

سرپرستار : سرکار خانم کیا

تهیه کنندگان :
سپیده یوشی
آتنا رحمتی
مرضیه نجفی

استاد راهنما :

سرکار خانم توکل

اسفند 1388



دانشگاه علوم پزشکی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

بسم الله الرحمن الرحيم

بیماری های رایج بخش جراحی
1 و 5
مجتمع بیمارستانی امام خمینی
(ره)

آپاندیس چیست؟

زائده کرمی شکلیست که از نخستین بخش از روده بزرگ بنام سکوم منشاء می گیرد. طول آپاندیس از 2 تا 20 سانتی متر متغیر میباشد. قطر آن نیز 7-8 میلی متر است. آپاندیس در ناحیه تحتانی شکم و در سمت راست واقع می باشد.

آپاندیسیت چیست؟ به التهاب و تورم

آپاندیس، آپاندیسیت میگویند. **میزان شیوع**

آپاندیسیت چه میزان است؟ به ازای هر

100 نفر 6 نفر در طول زندگی خود به آن مبتلا میگردند. میزان شیوع آن در سنین 10-30 سالگی بیشتر می باشد.

دلایل ایجاد آپاندیسیت چیست؟

- 1- انسداد آپاندیس.** (تجمع و سفت شدن مدفوع که به آن فکالیت میگویند و یا تورم بافت لنفاوی درون و بیرون آپاندیس و یا تومورها باعث انسداد میگردند)
- 2- ایجاد زخم در مخاط آپاندیس.**

3- حمله باکتریها و ویروسها.

در شرایط فوق باکتریها تکثیر یافته و آپاندیس متورم و پر از چرک میگردد. همچنین انسداد موجب مختل شدن جریان خون و التهاب آپاندیس میگردد.

آپاندیسیت یک اورژانس پزشکی محسوب گردیده و عدم درمان فوری آن عوارض مرگبار زیر را در پی خواهد داشت:

1- پارگی آپاندیس و انتشار عفونت به محفظه

شکم که به آن پیریتونیت میگویند و عفونت خطرناک پوشش داخلی شکم (صفاق) را در پی خواهد داشت.

2- راه یابی عفونت به جریان خون که بسیار مهلك است.

3- ایجاد آبسه در پی پارگی آپاندیس .

نکته: هرگاه دچار علائم مذکور شدید به هیچ عنوان از داروهای ملین، مسهل و تنقیه برای برطرف کردن یبوست استفاده نکنید زیرا احتمال پارگی آپاندیس را افزایش می‌دهد. همچنین از قرصهای ضد درد نیز استفاده نکنید چرا که تشخیص آپاندیسیت شما توسط پزشک مشکل خواهد شد. تا پیش از تشخیص آپاندیسیت نیز چیزی نخورید و نیاشامید.

روشهای تشخیص آپاندیسیت

- 1-** معاینات بالینی توسط پزشک. درد و حساسیت به لمس ناحیه شکم بیمار بررسی می‌گردد.
- 2-** عکسبرداری با سی تی اسکن و سونوگرافی برای تایید بیماری.
- 3-** آزمایش ادرار برای رد عفونتهای ادراری که میتواند علائمی مشابه درد آپاندیسیت ایجاد کند.
- 4-** آزمایش خون.

روش درمان آپاندیسیت:

عمل جراحی و برداشتن آپاندیس (آپاندکتومی) به طرق زیر:

علائم آپاندیسیت به قرار زیر میباشد:

- 1-** درد در ناحیه شکم که از اطراف ناف آغاز شده و به تدریج به نواحی تحتانی و راست شکم امتداد می‌یابد. درد معمولاً پس از 12 تا 24 ساعت تشدید شده و از یک درد مبهم به یک درد مشخص تر و موضعی تر تبدیل می‌گردد. درد حین حرکت دادن بدن، تنفس عمیق، سرفه و عطسه تشدید می‌گردد.
- 2-** بی اشتهاپی.
- 3-** تهوع و استفراغ.
- 4-** ناتوانی در دفع گاز.
- 5-** تب خفیف که بدنبال علائم دیگر روی میدهد.
- 6-** تورم شکم (در مراحل انتهایی)
- 7-** افزایش تعداد گلبولهای سفید خون.
- 8-** تکرار ادرار.
- 9-** اسهال و یا یبوست.

نکته: در مواردی که محل قرارگیری آپاندیس

در بدن طبیعی خود نباشد ممکن است ناحیه درد متفاوت از آنچه گفته شد باشد

چگونه از بروز آپاندیسیت پیشگیری کنیم؟ آپاندیسیت قابل پیشگیری نیست اما رژیم غذایی غنی از فیبر، سبزیجات و میوه جات از بروز آن میکاهد.

مداخلات پرستاری

1) اهداف پرستاری شامل: رهایی از درد، جلوگیری از دهیدراتاسیون، کاهش اضطراب بیمار، حفظ تغذیه مناسب، محدود کردن احتمال عفونت بدنبال سوراخ شدن بالقوه یا ناگهانی دستگاه گوارش و حفظ سلامت پوست می باشد.

2) قبل از جراحی: بیمار برای عمل آماده و خط وریدی گرفته شود. آنتی بیوتیک و ضد تب های تجویز شده به بیمار داده شود و در صورت وجود ایلئوس پارالتیک سوند معده برای بیمار گذاشته شود و از بیمار خواسته شود که مثانه خود را خالی کند.

3) بعد از جراحی: بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد و مسکن مناسب داده شود و در صورت تحمل بیمار به وی مایعات و غذا داده شود.

1- روش عادی: ایجاد برش کوچک در ناحیه تحتانی راست شکم.

2- روش لاپاروسکوپی: ایجاد 3 تا 4 برش ریز.

پس از عمل جراحی معمولاً بیمار پس از 1 تا 3 روز از بیمارستان ترخیص میشود. دوره بهبودی و نقاهت نیز یک هفته بطول می انجامد که در این مدت بیمار میبایست حرکات بدنی خود را محدود کرده و ابتدا از رژیم مایعات و بتدریج از رژیم غذایی جامد استفاده کند.

نکته: در صورتی که آپاندیس پاره شده باشد بیمار تا یک هفته باید در بیمارستان بستری و با آنتی بیوتیک تحت درمان قرار گیرد.

نکته: در صورتی که اطراف آپاندیس آبسه تشکیل شده باشد ابتدا با عمل جراحی محتویات آبسه را تخلیه کرده و برداشتن آپاندیس برای چند روز به تعویق می افتد.

- به مدت دو هفته از انجام کارهای سنگین خوداری نمائید. پس از این مدت میتوانید به فعالیتهای طبیعی و روزمره خود ادامه دهید.

- در صورت مشاهده هرگونه تغییر در محل عمل جراحی مانند قرمزی، تورم و التهاب فوراً به پزشک معالج خود مراجعه نمائید.

- داروهای تجویز شده توسط پزشک را در منزل طبق ساعاتهای دستور داده شده بطور دقیق مصرف نمائید.

- رژیم غذایی شما پس از ترخیص معمولی می باشد ولی باید تا حد امکان از مواد پروتئینی مانند شیر، ماست، گوشت و میوه جاتی که حاوی ویتامین C بیشتری می باشد استفاده کرده و از خوردن غذاهای نفاخ پرهیز نمائید.

"بیماری هموروئید یا بواسیر"

4) در هنگام مرخص شدن بیمار نکات لازم در مورد مراقبت از زخم به بیمار و اطرافیانش آموزش داده شود و زمان ملاقات و مراجعه بعدی به جراح، نحوه مراقبت از زخم، راهنمایی در باره میزان فعالیت، مراقبت و پانسمان زخم یاد آوری گردد.

- توصیه های لازم در زمان ترخیص

- پانسمان ناحیه عمل قبل از ترخیص از بیمارستان تعویض شده و ناحیه عمل توسط پزشک و پرستار کنترل شود.

- در منزل تا 48 ساعت حمام نرفته سپس پانسمان ناحیه عمل را برداشته و به حمام بروید. از این پس ناحیه عمل نیاز به پانسمان ندارد مگر اینکه پزشک معالج شما دستور داده باشد. یک هفته بعد از عمل جراحی برای کشیدن بخیه های ناحیه عمل به بیمارستان یا پزشک معالج خود مراجعه نمائید.

شرح بیماری :

بواسیر عبارت است از سیاهرگ‌های گشادشده (واریسی) در راست روده یا مقعد. بواسیر ممکن در مجرای مقعدی (بواسیر داخلی) یا در مدخل مقعد (بواسیر خارجی) واقع شده باشد. بواسیر ممکن است سال‌ها وجود داشته باشد اما تنها با وقوع خونریزی بدان پی‌برده شود. علائم شایع :

خونریزی. امکان دارد خون قرمز روش به صورت رگه‌هایی در اجابت مزاج دیده شود یا به دنبال اجابت مزاج، خون به مقدار کم و به مدت کوتاهی چکه کند. درد، خارش یا ترشح مخاطی پس از اجابت مزاج

وجود یک برجستگی در مقعد احساس این که پس از اجابت مزاج، راست روده به‌طور کامل تخلیه نشده باشد (این حالت تنها در مورد بواسیر بزرگ دیده می‌شود). التهاب و تورم

علل:

وارد آمدن فشار مکرر به سیاهرگ‌های مقعد یا راست روده

عوامل افزایش دهنده خطر رژیم غذایی بدون فیبر

نشستن یا ایستادن به مدت طولانی چاقی

یبوست

کم‌شدن تون عضلانی در سنین بالا جراحی راست روده یا پارگی مجرای تناسلی به هنگام زایمان و دوختن آن

بیماری کبدی

سرطان روده بزرگ

لواط

بالا بردن فشار خون در سیستم سیاهرگی دستگاه گوارش پیشگیری :

برای اجابت مزاج عجله نکنید و در عین حال از زور زدن و نشستن طولانی‌مدت در توالت خودداری کنید.

اگر اضافه وزن دارید، وزن خود را کاهش دهید.

مقدار فیبر غذایی را در رژیم خود افزایش دهید.

روزانه ۸-۱۰ لیوان آب بنوشید. به‌طور منظم ورزش کنید.

عواقب مورد انتظار :

بواسیر معمولاً با مراقبت مناسب خوب می‌شود، اما علایم ممکن است افت و خیر داشته باشند (یعنی بواسیر ممکن است پس از یک دوره بیوست دوباره ظاهر شود). در مواردی که به درمان محافظه‌کارانه خوب پاسخ نمی‌دهند شاید جراحی مورد نیاز باشد.

عوارض احتمالی

کم‌خونی فقر آهن اگر خونریزی قابل توجه باشد.

درد شدید در اثر وجود لخته خون در بواسیر عفونت یا زخم شدن بواسیر
اصول کلی :

برای تشخیص قطعی ممکن است یکی از روش‌های زیر انجام شوند: آنوسکپی (دیدن مقعد با کمک یک لوله کوتاه به نام آنوسکپ، وسیله‌ای لنزدار و دارای یک منبع نورانی در سر آن است)، یا پروکتوسکپی (دیدن راست روده و قسمت پایینی روده بزرگ یا وسیله‌ای به نام پروکتوسکپ، که وسیله‌ای اپتیک و دارای یک منبع نورانی در سر آن است).

درمان با هدف تخفیف علایم صورت می‌گیرد.

هیچ‌گاه برای اجابت مزاج زور نزنید. پس از اجابت مزاج، ناحیه را با ملایمت پاک کنید.

برای تخفیف درد، روزانه چندین بار هر بار به مدت ۱۰-۲۰ دقیقه در آب گرم بنشینید. برای تخفیف درد و تورم ناشی از وجود لخته در بواسیر یا بیرون زدگی بواسیر، یک روز در رختخواب استراحت کنید و روی ناحیه کیسه یخ بگذارید.

در مواردی که مقاوم به درمان هستند، امکان دارد نیاز به جراحی وجود داشته باشد. روش‌های مختلفی وجود دارند:

بستن یک باند لاستیکی در قاعده بواسیر؛ اسکروتراپی (تزریق مواد شیمیایی برای بسته شدن سیاهرگ‌ها و تشکیل بافت جوشگاهی)؛

جراحی با سرما (یخ زدن بواسیر با نیتروژن مایع)؛

انعقاد بواسیر (با اشعه مادون قرمز یا لیزر)؛
در آوردن بواسیر

داروها :

برای درد خفیف، خارش، یا کاهش تورم، می‌توان از داروهایی که اختصاصاً برای تخفیف علائم بواسیر ساخته شده‌اند استفاده کرد. اگر علائم بواسیر به هنگام حاملگی رخ دهند، از پزشک خود در مورد داروهای مناسب که در حاملگی مشکلی ایجاد نکند سؤال کنید.

اگر نیاز به استفاده از مسهل باشد، از نرم‌کننده‌های اجابت مزاج استفاده کنید. فعالیت در زمان ابتلا به این بیماری :

محدودیتی برای آن وجود ندارد. کار روده با آمادگی جسمانی مناسب بهبود می‌یابد.

