

پرستاري بيماري هاي دستگاه گوارش

مدرس: جليل عظيميان

Fundamentals of Anatomy & Physiology

دستگاه گوارش gastrointestinal (GI) tract

شامل دو بخش است :

- لوله گوارش

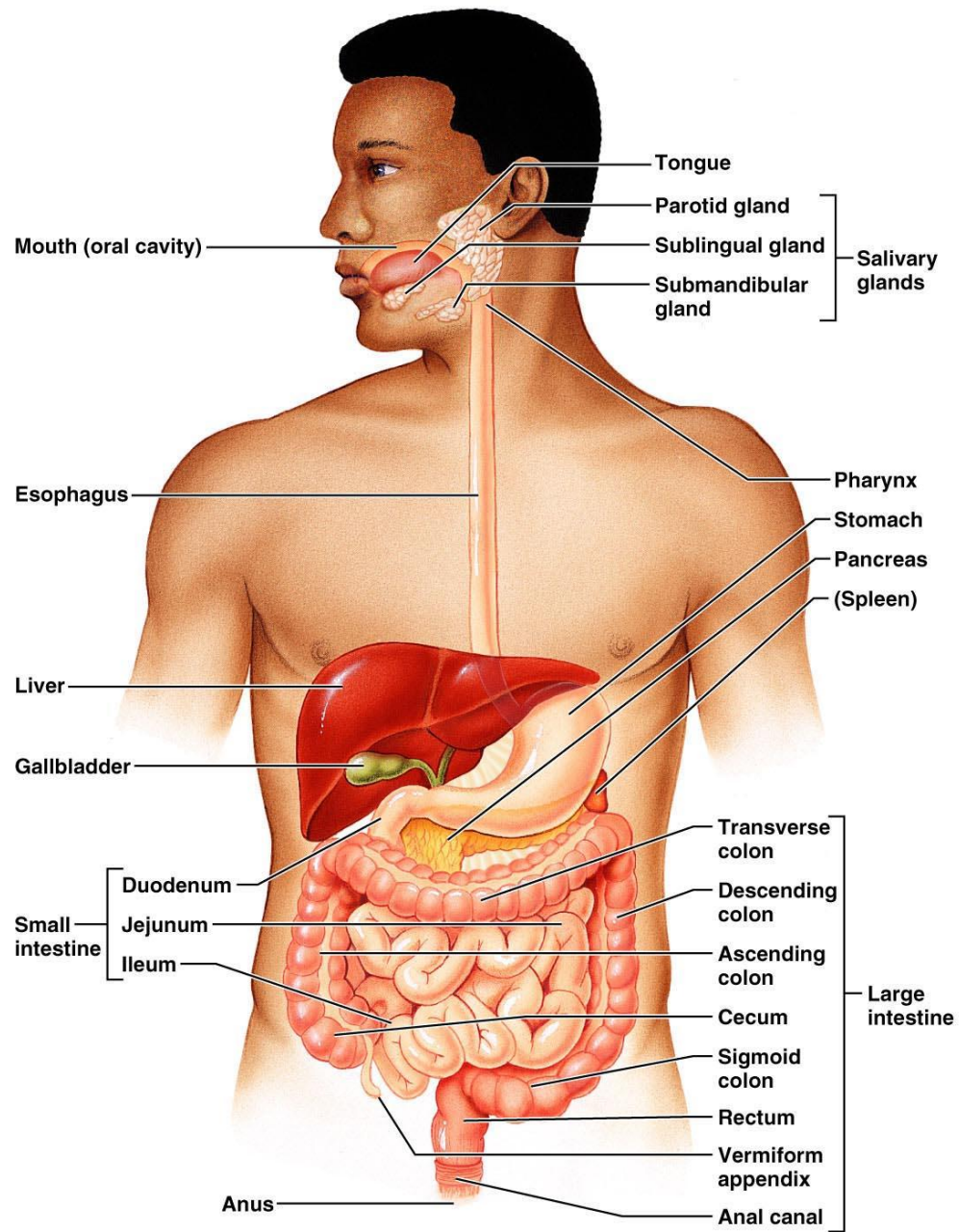
- غده های ضمیمه

وظیفه آن هضم، جذب و دفع مواد زاید می باشد

آناتومی دستگاه گوارش :

لوله ای است به طول 23-26 پا، شامل دهان، مری معده، روده ها و مقعد میباشد.

مری داخل مدیاستن و در حفره توراسیک و سایر قسمت های لوله گوارش در حفره پریتون می باشد.

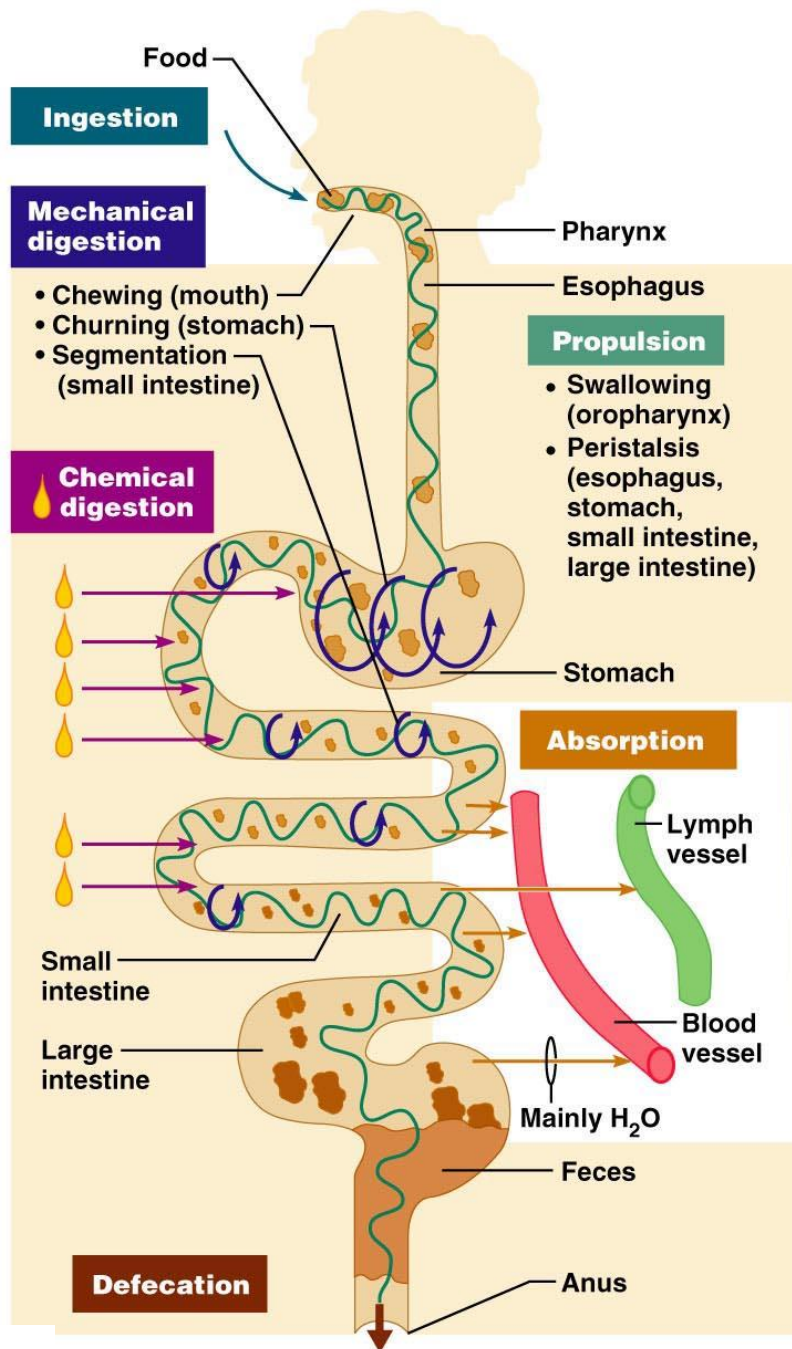


دستگاه گوارش در يك نگاه

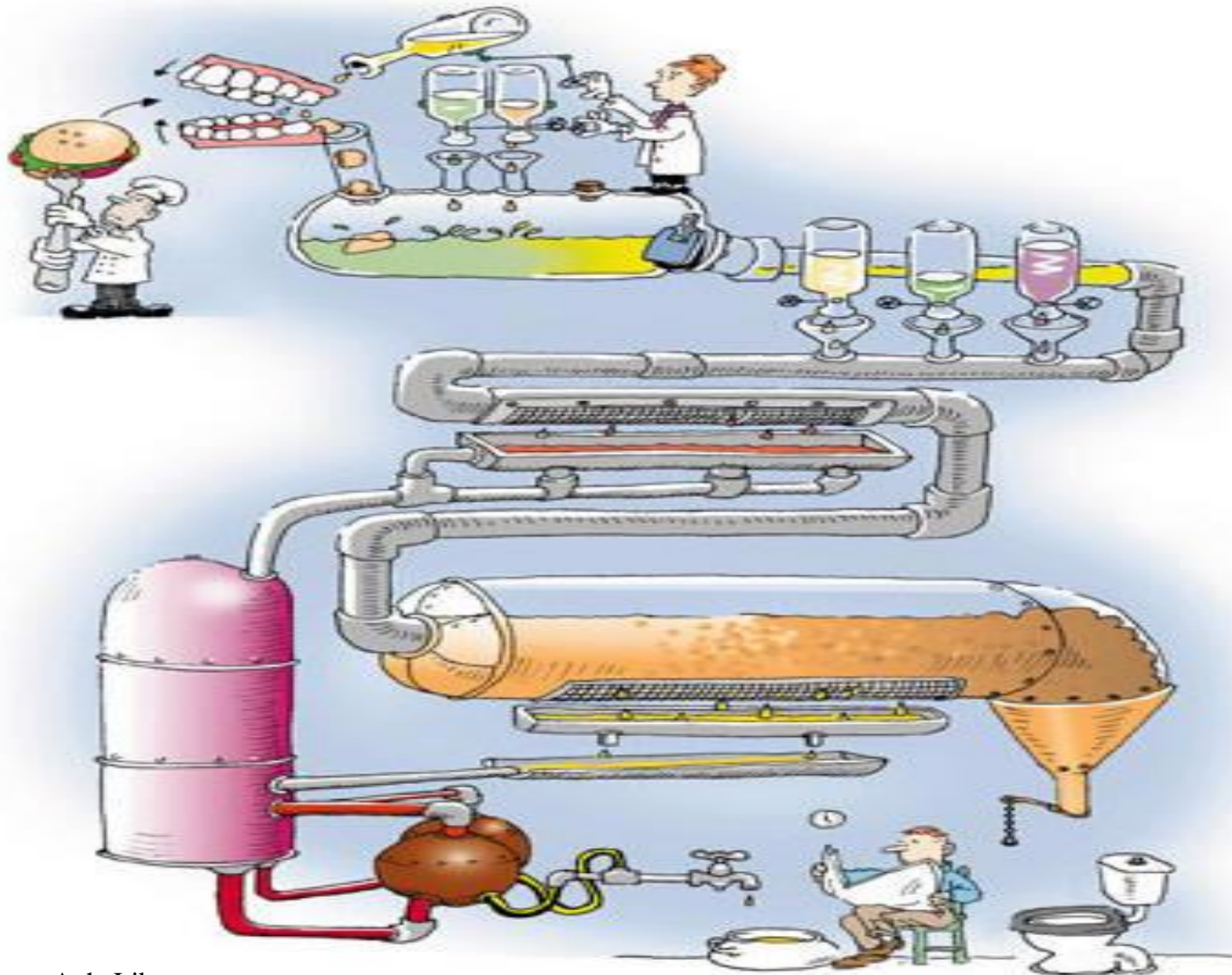
لوله گوارش از دهان تا رکتوم امتداد دارد

غذا از دهان در طول **مری** (دريچه كارديا) به **معدة** می رسد، سپس از معده به سوی **دوازدهه، ژژنوم، ایلئوم** (روده باریک) پیش می رود و بخش عمده غذا در روده باریک جذب می شود. باقیمانده جذب نشده غذا از راه **سکوم (دریچه ایلئوسکال)**، **کولون بالا** رو، **کولون افقی**، **کولون پایین** رو و **سیگموئید** به **رکتوم** و **مجرای مقعدی** می رسد

غذا در طول لوله گوارش تغییرات **مکانیکی** و **شیمیایی** داشته و علاوه بر لوله گوارش اندامهای ضمیمه ای لوله گوارش نظیر **کبد؛ پانکراس** و **کیسه صفرا** نیز در هضم غذا نقش بسیار مهمی بر عهده دارند



Our own food breakdown factory



کنترل عصبی لوله گوارش

- شبکه عصبی خارجی (میانتتریک یا اورباخ **auerbach**) که بین لایه های عضلانی طولی و حلقوی قرار گرفته و حرکات لوله گوارش را کنترل می کند.

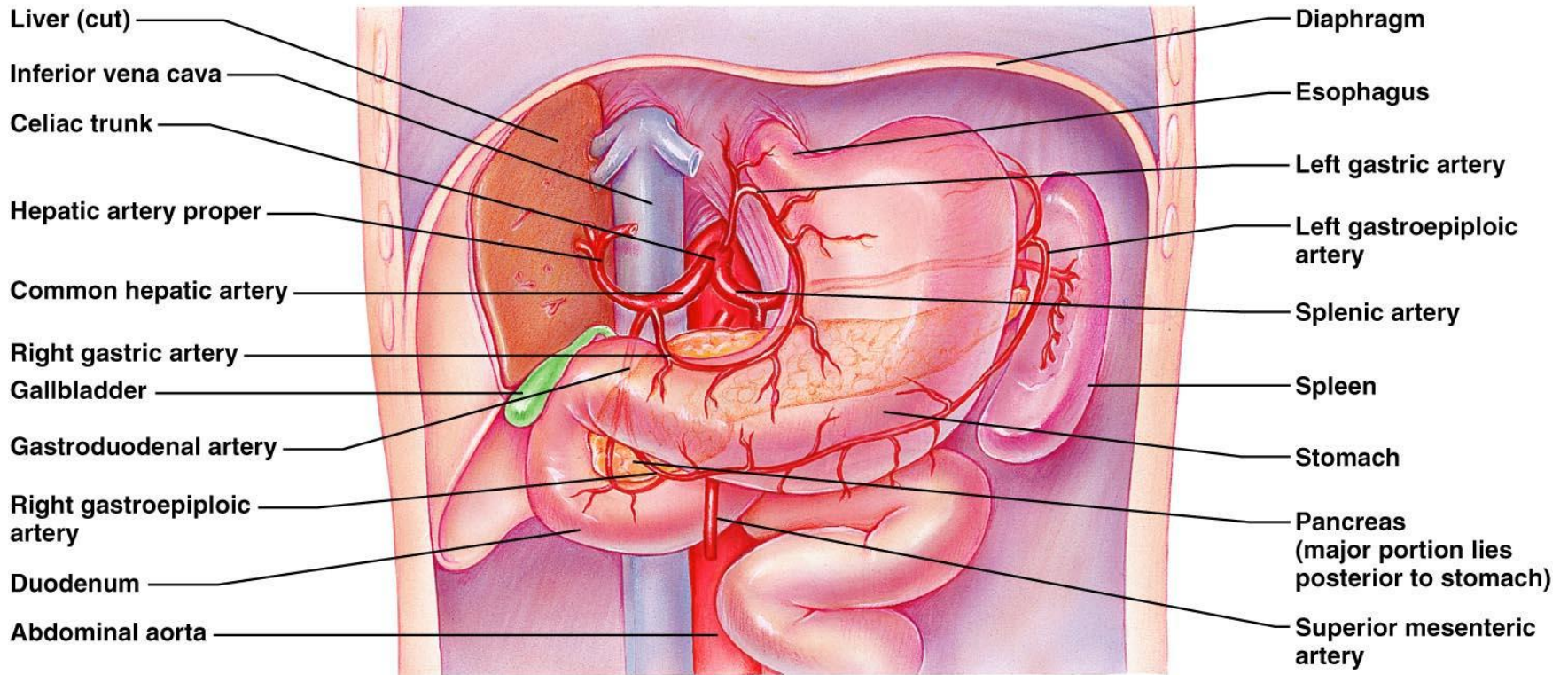
- شبکه عصبی داخلی (زیر مخاطی یا مایسنر **meissner**) که در زیر مخاط قرار گرفته و ترشحات لوله گوارش را کنترل می کند.

کنترل هورمونی لوله گوارش

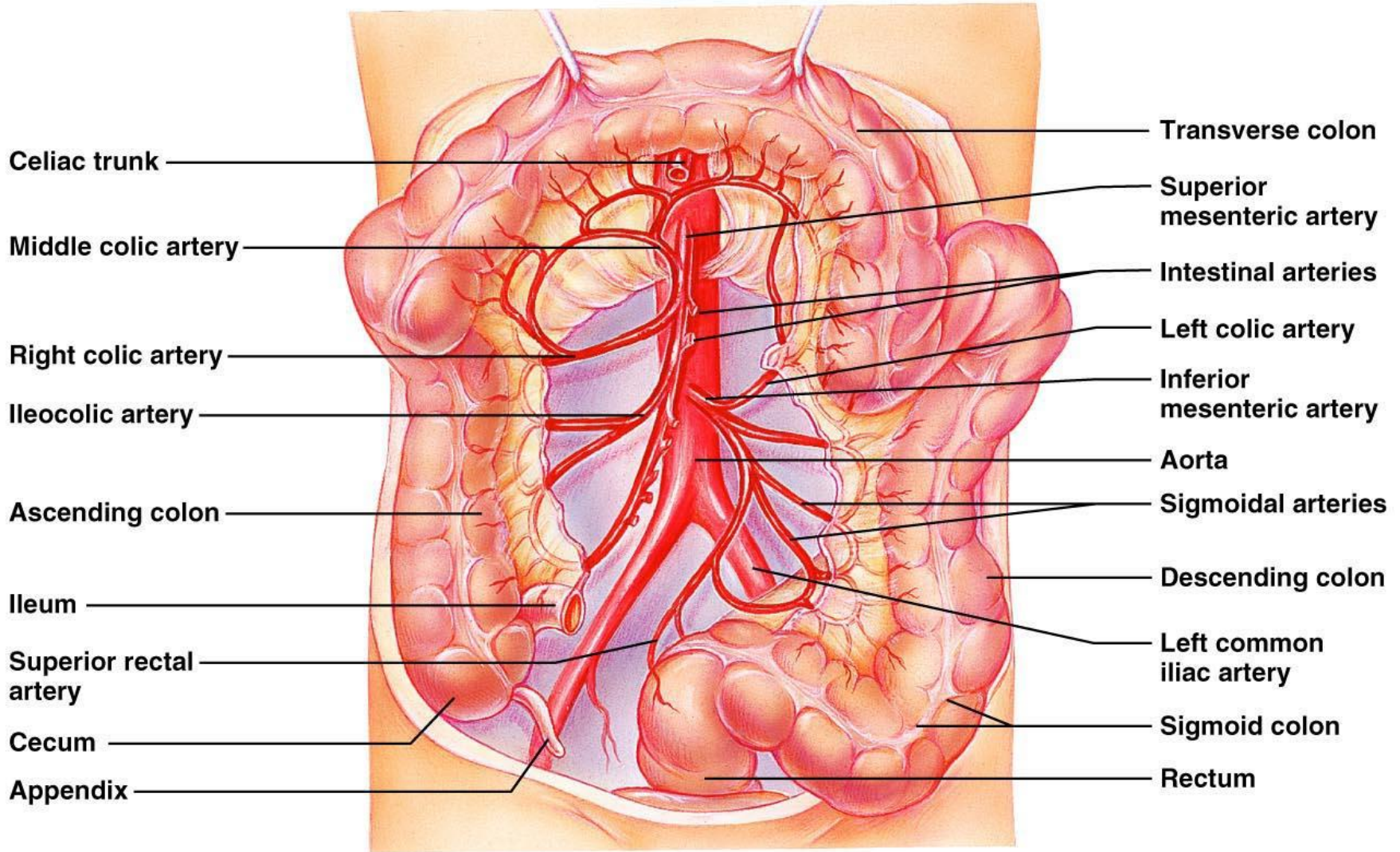
- هورمونها بیشتر بر ترشحات لوله گوارش تاثیر دارند ولی برخی هورمونها مرکبات لوله گوارش را تحت تاثیر قرار میدهند.
- **کولستسیوکنین** که از سلولهای نوع A مخاط دوازدهه و ژژنوم در پاسخ به چربیها ترشح می شود باعث انقباض کیسه صفرا شده و صفرا را به داخل روده آزاد می کند. این هورمون همچنین مرکبات معده را مهار می کند.
- **سکرتین** توسط سلولهای S در مخاط دوازدهه در پاسخ به اسید معده ترشح می شود و اثر مهاری خفیفی روی مرکبات قسمت اعضم لوله گوارش دارد.
- **پپتید مهاری معده (GIP)** در مخاط روده ترشح شده و مرکبات معده را کاهش می دهد.

