



فصل پنجم
مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روده

www.nokhbeaan.com

مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روده

تومورهای دئودنوم

شایع نیستند و معمولاً خوش خیم اند. اغلب بدون نشانه هستند. گاهی ممکن است درد متناوب و خون مخفی در مدفوع مشاهده شود. تومورهای بدخیم در مراحل پیشرفته همراه با کاهش وزن و سوء تغذیه، درد و خونریزی هستند.

بررسی: عکسبرداری از قسمت فوقانی دستگاه گوارش با ماده حاجب، انتروکلازیز (روش قابل اعتماد)، CT شکمی

درمان: تومورهای خوش خیم معمولاً از طریق اندوسکوپی خارج می شوند. درمان جراحی خاص برای خارج سازی تومورها نیاز است. ممکن است شیمی درمانی و پرتودرمانی نیاز باشد.

برای تومورهای بدخیم، فرآیند پرستاری مشابه سرطان معده است. شایع ترین تومور بدخیم آدنوکارسینوم است.

اختلالات مربوط به دفع مدفوع

یبوست: بی نظمی و کاهش دفعات دفع مدفوع همراه با کاهش حجم به علت مصرف داروها (آرام بخش، آنتی کلینژیک، آنتی اسید حاوی AL و آهن، ضد افسردگی ها و مخدرها)، اختلالات مربوط به مقعد (هموروئید و فیشر)، انسداد سرطان روده، اختلالات متابولیک، و عصبی عضلانی (DM، پارکینسون، MS)، اختلالات اندوکرینی (هیپوتیروئیدیسم، فئوکروموسیتوما)، مسمومیت با سرب، اختلالات بافت پیوندی (اسکلروderمی و لوپوس)، گاهی همراه آپاندیسیت و دیورتیکول رخ می دهد. مسائلی مثل تغذیه و تحرک هم در ایجاد یبوست مؤثرند. بیماری های کولون (سندروم روده تحریک پذیر)، ضعف، خستگی و عدم توانایی در افزایش فشار داخل شکم برای تسهیل در دفع مدفوع (مثلاً آمفییزم) و نداشتن زمان معین برای دفع از دیگر علل یبوست هستند. یبوست مشکل عمده بیمارانی است که برای تسکین درد مزمن از مخدرها استفاده می کنند.

پاتوفیزیولوژی

یبوست به علت اختلال در یکی از سه عملکرد مهم کولون رخ می دهد:

- 1- اختلال مخاطی (ترشح مخاطی حرکت محتویات کولون را تسهیل می کند)
- 2- فعالیت میوالکتریک (مخلوط کردن توده مدفوع در راست روده و حرکات جلو برنده)
- 3- فرآیند دفع

➤ نکته:

ضعف و ناتوانی در بالا بردن فشار داخل شکم از علل یبوست است.

تظاهرات بالینی: کمتر از ۳ بار اجابت مزاج در هفته، نفخ شکم، درد و فشار، کاهش اشتها، سر درد، خستگی، سوء هاضمه، دفع مدفوع کم، خشک و سخت.

تشخیص: تاریخچه، معاینه جسمی، تنقیه باریم، سیگموئیدوسکوپی و آزمایش مدفوع (برای تشخیص اسپاسم یا باریک شدن روده)، مانومتری مقعدی (تشخیص اختلال عملکرد عضلانی و اسفنکتری)، دفیوگرافی و بررسی حرکت روده.

عوارض: افزایش BP (به دلیل زور زدن، بازگشت وریدی به قلب کم شده در نتیجه فشار خون کاهش می یابد. بلافاصله پس از اتمام زور زدن حجم زیادی از خون وارد خون شده و بطور موقت فشارخون افزایش می یابد)، هموروئید، فیشر و مگاکولون، سخت شدن توده مدفوع (Fecal Impaction).

در بیماران مبتلا به HTN، افزایش فشار خون ممکن است تشدید یابد به حدی که منجر به پارگی شریان های مهم خصوصاً در مغز شود.

➤ نکته:

مصرف طولانی ملین ها در ایجاد یبوست مؤثر است.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

نکته: افراد سالمند ۵ برابر افراد جوان از یبوست شاکی هستند. این به علت عدم تمرینات بدنی و استراحت طولانی در تخت، مشکل در جویدن غذا (و در نتیجه مصرف غذاهای کم فیبر و نرم) و کاهش حرکات روده می باشد.

درمان طبی: هدف رفع علت یبوست است. درمان شامل قطع مصرف رویه ملین ها، مصرف مایعات همراه با غذاهای فیبری، داشتن برنامه منظم ورزشی جهت تقویت عضلات شکم است. افزودن ۱۲-۶ قاشق چای خوری سیوس به رژیم غذایی سالمندان کمک کننده است.

مصرف ملین ها: در جدول زیر انواع ملین ها و نکات مهم مرتبط با مصرف آنها شرح داده شده است.

طبقه بندی	نوع	عملکرد	آموزش بیمار
افزایش دهنده حجم	پسیلیوم هیدروفیلیک موکلوتید (متاموسیل)	از مشتقات پلی ساکاریدها و سلولز که با مایعات روده ای مخلوط شده، متورم شده و حرکات دودی را تحریک می کند.	دارو را با ۲۴۰ میلی لیتر آب حل کرده و میل کنید و دوباره یک لیوان دیگر آب بنوشید. نفخ شکم یا افزایش غیرطبیعی دفع گاز را گزارش کنید.
ماده نمکی	هیدروکسید منیزیم (شیر مرغی)	یون های غیرقابل جذب منیزیم که باعث کشیده شدن آب به داخل روده تحت تأثیر پدیده اسمزی می شود؛ حرکات دودی تحریک می شوند. بعد از دو ساعت فعالیت خود را آغاز می کند.	نوع مایع آن مؤثرتر از قرص است. برای مدت کوتاهی باید مصرف شود زیرا باعث مسمومیت می شود (دپرسیون سیستم عصبی مرکزی و عدم تعادل الکترولیتی). در مبتلایان به نارسایی کلیوی نباید مصرف شود.
نرم کننده	روغن معدنی	هیدروکربن های غیرقابل جذب که باعث نرم کردن مدفوع می شود. عبور مدفوع تسهیل می شود. طی ۶ تا ۸ ساعت عملکرد آن صورت می گیرد.	با غذا خورده نشود زیرا در جذب ویتامین های قابل حل در چربی اختلال ایجاد می کند و تخلیه معده را به تأخیر می اندازد. با احتیاط خورده شود چون در صورت وارد شدن قطرات آن به حلق خطر پنومونی ناشی از چربی وجود دارد.
محرک	بیزاکودیل (دولوکولاکس)	پوشش کولون را تحریک می کند (به وسیله تأثیر بر انتهای اعصاب حسی) و ترشح مخاطی را افزایش می دهد. عملکرد آن طی ۶ تا ۸ ساعت انجام می شود.	مسهل ها ممکن است موجب اختلال در مایع و الکترولیتها شوند، به خصوص در سالمندان. قرصها باید بلعیده شوند و نباید آنها را جوید. تا یک ساعت از خوردن شیر و آنتی اسید باید اجتناب شود چون باعث حل شدن زودهنگام پوشش قرص می شود.
نرم کننده مدفوع	دی اکتیل سدیم سولفوسوکسینات	با اثر بر روی اپی تلیوم کولون (افزایش خاصیت مرطوب کنندگی آب روده ای)، مدفوع را مرطوب می کند. دارو خاصیت لینت دهنده ندارد.	با اطمینان در بیمارانی که نباید هنگام دفع زور بزنند قابل مصرف است (بیماران قلبی و بیماران مبتلا به اختلالات آنورکتال).
مواد اسموتیک	پلی اتیلن گلیکول و الکترولیتها	کولون را به سرعت تمیز کرده و باعث اسهال می شود.	با حجم زیاد مصرف می شود. استفاده ایمن از آن نیازمند وقت است. ممکن است باعث تهوع و نفخ شدید شود.

اگر استفاده طولانی مدت ملین ها ضرورت داشته باشد، ملین افزایش دهنده حجم همراه ملین اسموتیک تجویز می شود. موارد پروکینتیک (تخلیه کننده معده) مثل متوکلوپرامید، کلینترزیک ها مثل بتانکول و آنتی کولین استرازاها مثل نتوستگمین نیز دفعات اجابت مزاج را افزایش می دهند.

شیاف ها و تنقیه ها معمولاً توصیه نمی شوند و بیشتر در زمان **Fecal Impaction** استفاده می شوند.

مراقبت پرستاری

پرستار باید موارد زیر را به بیمار آموزش دهد :

- داشتن زمانی معین برای اجابت مزاج (بهترین زمان پس از صرف صبحانه است)
- مصرف غذاهای پر فیبر و پر باقیمانده، افزودن سبوس به رژیم روزانه
- افزایش مصرف مایعات
- شرکت در فعالیتهای ورزشی
- تقویت عضلات شکم (انقباض عضلات شکم ۴ بار در روز و بالا آوردن پاها تا سطح قفسه سینه ۲۰-۱۰ بار در روز)
- داشتن وضعیت طبیعی هنگام دفع (نیمه چمباته) که استفاده از عضلات شکم و نیروی ثقل را افزایش می‌دهد.

اسهال

افزایش دفعات اجابت مزاج بیش از ۳ بار در روز با افزایش حجم و شل شدن مدفوع که اغلب با فوریت دفع، ناراحتی اطراف مقعد یا بی اختیاری همراه است که به علت افزایش ترشحات روده ای و کاهش جذب مخاطی یا اختلال حرکتی است.

علت

مصرف داروها (هورمون های تیروئیدی، ملینها، آنتی بیوتیک ها، شیمی درمانی)، اختلالات اندوکرینی (آدیسون، گریوز، دیابت)، عفونتهای ویروسی و باکتریال و مسمومیت غذایی، سندرم سوء جذب، نقص در اسفکتر مقعدی، فلج ایلئوس، سندرم زولینگرلیسون، ایدز، کولیت، انتریت ناحیه ای، سلیاک و محلول های تغذیه ای لوله ای.

پاتوفیزیولوژی

انواع اسهال شامل: ترشچی، اسموتیک و مخلوط است.

اسهال ترشچی به دلیل افزایش تولید و ترشح آب و الکترولیت ها توسط مخاط روده به داخل مجرای روده است. این اسهال حجیم است. اسهال اسموتیک به دلیل وجود ذرات جذب نشده در روده است که موجب کشیده شدن آب به داخل روده ها تحت تاثیر فشار اسمزی و کاهش بازجذب آب می شود. اسهال مخلوط به دلیل افزایش حرکات دودی روده همراه با افزایش ترشح یا کاهش جذب در روده است.

علائم

افزایش دفعات و محتوی آبکی مدفوع، کرامپ شکمی، نفخ، قارو قور روده ای، بی اشتها، تشنگی و کم آبی. اغلب مدفوع آبکی نشانه بیماری روده کوچک، و مدفوع شل بیماری کولون، و مدفوع حجیم و چرب بیانگر سوء جذب روده ای، و مدفوع دارای موکوس و چرک نشانگر انتریت یا کولیت است. وجود قطرات چرب در توالی تقریباً همیشه به معنای نارسایی پانکراس است. اسهال شبانه می تواند نشانه نوروپاتی دیابتی باشد.

تشخیص

CBC، بیوشیمی خون، تجزیه کامل ادرار، آزمایش مدفوع (از لحاظ پارازیت، خون، چربی) و آندوسکوپی یا تنظیر باریم.

عوارض : احتمال دیس ریتمی قلبی به علت کاهش پتاسیم، دفع ادراری کمتر از ۳۰ میلی لیتر در ساعت به مدت ۲-۳ ساعت متوالی، بی حسی، گیجی، بی اشتها، کاهش فشارخون و ضعف عضلانی که در سالمندان شدیدتر است.

درمان طبی : رفع علت زمینه ای، آنتی بیوتیکها، ضدالتهاب ها، مایع درمان خوراکی، یا وریدی (برای کودکان و سالمندان و موارد شدید اسهال از مایع درمانی وریدی استفاده می شود).

مراقبت پرستاری

شامل بررسی و پایش ویژگی ها و الگوی اسهال ؛ گرفتن تاریخچه و معاینه جسمی و بررسی تعادل مایعات و الکترولیت ها؛ تشویق بیمار به دریافت غذای کم حجم، نیمه جامد و غیر محرک؛ استراحت کافی؛ مصرف داروهای ضد اسهال (دی فنوکسیسات و لوپرامید) و بررسی ناحیه اطراف مقعد از لحاظ تحریک می باشد.

