, അരവണ്ണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
സിറോസിസ് രോഗി പനിയോ വയറുവേദനയോ എൻസെഫലോപ്പതിയോ ആയി വന്നാൽ ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ടാപ്പ് ചെയ്ത് SBP ഒഴിവാക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · WHO സർജിക്കൽ സേഫ്റ്റി ചെക്ക്ലിസ്റ്റ്

വിഭാഗം: പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്, അഡ്വാൻസ്ഡ് സ്കിൽസ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 162 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ്

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ഓക്സിജൻ ഒരു മരുന്നാണ് — ടാർഗറ്റ് SpO_2-ലേക്ക് പ്രിസ്ക്രൈബ് ചെയ്ത് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യണം. സക്ഷനിങ്, ട്രക്കിയോസ്റ്റമി കെയർ, ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ മാനേജ്മെന്റ് എന്നിവയ്ക്ക് സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കും നിരന്തര ജാഗ്രതയും ആവശ്യമാണ്.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
50	ഓക്സിജൻ തെറാപ്പി നൽകൽ	ഹൈപ്പോക്സീമിയ ശരിയാക്കാൻ ശരിയായ ഉപകരണം വഴി ടാർഗറ്റ് സാച്ചുറേഷനിലേക്ക് ഓക്സിജൻ നൽകുക — ഹൈപ്പോക്സിയയും ഹൈപ്പറോക്സിയയും ഒ...	171
51	ഓറൽ, ഓറോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ് (യാങ്കവർ)	സ്വയം സ്രവങ്ങൾ പുറത്താക്കാൻ കഴിയാത്ത രോഗികളുടെ വായിൽ നിന്നും തൊണ്ടയിൽ നിന്നും സ്രവങ്ങൾ, ഛർദ്ദി, രക്തം എന്നിവ നീക്കി എയ...	172
52	നേസോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ്	വായിലൂടെ എത്താൻ കഴിയാത്ത നേസോഫാരിങ്സിലെയും പിൻഭാഗത്തെ ഫാരിങ്സിലെയും സ്രവങ്ങൾ നീക്കം ചെയ്യുക.	173
53	എൻഡോട്രക്കിയൽ / ട്രക്കിയോസ്റ്റമി സക്ഷനിങ്	ഇൻട്യൂബേറ്റ് ചെയ്തതോ ട്രക്കിയോസ്റ്റമിയുള്ളതോ ആയ രോഗികളിൽ കൃത്രിമ എയർവേ സ്രവങ്ങളിൽ നിന്ന് വിമുക്തമാക്കുക — സ്റ്റെറൈൽ ടെ...	174
54	ട്രക്കിയോസ്റ്റമി കെയർ	സ്റ്റോമ വൃത്തിയായി സൂക്ഷിക്കുക, ഇന്നർ കാനുല പേറ്റന്റ് ആക്കുക, ടൈകൾ സുരക്ഷിതമാക്കുക — ഇൻഫെക്ഷനും ട്യൂബ് അടയലും പുറത്തുവ...	175
55	ട്രക്കിയോസ്റ്റമി / ETT കഫ് പ്രഷർ മാനേജ്മെന്റ്	കഫ് പ്രഷർ 20–30 cmH2O-ൽ നിലനിർത്തുക — ആസ്പിരേഷനും എയർ ലീക്കും തടയാനും ട്രക്കിയൽ മ്യൂക്കോസയുടെ ഇസ്കീമിയ ഒഴിവാക്കാനും.	176
56	ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ (അണ്ടർവാട്ടർ സീൽ) സജ്ജമാക്കലും നിരീക്ഷണവും	പ്ലൂറൽ സ്പേസിൽ നിന്ന് വായു, ഫ്ലൂയിഡ്, രക്തം എന്നിവ ഒരു ദിശയിൽ മാത്രം നീക്കി ശ്വാസകോശം വീണ്ടും വികസിക്കാൻ സഹായിക്കുക.	177
57	ചെസ്റ്റ് ട്യൂബ് പുറത്തുവരൽ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ	ചെസ്റ്റ് ട്യൂബ് അബദ്ധത്തിൽ പുറത്തുവരുകയോ സിസ്റ്റം വേർപെടുകയോ ചെയ്യുമ്പോൾ ഉടനടി പ്രവർത്തിച്ച് ന്യൂമോതൊറാക്സും ടെൻഷൻ ന്യ...	178
58	എൻഡോട്രക്കിയൽ ഇൻട്യൂബേഷനിൽ സഹായിക്കൽ	റാപ്പിഡ് സീക്വൻസ് ഇൻട്യൂബേഷനിൽ (RSI) ഉപകരണങ്ങൾ, മരുന്നുകൾ, മോണിറ്ററിങ്, പേഷ്യന്റ് പൊസിഷൻ എന്നിവ തയ്യാറാക്കി സുരക്ഷിതവു...	179
59	എക്സ്ട്യൂബേഷൻ കെയർ	മെക്കാനിക്കൽ വെന്റിലേഷൻ ആവശ്യമില്ലാത്ത രോഗിയിൽ നിന്ന് എൻഡോട്രക്കിയൽ ട്യൂബ് സുരക്ഷിതമായി നീക്കുകയും എക്സ്ട്യൂബേഷന് ശേഷമ...	180
60	ബാഗ്–വാൽവ്–മാസ്ക് വെന്റിലേഷൻ	അപ്നിയയിലോ അപര്യാപ്തമായ ശ്വസനത്തിലോ ഉള്ള രോഗിക്ക് ഫലപ്രദമായ വെന്റിലേഷനും ഓക്സിജനേഷനും നൽകുക.	181

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

ഓക്സിജൻ തെറാപ്പി നൽകൽ

Administering Oxygen Therapy

ഉദ്ദേശ്യം. ഹൈപ്പോക്സീമിയ ശരിയാക്കാൻ ശരിയായ ഉപകരണം വഴി ടാർഗറ്റ് സാച്ചുറേഷനിലേക്ക് ഓക്സിജൻ നൽകുക — ഹൈപ്പോക്സിയയും ഹൈപ്പറോക്സിയയും ഒഴിവാക്കി.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- SpO_2 94%-ൽ താഴെ (COPD-യിൽ 88%-ൽ താഴെ)
- ഷോക്ക്, സെപ്സിസ്, ട്രോമ, കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ്
- കാർബൺ മോണോക്സൈഡ് വിഷബാധ
- പോസ്റ്റ്-ഓപ്പറേറ്റീവ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഓക്സിജൻ സ്രോതസ്സ്, ഫ്ലോമീറ്റർ
- ഹ്യുമിഡിഫയർ (4 L/മിനിറ്റിൽ കൂടുതൽ)
- നേസൽ കാനുല, സിമ്പിൾ ഫേസ് മാസ്ക്, വെഞ്ചുറി മാസ്ക്, നോൺ-റീബ്രീത്തർ മാസ്ക്
- പൾസ് ഓക്സിമീറ്റർ
- "നോ സ്മോക്കിങ്" സൈൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓക്സിജൻ പ്രിസ്ക്രിപ്ഷനും ടാർഗറ്റ് SpO_2-ഉം പരിശോധിക്കുക: സാധാരണ 94–98%; ഹൈപ്പർകാപ്നിയ റിസ്കിൽ 88–92%	ഓക്സിജൻ ഒരു മരുന്നാണ്
2	ഉപകരണം തിരഞ്ഞെടുക്കുക: നേസൽ കാനുല 1–4 L (24–40%); സിമ്പിൾ മാസ്ക് 5–10 L (40–60%); വെഞ്ചുറി 24–60% കൃത്യം; നോൺ-റീബ്രീത്തർ 15 L (60–90%)	ആവശ്യത്തിനനുസരിച്ച്
3	സിമ്പിൾ മാസ്കിൽ 5 L/മിനിറ്റിൽ കുറയരുത്	CO_2 വീണ്ടും ശ്വസിക്കുന്നത് തടയൽ
4	നോൺ-റീബ്രീത്തർ: മാസ്ക് വെക്കുന്നതിന് മുമ്പ് റിസർവോയർ ബാഗ് നിറയ്ക്കുക; ശ്വസിക്കുമ്പോൾ ബാഗ് മുഴുവൻ ചുരുങ്ങരുത്	ഉയർന്ന FiO_2
5	നിവർന്നിരിക്കാൻ സഹായിക്കുക	ശ്വാസകോശ വികാസം
6	SpO_2, RR, ബോധനില, ശ്വസന പ്രയത്നം നിരീക്ഷിക്കുക; ടാർഗറ്റിലേക്ക് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക	അമിതവും കുറവും ഒഴിവാക്കൽ
7	ചെവിയുടെ പിന്നിലും മൂക്കിലും പ്രഷർ ഏരിയകൾ പരിശോധിക്കുക; വായ ഈർപ്പം	ചർമ്മ ക്ഷതം തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
COPD-യിൽ ഉയർന്ന ഓക്സിജൻ — ഹൈപ്പർകാപ്നിക് റെസ്പിറേറ്ററി ഫെയിലിയർ (മയക്കം, തലവേദന)	88–92% ടാർഗറ്റ്; ABG
തീപിടുത്തം	പുകവലി, തുറന്ന തീ, എണ്ണ അടിസ്ഥാനമാക്കിയ ക്രീമുകൾ ഇല്ല
SpO_2 കൂടിയിട്ടും ശ്വസന പ്രയത്നം കൂടുന്നു	ഉടൻ അറിയിക്കുക — ഓക്സിജൻ ശ്വാസതടസ്സത്തിന്റെ കാരണം ചികിത്സിക്കുന്നില്ല

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഉപകരണം, ഫ്ലോ റേറ്റ്/FiO_2, ടാർഗറ്റ്, SpO_2, RR, പ്രതികരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

അക്യൂട്ട് ഇൽനെസ്സിൽ ഓക്സിജൻ ഒരിക്കലും നിഷേധിക്കരുത് — പക്ഷേ COPD രോഗികളിൽ 88–92%-ലേക്ക് ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്ത് ABG നിരീക്ഷിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഓറൽ, ഓറോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ് (യാങ്കവർ)

Oral and Oropharyngeal Suctioning (Yankauer)

ഉദ്ദേശ്യം. സ്വയം സ്രവങ്ങൾ പുറത്താക്കാൻ കഴിയാത്ത രോഗികളുടെ വായിൽ നിന്നും തൊണ്ടയിൽ നിന്നും സ്രവങ്ങൾ, ഛർദ്ദി, രക്തം എന്നിവ നീക്കി എയർവേ തുറന്നുവെക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ബോധനില കുറവ്
- സ്ട്രോക്ക് (വിഴുങ്ങൽ പ്രശ്നം)
- ഛർദ്ദി, ഓറൽ ബ്ലീഡിങ്
- ഇൻട്യൂബേഷന് മുമ്പ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- സക്ഷൻ സ്രോതസ്സ് (80–120 mmHg)
- യാങ്കവർ സക്ഷൻ ടിപ്പ്
- ഗ്ലവ്സ്, ഫേസ് ഷീൽഡ്
- വെള്ളം (ട്യൂബ് കഴുകാൻ)
- ഓക്സിജൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സക്ഷൻ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ടെന്നും മർദ്ദവും പരിശോധിക്കുക	തയ്യാർ
2	ബോധമുള്ളവരെ സെമി-ഫൗളേഴ്സിൽ; അബോധമുള്ളവരെ ലാറ്ററൽ പൊസിഷനിൽ	ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
3	PPE ധരിക്കുക	തെറിക്കൽ സംരക്ഷണം
4	യാങ്കവർ വായയുടെ വശത്തുകൂടി കടത്തുക, കവിളിനും മോണയ്ക്കും ഇടയിലൂടെ	ഗാഗ് റിഫ്ലക്സ് ഉണർത്താതിരിക്കൽ
5	ദൃശ്യമായ സ്രവങ്ങൾ മാത്രം സക്ഷൻ ചെയ്യുക; ഓരോ തവണയും 10–15 സെക്കൻഡിൽ കൂടരുത്	ഹൈപ്പോക്സിയ തടയൽ
6	ഇടയിൽ ഓക്സിജനും വിശ്രമവും; ട്യൂബ് വെള്ളം കൊണ്ട് കഴുകുക	പുനഃസ്ഥാപനം
7	ഓറൽ കെയർ നൽകുക; ശ്വാസോച്ഛ്വാസം വീണ്ടും വിലയിരുത്തുക	സുഖം; ഫലം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഗാഗ്, ഛർദ്ദി, ആസ്പിരേഷൻ	ഗാഗ് റിഫ്ലക്സ് ഭാഗം ഒഴിവാക്കുക
ഹൈപ്പോക്സിയ, ബ്രാഡിക്കാർഡിയ (വേഗൽ)	ഹ്രസ്വമായ സക്ഷൻ; SpO_2 നിരീക്ഷണം
മ്യൂക്കോസൽ ക്ഷതം	സൗമ്യമായി

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സ്രവങ്ങളുടെ അളവ്, നിറം, സ്ഥിരത; സക്ഷന് മുമ്പും ശേഷവുമുള്ള SpO_2; പേഷ്യന്റ് ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഛർദ്ദിക്കുന്ന അബോധരോഗിയുടെ ബെഡ്സൈഡിൽ എപ്പോഴും പ്രവർത്തിക്കുന്ന സക്ഷൻ തയ്യാറായിരിക്കണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

നേസോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ്

Nasopharyngeal Suctioning

ഉദ്ദേശ്യം. വായിലൂടെ എത്താൻ കഴിയാത്ത നേസോഫാരിങ്സിലെയും പിൻഭാഗത്തെ ഫാരിങ്സിലെയും സ്രവങ്ങൾ നീക്കം ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ചുമയ്ക്കാൻ കഴിയാത്ത, മൂക്കിലും തൊണ്ടയിലും സ്രവങ്ങളുള്ള രോഗികൾ
- ശിശുക്കൾ (ബ്രോങ്കിയോലൈറ്റിസ്)
- സ്പുട്ടം സാമ്പിൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- സ്റ്റെറൈൽ സക്ഷൻ കത്തീറ്റർ (മുതിർന്നവർ 10–14 Fr)
- സക്ഷൻ (മുതിർന്നവർ 100–150 mmHg)
- വാട്ടർ-സൊല്യൂബിൾ ലൂബ്രിക്കന്റ്
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്, സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളം
- PPE, ഓക്സിജൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വിശദീകരിക്കുക; സെമി-ഫൗളേഴ്സ്; ആവശ്യമെങ്കിൽ പ്രീ-ഓക്സിജനേഷൻ	ഹൈപ്പോക്സിയ തടയൽ
2	കത്തീറ്റർ നീളം അളക്കുക: മൂക്കിന്റെ അറ്റം മുതൽ ചെവിയുടെ ലോബ് വരെ	ശരിയായ ആഴം
3	ആധിപത്യമുള്ള കൈയിൽ സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്; കത്തീറ്റർ ലൂബ്രിക്കേറ്റ് ചെയ്യുക	അസെപ്സിസ്; മ്യൂക്കോസ സംരക്ഷണം
4	**സക്ഷൻ ഇല്ലാതെ** കത്തീറ്റർ നാസാദ്വാരത്തിലൂടെ താഴേക്കും പിന്നോട്ടും കടത്തുക	മ്യൂക്കോസൽ ക്ഷതം തടയൽ
5	തിരിച്ചുകൊണ്ട് പിൻവലിക്കുമ്പോൾ മാത്രം ഇടവിട്ട് സക്ഷൻ; 10–15 സെക്കൻഡിൽ കൂടരുത്	ഹൈപ്പോക്സിയ
6	ആവർത്തിക്കുന്നതിന് മുമ്പ് 20–30 സെക്കൻഡ് വിശ്രമം; നാസാദ്വാരങ്ങൾ മാറ്റുക	പുനഃസ്ഥാപനം; ക്ഷതം കുറയ്ക്കൽ
7	കത്തീറ്റർ ഉപേക്ഷിക്കുക; ശ്വാസം വീണ്ടും വിലയിരുത്തുക	ഫലം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
നേസൽ ബ്ലീഡിങ്	മൃദുവായി; ഓറൽ എയർവേ
ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, ലാരിഞ്ചോസ്പാസം	നിർത്തുക; ഓക്സിജൻ
ബേസൽ സ്കൾ ഫ്രാക്ചർ, ഫേഷ്യൽ ട്രോമ	കോൺട്രാഇൻഡിക്കേറ്റഡ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

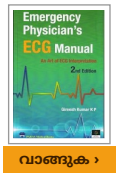
സ്രവങ്ങളുടെ സ്വഭാവം, SpO_2, ലങ് സൗണ്ടുകൾ, ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ശിശുക്കൾ മൂക്കിലൂടെ മാത്രം ശ്വസിക്കുന്നവരാണ് — ഫീഡിന് മുമ്പുള്ള നേസൽ സക്ഷൻ ശ്വാസവും ഭക്ഷണവും മെച്ചപ്പെടുത്തും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

എൻഡോട്രക്കിയൽ / ട്രക്കിയോസ്റ്റമി സക്ഷനിങ്

Endotracheal / Tracheostomy Suctioning

ഉദ്ദേശ്യം. ഇൻട്യൂബേറ്റ് ചെയ്തതോ ട്രക്കിയോസ്റ്റമിയുള്ളതോ ആയ രോഗികളിൽ കൃത്രിമ എയർവേ സ്രവങ്ങളിൽ നിന്ന് വിമുക്തമാക്കുക — സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ, ഹൈപ്പോക്സിയ ഇല്ലാതെ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കേൾക്കാവുന്ന/കാണാവുന്ന സ്രവങ്ങൾ, ലങ് സൗണ്ടിൽ റോങ്കൈ
- SpO_2 കുറവ്, വെന്റിലേറ്റർ പീക്ക് പ്രഷർ കൂടൽ
- സാമ്പിൾ ആവശ്യം (**സമയക്രമത്തിലല്ല, ആവശ്യാനുസരണം**)

ഉപകരണങ്ങൾ

- ക്ലോസ്ഡ് (ഇൻ-ലൈൻ) സക്ഷൻ കത്തീറ്റർ അല്ലെങ്കിൽ സ്റ്റെറൈൽ ഓപ്പൺ കത്തീറ്റർ (ട്യൂബിന്റെ ഉൾവ്യാസത്തിന്റെ പകുതിയിൽ താഴെ)
- സക്ഷൻ 80–150 mmHg
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവ്സ്, സലൈൻ
- PPE
- ബാഗ്-വാൽവ് (ഓക്സിജനോടെ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആവശ്യം വിലയിരുത്തുക; വിശദീകരിക്കുക; ബേസ്ലൈൻ SpO_2, HR	ആവശ്യാനുസരണം
2	30–60 സെക്കൻഡ് 100% ഓക്സിജൻ (വെന്റിലേറ്ററിൽ)	ഹൈപ്പോക്സിയ തടയൽ
3	കത്തീറ്റർ സൈസ്: ETT സൈസ് × 2 − 2 (Fr) (ഉദാ. 8 mm ETT → 14 Fr)	അൽവിയോളാർ കൊളാപ്സ് തടയൽ
4	സക്ഷൻ ഇല്ലാതെ കത്തീറ്റർ ട്യൂബിന്റെ നീളം + 1 cm വരെ മാത്രം ("ഷാലോ" സക്ഷൻ) കടത്തുക	കാരിനയുടെ ക്ഷതം തടയൽ
5	സക്ഷൻ പ്രയോഗിച്ച് പിൻവലിക്കുക — **10–15 സെക്കൻഡിൽ കൂടരുത്**	ഹൈപ്പോക്സിയ, ബ്രാഡിക്കാർഡിയ
6	ഓക്സിജനേറ്റ് ചെയ്യുക; ആവശ്യമെങ്കിൽ ആവർത്തിക്കുക (പരമാവധി 2–3 തവണ)	പുനഃസ്ഥാപനം
7	റൂട്ടീനായി സലൈൻ ഇൻസ്റ്റിലേഷൻ ചെയ്യരുത്; അവസാനം വായ സക്ഷൻ ചെയ്യുക	ഇൻഫെക്ഷൻ, ഹൈപ്പോക്സിയ; VAP തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഹൈപ്പോക്സിയ, ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, അരിത്മിയ	നിർത്തി ഓക്സിജൻ
ഉയർന്ന ICP (ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി)	ഹ്രസ്വമായ സക്ഷൻ; പ്രീ-ഓക്സിജനേഷൻ
ട്രക്കിയൽ മ്യൂക്കോസ ക്ഷതം, ബ്ലീഡിങ്	ഷാലോ സക്ഷൻ
VAP	അസെപ്സിസ്; ക്ലോസ്ഡ് സിസ്റ്റം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഇൻഡിക്കേഷൻ, സ്രവങ്ങൾ (അളവ്, നിറം, കട്ടി), SpO_2, HR, ലങ് സൗണ്ടുകൾ, ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സക്ഷൻ ചെയ്യുന്നത് "സമയമായതുകൊണ്ടല്ല", ആവശ്യമായതുകൊണ്ടാണ് — ഓരോ സക്ഷനും എയർവേ ക്ഷതവും ഹൈപ്പോക്സിയയും ഉണ്ടാക്കുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ട്രക്കിയോസ്റ്റമി കെയർ
Tracheostomy Care

ഉദ്ദേശ്യം. സ്റ്റോമ വൃത്തിയായി സൂക്ഷിക്കുക, ഇന്നർ കാനുല പേറ്റന്റ് ആക്കുക, ടൈകൾ സുരക്ഷിതമാക്കുക — ഇൻഫെക്ഷനും ട്യൂബ് അടയലും പുറത്തുവരലും തടയാൻ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- എല്ലാ ട്രക്കിയോസ്റ്റമി രോഗികളും — കുറഞ്ഞത് ഓരോ 8 മണിക്കൂറിലും ആവശ്യാനുസരണവും

ഉപകരണങ്ങൾ
- ട്രക്കിയോസ്റ്റമി കെയർ കിറ്റ്
- സ്റ്റെറൈൽ സലൈൻ
- പുതിയ ഇന്നർ കാനുല (ഡിസ്പോസബിൾ)
- പ്രീ-കട്ട് ട്രാക്ക് ഡ്രസ്സിങ്
- ട്രാക്ക് ടൈകൾ
- **ബെഡ്സൈഡ് എമർജൻസി: സ്പെയർ ട്യൂബുകൾ (ഒരേ സൈസും ചെറിയതും), ഒബ്റ്റ്യൂറേറ്റർ, ഡൈലേറ്റർ**
- സക്ഷൻ, ഓക്സിജൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ബെഡ്സൈഡ് എമർജൻസി ഉപകരണങ്ങൾ ഉണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക	ട്യൂബ് പുറത്തുവന്നാൽ ഉടൻ ആവശ്യം
2	ആവശ്യമെങ്കിൽ സക്ഷൻ; പ്രീ-ഓക്സിജനേഷൻ	എയർവേ വൃത്തിയാക്കൽ
3	ഇന്നർ കാനുല നീക്കി പുതിയത് ഇടുക (അല്ലെങ്കിൽ വൃത്തിയാക്കുക)	അടവ് തടയൽ
4	പഴയ ഡ്രസ്സിങ് നീക്കുക; സ്റ്റോമ സലൈൻ കൊണ്ട് അകത്തു നിന്ന് പുറത്തേക്ക് വൃത്തിയാക്കി ഉണക്കുക; ചുവപ്പ്, പഴുപ്പ്, ഗ്രാന്യൂലേഷൻ പരിശോധിക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ, ചർമ്മ ക്ഷതം
5	പ്രീ-കട്ട് ഡ്രസ്സിങ് വെക്കുക (സാധാരണ ഗോസ് മുറിക്കരുത് — നാരുകൾ ശ്വസിക്കാം)	സുരക്ഷ
6	ടൈകൾ മാറ്റുമ്പോൾ **രണ്ടാമതൊരാൾ ട്യൂബ് പിടിക്കണം**; പുതിയത് കെട്ടിയ ശേഷം മാത്രം പഴയത് നീക്കുക	പുറത്തുവരൽ തടയൽ
7	ടൈകൾക്കടിയിൽ ഒരു വിരൽ കടക്കും വിധം; കഫ് പ്രഷർ പരിശോധിക്കുക	വളരെ മുറുകിയാൽ പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി; അയഞ്ഞാൽ പുറത്തുവരൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ട്യൂബ് പുറത്തുവരൽ (ആദ്യ 7 ദിവസം — ട്രാക്റ്റ് രൂപപ്പെട്ടിട്ടില്ല)	സഹായം വിളിക്കുക; സ്റ്റേ സ്യൂച്ചറുകൾ; സ്റ്റോമയിലും വായിലും ഓക്സിജൻ; ഡോക്ടർ വീണ്ടും കടത്തുക
ട്യൂബ് അടയൽ (ശ്വാസതടസ്സം, സക്ഷൻ കത്തീറ്റർ കടക്കുന്നില്ല)	ഇന്നർ കാനുല മാറ്റുക; എമർജൻസി
സ്റ്റോമൽ ഇൻഫെക്ഷൻ	സ്വാബ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സ്റ്റോമയുടെ അവസ്ഥ, സ്രവങ്ങൾ, ഇന്നർ കാനുല മാറ്റി, ടൈ സുരക്ഷ, കഫ് പ്രഷർ, ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ലാറിഞ്ചക്ടമി രോഗികൾ കഴുത്തിലൂടെ മാത്രം ശ്വസിക്കുന്നവരാണ് — റിസസിറ്റേഷൻ സമയത്ത് ഓക്സിജൻ സ്റ്റോമയിലൂടെ നൽകുക, വായിലൂടെയല്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ട്രക്കിയോസ്റ്റമി / ETT കഫ് പ്രഷർ മാനേജ്മെന്റ്

Tracheostomy / ETT Cuff Pressure Management

ഉദ്ദേശ്യം. കഫ് പ്രഷർ 20–30 cmH_2O-ൽ നിലനിർത്തുക — ആസ്പിരേഷനും എയർ ലീക്കും തടയാനും ട്രക്കിയൽ മ്യൂക്കോസയുടെ ഇസ്കീമിയ ഒഴിവാക്കാനും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- കഫുള്ള എല്ലാ ETT-കളും ട്രക്കിയോസ്റ്റമി ട്യൂബുകളും — ഓരോ 8 മണിക്കൂറിലും, ട്യൂബ് നീക്കിയ ശേഷവും, ലീക്ക് സംശയിക്കുമ്പോഴും

ഉപകരണങ്ങൾ
- കഫ് മാനോമീറ്റർ
- 10 mL സിറിഞ്ച്
- സക്ഷൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സബ്ഗ്ലോട്ടിക്, ഓറൽ സ്രവങ്ങൾ സക്ഷൻ ചെയ്യുക	കഫ് പ്രഷർ കുറഞ്ഞാൽ ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
2	പൈലറ്റ് ബലൂണിൽ മാനോമീറ്റർ ഘടിപ്പിക്കുക	അളക്കൽ
3	പ്രഷർ വായിക്കുക; ലക്ഷ്യം **20–30 cmH_2O**	20-ൽ താഴെ = ആസ്പിരേഷൻ/VAP; 30-ൽ കൂടുതൽ = മ്യൂക്കോസൽ ഇസ്കീമിയ
4	ആവശ്യാനുസരണം വായു കൂട്ടുക/കുറയ്ക്കുക	ശരിയാക്കൽ
5	ഡിസ്കണക്റ്റ് ചെയ്യുമ്പോൾ ഉണ്ടാകുന്ന വായുനഷ്ടം ശ്രദ്ധിക്കുക	കൃത്യത
6	ലീക്ക് കേൾക്കുന്നുണ്ടോ (ശബ്ദം, കുമിള) വിലയിരുത്തുക	കഫ് പ്രവർത്തനം
7	രേഖപ്പെടുത്തുക	ട്രെൻഡ് — തുടർച്ചയായി കൂട്ടേണ്ടി വരുന്നുവെങ്കിൽ കഫ് ലീക്ക്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
അമിത പ്രഷർ — ട്രക്കിയൽ സ്റ്റെനോസിസ്, ട്രക്കിയോ-ഈസോഫാജിയൽ ഫിസ്റ്റുല	മാനോമീറ്റർ ഉപയോഗിക്കുക; വിരൽ കൊണ്ട് "തോന്നൽ" വിശ്വസനീയമല്ല
കഫ് പൊട്ടൽ — തുടർച്ചയായ ലീക്ക്	അറിയിക്കുക; ട്യൂബ് മാറ്റം
ഭക്ഷണം കഴിക്കുമ്പോൾ കഫ് ഡിഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യൽ	സ്പീച്ച് ആൻഡ് സ്വാളോ വിലയിരുത്തലിന് ശേഷം മാത്രം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
കഫ് പ്രഷർ (cmH_2O), ക്രമീകരണം, ലീക്ക്, സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
പൈലറ്റ് ബലൂൺ വിരൽ കൊണ്ട് ഞെക്കി കഫ് പ്രഷർ കണക്കാക്കുന്നത് മിക്കപ്പോഴും തെറ്റാണ് — എപ്പോഴും മാനോമീറ്റർ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വാങ്ങുക ›

ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ (അണ്ടർവാട്ടർ സീൽ) സജ്ജമാക്കലും നിരീക്ഷണവും

Setting Up and Monitoring a Chest Drain (Underwater Seal)

ഉദ്ദേശ്യം. പ്ലൂറൽ സ്പേസിൽ നിന്ന് വായു, ഫ്ലൂയിഡ്, രക്തം എന്നിവ ഒരു ദിശയിൽ മാത്രം നീക്കി ശ്വാസകോശം വീണ്ടും വികസിക്കാൻ സഹായിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ന്യൂമോതൊറാക്സ്
- ഹീമോതൊറാക്സ് (ട്രോമ)
- പ്ലൂറൽ എഫ്യൂഷൻ, എംപീമ
- കാർഡിയോതൊറാസിക് സർജറിക്ക് ശേഷം

ഉപകരണങ്ങൾ
- അണ്ടർവാട്ടർ സീൽ ബോട്ടിൽ/ഡ്രെയിനേജ് സിസ്റ്റം
- സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളം
- ട്യൂബിങ്, കണക്ടറുകൾ
- **ബെഡ്സൈഡിൽ രണ്ട് ട്യൂബ് ക്ലാമ്പുകൾ** (ക്ലാമ്പ് ചെയ്യാൻ മാത്രം ചില സാഹചര്യങ്ങളിൽ)
- സക്ഷൻ (നിർദ്ദേശിച്ചാൽ)
- ടേപ്പ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സിസ്റ്റം സജ്ജമാക്കുക: വാട്ടർ സീൽ ചേംബറിൽ 2 cm വരെ സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളം; ലെവൽ അടയാളപ്പെടുത്തുക	ഒരു ദിശ വാൽവ്
2	ബോട്ടിൽ **എപ്പോഴും നെഞ്ചിന്റെ നിരപ്പിന് താഴെ**, നിവർന്ന നിലയിൽ, ഫ്ലോറിൽ സുരക്ഷിതമായി	ഫ്ലൂയിഡ് തിരികെ നെഞ്ചിലേക്ക് പോകുന്നത് തടയൽ
3	എല്ലാ കണക്ഷനുകളും ടേപ്പ് ചെയ്യുക; ട്യൂബിങ്ങിൽ ലൂപ്പുകൾ, കിങ്കുകൾ ഇല്ല	ലീക്ക്, ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ തടയൽ
4	ടൈഡലിങ് (ശ്വാസത്തോടൊപ്പം വെള്ളം ഉയർന്നു താഴൽ) പരിശോധിക്കുക	പേറ്റൻസി; ടൈഡലിങ് നിലച്ചാൽ ലങ് വികസിച്ചോ അല്ലെങ്കിൽ അടവോ
5	ബബ്ലിങ് ശ്രദ്ധിക്കുക: ഇടവിട്ട് (ചുമയ്ക്കുമ്പോൾ) = എയർ ലീക്ക് പരിഹരിക്കുന്നു; തുടർച്ചയായി = സിസ്റ്റം ലീക്ക് അല്ലെങ്കിൽ വലിയ എയർ ലീക്ക്	വ്യാഖ്യാനം
6	ഓരോ മണിക്കൂറിലും ഡ്രെയിനേജ് അളവും സ്വഭാവവും; സൈറ്റ് (സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് എംഫിസീമ)	ഹെമറേജ് കണ്ടെത്തൽ
7	ബബ്ലിങ് ഡ്രെയിൻ **ഒരിക്കലും ക്ലാമ്പ് ചെയ്യരുത്**; ശ്വസന വ്യായാമങ്ങൾ, ചലനം, അനാൽജീസിയ	ടെൻഷൻ ന്യൂമോതൊറാക്സ് തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഡ്രെയിനേജ് 100 mL/h-ൽ കൂടുതൽ (രക്തം) അല്ലെങ്കിൽ ആദ്യം 1,500 mL	ഹെമറേജ് — ഉടൻ അറിയിക്കുക
ബോട്ടിൽ പൊട്ടൽ	ട്യൂബ് അറ്റം സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളത്തിൽ 2–3 cm മുക്കി വെക്കുക; പുതിയ സിസ്റ്റം
ടെൻഷൻ ന്യൂമോതൊറാക്സ് (ക്ലാമ്പ് ചെയ്ത ഡ്രെയിൻ)	ക്ലാമ്പ് ഉടൻ നീക്കുക
സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് എംഫിസീമ കൂടുന്നു	അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഡ്രെയിനേജ് (മണിക്കൂറിലും ആകെയും), സ്വഭാവം, ടൈഡലിങ്, ബബ്ലിങ്, സൈറ്റ്, ശ്വസന അസസ്മെന്റ്, വേദന.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ബബ്ലിങ് ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ ക്ലാമ്പ് ചെയ്യുന്നത് ടെൻഷൻ ന്യൂമോതൊറാക്സിലേക്ക് നയിക്കും — "ബബ്ലിങ്ങെങ്കിൽ, ക്ലാമ്പ് ചെയ്യരുത്".

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ചെസ്റ്റ് ട്യൂബ് പുറത്തുവരൽ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ

Managing Chest Tube Dislodgement

ഉദ്ദേശ്യം. ചെസ്റ്റ് ട്യൂബ് അബദ്ധത്തിൽ പുറത്തുവരുകയോ സിസ്റ്റം വേർപെടുകയോ ചെയ്യുമ്പോൾ ഉടനടി പ്രവർത്തിച്ച് ന്യൂമോതൊറാക്സും ടെൻഷൻ ന്യൂമോതൊറാക്സും തടയുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ട്യൂബ് നെഞ്ചിൽ നിന്ന് പുറത്തുവന്നു
- ട്യൂബിങ് ഡ്രെയിനേജ് സിസ്റ്റത്തിൽ നിന്ന് വേർപെട്ടു
- ബോട്ടിൽ പൊട്ടി

ഉപകരണങ്ങൾ

- സ്റ്റെറൈൽ ഓക്ലൂസീവ് ഡ്രസ്സിങ് (വാസലിൻ ഗോസ്)
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്
- സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളം
- പുതിയ ഡ്രെയിനേജ് സിസ്റ്റം
- ഓക്സിജൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	**ട്യൂബ് പുറത്തുവന്നാൽ:** ഉടൻ ഗ്ലവ് ധരിച്ച കൈ കൊണ്ട് സൈറ്റ് അടയ്ക്കുക; സഹായം വിളിക്കുക	വായു ഉള്ളിലേക്ക് കടക്കുന്നത് തടയൽ
2	സ്റ്റെറൈൽ ഓക്ലൂസീവ് ഡ്രസ്സിങ് — **മൂന്ന് വശം മാത്രം ടേപ്പ് ചെയ്യുക**	ഫ്ലട്ടർ വാൽവ് — വായു പുറത്തുപോകും, അകത്തുവരില്ല
3	ഓക്സിജൻ; SpO_2, RR, HR, BP നിരീക്ഷിക്കുക	ടെൻഷൻ ന്യൂമോതൊറാക്സ് കണ്ടെത്തൽ
4	**സിസ്റ്റം വേർപെട്ടാൽ:** ട്യൂബിന്റെ അറ്റം സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളത്തിൽ 2–3 cm മുക്കുക	താൽക്കാലിക വാട്ടർ സീൽ
5	ട്യൂബിങ് വൃത്തിയാക്കി പുതിയ സിസ്റ്റവുമായി ബന്ധിപ്പിക്കുക	സിസ്റ്റം പുനഃസ്ഥാപനം
6	ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക; ചെസ്റ്റ് X-റേ; പുതിയ ഡ്രെയിൻ തയ്യാറാക്കുക	നിശ്ചിത ചികിത്സ
7	ടെൻഷൻ ലക്ഷണങ്ങൾ (കടുത്ത ശ്വാസതടസ്സം, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ട്രക്കിയ മാറൽ) ഉണ്ടായാൽ ഡ്രസ്സിങ് അൽപം ഉയർത്തുക	കുടുങ്ങിയ വായു പുറത്തുവിടൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ടെൻഷൻ ന്യൂമോതൊറാക്സ്	ഡ്രസ്സിങ് ഉയർത്തുക; നീഡിൽ ഡീകംപ്രഷന് ഡോക്ടർ
നാല് വശവും ടേപ്പ് ചെയ്ത ഡ്രസ്സിങ്	ടെൻഷൻ ഉണ്ടാക്കും
ട്യൂബ് വീണ്ടും തള്ളിക്കയറ്റൽ	ഒരിക്കലും ചെയ്യരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സംഭവിച്ച സമയം, ചെയ്ത നടപടികൾ, വൈറ്റൽസ്, അറിയിച്ചയാൾ, X-റേ ഫലം, ഇൻസിഡന്റ് റിപ്പോർട്ട്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ ഉള്ള ഓരോ രോഗിയുടെയും ബെഡ്സൈഡിൽ ഓക്ലൂസീവ് ഡ്രസ്സിങ്ങും സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളവും ഉണ്ടായിരിക്കണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

എൻഡോട്രക്കിയൽ ഇൻട്യൂബേഷനിൽ സഹായിക്കൽ

Assisting with Endotracheal Intubation

ഉദ്ദേശ്യം. റാപ്പിഡ് സീക്വൻസ് ഇൻട്യൂബേഷനിൽ (RSI) ഉപകരണങ്ങൾ, മരുന്നുകൾ, മോണിറ്ററിങ്, പേഷ്യന്റ് പൊസിഷൻ എന്നിവ തയ്യാറാക്കി സുരക്ഷിതവും വേഗത്തിലുള്ളതുമായ എയർവേ സ്ഥാപനത്തിന് സഹായിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- റെസ്പിറേറ്ററി ഫെയിലിയർ
- എയർവേ സംരക്ഷണം (GCS 8-ൽ താഴെ)
- കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ്
- സർജറി

