

## گوارش

### بررسی کارکرد گوارشی:

### آناتومی سیستم گوارش:

لوله گوارش طول حدود ۷ تا ۸ متر است. از دهان شروع می‌شود و از طریق مری معده و روده‌ها و در نهایت به مقعد ختم می‌شود. طول مری ۲۵ سانتی‌متر است و از سوراخ هیاتوس دیافراگمی عبور می‌کند. معده در حفره صفاق قرار دارد. اسفنکتر ابتدایی معده کار دیا است و معده به سه قسمت فوندوس معده یا قوس معده، بادی یا تنه و آنتروم تقسیم می‌شود. اسفنکتر خروجی معده پیلور است که از عضلات صاف حلقوی تشکیل شده. قسمت بعدی روده است که ابتدا روده باریک است. به سه قسمت تقسیم می‌شود قسمت فوقانی آن دئودنوم، قسمت میانی ژوژنوم، قسمت انتهایی ایلئوم است و به دریچه ایلئوسکال ختم می‌شود. این اسفنکتر از برگشت باکتری از روده بزرگ به روده کوچک جلوگیری می‌کند. روده بزرگ هم به سه قسمت کلون بالارو، عرضی و پایین رونده تقسیم می‌شود. خونرسانی سیستم گوارشی از طریق شریان‌های آئورت سینه‌ای و شکمی منشعب می‌شود انجام می‌شود. که مهمترین آنها شریان‌های معده و شریان‌های مزانتریک فوقانی و تحتانی هستند. وریدهای گوارشی نیز نهایتاً وارد ورید پورت می‌شوند. ۲۰ درصد از برون ده قلب مربوط به جریان گوارشی است.

از نواحی سمپاتیک و پاراسمپاتیک سیستم عصبی خودکار عصب‌گیری می‌کند. اعصاب سمپاتیک اثر مهار کننده بر سیستم گوارش دارند و موجب کاهش ترشحات و کاهش حرکات آن می‌شوند.

اعصاب پاراسمپاتیک اثر تحریکی دارد و باعث کاهش فشار اسفنکترها و شل شدن آنها می‌شود.

### تنظیم کننده‌های فعالیت گوارشی:

به سه دسته تقسیم می‌شوند ←  
اولی تنظیم کننده‌های دستگاه عصبی هستند ← تنظیم کننده‌های عصبی مثل استیل کولین و نوراپی نفرین هستند.  
دوم تنظیم کننده‌های هورمونی ← مثل گاسترین، کوله سیستوکینین و سکرترین است  
سومین دسته تنظیم کننده‌های موضعی هستند ← مثل هیستامین است.

### عملکرد گوارشی:

در سه قسمت هضم، جذب و دفع است.  
فرایند هضم با جویدن شروع می‌شود بزاق دهان که از غدد پاروتید و زیر زبانی و زیر فکی ترشح می‌شوند اولین ترشحات هستند که با غذا تماس پیدا می‌کنند. بزاق آنزیم پیتالین دارد که هضم مواد نشاسته‌ای را شروع می‌کند. غذا با بلع وارد مری می‌شود. حرکات دودی مری لقمه را به سمت معده هدایت می‌کند. با ورود غذا به معده سلول‌های معده اسید هیدروکلریک با PH حدود یک ترشح می‌کند. غذا را به اجزای قابل جذب تجزیه می‌کند و دوم اینکه به علت PH پایین باکتری‌های بلعیده شده را از بین می‌برد.

عامل ترشحي ديگر از معده فاکتور داخلی است که این ماده با ویتامین B<sup>۱۲</sup> مواد غذایی باند و باعث جذب B<sup>۱۲</sup> می‌شود. غذای نسبتاً هضم شده مخلوط با ترشحات معده را کیموس می‌گویند. محتویات معده وارد دوازدهه می‌شود، ترشحات پانکراس قلیایی است که اسید معده را خنثی

باشد و در وضعیت راحت دراز کشیده باشد. شکم را به چهار قسمت راست، بالا و پایین و چپ، بالا و پایین تقسیم بندی می‌کنیم. سمع همیشه باید قبل از دق و لمس انجام شود. زیرا دق و لمس می‌توانند صداهای روده را تغییر دهند.

### ارزیابی‌های تشخیصی:

مطالعات سرمی مثل CBC، انعقادی، کبدی، آنتی‌ژن سرطان و آلفا‌فیتوپروتئین، نشانگرهای خاص کنسرهای گوارشی، آزمایش مدفوع برای خون مخفی ۷۲ ساعت قبل داروهای انسید و انعقادی قطع شود. ویتامین سی هم منفی کاذب می‌دهد.

آزمون تنفسی اوره که برای هلیکوباکتر استفاده می‌شود از یک ماه قبل آنتی بیوتیک و بیسموت مصرف نکند. ۲۴ ساعت قبل  $H_2$  بلاکر مثل فاموتیدین مصرف نکرده باشد. از دو هفته قبل PPI مصرف نکرده باشد مثل پنتازول.

آزمون بعدی سونوگرافی است باید NPO باشد که تجمع گاز در روده کم شود.

بلع باریوم برای مطالعه سیستم گوارشی فوقانی انجام می‌شود.

تنقیه باریوم برای مطالعه سیستم گوارشی تحتانی است. اگر به وجود بیماری التهابی حاد روده یا فیستول، سوراخ شدگی کلون مشکوک باشیم از یک ماده یددار قابل حل در آب استفاده می‌کنیم. رژیم غذایی کم و باقیمانده برای خالی بودن روده. در التهاب حاد کولون تنقیه انجام نمی‌شود در GIB و پارگی و انسداد روده هم نباید انجام شود. بعد از انجام مصرف مایعات کافی، ممکن است اسهال ایجاد کند. CT, MRI هم انجام شود.

روش بعدی آندوسکوپی با روش‌های مختلف است که امکان مشاهده مستقیم مری و معده را می‌دهد.

می‌کند. دو آیتم تریپسین و لیپاز ترشح می‌کند. عملکرد اصلی روده کوچک جذب مواد است.

**نکته:** چربی، پروتئین، کربوهیدرات، سدیم و کلر در ژوزنوم جذب می‌شوند، ویتامین و نمک‌های صفراوی در ایلئوم و منیزیم، فسفات، پتاسیم در سراسر روده کوچک جذب می‌شوند.

روده بزرگ شامل کلون صعودی، عرضی و نزولی است. کلون سیگموئید، رکتوم و آنوس بخش‌های انتهایی هستند.

### علائم شایع گوارشی:

درد که یکی از مهمترین نشانه‌های وجود بیماری سیستم گوارشی است. مشخصات، محل، مدت زمان و نحوه انتشار درد و زمان شروع بر حسب علت شروع کننده متفاوت است.

علامت بعدی دیس پپسی یا سوء هاضمه و احساس ناراحتی در قسمت فوقانی شکم است. یک واژه کلی است که به تعداد زیادی از نشانه‌های قسمت فوقانی شکم مثل درد، سیری زودرس، احساس پری، آروغ زدن و سوزش سر دل یا برگشت اسید معده اطلاق می‌شود.

غذاهای چرب مهمترین عامل ایجاد دیس پپسی هستند.

علامت بعدی تهوع و استفراغ است. خود استفراغ تخلیه با فشار محتویات معده و روده از دهان است. علامت بعدی تغییر الگوی دفعی است از اسهال تا یبوست تنوع دارد. مثلاً مدفوع حجیم، کف آلود، بدبو با خونریزی و شل و آبکی یا خاکستری می‌تواند باشد.

### بررسی جسمی بیمار با اختلالات گوارشی:

نور کافی محیط خیلی مهم است. شکم بیمار کامل اکسپوز شده باشد. دست پرستار گرم باشد ناخن‌ها کوتاه باشد بیمار قبل معاینه مثانه را خالی کرده

ژنژویت: التهاب لثه.  
 سیلادنییتیت: التهاب غدد بزاقی.  
 آتروفازیا: بلع هوای زیاد.  
 گگ: رفلکس عوق زدن  
 نازیا: تهوع.  
 دیسفاژی: بلع مشکل  
 دیس پیسی: سوء هاضمه.  
 ادینوفازی: درد هنگام بلع.  
 پلی دیپسی: پرنوشی  
 پلی فاژی: پرخوری.  
 آنورکسی: بی‌اشتهایی.  
 پروکتیت: التهاب راست روده و مقعد.  
 استوماتیت: التهاب مخاط دهان.  
 گاستریت: التهاب معده.  
 پریتونیت: التهاب پوشش حفره شکم.  
 گاسترو آنتریت: بیماری التهابی معده روده‌ای.  
 فیدینگ تیوب: سوند غذا رسان.  
 گاستروستومی: ایجاد سوراخ روی معده.  
 کلستومی: ایجاد برش جراحی روی کلون.  
 ژوژنوستومی: ایجاد سوراخ روی ژوژنوم.  
 انترکتومی: برداشتن پیلور و آناستوموز به دوازدهه.  
 کاشکسی: لاغری مفرط.  
 فیشر: ترک و شکاف در مقعد.  
 تنسموس: زور زدن بیهوده برای دفع مدفوع.  
 هماتمز: اسهال خونی.  
 هموروئید: اتساع وریدهای ناحیه مقعد.  
 دیسانتری: اسهال خونی.  
 استئاتوره: مدفوع چرب.  
 هماتوشزی: مدفوع خونی به رنگ قرمز روشن.

ERCP برای مشاهده مجاری پانکراس و صفرا و کیسه صفرا استفاده می‌شود. هم درمانی است هم تشخیصی بیمار باید ۸ ساعت NPO باشد. آتروفین برای کاهش ترشحات می‌دهند بعد از آندوسکوپی باید علائم حیاتی، درجه حرارت، درد، خونریزی و سطح هوشیاری بررسی شود. روش بعدی کولونوسکوپی است برای تشخیص و درمان انجام می‌شود. پوزیشن آن به پهلو چپ است عارضه آن شامل آریتمی به دلیل تحریک واگ، کاهش تنفس به دلیل داروهای مصرفی، واکنش عروقی واگ و تغییر فشار خون. در حین کار پایش و مانیتورینگ قلبی و تنفسی. مصرف ملین دو شب قبل و تنقیه یا انما تا زمانی که مایع برگشتی پاک شود. محلول‌های لارواژ در انسداد و التهاب روده ممنوع است. کولونوسکوپی در پارگی‌ها یا احتمال پارگی و دیورتیکول حاد مجاز نیست. در بیماران با سابقه عمل دریچه یا آندوکاردیت داشته‌اند آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید بدهیم. رضایت‌نامه باید داشته باشیم. می‌توان از گلوکاگون برای شل کردن عضله و کاهش اسپاسم استفاده کرد. آزمون بعدی مطالعات مانومتري و الکتروفیزیولوژیک است برای تعیین اختلالات مربوط به حرکت مری و اسفنکتر فوقانی و تحتانی مری استفاده می‌شود. ۸ تا ۱۲ ساعت قبل NPO باشد، ۲۴ تا ۴۸ ساعت قبل داروهای موثر بر حرکت مری مثل کلسیم بلاکرها، آنتی‌کولینرژیک‌ها و آرام‌بخش‌ها قطع شود. آزمون آخر لاپراسکوپی دست با یک برش در کنار ناف است مشاهده مستقیم درون شکم.

### اختلالات دهان و مری:

گلوستیت: التهاب زبان.

## اختلالات حفره دهان:

### ۱. بیماری‌های دهان و دندان:

این بیماری‌ها طیف گسترده‌ای از اختلالات لثه مثل التهاب لثه، پوسیدگی دندان، تا یک سری بیماری‌ها مثل برفک دهان، درماتیت، ویروس hpv شامل می‌شود. مداخلات در این بیماری‌ها مثل کورتون‌های موضعی رعایت بهداشت دهان و دندان، حذف عواملی مثل سیگار و تنباکو، داروهای ضد قارچ کاربرد دارد.

### ۲. اختلالات فک:

به سه دسته تقسیم بندی می‌شود.

درد عضلات فک و صورت.

دورفتگی داخل مفصلی.

بیماری‌های دژنراتیو فکی مثل استئوآرتریت.

بیشترین عامل اختلالات فکی عوامل تروما مثل ضربه به فک است. علائم درد مبهم تا سردرد شدید با انتشار به گوش و دندان و عضلات گردن و سینوس‌ها، معمولاً محدودیت حرکت فک دارند و وقتی دهان را باز می‌کنند صدای ترق و تروق به گوش می‌رسد.

بعضی وقت‌ها اختلال جویدن و بلعیدن هم ایجاد می‌کند. درمان‌های توصیه شده مثل عدم خوردن غذاهای سفت، قرار دادن یخ روی مفصل فک، کاهش استرس، خواب کافی، استفاده از داروهای ضد التهاب و ضد اسپاسم و در نهایت طب سوزنی هم می‌تواند موثر باشد.

### ۳. اختلالات غدد بزاقی:

شامل غدد پاروتید که هر یک از آنها در یک طرف صورت و زیر گوش قرار دارد. غدد تحت فکی در زیر استخوان فک قرار دارد. غدد زیر زبانی در کف دهان قرار دارد. روزانه یک و نیم لیتر بزاق تولید می‌شود و خاصیتی دارد که لغزنده کننده است. ضد

باکتری است و در هضم غذا شرکت دارد. اولین

### اختلال غدد بزاقی شامل:

#### پاروتیت:

شایع‌ترین التهاب غدد بزاقی است معمولاً به علت اوریون در کودکان دیده می‌شود. همچنین در سالمندان و افراد شدیداً بیمار و ناتوان به علت کاهش جریان بزاق اتفاق می‌افتد، گاهی در اثر استافیلوکوک شروع می‌شود. شروع این بیماری ناگهانی است با تب و لرز حساسیت و تورم در لمس غدد، احساس درد در نزدیکی گوش و اختلال در بلع ناشی از تورم غدد وجود دارد.

تدابیر مناسب دریافت غذا و مایعات کافی است. رعایت بهداشت دهان، کیسه یخ، کاهش داروهای آرامبخش و مدر که جریان بزاق را کم می‌کند. درمان با آنتی بیوتیک، مسکن برای درد و در نهایت شکاف در غده برای خروج ترشحات و بهبود علائم.

#### سیالادنی‌تیت:

التهاب سایر غدد بزاقی است که معمولاً ناشی از کم آبی، پرتو درمانی، استرس شدید و سوء تغذیه، ایجاد سنگ در غدد بزاقی و عدم رعایت بهداشت دهانی ایجاد می‌شود. عفونت استافیلوکوک که درمان آن با آنتی بیوتیک است. نشانه‌ها شامل درد و تورم و ترشحات چرکی، اقدامات شامل ماساژ، مایع درمانی و کمپرس گرم و مواد جاری کننده بزاق مثل آب‌نبات، آبلیمو استفاده کند.

#### سنگ غدد بزاقی:

بیشتر در غدد تحت فکی ایجاد می‌شود. معمولاً به تنهایی علامت ایجاد نمی‌کند مگر با عفونت همراه شود. سنگ اگر باعث انسداد مجرا شود تورم و دردهای ناگهانی و موضعی ایجاد می‌کند که با جریان یافتن بزاق رفع می‌شود. غدد متورم و حساس است و گاهی خود سنگ هم قابل لمس

سختی در جویدن، بلع و صحبت کردن، مشکل کاهش وزن و گاهی خلط خونی و بعضی وقت‌ها هم محدودیت در دامنه حرکت مفصل فک ایجاد می‌شود.

#### درمان:

شامل شیمی درمانی، پرتودرمانی و در صورت نیاز جراحی.