بی اختیاری مدفوع

بی اختیاری مدفوع به علت آسیب (جراحی)، اختلال عصبی (سکته مغزی، MS، نوروپاتی دیابتی)، التهاب، عفونت، پرتودرمانی، شلی عضلات کف لگن، مصرف بی رویه ملینها، داروها و سالمندی است.

برای تشخیص از سیگموئیدوسکوپی، تنقیه باریم، اسکن و مانومتري (برای بررسی کتون عضلانی) استفاده می شود. درمان بسته به علت فرق می کند. یک روش درمانی، بیوفیدبک است که به برقراری کنترل اسفنکتر کمک می کند و گاهی جراحی برای ترمیم اسفنکتر استفاده می شود.

اسفنکتر مصنوعی رکتوم (ARS) سه بخش دارد: ۱) یک کاف که زیر پوست قرار داده می شود تا اطراف کانال مقعدی را برای یک اسفنکتر رکتال مصنوعی مناسب سازد. ۲) یک بالون تنظیم کننده فشار که در دیواره شکم کار گذاشته می شود و با یک مایع مثل یک ماده حاجب که می تواند در X-Ray دیده شود پر می گردد، و ۳) یک پمپ کنترل که در اسکروتوم یا لیبای دستگاه تناسلی کار گذاشته شود تا کاف را باد کند. کاف مانند یک بالون باد می شود تا از عبور مدفوع جلوگیری کرده و اختیار روده ای را ارتقا بخشد. جهت تخلیه رکتوم، بیمار باد حلقه پلاستیکی را خالی می کند و مدفوع می تواند خارج شود. بعد از دفع روده ای، کاف به صورت اتوماتیکی در طی ۱۰ دقیقه پر از باد می شود.

برای جراحی کار گذاشتن ARS از بی هوشی عمومی یا نخاعی استفاده می شود و این پروسیجر حدوداً ۱ ساعت طول می کشد. روده با آنتی بیوتیک ها، مسهل ها و انما تمیز می گردد. بعد از عمل جهت پیشگیری از عفونت، برای مدت چند روز به بیمار آنتی بیوتیک وریدی داده می شود.

پرستار چگونگی تخلیه کاف جهت دفع مدفوع و مانیتور کردن الگوهای روده ای بیمار و عوارضی مثل نارسایی مکانیکی، عفونت و زخم را به بیمار آموزش می دهد. اگر مشکوک به نارسایی مکانیکی باشیم، مانومتري جهت اندازه گیری فشار ARS در هنگام بسته بودن مورد استفاده قرار می گیرد.

مراقبت پرستاری: تهیه تاریخچه کامل و معاینه جسمی اهمیت زیادی دارد. همچنین آموزش درباره بهداشت برای حفظ سلامت پوست و انجام بیوفیدبک و در صورتیکه بی اختیاری دائمی باشد آشنایی بیمار با کیسه های جمع آوری مدفوع انجام می گیرد.

سندروم روده تحریک پذیر (IBS)

از شایع ترین مشکلات گوارشی است و عوامل خطر ابتلا به آن عبارتند از: ارث، جنسیت (در زنان)، تنیدگی یا بیماری روانی، رژیم غذایی پرچرب، لاکتوز و محرک، الکل، و سیگار. تشخیص زمانی محرز می شود که آزمونهای مختلف، نبود اختلالات دیگر را تأیید نمایند. این سندرم در اثر اختلال عملکرد در روده رخ می دهد. تصور می شود که علائم IBS از ناهنجاری های موجود در ترشح 5-HT که واسطه انتقال تحرک روده ای و حساسیت احشایی می باشد ناشی می شود. بیمار مبتلا به IBS معمولاً ترکیبی از علائم زیر را دارد: درد کرامپی شکم که معمولاً قسمت تحتانی شکم متمرکز می شود، تغییر در عملکرد روده، یبوست یا اسهال، ترشح بیش از حد مخاط کولون، علائم سوءهاضمه (نفخ، تهوع و بی اشتها).

سوال: سندروم روده تحریک پذیر در چه کسانی شایعتر و علل آن چیست؟ (۹۱-۹۰ وزارت بهداشت)

- (الف) در آقایان بیشتر دیده می شود. عوامل روحی روانی و تغذیه در ایجاد آن موثر است.
(ب) در خانم شایعتر، و توارث، افسردگی، اضطراب، رژیم غذایی چرب و محرک از علل آن است.
(ج) در خانمها شایعتر و علل آن ناشناخته است.
(د) در آقایان شایعتر، و توارث، اضطراب و رژیم غذایی محرک از علل آن می باشد.

پاسخ گزینه ب/

معمولاً بعد از اتساع علائم فروکش می کنند. زن ها می گویند که حوالی زمان قاعدگی علائم بدتر می شوند. علائم از نظر شدت متغیر هستند. فیبر، میوه ها، الکل، کافئین و خستگی می توانند علائم را تشدید یا تسریع کنند. بیماران از تداخل بیماری با فعالیت های روزانه و کیفیت پایین زندگی شکایت می کنند.

برای تشخیص از پروکتوسکوپی، تنقیه باریم، کولونوسکوپی، مانومتري و الکترومیوگرافی استفاده می شود (برای رد اختلالات دیگر انجام می شوند). معیار علامت محور Rome II بیان می دارد که ناراحتی یا درد شکم باید برای مدت حداقل ۱۲ هفته پی در پی در طی ۱۲ ماه همراه با ۲ مورد از ۳ مورد زیر طول بکشد: با دفع تسکین یابد، شروع آن با تغییر در تکرار مدفوع در ارتباط می باشد، یا شروع آن با یک تغییر در شکل یا ظاهر مدفوع همراه می باشد.

کلیه منابع ارائه شده توسط مرکز نخبگان دارای شابک، فیبا و مجوز وزارت ارشاد می باشد و هرگونه برداشت و کپی برداری از مطالب پیگرد قانونی دارد

اهداف درمانی شامل تسکین درد، کنترل اسهال و یبوست و کاهش تنیدگی است. حذف غذاهای محرک و داشتن رژیم غذایی متعادل و پرفیبر توصیه می شود. همچنین مواد کلونیدی هیدروفلیک، ضد اسهال برای کنترل دفع؛ و آنتی کلینرژیک ها و بلوک کننده کلسیم برای کاهش اسپاسم استفاده می شود. همچنین داروی Tegaserod که بلوک کننده گیرنده 5-HT₄ است برای درمان یبوست مزمن به کار می رود (شایعترین عارضه آن اسهال پس از یک هفته و افت BP است). لوبرامید عبور روده ای را کند می کند، جذب آب را افزایش می دهد و قوام اسفکتر مقعد را تقویت می کند که باعث کمتر شدن مدفوع می گردد. تمرینات ورزشی نیز می تواند به کاهش اضطراب و افزایش حرکات روده کمک کند.

مراقبت پرستاری: نقش پرستار آموزش است (جویدن آرام غذا و نظم در غذا خوردن، عدم مصرف آب با غذا و منع مصرف الکل و سیگار) به بیمار توصیه می شود.

رژیم غذایی پر فیبر از طریق تولید مدفوع حجیم تر و کاهش دادن تنش در دیواره سیگموئید کولون به کنترل IBS کمک می کند. فیبر به کنترل یبوست و اسهال کمک می کند. رژیم غذایی پرفیبر باعث ایجاد مدفوع نرم تر، حجیم تر و سنگین تر، در یبوست می شود، زیرا فیبر باعث کاهش زمان عبور می شود. در اسهال، رژیم فیبردار به جذب آب کمک می کند، به مدفوع شکل می دهد و زمان عبور را افزایش می دهد. منابع فیبر شامل حبوبات، گندم کامل و دیگر غلات مثل برنج قهوه ای و سبزیجات تازه می باشد. بیماران باید روزانه ۶ تا ۸ لیوان ۸ انس آب بنوشند زیرا آب به تنظیم شدن قوام و تکرر مدفوع کمک می کند. اگر مشکل بیمار اسهال است بیمار باید از مصرف غذاهایی که می توانند باعث ایجاد این مشکل شوند، مثل نوشیدنی های کربنات و کافئین دار خودداری کند و مایعات را به جای زمان غذا خوردن بین فواصل غذایی بنوشد.

➤ نکته:

مهمترین توصیه در بیماران با IBS، رژیم غذایی پرفیبر همراه با مواد حجیم کننده مدفوع است.

سوء جذب

عبارت است از عدم توانایی سیستم گوارش برای جذب مواد مغذی مهم مثل کربوهیدرات، چربی، پروتئین، ویتامین های مهم A و B و املاح از قبیل آهن و کلسیم.

شایع ترین علل سوء جذب

- اختلالات مخاطی ایجادکننده سوء جذب عمومی (بیماری سلیاک، کرون و اتزیت ناشی از پرتودرمانی)
- بیماری های عفونی ایجادکننده سوء جذب عمومی (رشد بیش از اندازه باکتری، بیماری ویپل)
- سوء جذب بعد از اعمال جراحی برداشتن معده و روده
- مشکلات مربوط به مجرای گوارشی ایجادکننده سوء جذب (نقص در اسید صفراوی، زولینگرالیسون و نارسایی پانکراس)
- اختلالات ایجاد کننده سوء جذب نسبت به موادغذایی خاص (نقص دی ساکاریداز که موجب عدم تحمل لاکتوز می شود)

تظاهرات بالینی: مهمترین نشانه اسهال شل و حجیم و بدبو با مقدار زیادی چربی به رنگ خاکستری است. علائم همراه شامل نفخ، افزایش دفع گاز، کاهش وزن است که نهایتاً موجب سوء تغذیه می شود که با کمبود ویتامین های محلول در چربی (آویتامینوز) و املاح و کاهش وزن همراه است.

تشخیص: آزمایش تحمل لاکتوز، جذب گزیلوز و آزمایش شیلینگ جز آزمایشات تشخیصی سوء جذب هستند. علاوه بر آنها آزمایش مدفوع و تست هیدروژن تنفسی، اندوسکوپی، نمونه برداری، اولتراسوند، رادیولوژی و CBC انجام می گیرد.

درمان: اجتناب از مواد محرک؛ مصرف ضد اسهال؛ مصرف آنتی بیوتیک؛ جایگزینی ویتامین های قابل حل در آب (B₉ و B₁₂)، ویتامین های محلول در چربی (A, D, K) و املاح (کلسیم و آهن) و جراحی.

درمانها بسته به علت ایجادکننده بیماری انجام می گیرد.

نکته: ممکن است بیماری در سالمندان به صورت خستگی و گیجی بروز کند.

پرستار باید به بیمار آموزش دهد که: از مصرف شیر و غذاهای حاوی آن خودداری کند. جایگزین های کلسیم و ویتامین D را جهت پیشگیری از بروز پوکی استخوان مصرف کند. همچنین توجه داشته باشد که بسیاری از غذاهای آماده حاوی شیرخشک هستند.

اختلالات التهابی حاد روده

آپاندیسیت: آپاندیس مرتب با غذا پر شده و به داخل کولون تخلیه می شود. اگر به خوبی تخلیه صورت نگیرد احتمال عفونت و انسداد وجود دارد. آپاندیسیت شایع ترین علت التهاب حاد در RLQ می باشد. حالتی است که آپاندیس ملتهب و متورم شده و از چرک پر می شود. وقتی که آپاندیس مسدود شد، فشار داخل مجرا افزایش می یابد، و منجر به کاهش درناژ وریدی، ترومبوز، ادم و تهاجم باکتری به دیواره روده می گردد. بعد از آغاز انسداد آپاندیس به شکل فزاینده ای پر خون و گرم شده و توسط آگزودا پوشیده می شود که به سمت گانگرن و پرفوراسیون پیش می رود.

تظاهرات بالینی

- درد که ابتدا در منطقه اپیگاستر یا دور ناف شروع شده و بیس با درگیر شدن لایه های سروزی روده به RLQ منتشر می شود. در ابتدا درد متناوب بوده اما سپس به صورت مداوم می شود. بیمار از طریق جمع کردن پاها جهت تسکین فشار وارده بر عضلات شکم، از ناحیه دردناک محافظت می کند.
- تب خفیف
- تهوع و استفراغ
- کاهش اشتها
- حساسیت در نقطه مک بورنی (ریباند تندرئس)
- علامت روزینگ (لمس LLQ موجب احساس درد در RLQ می شود)

سؤال: در بیماری که مبتلا به آپاندیس است، لمس ربع تحتانی چپ شکم باعث تشدید درد در ربع تحتانی راست می شود این علامت چه نام دارد؟ (۸۰ آزاد)

الف) علامت سوآس (Psoas)

ب) علامت ریباند موضعی (Local rebound)

ج) حالت گاردینگ (Guarding)

د) نشانه روزینگ (Rousing)

جواب گزینه د

➤ نکته:

علامت روزینگ مثبت جزو علایم بیماری آپاندیسیت است.