رژیم غذایی :

برای پیشگیری از یبوست، یک رژیم متعادل حاوی مواد غذایی دارای فیبر زیاد، مثل میوه‌های تازه، کلوچه، حبوبات، سبزیجات و غلات سبوس‌دار داشته باشید. روزانه ۸-۱۰ لیوان مایعات بنوشید. اگر اضافه وزن دارید، وزن خود را کم کنید. درچه شرایطی باید به پزشک مراجعه نمود؟

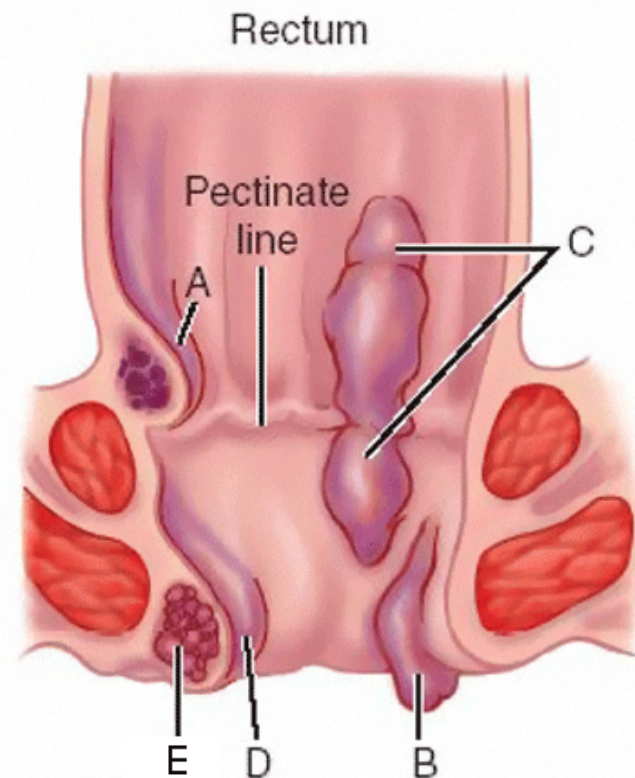
اگر در همان جایی که بواسیر بوده است یک برجستگی سفت تشکیل شود. اگر بواسیر باعث درد شدید می‌شود که با درمان‌های ذکر شده در بالا تخفیف نیابد. اگر خونریزی زیاد باشد (بیش از مقداری که در قسمت علائم ذکر شد). البته باید به یادداشت که خونریزی ممکن است یکی از علائم اولیه سرطان باشد.

شیوه های جدید معالجه هموروئید (بواسیر) :

هموروئید یا بواسیر بیماری بسیار شایعی است که افراد را در سنین مختلف چه جوان و چه پیر مبتلا می‌کند اما بسیاری افراد به علت شرم از بیان آن و مراجعه به پزشک خودداری می‌کنند. بیماری می‌پردازد. شما ممکن است با اسم هموروئید آشنا نباشید ولی حتماً کلمه بواسیر را شنیده اید. بایستی متذکر شد که هموروئید همان بواسیر است و یکی از بیماری‌های شایع جراحی است و حدود ۷۵ درصد افراد به ویژه افراد بالای ۳۰ سال در طول زندگی خود به این بیماری مبتلا می‌شوند.

سرطان سینه :

یکی از مهمترین و شایعترین بیماری‌ها در زنان است و دانستن اطلاعات اساسی در این زمینه برای هر زنی اگرچه دچار این بیماری نیز نباشد به دلیل شایع بودن و مهم بودن بیماری لازم است. قابل ذکر است که بیشتر توده‌های پستان سرطانی نیستند و درمان سرطان پستان همیشه به برداشتن پستان منتهی نمی‌شود و در مراحل اولیه بیماری با درمان‌های جدید شانس بهبودی واقعی وجود دارد. سرطان پستان شایع‌ترین علت مرگ زنان در محدوده سنی 35 تا 55 سالگی را تشکیل می‌دهد. در هر سال یک تا دو مورد سرطان پستان در هر 1000 زن به طور جدید تشخیص داده می‌شود. نسج پستان در مجاورت عضلات اطراف پستان قرار دارد شناخت سیستم لنفاوی پستان از لحاظ تشخیصی و درمانی حائز اهمیت می‌باشد.



- قرمزی وجوش در اطراف نوک پستان
- خونریزی یا ترشح از نوک پستان
- کشیده شدن پوست پستان
- تورم و احساس توده در زیر بغل
- وریدهایی واضح روی پستان
- زخم پوست پستان
- علائم تومورهای ثانوی در جاهای دیگر
- تورم بازو
- درد

**شایع‌ترین مسائل پستانی در زنان ،
بیماری‌های خوش خیم پستان می
باشد:**

**طبقه‌بندی بیماری‌های خوش خیم
پستان:**

- 1- آنومالی‌های تکامل طبیعی و برگشت
آنها
- 2- درد، پستانهای توده‌ای
- 3- توده خوش‌خیم غدد شیری
- 4- پستان (فیبروآدنوم)
- 5- کیست‌ها
- 6- اکتازی داکت (ترشح مایع زرد و
چسبناک)
- 7- هایپرپلازی این تلیال (رشد زیاد
سلول‌های پستان)

تومورهای پستان می‌توانند از طریق سیستم لنفاوی گسترش یافته و به تمام بدن راه یابند و درحقیقت سیستم لنفاوی راهی برای ارتباط لنف با عروق می‌باشد خون‌رسانی به قسمت‌های داخلی و مرکزی پستان توسط شاخه‌های شریانی انجام می‌شود پستان دارای سیستم عصب دهی نیز می‌باشد.

علائم بیماری‌های پستان:

شایع‌ترین علامت و شکایت‌های بیماری پستان که یک زن را به مشاوره پزشکی ارجاع می‌دهد احساس توده درپستان، ترشح با خونریزی از نوک پستان و درد پستان می‌باشد و در صورت مشاهده این علائم و تغییرات باید به پزشک مراجعه نمود اگر چه خیلی از این موارد سرطانی نخواهد بود.

**علائمی که ممکن است درسرطان
پستان ظاهرشوند:**

- توده در پستان (شایع‌ترین علامت)
- تغییر در اندازه یا شکل پستان
- به داخل کشیده شدن یا برگشتن نوک
پستان‌ها

استراتژی‌های پیشگیری و غربالگری برای کشف زودرس بیماری می‌گردد و نتایج بدست آمده قادر است تغییر در فاکتوری‌های محیطی که مسئول ایجاد بیماری شناخته شده‌اند بدهد و تحولی در نوع زندگی زنان ایجاد شود که کاهش ریسک ابتلا به بیماری را در آنان باعث میشود.

فاکتورهای خطر:

- 1- سابقه سرطان پستان در سمت مقابل
- 2- سابقه خانوادگی سرطان پستان (بستگان درجه یک)
- 3- نولی پارितه (نداشتن زایمان)
- 4- یائسگی بعد از 55 سالگی
- 5- بالا بودن سن (سن بالاتر از 35 سال)
- 6- اختلاف جغرافیایی (جهان غرب)
- 7- اثرات هورمونی
- 8- سرطان‌های دیگر
- 9- رژیم غذایی (چربی و گوشت)
- 10- چاقی
- 11- الکل
- 12- بیماریهای خوش‌خیم پستان

- 8- تومورهای خوش‌خیم دیگر
 - 9- لیپوم (تومور چربی)
 - 10- پاپیلوم داکت (ترشح مایع زردخون)
 - 11- التهاب‌ها و عفونت‌ها
 - 12- تومورها
 - 13- اوریون
 - 14- شیردهی
 - 15- کالاکتوسل (نوعی کیست در بارداری)
 - 16- نکروز چربی
 - 17- بیماری‌های مادرزادی
 - 18- نوک پستان‌های فرورفته
 - 19- پستان‌های اضافی، نوک‌های اضافی پستان
 - 20 - بیماری‌های غیرپستانی
 - 21- مشکلات پوستی و کیست‌های سباسه
 - 22- بیماری‌ها و اختلالات قفسه سینه
- ### **علت و عوامل ایجاد:**
- تحقیق در زمینه علل سرطان پستان مهم می‌باشد زیرا با یافتن آنها هم درمان و هم پیشگیری ممکن می‌گردد که منجر به شناسایی زنان در معرض خطر و

پیشگیری ثانویه در مورد سرطان پستان عبارت است از غربالگری پستان به منظور کشف و درمان سرطان در اسرع وقت تا خطر انتشار بیماری و مرگ را کاهش دهد.

غربالگری :

غربالگری به این معنی است که در جمعیت زنان سالم، حتی قبل از آن که هر نوع علائمی در پستان تظاهر کند بتوان با انجام آزمایشات و معاینه، تغییرات غیر طبیعی را کشف نمود و تصمیمات لازم را جهت درمان بکار گرفت. روش‌های غربالگری عبارتند از :

- 1-ماموگرافی سالانه در زنان 40 ساله و مسن‌تر
- 2-معاینه پستان‌ها توسط زنان به صورت ماهیانه از سن 20سالگی (بهترین زمان معاینه پس از قاعدگی و پیش از تخمک‌گذاری است یعنی بین پاک شدن از خونریزی تا 14 روز مانده به قاعدگی بعد)
- 3-معاینه بالینی پستان توسط پزشک در زنان 20 تا 40 ساله، هر سه سال و در زنان مسن‌تر از 40 سال ، هر سال

13- ویروس‌ها

14- تابش اشعه یونیزان

15- نوع بافت پستانی

16- شخصیت (مضطرب)

17- مصرف استروژن (داروهای استروژنی)

18- منارک زودرس (شروع قاعدگی زودتر

از موعد)

19- اولین حاملگی بعد از 25 سالگی

کشف اولیه و زودرس سرطان پستان:

توموری که باسایز کوچک تشخیص داده می‌شود بیشتر قابل درمان است و شانس بقای عمر را بالا می‌برد. زنان باید هرگونه علائم جدید که در پستان‌هایشان مشاهده می‌کنند در اسرع وقت به پزشک گزارش نمایند.

پیشگیری:

به استفاده از معیارهایی که بتوان فاکتورهای خطر شناخته شده در توسعه و پیشرفت یک بیماری را تغییر داد پیشگیری اولیه اطلاق می‌گردد. یک شیوه برتر، سعی در پیشگیری از تکامل بیماری است که پیشگیری ثانویه نامیده می‌شود.

انواع روش‌های درمان:

درمان‌های متفاوتی برای سرطان پستان

وجود دارد:

- جراحی

- پرتو درمانی

- درمان کمکی (هورمون درمانی- شیمی

درمانی)

1- جراحی:

• جراحی محافظتی پستان:

درمان قطعی پس از صحبت کردن بیمار با

پزشک و در نظر گرفتن یک سری از

فاکتورها مثل اندازه توده نسبت به اندازه

پستان، محل تومور، مرحله و درجه تومور و

تمایل بیمار در پذیرفتن درمانهای اضافی به

همراه جراحی مشخص می‌گردد.

اغلب تومورهای کوچک که طی برداشتن

قسمتی از بافت پستان خارج می‌شوند اثر

قابل توجهی روی ظاهر پستان نمی‌گذارند

و جای برش پوستی بر پوست جزئی

خواهد بود اما در مورد تومورهای بزرگ

بخصوص اگر یک قسمت کامل پستان،

برداشته شود ممکن است از دست دادن

واضح بافت پستان نمایان شود.

برداشتن پستان (ماستکتومی):

ماستکتومی به خارج کردن کامل بافت

پستان که در برگیرنده پوست روی پستان

همراه با نوک پستان و آرئول (هاله اطراف

پستان) نیز می‌باشد، اطلاق می‌گردد.

تنها در ماستکتومی زیر پوستی

می‌باشد که پوست پستان بدون عیب و به

صورت دست نخورده روی پستان در حالی

که بافت پستان خارج می‌شود می‌ماند.

1- ماستکتومی ساده یا کامل: این عمل

شامل برداشتن تمام نسج پستان که به

طرف زیر بازو کشیده می‌شود و نوک

پستان و هاله و پوست اطراف آن می‌باشد.

2- ماستکتومی نسبتاً وسیع: علاوه بر بافت

های پستان که در جریان ماستکتومی

ساده برداشته می‌شوند یکی از عضلات

جدار قفسه سینه و قسمت‌های کوچک و

بزرگ عضلاتی که از زیر بغل می‌گذرند و از

دنده‌ها به سمت لبه شانه کشیده

می‌شوند، برداشته می‌شوند.

3- ماستکتومی کاملاً وسیع: علاوه بر

ماستکتومی نسبتاً وسیع غدد لنفاوی نیز

برداشته می‌شود.

•هورمون درمانی
•شیمی درمانی

شیمی درمانی: از داروهای ضد سرطان شیمی درمانی به منظور پیدا کردن و از بین بردن سلول‌های سرطانی در سرتاسر بدن استفاده می‌شود. این داروها اغلب پس از جراحی سرطان در افراد پرخطر که احتمال انتشار سلول‌های سرطانی به خارج از پستان قبل و بعد از تشخیص تومور می‌رود به کار برده می‌شود. درمان بیشتر در زنان قبل از یائسگی به کار می‌رود بخصوص کسانی که تومور مهاجم و یا غدد گرفتار در زیر بغل دارند.

4- تخریب تخمدان‌ها:

تخریب تخمدانها باعث افزایش بقای عمر در 30% موارد و کاهش عود بیماری در 35% موارد می‌شود.

**روش‌های درمان سرطان پستان
منتشر شده (متاستاتیک)
مواردی که هورمون درمانی به کار
می‌رود:**

1-بیماری مثبت از لحاظ گیرنده استروژن

•برداشتن غدد لنفاوی:

در حال حاضر عقیده بر این است که درگیری غدد لنفاوی (یعنی درنمونه برداری از غدد سلول سرطانی مشاهده شود) علامتی بر گسترش بیماری در سراسر بدن می‌باشد. برداشتن جراحی ممکن است که برای بهبود علائم و تسکین آن مفید باشد اما الزاماً اثری در جهت افزایش بهبودی و درمان ندارد.

2-اشعه درمانی (پرتو درمانی)

پرتو درمانی یا درمان تشعشی اغلب پس از جراحی برای سرطان پستان جهت از بین بردن موضعی سلول‌های سرطانی بکار می‌رود که طی آن اشعه به ناحیه ای از پستان تابیده می‌شود و باعث کاهش خطر عود می‌شود.

