

کتابچه آموزش به بیمار آمپوتاسیون و قطع عضو



تهیه و تنظیم:

محدثه یوسف پور کارشناس پرستاری

واحد پرستار پیگیر

سایت بیمارستان-لینک آموزش- پرستار پیگیر

Motamedihos.semums.ac.ir

شماره تماس 09961411249

آمپوتاسیون یا قطع عضو چیست؟

آمپوتاسیون یا قطع عضو یک عمل جراحی برای قطع کردن اندام (دست یا پا) یا بخشی از اندام (انگشت، پاپین دست، انگشت پا یا قسمت پاپین پا) است. زمانی که بیمار از ضرورت قطع عضو آگاهی می‌یابد، طبعاً دچار نگرانی و ناراحتی شدیدی می‌شود. هرچند تغییر شیوه زندگی پس از قطع عضو کاری دشوار است، اما افراد بسیاری هستند که پس از قطع اندام توانسته‌اند زندگی خود را به خوبی مدیریت کنند و از یک زندگی فعال و پربار لذت ببرند. اندام‌های مصنوعی به بیماران کمک می‌کند تا توانایی از دست رفته خود را پس از قطع عضو بازیابند.

دلایل آمپوتاسیون

مادرزادی

نقص اندام جنینی

اکتسابی

دیابت

علت حدود ۳۰-۴۰ درصد آمپوتاسیون‌های انجام شده دیابت است. در دیابت به علت اختلال در خونرسانی اندام و اختلال عصبی و در نتیجه مشکلات حسی و حرکتی اندام زخم‌های شدید و مقاوم به درمانی در پا ایجاد می‌شود. بسیاری از این زخم‌ها قابل بهبود نیستند که در این موارد پزشک معالج چاره‌ای جز قطع عضو بیمار ندارد.

سرمازگی

نارسایی شریانی که منجر به بافت بدن مرده یا فاسد می‌شود (قانقاریا).

عفونت

تومورهای بدخیم برای مثال سارکوم (سرطان بافت پیوندی).

تروما (اندام له شده/ شکسته شده زیر اجسام سنگین، اندام آسیب دیده به خاطر تصادف ماشین، زخم چاقو یا تیراندازی، گاز گرفتن حیوان و غیره)

تعیین محل قطع عضو

پزشک برای تعیین محل قطع عضو و میزان بافتی که باید برداشته شود، از روش‌های زیر استفاده می‌کند:

- بررسی وجود ضربان نزدیک به محل در نظر گرفته شده برای قطع
- مقایسه دمای عضو آسیب دیده با عضو سالم
- جستجوی ناحیه‌هایی با پوست قرمز
- پزشک بررسی می‌کند که آیا پوست نزدیک به ناحیه در نظر گرفته شده برای قطع، هنوز به لمس حساس است یا خیر.

آماده سازی برای قطع عضو

عمل جراحی قطع عضو نیاز به تیم پزشکی و توانبخشی دارد که این تیم از پزشکان و پرستاران و متخصصان دیگری تشکیل شده است، از جمله:

- یک فیزیوتراپیست
- یک متخصص کاردرمانی (OT)

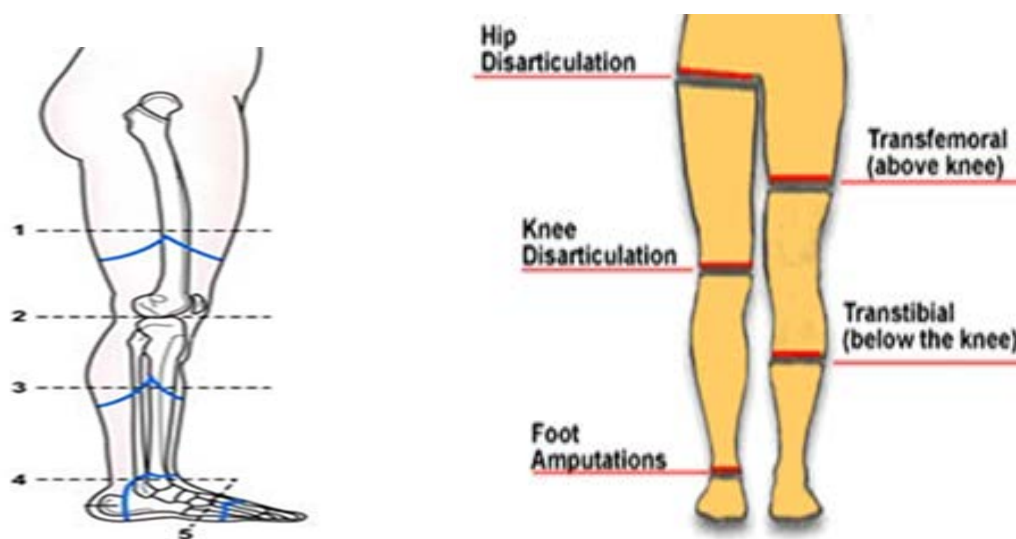
• یک متخصص پروتز در صورت لزوم به اندام مصنوعی
اعضاء تیم توانبخشی می توانند به هرگونه سؤال بیمار در طی و بعد از جراحی پاسخ دهند یا راهکارهایی
را در مورد نگرانی های بیمار برای بعد از جراحی به بیمار آموزش دهند. آن ها همچنین در مورد هرگونه
تمرین و مراقبت های که باید بیمار در خانه انجام دهد او را راهنمایی می کنند. علاوه بر آن دریافت
پشتیبانی روانی بعد از قطع عضو برای بیماران بسیار مهم است. بر همین اساس برخی از بیمارستان ها
دارای یک مشاور یا روان شناس هستند که بیماران می توانند قبل از عمل در مورد احساسات و نگرانی
های خود با او مشورت کنند.

