

# دفتر



کتابچه

اختصاصی

بخش

اندوسکوپي

بزرگسالان

تاریخ بازنگری: پاییز ۱۴۰۲

مرکز آموزشی درمانی نمازی

## فهرست مطالب

ردیف	عنوان	صفحه
۱	فضای فیزیکی بخش	۲
۲	معرفی مسئولین	۲
۳	مقررات داخلی بخش	۲
۴	۵ بیماری شایع بخش	۳
۵	۵ داروی اختصاصی بخش	۱۰
۶	پروسیجرهای اختصاصی بخش	۱۵
۷	تجهیزات اختصاصی بخش	۱۸

## **فضای فیزیکی بخش**

بخش آندوسکوپی بزرگسالان در زیرزمین غربی بیمارستان واقع شده است و شامل هشت اتاق پروسیجر ، سه انبار دورختکن جهت پرسنل خانم و آقا به صورت جداگانه ، دو سرویس بهداشتی ، اتاق کنفرانس پزشکان، اتاق حسابداری ، اتاق شستشوی اسکوپ، اتاق دستیاران پزشکی و انبار تجهیزات داروئی و سرویس بهداشتی بیماران میباشد.

## **معرفی مسئولین**

رئیس بیمارستان : دکتر احمد حسین زاده

مدیر بیمارستان: آقای مهدی خانسالار

مدیر پرستاری : خانم لیلا هاشمی زاده

رئیس بخش: استاد محمد رضا فتاحی

سوپروایز بخش: خانم سولماز دالوند

سوپروایزر آموزشی: خانم راضیه تقی زاده

سوپروایزر کنترل عفونت : خانم آزیتا طباطبائی

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی : آقای میلاد نعمت اللهی

مسئول بهبود کیفیت : خانم خلیلی

سرپرستار: خانم مرضیه محمودی

سرویس های تخصصی بخش : فوق تخصصی گوارش

## **مقررات داخلی بخش**

مقررات هنگام تغییر و تحول بخش :

بخش آندوسکوپی در شیفت صبح روزهای غیر تعطیل فعال و در شیفت عصر و شب و روزهای تعطیل به صورت آنکال میباشد.

### قوانین درخواست برنامه :

پرسنل در دفتر درخواست برنامه هفتگی ثبت و در صورت امکان اجرا میگردد.

### مقررات درخواست مرخصی:

توسط پرسنل در دفتر درخواست برنامه هفتگی ثبت و با توجه به اولویت افراد و نیاز بخش اجرا میگردد.

### چینش نیرو انسانی:

در شیفت صبح تمامی پرسنل حضور دارند و در شیفت عصر و شب و روزهای تعطیل یک نفر پرستار آنکال میباشد.

### برنامه های آموزشی بخش:

بر اساس جدول گانت واحد آموزش اجرا میگردد

### نحوه شرکت در کلاس های آموزشی:

بر اساس نیاز آموزشی پرسنل ثبت نام و در روز مقرر در کلاس شرکت میکنند.

### برنامه اساتید :

به صورت ماهیانه از طرف معاونت آموزشی ارسال میگردد.

### ۵ بیماری شایع بخش

-خونریزیهای گوارشی

-بیماریهای مجاری صفراوی

-بیماریهای التهابی روده

-پولیپ سیستم گوارشی

-تنگی مجاری گوارشی

### خونریزیهای گوارشی:

خونریزی گوارشی می تواند موجب دفع مقادیر چشمگیر خون شود. خونریزی ممکن است در مجاری گوارشی فوقانی یا تحتانی رخ دهد. خونریزی مجاری گوارشی فوقانی معمولا در زخم ها، واریس مری، نئوپلاسم ها، نقص های شریانی وریدی، ترک های مالوری - ویس (Mallory-Weiss tears) ثانویه به استفراغ یا مصرف داروهای ضد انعقاد رخ می دهد. خونریزی مجاری گوارشی تحتانی معمولا در اثر فیشر، ترومای مقعد، کولیت، پولیپ، سرطان کولون، واسکولیت یا زخم های روده ای رخ می دهد.

### پیش آگهی

مقدار و سرعت خونریزی همراه با سن و بیماری های همزمان تعیین کننده پیش آگهی خونریزی گوارشی هستند. هر چه خون از دست رفته بیشتر باشد، سیستم سخت تر می تواند بر استرس حاصله فائق آید. انتقال خون مکرر برای جایگزین کردن خون از دست رفته ممکن است ضروری باشد که موجب افزایش ریسک واکنش در بیمار می شود. بیماران مبتلا به اختلالات انعقادی در خطر بالاتر خونریزی گوارشی هستند. بیمار ممکن است در اثر دفع مقادیر بالای خون وارد شوک شود، همانطور که از نظر همودینامیک ناپایدار می شود.