#### تدابیر پرستاری:

برقراری ارتباط کلامی بعد از جراحی وسیع دهان به ویژه بعد از برداشتن حنجره دچار اختلال می‌شود و باید از توان بیمار برای برقراری ارتباط نوشتاری مطمئن شویم و وسایل در دسترس باشد. از تبلت و گوشی می‌تواند استفاده کند. اولویت بعد از عمل باز بودن راه هوایی است. احتمال دارد بعد از عمل قادر به بلع نباشد. نیاز به ساکشن دارد در صورت پیوند زدن زبان ساکشن باید با احتیاط انجام شود. زنده بودن بافت پیوندی باید بررسی شود. اگر بافت پیوندی سفید باشد معمولا دلیل انسداد شریانی است و در صورت سیانوز زبان نشانه احتقان وریدی است. با این حال گاهی بررسی دهان ممکن نیست اما از سونو داپلر در محل پیوند و بررسی نبض ناحیه و وضعیت خونرسانی بافت پیوند شده اطلاعات کسب می‌کنیم.

#### تدابیر کلی پرستاری در اختلالات حفره

##### دهان:

این تدابیر ۵ سطح دارد.

۱. ارتقای بهداشت دهان: به ویژه در افرادی که تحت شیمی درمانی و پرتو درمانی هستند. اقدامات برای این افراد پیشگیری از بروز التهاب و زخم‌های دهان است. شستشوی دهان با جوش شیرین و سالیین توصیه می‌شود. در افرادی که تحت رادیوتراپی سر و گردن قرار دارند از دهانشویه

است. اقدامات شامل لیتوتریپسی برای از بین بردن سنگ و برش جراحی و خروج سنگ است.

#### نئوپلاسم یا تومور غدد بزاقی:

معمولا ۵۰ درصد خوش خیم است. درمان با جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی است. در برش جراحی باید مراقب آسیب عصب صورت یا عصب هفت مغزی حفظ شود. در صورت گسترش تومور عصب هم برداشته می‌شود. عوارض جراحی شامل اختلال در عملکرد عصب صورت و سندروم فری است. سندروم فری که با آن گوشی گیجگاهی هم گفته می‌شود نشانه‌های آن شامل گرگرفتگی، تعریق به دنبال خوردن، ظاهر می‌شود. درمان برای این سندروم تزریق سم بوتولیسیم است. اگر بدخیم باشند تومورها بعد از جراحی، پرتو درمانی و شیمی درمانی هم انجام می‌شود.

#### ۴. سرطان دهان و حلق:

در هر قسمتی از دهان و گلو ایجاد می‌شود و در صورت تشخیص زود هنگام قابل درمان است. عوامل خطر مطرح شده شامل مصرف هرگونه تنباکو و الکل، آلودگی با ویروس پاپیلومای انسانی و تاریخچه قبلی ابتلا به سرطان‌های سر و گردن است.

#### پاتوفیزیولوژی:

سرطان‌های بدخیم حفره دهان از نوع اسکواموس کارسینوما هستند. در هر قسمتی ممکن است اما شایع‌ترین قسمت لب‌ها، قسمت‌های جانبی زبان و کف دهان است.

#### علائم:

در محل ابتدایی بدون نشانه هستند. شایع‌ترین نشانه ظهور یک زخم یا توده بدون درد است. بهبود پیدا نمی‌کند. به سادگی خونریزی می‌کند لبه‌های برجسته دارد. و با پیشرفت سرطان حساسیت و

جراحی رادیکال ← یک عمل جراحی وسیع است شامل برداشتن تمام غدد لنفاوی گردن از فک پایین تا ترقوه. برداشتن ورید ژوگولار داخلی و عصب فرعی نخاعی در یک طرف.

جراحی تعدیل یافته ← یک یا چند ساختار غیر لنفاوی مثل عضله استرنوکلایدوماستوئید است حفظ می‌شود و برداشته نمی‌شود.

در جراحی رادیکال گاهاً ظاهر بیمار تغییر می‌کند و از ران یا بازو به قسمت‌های گردن پیوند می‌زنند.

### فرایند پرستاری در حین جراحی گردن:

قبل از جراحی روحیه بیمار برای چنین عمل بزرگی مورد بررسی قرار بگیرد هر سوالاتی دارند باید پاسخ داده شود.

### تشخیص:

کمبود آگاهی در رابطه با قبل و بعد از عمل. پاکسازی غیر موثر هوایی در رابطه با ترشحات و خونریزی و تورم. اختلال در تمامیت بافت ثانویه به عمل پیوند و اختلال در تغذیه در رابطه با درمان یا بیماری.

### مداخلات پرستاری:

باز نگه داشتن راه هوایی و پس از خروج لوله و بعد از رفع داروهای بیهوشی بیمار در وضعیت نشسته باشد. احساس راحتی کند. از فشار وریدی روی محل پیوند کاسته می‌شود همچنین از برگشت و آسپیراسیون جلوگیری می‌شود.

در مرحله اولیه بعد از جراحی گردن پرستار باید وجود صداهای غیر طبیعی تنفسی با گذاشتن گوشی بررسی کند و در صورت وجود صدای غیر طبیعی باید به پزشک اطلاع داده شود چون ممکن است دلیل به انسداد راه هوایی باشد.

در صورتی که خروج ترشحات مشکل داشته باشد بیمار احتمال ابتلا به پنومونی دارد. سرفه و تنفس

حاوی کلر هگزیدین استفاده نشود چون وضعیت را بدتر می‌کند. خشکی دهان ممکن است ایجاد شود باید مصرف مایعات داشته باشد. استفاده از نرم کننده‌های مخاط دهان و داروهای افزایشنده تولید بزاق. اطمینان از دریافت کافی مواد غذایی با کالری مناسب با سن و وزن دریافت کند. مشاوره تغذیه داشته باشد. علائمی مثل درد در بلع، درد و سایر علائم بررسی شود و مداخلات لازم انجام شود، غذای نرم و مایع بیشتر توصیه می‌شود.

۲. دریافت غذا و مایعات مناسب که در مورد اول نام برده شد.

۳. تصویر از خود: بیمار باید تشویق شود که احساسات را بیان کند. نیازهای او شناسایی شود و بیمار به گروه‌های حمایتی مثل روان پرستار یا مددکار ارجاع داده شود.

۴. کاهش ناراحتی و درد: از آنجایی که برخی ضایعات دردناک هستند یک سری راهکارها توصیه می‌شود مثل اجتناب از غذاهای داغ و پر ادویه یا خیلی شور، مسواک نرم، مصرف مسکن، استفاده از لیدوکائین موضعی.

۵. پیشگیری از عفونت: به خاطر عوارض داروها، شیمی‌درمانی، پرتو درمانی و کاهش دریافت مواد مغذی در معرض عفونت هستند. یافته‌های آزمایشگاهی به صورت مرتب باید پایش شود. درجه حرارت چک شود. ملاقات کم شود اگر بیمار پانسمان دارد موارد آسپتیک باید رعایت شود.

### ۵. جراحی گردن:

معمولاً به دنبال ایجاد نتوپلازی دهان و متاستاز آن به غدد لنفاوی گردن و به دنبال آن گسترش متاستاز به بافت‌های پیوندی اطراف بیمار تحت عمل جراحی گردن قرار می‌گیرد. به دو دسته تقسیم می‌شود:

آرزوی بعدی احتمال فیستول کیلوس است که خروج ترشحات شیر مانند لنفاوی از مجرای صدری یا توراسیک داکت است که در مدیاستن قرار دارد که معمولاً به علت آسیب به مجرای صدری در حین عمل یا اختلال سیستم لنفاوی ایجاد می‌شود. تغذیه روده‌ای با رژیم کم چرب و نرم کننده‌های مدفوع، جایگزینی مایعات و الکترولیت، محدودیت فعالیت بیمار، بالا بردن سر تخت، تجویز داروی اکروتاید که باعث کاهش جریان لنفاوی و کیلوس می‌شود.

عارضه دیگر آسیب عصب است و زمانی اتفاق می‌افتد که اعصاب فرعی نخاعی، فکی جانبی، عصب واگ و یا سایر اعصاب در حین جراحی تحت فشار قرار بگیرد. بروز این حادثه مورد توجه قرار بگیرد فلج پایین صورت امکان دارد و در بلع دچار مشکل می‌شود. اختلال در کارکرد شانه شایع‌ترین عارضه بعد از جراحی رادیکال گردن است این عارضه نیازمند برنامه‌های گسترده باز توانی جسمی است.

### تغذیه داخلی یا روده‌ای:

به این معنی که روده‌ها دریافت کننده مواد غذایی هستند بنابراین ترکیب‌های غذایی توسط سوندهای گذارسان به طور مستقیم به داخل دستگاه گوارش وارد می‌شود. برای تامین نیازهای بیمارانی که کار می‌رود که دریافت مواد غذایی از دهان ناکافی یا غیر ممکن باشد. در حالی که دستگاه گوارش کارکرد طبیعی داشته باشد.

گذارسانی از ابتدای دوازدهه یا ژوژنوم امکان‌پذیر است. با حفظ متابولیسم روده‌ای و کبدی به حفظ تمامیت دستگاه گوارش کمک می‌کند.

عمیق، پوزیشن نشسته، اسپرومتری انگیزشی و در صورت نیاز از ساکشن استفاده می‌شود. در صورت درد از مسکن استفاده می‌شود. مراقبت از زخم باید توجه شود در ۲۴ ساعت اول حدود ۸۰-۱۲۰ cc ترشح سرورزی و خونی خارج می‌شود. بیشتر از این نشان دهنده ایجاد فیستول یا خونریزی است. زخم بررسی شود پانسمان از نظر رنگ و گرما چک شود. وجود نبض در ناحیه جراحی چک شود. آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در صورت تجویز، تعویض پانسمان آسپتیک باشد، پانسمان فشار زیادی به ناحیه پیوند وارد نکند. برقراری تغذیه کافی بسیار اهمیت دارد. قبل از عمل یک سری اقدامات اصلاحی باید انجام شود. گاهی نیاز به تغذیه روده‌ای می‌باشد که از کاهش وزن و عدم تعادل مایعات جلوگیری می‌کند. مکمل‌های غذایی داده می‌شود. برقراری ارتباط موثر پرستار باید روش‌های دیگر ارتباط را بلد باشد مشاوره گفتار درمانی آموزش داده می‌شود.

در مرحله بعد از عمل حتماً باید با زنگ احضار آشنا شده و در دسترس بیمار باشد. حفظ تحرک جسمی اهمیت دارد چون برداشتن اعصاب و عضله باعث افتادن و خمیدگی شانه به طرف جلو می‌شود. تمرینات ورزشی مناسب وقتی وضعیت استیبل شود. فیزیوتراپی انجام می‌شود.

در پایش عوارض احتمالی خونریزی اهمیت دارد که معمولاً به علت پارگی شریان کاروتید رخ می‌دهد بررسی مرتب علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا ثابت شدن وضعیت. علائم شوک مورد توجه واقع شود عدم انجام مانور والسالوا، درد شدید اپی‌گاستر اطلاع داده شود، بالا بردن سر تخت ۳۰ درجه بالاتر باشد.

اقدامات برای جلوگیری از این سندروم شامل: کاهش سرعت ورود محلول‌های غذایی درجه حرارت محل غذایی در حد گرمای اتاق باشد. در صورت تحمل محصول غذایی به صورت مداوم داده شود نه به صورت یک دفعه. به بیمار توصیه می‌کنیم که تا یک ساعت بعد از غذا در وضعیت نیمه نشسته باشد. از حداقل ممکن آب قبل و بعد از هر بار تغذیه برای شستشوی لوله استفاده کنیم. زیر آب سرعت حرکت غذا را افزایش می‌دهد.

### روش‌های اجرای تغذیه روده‌ای:

معمولاً به دو شکل است ← یک تغذیه بلوس و دوم روش قطره‌ای متناوب است.

در روش بلوس که روتین است و در بخش‌های ویژه انجام می‌شود غذا به فواصل معین ۳ تا ۴ بار در روز با سرنگ تومی گاوژ می‌شود. حجم محلول‌ها معمولاً ۲۰۰ تا ۴۰۰ سی سی است که طی حدود ۱۵ تا ۶۰ دقیقه وارد می‌شود. قبل از گاوژ باید حجم باقیمانده مورد بررسی قرار بگیرد. اگر حجم باقیمانده بیش از ۲۰۰ تا ۵۰۰ سی سی باشد آن وعده حذف می‌شود.

روش دوم جریان مداوم است که ورود محلول غذایی با سرعت کم و در دوره‌های طولانی است که در بیماران بدحال و در معرض خطر آسپیراسیون انجام می‌شود. در صورت عدم تحمل مثل پانکراتیت و برای تغذیه‌ها در روده کوچک معمولاً توصیه می‌شود. باید از یک پمپ تغذیه برای کنترل سرعت ورود محلول غذایی استفاده شود.

### نکات:

برای اطمینان از باز بودن سوند و کاهش خطر رشد میکروبی، جرم گرفتگی و مسدود شدن لوله حداقل ۳۰ سی سی آب در موارد زیر باید به لوله وارد کنیم:

از مزیت‌های آن این است که ارزان و ایمن است به خوبی توسط بیمار تحمل می‌شود و با راحتی در مراکز درمانی و منزل قابل استفاده است.

زمانی از تغذیه بینی به ژوژنوم استفاده می‌کنیم که خود مری و معده نمی‌توانند دریافت کننده مواد غذایی باشند. یا بیمار در معرض خطر بالای آسپیراسیون باشد. برای تغذیه داخلی طولانی مدت که معمولاً بیش از ۴ هفته است لوله‌های گاستروستومی یا ژوژنوستومی برای دادن غذا ارجح است.

برخی شرایط که نیازمند تغذیه روده‌ای هستند شامل الکلیسم، افسردگی مزمن، بی‌اشتهایی عصبی، در درمان سرطان‌ها، بیماران کما و نیمه کما، مراقبت در دوران نقاهت مشکلات معده‌ای روده‌ای، جراحی در گردن و صورت، فلج دهانی حلقی و فلج مری و گاهی برای آماده سازی عمل روده.

در تغذیه روده‌ای یک اصطلاح به نام سندروم دامپینگ داریم که اسمولاریته طبیعی بدن به طور تقریبی  $300 \text{ ml/kg}$  است. که بدن تلاش برای نگهداری اسمولاریته بدن در این سطح دارد. وقتی محلول غذایی با اسمولاریته بالا و مقدار زیاد وارد معده شود، خود روده کوچک توسعه پیدا می‌کند و آب به سرعت از بخش‌های مایع بدن مثل مایع بین سلولی و داخل عروقی به طرف روده حرکت می‌کند. به دنبال آن بیمار دچار احساس پری، سردرد، سرگیجه، تهوع و استفراغ، تعریق و اسهال اسموتیک می‌شود. این پدیده می‌تواند باعث کم‌آبی، کاهش شدید فشار خون و افزایش ضربان قلب شود که به این مجموعه سندروم دامپینگ می‌گویند.

عوارض مکانیکی مثل انسداد روده، عوارض متابولیک مثل کم آبی و افزایش اوره در خون و هایپو یا هایپرگلاسمی. اما عوارض شایع آن اسهال و یبوست است که علل احتمالی اسهال عدم تحمل تغذیه روده‌ای و سوء تغذیه است.

درمان‌های دارویی منیزیم به عنوان یک ملین می‌تواند باعث شود یبوست درمان شود، آنتی بیوتیک‌ها، کمبود روی و عدم تحمل لاکتوز، سندروم دامپینگ.

برای یبوست دریافت ناکافی مایعات، استفاده همزمان از داروهای مخدر، استفاده از فرمول‌های بدون فیبر.

برای برقراری مایع رسانی کافی و جلوگیری از تشنگی و دهی راتاسیون آب باید هر ۴ ساعت یک بار و قبل و بعد هر نوبت تغذیه برای پیشگیری از کم آبی هایپرتونیک به این بیماران داده شود.

ترخیص بیمار و خود مراقبتی چند شرط دارد ← یک اینکه دارای وضعیت طبی تثبیت شده باشد. تحمل موفقیت آمیز حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد تغذیه لوله‌ای را داشته باشد. قادر به مراقبت از خود باشد یا فرد مراقبت کننده باشد. علاقمند به یادگیری باشد و آموزش‌های لازم داده شده را یاد بگیرد و به وسایل لازم هم دسترسی داشته باشد.