Circulation

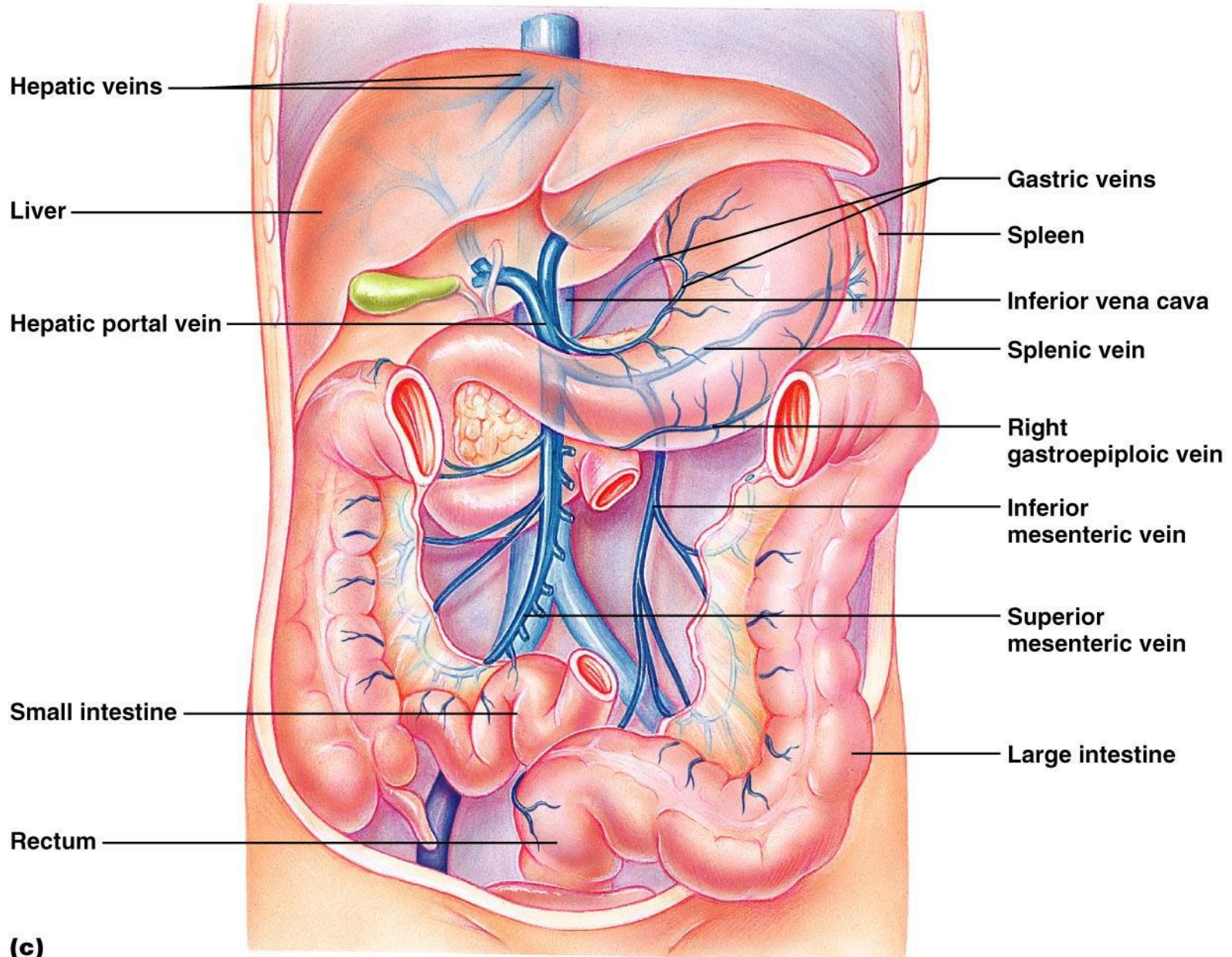
- The **splanchnic circulation** serves the digestive system
 - Includes those arteries that branch off the abdominal aorta to serve the digestive organs and the hepatic portal circulation
 - Arterial supply: hepatic, splenic, left **gastric** branches of the celiac trunk serve the spleen, liver, and stomach; **superior and inferior mesenteric arteries** serve small and large intestines
 - Hepatic **portal circulation** collects venous blood drained from these organs (packed with nutrients) and delivers it to the liver



(b)



(d)



(c)

Enteric Nerve Supply

- GI tract has its own nerve supply
 - Enteric neurons communicate widely with each other to regulate digestive activity
 - This system contains over 100 million neurons
- Afferent visceral fibers communicate with CNS
- **Sympathetic and parasympathetic** motor fibers enter intestinal walls
 - In general, **parasympathetic** input **increases** digestive activity; **sympathetic** input **inhibit** these

عملکرد سیستم گوارش

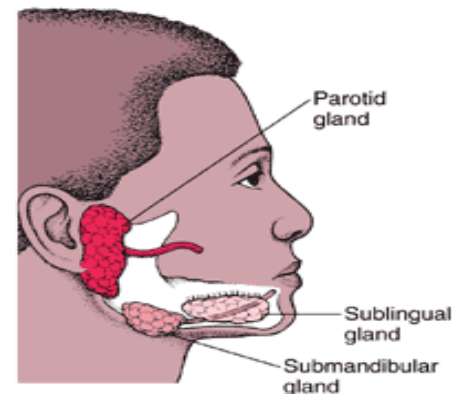
تجزیه ذرات غذا به شکل مولوکول هایی برای هضم
جذب مولوکول های کوچک
دفع مواد غذایی هضم نشده
جویدن موجب ترشح بزاق از غدد پاروتید، تحت فکی
و زیر زبانی میشود

حدود 1/5 لیتر بزاق در شبانه روز ترشح می شود

بزاق حاوی پتیالین یا آمیلاز بزاقی

(هضم نشاسته) همراه با موکوس و آب می باشد

(لغزیده شدن غذا)

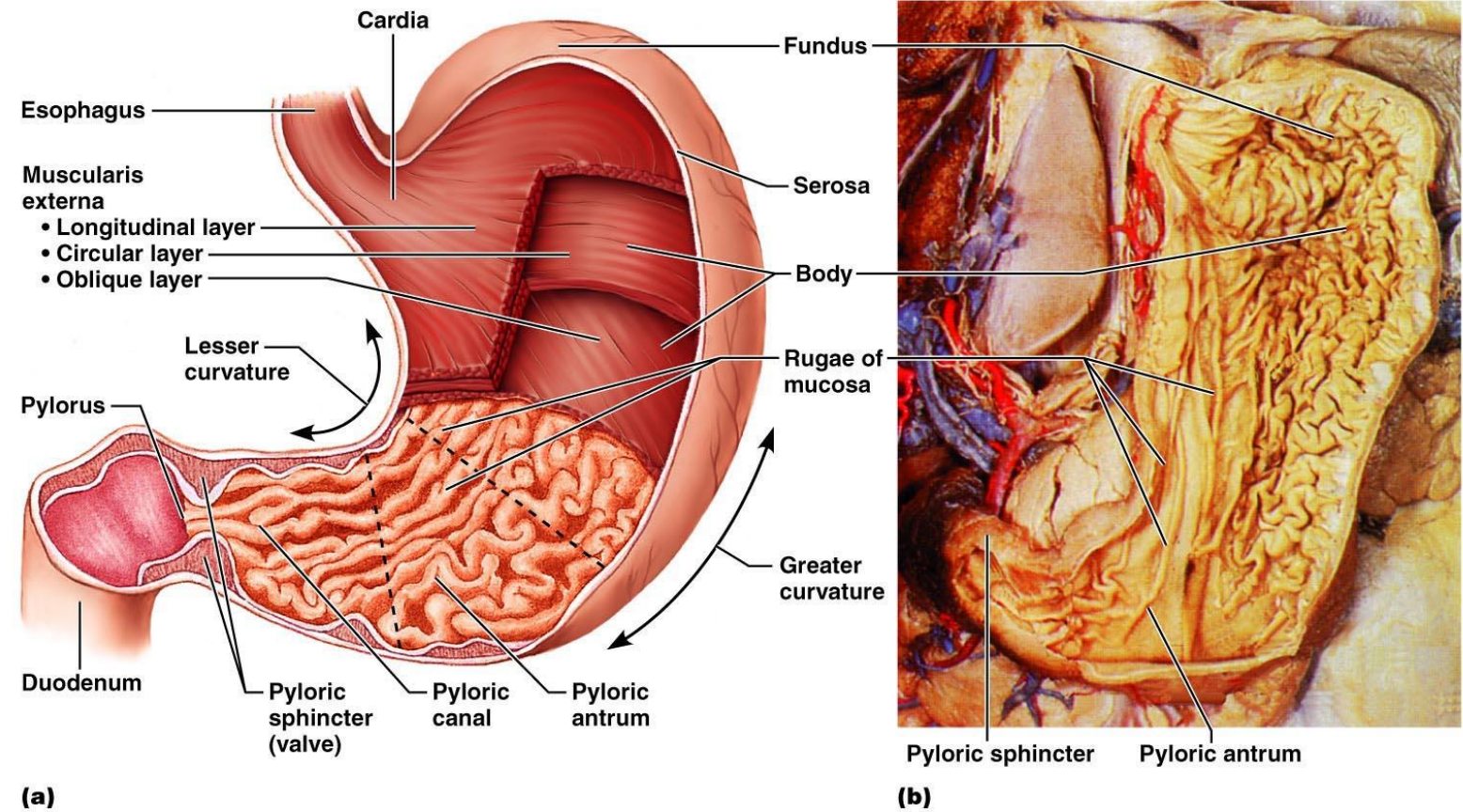


بلع عملي ارادي است و توسط مرکز بلع در بصل النخاع
کنترل مي شود. سپس بلع به صورت رفلکسي پايان
مي يابد.

سپس غذا به معده رسیده و با اسيد کلريد ريك ترکیب
مي شود. اين اسيد موجب تجزيه مواد غذايي و از
بين رفتن اکثر باکترې هاي خورده شده مي شود
میزان ترشح اسيد معده در 24 ساعت $2/4$ لیتر
مي باشد

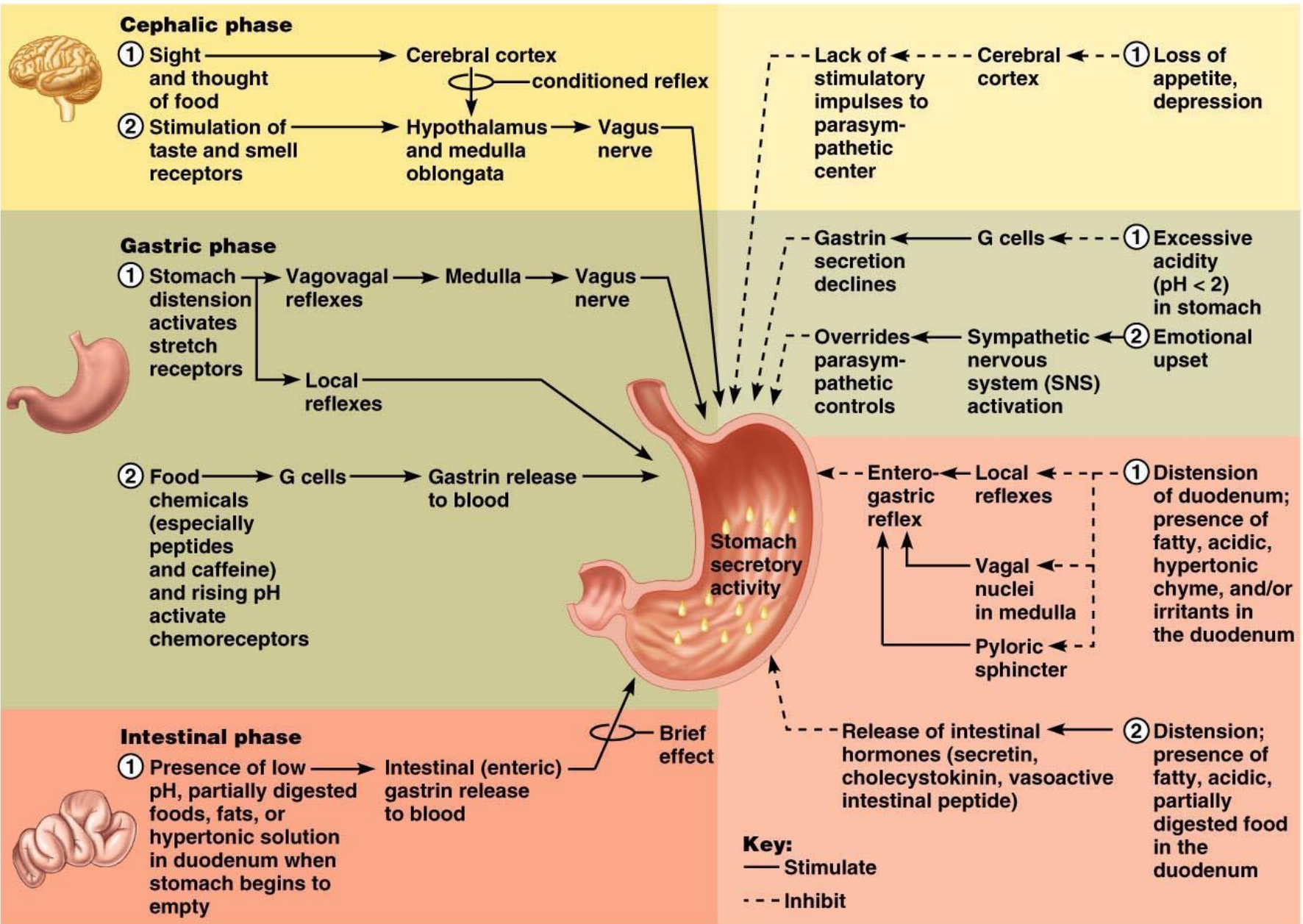
معده همچنین پيسين و فاكتور داخلي را ترشح ميکند
حرکات مکانیکی معده موجب شکسته شدن مواد
غذايي در تنه معده مي شود.

معدة



Stimulatory Events

Inhibitory Events



Digestive Processes

روده کوچک: دئودنوم (ترشحات کبد و پانکراس)

غدد موجود در دیواره روده (بیکربنات)
تریپسین (پروتیین)

آمیلاز (نشاسته)

لیپاز (چربی)

صفرا (امولسیفیکاسیون چربی)

غدد روده ای (هورمونها، الکتروولیتها، موکوس)

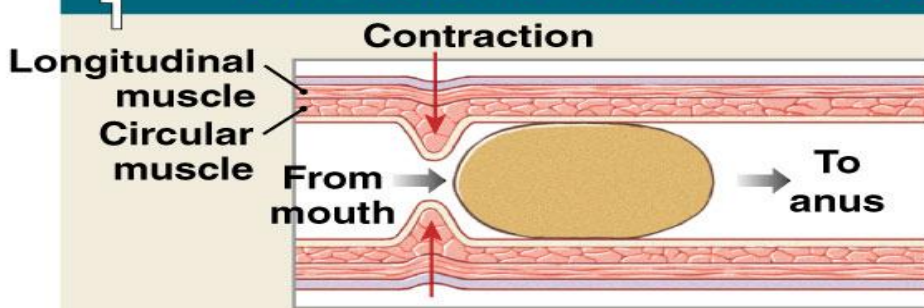
که موجب پوشش دیواره روده از آسیب میشود

حدوداً يك لیتر شیرہ پانکراس ،نیم لیتر صفرا ،سه لیتر
ترشحات غدد روده ای در شبانه روز داریم

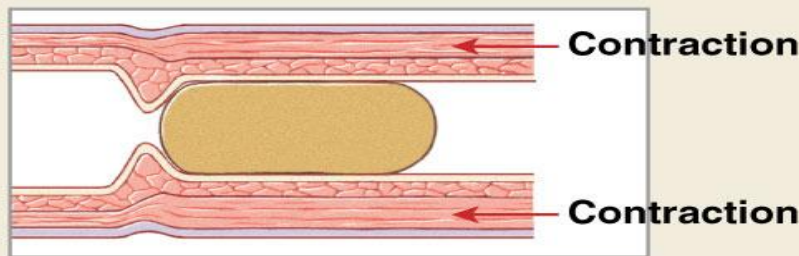
حرکات دودی روده همراه با انقباضات خرد کننده
(SEGMENTATION) .

موجب خرد شدن و رانده شدن غذا به جلو می شود

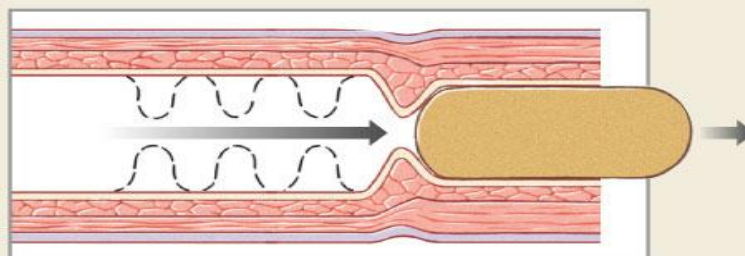
STEP 1 Contraction of circular muscles behind food mass



STEP 2 Contraction of longitudinal muscles ahead of food mass



STEP 3 Contraction of circular muscle layer forces food mass forward



فرایند هضم و جذب

در نهایت تبدیل کربوهیدرات ها به منو ساکارید و
دی ساکارید

تبدیل پروتئین ها به آمینو اسیدها و پپسید ها
و تبدیل چربی ها به منوگلیسرید و اسید چرب انجام
میشود

ویتامین ها و مواد معدنی بدون تغییر باقی میمانند

انتهای فرایند هضم و جذب مواد غذایی

کیموس تشکیل شده پس از 4 ساعت وارد ایلئوم انتهایی میشود و سپس از طریق دریچه ایلئوسکال وارد کولون میشود

باکتری های موجود در کولون موجب تجزیه بیشتر مواد غذایی و نمک های صفر اوی می شوند.

جذب الکترولیتها و آب با فعالیت پرسیستالتیک ضعیف و کند پس از 12 ساعت موجب تشکیل مدفوع میشود

25% مدفوع جامد و بقیه آب است

D-Xylose Absorption test

دی گزیلوز

هدف

ارزیابی بیمار دارای علائم **سوء جذب** مانند کاهش وزن و سوء تغذیه عمومی

دی گزیلوز **قندی** است که در روده کوچک بدون کمک آنزیم پانکراس جذب می شود

چون در روده بدون هضم جذب می شود **اندازه گیری دی گزیلوز** در **ادرار و خون** ظرفیت **جذب روده کوچک** نشان می دهد

این قند بدون متابولیزه شدن در کبد توسط ادرار دفع می شود

وقتی که میزان **دی گزیلوز** در خون یا ادرار **کمتر از حد نرمال** باشد علت احتمالی سوءجذب می تواند **اختلال در اپی تلیوم یا غشاء قسمت فوقانی** روده کوچک باشد

مقادیر طبیعی

✓ خون کامل :

بچه ها (یکساعت با دوز 25 گرم): بیش از 30 میلی گرم در دسی لیتر
بزرگسالان(2 ساعت با دوز 25 گرم): بیشتر از 25 تا 40 میلی گرم در
دسی لیتر

✓ ادرار

بچه ها(5در عرض ساعت): 16 تا 33 درصد دی گزیلوز هضم شده
بزرگسالان(در عرض 5 ساعت): 5/5 گرم

اساس فیزیولوژیکی آزمایش

✓ به دنبال مصرف مقدار معینی از قند دی گزیلور بخشی از آن باید از طریق دئودنوم و ژوژنوم جذب شود.

✓ این قند در عرض **30 تا 60 دقیقه** به جریان خون رسیده و تا مدت **2 ساعت در خون** باقی میماند.

✓ بعد از **5 ساعت** 16 تا 23 درصد مقدار اولیه بایستی در ادرار دیده شود

✓ تست دی زایلور وقتی که **هم با ادرار و هم با خون** انجام می گیرد **صحت آن بالا** است

روش بالینی

دوز توصیه شده دی گزیلور برای بزرگسالان و کودکان بزرگتر از 12 سال 25 گرم در 250 سی سی آب است.

برای کودکان کمتر از 12 سال مقدار توصیه شده **نیم گرم به ازای هر کیلو گرم وزن بدن است.**

5 تا 10 سی سی خون

بزرگسالان: 2 ساعت بعد خوردن دی گزیلوز

بچه ها: یکساعت بعد خوردن دی گزیلوز جمع ذآوری می شود

کودکان بزرگتر از 12 سال و در بزرگسالان **تمام ادرار در عرض 5 ساعت** بعد از خوردن دی زایلور جمع می شود.

یافته ها

علل مقادیر کمتر از حد طبیعی:

سندروم های سوء جذب:

✓ اسکرودرما

✓ انتزیت ناشی از اشعه

✓ ایسکمی روده کوچک.

عوامل تاثیر گذار:

- ✓ عدم رعایت محدودیتهای غذایی لازم قبل از انجام آزمایش
- ✓ فعالیت فیزیکی در طول انجام آزمایش
- ✓ عملکرد ضعیف کلیوی
- ✓ استفراغ یا اسهال
- ✓ تخلیه سریع یا تاخیری معده
- ✓ حرکات بیشتر یا کمتر از نرمال روده
- ✓ هیدراتاسیون.