### علائم و نشانه های تشخیصی

- ◆ هماتمز (Hematemesis) - استفراغ خونی (استفراغ قرمز، تیره و با زمینه قهوه مانند)
- ◆ ملنا (Melena) - مدفوع سیاه قیری شکل
- ◆ هماتوشزی (Hematochezia) - خون قرمز یا سرخ از مقعد
- ◆ تغییر وضعیت (Orthostatic changes) - افت فشار خون به میزان حداقل ۱۰ میلی متر جیوه با تغییر وضعیت بیمار
- ◆ تاکیکاردی در تلاش بدن برای جبران کاهش حجم خون در گردش
- ◆ رنگ پریدگی در اثر کاهش حجم خون در گردش
- ◆ سبکی سر (Lightheadedness)
- ◆ دیافروز (Diaphoresis) - تعریق
- ◆ تهوع

### تست های تشخیصی

- ◆ مثبت بودن تست خون مخفی مدفوع
- ◆ افت هموگلوبین

- ◆ افت هماتوکریت
- ◆ آنمی (کمبود آهن) در خونریزی کند و مزمن
- ◆ آسپیره نازوگاستریک در خونریزی مجاری فوقانی گوارشی مثبت است
- ◆ آنوسکوپی، سیگموئیدسکوپی، کولونوسکوپی ممکن است موضع خونریزی را نشان دهد
- ◆ آرتریوگرافی ممکن است موضع خونریزی را تایید کند
- ◆ اسکن خونریزی نشانگر موضع خونریزی است که با استفاده از گلبول قرمز نشان دار (radioisotope-tagged RBCs) انجام می شود.

### درمان

- ◆ برقراری و حفظ خط دسترسی وریدی
- ◆ تجویز مایعات ایزوتونیک مثل نرمال سالین
- ◆ پایش سریالی سطح هموگلوبین و هماتوکریت
- ◆ تعیین گروه خونی و آماده سازی ۳ تا ۶ واحد خون با توجه به سطح خونریزی
- ◆ انتقال گلبول قرمز شسته (packed RBCs)، در صورت امکان هم گروه با بیمار (معمولا در صورت فقدان گروه بیمار از گروه O منفی استفاده می شود)
- ◆ ممکن است تجویز آلبومین یا پلاسما تازه منجمد لازم باشد، با توجه به مقدار خون تزریق شده و بیماری های همزمان از قبیل سیروز کبد یا اختلالات انعقادی
- ◆ رویه های آندوسکوپی برای درمان زخم، با تزریق مواد انعقادی یا درمان با لیزر
- ◆ واریس مری ممکن است از طریق تامپوناد با لوله بلکمور-سنگستیکن (Blakemore-Sengstaken tube) درمان شود.
- ◆ جراحی در خونریزی غیر قابل کنترل

### تشخیص های پرستاری

- ◆ نارسایی حجم مایعات
- ◆ کاهش برونده قلبی
- ◆ اضطراب

### مداخلات پرستاری

- ◆ پایش علائم حیاتی از نظر هر گونه تغییر - افت فشار خون، افزایش نبض یا تنفس
- ◆ پایش جذب و دفع
- ◆ جایگزین کردن مایعات از دست رفته
- ◆ پایش شکم از نظر صدهای روده، تندرns، اتساع و نفخ
- ◆ حفظ یک خط وریدی با قطر بزرگ (۱۴ تا ۱۸)
- ◆ بررسی موضع وریدی از نظر قرمزی یا تورم
- ◆ پایش نتایج آزمایشات - کاهش مقادیر آزمایشات ممکن است نشانگر افت خون باشد
- ◆ پایش انتقال خون مطابق سیاست موسسه: بررسی واحد خونی، هویت بیمار، دفعات بررسی و ثبت علائم حیاتی

### Cholithiasis and cholecystitis. سنگ کیسه صفرا و التهاب کیسه صفرا

سنگهای کیسه صفرا از اجزای جامد صفرا ساخته شده اند دو نوع سنگ وجود دارد سنگهای پیگمانته و سنگهای کلسترول که شایعترین شکل سنگ صفرا میباشد.