3-درمان کمکی

هدف از این درمان انهدام سلول‌های سرطانی است که از پستان خارج و در نقاط دیگر بدن انتشار یافته‌اند و هدف از درمان کاهش خطر رشد ثانویه در سایر نقاط بدن می‌باشد که به دو روش صورت می‌گیرد.

تورم بازو در اثر تجمع مایع لنف جایی که غدد لنفاوی و عروق لنفاوی برداشته می شوند با دچار ضایعه می شوند می تواند درد زیادی ایجاد کند و نیاز به درمان دارد (این موارد کمتر شایع هستند). گاهی اوقات اختلالاتی در اعصاب دو عضله زیر بازو در جریان جراحی وسیع ایجاد می شود که منجر به عدم تعادل و پرش شانه می شود. (این موارد نادر است)

• اثرات جانبی پرتو درمانی:

- 1- نیاز به مراجعات منظم و مکرر به بیمارستان خسارتی برای بیمار محسوب می شود و ناراحتی که متعاقب این روند حاصل می شود منجر به خستگی مفرط بیمار می گردد.
 - 2- احساس بیماری و حالت تهوع
 - 3- حساسیت پوستی
 - 4- تیرگی پوست و خارش و سوزش
 - 5- سرفه های خشک و تنگی نفس
- پیشگیری از این عارضه: اغلب ایده خوبیست که برای این بیماران پس از برگشت از بیمارستان استراحتی ترتیب داده شود تا حتی الامکان از حالت دستپاچگی و خستگی آنها ممانعت به عمل آید.

2- متاستاز به غدد لنفاوی، پوست، استخوان

3- بیش از 2 سال از پایان درمان کمکی گذشته باشد.

4- پیشرفت بیماری بعد از مصرف داروهای رده اول و دوم شیمی درمانی
انهدام تخمدان در زنان قبل از یائسگی با تاموکسیفن و در زنان یائسه با داروهای دیگر شیمی درمانی انجام می شود.

اثرات جانبی روش های درمان:

• اثرات جانبی جراحی های سرطان پوستان:

معمولاً متعاقب جراحی مشکلات و عوارضی در اطراف ناحیه برش جراحی شامل کوفتگی، عفونت زخم، تورم و عدم بهبود سریع اسکار مشاهده می شود. اگر بیمار حوالی زمان جراحی تحت شیمی درمانی قرار بگیرد معمولاً عفونت زخم تا چندین هفته به طول می کشد.
در تمام اشکال ماستکتومی درجاتی از ضعف حرکات شانه وجود دارد که پس از عمل جراحی با ورزش بهبود می یابد.

محققان معتقدند بی توجهی به وضعیت روحی - روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از عمل ماستکتومی می تواند زمینه ساز بروز تغییرات خلقی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی این افراد شود.

-انواع سنگ کیسه صفرا و علائم آنها

سنگ های کیسه های صفرا ساختمان هایی بلوری دارند. که به واسطه ی ساخت و متراکم شدن اجزای طبیعی یا غیرطبیعی صفرا تشکیل می شوند. 80 درصد آن ها به طور عمده از نوع کلسترولی هستند و 20 درصد آنها را سنگ های رنگدانه ای (پیگمانته) تشکیل می دهند که مرکب از املاح کلسیم و به ویژه بیلی روبینات کلسیم هستند. در بسیاری از افرادی که دچار سنگ های کیسه ی صفرا می شوند میزان کلسترول موجود در صفرا بیشتر از حدی است که بتواند به حالت محلول پایداری باقی بماند. یعنی در واقع صفرا از نظر کلسترول، حالت فوق اشباع پیدا می کند و در نتیجه در صفرای فوق اشباع برخی بیماران، کریستال های میکروسکوپی کلسترول تشکیل می شود.

• اثرات جانبی شیمی درمانی:

ممکن است بعضی از داروها به سلول های سالم بدن نیز صدمه بزنند پس باید. پس از هر دوره درمان فرصتی جهت بازگشت به حالت طبیعی به شخص داده شود که معمولاً این زمان در نظر گرفته میشود. یک آزمایش خون قبل از هر دوره درمان جهت کنترل سطوح سلولهای سفید خون انجام می شود، تا مقاومت بدن در مقابل عفونت تعیین شود و تحت تاثیر آن قرار نگرفته باشد.

عوارض جانبی دیگر: خستگی، تهوع، ریزش موی سر، زخم های دهانی، بی اشتهاپی، اسهال و با ترکیبی از اینها، توقف قاعدگی، نازایی، پیشگیری: شستشوی دهان، ضد استفراغ، کلاه گیس، درمان شیمی درمانی باعث 28% کاهش عود و 16% کاهش میزان مرگ سالیانه می شود.

بی توجهی به وضعیت روحی بیماران پس از عمل ماستکتومی، کاهش کیفیت زندگی آنها را در پی دارد

رسوب تدریجی کلسترول بر روی یکدیگر منجر به پیدایش سنگ های صفراوی کلسترولی میکروسکوپی می شود. از طرفی اختلالاتی که باعث کاهش حرکات کیسه ی صفرا می شوند، (نظیر جراحی، سوختگی ها، بارداری، قرص های ضدبارداری خوراکی) از جمله عوامل ایجاد سنگ صفرا هستند.

غذاهای حاوی کالری بسیار اندک و همچنین بارداری، به تشکیل سنگ کیسه صفرا کمک می کنند.

در طی سه ماهه ی سوم بارداری، به علت تغییر در ترکیب ذخیره ی اسید صفراوی و ظرفیت حمل کلسترول صفرا، اشباع کلسترول افزایش قابل توجهی پیدا می کند. که این خود به تشکیل سنگ کیسه صفرا کمک می کند. همچنین بررسی او لتراسونوگرافیک نشان داده است که، انقباض کیسه ی صفرا در پاسخ به یک وعده غذا، بسیار بطنی شده و این مسئله منجر به اختلال در تخلیه ی کیسه ی صفرا می شود. همچنین دیده شده است که 10 تا 20 درصد افرادی که به کمک غذاهای بسیار کم کالری دچار کاهش وزن سریع شده اند، گرفتار سنگ کیسه ی صفرا می شوند.



امروز شواهد زیادی حاکی از ارتباط بین کلسترول غذایی و تشکیل سنگ های صفراوی در دست است. افزایش کلسترول در برنامه ی غذایی مبتلایان به سنگ صفراوی موجب ترشح بیش تر کلسترول در صفرا می شود و همین تغییرات به عنوان زمینه ساز تشکیل سنگ های صفراوی کلسترولی شناخته شده اند.

همان طور که گفته شد علاوه بر سنگ های کلسترولی، سنگ های رنگ دانه ای نیز نوع دیگری از سنگ های صفراوی اند که بخصوص در آسیای شرقی شایع بوده و اغلب با عفونت سیستم صفراوی همراه اند.

داشتن یبوست، مصرف رژیم غذایی پر چرب، مصرف بیش از اندازه تخم مرغ، و فقدان ورزش و فعالیت بدنی نیز در ایجاد رسوب صفراوی موثر است.

عوامل مستعد کننده ی ایجاد سنگ های صفراوی کلسترولی عبارت است از:

- 1- چاقی، که باعث افزایش ترشح کلسترول در صفرا می شود.
- 2- کاهش وزن سریع
- 3- هورمون های جنسی زنانه: هورمون استروژن، داروهای حاوی استروژن و قرص های ضدبارداری خوراکی به عنوان عوامل مستعد کننده شناخته شده اند.
- 4- بیماری های روده ی کوچک و یا برداشتن آن در طی عمل جراحی
- 5- افزایش سن

- 6- کاهش تحریک کیسه ی صفرا به دنبال تغذیه وریدی طولانی مدت، روزه گرفتن، بارداری و ...
 - 7- درمان با کلوفیبرات
 - 8- کاهش ترشح اسید صفراوی به دنبال سیروز صفراوی اولیه
 - 9- رژیم غذایی پرچرب
 - 10- آسیب طناب نخاعی
- همچنین دیده شده است که، داشتن یبوست، مصرف رژیم غذایی پر چرب، مصرف بیش از اندازه تخم مرغ، و فقدان ورزش و فعایت بدنی نیز در ایجاد رسوب صفراوی موثر است.

عوامل موثر در ایجاد سنگ های رنگدانه ای عبارت اند از:

- 1- ژنتیک
- 2- سیروز الکلی
- 3- سن بالا
- 4- عفونت مزمن سیستم صفراوی یا عفونت انگلی

علائم بیماری

وجود دو حالت تهوع و سرگیجه با هم دیگر از بهترین علائم سنگ صفرا و به طور کلی بیماری های کیسه ی صفراست.

اغلب بیماران مبتلا به سنگ کیسه صفرا، بانوان چاق، با قدرت باروری و با شکم بزرگ و بالای چهل یا پنجاه سال می باشند. انسداد مجرا به وسیله ی سنگ موجب افزایش فشارداخل مجرا واتساع این عضو می شود. که با انقباضات مکرر صفراوی بر طرف نمی شود. نشانه ی دیگر، درد یا فشار شدید و مداوم در ناحیه ی سردل است. که اغلب به ناحیه ی بین دو کتف و کتف راست یا شانه انتشار می یابد. شروع دردها معمولاً ناگهانی است و در عرض چند دقیقه شدت آن بالا رفته و به حد ثابت می رسد. همچنین می تواند با شدت زیادی 1 تا 4 ساعت ادامه یابد و سپس به تدریج یا به سرعت بر طرف شود. این دردها ممکن است به دنبال مصرف یک غذای چرب و خوردن مقادیر زیادی غذا بعد از یک دوره گرسنگی طولانی و حتی گاهی به دنبال یک غذای معمولی ایجاد شود. به طور معمول، درد در سه الی پنج ساعت بعد از صرف غذا شروع می شود ولی گاهی بلافاصله بعد از مصرف غذا هم ظاهر می شود و خود را به شکل زخم های اثنی عشر نشان می دهد، منتها با این تفاوت که با خوردن غذا بهتر نمی شود و تنها با استفراغ کردن آرام می گیرد.

رژیم غذایی بعد از عمل :

معمولاً بعد از عمل مواد جوشیده و شیرین بهتر تحمل می شود رژیم غذایی نرم و کم چربی داده می شود . پیشگیری: برای کاهش خطر ابتلا به سنگ صفراوی نکات زیر را رعایت کنید: 1- از خوردن غذاهای چرب و حاوی کلسترول زیاد خودداری کنید. 2- تحرک کافی داشته باشید . 3- حتی الامکان از روشهای جلوگیری از بارداری به غیر از قرص خوراکی استفاده کنید . 4- سبزیجات و میوه جات بیشتری میل کنید . 5- وزن ایده آل داشته باشید، چاقی مضر است. 6- از استعمال الکل و دخانیات پرهیز کنید. 7- بیش از دو بار حاملگی مضر است.

مداخلات پرستاری

• بعد از عمل بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد. انفوزیون مایعات داخل وریدی، NG tube ، رژیم نرم پس از بازگشت صداهای روده ای

درد با تهوع و دل به هم خوردگی و استفراغ همراه است. بسیاری اوقات با مصرف غذاهای چرب و سنگین، تخم مرغ، شکلات، کاکائو، شیرینی های خامه ای، ، درد شروع شده یا شدت می یابد. وجود دو حالت تهوع و سرگیجه با هم دیگر از بهترین علائم سنگ صفرا و به طور کلی بیماری های کیسه ی صفراست. نفخ و آروغ زدن و عدم تحمل غذاهای چرب و سوء هاضمه نیز همراه با این بیماری دیده می شود.

سنگ کیسه صفرا غالباً نامشخص و مخفی است و مدت ها بدون آن که علامت مهمی از خود نشان دهد یا مزاحمتی فراهم آورد، باقی می ماند .

عمل لاپاراسکوپی: با ایجاد چند سوراخ کوچک بر روی پوست برای مشخص کردن و برداشتن کیسه صفرا انجام میشود درد و زمان بستری بعد از عمل در این روش کمتر است.

سرطان پانکراس

سرطان لوزالمعده ممکن است در هر قسمتی از آن پدید آید. نشانه های بسته به محل ضایعه و درگیری سلولهای ترشح کننده انسولین در جزایر (لانگرهانس) پانکراس متفاوت خواهد بود. قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی صنعتی یا سموم موجود در محیط، رژیم غذایی حاوی چربی یا گوشت زیاد و استعمال سیگار از عوامل خطر آفرین این بیماری هستند. همچنین سرطان پانکراس با پانکراتیت ارثی، دیابت شیرین و پانکراتیت مزمن در ارتباط است.

شایع ترین انواع سرطان پانکراس تومور هایی هستند که از قسمت سر آن نشئت میگیرند و باعث انسداد مجاری مشترک صفراوی می شوند. خصوصا در تومور های بر خواسته از جزایر لانگرهانس، عملکرد سلولهای این جزایر مسئول بروز سندرم ها پیر انسولینیسم خواهد بود. همچنین پانکراس می تواند محلی برای پذیرش متاستاز از تومور های دیگر باشد.

• کاهش درد با استفاده از مسکن طبق تجویز

• بهبود وضعیت تنفسی با تنفس عمیق و استفاده ی بموقع از اسپرومتری

• بهبود وضعیت تغذیه ای: محدودیت استفاده از چربی به مدت 4 تا 6 هفته.