آزمایش تحریک معدی

Gastric stimulation test

اطلاعات زمینه ای:

اندازه گیری **محتویات اسیدی ترشحات معده** می باشد.
آسپیراسیون محتویات معده بوسیله لوله معدی انجام می گیرد

آزمایش دارای دو مرحله است :

1- **مرحله خروج اسید پایه (BAO)** : که نمونه در وضعیت استراحت از بیمار گرفته می شود

2. **مرحله حداکثر خروج اسید (MAO)** : که نمونه پس از تحریک جریان ترشحات معده را بدست می آید

آقایان نسبت به خانم ها **مقادیر طبیعی بالاتری** دارند و **افزایش سن** باعث **کاهش** مقادیر می شود

بیماران مبتلا به **زخم دئودنوم** دارای **خروجی اسید بیشتر**

بیماران مبتلا به **سرطان معده** یا **زخم معده** دارای **خروجی اسیدی کمتر** از نرمال هستند

روش کار :

لوله معدی به داخل معده فرستاده شده تا نوک آن در بخش انتهایی معده قرار گیرد

بزرگداشتن ترشحات توسط سرنگ یا دستگاه مخصوص اسپیراسیون انجام می گیرد

ادامه روش کار

ترشحات در 4فاصله زمانی 15 دقیقه ای جمع آوری شده و به ترتیب BAO1, BAO2 و برچسب زده می شود

پس از آن مرحله MAO انجام می شود.

که در این مرحله به بیمار داروی نپتاگاسترین به میزان 6 میکروگرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن تزریق می گردد.

به مدت 1 ساعت 4 نمونه به فواصل 15 دقیقه ای گرفته و در 4 طرف جداگانه شماره گذاری می شود

مقادیر آزمایش

علل مقادیر بیش از حد طبیعی:

✓ زخم دئودنوم

✓ سندرم زولینگر الیسون

علل مقادیر کمتر از حد طبیعی:

✓ جمع آوری ناکامل نمونه

✓ خونریزی معده

✓ NPO نبودن بیمار



گاسترین سرم

اطلاعات زمینه ای:

گاسترین پپتیدهای است که ترشحات پانکراس و معده را تحریک می کند .
گاسترین ها توسط سلولهای گابلت (واقع در آنتروم معده) ساخته شده
که ابتدا به خون ترشح شده و سپس به قسمت بدنه معده باز می گردند.
ترشح گاسترین از طریق عصب واگ تحریک و با حضور اسیدکلریدریک
در معده مهار می شود.

هدف از انجام آزمایش :

کمکی مفید برای تشخیص سندرم زولینگر الیسون و کم خونی پرنیشیوز است

علل مقادیر بیش از حد طبیعی:

✓ سندرم زولینگر الیسون

✓ کم خونی پر نیشیوز

✓ زخم معده

✓ انسداد پیلور

✓ سرطان معده

علل مقادیر کمتر از حد طبیعی:

✓ برداشتن آنتروم معده همراه با واگوتومی

✓ هیپو تیروئید یسم

روش کار

روش بالینی :

10 سی سی خون در یک لوله آزمایش فاقد ماده ضد انعقاد
عوامل تاثیر گذار: NPO نبودن بیمار ، وجود هپارین در
سرنگ، گاستروسکوپی

قبل آزمایش:

- ✓ از 12 ساعت قبل ناشتا باشد
- ✓ مصرف پروتئین در چند ساعت قبل از خونگیری می تواند باعث افزایش گاسترین سرم شود
- ✓ گاسترین در دمای اتاق ناپایدار (سریع به آزمایشگاه فرستاده شود)

تست های هلیکوباکتر پیلوری

هلیکو باکتر پیلوری باسیل گرم منفی که اپی تلیوم یا سلول های مخاط مری، دودنوم یا رکتوم را دچار عفونت می کند
باسیل به داخل مخاط نفوذ کرده و باعث گاستریت می شود .
این باکتری از طریق آزمایشات خون، تنفس، مدفوع و بافتها شناسایی می شود.

تست سرولوژیک:

این تست افزایش سطح خونی آنتی بادی IgG را نسبت به هلیکوباکتر پیلوری نشان می دهد.

نتیجه مثبت تست نشاندهنده عفونت فعال است

آنتی بادی 6 الی 12 ماه بعد از درمان در این بیماران بالاست
آزمایش خون شایعترین روش در تعیین هلیکوباکتر پیلوری می باشد

تست استنشاق اوره:

اوره نشان دار شده با کربن 13 از طریق خوراکی به بیمار داده می شود در صورت وجود هلیکوباکتر اوره نشان دار شده به آمونیاک و دی اکسید کربن نشان دار تبدیل می کند ریه ها، دی اکسید کربن را از طریق بازدم دفع کرده و می توان آن را اندازه گرفت

وجود دی اکسید کربن نشان دار نشان دهنده وجود هلیکوباکتر پیلوری در معده است

روش کار :

بیمار اوره نشان دار شده خورده و پس از 10 تا 30 دقیقه نمونه هوای بازدمی در یک کیسه مخصوص جمع آوری می شود

و از طریق اسپرومتر محتویات دی اکسید کربن نشان دار هوای بازدمی اندازه گیری می شود

بیوپسی بافت:

از طریق اندوسکوپی مخاط معده و اثنی عشر مورد بررسی قرار می گیرد
3 نوع تست را می توان بر روی نمونه بافت انجام داد.

1. هیستولوژی : اسلایدهای از بافت نمونه برداری شده تهیه شده و جهت بررسی میکروسکوپی رنگ آمیزی می شوند .

2. PCR: می تواند توالی DNA را در باسیل هلیکوباکتر قابل تشخیص نماید

3. کشت بافت: بافت نمونه برداری شده از نواحی مختلف دستگاه گوارش بر روی محیط کشت قرار داده می شود

محیط ها در روز اول، دوم و پنجم بعد از کشت از نظر کلنی های هلیکوباکتر مورد بررسی قرار داد.

مقادیر غیر طبیعی:

✓ عفونت هلیکوباکتر پیلوری

✓ سرطان معده

✓ گاستریت

✓ بیماری زخم پپتیک

عوامل تاثیر گذار:

✓ درمان با آنتی بیوتیک

اسید 5- هیدروکسی ایندول استیک

مقادیر طبیعی:

برزگسالان: 1 تا 9 میلی گرم در 24 ساعت

اطلاعات زمینه ای:

✓ متابولیت ادراری سروتونین است.

✓ افزایش مقدار این متابولیت در ادرار یکی از مشخصه های بد خیمی می باشد

✓ افزایش بیشتر از 25 میلی گرم در 24 ساعت نشاندهنده وجود تومور کارسینوئید است

هدف از انجام آزمایش:

جهت تشخیص تومورهای کارسینوئید و معیارهای برای ارزیابی تومور در آینده

یافته ها:

علل افزایش مقادیر: انسداد مزمن روده، بیماری سلپاک کارسینوئید تخمدان،

علل کاهش مقادیر: افسردگی، برداشتن روده کوچک، فنیل کتونوری اقدامات پرستاری: از 48 ساعت قبل از شروع آزمایش از خوردن غذاهای حاوی سروتونین خودداری کند. از جمله این مواد غذایی می توان به گوجه فرنگی، موز، آلو، گردو، آناناس و بادمجان اشاره کرد.

هنگام آزمایش: ظرف حاوی ادرار 24 ساعته با در طول مدت جمع آوری ادرار در یخچال نگهداشته شود

نمونه زود به آزمایشگاه فرستاده شود

آزمایش تحمل لاکتوز

Lactose Tolerance Test

مقادیر طبیعی:

بزرگسالان: قند خون بالاتر از 30 میلی گرم در دسی لیتر

لاکتوز ادرار (24 ساعته): 12 تا 40 میلی گرم در دسی لیتر

کودکان: لاکتوز ادرار (24 ساعته): کمتر از 5/1 میلی گرم در دسی لیتر

اطلاعات زمینه ای:

لاکتوز یک دی ساکارید در شیر و فرآورده های آن وجود دارد

برای جذب لاکتوز وجود آنزیم لاکتاز در روده کوچک لازم است

در صورت کمبود این آنزیم اندازه سریال قند خون یک منحنی صاف را طی می کند

در صورت عدم تجزیه لاکتوز ، در روده باقی مانده و باع جذب آب شده و

ایجاد اسهال اسمزی می نماید

هدف: شناسایی عدم تحمل لاکتوز (در مواردی که پس از مصرف شیر احتباس شکم، اسهال مزمن، دل درد همراه با خوردن شیر بوجود می آید)

روش بالینی:

بیماری که از 8 ساعت قبل چیزی نخورده یک دوز لاکتوز را به همراه 200 تا 300 سی سی آب مصرف می کند. دوز لاکتوز مصرفی معمولاً 75/0 تا 5/1 گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن نتایج از آنالیز ادرار 24 ساعته حاصل می شود

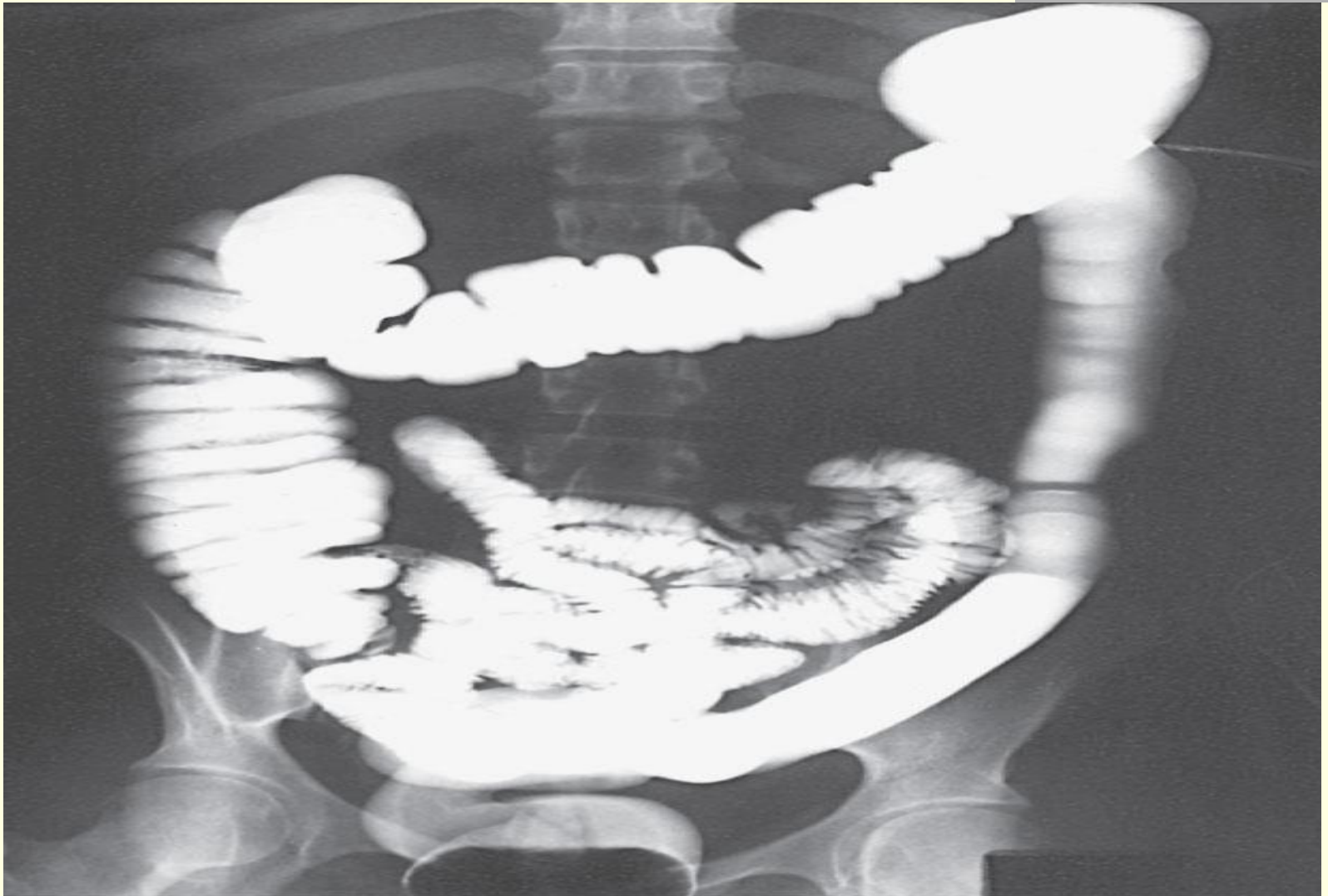
یافته ها:

مقادیر مثبت: بیماری کرون، کولیت اولسراتیو، عدم تحمل لاکتوز، عفونت ویروسی یا باکتری روده

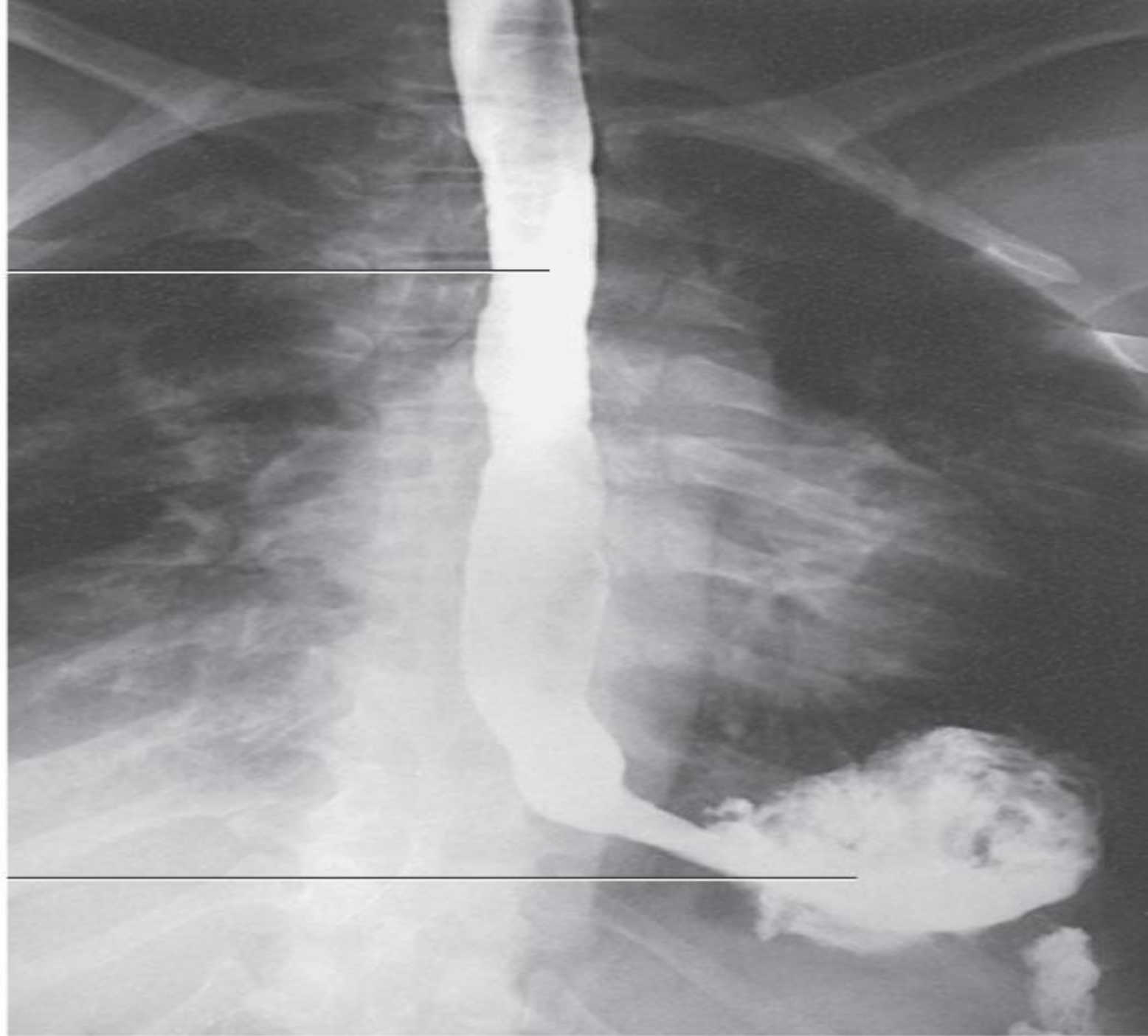
عوامل تاثیر گذار: عدم رعایت محدودیت غذایی و ورزشی، خالی شدن معده یا تاخیر، استفراغ، دیابت

اقدامات قبل: از 8 ساعت قبل چیزی
نخورد- بیمار نباید قبل ، حین آزمایش
سیگار بکشد یا آدامس بجود
تمامی نمونه ها باید دارای برچسب و
زمان دادن لاکتوز و زمان جمع
آوری نمونه نوشته شده باشد

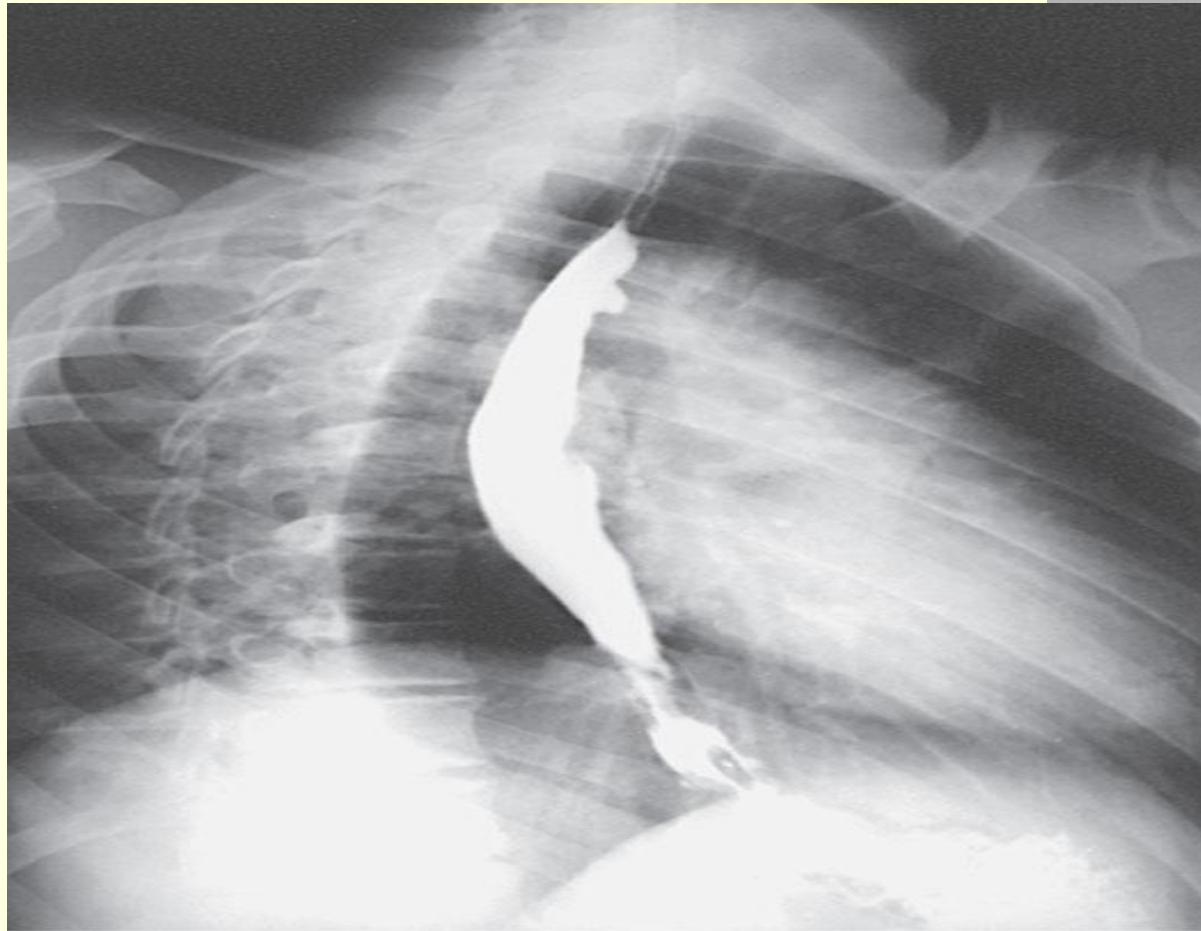
Radiographic Exams



Esophagus



Stomach



Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.



Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.