کله سیستیت یک عارضه حاد کله لیتیاز است که عفونت حاد کیسه صفراست کلیه بیماران التهاب صفرا سنگ صفراوی دارند در صورت عدم وجود سنگ صفرا کله سیستیت ممکن است بعد از جراحی و ترومای شدید سوختگی یا عفونت باکتریال اولیه کیسه صفرا رخ دهد

علائم:

ممکن است خاموش باشد و بدون درد یا ممکن است حاد و مزمن به صورت احساس پری اتساع شکم درد در یک چهارم فوقانی راست شکم به پشت یا شانه راست تهوع و استفراغ چندین ساعت بعد از خوردن غذاهای چرب . زردی با خارش شدید بدن ادرار تیره مدفوع گلی رنگ

ERCP-MRCP روشهای تشخیصی: سونوگرافی شکمی - سی تی اسکن -

درمان به صورت دارویی و جراحی باز برداشتن سنگ کیسه صفرا یا کل کیسه

ERCP عمل تشخیصی درمانی

### پولیپ روده بزرگ

پولیپ روده به ایجاد توده یا بافت اضافه در داخل روده اطلاق میشود که یک بیماری گوارشی است و منشاء آن رشد سلولهای پوشش داخلی روده است این پولیپها خطری نداشته و سرطانی نیست ولی اگر درمان نشود ممکن است منجر به سرطان روده شود.

علائم:

اغلب نشانه خاصی ندارد و به صورت تصادفی و در خلال یک آزمایش غریبالگری کشف می شود در برخی موارد با علائم زیر همراه است:

خون در مدفوع - مدفوع سیاه رنگ - درد یا گرفتگی عضلات شکم ترشح مخاطی از مقعد

تشخیص و درمان:

معاینه انگشتی مقعد - عکس برداری از روده - سیگموئیدوسکوپی - کولونوسکوپی

درمان به صورت برداشتن پولیپ هنگام کولونوسکوپی یا در صورت بزرگ و زیاد بودن روشهای جراحی کم تهاجمی

#### ۴- انتریت رژیونال یا بیماری کرون:

التهاب مزمن و تحت مزمنی است که در تمام لایه های دیواره روده گسترش میابد منطقه متداول در محل دیستال ایلئوم و کولون میباشد ولی میتواند در هر جایی در طول لوله معده ای - روده ای ایجاد شود

علائم:

معمولا مخفی است که اغلب با درد شکمی و اسهال که بادفع بهبود پیدا میکند

اسهال در ۹۰ درصد از بیماران دیده میشود - دردهای کرامپی بعد از خوردن اتفاق میافتد - کاهش وزن - تب - آبسه هاوفیشر - لکوسیتوز - خونریزی از رکتوم - بی اشتها - تهوع و استفراغ - دهیدراسیون - آنمی

تشخیص و درمان:

مطالعه باباریم از مجرای فوقانی معده - روده ای - آزمون پرکتوسپیگموئیدوسکوپی - اسکن تومورگرافی - آزمایش مدفوع - شمارش کامل گلبولهای خونی



درمان به صورت رژیم و مایعات دریافتی درمان دارویی آرامبخشها و سولفانامیدها و آنتی بیوتیک و هورمون آدرنو کورتیکو تروپیک و کورتیکواستروئیدها و آمینوسالسیلات ها و داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی درمان جراحی کولکتومی - ایلئوستومی

## تنگی مجاری گوارش

آشالازی یا آشالازی شایع ترین اختلالات حرکتی مری است. افراد مبتلابه این اختلال در بلع غذاهای جامد یا مایعات دچار مشکل می شوند. بیماران در ابتدا علائم همچون گیر افتادگی غذا و یا چسبیدن غذا (دیسفاژی) را حس می کنند که با پیشرفت بیماری به تدریج بلع مایعات نیز دشوار می گردد. ممکن است پیشرفت بیماری در ظرف سال ها به صورت تدریجی رخ دهد، اکثراً بیمار متوجه آن نمی شود تا زمانی که علائم بیماری شدت یابد. همچنین ممکن است بیماران از علائمی همچون برگشت غذا به مری، درد قفسه سینه و سوزش سر دل شکایت کنند. در صورت عدم درمان، کاهش وزن و سوء تغذیه نیز ممکن است رخ دهد.