- درد در ناحیه کمر دلالت بر وجود نوک آپاندیس در پشت سکوم و درد ناحیه رکتوم وجود نوک آپاندیس را در لگن بیان می دارد.
- درد هنگام اجابت مزاج و دفع ادرار به ترتیب دلالت بر وجود نوک آن بر روی رکتوم و نزدیکی مثانه است.
- در صورت پاره شدن آپاندیس، درد منتشره شده، شکم بیمار سفت و تخته ای می شود و نفخ شکم در اثر ایلئوس پارالیتیک ایجاد می گردد.

مصرف ملین یا مسهل در آپاندیسیت منجر به پرفوراسیون می شود.

تشخیص: معاینه جسمی، آزمایشگاهی و رادیولوژیک است. $WBC > 10000$ و نوتروفیل بیش از ۷۵٪ می شود. در عکسبرداری از شکم یک تراکم در RLQ یا اتساع موضعی روده مشاهده می شود.

عوارض: مهمترین عارضه پرفوراسیون است که منجر به پریتونیت یا آبسه می شود. عارضه دیگر التهاب ورید پورت به علت آمبولی است.

نشانه های آپاندیسیت در سالمندان نامشخص تر از جوانان بوده و احتمال پارگی بیشتر است.

درمان: جراحی فوری (طی ۴۸ - ۲۴ ساعت پس از شروع علائم) نیاز است. تا قبل از جراحی آنتی بیوتیک و مصرف مایعات وریدی توصیه می شود سپس به روش لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی اقدام به آپاندکتومی می شود.

سوال: همه موارد زیر باید بعد از عمل جراحی آپاندیسیت انجام شود بجز:

- الف) تسکین درد بیمار (ب) محدودیت در مصرف مایعات
ج) قرار گرفتن در پوزیشن نشسته (د) اطلاع دادن اولین حرکت روده ای به پزشک

پاسخ گزینه ب/

مراقبت های پرستاری

- جایگزینی مایعات از دست رفته
- حفظ عملکرد کلیه
- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی
- اجتناب از تنقیه باریم
- گذاشتن NGT در صورت ایلئوس (پس از جراحی روده ها، حرکات دودی روده به مدت ۴۸-۲۴ ساعت متوقف است به همین دلیل NGT تعبیه می شود تا مایع و گاز تخلیه شده و از تهوع و استفراغ و در نتیجه آسپیراسیون پیشگیری شود، از ادم و در نتیجه فشار روی خط بخیه پیشگیری می شود و خونرسانی به بخیه ها تسهیل گردد).
- پوزیشن نشسته یا به پهلو خوابیده با زانوان خمیده برای کاهش درد.
- سولفات مورفین برای تسکین درد
- در صورت برگشت صداهای روده ای مصرف مایعات (پس از تمام جراحی های گوارش، معیار شروع مایعات، شنیدن صداهای روده ای است).
- در روزهای ۷-۵ بعد از عمل کشیدن بخیه ها
- فعالیت طبیعی ۴-۲ هفته پس از عمل
- بررسی از نظر خونریزی ثانویه و انسداد روده
- آموزش درباره نحوه پانسمان و کنترل زخم
- تشویق بیمار برای به حرکت درآوردن پاها (هدف اصلی از انجام این عمل پس از اعمال جراحی شکمی، کمک به بازگشت حرکات دودی روده است).

نکته: آبسه داخل لگنی، آبسه زیر دیافراگم و ایلئوس از عوارض احتمالی دیگر آپاندکتومی هستند.

آبسه داخل لگنی: مهمترین اقدامات عبارتند از:

- بررسی بیمار از نظر بی اشتهایی، تب و لرز و تعریق
- مشاهده بیمار از نظر اسهال (ممکن است بیانگر آبسه لگن باشد)
- آماده سازی بیمار برای معاینه مقعدی و راست روده و برای جراحی و درناژ آبسه

آبسه زیر دیافراگم: مهمترین اقدامات عبارتند از:

- بررسی بیمار از نظر تب و لرز و تعریق
- آماده سازی بیمار برای عکسبرداری
- آماده سازی بیمار برای درناژ آبسه

ایلتوس فلجی یا مکانیکی: مهمترین اقدامات عبارتند از:

- بررسی صداهای روده، تعبیه NGT و اسپیره ترشحات
- جایگزینی مایعات و الکترولیت
- در صورت محرز شدن تشخیص، آماده کردن بیمار برای جراحی

سؤال: در بیمار مبتلا به ایلتوس پارتیک از نظر پرستاری توجه به کدام نکته مهم است؟ (۸۰ تربیت مدرس)

- الف) بیمار باید به مدت ۸ روز NPO باشد (ب) استراحت مطلق نکته مهم است.
ج) تشویق بیمار به راه رفتن (د) تشویق بیمار به نوشیدن مقدار کمی مایع گازدار
- جواب گزینه ج.** برای برطرف کردن اثرات بی‌حرکتی و داروهای مسکن، نرم کننده های مدفوع تجویز می‌شوند. انجام فعالیت بدنی هم در درمان ایلتوس فلجی مهم است.

دیورتیکول

عبارت است از بیرون زدگی کیسه مانند پوشش روده از میان نقص پدید آمده در لایه عضلانی. بیشتر در کولون سیگموئید رخ می‌دهد. دیورتیکول زمانی ایجاد می‌شود که در اثر فشار بالای مجرای کولون، حجم کم کولون (رژیم کم فیبر) و کاهش قدرت عضلانی دیواره کولون، لایه های مخاطی و زیر مخاطی کولون از طریق دیواره عضلانی آن بیرون زده شود. دیورتیکول در اثر تداوم انسداد ملتهب شده دیورتیکولیت نام می‌گیرد. علل احتمالی آن عبارت است از رژیم غذایی کم فیبر و استعداد مادرزادی.

تظاهرات

یبوست مزمن، اسهال متناوب، دردهای کرامپی LLQ همراه تب، تهوع، استفراغ، مدفوع باریک و بی‌اشتهایی. اگر که التهاب در ناحیه مجاور مثانه اتفاق بیفتد، تکرر ادرار می‌تواند ایجاد گردد. زور زدن در هنگام دفع، سرفه کردن و بلند کردن چیزهای سنگین می‌تواند باعث افزایش فشار داخل شکمی شود و علائمی مثل اسهال، یبوست، درد، مخاط و دفع گاز را افزایش دهند و پزشک ممکن است یک توده حساس به لمس را در ارزیابی های توشه رکتال حس نماید. گسترش التهاب به ارگان های مجاور می‌تواند منجر به فیستول مثانه یا واژن یا پریتونیت گردد. التهاب های مکرر می‌توانند باعث تنگ شدن و انسداد روده شوند.

سؤال: همه علائم مربوط به دیورتیکولیت حاد است بجز:

- الف) کرامپ دردناک در ربع تحتانی شکم
ب) الگوی دفع نامنظم
ج) اسهال
د) استفراغ

پاسخ گزینه د/

نکته:

در بیمار مبتلا به دیورتیکولیت، افزایش گلبولهای سفید خون دیده خواهد شد.

بررسی و یافته های تشخیصی

کولونوسکوپی روش مورد تأیید است. CT اسکن برای تشخیص آبسه به کار می‌رود. در صورت پارگی روده در عکسبرداری از شکم، تجمع هوای آزاد در زیر دیافراگم مشاهده خواهد شد.

عوارض

پریتونیت، تولید آبسه و خونریزی. در صورت آبسه علائمی مانند تندرینس، تب و لکوسیتوز بروز می‌کند و در صورت پریتونیت درد شکم سفتی، فقدان صدای روده ای و علائم شوک بروز می‌یابد.

درمان طبی: بیماری دیورتیکول بدون علامت به جز اصلاح تغذیه ای به هیچ درمان خاصی نیاز ندارد و بیماری خفیف می‌تواند توسط استفاده از یک رژیم پرفیبر و پیشگیری از یبوست با استفاده از مسهل های نرم کننده و حجم دهنده (کلوئیدی هیدروفیلیک) درمان گردد. به

بیمار توصیه کنید که هر گونه تغییر در الگوی دفع روده ای (یبوست یا اسهال) یا ویژگی‌های مدفوع (وجود خون، مخاط) یا وجود تب، درد شکم یا علائم ادراری را به پزشک اطلاع دهد. دیورتیکولیت می تواند به صورت محافظتی توسط مداخله پزشکی از طریق استراحت دادن به روده درمان گردد. شروع نشانه‌های دیورتیکولیت استراحت، مسکن و ضد اسپاسم تجویز می گردد. ابتدا رژیم مایعات تجویز شده سپس با فروکش کردن التهاب رژیم پرفیبر و کم چربی توصیه می شود. به مدت ۷-۱۰ روز آنتی بیوتیک تجویز می گردد. این رژیم باعث افزایش حجم مدفوع و کاهش زمان توقف مدفوع در کولون و در نتیجه پیشگیری از افزایش فشار مجرا می شود. از ملین های افزایش دهنده حجم مدفوع نیز استفاده می شود. افراد دارای سیستم ایمنی ضعیف و سالمندان معمولاً در بیمارستان بستری شده و NPO می شوند. از محلول های وریدی استفاده شده و NGT گذاشته می شود. مپردین برای تسکین درد داده می شود (مرفین به دلیل افزایش دادن فشار مجرا کاربرد ندارد). داروهای ضد اسپاسم (اکسی فن سیکلیمین بروماید) و نرم کننده های مدفوع داده می شود.

درمان جراحی: از آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف به مدت ۷-۱۰ روز استفاده می شود. با تخفیف علائم، رژیم غذایی کم فیبر تا کاهش علائم عفونت ضروری است.

در صورت بروز عوارض باید جراحی فوری انجام گیرد. در صورت وجود آبسه، از راه پوست تخلیه شده آنتی بیوتیکهای وریدی تجویز می شود و پس از فروکش کردن التهاب (تقریباً ۶ هفته بعد) جراحی انجام می گیرد.

مراقبت های پرستاری

• برقراری الگوی طبیعی دفع

- دریافت روزانه ۲ لیتر مایع
- مصرف غذاهای نرم حاوی فیبر مثل غلات آماده شده یا سبزیجات پخته شده جهت افزایش حجم مدفوع و تحریک حرکات دودی
- تمرینات بدنی برای بهبود تن عضلات شکم
- مصرف روزانه ملین های افزایش دهنده حجم مدفوع مثل متاموسیل . ممکن است تنقیه روغنی (وارد کردن روغن گرم به داخل رکتوم) برای نرم کردن مدفوع استفاده شود.

سوال: هنگام بروز حمله حاد دیورتیکولیت اقدام پرستار کدام است؟

- الف) آماده کردن بیمار جهت کولونوسکوپی
- ب) تشویق بیمار به مصرف غذاهای پرفیبر
- ج) ارزیابی بیمار جهت بروز نشانه های پریتونیت
- د) تشویق بیمار به مصرف ۱ لیوان آب هر ۱۲ ساعت

پاسخ گزینه ج/

• تسکین درد

- تجویز مسکن - تجویز ضد اسپاسم ها

• پایش عوارض

تمرکز مراقبت‌های پرستاری بر پیشگیری از عوارض استوار است. پرستار باید نشانه های پارگی روده (افزایش درد، حساسیت و سفتی شکم، افزایش WBC، افزایش ESR، تاکیکاردی، افزایش درجه حرارت و کاهش فشار خون) را بررسی کند.

پریتونیت

پریتونیت التهاب غشاء صفاقی می باشد. پریتون (صفاق) یک کیسه دو لایه نیمه تراوا است که با ۱۵۰ML مایع پر شده است. این کیسه همه ارگان های موجود در حفره شکم را می پوشاند. از آنجایی که این کیسه به خوبی توسط اعصاب سوماتیک (جسمی - بدنی) عصب دهی می شود، تحریک دیواره صفاق که حفرات شکم و لگن را می پوشاند باعث ایجاد درد تیز و کاملاً موضعی می کنند. پریتونیت می تواند اولیه یا ثانویه باشد. عامل اصلی التهاب از لوله گوارش، محیط بیرونی و جریان خون سرچشمه می گیرد فلورهای طبیعی روده وقتی وارد فضای استریل صفاق می شود باعث ایجاد عفونت می شوند. شایع ترین ارگانیسم E.coli می باشد و استافیلوکوک ها و استرپتوکوک ها و پنوموکوک ها هم درگیر این مساله هستند. صفاق می تواند واکنش التهابی ایجاد کند و به شرط گسترده و شدید نبودن عامل محرک و توقف فعالیت عامل عفونت، جهت مبارزه با عفونت از گسترش یافتن یک پروسه عفونی موضعی جلوگیری کند.