Esophageal varices

Extremely dilated submucosal veins in the lower esophagus

Most often a consequence of portal hypertension, commonly due to cirrhosis

Pts with esophageal varices have a strong tendency to develop bleeding



Radiography Of The Stomach

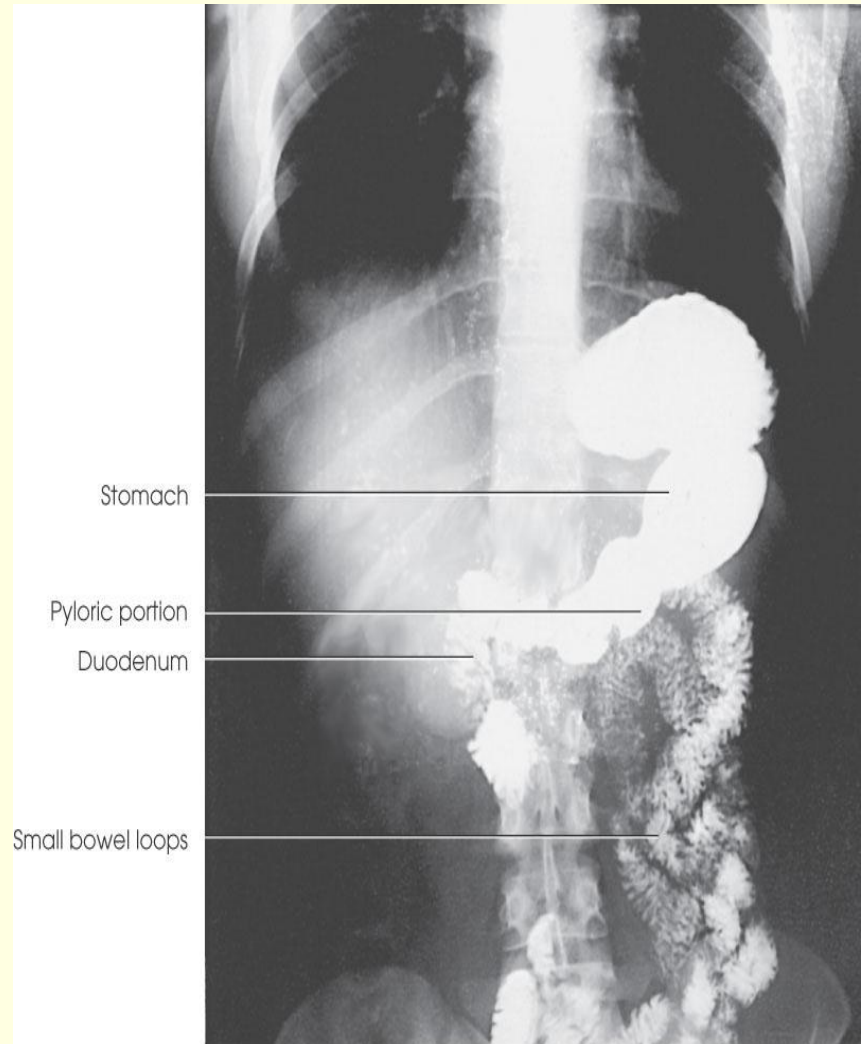
Upper GI Series

- Generally consists of fluoroscopy and serial radiographs
- Single or double contrast
- Pt. should follow a low residue diet for 2 days prior to exam
- Pt. must be NPO after midnight
- AP scout generally obtained prior to exam

Single v. Double Contrast

■ Single Contrast

- Shows size, shape, and position of stomach
- Examines changing contour of stomach during peristalsis
- Observe filling and emptying of duodenal bulb

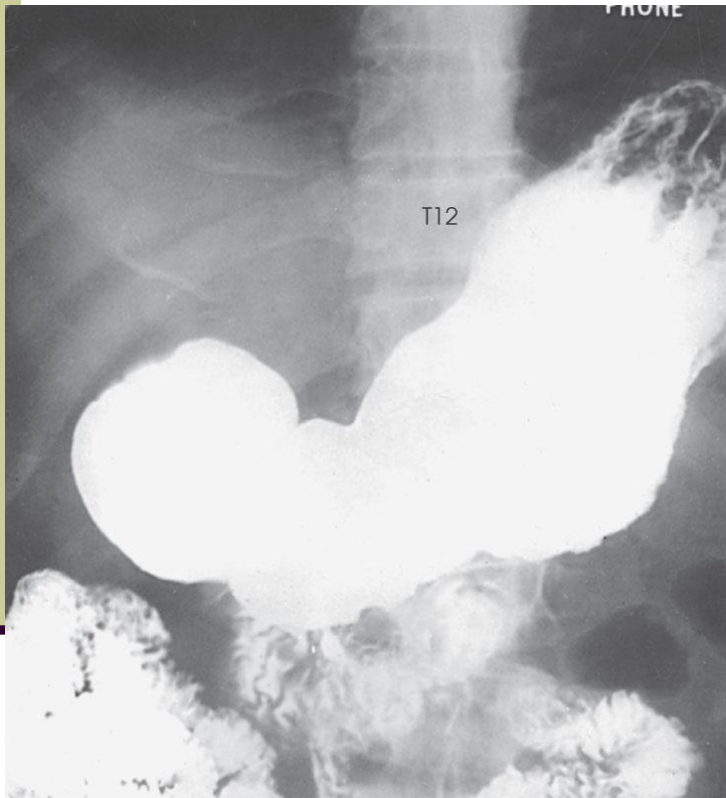


Double Contrast

- Mucosal lining is well visualized
- Small lesions are less easily obscured



Compare Single and Double Contrast

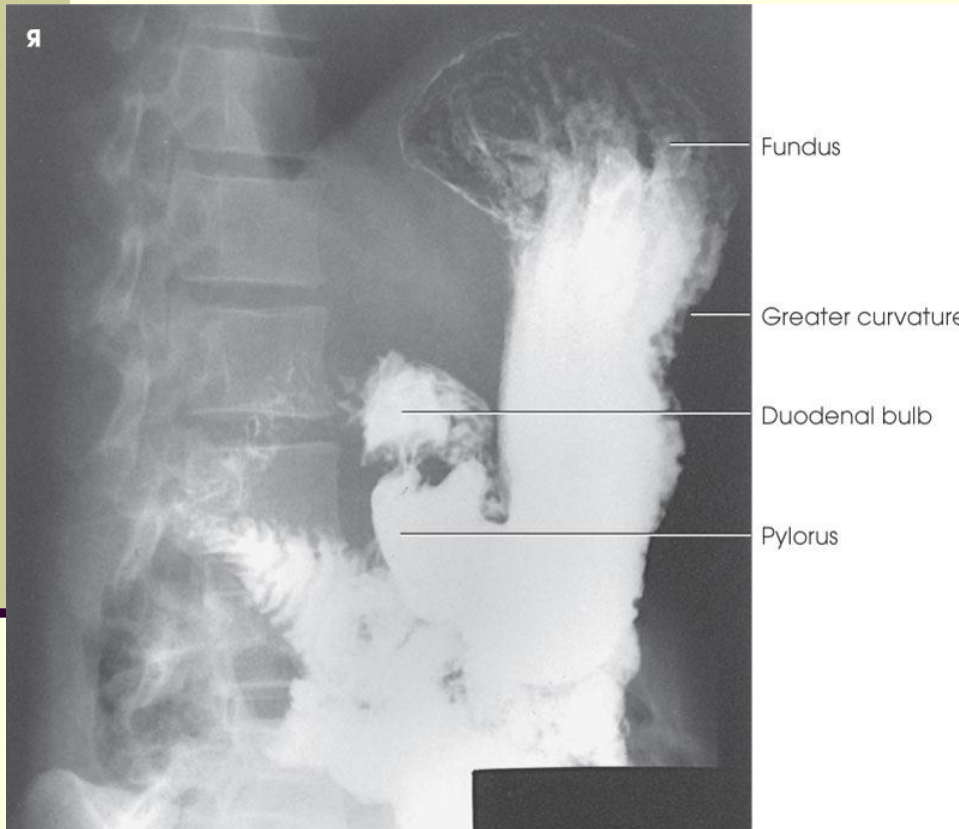


Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.



Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.

Which is taken AP and which is taken PA?



Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.



Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.

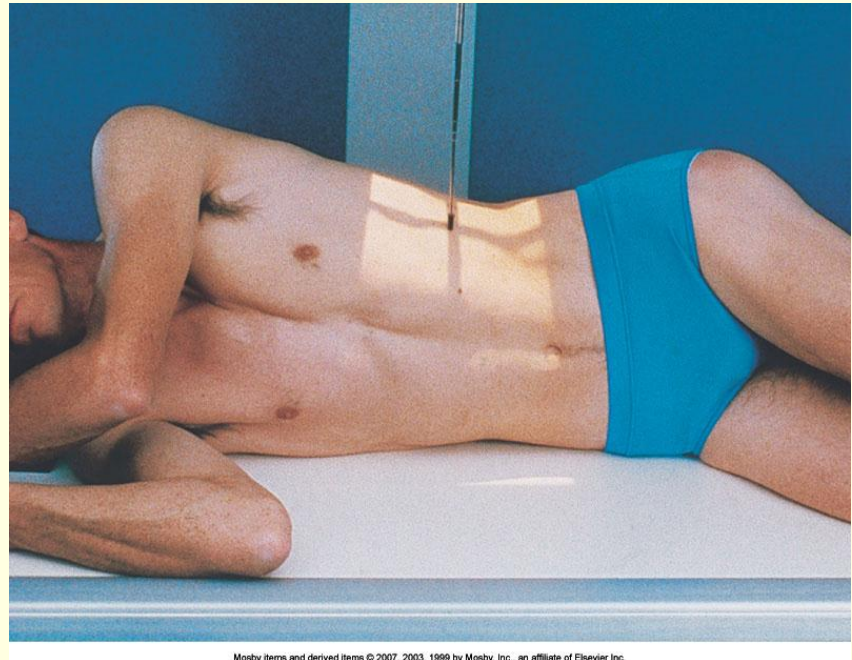
Lateral Projection

Position

- Lateral recumbent - right side

CR

- Level of L1-L2
- Between midcoronal and anterior of abdomen



Small Intestine Follow Through



Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.

30 minutes



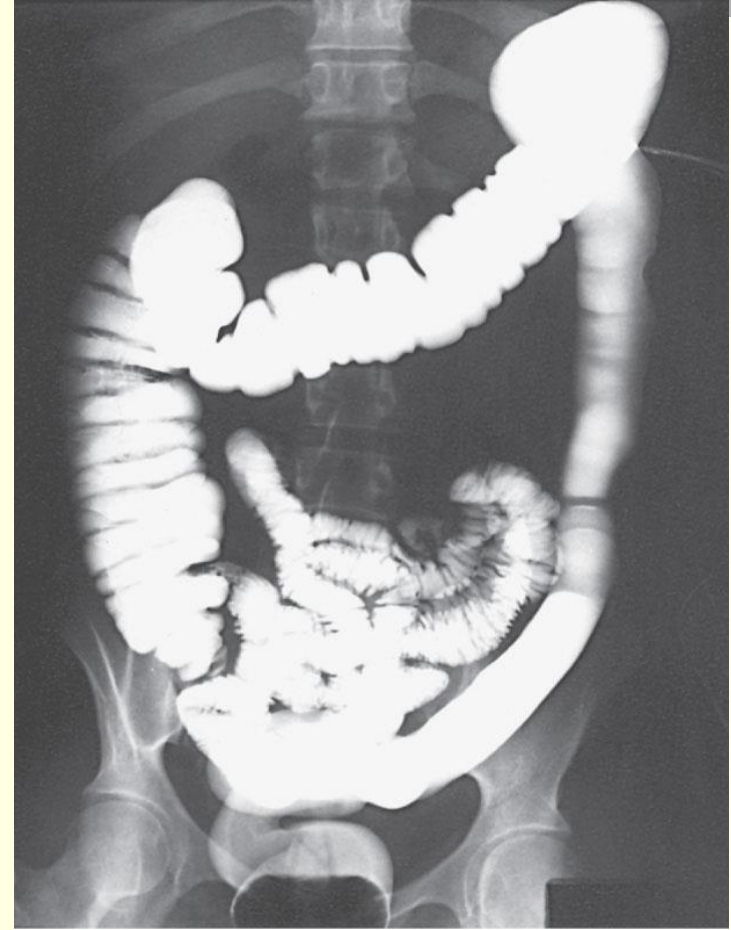
Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.

1 hour

Radiography Of Colon



Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.



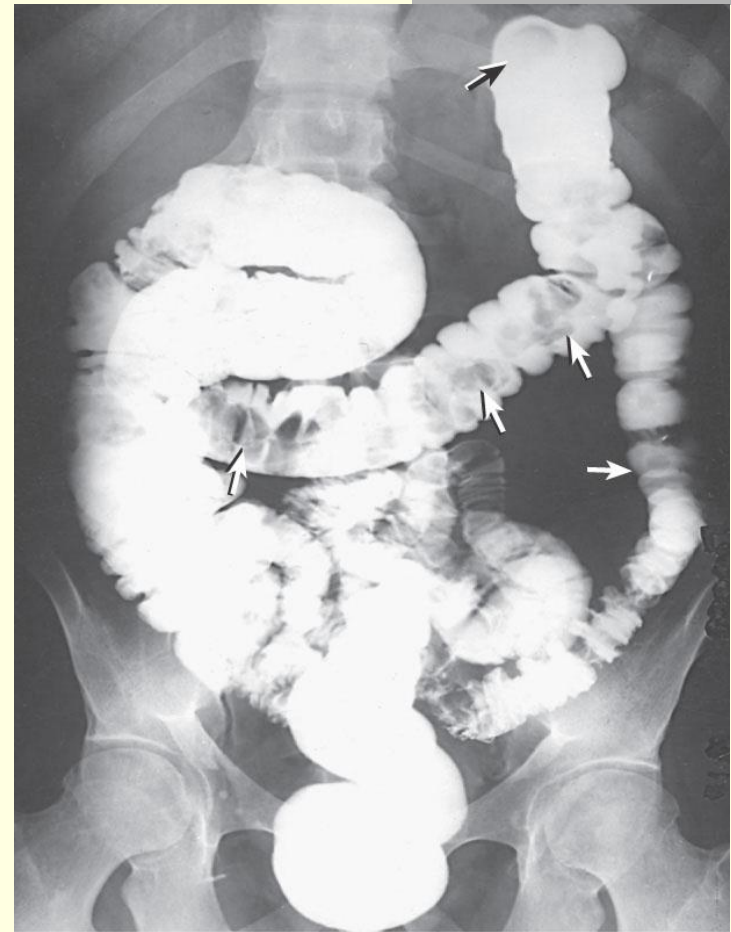
Mosby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.

Preparation of Colon

- Pt must take laxative on day prior to exam
- Pt may have clear liquid day prior to exam
- NPO after midnight
- Cleansing enemas may also be indicated

Single or double contrast

■ **Single**
demonstrates
anatomy and
tonus (contraction)
of colon, along
with most
abnormalities



Mooby items and derived items © 2007, 2003, 1999 by Mooby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.

Fece

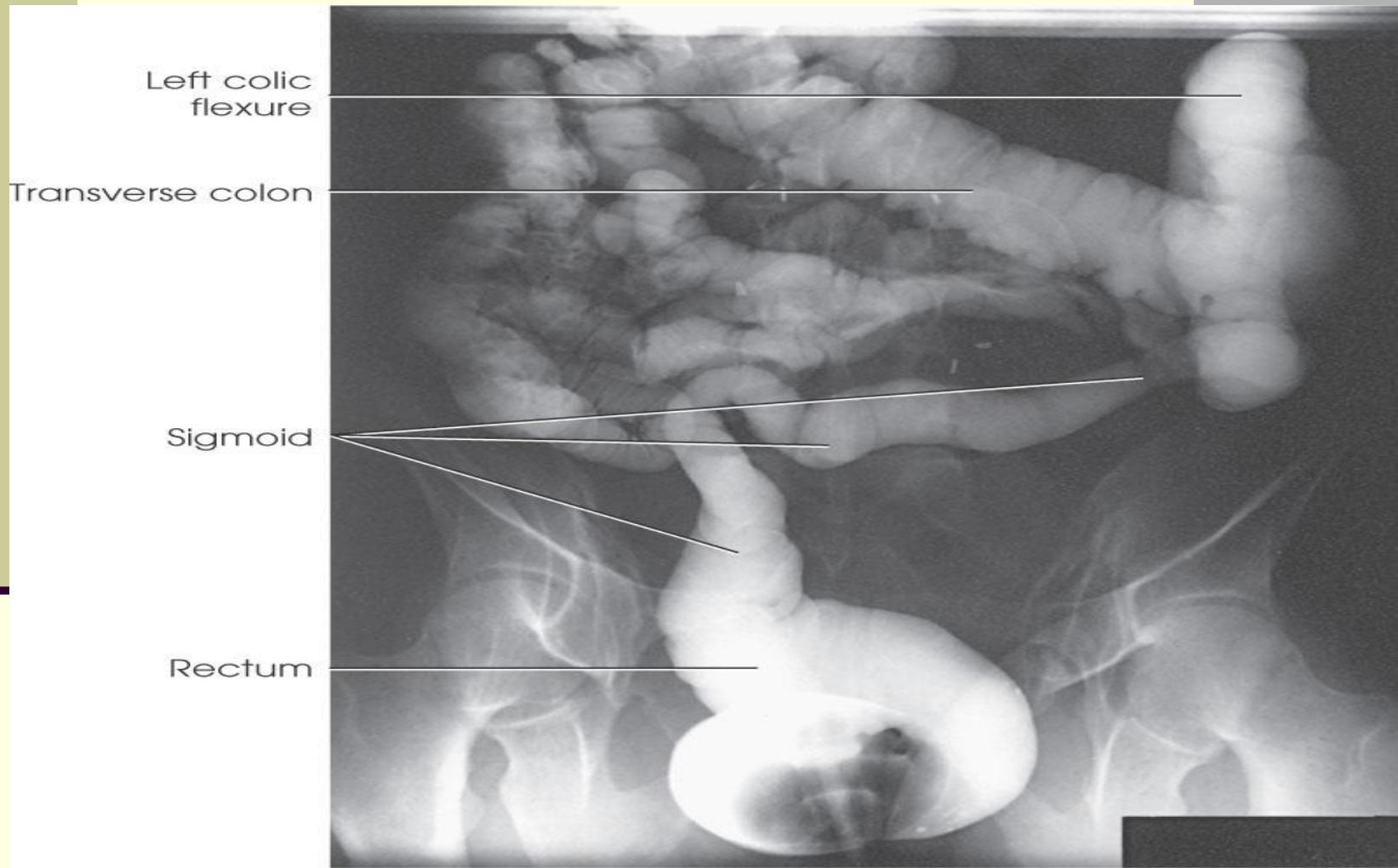
S

Double Contrast

- **Double** allows visualization of lumen along with any polyps or lesions



PA Axial Projection - BE



What is a Defecography?

(evacuation proctography)

- Radiographic exam of defecation process under fluoroscopy
- Used to evaluate disorders of lower bowel not evident by tests such as colonoscopy or sigmoidoscopy

Defecography is used to Evaluate:

- Chronic Constipation
- Rectal prolapse (walls of rectum protrude through anus and become visible outside body)
- Rectocele (outpouching of rectum)
- Fecal incontinence
- Anismus (inappropriate spasm of anal sphincter)



بیماری های دستگاه گوارش

علائم بیماری های مری

دیسفاژی (اشکال در بلع) شایع ترین علامت بیمار های مری است
احساس توده و ادیروفازی

رگورژیتاسیون: برگشت مواد غذایی از معده به مری و دهان
بعد از صرف غذا (اکثرا در دیورتیکول مری دیده میشود)
درد و سوزش سر دل: که تیر کشنده به سمت گردن، قسمت
فوقانی شکم و قفسه صدري مي باشد

لاغري: از علايم عمومي بيماري هاي مري و نتيجه مستقيم
دیسفاژی و عدم تغذیه کافی است (بیماری های مزمن)

اختلالات مری

- آترزی مری همراه یا بدون فیستول تراکئوآزوفازیال:

مادرزادی بوده و اگر ظرف 48 ساعت درمان نشود بچه میمیرد.