• افزایش مراقبت از پوست و تخلیه ی صفراوی: بررسی عفونت، نشت صفرای انسداد مسیر تخلیه ی صفراوی، کنترل اسکرای چشم از نظر وجود یرقان، اندازه گیری میزان صفرای جمع آوری شده هر 24 ساعت از نظر رنگ، مقدار و مشخصات

• کنترل و درمان عوارض:

• بررسی خونریزی، تندرینس و سفتی شکم

• توصیه به بیمار جهت گزارش تغییر رنگ مدفوع

• بررسی نشانه های گوارشی مانند بی اشتها، استفراغ، درد، نفخ شکم و افزایش درجه ی حرارت

و به هنگام شب و هنگامی که فرد به حالت طاق باز دراز می کشد تشدید میشود. درد اغلب حالتی پیش رونده و شدید دارد. بروز اسیت نیز شایع است.

• صرف غذا اغلب سبب تشدید درد اپی گاستر می گردد.

تظاهرات بالینی

• ممکن است نشانه های کمبود انسولین (دیابت، گلوکز اوری، هیپرگلیسمی و تست تحمل گلوکز غیرطبیعی) از علایم زودرس بیماری باشند.

• ممکن است رادیوگرافی از دستگاه گوارش، تغییر شکل های ایجاد شده در بافت های مجاور توده ی پانکراس را نشان دهد.

تشخیص

• MRI ، اولتراسوند، سی تی اسکن، ERCP همراه با بررسی سلولی، بیوپسی با سوزن نازک از طریق پوست، کلانژیوگرافی از طریق کبد و پوست (PTC)، آنژیوگرافی، لاپاروسکوپی و دئودنوگرافی.

صرف نظر از مرحله ی بیماری، در هنگام تشخیص، کارسینوم پانکراس بقای 5 ساله ای معادل 2% تا 5% دارد.

تظاهرات بالینی

• در 90% بیماران درد شکم، زردی یا هر دو وجود دارد. علی رغم اینکه کاهش وزن علامتی کلاسیک محسوب می شود ولی فقط زمانی بروز میکند که بیماری بسیار پیشرفته باشد.

• کاهش وزن سریع، قابل ملاحظه و پیشرونده .

• در تومورهای سر پانکراس، بروز سوء جذب مواد مغذی و ویتامین های محلول در چربی، بی اشتهاپی، و احساس ناخوشی، مدفوع با رنگ روشن و ادرار تیره شایع می باشند.

• درد مبهم در قسمت فوقانی یا میانی شکم و یا ناراحتی غیر وابسته به عملکرد دستگاه گوارش که به صورت دردی آزار دهنده به میانه ی پشت انتشار می یابد

- امکان دارد رادیوتراپی و شیمی درمانی به کارگرفته شود: استفاده از رادیوتراپی حین عمل (IORT) و کاشتن منبع رادیواکتیو در میان بافت می توانند در تسکین دردها مؤثر واقع شوند. به منظور بهبود زردی می توان از استنت های صفاوی استفاده کرد.

مداخلات پرستاری

- اداره ی درد و توجه به وضعیت تغذیه ای
- بررسی بروز هایپوگلیسمی در بیماران مبتلا به تومور در جزایر لانگرهانس پانکراس
- مراقبت از پوست
- در مورد روشی که برای درمان انتخاب کرده اند به آنها توضیح دهید.
- ارایه یک سری توضیحات به خانواده ی وی در مورد تخفیف درد، TPN، پیشگیری از آسیب پوستی، خارش و آنورکسی.

- تست تحمل گلوکز به منظور تشخیص تومور جزایر پانکراس.

- مارکرهای توموری نشانگرهای مفیدی برای بررسی پیشرفت بیماری محسوب می شوند.

تدابیر طبی

- روش های جراحی متعددی به منظور خارج کردن تومورهای محدود وجود دارد (پانکراتکتومی، رزکسیون تومور به روش ویپل).

- پیش از عمل جراحی می توان از رژیم غذایی حاوی پروتئین زیاد به همراه آنزیم های لوزالمعده، برقراری هیدارسیون کافی، ویتامین K استفاده نمود. درمان کمخونی با تجویز فراورده های خونی و تغذیه ی تام وریدی صورت پذیرد.

- در صورتیکه متاستازهای وسیع پیش آید خصوصا متاستاز به کبد، ریه ها و استخوان ها غالبا درمان به استفاده از درمان های تسکینی محدود می شود.

حال اگر محل درگیری در انتهای روده بزرگ باشد چه باید کرد؟

کاری که انجام میدهند این است که محل درگیری را برداشته اما چون روده کوتاه شده است و به مقعد نمیرسد تا مدفوع را به خارج ببرد. مجبورن انتهای روده را به شکم بیاورند. بله یعنی مدفوع از شکم بیرون می آید و یک کیسه به آن وصل مینمایند که به آن کیسه کلستومی میگویند. مجرایبی که بیرون آمده و روی شکم گذاشته اند استوما نامیده میشود.

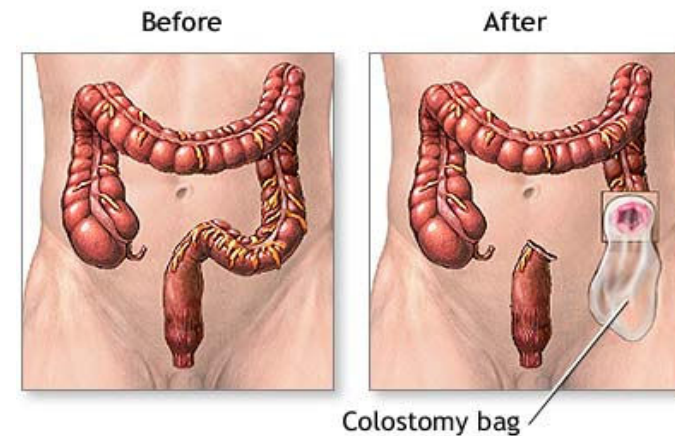
در نظراول زندگی کردن با این کیسه از زندگی کردن با یک زن سخت تر است. (شکل خنده) اما باید بگویم که زندگی کردن با این کیسه سخت نیست فقط باید یاد بگیرید. پس خوب بخوانید و نگاه مثبتی نسبت به آن داشته باشید.

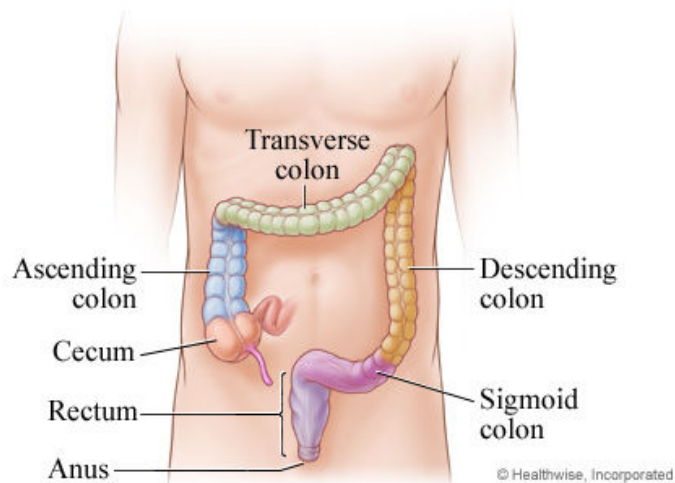
در ابتدا لباس خود را بالا بزنید و یک نگاهی به آن بیندازید. اصلا چیز چندش آوری نیست فقط یک جزء از بدنتان است. در ابتدا کمی قرمز است اما به مرور زمان صورتی رنگ میشود. نوزادی که تازه متولد شده اصلا زیبا نیست اما به مرور زیبا و دلنشین میشود.

میدانید کلستومی چیست؟

همان طور که میدانید در انتهای روده کوچک، روده بزرگ وجود دارد. وبعد رکتوم یعنی جایی که مدفوع از آن خارج میگردد. روده بزرگ از چند قسمت تشکیل شده است. کولون صعودی، کولون عرضی، کولون نزولی، سیگموئید

حال فردی را تصور نمایید که سرطان روده بزرگ دارد. باید قسمتی از روده که درگیر سرطان است برداشته گردد. اگر این محل در ابتدای روده بزرگ باشد میتوان قسمت درگیر را برداشت و ابتدا را به انتها متصل کرد که به اصطلاح میگویند آناستوموز میدهند.





استوما ممکن است بیرون زده باشد (استومای غنچه ای) یا صاف باشد (استومای فلاش)

در طول زندگی سایز استوما تغییر میکند که این تغییر در 6-8 هفته بعد از جراحی قابل توجه است. اندازه کلاستومی بعد از عمل جراحی بزرگ و متورم است که با گذشت چندین هفته و بهبودی کامل اندازه آن کوچکتر خواهد شد . بنابراین یک بار در هفته باید استوما را اندازه بگیرید و دهانه کیسه کلاستومی را طبق سایز استوما با هم جفت نمایید.

درکل دونوع کلاستومی داریم :

کلاستومی موقت : گاهی اوقات باید به قسمتی از کولون استراحت داد تا التیام یابد و کولون دوباره بوسیله عمل جراحی سر جای اولش برمی گردد که ممکن است ماه ها ، سالها یا ماه ها طول بکشد.

کلاستومی دائمی : این نوع کلاستومی در آینده به سر جای اصلیش برنمی گردد.

کولون قسمت های مختلفی دارد که بر اساس آن چند نوع کلاستومی خواهیم داشت.

کلاستومی صعودکننده : قسمتی از کولون صعودکننده درگیر است و کلاستومی زیر دنده راست جایی زیرآپاندیس باز میگردد مدفوع مایع غلیظ خواهد بود.

کلاستومی عرضی : قسمتی از کولون عرضی را برداشته اند که مدفوع مایع یا خمیری شکل خواهد بود.

کلاستومی نزولی و سیگموئیدی : قسمتی از کولون نزولی یا سیگموئیدی درگیر شده است در این وضعیت مدفوع کاملا شکل گرفته است .

غذاهایی که باعث نفخ شکم میشوند (ماهی ، حبوبات ، شکلات ، آجودانه ، خانواده کلم ، نوشابه های گازدار- ذرت- خیار- قارچ- اسفناج و تخم مرغ...) کمتر مصرف نمایید. حبوبات را حتما روز قبل از مصرف خیس نمایید بعد در غذا بریزید.

میزان حرکات روده به این بستگی دارد که چه مقدار از کولون در عمل جراحی برداشته شده است. اگر میزان حرکات روده زیاد شود باعث اسهال میگردد. اضطراب و استرس های روانی و احساسی ، ادویه ، پیاز ، میوه ، سبزیجات ، قهوه و آجودانه باعث اسهال میگردد. اگر از طولانی شدن اسهال رنج میبرید از کیسه های بزرگتر و کیسه هایی که درن دارند استفاده نمایید تا محل استوما با مدفوع در تماس نباشد. سیب- موز- پنیر- ماست- بادام زمینی- ماکارونی- برنج- شیر- سبزی و گل ختمی کرفس ، نارگیل و آجیل مدفوع را سفت مینماید.

تخم مرغ و برنج پخته شده باعث کاهش حرکات روده و در نتیجه یبوست میگردد اگر از یبوست رنج میبرید:

انتهای استوما هیچ عصبی ندارد و اگر لمسش کنید دردناک نیست پس ترسی از لمس آن نداشته باشید فقط مواظب باشید که لوازم تیز وارد آن نشود و آن را پاره ننماید مثل کمر بند ایمنی یا سگک کمر بند.

وقتی کلهستومی را تمیز میکنید ممکن است قطرات خون را ببینید که این طبیعی است. مثل زمانی که شما مسواک میزنید و ممکن است خون بیاید.

چهار مشکل شایع که با آن مواجه خواهید بود نفخ شکم ، بوی بد کیسه ، اسهال و یبوست است.

همچون گذشته شما باد شکم را احساس میکنید اما قادر به ایست و عدم تخلیه آن نخواهید بود . چند روز پس از جراحی مقدار باد دفعی بسیار زیاد است . برای جلوگیری از این مسئله:

آهسته و با دهان بسته غذا بخورید ، غذا را زیاد بجوید.

حتی اگر زمان غذا گرسنه نیستید غذا بخورید شما به کالری زیادتری نسبت به قبل از عمل نیاز دارید تا بهبود یابید سعی کنید به شیر یا آب میوه خود قند یا عسل اضافه نمایید. بعد از آن از رژیم معمولی خود استفاده کنید. 16-24 ساعت طول میکشد تا غذا بعد از قورت دادن به استوما برسد پس خوب است غذاهای جدید را در یک زمان بخورید و اثر آن را روز بعد ببینید. اگر فکر کردید غذا روی شما اثر بدی دارد فوراً آن را رد نکنید تا سه مرتبه آن را تکرار نمایید اگر بعد از آن مطمئن شدید که اثر بدی دارد مقادیر کمی از آن را بخورید.

برنامه زندگیتان باید منظم باشد زمان معینی برای خوردن ، خوابیدن ، شستشوی کلستومی و داشته باشید . چنین کاری به منظم شدن زمان خروج مدفوع از کلستومی کمک مینماید.

در 4-6 هفته اول بعد از عمل از برداشتن اجسام سنگین خودداری نمایید .

ورزش های سبک انجام دهید. راه رفتن کمک مینماید تا حرکات روده افزایش یابد و مدفوع را خارج نماید. آب گلابی و انگور ، آلوآب آلو مصرف نمایید. غذا را خوب بجوید زیرا غذای جویده نشده مدفوع را سفت مینماید.

غذاهایی که بو را از بین می برند شامل: جعفری- ماست- آب پرتقال- آب گوجه فرنگی و اسفناج تازه است. آب فراوان بنوشید 6-8 لیوان در روز .



در طول دو هفته بعد از جراحی استوما غذاهای کم فیبر بخورید. غذاهای پرفیبر شامل سبزیجات ، مبله ، است

هیچ دلیلی ندارد که ارتباطتان با خانواده و دوستان تغییر کند چراکه شما همان فرد سابق هستید و سالانه حدود 100 هزار نفر از هر سنی این جراحی را دارند.