هیچ عامل خطری در مورد ایجاد پریتونیت وجود ندارد. زیرا این وضعیت نتیجه یک مشکل دیگر است. عوامل ایجاد کننده دیگر شامل: پارگی یا گانگرن کیسه صفره، پرفوراسیون پپتیک اولسر، پرفوراسیون روده، معده ثانویه به سرطان یا اختلالات التهابی روده، انسداد روده ای، زخم های نافذ و شرایطی دیگر (مثل پانکراتیت، ترومبوز عروق مزانتریک) می باشد.

پاتوفیزیولوژی

پریتونیت تاثیرات سیستمیک شدیدی را ایجاد می کند. تغییرات گردش خونی، جابجایی مایع و مشکلات تنفسی، می تواند باعث ایجاد اختلالات مایع و الکترولیت شدید گردند. واکنش التهابی جهت مقابله با عفونت، خون بیشتری را به سمت ناحیه ملتهب روده جاری می سازد. فعالیت پریرستالتیک روده متوقف می شود، مایعات و هوا در لومن روده احتباس پیدا می کنند که فشار را افزایش داده و ترشح مایع به داخل روده را تشدید می کنند. بنابراین حجم خون در گردش کاهش می یابد. بیمار به علت درد شکم و افزایش فشار داخل شکم در تنفس کردن دچار اشکال می شود. پروسه التهابی می تواند نیاز به اکسیژن را افزایش دهد.

تظاهرات: درد منتشر که به صورت مداوم و موضعی مجاور محل التهاب ایجاد می شود، تندرینس و نفخ شکم، سفتی عضلات، ریباند تندرینس، کاهش صداهای روده ای و ایلئوس فلجی، افزایش درجه حرارت و نبض، و تهوع و استفراغ رخ می دهد.

تشخیص: افزایش WBC و خصوصاً نوتروفیل ها و کاهش Hb, Hct؛ تغییر cl, k, Na ؛ وجود هوا و مایع در عکس ساده شکم و آبسه در اسکن شکم.

عوارض: سپتی سمی (علت اصلی مرگ است)، شوک ناشی از هیپوولمی یا سپسیس، انسداد روده ناشی از چسبندگی.

درمان: جایگزینی مایعات کلونیدی و الکترولیتها مهمترین اقدام است.

مسکن، داروهای ضد استفراغ و آنتی بیوتیک وسیع الطیف استفاده می شود. قرار دادن لوله روده ای و ساکشن برای کاهش نفخ بوده و اکسیژن برای جلوگیری از دیسترس تنفسی است.

سؤال: برای کاهش نفخ شکم و جلوگیری از مشکلات متعاقب آن در بیمارانی که دچار پریتونیت شده اند، کدام اقدام زیر صورت می گیرد؟ (۸۱-۸۰ وزارت بهداشت)

- (الف) دادن داروهای آنتی کولینرژیک
(ب) گذاردن لوله معده و ساکشن آن
(ج) قرار دادن بیمار به وضعیت خوابیده
(د) مصرف مایعات بدون محدودیت
- جواب: گزینه ب

سؤال: پوزیشن مناسب بیمار مبتلا به پریتونیت کدام است؟ (۹۸-۹۷)

- (الف) نیمه نشسته با زانوهای خمیده
(ب) خوابیده به پشت
(ج) خوابیده به پهلو با زانوهای خمیده
(د) برون پوزیشن (دمر)

پاسخ گزینه ج/ این پوزیشن موجب کاهش فشار بر اندام های شکمی و تسکین درد می شود.

سؤال: بیماری بعد از عمل جراحی روده از نفخ شکم شکایت می کند. کدام اقدام مراقبتی در اولویت قرار دارد؟ (۸۱ تربیت مدرس)

- (الف) تعویض لوله نازوگاستریک
(ب) ساکشن ترشحات لوله نازوگاستریک
(ج) اطلاع به پزشک معالج
(د) تشویق بیمار به حرکت هر دو ساعت به مدت دو روز
- جواب: گزینه ب

جراحی شامل خروج مواد عفونی (درناژ آبسه) و رفع علت اولیه (مثلاً آپاندکتومی) است.
۲ عارضه مهم پس از جراحی، باز شدن زخم جراحی و تولید آبسه است.

ظهور ناگهانی ترشح سروزی از محل عمل نشانه باز شدن زخم است.

مراقبت های پرستاری : نیاز به مراقبت ویژه است.

- بررسی فشار شریانی و فشار وریدی مرکزی و برون ده ادراری در صورت بروز شوک
- بررسی مداوم علائم حیاتی و تعادل مایع و الکترولیتها
- تجویز داروها تحت نظر پزشک
- برای راحتی بیشتر پوزیشن خوابیده به پهلو و زانوها خمیده توصیه می شود که با کاهش فشار بر اندامهای شکمی موجب تسکین درد می شود.

سوال: بهترین پوزیشن برای بیمار مبتلا به پریتونیت کدام است؟ (۹۸-۹۹)

- الف) خوابیده به پهلو با زانوهایی خم شده
- ب) خوابیده به پشت و پاها صاف
- ج) نیمه نشسته و زانوهایی خم شده
- د) خوابیده به پشت و پاها جمع شده

پاسخ گزینه الف / این پوزیشن برای کاهش فشار بر اندامهای شکمی و تسکین درد موثر است.

سؤال: در مراقبت پرستاری از بیمار دچار پریتونیت کدام مورد باید مدنظر قرار گیرد؟ (۷۸-۸۸) وزارت

بهداشت

- الف) کنترل ترشحات تخلیه شده و علائم هیپرولمی
- ب) تزریق مایعات هیپرتونیک همراه با مصرف مسکن
- ج) کنترل صداهای دودی روده و علائم هیپرولمی
- د) قرار دادن بیمار به پهلو همراه با زانوهایی خم شده

جواب گزینه د /

- ثبت $I \propto O$

- مراقبت از درن ها و جلوگیری از جابه جایی آن ها

بیماری های التهابی روده (IBD)

IBD شامل بیماری کرون (انتریت ناحیه ای) و کولیت اولسراتیو می باشد. تصور می شود سابقه خانوادگی، عوامل محیطی مثل حشره کش ها، افزودنی های غذایی، عفونت های باکتریال، دخانیات، اشعه، NSAID، اختلالات سیستم ایمنی، اختلالات عاطفی و آلرژی از علل اصلی این بیماری ها باشند. تنها عامل خطر شناخته شده برای IBD، ژنتیک می باشد.

نکته:

مهمترین اتفاق در بیماران التهابی روده ای، اسهال است. بنابراین اولین درمان ها باید جهت کاهش اسهال باشد.

انتریت ناحیه ای (کرون)

در نوجوانان و جوانان و در ایلئوم انتهایی و سکوم شایع تر است و در سیگاریها دو برابر غیرسیگاری ها است. نیمی از بیماران، درگیری ناحیه پری آنال را تجربه کنند. بیماری کرون یک بیماری مزمن عود شونده می باشد. که می تواند به صورت ناپیوسته (بدون پیوستگی، تکه های جدا از هم) در هر بخش از لوله گوارش ایجاد گردد. بیماری کرون غالباً همه ضخامت روده (ترانس مورال) به ویژه لایه زیر مخاطی را درگیر می سازد. میزان مرگ و میر بالا نیست اما عودها و عوارض می توانند باعث ایجاد ناتوانی گردند. بیمار بین حملات احساس راحتی می کند. هرچند که در هر مرحله اسکار بیشتری در روده ایجاد شده و قدرت جذب مواد غذایی توسط آن کاهش می یابد.

پاتوفیزیولوژی

فرآیند بیماری با تورم و ضخیم شدن مخاط آغاز شده زخم ایجاد می شود. در حد فاصل زخم ها بافت طبیعی قرار می گیرد و گاهی گرانولوم ایجاد می شود و در نتیجه روده ظاهری شبیه قلوه سنگ پیدا می کند. سرانجام دیواره روده ضخیم و فیبروتیک شده و مجرای روده باریک می شود و گاهی قوس های مبتلا با قوس های مجاور چسبندگی می یابد. غدد لنفاوی لایه زیر مخاطی بزرگ می شوند و مسیرهای پیر (Peyers) در غشاء مخاطی روده دیده می شود. این مناطق به زخم های سطحی کوچک همراه با گوانولوماها و شقاق ها دچار می گردند. شقاق ها می توانند دیواره روده را به طور کامل سوراخ کنند و به فیستول و آبسه منجر گردند. فیستول ها هم به نوبه خود مواد سمی را از روده ها وارد جریان خون، حفره شکمی و دیگر ارگان ها می کنند. تجمع لنفوسیت ها در سر تاسر مخاط، زیر مخاط و سرورز تنها مشخصات میکروسکوپی بیماری کرون می باشد. عوارض خارج روده ای شامل سوءجذب، سنگ کلیه، هیدرونفروز، استوماتیت، آرتریت محیطی و گانگرن پیودرما (یک وضعیت اولسراتیو التهابی در پوست) می باشد. سنگ های کیسه صفرا در ۱۳ تا ۱۴ درصد از بیماران ایجاد می گردد. مشکلات آنورکتال شامل فیستول داخلی و آبسه می باشد. شقاق آنال شایع است و مستقیماً به شدت اسهال که باعث ایجاد زخم در پوست پری آنال می گردد بستگی دارد و با راه رفتن، نشستن و انجام عمل دفع شدیدتر می شود.

تظاهرات

ابتدا مخفی است سپس با اسهال و درد شکم در RLQ آغاز می شود. اسهال نسبت به کولیت اولسراتیو کمتر است. دردهای کرامپی بعد از غذا با تحریک روده بیشتر می شود در نتیجه فرد بی اشتها شده، سوء تغذیه، کاهش وزن و کم خونی ثانویه رخ می دهد. همچنین ترشح مواد محرک به داخل کولون زیادتر شده فرد دچار اسهال مزمن می شود. قوام مدفوع غالباً نرم یا نیمه مایع است. احساس دفع مدفوع به صورت اورژانسی ممکن است، بیمار را شب از خواب بیدار کند. بیمار به ندرت خون قابل مشاهده دفع می کند مگر اینکه زخم ایجاد شده باشد. ممکن است در اثر اسهال سوء جذب رخ دهد. اگر چنین شود مدفوع چرب با بوی متعفن خواهد داشت. بیمار مبتلا به اسهال چرب شدید اسهال با التهاب های روده ای مقاوم و پایدار ممکن است به کمبودهای تغذیه ای، کاهش وزن، بی اشتها، درد، آنمی، ناتوانی، خستگی و اختلالات متابولیک دچار گردد. کمبودهای تغذیه ای از مشکلات زیر ناشی می شود: (۱) کاهش در سطح جذب کننده در روده، (۲) سوءجذب پروتئین و کربوهیدرات ها، (۳) جذب ناقص چربی، اسید فولیک، آهن، کلسیم و ویتامین های A, B₁₂, C, D, E, K. ممکن است به علت جراحی یا مشکلات مخاطی تغییراتی در نمک های صفراوی و متابولیسم چربی ها ایجاد گردد. به علت پروسه التهابی و عفونت، کاهش مصرف غذا، و از دست دادن مواد متعددی در عمل دفع به علت انتقال سریع مواد غذایی توسط لوله گوارشی، نیازهای متابولیک افزایش می یابد. الکترولیت هایی که در اثر اسهال از دست می روند شامل سدیم، پتاسیم، کلراید عناصر (منیزیم، روی، مس) و مواد معدنی می باشند. اگر دفع پروتئین از طریق ترشحات التهابی صورت نگیرد دفع نیتروژن نرمال می ماند. گاهی روده ملتهب پاره شده آبسه های داخل شکمی و مقعدی ایجاد می شود. بنابراین علائم خاص خود مثل تب و لکوسیتوز را ایجاد می کنند. گاهی حتی آرتریت، اریتم ندوزوم، کونژکتیویت و زخم دهان ایجاد می شود.

سوال: کدامیک از موارد زیر مربوط به بیماری کرون است؟

(الف) عدم ضخیم شدن و باریک شدن روده

(ب) ظاهر قلوه سنگ روده

(ج) درد قسمت تحتانی چپ شکم

(د) بروز خونریزی زیاد

پاسخ گزینه ب/

بارزترین نشانه درد متناوب است که همراه با اسهال بوده اما با انجام دفع تسکین نمی یابد.

بررسی و یافته های تشخیصی: معاینه اندوسکوپی و رکتوم و سیگموئید، آزمایش مدفوع.