علائم بالینی: استفراغ شدید غذایی خورده شده، سرفه، ریزش مداوم بزاق از دهان، سیانوز، نفخ شکم

تشخیص: رادیوگرافی پس از داخل کردن ماده حاجب از طریق کاتتر

درمان: جراحی و بستن فیستول و اتصال دو قسمت مری به یکدیگر

بیماریهای مری (ادامه)

اجسام خارجی در مری

تشخیص : رادیوگرافی ساده در اجسام فلزی و حاجب اشعه

رادیوگرافی با ماده حاجب برای اجسام غیر فلزی

درمان : آندوسکوپی و بیرون آوردن جسم خارجی

بیماریهای مری (ادامه)

آشالازی (کاردیو اسپاسم)

انسداد عملی مری به علت اختلال حرکتی در امواج دودی مری.
تنگی قسمت کاردیا به همراه گشادی قسمتهای بالاتر مری
علائم بالینی : دیسفاژی (مایعات و جامدات) ، درد زیرجناغ
، رگورژیتاسیون و پنومونی اسپیراسیون
تشخیص : رادیوگرافی با ماده حاجب ، مانومتري (فقدان حرکات
دودی مری) و ازوفاگوسکوپی

درمان : 1- جراحی (عمل جراحی هلر)

عضلات قسمت تحتانی مری را به صورت طولی 12 سانتی متر
قطع کرده و سپس به حال خود رها می کنند

2 – دیلاتاسیون توسط بوژی یا کاتتر مخصوص با کیسه قابل
اتساع در انتهای آن

بیماریهای مری (ادامه)

اسپاسم منتشر مری

علامت بالینی : اشکال در بلع ، ادیנוفاژی ، درد قفسه سینه

مشابه درد قلبی

درمان : مشابه آسالاژی

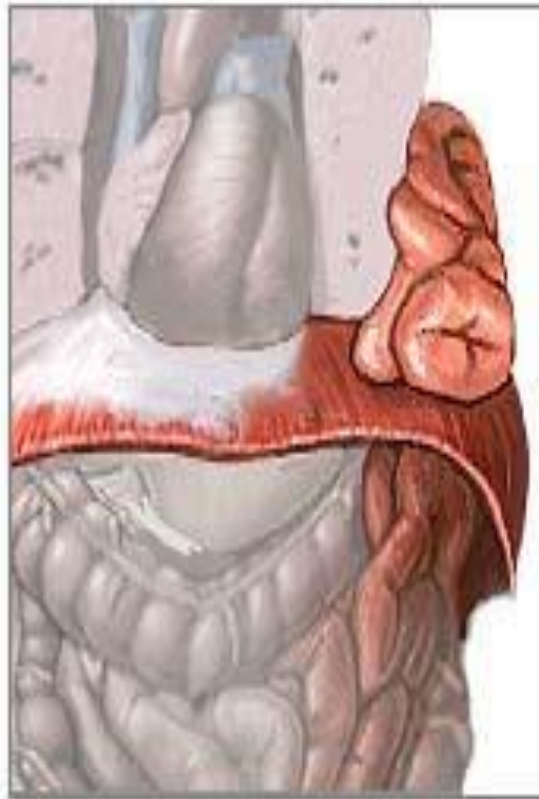
بیماریهای مری (ادامه)

فتق هیاتال : ورود محتویات شکم به داخل قفسه صدري به علت شلي بافت هاي نگه دارنده و يا شکاف در دیافراگم بعلمت نقایص جنینی

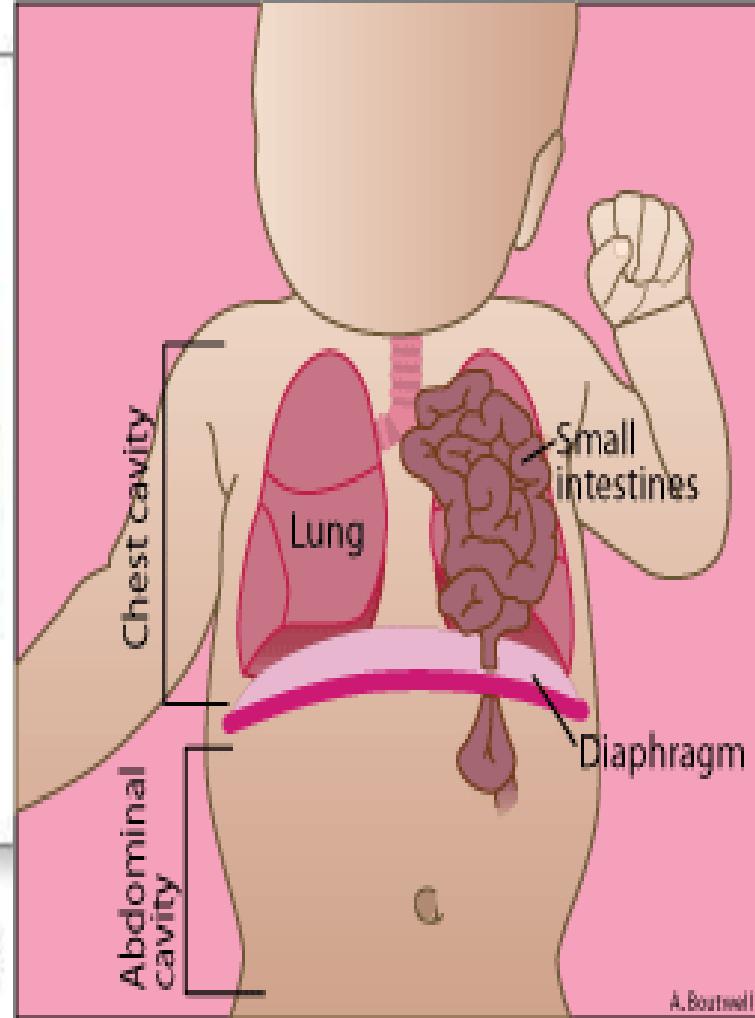
انواع فتق هیاتال: -اسلایدینگ(لغزشي)

لغزش معده به داخل مری به علت ضعف کاردیا
(شیوع 90%)

- فتق پارازوفازیال: ورود معده به فضاي توراکس



Intestine protruding through hole in diaphragm



A. Boutwell

بیماریهای مری (ادامه)

علائم بالینی فتق هیاتال

احساس پری در قسمت تحتانی جناغ ،سوزش سر دل ،
رگورژیتاسیون ،درد مبهم پس از صرف غذا ،
تنگی نفس ،سرفه ، خونریزی ،انسداد ، اختناق

درمان : جراحی

بیماریهای مری (ادامه)

دیورتیکول مری :

نوعی برجستگی مخاط و زیر مخاط است که از خلال بخش ضعیفی از دیواره عضلانی بیرون می زند.

دیورتیکول کششی: کشیده شدن مری توسط غدد لنفاوی ملتهب یا چروکیده اطراف برنش

بیماریهای مری (ادامه)

انواع دیورتیکول :

1- حلقی - مروی : یا ناحیه فوقانی مری (زنکر)

ضربانی است . میزان شیوع در مردان 3 برابر زنان است

علائم: اشکال در بلع و احساس پری گردن ، سرفه ،
احساس طعم شور در دهان ، بوی بد دهان ، آروغ ،
رگورژیتاسیون ، صدای قلپ قلپ پس از خوردن غذا و
مایعات

درمان: جراحی

بماربهاى مرى (اءامه)

2- ءيورءىكول وسط مرى (اينءرا مورال)

زىاء شابع نبسء

ءرمان : ءراحي

3 – ءيورءىكول ناحيه ءءءانى (اءى فرنىك)

بماربهاى مرى (اءامه)

سرطان مرى : شاع ترىن سرطان در مرى كارسىنوما مى باشد . در مردان 2 برابر زنان است . در چین و شمال ایران و . اكثر در يك سوم تحتانى مرى شاع است .

با الكل و ءخانىات ، نوشىءن مایعات ءاغ ، كمبوء هاى ءغذیه اى مثل میوه و سبزیجات ارتباط ءارد

علايم : ءیسفاژى (جامءات و مایعات) ، احساس ءوءه اى در گلو ، ءىنوفازى ، ءءفس ءء بو ، سكسكه و علايم عمومى سرطان

ءرمان : جراحى - رءىوءراپى - شىمى ءرمانى

پیش آگهى : بسیار ءء ، به سرعت مءاسءاز مى ءهء . (اكثر اءنفاوى)

گاستریت : ممکن است به دو حالت بروز نماید
گاستریت حاد: یک فرآیند التهابی کوتاه مدت می باشد
ممکن است از چند ساعت تا چند روزه طول انجامد.

erosive process یک فرآیند اروزو است
مسوول 10 تا 30 درصد خونریزی دستگاه گوارش می باشد .

علل :

آلودگی باکتریای غذا یا آب با توکسین ارگانسیم هایی از قبیل سالمونلا یا استافیلوکوک
مصرف بیش از حد الکل، قرار گرفتن در معرض اشعه
اثرات دارویی : از آسپرین یا داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی استفاده کند.



**بیشتر اثرات مخرب این داروها مربوط به مهار آنزیم سیکلو
اکسیژناز می باشد . وجود این آنزیم برای سنتز پروستوگلاندینها
که نقش حیاتی در تثبیت مخاط طبیعی ، ایفا می کنند الزامی است .**

رفلاکس صفرا : پس زدن اسیدهای صفراوی باعث آسیب رسانی به مخاط می شود. و گاستریت می دهد

غذای تندو پر ادویه و گاز خردل
استرس یا ترومای شدید فیزیکی
اورمی ، شوک، ضایعات سیستم عصبی مرکزی ، سیروز
کبدی هایپرتانسیون ورید پورت

بلع مواد سوزآور مثل اسید و باز قوی : حتی ممکن است باعث گانگرن شود= ایجاد پرفوراسیون و شکم حاد و مرگ

از زخم ها ممکن است خونریزی هم ایجاد شود .

محلط معده به عنوان یک عامل محافظت ضعیف در مقابل اسید های ششمانی به شمار می رود .

تظاهرات بالینی:

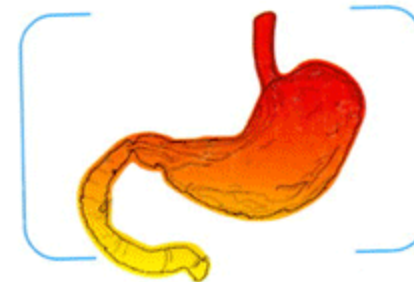
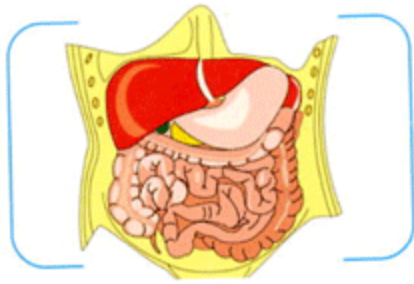
تب ، درد شکم ، درد ناحیه اپی گاستر ، سردرد، بی اشتهاپی
بیحالی، تهوع ، استفراغ،

فعالیت های پاراسمپاتیک ایجاد رنگ پریدگی و افزایش
تعریق و بزاق ، کاهش فشار خون، و برادی کاردی و
افزایش دفع

سکسکه: حاصل انقباض عضلات دمی می باشد

ممکن است اتساع معده به خاطر مصرف الکل .

سیگار کشیدن و تغییر ناگهانی درجه حرارت، رخ دهد.



استفراغ خونی: (هماتمز)

آسیب عروق کوچک اسهال : در صورتیکه غذا مسموم باشد معمولا 5 ساعت بعد از صرف غذا اسهال بروز می کند.

اقدامات مراقبتی:

معمولا بعد از یک نوبت گاستریت معده قادر به ترمیم خود است . و بیمار طی یک روز بهبود می یابد اگرچه ممکن است که کم اشتهایی او برای دو یا سه روز یا بیشتر ادامه یابد

-آموزش بیمار:

قطع مصرف الکل و غذاهای محرک

، رعایت رژیم غذایی غیر محرک

. در صورت ادامه علائم ممکن است از محلولهای وریدی استفاده شود.

در صورت خونریزی درمان خونریزی.

اگر اسید و باز قوی خورده است:

رقیق کردن و خنثی کردن ماده

. برای خنثی کردن از آنتی اسیدهای متداول مثل هیدروکسید آلومینیوم استفاده می شود . و برای

خنثی کردن باز از آبلیمو یا سرکه رقیق شده استفاده می شود . (برونر)

اگر آسیب شدید و وسیع باشد از لاواژ و دادن داروهای استفراغ آور هرگز استفاده نشود . چرا؟

درمان حمایت کننده :

وارد کردن سوند بینی – معده ای ، دادن مسکن . آرامبخش و ضد اسید و مایعات وریدی

انجام آندوسکوپی فیبراپتیک ممکن است ضرورت یابد.

در موارد بسیارحاد :

جراحی اورژانس برای برداشتن قسمتهای گانگرن و یا سوراخ شده ضرورت یابد. (گاستروژژنوستومی)

درد با آنتی اسید مثل آلومنیوم – منیزیوم (مالوکس) و رانیتیدین آرام می شود.

بهتر است چای بدون کافئین و نان برشته و غذای ساده و نرم استفاده نمود و از مصرف زیاد غذاهای سنگین و تند قهوه پرهیز کرد.

تهوع و استفراغ و نفخ از بین رفت رژیم غذایی معمولی شروع می شود. (لاکن)

گاستریت مزمن :

انواع مختلف تقسیم بندی در گاستریت مزمن وجود دارد.

A,B

- : achlorhydria = (آکلر هیدریک) عدم ترشح اسید
- hypoachlorhydria = کاهش ترشح اسید
- hyperchlorhydria = افزایش ترشح اسید

- گاستریت مزمن نوع آتروفیک
- گاستریت مزمن نوع هیپر تروفیک

گاستریت مزمن نوع A

ظهور این اختلال معمولاً نشانه ای از بیماری زمینه ای و

ماهیت اتوایمیون

آنتی بادی ها به سلولهای جداری (سازنده اسید و فاکتور داخلی)
حمله می برند و در نهایت به علت فقدان فاکتور داخلی سبب
آنمی پر نیشیوز (آنمی بدخیم) می شود

کاهش ترشح اسید معده به علت حمله آنتی بادی ها به سلولهای
جداری غدد معده است.

کاهش فاکتور داخلی و B12 جذب نمی شود = آنمی پر نیشیوز

گاستریت مزمن نوع: B

توسط عفونت هلیکوباکتریپیلوری ایجاد می شود و از غذا و آب آلوده ایجاد می شود

روش انتقال آن مدفوعی - دهانی می باشد.

با وضعیت اقتصادی و اجتماعی نسبت معکوس دارد.

این باکتری نقش محوری در زخم پپتیک دارد.

ممکن است از تماس مکرر با غذاهای محرک به وجود آید. (خوردن و اشامیدنی مواد تغذیه ای داغ و تند و الکل و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی ،

دخانیتات و رفلاکس محتویات روده به داخل معده) ایجاد شود
(برونر)

اسید وجود دارد و کم خونی دیده نمی شود

انتر معده و فوندوس گرفتار است

تشخیص با بیوپسی است.

تعیین هلیکوپیلوری شامل آزمایش سرولوژی جهت تعیین آنتی بادی های خاص هلیکوباکتر پیلوری (آنتی ژن) و تست تنفسی

اقدامات مراقبتی :

گاستریت نوع آ = روی کنترل بیماری سیستمیک زمینه ای متمرکز می شود (آرتریت روماتوئید) در صورت بروز آنتی بدخیم ، ویتامین ب 12 تجویز می شود.

درمان گاستریت نوع ب : درمان بستگی به علت دارد، اکثرا هلیکوباکتر

اصلاح رژیم غذایی بیمار، فراهم کردن استراحت ، کاهش تنیدگی و

درمان هلیکو باکتر پیلوری از آنتی بیوتیک هاملت تتراسایکلین و آموکسی سیلین و نمکهای بیسموت استفاده می شود.

تشخیص های پرستاری:

- اضطراب در ارتباط با برنامه درمان
- اختلال در تغذیه کمتر از نیاز های بدن در ارتباط با دریافت ناکافی مواد غذایی
- خطر بروز کم آبی به دلیل مصرف ناکافی مایع و از دست دادن مایع از طریق استفراغ
- کمبود آگاهی در ارتباط با سامان دهی وضعیت غذایی و فرآیند بیماری
- درد در ارتباط با تحریک مخاط معده

مداخلات پرستاری :

کاستن از اضطراب بیمار

ممکن است بیمار جهت بررسی های تشخیصی بیشتر و عمل جراحی نیاز به آمادگی داشته باشد

اضطراب در مورد درد و روشهای درمانی و یا ترس از آسیب دائمی مری وجود دارد (در خورده شدن اسید یا باز) لذا پرستار باید با آرامش تمام نیازهای بیمار را برطرف کند و به تمام پرسشهای او تا حد امکان پاسخ دهد.

برقراری تغذیه مناسب

در گاستریت حاد ، حمایت جسمی و عاطفی فراهم می گردد. و به بیمار کمک می شود تا با نشانه های بیماری مقابله کند.

ممکن است برای چند روز ممنوعیت مواد خوراکی اعمال گردد و بدین ترتیب به معده فرصت ترمیم داده شود. در صورت نیاز به درمان داخل وریدی ، باید تعداد قطرات به طور مرتب کنترل گردد.

بررسی مرتب سطوح الکترولیت های سرم ضروری است و با فروکش کردن نشانه ها ، ابتدا به بیمار خرده های یخ داده می شود و به دنبال آن مایعات شفاف داده می شود .

در صورت امکان هر چه سریعتر غذای جامد برای بیمار تجویز می گردد. آشامیدن نوشیدنیهای حاوی کافئین منع می گردد ، زیرا محرک سیستم عصبی می باشد و باعث فعالیت معده و ترشح پپسین می شود.

سیگار ممنوع می شود زیرا ترشح بی کربنات را از یانکراس کاهش می دهد

و در نتیجه خنثی شدن اسید معده در دوازدهه را مهار می کند. نیکوتین همچنین تحریک پاراسمپاتیک را افزایش می دهد که حاصل آن فعالیت عضلانی روده و احتمال بروز تهوع و استفراغ می باشد.

بهبود تعادل مایعات:

جذب و دفع مایعات روزانه کنترل می شود تا علائم اولیه کم آبی قابل تشخیص باشد (حداقل دفع ادرار 30 میلی لیتر در ساعت و حداقل مصرف مایع یک و نیم لیتر در روز است). در صورت ممنوعیت غذا و مایع خوراکی، محلولهای وریدی (3 لیتر در روز) معمولاً تجویز می شود. میزان مایع و کالری دریافتی اندازه گیری می شود. (1 لیتر سرم دکستروز 5% = 170 کالری حاصل از کربوهیدرات)

سطح الکترولیت ها یک نوبت در هر 24 ساعت اندازه گیری می شود تا هر گونه عدم تعادل تشخیص داده شود.

بررسی نشانه های خونریزی : استفراغ خونی- تندی ضربان قلب- کاهش فشار خون + کنترل مرتب علائم حیاتی

تسکین درد:

اجتناب از مصرف غذاها و نوشیدنی های محرک
استفاده از داروهای تجویز شده
بررسی میزان درد بیمار و واکنش او به مصرف داروها

آموزش مراقبت از خود به بیماران:

میزان آگاهی بیمار نسبت به گاستریت ارزیابی میشود و سپس یک برنامه آموزشی متناسب با نیازهای فردی هر فرد که در بر گیرنده نحوه مقابله با استرس، رژیم غذایی و داروها است تنظیم می گردد.

آموزش غذایی بیمار باید بر اساس نیاز روزانه بیمار به کالری ، علائق غذایی و الگوی غذایی وی تنظیم گردد.

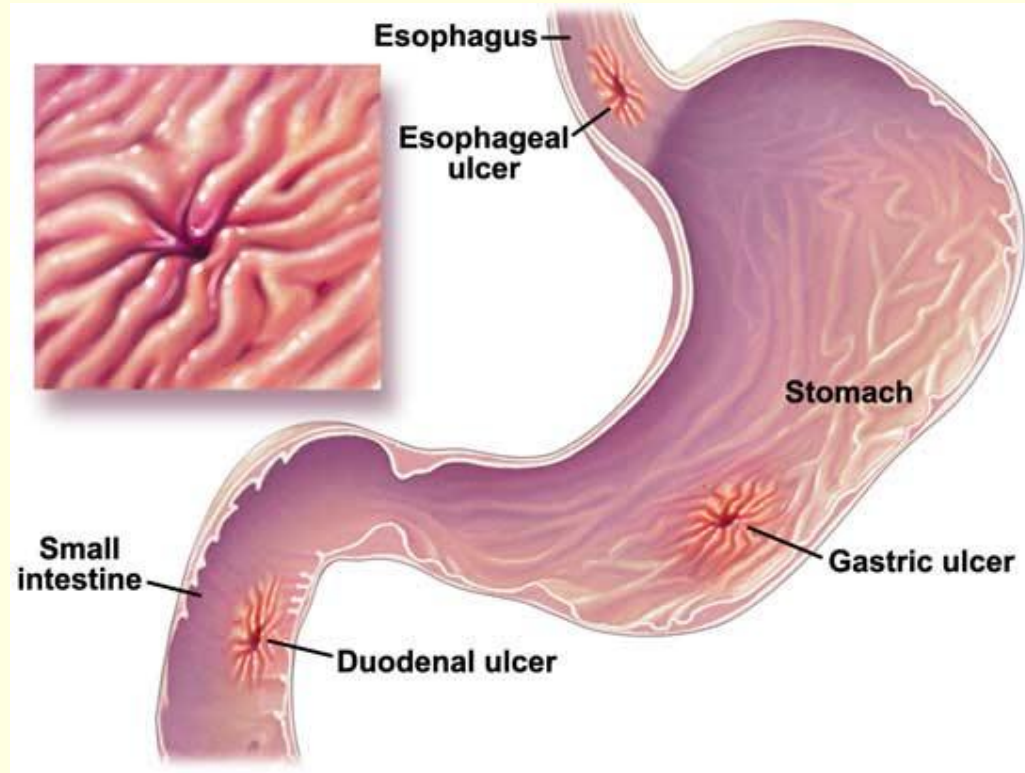
در اختیار گذاردن اطلاعات کافی در مورد آنتی بیوتیکهای تجویز شده ، نمکهای بیسموت ، داروهای کاهش دهنده ترشحات معده می تواند به بهبود بیمار و جلوگیری از عود بیماری کمک کند.

بیمار مبتلا به آنمی پرنیشیوز نیازمند به کسب آگاهی در مورد تزریق های طولانی مدت ویتامین ب 12 هستند.