شما می توانید با کیسه یا بدون کلاستومی براحتی حمام کرده ولی توجه داشته باشید بقایای صابون باید به داخل محل کلاستومی شما داخل نشود بهتر است از صابونهای بدون چربی استفاده گردد .

خیلی از افراد نگران ارتباط صمیمی خود باهمسرشان هستند . توانایی شما برای دوست داشتن ، توجه کردن تغییر نکرده است. احساساتان را بگویید و باشریک زندگیتان صحبت نمایید این مسئله خیلی مهم است . فعالیت جنسی ، بغل کردن و صحبت کردن به استومای شما آسیبی نمیزند. برای شروع فعالیت جنسی و حاملگی به وقت نیاز دارید تا بدنتان با این تغییرات سازگار شود.

چند توصیه مهم برای بهبود رابطه جنسی:

همیشه اول کیسه کلاستومی را خالی نمایید.

اگر در شغلتان مجبور به برداشتن اجسام سنگین هستید حتما با پزشک خود درمیان بگذارید. در صورتیکه کاهش وزن در حدود 3-1 کیلوگرم در هفته داشتید به پزشک معالج خود اطلاع دهید.

لباس های زیر گرم و نرم بپوشید تا کیسه را مخفی نماید. کمربند شلوارتان را خیلی محکم نبندید . هر لباسی که در کمند لباسهایتان است میتوانید بپوشید حتی لباسهای تنگ و مایو فقط بعضی از آنها نیاز به تغییراتی دارد مثلا کمربند بزرگتر استفاده نمایید و ورزشکاران باید از یک حامی استفاده نمایند تا مانع ضربه به استوما شود.

میتوانید مسافرت کنید فقط وسایل تعویض کلاستومی را با خود ببرید .وسایلتان را در ساک دستی بگذارید نه داخل چمدان. در جای خنک وسایلتان را بگذارید نه در آفتاب پشت پنجره اتومبیل.

محدودیت کمی در ورزش کردن است شما میتوانید با استوما شنا کنید، پیاده روی بروید ، تنیس بازی کنید.

یک نوع کیسه جدیدا آمده است که دو قسمتی است یک قسمت سردارد که به پوست اطراف استوما میچسبد و یک کیسه که به آن وصل میشود و قابل جداشدن است . این کیسه در افرادی که پوست حساس دارند استفاده میشود.

حتی میتوانید از کمربندهای مخصوص کیسه استوا استفاده نمایید که کیسه کلاستومی درون این کمرندها که میبینید قرار میگیرند.

نحوه تعویض کیسه کلاستومی:

تخلیه کیسه و یا تعویض آن بهترین روش برای پیشگیری از پیر شدن کیسه کلاستومی است. هنگامی که نصف حجم کیسه پرشد اقدام به تخلیه و یا تعویض کیسه نمایید. کیسه کلاستومی باید هر 4-7 روز عوض شود . اگر نشت ، خارش یا سوزش در زیر کیسه پیداکردید نیز کیسه را تعویض نمایید.

به رنگ استوما، وجود تورم، وضعیت پوست اطراف استوما، مقدار و نوع ماده دفعی، وجود حساسیت به نوارچسب توجه فرمایید.

از کیسه های کوچکتر که تهش بسته است استفاده نمایید.

بعضی داروها در روده کوچک جذب میشوند . بنابراین باید به هر پزشکی که میروید اطلاع دهید که کلاستومی دارید.

اگر رکتوم شما برداشته شده باشد تنقیه رکتوم ، شیاف یا دما از راه مقعد نمیتوان انجام داد.

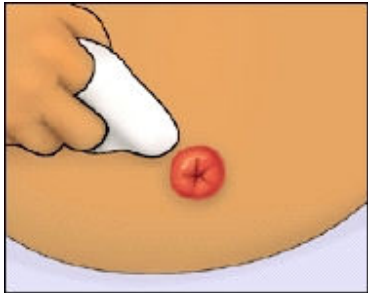
محل استوما در همه احوال چه ایستاده و چه خوابیده یا نشسته باید توسط فرد قابل رویت باشد.

سه نوع کیسه داریم کیسه هایی که انتهای آن باز است این کلاستومی در نوع عرضی و صعودی که ترشحات کم و غیرقابل پیش بینی است استفاده میشود و میتوان آن را خالی کرد .

کیسه ای که انتهای آن بسته است . این نوع کیسه در نوع کلاستومی نزولی و سیگموئیدی استفاده میشود. این کیسه یک بار مصرف است.



با استفاده از آب گرم یا لیف پوست اطراف استوما را تمیز نمایید. اگر از صابون استفاده میکنید باید خوب آبکشی نمایید تا صابون روی پوست باقی نماند. پوست باید خشک شود بعد کیسه جدید را بچسبانید.



از خمیر مناسب اطراف استوما استفاده نمایید تا سطح صافی برای اتصال کیسه فراهم شود. این خمیرها از آسیب پوست نیز جلوگیری مینماید. 1-2 دقیقه صبر نمایید تا خمیر خشک شود در این زمان استوما را با یک دستمال کاغذی بپوشانید تا محتویات روی پوست نریزد.

کیسه قبلی را از نظر نشت مواد دفعی کنترل نمایید. زمان تعویض کیسه نباید به زمان غذا خوردن یا ملاقات شما با اشخاص نزدیک باشد. بهتر است پس از صرف غذا که غذا به خوبی هضم شد و باقیمانده آن دفع شد کیسه تعویض گردد.

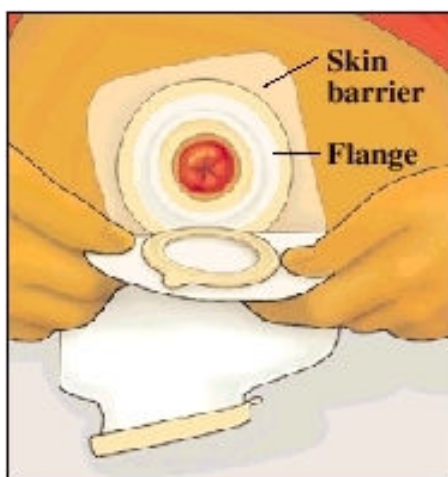


به توالت بروید روی یک صندلی بنشینید. دستهایتان را بشوید. دستکش بپوشید. درحالی که پوست اطراف استومارا با یک دست گرفته اید بادت دیگر کیسه را به آرامی از پوست جدا کنید.

میتوانید ضد بوی مایع یا قرص ضد بو در کیسه بیندازید. قسمت چسبناک کیسه را در حالی که استوما از سوراخ مرکزی آن خارج شده است اطراف استوما بچسبانید .

در زمان چسباندن کیسه هوای داخل آن را با فشار دادن بر رویش خارج نمایید.

به آهستگی قسمت چسبناک را بر روی پوست از دهانه به طرف خارج فشار دهید تا چروک خوردگی ها کاملا رفع گردد.



. اگر میتوانید از محافظ جامد صفحه ای شکل اطراف استوما استفاده نمایید. با استفاده از راهنمای اندازه گیری دهانه کلهستومی ، اندازه دهانه استوما را اندازه بگیرید.

اگر راهنما ندارید یک کاغذ بردارید روی استوما بگذارید و با مداد آرام اطراف استوما را رسم نمایید. دایره ای که رسم کرده اید را پشت صفحه محافظ بگذارید و $0/3 - 0/4$ سانتی متر بزرگتر از دایره استوما رسم نمایید و با قیچی درآورید . قسمت چسبناک صفحه محافظ را در حالی که استوما از سوراخ مرکزی آن خارج شده است اطراف استوما بچسبانید. به طوری که هیچ گونه هوا یا چروکیدگی در آن مشاهده نشود .

اگر از ماده محافظ مایع استفاده مینمایید. اجازه دهید که ماده محافظ مایع که روی پوست اطراف استوما ریخته اید خشک شود .

همان دایره ای را که روی ماده محافظ رسم نموده بودید روی کیسه جدید رسم نمایید و ببرید فقط مواظب باشید که کیسه را نبرید.

معمولا استوماهای عرضی و صعودی را برای تحریک تخلیه مواد و استوماهای نزولی و سیگنوییدی را برای انجام روش های تشخیصی مثل رادیوگرافی شستشو می دهند.

برای شستشو فرد روی صندلی در توالت بنشیند .

دستها را بشوید . حجم ظرف حاوی محلول شستشو را با آب ولرم (هم دمای بدن) به 300-500 میلی لیتر برسانید. ظرف را 30-45 سانتی متر بالاتر از استوما نگه دارید (به یک جا آویزان نمایید). لوله لاستیکی را به ظرف شستشو متصل کنید. سپس آن را بوسیله رابط به لوله کولون متصل نمایید. اجازه دهید مقدار کمی محلول از لوله ها خارج شود تا هوای داخل لوله ها نیز خارج شود سپس یک گیره به لوله بزنید تا هوا وارد نشود . نوک لوله کولون را به ماده لغزنده (ژل لوبریکانت ، روغن زیتون) آغشته نمایید. استوما را به لوله کولون متصل نمایید. یک سر کیسه تخلیه را بر روی استوما قرارداده و سردیگر آن را از بین پاهای بیمار رد کرده داخل توالت قرار دهید.

از مصرف کرم های مختلف و صابون های معطر وری استوما خودداری نمایید.

اگر از کیسه چندبار مصرف استفاده مینمایید. به روش زیر عمل نمایید:

وسیله محافظ پوست که هر دو سطح آن چسب دارد را به اطراف دهانه استوما بچسبانید. نوار کاغذی حلقه ای شکل را در داخل دهانه کیسه قرار دهید به طوری که تمام دهانه کیسه را از داخل احاطه کند و چند میلی متر از دهانه کیسه بیرون زده باشد. بیرون زدن کاغذ ثابت کردن کیسه را بر روی استوما سهولت میبخشد . این نوار کاغذی بعدا درداخل کیسه حل خواهد شد. بقیه کارها را همانند تعویض کیسه یک بار مصرف انجام دهید . و درآخر انتهای کیسه را با کلامپ ببندید.

دستکش ها را دربیابورید و دستها را بشوید.

کیسه های چند بار مصرف را باید با آب سرد و صابون ملایم شسته ، آبکشی نمایید و خشک کنید.

هر سه روز یک مرتبه استوما باید گشاد گردد که برای این کار دستکش بپوشید سرانگشت کوچک دست خود را به ماده لغزنده آغشته کرده انگشت را به آرامی به داخل استوما وارد نمایید. با حرکات دورانی آن را ماساژ دهید. این کار را به تدریج با انگشتان بزرگتر نیز انجام دهید.

هر زمانی یکی از اتفاقات زیر افتاد به پزشک مراجعه نمایید.

- رنگ استوما به بنفش یا سیاه تغییر کرد.
- خونریزی زیاد از دهانه استوما
- تورم غیر عادی اطراف استوما

منابع:

- برونرو سودارث گوارش ترجمه مریم عالیخانی چاپ 2008 نشر سالمی
- برونروسودارث غدد وکبد ومجرای صفراوی ترجمه احمد علی اسدی نوقابی و دکتر ناهید دهقان نیری چاپ 2008 نشر سالمی

با یک حرکت دورانی سرلوله کولون را از سوراخ بالای کیسه مخصوص تخلیه عبور داده و به درون استوما وارد کنید. لوله کولون نباید بیش از 7 سانتی متر به روده وارد شود. گیره را باز کرده و اجازه دهید که محلول به داخل روده جریان یابد.

اگر دچار دل پیچه شدید جریان ورود مایع را تا زمان قطع دل پیچه متوقف نمایید و سپس مایه را وارد کنید.

بعد از وارد شده تمام محلول لوله را خارج کرده و اجازه دهید کولون از طریق کیسه مخصوص تخلیه شود.

10-15 دقیقه شکم خود را ماساژ دهید تا شروع تخلیه اتفاق بیا فتد.

انتهای کیسه مخصوص تخلیه را تمیز کرده و با گیره مسدود کنید تا تخلیه به طور کامل انجام شود حتی برای کمک به تخلیه میتوانید راه بروید.

کیسه تخلیه را پس از خروج کامل محتویات جدا کنید. دست ها را بشویید ، ناحیه اطراف استوما را شسته و کاملاً خشک نمایید.

تست های تشخیصی:

کولونوسکوپی

کولونوسکوپی به پزشك اجازه می دهد که توسط يك لوله نازك قابل انعطاف به نام کولونوسکوپ جدار داخلی کولون (Colon) و رکتوم (Rectum) را مورد بررسی قرار دهد. کولونوسکوپ این امکان را فراهم می کند که پزشك پولیپها، تومورها و نقاط دچار التهاب یا خونریزی روده را تشخیص دهد. در حین کولونوسکوپی می توان نمونه های بافتی جهت پاتولوژی و برخی از پولیپها را برداشت.



دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشکده پرستاری و مامایی

بسم الله الرحمن الرحيم

تست های تشخیصی رایج جراحی 5و1

مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)

سرپرستار : سرکار خانم کیا

تهیه کنندگان :

سپیده یوشی - آتنا رحمتی

مرضیه نجفی

استاد راهنما : سرکار خانم توکل

اسفند 1388

کولونوسکوپ يك لوله قابل انعطاف و نازك 182/9 است. يك cm تا 9/121 cm به طول
دوربين كوچك و ویدیویی به کولونوسکوپ
متصل شده است که می تواند از روده
تصویر بگیرد. در برخی از کولونوسکوپها
فیبرابتيك بکار رفته است ولی امروزه
تکنولوژی دیجیتال در اکثر مواقع جایگزین
فیبرابتيك شده است. با این روش می توان
(Colon) و تمامی کولون (Rectum) رکتوم
را مورد بررسی قرار داد.