مهمترین روش قطعی بلع باریم است. در تنقیه باریم، نمای قلوه سنگی، فیشر و فیستول دیده می شود. اندوسکوپی، کولونوسکوپی و بیوپسی روشهای دیگر هستند. بررسی CBC برای اندازه گیری Hb, Hct و میزان آلبومین و پروتئین برای بررسی سوء تغذیه انجام می شود.

عوارض: انسداد روده یا تنگی، مشکلات اطراف مقعدی، اختلال مایع و الکترولیت، فیستول (شایع ترین آن فیستول روده ای پوستی)، آبسه و سوء تغذیه، التهاب رتین و عنبیه، اریتم ندوزوم

افراد مبتلا به انتریت ناحیه ای در معرض خطر ابتلا به سرطان کولون قرار دارند.

نکته:

باریک شدن مجرای روده در منطقه آنورکتل باعث افزایش احتمال ریسک فیستول می شود.

کولیت اولسراتیو

نوعی بیماری عودکننده التهابی و زخم شونده در لایه های مخاطی و زیرمخاطی کولون و رکتوم است. بیماری معمولاً از رکتوم و قسمت دیستال کولون شروع می شود و به سمت بالا گسترش یافته و از اسفنکتر رکتوسیگموئید می گذرد. بیشترین قسمت سیگموئید و کولون نزولی را درگیر می سازد.

پاتوفیزیولوژی

با ایجاد زخمهای مخاطی، التهاب منتشر و جدا شدن پوشش کولون منجر به خونریزی و در نهایت کوتاه و ضخیم شدن روده باریک (به علت هیپرتروفی عضلانی و رسوب چربی) می شود. ظاهر کولون بستگی به مرحله، فعالیت و شدت بیماری دارد. معمولی ترین زخم در کولیت اولسراتیو یک قسمت ارتشاحی التهابی به نام آبسه کریپت (Crypt) است. این آبسه دربرگیرنده لکوسیت های پلی مورفونوکلئوتید، لنفوسیت ها، گلبول های قرمز، بافت های مرده وجود دارد. ترشحات حاصله از آبسه های کریپت باعث خروج چرک از مخاط روده می گردد و آبسه ها می توانند نکروزه و زخم شوند.

عفونت های ثانویه به کولیت اولسراتیو باعث ایجاد واکنش های التهابی در مخاط می گردد. زمانی که زخم های التهابی بهبود می یابند، ممکن است اسکار، فیبروز، همراه با تنگی، ضخیم شدگی و کوتاه شدگی کولون به دنبال آن ایجاد گردند. سرطان کولون در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو از عموم مردم شایع تر است. کولیت اولسراتیو اگر قبل از سن ۱۶ سالگی اتفاق بیافتد یا در افرادی که این بیماری را برای مدت بیش از ۲۰ سال داشته اند شیوع سرطان به شدت افزایش می یابد.

مگا کولون سمی، اتساع بیش از حد و قطعه ای از کولون مشکل دار می باشد. مگا کولون سمی معمولاً در طی یک حمله کولیت اولسراتیو ایجاد می گردد و ممکن است به دنبال هایپوکالمی، باریم انما، یا استفاده زیاده از آنتی بیوتیک ها، آنتی کولینرژیک ها، مخدرها، کورتیکواستروئیدها ایجاد گردد. رشد بیش از حد باکتری ها در ایجاد این مشکل دخالت می کند. پرفوراسیون و پریتونیت هم می تواند وضعیت را پیچیده تر کند.

سوال: کدامیک از تشخیص های زیر برای بیمار ۴۵ ساله مبتلا به کولیت اولسراتیو در اولویت اول قرار دارد؟

الف) درد حاد ب) عدم تحمل فعالیت ج) عدم تعادل تغذیه د) خطر کمبود مایعات

پاسخ گزینه الف/

تظاهرات بالینی

علامت واضح و برجسته کولیت اولسراتیو خونریزی از رکتوم است. بیماران اغلب اسهال را تجربه می کنند که ممکن است در طول روز ۲۰ مرتبه یا بیشتر مدفوع داشته باشند. شدت و تکرار اسهال بستگی به وسعت کولون درگیر شده دارد. اسهال شدید می تواند باعث از دست رفتن ۵۰۰ تا ۱۷۰۰۰ میلی لیتر آب در طی ۲۴ ساعت گردد.

سایر علائم عبارتند از: درد شکم و تدریس برگشتی در LLQ، تنسوس متناوب (اسپاسم اسفنکتر مقعد همراه درد و تمایل به دفع)، خونریزی از راست روده، بی اشتها، کاهش وزن، تب، تهوع، استفراغ، کم آبی، هیپوکسمی و کم خونی (به دلیل خونریزی و کاهش مصرف آهن در رژیم غذایی). ممکن است یووئیت، آرتریت، بیماری کبدی و اریتم ندوزوم نیز ایجاد شوند.

بعد از بهبودی و فروکش کردن، بیماری می تواند با استرس های عاطفی، رعایت نکردن رژیم غذایی یا مصرف مواد محرک مثل مسهل ها یا آنتی بیوتیک ها عود کند. فعالیت جسمی زیاد، عفونت های تنفسی و ضعف و خستگی هم ممکن است باعث ایجاد یک حمله بیماری گردد.

تشخیص

بررسی علائم شوک هیپوولمی، تعادل مایعات و معاینه جسمی، آزمایش مدفوع (از نظر وجود خون و میکروارگانیسم ها)، افزایش WBC، کاهش Hb و Hct، کاهش سطح آلبومین
سیگمئوئیدوسکوپی و تنقیه باریم حائز اهمیت است. در تنقیه باریم بی نظمی مخاطی، کوتاه شدن کولون و اتساع قوس‌های روده ای مشاهده می شود. اندوسکوپی برای مشاهده مخاط ملتهب، CT اسکن و اولتراسوند برای آبنه ها به کار می رود.
نکته: جهت آماده سازی بیمار برای تنقیه و اندوسکوپی از مسهل استفاده نمی شود بلکه ۲ روز قبل رژیم مایعات شروع می گردد و روز آزمایش ممکن است تنقیه با آب معمولی انجام شود.

عوارض

مگاگولون سمی (با علائم تب، درد شکم، نفخ، استفراغ و خستگی همراه است و به آنتی بیوتیک و کورتیکوستروئید پاسخ نداده بنابراین باید جراحی کولکتومی انجام شود)، پارگی، خونریزی و احتقان عروقی، نئوپلاسم بدخیم، پیلونفریت و سنگ کلیه، کارسینوم مجاری صفرا، آرتریت، التهاب شبکیه و غنچه و اریتم ندوزوم.

سوال: وقتی بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو می شود، پرستار باید به کدامیک از عوارض بیشتر توجه کند؟

- الف) انسداد روده (ب) مگاگولون (ج) سوء تغذیه به دلیل سوء جذب (د) تشکیل فیستول
پاسخ گزینه ب/

درمان کولیت اولسروز و انتريت

هدف کاستن التهاب و سرکوب واکنش های ایمنی نامناسب و استراحت دادن به روده بیمار است. جهت کاهش دادن تحرک روده ای فعالیت فیزیکی بیمار در مرحله حاد بیماری باید در حداقل نگه داشته شود. بیمار مبتلا به یک حمله خفیف می تواند کار کند اما به استراحت اضافه نیازمند است. بیماری که تب، سمیت خونی، حرکات روده ای مداوم، خونریزی زیاد و درد دارد به استراحت در تخت نیاز دارد. رژیم غذایی این بیماران کم باقیمانده، پرپروتئین و پرکالری همراه با جابگزینی ویتامین ها و آهن است. جایگزینی مایع و الکترولیتی از طریق وریدی انجام می گیرد.

TPN زمانی انجام می گیرد که بیمار به مداخلات طبی پاسخ نمی دهد، برای درمان جراحی آماده می شود یا تحت عمل رزکسیون روده قرار می گیرد. TPN با از بین بردن همه محرک هایی که باعث تحریک ترشحات گوارش می شوند و کاستن حجم مدفوع موجب استراحت روده می شود. افزایش وزن، تعادل نیتروژن و بهبودی در علائم را ایجاد می کند. به نظر می رسد TPN برای بیمار کرون از کولیت اولسراتیو موثرتر باشد.

درمان دارویی شامل آرام بخش ها و ضد اسهال و داروهای ضد حرکات دودی (که تا زمان برقراری قوام و دفعات طبیعی مدفوع استفاده می شود)، آمینوسالیسیلاتها مثل سولفاسالازین (درمان التهاب)، آنتی بیوتیک ها مثل مترونیدازول، هورمون های تزریقی آدرنو کورتیکوئیک و کورتیکوستروئید، تعدیل کننده های سیستم ایمنی (آزاتیوپرین و ...) و جدیدترین درمان بیولوژیکی، استفاده از آنتی بادی مونوکلونال است.

نکته:

داروی سولفاسالازین موثرترین دارو در کنترل بیماری کرون است.

سوال: آقای زارعی مبتلا به کولیت اولسراتیو است و در حال گرفت انفوزیون TPN است. جهت جلوگیری از بروز عوارض متابولیکی پرستار باید مراقب همه موارد زیر باشد، بجز:

- الف) ترومبوز (ب) هیپراسمولار (ج) کمبود منیزیم (د) هیپرگلیسمی

پاسخ گزینه الف/

سوال: کدام یک از درمان های زیر برای بیماری کرون مورد انتظار نیست؟

الف) لاکتوز (ب) داروی ضداسهال (ج) کورتیکواستروئید (د) شیر

پاسخ گزینه د/

نکته:

ایلئوستومی و کلهوستومی جزو درمان بیماری کولیت اولسراتیو است.

از آنجایی که پروسه التهابی در بیماری کرون لایه ای عمیق تری از دیواره روده ای را درگیر می کند و مزمن تر است، درمان آن از کولیت اولسراتیو کندتر صورت می گیرد. بنابراین مدت زمان مصرف داروهای ضدالتهابی از جمله استروئیدها در مورد بیماری کرون طولانی تر از کولیت اولسراتیو می باشد.

در صورت تنگی، جراحی یک روش موثر جهت ترمیم تنگی است. در انتزیت ناحیه ای ضایعه برداشته می شود و دو قسمت باقیمانده آناستوموز می شود. در موارد شدید انتزیت، کولکتومی و ایلئوستومی انجام می گیرد. تازه ترین روش جراحی انتزیت ناحیه ای، پیوند روده است. در کولیت اولسروز هم درمان انتخابی مثل انتزیت شدید است. در صورت گرفتاری شدید راست روده، پروکتوکولکتومی (برداشتن کامل کولون رکتوم و مقعد، بستنی آنوس و قرار دادن ایلئوستومی دائمی) انجام می شود.

سوال: کدامیک از موارد زیر باعث وخیم شدن بیماری کولیت اولسراتیو می شود؟

الف) شغل پراسترس (ب) رژیم گیاه خواری (ج) شروع ورزشهای تحمل وزن (د) پیاده روی ۲ کیلومتر روزانه

پاسخ گزینه الف/

مراقبت های پرستاری

سوال: کدامیک از اهداف پرستاری زیر، در اولین روزهای بستری بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو باید مدنظر قرار بگیرد؟

الف) ارتقای اعتماد به نفس و مستقل بودن

ب) کنترل اسهال

ج) دادن تغذیه کافی

د) ارتقای استراحت و راحتی

پاسخ گزینه ب/

۱) برقراری الگوی طبیعی دفع

- شناسایی عوامل دخیل

- بررسی دفعات دفع و توام و مقدار مدفوع

- داروی ضد اسهال

- استراحت بیمار در تخت برای کاهش حرکات دودی

- فراهم کردن امکان دسترسی سریع بیمار به توالت یا لگن

۲) تسکین درد

- بررسی مشخصات درد (کرامپی، سوزشی)

- تجویز آنتی کلینرژیک ۳۰ دقیقه قبل از غذا برای کاهش درد

- مصرف مسکن

- تغییر پوزیشن

- استفاده از گرمای موضعی

- فعالیت‌های انحراف فکر
- پیشگیری از بروز خستگی

(۳) برقراری تعادل مایع بدن

- اندازه گیری $I \propto O$

- توزین روزانه
- بررسی علائم کم آبی
- تشویق به مصرف مایعات (مصرف حداقل ۸ لیوان آب در روز ضروری است).
- رفع اسهال

(۴) برقراری تغذیه مناسب

شایعترین عارضه *IBD*، کمبودهای تغذیه ای است.