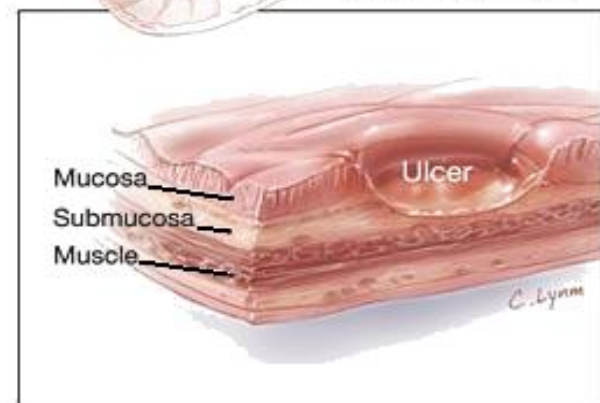
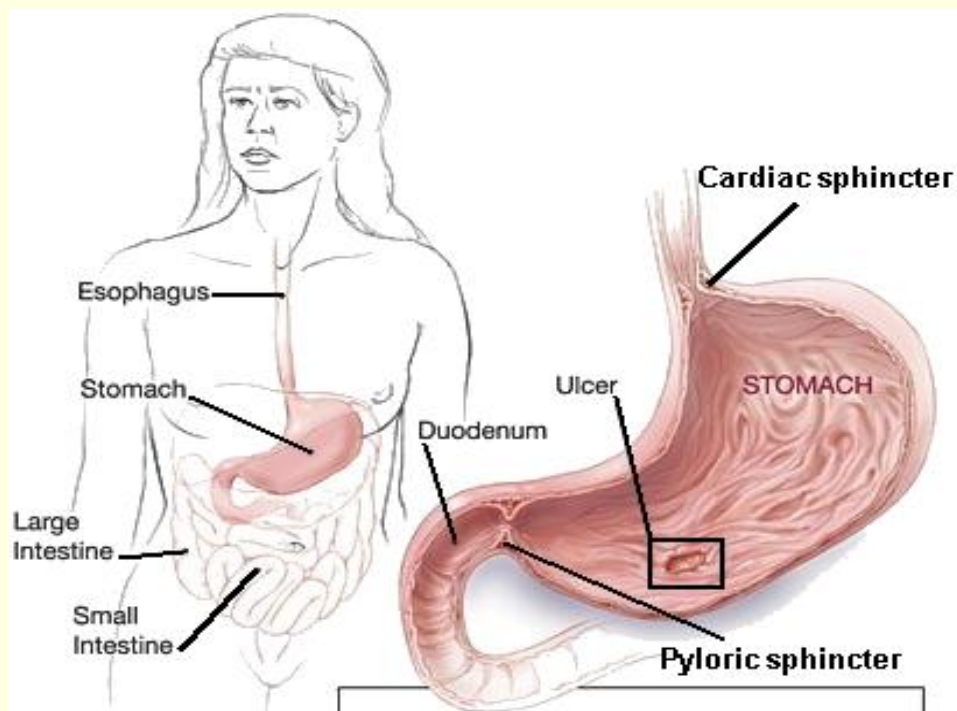
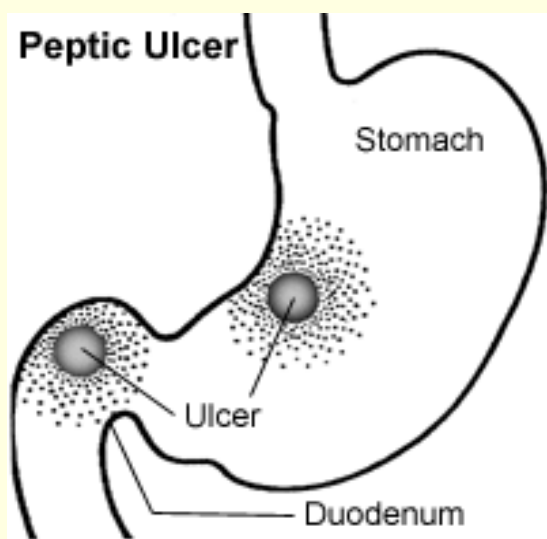
زخم معده

زخم معده عبارت است از تشکیل یک حفره در دیواره مخاطی معده، پیلور، دوازدهه، یا مری.

بر اساس محل بروز نامگذاری می شود یا اینکه ممکن است در مجموع زخم پپتیک خوانده شود.



زخم های مزمن معده بیشتر در انحنای کوچک معده رخ می دهند.



مقایسه زخمهای معده و دوازدهه زخم دوازدهه

دفع

سن 30 تا 60 سالگی

نسبت مرد به زن 2 یا 3 به 1

80% زخمها در دوازدهه

علائم، نشانه ها ، و یافته های بالینی

افزایش ترشح اسید

احتمال افزایش وزن

درد 2 تا 3 ساعت بعد از غذا رخ می دهد

اغلب فرد را در ساعت 1 یا 2 صبح بیدار می کند -

خوردن غذا درد را تسکین می دهد

استفراغ شایع نیست و خونریزی بیشتر به صورت ملنا می باشد

احتمال بدخیم شدن به ندرت

عوامل خطر:

هلیکوباکتر پیلوری- سیروز کبدی- تنیدگی - الکل-

دخانیات- گروه خونی

زخم معده

50 سالگی و بالاتر

نسبت مرد به زن 1 به 1

15% زخم ها در معده

ترشح اسید در حد طبیعی و یا کمتر

احتمال کاهش وزن

درد نیم تا یکساعت بعد از غذا -

به ندرت در طی شب رخ می دهد

خوردن غذا ممکن است باعث بدتر شدن درد شود .

خونریزی بیشتر به شکل استفراغ خونی

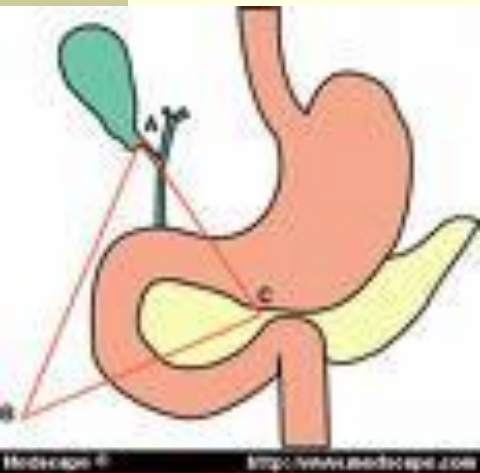
احتمال بدخیم شدن گاهی

داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی- الکل - دخانیات - تنیدگی-

هلیکوباکتر پیلوری

عوامل ایجاد کننده زخم پپتیک:

سندرم زولینگر الیسون: نوعی زخم پپتیک است که شامل زخم های شدید معده، ترشح شدید اسید، تومورهای خوش خیم یا بدخیم پانکراس، که باعث ترشح گاسترین می شود (گاسترینوما دارد)



ممکن است بتوان با **دوزهای بالای آنتاگونیست** گیرنده

اچ 2 ترشح اسید را کنترل کرد. ممکن است به دو

برابر دوز معمولی نیاز داشته باشند و یا ممکن است

از داروی ساندوستاتین برای کاهش سطح گاسترین

استفاده شود. (کنترل تستهای عملکردی تیروئید)



شایعترین شکایت بیمار درد ناحیه اپی گاستر است

در گاستریت ناشی از عفونت هلیکوباکتر پیلوری
یا

در بیماری زخم پپتیک میزان ترشح بی کربنات
دوازدهه کاهش میابد. همچنین هلیکوباکتر
پیلوری دارای پروتئازهایی است که مخاط را
تخریب می کند ..

هلیکوباکتر پیلوری مقادیر زیادی اوره از تولید می کند

این آنزیم سبب تجزیه اوره به آمونیاک می شود و خودش در آمونیاک پنهان می شود، و با این ترتیب در مقابل اسید معده محافظت می شود بعد وارد سلولهای معده می شود و لایه مخاطی را تضعیف میکند.

زخم ها بیشتر در مخاط دوازدهه به وجود می آیند زیرا این بافت توان مقابله با فعالیت هضمی اسید معده و پپسین را ندارد. مخاط صدمه دیده قادر به تولید موکوس کافی به عنوان سد در مقابل اسید هیدرو- کلریک نخواهد بود.

تنیدگی: زخم فراهم می کند. زخم کرلینگ در سوختگی و کوشینگ در بیماران اعصاب

بررسی و یافته ای تشخیصی :

معاینه بالینی:

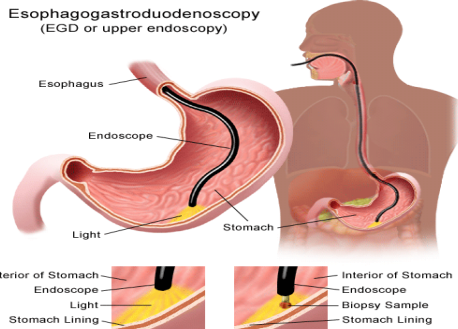
در معاینه جسمی ،

درد ، حساسیت در لمس ناحیه اپی گاسترو یا نفخ شکم ممکن است آشکار باشد.

روشهای تشخیصی: بلع باریوم – آندوسکوپی- آزمایش مدفوع (تا زمان منفی شدن وجود خون مخفی در مدفوع به طور دوره ای لازم است این آزمایش انجام گیرد.) = تست گایاک

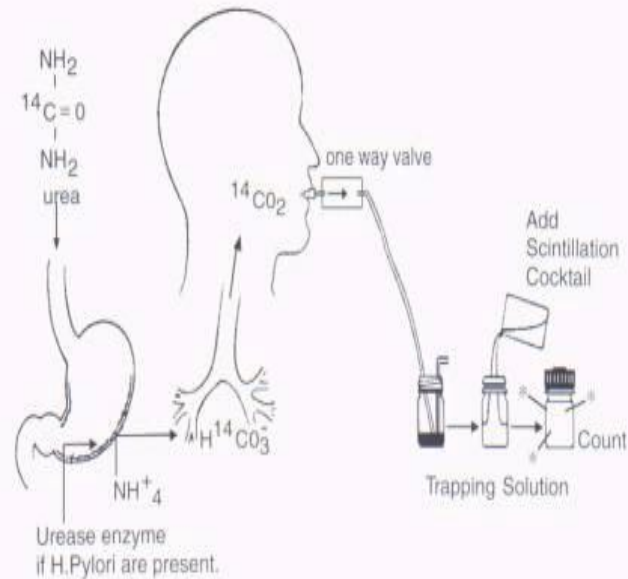
بررسی فعالیت ترشحات معده برای تشخیص با ارزش است.

برای هلیکوباکتر پیلوری از بیوپسی و کشت ممکن است استفاده شود.



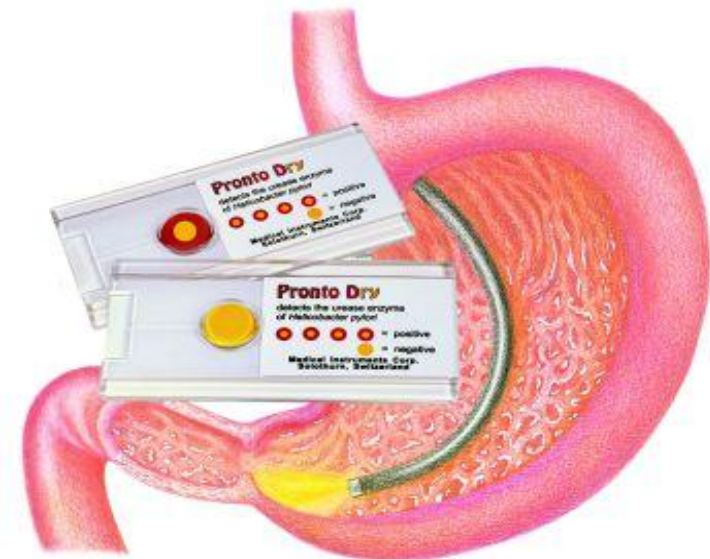
تشخیص هلیکو باکتر پیلوری آزمایشهای تستهای اوره آز:

تست تنفسی اوره: دی اکسید کربن نشاندار بعد از خوردن اوره نشاندار شده مورد ردیابی قرار می گیرد. در صورت وجود اوره آز ناشی از اچ پیلوری دی اکسید کربن نشاندار در هوای تنفسی وجود خواهد داشت. (هاریسون)



بیوپسی: تستی است ساده و قابل اطمینان ، در این تست معرفی به نام فنول روی تکه بیوپسی ph شده معده ریخته می شود و در اثر بالا رفتن رنگ آن بر می گردد. تست مثبت با تغییر رنگ پرتقالی به سرخ مشخص می شود.

آزمایش سرولوژیکی برای بررسی آنتی بادی های ضد آنتی ژن هلیکوباکتر پیلوری نیز وجود دارد.



درمانهای دارویی در زخمهای گوارشی:

برای هلیکو باکتر پیلوری:

دو هفته درمان با دو آنتی بیوتیک و ترکیبات بیسموت به اضافه شش هفته درمان با یک آنتاگونیست گیرنده می باشد. توصیه های رایج درمان شامل دو هفته درمان با H2 اوپرازول و یک آنتی بیوتیک نظیر کلاری مایسین است.

آنتی بیوتیک ها (تتراسایکلین + مترونیدازول) و نمکهای بیسموت: اثر باکتریو استاتیک

توجهات پرستاری: (این آنتی بیوتیکها ممکن است باعث واکنش حساسیت به نور شود؛ به بیمار در مورد محافظت نور آفتاب تاکید می شود. تتراسایکلین با یک لیوان پر از آب مصرف شود، سر ساعت و با معده خالی)

آموکسس سیلین + مترونیدازول و نمکهای بیسموت و یا مقادیر بالای مهار کننده پمپ پروتون :
اثر باکتریوسید ممکن است باعث اسهال شود.

توجهات پرستاری: آموکسی سیلین و مترونیدازول = کنترل کشت آنتی بیوگرام و بررسی پوست و کنترل جذب و دفع (روزانه)

کلراترومایسین همراه با مهار کننده پمپ پروتون یا **H2** آنتاگونیست های گیرنده هیستامینی

سایمتیدین و رانیتیدین و فاموتیدین و نیزانتیدین (در زخم دوازدهه به کار می رود) :

تولید اسید را به وسیله بلوک عمل هیستامین روی گیرنده های هیستامین سلولهای دیواره معده مهار می کند. = **عوارض جانبی مشترک آنها:** گیجی و خواب آلودگی و اسهال و یبوست و... و در مبتلایان به نارسایی کبد و کلیه نیمه عمر طولانی دارد.

مهار کننده پمپ پروتون: (اومپرازول) آهسته کردن پمپ هیدروژن – پتاسیم = اسید کم می شود، استفاده طولانی مدت آن ممکن است موجب بروز تومورهای معده ای و تهاجم میکروبی شود.

داروهای محافظ سلولی : 1- (میزوپروستول) **یک پروستوگلاندین** صناعی است که از مخاط معده محافظت می کند و تولید موکوس و سطح بی کربنات را افزایش می دهد. همراه با غذا مصرف شود و ممکن است باعث اسهال و کرامپ شود.

2- سوکرافیت: در حضور اسید معده ، این دارو نوعی ماده محافظ چسبنده ایجاد می کند که به صورت لایه ای محافظ در محل زخم در می آید و از عمل هضم توسط پپسین جلوگیری می کند. ممکن است باعث یبوست و تهوع شود. **برای زخم های دوازدهه کاربرد دارد نه زخم های معده**.

تنیدگی و اضطراب : بی نظمی در برنامه های زندگی و شتاب زدگی در روش زندگی ممکن است نشانه ها را تشدید کند و باعث اختلال در پیروی منظم از برنامه درمان شود .

مصرف سیگار : موجب کاهش ترشح بی کربنات از پانکراس به داخل دوازدهه می شود و اسیددیده معده افزایش می شود..

اصلاح رژیم غذایی: هدف از تغذیه درمانی در بیماران مبتلا به زخمهای معده اجتناب از ترشح بیش از اندازه اسید و افزایش حرکات دستگاه گوارش است.

می توان با اجتناب از مصرف غذاهای بسیار سرد و یا بسیار گرم ، فرآورده های گوشتی ، الکل ، نوشیدنی های حاوی کافئین ، قهوه و شیر و خامه فراوان (تحریک ترشح اسید می شوند) کاهش داد.

برای خنثی کردن اسید در روز باید 3 وعده غذا خورد و لازم نیست که تعداد وعده های غذایی را افزایش داد زیرا بیمار دارو مصرف میکند.

درمان جراحی:

اگر زخمهای بیمار مقاوم باشند (بیماران که بعد از 12 تا 16 هفته از درمان داخلی بهبود نمیابند و یا دچار سوراخ شدگی ، خونریزی بسیار شدید و یا انسداد شده اند.

روشهای جراحی: واگوتومی بدون و یا همراه پیلوروپلاستی - یا بیلروت I,II

واگوتومي و پيلروپلاستي

قطع عصب واگ به منظور کاهش ترشح اسيد معده

1- واگوتومي ترانکال (قطع عصب راست و چپ
در انتهاي مري

2 – واگونومي انتخابي) فقط قطع عصب واگ معده
و باقيماندن عصب واگ ساير قسمتهاي شکم

پيلروپلاستي : برش طولي پيلور و بخيه آن به شکل
عرضي جهت خروج سريع ترشحات

- vagotomy=+ pylo

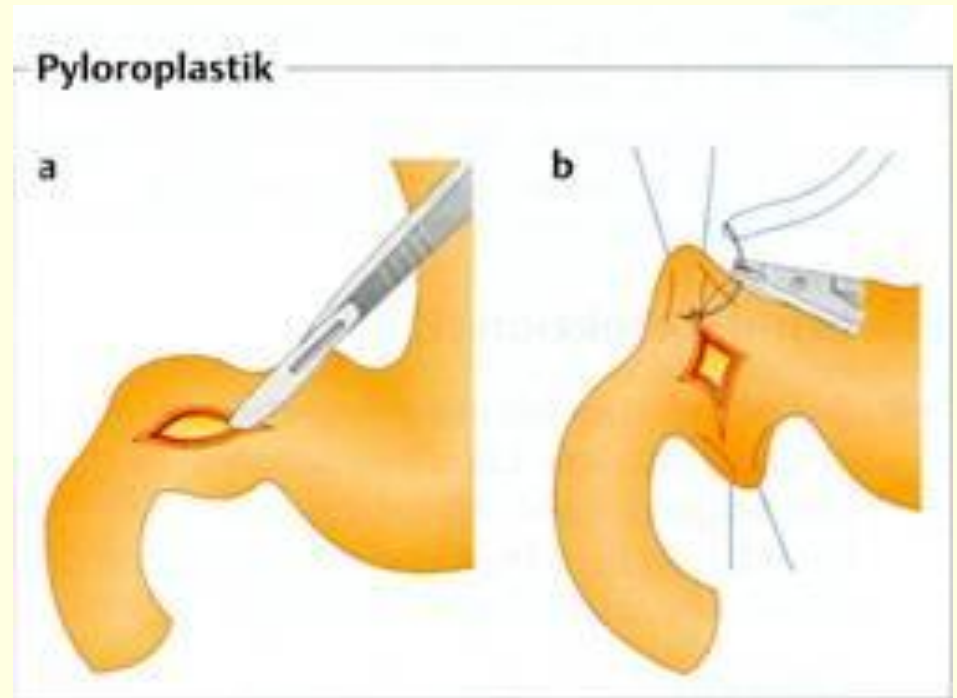
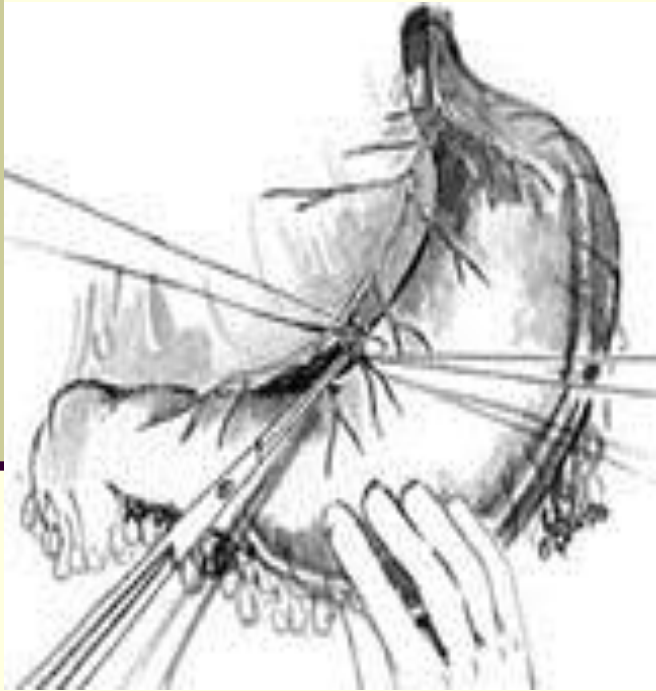


Abb. 22.6a u. b Erweiterung des Magenausgangs (inklusive der Schleimhaut) durch **a** Längseröffnung und **b** quere Vernähung

فرآیند پرستاری در بیمار مبتلا به زخم گوارشی:

تشخیص های پرستاری:

درد به علت مقابله با یک بیماری حاد

اختلال در تغذیه به علت تغییر در رژیم غذایی

کمبو آگاهی در مورد پیشگیری از نشانه های بیماری و سامان

دهی وضعیت موجود

مشکلات جانبی:

خونریزی

سوراخ شدن

سوراخ شدن و نفوذ کردن

انسداد پیلور (انسداد خروجی معده)

خونريزي دستگاه گوارش

علت : گاستريت و زخم گوارشي (اولسر پپتيك)

علايم : هماتمز و ملنا

در صورت عود خونريزي و عدم پاسخ به درمان طبي جراحی انجام ميشود (25% احتمال عود دارد)

علايم خونريزي مجدد: کاهش فشار ورید مركزي ، تاكياردي ، تنفس تند و سريع ، افت فشار خون ، تيرگي شعور ، تشنگي و کاهش حجم ادرار

زخم گوارشي

نوعي خوردگي سطح مخاطي است كه در معده ، آنتر ، دوازدهه يا مري ايجاد مي شود.

(احتمال زخم دوازدهه 5-10 برابر بيشتر است)

زخم هاي مزمن معده بيشتر در انحناي كوچك نزديك پيلور ايجاد مي شوند.

معمولا منفرد بوده ولي امكان زخم هاي متعدد وجود دارد
شيوع در مردان 60 – 40 ساله ، در گروه خوني O است.