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഇൻട്യൂബേഷൻ ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ്
- ലാരിഞ്ചോസ്കോപ്പ് (ബ്ലേഡുകൾ, ലൈറ്റ് പരിശോധിച്ചത്)/വീഡിയോ ലാരിഞ്ചോസ്കോപ്പ്
- ETT (മുതിർന്നവർ 7–8 mm; ഒരു സൈസ് ചെറുതും), സ്റ്റൈലറ്റ്, ബൂഗി
- 10 mL സിറിഞ്ച്
- **വേവ്ഫോം കാപ്നോഗ്രഫി**
- സക്ഷൻ (യാങ്കവർ)
- BVM, ഓക്സിജൻ
- RSI മരുന്നുകൾ, വാസോപ്രസ്സർ
- ട്യൂബ് ടൈ
- സുപ്രാഗ്ലോട്ടിക് എയർവേ (ബാക്കപ്പ്)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ചെക്ക്‌ലിസ്റ്റ് ഉപയോഗിക്കുക; റോളുകൾ നൽകുക; IV ആക്സസ് (2), മോണിറ്റർ	ടീം തയ്യാറെടുപ്പ്
2	3 മിനിറ്റ് പ്രീ-ഓക്സിജനേഷൻ (നോൺ-റീബ്രീത്തർ/BVM + നേസൽ കാനുല 15 L)	അപ്നിയ സമയത്ത് സുരക്ഷാ ബഫർ
3	പൊസിഷൻ: "സ്നിഫിങ്" (ചെവി സ്റ്റേർണൽ നോച്ചിന്റെ നിരപ്പിൽ — ആവശ്യമെങ്കിൽ റാമ്പ്)	മികച്ച കാഴ്ച
4	ആവശ്യപ്പെടുമ്പോൾ മരുന്നുകൾ (ഇൻഡക്ഷൻ, പിന്നെ പരാലിറ്റിക്) നൽകുക; സമയം പറയുക	വേഗത്തിലുള്ള ക്രമം
5	ആവശ്യപ്പെട്ടാൽ എക്സ്റ്റേണൽ ലാരിഞ്ചിയൽ മാനിപ്പുലേഷൻ (BURP); സക്ഷനും ട്യൂബും കൈമാറുക; SpO_2 ഉറക്കെ പറയുക	സഹായം
6	ട്യൂബ് കടന്നാൽ കഫ് ഇൻഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുക; **കാപ്നോഗ്രഫിയിൽ സ്ഥിരമായ വേവ്ഫോം** ഉറപ്പാക്കുക; ഇരുവശവും ശ്വാസശബ്ദം	ഈസോഫാജിയൽ ഇൻട്യൂബേഷൻ ഒഴിവാക്കൽ
7	ലിപ്പിലെ ട്യൂബ് ആഴം (മുതിർന്നവർ സാധാരണ 21–23 cm) രേഖപ്പെടുത്തി ഉറപ്പിക്കുക; ചെസ്റ്റ് X-റേ പോസ്റ്റ്-ഇൻട്യൂബേഷൻ സെഡേഷൻ	സുരക്ഷ; സുഖം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഇൻട്യൂബേഷൻ ശ്രമത്തിനിടെ ഹൈപ്പോക്സിയ (SpO_2 90%-ൽ താഴെ)	ശ്രമം നിർത്തി BVM
ഈസോഫാജിയൽ ഇൻട്യൂബേഷൻ ($EtCO_2$ വേവ്ഫോം ഇല്ല)	"ഇല്ലെങ്കിൽ, പുറത്തെടുക്കുക"
പോസ്റ്റ്-ഇൻട്യൂബേഷൻ ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	ഫ്ലൂയിഡ്, വാസോപ്രസ്സർ
ആസ്പിരേഷൻ	സക്ഷൻ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സമയം, മരുന്നുകൾ/ഡോസുകൾ, ട്യൂബ് സൈസ്, ആഴം, ശ്രമങ്ങൾ, ഗ്രേഡ്, $EtCO_2$ സ്ഥിരീകരണം, സങ്കീർണ്ണതകൾ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
"നോ ട്രേസ്, റോങ്ങ് പ്ലേസ്" — കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ പോലും ശരിയായ CPR-ൽ കാപ്നോഗ്രഫി വേവ്ഫോം ഉണ്ടാകും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്‌ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

എക്സ്ട്യൂബേഷൻ കെയർ
Extubation Care

ഉദ്ദേശ്യം. മെക്കാനിക്കൽ വെന്റിലേഷൻ ആവശ്യമില്ലാത്ത രോഗിയിൽ നിന്ന് എൻഡോട്രക്കിയൽ ട്യൂബ് സുരക്ഷിതമായി നീക്കുകയും എക്സ്ട്യൂബേഷന് ശേഷമുള്ള ശ്വസനപ്രശ്നങ്ങൾ നേരത്തെ കണ്ടെത്തുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- സ്പോണ്ടേനിയസ് ബ്രീത്തിങ് ട്രയൽ (SBT) വിജയിച്ചു
- ഉണർന്ന്, നിർദ്ദേശങ്ങൾ അനുസരിക്കുന്നു, ചുമയ്ക്കാൻ കഴിയുന്നു
- ഹീമോഡൈനാമിക്കായി സ്ഥിരത

ഉപകരണങ്ങൾ
- 10 mL സിറിഞ്ച്
- സക്ഷൻ (യാങ്കവർ, സക്ഷൻ കത്തീറ്റർ)
- ഓക്സിജൻ (ഫേസ് മാസ്ക്/HFNC/NIV തയ്യാർ)
- റീഇൻട്യൂബേഷൻ ഉപകരണങ്ങൾ
- നെബുലൈസർ (അഡ്രിനലിൻ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഡോക്ടറുടെ ഓർഡർ; വിശദീകരിക്കുക; സെഡേഷൻ നിർത്തിയിട്ടുണ്ട്; ആവശ്യമെങ്കിൽ കഫ് ലീക്ക് ടെസ്റ്റ്	അപ്പർ എയർവേ എഡീമ റിസ്ക്
2	NG ഫീഡ് 4 മണിക്കൂർ മുമ്പ് നിർത്തുക; NG ആസ്പിറേറ്റ് ചെയ്യുക	ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
3	നിവർന്ന് ഇരുത്തുക (45° അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ); 100% ഓക്സിജൻ	ശ്വാസകോശ വികാസം; ഓക്സിജൻ റിസർവ്
4	ET ട്യൂബിലൂടെയും വായിലൂടെയും സക്ഷൻ ചെയ്യുക	സ്രവങ്ങൾ ആസ്പിരേറ്റ് ചെയ്യുന്നത് തടയൽ
5	ടൈ അഴിക്കുക; കഫ് പൂർണ്ണമായി ഡിഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുക; ആഴത്തിൽ ശ്വസിക്കാനോ ചുമയ്ക്കാനോ പറഞ്ഞ് ആ സമയത്ത് ട്യൂബ് ഒറ്റ ചലനത്തിൽ പുറത്തെടുക്കുക	വോക്കൽ കോർഡ് ക്ഷതം കുറയ്ക്കൽ; സ്രവങ്ങൾ പുറത്താക്കൽ
6	ഉടൻ ഓക്സിജൻ; ചുമയ്ക്കാനും സംസാരിക്കാനും പ്രേരിപ്പിക്കുക	എയർവേ പേറ്റൻസി
7	ആദ്യ 1–2 മണിക്കൂർ അടുത്ത് നിരീക്ഷിക്കുക: RR, SpO_2, ശ്വസന പ്രയത്നം, **സ്ട്രൈഡോർ**, ശബ്ദം	പരാജയം നേരത്തെ കണ്ടെത്തൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പോസ്റ്റ്-എക്സ്ട്യൂബേഷൻ സ്ട്രൈഡോർ	നെബുലൈസ്ഡ് അഡ്രിനലിൻ; സ്റ്റിറോയ്ഡ്; ഉടൻ അറിയിക്കുക
റെസ്പിറേറ്ററി ഫെയിലിയർ	NIV/HFNC; റീഇൻട്യൂബേഷൻ
ആസ്പിരേഷൻ	സ്വാളോ അസസ്മെന്റ് വരെ NPO

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സമയം, പ്രീ/പോസ്റ്റ് വൈറ്റൽസ്, ഓക്സിജൻ ഉപകരണം, സ്ട്രൈഡോർ, ശബ്ദം, ചുമ, ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ദീർഘനേരം ഇൻട്യൂബേറ്റ് ചെയ്യപ്പെട്ടവരിൽ വിഴുങ്ങൽ പ്രശ്നം സാധാരണമാണ് — ഭക്ഷണം നൽകുന്നതിന് മുമ്പ് സ്വാളോ അസസ്മെന്റ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വാങ്ങുക ›

ബാഗ്-വാൽവ്-മാസ്ക് വെന്റിലേഷൻ

Bag-Valve-Mask Ventilation

ഉദ്ദേശ്യം. അപ്നിയയിലോ അപര്യാപ്തമായ ശ്വസനത്തിലോ ഉള്ള രോഗിക്ക് ഫലപ്രദമായ വെന്റിലേഷനും ഓക്സിജനേഷനും നൽകുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- കാർഡിയാക്/റെസ്പിറേറ്ററി അറസ്റ്റ്
- അപര്യാപ്തമായ ശ്വസനം (ഓവർഡോസ്)
- ഇൻട്യൂബേഷന് മുമ്പുള്ള പ്രീ-ഓക്സിജനേഷൻ
- ട്രാൻസ്പോർട്ട്

ഉപകരണങ്ങൾ

- സെൽഫ്-ഇൻഫ്ലേറ്റിങ് ബാഗും റിസർവോയറും
- ശരിയായ സൈസ് മാസ്ക് (മൂക്കിന്റെ പാലം മുതൽ താടി വരെ)
- ഓക്സിജൻ 15 L/മിനിറ്റ്
- ഓറോഫാരിഞ്ചിയൽ/നേസോഫാരിഞ്ചിയൽ എയർവേ
- സക്ഷൻ
- PEEP വാൽവ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓക്സിജൻ 15 L ഘടിപ്പിച്ച് റിസർവോയർ നിറയ്ക്കുക	ഏകദേശം 100% ഓക്സിജൻ
2	എയർവേ തുറക്കുക: ഹെഡ് ടിൽറ്റ്-ചിൻ ലിഫ്റ്റ് (ട്രോമയിൽ ജോ ത്രസ്റ്റ്); ആവശ്യമെങ്കിൽ സക്ഷൻ	നാക്ക് എയർവേ അടയ്ക്കുന്നത് മാറ്റൽ
3	ഓറോഫാരിഞ്ചിയൽ എയർവേ (ഗാഗ് ഇല്ലെങ്കിൽ; വായയുടെ കോണിൽ നിന്ന് ചെവിയുടെ ലോബ് വരെ അളക്കുക)	എയർവേ പേറ്റൻസി
4	മാസ്ക് സീൽ: **രണ്ട് പേർ രീതി** — ഒരാൾ രണ്ട് കൈകൊണ്ടും "C-E" ഗ്രിപ്പ് പിടിക്കുന്നു, മറ്റൊരാൾ ബാഗ് ഞെക്കുന്നു	ഏറ്റവും ഫലപ്രദമായ സീൽ
5	ഓരോ ശ്വാസവും 1 സെക്കൻഡിൽ, നെഞ്ച് ദൃശ്യമായി ഉയരാൻ മതിയായ അളവിൽ (ഏകദേശം 500 mL)	അമിത വായു വയറ്റിലേക്ക് പോകും
6	റേറ്റ്: പൾസുള്ള അപ്നിയയിൽ 6 സെക്കൻഡിൽ ഒന്ന് (10/മിനിറ്റ്); CPR-ൽ 30:2	ഹൈപ്പർവെന്റിലേഷൻ ഒഴിവാക്കൽ
7	നെഞ്ച് ഉയരൽ, SpO_2, $EtCO_2$ എന്നിവ നിരീക്ഷിക്കുക	ഫലപ്രാപ്തി

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഗ്യാസ്ട്രിക് ഇൻഫ്ലേഷൻ, ഛർദ്ദി, ആസ്പിരേഷൻ	സാവധാനം, ചെറിയ അളവ്; സക്ഷൻ തയ്യാർ
ഹൈപ്പർവെന്റിലേഷൻ — വീനസ് റിട്ടേൺ കുറയൽ	റേറ്റ് എണ്ണുക
മോശം സീൽ	രണ്ട് പേർ; എയർവേ അഡ്ജങ്ക്റ്റ്; പല്ലുസെറ്റ് നിലനിർത്താം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

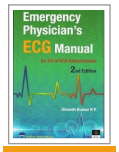
സമയം, റേറ്റ്, ഓക്സിജൻ, എയർവേ അഡ്ജങ്ക്റ്റ്, നെഞ്ച് ഉയരൽ, SpO_2, പ്രതികരണം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

BVM ഒരു രണ്ടുപേർ ജോലിയാണ് — ഒറ്റയ്ക്ക് ചെയ്യുമ്പോൾ മാസ്ക് സീൽ മിക്കപ്പോഴും പരാജയപ്പെടും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · BTS ഓക്സിജൻ ഗൈഡ്ലൈൻ

വിഭാഗം: റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 170 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട്

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ആശുപത്രിയിലെ പോഷകക്കുറവ് സാധാരണവും ശ്രദ്ധിക്കപ്പെടാത്തതുമാണ്. ഓരോ ഫീഡിനും മരുന്നിനും മുമ്പ് NG ട്യൂബിന്റെ സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കുന്നത് ശ്വാസകോശത്തിലേക്കുള്ള മാരകമായ ഫീഡിങ് തടയുന്നു.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
61	നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് (NG) ട്യൂബ് ഇടൽ	ഫീഡിങ്, മരുന്ന്, ഗ്യാസ്ട്രിക് ഡീകംപ്രഷൻ എന്നിവയ്ക്കായി മൂക്കിലൂടെ ആമാശയത്തിലേക്ക് ട്യൂബ് സുരക്ഷിതമായി കടത്തുക.	183
62	NG ട്യൂബിന്റെ സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കൽ	ഓരോ ഫീഡിനും മരുന്നിനും ഫ്ലഷിനും മുമ്പ് NG ട്യൂബ് ആമാശയത്തിൽ തന്നെയാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക.	184
63	എന്ററൽ ട്യൂബ് ഫീഡുകൾ നൽകൽ	ആസ്പിരേഷൻ, ഡയറിയ, മെറ്റബോളിക് സങ്കീർണ്ണതകൾ എന്നിവ ഒഴിവാക്കി NG/PEG ട്യൂബ് വഴി ആവശ്യമായ പോഷകം നൽകുക.	185
64	നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് ട്യൂബ് നീക്കം ചെയ്യൽ	NG ട്യൂബ് ആവശ്യമില്ലാതാകുമ്പോൾ ആസ്പിരേഷനും അസ്വസ്ഥതയും ഇല്ലാതെ സുരക്ഷിതമായി നീക്കം ചെയ്യുക.	186
65	PEG (ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി) ട്യൂബ് പരിപാലനം	PEG സ്റ്റോമ വൃത്തിയാക്കി ഇൻഫെക്ഷനും ബറീഡ് ബമ്പർ സിൻഡ്രോമും തടയുകയും ട്യൂബ് പ്രവർത്തനക്ഷമമായി നിലനിർത്തുകയും ചെയ്യുക.	187
66	ടോട്ടൽ പേരന്ററൽ ന്യൂട്രീഷൻ (TPN) നൽകൽ	കുടൽ പ്രവർത്തിക്കാത്ത രോഗികൾക്ക് സെൻട്രൽ ലൈൻ വഴി പൂർണ്ണ പോഷകം നൽകുക — ഇൻഫെക്ഷനും മെറ്റബോളിക് സങ്കീർണ്ണതകളും ഒഴിവാക്കി.	188
67	കാപ്പിലറി ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് മോണിറ്ററിങ്	ഗ്ലൂക്കോമീറ്റർ ഉപയോഗിച്ച് ബെഡ്സൈഡിൽ ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് കൃത്യമായി അളക്കുക — ഇൻസുലിൻ ഡോസിങ്ങിനും ഹൈപ്പോ/ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ കണ...	189
68	കൊളോസ്റ്റമി/ഇലിയോസ്റ്റമി പൗച്ചിങ്ങും പരിപാലനവും	സ്റ്റോമയ്ക്ക് ചുറ്റുമുള്ള ചർമ്മം സംരക്ഷിക്കുകയും ലീക്ക് ഇല്ലാത്ത പൗച്ച് ഘടിപ്പിക്കുകയും സ്റ്റോമയുടെ ആരോഗ്യം വിലയിരുത്ത...	190
69	ക്ലെൻസിങ് എനിമ നൽകൽ	മലബന്ധം മാറ്റാനോ പ്രൊസീജറിനോ സർജറിക്കോ മുമ്പ് താഴത്തെ കുടൽ വൃത്തിയാക്കാനോ മലാശയത്തിലേക്ക് ദ്രാവകം നൽകുക.	191
70	ഫീക്കൽ ഇംപാക്ഷന്റെ ഡിജിറ്റൽ നീക്കം	മറ്റ് മാർഗ്ഗങ്ങൾ പരാജയപ്പെടുമ്പോൾ മലാശയത്തിൽ കുടുങ്ങിയ കട്ടിയായ മലം വിരൽ കൊണ്ട് സൗമ്യമായി നീക്കം ചെയ്യുക — കഴിവും അംഗീ...	192

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

വാങ്ങുക ›

നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് (NG) ട്യൂബ് ഇടൽ

Inserting a Nasogastric (NG) Tube

ഉദ്ദേശ്യം. ഫീഡിങ്, മരുന്ന്, ഗ്യാസ്ട്രിക് ഡീകംപ്രഷൻ എന്നിവയ്ക്കായി മൂക്കിലൂടെ ആമാശയത്തിലേക്ക് ട്യൂബ് സുരക്ഷിതമായി കടത്തുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- എന്ററൽ ഫീഡിങ് (വിഴുങ്ങൽ പ്രശ്നം — സ്ട്രോക്ക്, ICU)
- ബവൽ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ, ഇലിയസ് — ഡീകംപ്രഷൻ
- വിഷബാധ (ഗ്യാസ്ട്രിക് ലാവേജ് — തിരഞ്ഞെടുത്തവ)
- മരുന്ന് നൽകൽ

ഉപകരണങ്ങൾ

- NG ട്യൂബ് (ഫീഡിങ്ങിന് 8–12 Fr ഫൈൻ-ബോർ; ഡീകംപ്രഷന് 14–18 Fr റൈൽസ്)
- വാട്ടർ-സൊല്യൂബിൾ ലൂബ്രിക്കന്റ്
- ENFit 50 mL സിറിഞ്ച്
- pH സ്ട്രിപ്പുകൾ
- ഒരു ഗ്ലാസ് വെള്ളവും സ്ട്രോയും
- ടേപ്പ്/നേസൽ ഫിക്സേഷൻ
- ഗ്ലവ്സ്, ടിഷ്യൂ, കിഡ്നി ട്രേ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനുകൾ പരിശോധിക്കുക: ബേസൽ സ്കൾ ഫ്രാക്ചർ, ഫേഷ്യൽ ഫ്രാക്ചർ, ഈസോഫാജിയൽ വെരിസസ്/സ്ട്രിക്ചർ	തലച്ചോറിലേക്കോ ബ്ലീഡിങ്ങിലേക്കോ ഉള്ള അപകടം
2	വിശദീകരിക്കുക; "നിർത്താൻ" ഒരു സിഗ്നൽ (കൈ ഉയർത്തൽ) സമ്മതിക്കുക; നിവർന്ന് ഇരുത്തുക	സഹകരണം; ഗുരുത്വാകർഷണം
3	ട്യൂബ് നീളം അളക്കുക: **മൂക്കിന്റെ അറ്റം → ചെവിയുടെ ലോബ് → സിഫിസ്റ്റേർണം (NEX)**; അടയാളപ്പെടുത്തുക	ആമാശയത്തിൽ എത്താനുള്ള ഏകദേശ നീളം
4	കൂടുതൽ തുറന്ന നാസാദ്വാരം തിരഞ്ഞെടുക്കുക; അറ്റം ലൂബ്രിക്കേറ്റ് ചെയ്യുക	എളുപ്പം കടക്കാൻ
5	നാസാദ്വാരത്തിലൂടെ നേരെ പിന്നോട്ട് (മുകളിലേക്കല്ല) നാസോഫാരിങ്സ് വരെ കടത്തുക	നേസൽ ഫ്ലോറിന് സമാന്തരം
6	താടി നെഞ്ചിലേക്ക് താഴ്ത്തി വെള്ളം കുടിച്ച് വിഴുങ്ങാൻ പറയുക; ഓരോ വിഴുങ്ങലിലും ട്യൂബ് മുന്നോട്ട്	എപ്പിഗ്ലോട്ടിസ് ട്രക്കിയ അടയ്ക്കും
7	ചുമ, ശ്വാസതടസ്സം, സയനോസിസ്, ശബ്ദം മാറൽ ഉണ്ടായാൽ ഉടൻ പിൻവലിക്കുക	ട്രക്കിയൽ പ്ലേസ്മെന്റ്
8	അടയാളം വരെ എത്തിയാൽ ഉറപ്പിക്കുക; **pH 5.5 അല്ലെങ്കിൽ കുറവ് ഉറപ്പാക്കുക** അല്ലെങ്കിൽ X-റേ സ്ഥിരീകരണം വരെ ഒന്നും നൽകരുത്	സുരക്ഷ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ട്രക്കിയൽ/ബ്രോങ്കിയൽ പ്ലേസ്മെന്റ് (അബോധ, ഇൻട്യൂബേറ്റഡ് രോഗികളിൽ ചുമ ഉണ്ടാകണമെന്നില്ല)	X-റേ സ്ഥിരീകരണം
എപ്പിസ്റ്റാക്സിസ്	മൃദുവായി; നാസാദ്വാരം മാറ്റുക
നേസൽ പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി	ഫിക്സേഷൻ; ദിവസവും പരിശോധന
"വൂഷ് ടെസ്റ്റ്" (വായു കടത്തി കേൾക്കൽ)	വിശ്വസനീയമല്ല — ഉപയോഗിക്കരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ട്യൂബ് തരവും സൈസും, നാസാദ്വാരം, NEX അളവ്, നാസാദ്വാരത്തിലെ എക്സ്റ്റേണൽ മാർക്ക്, സ്ഥിരീകരണ രീതി (pH/X-റേ), ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ശ്വാസകോശത്തിലേക്ക് പോയ NG ട്യൂബ് വഴി ഫീഡ് നൽകുന്നത് ഒരു "നെവർ ഇവന്റ്" ആണ് — സ്ഥാനം സ്ഥിരീകരിക്കാതെ ഒന്നും നൽകരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 182 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

NG ട്യൂബിന്റെ സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കൽ

Verifying NG Tube Placement

ഉദ്ദേശ്യം. ഓരോ ഫീഡിനും മരുന്നിനും ഫ്ലഷിനും മുമ്പ് NG ട്യൂബ് ആമാശയത്തിൽ തന്നെയാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഇട്ട ഉടൻ
- ഓരോ ഫീഡ്, മരുന്ന്, ഫ്ലഷ് എന്നിവയ്ക്ക് മുമ്പ്
- ഛർദ്ദി, ചുമ, റീച്ചിങ്, എക്സ്റ്റേണൽ നീളം മാറ്റം എന്നിവയ്ക്ക് ശേഷം
- ഷിഫ്റ്റിലൊരിക്കൽ (തുടർച്ചയായ ഫീഡിങ്)

ഉപകരണങ്ങൾ

- ENFit 50 mL സിറിഞ്ച്
- CE-മാർക്ക്ഡ് pH സ്ട്രിപ്പുകൾ (0.5 യൂണിറ്റ് വ്യത്യാസം)
- ഗ്ലവ്സ്
- ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	നാസാദ്വാരത്തിലെ എക്സ്റ്റേണൽ മാർക്ക് രേഖയുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുക; വായിൽ ട്യൂബ് ചുരുണ്ടിരിക്കുന്നുണ്ടോ നോക്കുക	ട്യൂബ് നീങ്ങിയോ
2	ഫീഡ് നിർത്തുക; ENFit സിറിഞ്ച് കൊണ്ട് 0.5–1 mL ആസ്പിറേറ്റ് ചെയ്യുക	ഗ്യാസ്ട്രിക് ഉള്ളടക്കം
3	ആസ്പിറേറ്റ് ലഭിക്കുന്നില്ലെങ്കിൽ: പേഷ്യന്റിനെ ഇടതുവശം ചരിക്കുക, 10–20 mL വായു കടത്തുക, 15–30 മിനിറ്റ് കാത്ത് വീണ്ടും ശ്രമിക്കുക, ട്യൂബ് 10–20 cm മുന്നോട്ടോ പിന്നോട്ടോ	അറ്റം ദ്രാവകത്തിലേക്ക്
4	pH സ്ട്രിപ്പിൽ ആസ്പിറേറ്റ് പുരട്ടി 10 സെക്കൻഡ്	വായന
5	**pH 1–5.5** = ഗ്യാസ്ട്രിക് സ്ഥാനം — ഫീഡ് തുടങ്ങാം	ആസിഡിക് ഉള്ളടക്കം
6	pH 6 അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ, അല്ലെങ്കിൽ ആസ്പിറേറ്റ് ഇല്ല — **ഒന്നും നൽകരുത്**; X-റേ അല്ലെങ്കിൽ ട്യൂബ് വീണ്ടും ഇടുക	PPI, ആന്റാസിഡ്, തുടർച്ചയായ ഫീഡ് pH ഉയർത്താം
7	ഫലം രേഖപ്പെടുത്തുക	ട്രേസബിലിറ്റി

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
വായു കടത്തി കേൾക്കൽ (വൂഷ് ടെസ്റ്റ്), ലിറ്റ്മസ് പേപ്പർ, ആസ്പിറേറ്റിന്റെ രൂപം	ഉപയോഗിക്കരുത് — വിശ്വസനീയമല്ല
X-റേ തെറ്റായി വായിക്കൽ	പരിശീലനം ലഭിച്ചവർ മാത്രം വ്യാഖ്യാനിക്കുക
ശ്വാസകോശത്തിലേക്കുള്ള ഫീഡ്	സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ നൽകരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

തീയതി, സമയം, എക്സ്റ്റേണൽ മാർക്ക്, pH മൂല്യം, നടപടി (ഫീഡ് തുടങ്ങി/നിർത്തി/X-റേ).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഫീഡ് നൽകാൻ "മിക്കവാറും ശരി" എന്നത് മതിയാകില്ല — pH 5.5 അല്ലെങ്കിൽ കുറവ്, അല്ലെങ്കിൽ X-റേ സ്ഥിരീകരണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്‌ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 182 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

എന്ററൽ ട്യൂബ് ഫീഡുകൾ നൽകൽ
Administering Enteral Tube Feeds

ഉദ്ദേശ്യം. ആസ്പിരേഷൻ, ഡയറിയ, മെറ്റബോളിക് സങ്കീർണ്ണതകൾ എന്നിവ ഒഴിവാക്കി NG/PEG ട്യൂബ് വഴി ആവശ്യമായ പോഷകം നൽകുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
• പ്രവർത്തിക്കുന്ന കുടലുള്ളതും വായിലൂടെ മതിയായ ഭക്ഷണം കഴിക്കാൻ കഴിയാത്തതുമായ രോഗികൾ — "ഇഫ് ദ ഗട്ട് വർക്സ്, യൂസ് ഇറ്റ്"

ഉപകരണങ്ങൾ
• നിർദ്ദേശിച്ച ഫീഡ് (റൂം ടെമ്പറേച്ചർ)
• എന്ററൽ ഫീഡിങ് പമ്പും സെറ്റും (തുടർച്ചയായി) അല്ലെങ്കിൽ ENFit സിറിഞ്ച് (ബോളസ്)
• ഫ്ലഷിനുള്ള വെള്ളം
• pH സ്ട്രിപ്പുകൾ
• ഗ്ലവ്സ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡർ, ഫീഡ് തരം, റേറ്റ്/അളവ്, കാലാവധി പരിശോധിക്കുക	ശരിയായ ഫീഡ്
2	**ട്യൂബ് സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കുക**	ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
3	തല **30–45° ഉയർത്തുക** — ഫീഡ് സമയത്തും ശേഷം 30–60 മിനിറ്റും	ആസ്പിരേഷൻ ന്യുമോണിയ തടയൽ
4	ഫീഡിന് മുമ്പ് 30 mL വെള്ളം ഫ്ലഷ്	പേറ്റൻസി
5	തുടർച്ചയായ ഫീഡ്: പമ്പിൽ കുറഞ്ഞ റേറ്റിൽ (ഉദാ. 20–30 mL/h) തുടങ്ങി ടോളറൻസ് അനുസരിച്ച് കൂട്ടുക; ബോളസ്: ഗുരുത്വാകർഷണം വഴി സാവധാനം	ടോളറൻസ്
6	ഓരോ 4 മണിക്കൂറിലും ഫ്ലഷ്; തുറന്ന ഫീഡ് 4–8 മണിക്കൂർ മാത്രം (ക്ലോസ്ഡ് സിസ്റ്റം 24 മണിക്കൂർ); സെറ്റ് 24 മണിക്കൂറിൽ മാറ്റുക	ബാക്ടീരിയൽ മലിനീകരണം
7	വയർ വീർക്കൽ, ഛർദ്ദി, ഡയറിയ, ഭാരം, ഗ്ലൂക്കോസ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ (റീഫീഡിങ്) നിരീക്ഷിക്കുക	സങ്കീർണ്ണതകൾ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
റീഫീഡിങ് സിൻഡ്രോം (പോഷകക്കുറവുള്ളവരിൽ — കുറഞ്ഞ ഫോസ്ഫേറ്റ്, K^+, Mg^{2+})	കുറഞ്ഞ റേറ്റിൽ തുടങ്ങുക; തയാമിൻ; ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ ദിവസവും
ആസ്പിരേഷൻ	തല ഉയർത്തൽ; ഛർദ്ദിയുണ്ടെങ്കിൽ നിർത്തുക
ഡയറിയ	മരുന്നുകൾ (സോർബിറ്റോൾ), C. difficile, റേറ്റ് പരിശോധിക്കുക
ട്യൂബ് അടയൽ	കൃത്യമായ ഫ്ലഷിങ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഫീഡ് തരം, റേറ്റ്/അളവ്, ഫ്ലഷുകൾ, സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കിയത്, ടോളറൻസ്, ഇൻടേക്ക്/ഔട്ട്പുട്ട്, മലവിസർജ്ജനം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ദീർഘകാലം ഭക്ഷണമില്ലാതിരുന്നവരിൽ (മദ്യപാനം, കാൻസർ, അനോറെക്സിയ) ഫീഡ് തുടങ്ങുന്നതിന് മുമ്പ് തയാമിൻ നൽകുകയും ഫോസ്ഫേറ്റ് നിരീക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് ട്യൂബ് നീക്കം ചെയ്യൽ

Removing a Nasogastric Tube

ഉദ്ദേശ്യം. NG ട്യൂബ് ആവശ്യമില്ലാതാകുമ്പോൾ ആസ്പിരേഷനും അസ്വസ്ഥതയും ഇല്ലാതെ സുരക്ഷിതമായി നീക്കം ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഡീകംപ്രഷൻ ആവശ്യമില്ല (ബവൽ പ്രവർത്തനം തിരിച്ചുവന്നു)
- വായിലൂടെ മതിയായ ഭക്ഷണം കഴിക്കുന്നു
- ട്യൂബ് അടഞ്ഞു അല്ലെങ്കിൽ സ്ഥാനം മാറി

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഗ്ലവ്സ്
- ടിഷ്യൂ, ടവൽ
- 50 mL സിറിഞ്ച്
- കിഡ്നി ട്രേ
- ഓറൽ കെയർ സാധനങ്ങൾ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡർ ഉറപ്പാക്കുക; വിശദീകരിക്കുക; നിവർന്ന് ഇരുത്തുക; നെഞ്ചിൽ ടവൽ	ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
2	ഫീഡ് നിർത്തുക; ഡീകംപ്രഷനെങ്കിൽ സക്ഷൻ ഓഫ് ചെയ്യുക	സുരക്ഷ
3	10–20 mL വായു അല്ലെങ്കിൽ വെള്ളം കൊണ്ട് ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക	ട്യൂബിലെ ഉള്ളടക്കം തൊണ്ടയിൽ വീഴുന്നത് തടയൽ
4	ടേപ്പ്/ഫിക്സേഷൻ നീക്കുക	തയ്യാറെടുപ്പ്
5	ആഴത്തിൽ ശ്വാസമെടുത്ത് പിടിച്ചുവെക്കാൻ പറയുക	എപ്പിഗ്ലോട്ടിസ് അടയും — ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ
6	ട്യൂബ് മടക്കിപ്പിടിച്ച് (കിങ്ക് ചെയ്ത്) ഒറ്റ സ്ഥിരമായ ചലനത്തിൽ വേഗം പുറത്തെടുക്കുക; ടവൽ കൊണ്ട് മൂടുക	ഉള്ളടക്കം ഒലിക്കുന്നത് തടയൽ
7	ഓറൽ, നേസൽ കെയർ; ഡ്രെയിനേജ് അളന്ന് രേഖപ്പെടുത്തുക; ടോളറൻസ് നിരീക്ഷിക്കുക (ഓക്കാനം, വയർ വീർക്കൽ)	സുഖം; ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ആസ്പിരേഷൻ	ശ്വാസം പിടിച്ചുവെക്കൽ; ട്യൂബ് കിങ്ക് ചെയ്യൽ
എപ്പിസ്റ്റാക്സിസ്	അമർത്തൽ
നീക്കിയ ശേഷം ഛർദ്ദി, വയർ വീർക്കൽ	അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

തീയതി, സമയം, ട്യൂബ് പൂർണ്ണമാണ്, ഡ്രെയിനേജ് അളവ്, ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സർജറിക്ക് ശേഷം NG ട്യൂബ് "ഫ്ലാറ്റസ് വരും വരെ" എന്ന രീതി ഇപ്പോൾ പലയിടത്തും ആവശ്യമില്ല — ERAS പ്രോട്ടോക്കോളുകൾ നേരത്തെ നീക്കം ചെയ്യൽ ശുപാർശ ചെയ്യുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 182 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

PEG (ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി) ട്യൂബ് പരിപാലനം

Caring for a PEG (Gastrostomy) Tube

ഉദ്ദേശ്യം. PEG സ്റ്റോമ വൃത്തിയാക്കി ഇൻഫെക്ഷനും ബറീഡ് ബമ്പർ സിൻഡ്രോമും തടയുകയും ട്യൂബ് പ്രവർത്തനക്ഷമമായി നിലനിർത്തുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ദീർഘകാല എന്ററൽ ഫീഡിങ് (സ്ട്രോക്ക്, മോട്ടോർ ന്യൂറോൺ ഡിസീസ്, ഹെഡ് ആൻഡ് നെക്ക് കാൻസർ)

ഉപകരണങ്ങൾ

- സലൈൻ/തിളപ്പിച്ചാറിയ വെള്ളം
- ഗോസ്
- ഗ്ലവ്സ്
- ENFit സിറിഞ്ച്
- (ആവശ്യമെങ്കിൽ ഡ്രസ്സിങ്)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആദ്യ 7–10 ദിവസം: അസെപ്റ്റിക് ടെക്നിക്കിൽ ദിവസവും സലൈൻ കൊണ്ട് വൃത്തിയാക്കുക	സ്റ്റോമ ഉണങ്ങും വരെ
2	പിന്നീട്: സോപ്പും വെള്ളവും കൊണ്ട് ദിവസവും വൃത്തിയാക്കി നന്നായി ഉണക്കുക	ഇൻഫെക്ഷൻ, മസറേഷൻ തടയൽ
3	സ്റ്റോമ പരിശോധിക്കുക: ചുവപ്പ്, നീര്, പഴുപ്പ്, ലീക്ക്, ഗ്രാന്യൂലേഷൻ	ആദ്യകാല സങ്കീർണ്ണതകൾ
4	എക്സ്റ്റേണൽ മാർക്ക് (cm) രേഖയുമായി താരതമ്യം ചെയ്യുക	ട്യൂബ് നീങ്ങൽ
5	സ്റ്റോമ ഉണങ്ങിയ ശേഷം (സാധാരണ 2 ആഴ്ച): ആഴ്ചയിലൊരിക്കൽ എക്സ്റ്റേണൽ ബമ്പർ അയച്ച് ട്യൂബ് 2–3 cm ഉള്ളിലേക്ക് തള്ളി **360° കറക്കി** തിരികെ വെക്കുക (ജെജുനൽ എക്സ്റ്റൻഷൻ ഇല്ലെങ്കിൽ)	ബറീഡ് ബമ്പർ സിൻഡ്രോം തടയൽ
6	എക്സ്റ്റേണൽ ബമ്പർ ചർമ്മത്തിൽ നിന്ന് 0.5–1 cm അകലെ — മുറുക്കരുത്	പ്രഷർ നെക്രോസിസ്
7	ഓരോ ഫീഡിനും മരുന്നിനും മുമ്പും ശേഷവും ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക; തല ഉയർത്തിവെക്കുക	പേറ്റൻസി; ആസ്പിരേഷൻ തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ട്യൂബ് പുറത്തുവന്നു	സ്റ്റോമ മണിക്കൂറുകൾക്കുള്ളിൽ അടയും — ഉടൻ അറിയിക്കുക (പോളിസി പ്രകാരം താൽക്കാലിക കത്തീറ്റർ)
ആദ്യ ദിവസങ്ങളിൽ വയറുവേദന, ഫീഡിൽ ലീക്ക് (പെരിറ്റോണൈറ്റിസ്)	ഫീഡ് നിർത്തി അറിയിക്കുക
ഹൈപ്പർഗ്രാന്യൂലേഷൻ	അറിയിക്കുക
ബറീഡ് ബമ്പർ (ട്യൂബ് കറങ്ങുന്നില്ല)	അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സ്റ്റോമയുടെ അവസ്ഥ, എക്സ്റ്റേണൽ മാർക്ക്, കറക്കിയത്, ഫ്ലഷ്, ഫീഡ് ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

PEG ഇട്ട് ആദ്യ 4 ആഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ ട്യൂബ് പുറത്തുവന്നാൽ ട്രാക്റ്റ് രൂപപ്പെട്ടിട്ടില്ല — ഒന്നും കടത്തരുത്; ഉടൻ ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 182 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE @ YOUR FINGERTIPS
വാങ്ങുക ›

ടോട്ടൽ പേരന്ററൽ ന്യൂട്രീഷൻ (TPN) നൽകൽ

Administering Total Parenteral Nutrition (TPN)

ഉദ്ദേശ്യം. കുടൽ പ്രവർത്തിക്കാത്ത രോഗികൾക്ക് സെൻട്രൽ ലൈൻ വഴി പൂർണ്ണ പോഷകം നൽകുക — ഇൻഫെക്ഷനും മെറ്റബോളിക് സങ്കീർണ്ണതകളും ഒഴിവാക്കി.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഇന്റസ്റ്റൈനൽ ഫെയിലിയർ, ഷോർട്ട് ബവൽ
- ദീർഘകാല ഇലിയസ്, ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ
- ഹൈ-ഔട്ട്പുട്ട് ഫിസ്റ്റുല
- എന്ററൽ ഫീഡിങ് സാധ്യമല്ലാത്ത കടുത്ത പാൻക്രിയാറ്റൈറ്റിസ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- TPN ബാഗ് (ഫാർമസിയിൽ നിന്ന്, ലേബൽ ചെയ്തത്)
- **സമർപ്പിത സെൻട്രൽ ലൈൻ ലൂമൻ**
- ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ്
- 1.2 µm ഇൻ-ലൈൻ ഫിൽറ്റർ (ലിപിഡ് ഉള്ളത്)
- ഗ്ലവ്സ്, ANTT സാധനങ്ങൾ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ലേബൽ ഓർഡറുമായി ഡബിൾ ചെക്ക് ചെയ്യുക (പേഷ്യന്റ്, ഘടന, റേറ്റ്, കാലാവധി); ബാഗിൽ ലീക്ക്, കലങ്ങൽ, "ക്രാക്ക്ഡ്" എമൽഷൻ (എണ്ണ വേർതിരിയൽ) ഇല്ല	സുരക്ഷ
2	ഫ്രിഡ്ജിൽ നിന്ന് 1 മണിക്കൂർ മുമ്പ് പുറത്തെടുക്കുക	തണുത്ത ലായനി അസ്വസ്ഥത ഉണ്ടാക്കും
3	ANTT ഉപയോഗിച്ച് സെറ്റ് പ്രൈം ചെയ്യുക; **TPN-ന് മാത്രമുള്ള ലൂമൻ** — മറ്റ് മരുന്നുകൾ, ബ്ലഡ്, സാമ്പിൾ എടുക്കൽ ഇല്ല	CLABSI തടയൽ; ഇൻകോംപാറ്റിബിലിറ്റി
4	പമ്പിൽ നിർദ്ദേശിച്ച റേറ്റിൽ; ആദ്യം കുറഞ്ഞ റേറ്റ്	ഗ്ലൂക്കോസ് ടോളറൻസ്
5	**ഒരിക്കലും "പിന്നിലായത് പിടിക്കാൻ" റേറ്റ് കൂട്ടരുത്**	ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ
6	ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് ഓരോ 6 മണിക്കൂറിലും; ദിവസവും ഭാരം, ഇൻടേക്ക്/ഔട്ട്പുട്ട്; ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ, LFT, ട്രൈഗ്ലിസറൈഡുകൾ	മെറ്റബോളിക് നിരീക്ഷണം
7	ബാഗും സെറ്റും 24 മണിക്കൂറിൽ മാറ്റുക; നിർത്തുമ്പോൾ പെട്ടെന്ന് നിർത്തിയാൽ ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ — പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം ടേപ്പർ ചെയ്യുക	ഇൻഫെക്ഷൻ; റീബൗണ്ട് ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
CLABSI (പനി, വിറയൽ)	ബ്ലഡ് കൾച്ചറുകൾ; അറിയിക്കുക
ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ	ഇൻസുലിൻ സ്കെയിൽ
റീഫീഡിങ് സിൻഡ്രോം	ഫോസ്ഫേറ്റ്, K^+, Mg^{2+}
ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ്	ഭാരം; ശ്വാസതടസ്സം
TPN തീർന്നാൽ	ഉടൻ 10% ഡെക്സ്ട്രോസ് അതേ റേറ്റിൽ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ബാഗ് നമ്പർ, റേറ്റ്, തുടങ്ങിയ സമയം, ഡബിൾ ചെക്ക്, ഗ്ലൂക്കോസ്, ഭാരം, ലൈൻ സൈറ്റ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കുടൽ പ്രവർത്തിക്കുന്നുണ്ടെങ്കിൽ എന്ററൽ ഫീഡിങ് ആണ് സുരക്ഷിതവും വിലകുറഞ്ഞതും — കഴിയുന്നതും വേഗം TPN-ൽ നിന്ന് എന്ററലിലേക്ക് മാറുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വാങ്ങുക ›

കാപ്പിലറി ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് മോണിറ്ററിങ്

Capillary Blood Glucose Monitoring

ഉദ്ദേശ്യം. ഗ്ലൂക്കോമീറ്റർ ഉപയോഗിച്ച് ബെഡ്സൈഡിൽ ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് കൃത്യമായി അളക്കുക — ഇൻസുലിൻ ഡോസിങ്ങിനും ഹൈപ്പോ/ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിയ കണ്ടെത്താനും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഡയബറ്റിസ് (ഭക്ഷണത്തിന് മുമ്പും രാത്രിയും)
- ബോധനില മാറ്റം, സീഷർ, കൺഫ്യൂഷൻ
- സ്റ്റിറോയ്ഡ്, TPN, എന്ററൽ ഫീഡ്
- DKA/HHS ചികിത്സ (ഓരോ മണിക്കൂറിലും)

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഗ്ലൂക്കോമീറ്റർ (ക്വാളിറ്റി കൺട്രോൾ ചെയ്തത്)
- ശരിയായ, കാലാവധി കഴിയാത്ത സ്ട്രിപ്പുകൾ
- സിംഗിൾ-യൂസ് സേഫ്റ്റി ലാൻസെറ്റ്
- ഗോസ്/കോട്ടൺ
- ഗ്ലവ്സ്
- ഷാർപ്സ് ബിൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	മീറ്ററിന്റെ QC, സ്ട്രിപ്പ് കാലാവധി പരിശോധിക്കുക	കൃത്യത
2	പേഷ്യന്റിന്റെ കൈ സോപ്പും ചൂടുവെള്ളവും കൊണ്ട് കഴുകി ഉണക്കുക (ആൽക്കഹോൾ ഉപയോഗിച്ചാൽ പൂർണ്ണമായി ഉണങ്ങണം)	പഴച്ചാറ്, പഞ്ചസാര അവശിഷ്ടം തെറ്റായി ഉയർന്ന ഫലം നൽകും
3	കൈ താഴ്ത്തി പിടിക്കുക; വിരൽത്തുമ്പിന്റെ **വശം** തിരഞ്ഞെടുക്കുക (നടുവിരൽ, മോതിരവിരൽ); സൈറ്റുകൾ മാറ്റുക	കുറഞ്ഞ നെർവ് അറ്റങ്ങൾ — വേദന കുറവ്
4	ലാൻസെറ്റ് കൊണ്ട് കുത്തി, ആദ്യ തുള്ളി തുടച്ചുകളയുക (പോളിസി പ്രകാരം)	ടിഷ്യു ഫ്ലൂയിഡ് മലിനീകരണം
5	വിരൽ ശക്തമായി ഞെക്കരുത്; തുള്ളി സ്ട്രിപ്പിൽ ഇടുക	ടിഷ്യു ഫ്ലൂയിഡ് നേർപ്പിക്കും
6	ഫലം വായിക്കുക; ഗോസ് കൊണ്ട് അമർത്തുക; ലാൻസെറ്റ് ഷാർപ്സ് ബിന്നിൽ	സുരക്ഷ
7	രേഖപ്പെടുത്തി പ്രവർത്തിക്കുക (70 mg/dL-ൽ താഴെ — ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ പ്രോട്ടോക്കോൾ; ഉയർന്നത് — ഇൻസുലിൻ സ്കെയിൽ)	ഉചിതമായ ചികിത്സ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഷോക്ക്, ഹൈപ്പോപെർഫ്യൂഷൻ, കടുത്ത അനീമിയ — തെറ്റായ ഫലങ്ങൾ	വെനസ്/ആർട്ടീരിയൽ സാമ്പിൾ ലാബിലേക്ക്
"HI" അല്ലെങ്കിൽ "LO" റീഡിങ്	ഉടൻ ലാബ് ഗ്ലൂക്കോസ്; നടപടി
ലാൻസെറ്റ് പങ്കിടൽ	ഒരിക്കലും — ബ്ലഡ്-ബോൺ ഇൻഫെക്ഷൻ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഗ്ലൂക്കോസ് മൂല്യം, സമയം, ഭക്ഷണവുമായുള്ള ബന്ധം, നൽകിയ ചികിത്സ, വീണ്ടും പരിശോധിച്ച ഫലം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കൺഫ്യൂസ്ഡ്, അക്രമാസക്തനായ, അല്ലെങ്കിൽ ബോധം കുറഞ്ഞ ഏതൊരു രോഗിയിലും ആദ്യം ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് പരിശോധിക്കുക — "DEFG: ഡോണ്ട് എവർ ഫോർഗെറ്റ് ഗ്ലൂക്കോസ്".