### گاستروستومی و ژوژنوستومی:

گاستروستومی روش جراحی برای ایجاد یک سوراخ در معده با هدف رساندن غذا، دارو و مایعات توسط سوند یا برداشتن فشار از روی معده در صورت وجود فلج معده یا انسداد روده است. از گاستومی برای تغذیه‌های بلند مدت و بیشتر از ۴ تا ۶ هفته استفاده می‌شود. در بیماران بیهوش تغذیه از گاستروستومی به NGT برتری دارد زیرا اسفکتر

قبل و بعد از تغذیه.

قبل و بعد از هر بار دارو دادن به بیمار.

بعد از کنترل باقیمانده معده یا کنترل PH محتویات معده.

هر چهار ساعت یک بار در تغذیه مداوم هم باید داده شود.

اگر تغذیه لوله‌ای به هر مدتی و به هر علتی انجام نگرفته باشد باید سی سی آب به داخل لوله تزریق کنیم.

### دارو دادن با لوله:

اگر قرار است انواع مختلفی دارو بدهیم باید از روش بلوز استفاده کنیم. هنگام دادن دارو تغذیه متوقف می‌شود و لوله باید حداقل با ۱۵ سی سی آب قبل و بعد از دادن هر دارو شسته شود. هر دارو باید جداگانه داده شود. بین داروها لوله و ۱۵ سی سی آب شسته شود.

هشدار: تجویز داروها از طریق لوله‌های روده‌ای بعد از پیلور احتمالاً بر جذب آنها تاثیر منفی دارد بنابراین در صورت امکان از این روش اجتناب کنیم علاوه بر این برای جلوگیری از تداخل مواد غذایی و دارویی داروها نباید با فرمول‌های تغذیه‌ای مخلوط شوند.

در سیستم باز سرنگ هر ۲۴ ساعت باید عوض شود. غذا به صورت پودر مایع است که با آب مخلوط می‌شود. سیستم بسته از ظروف و لوله‌های استریل که قبلاً پر شده استفاده می‌شود از این غذا تا مدت ۲۴ ساعت در دمای اتاق می‌شود استفاده کرد از پمپ استفاده می‌شود.

### عوارض تغذیه روده‌ای:

عوارض روده معده مثل یبوست و اسهال، تجمع گاز، احساس پری شکم، کرامپ، تهوع و استفراغ.

در اولین هفته بعد از تندگذاری مراقبت‌ها باید بر پیشگیری از عفونت مجرا و دهان و تمرکز بر بهبودی متمرکز شود. در چند روز ابتدایی مشاهده مقداری ترشح طبیعی است و بعد از ۷ روز لازم است که هفته‌ای دو بار پوست اطراف شستشو داده شود و در معرض هوا قرار بگیرد. روزانه پوست از نظر زخم، ترشح، خونریزی و دانه‌های قرمز برجسته که نشانه عفونت قارچی است بررسی شود.

بعد از هفته اول با چرخاندن لوله گاستروستومی در محل و فرستادن آن به داخل حداکثر ۱۰ سانت جزو مراقبت‌ها است که در لوله‌های ژوژنوستومی انجام نمی‌شود و ممنوع است.

پایش مقابله با عوارض است: عارضه‌ها شامل عفونت زخم و سایر مشکلات زخم مثل سلولیت در محل زخم، خونریزی، نشت و حتی سفتی بیش از حد است.

علائم حیاتی بررسی شود، ترشحات بررسی شود. استفراغ و مدفوع از نظر وجود خون بررسی شوند. عارضه بعدی آسپیراسیون است، سر تخت را ۳۰ درجه بالا می‌بریم، عارضه دیگر انسداد لوله است که باعث تاخیر در تغذیه و داروها می‌شود. باید پیشگیری شود و به وسیله شستشوی دائم و باز کردن به وسیله مواد خاص صناعی انجام شود.

#### اختلالات مری:

دریچه کاردیا دریچه پایینی مری است و از عصب نهم مجموعه عصب‌گیری می‌کند.

نازوفارنکس یا حلق بینی، اروفارنکس یا دهانی حلقی، هایپوفارنکس یا لارنژیوفارنکس.

اسفنکتر فوقانی در قسمت هایپوفارنکس قرار دارد. از عصب ۹ عصب‌گیری می‌کند و یک اسفنکتر واقعی است.

معده و مری دست نخورده باقی می‌ماند و به علاوه امکان پس زدن غذا و آسپیراسیون در گاستروستومی کاهش می‌یابد.

ژوژنوستومی دریچه‌ای است که معمولاً از طریق آندوسکوپ و جراحی یا از طریق رادیولوژی در ژوژنوم با هدف رساندن غذا مایع و یا داروها تعیین می‌شود. زمانی استفاده می‌شود که راه معده قابل دسترس نیست یا برای کاستن از خطرات آسپیراسیون در صورتی که معده کارکرد مناسب ندارد و نمی‌تواند فرایند تخلیه غذا و مایعات را انجام بدهد به کار می‌رود.

فیکس کردن این‌ها به روش جراحی انجام می‌شود از طریق برش پوستی آندوسکوپ.

#### فرایند پرستاری در گاستروستومی و

##### ژوژنوستومی:

##### بررسی:

هدف انجام روش جراحی باید توضیح داده شود، کاملاً پروسیجر را توضیح می‌دهیم که مواد غذایی دیگر از دهان و مری عبور نمی‌کند.

##### تشخیص پرستاری:

اختلال در رابطه با وضعیت تغذیه، خطر عفونت در رابطه با زخم جراحی، خطر آسیب پوست در رابطه با محل ورود لوله، اختلال در تصویر ذهنی بدن در رابطه با وجود سوند و لوله.

##### مداخلات پرستاری:

تامین نیازهای غذایی که اولین تغذیه بعد از جراحی با آب ساده یا نرمال سالین انجام می‌شود. در نوبت اول کمتر از ۳۰ سی سی به تدریج افزایش می‌یابد و بعد از حدود ۴ ساعت می‌توانیم محلول غذایی به آنها با حجم کم داده شود و حجم به صورت آهسته افزایش می‌یابد.

حرکات دودی قسمت انتهایی مری به علاوه نارسایی در شل شدن کاردیا اتفاق می‌افتد. پس انقباض شدید کاردیا را داریم.

علت آن می‌تواند ناشناخته باشد یا کنسرها، کنسر مری، معده و لنفوم و ازوفازیت می‌توانند آن را ایجاد کنند.

### علائم:

نشانه اولیه آن دیسفاژی به خصوص در جامدات است. استفراغ ارادی یا غیرارادی دارند، درد پشت قفسه سینه و جناق و غیر قلبی، سوزش سر دل دارند، فشار بالای اسفنکتر مری را دارند.

هیستوری کلاسیک این بیماری کاهش وزن و رگورژیتاسیون مواد غذایی است، کاهش حرکات دودی.

### تشخیص:

با انجام مانومتری محرز می‌شود. CT و گرافی بلع باریوم در بلع باریوم نمای نوک پرنده دیده می‌شود.

### درمان:

به آرامی غذا بخورد همراه غذا آب بنوشد، تجویز کلسیم بلاکرها، تزریق سم بوتولیسم از طریق آندوسکوپ که انقباض عضله صاف را مهار می‌کند. اتصال قسمت باریک شده به آنوسکوپ و بالون گذاری چندین بار و در نهایت انجام جراحی میوتومی.

### ۲. اسپاسم مری:

خود به سه دسته تقسیم می‌شود ← شامل جک هامر که در این حالت مری دارای انقباضات قوی و بیش از حد است.

نوع دوم آشالازی نوع ۳ یا اسپاستیک است که انسداد کاردیا با اسپاسم مری دیده می‌شود.

اما شایع‌ترین نوع آن اسپاسم منتشر مری DES است. در این بیماری دامنه امواج طبیعی است اما

در مری لایه سروزی وجود ندارد بنابراین در مواردی که نیاز به جراحی داشته باشد یا آناستوموز بخواند و نیاز به بخیه داشته باشد مشکل ساز خواهد بود.

دیسفاژی ← اشکال در بلع و عدم بلع، گیر کردن غذا در مری است و شایع‌ترین نشانه در بیماری‌های مری است.

اودینوفاژی ← درد هنگام بلع است.

دیسفاژی به دو نوع تقسیم می‌شود ← اوروفارنژیال یا Transfer و دومی ازوفارنژیال.

### دیسفاژی اوروفارنژیال:

اشکال در انتقال لقمه از دهان به مری است. علل آن شامل فلج عضلات دهانی حلقی، بیماری‌های نورولوژیک مثل CVA، اختلالات هایپوفارنکس مثل تومور سر و گردن و دیورتیکول زنکر.

علائم آن اختلال در جویدن، رگورژیتاسیون، سرفه و پونومونی.

### دیسفاژی ازوفارنژیال:

کاملاً مربوط به بافت مری است که کردن غذا در مری به ویژه جامدات.

شامل دو دسته است ← موتور که اختلال در حرکت مری است که شامل اسپاسم منتشر مری ES، آشالازی و اسکلوودرمی است.

دسته دوم مکانیکی و انسدادی که شامل حلقه شاتسکی و تنگی پپتیک است.

### اختلالات حرکتی مری:

شامل سه بیماری آشالازی، اسپاسم مری و اسکلوودرمی است.

### ۱. آشالازی:

دژنراسیون دائمی شبکه مزانتریک و هسته‌های واگ مربوط به مری به ویژه در قسمت‌های تحتانی مری است. این اختلال موجب نبود یا نارسایی در

تون عضلانی در تنه مری ← در آشالازی ↓،  
اسکلرودرمی ↓ و اسپاسم منتشر ↑.

تون اسفنکتر تحتانی در ← آشالازی ↑،  
اسکلرودرمی ↓ و در اسپاسم منتشره نرمال است.

### بیماری GERD یا رفلکس معده به مری:

شایع‌ترین بیماری مری است و برگشت محتویات معده به مری رخ می‌دهد. به Heart Burn یا سوزش سر دل معروف است. محتویات معده یا دوازدهه به مری برمی‌گردد و باعث آسیب به مخاطب مری می‌شود.

### عوامل محافظ مری:

اسپاسم و انقباض اسفنکتر، ترشحات بزاق، بی‌کربنات مری، حرکات دودی مری، عوامل محافظت‌کننده مری هستند که هر کدام از این‌ها مختل شود بیمار را مستعد رفلکس می‌کند.

### شایع‌ترین علل:

کاهش حرکات دودی و کاهش ترشح بزاق، هرنی هیاتال، تخلیه دیررس معده و تنگی پیلور. افراد چاق، سیگاری، عفونت هلیکوباکتر مستعد هستند. ۵۰ درصد افراد علائم نخواهند داشت.

### علائم:

سوزش سر دل، دیس پپسی که مهم‌ترین نشانه است، رگورژیتاسیون، دیسفاژی، علامت واتر براش، افزایش ترشح بزاق و جامع شدن آب در دهان، یک سری علائم آتیپیک هم دارند مثل CP غیر قلبی، احساس توده در گلو، سرفه مزمن، گرفتگی صدا، پنومونی، آسپیراسیون.

### تشخیص:

علائم تیپیک و هیستوری دقیق، بهترین آزمون اندازه‌گیری PH مری است، آندوسکوپی.

امواج دودی زودرس و نامنظم هستند. به سرعت حرکت می‌کنند یا به یکباره در تمام قسمت‌های مری اتفاق می‌افتد این بیماری اختلال شبکه عصبی میانتریک در قسمت‌هایی از مری وجود دارد که موجب می‌شود ریلکس شدن هماهنگی مری انجام نشود.

### علائم:

اختلال در بلع و اדיنوفاجی، درد قفسه سینه غیر قلبی.

### تشخیص:

با مانومتري، بلع باریوم نمایی می‌دهد که به آن نمای درب چوب پنبه‌ای گفته می‌شود.

### درمان:

کلسیم بلاکرها و نیترات‌ها که کاهش فشار و دامنه انقباض مری را باعث می‌شوند. تزریق بوتولیس، از مهار کننده‌های پمپ پروتون استفاده می‌شود، جراحی میوتومی و برش قسمت‌هایی از مری که انقباضات شدید دارند. توصیه به خوردن غذاهای نرم به مقدار کم و دفعات بیشتر.

### ۳. اسکلرودرمی:

علت این بیماری فیبروز و آتروفی عضله انتهایی مری است. یک نوع اختلال حرکتی است که عضلات صاف در دو سوم تحتانی مری را درگیر می‌کند. در این بیماران عدم انقباض مری را داریم. این بیماران دیسفاژی پوزیشنال دارند که مختص این بیماری است. در حالت ایستاده و نشسته مشکل ندارند ولی در حالت خوابیده دیسفاژی دارند.

### علائم:

کاهش حرکات دودی، آتونیک شدن مری و فشار پایین اسفنکتر تحتانی مری.

### درمان:

در نوع لغزشی محل اتصال مری به معده به سمت بالا حرکت می‌کند و به درون قفسه سینه می‌لغزد. ۹۰ درصد از این نوع است.

نوع دوم که شدیدتر و بدتر است که در آن بخش یا تمام قسمت‌های معده از دیافراگم به درون قفسه سینه حرکت می‌کند و در مجاورت مری قرار خواهد گرفت.

### علائم:

سوزش سر دل، رگورژیتاسیون، دیسفاژی، عدم تحمل غذا، تهوع و استفراغ، در مواردی که شدیدتر است احتمال خونریزی و انسداد وجود دارد.

### تشخیص:

معمولاً با CT و بلع باریوم است.

### درمان:

خوردن غذا با دفعات زیاد و حجم کم انجام شود. اجتناب از دراز کشیدن بعد از غذا. بالا بودن سر تخت ۳۰ درجه. در نهایت جراحی می‌کنند. نکته در جراحی بیمار باید از نظر اوق زدن، آروغ زدن، نفخ شکم، درد سینه و درد ناحیه اپی‌گاستر حتماً بررسی شود. چون این علائم می‌توانند نشان دهنده این باشد که بیمار به جراحی مجدد نیاز داشته باشد.

### دیورتیکول مری:

به بیرون زدگی کیسه‌ای شکل بافت مخاطی و زیر مخاطی از بین دیواره عضلانی ضعیف مری گفته می‌شود. معمولاً در قسمت بالای مری یا همان هایپوفارکس یا قسمت میانی یا قسمت پایینی که اپی‌فرنیک هم گفته می‌شود ایجاد می‌شود. شایع‌ترین نوع دیورتیکول، دیورتیکول زنکر است که در قسمت بالایی مری یا در محل اتصال مری به حلق یا هایپوفارنکس ایجاد می‌شود.

تغییر سبک زندگی،  $H^2$  بلاکر در صورت نبود ازوفاژیت آندوسکوپ می‌شود و اگر التهاب مری وجود نداشت بعد  $h^2$  بلاکر داده می‌شود. و اگر ازوفاژیت داشت از داروهای PPI یا مهارکننده‌های پمپ پروتون مثل پنتازول و لانزوپرازول استفاده می‌شود.

### عوارض رفلاکس:

تنگی پپتیک، ازوفاژیت، مری بارت، آدنوکارسینوم مری.

### بارت ازوفاگوس یا مری بارت:

تصور بر این است که رفلاکس مزمن و درمان نشده معده به مری باعث پیدایش این بیماری می‌شود. به طوری که پوشش مخاطی مری را می‌تواند تغییر دهد.

در این بیماری متاپلازی یا تغییر بافت اسکواموس مری به استوانه‌ای روده دیده می‌شود و یک بیماری ناشی از رفلاکس است. ۲ درصد از افراد دارای این بیماری هستند و بدون علامت است. سیگار و چاقی احتمال تبدیل آن به آدنوکارسینوم را افزایش می‌دهد.