انواع مختلف قطع عضو یا آمپوتاسیون

قطع عضوهای اندام فوقانی و تحتانی، قطع عضوهای جزئی و کامل وجود دارند.

انواع قطع عضوهای اندام تحتانی

انواع بسیار مختلفی از قطع عضوهای اندام تحتانی شامل ران، زانو، مچ پا و آمپوتاسیون های پا وجود
دارند. توانبخشی شما ممکن است به طور قابل توجهی متفاوت باشد، به نوع قطع عضوی که دچار آن
شده اید بستگی دارد. انواع مختلفی از پروتزها و ابزارهای کمک به راه رفتن وجود داشته که برای اقسام
مختلف آمپوتاسیون استفاده می شود، بنابراین فیزیوتراپیست شما باید از نوع قطع عضوی که دارید مطلع
باشد. از طرفی شما باید برای رسیدن دوباره به عملکرد طبیعی راه رفتن، توانایی خود را به حداکثر
برسانید. اگر شما دچار یک آمپوتاسیون شده اید، اطمینان حاصل کنید که با نوع آن قطع عضو آشنا هستید.
به یاد داشته باشید که آمپوتاسیون اندام تحتانی، یک جراحی پیچیده است و پروسه توانبخشی افراد بسیاری
را درگیر می کند. این افراد عبارتند از فیزیوتراپیست شما، کاردرمان، مددکار اجتماعی، روانشناس و
پزشک. آنها باید با یکدیگر همکاری کرده تا قابلیت تحرک اعضای شما را به حداکثر رسانده و یک نتیجه
مثبت پس از آمپوتاسیون اندام تحتانی به دست آورید.



❖ آمپوتاسیون بالای زانو

آمپوتاسیون بالای زانو (AKA) جایی است که پا از میان استخوان ران بالای مفصل زانو قطع می‌شود. این نوع از آمپوتاسیون به عنوان یک آمپوتاسیون ترانس‌فرمال نیز ارجاع داده می‌شود. بیشترین آمپوتاسیون در قسمت میانی استخوان ران اتفاق می‌افتد. اندام باقی مانده از استخوان ران تشکیل شده و مفصل زانو وجود نخواهد داشت. در قطع عضو بالای زانو مجبور به استفاده از مفاصلی هستیم که بتواند ویژگی‌های بیومکانیکال زانو طبیعی را برای فرد ایجاد کند و دامنه حرکتی را در حین حرکت به فرد القا کند. پروتز بالای زانو حتما نیازمند قطعات و مفاصل با کیفیت می‌باشند تا بتواند علاوه بر عملکرد راحتی را نیز برای فرد ایجاد کند.

❖ آمپوتاسیون زیر زانو

یک آمپوتاسیون زیر زانو که به عنوان آمپوتاسیون ترانس‌تیبیال نیز شناخته می‌شود، یک قطع عضو از میان استخوان ساق پای شما است. این قطع عضو رایج‌ترین قطع عضو انجام شده است و خطر ناشی از عوارض جدی پس از عمل جراحی بسیار کمتر از آمپوتاسیون ترانس‌فرمال می‌باشد. در این قطع عضو مفصل زانو حفظ شده و راه رفتن با یک پروتز عموماً موفقیت‌آمیز است.

❖ آمپوتاسیون نصف لگن

یک آمپوتاسیون نصف لگن به گونه‌ای است که مفصل ران و بخشی از لگن شما قطع شده است. این نوع از آمپوتاسیون به عنوان آمپوتاسیون ترانس‌بلویک نیز شناخته می‌شود. این نوع اغلب بیش از همه انجام می‌شود، به علت یک تومور بدخیم یا در نتیجه تروما. راه رفتن پس از قطع عضو لگن مشکل است چون هیچ اندام باقی مانده‌ای وجود ندارد که پروتز بتواند نصب شود. با این وجود فیزیوتراپیست و پزشک شما می‌توانند با شما کار کنند تا با مناسب‌ترین دستگاه جهت راه رفتن سازگار شوید.

❖ آمپوتاسیون انگشت پا

آمپوتاسیون انگشت پا معمولاً در نتیجه ذخیره خونی کم در انگشت پا اتفاق می‌افتد، وضعیتی که گاهی اوقات در قانقار یا ایجاد می‌شود. این نوع از قطع عضو به ندرت نیاز به توانبخشی ماهرانه فیزیوتراپیست دارد اما بعضی از اوقات اگر موضوع تعادل یا گام برداشتن تحرک عملکردی اندام را محدود کند، مداوا در روند توانبخشی وارد خواهد شد.