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 182 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

കൊളോസ്റ്റമി/ഇലിയോസ്റ്റമി പൗച്ചിങ്ങും പരിപാലനവും

Pouching and Caring for a Colostomy/Ileostomy

ഉദ്ദേശ്യം. സ്റ്റോമയ്ക്ക് ചുറ്റുമുള്ള ചർമ്മം സംരക്ഷിക്കുകയും ലീക്ക് ഇല്ലാത്ത പൗച്ച് ഘടിപ്പിക്കുകയും സ്റ്റോമയുടെ ആരോഗ്യം വിലയിരുത്തുകയും പേഷ്യന്റിനെ സ്വയം പരിചരണം പഠിപ്പിക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- പുതിയതോ നിലവിലുള്ളതോ ആയ കൊളോസ്റ്റമി, ഇലിയോസ്റ്റമി, യൂറോസ്റ്റമി
- പൗച്ച് ലീക്ക്, പൗച്ച് മൂന്നിലൊന്ന് നിറഞ്ഞു

ഉപകരണങ്ങൾ
- പൗച്ച് (ഒറ്റ/രണ്ട് ഭാഗം)
- സ്റ്റോമ മെഷറിങ് ഗൈഡ്
- കത്രിക
- ചൂടുവെള്ളം, മൃദുവായ ഗോസ്
- അഡ്ഹീസീവ് റിമൂവർ, സ്കിൻ ബാരിയർ
- ഗ്ലവ്സ്, ഡിസ്പോസൽ ബാഗ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സ്വകാര്യത; പേഷ്യന്റിനെ പങ്കെടുപ്പിക്കുക	ബോഡി ഇമേജ്; സ്വയം പരിചരണം പഠിക്കൽ
2	പൗച്ച് മൂന്നിലൊന്ന് മുതൽ പകുതി വരെ നിറയുമ്പോൾ കാലിയാക്കുക	ഭാരം കൊണ്ട് പൗച്ച് ഇളകുന്നത് തടയൽ
3	പഴയ പൗച്ച് മുകളിൽ നിന്ന് താഴേക്ക് ചർമ്മം താങ്ങിപ്പിടിച്ച് സൗമ്യമായി നീക്കുക (അഡ്ഹീസീവ് റിമൂവർ)	ചർമ്മ ക്ഷതം തടയൽ
4	ചൂടുവെള്ളം മാത്രം ഉപയോഗിച്ച് വൃത്തിയാക്കി നന്നായി ഉണക്കുക — സോപ്പ്, ആൽക്കഹോൾ ഇല്ല	പൗച്ച് ഒട്ടാൻ; ചർമ്മ അസ്വസ്ഥത
5	സ്റ്റോമ വിലയിരുത്തുക: **ആരോഗ്യകരം = ചുവപ്പ്/പിങ്ക്, നനവ്**; ഇരുണ്ട, കറുത്ത, വിളറിയ = ഇസ്കീമിയ	ആദ്യകാല സങ്കീർണ്ണതകൾ
6	സ്റ്റോമ അളന്ന് അപ്പർച്ചർ സ്റ്റോമയെക്കാൾ 2–3 mm വലുതായി മുറിക്കുക (ആദ്യ 6–8 ആഴ്ച ഓരോ തവണയും അളക്കുക — സ്റ്റോമ ചുരുങ്ങും)	ചർമ്മം എഫ്ലുവന്റിൽ നിന്ന് സംരക്ഷിക്കൽ
7	പൗച്ച് ഘടിപ്പിച്ച് 30–60 സെക്കൻഡ് കൈ വെച്ച് ചൂടാക്കുക; ക്ലിപ്പ്/ഔട്ട്ലെറ്റ് അടയ്ക്കുക	ഒട്ടൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്റ്റോമ ഇസ്കീമിയ/നെക്രോസിസ് (ഇരുണ്ട നിറം)	ഉടൻ സർജനെ അറിയിക്കുക
പെരിസ്റ്റോമൽ ചർമ്മ ക്ഷതം	അപ്പർച്ചർ സൈസ്; ബാരിയർ ഉൽപ്പന്നങ്ങൾ
ഹൈ-ഔട്ട്പുട്ട് ഇലിയോസ്റ്റമി (ദിവസം 1.5 ലിറ്ററിൽ കൂടുതൽ) — ഡീഹൈഡ്രേഷൻ, ഹൈപ്പോകലീമിയ	ഇൻടേക്ക്/ഔട്ട്പുട്ട്; ORS; അറിയിക്കുക
പ്രൊലാപ്സ്, റിട്രാക്ഷൻ, ഹെർണിയ	അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സ്റ്റോമയുടെ നിറം, വലുപ്പം, ഔട്ട്പുട്ട് (അളവ്, സ്വഭാവം), പെരിസ്റ്റോമൽ ചർമ്മം, പൗച്ച്, പേഷ്യന്റ് പഠനം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
പുതിയ ഇലിയോസ്റ്റമിയിൽ ഉയർന്ന ഔട്ട്പുട്ട് മൂലമുള്ള ഡീഹൈഡ്രേഷനും AKI-യുമാണ് റീഅഡ്മിഷന്റെ സാധാരണ കാരണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വാങ്ങുക ›

ക്ലെൻസിങ് എനിമ നൽകൽ
Administering a Cleansing Enema

ഉദ്ദേശ്യം. മലബന്ധം മാറ്റാനോ പ്രൊസീജറിനോ സർജറിക്കോ മുമ്പ് താഴത്തെ കുടൽ വൃത്തിയാക്കാനോ മലാശയത്തിലേക്ക് ദ്രാവകം നൽകുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- മലബന്ധം (ലാക്സേറ്റീവുകൾ പരാജയപ്പെട്ടു)
- പ്രൊസീജറുകൾക്ക് മുമ്പുള്ള ബവൽ പ്രിപ്പറേഷൻ
- ഹെപ്പാറ്റിക് എൻസെഫലോപ്പതി (ലാക്റ്റുലോസ് എനിമ)

ഉപകരണങ്ങൾ
- എനിമ (റെഡിമെയ്ഡ് ഫോസ്ഫേറ്റ്/മൈക്രോ-എനിമ, അല്ലെങ്കിൽ സോപ്പ്-വാട്ടർ — ശരീര താപനിലയിൽ)
- വാട്ടർ-സൊല്യൂബിൾ ലൂബ്രിക്കന്റ്
- ഗ്ലൗസ്, ഏപ്രൺ
- വാട്ടർപ്രൂഫ് ഷീറ്റ്
- ബെഡ്പാൻ/കമ്മോഡ് (സമീപത്ത്)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനുകൾ പരിശോധിക്കുക: അക്യൂട്ട് വയർ, ബവൽ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ, അടുത്തിടെയുള്ള റെക്ടൽ/കോളോണിക് സർജറി, ന്യൂട്രോപീനിയ, ത്രോംബോസൈറ്റോപീനിയ	പെർഫൊറേഷൻ, ബ്ലീഡിങ്, ഇൻഫെക്ഷൻ
2	വിശദീകരിക്കുക; സ്വകാര്യത; ബെഡ്പാൻ/കമ്മോഡ് അടുത്ത്	സുഖം; അന്തസ്സ്
3	**ഇടതുവശം ചരിച്ച് (സിംസ്), വലത് മുട്ട് മടക്കി** കിടത്തുക	സിഗ്മോയ്ഡും ഡിസെൻഡിങ് കോളനും ഗുരുത്വാകർഷണം വഴി നിറയും
4	നോസിൽ ലൂബ്രിക്കേറ്റ് ചെയ്യുക; ശ്വാസം പുറത്തുവിടാൻ പറഞ്ഞ് പൊക്കിളിന്റെ ദിശയിൽ 7–10 cm (മുതിർന്നവർ) സൗമ്യമായി കടത്തുക	സ്ഫിൻക്ടർ റിലാക്സേഷൻ; അനാറ്റമി
5	ലായനി സാവധാനം നൽകുക; ക്രാമ്പിങ് ഉണ്ടായാൽ നിർത്തി ആഴത്തിൽ ശ്വസിക്കാൻ പറയുക	പെരിസ്റ്റാൽസിസ് സാവധാനമാക്കൽ
6	നോസിൽ നീക്കി 5–15 മിനിറ്റ് (അല്ലെങ്കിൽ നിർദ്ദേശിച്ച സമയം) പിടിച്ചുനിർത്താൻ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക	ഫലപ്രാപ്തി
7	ഫലം നിരീക്ഷിച്ച് രേഖപ്പെടുത്തുക; ശുചിത്വം	വിലയിരുത്തൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
റെക്ടൽ പെർഫൊറേഷൻ	ബലം പ്രയോഗിക്കരുത്
വേഗൽ റിയാക്ഷൻ (ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, ബോധക്ഷയം)	നിർത്തി കിടത്തുക
ഫോസ്ഫേറ്റ് എനിമ — റീനൽ ഫെയിലിയർ, പ്രായമായവർ, കുട്ടികളിൽ ഇലക്ട്രോലൈറ്റ് പ്രശ്നം	ഒഴിവാക്കുക
ആവർത്തിച്ചുള്ള വാട്ടർ എനിമ — വാട്ടർ ഇൻടോക്സിക്കേഷൻ	ഒഴിവാക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
എനിമ തരം, അളവ്, പിടിച്ചുനിർത്തിയ സമയം, ഫലം (അളവ്, സ്വഭാവം), ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഹൃദ്രോഗികളിൽ എനിമ വേഗസിനെ ഉത്തേജിപ്പിച്ച് ബ്രാഡിക്കാർഡിയ ഉണ്ടാക്കാം — പൾസ് നിരീക്ഷിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 182 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഫീക്കൽ ഇംപാക്ഷന്റെ ഡിജിറ്റൽ നീക്കം

Digital Removal of Faecal Impaction

ഉദ്ദേശ്യം. മറ്റ് മാർഗ്ഗങ്ങൾ പരാജയപ്പെടുമ്പോൾ മലാശയത്തിൽ കുടുങ്ങിയ കട്ടിയായ മലം വിരൽ കൊണ്ട് സൗമ്യമായി നീക്കം ചെയ്യുക — കഴിവും അംഗീകാരവുമുള്ള നഴ്സ് മാത്രം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ലാക്സേറ്റീവുകളും എനിമകളും പരാജയപ്പെട്ട ഫീക്കൽ ഇംപാക്ഷൻ
- സ്പൈനൽ കോർഡ് ഇഞ്ചുറി രോഗികളുടെ ബവൽ കെയർ

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഗ്ലവ്സ് (രണ്ട് ജോഡി), ഏപ്രൺ
- വാട്ടർ-സൊല്യൂബിൾ ലൂബ്രിക്കന്റ് (ആവശ്യമെങ്കിൽ ലിഡോകെയ്ൻ ജെൽ)
- വാട്ടർപ്രൂഫ് ഷീറ്റ്, ബെഡ്പാൻ
- പൾസ് മോണിറ്റർ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഡോക്ടറുടെ ഓർഡർ/പോളിസി; സമ്മതം; ബേസ്ലൈൻ പൾസ്, BP	വേഗൽ റിസ്ക്
2	ഇടതുവശം ചരിച്ച് മുട്ടുകൾ മടക്കി കിടത്തുക	പ്രവേശനം
3	പെരിയനൽ ഭാഗം പരിശോധിക്കുക (ഹെമറോയ്ഡുകൾ, ഫിഷർ, ബ്ലീഡിങ്)	സുരക്ഷ
4	നന്നായി ലൂബ്രിക്കേറ്റ് ചെയ്ത ഒരു വിരൽ സൗമ്യമായി കടത്തുക	ട്രോമ കുറയ്ക്കൽ
5	മലം ചെറിയ കഷണങ്ങളാക്കി പൊട്ടിച്ച് സാവധാനം പുറത്തെടുക്കുക; ഇടവിട്ട് വിശ്രമം	മ്യൂക്കോസൽ ക്ഷതം തടയൽ
6	പൾസ് നിരീക്ഷിക്കുക; **ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, തലകറക്കം, വേദന ഉണ്ടായാൽ ഉടൻ നിർത്തുക**	വേഗൽ സ്റ്റിമുലേഷൻ
7	ശുചിത്വം; ലാക്സേറ്റീവ് റെജിമെൻ, ഫ്ലൂയിഡ്, ചലനം — ആവർത്തനം തടയൽ പ്ലാൻ	ദീർഘകാല മാനേജ്മെന്റ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
വേഗൽ റിയാക്ഷൻ — ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, സിൻകോപ്പ്	നിർത്തുക; കിടത്തുക; അറിയിക്കുക
റെക്ടൽ ബ്ലീഡിങ്, പെർഫൊറേഷൻ	സൗമ്യമായി; നിർത്തുക
ഓട്ടോണോമിക് ഡിസ്റിഫ്ലെക്സിയ (T6-ന് മുകളിലുള്ള സ്പൈനൽ ഇഞ്ചുറി — കടുത്ത ഹൈപ്പർടെൻഷൻ, തലവേദന)	നിർത്തുക; ഇരുത്തുക; അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഇൻഡിക്കേഷൻ, നീക്കിയ മലത്തിന്റെ അളവും സ്വഭാവവും, ബ്ലീഡിങ്, വൈറ്റൽസ്, ടോളറൻസ്, പ്രതിരോധ പ്ലാൻ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
പ്രായമായവരിൽ ഫീക്കൽ ഇംപാക്ഷൻ "ഓവർഫ്ലോ ഡയറിയ", ഡെലീരിയം, യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ എന്നിവയായി പ്രത്യക്ഷപ്പെടാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · ESPEN ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 182 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ആശുപത്രിയിലെ ഇൻഫെക്ഷനുകളിൽ കൂടുതലും കത്തീറ്റർ-അസോസിയേറ്റഡ് UTI-കളാണ്. ആവശ്യമുള്ളപ്പോൾ മാത്രം കത്തീറ്റർ ഇടുക, കർശനമായ അസെപ്സിസോടെ ഇടുക, ക്ലോസ്ഡ് സിസ്റ്റം നിലനിർത്തുക, കഴിയുന്നതും വേഗം നീക്കം ചെയ്യുക.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
71	ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (സ്ത്രീ)	ബ്ലാഡർ ഡ്രെയിനേജിനായി സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ സ്ത്രീ രോഗിയിൽ ഫോളി കത്തീറ്റർ ഇടുക — CAUTI തടയാൻ.	194
72	ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (പുരുഷൻ)	പുരുഷ രോഗിയിൽ ബ്ലാഡർ ഡ്രെയിനേജിനായി സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ, യൂറിത്രൽ ട്രോമ ഇല്ലാതെ ഫോളി കത്തീറ്റർ ഇടുക.	195
73	കണ്ടിന്യൂവസ് ബ്ലാഡർ ഇറിഗേഷൻ (CBI)	ത്രീ-വേ കത്തീറ്ററിലൂടെ തുടർച്ചയായി സലൈൻ ഒഴുക്കി ബ്ലാഡറിലെ ക്ലോട്ടുകൾ തടയുകയും നീക്കം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുക — ക്ലോട്ട് റിറ...	196
74	മിഡ്സ്ട്രീം (ക്ലീൻ-ക്യാച്ച്) യൂറിൻ സ്പെസിമെൻ ശേഖരിക്കൽ	പെരിനിയൽ ബാക്ടീരിയയാൽ മലിനമാകാത്ത യൂറിൻ സാമ്പിൾ കൾച്ചറിനും പരിശോധനയ്ക്കുമായി ശേഖരിക്കുക.	197
75	24-മണിക്കൂർ യൂറിൻ സാമ്പിൾ ശേഖരിക്കൽ	ക്രിയാറ്റിനിൻ ക്ലിയറൻസ്, പ്രോട്ടീൻ, ഹോർമോണുകൾ, ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ എന്നിവ അളക്കാൻ കൃത്യം 24 മണിക്കൂറിലെ മുഴുവൻ മൂത്രവും ശ...	198
76	യൂറിനറി കത്തീറ്റർ നീക്കം ചെയ്യൽ (ട്രയൽ വിത്തൗട്ട് കത്തീറ്റർ)	ആവശ്യമില്ലാതാകുമ്പോൾ കത്തീറ്റർ ഉടൻ നീക്കം ചെയ്യുകയും പേഷ്യന്റ് സാധാരണ മൂത്രമൊഴിക്കുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുകയും ചെയ്യുക.	199
77	കോണ്ടം (എക്സ്റ്റേണൽ) കത്തീറ്റർ ഘടിപ്പിക്കൽ	ഇൻകോണ്ടിനൻസുള്ള പുരുഷ രോഗികളിൽ ഇൻഡ്വെല്ലിങ് കത്തീറ്ററിന്റെ ഇൻഫെക്ഷൻ സാധ്യത ഇല്ലാതെ മൂത്രം ശേഖരിക്കുക.	200

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (സ്ത്രീ)

Inserting an Indwelling Urinary Catheter (Female)

ഉദ്ദേശ്യം. ബ്ലാഡർ ഡ്രെയിനേജിനായി സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ സ്ത്രീ രോഗിയിൽ ഫോളി കത്തീറ്റർ ഇടുക — CAUTI തടയാൻ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- അക്യൂട്ട് യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ
- ഗുരുതര രോഗികളിൽ കൃത്യമായ യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്
- പെരിഓപ്പറേറ്റീവ് (തിരഞ്ഞെടുത്ത സർജറികൾ)
- സാക്രൽ മുറിവുള്ള ഇൻകോണ്ടിനൻസ്, എൻഡ്-ഓഫ്-ലൈഫ് കെയർ

ഉപകരണങ്ങൾ

- കത്തീറ്ററൈസേഷൻ പാക്ക്
- ഏറ്റവും ചെറിയ അനുയോജ്യമായ ഫോളി (12–14 Fr)
- 10 mL സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളം നിറച്ച സിറിഞ്ച് (പ്രീഫിൽഡ്)
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്
- സ്റ്റെറൈൽ സലൈൻ/ക്ലെൻസിങ് ലായനി
- സ്റ്റെറൈൽ ലൂബ്രിക്കന്റ് (ലിഡോകെയ്ൻ ജെൽ)
- ക്ലോസ്ഡ് ഡ്രെയിനേജ് ബാഗ്
- കത്തീറ്റർ സെക്യൂർമെന്റ് ഡിവൈസ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഇൻഡിക്കേഷൻ ഉറപ്പാക്കുക; വിശദീകരിക്കുക; സമ്മതം; സ്വകാര്യത; ചാപ്പറോൺ	അനാവശ്യ കത്തീറ്റർ ഒഴിവാക്കൽ; അന്തസ്സ്
2	പെരിനിയൽ ശുചിത്വം സോപ്പും വെള്ളവും കൊണ്ട്; ഹാൻഡ് ഹൈജീൻ	ബാക്ടീരിയൽ ലോഡ് കുറയ്ക്കൽ
3	ഡോർസൽ റികംബന്റ്, മുട്ടുകൾ മടക്കി കാലുകൾ അകത്തി; നല്ല വെളിച്ചം	വ്യക്തമായ കാഴ്ച
4	സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ്; സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്; ബലൂൺ പരിശോധന (പോളിസി പ്രകാരം); കത്തീറ്റർ ഡ്രെയിനേജ് ബാഗുമായി ബന്ധിപ്പിക്കുക	ക്ലോസ്ഡ് സിസ്റ്റം
5	ആധിപത്യമില്ലാത്ത കൈ കൊണ്ട് ലേബിയ അകത്തുക (ഈ കൈ ഇനി സ്റ്റെറൈൽ അല്ല); മറ്റേ കൈ കൊണ്ട് മുന്നിൽ നിന്ന് പിന്നോട്ട് വൃത്തിയാക്കുക — ഓരോ സ്ട്രോക്കിനും പുതിയ സ്വാബ്	മലദ്വാര ബാക്ടീരിയ ഒഴിവാക്കൽ
6	യൂറിത്രൽ മീറ്റസ് തിരിച്ചറിയുക (ക്ലിറ്റോറിസിന് താഴെ, വജൈനയ്ക്ക് മുകളിൽ); ലൂബ്രിക്കന്റ് ജെൽ മീറ്റസിൽ, 3–5 മിനിറ്റ്	അനസ്തേഷ്യ; എളുപ്പം കടക്കൽ
7	കത്തീറ്റർ 5–7 cm മൂത്രം വരും വരെ, പിന്നെ 2–3 cm കൂടി കടത്തുക; **മൂത്രം കണ്ട ശേഷം മാത്രം** ബലൂൺ ഇൻഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുക; സൗമ്യമായി പിന്നോട്ട് വലിച്ച് പ്രതിരോധം അനുഭവിക്കുക	യൂറിത്രയിൽ ബലൂൺ ഇൻഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുന്നത് തടയൽ
8	തുടയിൽ ഉറപ്പിക്കുക; ബാഗ് ബ്ലാഡറിന് താഴെ, തറയിൽ തൊടാതെ	വലിവ് തടയൽ; റിഫ്ലക്സ് തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
വജൈനയിലേക്ക് കടന്നു	അവിടെ തന്നെ വെച്ച് (ലാൻഡ്മാർക്ക്) പുതിയ സ്റ്റെറൈൽ കത്തീറ്റർ മീറ്റസിലേക്ക്
CAUTI	അസെപ്സിസ്; ക്ലോസ്ഡ് സിസ്റ്റം; ദിവസവും ആവശ്യം വിലയിരുത്തുക
യൂറിത്രൽ ട്രോമ	ബലം പ്രയോഗിക്കരുത്
വലിയ റിറ്റൻഷനിൽ ഹീമറ്റൂറിയ, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ	നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഇൻഡിക്കേഷൻ, കത്തീറ്റർ തരവും സൈസും, ബലൂൺ അളവ്, ബാച്ച്, ആദ്യ മൂത്രം (അളവ്, രൂപം), ടോളറൻസ്, പുനർവിലയിരുത്തൽ തീയതി.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഓരോ കത്തീറ്റർ ദിവസവും CAUTI സാധ്യത 3–7% കൂടുന്നു — ദിവസവും ചോദിക്കുക: "ഈ കത്തീറ്റർ ഇന്നും ആവശ്യമാണോ?"

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — CAUTI പ്രതിരോധം

വിഭാഗം: ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 193 · ഉള്ളടക്കം

MEDICINE Made Easy
വാങ്ങുക ›

ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (പുരുഷൻ)

Inserting an Indwelling Urinary Catheter (Male)

ഉദ്ദേശ്യം. പുരുഷ രോഗിയിൽ ബ്ലാഡർ ഡ്രെയിനേജിനായി സ്റ്റെറൈൽ ടെക്നിക്കിൽ, യൂറിത്രൽ ട്രോമ ഇല്ലാതെ ഫോളി കത്തീറ്റർ ഇടുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- അക്യൂട്ട് യൂറിനറി റിറ്റൻഷൻ (BPH)
- കൃത്യമായ യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട് (ഗുരുതര രോഗികൾ)
- പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്
- ഹീമറ്റൂറിയ (ത്രീ-വേ കത്തീറ്റർ)

ഉപകരണങ്ങൾ
- കത്തീറ്റൈസേഷൻ പാക്ക്
- ഫോളി 14–16 Fr
- 10 mL സ്റ്റെറൈൽ വെള്ളം
- സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്
- ക്ലെൻസിങ് ലായനി
- **ലിഡോകെയ്ൻ ജെൽ (സിറിഞ്ചിൽ, 10–11 mL)**
- ക്ലോസ്ഡ് ഡ്രെയിനേജ് ബാഗ്
- സെക്യൂർമെന്റ് ഡിവൈസ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഇൻഡിക്കേഷൻ ഉറപ്പാക്കുക; വിശദീകരിക്കുക; സമ്മതം; സ്വകാര്യത	അന്തസ്സ്
2	മലർന്ന് കിടത്തി കാലുകൾ ചെറുതായി അകത്തുക; പെരിനിയൽ ശുചിത്വം	പ്രവേശനം; ബാക്ടീരിയ കുറയ്ക്കൽ
3	സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ്; സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലവ്സ്; കത്തീറ്റർ ബാഗുമായി ബന്ധിപ്പിക്കുക	ക്ലോസ്ഡ് സിസ്റ്റം
4	ആധിപത്യമില്ലാത്ത കൈ കൊണ്ട് ലിംഗം പിടിക്കുക (ഇനി സ്റ്റെറൈൽ അല്ല); ഫോർസ്കിൻ പിന്നോട്ട് നീക്കുക; മീറ്റസിൽ നിന്ന് പുറത്തേക്ക് വൃത്താകൃതിയിൽ വൃത്തിയാക്കുക	അസെപ്സിസ്
5	ലിഡോകെയ്ൻ ജെൽ സാവധാനം യൂറിത്രയിലേക്ക് കുത്തിവെച്ച് 3–5 മിനിറ്റ് കാത്തിരിക്കുക	അനസ്തേഷ്യ; ലൂബ്രിക്കേഷൻ — വേദനയും ട്രോമയും കുറയ്ക്കൽ
6	ലിംഗം ശരീരത്തിന് ലംബമായി (90°) ഉയർത്തിപ്പിടിച്ച് കത്തീറ്റർ സൗമ്യമായി കടത്തുക; പ്രോസ്റ്റേറ്റിൽ പ്രതിരോധം ഉണ്ടായാൽ ആഴത്തിൽ ശ്വസിക്കാൻ പറയുക	യൂറിത്രയുടെ വളവ് നേരെയാക്കൽ; സ്ഫിൻക്ടർ റിലാക്സേഷൻ
7	**Y-ജഗ്ഷൻ വരെ** കടത്തി മൂത്രം വന്ന ശേഷം ബലൂൺ ഇൻഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുക; സൗമ്യമായി പിന്നോട്ട്	യൂറിത്രൽ ബലൂൺ ഇൻഫ്ലേഷൻ തടയൽ
8	**ഫോർസ്കിൻ തിരികെ വെക്കുക**; തുടയിലോ വയറിലോ ഉറപ്പിക്കുക	പാരാഫിമോസിസ് തടയൽ; വലിവ് തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പാരാഫിമോസിസ് (ഫോർസ്കിൻ തിരികെ വെക്കാൻ മറന്നു)	എമർജൻസി — ഉടൻ തിരികെ വെക്കുക
ഫോൾസ് പാസേജ്, യൂറിത്രൽ ബ്ലീഡിങ്	ബലം പ്രയോഗിക്കരുത്; 2 ശ്രമങ്ങൾക്ക് ശേഷം യൂറോളജി
യൂറിത്രയിൽ ബലൂൺ — കടുത്ത വേദന	ഡിഫ്ലേറ്റ് ചെയ്ത് കൂടുതൽ കടത്തുക
CAUTI	ദിവസവും ആവശ്യം വിലയിരുത്തുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഇൻഡിക്കേഷൻ, കത്തീറ്റർ സൈസും തരവും, ബലൂൺ അളവ്, ഫോർസ്കിൻ തിരികെ വെച്ചു, ആദ്യ മൂത്രം, ടോളറൻസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ട്രോമയിൽ മീറ്റസിൽ രക്തം, പെരിനിയൽ ചതവ്, "ഹൈ-റൈഡിങ്" പ്രോസ്റ്റേറ്റ് എന്നിവ യൂറിത്രൽ ഇഞ്ചുറി സൂചിപ്പിക്കുന്നു — കത്തീറ്റർ ഇടരുത്; ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — CAUTI പ്രതിരോധം

വിഭാഗം: ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 193 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

കണ്ടിന്യൂവസ് ബ്ലാഡർ ഇറിഗേഷൻ (CBI)

Continuous Bladder Irrigation (CBI)

ഉദ്ദേശ്യം. ത്രീ-വേ കത്തീറ്ററിലൂടെ തുടർച്ചയായി സലൈൻ ഒഴുക്കി ബ്ലാഡറിലെ ക്ലോട്ടുകൾ തടയുകയും നീക്കം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുക — ക്ലോട്ട് റിറ്റൻഷൻ ഒഴിവാക്കാൻ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- TURP-ന് ശേഷം
- ഹീമറ്റൂറിയ (ബ്ലാഡർ ട്യൂമർ, റേഡിയേഷൻ സിസ്റ്റൈറ്റിസ്)
- ക്ലോട്ട് റിറ്റൻഷൻ

ഉപകരണങ്ങൾ

- ത്രീ-വേ കത്തീറ്റർ (ഇതിനകം ഉള്ളത്)
- സ്റ്റെറൈൽ നോർമൽ സലൈൻ ഇറിഗേഷൻ ബാഗുകൾ (3 ലിറ്റർ)
- ഇറിഗേഷൻ സെറ്റ്
- IV സ്റ്റാൻഡ്
- വലിയ ഡ്രെയിനേജ് ബാഗ്
- CBI ചാർട്ട്
- ബ്ലാഡർ സിറിഞ്ച് (60 mL)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഇറിഗേഷൻ ലൈൻ ഇൻഫ്ലോ പോർട്ടിലേക്ക്, ഡ്രെയിനേജ് ബാഗ് ഔട്ട്ഫ്ലോയിലേക്ക് — ശരിയായ പോർട്ടുകൾ ഉറപ്പാക്കുക	ബലൂൺ പോർട്ടിലേക്ക് ഇറിഗേഷൻ നൽകരുത്
2	ഇറിഗേഷൻ ബാഗ് ബ്ലാഡറിന് 1 മീറ്റർ മുകളിൽ; ലൈൻ പ്രൈം ചെയ്യുക	ഗുരുത്വാകർഷണ ഒഴുക്ക്
3	**ഔട്ട്പുട്ടിന്റെ നിറം അനുസരിച്ച്** റേറ്റ് ക്രമീകരിക്കുക: ഇളം പിങ്ക്/റോസ് ലക്ഷ്യം; ചുവപ്പ് = വേഗം കൂട്ടുക	ക്ലോട്ട് രൂപീകരണം തടയൽ
4	ഓരോ മണിക്കൂറിലും: ഇൻഫ്ലോ, ഔട്ട്ഫ്ലോ അളക്കുക; **യഥാർത്ഥ മൂത്രം = ഔട്ട്പുട്ട് − ഇറിഗന്റ്**	ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്; ബ്ലോക്കേജ് കണ്ടെത്തൽ
5	ഔട്ട്ഫ്ലോ ഇൻഫ്ലോയെക്കാൾ കുറവ്, വയറുവേദന, ബ്ലാഡർ വീർക്കൽ	ഇറിഗേഷൻ ഉടൻ നിർത്തുക — ക്ലോട്ട് ബ്ലോക്കേജ്
6	പോളിസി പ്രകാരം ബ്ലാഡർ സിറിഞ്ച് കൊണ്ട് മാനുവൽ വാഷ്ഔട്ട്	ക്ലോട്ട് നീക്കൽ
7	ബാഗുകൾ തീരുന്നതിന് മുമ്പ് മാറ്റുക; ഡ്രെയിനേജ് ബാഗ് ഇടയ്ക്കിടെ കാലിയാക്കുക	തുടർച്ചയായ ഒഴുക്ക്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ക്ലോട്ട് റിറ്റൻഷൻ — ബ്ലാഡർ പൊട്ടൽ	ഇൻഫ്ലോ നിർത്തി ഫ്ലഷ് ചെയ്യുക; അറിയിക്കുക
TUR സിൻഡ്രോം (ഹൈപ്പോനട്രീമിയ — കൺഫ്യൂഷൻ, ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, ഹൈപ്പർടെൻഷൻ)	Na^+; അറിയിക്കുക
ബ്ലാഡർ സ്പാസം	ആന്റിസ്പാസ്മോഡിക്; കത്തീറ്റർ പേറ്റൻസി
കടും ചുവപ്പ്, കട്ടിയായ ഔട്ട്പുട്ട്	ഹെമറേജ്; വൈറ്റൽസ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഇൻഫ്ലോ, ഔട്ട്ഫ്ലോ, യഥാർത്ഥ മൂത്രം (ഓരോ മണിക്കൂറിലും), നിറം, ക്ലോട്ടുകൾ, വേദന, വൈറ്റൽസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

CBI-യിൽ യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട് കണക്കാക്കുന്നതിൽ പിഴവ് സാധാരണമാണ് — ഇൻഫ്ലോ അളവ് കുറയ്ക്കാൻ മറക്കരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — CAUTI പ്രതിരോധം

വാങ്ങുക ›

മിഡ്സ്ട്രീം (ക്ലീൻ-ക്യാച്ച്) യൂറിൻ സ്പെസിമെൻ ശേഖരിക്കൽ

Collecting a Midstream (Clean-Catch) Urine Specimen

ഉദ്ദേശ്യം. പെരിനിയൽ ബാക്ടീരിയയാൽ മലിനമാകാത്ത യൂറിൻ സാമ്പിൾ കൾച്ചറിനും പരിശോധനയ്ക്കുമായി ശേഖരിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- UTI സംശയം (ഡിസൂറിയ, ഫ്രീക്വൻസി, പനി)
- ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾക്ക് മുമ്പ്
- പ്രെഗ്നൻസി സ്ക്രീനിങ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- സ്റ്റെറൈൽ സ്പെസിമെൻ കണ്ടെയ്നർ
- ക്ലെൻസിങ് വൈപ്പുകൾ/സോപ്പും വെള്ളവും
- ലേബൽ, റിക്വസ്റ്റ് ഫോം
- ഗ്ലവ്സ് (സഹായിക്കുന്നുവെങ്കിൽ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	പേഷ്യന്റിന് ലളിതമായി വിശദീകരിക്കുക; രാവിലത്തെ ആദ്യ മൂത്രം ഉത്തമം	സഹകരണം; സാന്ദ്രമായ സാമ്പിൾ
2	കൈ കഴുകുക; സ്ത്രീ: ലേബിയ അകത്തി മുന്നിൽ നിന്ന് പിന്നോട്ട് വൃത്തിയാക്കുക; പുരുഷൻ: ഫോർസ്കിൻ പിന്നോട്ട് നീക്കി ഗ്ലാൻസ് വൃത്തിയാക്കുക	മലിനീകരണം കുറയ്ക്കൽ
3	കണ്ടെയ്നറിന്റെ ഉൾഭാഗവും മൂടിയുടെ ഉൾഭാഗവും തൊടരുത്	സ്റ്റെറിലിറ്റി
4	ആദ്യ മൂത്രം ടോയ്ലറ്റിലേക്ക് പോകട്ടെ	യൂറിത്രയിലെ ബാക്ടീരിയ കഴുകിക്കളയൽ
5	**നടുവിലെ മൂത്രം** കണ്ടെയ്നറിൽ (10–20 mL) ശേഖരിക്കുക; ബാക്കി ടോയ്ലറ്റിലേക്ക്	ഏറ്റവും പ്രതിനിധീകരിക്കുന്ന സാമ്പിൾ
6	മൂടി അടച്ച് ലേബൽ ചെയ്യുക (സമയം, ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ)	ശരിയായ വ്യാഖ്യാനം
7	**2 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ലാബിൽ** എത്തിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ ഫ്രിഡ്ജിൽ (4°C, 24 മണിക്കൂർ വരെ)	ബാക്ടീരിയ പെരുകൽ — തെറ്റായ പോസിറ്റീവ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
മലിനമായ സാമ്പിൾ (ഒന്നിലധികം ഓർഗനിസങ്ങൾ, എപ്പിത്തീലിയൽ സെല്ലുകൾ)	വീണ്ടും ശേഖരിക്കുക
ബെഡ്പാനിൽ നിന്ന് എടുക്കൽ	ഒരിക്കലും
ആർത്തവം	ലാബിനെ അറിയിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സാമ്പിൾ തരം, ശേഖരിച്ച സമയം, അയച്ച സമയം, മൂത്രത്തിന്റെ രൂപം, ആന്റിബയോട്ടിക് സ്റ്റാറ്റസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ലക്ഷണങ്ങളില്ലാത്ത ബാക്ടീരിയൂറിയ (പ്രത്യേകിച്ച് പ്രായമായവരിലും കത്തീറ്ററുള്ളവരിലും) ചികിത്സിക്കേണ്ടതില്ല — പ്രെഗ്നൻസിയും യൂറോളജിക്കൽ പ്രൊസീജറുകളും ഒഴികെ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — CAUTI പ്രതിരോധം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