- تغذیه وریدی در صورت شدید شدن بیماری

- کنترل $I \propto O$ و وزن بیمار (در خلال درمان وریدی باید روزانه نیم کیلو به وزن بیمار افزوده شود)

- کنترل *BS* هر ۶ ساعت (به علت مصرف گلوکز غلیظ در تغذیه وریدی)

سوال: در آموزش قبل از ترخیص بیمار مبتلا به *IBD* (بیماری مزمن التهابی روده) کدامیک از موارد زیر را توصیه می کنید؟ (۹۸-۹۷)

(الف) مصرف غذاهای پروتئین، کم چرب و کم باقی مانده

(ب) مصرف شیر و لبنیات و مکمل غذایی

(ج) اجتناب از مصرف غذاهای گرم و محرک

(د) مصرف غذاهای پروتئین، پرچرب و سرشار از ویتامین

پاسخ گزینه الف / این رژیم غذایی موجب کاهش بروز بیماری و بهبود وضعیت بیماری می شود.

- رژیم غذایی پر پروتئین، پرکالری، کم باقیمانده، کم چرب و پر ویتامین

- جبران اسیدفولیک (کمبود فولات می تواند نشانه استفاده درمانی از سولفاسالازین باشد لذا افزایش مصرف اسیدفولیک در رژیم غذایی یا مکمل های ویتامینی ضروری می باشد)

- مصرف غذاهای سرد، محرک، شیر، آجیل ها، غذاهای دانه ای (مثل عدس)، ذرت بو داده، نوشیدنی های گازدار و کربناتی، الکل و سیگار ممنوع است.

- هنگامی که ایلئوم دیستال برداشته می شود، بیمار نمی تواند ویتامین B_{12} را جذب کند و برداشتن بیش از ۶ تا ۸ فوت از روده باعث جذب ناقص گلوکز، چربی و پروتئین می گردد. مدت ۱ تا ۳ هفته بعد از رزکسیون وسیع روده باریک ممکن است بیمار قادر به تحمل مصرف غذا از راه دهان نباشد و ممکن است کاهش بیشتر در پروتئین بدن یا کاهش توده بدنی را تجربه کند. تا زمانی که تغذیه از راه دهان شروع شود *TPN* به بیمار داده می شود. معمولاً در طی هفته اول بعد از جراحی اسهال رخ می دهد. آنمی (ناشی از کمبود آهن، استئاتوره یا کاهش جذب پروتئین) هم ممکن است ایجاد گردد.

(۵) تدارک استراحت

- دوره های متناوب فعالیت و استراحت

- محدودیت فعالیت (جهت حفظ انرژی و کاهش حرکات دودی)

- استراحت در تخت

- برای پیشگیری از آمبولی در تخت تمرینات فعال داشته باشد.

۶) پیشگیری از آسیب پوستی

- معاینه مرتب پوست بیمار به خصوص اطراف مقعد
- تمیز کردن ناحیه مقعد با آب گرم و مالیدن وازلین پس از هر بار اجابت مزاج

۷) پایش عوارض : مهمترین عوارض عبارتند از : اختلال الکترولیتی، دیس ریتمی های قلبی (به علت از دست دادن الکترولیت ها)، خونریزی از دستگاه گوارش، سوراخ شدن روده اقدامات پرستاری جهت کنترل این عوارض شامل موارد زیر است :

- کنترل سطح الکترولیتها
- بررسی دیس ریتمی ها و سطح هوشیاری
- بررسی خونریزی
- تجویز محلول های وریدی
- بررسی میزان **Hct , Hb**
- در صورت لزوم تجویز ویتامین **K**
- بررسی پارگی روده و انسداد و مگاکولون سمی

سوال: دلیل انجام پروسیجر ایلئوستومی برای بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو کدام است؟

- الف) جلوگیری از احتمال پارگی کولیت
 - ب) کاهش خون ریزی
 - ج) کنترل بوی ناشی از اسهال
 - د) جلوگیری از انسداد روده
- پاسخ گزینه الف / کولیت اولسراتیو در صورت عدم درمان، منجر به پرفوراسیون کولون می شود.

مراقبت های پرستاری از بیمار دارای تغییر مسیر دفع مدفوع (ایلئوستومی)

▣ مراقبت های پرستاری قبل از عمل

- جایگزینی مایع و خون و پروتئین
- تجویز آنتی بیوتیکها
- دریافت کورتیکواستروئید
- مصرف غذای کم باقیمانده در دفعات بیشتر
- علامت گذاری محل روی شکم (محل آن در **RUQ** و ۵ سانتی متر زیر خط کمر است)
- آموزش درباره ایلئوستومی و نحوه عمل
- ورود سوند بینی روده ای

▣ مراقبت های پرستاری پس از عمل

۱- برقراری سلامت پوست

- بررسی ناحیه ایلئوستومی (به رنگ صورتی تا قرمز روشن و براق)
- تمیز کردن ناحیه استوما با آب گرم و صابون ملایم با حرکات آرام
- استفاده از محافظ پوست مثل پودر و ژل
- برداشتن آرام کیسه تا چسب آن پوست را آزرده نکند.

۲- **برقراری تعادل مایعات** (به دلیل بی اشتهايي و استفراغ و افزایش دفع مایعات از دستگاه گوارش خطر کاهش حجم مایعات وجود دارد)

- تخمین $I \propto O$

- توزین روزانه

- بررسی سطح الکترولیتها خصوصاً Na

- مصرف حدود ۲ لیتر مایع روزانه

- بررسی قوام پوست و ظاهر زبان

۳- حفظ عملکرد جنسی

در بیماران دارای ایلئوستومی هیچ دلیل فیزیولوژیکی برای اختلال عملکرد جنسی وجود ندارد. هر چند، بعد از جراحی کیسه ل مردها و زن ها ممکن است به علت صدمه به اعصاب ناحیه لگن در حین جراحی تغییراتی را در عملکرد جنسی تجربه کنند. مردها ممکن است ناتوانی جنسی یا انزال بازگشتی را تجربه کنند. زن ها ممکن است خشکی واژن و نزدیکی دردناک را تجربه کنند. دلایل روانی هم می تواند به اختلال عملکرد منتهی گردند.

چند نکته :

- خروج مدفوع از ایلئوستومی باید ۷۲ ساعت پس از عمل آغاز شود. این مدفوع به صورت مایعی است که بطور مداوم از روده کوچک خارج می شود (زیرا دهانه فاقد اسفنکتر کنترل کننده است).

- مقدار دفع روزانه مایع از ایلئوستومی ممکن است حدود ۲۰۰۰-۱۰۰۰ میلی لیتر باشد. از محلول های وریدی برای جبران مایعات از دست رفته به مدت ۴-۵ روز استفاده می شود.

- انجام ساکشن از طریق **NGT** بخش مهمی از مراقبت فوری پس از عمل است. هدف از ساکشن، جلوگیری از تجمع مایع و گاز در معده است. پس از خارج کردن سوند، چند جرعه آب ساده به بیمار داده می شود و در صورت تحمل به تدریج رژیم غذایی از آب ساده به معمولی تغییر خواهد کرد.

بروز تهوع و نفخ شکم ممکن است نشانه انسداد روده باشد.

- در پایان هفته اول پانسمان ناحیه رکتوم خارج می شود که به علت دردناک بودن ۱ ساعت قبل مسکن داده می شود و سپس روزی ۳-۲ بار ناحیه پرینه شسته می شود.

تعویض کیسه ایلئوستومی

کیسه معمولاً هر ۵ تا ۷ روز تعویض می شود گاهی هر زمان که بیمار احساس سوزش و خارش زیر صفحه چسبنده کیسه و یا احساس درد در اطراف استوما کرد باید تعویض شود. معمولاً زمان تعویض، صبح قبل از صبحانه یا ۴-۲ ساعت بعد از صرف غذا است (فعالیت روده کمتر است). جهت تعویض کیسه، مراحل زیر طی می شود:

۱- برقراری آسایش و محیط خلوت برای بیمار

۲- جدا کردن کیسه : بیمار باید روی توالت فرنگی یا روی صندلی در مقابل توالت بنشیند. در صورت تمایل به ایستادن باید در مقابل توالت قرار بگیرد. کیسه باید به آرامی جدا شود.

۳- تمیز کردن پوست : با لیف مرطوب (با آب معمولی و صابون ملایم) پوست تمیز شده سپس آبکشی و خشک می شود.

۴- قرار دادن کیسه روی پوست سالم : ابتدا محافظ پوستی گذاشته شده، پوشش روی قسمت چسبناک کیسه جدا می شود. کیسه چسبانده شده و ۳۰ ثانیه فشار روی آن اعمال می شود.

اگر پوست تحریک شده باشد: پوست تمیز شده خشک می شود و از اسپری کنالوگ استفاده می شود. رطوبت اضافه با پنبه خشک می شود و پودر نیستاتین روی پوست پاشیده می شود (ممکن است از محافظ stomahesive استفاده شود. در اینصورت دهانه آن باید به اندازه استوما بریده شود). روش دیگر استفاده از صمغ Karaya است که باید آن را مرطوب کرده پس روی پوست قرار داد.

۵- در آخر استفاده از بندهای لاستیکی یا گیره کیسه که محکم بسته می شود.

نکته: شایعترین عارضه Stoma ایلئوستومی، آزردهی پوست اطراف stoma است.

تخلیه ایلئوستومی دارای اختیار کاک

ایلئوستومی دارای اختیار، کیسه ای است که به روش جراحی از روده کوچک ساخته می شود تا بتواند به عنوان مخزن داخلی جمع آوری مدفوع عمل کند؛ یک دریچه کوچک نیز در دهانه آن ایجاد می شود. مزایای این ایلئوستومی موارد زیر هستند: (۱) نیاز به استفاده از کیسه خارجی ندارد، (۲) حداقل مشکلات پوستی را ایجاد می کند و (۳) معمولاً هیچ گونه دفع گاز یا نشت مدفوعی وجود ندارد. در بیماری کرون نباید از کیسه کاک استفاده کرد زیرا احتمال عود بیماری در کیسه ایلئوستومی وجود دارد. بعد از عمل یک سوند از طریق استوما وارد کیسه شده و به ساکشن متصل می شود. سوند به مدت ۲-۳ هفته ترشحات را به طور مداوم از مخزن خارج می کند تا به ترمیم محل عمل کمک شود. برای اطمینان از بازماندن سوند، معمولاً هر سه ساعت یک بار ۱۰ تا ۲۰ میلی لیتر سالین نرمال به آرامی به داخل کیسه ریخته می شود؛ مایع آسپیره نمی شود، بلکه به آن اجازه داده می شود که به کمک نیروی ثقل تخلیه شود.

سؤال: مراقبت پرستاری در بیمار پس از ایلئوستومی کدام مورد است؟ (۸۱ تربیت مدرس)

- الف) شستشوی سوند ایلئوستومی هر ۳ ساعت یکبار
ب) شستشوی سوند ایلئوستومی هر ۲۴ ساعت یکبار
ج) تغذیه از راه لوله معده هر ۴ ساعت یکبار
د) تغذیه از راه لوله معده هر ۸ ساعت یکبار

جواب گزینه الف

سؤال: در هنگام شستشوی کولوستومی، بیمار دچار کرامپ شکمی شده است. اقدام پرستاری مناسب کدام است؟ (وزارت بهداشت ۹۵-۹۴)

- الف) اطلاع دادن به پزشک
ب) افزایش ارتفاع محل قرار گرفتن محلول شستشو
ج) ادامه شستشو و استفاده از مسکن
د) متوقف کردن موقتی شستشو و استراحت بیمار

جواب: گزینه د

سؤال: در مراقبت از بیمار تحت ایلئوستومی پرستار به چه مواردی باید توجه نماید؟ (وزارت بهداشت ۹۴-۹۳)

- الف) تخلیه کیسه روزی یکبار برحسب نیاز
ب) توصیه بیمار به مصرف غذاهای حاوی اسفناج و جعفری
ج) مصرف داروهای کاهش دهنده قوام مدفوع
د) پاشیدن روزانه پودر نیستاتین بر روی پوست اطراف دهانه

جواب: گزینه ب

تقریباً بعد از ۲ هفته و کسب بهبودی، سوند خارج می شود و به بیمار نحوه تخلیه کیسه آموزش داده می شود. وسایل مورد نیاز عبارتند از: یک سوند، دستمال کاغذی، ماده لغزنده کننده محلول در آب، گاز ۴×۴، سرنگ، محلول شستشو در یک کاسه و یک لگن. تخلیه کیسه ۱۰-۵ دقیقه طول می کشد. در ابتدا هر ۳ ساعت یکبار انجام می شود. به تدریج فاصله بین تخلیه ها افزایش یافته و به ۳ بار در روز تقلیل می یابد. تعداد دفعات تخلیه کیسه ایلئوستومی بستگی به بیمار دارد. زمانی که $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ کیسه پر شد باید تخلیه گردد. به بیمار آموزش دهید که کیسه را در طی زمان هایی که دفع در حداقل میزان خود قرار دارد، معمولاً قبل از صرف غذا، هنگام خواب و هنگام بیداری در صبح تخلیه کند. برای تخلیه کیسه به روش زیر عمل می شود:

- حدود ۵ سانتی متر از سوند به ماده لغزنده کننده آغشته شده به آرامی از طریق دریچه وارد می شود. ممکن است در محل دریچه مقداری مقاومت احساس شود.
- اگر مقاومت احساس شده زیاد باشد، یک سرنگ با ۲۰ میلی لیتر هوا یا آب پر شده و از طریق سوند وارد کیسه می شود، و در همان حال با کمی فشار سوند به جلو رانده می شود.