چرا کولونوسکوپي انجام می شود؟

جهت تشخیص بیماری کولون، رکتوم و مقعد در کسانی
که دچار خونریزی بدون علت مشخص، اسهال یا
یبوست طول کشیده، خون یا چرك مخفی در مدفوع یا
درد قسمت تحتانی شکم هستند

کولونوسکوپي انجام می شود:

1. در کسانی که باریم انما در آنها
اختلالاتی را نشان داده است.
2. جهت تشخیص بدخیمی ها و پولیپهای
کولون
3. جهت پیگیری بیماری التهابی روده
4. جهت برداشت بیوپسی از بافت کولون

آمادگی های قبل از کولونوسکوپي

قبل از انجام کولونوسکوپي موارد زیر را به
پزشك خود اطلاع دهید :

1. اگر داروی خاصی مصرف می کنید.

لذا ممکن است پزشک توصیه کند برخی از موارد زیر را رعایت کنید:

1. يك تا دو روز قبل از انجام کولونوسکوپی غذاهای جامد و مواد غذایی قرمز رنگ مصرف نکنید.
2. روز قبل از تست مسهل استفاده کنید.
3. مایعات فراوان مصرف کنید تا دچار کم آبی نشوید و روده شما هم تمیز شود.
4. 6 ساعت قبل از کولونوسکوپی مصرف مایعات را هم قطع کنید.

2. اگر به داروی خاصی مثل داروهای بیهوشی حساسیت دارید.

3. اگر مشکل انعقادی دارید یا داروهای رقیق کننده خون مثل کومادین (Comadin) یا داروهای حاوی آسپرین دریافت می کنید.

4. اگر بیماری قلبی دارید.

5. اگر طی 4 روز قبل باریوم انما برای شما انجام شده است.

6. اگر حامله هستید یا ممکن است حامله باشید.

قبل از کولونوسکوپی باید روده کاملا از مدفوع پاک شود تا دید کافی جهت بررسی آن وجود داشته باشد،

این داروها کمک می کنند تا در حین کولونوسکوپی درد نداشته، راحت باشید و کمی خواب‌آلوده شوید.

شاید لازم باشد که قسمتی از لباسهای خود را در آوردید، در این صورت به جای آن روی شما ملافه‌های تمیز انداخته خواهد شد.

بیمار باید به سمت چپ دراز کشیده و پاها را داخل شکم جمع کند. وقتی که بیمار در این حالت قرار گرفت ممکن است پزشك دستکش پوشیده و انگشت خود را به آرامی داخل کرده و وجود درد یا انسداد را در ناحیه مقعد بررسی کند. سپس کولونوسکوپ آغشته به ژل شده و وارد می شود و جدار داخلی روده مورد بررسی قرار می گیرد. گاهی اوقات پزشك به صورت هم زمان تصاویری با اشعه X از روده شما خواهد گرفت تا مکان دقیق کولونوسکوپ را تشخیص دهد.

حتماً کسی را همراه خود داشته باشید چون ممکن است در حین کولونوسکوپی داروهای خواب‌آور به شما داده شود و بعد از آن احساس خواب‌آلودگی کرده و نتوانید رانندگی کنید.

کولونوسکوپی چگونه انجام می شود

کولونوسکوپی می تواند در مطب پزشك یا در بیمارستان انجام شود و معمولاً توسط پزشك متخصص بیماری های گوارش و کبد صورت می گیرد. ممکن است فرد دیگری نیز به پزشك کمک کند.

در حین انجام کولونوسکوپی بیمار باید يك داروی مسکن و يك داروی خواب‌آور از طریق وریدی دریافت کند.

بعد از بررسی کامل روده کولونوسکوپ به آرامی خارج شده و موضع با دستمال پاک می شود. در صورت احساس دلپیچه، دفع گاز می تواند به شما کمک کند.

کولونوسکوپ معمولاً نیم ساعت طول می کشد که می تواند براساس یافته‌ها یا اعمالی که انجام می شود کمی طولانی تر شود.

بعد از کولونوسکوپ بیمار حدود 1 تا 2 ساعت تحت نظر خواهد بود تا داروها دفع شوند و سپس مرخص می شود. بعد از کولونوسکوپ تا 12 ساعت نباید رانندگی کنید یا با ابزار خطرناک کار کنید. از پزشک خود سؤال کنید که کی می توانید غذای عادی خود را از سر بگیرید .

امکان دارد حین کولونوسکوپ احساس دفع به شما دست دهد یا احساس دلپیچه کنید. سعی کنید به آرامی از طریق دهان نفس‌های عمیق بکشید تا عضلات شکم شما شل شده و احساس راحتی کنید. خروج هوا از اطراف کولونوسکوپ يك مسأله عادی است و لازم نیست شرمنده شوید. می توانید حین کولونوسکوپ از پزشک اجازه گرفته و وضعیت خود را کمی تغییر دهید.

پزشک می تواند از طریق لوله کولونوسکوپ ابزاری را جهت برداشت نمونه بافتی یا برخی پولیپ‌ها وارد وارد روده کند. این عمل کاملاً بدون درد است.

در حین ورود کولونوسکوپ یا ورود هوا به داخل روده ممکن است احساس درد خفیف یا دل‌پیچه کنید. در حین کولونوسکوپ‌ی ممکن است احساس دفع پیدا کنید. اگر احساس درد کردید به پزشک اطلاع دهید. ساکشن که مدفوع یا ترشحات را می‌مکد ممکن است تولید صدا کند. از آنجا که جدار روده حس درد ندارد برداشت بیوپسی یا دردی نخواهد داشت. پولیپ

اکثر افراد می‌گویند که چیز زیادی از انجام کولونوسکوپ‌ی قبل، حین یا بعد از آن به علت مصرف داروها به خاطر ندارند. بعد از کولونوسکوپ‌ی ممکن است به علت پرهوایی شکم احساس درد کنید که دفع گاز به بهبودی شما کمک خواهد کرد.

بعد از کولونوسکوپ‌ی مایعات فراوان مصرف کنید تا آبی را که در اثر مصرف داروی مسهل از دست داده‌اید، جبران شود.

احساس بیمار چه خواهد بود ؟

کولونوسکوپ‌ی می‌تواند برای شما ناراحت کننده باشد یا احساس خجالت بکنید. دانستن آنچه اتفاق خواهد افتاد می‌تواند باعث احساس بهتری شده و ترس شما را کاهش دهد. مصرف مسهل شب قبل می‌تواند باعث اسهال و درد شکم شده و شما را مجبور کند که اکثر ساعات شب را در دستشویی به سر ببرید.

در حین کولونوسکوپ‌ی به علت داروهای ضد درد و خواب‌آوری که به شما داده می‌شود، خواب آلود و راحت خواهید بود.

بیمارانی که بیماری های درجه‌ای قلب، درجه مصنوعی یا سابقه عفونت قلبی درجه قلب دارند ممکن است قبل و بعد از کولونوسکوپی نیاز به دریافت آنتی بیوتیک برای جلوگیری از عفونت داشته باشند. نامنظمی در ضربان قلب ممکن است حین انجام تست اتفاق بیفتد که معمولاً بدون درمان خاص بهبود می یابد.

نتایج :

برخی از نتایج را پزشك بلافاصله به شما خواهد گفت ولی نمونه‌های بافتی که حین کولونوسکوپی گرفته می شود برای بررسی بیشتر به آزمایشگاه پاتولوژی و میکروبیولوژی فرستاده خواهد شد که نتایج آن می تواند چند روز تا چند هفته به طول بینجامد.

اگر بیوپسی یا پولیپ برداشته شود، ممکن است تا چند روز رگه‌های خونی در مدفوع شما مشاهده شود و پزشك به شما توصیه کند که به مدت 7 تا 14 روز آسپرین یا داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی مصرف نکنید. در صورت خونریزی شدید، درد شکمی شدید یا تب بعد از انجام کولونوسکوپی به پزشك مراجعه کنید.

خطرات

خطرات کولونوسکوپی بسیار نادر است. احتمال بسیار کمی (کمتر از 1 در 1000) برای پارگی کولون ، خونریزی شدید به علت آسیب جدار کولون (کمتر از 3 در هزار) و عفونت کولون وجود دارد.

سیگموئیدوسکوپي:

سیگموئیدوسکوپي روشی است که به وسیله آن می توان داخل مقعد ، رکتوم و قسمت انتهایی روده بزرگ یا کولون را مشاهده کرد و ضایعاتی مثل توده‌ها، پولیپ‌ها، التهابات، خونریزی، بواسیل و غیره را تشخیص داد کولون. یا روده بزرگ 1/5 تا 1/6 متر طول دارد. از طریق سیگموئیدوسکوپي تنها 0/6 متر آخر آن که کولون سیگموئید نام دارد را می توان مورد بررسی قرار داد.

سیگموئیدوسکوپ یک لوله با منبع نورانی است که دو نوع مختلف دارد: سخت و نرم

عواملی که روی کولونوسکوپي تأثیر دارد

1. انجام باریوم انما یک هفته قبل از کولونوسکوپي می تواند دید پزشك را محدود کرده و نتایج مناسب به دست نیاید.
2. وجود مدفوع در کولون، پیچ‌های زیاد روده، جراحی قبل ی کولون، یا عدم همکاری بیمار می تواند انجام آن را مشکل یا غیر ممکن کند.
3. مصرف قرص آهن می تواند مدفوع را سیاه کرده یا پاك شدن کولون از مدفوع را دچار مشکل کند، بنابراین چند روز قبل از کولونوسکوپي باید مصرف قرص آهن را قطع کرد.
4. مایعات یا ژله‌های قرمز رنگ می تواند ترشحات روده را قرمز کرده و با خون اشتباه شود.

قبل از انجام سیگموئیدوسکوپی باید روده بیمار کاملاً پاک شود.

- علل انجام سیگموئیدوسکوپی
- آمادگی های قبل از انجام آزمون
- نحوه انجام
- احساس بیمار
- خطرات احتمالی
- نتایج
- عواملی که می تواند روی سیگموئیدوسکوپی اثر بگذارد

سیگموئیدوسکوپی چه مواقعی

انجام می شود؟

- 1. جهت تشخیص بیماریهای روده بزرگ**
از جمله IBD در کسانی که دچار علائمی مثل اسهال خونی، درد شکمی و غیره هستند.

سیگموئیدوسکوپ سخت که طول آن در حدود 4.25 سانتی متر تا 5.30 سانتی متر و عرض آن 5.2 سانتی متر است و به پزشك اجازه می دهد که رکتوم و قسمت انتهایی کولون را مورد بررسی قرار دهد. سیگموئیدوسکوپ نرم در حدود 16 سانتی متر طول و $1/3$ سانتی متر عرض دارد. این وسیله به پزشك اجازه می دهد که خمهای کولون را مورد بررسی قرار دهد با این ابزار بهتر از سیگموئیدوسکوپ سخت می توان کولون را بررسی کرد و در ضمن برای بیمار هم راحتتر است و در اکثر مواقع جایگزین نوع سخت شده است.

زשك می تواند به صورت همزمان پولیپ ها را برداشته یا از نقاط مختلف کولون بیوپسی بردارد.

البته در صورتی که بیمار دچار اسهال خونی یا آبکی باشد شاید هیچ يك از آمادگی های بالا نیاز نباشد.

اگر قبلاً عمل جراحی روده داشته‌اید به پزشك خود اطلاع دهید.

به طور معمول شب قبل به بیمار داروی مسهل داده می شود و 1 تا 2 ساعت قبل از آزمون تنقیه برای او صورت می گیرد.

نحوه انجام

سیگمیوئیدوسکوپي در بیمارستان یا مطب و معمولاً توسط پزشك متخصص بیماری های گوارش و کبد انجام می شود. قبل از انجام آن معمولاً از بیمار خواسته می شود که قسمتی از لباس‌های خود را در آورده و روی پاهای او ملافه تمیز انداخته می شود.

2. جهت تشخیص بدخیمی های روده

3. جهت پیگیری درمان در بیماران IBD

آمادگی های قبل از انجام آزمون

قبل از انجام سیگموئیدوسکوپي برای تخلیه کولون شاید لازم باشد هر یک از اقدامات زیر صورت گیرد :

1. رژیم مایعات به مدت 1 تا 2 روز
2. نخوردن غذا به مدت 12 ساعت
3. قطع برخی داروها مثل آسپرین یا وارفارین (Warfarin)
4. در صورت داشتن بیماری های دریچه‌ای قلب، دریچه مصنوعی یا مفصل مصنوعی و غیره مصرف آنتی بیوتیک جهت جلوگیری از عفونت
5. انجام تنقیه شب قبل و 1 ساعت قبل از انجام تست

گاهی اوقات برای بهتر دیدن روده هوا به داخل روده تزریق می گردد. در حین سیگموئیدوسکوپی ممکن است احساس دفع به بیمار دست دهد یا دلپیچه پیدا کند. سعی کنید به آرامی نفس عمیق بکشید تا عضلات شکم شما شل شده و احساس راحتی بیشتری بکنید. خروج هوا از اطراف سیگموئیدوسکوپ کاملاً طبیعی بوده و لزومی ندارد احساس شرمندگی کنید. در حین انجام تست می توانید از پزشك بخواهید اجازه دهد کمی تغییر وضعیت بدهید.

پزشك ممکن است برای برداشتن نمونه بافتی یا پولیپ ها ابزاری را از طریق لوله سیگموئیدوسکوپ وارد کند. بعد از خروج دستگاه موضع توسط دستمال های تمیز پاك می شود.