ولي بعد از يائسگي برابر مي شود

علت

استرس ، بي نظمي در غذاخوردن ، دخانيات ، ترشح
بيشتر هورمون گاسترين توسط تومورها
(گاسترينوما يا سندرم زولينجر اليسون)
هليکوباکتر

علايم سندرم زولينجر اليسون:

ترشح بيشت از حد شيره معده ، زخم هاي متعدد
دوازدهه ، افزايش توده سلولي پاريتال ، تومور سلول
هاي جزاير لوزوالمعده

درمان زخم هاي گوارشي

آنتاگونیست گیرنده H2 مثل سایمتدین ، رانتدین ، فاموتدین

جراحی :- گاسترکتومی توتال یا واگوتومی سلول های پاریتال در زخم های مزمن ، خونریزی کشنده ، پرفراسیون یا انسداد

گاسترکتومی ساب توتال : یک سوم تا سه چهارم معده را برمیدارند و قسمت باقیمانده را به دوازدهه یا ژژنوم آناستوموز می دهند .

■ آنترکتومی

■ برداشتن قسمت تحتانی معده (آنتر) حاوی سلول هایی که گاسترین ترشح می کنند، به همراه قسمتی از دوازدهه و پیلور. بخش باقیمانده را به دوازدهه (بیلروت 1) یا ژنوم (بیلروت 2) پیوند می دهند.

سرطان معده

اکثرا در ناحیه آنتر پیلور است . واز نوع آدنوکارسینوما می باشد.

بیشتر در ژاپن دیده شده و با رژیم غذاهای دودی و فاقد میوه و سبزیجات ، ارت ، التهاب مزمن معده، کمخونی وخیم، آکلریدی ارتباط دارد

پیش آگهی : بسیار بد و اکثرا دارای متاستاز به هنگام تشخیص

علايم:

ابتدا نامشخص و گاهي اوقات درد و سوزشي كه با آنتي اسيد بهبود مي يابد.

سوهاضمه ، ترش كردن ، بي اشتهايي ، گاهشوزن ، درد شكم ، ييوست ، كم خوني ، تهوع و استفراغ در موارد پيشرفته

سوهاضمه در صورتي كه بيش از 4 هفته طول بگشد، بايد پرتونگاري لوله گوارش انجام شود.

درمان

جراحی :

گاسترکتومی توتال یا ساب توتال .

در صورت متاستاز به اعضای حیاتی مثل کبد :
جراحی تسکینی همراه با شیمی درمانی

مهم : رادیوتراپی زیاد موثر نیست

دیورتیکولیت و دیورتیکلوز

دیورتیکلوز: وجود دیورتیکولیت های متعدد و بدون التهاب یا علامت

دیورتیکولیت: التهاب دیورتیکول ها

شیوع: با بالا رفتن سن از 60 سالگی بیشتر میشود .

شیوع در 80 سالگی 60% است

اگر در افراد جوان زیر 40 سال دیده شود زمینه ژنتیکی

دارد. مصرف غذاهای کم فیبر هم مهم است

در صورت التهاب و عفونت ممکن است پرفوره شده و پریتونیت

ایجاد نمایدو یا اینکه خونریزی و آبنه ایجاد کند

علايم باليني ديورتيكوليت

يبوست ، بي نظمي در اجابت مزاج ، اسهال ، درد ربع
تحتاني چپ شکم ، تب خفيف ، لکوسيتوز

تشخيص : مطالعات پرتونگاري

(تتقيه باريوم به علت احتمال پرفوراسيون ممنوع است)

عكس ساده شكم در پرفوراسيون وجود هواي آزاد را
نشان ميدهد.

سيطي اسكن آبسه را نشان مي دهد.

مراقبت و درمان

غذای پرفیبر جهت پیشگیری از یبوست . سرم تراپی . ناشتا ، ساکشن لوله معده و دادن استراحت به روده ها

جراحی در صورت خونریزی شدید، پرفوراسیون، آبسه ، انسداد یا پریتونیت (کولکتومی توتال همراه با آناستموز ایلئورکتال یا ایلئوآنال)

25% بیماران نیاز به عمل جراحی پیدا می کنند

عمل جراحی ممکن است دو مرحله ای باشد (کلوستومی دو طرفه و سپس آناستوموز دو انتهای روده)

دیورتیکول مکل

زائده ایست روی ایلوم در 50-70 سانتی متری درجه ایلئوسکال بدون علامت بوده و در آقایان شایع تر است اگر توسط چسبندگی به ناف ارتباط داشته باشد ممکن است موجب ولولوس روده و انسداد روده شود. و یا حتی پرفوراسیون ایجاد کند.

علائم: شبیه آپاندسیت، درد شکم در ناحیه ناف و یا دفع مدفوع خونی (قرمز تیره)

درمان: جراحی به روش هارتمن (قطع ناحیه مبتلا از دو طرف و آناستوموز قسمت باقیمانده)

تشخيص هاي پرستاري

- بيوست در ارتباط با باريك شدن
كولون ثانويه به ضخيم شدن سگمان
هاي عضلاني
- - درد حاد در ارتباط با التهاب و
عفونت

پريتونيت

التهاب تمام يا قسمتي از صفاق احشايي يا جداري با ميكروارگانيسم هاي بيماريزا شايعترين ميكرب ها شامل: اشريشيا كولي ، كلبيسيلا ، پروتئوس ، سودوموناس ، استرپتوكوك ها و استافيلوكوك ها مي باشند.

روش های ورود میکرب ها به داخل حفره صفاق

- پرفوراسیون آپاندیس ، روده ها و معده
- انتشار عفونت از طریق واژن
- زخم های نافذ و عفونی شکم
- ورود میکرب از طریق جریان خون عمومی به داخل پریئوئن (سل)
- عدم رعایت اصول استریل هنگام جراحی
- پریتونیت شیمیائی (صفاوی)

علايم باليني

درد مبهم و منتشر شکم

تب

ريباند

ايلئوس

تاكيكاردی

لكوسيتوز

نبض ضعيف

عدم وجود صداهاي روده

درمان

جایگزینی مایع و کلونید و الکترولیت

درمان هیپو ولمی و شوک

گذاشتن لوله معده و ساکشن ترشحات

اکسیژن و مسکن

داروهای ضد استفراغ

جراحی در صورت عدم پاسخ به درمان یا بدحال بودن بیمار

روشهای جراحی در پریتونیت

بیرون آوردن مواد عفونی و اصلاح عفونت با آنتی بیوتیک

اکسزیون آپاندیس

رزکسیون با یا بدون آناستوموز روده

ترمیم پرفوراسیون

درناژ آبسه

گذاشتن درن در موارد عفونت های شدید

شایع ترین عوارض: باز شدن زخم و پیدایش آبسه

اغلب نیاز به مراقبت‌های ویژه است.

■ کنترل علائم حیاتی

■ در صورت وجود شوک کنترل CVP یا فشار ورید مرکزی

■ کنترل I/O

■ کنترل درد، تجویز مسکن و دادن پوزیشن برای راحتی بیمار (به پهلو خوابیده در حالی که زانو ها خم است)

■ کاهش استرس و تشویق به بیان ترسها، درگیر کردن خانواده در آموزش و حمایت از بیمار

■ توجه به علائم رفع پریتونیت مثل کاهش درجه حرارت و ضربان قلب، نرم شدن شکم، برگشت صداهای روده، دفع گاز و حرکات روده ای

■ افزایش تدریجی مایعات و غذاهای دریافتی و کاهش تغذیه پرنترال

■ آموزش به بیمار و خانواده در مورد درن ها و آماده کردن برای ترخیص

آپاندسیت

شایعترین علت التهاب قسمت تحتانی راست شکم
می باشد

در مردان و جوانان شایع تر است (30 – 10 سالگی)
به علت انسداد یا تا خوردن یا فکالیت

(توده مدفوعی خشک و سخت) ، تومور ، جسم
خارجی آپاندیس دچار التهاب و ادم میشود

علايم

درد پيشرونده در بالاي شکم و لکاليزه شده در
قسمت تحتاني راست شکم ، ريپاند، تندر نس
تب خفيف، تهوع و استفراغ ، حساسيت نقطه
مک بورني ، بي اشتهائي ، لکوسيتوز

لمس ربع تحتاني چپ شکم ممکن است موجب درد
در ربع تحتاني راست شکم شود (Rousing 's)

ادامه آپاندیس

اگر آپاندیس در عقب سکوم باشد (رتروسکال) درد
کمر ، حساسیت موضعی و ریپاند (ایجاد یا تشدید
درد بعد از برداشتن فشار)
علامت روسینگ (لمس ربع تحتانی چپ و تشدید
درد در ربع تحتانی راست)
گاردینگ شکم ، سفتی عضلانی ، نوتروفیل بالا و
لکوسیتوز بالای 10000
(در 10% موارد لکوسیتوز وجود ندارد)

ادامه آپاندیس

عوارض : پرفوراسیون ، پریتونیت ، آبسه
آپاندسیتی و پیلوپلایت

درمان : آنتی بیوتیک و مایعات داخل
وریدی تا آماده شدن بیمار جهت عمل
بعد از جراحی بیمار در پوزیشن نشسته
قرار می گیرد.

تشخیص های پرستاری

- ✓ درد حاد ناشی از التهاب آپاندیس
- ✓ کمبود حجم مایعات بدن بدلیل استفراغ
- ✓ عفونت بدلیل پارگی آپاندیس
- ✓ اضطراب بدلیل ترس از جراحی
- ✓ صدمه به تمامیت پوست بدلیل برش جراحی

➤ ناشناخته داشتن بیمار و جایگزینی مایعک و الکترولیتها

➤ کنترل علائم حیاتی (افزایش نبض و درجه حرارت می تواند نشان دهنده پارگی آپاندیس باشد)

➤ تجویز آنتی بیوتیک قبل و بعد از عمل جراحی برای کاهش احتمال عفونت

➤ کنترل بیمار از نظر پارگی آپاندیس و پریتونیت

➤ آموزش مراقبت از زخم و تعویض بانسمان به بیمار و خانواده وی

➤ آموزش قبل از عمل: اطلاعاتی در مورد آپاندیسیت، آپاندکتومی، مدت زمان نقاهت پس از عمل، اهمیت سرفه و تنفس عمیق

➤ فرصت دادن به بیمار برای بیان ترسها در رابطه با جراحی و کاهش اضطراب

(اضطراب باعث افزایش درد و ناراحتی می شود)، پاسخ به سوالات وی در مورد

جراحی، درگیر کردن اعضاء خانواده در آموزش و حمایت پس از عمل

- تغییر پوزیشن و اقدامات راحتی برای بیمار
- در روز عمل بیمار از تخت پایین آمده و نوره ریکلوری کوتاه است و طی یک تا دو هفته می تواند فعالیت را از سر گیرد
- رژیم غذایی بر حسب تحمل بیمار است رژیم خاصی وجود ندارد.
- به بیمار آموزش داده می شود که بخیه ها در روز 5 تا 7 بعد از عمل برداشته می شود.
- ویزیت توسط جراح بعد از برداشتن بخیه ها
- شروع فعالیت طبیعی 2 تا 4 هفته بعد از عمل می باشد.

لوله های تغذیه ای بینی معده ای و بینی روده ای

نوع لوله	طول cm	اندازه French	مجرا	سایر خصوصیات
لوله های بینی معده ای				
1- لوله لوین	125	14-18	منفرد	نشانگر دایره ای در طول لوله بعنوان راهنمای ورود به کار رفته اند.
2- سامپ معده ای	120	12-18	دوتایی	مجرای کوچکتر بعنوان منفذ عمل می کند.
3- موس	90	12-16	سه تایی	دو مجرا جهت برداشتن فشار معده ای و یک مجرای دئودنومی برای تغذیه بعد از عمل
4- بلک مور سنگسن تیکن			سه تایی	دو مجرا جهت باد کردن بالون مری و معده و یک مجرا برای ساکشن یا درناژ
لوله تغذیه بینی روده ای				
5- داب هوف یا انترافلو	-175 160	8-12	منفرد	نوک سنگین شده با تنگستن، رادیوپاک، استیلت

انسداد روده كوچك

موجب کاهش جذب مايع و تحريك ترشح اسيد معده مي شود. همچنين موجب اختلال تعادل آب و الكتروليت مي شود.

با اتساع بيشتري موجب فشار به روده و کاهش خونرسانی آن شده و در نهايت ادم ، پر خوني ، نکروز و در نهايت پارگی و پرفوراسيون ديواره روده مي شود.

به دنبال استفراغ بیمار هیپوکالمي، هیپوکلرمي و آلكالوز متابوليك ميشود. و در نهايت به علت دهي دارا تاسيون موجب اسيدوز مي شود.

علايم باليني

درد

دفع خون و موكوس بدون گاز و مدفوع

استفراغ

معكوس شدن حرڪات دودي روده و خروج محتويات

روده از دهان

دهيدراتاسيون

اتساع شكم

شوك

درمان انسداد روده کوچک

گذاشتن لوله معده و ساکشن ترشحات
جراحی جهت مختق شدن روده
درمان جراحی به علت انسداد بستگی دارد
در شایع ترین علت انسداد مثل فتق مختق و انسداد ناشی
از چسبندگی ها عمل جراحی به شکل **ترمیم فتق یا قطع**
چسبندگی ها و آزاد کردن روده انجام می شود
قبل از عمل جراحی باید علایم حیاتی بیمار تثبیت شود
باید سرم شروع شود و لوله معده گذاشته شود

اقدامات پرستاري

■ NGT، کنترل O&A و مراقبتهای بعد عمل

■ هرچه محل انسداد پایین تر باشد نفخ شکم بیشتر است.

■ اگر انسداد رفع نشود شك بعلت كم آبي و کاهش حجم پلاسمایی ایجاد می شود.

انواژیناسیون

حالتی است که در آن قسمتی از روده به داخل قسمت دیستال خود فرو می رود (مانند دو قطعه تلسکوپ)

این بیماری در ناحیه درجه ایلئوسکال ایجاد شده و در صورت عدم درمان به موقع موجب گانگرن روده و پریتونیت می شود.

انواع انواژیناسیون

- ایلئوایلئال
- ایلئوکولیک
- ایلئوسکال
- کولوکولیک

علايم انواژيناسيون

جمع كردن پاها روي شكم

درد متناوب هر 15 دقيقه

توده سوسيبي شكل در لمس

علامت ژله تمشك (دفع خون روشن و موكوسي)

استفراغ

علايم پريتونيت

درمان

تتقیه با ماده حاجب

در صورت عدم جا افتادن روده باید:

لایپاراتومی و بیرون آوردن قوس روده
انواژنیزه از روده مجاور انجام شود.

ولولوس

پیچ خوردگی قوسی از روده به دور محور
مزانترا مربوطه خود که ممکن است به
انسداد و اختناق بیانجامد

اکثرا به وسیله چسبندگی ها و یا دورتیکول
مکل ایجاد می شود

درمان جراحی و بر طرف کردن پیچش روده

فتق یا هرني

بيرون زدگي تمام يا قسمتي از احشا در محلي غير از محل طبيعي كه مي تواند در هر قسمتي از بدن ايجاد شود ولي اغلب در خارج از محوطه صفاق ايجاد شده و اكثرًا داراي ساك مي باشد.

انواع فتق

فتق مغبني يا اينگوئيئنال

فتق بعد از عمل جراحي

فتق راني

فتق نافي

فتق ابي گاستريك

فتق مغبني

در مردان سه برابر زنان است. اکثرا به علت ضعف مادرزادي يا اکتسابي ديواره شکم همراه با افزايش فشار داخل شکم ايجاد مي شود انواع فتق مغبني

غير مستقيم (شايع ترين نوع)

به علت ضعف ديواره شکم در محل خروج طناب اسپرماٲيک در مرد و رباط گرد در زن ايجاد مي شود و فتق از خلال اين نقص ديواره اي به داخل کانال مغبني وارد مي شود

مستقيم :

از خلال ديواره خلفي کانال مغبني عبور مي کند و اغلب پس از جراحي عود مي کند و اکثرا ارثي است

فتق نافي

به علت بسته شدن دهانه نافي ايجاد مي شود. در زنان چاق و کودکان شايع تر است و به شكل برآمدگي ناف مشاهده مي شود. در افزايش فشار داخل شکم همراه سیروز کبدي و آسیت نیز مشاهده مي شود.

فتق شکمی

به شکل برآمدگی گرد زیر رباط مغربی مشاهده می شود و در زنان حامله شایع تر است

اگر توده فتق را بتوان به درون شکم برگرداند آن را **فتق جا رونده** می گویند

در صورت پیشرفت فتق چسبندگی هایی بین کیسه فتق و محتویات آن به وجود می آید و در نتیجه **فتق غیر جا رونده** یا گیر افتاده می نامند.



به دنبال گیر افتادن فتق ممکن است جریان
خون روده در محل فتق کاملا متوقف شود

که به آن فتق مختنق می گویند

علایم فتق مختنق

درد قولنجی شکم

استفراغ

تورم کیسه فتق

علایم انسداد روده

درمان جراحی فتق

ترمیم فتق پس از جداسازی چسبندگی های
کیسه فتق از ساختمانهای مجاور

جا انداختن محتویات کیسه فتق به داخل شکم
ولیگاتور کردن کیسه

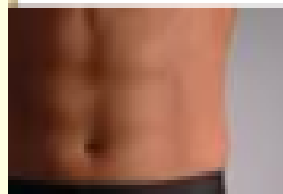
(احتمال عود فتق پس از جراحی 5-25 درصد
است)

هرنی های که گرفتار یا محقق نشده اند می توانند از طریق مکانیکی جا انداخته
یک فتق بند که یک پد نرم می باشد توسط یک کمربند روی محل هرنی نگه داشته
می شود، که می تواند برای حفظ هرنی که به جای خود باز گردانده شده است
مورد استفاده قرار گیرد بعد از بازگرداندن هرنی، پد بر روی آن گذاشته می شود
و جهت جلوگیری از عود هرنی در آنجا نگه داشته می شود.

✓ به بیمار آموزش داده می شود که هر روز قبل از بلند شدن فتق بند را بر روی
محل بگذارد.

✓ بیمار باید پوست زیر فتق بند را از نظر علائم خراشیدگی و اختلال پوستی به
نفت بررسی کند.

✓ مراقبت مستمر یک اصل قابل قبول برای مردانی است که هرنی اینگوینال
بدون نشانه دارند می باشد.



آموزش به بیمار

- ✓ بعد از جراحی فعالیتهای بدنی پس از دو هفته از سر گرفته می شود.
- ✓ عود فتنق شایع است.
- ✓ از تخلیه ادرار بعد از عمل جراحی اطمینان حاصل شود (احتباس ادرار از عوارض شایع است)
- ✓ 4 تا 6 هفته از بلند کردن اجسام سنگین خودداری کند.
- ✓ جهت کنترل درد و کاهش تورم از کیسه یخ در ناحیه برش استفاده شود
- ✓ مردها در پوزیشنی قرار گیرند که اسکر توم بالا قرار گیرد
- ✓ از بیضه بند استفاده کند.

کولیت اولسراتیو

بیماری عود کننده و التهابی و السراتیو لایه مخاطی کولون و رکتوم است. حداکثر شیوع 30-50 سالگی است. در نژاد قفقازی و یهودیان شایع تر است. عوارض سیستمیک و مرگ و میر بالایی دارد.

10-15 درصد به سرطان کولون می انجامد

علايم باليني

آبسه هاي متعدد ، ورم ، پرخوني ،
ترومبوز لايه هاي مخاطي ، دفع چرك
، ضايعات پوستي ، چشمي ، مفصلي و
كبدي ، تب بالا ، اسهال خوني ، بي
اشتهائي ، لاغري ، درد شكم ، کاهش
وزن ، استفراغ ، دهايتراتاسيون ، كرامپ
شكمي

درمان

درمان طبي: تسکين درد با داروهاي آنتي کولينريژيک، داروهاي ضد ميکروبي، دادن مايعات، تغذيه وريدي و سپس غذاي پرپروتئين، کم چربي و کم باقيمانده، استراحت، کاهش اضطراب و حفظ سلامت مقعد

درمان جراحي: در موارد انسداد کولون يا سرطان انجام مي شود و شامل کولکتومي و برداشتن کولون است

بیماری کرون

ایلئیت ترمینال یا بیماری کرون بیماری است التهابی و غیر اختصاصی در قسمت انتهایی ایلئوم ایجاد می شود

در 20-30 سالگی ظاهر می شود و در هر دو جنس شیوع یکسانی دارد

در این بیماری تمام لایه های جدار روده حجیم شده و عقده های لنفاوی و مزانتر نیز گرفتار می شوند.