❖ آمپوتاسیون قسمتی از پا

آمپوتاسیون قسمتی از پا به این معناست که انگشتان و قسمتی از استخوان‌های بلند پا قطع می‌شوند. این نوع قطع عضو به عنوان آمپوتاسیون ترانس‌متاتارسال نیز شناخته می‌شود. آمپوتاسیون بخشی از پا هنوز هم به شما اجازه می‌دهد که در سطح بالایی از تحرک عملکردی اندام باقی بمانید زیرا بسیاری از وصل کننده‌های ماهیچه‌های بزرگ در طول عمل جراحی محفوظ می‌مانند. همچنین، در این نوع قطع عضو تعادل و شکل پا حفظ می‌شود که این می‌تواند در گام برداشتن صحیح به شما کمک کند.

قطع عضوهای اندام فوقانی

آمپوتاسیون‌های اندام فوقانی از قطع بخشی از یک انگشت دست تا از دست دادن همه بازو و حتی بخشی از شانه متغیر هستند. انواع آمپوتاسیون اندام فوقانی عبارتند از:

- آمپوتاسیون قسمتی از دست که معمولاً شامل نوک انگشتان دست، بخش‌هایی از انگشتان دست و آمپوتاسیون همه انگشتان دست می‌باشد. متداول‌ترین انگشتی که به صورت تکی از دست می‌رود، انگشت شست است. از بین رفتن انگشت شست باعث از بین رفتن توانایی در دست گرفتن، انجام کار با دست یا برداشتن اشیاء خواهد شد. اگر هر یک از انگشتان دیگر قطع شود، دست هنوز هم می‌تواند این کارها را انجام دهد اما با دقت کمتر.
- آمپوتاسیون همه دست در حالی که مچ دست سالم باقی بماند که آمپوتاسیون متاکارپال نامیده می‌شود.
- قطع مفصل مچ دست که آمپوتاسیون دست و مفصل مچ نام دارد.
- آمپوتاسیون زیر آرنج که آمپوتاسیون ترانس‌رادیال نام دارد. قطع عضو ترانس‌رادیال از بین رفتن بخشی از ساعد درست زیر مفصل آرنج است.
- قطع مفصل آرنج آمپوتاسیون ساعد تا آرنج نام دارد.
- قطع عضو بالای آرنج، آمپوتاسیون ترانس‌هومورال، از بین رفتن بازوی بالای آرنج است.
- قطع مفصل شانه و آمپوتاسیون فورکورتر از بین رفتن همه بازو شامل تیغه شانه و ترقوه است.



مراحل عمل قطع عضو

برای انجام آمپوتاسیون معمولاً بیمار باید ۱۴ - ۵ روز یا بیشتر در بیمارستان بستری شود، مدت بستری به گستردگی جراحی و عوارض بروز یافته بستگی دارد. روش جراحی قطع عضو، به عضو درگیر و وضعیت سلامت عمومی بیمار بستگی دارد. قطع عضو را می‌توان تحت بیهوشی عمومی یا بی‌حسی نخاعی، یعنی بی‌حس کردن بدن از کمر به پایین، انجام داد. جراح در عمل آمپوتاسیون تمام بافت آسیب دیده را برمی‌دارد و بافت سالم را حتی‌الامکان باقی می‌گذارد. جراح موارد زیر را در عمل قطع عضو انجام می‌دهد:

- برداشتن بافت بیمار و استخوان له شده
- صاف کردن بخش‌های ناهموار استخوان
- بستن عصب‌ها و رگ‌ها

- بریدن و شکل دادن عضلات به گونه‌ای که بتوان عضو مصنوعی را به انتهای عضو قطع شده متصل کرد.

جراح گاهی زخم را بلافاصله پس از قطع عضو می‌بندد و برای این کار لایه‌های پوست را بخیه می‌زند. این روش به قطع عضو بسته موسوم است. اما جراح گاهی ناحیه را چند روز باز می‌گذارد تا اگر لازم شد بافت بیشتری را بردارد. سپس تیم جراحی پانسمان استریل را روی زخم قرار می‌دهد و انتهای عضو را می‌پوشاند تا این پوشش پانسمان یا لوله‌های تخلیه را نگه دارد. همچنین گاهی از تراکشن یا کشش استفاده می‌شود تا بخش باقیمانده در موقعیت مناسب باقی بماند، آتل نیز برای ثابت نگه داشتن عضو به کار برده می‌شود.



معمولاً پس از به هوش آمدن یا برطرف شدن بی‌حسی، به بخش بازگشت خواهید گشت. بعضی اوقات ممکن است متخصص بیهوشی تصمیم بگیرد شما را به بخش جراحی بعد از عمل (POSU) ارسال کند تا بتواند از نزدیک وضعیت شما را کنترل کند.