مرکز تخصصی خدمات آموزشی گروه پزشکی فرهنگ گستر نخبگان

۳- سر دیگر سوند، داخل لگنی قرار داده می شود که در سطحی پایین تر از استوما نگه داشته شده است. بعدها می توان این عمل را در توالی انجام داده و ترشحات را در توالی تخلیه نمود (نیروی ثقل خروج ترشحات را تسهیل می کند و علاوه بر محتویات روده، گاز هم دفع می شود).

۴- بعد از تخلیه، سوند خارج می شود و اطراف استوما به آرامی با آب گرم شسته می شود و با گذاشتن دستمال خشک می شود و یک پد جاذب روی استوما قرار داده می شود. پد با نوار چسب ضد حساسیت در محل ثابت می شود.

چند نکته :

- اندازه نهایی کیسه در ناحیه استوما، ۳ ماه بعد از جراحی و با ثابت شدن وزن بیمار و جمع شدن دهانه استوما مشخص می شود.
- در صورت عدم استفاده از کیسه های یکبار مصرف ضد بو، بیمار باید کنترل بیشتری روی رژیم غذایی خود داشته باشد. غذاهایی مثل اسفناج و جعفری خاصیت ضد بو دارند اما غذاهایی مثل کلم، پیاز، ماهی تولید بو می کنند. ممکن است قرص های حاوی بیسموت ساب کربنات خوراکی ۳-۴ بار در روز برای کاهش بو، و ضد اسهال خوراکی مثل دیفنوکسیلات (برای افزایش قوام مدفوع و کنترل بو) تجویز شود.

- در صورت سفت بودن قوام مدفوع، در بیمار دارای کیسه کاک می توان مقداری آب از طریق سوند به داخل مخزن وارد نمود.
- بیمار دارای آناستوموز کیسه ایلئوم به مقعد (کیسه L شکل) به آموزش در مورد مراقبت از استوما یا کیسه ندارد، مگر اینکه یک ایلئوستومی موقتی ایجاد شده باشد. بیمار یاد می گیرد که با پاسخ دادن به احساس دفع مدفوع از نشت آن جلوگیری می کند. بعد از اینکه روده به تغییر جراحی عادت کرد مدفوع شکل دارتر می شود، هر چند همیشه شل می باشد. بیشتر بیماران در طول روز بین ۲ تا ۸ بار دفع مدفوع دارند. انجام ورزش تقویت تون عضلات اسفنکتر مقعد، توانایی نگهداشتن مدفوع را تسهیل می کند. به بیمار آموزش دهید که عضلات اسفنکتر مقعد را منقبض کند، به گونه ای که گویا می خواهد تخلیه روده ای را متوقف کند. در حالی که کاملاً عضلات مقعد را منقبض کرده است تا ۱۰ بشمارد و سپس به حالت ریلکس قرار بگیرد و تا ۱۰ بشمارد. این ورزش ها فقط زمانی باید اجرا گردند که توسط جراح تایید شوند زیرا احتمال تحریک پوست پری آنال به علت نشت مدفوع و آنزیم موجود در مدفوع مایع وجود دارد. بیمار باید یاد بگیرد که بعد از هر بار تخلیه روده ای ناحیه پری آنال را به آرامی تمیز و خشک کند. حدوداً در ۳۰ درصد از بیماران التهاب کیسه رخ می دهد. علائم بالینی آن شامل افزایش دفعات دفع مدفوع، احساس ناخوشی، خونریزی و تب می باشد. التهاب کیسه با مترونیدازول، سیپروفلوکساسین، مزالامین، یا استروئیدها (در موارد شدید) کنترل می شود.

کنترل رژیم غذایی

به مدت ۶-۸ هفته فرد باید از رژیم کم باقیمانده استفاده کند. آب میوه ها و سبزیجات جهت تأمین ویتامین های A و C باید در رژیم غذایی وی گنجانده شود. پس از آن به فرد توصیه می شود که از مصرف غذاهای پر فیبر و دیر هضم اجتناب کند. اگر مدفوع فرد خشکی زیادی داشته باشد مصرف نمک باید افزایش یابد (افزایش مصرف مایعات به جریان مدفوع کمک نمی کند زیرا آب اضافی از ادرار دفع می شود).

سؤال: در مراقبت پرستاری از بیماری که به تازگی ایلئوستومی شده کدام یک از موارد زیر صحیح است؟ (۸۸-۸۷)

وزارت بهداشت

الف) مصرف غذاهای با باقیمانده کم + استفاده از پودر مایکوستاتین در ناحیه استومی

ب) مصرف غذاهای پر باقیمانده + چرب نمودن پوست

ج) مصرف عصاره سبزیجات و میوه جات + عدم مصرف غذاهای متنوع به طور همزمان

د) مصرف غذاهای پر فیبر + استفاده از پودر جاذب در ناحیه استومی

جواب گزینه ج

رژیم غذایی کم باقیمانده که پر پروتئین، پر کربوهیدرات و پر کالری است بعد از جراحی ایلئوستومی توصیه می گردد. ممکن است به مکمل های ویتامینی A, D, E, K و B₁₂ نیاز باشد. توت ها، حبوبات کامل و میوه های خام و سبزیجات می توانند مشکلاتی را برای بیمار

دارای ایلئوستومی ایجاد کنند. هرگونه غذایی که باعث ایجاد ناراحتی یا اسهال می گردد باید حذف گردد. غذاهای خورده شده در طی ۴ تا ۶ سال از طریق ایلئوستومی دفع می شوند. خوردن غذای زیاد موقع خواب توصیه نمی گردد.

بیمار دارای ایلئوستومی باید یاد بگیرد که غذا را به خوبی بجود (۲۰ تا ۲۵ بار جویدن برای هر لقمه) زیرا عبور سریع غذا از روده باعث می شود که غذای خوب جویده نشده به صورت هضم نشده دفع گردد. غذاهای پرفیبر و پرگلوکز می توانند آب زیادی را جذب کنند و منجر به حجیم شدن مدفوع و یبوست احتمالی یا حتی انسداد گردند. غذاهایی که حداقل در اوایل باید محدود شوند یا مصرف نشوند شامل، ذرت بو داده، بادام زمینی، گوشت های فیبری سفت، سبزیجات پوست دار، برنج، سیوس و نارگیل می باشد. بیماران دارای ایلئوستومی، اغلب بعد از جراحی افزایش وزن پیدا می کنند. گاهی وزن به نقطه ای می رسد که مصرف کالری باید محدود گردد.

پیشگیری از عوارض

عوارض شایع عبارتند از: تحریک پوست، اسهال، تنگی استوما، تشکیل سنگهای ادراری و سنگ کیسه صفر. شایع ترین عارضه، تحریک پوست اطراف استوما است که به دلیل نشت مواد دفعی ایجاد می شود. اغلب، کیسه نامناسب علت بروز نشت صفر است. کیسه باید به نحوی بریده شود که منطبق بر استوما باشد و فقط $\frac{1}{16}$ اینچ فضا در اطراف استوما ایجاد کند. اگر کیسه متناسب نباشد، تحریک شدید پوست می تواند ایجاد گردد، که عامل آن قلیایی بودن مواد دفعی می باشد. تحریک پوستی می تواند از قرمزی تا درماتیت مرطوب زخم شدگی متغیر باشد. تحریک همچنین می تواند ناشی از چسب ها یا جدا کردن مکرر ابزار باشد. هرگونه مو در اطراف استوما باید با یک قیچی کوچک کوتاه شود یا با یک ماشین برقی، تراشیده شود. این کار به پیشگیری از فولیکولیت و زخم شدگی کمک می کند. پوست باید در فاصله برداشتن یک کیسه و گذاشتن کیسه دیگر کاملاً شسته و آب کشیده شود. بعضی از شرکت های تولید کننده قسمت چسبیده پیشنهاد می کنند هر دفعه که کیسه تعویض می شود از یک ماده پاک کننده چسب استفاده شود و سپس با صابون ملایم شسته شده و کاملاً آب کشیده شود. سپس با حوله یا با هوا خشک شود.

سؤال: شایعترین عارضه در خصوص مددجویانی که ایلئوستومی شده اند و نیازمند مراقبت می باشند کدام است؟

(۸۴-۸۳ وزارت بهداشت)

- (الف) اختلال الکترولیتی و دهیدراتاسیون
(ب) درد نواحی شکمی ناشی از بروز سنگ ادراری
(ج) خونریزی از محل جراحی شده (استوما)
(د) تحریک پوست اطراف استوما ناشی از نشت مدفوع

جواب گزینه د/

سؤال: در بررسی پوست اطراف استوما در بیمار تحت کلتومی کدام مورد نشان دهنده سلامت تمامیت پوست

است؟ (وزارت بهداشت ۹۳-۹۲)

- (الف) رنگ پریده و سفید (ب) صورتی متمایل به قرمز (ج) مرطوب و به رنگ آبی (د) متورم و قرمز و دردناک

جواب: گزینه ب

اسهال با پر شدن سریع کیسه طی یک ساعت و کمتر مشخص می شود که می تواند باعث صدمه به پوست شود و در صورت عدم درمان منجر به اختلال مایع و الکترولیت ها می شود. جایگزینی آب، سدیم و پتاسیم و تجویز داروهای ضد اسهال از اقدامات درمانی هنگام وقوع اسهال است.

تنگی دهانه ایلئوستومی به دلیل تشکیل بافت حلقوی اسکار در محل دهانه ایجاد می شود که باید به روش جراحی برداشته شود. سنگ ادراری به دلیل کم آبی ناشی از کاهش دریافت مایعات رخ می دهد. در صورت وقوع درد شدید در قسمت پائینی شکم که به پاها انتشار می یابد، همراه با هماچوری و علائم کم آبی، فرد باید ادرار خود را صاف کند و مایعات بیشتری مصرف کند. سنگ های صفراوی به دلیل تغییرات ایجاد شده در جذب اسیدهای صفراوی است.

انسداد روده

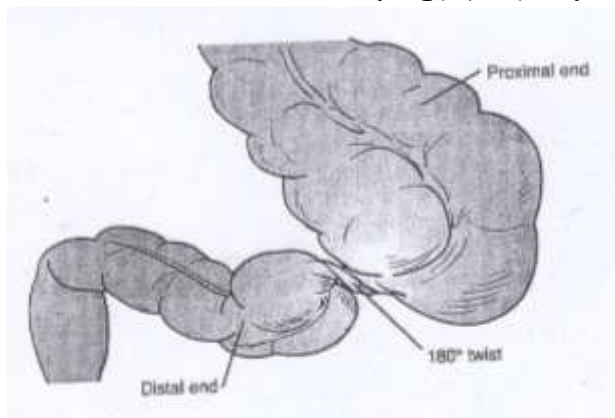
نقص نسبی یا کامل در جریان رو به جلوی محتویات روده ای تحت عنوان انسداد روده ای شناخته می شود و حدود ۹۰٪ از انسدادهای روده ای در روده کوچک اتفاق می افتد. به ویژه در ایلئوم که تنگ ترین بخش روده است. انسدادهای روده باریک به عنوان اورژانس جراحی شایع می باشد. انسداد روده کوچک می تواند به علت تنگ شدن لومن روده به علت التهاب، نئوپلاسم، چسبندگی، هرنی یا پیچ خوردگی یا در هم رفتگی روده، بلوکه شدن مواد غذایی یا فشار حاصله از عوامل خارجی ایجاد گردد. ایلئوس فلجی، مشکلات عروقی مثل آمبولی، ترومبوز و هایپوکالمی ناشی از دیورتیکول ها یا مواد ضد فشار خون می توانند باعث انسداد روده کوچک گردند. پنومونی لوب های ریه،

کلیه منابع ارائه شده توسط مرکز نخبگان دارای شابک، فیبا و مجوز وزارت ارشاد می باشد و هرگونه برداشت و کپی برداری از مطالب پیگرد قانونی دارد

پریتونیت و پانکراتیت باعث فلج روده در ناحیه عفونی شده می گردد. تقریباً ۸۰٪ عامل انسداد روده بزرگ، سرطان می باشد که بیشتر در کولون سیگموئید اتفاق می افتد. عوامل دیگر شامل دیورتیکولیت، کولیت اولسراتیو، و جراحی قبلی شکم می باشد. عواملی که باعث ایجاد انسداد روده ای می گردند ممکن است مکانیکی، نورولوژیک (مربوط به اعصاب) یا عروقی باشد.