در حین سیگموئیدوسکوپی بیمار می تواند یا به پهلو بخوابد و زانوهای خود را به طرف شکم خم کند یا اینکه در حالت سجده قرار بگیرید. در مورد سیگموئیدوسکوپی سخت معمولاً اتاق معاینه تخت های خاصی دارد که بیمار به پشت خوابیده و پاهای او بالا قرار می گیرد.

بعد از این که بیمار وضعیت مناسب گرفت ممکن است پزشك دستکش پوشیده و انگشت خود را وارد مقعد بیمار کرده و از نظر وجود درد یا انسداد ناحیه را بررسی کند. در مورد مردان پزشك می تواند به صورت همزمان پروستات را هم معاینه کند. سپس سیگموئیدوسکوپ که به ژل آغشته شده است وارد مقعد شده و به سمت داخل هدایت می شود .

احساس بیمار چه خواهد بود؟

شما ممکن است ناراحت باشید یا احساس خجالت بکنید. دانستن دقیق آنچه انجام خواهد شد ترس‌های شما را کاهش خواهد داد و باعث خواهد شد که راحت‌تر با آن برخورد کنید. ممکن است در حین سیگموئیدوسکوپی احساس دل‌پیچه، فشار، نفخ و در نهایت درد خفیف داشته باشید.

اگر سر شما در پایین قرار بگیرد ممکن است احساس پری یا فشار در سر و صورت خود کنید و وقتی بلند می‌شوید احساس سبکی سر کنید. در این صورت بهتر است قدری به پشت دراز بکشید یا نشسته و سرخود را بین دو زانو قرار دهید و سپس به آرامی بلند شوید.

اگر سر شما در حین آزمون پایین قرار گرفته باشد، هنگام بلند شدن ممکن است احساس سبکی سر یا تهوع داشته باشید لذا بهتر است چند لحظه به پشت دراز کشیده و سپس به آرامی باستید.

اگر احساس دل‌پیچه می‌کنید، دفع گاز می‌تواند به بهبود شما کمک کند و بهتر است چند لحظه در اتاق قدم بزنید تا گازها از روده شما خارج شود.

سیگموئیدوسکوپی 10 تا 30 دقیقه طول می‌کشد و اگر بیوپسی یا برداشت پولیپ صورت گیرد این زمان کمی طولانی‌تر خواهد شد. شما معمولاً می‌توانید فعالیت و تغذیه عادی خود را بعد از آزمون از سر بگیرید. بافت‌های برداشته شده جهت بررسی به پاتولوژی ارسال خواهد شد.

اگر برای انجام سیگموئیدوسکوپي به شما خواب‌آور تزریق شده است باید کسی را همراه خود داشته باشید تا شما را به منزل برساند.

خطرات احتمالی

سیگموئیدوسکوپي يك تست تشخیصی است که به ندرت عارضه ایجاد می‌کند. احتمال بسیار کمی وجود دارد که روده پارگی پیدا کرده یا جدار آن زخمی شده و موجب خونریزی شدید گردد. در هر صورت این احتمالات نادر است (کمتر از 1 در هر 10 هزار نفر). احتمال بسیار کمی هم وجود دارد که روده بزرگ دچار عفونت شود.

نمونه برداری از بافت روده دردی ندارد چون جدار روده به درد حساس نیست، ولی ناحیه مقعد دردناک است لذا قبل از انجام بیوپسی باید بی‌حسی موضعی صورت گیرد.

بعد از سیگموئیدوسکوپي ممکن است احساس پرهوایی در شکم بکنید، راه رفتن به دفع گازها و بهبود درد شکم کمک می‌کند. اگر نمونه برداری از بافت یا برداشت پولیپ صورت گرفته باشد، ممکن است برای چند روز رگه‌های خونی در مدفوع شما مشاهده شود. اگر خونریزی شدید، درد شکمی شدید یا تب داشتید به پزشک خود اطلاع دهید.

انجام باریوم انما هفته قبل از
سیگموئیدوسکوپی ممکن است
دستیابی به جواب مناسب را سخت یا
غیر ممکن سازد، زیرا وجود باریوم در کولون
یا رکتوم می تواند دید پزشك را محدود
سازد. خونریزی روده نیز می تواند دید
پزشك را محدود کند.

• باریوم انما

باریوم انما نوعی عکس برداری از روده
است. از باریوم انما می Xبزرگ با اشعه
توان جهت تشخیص بیماری های روده یا
اختلالاتی که روده بزرگ را متاثر می کند،
استفاده کرد. در این روش برای اینکه روده
قابل رویت باشند با يك ماده Xها با اشعه
حاجب حاوی باریوم از طریق تنقیه پر می
شوند.

نتایج

پزشك می تواند بسیاری از نتایج را در حین
سیگموئیدوسکوپی متوجه شود، اما نتایج
برخی تستها مثل نمونه بافتی باید جهت
تعیین نتیجه به پاتولوژی ارسال شود که
ممکن است جواب آن چند روز طول بکشد.

عواملی که می تواند روی
سیگموئیدوسکوپی اثر بگذارد

• وجود مدفوع در کولون (Colon) یا
رکتوم (Rectum) ، روده پر پیچ و خم
یا عدم همکاری بیمار ممکن است
انجام آنرا دچار مشکل کند.

دو روش برای انجام باریوم انما وجود دارد:

- در روش اول تنها ماده حاجب تزریق می شود و در آن فقط اختلالات بزرگ روده نمایان می گردد.
- در روش دوم علاوه بر ماده حاجب هوا هم به داخل روده تزریق می شود. در این روش که اختلالات کوچکتری که در جدار کولون (Colon) وجود دارد هم نمایان می شوند.

گاهی اوقات به علل خاص پزشکی یا به علت مسن بودن بیمار روش اول که زمان کمتری نیاز دارد و بیمار را کمتر اذیت می کند، انجام می شود، ولی هرگاه شکی وجود داشته باشد یا نتایج کافی نباشد روش دوم هم صورت می گیرد.

علل انجام باریوم انما

- آمادگی های قبل از انجام باریوم انما
- نحوه انجام باریوم انما
- احساس بیمار
- نتایج
- مسائلی می تواند روی آزمون تاثیر بگذارد

علل انجام باریوم انما

باریوم انما در موارد زیر صورت می گیرد:

- جهت تشخیص بیماری های التهابی روده
- برای تشخیص اختلالات روده بزرگ مثل تنگی ها
- برای بررسی روده در کسانی که تغییراتی در عادات اجابت مزاج خود دارند یا دچار کم خونی یا کاهش وزن بی دلیل هستند.
- جهت تشخیص بدخیمی های روده

آمادگی های قبل از انجام باریوم انما

قبل از انجام باریوم انما موارد زیر را به پزشك خود گزارش کنید:

- اگر باردار هستید یا احتمال دارد که باردار باشید.
- حساسیت به لاتکس (لاتکس ماده ایست که در ساختمان بسیاری از مواد حاجب به کار می رود و در صورت حساسیت به آن باید از مواد حاجبی که لاتکس ندارند، استفاده کرد).
- حساسیت به باریوم
- اگر اخیراً برای شما بررسی لوله گوارش فوقانی با باریوم انجام گرفته است.

قبل از باریوم انما معمولاً آمادگی هایی جهت پاك کردن روده از مدفوع صورت می گیرد که می تواند شامل موارد زیر باشد:

- عدم مصرف مواد غذایی مایع به مدت 1 تا 2 روز
- استفاده از مواد مسهل روز قبل از انجام تست همراه با مایعات فراوان
- انجام تنقیه روز قبل
- انجام تنقیه در روز انجام آزمون تا زمانی که مایع آن کاملاً شفاف و عاری از مدفوع باشد.

نحوه انجام باریوم انما

باریوم انما معمولاً توسط يك رادیولوژیست با کمک يك یا دو همکار دیگر در مطب پزشك، بیمارستان یا یک مرکز رادیولوژی انجام می شود.

گاهی اوقات ممکن است پزשك با دست شکم شما را کمی فشار دهد تا باریوم خوب در روده‌ها جایجا شود.

سپس باریوم تخلیه شده و هوا به داخل روده تزریق می گردد. گاهی در حین گرفتن تصاویر از شما خواسته می شود که نفس خود را حبس کنید و برای چند لحظه حرکت نکنید. در انتها ممکن است مجدداً يك یا دو تصویر ساده از شکم گرفته شود.

بعد از انجام باریوم انما باید تا آنجایی که می توانید باریوم را دفع کنید.

در روش نوع اول که تنها باریوم تزریق می شود، تست حدود 30 تا 45 دقیقه طول می کشد و این زمان در روش دوم که هوا نیز تزریق می گردد به يك ساعت افزایش می یابد

قبل از تست باید کلیه لباس‌های خود را درآورده و لباس مخصوص بپوشید. سپس در حالی که روی تخت دراز کشیده‌اید يك عکس ساده رادیولوژی از شما گرفته می شود. سپس از طریق يك لوله باریک ماده حاجب به داخل روده تزریق می شود. در حین انجام باریوم انما به آرامی نفس‌های عمیق بکشید و در صورتی که احساس دفع به شما دست داد در مقابل آن مقاومت کنید.

پزشك با تصاویر متعددی که از روده می گیرد آنرا مورد مورد بررسی قرار خواهد داد. گاهی ممکن است از شما خواسته شود که حالت خاصی به خود بگیرید یا اینکه تخت شما کمی خم شود تا تصاویر بهتری تهیه گردد.

بیمار ممکن است احساس شرمندگی کند یا نتواند جلوی دفع باریوم را گرفته و باریوم را روی خودش یا روی تخت بریزد. پزشك و همکارانش کاملاً به این موارد عادت داشته و می توانند شما را كمك کنند.

میزی که بیمار روی آن دراز می کشد سفت و گاهی اوقات سرد است زیرا از جریان هوا برای کاهش حرارت دستگاه ها استفاده می شود. باریوم ممکن است سرد باشد و هنگام ورود آن به بدن احساس سرما کنید. وقتی کولون با ماده حاجب پر می شود ممکن است احساس دفع به بیمار دست دهد یا احساس پری یا دل پیچه کند. اگر هوا نیز به داخل روده تزریق شود ممکن بیمار احساس نفخ شکم و دل پیچه بیشتری بکند. کشیدن نفس های آرام و عمیق از راه دهان می تواند بسیار كمك کننده باشد.

بعد از آزمون شما می توانید تغذیه عادی خود را از سرگیریید مگر آنکه پزشك مورد خاصی را توصیه کند. در ضمن مایعات فراوان مصرف کنید تا باریوم هر چند زودتر دفع شود و آبی را در اثر مصرف مواد مسهل از دست داده اید جبران گردد.

احساس بیمار چه خواهد بود؟

باریوم انما معمولاً خسته کننده بوده و بیمار کمی اذیت می شود ولی معمولاً زیاد طول نمی کشد. برای اکثر افراد آمادگی های قبل از انجام باریوم انما مثل خوردن روغن کرچك و اسهال بدترین قسمت آزمون است. در ضمن ناحیه مقعد می تواند در اثر این آزمون دچار زخم شود. استفاده از لگن آب گرم و بی حس کننده های موضعی می تواند به بهبود این وضعیت كمك کند.

نتایج

نتایج این آزمون بلافاصله بعد از آن و گاهی طی چند روز آماده خواهد شد.

مسائلی که می تواند روی آزمون تاثیر بگذارد

1. وجود مدفوع یا گاز در داخل کولون (Colon) و گاهی اوقات انقباضات جدار روده می تواند با بدخیمی های روده اشتباه شود.

2. عدم همکاری بیمار

3. چاقی بسیار زیاد

ممکن است به مدت يك روز بعد از انجام تست احساس خستگی بکنید. بهتر است کسی را همراه خود داشته باشید تا شما را به منزل برساند. این آزمون برای افراد مسن و ناتوان خسته کننده تر است.

به مدت 1 تا 2 روز بعد از باریوم انما دفع مقادیری از باریوم به صورت ماده سفید یا صورتی رنگ کاملاً طبیعی است. اما در صورت وجود موارد زیر آنرا به پزشك خود گزارش کنید:

- خونریزی
- درد شدید شکمی
- تب بالای 38°C
- عدم دفع مدفوع به مدت 2 روز بعد از باریوم انما

مراقبت های پرستاری:

(ERCP)

کلانژیوپانکراتوگرافی رتروگراید به وسیله آندوسکوپی ، روشی است که به کمک آن وضعیت کیسه صفرا و مجاری آن و همچنین کبد و پانکراس ، به وسیله تزریق ماده حاجب بررسی می شود . تومورهای پانکراس ، مجاری صفراوی و کیسه صفرا ، سنگها ، انگلها و کیستهای صفراوی ، از جمله بیماریهای مهمی هستند که بوسیله

(ERCP Endoscopic Retrograde)

تشخیص داده می شوند . این روش نیز مانند سایر روشهای تشخیصی ، دارای عوارضی است که پانکراتیت حاد ، شایعترین عارضه مذکور است . به منظور کاهش عوارض قابل پیشگیری و همچنین اجرای صحیح روش ، نیاز به مداخلات مهمی است که به مداخلات پرستاری قبل و بعد از ERCP تقسیم می شود .

برخی مداخلات قبل از عمل عبارتند از ناشتا بودن ، بررسی سوابق تماس با اشعه **ایکس** و آلرژی ، برقراری خط وریدی و... برخی مداخلات بعد از عمل : کنترل علائم حیاتی، ECG

NPO تا 2 ساعت ، بررسی عوارضی مانند کلانژیت ، سوراخ شدگی ، عفونت ، پانکراتیت .