## علل

هر بخشی از مری دارای یک نقش و عملکرد مهمی است. در یک فرد عادی، یک دریچه کاربردی (اسفنکتر تحتانی مری) در انتهای مری تعبیه شده که با باز شدن آن غذا از مری به معده وارد می شود. همچنین با بسته شدن این دریچه از برگشت غذا به مری (ریفلاکس) جلوگیری به عمل می آید. در بیماران مبتلابه آشالازی ممکن است این دریچه به طور کامل باز نشود، بنابراین با انسداد مسیر غذاهای جامد و مایع، غذا به راحتی وارد در ابتدا، مری برای جبران این افزایش مقاومت با افزایش فشار به مواد غذایی سعی می کند مواد را. معده نمیشود. از انسداد به وجود آمده عبور دهد. با گذشت زمان، مری خسته شده و دیگر قادر نیست با فشار وارده بر مواد غذایی آن ها را به داخل معده وارد نماید. در نهایت، مری در بالای (پروگزیمال) اسفنکتر تحتانی کشیده (گشاد) می شود و مشکلات جدی تری از قبیل اختلال در غذا خوردن و بلع و تجمع مایعات و غذا در مری پدید خواهد آمد

## علائم

اختلال ایجاد شده عمدتاً مربوط به مشکلات بلع و برگشت غذای هضم نشده و مایعات به مری می باشد. هنگامی که اختلال بلع رخ می دهد، افراد مبتلا احساس می کنند، مواد غذایی در پایین تر از گردن و یا در ناحیه قفسه سینه چسبیده است. این وضعیت به طور کلی در طول غذا خوردن مشاهده می شود. حرکت معکوس مواد

غذایی به علت ورود به گلو می‌تواند به وقفه خواب و یا خفگی منجر شود. علاوه بر این ممکن است، افراد مبتلا علائم زیر را نیز تجربه نمایند:

- کاهش وزن شدید
- ناراحتی شدید در قفسه سینه
- درد مکرر تیز در قفسه سینه (غیر مرتبط با قلب)
- حملات اسیدی
- درد گاه‌به‌گاه در پشت، گردن و بازوها
- سرفه در حالت دراز کشیدن
- آسپیراسیون ریوی، در نتیجه ورود محتویات معده یا ذرات غذا به ریه‌ها
- عفونت ثانویه ریه

#### تشخیص:

گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی در تشخیص درست آشالازی یا آشالازی حیاتی می‌باشد. بیماران مبتلابه آشالازی معمولاً با اختلال در بلع مواد غذایی جامد و مایعات و همچنین برگشت مواد غذایی هضم نشده یا ترشحات دستگاه گوارش، مراجعه می‌کنند. درد قفسه سینه و سوزش سر دل نیز ممکن است رخ دهد، این علائم به دلیل شباهت می‌تواند با بیماری ریفلاکس معده اشتباه گرفته شود. هر بیمار مبتلابه اختلال بلع باید تحت آندوسکوپی یا ازوفاگرام قرار بگیرد تا انسداد به وجود آمده از لحاظ آناتومیک بررسی شود و مواردی همچون وجود تومورهای مری یا معده (شبه آشالازی) مورد ارزیابی قرار گردد.

- رادیولوژی با اشعه ایکس
- ازوفاگرام با باریوم
- آندوسکوپی فوقانی
- مانومتري مری

#### گزینه‌های درمان

برای بیماران مبتلابه آشالازی گزینه‌های درمانی متغیر هستند. بسته به سن و وضعیت پزشکی بیمار این محدوده شامل استفاده از داروها تا جراحی می‌باشد.

## داروها:

داروهای خوراکی به طور موقت می‌توانند اسفنکتر تحتانی مری را در حالت فاز استراحت قرار دهند. این داروها عوارض جانبی قابل توجهی دارند و توانایی‌شان در کاهش علائم ضعیف می‌باشد. به‌طور کلی، آن‌ها توصیه نمی‌شوند مگر اینکه بیمار قادر به انجام روش‌های درمانی دیگر نباشد.

اتساع پنوماتیک مؤثرترین روش غیر جراحی برای مبتلایان به بیماری آسالازی در نظر گرفته می‌شود. (PD) اتساع پنوماتیک اتساع پنوماتیک از طریق آندوسکوپی و به صورت سرپایی انجام می‌شود. بالونی که به صورت ویژه طراحی شده است داخل مری می‌شود و به‌دقت باز شده تا تارهای عضلانی حلقوی اسفنکتر تحتانی مری را متسع نماید. این روش منجر به بهبود علائم در ۵۰ الی ۹۰ درصد از بیماران می‌شود، اگرچه اثر آن در طول زمان کاهش می‌یابد. حدود ۵۰ درصد از بیماران ۵ سال پس از انجام عمل اتساع پنوماتیک، علائمشان برطرف می‌شود. خطرناک‌ترین عارضه اتساع پنوماتیک، پارگی مری (سوراخ شدن) می‌باشد که ۱ الی ۲ درصد مواقع حتی توسط افراد باتجربه نیز اتفاق می‌افتد. این عارضه می‌تواند باعث تهدید زندگی افراد شود و به جراحی ترمیمی فوری نیاز دارد.