تا وقتی که نتوانید به اندازه کافی بنشینید و غذا بخورید، توسط سرم مایعات به شما تزریق می‌شود. پرستاران و پزشکان سعی می‌کنند با تزریق مسکن از طریق لوله‌ای در کمر یا دستگاهی که با فشار دادن یک دکمه قادر به کنترل است، شما را از درد دور نگه دارند.

تجربه ی درد در قسمتی از پا که قطع شده است (درد فانتوم اندام) بسیار عادی است و می‌توان با کمک دارو به تسکین آن کمک کرد و به سرعت آن را از بین برد.

با بهبودی، لوله‌های مختلفی که به شما وصل بود برداشته می‌شوند و به تدریج حرکت می‌کنید تا جایی که حالتان به اندازه کافی مناسب برای بازگشت به خانه باشد.

قبل و بعد از عمل باید به یک فیزیوتراپیست که به شما در تنفس (برای جلوگیری از ابتلا به عفونت قفسه سینه) و همچنین به تحرک شما کمک خواهد کرد، مراجعه کنید. در ابتدا تمریناتی در رختخواب به شما داده می‌شود و سپس شما را به انتقال از تخت به صندلی تشویق می‌کنند.

اگر زخم شما بهبود یابد، فیزیوتراپیست در صورت احساس امنیت برای پوشیدن یکی پای مصنوعی موقت، تمرکز بر روی یک اندام مصنوعی موقت را شروع خواهد کرد. اگر اینگونه نباشد، نحوه استفاده از صندلی چرخدار به شما آموزش داده می‌شود.

همچنین شما یک متخصص کاردرمانی که به توانبخشی شما کمک می‌کند را ملاقات خواهید کرد. حتی اگر قصد راه رفتن دارید، هنوز هم ممکن است به طور موقت یا برای مسیرهای طولانی به یک صندلی چرخدار احتیاج داشته باشید.

قرار ملاقاتی برای شما انجام می‌شود که یک پای مصنوعی بجای اندام قطع شده برای شما قرار دهند، به گونه‌ای که وقتی لباس پوشیده‌اید مانند پای سالم‌تان به نظر برسد.

از دست دادن یکی از اندام‌های بدن می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده باشد. اگر احساس می‌کنید به پشتیبانی بیشتر یا شخص دیگری برای گفتگو نیاز دارید، لطفاً با پزشک خود صحبت کنید.

نکات مهم

بعد از عمل در طی دوره بهبودی معمولاً برای چند روز اول اکسیژن از طریق ماسک و مایعات از طریق قطره به بیمار داده می‌شود. برای تخلیه ادرار ممکن است یک لوله انعطاف پذیر کوچک (سوند ادرار) در مثانه بیمار قرار گیرد. پس از قطع عضو، زخم بیمار با بخیه‌ها یا مفاصل جراحی بسته و با یک باند پوشانده می‌شود و ممکن است یک لوله زیر پوست بیمار قرار گیرد تا مایعات اضافی تخلیه گردد.

معمولاً لازم است بانداز برای چند روز در محل نگهداری شود تا خطر عفونت کاهش یابد. بعضی اوقات ممکن است مایعات چرکی اطراف زخم جمع شوند که به آن سرم گفته می‌شود و ممکن است توسط پزشک یا پرستار تخلیه شود. التهاب این منطقه باید طی چند هفته کاهش یابد. بعد از برداشته شدن پانسمان و یا بانداز، فیزیوتراپیست یا پرستار یک باند فشرده سازی را در آن قسمت قرار می‌دهد. این باند برای کاهش تورم موثر است.



مراقبت از زخم

برای بیمارانی که تحت جراحی قطع عضو قرار گرفته اند، بسیار مهم است که برای کاهش خطر ابتلا به تحریک و یا عفونت، پوست روی سطح زخم خود را تمیز نگه دارند. بیماران باید حداقل یک بار در روز (در هوای گرم یکبار بیشتر) محل زخم خود را با آب و صابون شسته و آن را با دقت خشک کنند. در هنگام استحمام از قرار دادن محل زخم خود برای مدت طولانی در آب پرهیز کنند زیرا آب باعث نرم شدن محل زخم و آسیب پذیری آن می شود. برای جلوگیری از خشک شدن پوست بیمار قبل از خواب، از کرم مرطوب کننده استفاده شود.

هر روز علائم عفونت را در محل زخم بررسی کنند، برخی از این علائم، عبارتند از:

- التهاب زیاد
- قرمزی پوست
- ترشح مایع یا چرک

پس از قطع پا، بیماران باید از آسیب رساندن به پای قطع شده خودداری و از پای باقی مانده "خوب" مواظبت کنند، به خصوص اگر قطع عضو بیمار به دلیل دیابت صورت گرفته باشد در این شرایط ممکن است پای باقیمانده در معرض خطر باشد.