### علائم:

ریفلاکس، درد قفسه سینه غیر قلبی، دیسفاژی. نکته: تمام بیماران با ریفلاکس هر ۳ تا ۵ سال از نظر مری بارت باید تحت آندوسکوپ قرار بگیرند.

### فتق هیاتال:

در این بیماری اختلال در سوراخ یا فرامن است که مری از طریق آن وارد شکم شده. این دهانه معمولاً به دلایلی بزرگتر می‌شود و در نتیجه قسمت‌هایی از معده وارد حفره تحتانی مدیاستن می‌شود. فتق هیاتال به دو دسته لغزشی و مجاور مری تقسیم می‌شود.

نکته: این بیماران بعد از عمل معمولاً تا ۷ روز npo هستند و از روز دوم تغذیه وریدی یا روده‌ای برای آنها انجام می‌شود.

### جسم خارجی در مری:

خیلی از اجسام بلعیده شده بدون نیاز به درمان از دستگاه گوارش عبور می‌کنند. برخی اجسام مثل دندان مصنوعی، استخوان ماهی و سنجاق باعث آسیب و گیر کردن و سوراخ شدن مری می‌شود.

نکته مهم: بررسی مداوم وضعیت تنفسی بیمار است و احتمال لوله‌گذاری داخل تراشه برای محافظت راه هوایی این بیماران باید حتماً در نظر گرفته شود و ترالی نزدیک این بیماران قرار داده شود.

تزریق گلوکاگون وریدی برای اثر شل‌کنندگی مری و عضلات می‌تواند موثر باشد و در صورت عدم رفع مشکل از آندوسکوپی و فورسپس و برخی تجهیزات برای خارج کردن جسم خارجی اقدام کنیم.

### سوختگی‌های شیمیایی مری:

بیشتر به دلیل خوردن مواد اسیدی و قلیایی قوی ایجاد می‌شود. آسیب مواد قلیایی بیشتر است و خطرناک‌تر هستند. در این بیماران از لاواژ و استفراغ و شستشوی معده جلوگیری می‌کنیم.

### فرآیند پرستاری در اختلالات مری:

#### بررسی:

گرفتن هیستوری کامل بسیار اهمیت دارد و به نوع تشخیص کمک می‌کند.

#### تشخیص:

اختلال در دریافت مواد غذایی در رابطه با دیسفاژی.

خطر بروز آسپیراسیون در رابطه با دیسفاژی یا تغذیه روده‌ای.

دیورتیکول اپی‌فرینیک بزرگترین دیورتیکل مری است و درست بالای دیافراگم ایجاد می‌شود.

### علائم:

دیسفاژی، احساس فشار و پری در گردن، رگورژیتاسیون، آروغ زدن، صدای قل‌قل بعد از غذا خوردن، سرفه، هالیتوزیس یا نفس بد بو، دیسفاژی اصلی‌ترین شکایت بیماران است.

### تشخیص:

معمولاً با بلع باریوم انجام می‌شود.

نکته خیلی مهم: ازوفاگوسکوپی به دلیل خطر پاره شدن دیورتیکول در این بیماران انجام نمی‌شود و در خصوص NGT که در این بیماران وارد کردن NGT بدون داشتن دید ممنوع است و ممکن است موجب پارگی ناحیه شود.

### درمان:

معمولاً با آندوسکوپی یا جراحی باز درمان خواهد شد.

### پرفوراسیون مری:

یک اختلال و فوریت پزشکی است معمولاً به دلیل اقدامات درمانی مثل آندوسکوپی یا حین جراحی یا خود به خود به دنبال استفراغ‌های خیلی شدید و پرفشار به دنبال تروم‌های بلانت ایجاد می‌شود.

### علائم:

دیسفاژی، درد شدید پشت جناق، افت فشار شدید، پنوموتوراکس و آمفیزم زیر جلدی.

### تشخیص:

CT و بلع باریوم.

### درمان:

نیازمند درمان فوری و NPO است، مایعات وریدی و آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف، پایش همودینامیک و بستری در بخش ویژه و در ۲۴ ساعت اول جراحی باید انجام شود.

### تشخیص:

CT و پت اسکن.

### درمان:

براساس پیشرفت و وضعیت بیماری شامل جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی، درمان‌ها از گردن، شکم و یا قفسه سینه رخ می‌دهد.

### فرآیند پرستاری:

جهت احیای وزن بیمار رژیم پرکالری و پرپروتئین به صورت غذاهای مایع و نرم داده شود. عدم مصرف با دریافت وریدی و روده‌ای را به او آموزش می‌دهیم. بعد از هوشیاری سرتخت تا ۳۰ درجه بالا باشد و در وضعیت نشسته باشد. از نظر برگشت محتویات معده به دهان و تنگی نفس مورد مشاهده قرار بگیرد.

عارضه شایع بعد از عمل پنومونی ناشی از آسپیراسیون است. از فیزیوتراپی قفسه سینه حتما باید اجتناب شود.

کنترل درجه حرارت انجام شود چون بالارفتن ناشی از آسپیراسیون، نشت مایع از محل عمل به مדיاستن است. عارضه قلبی مثل فیبریلاسیون دهلیزی است که به دلیل تحریک عصب واگ حین جراحی ایجاد می‌شود و برای درمان از دیگوکسین، بتابلاکرها و کلسیم بلاکرها و آمیودارون استفاده کرد. خطر شوک نیز وجود دارد. نشت از محل پیوند مری که با تسهیل درناژ کافی، شروع آنتی‌بیوتیک و مطلوب سازی تغذیه و مدیریت می‌شود. ۵روز بعد از جراحی NGT خارج می‌شود و بلع باریوم برای چک نشت از محل پیوند انجام می‌شود. با شروع تغذیه ابتدا از مایعات شروع کند، بعد از هر وعده تغذیه به مدت ۲ ساعت نشسته باشد.

چه در مرحله قبل از عمل چه بعد از عمل گاهی مری حالت مسدود ایجاد می‌کند که فرو دادن بزاق

عدم آگاهی در مورد اختلالات مری و تدابیر درمانی و تشخیصی و روش‌های جراحی.

### مداخلات:

دریافت غذای کافی حجم کم و دفعات بیشتر، آرام غذا خوردن، نوشیدن آب بین غذا، عدم مصرف الکل و دخانیات. کاهش خطر آسپیراسیون باید پوزیشن نشسته یا نیمه نشسته رعایت شود، تسکین درد بعد از وعده غذایی یک تا ۴ ساعت بعد پوزیشن نیمه نشسته داشته باشد تا ریفلاکس رخ ندهد. خوردن غذا قبل از خواب برای این بیماران ممنوع است.

### کنسرهای مری:

به دو دسته خوش‌خیم و بدخیم تقسیم می‌شود. تومورهای خوش‌خیم احتمال رشد در هر جایی از مری دارند. شایع‌ترین نوع تومور خوش‌خیم لیومیوما یا تومور عضله صاف است. علائم دیسفاژی، درد، سوزش سر دل دارد. تومورهای بدخیم ۲ دسته هستند. آدنوکارسینوما و اسکواموس کارسینوما.

عوامل خطر برای کنسرهای شامل ریفلاکس معده به مری، مری بارت، الکل، سیگار، خوردن غذاهای داغ، فقر مواد غذایی و بهداشت بد دهان و دندان. درمان در مراحل ابتدایی و اگر تومور محدود به مخاط و زیرمخاط باشد امید به بقای ۵ ساله وجود دارد. اگر لایه‌های عضلات مری درگیر شده باشد احتمال پارگی مری و آسیب عروقی بزرگ وجود خواهد داشت. علائم در این دسته هنگام خوردن غذاهای سخت دیسفاژی و به تدریج به هنگام خوردن ماینیز دیسفاژی دارند. C.P غیر قلبی دارند، ادینوفاژی، هالیئوزیس یا تنفس بدبو، سکسکه و در موارد پیشرفته خونریزی مری و کاهش وزن دارند.

### علائم:

دیس‌پپسی یا سوءهاضمه، درد اپی‌گاستر، بی‌اشتهایی و استفراغ. در نوع فرسایشی حتی خون‌ریزی و استفراغ خونی شود که هماتمز است و اگر از مدفوع دفع شود ملنا گفته می‌شود. در نوع مزمن علائم خفیف‌تر است اما احتمال اینکه بیمار دچار سوءجذب ویتامین B<sup>۱۲</sup> شوند بیشتر است که ناشی از کاهش تولید فاکتور داخلی توسط سلول‌های پوششی معده است.

### علائم گاستریت حاد:

بی‌اشتهایی، درد اپی‌گاستر با شروع ناگهانی، استفراغ‌های خونی، سکسکه، ملنا، تهوع، استفراغ و احتمال وقوع شوک.

### علائم گاستریت مزمن:

آروغ زدن، سیر زودرس، عدم تحمل غذاهای چرب یا پرادویه، تهوع استفراغ، سوزش سر دل، درد مبهم ناحیه اپی‌گاستر که قابل تسکین با خوردن غذا، طعم ترش در دهان، احتمال کم خونی و احساس خستگی.

### تشخیص:

با آندوسکوپی، CBC و آزمایش خون برای هلیکوباکتر

### درمان:

گاستریت حاد معمولاً طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت فروکش می‌کند. رعایت رژیم غذایی غیر محرک، در صورت خون‌ریزی NGT و آنتی‌اسید و آرامبخش، مایعات وریدی و در موارد خیلی حاد خون‌ریزی غیرقابل کنترل باشد. انجام جراحی اورژانسی اندیکاسیون دارد.

در خصوص گاستریت مزمن شامل اصلاح رژیم غذایی، استراحت، دوری از استرس، کاهش مصرف

مشکل می‌شود و از ساکشن دهانی می‌شود استفاده کرد و یا گازی را به شکل فیتیله در دهان می‌گذاریم تا بزاق را جذب کند.

### اختلالات معده و دوازدهه:

#### گاستریت:

به التهاب معده یا مخاط معده گفته می‌شود به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می‌شود. نوع حاد براساس علل پاتولوژیک به دو دسته آروزیو یا فرسایشی، نان آروزیو یا غیرفرسایشی تقسیم می‌شود.

آروزیو یعنی بیشتر باعث زخم می‌شود و به دنبال مصرف آن‌سیدها مثل آسپرین و پروفن به وجود می‌آید، مصرف الکل و کورتون و پرتودرمانی شکم. در نوع غیر فرسایشی بیشتر به دلیل عفونت ناشی از هلیکوباکتر ایجاد می‌شود.

گاستریت ناشی از تنیدگی که به علت استرس و برخی از بیماری‌های حاد مثل سوختگی و عفونت‌های شدید و آسیب جسمانی شدید ایجاد می‌شود که جزو حاد است.

گاستریت مزمن که به دنبال درگیری طولانی مدت با هلیکوباکتر ایجاد می‌شود که در بروز زخم پپتیک و آدنوکارسینوم معده هم نقش دارد.

#### پاتوفیزیولوژی:

مشخصه گاستریت تخریب محافظ مخاطی معده است که به طور طبیعی این محافظ مانع هضم بافت معده توسط اسید معده و آنزیم پپسین می‌شود و وقتی این محافظ نباشد موجب التهاب می‌شود و اگر این التهاب ادامه پیدا کند غشا مخاطی کاملاً متورم شده، پر خون می‌شود و احتمال ایجاد زخم و خون‌ریزی در این قسمت‌ها وجود دارد.

تسکین درد: اجتناب از مصرف نوشیدنی‌ها و غذاهای محرک مخاط معده، آموزش در مورد مصرف صحیح داروها.  
مراقبت از منزل: توصیه به رژیم غذایی و رعایت آن، اطلاعات کافی در مورد داروهای مصرفی، در نوع مزمن بیمار به تزریق مادام‌العمر ویتامین ب ۱۲ نیاز دارد.

### بیماری‌های زخم پپتیک:

اولسرپپتیک به زخم دوازدهه، معده یا مری اشاره دارد. علت ایجاد زخم از بین رفتن غشای مخاط این مناطق است که اگر پیشرفت کند به لایه عضلانی می‌رسد و در صورت عدم درمان پرفوره شده و به حفره پریتون می‌رسد. اوج شیوع ۳۰ تا ۶۰ سال است و بیشتر در دوازدهه ایجاد می‌شود. در معده بیشتر در ناحیه آنتروم معده شکل می‌گیرد. هلیکوباکتر هم بیشتر در این منطقه معده ایجاد می‌شود.

### اتیولوژی:

شامل حضور یا وجود هلیکوباکتر در معده، مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی است مثل انسیدها، استعداد خانوادگی و گروه خونی O+، وجود سندروم زولینگر الیسون که در این سندروم مقدار زیادی گاسترین از تومورهای تشکیل شده در پانکراس و دوازدهه ترشح می‌شود و باعث می‌شود ترشح اسید معده افزایش یابد و باعث ایجاد زخم پپتیک خواهد شد.

دو نوع دیگر که زخم‌های ناشی از استرس هستند یکی زخم کوشینگ که در افراد با هدروما یا ضربه‌های مغزی، سکت‌های مغزی، تومورهای مغزی و جراحی مغز شایع هستند. مکانیزم آن به این شکل است که بالا رفتن ICP به دنبال تروما

الکل، انسیدها و درمان طولانی مدت با آنتی‌اسیدها.  
دارودرمانی شامل درمان با آنتی بیوتیک‌ها، آنتاگونیست گیرنده‌های هیستامین ۲ هستند یا H<sub>2</sub> بلاکرها که اسید معده ایجاد می‌کند مثل سوکرافیت، میزوپروستول.

### تدابیر پرستاری:

- کاهش اضطراب: پرستار باید با آرامش نیازهای بیمار را بررسی کند. به تمام پرسش‌های بیمار پاسخ بدهیم. تمام پروسیجرها توضیح داده شود.  
برقراری تغذیه مناسب: تا رفع نشانه‌های حاد در گاستریت حاد برای چند ساعت تا چند روز NPO باشد. در صورت نیاز به مایعات وریدی باید مایعات خروجی و ورودی همراه با سطح الکترولیت‌های سرم باید بررسی شود. با فروکش کردن نشانه‌ها ابتدا به بیمار تکه‌های یخ می‌دهیم، سپس مایعات و بعداً شروع غذاهای جامد و بررسی سطح تحمل بیمار و وجود نشانه دال بر عود گاستریت مورد بررسی قرار می‌گیرد و گزارش می‌شود. نوشیدن مواد حاوی کافئین منع می‌شود. مصرف الکل و سیگار ممنوع است.

تعادل مایعات: جذب و دفع مایعات روزانه کنترل شود تا علائم اولیه دهیدراتاسیون به موقع تشخیص داده شود و حداقل مصرف مایعات ۱/۵ لیتر روزانه و ادرار ۱ cc/kg است. پایش سطح الکترولیت‌ها مخصوصاً سدیم و پتاسیم هر ۲۴ ساعت چک شود. نسبت به گاستریت، خونریزی دهنده مثل هماتمز، تاکی کاردی و کاهش فشار خون باشد. ملنا چک شود و در صورت بروز حتماً به پزشک اطلاع داده شود.

غذایی را بهتر تحمل می‌کنند. تدابیر درمانی بعد جراحی است که به سه قسمت واگتومی، پیلوروپلاستی و آنترکتومی تقسیم می‌شود. فرایند پرستاری:

ابتدا به بررسی می‌پردازیم از بیمار می‌خواهیم که درد، الگوی درد و قابل پیش‌بینی بودن یا نبودن روش‌های تسکین درد را به ما بگوید دفعات و مشخصات استفراغ، عادات قضایی و سبک زندگی را شرح دهد، مصرف داروها و تاریخچه خانوادگی زخم‌های گوارشی را می‌پرسیم. درد حاد در رابطه با ترشح اسید معده روی بافت آسیب دیده

اضطراب در رابطه با بیماری حاد اختلال در تغذیه در رابطه با تغییر در رژیم غذایی عوارض حاد شامل خونریزی در جراحی‌ها، پاره شدن معده و نفوذ زخم و انسداد پیلور است.