## درمان‌های دارویی از طریق آندوسکوپی:

سم بوتولینوم (بوتاکس) باعث آرامش کوتاه‌مدت عضلات اسفنکتر تحتانی مری می‌شود. این امر منجر به بهبود تخلیه مری و تسکین علائم بیمار می‌شود. بوتاکس از طریق آندوسکوپی تزریقی می‌شود و عوارض آن کم می‌باشد. متأسفانه، اثر بوتاکس در طول زمان کاهش می‌یابد و بیش از ۵۰ درصد از بیماران دچار عود مجدد می‌شوند. بنابراین تزریق باید در فواصل زمانی ۶ الی ۲۴ ماهه برای بیمار تکرار شود.

## جراحی برش بافت عضلانی (میوتومی) مری:

گزینه جراحی برای آسالازی به عمل جراحی "میوتومی هلر" (برش بافت عضلانی) معروف است. این روش معمولاً از طریق لاپاروسکوپی یا از طریق چند برش کوچک در دیواره شکم انجام می‌شود، همچنین ممکن است بیمار تحت عمل جراحی باز قرار بگیرد. این عمل جراحی شامل برش دقیق بخش ضخیم و ناسازگار اسفنکتر پایین مری می‌شود که در پی آن مسیر انسدادی باز خواهد شد. این یک استاندارد طلایی برای درمان این که تحت عنوان "فوندوپلیکاسیون بخشی" شناخته بیماری محسوب می‌شود. این روش با عمل جزئی ضد می‌شود، ترکیب شده تا در آینده از بازگشت کنترل نشده مواد غذایی به مری جلوگیری شود. بیماران معمولاً روز بعد از عمل، پس از یک شب تحت نظر قرار گرفتن در بیمارستان، مرخص می‌شوند، دوره بازیابی و بازگشت به کار در این روش درمانی سریع طی می‌شود.

## (POEMS) میوتومی پرورال مری:

یک روش آندوسکوپی است که برای تقسیم کردن فیبرهای عضلانی اسفنکتر (POEMS) میوتومی پرورال مری تحتانی مری استفاده می‌شود. به‌طور کلی، میزان موفقیت این روش بالا است و می‌توان آن را به‌عنوان یک روش با حداقل تهاجم، جایگزین روش‌های پرتهاجمی دانست. با این حال، نتایج اولیه این روش محدود می‌باشد و در ایالت متحده آمریکا، اطلاعات زیادی در این خصوص جمع‌آوری نشده است.

## (ESOPHAGECTOMY) ازوفاژکتومی

در بیمارانی که در آن‌ها درمان‌های دیگر آشالازی شکست خورده باشد، علائم آن‌ها شدید باشد و کیفیت زندگی برای آن‌ها غیرقابل تحمل گشته است، حذف مری (ازوفاژکتومی) ضروری است. اگر ازوفاژکتومی موردنیاز باشد، با جایگزینی مری با استفاده از معده بیمار، بلع و غذا خوردن او اصلاح شده و کیفیت زندگی او بهبود خواهد یافت.

## نتیجه درمان

هدف از درمان آشالازی (اختلال در بلع) کاهش فشار در قسمت انتهایی معده می‌باشد تا مواد غذایی بتوانند به راحتی وارد معده شوند. درمان به کمک دارو و تزریق بوتاکس موقتی است و به‌عنوان یک درمان طولانی‌مدت در نظر گرفته نمی‌شوند. این درمان‌ها در کوتاه‌مدت مؤثر هستند، اما به‌ندرت می‌توانند اثر طولانی نیز داشته باشند. با این حال، جراحی، نتیجه بهتری دارد، بیش از ۹۰٪ از بیماران نتیجه بلندمدت خوبی را تجربه خواهند کرد. عمل جراحی شامل برش لایه عضلانی در اطراف قسمت پایین مری می‌شود که "میوتومی هلر" نام دارد. به کمک این روش غذا می‌تواند از مسیر مسدود شده عبور کرده و وارد معده شود. این روش درمانی معمولاً توسط لاپاروسکوپی انجام می‌شود، هرچند ممکن است در برخی موارد نیازمند جراحی باز باشد.