പ്രൊസീജർ 75 · ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ

24-മണിക്കൂർ യൂറിൻ സാമ്പിൾ ശേഖരിക്കൽ

Collecting a 24-Hour Urine Sample

ഉദ്ദേശ്യം. ക്രിയാറ്റിനിൻ ക്ലിയറൻസ്, പ്രോട്ടീൻ, ഹോർമോണുകൾ, ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ എന്നിവ അളക്കാൻ കൃത്യം 24 മണിക്കൂറിലെ മുഴുവൻ മൂത്രവും ശേഖരിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- 24-മണിക്കൂർ പ്രോട്ടീനൂറിയ (നെഫ്രോട്ടിക് സിൻഡ്രോം, പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ)
- ക്രിയാറ്റിനിൻ ക്ലിയറൻസ്
- കാറ്റകോളമിനുകൾ/VMA (ഫിയോക്രോമോസൈറ്റോമ)
- കാൽസ്യം, യൂറിക് ആസിഡ് (കല്ലുകൾ)

ഉപകരണങ്ങൾ

- വലിയ 24-മണിക്കൂർ കണ്ടെയ്നർ (ടെസ്റ്റ് അനുസരിച്ച് പ്രിസർവേറ്റീവ് ഉള്ളത്)
- ലേബൽ
- "24-മണിക്കൂർ യൂറിൻ — ഒഴിക്കരുത്" എന്ന സൈൻ
- ബെഡ്പാൻ/യൂറിനൽ
- ഐസ് (ആവശ്യമെങ്കിൽ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	പേഷ്യന്റ്, കുടുംബം, എല്ലാ സ്റ്റാഫിനോടും വിശദീകരിക്കുക; ബെഡ്ഡിലും ടോയ്‌ലറ്റിലും സൈൻ	ഒരു തവണ പോലും നഷ്ടമാകരുത്
2	തുടങ്ങുന്ന സമയം (ഉദാ. രാവിലെ 7 മണി): **ആ സമയത്ത് ബ്ലാഡർ കാലിയാക്കി ആ മൂത്രം ഉപേക്ഷിക്കുക**; സമയം രേഖപ്പെടുത്തുക	ശേഖരണം കാലിയായ ബ്ലാഡറിൽ നിന്ന് തുടങ്ങൽ
3	അടുത്ത 24 മണിക്കൂറിലെ എല്ലാ മൂത്രവും കണ്ടെയ്നറിൽ ശേഖരിക്കുക	പൂർണ്ണത
4	കണ്ടെയ്നർ തണുപ്പിൽ സൂക്ഷിക്കുക (ടെസ്റ്റ് അനുസരിച്ച്)	വിഘടനം തടയൽ
5	അവസാന സമയത്ത് (അടുത്ത ദിവസം രാവിലെ 7 മണി) **ബ്ലാഡർ കാലിയാക്കി ആ മൂത്രം ചേർക്കുക**	കൃത്യം 24 മണിക്കൂർ
6	മലവിസർജ്ജന സമയത്ത് ആദ്യം മൂത്രം ഒഴിക്കാൻ പറയുക; ടോയ്‌ലറ്റ് പേപ്പർ കണ്ടെയ്നറിൽ ഇടരുത്	മലിനീകരണം
7	ലേബൽ ചെയ്ത് (തുടങ്ങിയതും അവസാനിച്ചതുമായ സമയം, ഭാരം/ഉയരം) ലാബിലേക്ക്	കണക്കുകൂട്ടൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഒരു മൂത്രം നഷ്ടപ്പെട്ടു	ശേഖരണം ഉപേക്ഷിച്ച് വീണ്ടും തുടങ്ങുക
ആസിഡ് പ്രിസർവേറ്റീവ് — ചർമ്മത്തിൽ പൊള്ളൽ	നേരിട്ട് കണ്ടെയ്നറിലേക്ക് മൂത്രമൊഴിക്കരുത്; മുന്നറിയിപ്പ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

തുടങ്ങിയതും അവസാനിച്ചതുമായ സമയം, ആകെ അളവ്, നഷ്ടമായ സാമ്പിളുകൾ, അയച്ച സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഏറ്റവും സാധാരണ പിഴവ് തുടക്കത്തിലെ മൂത്രം ശേഖരിക്കുന്നതും അവസാനത്തേത് ഉപേക്ഷിക്കുന്നതുമാണ് — ഇത് നേരെ തിരിച്ചാണ് വേണ്ടത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — CAUTI പ്രതിരോധം



വാങ്ങുക ›

യൂറിനറി കത്തീറ്റർ നീക്കം ചെയ്യൽ (ട്രയൽ വിത്തൗട്ട് കത്തീറ്റർ)

Removing a Urinary Catheter (Trial Without Catheter)

ഉദ്ദേശ്യം. ആവശ്യമില്ലാതാകുമ്പോൾ കത്തീറ്റർ ഉടൻ നീക്കം ചെയ്യുകയും പേഷ്യന്റ് സാധാരണ മൂത്രമൊഴിക്കുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഇൻഡിക്കേഷൻ അവസാനിച്ചു
- സർജറിക്ക് ശേഷം (സാധാരണ 24–48 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ)
- ട്രയൽ വിത്തൗട്ട് കത്തീറ്റർ (TWOC)

ഉപകരണങ്ങൾ

- 10 mL സിറിഞ്ച് (ലൂയർ സ്ലിപ്പ്)
- ഗ്ലവ്സ്
- വാട്ടർപ്രൂഫ് ഷീറ്റ്
- ടിഷ്യൂ
- മെഷറിങ് ജഗ്
- ബ്ലാഡർ സ്കാനർ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡർ/പ്രോട്ടോക്കോൾ ഉറപ്പാക്കുക; രാവിലെ നീക്കം ചെയ്യുക	പകൽ സമയം മൂത്രമൊഴിക്കൽ നിരീക്ഷിക്കാം
2	വിശദീകരിക്കുക; പെരിനിയൽ ശുചിത്വം	സുഖം
3	ബലൂൺ പോർട്ടിൽ സിറിഞ്ച് ഘടിപ്പിച്ച് വെള്ളം **സ്വയം പുറത്തുവരാൻ അനുവദിക്കുക** — ബലമായി വലിക്കരുത്; രേഖപ്പെടുത്തിയ അളവ് മുഴുവൻ വന്നോ	ബലൂൺ ചുളിവുകൾ (കഫിങ്) തടയൽ; പൂർണ്ണ ഡിഫ്ലേഷൻ
4	ആഴത്തിൽ ശ്വസിക്കാൻ പറഞ്ഞ് ശ്വാസം പുറത്തുവിടുമ്പോൾ സാവധാനം പുറത്തെടുക്കുക	പെൽവിക് റിലാക്സേഷൻ
5	കത്തീറ്റർ പൂർണ്ണമാണോ നോക്കുക; ഉപേക്ഷിക്കുക; ബാഗിലെ മൂത്രം അളക്കുക	സുരക്ഷ
6	ധാരാളം വെള്ളം കുടിക്കാൻ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക; ഓരോ മൂത്രവും അളക്കുക; 6 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ മൂത്രമൊഴിക്കണം	TWOC വിലയിരുത്തൽ
7	മൂത്രമൊഴിച്ച ശേഷം ബ്ലാഡർ സ്കാൻ (PVR); 6 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ മൂത്രമൊഴിച്ചില്ലെങ്കിലോ PVR ഉയർന്നാലോ പ്രോട്ടോക്കോൾ	റിറ്റൻഷൻ നേരത്തെ കണ്ടെത്തൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ബലൂൺ ഡിഫ്ലേറ്റ് ആകുന്നില്ല	ബലം പ്രയോഗിക്കരുത്; വാൽവ് പരിശോധിക്കുക; അറിയിക്കുക
നീക്കിയ ശേഷം റിറ്റൻഷൻ	ബ്ലാഡർ സ്കാൻ; ഇൻ-ഔട്ട് അല്ലെങ്കിൽ വീണ്ടും കത്തീറ്റർ
ഡിസൂറിയ, ഫ്രീക്വൻസി	സാധാരണ; UTI ലക്ഷണങ്ങൾ നിരീക്ഷിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

നീക്കിയ സമയം, ബലൂൺ അളവ്, കത്തീറ്റർ പൂർണ്ണം, ആദ്യ മൂത്രത്തിന്റെ സമയവും അളവും, PVR.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ബലൂൺ വെള്ളം സിറിഞ്ച് കൊണ്ട് ബലമായി വലിച്ചെടുത്താൽ ബലൂൺ ചുരുങ്ങി ഒരു "കഫ്" രൂപപ്പെടും — നീക്കം വേദനാജനകമാകും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — CAUTI പ്രതിരോധം

വിഭാഗം: ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 193 · ഉള്ളടക്കം



വാങ്ങുക ›

കോണ്ടം (എക്സ്റ്റേണൽ) കത്തീറ്റർ ഘടിപ്പിക്കൽ

Applying a Condom (External) Catheter

ഉദ്ദേശ്യം. ഇൻകോണ്ടിനൻസുള്ള പുരുഷ രോഗികളിൽ ഇൻഡ്വെല്ലിങ് കത്തീറ്ററിന്റെ ഇൻഫെക്ഷൻ സാധ്യത ഇല്ലാതെ മൂത്രം ശേഖരിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ബ്ലാഡർ പൂർണ്ണമായി കാലിയാകുന്ന ഇൻകോണ്ടിനൻസ് (പുരുഷൻ)
- ഇൻഡ്വെല്ലിങ് കത്തീറ്റർ ഒഴിവാക്കാൻ
- ഡിമെൻഷ്യ, സ്ട്രോക്ക്

ഉപകരണങ്ങൾ

- ശരിയായ സൈസ് കോണ്ടം കത്തീറ്റർ (മെഷറിങ് ഗൈഡ്)
- ഡ്രെയിനേജ് ബാഗ് (ലെഗ് ബാഗ്/ബെഡ് ബാഗ്)
- സോപ്പ്, വെള്ളം, ടവൽ
- സ്കിൻ ബാരിയർ
- ഗ്ലവ്സ്
- കത്രിക (രോമം മുറിക്കാൻ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റിറ്റൻഷൻ ഇല്ലെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക (ബ്ലാഡർ സ്കാൻ)	കോണ്ടം കത്തീറ്റർ റിറ്റൻഷൻ ചികിത്സിക്കില്ല
2	ലിംഗം സോപ്പും വെള്ളവും കൊണ്ട് കഴുകി നന്നായി ഉണക്കുക; ആവശ്യമെങ്കിൽ രോമം മുറിക്കുക (ഷേവ് ചെയ്യരുത്)	ഒട്ടൽ; ചർമ്മ സംരക്ഷണം
3	ചർമ്മം പരിശോധിക്കുക; സ്കിൻ ബാരിയർ	ക്ഷതം തടയൽ
4	ഗൈഡ് ഉപയോഗിച്ച് ലിംഗത്തിന്റെ ചുറ്റളവ് അളക്കുക	ശരിയായ സൈസ് — ചെറുതായാൽ ഇസ്കീമിയ, വലുതായാൽ ലീക്ക്
5	കോണ്ടം ചുരുൾ അഴിച്ച് ഘടിപ്പിക്കുക — അറ്റത്ത് 2.5–5 cm വിടവ്	ട്യൂബിങ്ങിൽ ഉരസുന്നത് തടയൽ
6	ഒട്ടാൻ 10–15 സെക്കൻഡ് കൈ കൊണ്ട് സൗമ്യമായി അമർത്തുക; ഡ്രെയിനേജ് ബാഗുമായി ബന്ധിപ്പിച്ച് കിങ്ക് ഇല്ലാതെ	ഒഴുക്ക്
7	ഓരോ 24 മണിക്കൂറിലും മാറ്റുക; ഓരോ 4 മണിക്കൂറിലും ചർമ്മവും രക്തപ്രവാഹവും പരിശോധിക്കുക	ചർമ്മ ക്ഷതം, ഇസ്കീമിയ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ലിംഗത്തിന്റെ ഇസ്കീമിയ, നീര് (വളരെ മുറുകിയത്)	ഉടൻ നീക്കുക
ചർമ്മ ക്ഷതം, മസറേഷൻ	ശരിയായ സൈസ്; ദിവസവും മാറ്റൽ
ടേപ്പ് ചുറ്റി കെട്ടൽ	ഒരിക്കലും — ഇസ്കീമിയ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സൈസ്, ഘടിപ്പിച്ച സമയം, ചർമ്മത്തിന്റെ അവസ്ഥ, മൂത്രത്തിന്റെ അളവ്, മാറ്റിയ സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

കോണ്ടം കത്തീറ്ററുകൾ ഇൻഡ്വെല്ലിങ് കത്തീറ്ററുകളെക്കാൾ CAUTI കുറവും കൂടുതൽ സുഖകരവുമാണ് — അനുയോജ്യമായ പുരുഷന്മാരിൽ ആദ്യ ഓപ്ഷൻ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · CDC — CAUTI പ്രതിരോധം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ്

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ പിഴവുകൾ മാരകമാകാം — ബെഡ്സൈഡ് ഐഡന്റിഫിക്കേഷനാണ് ഏറ്റവും പ്രധാന സുരക്ഷാ നടപടി. കൃത്യമായ ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസും സെക്കൻഡറി ഇൻഫ്യൂഷനുകളും വിശദാംശങ്ങളിൽ ശ്രദ്ധ ആവശ്യപ്പെടുന്നു.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
78	ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഉറപ്പാക്കലും തുടങ്ങലും	ശരിയായ രോഗിക്ക് ശരിയായ ബ്ലഡ് ശരിയായ സമയത്ത് സുരക്ഷിതമായി നൽകുക — ABO പൊരുത്തക്കേട് മൂലമുള്ള മാരകമായ റിയാക്ഷനുകൾ തടയാൻ.	202
79	ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ നിരീക്ഷിക്കൽ	ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷനുകൾ നേരത്തെ കണ്ടെത്താനും ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ് തടയാനും ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ മുഴുവൻ ചിട്ടയായി നിരീക്ഷിക്കുക.	203
80	അക്യൂട്ട് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ	ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ സംശയിച്ചാൽ ഉടനടി പ്രവർത്തിച്ച് ജീവന് ഭീഷണിയായ സങ്കീർണ്ണതകൾ തടയുകയും കാരണം അന്വേഷിക്കുകയും ചെയ്യ...	204
81	സെക്കൻഡറി (പിഗ്ഗിബാക്ക്) IV ഇൻഫ്യൂഷൻ സജ്ജമാക്കൽ	പ്രൈമറി ലൈനിലൂടെ ഇടവിട്ടുള്ള മരുന്നുകൾ (ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ പോലുള്ളവ) ചെറിയ അളവിൽ നൽകുക — പ്രൈമറി ഇൻഫ്യൂഷൻ തടസ്സപ്പെടുത...	205
82	കർശനമായ ഇൻടേക്കും ഔട്ട്പുട്ടും അളക്കൽ (ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്)	ശരീരത്തിലേക്ക് പ്രവേശിക്കുന്നതും പുറത്തുപോകുന്നതുമായ എല്ലാ ഫ്ലൂയിഡുകളും കൃത്യമായി അളന്ന് ഡീഹൈഡ്രേഷനും ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡു...	206

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഉറപ്പാക്കലും തുടങ്ങലും

Verifying and Starting a Blood Transfusion

ഉദ്ദേശ്യം. ശരിയായ രോഗിക്ക് ശരിയായ ബ്ലഡ് ശരിയായ സമയത്ത് സുരക്ഷിതമായി നൽകുക — ABO പൊരുത്തക്കേട് മൂലമുള്ള മാരകമായ റിയാക്ഷനുകൾ തടയാൻ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ലക്ഷണങ്ങളുള്ള അനീമിയ അല്ലെങ്കിൽ Hb ത്രെഷോൾഡ് (സാധാരണ 7 g/dL-ൽ താഴെ)
- അക്യൂട്ട് ഹെമറേജ്
- പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ്, FFP, ക്രയോപ്രെസിപിറ്റേറ്റ് — കോയാഗുലോപ്പതി

ഉപകരണങ്ങൾ
- ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് (ബ്ലഡ് ബാങ്കിൽ നിന്ന്)
- ബ്ലഡ് അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ സെറ്റ് (170–200 µm ഫിൽറ്റർ)
- നോർമൽ സലൈൻ (മാത്രം)
- 18–20G IV കാനുല
- ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ചാർട്ട്
- വൈറ്റൽസ് ഉപകരണം
- എമർജൻസി മരുന്നുകൾ (എപിനെഫ്രിൻ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഓർഡറും **ഒപ്പിട്ട സമ്മതവും** ഉറപ്പാക്കുക; മുൻ ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ ചോദിക്കുക	നിയമപരം; റിസ്ക്
2	പ്രോഡക്റ്റ് ബ്ലഡ് ബാങ്കിൽ നിന്ന് എടുത്ത ശേഷം **30 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ** തുടങ്ങുക	ബാക്ടീരിയൽ വളർച്ച
3	**ബെഡ്സൈഡിൽ രണ്ട് യോഗ്യതയുള്ള നഴ്സുമാർ** ഒരുമിച്ച്: പേഷ്യന്റ് പേരും ജനന തീയതിയും പറയുന്നു; ID ബാൻഡ് = ബ്ലഡ് ബാഗ് ലേബൽ = കമ്പാറ്റിബിലിറ്റി ഫോം (പേര്, UHID, ബ്ലഡ് ഗ്രൂപ്പ്, യൂണിറ്റ് നമ്പർ)	ABO പിഴവ് തടയൽ — ബെഡ്സൈഡിൽ മാത്രം
4	ബാഗ് പരിശോധിക്കുക: കാലാവധി, ലീക്ക്, കട്ടകൾ, നിറവ്യത്യാസം, കുമിളകൾ	മലിനീകരണം
5	ബേസ്ലൈൻ വൈറ്റൽസ് (താപനില, പൾസ്, BP, RR, SpO_2)	റിയാക്ഷൻ താരതമ്യം
6	ബ്ലഡ് സെറ്റ് സലൈൻ കൊണ്ട് പ്രൈം ചെയ്യുക; **മറ്റ് മരുന്നുകളോ ഡെക്സ്ട്രോസോ റിംഗർ ലാക്റ്റേറ്റോ ചേർക്കരുത്**	ഹീമോലൈസിസ്, ക്ലോട്ടിങ്
7	ആദ്യ 15 മിനിറ്റ് സാവധാനം; പേഷ്യന്റിന്റെ അരികിൽ നിൽക്കുക; ഒരു യൂണിറ്റ് പാക്ക്ഡ് സെല്ലുകൾ **4 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ** (സാധാരണ 1.5–3 മണിക്കൂർ)	ഗുരുതര റിയാക്ഷനുകൾ ആദ്യ മിനിറ്റുകളിൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ABO ഇൻകംപാറ്റിബിലിറ്റി — അക്യൂട്ട് ഹീമോലിറ്റിക് റിയാക്ഷൻ	ഐഡന്റിഫിക്കേഷൻ; ആദ്യ 15 മിനിറ്റ് നിരീക്ഷണം
TACO (ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ് — പ്രായമായവർ, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ)	സാവധാനം; ആവശ്യമെങ്കിൽ ഡൈയൂററ്റിക്
ബാക്ടീരിയൽ മലിനീകരണം	30 മിനിറ്റ് നിയമം; 4 മണിക്കൂർ പരിധി
ഫ്രിഡ്ജിൽ അല്ലാതെ സൂക്ഷിക്കൽ	ഉടൻ ഉപയോഗിക്കുക അല്ലെങ്കിൽ ബ്ലഡ് ബാങ്കിലേക്ക് തിരികെ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
പ്രോഡക്റ്റ്, യൂണിറ്റ് നമ്പർ, ഗ്രൂപ്പ്, പരിശോധിച്ച രണ്ട് നഴ്സുമാർ, തുടങ്ങിയതും അവസാനിച്ചതുമായ സമയം, വൈറ്റൽസ്, റിയാക്ഷൻ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഏറ്റവും മാരകമായ ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ പിഴവുകൾ ലാബിലല്ല, ബെഡ്സൈഡിലെ ഐഡന്റിഫിക്കേഷനിലാണ് — ഒരിക്കലും എളുപ്പവഴി സ്വീകരിക്കരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NACO/NBTC — ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 201 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ നിരീക്ഷിക്കൽ
Monitoring a Blood Transfusion

ഉദ്ദേശ്യം. ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷനുകൾ നേരത്തെ കണ്ടെത്താനും ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ് തടയാനും ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ മുഴുവൻ ചിട്ടയായി നിരീക്ഷിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- എല്ലാ ബ്ലഡ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷനുകളും

ഉപകരണങ്ങൾ
- വൈറ്റൽസ് ഉപകരണം
- ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ചാർട്ട്
- കോൾ ബെൽ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വൈറ്റൽസ്: തുടങ്ങുന്നതിന് മുമ്പ്, **15 മിനിറ്റിൽ**, പിന്നെ ഓരോ മണിക്കൂറിലും (പോളിസി പ്രകാരം), അവസാനിക്കുമ്പോൾ	റിയാക്ഷനുകൾ നേരത്തെ
2	ആദ്യ 15 മിനിറ്റ് പേഷ്യന്റിനെ നേരിട്ട് നിരീക്ഷിക്കുക	ഗുരുതര റിയാക്ഷനുകൾ ആദ്യം
3	ലക്ഷണങ്ങൾ എന്തെങ്കിലും ഉണ്ടായാൽ (പനി, വിറയൽ, ചൊറിച്ചിൽ, നടുവേദന, ശ്വാസതടസ്സം) ഉടൻ അറിയിക്കാൻ പേഷ്യന്റിനോട് പറയുക; കോൾ ബെൽ അരികിൽ	പേഷ്യന്റിന്റെ പങ്കാളിത്തം
4	IV സൈറ്റ്, ഫ്ലോ റേറ്റ്, ബാഗ് പരിശോധിക്കുക	സങ്കീർണ്ണതകൾ
5	അബോധരോഗികളിൽ: ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, ടാക്കിക്കാർഡിയ, ഹീമറ്റൂറിയ, അപ്രതീക്ഷിത ബ്ലീഡിങ്	റിയാക്ഷന്റെ ലക്ഷണങ്ങൾ മാത്രം കാണാം
6	ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്; ശ്വാസകോശം കേൾക്കുക (റിസ്ക് ഉള്ളവരിൽ)	TACO
7	അവസാനത്തിൽ: സലൈൻ കൊണ്ട് ഫ്ലഷ്; ബാഗ് പോളിസി പ്രകാരം ഉപേക്ഷിക്കുക (ചിലയിടങ്ങളിൽ 24 മണിക്കൂർ സൂക്ഷിക്കും); അടുത്ത 24 മണിക്കൂർ വൈകിയുള്ള റിയാക്ഷനുകൾ നിരീക്ഷിക്കുക	പൂർത്തീകരണം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
പനി 1°C-ൽ കൂടുതൽ ഉയരൽ	നിർത്തുക — റിയാക്ഷൻ പ്രോട്ടോക്കോൾ
TRALI (6 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ ശ്വാസതടസ്സം)	നിർത്തുക; ഓക്സിജൻ; അറിയിക്കുക
വൈകിയുള്ള ഹീമോലിസിസ് (ദിവസങ്ങൾക്ക് ശേഷം ജോണ്ടിസ്)	പേഷ്യന്റിനെ പഠിപ്പിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
എല്ലാ വൈറ്റൽസും സമയവും, ലക്ഷണങ്ങൾ, നൽകിയ അളവ്, അവസാനിച്ച സമയം, പ്രതികരണം (Hb).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
അബോധരോഗികളിൽ ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷന്റെ ആദ്യ ലക്ഷണം പലപ്പോഴും വിശദീകരിക്കാനാകാത്ത ഹൈപ്പോടെൻഷനോ ബ്ലീഡിങ്ങോ മാത്രമാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NACO/NBTC — ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 201 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

അക്യൂട്ട് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ

Managing an Acute Transfusion Reaction

ഉദ്ദേശ്യം. ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ സംശയിച്ചാൽ ഉടനടി പ്രവർത്തിച്ച് ജീവന് ഭീഷണിയായ സങ്കീർണ്ണതകൾ തടയുകയും കാരണം അന്വേഷിക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ സമയത്തോ ശേഷമോ: പനി, വിറയൽ, റാഷ്, ചൊറിച്ചിൽ, ശ്വാസതടസ്സം, ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, നടുവേദന/നെഞ്ചുവേദന, ഇരുണ്ട മൂത്രം, അസാധാരണ ബ്ലീഡിങ്

ഉപകരണങ്ങൾ

- പുതിയ IV സെറ്റും നോർമൽ സലൈനും
- ഓക്സിജൻ
- എമർജൻസി മരുന്നുകൾ (എപിനെഫ്രിൻ, ആന്റിഹിസ്റ്റമിൻ, ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ, പാരസെറ്റമോൾ)
- ബ്ലഡ് സാമ്പിൾ ട്യൂബുകൾ
- ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ ഫോം

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	**ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഉടൻ നിർത്തുക**	കൂടുതൽ ഇൻകംപാറ്റിബിൾ ബ്ലഡ് തടയൽ
2	IV ആക്സസ് നിലനിർത്തുക — പുതിയ സെറ്റിൽ നോർമൽ സലൈൻ	സെറ്റിലെ ബ്ലഡ് നൽകാതിരിക്കൽ
3	ABC; വൈറ്റൽസ്; സഹായം വിളിക്കുക; ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക	റിസസിറ്റേഷൻ
4	ബെഡ്സൈഡിൽ ഐഡന്റിഫിക്കേഷൻ വീണ്ടും പരിശോധിക്കുക (ID ബാൻഡ് vs ബാഗ്)	തെറ്റായ ബ്ലഡ്
5	ലക്ഷണങ്ങൾ അനുസരിച്ച് ചികിത്സ: അനാഫൈലാക്സിസ് — എപിനെഫ്രിൻ 0.5 mg IM; ലഘുവായ അലർജി — ആന്റിഹിസ്റ്റമിൻ; പനി — പാരസെറ്റമോൾ; ശ്വാസതടസ്സം — ഓക്സിജൻ, നിവർന്നിരുത്തൽ	പ്രത്യേക ചികിത്സ
6	ബ്ലഡ് ബാങ്കിനെ അറിയിക്കുക; ബാഗും സെറ്റും (അടച്ച്) തിരികെ അയക്കുക; പേഷ്യന്റിന്റെ ബ്ലഡ് (ഗ്രൂപ്പ്, DAT, CBC, LDH, ബിലിറൂബിൻ, കൾച്ചർ), ആദ്യ മൂത്രം (ഹീമോഗ്ലോബിനൂറിയ)	അന്വേഷണം
7	ഇൻടേക്ക്/ഔട്ട്പുട്ട് (AKI), ബ്ലീഡിങ് (DIC) നിരീക്ഷിക്കുക; ഹീമോവിജിലൻസ് റിപ്പോർട്ട്	സങ്കീർണ്ണതകൾ; റിപ്പോർട്ടിങ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
അക്യൂട്ട് ഹീമോലിറ്റിക് റിയാക്ഷൻ — ഷോക്ക്, DIC, AKI	ഫ്ലൂയിഡ്; ഔട്ട്പുട്ട് 100 mL/h-ൽ കൂടുതൽ ലക്ഷ്യം; ICU
അനാഫൈലാക്സിസ് (IgA ഡെഫിഷ്യൻസി)	എപിനെഫ്രിൻ
ലഘുവായ അർട്ടിക്കേറിയ മാത്രം	ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം ആന്റിഹിസ്റ്റമിന് ശേഷം സാവധാനം പുനരാരംഭിക്കാം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സമയം, ലക്ഷണങ്ങൾ, വൈറ്റൽസ്, നൽകിയ അളവ്, നടപടികൾ, ചികിത്സ, അയച്ച സാമ്പിളുകൾ, അറിയിച്ചവർ, ഹീമോവിജിലൻസ് ഫോം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സംശയമുണ്ടെങ്കിൽ നിർത്തുക — പനിയുള്ള ഓരോ ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷനും ഹീമോലിസിസോ ബാക്ടീരിയൽ മലിനീകരണമോ ആകാം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NACO/NBTC — ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 201 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സെക്കൻഡറി (പിഗ്ഗിബാക്ക്) IV ഇൻഫ്യൂഷൻ സജ്ജമാക്കൽ

Setting Up a Secondary (Piggyback) IV Infusion

ഉദ്ദേശ്യം. പ്രൈമറി ലൈനിലൂടെ ഇടവിട്ടുള്ള മരുന്നുകൾ (ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ പോലുള്ളവ) ചെറിയ അളവിൽ നൽകുക — പ്രൈമറി ഇൻഫ്യൂഷൻ തടസ്സപ്പെടുത്താതെ.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഇടവിട്ടുള്ള IV ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ
- ചെറിയ അളവിലുള്ള മരുന്നുകൾ (PPI, ഇലക്ട്രോലൈറ്റുകൾ)
- ഓക്സിടോസിൻ (പ്രൈമറി ലൈനിൽ നിന്ന് വേർതിരിക്കൽ)

ഉപകരണങ്ങൾ

- സെക്കൻഡറി ബാഗിൽ മരുന്ന് (ലേബൽ ചെയ്തത്)
- സെക്കൻഡറി (ഷോർട്ട്) സെറ്റ്
- എക്സ്റ്റൻഷൻ ഹുക്ക്
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്
- ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റൈറ്റ്സ് പരിശോധിക്കുക; പ്രൈമറി ഫ്ലൂയിഡുമായി **കമ്പാറ്റിബിലിറ്റി**	പ്രെസിപിറ്റേഷൻ തടയൽ
2	സെക്കൻഡറി സെറ്റ് പ്രൈം ചെയ്യുക (അല്ലെങ്കിൽ പ്രൈമറി ലൈനിൽ നിന്ന് ബാക്ക്-പ്രൈം ചെയ്യുക)	എയർ എംബോളിസം; മരുന്ന് നഷ്ടം കുറയ്ക്കൽ
3	പമ്പിന് മുകളിലുള്ള ഏറ്റവും ഉയർന്ന Y-പോർട്ട് സ്വാബ് ചെയ്ത് ബന്ധിപ്പിക്കുക	അസെപ്സിസ്; പമ്പ് കൃത്യത
4	**സെക്കൻഡറി ബാഗ് പ്രൈമറിയെക്കാൾ ഉയരത്തിൽ** — പ്രൈമറി ബാഗ് ഹുക്ക് കൊണ്ട് താഴ്ത്തുക	ഹൈഡ്രോസ്റ്റാറ്റിക് മർദ്ദം — സെക്കൻഡറി ആദ്യം ഒഴുകും
5	പമ്പിൽ "സെക്കൻഡറി" മോഡ് — റേറ്റും VTBI-യും നൽകുക	ശരിയായ റേറ്റ്
6	സെക്കൻഡറി ക്ലാമ്പ് തുറന്ന് സ്റ്റാർട്ട് ചെയ്യുക; ഡ്രിപ്പ് ചേംബർ നിരീക്ഷിച്ച് **സെക്കൻഡറി ഒഴുകുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക**	ഏറ്റവും സാധാരണ പിഴവ് — പ്രൈമറി ഫ്ലൂയിഡ് ഒഴുകൽ
7	അവസാനിച്ചാൽ പ്രൈമറി റേറ്റിൽ സ്വയം പുനരാരംഭിക്കും; സെക്കൻഡറി സെറ്റ് ലേബൽ ചെയ്ത് 24 മണിക്കൂറിൽ മാറ്റുക	തുടർച്ച

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സെക്കൻഡറി ബാഗ് താഴെ — മരുന്ന് ഒഴുകുന്നില്ല	ഉയരം ഉറപ്പാക്കുക
ഇൻകംപാറ്റിബിൾ മരുന്നുകൾ	ഫാർമസി പരിശോധന; ഫ്ലഷ്
പമ്പിന് താഴെയുള്ള പോർട്ടിൽ ബന്ധിപ്പിക്കൽ	അനിയന്ത്രിത ഒഴുക്ക്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

മരുന്ന്, അളവ്, റേറ്റ്, തുടങ്ങിയതും അവസാനിച്ചതുമായ സമയം, IV സൈറ്റ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സെക്കൻഡറി ബാഗ് തീർന്നിട്ടും ഭാരം കുറഞ്ഞില്ലെങ്കിൽ, മരുന്നിന് പകരം പ്രൈമറി ഫ്ലൂയിഡ് ആണ് ഒഴുകിയത് — ഡോസ് നൽകിയിട്ടില്ല.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NACO/NBTC — ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 201 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

കർശനമായ ഇൻടേക്കും ഔട്ട്പുട്ടും അളക്കൽ (ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്)

Measuring Strict Intake and Output (Fluid Balance)

ഉദ്ദേശ്യം. ശരീരത്തിലേക്ക് പ്രവേശിക്കുന്നതും പുറത്തുപോകുന്നതുമായ എല്ലാ ഫ്ലൂയിഡുകളും കൃത്യമായി അളന്ന് ഡീഹൈഡ്രേഷനും ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡും കണ്ടെത്തുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, റീനൽ ഫെയിലിയർ (AKI, CKD)
- സെപ്സിസ്, ഷോക്ക്
- IV ഫ്ലൂയിഡ്, ഡൈയൂറ്റിക്
- സർജറിക്ക് ശേഷം, DKA, പൊള്ളൽ

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ് ചാർട്ട്
- അളവ് അടയാളമുള്ള കപ്പുകൾ, യൂറിനൽ, ജഗ്
- ബെഡ്പാൻ "ഹാറ്റ്"
- ഗ്ലവ്സ്
- വെയിങ് സ്കെയിൽ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	പേഷ്യന്റിനോടും കുടുംബത്തോടും വിശദീകരിക്കുക — കുടിക്കുന്നതെല്ലാം പറയണം, മൂത്രം ശേഖരിക്കണം	പൂർണ്ണത
2	ഇൻടേക്ക്: വായിലൂടെ (വെള്ളം, ചായ, സൂപ്പ്, ഐസ്ക്രീം, ജെല്ലി — ദ്രാവകമാകുന്നവ), IV ഫ്ലൂയിഡുകൾ, മരുന്ന് ഡൈല്യൂഷനുകൾ, ബ്ലഡ്, എന്ററൽ ഫീഡും ഫ്ലഷുകളും	എല്ലാ സ്രോതസ്സുകളും
3	ഔട്ട്പുട്ട്: മൂത്രം, ഛർദ്ദി, ഡ്രെയിനുകൾ, NG ആസ്പിറേറ്റ്, സ്റ്റോമ, ദ്രാവക മലം	എല്ലാ നഷ്ടങ്ങളും
4	അളക്കുന്ന കണ്ടെയ്നറുകൾ ഉപയോഗിക്കുക — "ഒരു ഗ്ലാസ്" എന്ന് കണക്കാക്കരുത്	കൃത്യത
5	തത്സമയം രേഖപ്പെടുത്തുക; ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും 24 മണിക്കൂറിലും ആകെ കണക്കാക്കുക	ട്രെൻഡ്
6	ബാലൻസ് = ഇൻടേക്ക് − ഔട്ട്പുട്ട്; ഇൻസെൻസിബിൾ നഷ്ടം ഏകദേശം 500–800 mL/ദിവസം(പനിയിൽ കൂടുതൽ)	വ്യാഖ്യാനം
7	ദിവസവും ഒരേ സമയത്ത്, ഒരേ സ്കെയിലിൽ, ഒരേ വസ്ത്രത്തിൽ ഭാരം	ഏറ്റവും വിശ്വസനീയമായ ഫ്ലൂയിഡ് സൂചകം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഒലിഗൂറിയ (മുതിർന്നവരിൽ 0.5 mL/kg/h-ൽ താഴെ, 2 മണിക്കൂറിലധികം)	ഉടൻ അറിയിക്കുക — AKI, ഹൈപ്പോവോളീമിയ
പോസിറ്റീവ് ബാലൻസ് + ശ്വാസതടസ്സം, എഡീമ	ഫ്ലൂയിഡ് ഓവർലോഡ്
അപൂർണ്ണമായ രേഖ	ടീം വിദ്യാഭ്യാസം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
എല്ലാ ഇൻടേക്കും ഔട്ട്പുട്ടും (തരം, അളവ്, സമയം), ഷിഫ്റ്റിലെയും 24 മണിക്കൂറിലെയും ആകെ, ബാലൻസ്, ഭാരം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ദിവസം 1 kg ഭാരം കൂടുന്നത് ഏകദേശം 1 ലിറ്റർ ഫ്ലൂയിഡ് നിലനിർത്തലാണ് — ചാർട്ടിനെക്കാൾ വിശ്വസനീയം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NACO/NBTC — ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വാങ്ങുക ›

പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

വീഴ്ചകൾ, പ്രഷർ ഇഞ്ചുറികൾ, മാനുവൽ ഹാൻഡ്‌ലിങ് മൂലമുള്ള പരിക്കുകൾ എന്നിവ സുരക്ഷിതമായ ഹാൻഡ്‌ലിങ് ഉപകരണങ്ങൾ, കൃത്യമായ പൊസിഷൻ മാറ്റൽ, സാധുതയുള്ള റിസ്ക് അസസ്മെന്റുകൾ എന്നിവയിലൂടെ മിക്കവാറും തടയാവുന്നവയാണ്.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
83	മെക്കാനിക്കൽ ഹോയിസ്റ്റ് ഉപയോഗിച്ച് പേഷ്യന്റ് ട്രാൻസ്ഫർ	സ്വയം ഭാരം താങ്ങാൻ കഴിയാത്ത രോഗികളെ ബെഡ്, കസേര, കമ്മോഡ് എന്നിവയ്ക്കിടയിൽ രോഗിക്കും സ്റ്റാഫിനും പരിക്കില്ലാതെ മാറ്റുക.	208
84	രോഗിയെ ലോഗ്‌റോൾ ചെയ്യൽ	സ്പൈനൽ ഇഞ്ചുറി സംശയിക്കുന്നതോ സ്പൈനൽ സർജറിക്ക് ശേഷമോ ഉള്ള രോഗിയെ നട്ടെല്ല് നേർരേഖയിൽ നിലനിർത്തിക്കൊണ്ട് ഒറ്റ യൂണിറ്റായ...	209
85	കെയിൻ അല്ലെങ്കിൽ വാക്കർ ഉപയോഗിച്ച് നടക്കാൻ സഹായിക്കൽ	ചലനശേഷി കുറഞ്ഞ രോഗികളെ സഹായ ഉപകരണങ്ങൾ ശരിയായി ഉപയോഗിച്ച് സുരക്ഷിതമായി നടക്കാൻ സഹായിക്കുക — വീഴ്ച തടയാനും സ്വാതന്ത്ര്യം...	210
86	വീഴുന്ന രോഗിയെ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ (നിയന്ത്രിത ഇറക്കം)	നടക്കുമ്പോൾ വീഴാൻ തുടങ്ങുന്ന രോഗിയെ സുരക്ഷിതമായി നിലത്തേക്ക് നയിച്ച് രോഗിക്കും നഴ്സിനും ഗുരുതരമായ പരിക്ക് തടയുക; വീഴ്ച...	211
87	ഫിസിക്കൽ റെസ്ട്രെയിന്റുകൾ പ്രയോഗിക്കലും നിരീക്ഷിക്കലും	മറ്റെല്ലാ മാർഗ്ഗങ്ങളും പരാജയപ്പെടുമ്പോൾ മാത്രം, രോഗിയെയോ മറ്റുള്ളവരെയോ ഗുരുതരമായ ദോഷത്തിൽ നിന്ന് സംരക്ഷിക്കാൻ ഏറ്റവും ...	212
88	പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി തടയാൻ പൊസിഷൻ മാറ്റൽ	അസ്ഥി തള്ളിനിൽക്കുന്ന ഭാഗങ്ങളിലെ മർദ്ദം ഇടവിട്ട് ഒഴിവാക്കി പ്രഷർ ഇഞ്ചുറികൾ (ബെഡ്സോറുകൾ) തടയുക.	213
89	നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ വൂണ്ട് തെറാപ്പി (വൂണ്ട് VAC) പ്രയോഗിക്കൽ	മുറിവിൽ നിയന്ത്രിത നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ പ്രയോഗിച്ച് എക്സുഡേറ്റ് നീക്കുക, എഡീമ കുറയ്ക്കുക, ഗ്രാന്യൂലേഷനും മുറിവ് ചുരുങ്ങലും ...	214
90	ബ്രേഡൻ സ്കെയിൽ ഉപയോഗിച്ച് സ്കിൻ അസസ്മെന്റ്	പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി റിസ്ക് വസ്തുനിഷ്ഠമായി വിലയിരുത്തുകയും സ്കോർ അനുസരിച്ച് പ്രതിരോധ നടപടികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുക.	215