در خونریزی شدید معمولاً اگر ۲۰۰ سی سی بیشتر باشد جایگزینی فوری ضروری است. احیای مایعات انجام شود بیماری مشکوک به خونریزی باید طی ۱۲ ساعت آندوسکوپی شود.

در پرفوراسیون لایه عضلانی از بین می‌رود و به سرور می‌رسد و باز شدن ناگهانی زخم به داخل پریتون یک اورژانس محسوب می‌شود. بیشتر در زخم‌های دوازدهه رخ می‌دهد می‌تواند باعث سپسیس و نارسایی چند ارگانی شود. علائم شامل درد ناگهانی و شدید در ناحیه فوقانی شکم و تشدید شونده، استفراغ و کلاپس، تندر نس شکم، کاهش فشار خون، افزایش نبض است.

انسداد پیلور که زخم گوارشی علت غیر سرطانی انسداد خروجی معده است. و هنگامی اتفاق می‌افتد که ناحیه منتهی به پیلور به خاطر تشکیل بافت اسکار یا اسپاسم و تورم تنگ می‌شود. بیمار دچار

یا سایر موارد باعث تحریک عصب واگ می‌شود و به دنبال آن افزایش ترشح اسید معده را داریم. نوع دیگر زخم ناشی از استرس زخم کرلینگ است که بعد از سوختگی‌های شدید در آنتروم معده یا دوازدهه ایجاد می‌شود.

### علائم بالینی:

درد مبهم، سوزش اپی‌گاستر، اگر زخم توی معده باشد با خوردن غذا معمولاً تشدید می‌شود. در دوازدهه حدوداً ۲ تا ۳ ساعت بعد از خوردن غذا شروع می‌شود. مبتلایان به زخم معده معمولاً در خواب از درد بیدار می‌شوند اما در مبتلایان به زخم دوازدهه کمتر دیده می‌شود.

سایر علائم شامل سوزش سر دل، اسهال، استفراغ، یبوست و در موارد شدید خونریزی است. تشخیص: آندوسکوپی بهترین روش برای تشخیص است.

### درمان:

تقریباً شبیه به درمان گاستریت است، دارو درمانی مشابه گاستریت، متداول‌ترین درمان شامل آنتی بیوتیک، PPI و بیسموت هستند. H<sub>2</sub> بلاکرها، مخصوصاً اگر سندروم زولینگر الیسون باشد از PPI استفاده می‌شود و داروی اوکتروتاید برای کاهش سطح گاسترین داده می‌شود، از پروستاگلندین‌ها هم استفاده می‌شود.

نکته: داروی میزوپروستول در زنان باردار منع مصرف دارد و باعث زایمان زودرس و سقط می‌شود. ترک سیگار انجام شود، اصلاح رژیم غذایی برای پیشگیری از افزایش بیش از حد ترشح اسید، عدم مصرف آشامیدنی زیاد و غذای بسیار سرد یا بسیار گرم. از الکل، کافئین و قهوه اجتناب شود نیاز به وعده‌های کم با دفعات زیاد نیست و الگوی آن به صورتی است که خود بیماران می‌دانند که چه

خونریزی شدید و با استفراغ با خون روشن و منتهی به شوک، احیای مایعات و آندوسکوپي و جراحی برای کنترل خونریزی.

سندروم دامپینگ که در مورد جراحی که بخش بزرگی از معده برداشته می‌شود رخ می‌دهد یا برداشتن دریچه پیلور می‌تواند باعث این شود که تخلیه سریع غذای هایپرتونیک از معده به درون روده کوچک باعث کشیده شدن مایع داخل سلولی به داخل روده می‌شود و در نتیجه روده متسع می‌شود. حرکات روده افزایش می‌یابد هایپرگلیسمی رخ می‌دهد معمولاً علائم ۱۰ تا ۲۰ دقیقه تا ۳۰ دقیقه بعد از خوردن غذا رخ می‌دهد. شامل سیری زودرس، درد کرامپی، تهوع و استفراغ، اسهال و یک سری نشانگان عروقی به صورت سردرد، برافروختگی، تعریق، سرگیجه و تپش قلب. ابتدا افزایش سریع قند خون دارند و بعد از دو تا سه ساعت دچار هایپوگلیسمی می‌شوند.

برگشت صفر امکان دارد در هر جراحی که طی آن پیلور دستکاری یا برداشته شود وجود داشته باشد. درد سوزشی ناحیه اپی‌گاستر دارد که پس از خوردن غذا افزایش می‌یابد و استفراغ با کاهش درد همراه نیست. درمان با تجویز مهارکننده‌های پمپ پروتون و اورسودیول است. انسداد پیلور هم ممکن است رخ دهد.

#### فرآیند پرستاری سرطان معده:

شامل بررسی رژیم غذایی بیمار، کاهش وزن سابقه مصرف سیگار و الکل علائم همراه، سابقه کنسر معده در خانواده بررسی می‌شود. اضطراب در رابطه با بیماری و درمان‌های مورد انتظار. اختلال در تغذیه به علت سیری زودرس و بی‌اشتهایی.

احساس پری، استفراغ و یبوست می‌شود، درد اپی‌گاستر بی‌اشتهایی و کاهش وزن رخ می‌دهد. اولین اقدام ما وارد کردن یک NGT است که هدف برداشتن فشار از معده است.

اگر مایع باقیمانده در معده از ۴۰۰ سی سی بیشتر باشد نشانگر وجود انسداد است. از آندوسکوپي استفاده می‌شود. برقراری مایع و تعادل الکترولیت‌ها ضروری است.

#### سرطان معده:

پنجمین سرطان شایع است. عوامل خطر شامل نوع تغذیه است، رژیم غذایی شامل مواد غذایی دودی، ترشی‌ها، نمک سود شده و در همین حال مصرف کم میوه و سبزی، هلیکوباکتر، گاستریت، دخانیات، چاقی، زخم‌های معده زمینه خانوادگی و گروه خونی A.

#### پاتوفیزیولوژی:

۹۰ درصد از نوع آدنوکارسینوماها هستند.

#### علائم:

دردی که آنتی‌اسید در ابتدا تسکین می‌دهد بیشتر اولسرپیتیک خوش خیم است. نشانه پیشرفت بیماری شامل سوء جذب و سوء هاضمه است. سیر زودرس، بیماری، کاهش وزن، درد بالای ناف، کم‌اشتهایی یا بی‌اشتهایی، استفراغ و خستگی.

#### تشخیص:

از آندوسکوپي مری و معده و دوازدهه و نمونه برداری از آنها، CT، شمارش CBC.

#### درمان:

شامل جراحی، شیمی‌درمانی و پرتو درمانی یا برداشتن کامل یا نسبی معده و آناستوموز آن. عوارض جراحی شامل خونریزی، سندروم دامپینگ، برگشت صفر، انسداد پیلور.

تصادفی تشخیص داده می‌شود. معمولاً از درد متناوب شاکی هستند اما نشانه شایع بعدی خون مخفی در مدفوع است. تومورهای بدخیم نشانه‌هایی ایجاد می‌کنند که سبب تشخیص می‌شود و در مرحله‌ای که تشخیص داده می‌شود معمولاً پیشرفت کرده و بیماران دچار کاهش وزن و سوء تغذیه هستند. خونریزی دستگاه گوارش کمتر از تومورهای خوشخیم است. شکایت آنها بیشتر از درد است. شامل علائم خستگی ضعف تهوع استفراغ و گاهی انسداد روده است.

تشخیص با CBC، بررسی OB، رادیوگرافی با ماده حاجب و CT.

#### مدیریت و درمان:

تومورهای خوشخیم معمولاً توسط آندوسکوپی خارج یا سوزانده می‌شوند. پایش مرتب از نظر تبدیل شدن به تومور بدخیم ضروری است. تومورهای بدخیم مثل آدنوکارسینوما درمانی ترکیبی است از پرتو درمانی و شیمی درمانی استفاده می‌شود.

#### اختلالات روده‌ای:

##### اختلالات مربوط به دفع:

اختلال در الگوی دفع روده‌ای نشانه‌ای از اختلال عملکردی یا یک سری بیماری دستگاه گوارش است.

##### ۱. یبوست:

طبق تعریف دفع مدفوع کمتر از سه بار در هفته و دفع مدفوع سفت و خشک شده یا دفع مدفوع به سختی را یبوست می‌گویند. اختلال شایعی است، یبوست بیشتر یک نوع نشانه است تا بیماری. علت آن می‌تواند مصرف برخی داروها مثل آرامبخش‌ها، آنتی کولینژیک‌ها، کلسیم بلاکرها، مدرها، ضد اسپاسم‌ها و داروهای حاوی آهن، ضعف، خستگی،

درد حاد حاصل از تومور. اندوه و غم و کمبود آگاهی در رابطه با تشخیص بیماری.

مداخلات شامل کاهش اضطراب است که باید یک جو آرامبخش فراهم شود. ترس و احساساتو خشم خود را به بیمار ابراز نکند پرستار باید در حمایت بیمار به خانواده نیز کمک کند.

برای تغذیه تشویق به خوردن غذاهای کوچک و کم کردن در وعده‌های بیشتر. در صورت گاستروکتومی توتال ویتامین B<sub>۱۲</sub> تزریقی برای جلوگیری از کم خونی باید به بیمار تزریق شود. اگر قبل از عمل بیمار قادر به خوردن کافی نباشد از تغذیه TPN استفاده می‌کنیم. توجه به علائم دهیدراتاسیون مثل کاهش قوام پوستی، تشنگی، خشکی مخاط و کاهش دفع ادرار. یاخته‌های آزمایشگاهی از نظر اختلالات متابولیک توجه شود.

برای تسکین درد از داروها و مسکن‌ها طبق تجویز استفاده می‌شود. تسکین غیر دارویی مثل پرت کردن حواس، تصویرسازی، ماساژ و استفاده از تمرین‌های تنفس عمیق.

حمایت روانی اجتماعی کمک به بیمار برای بیان ترس و اضطراب و احساسات خود باید صادقانه به سوالات پاسخ داده شود و بیمار در تصمیم‌گیری‌ها در درمان خودش دخیل باشد. درگیر کردن اعضای خانواده، در صورت لزوم شناخت مکانیزهای دفاعی و اطمینان به بیمار و خانواده برای طبیعی بودن این واکنش‌ها، استفاده از مشاوره و سایر خدمات.

##### تومورهای روده کوچک:

تومورهای روده کوچک معمولاً نادر است و اکثراً بدخیم هستند. تظاهرات بالینی غیر اختصاصی است در نوع خوش خیم علائم اغلب نامحسوس است. نشانه‌ها مبهم و غیراختصاصی است و به طور

علائم حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص باشد و اگر دو تا به بالا علامت داشته باشد یبوست عملکردی است ←

۱. نیاز به زور زدن در ۲۵ درصد موارد در هنگام دفع.
۲. دفع مدفوع سخت و توده‌ای.
۳. احساس عدم تخلیه کامل روده.
۴. احساس انسداد قسمت راست روده.
۵. نیاز به انجام مانورهای دستی برای خروج مدفوع.
۶. کمتر از سه نوبت دفع خود به خودی در هفته.

### عوارض یبوست:

افزایش فشار خون با زور زدن. سخت شدن توده مدفوع که فوکل ایمپکشن گفته می‌شود که منجر به بی‌اختیاری دفع می‌شود. هموروئید و فیشر از عوارض دیگر است. افتادگی رکتوم و عارضه خطرناک مگاکلون است یعنی کلون متسع و بدون تون عضلانی که به دنبال انسداد ناشی از وجود توده مدفوع پدید می‌آید. علائم شامل یبوست بی‌اختیاری در دفع مدفوع آبکی و نفخ شکم و در صورت شدید شدن باعث پارگی روده و پریتونئیت می‌شود.

### درمان:

هدف از درمان رفع علت زمینه‌ای و پیشگیری از عود است. شامل آموزش تغییر عادات روده، تنظیم دفع، مصرف مایعات و فیبر، مصرف ملین‌ها، داروهایی که یبوست ایجاد می‌کند با داروهای دیگر جایگزین شود. آموزش نشستن صحیح بر توالت، تحریک رفلکس گاستروکولیک یا حرکات دودی روده بزرگ، تحرک و ورزش مداوم.

### ۲. اسهال:

افزایش دفعات بیش از سه بار در روز و تغییر در قوام و شل شدن مدفوع با فوریت در دفع،

بی‌حرکی، سلیاک و عدم توانایی در افزایش فشار داخل شکم برای تسهیل در دفع باشد.

### پاتوفیزیولوژی:

چهار طبقه‌بندی در مورد پاتوفیزیولوژی آن وجود دارد.

اول یبوست عملکردی است که شامل اختلال در مکانیزم‌های حرکتی و انتقال طبیعی مخاطی است و حرکات دودی کاهش پیدا می‌کند. با افزایش مصرف مایع و فیبر درمان می‌شود.

نوع دوم یبوست ناشی از اختلال عصبی است مثل بیماری هیرشپرونگ که در آن تمام یا بخشی از روده بزرگ فاقد عصب و حرکت می‌شود.

نوع سوم مربوط به اختلال کف لگن و اسفنکتر می‌تواند باشد.

نوع چهارم به دنبال مصرف برخی داروها اتفاق می‌افتد.

### علائم:

دفع کمتر از سه بار در هفته، نفخ شکم، احساس پری و فشار، کاهش اشتها، زور زدن هنگام دفع، مدفوع خشک و سفت.

تنسموس یا فشار غیر موثر در هنگام دفع و زور زدن دارند. گاهی این مدفوع آنقدر سفت است که بیمار دچار کمردرد می‌شود.

### تشخیص:

گرفتن تاریخچه بیمار، معاینات جسمی، تنقیه باریوم و گاهی سیگموئیدوسکوپی و OB، مانومتري مقعدی راست روده، بررسی حرکات روده، گرافی و کلونوسکوپی.

برای تشخیص معیاری هست به نام ROME که برای تشخیص یبوست عملکردی مورد استفاده قرار می‌گیرد، علائم و نشانه‌های گزارش شده باید طی سه ماه گذشته حتماً وجود داشته باشد و شروع آن

افزایش تولید و ترشح آب و الکترونیکها توسط مخاط روده است.

اسهال اسموتیک زمانی به وجود می‌آید که به دلیل ذرات جذب نشده در روده و تحت تاثیر فشار اسمزی آب به داخل روده‌ها کشیده می‌شود. بازجذب آب هم کاهش می‌یابد. نوع اسهال سوء جذبی، اسهال مزمن عفونی، اسهال مزمن اگزودایی.

### علائم:

افزایش دفعات و آبکی بودن مدفوع، کرامپ شکمی، نفخ، قارقرور شکمی بی‌اشتهایی، تشنگی، اگر مدفوع حجیم و چرب باشد بیانگر سوء جذب روده‌ای است. وجود خون و موکوس و چرک در مدفوع نشانه آنتریت التهابی یا کولیت است. وجود قطرات چربی در توالت نشانه نارسایی پانکراس است. در نوروپاتی دیابتی اسهال شبانه دیده می‌شود.

### تشخیص:

شمارش کامل گلبولی، بیوشیمیایی، ادرار، تجزیه و کشت مدفوع، آندوسکوپي و تنقیه باریوم.

### عوارض اسهال:

شایع‌ترین عارضه دهیدراتاسیون و از دست دادن الکترولیت‌ها مخصوصاً پتاسیم و آریتمی قلبی است. از دست دادن بی‌کربنات و بروز اسیدوز متابولیک. دفع ادراری کمتر از ۵/۰ cc/kg در ساعت طی دو ساعت متوالی اگر همراه با یک سری علائم مثل ضعف عضلانی، گزگز، کاهش فشار خون گیجی و پتاسیم بیشتر از ۵/۳ باشد. علائم شوک است.