## مراقبت‌های پرستاری قبل از دیلاتاسیون:

- پایش داده‌های آزمایشگاهی مانند Pt, Ptt, Plt, INR, Hb, K, Na
- پایش داروهای مختل‌کننده سیستم انعقادی خون و در صورت لزوم قطع دارو با نظر پزشک معالج تجویز کننده
- پایش سوابق بیماری‌ها و شناسایی بیماران در معرض خطر
- پایش پرونده بیمار برای داشتن نوار قلب و ویزیت متخصص بیهوشی
- پایش پرونده بیمار برای داشتن برگه‌های رضایت آگاهانه ویژه اندوسونوگرافی و نمونه برداری ویژه با امضا بیمار و ولی درجه یک و مهر پزشک و مهر کادر درمان

- باز کردن راه وریدی مناسب
- برداشتن دندانهای مصنوعی
- تحویل ایمن بیمار به اتاق پروسیجر

#### مراقبتهای پرستاری بعد از دیلاتاسیون:

- تحویل ایمن بیمار از اتاق پروسیجر
- پایش سطح هوشیاری بیمار و تحویل از تکنسین بیهوشی
- پایش علائم حیاتی بیمار
- پایش بیمار از نظر از دست دادن حجم و خونریزی و علائم خونریزی مثل استفراغ خونی؛ ملنا..
- تحت نظر بودن بیمار ب مدت ۲۴ ساعت و دریافت آنتی بیوتیکهای دستور شده و سرم درمانی
- شروع تغذیه بیمار با دستور پزشک
- خروج ایمن بیمار از تخت

آموزش به بیمار و خانواده برای بررسی علائم احتمالی احساس درد شدید در شکم و قفسه سینه، استفراغ خون، دفع مدفوع تیره و سیاه رنگ، تب کردن و یا سختی در نفس کشیدن

#### ۵ دارو اختصاصی بخش

##### ۱) شیاف دیکلوفناک:

دسته دارویی:

ضدالتهاب استروئیدی

دسته درمانی:

ضددرد و ضدالتهاب با مهار سیکواکسیژناژ و مهار سنتز پروستاگلندین اثر میکند.

عوارض:

سردرد، سرگیجه، هیپر تانسینون، لکوپنی، تاری دید، هیپو گلیسمی

مراقبتهای پرستاری:

بیماران دچار آسم با احتیاط مصرف شود ، دوزاز نور ویخچال نگهداری شود، آزمایش C.B.C چک شود.

## ۲) ایمی پنم:

### دسته داروئی:

مهار کننددهیدروپیتیداز کلیویی

### دسته درمانی:

آنتی بیوتیک

### مکانیسم اثر:

بامهار سنتز موکو چچتید در دیواره سلول باکتری اعمال اثر میکند.

### عوارض:

سرگیجه ، خواب آلودگی، تاکی کاردیا، درد شکمی، راش

### مراقبتهای پرستاری:

افراد حساس به پنی سیلین ممکن است به این دارو نیز حساس باشند، در بیماران کلیوی دوز دارو باید کاهش یابد، به واکنشهای آلرژیک و آنافیلاکسی توجه شود ، اپی نفرین و وسایل اورژانس در دسترس باشد.

## ۳) آمپول هیوسین

### دسته داروئی:

آنتی کلولینرژیک

### دسته درمانی:

ضد اسپاسم

### مکانیسم اثر:

خاصیت آنتی موسکارینی دارد.

### عوارض:

تاکی کاردیا، خشکی دهان، احتباس ادراری، یبوست

مراقبت‌های پرستاری:

بررسی علائم حیاتی، تاکی کاردیاودیسی ریتمی، چک I&O

(۴) ونکوما یسین

دسته داروئی:

گلیکوپپتید

دسته درمانی:

آنتی بیوتیک

مکانیسم اثر:

موجب مهار ساخت دیواره سلولی باکتری می‌گردد.

عوارض:

سمیت گوش، سمیت کلیه، راش

مراقبت‌های پرستاری:

بررسی وضعیت تنفس ، چک I&O و آزمایشات BUN.CR.WBC

(۵) آمپول ترانگزامید اسید

دسته داروئی:

ضد فیبروزینولیز

دسته درمانی:

آنتی هموراژیک

مکانیسم اثر:

ازفعال شدن پلاسمینوژن ممانعت به عمل می آورد.

عوارض:

تهوع، استفراغ، اسهال

## مراقبت‌های پرستاری:

بررسی عملکرد کبدی، بررسی معاینات چشمی، در درجه حرارت ۱۵ تا ۳۰ درجه نگهداری شود.

### پروسیجرهای اختصاصی بخش

#### دستورالعمل انواع اسکوپ‌ی

• پزشک معالج بایستی درخواست انجام پروسیجر را در پرونده بیمار ثبت و فرم مشاوره را تکمیل نماید. ( فرم مشاوره باید علاوه بر شرح حال شامل جواب آزمایشات انعقادی، CBC و مارکر بیماری‌های عفونی قابل سرایت باشد )

• دستیار فوق تخصص گوارش بایستی درخواست پروسیجر را بررسی و تایید نماید.

• اینچارج بخش آندوسکوپ‌ی بایستی با اینچارج بخش مبداء بر اساس شرایط بیمار ( اورژانس ، اسکرینینگ ، الکتیو ، چک آپ ) جهت تعیین زمان انجام پروسیجر هماهنگی نماید.

#### • آمادگی جهت انواع اسکوپ‌ی :

- ۱) در پروسیجرهای آندوسکوپ‌ی و انتروسکوپ‌ی و ای آر سی پی بیمار بایستی ۶ تا ۸ ساعت قبل از پروسیجر آب و غذا نخورده باشد ، این زمان در موارد خاص با نظر پزشک ممکن است بیشتر شود.
- ۲) داروهای مختل کننده سیستم انعقادی بایستی با نظر پزشک معالج قطع شود. ( از چندروز قبل از انجام پروسیجر بر حسب نوع دارو با تأیید پزشک معالج بیمار برای انجام موارد خاص در آندوسکوپ‌ی مانند : دیلاتاسیون ، پلی پکتومی ، کار گذاری پگ ، نمونه برداری ، ای آر سی پی )
- ۳) تحویل بیمار از بخش مبداء ( بیماران سرپائی از بخش مراقبت‌های آندوسکوپ‌ی و بیماران بستری از بخش‌های مربوطه ) بایستی بر اساس فرم انتقال ایمن توسط اینچارج بخش آندوسکوپ‌ی انجام شود.
- ۴) بیمار بایستی پرونده سیر درمان را به همراه داشته باشد.
- ۵) تکمیل فرم رضایت آگاهانه بایستی توسط بیمار یا ولی قانونی بیمار و یک همراه به عنوان شاهد با حضور یک نفر پرسنل درمان بعد از توضیحات کامل در رابطه با نوع پروسیجر و عوارض آن توسط پزشک فوق تخصص گوارش ، قبل از ورود به بخش انجام شود.



تبصره :

۱. بیمارانی که جهت کار گذاری پگ ، دیلاتاسیون ، پلیپکتومی ، ERCP یا استنت گذاری مراجعه می نمایند بایستی به صورت خاص دمای بدن و آزمایشات انعقادی آنها مورد ارزیابی قرار بگیرد .

۲. بیمارانی که جهت کارگذاری پگ مراجعه مینمایند باید قبل از انجام پروسیجر یک نوبت ونکومايسين به صورت پروفیلاکسی دریافت نمایند .(بیماران بستری در بخش مبداء و بیماران سرپایی در بخش مراقبهای آندوسکوپی )

۳. جهت پروسیجرهای زیر ویزیت پزشک بیهوشی و کامل نمودن فرم رضایت آگاهانه بیهوشی قبل از انجام پروسیجر الزامی می باشد (بیماران سرپایی در درمانگاه و بیماران بستری در بخش اندوسکوپی )

a. اندوسونوگرافی b. ERCP c. دیلاتاسیون d. پولیپکتومی e. بیمارانیکه بدلیل استرس وترس و ..... تمایل به انجام پروسیجر تحت بیهوشی دارند.

۴. در مورد بیماران ERCP علاوه برموارد تبصره شماره ۱و۳ توجه به آمادگی های زیر ضروری می باشد:

✓ a. LFT کامل - CR - BUN - K - NA

✓ b. سونوگرافی شکم

۵. در بیماران دیالیزی روز قبل از پروسیجر بایستی دیالیز انجام شده باشد و جواب آزمایشات بعد از دیالیز ( K - CR - BUN - NA ) آماده باشد.

#### دستورالعمل انجام و مراقبت حین اندوسکوپی:

(۱) پزشک و پرستار مسئول بیمار بایستی پس از استقرار بیمار در اتاق اندوسکوپی چگونگی انجام پروسیجر را برای بیمار توضیح دهند.

(۲) بیمار بایستی در وضعیت خوابیده روی دست چپ قرار گیرد و لوله معده بیمار خارج شود . اسپری زایلوکائین در انتهای دهان بیمار اسپری شده ، قطعه دهانی اندوسکوپی در بین دندانهای بیمار قرار گیرد ، بیمار مانیتورینگ شده و IV Line گرفته شود . سر بیمار بایستی تا پایان پروسیجر ثابت نگه داشته شود.

(۳) پرستار مسئول بیمار بایستی اقدامات انجام شده و وضعیت بالینی بیمار قبل ، حین و بعداز پروسیجر را در قالب گزارش پرستاری ثبت نماید.

۴) تیم بیهوشی بایستی وضعیت عمومی بیمار را در صورت داشتن بیهوشی ، بعد از پروسیجر و ریکآوری بررسی نمایند.

۵) منشی بخش اندوسکوپی بایستی جواب پروسیجر را در پرونده بیمار قرار دهد.

۶) کمک پرستار بایستی نمونه پاتولوژی بیماران بستری را به آزمایشگاه تحویل دهد.

۷) نمونه پاتولوژی بیماران سرپائی توسط همراه بیمار به آزمایشگاه تحویل داده میشود.

۸) حسابدار بخش اندوسکوپی بایستی چارج پروسیجر و وسایل مصرفی را انجام دهد.

**مراقبتهای بعد از انجام اندوسکوپی که پرستار مسئول بیمار بایستی انجام دهد :**

- بررسی وضعیت عمومی و همودینامیک و علائم حیاتی بیمار ( براساس دستورالعمل مراقبتهای بعد از عمل جراحی براساس شرایط بالینی بیمار )
- بررسی بیمار از نظر علائم تب , لرز , مدفوع سیاه , تنگی نفس , استفراغ خونی , بلع دردناک, درد شدید شکمی

**آمادگی های قبل از انجام کلونوسکوپی:**

- بیمار از ظهر روز قبل از کلونوسکوپی غذا نخورده باشد
- - تهیه نسخه شروع آمادگی کلونوسکوپی شامل هشت بسته پودر پیدرولاکس ( هر بسته در یک لیوان آب حل شده و خورده شود)؛ یک شیشه شربت سنوگراف (بعد از مصرف چهار پودر این شربت میل شود)؛ ده عدد قرص بیزا کودیل (هر دو ساعت دو قرص مصرف شود)
- - بیمار می تواند به هر مقدار مایعات شفاف میل نماید (از میل نمودن مایعات رنگی مثل ویمتو و آب البالو.... خودداری شود
- - داشتن تحرک کافی و پیاده روی می تواند به آمادگی هرچه بهتر بیمار کمک کند
- - در صورت مصرف داروهای هپارین؛ آسپرین؛ وارفارین و پلاویکس پزشک خود را مطلع نموده و از ۲۴ ساعت قبل از انجام کلونوسکوپی این داروها با نظر پزشک معالج قطع گردد
- الزامیست CBC, Pt, Ptt, INR, Plt - به همراه داشتن جواب آزمایشات
- - به همراه داشتن دفترچه بیمه درمانی جهت انجام امور حسابداری الزامیست
- - بیمار باید همراه درجه اول در زمان انجام کلونوسکوپی داشته باشد
- - بیماران اعزامی از سایر مراکز درمانی بایستی فرم بین بیمارستانی داشته باشند

## تجهیزات بخش

تجهیزات شامل گاستروسکوپ، کلونوسکوپ، دودنوسکوپ، انتروسکوپ، پروسسورهای آب و هوا و تصویری جهت اسکوپ، اسکوپ اندوسونوگرافی، پروسسور انتروسکوپی، دستگاه APC جهت پلی پکتومی و کنترل خونریزی با گاز آرگون، فلوروسکوپ جهت تصویربرداری رادیولوژی از مجاری کبد و صفاوی حین ای آر سی پی .

گاستروسکوپ جهت مشاهده معده و دوازدهه میباشد. کلونوسکوپ جهت مشاهده روده بزرگ، دودنوسکوپ مشاهده پایپلا در دوازدهه، انتروسکوپ مشاهده روده باریک میباشد. اسکوپ بعد از اتصال به پروسسورهای آب و هوا و تصویری این امکان را فراهم میکند تا تصویر مستقیم دستگاه گوارش بر روی مانیتور دیده شود.

به وسیله دستگاه APC گاز آرگون بر روی رگهای خونریزی دهنده تخلیه و باعث انعقاد رگ میشود . همچنین به وسیله این دستگاه پولیپ های دستگاه گوارش برش خورده و برداشته میشود. برای کار با دستگاه با نصب اتصالات و انتخاب مود مناسب پروسیجر انجام میگردد.

فلوروسکوپ جهت عکسبرداری رادیولوژی در حین تزریق ماده حاجب کاربرد دارد.