علايم باليني و درمان

دل پیچه

درد اپیگاستر

اسهال

تب خفیف

لاغری و بی اشتهایی

وجود توده ای در قسمت راست شکم

درمان: جراحی و برداشتن ناحیه مبتلا

اقدامات جراحی در بیماریهای التهابی روده

کولکتومی توتال (برداشتن تمام روده بزرگ)

ایلئوستومی (بازکردن دهانه ای در دیواره شکم و دوختن ایلئوم به این دهانه)

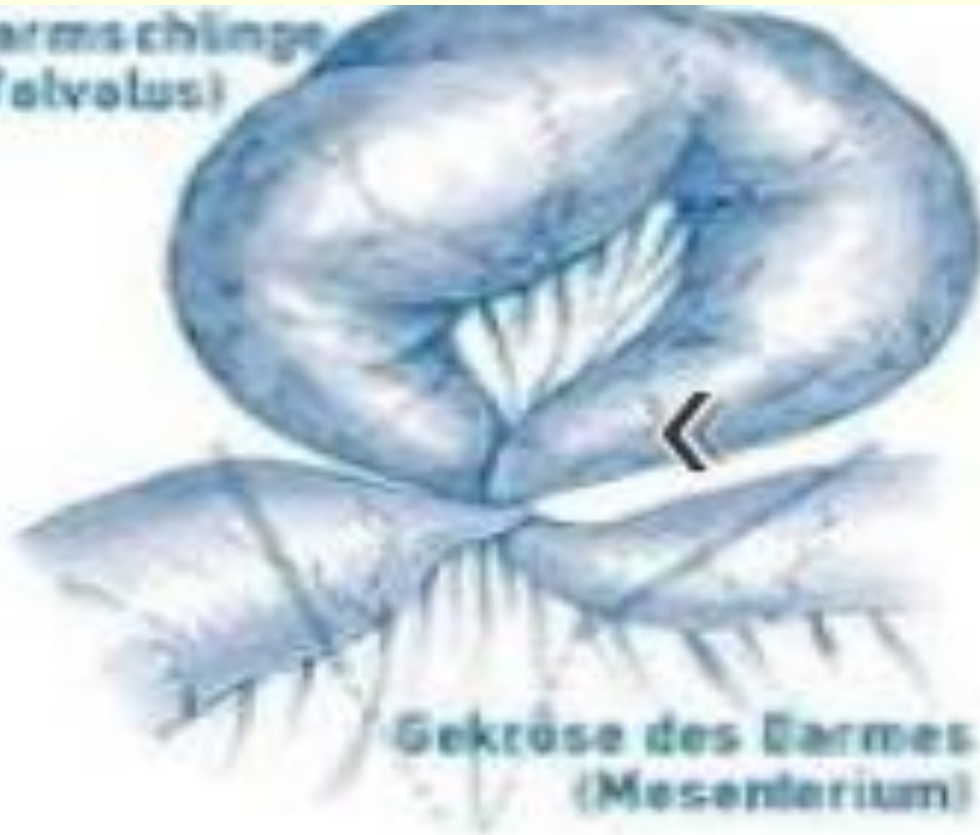
کولکتومی سگمنتال (برداشتن قسمتی از روده بزرگ و آناستوموز دو قسمت باقیمانده به هم)

کولکتومی ساب توتال (برداشتن تقریباً تمام کولون و آناستوموز ایلئورکتال)

کولکتومی توتال + ایلوستومی کانتیننت (ایجاد کیسه داخلی با ایلئوم)

ولولوس

Darmschlinge
(Volvulus)



Gekröse des Darmes
(Mesenterium)

ولولوس كولون

بيشتر در كولون سيگموئيد اتفاق مي افتد در افراد مسن و داراي سابقه ييوست مزمن اتفاق مي افتد

علايم باليني: ناگهاني و به شكل درد شديد قسمت تحتاني راست شکم و اکثرا هنگام اجابت مزاج و زور زدن مي باشد. نفخ و اتساع شديد شکم

درمان

گذاشتن رکتال تیوب و اصلاح

پیچ خوردگی روده و در صورت عدم

اصلاح لاپاراتومی و اصلاح

پیچ خوردگی

برداشتن منطقه پیچ خورده در صورت لزوم



مگا کولون آگانگیونیک

مادرزادی

Hirschprung

تعریف :

فقدان مادرزادی یا عدم تکامل سلولهای گانگلیون پارسیمپاتیک در شبکه داخل جداری دیواره کولون راست روده و یا قطعه رکتوسگموئید را می گویند ناحیه مبتلا فاقد امواج دودی بوده و باریک است و مدفوع در قسمت بالای منطقه مبتلا جمع میشود، در نتیجه قسمت سالم روده متسع و دچار هیپر تروفی می شود و به دنبال آن اتساع شکم ایجاد می شود

شیوع :

❁ در هر هزار تولد زنده یک تا دو دهم در گیر می شوند

❁ در پسرها سه تا چهار بار شایع تر است

❁ در نژادهای مختلف شیوع یکسان دارد

❁ ۷۵٪ موارد محدود به کولون و رکتو سگموئید

❁ و ۵٪ موارد تمام کولون در گیر می شود و در

❁ ۱۵٪ موارد تا بعد از خم طحال ادامه دارد

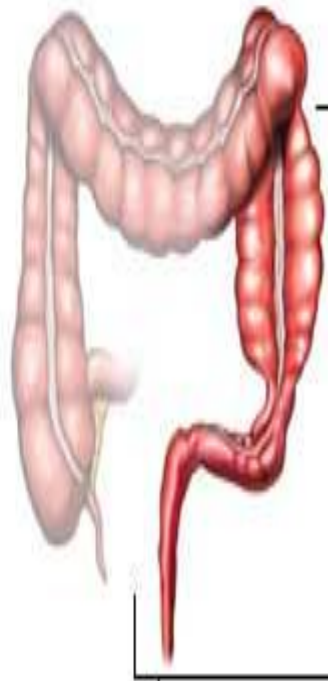
علت : زمینه خانوادگی دارد و گاهی همراه با آنومالیهای

دیگر مثل مقعد بسته، نقایص قلبی و اختلالات و

سندرم دان است.

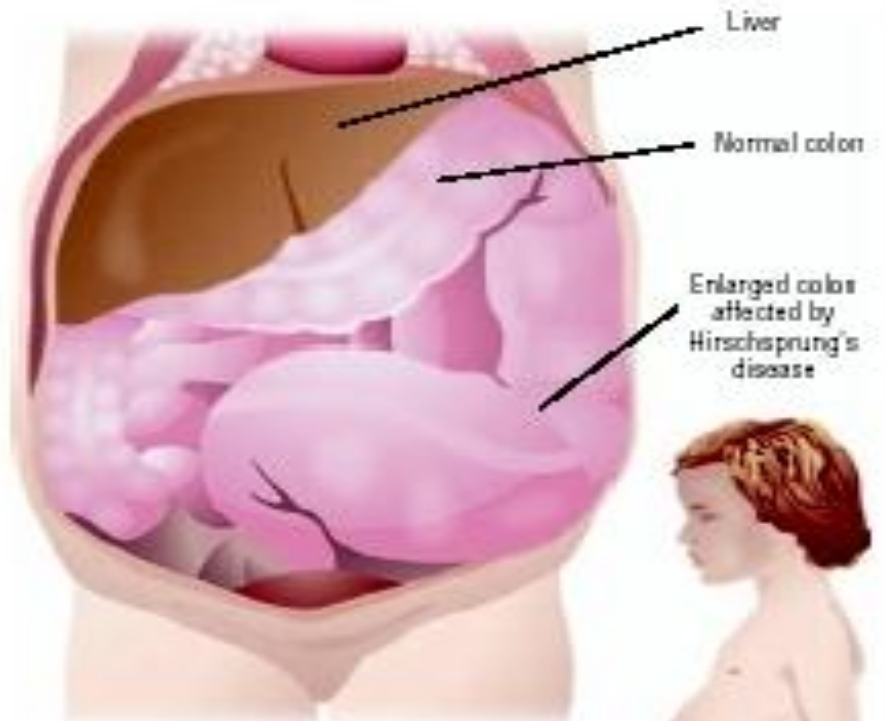


Normal sigmoid colon and rectum



Area affected by Hirschsprung's disease

Hirschsprung's disease



اسهال ویبوست در هفته اول زندگی مشاهده می شود

استفراغ و نفخ شکم

عدم دفع مکونیوم

جدار شکم نازک و عروق وریدی برجسته می شوند و

توده مدفوع از روی شکم قابل لمس می باشد

گاهی اوقات علائم انسداد روده مثل، درد شکم،

استفراغ و تب مشاهده می شود

مدفوع به شکل روبان RIBBIN LIKE یا شبیه به ساچمه خارج

می شود

سوء تغذیه، کاهش رشد و کم خونی مشاهده می شود

یبوست با انما برطرف می شود

تشخیص :

بیماری در پانزده درصد موارد در ماه اول و در شصت درصد موارد تا سه ماهگی و در هشتاد درصد موارد در زیر یک سالگی تشخیص داده میشود

✿ در رادیوگرافی : کولون اتساع کولون و نبودن هوا در رکتوم مشاهده می شود

✿ در بیوپسی روده: عدم وجود گانگلیون عصبی مشخص است

✿ در توشه رکتال : رکتوم خالی ، اسفنگتر داخلی سفت ،

تجمع گاز و نشت مدفوع آبکی مشاهده میشود

✿ بارییم انما: وجود قسمت باریک در رکتوم سیگموئید دیده میشود

درمان

درمان جراحی

درمان طبی

درمان طبی:

تنقیه مکرر با محلول نرمال سالین
تنقیه تکمیلی با روغن زیتون یا پارافین مایع
استفاده از آنتی بیوتیک

درمان جراحی

معمولا در دو مرحله جراحی صورت می گیرد
1. کلتومی یا ایلئوستومی اضطراری برای کاهش
فشار روده ها ، انحراف مسیر دفع مدفوع برای
استراحت دادن به روده

برداشتن بخش بدون فعالیت روده و بستن کلتومی
در حال حاضر جراحی بیشتر در یک مرحله انجام
می شود و دیگر کلتومی انجام نمی شود

• **عوارض عمل:** نشت در مسیر آناستوموز که باعث
آبسه لگنی می شود

مراقبت قبل از عمل جراحی

1. کمک به تخلیه روده قبل از عمل جراحی
2. کنترل نفخ شکم
3. مشاهد و ثبت علائم انسداد روده
4. بررسی وضعیت تغذیه و کنترل تعادل آب الکترولیت
5. کنترل علائم حیاتی (دقت شود درجه حرارت از طریق مقعد اندازه گیری نشود)
6. دادن آمادگی روحی به کودک و والدین برای تحمل
7. جراحی

بعد از جراحی

کنترل علائم حیاتی و کیسه کلتومی از نظر خونریزی
و تعویض پانسمان
NPO بودن و گذاشتن NGT و کنترل I.O
و تعادل آب الکترولیت
(شروع تغذیه دهانی به هنگام سمع حرکات دودی
روده) پیشگیری از عفونت تنفسی
بررسی و گزارش علائم انسداد
دادن آنتی بیوتیک طبق دستور و مسکن قبل از
پانسمان رژیم غذائی کم تفاله

بعد از جراحی (ادامه)

دادن آموزش لازم به والدین جهت مراقبت و حساس بودن به خونریزی ، تب ، نفخ ، بی اشتهائی و داشتن مدفوع روبرانی شکل یا آبکی و عدم دفع گاز و مدفوع کنترل عوارض بعد از عمل : خونریزی ، شوک ، تهوع ، استفراغ ، نفخ شکم ، عفونت زخم یا چسبندگی

انسداد روده بزرگ

انسداد در محل دریچه ائلووسکال باعث پیدایش تغییراتی مشابه با انسداد روده کوچک می شود
اتساع شدید و پرفوراسیون از علایم آن است.
در صورت مختل نشدن خونگیری جدار روده
چندان خطرناک نیست. در ای بیماری
دهیدراتاسیون نسبت به انسداد روده کوچک با
سرعت کمتری اتفاق می افتد

علايم باليني و درمان انسداد روده بزرگ

بيوست، اتساع شکم ، دیده شدن قوس
هاي روده از خلال جدار شکم ، درد
کلامپي شديد ، استفراغ مواد مدفوعي
پرتونگاري با تنقيه باريوم ممنوع
است

درمان

کولونوسکوپي و سپس جراحي
و برداشتن ضایعه انسدادی و
در صورت کولکتومی
آناستوموز ایلئوآنال انجام
می شود

سرطان روده بزرگ، کولون و رکتوم

تومورهاي روده كوچك نادرند ولي روده بزرگ نسبتاً شايعند (دومين سرطان در آمريكا پس از سرطان ريه)

عوامل خطر: سابقه خانوادگي سرطان يا پولیپ کولون، سابقه بیماری التهابی روده، رژیم غذایی کم فیبر

علايم باليني

تغيير شكل اجابت مزاج (شايع ترين علامت)
دفع خون موکوسي وسط مدفوع (دومين علامت)
درد شکم، کمخوني، کاهش وزن، انسداد و
پرفوراسيون ، انسداد روده
(انسداد نسبي شامل اسهال ، يبوست متناوب
، دردهاي کرامپي ، اتساع شکم

ارزیابی تشخیصی

هر بیمار با شکایت تغییر نحوه اجابت مزاج، تغییر شکل مدفوع یا دفع خون در مدفوع باید از نظر سرطان بررسی شود

آزمون مدفوع از نظر وجود خون مخفی (تست گایاک)

پروکتوسیگموئیدسکوپی

کولونوسکوپی

درمان

در صورت انسداد روده ، مایعات داخل وریدی و لوله معده گذاشته می شود

درمان شامل جراحی ، شیمی درمانی ، پرتودرمانی و ایمنی درمانی می باشد

ابتدا با پرتو درمانی تومور کوچک شده و سپس جراحی انجام می شود

جراحی ممکن است باعث درمان قطعی یا تسکینی شود که شامل کولکتومی فبرداشتن پولیپ ها ، رزکسیون سگمنتال و آناستوموز ، کولستومی دائمی سیگموئید و بعد رزکسیون سگمنتال و آناستوموز مجدد کولوستومی

تشخیص های پرستاری

- اختلال تغذیه ای کمتر از نیاز های بدن بعلت تهوع و بی اشتهایی .
- خطر کمبود حجم مایع بعلت استفراغ و دهیدراتاسیون .
- اضطراب بعلت جراحی و تشخیص کانسر .
- خطر درمان غیر موثر توسط رژیم های درمانی بعلت کمبود آگاهی درباره تشخیص ، پروسیجر جراحی و مراقبت از خود پس از ترخیص .
- اختلال در سلامتی پوست بعلت برش جراحی (شکمی یا پرینه ای) ، تشکیل استوما و آلودگی پوست اطراف استوما بوسیله ماده مدفوعی .
- اختلال در تصویر ذهنی بعلت کلستومی .

بیماری های رکتوم و آنوس

هموروئید (بواسیر)

گشاد شدن و اتساع ورید های شبکه بواسیری مقعد که ممکن است با تورم، ترومبوز و خونریزی همراه باشد.

هموروئید داخلی: دیلاتاسیون وریدهای شبکه

هموروئیدال در بالای خط اتصال پوست و مخاط

هموروئید خارجی: دیلاتاسیون وریدهای قسمت تحتانی

مجرای مقعد

علايم و عوامل مساعد كننده هموروئيد

علايم: خونريزي، بيرون زدگي ، ترشح
و درد ، هماتوچزيا

عوامل مساند كننده : افزايش فشار
وريد باب ، افزايش فشار داخل شكم
(در نتيجه حاملگي ، چاقي، زور زدن
و تومورهاي داخل شكم)

درجات همروئید

درجه يك: خونريزي بدون بيرون زدگي

درجه دو: خونريزي همراه با بيرون زدگي در هنگام اجابت مزاج

درجه سه: بيرون زدگي خارج از اجابت مزاج

درمان هموروئید

درمان نگه دارنده و تجویز ملین
در موارد خفیف

جراحی در موارد شدید

(برداشتن دگمه های بواسیری)

هماتوم پري آنال

همان ترومبوز بواسيري است. در اين
بیماري ناحیه آزرده قوامش سخت شده
و به رنگ ارغواني يا سپاه در مي
آید. همراه اين عارضه اطراف مقعد نيز
دچار تورم مي شود

درمان: بي حس کردن منطقه آزرده و
خارج کردن لخته خون

فیسور یا شقاق مقعد

تعریف: عبارتست از زخم طولی در مسیر چین های مخاط مقعد که فوق العاده دردناک می باشد. (اکثرا هنگام اجابت مزاج درد ایجاد یا تشدید میشود)

علائم: درد، انقباض عضله اسفنکتر و زخم ناحیه مقعد

درمان: رژیم غذایی، تجویز ملین، و پیشگیری از بروز یبوست، استفاده از بی حس کننده های موضعی

جراحی: برداشتن شقاق، بریدن اسفنکتر در موارد شدید و گشاد کردن در موارد خفیف

فېستول آنال

تعريف: عبارت از يك مسير چركي كه معمولاً متعاقب آبسه هاي کنار مقعد و دمل هاي زير پوستي يا مخاطي اين ناحيه پيدا مي شود. معمولاً چركي بوده و مجراي تخليه چرك به سوراخ نقطه اي شكل تبديل مي شود

علايم: وجود مجراي باريك و تخليه چرك و مزمن شدن آن و سفت شدن مسير فېستول در لمس و خروج چرك هنگام لمس

درمان فیستول آنال

برداشتن مجرای فیستول و نسوج ضخیم
شده اطراف آن با جراحی

معمولا قبل از عمل محلول های رنگی
مثل بلودومتین در داخل مجرای
فیستول تزریق می کنند تا میزان آنرا
مشخص کنند

سینوس پایلو نیدال

تعریف : عارضه ایست که در قسمت خلفی روی خط وسط مفصل خاجی دنبالچه ای ظاهر می شود و ارتباطی با مقعد ندارد

این فیستول ها در نتیجه تروماتیسم های کوچک و وجود جسم خارجی مثل مو ایجاد شده و چرکی می شود.

در افراد پرمو و آرایشگران مشاهده میشود. علایم تورم، قرمزی و گرمی نیز در صورت عفونت آن دیده میشود

درمان : جراحی و برداشتن سینوس عفونت یافته و تجویز نئتی بیوتیک پس از جراحی

مراقبت پرستاري

- برطرف کردن بیوست ،
- کاهش اضطراب ،
- تسکین درد،
- تامین دفع ادرار
- ، کنترل و درمان عوارض (خونریزی) .

جراحی کبد و کیسه صفرا

بزرگترین غده بدن به وزن 1500-1800 گرم در ناحیه زیردنده ای راست در زیر عضله دیافراگم قرار دارد. دارای دو لب اصلی راست و چپ می باشد. کیسه صفرا در زیر آن قرار دارد

عروق کبد: شریان کبدی و هپاتیک و پورت می باشد

تروماتیسم کبد (پاری کبد)

یک فوریت جراحی میباشد. بیشتر در لب راست در سطوح فوقانی و قدیمی این لب متعاقب تصادفات ایجاد می شود
علائم و تشخیص:

سابقه ضربه به شکم، درد شدید، تنگی نفس، شکم حساس و دردناک،
علائم خونریزی داخلی نظیر تاکیکاردی، افت فشار خون و..
گاهی اوقات خونریزی در منجر به هماتوم در کپسول کبد می گردد که
علائم واضحی ندارد. تشخیص قطعی با لاولاژ و لاپاراتومی
تجسسی است

درمان: خارج کردن بیمار از شوک، تزریق خون، عمل جراحی و
ترمیم محل پارگی و تعبیه درن در شکم

افزایش فشار ورید باب (هیپرتانسیون پورت)

از عوارض دیررس سیروز کبدي است و با علائم اسپنومگالي، پیدایش جریان خون جانبي و آسیت و خونريزي مري مشخص میشود.

درمان: جراحي و برقرار کردن پیوند بين جریان خون عمومي و جریان خون باب است. (شنت پورتوکاوال، اسپنورنال) مهمترين عارضه جانبي اين عمل نارسائي کبدي است که کشنده است و در 20-15 درصد بیماران دیده مي شود.

درمان اين عارضه رژیم غذائي بدون پروتئين و حاوي مواد قندي مي باشد.

واریس مری

عارضه مهم هیپرتانسیون پورت است که خونریزی شدید و خطرناکی دارد .

درمان :

سوند بلك مور ، تزریق 20 واحد
وازوپرسین ، عمل جراحی شنت
پورتوکاوال ، اسپلنورنال میباشد .

آبسه چرکي کبد

معمولا متعاقب عفونت هاي داخل شکمي مثل آپاندسیت ، کله سيستیت حاد يا کلانژیت ایجاد مي شود

علايم باليني :

درد ناحیه فوقاني راست شکم، تب و لرز ، عرق شبانه ، لکوسیتوز و گاهي اوقات هيپربيليروبينمي

در عکس سينه وجود مايع در قفسه صدري و ارزيابي وضعيت ديفراگم (دیفراگم بالا رفته و حرکتی ندارد

درمان

جراحی، درناژ حفره حاوی چرک و تجویز آنتی بیوتیک مناسب پس از عمل

در نوع آمیبی چرک شکلاتی هنگام پونکسیون کبد خارج میشود

که هنگام درمان طبی آبسه کبدی داروهای ضد آمیبی تجویز میشوند.

در صورت ادامه تب عمل جراحی و درناژ آبسه انجام می شود

کیست هیداتیک

از انگلی به نام اکی نوکوک ایجاد می شود
که سگ میزبان اصلی و انسان میزبان
واسط است . کیست دارای مایعی زلال و
حاوی اسکلوکس های انگل می باشد
(در صورتی که عفونت نکرده باشد)

علايم باليني

احساس درد مبهم در ناحیه هیپوکنندرياك ،
در صورت فشار روي كيسه صفرا و
مجاري مربوطه پريتونيت يا زردی
درمان: در مورد كيست هاي فعال جراحي و
تخليه مایع كيست
قبل از تخليه محلول فرمالين يا سرم نمكي
هیپرتونيك تزریق میشود

سرطان کبد

کارسینومای ثانویه متاستاتیک از ریه، دستگاه گوارش و پستان با علائم بالینی: درد، هیپاتومگالی و یرقان

کارسینومای اولیه: در 40-50 سالگی دیده میشود و در آفریقا شایع تر است. با علائم بالینی: درد، تب و یرقان

درمان: بیوپسی و لاپاراتومی