محل عمل ممکن است دردناک باشد، بنابراین در صورت نیاز به بیمار مسکن داده می شود. بیماران قطع عضو می توانند مسکن را به روش های زیر دریافت کنند:

- به عنوان قرص
- تزریق به رگ (داخل وریدی)
- تزریق به عضله (به طور عضلانی)
- تزریق به فضای اطراف نخاع (اپیدورال)
- در موارد شدیدتر ممکن است از یک لوله کوچک برای تزریق بی حسی موضعی استفاده شود تا درد را کاهش دهد.

بعضی از افراد دردی دارند که احساس می کنند از بخشی از اندامی که قطع شده خارج می شود. به این درد فانتوم یا احساس فانتوم گفته می شود. اگرچه این درد باید به مرور زمان از بین برود، اما در برخی

مواقع ممکن است برای مدتی بعد از عمل احساس شود. علائم درد اندام فانتوم می تواند از خفیف تا شدید متغیر باشد. برخی از افراد گر گرفتگی از درد خفیف، شبیه به شوک الکتریکی را توصیف کرده اند، که چند ثانیه طول می کشد. دیگران درد شدید مداوم را تجربه کرده اند. در صورت وجود هرگونه درد فانتوم، بیمار باید وضعیت خود را به پرستاران و پزشک خود اطلاع دهند. آن ها می توانند داروهایی برای کنترل آن تجویز کند.



داروهایی که ممکن است برای تسکین درد در قطع عضو استفاده شوند، عبارتند از:

- دارو ضد تشنج
 - دارو های مسکن مانند کدئین یا مورفین
 - کورتیکواستروئید و یا بی حسی موضعی تزریقی
 - داروهای ضد افسردگی که در درمان درد عصبی مفید هستند.
 - داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) ، مانند ایبوپروفن
- چندین روش غیر تهاجمی و غیر آسیب زننده برای تسکین درد در برخی از این بیماران وجود دارد، از جمله:
- ماساژ برای افزایش گردش خون و تحریک عضلات
 - طب سوزنی که باعث تحریک سیستم عصبی و تسکین درد می شود.
 - استفاده از گرما یا سرما بر روی اندام بیمار، مانند استفاده از بسته های حرارتی یا یخی، مالش و پماد
 - تحریک عصب الکتریکی از راه پوست (TENS) ، که از یک وسیله کوچک و با عملکرد برای انتقال محرک های الکتریکی به منطقه آسیب دیده بدن که برای مسدود کردن یا کاهش سیگنال های درد استفاده می کند.

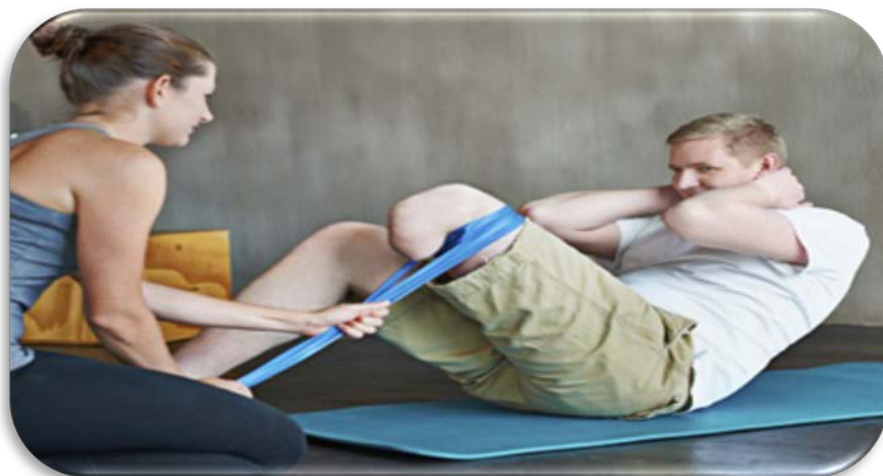


تصورات ذهنی

تحقیقات نشان داده است افرادی که روزانه ۴۰ دقیقه اندام قطع شده خود را تصور می کنند، مانند کشیدن انگشتان خود یا جمع کردن "انگشتان پا"، علائم درد را کمتر تجربه خواهند کرد. این تئوری با درد اندام فانتوم مرتبط است. محققان فکر می کنند که مغز از اندام قطع شده بازخورد دریافت می کند، و این تمرینات ذهنی ممکن است جایگزین موثری برای این بازخورد ها باشد. تکنیک دیگری که به بازخورد بصری آینه معروف است شامل استفاده از آینه برای ایجاد بازتاب اندام دیگر است. ورزش کردن و حرکت دادن اندام دیگر می تواند به تسکین درد فانتوم کمک کند.

تمرینات

پرستاران یا فیزیوتراپیست به بیمار تمریناتی را آموزش می دهند. این تمرینات در جلوگیری از ابتلا به عفونت قفسه سینه و لخته شدن خون در بیماران کمک می کند. به طور معمول، عفونت های قفسه سینه یا لخته های خون در صورت عدم تحرک بیمار ایجاد می شوند. برای جلوگیری از لخته شدن خون در پا به بیماران توصیه می شود بعد از جراحی از جوراب های ساق بلند واریس، استفاده کنند و در صورت امکان به بیماران داروهای ضد لخته خون تزریق می شود.