• عوامل مکانیکی

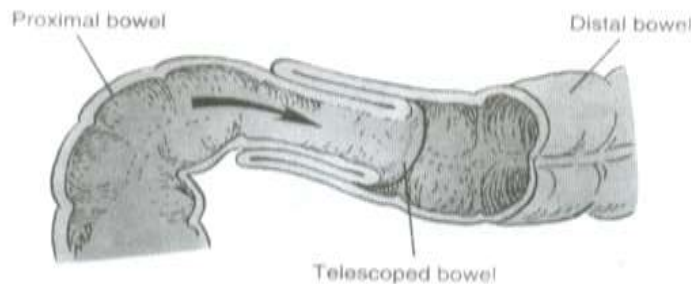
چسبندگی: چسبندگی ها شایع ترین عامل انسداد هم در روده کوچک و هم در روده بزرگ می باشد. چسبندگی های بعد از جراحی شکم به دلایل ناشناخته ایجاد می گردد. بعضی از بیماران چسبندگی های وسیعی دارند. عوامل محرکی که بعد از جراحی در شکم باقی می ماند چسبندگی را تشدید می کنند. این بندهای فیبری باعث اسکار می شوند و اطراف و در یک قسمت از روده حلقه می زنند. سپس حلقه ها می توانند به کانون هایی تبدیل شوند که روده اطراف آنها پیچ بخورد.



شکل ۶- چسبندگی های روده

فتق: فتق می تواند ایجاد انسداد یا تاثیری در ایجاد انسداد داشته باشد که بستگی به اندازه حلقه فتق دارد. فتق محتقن همیشه ایجاد انسداد می کند زیرا روده نمی تواند بدون خون رسانی کار کند.

پیچ خوردگی: پیچ خوردگی یک تاب خوردگی روده ای است که معمولاً اطراف یک کانون ثابت محلی مثل (تومور یا دیورتیکول مکل) در حفره شکمی ایجاد می گردد. این مشکل می تواند باعث انفارکتوس روده ای گردد و در روده کوچک یا بزرگ ایجاد گردد. پیچ خوردگی گاهی اوقات می تواند بدون مداخله جراحی اصلاح گردد. برداشتن موفقیت آمیز فشار از روی روده به وسیله لوله بلند (کانتور یا میلر-آبوت) فشار را از روی انتهای پروکسیمال قوس روده برمی دارد بنابراین به پیچ خوردگی روده باریک امکان استراحت می دهد. **درهم فرورفتگی:** در هم فرورفتگی گاهی اوقات روده تحریک پذیر را پیچیده تر می کند (وارد شدن یک بخش از روده به داخل بخش دیگر). این وضعیت غالباً با تومور روده بزرگ همراه می باشد. عملکرد پرستالتیک باعث فرو رفتن پروکسیمال روده به داخل قسمت دیستال می گردد و زخم های داخل دیواره ای غالباً باعث ایجاد در هم فرو رفتگی می گردد.



شکل ۷- درهم فرورفتگی روده

سرطان ها: سرطان عامل ۸۰٪ از انسدادهای مکانیکی در روده بزرگ است و غالباً سیگموئید کولون را تحت تاثیر قرار می دهد. فرآیند سرطانی شدن کند است و به علت لومن بزرگ روده ممکن است قبل از اینکه یک توده مدفوع در مکان تحت فشار قرار بگیرد یک فرایند انسدادی حاد ایجاد کند و سرطان پیشرفته گردد. در روده باریک، علائم انسدادی غالباً اولین علائم تومور هستند. با آنکه لومن روده کوچک، باریک تر است اما علائم در اوایل پروسه بروز نمی کند زیرا محتویات روده مایع هستند.

• عوامل نورولوژیک

عوامل نورولوژیک مسئول ایجاد یک انسداد (عملکردی) می باشد که شایع ترین نوع انسداد روده ای است. انسداد عملکردی که ایلئوس فلجی هم خوانده می شود در اثر فقدان فعالیت پرستالیز ایجاد می شود و معمولاً بعد از عمل جراحی شکم اتفاق می افتد. روده به مدت بیش از ۷۲ ساعت عملکرد خود را متوقف می کند که این نتیجه پاسخ عصب سمپاتیک به آسیب پریتون می باشد. پروسه جراحی وسیع در روده و در ناحیه پس صفاقی می تواند باعث ایجاد مشکل نورولوژیک بعد از عمل گردد. دیگر عوامل ایجاد کننده ایلئوس فلجی شامل ضربه، هایپوکالمی، انفارکتوس میوکارد و نارسایی عروقی می باشد. درمان شامل آسپیره کردن ترشحات با ساکشن NGT تا بازگشت عملکرد روده می باشد.

• عوامل عروقی

هنگامی که خون رسانی به هر بخش از بدن دچار اختلال گردد آن بخش عملکرد خود را متوقف ساخته و درد ایجاد می کند. خون توسط شریان های شکمی و مزانتریک فوقانی و تحتانی به روده می رسد. این عروق در راس پانکراس و در طول روده افقی ارتباطات پیوندی با یکدیگر دارند. انسداد جریان خونی می تواند به علت انسداد کامل (انفارکتوس مزانتریک) یا انسداد نسبی (آنژین شکمی) ایجاد گردد.

انسداد روده کوچک

پاتوفیزیولوژی

محتویات روده، مایع و گاز در قسمت بالای انسداد جمع می شوند. در حالت طبیعی روده ۸-۷ لیتر مایع غنی از الکترولیت ترشح می کند و بیشتر حجم مایعات دوباره جذب می شود و در صورت مسدود شدن روده، مقداری از این مایع در روده احتباس می یابد و مقداری از آن از طریق استفراغ دفع می گردد که باعث کاهش شدید حجم خون در گردش می شود این کاهش منجر به کاهش فشار خون و شوک هیپوولمیک و کاهش جریان خون کلیوی و مغزی می گردد. از آنجایی که مایع از دست می رود اما سلول های خونی دفع نمی شوند میزان هموگلوبین و هماتوکریت افزایش می یابد و بنابراین احتمال بروز اختلالات انسداد عروقی مثل ترومبوز عروق کرونر، مغز و مزانتریک بالا می رود. نفخ شکم و احتباس جذب مایعات را کاهش می دهد و ترشح بیشتر معده را باعث می شود. با افزایش نفخ، فشار داخل مجرای روده افزایش می یابد و در نتیجه موجب کاهش فشار مویرگی شریانی و وریدی می شود. این حالت به نوبه خود باعث تورم، احتقان، نکروز و در نهایت پارگی یا سوراخ شدن دیواره روده و پریتونیت می شود. فشار داخل مجرای (لومنی) بازگشت وریدی را کاهش داده و باعث افزایش فشار وریدی و احتمال شکنندگی عروق می شود. این پروسه هم به نوبه خودش نفوذپذیری مویرگ ها را افزایش داده و باعث خروج پلاسما به داخل لومن روده و حفره پریتون می گردد. دیواره روده نسبت به باکتری ها آسیب پذیر می شود و ارگاناسم های روده ای وارد حفره پریتون می گردند. افزایش فشار در دیواره روده، بلافاصله، جریان خون شریانی را کند می کند و باعث نکروز در بعضی نواحی، توکسمی و پریتونیت می شود. باکتری ها در روده محتقن تکثیر یافته و ممکن است آندوتوکسین ترشح کنند. زمانی که آندوتوکسین ها به داخل حفره پریتون ترشح می شوند یا وارد جریان خون سیستمیک می گردند و کلاپس سریع خون رسانی به همراه شوک آندوتوکسیک رخ

می دهد. در نتیجه نفخ شکم، ممکن است استفراغ ایجاد شود که باعث از دست رفتن یونهای K و H از معده می شود و در نتیجه کاهش کلراید و پتاسیم در خون، آلكالوز متابولیک ایجاد می شود. کم آبی ممکن است در اثر از دست رفتن آب و سدیم پدید آید. با کاهش شدید مایعات، شوک هیپوولمی رخ می دهد.

تظاهرات بالینی

درد کرامپی موجی شکل همراه با دفع موکوس و خون بدون مدفوع و استفراغ (اگر انسداد در ایلئوم باشد ابتدا استفراغ حاوی محتویات معده، بعد از صفرای دئودنوم و ژژنوم و در نهایت حاوی مدفوع خواهد بود). با ظهور علائم کم آبی، بیمار احساس تشنگی، خواب آلودگی و خستگی دارد. شکم نفاخ و در صورت عدم رفع انسداد شوک هیپوولمی و حتی پارگی روده رخ خواهد داد.

سوال: کدام یک از موارد زیر در بیمار مبتلا به انسداد روده کوچک وجود نخواهد داشت؟

الف) استفراغ جهشی (ب) اسهال (ج) دهیدراتاسیون (د) افزایش صداهای روده ای

پاسخ گزینه ب/

تشخیص: عکسبرداری شکم (مقادیر غیرطبیعی گاز و مایع دیده می شود)، بررسی الکترولیت ها و CBC

درمان: برداشتن فشار (با NGT)، در صورت انسداد کامل انجام جراحی. در ایلئوس آدینامیک (عملکردی)، بهترین مداخله، استراحت دادن به روده و پیشگیری از اتساع آن به وسیله ساکشن کردن لومن می باشد. جایگزینی دقیق مایعات و الکترولیت ها نیز یکی از اقدامات مهم است.

سوال: بعد از گذاشتن لوله بینی معده ای برای بیمار مبتلا به انسداد روده، بیمار باید در کدام پوزیشن قرار بگیرد؟

الف) خوابیده به پشت (ب) به پهلو راست (ج) نیمه نشسته (د) نشسته و خم شده به جلو

مراقبت های پرستاری: برقراری عملکرد مناسب NGT و اندازه گیری ترشحات آن، بررسی وضعیت غذایی، بررسی علائم بهبودی (برگشت صداهای روده ای، کاهش نفخ شکم، درد و حساسیت در لمس، دفع مدفوع)

سوال: خانم سعادت به دنبال جراحی شکم دچار فلج ایلئوس و انسداد روده شده است. بیمار نفخ شکم و درد شدید شکم دارد. اولین اقدام پرستار کدام است؟

الف) درخواست داروی ضد درد مخدر

ب) کمک به بیمار برای راه رفتن

ج) تشویق بیمار به مصرف ترکیباتی کربناتی

د) قرار دادن بیمار در پوزیشن خوابیده به پشت

پاسخ گزینه ب/

سوالات تالیفی

۱- کدام یک از پوزیشن‌های زیر جهت تسکین درد در بیماران دچار پریتونیت مفید است؟
الف) خوابیده به پهلو با خم کردن زانوها
ب) خوابیده به پشت سر حدود ۱۵-۱۰ درجه بالاتر
ج) نیمه نشسته
د) فالر

پاسخ گزینه الف /

۲- کدام یک از موارد زیر جزو علائم آپاندیسیت نیست؟

الف) علامت پسوآس
ب) علامت روزینگ
ج) علامت مک‌مورای
د) علامت تندرینس برگشتی

پاسخ گزینه ج /

۳- کدام یک از موارد زیر در مورد شستشوی کله‌سومی صحیح نیست؟

الف) مهمترین زمان شستشو، پس از مصرف غذا است.
ب) لوله شستشو حداکثر ۸ سانتی‌متر باید وارد استوما شود.
ج) در صورت وقوع کرامپ دردناک، شستشو باید به زمان دیگری موکول شود.
د) جهت تحریک حرکات دودی، بیمار به راه رفتن تشویق می‌شود.

پاسخ گزینه الف /

۴- کدام یک از آموزش‌های زیر به بیمار مبتلا به آکلازی مری صحیح نیست؟

الف) به آرامی غذا بخورد
ب) از مصرف غذاهای سفت اجتناب کند
ج) از مصرف آب همراه غذا خودداری کند
د) داروهای خود را به موقع مصرف کند

پاسخ گزینه ج /

۵- کدام یک از روش‌های زیر جهت اطمینان از قرارگیری لوله تغذیه مداوم لوله‌ای، در هر بار تغذیه کارآمد نمی‌باشد؟

الف) رادیوگرافی
ب) اندازه‌گیری طول لوله
ج) مشاهده رنگ مایع آسپیره شده
د) اندازه‌گیری PH مایع آسپیره شده

پاسخ گزینه الف /

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ

گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir