

فصل اول

آناتومی، فیزیولوژی و بررسی دستگاه گوارش

۱. جریان خون لوله گوارش ۲۰٪ بازده قلبی است.
۲. لوله گوارش از شریان هایی که از آئورت سینه ای و شکمی منشعب می شوند و مهمترین آنها شریان معده ای و مزانتریک است خون دریافت می کند.
۳. اعصاب سمپاتیک فعالیت شبکه های روده ای را مهار می کنند، عروق خونی دستگاه گوارش را منقبض و تنگ می کنند و ترشحات غدد را کاهش می دهند.
۴. اسیدهای صفراوی به صورت صفرا توسط کبد ترشح می شوند، در کیسه صفرا ذخیره شده و بعد از صرف غذا به داخل دوازدهه می ریزند.
۵. آزمون خون مخفی II (Hemoccult II) متداولترین آزمون تشخیصی خون مخفی در مدفوع است.
۶. آزمون تنفسی اوره، حضور هلیکوباکتریلوری را مشخص می کند.
۷. عکس برداری از قسمت فوقانی دستگاه گوارش (upper GI series) همراه با بلع باریوم متداولترین روش تشخیصی است.
۸. استفاده از تنقیه باریم برای تشخیص پولیپ، تومور و ضایعات روده بزرگ است.
۹. قبل از آزمایش تنقیه باریم از تنقیه تا شفاف شدن مایعات برگشتی استفاده می شود.
۱۰. ترشح اسید در زخم دوازدهه زیاد و در زخم معده کم است.
۱۱. در کم خونی پرنیشیوز اصلاً اسید ترشح نمی شود.
۱۲. در بیماران مبتلا به گاستریت شدید و مزمن همراه با آتروفی، یا در سرطان معده اسید ترشح نشده یا مقدار آن کم است.
- برگشت اسید معده به مری ممکن است بصورت سرپایی با بررسی PH مشخص شود.
۱۳. تست پرفیوژن اسید
- تست پرفیوژن اسید که به تست برنشتاین (Bernstein test) هم معروف است مشخص می سازد که آیا درد سینه بیمار به پرفوزیون اسید بر روی مخاط مری مربوط می باشد یا نه.
۱۴. اندوسکوپی، فیبروسکوپی قسمت فوقانی دستگاه گوارش ERCP
- برای تشخیص ناهنجاری ها، فرآیند التهابی و نئوپلاستیک مری، معده و دوازدهه انجام می شود.
۱۵. آتروپین برای کاهش ترشحات و گلوکاگون برای شل شدن عضلات صاف تجویز می شود.
۱۶. پروکتوسیگنوئیدوسکوپی، بررسی آندوسکوپی سطح کولون سیگموئید دیستال، رکتوم و مجرای مقعد با استفاده از ۲ لوله پروکتوسکوپ و سیگنوئیدسکوپ می باشد.

۱۷. پوزیشن سجده‌ای در لبه تخت برای اسکوپهای سخت (غیرقابل ارتجاع)، و پوزیشن به پهلو چپ (Left lateral) برای اسکوپهای قابل ارتجاع به کار برده می شود.

۱۸. کولونوسکوپی

برای تشخیص و درمان پولیپها و نواحی خونریزی دهنده و تنگی‌ها به کار می‌رود.

۱۹. عوارض احتمالی کولونوسکوپی عبارتند از : دیس‌ریتمی‌های قلبی، کاهش تنفس به دلیل داروهای مصرفی، واکنش وازوگال، کاهش فشار خون یا افزایش آن به دلیل افزایش یا کاهش مایعات دریافتی در خلال آماده سازی روده

۲۰. مهمترین عوارض محلول های لاواژ عبارتند از : تهوع، احساس پری، کرامپ، عدم تعادل مایع و الکترولیت، نفخ، هیپوترمی (به علت سرد بودن محلول که طعم آن را قابل تحمل می کند) .

۲۱. انجام لاواژ در انسداد یا بیماری التهابی روده ممنوع است.

۲۲. توموگرافی کامپیوتری: تصاویری از مقاطع عرضی اندامهای شکم فراهم می کند.

۲۳. مانومتری عبارت است از اندازه گیری فشارهای معده و روده و مری.

۲۴. در مانومتری مری، بیمار ۸-۱۲ ساعت قبل NPO بوده و از ۲۴-۴۸ ساعت قبل باید از مصرف داروهای مؤثر بر تحرک مری (بلوک کننده های کانال کلسیم، آنتی کلینرژیک ها و آرام بخش ها) خودداری کند.

۲۵. مانیتور کردن PH مری به صورت سرپایی جهت متمایز ساختن درد قفسه صدری ایجاد شده در اثر ریفلاکس اسید معده از درد آنژین یا MI مورد استفاده قرار می گیرد.

فصل دوم

مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات دهان و مری

تعریف شانکر : قرمز و دایره ای شکل که زخم شده و پوسته ای رویش تشکیل می شود. ضایعه اولیه سیفلیس است.

۱. پوسیدگی دندان در سالمندان بیشتر به علت خشکی دهان است.
۲. سیالوآدنایتیس : التهاب غدد بزاقی
۳. سیالولیتیاژیس : سنگ غدد بزاقی. بیشتر در غدد تحت فلکی پایین ایجاد می شود.
۴. لکوپلاکی یک ضایعه پیش سرطانی به رنگ سفید متمایل به زرد یا سفید متمایل به خاکستری و معمولاً بدون درد روی مخاط گونه است که در هر یک از قسمت های دهان می تواند به وجود آید
۵. استوماتیت های اولیه شامل استوماتیت های آفتی (زخم های کانکر)، هرپس سیمپلکس و آنژین وینسنت می باشند
۶. استوماتیت های ثانویه زمانی به وجود می آیند که مقاومت پایین بدن مددجو شرایط را برای پیدایش عفونت های فرصت طلب فراهم می سازد.
۷. جراحی کماندو (Commando) نوعی عمل جراحی وسیع دهان است که در آن همراه با ضایعه دهانی، بخشی از فک پایین نیز از بدن خارج می شود.
۸. سفید بودن محل پیوند نشانه انسداد شریانی و آبی بودن نشانه احتقان وریدی است.
۹. استریدور نشانه انسداد راه هوایی است.
۱۰. کاهش توانایی بلع و آبریزش بیش از حد از دهان بیمار می تواند نشانه صدمه به عصب زیرزبانی باشد.
۱۱. آکلازی (Achalasia): نارسایی در حرکات دودی قسمت انتهایی مری که با نارسایی در شل شدن اسفنکتر مری (LES) در واکنش به بلع همراه است.
۱۲. دیسفاژی نخستین نشانه آشالازی است
۱۳. نشانه اولیه آکلازی، سختی در بلع غذاهای جامد یا مایعات است.
۱۴. تزریق سم بوتولینوم (مهار انقباض عضله صاف) در درمان آکلازی انجام می شود.
۱۵. اتساع بوسیله فشار هوا برای درمان آکلازی استفاده می شود
۱۶. حساس بودن شکم در لمس و تب می تواند نشانه پارگی مری مری باشد.
۱۷. فتق هیاتال : ورود بخش فوقانی معده به داخل بخش تحتانی قفسه سینه از طریق سوراخ دیافراگم می باشد.

۱۸. فتق **Axial** یا **Sliding** یا محوری (لغزشی): ورود قسمت بالایی معده و محل اتصال مری به معده به قفسه سینه و لغزش آن به درون و بیرون قفسه سینه
۱۹. فتق **Paraesophageal** یا مجاور مری یا چرخشی (**Rolling**): ورود تمام معده به قفسه سینه به جز محل اتصال مری به معده را شامل می شود که بر اساس شدت به انواع II و III و IV تقسیم می شود.
۲۰. مددجوی دچار فتق هیاتال چرخشی، تظاهرات ریفلاکس را ندارد
۲۱. **دیورتیکول**: بیرون زدگی بافت مخاطی و زیرمخاطی از دیواره ضعیف عضلانی، شایعترین آن در بخش بالایی مری یا در محل اتصال مری به حلق (**Zenker**) است.
۲۲. دیورتیکول اپی فرنیک که بزرگترین نوع دیورتیکول ها است درست در بالای دیافراگم ایجاد می شود
۲۳. ورود سوند بینی معده ای بدون داشتن دید کافی ممنوع است.
۲۴. هرگز به شستشو یا تغییر وضعیت لوله **NG** مبادرت نورزید، مگر آنکه پزشک دستور داده باشد
۲۵. گلوکاگون باعث شلی عضلات صاف می شود
۲۶. ایجاد تهوع و استفراغ و شستشوی معده در سوختگی شیمیایی مری ممنوع است.
۲۷. **مری برتز (Barrett's esophagus)**: به علت ریفلاکس مزمن، پوشش مخاطی مری تغییر کرده که پیش سرطان است.
۲۸. شکایت از سوزش سر دل و نشانه های زخم گوارشی و تنگی مری در بیمار مبتلا به مری پرتز وجود دارد.
۲۹. سندرم واگوتومی (دامپینگ) ۲۰ دقیقه تا ۲ ساعت پس از صرف غذا به علت اختلال در تارهای عصبی واگ پدید می آید
۳۰. فتودینامیک تراپی، روش نسبتاً جدیدی برای درمان سرطان مری به شمار می آید.

فصل سوم

تغذیه لوله ای و وریدی

۱. مطمئن ترین راه کنترل محل صحیح قرارگیری لوله NG، انجام $x - ray$ است
۲. برای اطمینان از قرار داشتن لوله NG در جای مناسب آن، ترکیبی از سه روش زیر توصیه شده است:
 - اندازه گیری طول لوله • مشاهده مایع آسپیره شده • اندازه گیری PH مایع آسپیره شده
۳. رنگ ترشحات معده اکثراً کدر، سبزرنگ، خون آلود یا قهوه ای رنگ است.
۴. مایع روده ها شفاف زردرنگ یا صفراوی است.
۵. ترشحات نای خلط سفید است.
۶. PH معده اسیدی (۱-۵) روده ها ۶ یا بالاتر از ۷ و ترشحات ریوی ۷ یا بالاتر می باشد.
۷. شایعترین عارضه لوله گذاری داخل معده، اسهال می باشد.
۸. تحریک غشاهای مخاطی (بینی و دهان، مری و نای) یکی از عوارض شایع لوله گذاری گوارش است.
۹. لوله تغذیه معدی باید هر ۲۴-۷۲ ساعت یکبار تعویض شود.
۱۰. در سیستم های تغذیه ای باز، محلول غذایی نباید بیشتر از ۴ ساعت در ظرف تغذیه بماند (کیسه تغذیه).
۱۱. در صورتیکه سیستم غذارسانی بسته باشد ظروف استریل حاوی غذا را تا ۴۸ ساعت می توان استفاده کرد.
۱۲. وضعیت مناسب بیمار در حین تغذیه (نیمه نشسته) که حداقل تا ۱ ساعت بعد از تغذیه باید این پوزیشن حفظ شود. در تغذیه مستمر، تمام مدت باید سر تخت بالا نگه داشته شود.
۱۳. بررسی حجم باقیمانده در معده ابتدا هر ۴ ساعت و سپس قبل از تغذیه مجدد
۱۴. **گاستروستومی**: برای تغذیه بلندمدت بر لوله بینی معده ای ارجحیت دارد.
۱۵. بیماران مبتلا به ریفلاکس شدید معده به مری به دلیل خطر بروز پنومونی ناشی از آسپیراسیون نمی توانند گاستروستومی شوند. برای این گروه ژژنوستومی ارجح است.
۱۶. در گاستروستومی دائمی، بعد از ۲۴ ساعت آب و محلول غذایی داده می شود.
۱۷. مهمترین عوارض گاستروستومی عبارتند از: عفونت زخم، معلولیت، نشت و آبسه دیواره شکم؛ خونریزی از معده و روده؛ خارج سازی قبل از موعد لوله؛ آسپیراسیون؛ یبوست و اسهال.
۱۸. شایعترین عوارض گاستروستومی، عفونت محل زخم است.
۱۹. قبل از تزریق امولسیون چربی، باید آن را از نظر کف آلود بودن و یکنواخت بودن کنترل نمود.

۲۰. مخلوط کامل غذایی که شامل اسید آمینه، دکستروز و چربی است طی ۲۴ ساعت تزریق می شود و از یک فیلتر مخصوصی برای تزریق وریدی استفاده می شود.

۲۱. بطور معمول برای انجام تغذیه تام وریدی از وریدهای مرکزی استفاده می شود.

۲۲. اندازه گیری فشارخون و نمونه گیری خون از بازوی مورد استفاده برای تغذیه وریدی ممنوع است.

۲۳. محلول تغذیه وریدی به تدریج قطع می شود تا بیمار بتواند با کاهش میزان گلوکز دریافتی سازگار شود.

۲۴. یکی از خطرات TPN، هیپرگلیسمی و دیورز اسموتیک ناشی از آن می باشد.

فصل چهارم

مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات معده

۱. در بررسی بیماران با گاستریت حاد معمولاً ناراحتی در ناحیه اپی گاستر، تندرns شکمی، کرامپ، آروغ، ریفلاکس، تهوع و استفراغ شدید و گاهی هماتمز (استفراغ خونی) مشاهده می شود.
۲. گاستریت موجب افزایش ترشح اسید نمی شود
۳. دوره بالینی گاستریت ممکن است همراه با عوارضی مثل خونریزی، آنمی پرنیشیوز (کشنده) و سرطان معده باشد.
۴. خونریزی از جمله عوارض گاستریت بوده به ویژه وقتی که مخاط معده آسیب دیده باشد و یا فرسوده شود.
۵. از عوارض احتمالی گاستریت آتروفیک، کاهش توانایی معده در ترشح فاکتور داخلی بوده که منجر به اختلال در جذب ویتامین B₁₂ می شود.
۶. در صورتیکه گاستریت ناشی از اسید باشد از آنتی اسید و اگر ناشی از باز باشد از آب لیمو یا سرکه رقیق شده برای خنثی کردن آنها استفاده می شود.
۷. زمان مصرف آنتی اسیدها، ۳۰ دقیقه قبل از غذا و ۲-۱ ساعت پس از غذا است. اگرچه گفته می شود بهترین زمان آن، ۳-۱ ساعت پس از غذا است چون اثربخشی طولانی تری خواهد داشت (وجود غذا در معده تخلیه آنتی اسیدها را به تأخیر می اندازد).
۸. پپتیک اولسر (PUD): به زخم دیواره مخاطی معده، پیلور و دوازدهه یا مری گفته می شود.
۹. زخم معده با ترشح اسید نرمال یا کمتر از حد طبیعی همراه است.
۱۰. زخم دوازدهه از زخم معده شایع تر می باشد
۱۱. H.pylori (هلیکوباکترپیلوری) به عنوان عامل ایجاد کننده ۹۰٪ زخم های پپتیک شناخته شده است.
۱۲. این زخمهای معده ای بیشتر در مخاط دوازدهه معده ای پدید می آیند زیرا این بافت توان مقابله با فعالیت هضمی اسید معده و پپسین را ندارد.
۱۳. فعالیت عصب واگ در افراد مبتلا به زخم های دوازدهه افزایش می یابد
۱۴. سندرم زولینگر - الیسون، با ترشح غیرطبیعی گاسترین به علت یک تومور نادر سلول های جزایر لانگرهانس در پانکراس مشخص می شود.
۱۵. هدف از درمان سندرم زولینگر - الیسون، ساپرس کردن ترشح اسید می باشد.
۱۶. Stress ulcer زخمی است که به علت موقعیت هایی مثل سوختگی، عفونت شدید و (موقعیتهای تنیدگی آور فیزیولوژیک) پدید می آید و بیشتر در بیماران وابسته به ونتیلاتور رخ می دهد.

۱۷. خونریزی مجاری گوارشی فوقانی بهترین علامت زخم های استرسی می باشد.
۱۸. زخم کوشینگ نوعی زخم معده در آسیبهای مغزی است
۱۹. زخم کرلینگز غالباً ۷۲ ساعت پس از سوختگیهای شدید ایجاد می گردد (در حفره معده یا دوازدهه).
۲۰. در زخم های معده غذا می تواند باعث ایجاد درد شود و استفراغ آن را تسکین می دهد.
۲۱. بیماران مبتلا به زخم دوازدهه، هنگام خالی بودن معده احساس درد دارند و مشکل آنها می توانند با خوردن غذا یا آنتی اسید برطرف گردد.
۲۲. درد زخم معده غالباً در قسمت بالای اپی گاستر رخ داده و به سمت چپ خط میانی لوکالیزه می شود
۲۳. درد دوازدهه در اپی گاستر راست ایجاد می گردد.
۲۴. در زخم های دوازدهه، درد مداوم در مجاورت خط میانی خلفی بین مهره های ششم و دهم سینه ای که به ربع فوقانی راست انتشار می یابد می تواند نشان دهنده پارگی دیواره پشتی دوازدهه باشد.
۲۵. اتساع کیسه صفرا باعث ایجاد درد اپی گاستر می گردد که ممکن است به ناحیه پشت و قفسه صدري انتشار یابد.
۲۶. بیماران مبتلا به زخم دوازدهه معمولاً اشتهاى طبیعى و نرمال دارند مگر این که پیلور انسداد داشته باشد.
۲۷. زخم معده بیشتر از دوازدهه ایجاد استفراغ می کند.
۲۸. استفراغ از استاز معدی یا انسداد پیلور ناشی می گردد و غالباً بیمار غذاهای هضم نشده را استفراغ می کند.
۲۹. ائق زدن و استفراغ شدید می تواند نشان دهنده وجود پارگی در مری باشد.
۳۰. هدف اولیه مداخله در زخم پپتیک فراهم کردن استراحت و راحتی برای معده می باشد.
۳۱. در بیماران زولینگر آلیسون مصرف دوزهای بالای آنتاگونیستهای گیرنده H_2 ، و داروی کاهش دهنده سطح گاسترین به اسم ساندوستاتین لازم است.
۳۲. در زخم پپتیک قطع مصرف سیگار و اصلاح رژیم غذایی مثل اجتناب از مواد غذایی محرک، خوردن ۳ وعده غذا در روز و عدم مصرف شیر و خامه زیاد نیز توصیه شده است.
۳۳. آنتی اسیدها ۱ ساعت قبل یا ۲ ساعت بعد از آنتاگونیست های گیرنده H_2 تجویز می شوند تا با جذب این داروها تداخل نکنند.

۳۴. روش‌های جراحی برای زخم‌های مقاوم شامل : واگوتومی (سه نوع Proximal – selective – truncal)، پیلوروپلاستی، آنترکتومی بیلروت I (گاستروئودنوستومی) و بیلروت II (گاستروژنوستومی) می‌باشد.

۳۵. آسپیره محتویات معده بیش از ۴۰۰ ml دلیل انسداد پیلور است.

۳۶. علائم انسداد پیلور شامل تهوع و استفراغ، نفخ شکم، درد اپیگاستر، بی‌اشتهایی، یبوست و کاهش وزن است.

۳۷. اشتهایی عصبی وضعیتی است که در آن کاهش وزن حاصل عملکرد خود فرد می‌باشد

۳۸. معیارهای تشخیص بی‌اشتهایی عصبی عبارتند از: نگرانی و دل‌مشغولی نسبت به وزن بدن و ظاهر فردی، گرایش به رفتارهای منجر به لاغری (فعالیت شدید و مصرف ناکافی کالری) و پیامدهای فیزیکی این رفتارها (نظیر کاهش مفرط وزن، قطع قاعدگی، استئوپروز و سوءتغذیه).

۳۹. وجود H.pylori در معده شیوع سرطان معده را افزایش می‌دهد.

۴۰. سرطان معده اغلب در اثر گاستریت آتروفیک مزمن ایجاد می‌گردد

۴۱. شایعترین نوع سرطان معده آدنوکارسینوم است و اکثراً رشد سرطان از انحنای کوچک معده است

۴۲. سرطان معده به ندرت در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شود.

۴۳. اگر تومور در مجاورت کاردیا رشد کند ممکن است بیمار دیسفاژی را تجربه کند.

۴۴. وجود اسید لاکتیک یا مقادیر بالای لاکتات دهیدروژناز (LDH) در شیرۀ معدی نشانگر کارسینوما می‌باشد.

۴۵. توتال گاسترکتومی (برداشتن کامل معده): برداشتن کامل معده، مداخله اصلی در مورد سرطان وسیع معده می‌باشد.

۴۶. تغذیه پس از بازگشت صداها، روده ای و خروج NGT، با مایعات شروع می‌شود.

۴۷. سندروم دامپینگ : پس از جراحی معده (گاسترکتومی) و واگوتومی رخ می‌دهد.

۴۸. علائم این سندروم دامپینگ عبارتند از : احساس پری، ضعف، سرگیجه و غش، تپش قلب، تعریق، درد کرامپی، تهوع، اسهال، تمایل شدید به دراز کشیدن و هیپوگلیسمی (ابتدا هیپرگلیسمی رخ می‌دهد ولی به دلیل ترشح زیاد انسولین هیپوگلیسمی ایجاد می‌شود) حدود ۹۰-۱۰ (۵۰-۳۰ دقیقه) دقیقه پس از غذا خوردن.

فصل پنجم

مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روده

۱. در سندرم روده تحریک پذیر، حذف غذاهای محرک و داشتن رژیم غذایی متعادل و پرفایبر توصیه می شود.
۲. مهمترین نشانه سوء جذب اسهال شل و حجیم و بدبو با مقدار زیادی چربی به رنگ خاکستری است.
۳. آپاندیسیت شایع ترین علت التهاب حاد در RLQ می باشد.
۴. 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.
۵. **تظاهرات بالینی آپاندیسیت**
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.
۶. علامت روزینگ (لمس LLQ موجب احساس درد در RLQ می شود) در آپاندیسیت می باشد.
۷. مصرف ملین یا مسهل در آپاندیسیت منجر به پرفوراسیون می شود.
۸. مهمترین عارضه آپاندیسیت پرفوراسیون است که منجر به پریتونیت یا آبسه می شود.
۹. آبسه داخل لگنی، آبسه زیر دیافراگم و ایلئوس از عوارض احتمالی دیگر آپاندکتومی هستند.
۱۰. **دیورتیکول:** عبارت است از بیرون زدگی کیسه مانند پوشش روده از میان نقص پدید آمده در لایه عضلانی.
۱۱. **پریتونیت:** پریتونیت التهاب غشاء صفاقی می باشد.
۱۲. ظهور ناگهانی ترشح سروزی از محل عمل نشانه باز شدن زخم است.
۱۳. IBD شامل بیماری کرون (انتریت ناحیه ای) و کولیت اولسراتیو می باشد.
۱۴. **انتریت ناحیه ای (کرون):** در نوجوانان و جوانان و در ایلئوم انتهایی و سکوم شایع تر است
۱۵. بارزترین نشانه کرون درد متناوب است که همراه با اسهال بوده اما با انجام دفع تسکین نمی یابد.
۱۶. افراد مبتلا به انتریت ناحیه ای در معرض خطر ابتلا به سرطان کولون قرار دارند.
۱۷. **کولیت اولسراتیو:** نوعی بیماری عودکننده التهابی و زخم شونده در لایه های مخاطی و زیرمخاطی کولون و رکتوم است.
۱۸. شایعترین عارضه IBD، کمبودهای تغذیه ای است.
۱۹. هنگامی که ایلئوم دیستال برداشته می شود، بیمار نمی تواند ویتامین B₁₂ را جذب کند

۲۰. خروج مدفوع از ایلئوستومی باید ۷۲ ساعت پس از عمل آغاز شود.
۲۱. مقدار دفع روزانه مایع از ایلئوستومی ممکن است حدود ۲۰۰۰-۱۰۰۰ میلی لیتر باشد.
۲۲. بروز تهوع و نفخ شکم بعد از ایلئوستومی ممکن است نشانه انسداد روده باشد.
۲۳. تعویض کیسه ایلئوستومی: معمولاً هر ۵ تا ۷ روز تعویض می شود
۲۴. شایع ترین عارضه استوما، تحریک پوست اطراف استوما است که به دلیل نشت مواد دفعی ایجاد می شود.
۲۵. انسدادهای روده باریک به عنوان اورژانس جراحی شایع می باشد.
۲۶. چسبندگی ها شایع ترین عامل انسداد هم در روده کوچک و هم در روده بزرگ می باشد.
۲۷. انسداد روده بزرگ: شایعترین علت ، تومور آدنوکارسینوئید است.
۲۸. تنقیه باریک در انسداد روده بزرگ ممنوع است.
۲۹. متداول ترین نشانه سرطان کولون تغییر عادات دفع دوره ای است.
۳۰. تشخیص سرطان کولون: در کنار معاینه شکم و راست روده مهمترین روش ها شامل آزمایش خون مخفی، تنقیه باریک، پروکتوسیگموئیدوسکوپی و کولونوسکوپی است.
۳۱. شستشوی کیسه کلهستومی بهتر است زمانی انجام شود که با الگوی فعالیتی بیمار سازگار باشد (ترجیحاً بعد از غذا) و هر روز در همان ساعت انجام شود.

برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱-۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

خرید اینترنتی:

32.Shop.nokhbegaan.ir