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

മെക്കാനിക്കൽ ഹോയിസ്റ്റ് ഉപയോഗിച്ച് പേഷ്യന്റ് ട്രാൻസ്ഫർ

Patient Transfer Using a Mechanical Hoist

ഉദ്ദേശ്യം. സ്വയം ഭാരം താങ്ങാൻ കഴിയാത്ത രോഗികളെ ബെഡ്, കസേര, കമ്മോഡ് എന്നിവയ്ക്കിടയിൽ രോഗിക്കും സ്റ്റാഫിനും പരിക്കില്ലാതെ മാറ്റുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഭാരം താങ്ങാൻ കഴിയാത്ത രോഗികൾ
- ഭാരം കൂടിയവർ
- വീണ ശേഷം നിലത്ത് നിന്ന് ഉയർത്തൽ (ഫ്ലോർ ലിഫ്റ്റ്)

ഉപകരണങ്ങൾ

- മൊബൈൽ/സീലിങ് ഹോയിസ്റ്റ് (ചാർജ്ജ് ചെയ്തത്, സർവീസ് ചെയ്തത്)
- ശരിയായ സൈസും തരവുമുള്ള സ്ലിങ് (ഓരോ രോഗിക്കും വേറെ)
- കുറഞ്ഞത് രണ്ട് സ്റ്റാഫ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	റിസ്ക് അസസ്മെന്റ്; ഹോയിസ്റ്റിന്റെ ഭാര പരിധി, സർവീസ്, ബാറ്ററി; സ്ലിങ് കേടുപാടില്ല	ഉപകരണ സുരക്ഷ
2	**കുറഞ്ഞത് രണ്ട് പേർ**; പേഷ്യന്റിനോട് വിശദീകരിക്കുക	സുരക്ഷ; ആശങ്ക കുറയ്ക്കൽ
3	ബെഡ് ജോലിക്ക് അനുയോജ്യമായ ഉയരത്തിലാക്കുക; രോഗിയെ ഉരുട്ടി സ്ലിങ് അടിയിൽ വെക്കുക — തലയും കാലുകളും താങ്ങി	സ്ഥാനം
4	സ്ലിങ് ലൂപ്പുകൾ സ്പ്രെഡർ ബാറിൽ ഘടിപ്പിക്കുക — ഇരുവശവും ഒരേ നിറത്തിലുള്ള/നീളത്തിലുള്ള ലൂപ്പുകൾ	സന്തുലിതം
5	സാവധാനം ഉയർത്തി ഒരു നിമിഷം നിർത്തി എല്ലാ ലൂപ്പുകളും സുരക്ഷിതമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക	സ്ലിപ്പ് തടയൽ
6	ഹോയിസ്റ്റ് സാവധാനം നീക്കുക — കാലുകൾ അകത്തിയ നിലയിൽ, ബ്രേക്കുകൾ ഓഫ്; രോഗിയെ സ്പ്രെഡർ ബാറിൽ നിന്ന് അകലെ	സ്ഥിരത; പരിക്ക് തടയൽ
7	ലക്ഷ്യസ്ഥാനത്ത് (ബ്രേക്ക് ഇട്ട കസേര) സാവധാനം താഴ്ത്തി ലൂപ്പുകൾ വേർപെടുത്തുക; പൊസിഷൻ ശരിയാക്കുക	സുഖം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
വീഴ്ച — തെറ്റായ സ്ലിങ്/ലൂപ്പ്	ഉയർത്തുന്നതിന് മുമ്പ് പരിശോധന
തല സ്പ്രെഡർ ബാറിൽ ഇടിക്കൽ	നിരീക്ഷണം
ചർമ്മ ക്ഷതം	സ്ലിങ് വലിച്ചെടുക്കുമ്പോൾ ശ്രദ്ധ
സ്റ്റാഫിന് പുറംവേദന	ഒരിക്കലും ഒറ്റയ്ക്ക് കൈ കൊണ്ട് ഉയർത്തരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

ഉപയോഗിച്ച ഉപകരണവും സ്ലിങ് സൈസും, സ്റ്റാഫ് എണ്ണം, ടോളറൻസ്, എന്തെങ്കിലും പ്രശ്നം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഓരോ രോഗിക്കും സ്വന്തം സ്ലിങ് — സ്ലിങ് പങ്കിടൽ ഇൻഫെക്ഷൻ പടർത്തുകയും ഫിറ്റ് തെറ്റുകയും ചെയ്യും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

വിഭാഗം: പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 207 · ഉള്ളടക്കം

Clinical Medicine In 30 Hours
വാങ്ങുക ›

രോഗിയെ ലോഗ്റോൾ ചെയ്യൽ

Logrolling a Patient

ഉദ്ദേശ്യം. സ്പൈനൽ ഇഞ്ചുറി സംശയിക്കുന്നതോ സ്പൈനൽ സർജറിക്ക് ശേഷമോ ഉള്ള രോഗിയെ നട്ടെല്ല് നേർരേഖയിൽ നിലനിർത്തിക്കൊണ്ട് ഒറ്റ യൂണിറ്റായി തിരിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സ്പൈനൽ ഇഞ്ചുറി (സംശയിക്കുന്നതോ സ്ഥിരീകരിച്ചതോ)
- സ്പൈനൽ സർജറിക്ക് ശേഷം
- ട്രോമ — പിൻഭാഗ പരിശോധന
- പെൽവിക് ഫ്രാക്ചർ

ഉപകരണങ്ങൾ

- 4–5 സ്റ്റാഫ് (ഹെഡ് ഹോൾഡർ ഉൾപ്പെടെ)
- സ്ലൈഡ് ഷീറ്റ്
- തലയിണകൾ/വെഡ്ജുകൾ
- സെർവിക്കൽ കോളർ (ആവശ്യമെങ്കിൽ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ടീമിനെ ഒരുക്കുക: **തലയിലെ ആൾ നേതൃത്വം നൽകുന്നു**; മറ്റുള്ളവർ നെഞ്ച്, ഇടുപ്പ്, കാലുകൾ	ഏകോപനം
2	വിശദീകരിക്കുക; ബെഡ് പരന്നതും ജോലി ഉയരത്തിലും	സുരക്ഷ
3	ഹെഡ് ഹോൾഡർ തലയും കഴുത്തും ഇരുകൈകളാൽ ന്യൂട്രൽ പൊസിഷനിൽ താങ്ങുന്നു	സെർവിക്കൽ സ്പൈൻ സംരക്ഷണം
4	രോഗിയുടെ കൈകൾ നെഞ്ചിൽ കുറുകെ; കാലുകൾക്കിടയിൽ തലയിണ	ഇടുപ്പ് അലൈൻമെന്റ്
5	ഹെഡ് ഹോൾഡറുടെ കമാൻഡിൽ ("ഓൺ ത്രീ — റോൾ") എല്ലാവരും ഒരുമിച്ച് ഒറ്റ യൂണിറ്റായി തിരിക്കുക	നട്ടെല്ല് വളയാതിരിക്കൽ
6	ലാറ്ററൽ പൊസിഷനിൽ പിൻഭാഗം പരിശോധിക്കുക, ചർമ്മ പരിചരണം, ഷീറ്റ് മാറ്റൽ; പിന്നിൽ വെഡ്ജ്	ഉദ്ദേശ്യം
7	കമാൻഡിൽ ഒരുമിച്ച് തിരികെ; അലൈൻമെന്റും ന്യൂറോ സ്റ്റാറ്റസും (കൈകാലുകളുടെ ചലനം, സെൻസേഷൻ) വീണ്ടും വിലയിരുത്തുക	ന്യൂറോളജിക്കൽ വഷളാകൽ കണ്ടെത്തൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്പൈനൽ കോർഡ് ഇഞ്ചുറി വഷളാകൽ	ഏകോപനം; ടീം നേതാവ്
പുതിയ ന്യൂറോ ലക്ഷണങ്ങൾ (മരവിപ്പ്, ബലക്കുറവ്)	ഉടൻ അറിയിക്കുക
വേദന	മുൻകൂട്ടി അനാൽജീസിയ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സമയം, സ്റ്റാഫ് എണ്ണം, ചർമ്മ പരിശോധന, പൊസിഷൻ, മുമ്പും ശേഷവുമുള്ള ന്യൂറോ സ്റ്റാറ്റസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ലോഗ്റോളിൽ ഏകോപനത്തിന് ഒരു നേതാവ് മാത്രം — തലയിലെ ആൾ; അവരുടെ കമാൻഡ് ഇല്ലാതെ ആരും നീങ്ങരുത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

വിഭാഗം: പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 207 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

കെയിൻ അല്ലെങ്കിൽ വാക്കർ ഉപയോഗിച്ച് നടക്കാൻ സഹായിക്കൽ

Assisting Ambulation with a Cane or Walker

ഉദ്ദേശ്യം. ചലനശേഷി കുറഞ്ഞ രോഗികളെ സഹായ ഉപകരണങ്ങൾ ശരിയായി ഉപയോഗിച്ച് സുരക്ഷിതമായി നടക്കാൻ സഹായിക്കുക — വീഴ്ച തടയാനും സ്വാതന്ത്ര്യം കൂട്ടാനും.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഒരുവശത്തെ ബലക്കുറവ് (സ്ട്രോക്ക്, ഹിപ്/മുട്ട് വേദന) — കെയിൻ
- ബാലൻസ് പ്രശ്നം, ഇരുവശത്തെ ബലക്കുറവ്, സർജറിക്ക് ശേഷം — വാക്കർ
- പ്രായമായവർ, വീഴ്ച റിസ്ക്

ഉപകരണങ്ങൾ
- കെയിൻ അല്ലെങ്കിൽ വാക്കർ (റബ്ബർ അറ്റങ്ങൾ നല്ല അവസ്ഥയിൽ)
- ഗെയ്റ്റ് ബെൽറ്റ്
- തെന്നാത്ത, അടഞ്ഞ ചെരുപ്പ്
- തടസ്സമില്ലാത്ത വഴി

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഉയരം ക്രമീകരിക്കുക: കൈ സ്വാഭാവികമായി തൂക്കിയിടുമ്പോൾ ഹാൻഡിൽ കൈത്തണ്ടയുടെ മടക്കിന്റെ നിരപ്പിൽ; പിടിക്കുമ്പോൾ കൈമുട്ട് 15–30° മടങ്ങിയിരിക്കും	ശരിയായ പിന്തുണ
2	വൈറ്റൽസ്, തലകറക്കം പരിശോധിക്കുക; ആദ്യം ബെഡ്ഡിന്റെ അരികിൽ ഇരുത്തുക (ഡാങ്ഗ്ലിങ്)	ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് ഹൈപ്പോടെൻഷൻ
3	ഗെയ്റ്റ് ബെൽറ്റ്; നഴ്സ് **ബലക്കുറവുള്ള വശത്ത്**, അൽപം പിന്നിൽ	വീഴ്ച ദിശ
4	**കെയിൻ: ശക്തമായ വശത്തെ കൈയിൽ**; കെയിനും ബലക്കുറവുള്ള കാലും ഒരുമിച്ച് മുന്നോട്ട്, പിന്നെ ശക്തമായ കാൽ	വിശാലമായ സപ്പോർട്ട് ബേസ്; ഭാരം പങ്കിടൽ
5	പടികൾ: "നല്ലത് മുകളിലേക്ക്, മോശം താഴേക്ക്" — കയറുമ്പോൾ ശക്തമായ കാൽ ആദ്യം; ഇറങ്ങുമ്പോൾ കെയിനും ബലക്കുറവുള്ള കാലും ആദ്യം	സുരക്ഷ
6	**വാക്കർ**: വാക്കർ ഏകദേശം 15–20 cm മുന്നോട്ട് വെക്കുക; ബലക്കുറവുള്ള കാൽ വാക്കറിലേക്ക്, പിന്നെ ശക്തമായ കാൽ; വാക്കറിനുള്ളിൽ നിൽക്കുക	സ്ഥിരത
7	ഇരിക്കുമ്പോൾ: കസേര കാലിനു പിന്നിൽ തൊടും വരെ പിന്നോട്ട്; കൈപ്പിടിയിൽ പിടിച്ച് സാവധാനം	വീഴ്ച തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
വീഴ്ച	ഗെയ്റ്റ് ബെൽറ്റ്; നിയന്ത്രിത ഇറക്കം (അടുത്ത പ്രൊസീജർ)
തലകറക്കം	നിർത്തി ഇരുത്തുക
തെറ്റായ ഉയരം — പുറംവേദന, അസ്ഥിരത	ക്രമീകരിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഉപകരണം, ദൂരം, സഹായത്തിന്റെ അളവ്, ടോളറൻസ്, ലക്ഷണങ്ങൾ, പേഷ്യന്റ് പഠനം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
കെയിൻ എപ്പോഴും ശക്തമായ വശത്തെ കൈയിൽ — ബലക്കുറവുള്ള കാലിന് ഊന്നുവടിയായി പ്രവർത്തിക്കാൻ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

വിഭാഗം: പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 207 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

വീഴുന്ന രോഗിയെ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ (നിയന്ത്രിത ഇറക്കം)

Managing a Falling Patient (Controlled Descent)

ഉദ്ദേശ്യം. നടക്കുമ്പോൾ വീഴാൻ തുടങ്ങുന്ന രോഗിയെ സുരക്ഷിതമായി നിലത്തേക്ക് നയിച്ച് രോഗിക്കും നഴ്സിനും ഗുരുതരമായ പരിക്ക് തടയുക; വീഴ്ചയ്ക്ക് ശേഷം വിലയിരുത്തുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- സഹായത്തോടെ നടക്കുമ്പോൾ രോഗി ബോധംകെടുകയോ കാൽ മടങ്ങുകയോ ചെയ്യുമ്പോൾ
- വീഴ്ചയ്ക്ക് ശേഷമുള്ള വിലയിരുത്തൽ

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഗെയ്റ്റ് ബെൽറ്റ്
- സഹായം വിളിക്കാൻ കോൾ ബെൽ
- വീണ ശേഷം ഉയർത്താൻ ഹോയിസ്റ്റ്
- ഇൻസിഡന്റ് റിപ്പോർട്ട് ഫോം

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	നടക്കുമ്പോൾ എപ്പോഴും ഗെയ്റ്റ് ബെൽറ്റും രോഗിയുടെ അരികിൽ, അൽപം പിന്നിൽ നിൽക്കലും	തയ്യാറെടുപ്പ്
2	വീഴാൻ തുടങ്ങുമ്പോൾ **പിടിച്ചുനിർത്താൻ ശ്രമിക്കരുത്** — കാലുകൾ അകത്തി, മുട്ട് മടക്കി, പുറം നേരെ	സ്ഥിരമായ ബേസ്; നഴ്സിന്റെ പുറം സംരക്ഷിക്കൽ
3	ഗെയ്റ്റ് ബെൽറ്റോ ഇടുപ്പോ പിടിച്ച് രോഗിയെ നിങ്ങളുടെ ശരീരത്തിലേക്ക് ചേർക്കുക	നിയന്ത്രണം
4	രോഗി നിങ്ങളുടെ തുടയിലൂടെ തെന്നിയിറങ്ങാൻ അനുവദിച്ച് സാവധാനം നിലത്തേക്ക് — **തല സംരക്ഷിക്കുക**	ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി തടയൽ
5	രോഗിയോടൊപ്പം നിൽക്കുക; സഹായം വിളിക്കുക; ഉടൻ ഉയർത്തരുത്	വിലയിരുത്തൽ ആദ്യം
6	വിലയിരുത്തുക: ABC, ബോധനില, GCS, വേദന, പരിക്കുകൾ (ഹെഡ്, ഹിപ് — കാൽ ചെറുതാകൽ, പുറത്തേക്ക് തിരിയൽ), ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ്	ഗുരുതര പരിക്കുകൾ
7	പരിക്കില്ലെങ്കിൽ മാത്രം ഹോയിസ്റ്റ്/ഉപകരണം ഉപയോഗിച്ച് ഉയർത്തുക (സ്പൈൻ/ഹിപ് സംശയമെങ്കിൽ ഉയർത്തരുത്); ഡോക്ടറെ അറിയിക്കുക; ആന്റികോയാഗുലന്റുകളിലാണെങ്കിൽ ഹെഡ് ഇഞ്ചുറിക്ക് പ്രത്യേക നിരീക്ഷണം	സുരക്ഷിത ഉയർത്തൽ; വൈകിയുള്ള ബ്ലീഡിങ്

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഹെഡ് ഇഞ്ചുറി (പ്രത്യേകിച്ച് ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ)	ന്യൂറോ ഒബ്സ് 24 മണിക്കൂർ; CT
ഹിപ് ഫ്രാക്ചർ	ചലിപ്പിക്കരുത്; അറിയിക്കുക
നഴ്സിന് പുറംവേദന	പിടിച്ചുനിർത്താൻ ശ്രമിക്കരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സമയം, സാഹചര്യം, സാക്ഷി, പരിക്കുകൾ, വൈറ്റൽസ്, ന്യൂറോ ഒബ്സ്, അറിയിച്ചവർ (ഡോക്ടർ, കുടുംബം), ഇൻസിഡന്റ് റിപ്പോർട്ട്, ഫാൾ റിസ്ക് പ്ലാൻ അപ്ഡേറ്റ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
വീണ രോഗിയെ ഒരിക്കലും വലിച്ചെടുക്കരുത് — വിലയിരുത്തൽ ആദ്യം, പിന്നെ ഉപകരണം ഉപയോഗിച്ച് സുരക്ഷിതമായി ഉയർത്തൽ.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

വിഭാഗം: പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 207 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഫിസിക്കൽ റെസ്ട്രെയിന്റുകൾ പ്രയോഗിക്കലും നിരീക്ഷിക്കലും

Applying and Monitoring Physical Restraints

ഉദ്ദേശ്യം. മറ്റെല്ലാ മാർഗ്ഗങ്ങളും പരാജയപ്പെടുമ്പോൾ മാത്രം, രോഗിയെയോ മറ്റുള്ളവരെയോ ഗുരുതരമായ ദോഷത്തിൽ നിന്ന് സംരക്ഷിക്കാൻ ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ നിയന്ത്രണം ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ സമയത്തേക്ക് പ്രയോഗിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ജീവരക്ഷാ ഉപകരണങ്ങൾ (ET ട്യൂബ്, സെൻട്രൽ ലൈൻ) വലിച്ചെടുക്കാനുള്ള ഉടനടി അപകടം
- അക്രമാസക്തമായ പെരുമാറ്റം — ബദലുകൾ പരാജയപ്പെട്ടപ്പോൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- അംഗീകൃത, പാഡ് ചെയ്ത റെസ്ട്രെയിന്റുകൾ (റിസ്റ്റ് റെസ്ട്രെയിന്റുകൾ, മിറ്റനുകൾ)
- ഡോക്ടറുടെ ഓർഡർ
- റെസ്ട്രെയിന്റ് മോണിറ്ററിങ് ചാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആദ്യം ബദലുകൾ: കാരണം ചികിത്സിക്കുക (വേദന, ഹൈപ്പോക്സിയ, ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ, ബ്ലാഡർ, ഡെലീരിയം), കുടുംബ സാന്നിധ്യം, 1:1 നിരീക്ഷണം, ലൈനുകൾ മറയ്ക്കൽ	റെസ്ട്രെയിന്റ് അവസാന മാർഗ്ഗം
2	**ഡോക്ടറുടെ സമയബന്ധിത ഓർഡർ** (സാധാരണ 24 മണിക്കൂറിൽ കൂടരുത്); കുടുംബത്തെ അറിയിക്കുക	നിയമപരമായ, ധാർമ്മിക ആവശ്യകത
3	ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ നിയന്ത്രണമുള്ള ഉപകരണം (ഉദാ. മിറ്റനുകൾ) തിരഞ്ഞെടുക്കുക	അന്തസ്സ്
4	റെസ്ട്രെയിന്റിനടിയിൽ **രണ്ട് വിരൽ** കടക്കും വിധം; ക്വിക്ക്-റിലീസ് കെട്ട് ബെഡ് ഫ്രെയിമിൽ — സൈഡ് റെയിലിൽ അല്ല	രക്തപ്രവാഹം; എമർജൻസിയിൽ വേഗം അഴിക്കാം
5	ഓരോ 15 മിനിറ്റിലും: രക്തപ്രവാഹം, ചർമ്മം, ശ്വസനം, മാനസികാവസ്ഥ	പരിക്ക് തടയൽ
6	ഓരോ 2 മണിക്കൂറിലും റെസ്ട്രെയിന്റ് അഴിക്കുക — ROM, ടോയ്‌ലറ്റിങ്, വെള്ളം, ഭക്ഷണം, പൊസിഷൻ മാറ്റം	അടിസ്ഥാന ആവശ്യങ്ങൾ
7	ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും ആവശ്യം വീണ്ടും വിലയിരുത്തി കഴിയുന്നതും വേഗം നീക്കം ചെയ്യുക	ഏറ്റവും കുറഞ്ഞ സമയം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ശ്വാസംമുട്ടൽ (ചെസ്റ്റ്/വെസ്റ്റ് റെസ്ട്രെയിന്റ്)	ഒഴിവാക്കുക; ഒരിക്കലും പ്രോൺ റെസ്ട്രെയിന്റ് ചെയ്യരുത്
നെർവ്, രക്തക്കുഴൽ ക്ഷതം	രണ്ട് വിരൽ നിയമം; പതിവ് പരിശോധന
അജിറ്റേഷൻ, ഡെലീരിയം വഷളാകൽ, പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി, വീഴ്ച	കാരണം ചികിത്സിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

കാരണം, ശ്രമിച്ച ബദലുകൾ, ഓർഡർ, തരം, സമയം, 15-മിനിറ്റ് പരിശോധനകൾ, റിലീസുകൾ, കുടുംബത്തെ അറിയിച്ചത്, നീക്കം ചെയ്ത സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

റെസ്ട്രെയിന്റുകൾ വീഴ്ചകൾ തടയുന്നില്ല — അവ പരിക്കുകളും ഡെലീരിയവും കൂട്ടിയേക്കാം. കാരണം കണ്ടെത്തി ചികിത്സിക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

വിഭാഗം: പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 207 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി തടയാൻ പൊസിഷൻ മാറ്റൽ

Repositioning to Prevent Pressure Injuries

ഉദ്ദേശ്യം. അസ്ഥി തള്ളിനിൽക്കുന്ന ഭാഗങ്ങളിലെ മർദ്ദം ഇടവിട്ട് ഒഴിവാക്കി പ്രഷർ ഇഞ്ചുറികൾ (ബെഡ്സോറുകൾ) തടയുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സ്വയം പൊസിഷൻ മാറ്റാൻ കഴിയാത്ത രോഗികൾ
- ബ്രേഡൻ സ്കോർ 18 അല്ലെങ്കിൽ കുറവ്
- ICU, സ്ട്രോക്ക്, സ്പൈനൽ ഇഞ്ചുറി, പ്രായമായവർ

ഉപകരണങ്ങൾ

- പ്രഷർ-റെഡിസ്ട്രിബ്യൂട്ടിങ് മാട്രസ്
- സ്ലൈഡ് ഷീറ്റ്
- തലയിണകൾ, വെഡ്ജുകൾ
- ഹീൽ ഓഫ്ലോഡിങ് ഉപകരണം
- റീപൊസിഷനിങ് ചാർട്ട് ("ടേൺ ക്ലോക്ക്")

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഷെഡ്യൂൾ: സാധാരണ **ഓരോ 2 മണിക്കൂറിലും** (ഹൈ-സ്പെസിഫിക്കേഷൻ മാട്രസിൽ 4 മണിക്കൂർ വരെ — ചർമ്മ പരിശോധന അനുസരിച്ച്)	ടിഷ്യു ഇസ്കീമിയ തടയൽ
2	സ്ലൈഡ് ഷീറ്റ് ഉപയോഗിക്കുക — ഒരിക്കലും വലിക്കരുത്	ഷിയർ, ഫ്രിക്ഷൻ ഇഞ്ചുറി
3	**30° ലാറ്ററൽ ടിൽറ്റ്** — പിന്നിൽ തലയിണ; 90° ലാറ്ററൽ ഒഴിവാക്കുക	ട്രോക്കാന്ററിലും സാക്രത്തിലും മർദ്ദം ഒഴിവാക്കൽ
4	ബെഡ്ഡിന്റെ തലഭാഗം 30°-ൽ കൂടരുത് (ആവശ്യമില്ലെങ്കിൽ)	താഴേക്ക് തെന്നൽ — സാക്രൽ ഷിയർ
5	ഉപ്പൂറ്റികൾ "ഫ്ലോട്ട്" ചെയ്യുക — കാൽവണ്ണയ്ക്കടിയിൽ തലയിണ	ഉപ്പൂറ്റി പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി
6	ഓരോ തിരിക്കലിലും ചർമ്മം പരിശോധിക്കുക: സാക്രം, ഉപ്പൂറ്റി, ഇടുപ്പ്, തലയുടെ പിൻഭാഗം, ചെവി, ഉപകരണങ്ങൾക്കടിയിൽ (NG, മാസ്ക്, ഓക്സിജൻ ട്യൂബിങ്)	ആദ്യ ഘട്ടം കണ്ടെത്തൽ
7	ചുവന്ന ഭാഗം വിരൽ കൊണ്ട് അമർത്തി വെളുക്കുന്നുണ്ടോ നോക്കുക (ബ്ലാഞ്ചിങ്); ചുവന്ന ഭാഗം മസാജ് ചെയ്യരുത്; ചർമ്മം വൃത്തിയും ഈർപ്പം ഇല്ലാതെയും	നോൺ-ബ്ലാഞ്ചിങ് = സ്റ്റേജ് 1

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
നോൺ-ബ്ലാഞ്ചിങ് ചുവപ്പ്	ആ ഭാഗത്ത് കിടത്തരുത്; റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക
ഉപകരണം മൂലമുള്ള പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി	പാഡിങ്; പതിവ് പരിശോധന
ഇൻകോണ്ടിനൻസ് മൂലമുള്ള മസറേഷൻ	ബാരിയർ ക്രീം; ഉടൻ വൃത്തിയാക്കൽ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സമയം, പൊസിഷൻ, ചർമ്മ പരിശോധന കണ്ടെത്തലുകൾ, മാട്രസ്, ബ്രേഡൻ സ്കോർ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

പ്രഷർ ഇഞ്ചുറികൾ മണിക്കൂറുകൾക്കുള്ളിൽ രൂപപ്പെടാം — എമർജൻസി ഡിപ്പാർട്ട്മെന്റിലെ ട്രോളിയിൽ കാത്തിരിക്കുമ്പോൾ പോലും.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ വൂണ്ട് തെറാപ്പി (വൂണ്ട് VAC) പ്രയോഗിക്കൽ

Applying Negative Pressure Wound Therapy (Wound VAC)

ഉദ്ദേശ്യം. മുറിവിൽ നിയന്ത്രിത നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ പ്രയോഗിച്ച് എക്സുഡേറ്റ് നീക്കുക, എഡീമ കുറയ്ക്കുക, ഗ്രാന്യൂലേഷനും മുറിവ് ചുരുങ്ങലും പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- സങ്കീർണ്ണമായ സർജിക്കൽ മുറിവുകൾ, ഡിഹിസൻസ്
- ഡയബറ്റിക് ഫൂട്ട് അൾസർ
- സ്റ്റേജ് 3–4 പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി
- സ്കിൻ ഗ്രാഫ്റ്റ് ഉറപ്പിക്കൽ

ഉപകരണങ്ങൾ

- NPWT യൂണിറ്റ്, കാനിസ്റ്റർ
- ഫോം ഡ്രസ്സിങ് (ബ്ലാക്ക്/വൈറ്റ്) അല്ലെങ്കിൽ ഗോസ്
- ട്രാൻസ്പരന്റ് അഡ്ഹീസീവ് ഡ്രേപ്പ്
- ട്രാക്ക് പാഡ്/ട്യൂബിങ്
- സ്റ്റെറൈൽ സലൈൻ, കത്രിക
- സ്കിൻ ബാരിയർ
- ഡ്രസ്സിങ് പാക്ക്, ഗ്ലവ്സ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	കോൺട്രാഇൻഡിക്കേഷനുകൾ: മുറിവിൽ മാലിഗ്നൻസി, ചികിത്സിക്കാത്ത ഓസ്റ്റിയോമൈലൈറ്റിസ്, നെക്രോട്ടിക് എസ്കാർ, തുറന്ന രക്തക്കുഴലുകൾ/അവയവങ്ങൾ, അന്വേഷിക്കാത്ത ഫിസ്റ്റുല; ആന്റികോയാഗുലന്റുകളിൽ ശ്രദ്ധ	ബ്ലീഡിങ്, രോഗം പടരൽ
2	അനാൽജീസിയ; പഴയ ഡ്രസ്സിങ് നീക്കുക (ഫോം കഷണങ്ങൾ എണ്ണുക); മുറിവ് കഴുകി അളക്കുക	ഒന്നും ബാക്കിയാകരുത്
3	ചുറ്റുമുള്ള ചർമ്മം ഉണക്കി ബാരിയർ പുരട്ടുക	ഡ്രേപ്പ് ഒട്ടൽ; ചർമ്മ സംരക്ഷണം
4	ഫോം മുറിവിന്റെ ആകൃതിയിൽ മുറിച്ച് (മുറിവിന് മുകളിലല്ല) അയഞ്ഞ് നിറയ്ക്കുക — ആരോഗ്യകരമായ ചർമ്മത്തിൽ തൊടരുത്; കഷണങ്ങൾ എണ്ണി രേഖപ്പെടുത്തുക	മസറേഷൻ തടയൽ; ട്രേസബിലിറ്റി
5	ഡ്രേപ്പ് ഫോമിനും 3–5 cm ചർമ്മത്തിനും മുകളിൽ ചുളിവില്ലാതെ ഒട്ടിക്കുക	എയർടൈറ്റ് സീൽ
6	ഡ്രേപ്പിൽ 2 cm ദ്വാരം മുറിച്ച് ട്രാക്ക് പാഡ് വെക്കുക; യൂണിറ്റുമായി ബന്ധിപ്പിച്ച് നിർദ്ദേശിച്ച മർദ്ദത്തിൽ (സാധാരണ −125 mmHg) ഓണാക്കുക	തെറാപ്പി
7	ഫോം ചുരുങ്ങി കട്ടിയാകുന്നുണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക (സീൽ ശരിയാണ്); ഡ്രസ്സിങ് 48–72 മണിക്കൂറിൽ മാറ്റുക	ഫലപ്രാപ്തി

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ബ്ലീഡിങ് (കാനിസ്റ്ററിൽ കടും ചുവന്ന രക്തം)	ഉടൻ യൂണിറ്റ് നിർത്തി അമർത്തുക; അറിയിക്കുക
ലീക്ക് അലാറം	സീൽ പരിശോധന; ഡ്രേപ്പ് പാച്ച്
തെറാപ്പി 2 മണിക്കൂറിൽ കൂടുതൽ നിലച്ചാൽ	ഫോം നീക്കി സാധാരണ ഡ്രസ്സിങ് (ബാക്ടീരിയ വളരും)
ഫോം മുറിവിൽ ബാക്കിയാകൽ	എണ്ണം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

മുറിവിന്റെ അളവുകൾ, ടിഷ്യു തരം, ഫോം കഷണങ്ങളുടെ എണ്ണം, മർദ്ദം, എക്സുഡേറ്റ് (കാനിസ്റ്റർ), ടോളറൻസ്, അടുത്ത മാറ്റം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

NPWT ഒരിക്കലും ഓഫാക്കി മുറിവിൽ വെച്ചിരിക്കരുത് — സക്ഷനില്ലാത്ത ഫോം ബാക്ടീരിയ വളർത്തുന്ന അടഞ്ഞ സ്പോഞ്ചാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

വിഭാഗം: പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 207 · ഉള്ളടക്കം

FLUIDS, ELECTROLYTES AND ACID-BASE BALANCE
വാങ്ങുക ›

ബ്രേഡൻ സ്കെയിൽ ഉപയോഗിച്ച് സ്കിൻ അസസ്മെന്റ്

Skin Assessment Using the Braden Scale

ഉദ്ദേശ്യം. പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി റിസ്ക് വസ്തുനിഷ്ഠമായി വിലയിരുത്തുകയും സ്കോർ അനുസരിച്ച് പ്രതിരോധ നടപടികൾ ആസൂത്രണം ചെയ്യുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- അഡ്മിഷനിൽ (8 മണിക്കൂറിനുള്ളിൽ)
- ദിവസവും (ICU-വിൽ ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും)
- അവസ്ഥ മാറുമ്പോൾ, സർജറിക്ക് ശേഷം

ഉപകരണങ്ങൾ
- ബ്രേഡൻ സ്കെയിൽ ചാർട്ട്
- നല്ല വെളിച്ചം
- ഗ്ലവ്സ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ആറ് ഘടകങ്ങൾ സ്കോർ ചെയ്യുക — സെൻസറി പെർസെപ്ഷൻ (1–4): മർദ്ദം മൂലമുള്ള അസ്വസ്ഥത അനുഭവിക്കാനും പ്രതികരിക്കാനുമുള്ള കഴിവ്	ന്യൂറോളജിക്കൽ ഘടകം
2	മോയ്സ്ചർ (1–4): വിയർപ്പ്, ഇൻകോണ്ടിനൻസ്	മസറേഷൻ
3	ആക്റ്റിവിറ്റി (1–4): കിടപ്പ് മുതൽ ഇടയ്ക്കിടെ നടക്കൽ വരെ	ചലനം
4	മൊബിലിറ്റി (1–4): സ്വയം പൊസിഷൻ മാറ്റാനുള്ള കഴിവ്	മർദ്ദം ഒഴിവാക്കൽ
5	ന്യൂട്രീഷൻ (1–4): സാധാരണ ഭക്ഷണ രീതി	ടിഷ്യു ടോളറൻസ്
6	ഫ്രിക്ഷൻ & ഷിയർ (1–3): ബെഡ്ഡിൽ തെന്നൽ, ഉയർത്തുമ്പോൾ വലിക്കൽ	ഷിയർ ഇഞ്ചുറി
7	ആകെ (6–23): **18 അല്ലെങ്കിൽ കുറവ് = റിസ്ക്**; 15–18 കുറഞ്ഞത്, 13–14 മിതമായ, 10–12 ഉയർന്ന, 9 അല്ലെങ്കിൽ കുറവ് വളരെ ഉയർന്ന റിസ്ക് — ഓരോ കുറഞ്ഞ ഘടകത്തിനും പ്രത്യേക ഇടപെടൽ	കെയർ പ്ലാൻ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്കോർ മാത്രം — തലയിൽ നിന്ന് കാൽ വരെയുള്ള ചർമ്മ പരിശോധന ഒഴിവാക്കൽ	രണ്ടും ചെയ്യുക
ഇരുണ്ട ചർമ്മത്തിൽ സ്റ്റേജ് 1 കാണാൻ പ്രയാസം	ചൂട്, കട്ടി, നിറവ്യത്യാസം, വേദന

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഓരോ ഘടകത്തിന്റെയും സ്കോർ, ആകെ, ചർമ്മ കണ്ടെത്തലുകൾ, പ്രതിരോധ പ്ലാൻ (മാട്രസ്, റീപൊസിഷനിങ്, ന്യൂട്രീഷൻ, മോയ്സ്ചർ).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ആകെ സ്കോറിനപ്പുറം നോക്കുക — കുറഞ്ഞ ഓരോ ഘടകവും (ഉദാ. ന്യൂട്രീഷൻ 1) ഒരു പ്രത്യേക ഇടപെടലിലേക്ക് നയിക്കണം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · NPIAP — പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി

വിഭാഗം: പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 207 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഭാഗം 2 · വിഭാഗം 20 · 10 പ്രൊസീജറുകൾ

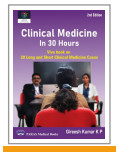
എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ

ആമുഖവും ഒറ്റ പേജ് സംഗ്രഹ പട്ടികയും

ഉയർന്ന ഗുണനിലവാരമുള്ള CPR, നേരത്തെയുള്ള ഡീഫിബ്രിലേഷൻ, മാരകമായ റിഥങ്ങൾ തിരിച്ചറിയൽ എന്നിവ ജീവൻ രക്ഷിക്കുന്നു; മരണശേഷവും അന്തസ്സുള്ള പരിചരണം തുടരുന്നു.

#	പ്രൊസീജർ	പ്രധാന പോയിന്റ്	പേജ്
91	കാർഡിയോപൾമണറി റിസസിറ്റേഷൻ (അഡൾട്ട് BLS)	കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ ഉയർന്ന ഗുണനിലവാരമുള്ള ചെസ്റ്റ് കംപ്രഷനുകളും വെന്റിലേഷനും നൽകി തലച്ചോറിലേക്കും ഹൃദയത്തിലേക്കും രക്ത...	217
92	ഓട്ടോമേറ്റഡ് എക്സ്റ്റേണൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ (AED) ഉപയോഗിക്കൽ	ഷോക്ക് ചെയ്യാവുന്ന റിഥങ്ങൾ (VF, പൾസില്ലാത്ത VT) AED ഉപയോഗിച്ച് സുരക്ഷിതമായി വേഗം ഡീഫിബ്രിലേറ്റ് ചെയ്യുക — പരിശീലനം കുറ...	218
93	ഫോറിൻ-ബോഡി എയർവേ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ (ചോക്കിങ്) മാറ്റൽ	തൊണ്ടയിൽ കുടുങ്ങിയ വസ്തു വേഗം നീക്കം ചെയ്ത് എയർവേ തുറക്കുക — പൂർണ്ണ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ മിനിറ്റുകൾക്കുള്ളിൽ മാരകമാണ്.	219
94	കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ മാനുവൽ ഡീഫിബ്രിലേഷൻ	VF/പൾസില്ലാത്ത VT-യിൽ മാനുവൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ ഉപയോഗിച്ച് സുരക്ഷിതമായും വേഗത്തിലും ഷോക്ക് നൽകുക — ACLS അൽഗോരിതം അനുസരിച്ച്.	220
95	സിൻക്രൊണൈസ്ഡ് കാർഡിയോവേർഷൻ	പൾസുള്ള, അസ്ഥിരമായ ടാക്കിഅരിത്മിയയിൽ R-തരംഗവുമായി സിൻക്രൊണൈസ് ചെയ്ത ഷോക്ക് നൽകി സൈനസ് റിഥം പുനഃസ്ഥാപിക്കുക.	221
96	ആർട്ടീരിയൽ ലൈൻ സജ്ജമാക്കലും ലെവലിങ്ങും	തുടർച്ചയായ BP മോണിറ്ററിങ്ങിനും ആവർത്തിച്ചുള്ള ABG-കൾക്കുമായി ആർട്ടീരിയൽ ലൈൻ സിസ്റ്റം സജ്ജമാക്കി, കൃത്യമായ റീഡിങ്ങിനായി ലെ...	222
97	പ്രഷർ ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ സീറോ ചെയ്യൽ	അന്തരീക്ഷ മർദ്ദം പൂജ്യമായി സജ്ജമാക്കി ഇൻവേസീവ് പ്രഷർ മോണിറ്ററിങ് (ആർട്ടീരിയൽ, CVP) കൃത്യമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക.	223
98	തുടർച്ചയായ കാർഡിയാക് മോണിറ്ററിങ്ങും മാരക റിഥങ്ങൾ തിരിച്ചറിയലും	ECG മോണിറ്റർ ശരിയായി ഘടിപ്പിക്കുകയും ജീവന് ഭീഷണിയായ അരിത്മിയകൾ ഉടൻ തിരിച്ചറിഞ്ഞ് പ്രവർത്തിക്കുകയും ചെയ്യുക.	224
99	12-ലീഡ് ECG രേഖപ്പെടുത്തൽ	ഇലക്ട്രോഡുകൾ കൃത്യമായ സ്ഥാനങ്ങളിൽ വെച്ച് ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ഗുണനിലവാരമുള്ള 12-ലീഡ് ECG രേഖപ്പെടുത്തുക.	225
100	പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ (ലാസ്റ്റ് ഓഫീസസ്)	മരണശേഷം രോഗിയുടെ ശരീരം അന്തസ്സോടെയും ബഹുമാനത്തോടെയും, മതപരവും സാംസ്കാരികവുമായ ആചാരങ്ങളും നിയമപരമായ ആവശ്യകതകളും പാലിച്ച...	226

പേരിലോ പേജ് നമ്പറിലോ ടാപ്പ് ചെയ്താൽ ആ പേജ് തുറക്കും.