بلند شدن

فیزیوتراپیست یا کار درمانگر (OT) در بلند شدن به بیمار کمک می کند. در قطع پا، اغلب بیماران می توانند در روز اول یا دوم بعد از عمل از جای خود بلند شوند. شاید بلند شدن در ابتدا برای بیمار سخت باشد. برخی از بیماران ممکن است برای حرکت به صندلی چرخ دار، عصا یا اندام مصنوعی و یا ویلچر نیاز داشته باشند. فیزیوتراپیست به بیماران برای حرکت کردن اولیه کمک می کنند. در صورت قطع بازو بیماران پس از کنترل درد و بهبودی از بیهوشی می توانند از جای خود بلند شوند و حرکت کنند.



فیزیوتراپی

فیزیوتراپی بعد از جراحی قطع عضو مهمترین عامل در روند بهبودی بیماران است. فیزیوتراپیست می تواند تمریناتی را برای بهبودی زخم و افزایش توانایی و قدرت بیماران به آن ها آموزش دهند. آن ها به بیمار آموزش می دهند که چگونه ماهیچه های خودشان را در اطراف اندام قطع شده قوی و نرم نگه دارند. این کار، استفاده از اندام مصنوعی را آسان تر می کند.





قطع عضو یک عمل بزرگ است و توانبخشی می تواند مدت زیادی طول بکشد و ممکن است در بعضی مواقع ناامید کننده باشد. برنامه توانبخشی بیمار متناسب با نیازهای فردی بیمار تنظیم و معمولاً چند روز پس از عمل شروع می شود. توان بخشی ممکن است با تمریناتی ساده برای خوابیدن یا نشستن بیمار، شروع شود. به بیماران قطع عضو توصیه می شود هر چه سریعتر با استفاده از صندلی چرخدار حرکت کنند. توانبخشی به بیماران در آموزش "تکنیک های انتقال مانند نحوه ورود به صندلی چرخدار از تختخواب خود " کمک می کند تا راحت تر حرکت کنند. پس از قطع عضو، کار درمان به بیمار کمک می کند تا فعالیت های روزانه خود مانند شستشو، لباس و استفاده از توالت را مدیریت کند. آن ها می توانند راه هایی برای مدیریت فعالیت ها به بیمار نشان دهند و به بیمار کمک کنند تا حد امکان مستقل باشند.

اگر قطع عضو وجود داشته باشد، متخصص درمانگر بیمار ممکن است روش هایی برای کاهش تورم را به بیمار یاد دهد. آن ها همچنین روش های انجام برخی فعالیت ها را با یک دست به بیمار یاد می دهند. متخصص درمانگر همچنین در مورد رانندگی کار و بازگشت به فعالیت های اجتماعی به بیمار توصیه های لازم را می کند.

قطع عضو به چه مراقبت هایی احتیاج دارد؟

قطع عضو به معنای شروع یک زندگی جدید برای شما و خانواده شما است. شما و وابستگان شما ممکن است احساس غم، خشم و شرم داشته باشید. این احساسات طبیعی هستند. در باره این احساسات به خانواده و دوستان خود صحبت کنید. به آنها اجازه دهید به شما کمک کنند.

به نکات زیر توجه داشته باشید:

- بعد از عمل جراحی پانسمان زخم شما باید بطور روزانه تعویض شود. زخم و پوست اطراف آن باید تمیز و خشک نگهداری شود.
- پزشک معالج برای شما داروهای آنتی بیوتیک و ضد درد تجویز کرده است. آنها را طبق دستور پزشک مصرف کنید.
- در صورت کثیف شدن پانسمان یا مشاهده نشستی زهکشی، به پرستار خود اطلاع دهید.
- در صورت تماس با زهکشی دستان خود را بشویید. صابون دست و ضد عفونی کننده دست در اتاق شما موجود است.