ERCP روشی است که در آن مجاری صفراوی ، کیسه صفرا و وضعیت کبد و پانکراس ، به وسیله تزریق ماده حاجب مورد ارزیابی قرار می گیرد .

پس از رویت آمپول واتر در آندوسکوپی ، کاتتر مخصوص کانولیشن مجاری را در مجرای مشترک صفراوی یا مجرای پانکراتیت وارد کرده ، ماده حاجب را تزریق می کنند . تغییر وضعیت بیمار و چرخش میز رادیولوژی ، در پایان تزریق ، ماده حاجب را در سراسر سیستم پخش می کند . با تزریق داخل وریدی متناوب

N-هیوسین بوتیل برومید

Hyoscine N-butyl Bromide (بوسکوپان) یا گلوکاگون

، دئودنوم به حالت شل در می آید و اسپاسم برطرف می شود

بیماری کارولی

کیستهای مجاری صفراوی و ...

با این روش می توان معده و دئودنوم را نیز علاوه بر مجاری صفراوی و پانکراتیت ، در يك زمان به تصویر درآورد . اما به دلیل دید کناری دستگاه ، روش انتخابی برای رویت معده و دئودنوم محسوب نمی شود .

عوارض

میزان بروز عوارض 3% و میزان مرگ و میر 0/2- 0/1% است . میزان پیدایش عوارض ، مستقیماً به مهارت و تجربه پزشك و وجود بیماریهای زمینه ای پانکراس یا سیستم صفراوی بستگی دارد . کلانژیت (خصوصاً در مواردی که درناژ صفا مختل باشد) شایعترین علت مرگ و دومین عارضه شایع است . باکتری می در 0/14% موارد مشاهده می شود .

سابقه واکنش خفیف نسبت به ماده حاجب داخل وریدی اهمیت چندانی ندارد، اما کسانی را که واکنش آلرژیک بارز در برابر مواد حاجب پدیدار نشان داده اند ، قبل از تزریق باید با کورتیکواستروئیدها و آنتی هیستامین ها تحت درمان قرار گیرند

کاربرد بالینی

با این روش محل و علت انسداد صفراوی ، آنومالی های مادرزادی مجاری صفراوی و پانکراس ، عوارض اعمال جراحی انجام شده روی مجاری صفراوی ، دیسکینزی مجاری صفراوی و انگلهای مجاری صفراوی مشخص شده و در بسیاری از موارد اقدامات درمانی نیز از همین طریق قابل اجراست . از جمله بیماری هایی که با ERCP قابل بررسی است ، می توان موارد زیر را نام برد :

تومورهای پانکراس و پری آمپول
سنگهای مجاری صفراوی
انگلهای مجاری صفراوی

- در افراد بالاتر از چهل سال نوار قلب به عمل آورد ؛ در صورت لزوم مشاوره قلب ، به منظور تایید اقدام به ای ار سی پی انجام شود .

4 - در مواردی که سابقه ناراحتی ریوی وجود داشته باشد ، انجام ای بی جی اسپیرومتری و مشاوره ریه ضروری است .
5 - در افراد با ریسک بالا ، مانیتورینگ قلبی ضرورت دارد .

6 - بررسی از نظر اختلالات انعقادی شمارش پلاکتی پی تی و پی تی تی و در صورت مختل بودن انعقاد به پزشک مربوطه اطلاع داده شود .

7 - از دست چپ بیمار خط وریدی باز و مناسب گرفته شود .

نحوه عمل

پس از کانولیشن مجاری توسط پزشک ، پرستاران آموزش دیده آندوسکوپی ، ماده حاجب را تزریق می کنند و تحت فلوروسکوپی ، مجاری بررسی شده ، عکس مناسب رادیولوژیک گرفته می شود ای ار سی پی با تجویز داروهای مسکن و آرامبخش (دیازپام و پتیدین و داروهای آنتی کولینرژیک مثل هیوسین انجام می شود

سطح آمیلاز سرم پس از

ERCP افزایش قابل توجهی دارد . پانکراتیت حاد ، شایعترین

عارضه

ERCP است . این عارضه ، متعاقب وارد کردن کانول

به داخل مجرای پانکراس و تزریق مقادیر زیاد ماده حاجب به داخل پانکراس ایجاد می شود .

مداخلات پرستاری قبل از ای ار سی پی :

آمادگی قبل از ای ار سی پی مانند آمادگی قبل از

آندوسکوپی مری ، معده و دئودنوم است که شامل موارد

زیر است :

1 - ناشتا بودن بعد از شام روز قبل و قبل از آزمایشات

2 - پرستار باید از بیمار در مورد تماس قبلی با اشعه ایکس و هر نوع حساسیت و آلرژی سوال کند .

هرگز از بیهوشی عمومی استفاده نمی شود .

پس از آن تا 24 ساعت باید بیمار را تحت نظر داشت ای ار سی پی از ده دقیقه تا دو ساعت به طول می انجامد خصوصاً در حضور دیورتیکول یا آنومالی های پاپی یا انجام اقدامات وابسته به ای ار سی پی از ده دقیقه تا دو ساعت به طول می انجامد خصوصاً در حضور دیورتیکول یا آنومالی های پاپی یا انجام اقدامات وابسته به ای ار سی پی.

مداخلات پرستاری بعد از ای ار سی پی:

- آمادگی قبل از ای ار سی پی ، مانند آمادگی قبل از آندوسکوپی مری ، معده و دئودنوم است که شامل موارد زیر است :
- 1 - ناشتا بودن بعد از شام روز قبل و قبل از آزمایشات .
 - 2 - پرستار باید از بیمار در مورد تماس قبلی با اشعه ایکس و هر نوع حساسیت و آلرژی سوال کند .
 - 3 - در افراد بالاتر از چهل سال نوار قلب به عمل آورد ؛ در صورت لزوم مشاوره قلب ، به منظور تایید اقدام به ای ار سی پی ، انجام شود .
 - 4 - در مواردی که سابقه ناراحتی ریوی وجود داشته باشد ، انجام ای بی جی ، اسپرومتری و مشاوره ریه ضروری است .
 - 5 - در افراد با ریسک بالا ، مانیتورینگ قلبی ضرورت دارد .
 - 6 - بررسی از نظر اختلالات انعقادی ، پی تی تی شمارش پلاکتی پی تی و در صورت مختل بودن انعقاد به پزشک مربوطه اطلاع داده شود .
 - 7 - از دست چپ بیمار خط وریدی باز و مناسب گرفته شود .

نحوه عمل

پس از کانولیشن مجاری توسط پزشك ، پرستاران آموزش دیده آندوسکوپي ، ماده حاجب را تزریق می کنند و تحت فلوروسکوپي ، مجاری بررسی شده ، عکس مناسب رادیولوژیک گرفته می شو ای ار سی پی ، با تجویز داروهای مسکن و آرامبخش (دیازپام و پتیدین و داروهای آنتی کولینرژیک مثل هیوسین انجام می شود . هرگز از بیهوشی عمومی استفاده نمی شود .

پس از آن تا 24 ساعت باید بیمار را تحت نظر داشت ای ار سی پی ، از ده دقیقه تا دو ساعت به طول می انجامد خصوصاً در حضور دیورتیکول یا آنومالی های پاپی یا انجام اقدامات وابسته به ای ار سی پی.

مداخلات پرستاری بعد از ای ار سی

پی :

1- بعد از ای ار سی پی ، پرستار علایم حیاتی بیمار را هر پانزده دقیقه تا یک ساعت بررسی می نماید ، سپس هر دو ساعت تا شش ساعت (پروتکل بعداز بیوپسی کبد)
2- بیمار ، تا زمانی که رفلکس بلع باز گردد ، حداقل دو ساعت در وضعیت ان پی او باقی می ماند (در مورد انجام پروسیجرهای خطیر ، طبق نظر پزشك انجام دهنده پروسیجر ، مدت زمان ان پی او بودن بیمار تعیین می شود) .
3- پرستار ، بیمار را از نظر مشکلات بعد از ای ار سی پی ، بررسی می نماید . این عوارض شامل کلانژیت ، سوراخ شدگی ، عفونت و پانکراتیت است . این مسائل ، بلافاصله بعد از ای ار سی پی اتفاق نمی افتند . اگر سوراخ شدگی یا کلانژیت پیش آید ، بیمار دچار تب ، لرز ، افت فشارخون ، تاکیکاردی و درد شکمی به خصوص در قسمت ربع راست فوقانی شکم می شود . وجود تب ، لرز و سرفه و درد ممکن است ناشی از عفونت باشد.

2- اسفنکتروتومی جهت برقراری درناژ بهتر از سیستم صفراوی یا خارج کردن سنگ از مجاری یا گذاشتن استنت درمجاری ، اسفنکترپای با اسفنکتروتوم بریده می شود (خطر سوراخ شدن بالا است).
3- خارج کردن سنگ با بسکت یا بالونهای مخصوص .

4- گذاشتن استنت : در مواردی که تنگی بدخیم یا نشت صفرا پس از اعمال جراحی صفراوی وجود دارد ؛ در صورت مناسب بودن وضعیت می توان توسط لوله های مخصوص که در مجاری گذاشته می شود STENT درناژ را برقرار نمود .

5- دیلاتاسیون : تنگی های خوش خیم مجاری صفراوی را می توان با بالونهای خاصی متسع نمود .

6- درناژ نازوبیلیری: در مواردی که انجام اسفنکتروتومی کامل و برقراری درناژ جراحی میسر نباشد و یا تنگی در قسمت های پروگزیمال مجرای مشترک صفراوی باشد ، به صورت موقت می تواند درناژ صفرا را با ست درناژ نازوبیلیری برقرار کرد .

پانکراتیت معمولاً با دردهای متوسط شکمی ، طی چند ساعت بعد از ای آر سی پی شروع می شود . سپس درد و حساسیت شکم افزایش می یابد و ممکن است با حالت تهوع ، استفراغ و کاهش صداهای روده ای همراه باشد . خوشبختانه عارضه پانکراتیت حاد به دنبال ای آر سی پی ، اکثراً سیر رو به بهبود دارند .

در ای آر سی پی ، باید شرایط استریل را رعایت کرد و ابزار لوله ها و آندوسکوپ را با مواد دترژان شستشو داد و سپس باگلو تارالدئید فعال شده آن را ضد عفونی نمود .

با عبور دادن و ساکشن الکل از میان آندوسکوپ ، می توان از آلودگی با پسو دو مونا جلو گیری کرد .

اقدامات وابسته به ای آر سی پی:

1 - پری کات: در مواردی که تنگی بودن

Orifice آمپول و اتر مانع کانولیشن با کاتتر باشد

، توسط ابزار خاصی آمپول و اتر ، برش داده می شود که با خطر خونریزی زیادی همراه است (حتی بیش از اسفنکتروتومی).

تست عملکرد ریوی PFT

- ارزیابی عملکرد ریوی و با استفاده از یکسری اندازه گیری ها از طریق اسپرومتری به عنوان پی اف تی مشهور است.
- هدف:

- ارزیابی اثرات رژیم درمانی مخصوص
- تشخیص افتراقی موارد مشاهده شده و بدست آمده از بیماری های ریوی
- ارزیابی وضعیت ریوی قبل از جراحی
- درجه بندی فرآیند بیماری
- تعیین کردن ناتوانی
- ارزیابی وضعیت توزیع ریوی

آمادگی بیمار:

- اطمینان یافتن از رضایت انجام کار در مورد بیمار
- ثبت و گزارش همه آلرژی ها
 - به مدت 8 ساعت برونکودیلاتورها **HOLD** شود.

عوارض مربوط به اقدامات وابسته به ای آر سی پی

- 1- خونریزی : به صورت ایجاد ملنا یا حتی هماتوئیزی و افت علائم حیاتی بروز می کند . در مواردی که پری کات شده باشد ، بیشتر باید مراقب این عارضه بود .
 - 2- سوراخ شدگی : به صورت درد شکم و ایجاد علائم شکم حاد و تب بروز می نماید چند نکته در مورد مراقبت پس از اقدامات وابسته به ای آر سی پی و عوارض به دلیل هوادهی و تجویز داروهای آنتی کولینرژیک و سداتیو ، اتساع شکم و درد مبهم و ژنرالیزه شکم ، پس از ای آر سی پی ، خصوصاً در مواردی که اقدامات وابسته و طولانی صورت گرفته ، طبیعی محسوب می شود . اما اگر مداوم، افزایش یافته و یا همراه دیگر علائم سیستمیک باشد ، باید متوجه عوارض خطرناک بود .
- کنترل علائم حیاتی مطابق پروتکل بعد از بیوپسی کبد ، در موارد ای آر سی پی به همراه اقدامات وابسته به آن ، جهت شناسایی سریعتر خونریزی ، یا سوراخ شدگی ضروری است .

منابع :

- 1- داروهای ژنریک
تالیف دکتر رامین خدام
چاپ 1387
- 2- برونرو سودارث
گوارش ترجمه مریم
عالیخانی چاپ 2008
- 3- برونر و سودارث
تنفس ترجمه مرضیه
شعبان چاپ 2008

از خوردن غذاهای سنگین قبل از تست
اجتناب شود.

- به اجتناب از سیگار کشیدن 12 ساعت
قبل تاکید شود.

- اطمینان دادن به بیمار در مورد اینکه
این تست دردناک نیست و بیمار می تواند
در فواصل تست استراحت کند.
نکات آموزشی:

- هدف از انجام تست و چگونگی آن

- کجا و چه کسی این تست را انجام
خواهد داد.

- اینکه این کار 1 تا 2 ساعت طول می
کشد.

- ممکن است درد شکم، قفسه سینه و
سرفه کردن کم شود.

- پی اف تی ثر بیماران نقص کرونر حاد،

آنژین