വാങ്ങുക ›

കാർഡിയോപൾമണറി റിസസിറ്റേഷൻ (അഡൾട്ട് BLS)

Cardiopulmonary Resuscitation (Adult BLS)

ഉദ്ദേശ്യം. കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ ഉയർന്ന ഗുണനിലവാരമുള്ള ചെസ്റ്റ് കംപ്രഷനുകളും വെന്റിലേഷനും നൽകി തലച്ചോറിലേക്കും ഹൃദയത്തിലേക്കും രക്തപ്രവാഹം നിലനിർത്തുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- പ്രതികരണമില്ലാത്ത, സാധാരണ ശ്വസനമില്ലാത്ത (അല്ലെങ്കിൽ ഗാസ്പിങ് മാത്രം), പൾസ് ഇല്ലാത്ത രോഗി

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഹാർഡ് ബോർഡ്/ഉറച്ച പ്രതലം
- BVM, ഓക്സിജൻ
- AED/ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ
- ക്രാഷ് കാർട്ട്
- സക്ഷൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സുരക്ഷ ഉറപ്പാക്കുക; തോളിൽ തട്ടി ഉറക്കെ വിളിക്കുക	പ്രതികരണം
2	**സഹായം വിളിക്കുക — കോഡ് ബ്ലൂ; AED/ക്രഷ് കാർട്ട് കൊണ്ടുവരാൻ പറയുക**	നേരത്തെയുള്ള ഡീഫിബ്രിലേഷൻ
3	ശ്വസനവും കരോട്ടിഡ് പൾസും ഒരേ സമയം **10 സെക്കൻഡിൽ കൂടാതെ** പരിശോധിക്കുക	വൈകിക്കാതിരിക്കൽ
4	ഉറച്ച പ്രതലത്തിൽ മലർത്തി കിടത്തുക; നെഞ്ചിന്റെ മധ്യത്തിൽ (സ്റ്റേർണത്തിന്റെ താഴത്തെ പകുതി) കൈപ്പത്തി; കൈകൾ നേരെ, തോൾ കൈകൾക്ക് മുകളിൽ	ഫലപ്രദമായ കംപ്രഷൻ
5	**മിനിറ്റിൽ 100–120 റേറ്റ്, 5–6 cm ആഴം**; ഓരോ കംപ്രഷന് ശേഷവും നെഞ്ച് പൂർണ്ണമായി തിരികെ വരാൻ അനുവദിക്കുക; തടസ്സങ്ങൾ 10 സെക്കൻഡിൽ കുറവ്	കൊറോണറി, സെറിബ്രൽ പെർഫ്യൂഷൻ
6	**30:2** — 30 കംപ്രഷൻ, 2 ശ്വാസം (ഓരോന്നും 1 സെക്കൻഡ്, നെഞ്ച് ഉയരും വരെ); അഡ്വാൻസ്ഡ് എയർവേ ഉണ്ടെങ്കിൽ തുടർച്ചയായ കംപ്രഷനും 6 സെക്കൻഡിൽ ഒരു ശ്വാസവും	വെന്റിലേഷൻ
7	AED/ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ എത്തിയ ഉടൻ ഘടിപ്പിക്കുക; **ഓരോ 2 മിനിറ്റിലും കംപ്രഷൻ ചെയ്യുന്നയാളെ മാറ്റുക**	ക്ഷീണം ഗുണനിലവാരം കുറയ്ക്കും

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ആഴം കുറഞ്ഞ, വേഗം കുറഞ്ഞ കംപ്രഷനുകൾ	ഫീഡ്ബാക്ക് ഉപകരണം; മാറൽ
അമിത വെന്റിലേഷൻ	എണ്ണുക
റിബ് ഫ്രാക്ചർ	CPR നിർത്താനുള്ള കാരണമല്ല
ദീർഘമായ ഇടവേളകൾ	ടീം നേതാവ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
അറസ്റ്റ് സമയം, CPR തുടങ്ങിയ സമയം, റിഥങ്ങൾ, ഷോക്കുകൾ, മരുന്നുകൾ, എയർവേ, ROSC/അവസാനിപ്പിച്ച സമയം, ടീം അംഗങ്ങൾ (കോഡ് ഷീറ്റ്).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
"പുഷ് ഹാർഡ്, പുഷ് ഫാസ്റ്റ്" — ഉയർന്ന ഗുണനിലവാരമുള്ള, തടസ്സമില്ലാത്ത കംപ്രഷനുകളാണ് അതിജീവനം നിർണ്ണയിക്കുന്നത്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഓട്ടോമേറ്റഡ് എക്സ്റ്റേണൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ (AED) ഉപയോഗിക്കൽ

Using an Automated External Defibrillator (AED)

ഉദ്ദേശ്യം. ഷോക്ക് ചെയ്യാവുന്ന റിഥങ്ങൾ (VF, പൾസില്ലാത്ത VT) AED ഉപയോഗിച്ച് സുരക്ഷിതമായി വേഗം ഡീഫിബ്രിലേറ്റ് ചെയ്യുക — പരിശീലനം കുറഞ്ഞവർക്കും ഉപയോഗിക്കാം.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- പ്രതികരണമില്ലാത്ത, ശ്വസനമില്ലാത്ത, പൾസില്ലാത്ത ഏതൊരു രോഗിയും

ഉപകരണങ്ങൾ
- AED
- AED പാഡുകൾ (മുതിർന്നവർ; 8 വയസ്സിൽ താഴെ പീഡിയാട്രിക് പാഡ്)
- റേസർ, ടവൽ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	AED ഓണാക്കി **ശബ്ദ നിർദ്ദേശങ്ങൾ പാലിക്കുക**; CPR തുടരുക	വേഗത
2	നെഞ്ച് തുറക്കുക; നനവുണ്ടെങ്കിൽ ഉണക്കുക; അമിത രോമം ഷേവ് ചെയ്യുക; മരുന്ന് പാച്ചുകൾ നീക്കുക	പാഡ് സമ്പർക്കം
3	പാഡുകൾ: ഒന്ന് വലത് ക്ലാവിക്കിളിന് താഴെ, മറ്റേത് ഇടത് മിഡ്-ആക്സില്ലറി ലൈനിൽ (ആന്റീരിയർ-ലാറ്ററൽ); പേസ്മേക്കറിൽ നിന്ന് 8 cm അകലെ	ഹൃദയത്തിലൂടെ കറന്റ്
4	AED റിഥം വിശകലനം ചെയ്യുമ്പോൾ **ആരും രോഗിയെ തൊടരുത്**	കൃത്യമായ വിശകലനം
5	ഷോക്ക് നിർദ്ദേശിച്ചാൽ: "എല്ലാവരും മാറുക!" — ഓക്സിജൻ മാറ്റിവെക്കുക — ആരും തൊടുന്നില്ലെന്ന് കണ്ണുകൊണ്ട് ഉറപ്പാക്കി ഷോക്ക് ബട്ടൺ അമർത്തുക	സ്റ്റാഫ് സുരക്ഷ
6	ഷോക്കിന് ശേഷം **ഉടൻ CPR** 2 മിനിറ്റ് — പൾസ് പരിശോധിക്കാതെ	ഹൃദയം ഷോക്കിന് ശേഷം പമ്പ് ചെയ്യാൻ സമയം എടുക്കും
7	"ഷോക്ക് നിർദ്ദേശിച്ചിട്ടില്ല" — ഉടൻ CPR തുടരുക; AED ഓരോ 2 മിനിറ്റിലും വീണ്ടും വിശകലനം ചെയ്യും	തുടർച്ച

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
ഷോക്ക് സമയത്ത് ആരെങ്കിലും തൊടൽ	"ക്ലിയർ" ഉറപ്പാക്കുക
നനഞ്ഞ നെഞ്ച്, വെള്ളം	ഉണക്കുക
ഓക്സിജൻ സമീപത്ത് — തീപിടുത്തം	1 മീറ്റർ അകലെ
ട്രാൻസ്ഡെർമൽ പാച്ച് — പൊള്ളൽ	നീക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
AED ഘടിപ്പിച്ച സമയം, റിഥം, ഷോക്കുകളുടെ എണ്ണവും സമയവും, ഫലം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഓരോ മിനിറ്റ് ഡീഫിബ്രിലേഷൻ വൈകുന്നതിനും VF-ൽ അതിജീവന സാധ്യത 7–10% കുറയുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

ഫോറിൻ-ബോഡി എയർവേ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ (ചോക്കിങ്) മാറ്റൽ

Relieving Foreign-Body Airway Obstruction (Choking)

ഉദ്ദേശ്യം. തൊണ്ടയിൽ കുടുങ്ങിയ വസ്തു വേഗം നീക്കം ചെയ്ത് എയർവേ തുറക്കുക — പൂർണ്ണ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ മിനിറ്റുകൾക്കുള്ളിൽ മാരകമാണ്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഭക്ഷണം കഴിക്കുമ്പോൾ പെട്ടെന്ന് സംസാരിക്കാനോ ചുമയ്ക്കാനോ ശ്വസിക്കാനോ കഴിയാതാകൽ; കഴുത്ത് പിടിക്കൽ ("യൂണിവേഴ്സൽ ചോക്കിങ് സൈൻ")

ഉപകരണങ്ങൾ
- കൈകൾ മാത്രം
- സക്ഷൻ, മാഗിൽ ഫോഴ്സെപ്സ്, ലാരിഞ്ചോസ്കോപ്പ് (ആശുപത്രിയിൽ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	തീവ്രത വിലയിരുത്തുക: "നിങ്ങൾ ചോക്ക് ചെയ്യുകയാണോ?" — ചുമയ്ക്കാൻ കഴിയുന്നുവെങ്കിൽ (ലഘുവായത്) ചുമയ്ക്കാൻ പ്രോത്സാഹിപ്പിക്കുക; നിരീക്ഷിക്കുക	ഫലപ്രദമായ ചുമ മികച്ചതാണ്
2	ഫലപ്രദമല്ലാത്ത ചുമ, ബോധമുണ്ട്: **5 ബാക്ക് ബ്ലോസ്** — മുന്നോട്ട് കുനിച്ച് തോൾ ബ്ലേഡുകൾക്കിടയിൽ കൈപ്പത്തിയുടെ അടിഭാഗം കൊണ്ട്	വസ്തു ഇളക്കൽ
3	പിന്നെ **5 അബ്ഡോമിനൽ ത്രസ്റ്റുകൾ** (ഹൈംലിക്ക്) — പിന്നിൽ നിന്ന്, മുഷ്ടി പൊക്കിളിനും സിഫിസ്റ്റേർണത്തിനും ഇടയിൽ, ഉള്ളിലേക്കും മുകളിലേക്കും വേഗത്തിൽ	കൃത്രിമ ചുമ
4	ഗർഭിണികൾ, പൊണ്ണത്തടിയുള്ളവർ: ചെസ്റ്റ് ത്രസ്റ്റുകൾ	വയറിൽ അമർത്താൻ കഴിയില്ല
5	ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ മാറും വരെ അല്ലെങ്കിൽ ബോധം നഷ്ടപ്പെടും വരെ 5 + 5 ആവർത്തിക്കുക	തുടർച്ച
6	ബോധം നഷ്ടപ്പെട്ടാൽ: നിലത്ത് കിടത്തി സഹായം വിളിക്കുക; **CPR തുടങ്ങുക**; ഓരോ തവണയും വായ തുറക്കുമ്പോൾ വസ്തു കാണുന്നുണ്ടെങ്കിൽ മാത്രം നീക്കുക (ബ്ലൈൻഡ് ഫിംഗർ സ്വീപ് ചെയ്യരുത്)	കംപ്രഷനുകൾ വസ്തു ഇളക്കും
7	ശിശുക്കൾ (1 വയസ്സിൽ താഴെ): തല താഴ്ത്തി 5 ബാക്ക് ബ്ലോസും 5 ചെസ്റ്റ് ത്രസ്റ്റുകളും — അബ്ഡോമിനൽ ത്രസ്റ്റ് ഇല്ല	ലിവർ ഇഞ്ചുറി തടയൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
അബ്ഡോമിനൽ ത്രസ്റ്റിന് ശേഷം ആന്തരിക പരിക്ക്	മാറിയ ശേഷവും മെഡിക്കൽ പരിശോധന
ബ്ലൈൻഡ് ഫിംഗർ സ്വീപ് — വസ്തു ആഴത്തിലേക്ക്	ചെയ്യരുത്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
സമയം, ചെയ്ത നടപടികൾ, പുറത്തുവന്ന വസ്തു, ബോധനില, തുടർ വിലയിരുത്തൽ.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ആശുപത്രിയിൽ ചോക്കിങ് റിസ്ക് കൂടുതലുള്ളവർ: സ്ട്രോക്ക്, ഡിമെൻഷ്യ, പ്രായമായവർ — സ്വാളോ അസസ്മെന്റും ശരിയായ ഭക്ഷണ ടെക്സ്ചറും ആണ് പ്രതിരോധം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ മാനുവൽ ഡീഫിബ്രിലേഷൻ

Defibrillation (Manual) in Cardiac Arrest

ഉദ്ദേശ്യം. VF/പൾസില്ലാത്ത VT-യിൽ മാനുവൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ ഉപയോഗിച്ച് സുരക്ഷിതമായും വേഗത്തിലും ഷോക്ക് നൽകുക — ACLS അൽഗോരിതം അനുസരിച്ച്.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- വെൻട്രിക്കുലാർ ഫിബ്രിലേഷൻ (VF)
- പൾസില്ലാത്ത വെൻട്രിക്കുലാർ ടാക്കിക്കാർഡിയ (pVT)

ഉപകരണങ്ങൾ

- മാനുവൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ (ദിവസവും പരിശോധിച്ചത്)
- സ്വയം ഒട്ടുന്ന പാഡുകൾ (ഉത്തമം) അല്ലെങ്കിൽ പാഡിലുകളും ജെൽ പാഡുകളും
- ക്രാഷ് കാർട്ട് (എപിനെഫ്രിൻ, അമിയോഡറോൺ)

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	CPR തുടരുമ്പോൾ പാഡുകൾ ഘടിപ്പിക്കുക (ആന്റീരിയർ-ലാറ്ററൽ)	കംപ്രഷൻ തടസ്സം കുറയ്ക്കൽ
2	റിഥം പരിശോധനയ്ക്ക് CPR **ഹ്രസ്വമായി** നിർത്തുക — VF/pVT സ്ഥിരീകരിക്കുക	ഷോക്ക് ചെയ്യാവുന്ന റിഥം
3	ഊർജ്ജം തിരഞ്ഞെടുക്കുക: ബൈഫേസിക് 120–200 J (നിർമ്മാതാവിന്റെ ശുപാർശ; അറിയില്ലെങ്കിൽ പരമാവധി); മോണോഫേസിക് 360 J	ഫലപ്രദമായ ഡീഫിബ്രിലേഷൻ
4	ചാർജ്ജ് ചെയ്യുമ്പോൾ **CPR തുടരുക**	പ്രീ-ഷോക്ക് ഇടവേള കുറയ്ക്കൽ
5	"ഷോക്ക് ചെയ്യുന്നു — എല്ലാവരും മാറുക! ഓക്സിജൻ മാറ്റുക!" — ആരും തൊടുന്നില്ലെന്ന് കണ്ണുകൊണ്ട് ഉറപ്പാക്കി ഷോക്ക്	സുരക്ഷ
6	ഉടൻ 2 മിനിറ്റ് CPR; പിന്നെ റിഥം പരിശോധന	പോസ്റ്റ്-ഷോക്ക് പെർഫ്യൂഷൻ
7	മരുന്നുകൾ: 2-ാം ഷോക്കിന് ശേഷം എപിനെഫ്രിൻ 1 mg IV (ഓരോ 3–5 മിനിറ്റിലും); 3-ാം ഷോക്കിന് ശേഷം അമിയോഡറോൺ 300 mg (പിന്നെ 150 mg); കാരണങ്ങൾ (Hs & Ts)	ACLS അൽഗോരിതം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്റ്റാഫിന് ഷോക്ക്	"ക്ലിയർ" നടപടിക്രമം
തീ (ഓക്സിജൻ)	ഓക്സിജൻ 1 മീറ്റർ അകലെ
ആസിസ്റ്റോൾ/PEA-യിൽ ഷോക്ക്	ഷോക്ക് ചെയ്യാവുന്നതല്ല — CPR + എപിനെഫ്രിൻ
ചർമ്മ പൊള്ളൽ	ശരിയായ പാഡ് സമ്പർക്കം

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സമയം, റിഥം, ഓരോ ഷോക്കിന്റെയും ഊർജ്ജവും സമയവും, മരുന്നുകൾ, ഫലം (കോഡ് ഷീറ്റ്).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

ഷോക്കിന് തൊട്ടുമുമ്പും ശേഷവുമുള്ള CPR ഇടവേള 10 സെക്കൻഡിൽ താഴെ നിലനിർത്തുന്നത് ഷോക്ക് വിജയ സാധ്യത കൂട്ടുന്നു.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്‌ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

സിൻക്രൊണൈസ്ഡ് കാർഡിയോവേർഷൻ
Synchronised Cardioversion

ഉദ്ദേശ്യം. പൾസുള്ള, അസ്ഥിരമായ ടാക്കിഅരിത്മിയയിൽ R-തരംഗവുമായി സിൻക്രൊണൈസ് ചെയ്ത ഷോക്ക് നൽകി സൈനസ് റിഥം പുനഃസ്ഥാപിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- അസ്ഥിരമായ ടാക്കിഅരിത്മിയ (പൾസുള്ള VT, SVT, AF/ഫ്ലട്ടർ) — ഹൈപ്പോടെൻഷൻ, നെഞ്ചുവേദന, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ, ബോധം കുറയൽ, ഷോക്ക്
- ഇലക്ടീവ് കാർഡിയോവേർഷൻ (AF, ഫ്ലട്ടർ)

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ (സിങ്ക് മോഡോടെ)
- പാഡുകൾ
- ECG ലീഡുകൾ (മോണിറ്റർ)
- സെഡേഷൻ മരുന്നുകൾ
- BVM, സക്ഷൻ, ഓക്സിജൻ
- ക്രാഷ് കാർട്ട്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സമ്മതം (ഇലക്ടീവിൽ); IV ആക്സസ്; എയർവേ ഉപകരണങ്ങൾ; ഇലക്ടീവ് AF-ൽ ആന്റികോയാഗുലേഷൻ/TEE	സുരക്ഷ; സ്ട്രോക്ക് തടയൽ
2	ECG ലീഡുകളും പാഡുകളും ഘടിപ്പിക്കുക	സിങ്ക്രൊണൈസേഷന് ECG ആവശ്യം
3	ഡോക്ടറുടെ നിർദ്ദേശപ്രകാരം സെഡേഷൻ (ഉദാ. മിഡസോലം, പ്രൊപ്പോഫോൾ, ഫെന്റാനിൽ)	വേദനാജനകമായ പ്രൊസീജർ
4	**"SYNC" ബട്ടൺ അമർത്തുക** — ഓരോ QRS-ലുമാർക്കർ ഉണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക (ആവശ്യമെങ്കിൽ ലീഡ് മാറ്റുക)	T-തരംഗത്തിൽ ഷോക്ക് VF ഉണ്ടാക്കും
5	ഊർജ്ജം: നാരോ റെഗുലർ (SVT, ഫ്ലട്ടർ) 50–100 J; AF 120–200 J; പൾസുള്ള VT 100 J (ബൈഫേസിക്)	റിഥം അനുസരിച്ച്
6	"ക്ലിയർ" — ഷോക്ക് ബട്ടൺ **അമർത്തിപ്പിടിക്കുക** (അടുത്ത R-തരംഗവരെ കാലതാമസം ഉണ്ടാകും)	സിങ്ക്രൊണൈസ്ഡ് ഡെലിവറി
7	റിഥം, പൾസ്, BP പരിശോധിക്കുക; ആവർത്തിക്കേണ്ടി വന്നാൽ **SYNC വീണ്ടും ഓണാക്കുക** (പല മെഷീനുകളും ഷോക്കിന് ശേഷം ഓഫാകും)	സുരക്ഷ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
SYNC ഇല്ലാതെ ഷോക്ക് — VF	SYNC ഉറപ്പാക്കുക
ഷോക്കിന് ശേഷം VF ഉണ്ടായാൽ	SYNC ഓഫാക്കി ഉടൻ ഡീഫിബ്രിലേറ്റ് ചെയ്യുക
സെഡേഷൻ മൂലം റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ	എയർവേ സപ്പോർട്ട്
ത്രോംബോഎംബോളിസം (AF)	ആന്റികോയാഗുലേഷൻ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
ഇൻഡിക്കേഷൻ, മുമ്പും ശേഷവുമുള്ള റിഥം (സ്ട്രിപ്പുകൾ), സെഡേഷൻ, ഊർജ്ജം, ഷോക്കുകളുടെ എണ്ണം, ഫലം, വൈറ്റൽസ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
പൾസുണ്ടെങ്കിൽ — സിങ്ക്; പൾസില്ലെങ്കിൽ — ഡീഫിബ്രിലേറ്റ്. പോളിമോർഫിക് VT സിൻക്രൊണൈസ് ചെയ്യാനാകില്ല — ഡീഫിബ്രിലേറ്റ് ചെയ്യുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

Emergency Physician's ECG Manual
വാങ്ങുക ›

ആർട്ടീരിയൽ ലൈൻ സജ്ജമാക്കലും ലെവലിങ്ങും

Arterial Line Set-up and Levelling

ഉദ്ദേശ്യം. തുടർച്ചയായ BP മോണിറ്ററിങ്ങിനും ആവർത്തിച്ചുള്ള ABG-കൾക്കുമായി ആർട്ടീരിയൽ ലൈൻ സിസ്റ്റം സജ്ജമാക്കി, കൃത്യമായ റീഡിങ്ങിനായി ലെവൽ ചെയ്ത്, സുരക്ഷിതമായി പരിപാലിക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- ഷോക്ക്, വാസോപ്രസ്സർ ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ
- ആവർത്തിച്ചുള്ള ABG-കൾ (റെസ്പിറേറ്ററി ഫെയിലിയർ)
- മേജർ സർജറി
- ഹൈപ്പർടെൻസീവ് എമർജൻസി

ഉപകരണങ്ങൾ

- പ്രഷർ ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ സെറ്റ്
- 500 mL നോർമൽ സലൈൻ (ഹെപ്പാരിൻ — പോളിസി പ്രകാരം)
- **പ്രഷർ ബാഗ് — 300 mmHg**
- മോണിറ്ററും കേബിളും
- ആർട്ടീരിയൽ കാനുല (20G), ഡ്രസ്സിങ്
- **ചുവന്ന ലേബൽ**

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	സലൈൻ ബാഗിൽ നിന്ന് എല്ലാ വായുവും നീക്കി സെറ്റ് ഘടിപ്പിക്കുക; ഫ്ലഷ് ഉപകരണം ഉപയോഗിച്ച് ലൈൻ പ്രൈം ചെയ്യുക — കുമിളകൾ ഇല്ല	എയർ എംബോളിസം; വേവ്ഫോം കൃത്യത
2	ബാഗ് പ്രഷർ ബാഗിൽ വെച്ച് **300 mmHg** വരെ ഇൻഫ്ലേറ്റ് ചെയ്യുക	ആർട്ടീരിയൽ മർദ്ദത്തിനെതിരെ തുടർച്ചയായ ഫ്ലഷ് (ഏകദേശം 3 mL/h)
3	ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ **ഫ്ലെബോസ്റ്റാറ്റിക് ആക്സിസിൽ** (4-ാം ICS, മിഡ്-ആക്സില്ലറി ലൈൻ — ഏട്രിയത്തിന്റെ നിരപ്പ്) ലെവൽ ചെയ്യുക	ഹൈഡ്രോസ്റ്റാറ്റിക് പിശക് ഒഴിവാക്കൽ
4	സീറോ ചെയ്യുക (അടുത്ത പ്രൊസീജർ)	അന്തരീക്ഷ മർദ്ദം കണക്കാക്കൽ
5	കാനുലേഷന് ശേഷം ബന്ധിപ്പിക്കുക; വേവ്ഫോം പരിശോധിക്കുക (ഡൈക്രോട്ടിക് നോച്ച്); "സ്ക്വയർ വേവ് ടെസ്റ്റ്"	ഡാംപിങ് വിലയിരുത്തൽ
6	ലൈൻ **"ആർട്ടീരിയൽ — മരുന്നുകൾ നൽകരുത്"** എന്ന് ചുവപ്പിൽ ലേബൽ ചെയ്യുക; കണക്ഷനുകൾ ലൂയർ-ലോക്ക്; അലാറങ്ങൾ ഓൺ	ഇൻട്രാ-ആർട്ടീരിയൽ ഇൻജക്ഷൻ, ബ്ലീഡിങ് തടയൽ
7	ഓരോ മണിക്കൂറിലും: കൈയുടെ രക്തപ്രവാഹം (നിറം, ചൂട്, കാപ്പിലറി റീഫിൽ), സൈറ്റ്, പ്രഷർ ബാഗ് 300 mmHg	ഇസ്കീമിയ; പേറ്റൻസി

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
വേർപെടൽ — വേഗം രക്തം നഷ്ടം	ലൂയർ-ലോക്ക്; അലാറങ്ങൾ; സൈറ്റ് കാണാവുന്ന വിധം
ഇൻട്രാ-ആർട്ടീരിയൽ മരുന്ന് — ഗാംഗ്രീൻ	ഒരിക്കലും; ലേബൽ
ഡിസ്റ്റൽ ഇസ്കീമിയ	ഉടൻ അറിയിക്കുക; നീക്കം
ഡാംപ്ഡ് വേവ്ഫോം (കുമിള, ക്ലോട്ട്, കിങ്ക്) — തെറ്റായി കുറഞ്ഞ BP	ട്രബിൾഷൂട്ട്
ഇൻഫെക്ഷൻ	അസെപ്സിസ്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സൈറ്റ്, തീയതി, ലെവലും സീറോയും ചെയ്ത സമയം, വേവ്ഫോം, BP മൂല്യങ്ങൾ, ലിംബ് പെർഫ്യൂഷൻ, പ്രഷർ ബാഗ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

രോഗിയുടെ ബെഡ് ഉയർത്തുകയോ താഴ്ത്തുകയോ പൊസിഷൻ മാറ്റുകയോ ചെയ്യുമ്പോൾ ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ വീണ്ടും ലെവൽ ചെയ്യുക — 10 cm പിശക് ഏകദേശം 7.5 mmHg തെറ്റ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ



വാങ്ങുക ›

പ്രഷർ ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ സീറോ ചെയ്യൽ

Zeroing a Pressure Transducer

ഉദ്ദേശ്യം. അന്തരീക്ഷ മർദ്ദം പൂജ്യമായി സജ്ജമാക്കി ഇൻവേസീവ് പ്രഷർ മോണിറ്ററിങ് (ആർട്ടീരിയൽ, CVP) കൃത്യമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്

- പുതിയ ലൈൻ ബന്ധിപ്പിക്കുമ്പോൾ
- ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും (പോളിസി പ്രകാരം)
- കേബിൾ വേർപെടുത്തിയ ശേഷം
- റീഡിങ്ങുകൾ ക്ലിനിക്കൽ അവസ്ഥയുമായി പൊരുത്തപ്പെടാതിരിക്കുമ്പോൾ

ഉപകരണങ്ങൾ

- ഘടിപ്പിച്ച ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ സിസ്റ്റം
- മോണിറ്റർ
- സ്റ്റെറൈൽ ക്യാപ്
- ആൽക്കഹോൾ സ്വാബ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	രോഗിയെ മലർത്തി കിടത്തുക (തല 0–45° വരെ — സ്ഥിരമായി); ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ ഫ്ലെബോസ്റ്റാറ്റിക് ആക്സിസിൽ ലെവൽ ചെയ്യുക	റഫറൻസ് പോയിന്റ്
2	ട്രാൻസ്ഡ്യൂസറിന് മുകളിലുള്ള ത്രീ-വേ സ്റ്റോപ്പ്കോക്ക് **രോഗിയിലേക്ക് ഓഫ്** ചെയ്യുക	രോഗിയുടെ മർദ്ദം ഒഴിവാക്കൽ; ബ്ലീഡിങ് തടയൽ
3	സ്റ്റോപ്പ്കോക്കിന്റെ ക്യാപ് നീക്കി **അന്തരീക്ഷത്തിലേക്ക് തുറക്കുക**	അന്തരീക്ഷ മർദ്ദം
4	മോണിറ്ററിൽ "സീറോ" ബട്ടൺ അമർത്തുക; "0" കാണിക്കും വരെ കാത്തിരിക്കുക	കാലിബ്രേഷൻ
5	സ്റ്റോപ്പ്കോക്കിൽ പുതിയ സ്റ്റെറൈൽ ക്യാപ് ഇടുക; **സ്റ്റോപ്പ്കോക്ക് രോഗിയിലേക്ക് തിരികെ തുറക്കുക**	മോണിറ്ററിങ് പുനഃസ്ഥാപിക്കൽ
6	വേവ്ഫോം തിരികെ വന്നോ, റീഡിങ് യുക്തിസഹമാണോ ഉറപ്പാക്കുക (NIBP-യുമായി താരതമ്യം)	കൃത്യത
7	രേഖപ്പെടുത്തുക	ട്രേസബിലിറ്റി

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
സ്റ്റോപ്പ്കോക്ക് തെറ്റായ ദിശയിൽ — ബ്ലീഡിങ് അല്ലെങ്കിൽ മോണിറ്ററിങ് ഇല്ല	ഓരോ ഘട്ടത്തിലും പരിശോധിക്കുക
ക്യാപ് നീക്കുമ്പോൾ മലിനീകരണം	പുതിയ സ്റ്റെറൈൽ ക്യാപ്
തെറ്റായ ലെവൽ	ആദ്യം ലെവൽ, പിന്നെ സീറോ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ

സീറോ ചെയ്ത സമയം, ലെവൽ, വേവ്ഫോം, റീഡിങ്.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം

സീറോ ചെയ്യുന്നത് അന്തരീക്ഷ മർദ്ദം ഒഴിവാക്കലാണ്; ലെവൽ ചെയ്യുന്നത് ഹൃദയത്തിന്റെ ഉയരവുമായി പൊരുത്തപ്പെടുത്തലാണ് — രണ്ടും ആവശ്യമാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

തുടർച്ചയായ കാർഡിയാക് മോണിറ്ററിങ്ങും മാരക റിഥങ്ങൾ തിരിച്ചറിയലും

Continuous Cardiac Monitoring and Recognising Lethal Rhythms

ഉദ്ദേശ്യം. ECG മോണിറ്റർ ശരിയായി ഘടിപ്പിക്കുകയും ജീവന് ഭീഷണിയായ അരിത്മിയകൾ ഉടൻ തിരിച്ചറിഞ്ഞ് പ്രവർത്തിക്കുകയും ചെയ്യുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ACS, ഹാർട്ട് ഫെയിലിയർ
- ഇലക്ട്രോലൈറ്റ് അസന്തുലിതാവസ്ഥ (K^+, Mg^{2+})
- ഓവർഡോസ് (TCA, ഡിജോക്സിൻ)
- സെഡേഷൻ, ICU, ഹൈ-റിസ്ക് മരുന്നുകൾ

ഉപകരണങ്ങൾ
- കാർഡിയാക് മോണിറ്റർ
- ECG ഇലക്ട്രോഡുകൾ (ജെൽ, കാലാവധി കഴിയാത്തത്)
- ചർമ്മം തയ്യാറാക്കാനുള്ള സാധനങ്ങൾ
- ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ സമീപത്ത്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ചർമ്മം തയ്യാറാക്കുക: വൃത്തിയാക്കി ഉണക്കുക, ആവശ്യമെങ്കിൽ രോമം മുറിക്കുക	നല്ല സിഗ്നൽ; ആർട്ടിഫാക്റ്റ് കുറയ്ക്കൽ
2	ഇലക്ട്രോഡുകൾ: RA (വലത് ക്ലാവിക്കിളിന് താഴെ), LA (ഇടത് ക്ലാവിക്കിളിന് താഴെ), LL (ഇടത് താഴ്ഭാഗം വയർ), ആവശ്യമെങ്കിൽ RL, V	ശരിയായ ലീഡുകൾ
3	വ്യക്തമായ P-തരംഗമുള്ള ലീഡ് (സാധാരണ ലീഡ് II) തിരഞ്ഞെടുക്കുക; **അലാറം പരിധികൾ** രോഗിക്ക് അനുസരിച്ച് സജ്ജമാക്കി ഓണാക്കുക	നേരത്തെ കണ്ടെത്തൽ
4	റിഥം ചിട്ടയായി വിശകലനം ചെയ്യുക: റേറ്റ്, ക്രമം, P-തരംഗം, PR, QRS വീതി, QT	വ്യാഖ്യാനം
5	**മാരക റിഥങ്ങൾ**: VF, pVT, ആസിസ്റ്റോൾ, PEA — **ആദ്യം രോഗിയെ നോക്കുക** (പ്രതികരണം, പൾസ്); അറസ്റ്റെങ്കിൽ കോഡ് ബ്ലൂ, CPR	ആർട്ടിഫാക്റ്റ് vs യാഥാർത്ഥ്യം
6	മുന്നറിയിപ്പ് റിഥങ്ങൾ: പൾസുള്ള VT, കംപ്ലീറ്റ് ഹാർട്ട് ബ്ലോക്ക്, ടോർസാഡ്സ്, ലക്ഷണങ്ങളുള്ള ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, വേഗതയേറിയ AF — വൈറ്റൽസ്, ഉടൻ അറിയിക്കുക, 12-ലീഡ് ECG	പെരി-അറസ്റ്റ്
7	റിഥം സ്ട്രിപ്പുകൾ ഓരോ ഷിഫ്റ്റിലും മാറ്റം ഉണ്ടാകുമ്പോഴും പ്രിന്റ് ചെയ്ത് വ്യാഖ്യാനിച്ച് സൂക്ഷിക്കുക; ഇലക്ട്രോഡുകൾ ദിവസവും മാറ്റുക	രേഖ; ചർമ്മ സംരക്ഷണം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
അലാറം ഫറ്റീഗ് — അലാറങ്ങൾ ഓഫാക്കൽ	ശരിയായ പരിധികൾ; ഒരിക്കലും നിശ്ശബ്ദമാക്കരുത്
ആർട്ടിഫാക്റ്റ് VF ആയി തോന്നൽ (ചലനം, ബ്രഷ് ചെയ്യൽ)	ആദ്യം രോഗിയെ നോക്കുക
ലീഡ് ഓഫ്	"അസിസ്റ്റോൾ" എന്ന് കരുതുന്നതിന് മുമ്പ് ലീഡുകൾ പരിശോധിക്കുക

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
റിഥം, റേറ്റ്, ഇന്റർവെലുകൾ, സ്ട്രിപ്പുകൾ, അലാറം പരിധികൾ, മാറ്റങ്ങളും നടപടികളും.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
"മോണിറ്ററിനെ ചികിത്സിക്കരുത്, രോഗിയെ ചികിത്സിക്കുക" — ഏതൊരു അലാറത്തിലും ആദ്യം രോഗിയെ നോക്കുക.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

12-ലീഡ് ECG രേഖപ്പെടുത്തൽ

Recording a 12-Lead ECG

ഉദ്ദേശ്യം. ഇലക്ട്രോഡുകൾ കൃത്യമായ സ്ഥാനങ്ങളിൽ വെച്ച് ഡയഗ്നോസ്റ്റിക് ഗുണനിലവാരമുള്ള 12-ലീഡ് ECG രേഖപ്പെടുത്തുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- നെഞ്ചുവേദന — **10 മിനിറ്റിനുള്ളിൽ**
- പാൽപ്പിറ്റേഷൻ, സിൻകോപ്പ്, ശ്വാസതടസ്സം
- ഇലക്ട്രോലൈറ്റ് അസന്തുലിതാവസ്ഥ
- പ്രീ-ഓപ്പറേറ്റീവ്, മരുന്ന് നിരീക്ഷണം (QT)

ഉപകരണങ്ങൾ
- ECG മെഷീൻ (പേപ്പർ, 25 mm/s, 10 mm/mV)
- 10 ഇലക്ട്രോഡുകൾ
- ആൽക്കഹോൾ വൈപ്പ്, റേസർ
- സ്വകാര്യതയ്ക്ക് സ്ക്രീൻ

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	വിശദീകരിക്കുക; സ്വകാര്യത; ആഭരണങ്ങൾ നീക്കുക; മലർന്ന്, റിലാക്സ് ചെയ്ത്, കൈകൾ വശങ്ങളിൽ	മസിൽ ആർട്ടിഫാക്റ്റ് കുറയ്ക്കൽ
2	ചർമ്മം തയ്യാറാക്കുക (വൃത്തിയാക്കൽ, രോമം മുറിക്കൽ)	നല്ല സമ്പർക്കം
3	ലിംബ് ലീഡുകൾ: RA, LA (കൈത്തണ്ട/തോൾ), RL, LL (കണങ്കാൽ/വയറിന്റെ താഴ്ഭാഗം) — എല്ലുകൾക്ക് മുകളിലല്ല	ശരിയായ ആക്സിസ്
4	**V1**: 4-ാം ICS, വലത് സ്റ്റേർണൽ അതിര്; **V2**: 4-ാം ICS, ഇടത് സ്റ്റേർണൽ അതിര്	ഏറ്റവും സാധാരണ പിഴവ് — വളരെ ഉയരത്തിൽ
5	**V4**: 5-ാം ICS, മിഡ്-ക്ലാവിക്കുലാർ ലൈൻ; **V3**: V2-നും V4-നും ഇടയിൽ	ആന്റീരിയർ ലീഡുകൾ
6	**V5**: ആന്റീരിയർ ആക്സില്ലറി ലൈൻ, **V6**: മിഡ്-ആക്സില്ലറി ലൈൻ — V4-ന്റഅതേ തിരശ്ചീന നിരപ്പിൽ	ലാറ്ററൽ ലീഡുകൾ
7	അനങ്ങാതെ സാധാരണ ശ്വസിക്കാൻ പറഞ്ഞ് രേഖപ്പെടുത്തുക; ഗുണനിലവാരം പരിശോധിക്കുക; പേര്, തീയതി, സമയം, ലക്ഷണങ്ങൾ; **ഉടൻ ഡോക്ടറെ കാണിക്കുക**	STEMI വൈകിക്കാതിരിക്കൽ

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
തെറ്റായ ലീഡ് സ്ഥാനം — തെറ്റായ ഡയഗ്നോസിസ് (തെറ്റായ ST മാറ്റങ്ങൾ)	ലാൻഡ്മാർക്കുകൾ എണ്ണുക
ലിംബ് ലീഡ് മാറിപ്പോകൽ (ലീഡ് I-ൽ തലകീഴായ P, QRS)	പരിശോധിക്കുക
ആർട്ടിഫാക്റ്റ് (വിറയൽ, ചലനം)	റിലാക്സേഷൻ; ചൂട്

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
തീയതി, സമയം, ലക്ഷണങ്ങൾ (വേദനയുണ്ടോ), ആരെ കാണിച്ചു, അധിക ലീഡുകൾ (V4R, പോസ്റ്റീരിയർ).

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
ഇൻഫീരിയർ STEMI-യിൽ വലത് വെൻട്രിക്കുലാർ ഇൻഫാർക്ഷൻ കണ്ടെത്താൻ V4R (വലത് 5-ാം ICS, മിഡ്-ക്ലാവിക്കുലാർ) രേഖപ്പെടുത്തുക — നൈട്രേറ്റുകൾ അപകടകരം.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ (ലാസ്റ്റ് ഓഫീസസ്)

Post-mortem Care (Last Offices)

ഉദ്ദേശ്യം. മരണശേഷം രോഗിയുടെ ശരീരം അന്തസ്സോടെയും ബഹുമാനത്തോടെയും, മതപരവും സാംസ്കാരികവുമായ ആചാരങ്ങളും നിയമപരമായ ആവശ്യകതകളും പാലിച്ച് പരിചരിക്കുക; കുടുംബത്തെ പിന്തുണയ്ക്കുക.

ഇൻഡിക്കേഷൻസ്
- ഡോക്ടർ മരണം സ്ഥിരീകരിച്ച ശേഷം

ഉപകരണങ്ങൾ
- ഗ്ലവ്സ്, ഏപ്രൺ
- ബേസിൻ, വെള്ളം, സോപ്പ്, ടവൽ
- വൃത്തിയുള്ള ഷീറ്റുകൾ, ഗൗൺ/വസ്ത്രം
- ID ടാഗുകൾ (2)
- ഡ്രസ്സിങ്ങുകൾ, ടേപ്പ്
- ബോഡി ബാഗ് (ആവശ്യമെങ്കിൽ)
- സ്വകാര്യവസ്തുക്കളുടെ ലിസ്റ്റ്

#	നഴ്സിങ് നടപടി	റാഷണൽ (എന്തുകൊണ്ട്)
1	ഡോക്ടർ മരണം സ്ഥിരീകരിച്ച് രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ട്; **മെഡിക്കോ-ലീഗൽ കേസാണോ** (MLC — ട്രോമ, വിഷബാധ, അസ്വാഭാവിക മരണം) എന്ന് ഉറപ്പാക്കുക	MLC-യിൽ ലൈനുകൾ, ട്യൂബുകൾ നീക്കരുത് — പോലീസ്/പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം
2	കുടുംബത്തെ സഹാനുഭൂതിയോടെ അറിയിക്കുക; സ്വകാര്യ ഇടം, സമയം; മതപരമായ/സാംസ്കാരിക ആവശ്യങ്ങൾ ചോദിക്കുക	അന്തസ്സ്; ദുഃഖ പിന്തുണ
3	ശരീരം മലർത്തി, നേരെ കിടത്തി, ഒരു തലയിണ; കണ്ണുകൾ സൗമ്യമായി അടയ്ക്കുക; പല്ലുസെറ്റ് വെക്കുക; താടി താങ്ങുക	റിഗർ മോർട്ടിസിന് മുമ്പ് സ്വാഭാവിക രൂപം
4	MLC അല്ലെങ്കിൽ: ലൈനുകൾ, കത്തീറ്ററുകൾ, ട്യൂബുകൾ നീക്കുക (പോളിസി പ്രകാരം); മുറിവുകൾ ഡ്രസ്സ് ചെയ്യുക	വൃത്തി
5	ശരീരം കഴുകി വൃത്തിയുള്ള വസ്ത്രം; കുടുംബം ആഗ്രഹിക്കുന്നുവെങ്കിൽ പങ്കെടുപ്പിക്കുക	ബഹുമാനം
6	**രണ്ട് ID ടാഗുകൾ** (കൈത്തണ്ട, കണങ്കാൽ) — പേര്, UHID, മരണ സമയം; സ്വകാര്യവസ്തുക്കൾ സാക്ഷിയോടെ ലിസ്റ്റ് ചെയ്ത് കുടുംബത്തിന് കൈമാറുക	ശരിയായ തിരിച്ചറിയൽ; നിയമപരം
7	ഷീറ്റിൽ പൊതിഞ്ഞ് മോർച്ചറിയിലേക്ക് അന്തസ്സോടെ മാറ്റുക; ഇൻഫെക്ഷൻ റിസ്ക് ഉണ്ടെങ്കിൽ ലേബൽ	സുരക്ഷ; സ്റ്റാഫ് സംരക്ഷണം

റിസ്ക് / കോംപ്ലിക്കേഷൻ	പ്രതിരോധം / നടപടി
MLC-യിൽ തെളിവുകൾ നശിപ്പിക്കൽ	ലൈനുകൾ, വസ്ത്രങ്ങൾ മാറ്റരുത്; പോലീസ് ഇൻക്വസ്റ്റ്
തെറ്റായ ID	രണ്ട് ടാഗുകൾ; പരിശോധന
ഇൻഫെക്ഷ്യസ് രോഗങ്ങൾ	സ്റ്റാൻഡേർഡ് പ്രിക്കോഷൻസ്; ബോഡി ബാഗ്; ലേബൽ

ഡോക്യുമെന്റ് ചെയ്യേണ്ടവ
മരണ സമയവും സ്ഥിരീകരിച്ച ഡോക്ടറും, അറിയിച്ച കുടുംബാംഗം, MLC സ്റ്റാറ്റസ്, നീക്കിയ ഉപകരണങ്ങൾ, സ്വകാര്യവസ്തുക്കളും കൈമാറ്റവും, മോർച്ചറിയിലേക്ക് മാറ്റിയ സമയം.

ക്ലിനിക്കൽ പേൾസ് — പ്രധാന പാഠം
നഴ്സിങ് കെയർ മരണത്തോടെ അവസാനിക്കുന്നില്ല — ശരീരത്തോടുള്ള ബഹുമാനവും കുടുംബത്തിനുള്ള പിന്തുണയും നല്ല നഴ്സിങ്ങിന്റെ ഭാഗമാണ്.

കൂടുതൽ വായനയ്ക്ക് — ടാപ്പ് ചെയ്ത് തുറക്കുക (സൗജന്യം) ► ഇന്ത്യൻ നഴ്സിങ് കൗൺസിൽ · AHA — CPR & ECC ഗൈഡ്‌ലൈനുകൾ

വിഭാഗം: എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ · സംഗ്രഹ പട്ടിക: പേജ് 216 · ഉള്ളടക്കം

വാങ്ങുക ›

റഫറൻസ് 1

ഓരോ നഴ്സും അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ട ഡ്രഗ് കാൽക്കുലേഷനുകൾ

ഫോർമുലകൾ, കൺവേർഷനുകൾ, ഉദാഹരണങ്ങൾ

കാൽക്കുലേഷൻ	ഫോർമുല	ഉദാഹരണം
ടാബ്‌ലെറ്റ് / ലിക്വിഡ്	ആവശ്യമായ ഡോസ് ÷ സ്റ്റോക്ക് സ്ട്രെങ്ത് × അളവ്	250 mg വേണം; സിറപ്പ് 125 mg/5 mL → 250/125 × 5 = 10 mL
ഭാരം അനുസരിച്ചുള്ള ഡോസ്	ഡോസ് (mg/kg) × ഭാരം (kg)	ജെന്റാമൈസിൻ 5 mg/kg, 60 kg → 300 mg
IV റേറ്റ് (mL/h)	അളവ് (mL) ÷ സമയം (h)	1,000 mL 8 മണിക്കൂറിൽ → 125 mL/h
തുള്ളി / മിനിറ്റ്	അളവ് × ഡ്രോപ്പ് ഫാക്ടർ ÷ സമയം (മിനിറ്റ്)	500 mL 4 മണിക്കൂറിൽ, 20 തുള്ളി/mL → 500 × 20 ÷ 240 ≈ 42/മിനിറ്റ്
മൈക്രോ-ഡ്രിപ്പ് (60 തുള്ളി/mL)	തുള്ളി/മിനിറ്റ് = mL/h	50 mL/h = 50 മൈക്രോ-തുള്ളി/മിനിറ്റ്
µg/kg/മിനിറ്റ് → mL/h	ഡോസ് × ഭാരം × 60 ÷ കോൺസൻട്രേഷൻ (µg/mL)	ഡോപമിൻ 5 µg/kg/മിനിറ്റ്, 70 kg, 4,000 µg/mL → 5.25 mL/h
യൂണിറ്റ്/h → mL/h	മണിക്കൂറിലെ യൂണിറ്റ് ÷ mL-ലെ യൂണിറ്റ്	ഹെപ്പാരിൻ 1,000 യൂണിറ്റ്/h; 25,000 യൂണിറ്റ് 50 mL-ൽ (500/mL) → 2 mL/h
ശതമാന ലായനികൾ	X% = 100 mL-ൽ X g	ഡെക്സ്ട്രോസ് 25% = 25 g/100 mL; 1:1,000 = 1 mg/mL
പീഡിയാട്രിക് (ക്ലാർക്ക്സ് റൂൾ — ഏകദേശം)	ഭാരം (kg) ÷ 70 × മുതിർന്നവരുടെ ഡോസ്	ഫോർമുലറിയിലെ mg/kg ഡോസ് ആണ് എപ്പോഴും ഉത്തമം
ബോഡി സർഫേസ് ഏരിയ (മോസ്റ്റെല്ലർ)	√(ഉയരം cm × ഭാരം kg ÷ 3,600)	170 cm, 70 kg → 1.82 m^2
ക്രിയാറ്റിനിൻ ക്ലിയറൻസ് (□□□കാ□ □□□കാഫ്□□□-ഗാൾ□)	(140 − പ്രായം) × ഭാരം ÷ (72 × സീറം ക്രിയാറ്റിനിൻ mg/dL) [സ്ത്രീ ×0.85]	60 വയസ്സ്, 70 kg, ക്രിയാറ്റിനിൻ 1.2 → 65 mL/മിനിറ്റ്

കൺവേർഷൻ	തുല്യം
1 g	1,000 mg
1 mg	1,000 µg (മൈക്രോഗ്രാം — "മൈക്രോഗ്രാം" മുഴുവനായി എഴുതുക)
1 L	1,000 mL
1 kg	2.2 lb
1 ടീസ്പൂൺ	5 mL
1 ടേബിൾസ്പൂൺ	15 mL
°F → °C	(°F − 32) × 5/9

സുരക്ഷിതമായ കണക്കുകൂട്ടൽ ശീലങ്ങൾ

- ദശാംശത്തിന് ശേഷം പൂജ്യം ഒരിക്കലും എഴുതരുത് (5 mg, 5.0 mg അല്ല); ദശാംശത്തിന് മുമ്പ് എപ്പോഴും പൂജ്യം (0.5 mg, .5 mg അല്ല)
- "യൂണിറ്റ്", "മൈക്രോഗ്രാം" എന്നിവ മുഴുവനായി എഴുതുക
- ഹൈ-അലർട്ട് മരുന്നുകൾക്കും കുട്ടികൾക്കും രണ്ടാമതൊരു നഴ്സിനെക്കൊണ്ട് ഇൻഡിപെൻഡന്റ് ആയി വീണ്ടും കണക്കാക്കിക്കുക
- ഉത്തരം അനുസരിച്ച് ധാരാളം ടാബ്‌ലെറ്റുകളോ ആംപ്യൂളുകളോ നൽകേണ്ടി വരുന്നുവെങ്കിൽ നിർത്തി വീണ്ടും പരിശോധിക്കുക

AETCM



വാങ്ങുക ›

റഫറൻസ് 2

ഹൈ-അലർട്ട് മെഡിക്കേഷനുകളും ആന്റിഡോട്ടുകളും

പിഴവ് സംഭവിച്ചാൽ ഏറ്റവും കൂടുതൽ ദോഷം ഉണ്ടാക്കുന്ന മരുന്നുകൾ — അവയുടെ റിവേഴ്സൽ ഏജന്റുകളും

ഹൈ-അലർട്ട് മെഡിക്കേഷൻ	പ്രധാന അപകടം	സുരക്ഷാ നടപടി
ഇൻസുലിൻ (എല്ലാ തരവും)	ഹൈപ്പോഗ്ലൈസീമിയ, പത്തിരട്ടി ഡോസ് പിഴവുകൾ	"യൂണിറ്റ്" മുഴുവനായി; ഇൻസുലിൻ സിറിഞ്ച്/പെൻ മാത്രം; ഡബിൾ ചെക്ക്
ഹെപ്പാരിൻ, LMWH, വാർഫറിൻ, DOAC-കൾ	ബ്ലീഡിങ്	സ്ട്രെങ്ത് പരിശോധിക്കുക; aPTT/INR; ഇൻഫ്യൂഷനുകൾ ഡബിൾ ചെക്ക്
ഒപിയോയിഡുകൾ (മോർഫിൻ, ഫെന്റാനിൽ)	റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ	സെഡേഷൻ സ്കോർ, RR; നലോക്സോൺ ലഭ്യം
കോൺസൻട്രേറ്റഡ് പൊട്ടാസ്യം ക്ലോറൈഡ്	ഡൈല്യൂട്ട് ചെയ്യാതെ നൽകിയാൽ കാർഡിയാക് അറസ്റ്റ്	ഒരിക്കലും IV പുഷ് അരുത്; പ്രീ-ഡൈല്യൂട്ടഡ് ബാഗുകൾ; പെരിഫറൽ പരമാവധി 10–20 mmol/h
വാസോപ്രസ്സറുകൾ, ഇനോട്രോപ്പുകൾ	അരിത്മിയ, എക്സ്ട്രാവസേഷൻ നെക്രോസിസ്	സെൻട്രൽ ലൈൻ; പമ്പ്; സമർപ്പിത ലൂമൻ
ന്യൂറോമസ്കുലാർ ബ്ലോക്കറുകൾ	വെന്റിലേഷനില്ലാത്ത രോഗിയിൽ അപ്നിയ	വേർതിരിച്ച സംഭരണം; മുന്നറിയിപ്പ് ലേബലുകൾ
മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ്	റെസ്പിറേറ്ററി അറസ്റ്റ്	റിഫ്ലക്സ്, RR, യൂറിൻ പരിശോധന; കാൽസ്യം ഗ്ലൂക്കോണേറ്റ് തയ്യാർ
കീമോതെറാപ്പി	ടോക്സിസിറ്റി, എക്സ്ട്രാവസേഷൻ	പരിശീലനം ലഭിച്ച സ്റ്റാഫ്; ഇൻഡിപെൻഡന്റ് വെരിഫിക്കേഷൻ
ഹൈപ്പർടോണിക് സലൈൻ (3%), 25–50% ഡെക്സ്ട്രോസ്	ഓസ്മോട്ടിക് ഇഞ്ചുറി, എക്സ്ട്രാവസേഷൻ	വലിയ/സെൻട്രൽ വെയിൻ; പമ്പ്
ഓക്സിടോസിൻ	യൂട്ടറൈൻ ഹൈപ്പർസ്റ്റിമുലേഷൻ, റപ്ചർ	പമ്പ്; CTG; ഡബിൾ ചെക്ക്
സെഡേറ്റീവുകൾ (മിഡസോലം, പ്രൊപ്പോഫോൾ)	റെസ്പിറേറ്ററി ഡിപ്രഷൻ	മോണിറ്ററിങ്, എയർവേ ഉപകരണങ്ങൾ

മരുന്ന് / വിഷം	ആന്റിഡോട്ട്	ഡോസ് (മുതിർന്നവർ)
ഒപിയോയിഡുകൾ	നലോക്സോൺ	0.04–0.4 mg IV, ടൈട്രേറ്റ് ചെയ്യുക
ബെൻസോഡയസെപിനുകൾ	ഫ്ലൂമസെനിൽ (ശ്രദ്ധയോടെ)	0.2 mg IV, 0.1 mg ആവർത്തിക്കാം
ഹെപ്പാരിൻ	പ്രോട്ടമിൻ സൾഫേറ്റ്	100 യൂണിറ്റിന് 1 mg (പരമാവധി 50 mg)
വാർഫറിൻ	വിറ്റാമിൻ K ± PCC/FFP	5–10 mg IV സാവധാനം
പാരസെറ്റമോൾ	N-അസറ്റൈൽസിസ്റ്റീൻ	21-മണിക്കൂർ IV റെജിമെൻ (ഭാരം അനുസരിച്ച്)
ഓർഗാനോഫോസ്ഫേറ്റുകൾ	അട്രോപിൻ (+ പ്രാലിഡോക്സിം)	അട്രോപിൻ 1.8–3 mg IV, ഓരോ 5 മിനിറ്റിലും ഇരട്ടിയാക്കുക
ഡിജോക്സിൻ	ഡിജോക്സിൻ-സ്പെസിഫിക് Fab	ലെവൽ/കഴിച്ച അളവ് അനുസരിച്ച്
ബീറ്റ-ബ്ലോക്കറുകൾ	ഗ്ലൂക്കഗോൺ	5–10 mg IV
കാൽസ്യം-ചാനൽ ബ്ലോക്കറുകൾ	കാൽസ്യം ഗ്ലൂക്കോണേറ്റ് 10%; ഇൻസുലിൻ	30 mL (3 g) IV
മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ്	കാൽസ്യം ഗ്ലൂക്കോണേറ്റ് 10%	10 mL (1 g) IV 10 മിനിറ്റിൽ
ഇൻസുലിൻ, സൾഫോണൈൽയൂറിയകൾ	ഡെക്സ്ട്രോസ് 25%, ഗ്ലൂക്കഗോൺ (ഒക്ട്രിയോടൈഡ്)	50–100 mL IV; ഗ്ലൂക്കഗോൺ 1 mg IM
മെഥനോൾ, എതിലീൻ ഗ്ലൈക്കോൾ	ഫോമെപിസോൾ അല്ലെങ്കിൽ എഥനോൾ	പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം
അയൺ	ഡെസ്ഫെറിഓക്സാമിൻ	15 mg/kg/h IV
TCA ഓവർഡോസ്	സോഡിയം ബൈകാർബണേറ്റ് 8.4%	50–100 mL IV
മാലിഗ്നന്റ് ഹൈപ്പർതെർമിയ	ഡാൻട്രോലിൻ	2.5 mg/kg IV
പാമ്പുകടി (ഇന്ത്യൻ ബിഗ് ഫോർ)	പോളിവാലന്റ് ആന്റി-സ്നേക്ക് വെനം	10 വയൽ IV (ദേശീയ പ്രോട്ടോക്കോൾ പ്രകാരം)

വാങ്ങുക ›

റഫറൻസ് 3

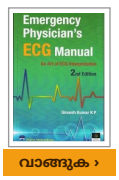
നോർമൽ വാല്യൂസും തെറാപ്യൂട്ടിക് ഡ്രഗ് ലെവലുകളും

മുതിർന്നവരുടെ റഫറൻസ് റേഞ്ചുകൾ (ലാബ് അനുസരിച്ച് വ്യത്യാസപ്പെടാം)

വൈറ്റൽ സൈൻ / ടെസ്റ്റ്	മുതിർന്നവരിലെ സാധാരണ നില	നടപടി വേണ്ടത്
ഹാർട്ട് റേറ്റ്	60–100/മിനിറ്റ്	50-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ 120-ൽ കൂടുതൽ
റെസ്പിറേറ്ററി റേറ്റ്	12–20/മിനിറ്റ്	10-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ 24-ൽ കൂടുതൽ
ബ്ലഡ് പ്രഷർ	120/80 mmHg-ൽ താഴെ (ഒപ്റ്റിമൽ)	SBP 90-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ 180-ൽ കൂടുതൽ
SpO_2	94–98% (COPD റിസ്കിൽ 88–92%)	92%-ൽ താഴെ
താപനില	36.5–37.5 °C	36-ൽ താഴെ അല്ലെങ്കിൽ 38.3 °C-ൽ കൂടുതൽ
യൂറിൻ ഔട്ട്പുട്ട്	0.5 mL/kg/h അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ	2 മണിക്കൂർ 0.5 mL/kg/h-ൽ താഴെ
GCS	15	2 അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ കുറയൽ, അല്ലെങ്കിൽ 8 അല്ലെങ്കിൽ കുറവ്
കാപ്പിലറി റീഫിൽ	2 സെക്കൻഡിൽ താഴെ	3 സെക്കൻഡിൽ കൂടുതൽ

ലാബ് ടെസ്റ്റ്	സാധാരണ നില	ടെസ്റ്റ്	സാധാരണ നില
സോഡിയം	135–145 mmol/L	ഹീമോഗ്ലോബിൻ	പുരുഷൻ 13–17; സ്ത്രീ 12–15 g/dL
പൊട്ടാസ്യം	3.5–5.0 mmol/L	WBC	4,000–11,000/mm^3
കാൽസ്യം (ആകെ)	8.5–10.5 mg/dL	പ്ലേറ്റ്‌ലെറ്റുകൾ	1.5–4.0 ലക്ഷം/mm^3
മഗ്നീഷ്യം	1.7–2.4 mg/dL	INR (ആന്റികോയാഗുലന്റ് ഇല്ലാതെ)	0.8–1.2
ഗ്ലൂക്കോസ് (ഫാസ്റ്റിങ്)	70–100 mg/dL	aPTT	25–35 സെക്കൻഡ്
HbA1c	5.7%-ൽ താഴെ (ഡയബറ്റിസ് 6.5% അല്ലെങ്കിൽ കൂടുതൽ)	ക്രിയാറ്റിനിൻ	0.6–1.2 mg/dL
യൂറിയ	15–40 mg/dL	ബിലിറൂബിൻ (ആകെ)	0.3–1.2 mg/dL
ABG pH	7.35–7.45	$PaCO_2$	35–45 mmHg
PaO_2	80–100 mmHg	HCO_3^-	22–26 mmol/L
ലാക്റ്റേറ്റ്	2 mmol/L-ൽ താഴെ	ട്രോപോണിൻ	ലാബിന്റെ 99-ാം സെന്റൈലിന് താഴെ

മരുന്ന്	തെറാപ്യൂട്ടിക് ലെവൽ	ടോക്സിക് ലക്ഷണങ്ങൾ
ഡിജോക്സിൻ	0.5–2.0 ng/mL (HF 0.5–0.9)	ഓക്കാനം, കാഴ്ചയിൽ വലയങ്ങൾ, ബ്രാഡിക്കാർഡിയ, അരിത്മിയ
ലിഥിയം	0.6–1.0 mmol/L	പരുക്കൻ വിറയൽ, ഛർദ്ദി, അറ്റാക്സിയ, കൺഫ്യൂഷൻ
ഫെനിറ്റോയിൻ	10–20 mg/L	നിസ്റ്റാഗ്മസ്, അറ്റാക്സിയ, മങ്ങിയ സംസാരം
തിയോഫിലിൻ	10–20 µg/mL	ഛർദ്ദി, ടാക്കിക്കാർഡിയ, സീഷറുകൾ
വാൻകോമൈസിൻ (ട്രഫ്)	10–20 mg/L	നെഫ്രോടോക്സിസിറ്റി, ഓട്ടോടോക്സിസിറ്റി
ജെന്റാമൈസിൻ (ട്രഫ്, ദിവസം ഒരു തവണ)	1 mg/L-ൽ താഴെ	നെഫ്രോ-, ഓട്ടോടോക്സിസിറ്റി
വാൽപ്രോയേറ്റ്	50–100 mg/L	മയക്കം, ഹൈപ്പർഅമോണീമിയ
കാർബമസെപിൻ	4–12 mg/L	ഡിപ്ലോപ്പിയ, അറ്റാക്സിയ
മഗ്നീഷ്യം (പ്രീ-എക്ലാംപ്സിയ)	4–7 mEq/L	7-ൽ കൂടുതൽ — റിഫ്ലക്സ് നഷ്ടം; 10-ൽ കൂടുതൽ — റെസ്പിറേറ്ററി അറസ്റ്റ്



വാങ്ങുക ›

റഫറൻസ് 4

ചുരുക്കെഴുത്തുകൾ (അബ്രീവിയേഷനുകൾ)

ഈ പുസ്തകത്തിൽ ഉപയോഗിച്ച പദങ്ങൾ

- **ABG** ആർട്ടീരിയൽ ബ്ലഡ് ഗ്യാസ്
- **ACS** അക്യൂട്ട് കൊറോണറി സിൻഡ്രോം
- **AED** ഓട്ടോമേറ്റഡ് എക്സ്റ്റേണൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ
- **AF** ഏട്രിയൽ ഫിബ്രിലേഷൻ
- **AKI** അക്യൂട്ട് കിഡ്നി ഇഞ്ചുറി
- **aPTT** ആക്റ്റിവേറ്റഡ് പാർഷ്യൽ ത്രോംബോപ്ലാസ്റ്റിൻ ടൈം
- **ARB** ആൻജിയോടെൻസിൻ റിസപ്റ്റർ ബ്ലോക്കർ
- **BD** ദിവസം രണ്ട് തവണ
- **BMI** ബോഡി മാസ് ഇൻഡക്സ്
- **BP** ബ്ലഡ് പ്രഷർ
- **CAUTI** കത്തീറ്റർ-അസോസിയേറ്റഡ് UTI
- **CBC** കംപ്ലീറ്റ് ബ്ലഡ് കൗണ്ട്
- **CBI** കണ്ടിന്യൂവസ് ബ്ലാഡർ ഇറിഗേഷൻ
- **CLABSI** സെൻട്രൽ ലൈൻ-അസോസിയേറ്റഡ് ബ്ലഡ്സ്ട്രീം ഇൻഫെക്ഷൻ
- **COPD** ക്രോണിക് ഒബ്സ്ട്രക്റ്റീവ് പൾമണറി ഡിസീസ്
- **CPR** കാർഡിയോപൾമണറി റിസസിറ്റേഷൻ
- **CrCl** ക്രിയാറ്റിനിൻ ക്ലിയറൻസ്
- **CVAD** സെൻട്രൽ വീനസ് ആക്സസ് ഡിവൈസ്
- **CVP** സെൻട്രൽ വീനസ് പ്രഷർ
- **DKA** ഡയബറ്റിക് കീറ്റോഅസിഡോസിസ്
- **DOAC** ഡയറക്റ്റ് ഓറൽ ആന്റികോയാഗുലന്റ്
- **DTR** ഡീപ് ടെൻഡൻ റിഫ്ലക്സ്
- **DVT** ഡീപ് വെയിൻ ത്രോംബോസിസ്
- **ECG** ഇലക്ട്രോകാർഡിയോഗ്രാം
- **EPS** എക്സ്ട്രാപിരമിഡൽ സിംപ്റ്റംസ്
- **ETT** എൻഡോട്രക്കിയൽ ട്യൂബ്
- **FFP** ഫ്രഷ് ഫ്രോസൺ പ്ലാസ്മ
- **GCS** ഗ്ലാസ്ഗോ കോമ സ്കെയിൽ
- **HOB** ബെഡ്ഡിന്റെ തലഭാഗം
- **HR** ഹാർട്ട് റേറ്റ്
- **ICP** ഇൻട്രാക്രേനിയൽ പ്രഷർ
- **ID** ഇൻട്രാഡെർമൽ
- **IM** ഇൻട്രാമസ്കുലാർ
- **INR** ഇന്റർനാഷണൽ നോർമലൈസ്ഡ് റേഷ്യോ
- **IV** ഇൻട്രാവീനസ്
- **LFT** ലിവർ ഫങ്ഷൻ ടെസ്റ്റുകൾ
- **LMWH** ലോ-മോളിക്യുലാർ-വെയ്റ്റ് ഹെപ്പാരിൻ
- **LP** ലംബർ പങ്ചർ
- **MAP** മീൻ ആർട്ടീരിയൽ പ്രഷർ
- **MDI** മീറ്റേർഡ്-ഡോസ് ഇൻഹേലർ
- **MI** മയോകാർഡിയൽ ഇൻഫാർക്ഷൻ
- **MLC** മെഡിക്കോ-ലീഗൽ കേസ്
- **NG** നേസോഗ്യാസ്ട്രിക്
- **NMS** ന്യൂറോലെപ്റ്റിക് മാലിഗ്നന്റ് സിൻഡ്രോം
- **NPO** വായിലൂടെ ഒന്നും നൽകരുത്
- **NPWT** നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ വൂണ്ട് തെറാപ്പി
- **NSAID** നോൺ-സ്റ്റിറോയ്ഡൽ ആന്റി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററി ഡ്രഗ്
- **NTEP** നാഷണൽ TB എലിമിനേഷൻ പ്രോഗ്രാം
- **OD** ദിവസം ഒരു തവണ
- **PCC** പ്രോത്രോംബിൻ കോംപ്ലക്സ് കോൺസൻട്രേറ്റ്
- **PEG** പെർക്യൂട്ടേനിയസ് എൻഡോസ്കോപ്പിക് ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി
- **PPE** പേഴ്സണൽ പ്രൊട്ടക്റ്റീവ് എക്വിപ്മെന്റ്
- **PPH** പോസ്റ്റ്പാർട്ടം ഹെമറേജ്
- **PPI** പ്രോട്ടോൺ പമ്പ് ഇൻഹിബിറ്റർ
- **PRN** ആവശ്യാനുസരണം
- **QT** ECG-യിലെ QT ഇന്റർവെൽ
- **ROSC** സ്വാഭാവിക രക്തചംക്രമണം തിരികെ വരൽ
- **RR** റെസ്പിറേറ്ററി റേറ്റ്
- **SC** സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ്
- **SCD** സീക്വൻഷ്യൽ കംപ്രഷൻ ഡിവൈസ്
- **SJS** സ്റ്റീവൻസ്–ജോൺസൺ സിൻഡ്രോം
- **SpO_2** ഓക്സിജൻ സാച്ചുറേഷൻ
- **SSRI** സെലക്റ്റീവ് സെറോടോണിൻ റീഅപ്ടേക്ക് ഇൻഹിബിറ്റർ
- **TACO** ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ-അസോസിയേറ്റഡ് സർക്കുലേറ്ററി ഓവർലോഡ്
- **TDS** ദിവസം മൂന്ന് തവണ
- **TPN** ടോട്ടൽ പേരന്ററൽ ന്യൂട്രീഷൻ
- **TURP** ട്രാൻസ്യൂറിത്രൽ റിസക്ഷൻ ഓഫ് പ്രോസ്റ്റേറ്റ്
- **UTI** യൂറിനറി ട്രാക്റ്റ് ഇൻഫെക്ഷൻ
- **VAP** വെന്റിലേറ്റർ-അസോസിയേറ്റഡ് ന്യുമോണിയ
- **VF / VT** വെൻട്രിക്കുലാർ ഫിബ്രിലേഷൻ / ടാക്കിക്കാർഡിയ
- **VIP** വിഷ്വൽ ഇൻഫ്യൂഷൻ ഫ്ലെബൈറ്റിസ് സ്കോർ



വാങ്ങുക ›

ഇൻഡക്സ്

മരുന്നുകൾ (ഇംഗ്ലീഷ്, മലയാളം പേരുകൾ), ക്ലാസുകൾ, പ്രൊസീജറുകൾ — ടാപ്പ് ചെയ്യുക

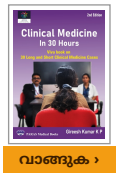
കാർഡിയോവാസ്കുലർ & റീനൽ മരുന്നുകൾ (മരുന്നുകൾ) 7
ലിസിനോപ്രിൽ / എനലാപ്രിൽ 8
ലോസാർട്ടൻ / ടെൽമിസാർട്ടൻ 9
മെറ്റോപ്രോളോൾ 10
ആംലോഡിപിൻ 11
ഡൈഹൈഡ്രോപിരിഡിൻ കാൽസ്യം ചാനൽ ബ്ലോക്കർ — ആംലോഡിപിൻ 11
ഡിൽറ്റിയാസെം 12
നോൺ-ഡൈഹൈഡ്രോപിരിഡിൻ കാൽസ്യം ചാനൽ ബ്ലോക്കർ — ഡിൽറ്റിയാസെം 12
ക്ലോണിഡിൻ 13
ഹൈഡ്രാലസിൻ 14
ഡയറക്ട് ആർട്ടീരിയോളാർ വാസോഡൈലേറ്റർ — ഹൈഡ്രാലസിൻ 14
ഡിഗോക്സിൻ 15
കാർഡിയാക് ഗ്ലൈക്കോസൈഡ് — ഡിഗോക്സിൻ 15
അമിയോഡറോൺ 16
അഡിനോസിൻ 17
പ്യൂരിൻ ന്യൂക്ലിയോസൈഡ് ആന്റിഅരിത്മിക് — അഡിനോസിൻ 17
അട്രോപിൻ 18
ആന്റിമസ്കാരിനിക് — അട്രോപിൻ 18
അഡ്രിനാലിൻ (എപിനെഫ്രിൻ) 19
കാറ്റെകോളമിൻ — അഡ്രിനാലിൻ 19
നോറഡ്രിനാലിൻ (നോറെപിനെഫ്രിൻ) 20
കാറ്റെകോളമിൻ വാസോപ്രസ്സർ — നോറഡ്രിനാലിൻ 20
ഡോപമിൻ 21
കാറ്റെകോളമിൻ — ഡോപമിൻ 21
നൈട്രോഗ്ലിസറിൻ (ഗ്ലിസറൈൽ ട്രൈനൈട്രേറ്റ്) 22
ഓർഗാനിക് നൈട്രേറ്റ് — നൈട്രോഗ്ലിസറിൻ 22
അറ്റോർവാസ്റ്റാറ്റിൻ / റോസുവാസ്റ്റാറ്റിൻ 23
ഫ്യൂറോസെമൈഡ് 24
ലൂപ്പ് ഡൈയൂററ്റിക് — ഫ്യൂറോസെമൈഡ് 24
സ്പൈറോനോലാക്ടോൺ 25
പൊട്ടാസ്യം-സ്പെയറിങ് ഡൈയൂററ്റിക് — സ്പൈറോനോലാക്ടോൺ 25
ഹൈഡ്രോക്ലോറോതയാസൈഡ് / ക്ലോർതാലിഡോൺ 26
തയാസൈഡ്, തയാസൈഡ്-ലൈക്ക് ഡൈയൂററ്റിക്കുകൾ — ഹൈഡ്രോക്ലോറോതയാസൈഡ് 26
മാനിറ്റോൾ 27
ഓസ്മോട്ടിക് ഡൈയൂററ്റിക് — മാനിറ്റോൾ 27
ആന്റികോയാഗുലന്റുകളും ബ്ലഡ് മോഡിഫയറുകളും (മരുന്നുകൾ) 28
വാർഫറിൻ 29
ഹെപ്പാരിൻ (അൺഫ്രാക്ഷനേറ്റഡ്) 30
ഇൻഡയറക്ട് ത്രോംബിൻ ഇൻഹിബിറ്റർ — ഹെപ്പാരിൻ 30
ഇനോക്സാപാരിൻ 31
ലോ-മോളിക്യുലാർ-വെയ്റ്റ് ഹെപ്പാരിൻ — ഇനോക്സാപാരിൻ 31
റിവറോക്സാബാൻ / അപിക്സാബാൻ 32
ഡയറക്ട് ഓറൽ ആന്റികോയാഗുലന്റുകൾ — റിവറോക്സാബാൻ 32
ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ 33
ആസ്പിരിൻ (അസറ്റൈൽസാലിസിലിക് ആസിഡ്) 34
സൈക്ലോ-ഓക്സിജനേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — ആസ്പിരിൻ 34
ആൾട്ടിപ്ലേസ് / ടെനക്റ്റിപ്ലേസ് 35
ത്രോംബോലിറ്റിക് — ആൾട്ടിപ്ലേസ് 35
എറിത്രോപോയറ്റിൻ (എപ്പോയിറ്റിൻ ആൽഫ) 36
എറിത്രോപോയിസിസ്-സ്റ്റിമുലേറ്റിങ് ഏജന്റ് — എറിത്രോപോയറ്റിൻ 36
ഫെറസ് സൾഫേറ്റ് / അയൺ പ്രിപ്പറേഷനുകൾ 37
ഹീമാറ്റിനിക് — ഫെറസ് സൾഫേറ്റ് 37
റെസ്പിറേറ്ററി, അലർജി മരുന്നുകൾ (മരുന്നുകൾ) 38
സാൽബ്യൂട്ടമോൾ (ആൽബ്യൂട്ടറോൾ) 39
ഇപ്രാട്രോപ്പിയം / ടയോട്രോപ്പിയം 40
ഇൻഹെയിൽഡ് ആന്റിമസ്കാരിനിക് ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ — ഇപ്രാട്രോപ്പിയം 40
ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ (ബ്യൂഡെസോണൈഡ് / ഫ്ലൂട്ടിക്കസോൺ) 41
ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡ് — ഇൻഹെയിൽഡ് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ 41
മോണ്ടെലൂക്കാസ്റ്റ് 42
ല്യൂക്കോട്രൈൻ റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — മോണ്ടെലൂക്കാസ്റ്റ് 42
ക്ലോർഫെനിറമിൻ / ഡൈഫെൻഹൈഡ്രമിൻ 43
തിയോഫിലിൻ / അമിനോഫിലിൻ 44
മീതൈൽസാന്തീൻ ബ്രോങ്കോഡൈലേറ്റർ — തിയോഫിലിൻ 44
ഗ്വയ്ഫെനെസിൻ / ആംബ്രോക്സോൾ 45
എക്സ്പെക്ടോറന്റ് / മ്യൂക്കോലിറ്റിക് — ഗ്വയ്ഫെനെസിൻ 45
എൻഡോക്രൈൻ, ഹോർമോൺ മരുന്നുകൾ (മരുന്നുകൾ) 46
ഇൻസുലിൻ ലിസ്പ്രോ / ആസ്പാർട്ട് (റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ്) 47
റാപ്പിഡ്-ആക്റ്റിങ് ഇൻസുലിൻ അനലോഗ് — ഇൻസുലിൻ ലിസ്പ്രോ 47
ഇൻസുലിൻ റെഗുലർ (സോല്യൂബിൾ, ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ്) 48
ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ് ഹ്യൂമൻ ഇൻസുലിൻ — ഇൻസുലിൻ റെഗുലർ 48
ഇൻസുലിൻ ഗ്ലാർജിൻ (ലോങ്-ആക്റ്റിങ്) 50
ലോങ്-ആക്റ്റിങ് ബേസൽ ഇൻസുലിൻ അനലോഗ് — ഇൻസുലിൻ ഗ്ലാർജിൻ 50
മെറ്റ്ഫോർമിൻ 51
ബൈഗ്വാനൈഡ് — മെറ്റ്ഫോർമിൻ 51
ഗ്ലിമിപിറൈഡ് / ഗ്ലിപിസൈഡ് / ഗ്ലിക്ലാസൈഡ് 52
സൾഫോണൈൽയൂറിയ — ഗ്ലിമിപിറൈഡ് 52
ഹൈപ്പർഗ്ലൈസീമിക് ഏജന്റുകൾ — ഗ്ലൂക്കഗോൺ 53
ലെവോതൈറോക്സിൻ 54
തൈറോയ്ഡ് ഹോർമോൺ റീപ്ലേസ്മെന്റ് — ലെവോതൈറോക്സിൻ 54
തയോനമൈഡ് ആന്റിതൈറോയ്ഡ് മരുന്നുകൾ — കാർബിമസോൾ 55
സിന്തറ്റിക് വാസോപ്രസ്സിൻ അനലോഗ് — ഡെസ്മോപ്രസ്സിൻ 56
പ്രെഡ്നിസൊലോൺ / ഹൈഡ്രോകോർട്ടിസോൺ / ഡെക്സാമെതസോൺ 57
സിസ്റ്റമിക് കോർട്ടിക്കോസ്റ്റിറോയ്ഡുകൾ — പ്രെഡ്നിസൊലോൺ 57
ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ 58
മിനറലോകോർട്ടിക്കോയ്ഡ് — ഫ്ലൂഡ്രോകോർട്ടിസോൺ 58
ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ മരുന്നുകൾ (മരുന്നുകൾ) 59
പാന്റോപ്രസോൾ / ഒമിപ്രസോൾ 60
പ്രോട്ടോൺ പമ്പ് ഇൻഹിബിറ്റർ — പാന്റോപ്രസോൾ 60
ഫാമോട്ടിഡിൻ / റാനിറ്റിഡിൻ 61
ഒൻഡാൻസെട്രോൺ 62
മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് / ഡോംപെരിഡോൺ 63
ഡോക്യുസേറ്റ് / ബിസാക്കോഡിൽ / സെന്ന / പോളിഎതിലീൻ ഗ്ലൈക്കോൾ 64
ലാക്സേറ്റീവുകൾ — ഡോക്യുസേറ്റ് 64
ലാക്റ്റുലോസ് 65
ഓസ്മോട്ടിക് ലാക്സേറ്റീവ് — ലാക്റ്റുലോസ് 65
ലോപെറമൈഡ് 66
ഒപിയോയിഡ്-റിസപ്റ്റർ അഗോണിസ്റ്റ് — ലോപെറമൈഡ് 66
പാൻക്രിയാറ്റിക് എൻസൈമുകൾ (പാൻക്രിലിപേസ്) 67
പാൻക്രിയാറ്റിക് എൻസൈം റീപ്ലേസ്മെന്റ് തെറാപ്പി — പാൻക്രിയാറ്റിക് എൻസൈമുകൾ 67
അമിനോസാലിസിലേറ്റുകൾ — സൾഫാസലസിൻ 68
ആന്റിബയോട്ടിക്കുകളും ആന്റിമൈക്രോബിയലുകളും (മരുന്നുകൾ) 69
അമോക്സിസിലിൻ / അമോക്സിസിലിൻ-ക്ലാവുലനേറ്റ് 70
അമിനോപെനിസിലിൻ — അമോക്സിസിലിൻ 70
സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ 71
മൂന്നാം തലമുറ സെഫാലോസ്പോറിൻ — സെഫ്ട്രിയാക്സോൺ 71
വാൻകോമൈസിൻ 72
ഗ്ലൈക്കോപെപ്റ്റൈഡ് ആന്റിബയോട്ടിക് — വാൻകോമൈസിൻ 72
ഡോക്സിസൈക്ലിൻ 73
ടെട്രാസൈക്ലിൻ ആന്റിബയോട്ടിക് — ഡോക്സിസൈക്ലിൻ 73
അസിത്രോമൈസിൻ 74
മാക്രോലൈഡ് ആന്റിബയോട്ടിക് — അസിത്രോമൈസിൻ 74
ജെന്റാമൈസിൻ / അമികാസിൻ 75
അമിനോഗ്ലൈക്കോസൈഡ് ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ — ജെന്റാമൈസിൻ 75
കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ (ട്രൈമെത്തോപ്രിം–സൾഫാമെതോക്സസോൾ) 76
ഫോളേറ്റ് ആന്റഗോണിസ്റ്റ് കോമ്പിനേഷൻ — കോ-ട്രൈമോക്സസോൾ 76
സിപ്രോഫ്ലോക്സസിൻ / ലെവോഫ്ലോക്സസിൻ 77
ഫ്ലൂറോക്വിനൊലോൺ ആന്റിബയോട്ടിക്കുകൾ — സിപ്രോഫ്ലോക്സസിൻ 77
മെട്രോണിഡസോൾ 78
നൈട്രോഇമിഡസോൾ — മെട്രോണിഡസോൾ 78
ആന്റിട്യൂബർക്കുലർ — ഐസോണിയാസിഡ് 79
റിഫാമൈസിൻ — റിഫാംപിസിൻ 80
ഫ്ലൂക്കോണസോൾ 81
ട്രയസോൾ ആന്റിഫംഗൽ — ഫ്ലൂക്കോണസോൾ 81
അസൈക്ലോവിർ / വലാസൈക്ലോവിർ 82
ന്യൂക്ലിയോസൈഡ് അനലോഗ് ആന്റിവൈറൽ — അസൈക്ലോവിർ 82
സൈക്യാട്രിക്, ന്യൂറോളജിക്കൽ മരുന്നുകൾ (മരുന്നുകൾ) 83
ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ / എസ്സിറ്റലോപ്രാം 84
സെലക്റ്റീവ് സെറോടോണിൻ റീഅപ്ടേക്ക് ഇൻഹിബിറ്റർ — ഫ്ലൂഓക്സെറ്റിൻ 84
സെർട്രാലിൻ 85
അമിട്രിപ്റ്റിലിൻ 86
ട്രൈസൈക്ലിക് ആന്റിഡിപ്രസന്റ് — അമിട്രിപ്റ്റിലിൻ 86
മോണോഅമിൻ ഓക്സിഡേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — ഫിനെൽസിൻ 87

CBME-BASED INTERNAL MEDICINE
വാങ്ങുക ›

ഇൻഡക്സ് (തുടർച്ച)

മരുന്നുകൾ (ഇംഗ്ലീഷ്, മലയാളം പേരുകൾ), ക്ലാസുകൾ, പ്രൊസീജറുകൾ — ടാപ്പ് ചെയ്യുക

ലിഥിയം കാർബണേറ്റ് 88
മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസർ — ലിഥിയം കാർബണേറ്റ് 88
ഹാലോപെരിഡോൾ 89
ടിപ്പിക്കൽ ആന്റിസൈക്കോട്ടിക് — ഹാലോപെരിഡോൾ 89
ഒലൻസാപിൻ / ക്ലോസാപിൻ 90
അറ്റിപ്പിക്കൽ ആന്റിസൈക്കോട്ടിക്കുകൾ — ഒലൻസാപിൻ 90
ലോറസെപാം / ഡയസെപാം / മിഡസോലം 91
ബെൻസോഡയസെപിനുകൾ — ലോറസെപാം 91
ബസ്പിറോൺ 92
നോൺ-ബെൻസോഡയസെപിൻ ആങ്സൈയോലിറ്റിക് — ബസ്പിറോൺ 92
സോൾപിഡെം 93
നോൺ-ബെൻസോഡയസെപിൻ ഹിപ്നോട്ടിക് — സോൾപിഡെം 93
ഫെനിറ്റോയിൻ / ഫോസ്ഫെനിറ്റോയിൻ 94
ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക് — ഫെനിറ്റോയിൻ 94
കാർബമസെപിൻ 95
ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക്, മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസർ — കാർബമസെപിൻ 95
സോഡിയം വാൽപ്രോയേറ്റ് 96
ബ്രോഡ്-സ്പെക്ട്രം ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക്, മൂഡ് സ്റ്റെബിലൈസർ — സോഡിയം വാൽപ്രോയേറ്റ് 96
ലെവെറ്റിറാസെറ്റം 97
ആന്റിഎപിലെപ്റ്റിക് — ലെവെറ്റിറാസെറ്റം 97
ലെവോഡോപ–കാർബിഡോപ 98
ഡോപമിൻ പ്രിക്കേഴ്സർ + ഡികാർബോക്സിലേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — ലെവോഡോപ–കാർബിഡോപ 98
ബെൻസ്ട്രോപിൻ / ട്രൈഹെക്സിഫെനിഡിൽ 99
ആന്റികോളിനെർജിക് ആന്റിപാർക്കിൻസോണിയൻ — ബെൻസ്ട്രോപിൻ 99
ഡോനെപെസിൽ 100
അസറ്റൈൽകോളിൻഎസ്റ്ററേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — ഡോനെപെസിൽ 100
അനാൽജെസിക്കുകൾ, അനസ്തേഷ്യ, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മരുന്നുകൾ (മരുന്നുകൾ) 101
പാരസെറ്റമോൾ (അസറ്റാമിനോഫെൻ) 102
നോൺ-ഒപിയോയിഡ് അനാൽജെസിക്, ആന്റിപൈറെറ്റിക് — പാരസെറ്റമോൾ 102
ഐബുപ്രോഫെൻ / ഡൈക്ലോഫെനാക് 103
നോൺ-സ്റ്റിറോയ്ഡൽ ആന്റി-ഇൻഫ്ലമേറ്ററി ഡ്രഗ്സ് — ഐബുപ്രോഫെൻ 103
മോർഫിൻ 104
ഒപിയോയിഡ് അഗോണിസ്റ്റ് — മോർഫിൻ 104
ട്രമഡോൾ 105
ദുർബല ഒപിയോയിഡ് + സെറോടോണിൻ/നോർഎപിനെഫ്രിൻ റീഅപ്ടേക്ക് ഇൻഹിബിറ്റർ — ട്രമഡോൾ 105
ഫെന്റാനിൽ 106
ശക്തമായ സിന്തറ്റിക് ഒപിയോയിഡ് — ഫെന്റാനിൽ 106
നലോക്സോൺ 107
ഒപിയോയിഡ് ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — നലോക്സോൺ 107
സക്സാമെതോണിയം (സക്സിനൈൽകോളിൻ) 108
ഡിപോളറൈസിങ് ന്യൂറോമസ്കുലാർ ബ്ലോക്കർ — സക്സാമെതോണിയം 108
പ്രൊപ്പോഫോൾ 109
കെറ്റമിൻ 110
സ്ത്രീകളുടെ ആരോഗ്യവും ഒബ്സ്റ്റെട്രിക് മരുന്നുകളും (മരുന്നുകൾ) 111
ഓക്സിടോസിൻ 112
ഗർഭാശയ ഉത്തേജക ഹോർമോൺ — ഓക്സിടോസിൻ 112
മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ് 113
ആന്റികൺവൾസന്റ് — മഗ്നീഷ്യം സൾഫേറ്റ് 113
ടോക്കോലിറ്റിക്കുകൾ (നിഫെഡിപിൻ / ടെർബ്യൂട്ടാലിൻ) 114
ഗർഭാശയ സങ്കോചം കുറയ്ക്കുന്ന മരുന്നുകൾ — ടോക്കോലിറ്റിക്കുകൾ 114
ഫിസിക്കൽ അസസ്മെന്റും വൈറ്റൽ സൈൻസും (പ്രൊസീജറുകൾ) 116
അപിക്കൽ പൾസ് അളക്കൽ 117
മാനുവൽ ബ്ലഡ് പ്രഷർ അളക്കൽ 118
ഓർത്തോസ്റ്റാറ്റിക് (പോസ്ചറൽ) വൈറ്റൽ സൈൻസ് വിലയിരുത്തൽ 119
ന്യൂറോളജിക്കൽ അസസ്മെന്റ് — ഗ്ലാസ്ഗോ കോമ സ്കെയിൽ 121
ലങ് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ 124
ഹാർട്ട് സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ 125
ബവൽ സൗണ്ടുകൾ ഓസ്കൾട്ടേറ്റ് ചെയ്യൽ 126
ബ്ലാഡർ സ്കാനിങ് 127
പീറ്റിങ് എഡീമ വിലയിരുത്തൽ 128
മെഡിക്കേഷൻ അഡ്മിനിസ്ട്രേഷൻ (പ്രൊസീജറുകൾ) 129
പേഷ്യന്റ് ഐഡന്റിറ്റി ഉറപ്പാക്കൽ 130
സബ്ക്യൂട്ടേനിയസ് ഇൻജക്ഷൻ 131
ഇൻട്രാഡെർമൽ ഇൻജക്ഷൻ 133
ഐ ഡ്രോപ്പുകളും ഓയിന്റ്മെന്റും നൽകൽ 134
ഇയർ ഡ്രോപ്പുകൾ നൽകൽ 135
മീറ്റേർഡ്-ഡോസ് ഇൻഹേലർ (സ്പേസറോടു കൂടി) നൽകൽ 136
ട്രാൻസ്ഡെർമൽ പാച്ചുകൾ ഒട്ടിക്കൽ 141
സെൻട്രൽ വീനസ് ആക്സസ് ഡിവൈസ് ഫ്ലഷ് ചെയ്യൽ 145
സെൻട്രൽ ലൈൻ ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ 146
ബ്ലഡ് കൾച്ചർ ശേഖരണം 147
ഇംപ്ലാന്റഡ് പോർട്ട് (പോർട്ട്-എ-കാത്ത്) ആക്സസ് ചെയ്യൽ 148
ഇൻഫെക്ഷൻ കൺട്രോളും വൂണ്ട് കെയറും (പ്രൊസീജറുകൾ) 150
സർജിക്കൽ ഹാൻഡ് സ്ക്രബ് 152
സ്റ്റെറൈൽ ഫീൽഡ് സ്ഥാപിക്കലും നിലനിർത്തലും 153
സ്റ്റെറൈൽ ഗ്ലൗവിങ് (ഓപ്പൺ മെത്തേഡ്) 154
ഡ്രൈ വൂണ്ട് ഡ്രസ്സിങ് മാറ്റൽ 155
ഡാമ്പ്-ടു-ഡ്രൈ, മോയ്സ്റ്റ് വൂണ്ട് പാക്കിങ് 156
വൂണ്ട് ഇറിഗേഷൻ 157
ഹീമോവാക് (സ്പ്രിങ് സക്ഷൻ) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം 159
സ്യൂച്ചർ, സ്റ്റേപ്പിൾ നീക്കം ചെയ്യൽ 160
വൂണ്ട് കൾച്ചർ സ്വാബ് എടുക്കൽ 161
പെരിഓപ്പറേറ്റീവ്, അഡ്വാൻസ്ഡ് സ്കിൽസ് (പ്രൊസീജറുകൾ) 162
പ്രീ-ഓപ്പറേറ്റീവ് ചെക്ക്ലിസ്റ്റ് പരിശോധന 163
ഇൻസെന്റീവ് സ്പൈറോമെട്രിയും ഡീപ് ബ്രീത്തിങ്ങും പഠിപ്പിക്കൽ 165
സെൻട്രൽ ലൈൻ ഇൻസർഷനിൽ സഹായിക്കൽ 166
ലംബർ പങ്ചറിൽ സഹായിക്കൽ 167
തൊറാസെന്റസിസിൽ (പ്ലൂറൽ ടാപ്പ്) സഹായിക്കൽ 168
അബ്ഡോമിനൽ പാരസെന്റസിസിൽ സഹായിക്കൽ 169
റെസ്പിറേറ്ററി, എയർവേ മാനേജ്മെന്റ് (പ്രൊസീജറുകൾ) 170
ഓക്സിജൻ തെറാപ്പി നൽകൽ 171
ഓറൽ, ഓറോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ് (യാങ്കവർ) 172
നേസോഫാരിഞ്ചിയൽ സക്ഷനിങ് 173
എൻഡോട്രക്കിയൽ / ട്രക്കിയോസ്റ്റമി സക്ഷനിങ് 174
ട്രക്കിയോസ്റ്റമി കെയർ 175
ചെസ്റ്റ് ഡ്രെയിൻ (അണ്ടർവാട്ടർ സീൽ) സജ്ജമാക്കലും നിരീക്ഷണവും 177
ചെസ്റ്റ് ട്യൂബ് പുറത്തുവരൽ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ 178
എൻഡോട്രക്കിയൽ ഇൻട്യൂബേഷനിൽ സഹായിക്കൽ 179
എക്സ്ട്യൂബേഷൻ കെയർ 180
ബാഗ്–വാൽവ്–മാസ്ക് വെന്റിലേഷൻ 181
ഗ്യാസ്ട്രോഇന്റസ്റ്റൈനൽ, ന്യൂട്രീഷണൽ സപ്പോർട്ട് (പ്രൊസീജറുകൾ) 182
എന്ററൽ ട്യൂബ് ഫീഡുകൾ നൽകൽ 185
നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് ട്യൂബ് നീക്കം ചെയ്യൽ 186
കാപ്പിലറി ബ്ലഡ് ഗ്ലൂക്കോസ് മോണിറ്ററിങ് 189
കൊളോസ്റ്റമി/ഇലിയോസ്റ്റമി പൗച്ചിങ്ങും പരിപാലനവും 190
ക്ലെൻസിങ് എനിമ നൽകൽ 191
ഫീക്കൽ ഇംപാക്ഷന്റെ ഡിജിറ്റൽ നീക്കം 192
ജെനിറ്റോയൂറിനറി കെയർ (പ്രൊസീജറുകൾ) 193
ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (സ്ത്രീ) 194
ഇൻഡ്വെല്ലിങ് യൂറിനറി കത്തീറ്റർ ഇടൽ (പുരുഷൻ) 195
മിഡ്സ്ട്രീം (ക്ലീൻ-ക്യാച്ച്) യൂറിൻ സ്പെസിമെൻ ശേഖരിക്കൽ 197
യൂറിനറി കത്തീറ്റർ നീക്കം ചെയ്യൽ (ട്രയൽ വിത്തൗട്ട് കത്തീറ്റർ) 199
കോണ്ടം (എക്സ്റ്റേണൽ) കത്തീറ്റർ ഘടിപ്പിക്കൽ 200
ഫ്ലൂയിഡ്, ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്, ബ്ലഡ് പ്രോഡക്റ്റ് മാനേജ്മെന്റ് (പ്രൊസീജറുകൾ) 201
ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ ഉറപ്പാക്കലും തുടങ്ങലും 202
ബ്ലഡ് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ നിരീക്ഷിക്കൽ 203
അക്യൂട്ട് ട്രാൻസ്ഫ്യൂഷൻ റിയാക്ഷൻ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ 204
കർശനമായ ഇൻടേക്കും ഔട്ട്പുട്ടും അളക്കൽ (ഫ്ലൂയിഡ് ബാലൻസ്) 206
പേഷ്യന്റ് മൊബിലിറ്റി, സുരക്ഷ, സ്കിൻ ഇന്റഗ്രിറ്റി (പ്രൊസീജറുകൾ) 207
മെക്കാനിക്കൽ ഹോയിസ്റ്റ് ഉപയോഗിച്ച് പേഷ്യന്റ് ട്രാൻസ്ഫർ 208
രോഗിയെ ലോഗ്റോൾ ചെയ്യൽ 209
കെയിൻ അല്ലെങ്കിൽ വാക്കർ ഉപയോഗിച്ച് നടക്കാൻ സഹായിക്കൽ 210
വീഴുന്ന രോഗിയെ കൈകാര്യം ചെയ്യൽ (നിയന്ത്രിത ഇറക്കം) 211
ഫിസിക്കൽ റെസ്ട്രെയിന്റുകൾ പ്രയോഗിക്കലും നിരീക്ഷിക്കലും 212
പ്രഷർ ഇഞ്ചുറി തടയാൻ പൊസിഷൻ മാറ്റൽ 213
ബ്രേഡൻ സ്കെയിൽ ഉപയോഗിച്ച് സ്കിൻ അസസ്മെന്റ് 215
എമർജൻസി, ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ, പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ (പ്രൊസീജറുകൾ) 216
ഫോറിൻ-ബോഡി എയർവേ ഒബ്സ്ട്രക്ഷൻ (ചോക്കിങ്) മാറ്റൽ 219
കാർഡിയാക് അറസ്റ്റിൽ മാനുവൽ ഡീഫിബ്രിലേഷൻ 220
സിൻക്രൊണൈസ്ഡ് കാർഡിയോവേർഷൻ 221
ആർട്ടീരിയൽ ലൈൻ സജ്ജമാക്കലും ലെവലിങ്ങും 222
പ്രഷർ ട്രാൻസ്ഡ്യൂസർ സീറോ ചെയ്യൽ 223



വാങ്ങുക ›

ഇൻഡക്സ് (തുടർച്ച)

മരുന്നുകൾ (ഇംഗ്ലീഷ്, മലയാളം പേരുകൾ), ക്ലാസുകൾ, പ്രൊസീജറുകൾ — ടാപ്പ് ചെയ്യുക

തുടർച്ചയായ കാർഡിയാക് മോണിറ്ററിങ്ങും മാരക റിഥങ്ങൾ തിരിച്ചറിയലും 224
പോസ്റ്റ്-മോർട്ടം കെയർ (ലാസ്റ്റ് ഓഫീസസ്) 226
ഓരോ നഴ്സും അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ട ഡ്രഗ് കാൽക്കുലേഷനുകൾ 227
ഡോസ് കാൽക്കുലേഷൻ 227
ഡ്രിപ്പ് റേറ്റ് 227
യൂണിറ്റ് കൺവേർഷൻ 227
ഹൈ-അലർട്ട് മെഡിക്കേഷനുകളും ആന്റിഡോട്ടുകളും 228
ഹൈ-അലർട്ട് മെഡിക്കേഷനുകൾ 228
ആന്റിഡോട്ടുകൾ 228
നോർമൽ വാല്യൂസും തെറാപ്യൂട്ടിക് ഡ്രഗ് ലെവലുകളും 229
നോർമൽ വാല്യൂസ് 229
തെറാപ്യൂട്ടിക് ഡ്രഗ് ലെവലുകൾ 229
വൈറ്റൽ സൈൻസ് 229
ചുരുക്കെഴുത്തുകൾ (അബ്രീവിയേഷനുകൾ) 230
ബീറ്റ-1 സെലക്ടീവ് അഡ്രിനെർജിക് ബ്ലോക്കർ — മെറ്റോപ്രോളോൾ 10
12-ലീഡ് ECG രേഖപ്പെടുത്തൽ 225
സെൻട്രൽ ആൽഫ-2 അഡ്രിനെർജിക് അഗോണിസ്റ്റ് — ക്ലോണിഡിൻ 13
ഷോർട്ട്-ആക്റ്റിങ് ബീറ്റ-2 അഗോണിസ്റ്റ് — സാൽബ്യൂട്ടമോൾ 39
24-മണിക്കൂർ യൂറിൻ സാമ്പിൾ ശേഖരിക്കൽ 198
ഗ്ലൂക്കഗോൺ / 25% ഡെക്സ്ട്രോസ് 53
സൾഫാസലസിൻ / മെസലസിൻ (5-ASA) 68
5-HT3 റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — ഒൻഡാൻസെട്രോൺ 62
Accessing an Implanted Port (Port-a-Cath) 148
ACE ഇൻഹിബിറ്റർ — ലിസിനോപ്രിൽ 8
Acyclovir / Valacyclovir 82
Adenosine 17
Administering a Cleansing Enema 191
Administering Ear Drops 135
Administering Enteral Tube Feeds 185
Administering Eye Drops and Ointment 134
Administering Medications via NG or Gastrostomy Tube 140
Administering Metered-Dose Inhalers (with Spacer) 136
Administering Oxygen Therapy 171
Administering Total Parenteral Nutrition (TPN) 188
Adrenaline (Epinephrine) 19
ഓട്ടോമേറ്റഡ് എക്സ്റ്റേണൽ ഡീഫിബ്രിലേറ്റർ (AED) ഉപയോഗിക്കൽ 218
Alteplase / Tenecteplase 35
Amiodarone 16
Amitriptyline 86
Amlodipine 11
Amoxicillin / Amoxicillin–Clavulanate 70
Anti-D Immunoglobulin (Rho(D) Immune Globulin) 115
Applying a Condom (External) Catheter 200
Applying and Monitoring Physical Restraints 212
Applying Negative Pressure Wound Therapy (Wound VAC) 214
Applying Sequential Compression Devices (SCDs) 164
Applying Transdermal Patches 141
Arterial Line Set-up and Levelling 222
Aspirin (Acetylsalicylic acid) 34
Assessing Deep Tendon Reflexes (DTR) 120
Assessing Orthostatic (Postural) Vital Signs 119
Assessing Pitting Oedema 128
Assisting Ambulation with a Cane or Walker 210
Assisting with a Lumbar Puncture 167
Assisting with an Abdominal Paracentesis 169
Assisting with a Thoracentesis (Pleural Tap) 168
Assisting with Central Line Insertion 166
Assisting with Endotracheal Intubation 179
Atorvastatin / Rosuvastatin 23
Atropine 18
Auscultating Bowel Sounds 126
Auscultating Heart Sounds 125
Auscultating Lung Sounds 124
Azithromycin 74
Bag–Valve–Mask Ventilation 181
Benztropine / Trihexyphenidyl 99
Bladder Scanning 127
Blood Culture Collection 147
കാർഡിയോപൾമണറി റിസസിറ്റേഷൻ (അഡൾട്ട് BLS) 217
Buspirone 92
Calculating IV Drip Rates (including µg/kg/min) 139
Capillary Blood Glucose Monitoring 189
Carbamazepine 95
Carbimazole / Propylthiouracil (PTU) 55
Cardiopulmonary Resuscitation (Adult BLS) 217
Caring for a PEG (Gastrostomy) Tube 187
കണ്ടിന്യൂവസ് ബ്ലാഡർ ഇറിഗേഷൻ (CBI) 196
Ceftriaxone 71
Central Line Dressing Change 146
Chlorpheniramine / Diphenhydramine 43
Ciprofloxacin / Levofloxacin 77
Clonidine 13
Clopidogrel 33
ക്രേനിയൽ നെർവ് അസസ്മെന്റ് (CN I–XII) 122
Collecting a 24-Hour Urine Sample 198
Collecting a Midstream (Clean-Catch) Urine Specimen 197
Continuous Bladder Irrigation (CBI) 196
Continuous Cardiac Monitoring and Recognising Lethal Rhythms 224
Co-trimoxazole (Trimethoprim–Sulfamethoxazole) 76
Cranial Nerve Assessment (CN I–XII) 122
ഇമ്മ്യൂണോഗ്ലോബുലിൻ — ആന്റി-D ഇമ്മ്യൂണോഗ്ലോബുലിൻ 115
ഡോപമിൻ D2 ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — മെറ്റോക്ലോപ്രമൈഡ് 63
Damp-to-Dry and Moist Wound Packing 156
ഡെസ്മോപ്രസ്സിൻ (DDAVP) 56
Defibrillation (Manual) in Cardiac Arrest 220
Desmopressin (DDAVP) 56
Digital Removal of Faecal Impaction 192
Digoxin 15
Diltiazem 12
Discontinuing a Peripheral IV Cannula 149
Docusate / Bisacodyl / Senna / Polyethylene Glycol 64
Donepezil 100
Donning and Doffing PPE 151
Dopamine 21
Doxycycline 73
ആന്റി-D ഇമ്മ്യൂണോഗ്ലോബുലിൻ (Rho(D) ഇമ്മ്യൂൺ ഗ്ലോബുലിൻ) 115
Dry Wound Dressing Change 155
ഡീപ് ടെൻഡൻ റിഫ്ലക്സുകൾ (DTR) വിലയിരുത്തൽ 120
Endotracheal / Tracheostomy Suctioning 174
Enoxaparin 31
Erythropoietin (Epoetin alfa) 36
Establishing and Maintaining a Sterile Field 153
ട്രക്കിയോസ്റ്റമി / ETT കഫ് പ്രഷർ മാനേജ്മെന്റ് 176
Extubation Care 180
Famotidine / Ranitidine 61
Fentanyl 106
Ferrous Sulfate / Iron Preparations 37
Fluconazole 81
Fludrocortisone 58
Fluoxetine / Escitalopram 84
Flushing a Central Venous Access Device 145
Furosemide 24
Gentamicin / Amikacin 75
Glimepiride / Glipizide / Gliclazide 52
Glucagon / 25% Dextrose 53
Guaifenesin / Ambroxol 45
ഐസോണിയാസിഡ് (H) 79
ഫസ്റ്റ്-ജനറേഷൻ H1 ആന്റിഹിസ്റ്റമിൻ — ക്ലോർഫെനിറമിൻ 43
H2 റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — ഫാമോട്ടിഡിൻ 61
Haloperidol 89
Heparin (Unfractionated) 30
HMG-CoA റിഡക്റ്റേസ് ഇൻഹിബിറ്റർ — അറ്റോർവാസ്റ്റാറ്റിൻ 23

Handbook of Antibiotics
വാങ്ങുക ›

ഇൻഡക്സ് (തുടർച്ച)

മരുന്നുകൾ (ഇംഗ്ലീഷ്, മലയാളം പേരുകൾ), ക്ലാസുകൾ, പ്രൊസീജറുകൾ — ടാപ്പ് ചെയ്യുക

Hydralazine 14
Hydrochlorothiazide / Chlorthalidone 26
Ibuprofen / Diclofenac 103
ആൻജിയോടെൻസിൻ II റിസപ്റ്റർ ബ്ലോക്കർ — ലോസാർട്ടൻ 9
ക്ലാസ് III ആന്റിഅരിത്മിക് — അമിയോഡറോൺ 16
Inhaled Corticosteroids (Budesonide / Fluticasone) 41
Inserting a Nasogastric (NG) Tube 183
Inserting an Indwelling Urinary Catheter (Female) 194
Inserting an Indwelling Urinary Catheter (Male) 195
Insulin Glargine (Long-acting) 50
Insulin Lispro / Aspart (Rapid-acting) 47
Insulin NPH (Isophane) 49
Insulin Regular (Soluble, Short-acting) 48
Intradermal Injection 133
Intramuscular Injection — Z-Track Technique 132
Ipratropium / Tiotropium 40
Isoniazid (H) 79
IV ജനറൽ അനസ്തെറ്റിക് / സെഡേറ്റീവ്-ഹിപ്നോട്ടിക് — പ്രൊപ്പോഫോൾ 109
IV ഇൻഫ്യൂഷൻ പമ്പ് പ്രൈം ചെയ്യലും പ്രോഗ്രാം ചെയ്യലും 137
IV ആക്സസും വാസ്കുലാർ കെയറും (പ്രൊസീജറുകൾ) 142
പെരിഫറൽ IV കാനുലേഷൻ 143
പെരിഫറൽ IV കാനുല നീക്കം ചെയ്യൽ 149
സെക്കൻഡറി (പിഗ്ഗിബാക്ക്) IV ഇൻഫ്യൂഷൻ സജ്ജമാക്കൽ 205
IV ഡ്രിപ്പ് റേറ്റ് കണക്കാക്കൽ (µg/kg/മിനിറ്റ് ഉൾപ്പെടെ) 139
IV Site Assessment and Maintenance (VIP Score) 144
IV സൈറ്റ് അസസ്മെന്റും പരിപാലനവും (VIP സ്കോർ) 144
ജാക്സൺ-പ്രാറ്റ് (JP) ഡ്രെയിൻ പരിപാലനം 158
വിറ്റാമിൻ K ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — വാർഫറിൻ 29
Ketamine 110
Lactulose 65
Levetiracetam 97
Levodopa–Carbidopa 98
Levothyroxine 54
Lisinopril / Enalapril 8
Lithium Carbonate 88
Logrolling a Patient 209
Loperamide 66
Lorazepam / Diazepam / Midazolam 91
Losartan / Telmisartan 9
Magnesium Sulfate 113
Managing a Falling Patient (Controlled Descent) 211
Managing a Hemovac (Spring Suction) Drain 159
Managing a Jackson-Pratt (JP) Drain 158
Managing an Acute Transfusion Reaction 204
Managing Chest Tube Dislodgement 178
Mannitol 27
Manual Blood Pressure Measurement 118
ഫിനെൽസിൻ (MAO ഇൻഹിബിറ്ററുകൾ) 87
Measuring Strict Intake and Output (Fluid Balance) 206
Measuring the Apical Pulse 117
Metformin 51
Metoclopramide / Domperidone 63
Metoprolol 10
Metronidazole 78
Mixing Regular and NPH Insulin in One Syringe 138
Monitoring a Blood Transfusion 203
Montelukast 42
Morphine 104
Naloxone 107
Nasopharyngeal Suctioning 173
Neurological Assessment — Glasgow Coma Scale 121
NG / ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി ട്യൂബ് വഴി മരുന്ന് നൽകൽ 140
നേസോഗ്യാസ്ട്രിക് (NG) ട്യൂബ് ഇടൽ 183
NG ട്യൂബിന്റെ സ്ഥാനം ഉറപ്പാക്കൽ 184
Nitroglycerin (Glyceryl Trinitrate) 22
NMDA ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — കെറ്റമിൻ 110
Noradrenaline (Norepinephrine) 20
ഇൻസുലിൻ NPH (ഐസോഫേൻ, ഇന്റർമീഡിയറ്റ്-ആക്റ്റിങ്) 49
ഇന്റർമീഡിയറ്റ്-ആക്റ്റിങ് ഹ്യൂമൻ ഇൻസുലിൻ — ഇൻസുലിൻ NPH 49
റെഗുലറും NPH-ഉം ഒരു സിറിഞ്ചിൽ മിക്സ് ചെയ്യൽ 138
Obtaining a Wound Culture Swab 161
Olanzapine / Clozapine 90
Ondansetron 62
Oral and Oropharyngeal Suctioning (Yankauer) 172
Oxytocin 112
P2Y12 റിസപ്റ്റർ ആന്റഗോണിസ്റ്റ് — ക്ലോപ്പിഡോഗ്രൽ 33
Pancreatic Enzymes (Pancrelipase) 67
Pantoprazole / Omeprazole 60
Paracetamol (Acetaminophen) 102
Patient Transfer Using a Mechanical Hoist 208
PEG (ഗ്യാസ്ട്രോസ്റ്റമി) ട്യൂബ് പരിപാലനം 187
Peripheral IV Cannulation 143
പ്യൂപ്പില്ലറി അസസ്മെന്റ് (PERRLA) 123
Phenelzine (MAO Inhibitors) 87
Phenytoin / Fosphenytoin 94
Post-mortem Care (Last Offices) 226
Pouching and Caring for a Colostomy/Ileostomy 190
PPE ധരിക്കലും (ഡോണിങ്) നീക്കലും (ഡോഫിങ്) 151
Prednisolone / Hydrocortisone / Dexamethasone 57
Pre-operative Checklist Verification 163
Priming and Programming an IV Infusion Pump 137
Propofol 109
കാർബിമസോൾ / പ്രൊപൈൽതയോയുറാസിൽ (PTU) 55
Pupillary Assessment (PERRLA) 123
റിഫാംപിസിൻ (R) 80
Recording a 12-Lead ECG 225
Relieving Foreign-Body Airway Obstruction (Choking) 219
Removing a Nasogastric Tube 186
Removing a Urinary Catheter (Trial Without Catheter) 199
Repositioning to Prevent Pressure Injuries 213
Rifampicin (R) 80
Rivaroxaban / Apixaban 32
Salbutamol (Albuterol) 39
സീക്വൻഷ്യൽ കംപ്രഷൻ ഡിവൈസുകൾ (SCD) ഘടിപ്പിക്കൽ 164
Sertraline 85
Setting Up and Monitoring a Chest Drain (Underwater Seal) 177
Setting Up a Secondary (Piggyback) IV Infusion 205
Skin Assessment Using the Braden Scale 215
Sodium Valproate 96
Spironolactone 25
SSRI ആന്റിഡിപ്രസന്റ് — സെർട്രാലിൻ 85
Sterile Gloving (Open Method) 154
Subcutaneous Injection 131
Sulfasalazine / Mesalazine (5-ASA) 68
Surgical Hand Scrub 152
Suture and Staple Removal 160
Suxamethonium (Succinylcholine) 108
Synchronised Cardioversion 221
Teaching Incentive Spirometry and Deep Breathing 165
Theophylline / Aminophylline 44
Tocolytics (Nifedipine / Terbutaline) 114
ടോട്ടൽ പേരന്ററൽ ന്യൂട്രീഷൻ (TPN) നൽകൽ 188
Tracheostomy Care 175
Tracheostomy / ETT Cuff Pressure Management 176
Tramadol 105
Using an Automated External Defibrillator (AED) 218
നെഗറ്റീവ് പ്രഷർ വൂണ്ട് തെറാപ്പി (വൂണ്ട് VAC) പ്രയോഗിക്കൽ 214
Vancomycin 72
Verifying and Starting a Blood Transfusion 202
Verifying NG Tube Placement 184
Verifying Patient Identity 130
Warfarin 29

വാങ്ങുക ›

ഇൻഡക്സ് (തുടർച്ച)

മരുന്നുകൾ (ഇംഗ്ലീഷ്, മലയാളം പേരുകൾ), ക്ലാസുകൾ, പ്രൊസീജറുകൾ — ടാപ്പ് ചെയ്യുക

Wound Irrigation **157**
ഇൻട്രാമസ്കുലാർ ഇൻജക്ഷൻ — Z-ട്രാക്ക് രീതി **132**
Zeroing a Pressure Transducer **223**
Zolpidem **93**

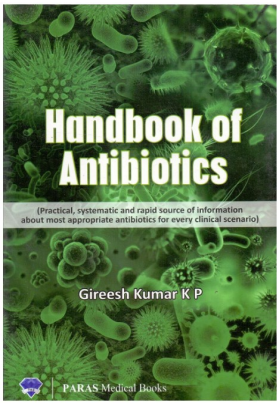
AETCM
Academy for Emergency, Trauma & Critical care Medicine

വാങ്ങുക ›

രചയിതാവിന്റെ മറ്റ് പുസ്തകങ്ങൾ

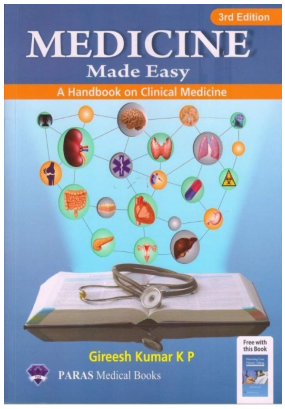
ഡോ. ഗിരീഷ് കുമാർ കെ.പി.

പ്രിൻസിപ്പൽ, അമൃത സ്കൂൾ ഓഫ് മെഡിസിൻ · ഡയറക്ടർ, AETCM — PARAS Medical Books



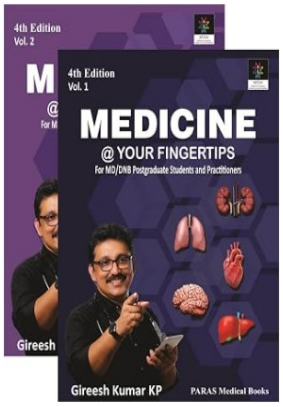
Handbook of Antibiotics

വാങ്ങുക ›



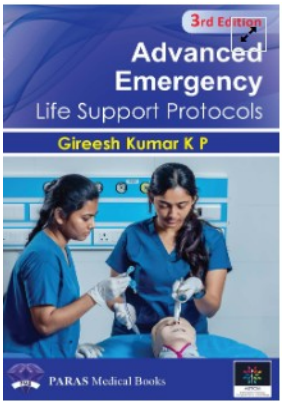
Medicine Made Easy

വാങ്ങുക ›



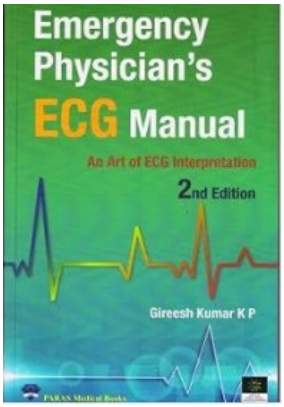
Medicine @ Your Fingertips

വാങ്ങുക ›



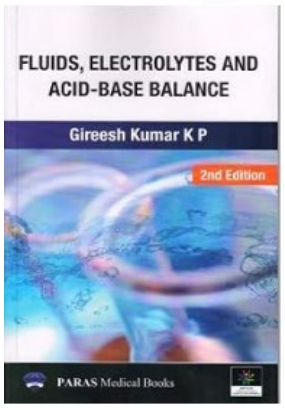
Advanced Emergency Life Support Protocols

വാങ്ങുക ›



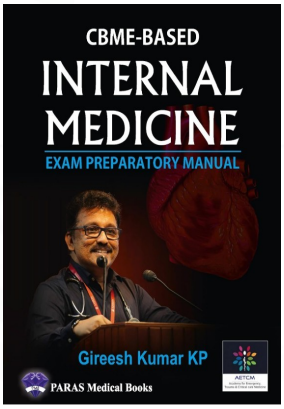
Emergency Physician's ECG Manual

വാങ്ങുക ›



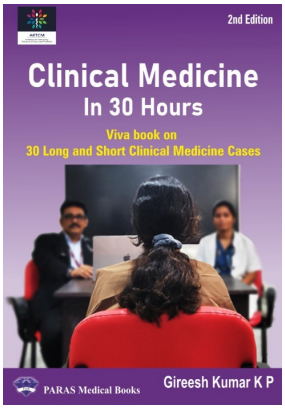
Fluids, Electrolytes and Acid-Base Balance

വാങ്ങുക ›



CBME-Based Internal Medicine

വാങ്ങുക ›

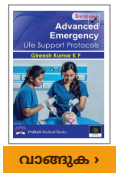


Clinical Medicine in 30 Hours

വാങ്ങുക ›

AETCM

അക്കാദമി ഫോർ എമർജൻസി, ട്രോമ & ക്രിട്ടിക്കൽ കെയർ മെഡിസിൻ · കൊച്ചി · രചയിതാവിന്റെ പ്രൊഫൈൽ


വാങ്ങുക ›