- اطمینان حاصل کنید که همه افرادی که با زخم شما تماس پیدا می کنند، قبل و بعد از تعویض پانسمان دستکش می پوشند و دست های خود را می شویند.
- اگر مبتلا به دیابت هستید قند خون خود را کاملاً کنترل کنید. عدم کنترل قند خون موجب تاخیر در بهبود زخم و افزایش خطر عفونت در آن میشود.
- استامپ را باید بعد از جراحی تا حد امکان بالا نگه داشت تا ورم آن کم شود.
- در آمپوتاسیون های زیر زانو سعی کنید استامپ همیشه در امتداد ران شما باشد. آنرا در حالت خم نگهداری نکنید. این حالت نه تنها موجب ورم آن میشود بلکه موجب میشود زانوی شما در حالت خمیده باقی بماند و بعداً پوشیدن اندام مصنوعی برای شما مشکل باشد. روزی چند بار یک بالشت را بر روی زانوی خود قرار دهید تا آنرا در حالت صاف و مستقیم تحت کشش قرار دهد.
- در آمپوتاسیون های بالای زانو هم سعی کنید استامپ در امتداد تنه شما باشد. آنرا در حالت خم به جلو نگه ندارید. این وضعیت موجب میشود رباط ها و تاندون های جلوی کشاله ران شما بتدریج کوتاه شود و وقتی بخواهید با پروتز راه بروید راه رفتن برای شما مشکل خواهد شد. روزی چند بار و هر ۱۰-۲۰ دقیقه به شکم بخواهید تا عضلات و تاندون های جلوی کشاله ران شما کشیده شوند.
- بخیه های استامپ بعد از ۲-۳ هفته خارج میشوند. بعد از این زمان آنرا روزانه با آب و صابون استامپ را شسته و خشک کنید. از کرم، پماد یا لوسیون بر روی پوست استامپ استفاده نکنید. محل قطع عضو را هر روز بدقت واریسی کنید. جاهایی از آنرا که نمیبینید با آئینه بررسی کنید. مراقب علائم فشار مانند قرمزی، خراش یا تاول باشد. در صورت دیدن این علائم آنرا به پزشک معالج خود اطلاع دهید.
- استامپ را بر روی یک بالشت نرم فشار بدهیدو بتدریج مقدار فشار را بیشتر کنید. این کار موجب میشود بافت های آن قسمت بتدریج به فشار عادت کنند. جای بخیه های قبلی را ماساژ دهید. این کار هم موجب نرم شدن بافت سفتی میشود که در محل جراحی ایجاد شده و هم حساسیت آنرا کمتر کرده و جریان خون محل را هم بیشتر میکند.
- محل استامپ را با باند کشی بصورت حرف ۸ انگلیسی ببندید. این بانداز فشاری کمک میکند تا ورم محل کم شود. هر چه ورم استامپ زودتر بخوابد فرد میتواند زودتر از اندام مصنوعی (پروتز) استفاده کند. در حین پیچیدن باند کشی کمی آنرا بکشید. اگر نیاز دارید تا از بیش از یک باند کشی استفاده کنید. هر باند کشی که تمام شد قبل از بستن بعدی، انتهای باند قبلی را با گیره خوب ببندید. دقت کنید که تمام انتهای استامپ با باند کشی بسته شود. باند کشی را روزی ۲-۳ بار باز کرده از نو ببندید تا کشش آن حفظ شود. باند کشی همیشه باید بسته باشد مگر موقعی که به حمام میروید.
- غذای سالم مانند میوه، سبزیجات، غلات، لبنیات کم چرب و ماهی بخورید. مایعات زیاد بنوشید. زیاد نرمش و ورزش کنید. سیگار نکشید و از استرس های روحی دوری کنید.
- تا حد امکان خود را درگیر کار و فعالیت کنید.
- وقتی که زخم محل جراحی شما بطور کامل خوب شد باید سعی کنید در تمام طول روز پروتز خود را بپوشید. صبح که از خواب برخاستید اول پروتز خود را بپوشید وگرنه استامپ شما ورم کرده و پوشیدن آنرا دشوار میکند.

- سوکت استامپ را هر روز با یک پارچه نخی نمناک که آغشته به کمی ماده شوینده است تمیز کنید تا از عرق و آلودگی پاک شود. سپس باقیمانده ماده شوینده را با پارچه نخی نمناک پاک کرده و خشک کنید.
- باید از پروتز خود خوب مراقبت کنید. اگر پروتز شما مشکلی دارد سعی نکنید خودتان آنرا درست کنید. با تکنسین ارتوپدی که آنرا برای شما درست کرده تماس بگیرید. پروتز شما حتی اگر به ظاهر سالم باشد باید سالی یک بار به توسط تکنسین ارتوپدی فنی که آنرا درست کرده بازبینی شود.

عوارض قطع عضو

مانند هر نوع عمل، قطع عضو با خطر بروز عوارض زیاد همراه است. تعدادی از عوامل مؤثر بر خطر عوارض ناشی از قطع عضو، عبارتند از:

- سن بیمار
- نوع قطع عضو بیمار
- سلامت عمومی بیمار
- خطر عوارض جدی در قطع عضو برنامه ریزی شده کمتر از قطع عضو اورژانسی و فوری است.
- عوارض مرتبط با قطع عضو شامل موارد زیر است:
 - ذات الریه
 - درد و ضایعات "اندام فانتوم"
 - ترومبوز ورید عمقی (DVT)
 - مشکلات قلبی مانند حمله قلبی
 - کندی بهبود زخم و عفونت زخم
- در بعضی موارد، ممکن است بیمار برای اصلاح مشکلاتی که ایجاد می شوند یا به تسکین درد کمک می کند، به عمل جراحی جانبی نیاز داشته باشد.
- به علاوه به دلیل ضعف جریان خون، بهبودی زخم ها گاهی اوقات ممکن است کند پیش برود و در بسیاری از مواقع لازم ایست که در صورت بهبود نیافتن زخم، قطع عضو دیگری بالاتر از قسمت قبل انجام شود.
- زخم ممکن است آلوده شود و در این صورت به درمان با آنتی بیوتیک ها نیز نیاز خواهد بود.
- درد و تیر کشیدن زخم رایج است و ممکن است به مدت چند ماه ادامه داشته باشد.
- عفونت قفسه سینه می تواند به دنبال این نوع جراحی، به ویژه در افراد سیگاری، رخ دهد و ممکن است نیاز به درمان با آنتی بیوتیک و فیزیوتراپی وجود داشته باشد.
- مانند هر عمل دیگری، احتمال حمله قلبی یا سکته مغزی یا حتی مرگ وجود دارد.