### درمان:

بیماران سالمند تحت درمان با دیگوکسین در صورت اسهال به سرعت دچار کم‌آبی و هایپوکالمی می‌شوند. چک پتاسیم اولویت دارد چون کاهش

بی‌اختیاری، تهوع یا ترکیبی از این‌ها رخ می‌دهد و هر وضعیتی که باعث افزایش ترشحات روده و کاهش جذب مخاطی و اختلال تحرک روده و افزایش آن شود باعث ایجاد اسهال می‌شود. به صورت حاد، مزمن یا مقاومت ۱ تا ۲ روز و مقاوم ۲ تا ۴ هفته طول می‌کشد و مزمن معمولاً بیشتر از ۴ هفته طول می‌کشد و به شکل دوره‌ای عود می‌کند.

### اتیولوژی:

انواع نوروویروس‌ها، مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها، آنتی‌اسیدهای حاوی منیزیم، شیمی‌درمانی، ضد فشار خون‌ها، ضد آریتمی‌ها، دیابت، بیماری آدیسون، پرکاری تیروئید، سلیاک، نارسایی اسفنکتر مقعدی، انگل‌ها.

### پاتوفیزیولوژی:

شامل نوع حاد، مقاوم و مزمن.

حاد و مقاوم به دو دسته غیر التهابی یا التهابی تقسیم می‌شود.

دسته غیر التهابی معمولاً به دنبال استافیلوکوک اورئوس و ژیاوردیا ایجاد می‌شود. سمومی ترشح می‌کنند که باعث اختلال انتقال آب در روده بزرگ می‌شود. حجم مدفوع شل و آبکی می‌شود.

دسته التهابی سایر میکروب‌ها مثل شیگلا و سالمونلا و یرسینی‌ها عامل هستند و معمولاً به مخاط روده حمله ور می‌شوند. باعث التهاب مخاط روده می‌شوند و منجر به حجم کمتر مدفوع می‌شود ولی معمولاً مدفوع دفع شده همراه با رگه‌های خونی است.

**اسهال مزمن خود به ۵ دسته تقسیم می‌شود:**

نوع ترشچی با حجم زیاد است، اغلب به سموم شیمیایی و شیمی‌درمانی مربوط می‌شود و علت

### تدابیر پرستاری:

اخذ کامل تاریخچه جراحی‌های قبلی، بیماری‌های مزمن، داروهای مصرف شده، غذاهای غلیظ کننده مدفوع، فرآورده‌های شل کننده حذف شوند. حفظ تمامیت پوستی استفاده از پوشک بزرگسال آسیب پوستی را بیشتر می‌کند و استفاده کوتاه مدت باشد. کمک به بیمار و خانواده در صورتی که اختیار دفع دیگر امکان‌پذیر نیست برای قبول این مشکل.

### سندروم روده تحریک پذیر:

یک اختلال شایع مزمن گوارشی است که به وسیله دردهای شکمی عود کننده همراه با اختلال در حرکات روده ایجاد می‌شود و بدون علت مشخصی معمولاً باعث بروز یبوست و اسهال و یا هر دوی آنها می‌شود.

### علل شایع:

توارث، عوامل محیطی و روانی، عوامل استراتر مثل تنیدگی مزمن، محرومیت از خواب، جراحی، عفونت‌ها، عدم تحمل غذایی و به هم خوردن تعادل عصبی هورمونی. این سندروم به علت اختلال عملکردی در روده ایجاد می‌شود. شواهدی دال بر التهابی و تغییر بافتی در مخاط روده وجود ندارد.

### علائم:

از نظر شدت و مدت، خفیف و موقتی تا شدید و مداوم تغییر دارد. نشانه اصلی تغییر در الگوهای روده‌ای به صورت یبوست و اسهال یا ترکیبی از آنهاست. اغلب درد و احساس پری شکم، نفخ، تغییر الگوی دفع روده‌ای، درد با خوردن غذا شروع و با دفع کاهش می‌یابد.

### تشخیص:

معیار ROME شامل درد راجعه شکم که حداقل یک بار به طور روزانه طی سه ماه گذشته با دو یا تعداد بیشتری از این علائم وجود داشته باشد. ←

پتاسیم باعث تقویت اثر دیگوکسین می‌شود و موجب مسمومیت با دیژیتال‌ها می‌شود. کنترل عوارض و رفع علت ایجاد کننده. جایگزینی مایعات، لوپرامید داروی انتخابی است. نقش پرستار شامل پایش ویژگی‌ها و الگوهای اسهال است، تاریخچه سلامتی در مورد درمان‌های دارویی، بیماری‌های داخلی و جراحی‌های گذشته، مصرف تغذیه‌ای و مصرف غذا ضروری است. سفر به مناطقی که اسهال زا هستند، بررسی شکم و لمس آن، صداهای روده‌ای، مشاهده ناحیه مقعد از نظر آسیب پوستی، دریافت مایعات و غذای مایع، مصرف داروها به طرز صحیح، چک سطح الکترولیت‌ها.

### ۳. بی‌اختیاری مدفوع:

تکرار دفع غیر ارادی مدفوع از راست روده برای حداقل سه ماه. علل شایع شامل ضعف اسفنکتر مقعدی در اثر آسیب‌های موضعی مثل دستکاری جراحی، اسکرودرمی، نوروپاتی، اختلالات کف لگن، التهاب روده، اختلالات سیستم اعصاب مرکزی.

### علائم:

کثیف کردن خود، فوریت در دفع و عدم کنترل بی‌اختیاری کامل، اسهال و یبوست و عدم کنترل دفع گاز.

### تشخیص:

سیگموئیدوسکوپی، مطالعات حرکات روده، مطالعات الکترومیوگرافی، مانومتری آنورکتال، آندوسونوگرافی مقعدی.

### درمان:

اصلاح علت زمینه‌ای، تجویز لوپرامید ۳۰ دقیقه قبل از غذا.

مورد آخر اختلالات لنفاوی است مخصوصاً انسداد لنفاوی.

### اختلالات مخاطی انتقالی:

مثل سلیاک که نوعی سوء جذب است که به علت واکنش خود ایمنی نسبت به مصرف فرآورده‌های حاوی گلوتن ایجاد می‌شود که هم با میانجی هورمونی و هم میانجی سلولی اتفاق می‌افتد. در نتیجه این واکنش‌ها سلول‌های پوششی روده کوچک ملتهب می‌شود به ویژه در ناحیه ابتدایی، توانایی جذب ریز مغذی‌ها و ذرات درشت‌تر از بین می‌رود و کمبودهای غذایی خود را بروز می‌دهد.

شایع‌ترین علامت این بیماری شامل اسهال، استئاتوره، درد شکم، دفع گاز از روده، کاهش وزن که بیشتر در کودکان دیده می‌شود و در بزرگسالان علائم دیگر شامل احساس خستگی و ناخوشی تا افسردگی، کم کاری تیروئید، سردردهای میگرنی، کاهش تراکم استخوان، کم خونی، تشنج، اختلالات حسی در دست و یا زبان قرمز و براق.

تشخیص سلیاک از نظر تاریخچه و علائم و تشخیص اصلی بر اساس انجام یک سری آزمایش‌های سرولوژیکی آندوسکوپی و نمونه برداری از بافت روده است.

درمان آن غیرقابل معالجه و مزمن است و مادام العمر است دارویی برای فروکش کردن آن وجود ندارد و تنها راه درمان دوری کردن از غذا و فرآورده‌های گلوتن دار است. درمان علائم و نشانه‌های آن مثل کم خونی و پوکی استخوان و... است. به بیمار توصیه می‌شود که غذاهایی انتخاب کند که به طور طبیعی بدون گلوتن هستند مثل سبزی و میوه تازه، گوشت دام و پرندگان، آجیل، لبنیات، ذرت، برنج، ماهی، سویا، سیب زمینی. آموزش به پیروی از رژیم درمانی مطالعه برچسب

درد شکمی مربوط به عمل دفع. درد شکمی مربوط به تغییر در دفع شکمی و دفعات دفع. درد شکمی مربوط به تغییر در شکل و ظاهر مدفوع.

### درمان:

شامل تسکین درد، کنترل اسهال یا یبوست، کاهش استرس، خواب کافی، ورزش منظم. افزودن فیبر قابل حل به رژیم غذایی، محدودیت غذایی محرک، مصرف ضد اسهال، استفاده از داروهای آلوسترون در زمانی که سایر درمان‌ها به مدت ۶ ماه انجام شده اما پاسخ نگرفته‌اند. استفاده از داروهای مسکن، ضد افسردگی‌ها، پروبیوتیک‌ها.

### تدابیر پرستاری:

روش مناسب برای شناسایی غذاهای مشکل ساز یادداشت روزانه به مدت یک تا دو هفته از غذاهای خورده شده و نشانه‌های بعد از آن.

تشویق به خوردن غذا در زمان‌های منظم و اجتناب از غذای محرک.

همراه غذا از مایعات مصرف نکند.

اجتناب از الکل و مصرف آن و کنترل استرس.

### اختلالات سوء جذب:

عدم توانایی سیستم گوارش برای جذب یک یا تعدادی از ویتامین‌های مهم مثل A و B۱۲ و سایر مواد غذایی.

### علل سوء جذب به سه دسته تقسیم می‌شود:

اختلالات مخاطی انتقالی معمولاً ایجاد کننده سوء جذب عمومی هستند. مثل بیماری سلیاک، کرون و آنتریت ناشی از پرتو درمانی.

مشکلات مربوط به اختلالات مجرای گوارشی مثل کمبود اسید صفراوی، سندروم زولینگر الیسون، نارسایی و التهاب پانکراس و رشد بیش از اندازه باکتری در روده کوچک.

افزایش تحرک روده و بعد از زمانی دچار فلج ایلئوس همراه با تجمع هوا و مایع در داخل روده می‌شود.

### علائم:

درد منتشر در سراسر شکم، درد به صورت مداوم و موضعی در محل فرایند پاتولوژیک، تشدید درد با حرکت، حساسیت به لمس، نفخ شکم، گاردینگ شکم، ریباند تندرینس، فلج ایلئوس، کاهش حرکات دودی، بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، تب، افزایش نبض و در وخیم شدن وضعیت افت فشار خون و احتمال ایجاد اولیگوری یا آنوری هم وجود دارد. در موارد شدیدتر شوک سپتیک هم اتفاق می‌افتد.

### تشخیص:

آزمایش‌های خونی، گرافی و وجود هوا و مایع سونوگرافی، MRI. CBC.

### درمان:

جایگزینی مایعات الکترولیت‌ها و کلوئیدها تمرکز اصلی درمان است. درمان هایپوولومی با مایعات ایزوتونیک، مسکن، ضد تهوع اکسیژن تراپی آنتی بیوتیک وسیع و طیف و Ngt.

هدف تشخیص و کنترل منبع عفونت و برقراری کارکرد مناسب اندام‌ها و پیشگیری از عوارض است. کنترل منبع عفونت به روش جراحی و غیر جراحی صورت می‌گیرد که بستگی به وضعیت پاتولوژیک بیمار دارد.

### ۲. آپاندیسیت:

بیشتر به علت پیچ خوردگی یا انسداد ناشی از وجود مدفوع سفت شده، ملتهب و سفت شده و متورم می‌شود. به دنبال تومورها و به ندرت به دنبال جسم خارجی مثل دانه میوه التهاب ایجاد می‌شود. انسداد ادامه پیدا کند کم خون می‌شود و در نهایت موجب پارگی و گانگرن می‌شود.

مواد غذایی، روی برچسب عدم گلوتن در آنها ذکر شده باشد.

### شکم حاد:

گاهی به آن شکم حاد جراحی هم گفته می‌شود که گاهی با احساس درد ناگهانی و حاد در شکم به علت‌های تروماتیک و ضربه‌ای یا غیر تروماتیک و اکثر برای پیشگیری از پریتونیت نیازمند جراحی هستند.

### ۱. پریتونیت:

التهاب پریتون است که در نتیجه عفونت‌های باکتریایی اتفاق می‌افتد. شایع‌ترین عوامل عفونی کلپسیلا و سودومونا، استرپتوکوک هستند. بر اثر آسیب خارجی مثل گلوله و چاقو هم می‌تواند ایجاد شود.

### پریتونیت به سه دسته تقسیم می‌شود:

اولیه که به آن پریتونیت باکتریال خود به خودی هم گفته می‌شود به دلیل عفونت باکتریال خود به خودی مایع آسیت معمولاً ایجاد می‌شود. بیشتر در بزرگسالان مبتلا به نارسایی کبدی اتفاق می‌افتد. نوع دوم یا ثانویه در پاسخ به پارگی اندام‌های شکمی و در نتیجه نشت مایع عفونی رخ می‌دهد که موجب عفونی شدن پریتون سرورزی می‌شود. شایع‌ترین عامل ایجاد کننده آن پارگی آپاندیس است.

نوع سوم یا ثالثیه در اثر یک عفونت فوق العاده یا سوپر اینفکشن در بیمارانی اتفاق می‌افتد که دچار ضعف سیستم ایمنی هستند مثل بیماران ایدز.

### پاتوفیزیولوژی:

بیشتر به علت نشت محتویات اندام‌های شکمی به داخل حفره شکمی اتفاق می‌افتد و به دنبال آن تکثیر باکتری و تورم بافت‌ها و تراوشات مایعات از آن محل رخ می‌دهد. واکنش‌های روده‌ای مثل

### علائم:

زمینه خانوادگی، مصرف گوشت زیاد، لبنیات پرچرب و شکر.

دیورتیکولیت که التهاب یک یا چند دیورتیکول است که دلیل شایع برای جراحی کولون است.

### علائم:

معمولاً خفیف است و شامل بی‌نظمی در فعالیت روده است یا اسهال، یبوست یا میکس از این دو، بی‌اشتهایی و نفخ شکم دارند. شروع ناگهانی دردهای کرامپی خفیف تا تشدید در ربع پایینی چپ شکم، عادت دفعی بیشتر شبیه یبوست شدید دارند. عوارض دیورتیکول شامل ایجاد آبسه، خونریزی و پریتونیت است.

### تشخیص:

معمولاً کلونوسکوپی، مطالعات مدفوع، CT شکم با تزریق.

### درمان:

در صورت عدم وجود عوارض به صورت سرپایی با دارو و رژیم غذایی قابل درمان است. استراحت، مصرف داروهای خوراکی و ضد درد توصیه می‌شود. در ابتدا رژیم مایعات صاف شده، رژیم پرفیبر و کم چربی که باعث افزایش حجم مدفوع می‌شود.

در صورت وجود استفراغ یا نفخ شکم با ممنوعیت مواد خوراکی به روده استراحت داده شود. از محلول وریدی استفاده می‌کنیم. برای آنها NGT فیکس می‌کنیم. آنتی بیوتیک‌های وسیع و طیف مثل آمپی سیلین و رژیم غذایی است.

در صورت ایجاد عوارض مثل پرفوراسیون، پریتونیت، تولید آبسه، خونریزی یا انسداد جراحی لازم است. پرستار امکان نوشیدن ۲ لیتر مایع در روز را برای بیمار فراهم کند اگر ممنوعیت نداشته باشد. مثل بیماران CHF رژیم غذایی توصیه شده رژیم نرم و پرفیبر است مثل غلات آماده شده و

شایع‌ترین علامت درد است، درد مبهم در اطراف ناف با بی‌اشتهایی و تهوع همراه است، حساسیت موضعی در ناحیه مک بورنی، تندرns.

به طور کلی بیماری که دچار تب است تهوع دارد درد شکم دارد نباید از داروهای ملین و مسهل استفاده کند چون ممکن است باعث پاره شدن آپاندیس ملتهب بشود.

### تشخیص:

معاینه بالینی سونوگرافی، CBC, CT.

### درمان و عوارض:

عوارض آن شامل گانگرن یا پرفدره شدن آپاندیس است، که پریتونیت می‌دهد، در صورت تشخیص قطعی جراحی ضرورت دارد، اصلاح مایعات و تزریق آنتی بیوتیک نیاز است.

بیمار بعد از عمل نشسته یا نیمه نشسته قرار داده می‌شود تا از فشار و ناحیه جراحی کاسته شود. برای کاهش درد از مخدر استفاده می‌شود، بررسی دفع گاز و صداهای شکمی، پرهیز از بلند کردن وسایل سنگین.

### ۳. بیماری دیورتیکول:

به معنی بیرون زدگی کیسه مانند لایه‌ای از روده است که به دلیل نقص به وجود آمده در لایه عضلانی ایجاد می‌شود. بیشتر در کولون اتفاق می‌افتد چون در کولون یک لایه عضلانی داریم به همین دلیل مستعد این است. دیورتیکولوز یعنی حضور چند دیورتیکول بدون التهاب و بدون نشانه است کنار همدیگر، که عوامل خطر آن شامل چاقی، کشیدن سیگار، مصرف کم فیبر، آهسته بودن حرکت مواد غذایی در روده، استفاده از داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و دارا بودن

### تشخیص:

در ابتدا صداهای روده هایپیر اکتیو است اما بعد از آن کم می‌شود و از بین می‌رود، مقادیر آزمایشگاهی و CT scan.

### درمان:

برداشتن فشار از روی معده و روده با فیکس کردن NGT، اگر انسداد نسبی باشد لوله گذاری تا سه روز ادامه پیدا می‌کند و استراحت دادن به روده می‌تواند باعث رفع انسداد شود. برای انسداد کامل از درمان جراحی استفاده می‌شود. قبل از جراحی از جایگزینی آب و مایعات، سدیم، پتاسیم و کلر اطمینان حاصل می‌شود.

در صورت عدم نیاز به جراحی تدابیر پرستاری در بیماری که انسداد روده کوچک دارد شامل برقراری عملکرد مناسب NGT است. بررسی و اندازه‌گیری ترشحات خارج شده از لوله، بررسی مایع و الکترولیت‌ها، پایش وضعیت غذایی و مشاهده علائم رفع مشکل.

**هشدار:** در بیمار مبتلا به انسداد روده کوچک اولویت برقراری تعادل مایع و الکترولیت است. وجود NGT و عدم مصرف مواد خوراکی بیمار را در معرض عدم تعادل مایعات قرار می‌دهد بنابراین اقدامات لازم برای حفظ تعادل مایعات بسیار حیاتی است. در صورت مشاهده عدم بهبودی وضعیت بیمار باید برای جراحی آماده شود.

### انسداد روده بزرگ:

باعث تجمع مایع و محتویات معده و گاز در قسمت فوقانی محل انسداد می‌شود. انسداد در کلون می‌تواند باعث نفخ شدید و پرفوره شدن روده شود.

### علائم:

شامل دردهای کرامپی شکم یبوست اتساع شدید شکم و مشاهده قوس‌های روده از روی شکم.

سبزیجات پخته شده که حجم مدفوع افزایش یابد و حرکات دودی تحریک شود. برنامه فرد برای تحریک و ورزش بدنی تدارک دیده شود در صورت لزوم ملین‌های افزایش دهنده حجم مدفوع مثل پسیلیوم استفاده شود.

### ۴. انسداد روده:

زمانی اتفاق می‌افتد که جریان طبیعی روده در طول روده متوقف شود. به دو دسته تقسیم می‌شود. مکانیکی و عملکردی یا فلجی. اکثر انسدادها در روده کوچک اتفاق می‌افتد و بیشترین ناحیه درگیر در روده بزرگ سیگموئید است.

### انسداد روده کوچک:

محتویات روده مایع و گاز در بالای ناحیه انسداد جمع می‌شود و نفخ شکم و احتباس مایع جذب مایعات را کاهش می‌دهد. ترشح بیشتر می‌شود با افزایش نفخ فشار داخل روده افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه موجب کاهش فشار وریدی و مویرگی شریانی می‌شود. این تجمع مایع باعث کاهش جریان خون در گردش و کم آبی می‌شود و به دنبال آن جریان خون و بخش درگیر روده کاهش می‌یابد در نهایت منجر به نکروز، کم خونی و پارگی دیواره روده و پریتونیت خواهد شد.

نشانه‌ها شامل درد کولیکی مزمن موجی شکل است که در نتیجه حرکات دودی مداوم در بالا و پایین محل انسداد ایجاد می‌شود. استفراغده هیدراتاسیون از علائم آن است. هرچه انسداد پایین‌تر باشد نفخ شکم بیشتر می‌شود. در نتیجه استفراغ رفلاکسی انجام می‌شود. پتاسیم و کلر در خون کم می‌شود که جهت تکمیل آلكالوز متابولیک، و خود کم آبی می‌تواند باعث ایجاد اسیدوز در فرد شود.

معمولاً به ندرت اتفاق می‌افتد و در آن معمولاً کوتاه شدن کولون دیده می‌شود.

### بیماری کرون:

التهاب تحت حاد و مزمن دستگاه گوارش است که در تمام لایه‌ها گسترش دارد. شایع‌ترین فیستول‌ها در این بیماری فیستول روده به مثانه، روده به پوست، روده به خود روده، روده به کولون و روده به واژن است. التهاب به زخم‌های کوچک موضعی تبدیل می‌شود بعد از آن زخم‌ها عمق پیدا می‌کنند و به صورت زخم‌های طولی و افقی در می‌آیند ظاهر بیشتر شبیه قلوه سنگ پیدا می‌کنند. معمولاً فیشر و آبسه و فیستول تشکیل می‌شود.

### علائم:

شروع علائم معمولاً نامحسوس است. درد ربع راست پایینی شکم، اسهال با دفع تسکین پیدا نمی‌کند. دردهای کرامپی بعد از غذا خوردن، اسپاسم و حساسیت به لمس، کاهش وزن، سوء تغذیه کم خونی ثانویه از نوع مگالوپلاستیک تنگی کولون در روده باریک و احتمال انسداد کاهش جذب املاح صفراوی و ایجاد سنگ کیسه صفرا احتمال خونریزی و بدخیمی.

تظاهرات خارج روده‌ای که هم در کرون و هم در کولیت دیده می‌شود: آرتریت ضایعات پوستی به شکل اریتم، نودوزوم، اختلالات چشمی مثل یووئیت یا التهاب عنبیه و زخم‌های دهان.

### تشخیص:

CT، ضخیم شدن دیواره روده و تورم مزامتریک، آبسه و فیستول.

### عوارض:

شامل انسداد و تنگی، مشکلات اطراف مقعدی، اختلال مایع و الکترولیت، سوء جذب، آبسه و فیستول.

### تشخیص:

CT, MRI

### درمان:

با اصلاح حجم خون داخل وریدی، اصلاح عدم تعادل مایع و الکترولیت تخلیه ترشحات از طریق NGT، کولونوسکوپی از برداشتن فشار از روی روده و رفع پیچ خوردگی، از طریق رکتال تیوب برای کاهش فشار قسمت‌های پایینی روده، درمان معمول آن جراحی است.

### بیماری التهابی روده:

شامل بیماری کرون و کولیت اولسراتیو هستند. سیگاری‌های مبتلا به کرون و غیر سیگاری‌ها کولیت می‌گیرند. به علت علائم مشابه گاهی تشخیص آنها سخت است. سه عامل زمینه ساز در بروز آنها مطرح است که شامل استعداد ژنتیکی، تغییرات واکنش‌های ایمنی و اتوایمیون در بدن و تغییر واکنش به ارگاناسم‌های روده مطرح است.

از نظر پاتولوژی بیماری کرون به صورت ضخیم شدن تمام دیواره یعنی مخاط پذیر مخاط و عضلانی دیواره است. در بیماری کولیت مخاط و زیر مخاط درگیر است و تمام دیواره نیست. در کرون محل آن معمولاً ایلئوم انتهایی و کولون بالارونده درگیر است. در کولیت اولسروز رکتوم و کولون پایین رونده و در آن رکتوم همیشه درگیر است.

خونریزی در کولیت شدیدتر و شایع‌تر است و از نظر فیستول، انسداد و توده‌های شکمی بیماری کرون غالب است. درگیری در بیماری کرون معمولاً محدود به یک نقطه خاص است یا نقاط خاص ضایعات مجزای برجسته دیده می‌شود. اما در کولیت گرفتاری منتشر است. در کولیت تنگی

## کولیک اولسراتیو:

موجب ایجاد زخم در لایه‌های مخاطی و زیر مخاطی به علت التهاب در کولون می‌شود. با دوره‌های عود و خاموشی غیرقابل پیش‌بینی همراه است. همراه با کرامپ شکمی، اسهال خونی یا اسهال‌های چرکی، التهاب، ابتدا در راست روده و بعد به سمت کولون گسترش پیدا می‌کند.

معمولاً مخاط سطحی کولون را درگیر می‌کند و با زخم‌های متعدد و التهاب منتشر اتفاق می‌افتد. خونریزی‌های شدید می‌تواند رخ دهد. ضایعات پیوسته هستند یعنی فاصله ندارند. هایپرتروفی عضلانی و رسوب چربی روده کوتاه و ضخیم می‌شود. آبسه و فیستول و فیشر در این بیماری شایع نیست.

علائم بالینی شامل اسهال همراه با موکوس و خون و چرک، درد شکم در ربع پایینی چپ، تنسموس متناوب، خونریزی خفیف تا شدید، بی‌اشتهایی، تب و استفراغ و کم‌آبی، کاهش وزن.

روش تشخیص دقیق کولونوسکوپی، CBC, OB

## عوارض:

شامل مگا کولون سمی، پارگی و خونریزی ناشی از اولسرها یا زخم‌ها.

مگا کولون سمی التهاب لایه عضلانی روده گسترش پیدا می‌کند و در نتیجه قدرت انقباضی روده کاسته می‌شود و باعث اتساع روده بزرگ می‌شود. علائم مگا کولون شامل نفخ، درد، تب، استفراغ، خستگی. در این شرایط NGT ضرورت دارد. تزریق وریدی کورتون‌ها، آنتی بیوتیک تراپی و در صورت عدم بهبودی جراحی.

عارضه بعدی احتمال بروز پوکی استخوان و شکستگی‌ها در معرض خطر ابتلا به سرطان کولون هستند.

## مدیریت بیماری‌های التهابی روده:

به سه دسته دارودرمانی، تغذیه درمانی و جراحی تقسیم می‌شود.

### دارودرمانی:

خط اول داروها آمینوسالیسیلات‌ها مثل سولفادایازین، آنتی بیوتیک‌ها در صورت ابتلا به فیستول‌های اطراف مقعد یا توده‌های التهابی داخل شکم که شامل مترونیدازول و سیپرو است.

خط درمانی بعدی کورتون‌ها هستند به صورت تزریقی و موضعی. دسته بعدی داروهای تعدیل کننده سیستم ایمنی مثل آزاتیوپرین، متوتروکسات، مرکاپتوپرین و سیکلوسپرین به عنوان درمان نگهدارنده، دسته دارویی بعدی داروهای نکروز دهنده تومور هستند. دسته آخر داروهای ضد اسهال به صورت کمکی در کنار سایر داروها هستند.

### تغذیه درمانی:

از مایعات خوراکی و رژیم غذایی کم باقی مانده و پر پروتئین و پر کالری همراه با مکمل‌های ویتامین و آهن استفاده می‌شود. مصرف ویتامین دی و کلسیم در بیماران که کورتون دریافت می‌کنند. اجتناب از غذاهای تشدید کننده اسهال مثل غذاهایی که ملین هستند. غذاهای سرد و سیگار باعث افزایش حرکات روده می‌شود. از مکمل‌های پروبیوتیک استفاده شود.

به طور کلی بیماران مبتلا به IBD بیش از ۱۰ درصد از توده عضلانی بدن را از دست داده‌اند کسانی هستند که دچار سوء تغذیه هستند و در معرض خطر عفونت و تاخیر در التیام زخم هستند. نیازمند تغذیه وریدی یا روده‌ای خواهند بود.

## جراحی:

در صورتی که روش‌های غیر جراحی موفق نباشد جراحی ضرورت پیدا می‌کند. متداول‌ترین شاخص‌ها برای انجام جراحی شامل سرطان کولون یا دیسپلازی سلول‌های کولون، پولیپ‌ها، مگاکلون، خونریزی شدید و غیر قابل کنترل، پارگی روده بعد انسداد روده کوچک در بیماری کرون، فیستول و آبسه متداول‌ترین شاخص جراحی است.

جراحی‌ها شامل رکتوکولکتومی کامل با ایلئاستومی برداشتن راست روده و کولون است و ایجاد دریچه در ایلئوم و باز کردن آن به صورت دهانی به روی دیواره شکم برای خروج محتویات روده.

روش بعدی رکتوکولکتومی التیامی با آناستاموز مقعدی ← ایلئوم به کیسه مقعدی وصل می‌شود و برداشتن مخاط رکتوم و کولون انجام می‌شود.

## فرایند پرستاری در بیماری‌های التهابی روده:

تاریخچه شروع بیماری، مدت آن، علائم، کاهش وزن، تاریخچه بیماری‌های التهابی روده، مصرف الکل و سیگار، الگوی دفع، آلرژی‌ها به مواد غذایی مثل لاکتوز.

اسهال در رابطه با فرایند التهابی روده‌ها.

درد حاد به علت افزایش حرکات دودی و التهاب روده.

کاهش حجم خون در رابطه با کاهش اشتها و تهوع و اسهال.

اختلال در رابطه با محدودیت رژیم غذایی و تهوع و سوء جذب.

عوارض این بیماری معمولاً عدم تعادل الکترولیت‌ها و مایعات، آریتمی قلبی، خونریزی دستگاه گوارش، سوراخ شدن روده است.

## مداخلات:

حفظ الگوی طبیعی دفع که پرستار ارتباط بین وجود اسهال با برخی غذاها را مشخص می‌کند. تعیین عوامل مستعد کننده افزایش دفعات دفع. مقدار و قوام مدفوع و فراهم کردن شرایط دفع سریع. مصرف داروی لوپرامید ۳۰ دقیقه قبل از غذا.

تسکین درد ← که باید تعیین درد الگوی شکمی داشته باشیم چه تایمی درد شروع می‌شود متناوب است یا نه چگونه درد کمتر یا بیشتر می‌شود. تغییر پوزیشن، انحراف فکر، گرمای موضعی، مسکن‌ها. تعادل مایعات ← کنترل I/O، توزین روزانه، کنترل علائم حیاتی، کاهش حجم مایعات، کاهش تورگر و قوام پوستی و الیگوری، مورد توجه باشد، مصرف مایعات خوراکی.

حفظ تغذیه مطلوب ← توجه به حداکثری تغذیه بیمار، پرهیز از غذاهای محرک، بررسی کمبودهای آزمایشگاهی، دادن مکمل‌ها، وعده‌های کوچک و مکرر و کم باقی مانده. تغذیه وریدی در صورت نیاز. تدارک استراحت برای بیمار ← تشویق به فعالیت در محدوده توانایی، تغییر پوزیشن و ورزش فعال و غیر فعال در دامنه حرکتی مفاصل.

کاهش اضطراب ← حس تفاهم از طریق توجه، رفتار اطمینان بخش، وقت کافی برای بیان احساسات و پرسش به بیمار داده شود. اطلاعات کافی متناسب به سطح درک بیمار داده شود.

پیشگیری از آسیب پوستی ← به دلیل ترشحات پوست اطراف مقعد مرتب بررسی شود، از محافظ پوستی مثل وازلین بعد از هر بار اجابت مزاج استفاده شود.

پایش عوارض احتمالی ← سطح الکترولیت‌ها روزانه بررسی و جایگزینی انجام شود. هرگونه شواهد دال

سی سی دفع می‌شود که همراه آنها سدیم و پتاسیم هم دفع می‌شود. الکترولیت‌ها باید جایگزین شوند بعد از عمل بیماران NGT دارند چون روده‌ها فعلاً کارکرد مناسب ندارند و ابتدا رژیم با مایعات و سپس رژیم به معمولی تغییر می‌کند. هرگونه تهوع و نفخ شکم می‌تواند نشان دهنده انسداد روده باشد.