پروتزهای پای مصنوعی

- اتصال مچ پا- کف پا: (Foot-ankle assembly) بخشی از پروتز پا است که پایداری را برای ایستادن و راه رفتن فرد فراهم می کند. ساختار و عملکرد خاص آن را می توان بسته به اینکه آیا از این پروتز برای ایستادن، پیاده روی یا دویدن و پریدن استفاده می شود، متفاوت است.

- **ترانس فمورال (Transfemoral):** نوعی پروتز است که شامل مفصل زانوی مصنوعی است و هنگامی که اندام قطع شده شامل زانو می‌شود (یعنی قطع عضو بالای زانو) به ران شما متصل می‌شود. در مقایسه با مورد ترانس تیبیال که در زیر به آن اشاره شده است.
- **ترانس تیبیال (Transtibial):** نوعی پروتز است که به پای شما در قسمت زیر زانو متصل می‌شود. در مقایسه با مورد ترانس فمورال که در بالا به آن اشاره شده است.

جدول زمانی انجام کار پروتز

دریافت پروتز یک کار یکباره نیست. این یک فرآیند مبتنی بر همکاری و چند مرحله‌ای است. پروتزها متناسب برای اندام خود شما و همچنین برای اهداف فعالیت شما ساخته می‌شوند. برای این کار باید با یک تیم متخصص چند رشته‌ای کار کنید که نیازهای شما را از همه زوایا در نظر گرفته و به شما در پیشروی در این فرایند مهم کمک می‌کند. یک متخصص معتبر در ساخت پروتز که می‌توانید به آن اعتماد کنید، بخش مهمی از این تیم خواهد بود. برای اینکه بتوانید ایده‌ای در مورد مراحل ساخت و دریافت یک پروتز عضو مصنوعی داشته باشید، در اینجا یک جدول زمانی کلی برای شما ارائه شده که از عمل جراحی شروع می‌شود:

- **مرحله ۱)** بهبودی زخم بعد از عمل. زمان لازم برای این مرحله می‌تواند متفاوت باشد.
- **مرحله ۲)** شکل‌گیری اندام. بعد از بهبود کامل محل زخم در مرحله ۱، پزشک شما را به استفاده از جوراب فشرده کننده (جوراب طبی مخصوص) برای شکل دادن به اندام باقیمانده جهت آماده‌سازی برای دریافت پروتز، توصیه می‌کند.
- **مرحله ۳)** تجویز و آماده‌سازی پروتز موقت. وقتی پزشک مطمئن شود که شما آماده شده‌اید، پروتز موقت را برایتان تجویز می‌کند. طی ۴ تا ۶ هفته آینده، شما چندین مراجعه به مطب متخصص ساخت پروتز خواهید داشت تا قالبی از اندام شما ساخته شده و تنظیماتی در دستگاه انجام شود.
- **مرحله ۴)** با پروتز موقت خود فیزیوتراپی و کاردرمانی را شروع کنید. فیزیوتراپی یا کاردرمانی به‌طورکلی بخش اصلی در روند بهبودی – و به ویژه برای دریافت پروتزها است. در حالت ایدئال، این مرحله بیش از ۴ تا ۶ ماه، با برنامه‌ی درمانی منظم، طول می‌کشد.
- **مرحله ۵)** به‌تدریج برنامه پوشیدن پروتز خود را افزایش دهید. در ابتدا پروتز را برای مدت‌زمان کوتاهی بپوشید. در نهایت، شما قادر خواهید بود آن را برای کل روز بپوشید.
- **مرحله ۶)** تجویز پروتز دائمی. سرانجام پروتز دائمی برای شما تجویز می‌شود. از آنجاکه این وسیله برای طولانی‌مدت بوده و سفارشی ساخته شده است، با همکاری با کل تیم توان‌بخشی خود بهترین نتیجه را خواهید گرفت. همان روند ۴ تا ۶ هفته برای عادت کردن به آن و تنظیمات آن با کمک پزشک متخصص پروتز شما انجام می‌شود و در نتیجه یک اندام مصنوعی سفارشی ساخته شده که متناسب با نیازها و اهداف شما، طراحی شده است، خواهید داشت. در حالی که پروتز به‌عنوان یک عضو دائمی محسوب می‌شود، باید بدانید که افرادی که از پروتز عضو مصنوعی استفاده می‌کنند، به‌طور معمول به بیش از یک پروتز در طول زندگی خود احتیاج خواهند داشت. این روند دریافت پروتز عضو مصنوعی ممکن است چندین بار در طی چند سال اتفاق بیفتد.