حمایت عاطفی ضروری است. حمایت پرستار از بیمار در گذر از مراحل سوگواری و بحران بسیار اهمیت دارد. دادن حس حمایت و درک به بیمار، مراقبت از استوما بسیار حائز اهمیت است. سه ماه طول می‌کشد تا اندازه واقعی استوما به دست بیاید عوارض کولوستومی کمتر از ایلئوستومی است.

تعویض کیسه قبل از عمل به بیمار آموزش داده می‌شود و بعد از عمل هم مجدد آموزش داده می‌شود. کیسه‌ها هر ۴ تا ۶ ساعت یک بار یا همزمان با تخلیه مثانه تعویض شود. از قرص‌های بیسموت برای کاهش بو استفاده می‌شود. شستشوی کولوستومی و تخلیه آن از گاز و مخاط و مواد دفعی، که بیماری به زندگی اجتماعی برگردد و از بیرون ریختن مواد دفعی ترسی نداشته باشد. در بیمارانی که پرتو درمانی وسیع در ناحیه لگن داشته‌اند شستشو توصیه نمی‌شود چون خطر پارگی روده وجود دارد. در بیمارانی که شیمی درمانی داشته یا دچار IBS هستند توصیه نمی‌شود. بیماری دیورتیکولیت و فتق اطراف استوما شستشو انجام نمی‌شود.

رژیم غذایی کم باقیمانده برای ۶ تا ۸ هفته اول ادامه می‌یابد. بعد از ۸ هفته محدودیت غذایی کمتر می‌شود فقط اجتناب از غذاهای دیر هضم و فیبر زیاد کند.

بر آریتمی و سطح هوشیاری باید گزارش شود. بررسی خونریزی راست روده، هموگلوبین، هماتوکریت و وضعیت انعقادی مکرر بررسی شود. بررسی علائم پرفوراسیون روده مثل افزایش ناگهانی درد شکم شکم سخت و کاهش فشار خون رایج شود. علائم مگاکلون مثل نبود صداهای روده‌ای، نفخ شکم و تغییر در وضعیت ذهنی، تب، افزایش نبض، کاهش فشار خون و اختلالات الکترولیتی توجه شود. نوشیدن حداقل ۸ لیوان آب روزانه در منزل.

### مدیریت بیماران نیازمند استومی:

تغییر مسیر دفع مدفوع به شکل ایلئوستومی یا کولوستومی. ایلئوستومی عبارت است از ایجاد یک دهانه به روش جراحی در ایلئوم یا روده کوچک و کولوستومی عبارت است از یک دهانه به روش جراحی در کولون.

### تدابیر قبل از جراحی:

جایگزینی خون و مایع و پروتئین، تجویز آنتی بیوتیک، دادن اطلاعات مناسب جهت استومی به بیمار. آموزش نحوه جمع آوری ترشحات از دهانه ایلئوستومی و نوع و ماهیت ترشحات استفاده از نوع و انواع کیسه‌های مخصوص جمع آوری مدفوع و نحوه پانسمان.

### تدابیر بعد از جراحی:

فراهم کردن هرچه سریع‌تر خروج از تخت برای بیمار، مصرف داروها طبق تجویز و مدیریت درد، مراقبت از زخم، بررسی رنگ و بوی ترشحات از دهانه زخم. خروج مدفوع از ایلئوستومی باید ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از جراحی شروع شود. در مورد کولوستومی ۳ تا ۶ روز اتفاق می‌افتد. جایگزینی مایعات، چک مایع I/O، از راه ایلئوستومی روزانه ۶۰۰ تا ۱۲۰۰ سی سی و از کولوستومی ۲۶۰۰

کاهش وزن، خستگی بدون دلیل، درد شکم، تومورهای سمت راست نسبت به تومورهای سمت چپ روده پیش آگهی بدتری دارند.

### تشخیص:

آزمون‌های غربالگری که توسط کولونوسکوپی انجام می‌شود.

### عوارض تومورها:

احتمال دارد تومور باعث انسداد نسبی یا کامل روده شود. احتمال ایجاد زخم در عروق می‌شود و به دنبال آن خونریزی شدید روده رخ می‌دهد. تومورها ممکن است با رشد زیادشان باعث شوند که پرفوراسیون و پارگی روده هم رخ دهد.

### درمان:

بستگی به مرحله بیماری دارد و شامل خارج کردن تومور به روش جراحی و درمان‌های حمایتی و کمکی است. گرید ۰ تا ۴ دارد که در گرید صفر کارسینوما داخل سلولی است و داخل اپیتلیوم و تهاجم فقط به بافت همبند زیر مخاط وجود دارد. در گرید ۱ هجوم به لایه زیر مخاط اتفاق افتاده و گسترش پیدا کند به مرحله عضلانی می‌رسد.

در مرحله ۲ هجوم از مرز عضلانی به بافت‌های اطراف کولورکتال و ورود به بافت چربی آن منطقه رخ می‌دهد.

در مرحله ۳ غدد لنفاوی اطراف سیستم درگیر می‌شود و در مرحله ۴ متاستاز یک یا چند اندام رخ می‌دهد.

### فرایند پرستاری:

عدم تعادل تغذیه در رابطه با بی‌اشتهایی و تهوع. خطر بروز عفونت در رابطه با جراحی انجام شده روی روده.

خطر کمبود حجم مایعات بدن در رابطه با استفراغ و کم آبی.

پیشگیری از عوارض که یکی از عوارض تحریک پوست اطراف استوما است، که شایع‌ترین عارضه است و در نتیجه نشت مواد دفعی ایجاد می‌شود. استفاده از کیسه نامناسب و عدم رعایت بهداشت استوما عامل آن است.

آرزوی شایع دیگر اسهال است که جایگزینی آب و سدیم، پتاسیم انجام شود. عارضه بعدی تنگی دهانه استومی به علت تشکیل بافت حلقوی اسکار در محل دهانه ایجاد می‌شود. که با روش جراحی برداشته می‌شود. در بعضی بیماران دارای ایلئوستومی سنگ ادراری به علت کم آبی ناشی از دریافت کم مایعات پیش می‌آید. در بعضی بیماران مخصوصاً کسانی که بیماری کرون داشته باشند باعث ایجاد سنگ‌های صفراوی به دلیل اختلال در جذب اسیدهای صفراوی اتفاق می‌افتد.

### نئوپلاسم‌های کولورکتال:

شامل تومورهای خوشخیم و بدخیم هستند. عوامل خطر شامل سیگار، تاریخچه خانوادگی، ابتلا به کنسر کولون، مصرف الکل، رژیم غذایی پرچرب و پرپروتئین و کم فیبر. تاریخچه ابتلا به IBD یا پرتو درمانی لگن، ابتلا به دیابت نوع ۲، افزایش سن و چاقی، وجود پولیپ، مهم‌ترین عامل خطر در سرطان کولورکتال افزایش سن است.

### پاتوفیزیولوژی:

۹۵ درصد از نوع آدنو کارسینوما هستند یعنی منشا گرفته از لایه پوششی روده است.

### علائم:

معمولاً به محل بروز سرطان، مرحله بیماری و عملکرد قسمت مبتلا مربوط می‌شود. شایع‌ترین نشانه در سرطان‌های کولورکتال تغییر در الگوی دفع است. دومین نشانه وجود خون در مدفوع است، سایر نشانه‌ها شامل کم خونی، بی‌اشتهایی،

باعث عفونت برگشتی می‌شود. بیشتر بیماران مبتلا به کرون یا نقص ایمنی مثل ایدز درگیر می‌شوند. علائم شامل درد مبهم اطراف ناحیه مقعد، خارش و افزایش درد هنگام دفع شکایت دارند و نیمی از بیماران دچار تورم اطراف مقعد هستند و ترشحات غیر طبیعی دفع می‌کنند. درمان با جراحی و تخلیه فوری آبسه‌های آنورکتال است. تا از بروز عوارضی مثل فیستول و بی‌اختیاری دفع مدفوع و عفونت‌های شدید جلوگیری شود.

### ۳. فیستول مقعدی:

یک مجرای لوله‌ای شکل و فیبروزه است که از طریق یک سوراخ ایجاد شده در کنار مقعد به داخل خود کانال مقعدی گسترش می‌یابد. معمولاً فیستول‌ها از آبسه‌ها ایجاد می‌شوند. ترشح چرکی یا مدفوع به طور مداوم از سوراخ پوست خارج می‌شود. دفع گاز دارند یا مدفوع از طریق واژن یا مثانه یا بسته به محل فیستول خارج می‌شود و اگر درمان نشود باعث سپتی سمی می‌شود درمان آن با جراحی است.

### ۴. فیشر مقعدی:

یک شیار طولی یا ایجاد زخم در پوشش کانال مقعد است که معمولاً علت بروز آن آسیب ناشی از عبور مدفوع بزرگ و سفت است. علل شامل تروما، زایمان و...

مشخصه آن دفع بسیار دردناک است. سوزش شدید دارند و گاهی خونریزی قرمز روشن دارند.

### ۵. هموروئید:

وریدهای متصل شده در کانال مقعدی بسیار شایع هستند که به دو دسته داخلی در نواحی بالای اسفنکتر داخلی انجام می‌شود و بیرون اسفنکتر خارجی محسوب می‌شود. باعث خارش و درد

اختلال در تمامیت پوست در رابطه با برش جراحی شکمی و مقعدی.

### عوارض احتمالی در این بیماری:

عفونت داخل پریتون، انسداد روده بزرگ، خونریزی، پرفوراسیون روده، آبسه و عفونت خون. قبل از عمل حفظ تغذیه آماده سازی جسمی رژیم غذایی پروتئین، پرکالری، پر کربوهیدرات و کم باقی مانده باشد. تغذیه وریدی، آنتی بیوتیک قبل از عمل، ۶۰ دقیقه پیش از جراحی تعادل حجم مایعات برقرار باشد، کنترل I/O و NGT، کنترل الکترولیت‌ها، حمایت عاطفی، روش‌های کاهش اضطراب، ملاقات با مشاور.

بعد از عمل کنترل و تسکین درد، کمک برای خروج از تخت، مراقبت از زخم جراحی، کنترل خونریزی، علائم حیاتی کنترل شود، کنترل صداهای روده، اندازه‌گیری دور شکم، چک هموگلوبین، رزرو خون، توجه به نشانه‌های شوک.

### اختلالات مقعد و راست روده:

#### ۱. پروکتیت:

التهاب مخاط راست روده که می‌تواند به طور ثانویه بعد از عفونت، بیماری التهابی روده، بیماری سلیاک و وارد کردن وسایل تشخیصی به راست روده، درمان آنتی بیوتیک یا پرتو درمانی ایجاد شود. بیماری‌های عفونی شایع‌ترین عوامل ایجاد پروکتیت هستند.

علائم شامل ترشح موکوس، چرک، خونریزی، درد در ناحیه راست روده و معمولاً اسهال است. برای تشخیص از سیگموئیدوسکوپی استفاده می‌شود و درمان با آنتی بیوتیک.

#### ۲. آبسه‌های آنورکتال:

بیشتر در اثر انسداد غده مقعدی با ضایعات باقیمانده خشک ایجاد می‌شود که به دنبال آن

پانکراتیت. بعد از تغذیه وریدی ابتدا باید از تغذیه روده‌ای استفاده شود.

#### **به دو دسته تقسیم می‌شود:**

تغذیه وریدی محیطی یا PPN که تنها قسمتی از نیازهای روزانه بدن را تامین می‌کند و مکمل تغذیه دهانی است. در بیمارانی که اختلال عملکرد گوارش دارند به علت عدم توانایی در دریافت مواد مغذی کافی کافی نیازمند تغذیه درمانی کوتاه مدت کمتر از ۱۰ روز می‌باشند اندیکاسیون دارد. ترکیب‌های غذایی با غلظت گلوکز بیش از ۱۰ درصد نباید از طریق وریدهای محیطی تزریق شود چون باعث تحریک دیواره داخلی ورید و موجب بروز فلبیت می‌شود.

تغذیه وریدی کامل یا TPN: کلیه نیازهای تغذیه روزانه بدن را فراهم می‌کند. این روش می‌تواند در بیمارستان یا منزل مورد استفاده قرار بگیرد. در بیمارانی که نمی‌توانند به صورت روده‌ای تغذیه شوند و به حمایت تغذیه‌ای به مدت بیش از ۱۰ روز نیاز دارند اندیکاسیون دارد. چند نوع وسیله برای دسترسی به عروق مرکزی داریم که حتماً باید انتهای آنها به عروق مرکزی وصل شود. محلول تغذیه وریدی باید به تدریج قطع شود تا بیمار بتواند با کاهش میزان گلوکز دریافتی سازگار شود. در صورت شک به آمبولی هواپیما را ببر روی چپ بخوابانیم و سر پایین‌تر از بدن باشد.

#### **پایش‌ها:**

کنترل علائم حیاتی حداقل ۴ بار در روز، ثبت جذب و دفع روزانه، توزین روزانه، کنترل قند هر ۶ ساعت سپس کنترل روزانه. کنترل روزانه اوره، الکتروولیت تا زمان ثابت شدن آن و سپس دو بار در هفته، کنترل کلسیم و فسفر دو بار در هفته، کنترل

می‌شود و شایع‌ترین عامل ایجاد کننده خونریزی قرمز روشن هنگام دفع مدفوع است.

برای درمان کمپرس گرم، حمام نشیمنگاهی استفاده از پمادها و شیاف‌های حاوی مواد بی‌حس کننده و استراحت است.

#### **۶. سینوس پیلونیدال:**

کیست مویی بین دو باسن و نفوذ مو به داخل اپی‌تلیوم و بافت زیر جلدی است. بعداً دچار عفونت و آبرسه می‌شود درمان آن با جراحی و تخلیه ترشحات است.

توصیه برای بیماران مقعد و راست روده: آموزش جهت مصرف یخ و پمادهای مسکن برای کاهش درد، کمپرس گرم برای کاهش تحریک و بهبود خونرسانی، حمام نشیمنگاهی، استفاده از پانسمن مرطوب، پوزیشن روی شکم، طی ۱ تا ۲ هفته اول حمام نشیمنگاهی بعد از هر بار دفع ضروری است. توصیه به نوشیدن ۲ لیتر آب در روز، مصرف مواد غذایی فیبر دار.

#### **تغذیه وریدی:**

روشی برای تامین نیاز بدن از طریق تزریق داخل وریدی است. اهداف آن شامل تغذیه روده‌ای مثل بهبود وضعیت غذایی، برقراری تعادل نیتروژنی، حفظ توده عضلانی، کمک به وزن یا وزن‌گیری و تسریع در فرایند ترمیم بافت‌ها.

اندیکاسیون‌ها شامل اختلال دستگاه گوارش، بدخیمی‌ها، وضعیت هایپرمتابولیک مثل سوختگی و تروما و در مواقعی که می‌خواهیم به روده استراحت بدهیم. دریافت ناکافی از راه دهان، اختلال در توانایی هضم و جذب مواد غذایی است. عدم تمایل یا عدم توانایی بیمار در دریافت کافی مواد غذایی مثل بی‌اشتهایی شدید عصبی، نیازهای غذایی طولانی مدت قبل از جراحی یا

هموگلوبین، زمان PT و TIBC, LFF هفته‌ای یکبار.

### پیشگیری از عفونت:

منابع اصلی عفونت پوست و درپوش خود کتترها است. محل ورود کتتر باید با یک پانسمان شفاف و محلول کلرهگزیدین پوشانده شود. پانسمان آسپتیک باشد بررسی شود به خوبی به پوست چسبیده باشد. در صورت پانسمان شفاف تعویض هفته یک بار کافی است. پانسمان‌های دیگر ۴۸ ساعت تعویض شود. ماسک بزنییم و از دستکش استریل استفاده کنیم در صورت وجود عدم محدودیت فعالیت داشته باشد.

پرستار موفق