

بیماری‌های التهابی روده

فاطمه سلطان نژاد^۱، زهرا فارسی^۲

چکیده

مقدمه: امروزه با توجه به شهری شدن و توسعه کشورها، بیماری‌های التهابی روده در حال افزایش است که می‌تواند بر کیفیت زندگی مبتلایان بسیار تاثیر گذار باشد و ممکن است عوارض و پی آمدهای بسیار خطرناکی به دنبال داشته باشد. هدف از این مقاله مروری بر مقالات اخیر در خصوص این بیماری می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مقاله مروری بوده و اطلاعات مربوط به آن از طریق جستجو در منابع اینترنتی از جمله (Elsever) و منابع کتابخانه‌ای با کلید واژه (Inflammatory bowel disease, Nursing, care) در سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۱۱ کسب شده است.

یافته‌ها: بیماری‌های التهابی روده یک بیماری مزمن است که بر عملکرد و زندگی بیماران بسیار تاثیر گذار است. از طرفی، بیماری تا پایان عمر با فرد می‌ماند و بیماران برای انجام امور درمان، تشخیص، جراحی و حتی عوارض آن پی در پی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. نویسنده در این مقاله سعی کرده علاوه بر معرفی بیماری، نکات پرستاری شامل کنترل درد، خستگی، آنمی، تغذیه، اختلالات جنسی، بارداری و... را در راستای تداوم فروکشی و تسکین عوارض بیماری و کاهش مرگ و میر بیماران به تصویر کشد. **بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به روند بیماری پرستاران باید با نیازهای بیماران آشنا باشند و با انجام تدابیر پرستاری کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند.

کلمات کلیدی: بیماری‌های التهابی روده، پرستاری، مراقبت، کرون، کولیت اولسراتیو

مقدمه

بیماری‌های التهابی روده (Inflammatory bowel disease) یا (IBD) شامل دو بیماری کرون و کولیت اولسراتیو می‌باشد. آمارها نشان می‌دهد ۱/۴ میلیون نفر در آمریکا و ۲/۲ میلیون در اروپا به IBD مبتلا هستند (۱). هم چنین سالانه ۳۰۰۰۰۰ نفر مورد جدید به آمارها اضافه می‌گردد. نسبت مرد به زن مساوی است (۳-۲). و پیک سنی آن ما بین ۳۵-۱۵ سالگی و پیک دیگر ما بین ۸۰-۶۰ سالگی می‌باشد (۱). علت IBD ناشناخته است و احتمالاً وابسته به عوامل وراثتی، محیطی و اختلال در پاسخ‌های سیستم ایمنی می‌باشد (۵-۱). هزینه مراقبت سالانه از بیماران IBD در آمریکا شامل جراحی، داروها، بستری شدن و تسکین درد می‌باشد که ما بین ۲/۶-۱/۸ میلیارد

دلار در سال می‌شود (۲).

یافته‌ها

در این مقاله به معرفی بیماری، علائم بالینی، عوارض، درمان، پرستاری از بیماران و مراقبت‌های قبل، حین و بعد از جراحی می‌پردازیم.

معرفی بیماری

بیماری‌های التهابی روده که به دلیل اختلال در پاسخ‌های ایمنی نسبت به عوامل محیطی در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد هستند ایجاد می‌شود، به دو نوع کرون و کولیت اولسراتیو تقسیم می‌شود.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد ویژه، دانشکده پرستاری آجا

۲- دکتری تخصصی پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری آجا (*نویسنده مسئول)

بیماران، رژیم پرپروتئین، پرکالری و کم باقیمانده است. در صورت بروز علائمی مثل کولیت شدید، مگا کولون، تنگی روده همراه باعلائم بالینی، به بیماران درگیر با عوارض جانبی داروها، و دیس پلازی درمان جراحی توصیه می‌شود (۱).

پرستاری از بیماران مبتلا به IBD

مراقبت از این بیماران شامل کنترل حملات بیماری و اسهال، درد، خستگی، آنمی، اختلالات جنسی، تغذیه مناسب، تصمیم به بارداری و... می‌باشد.

اسهال

جهت جلوگیری از بروز اسهال پرستار باید کنترل کند که چه میزان استرس، کدام فعالیت‌ها و چه رژیم غذایی باعث تشدید و شروع فرآیند التهابی و به دنبال آن بروز اسهال می‌شود. بایستی تعدیل چنین فعالیت‌هایی به بیماران آموزش داده شود. پرستار باید بیمار را تشویق به استراحت و کاهش فعالیت‌ها نماید. توصیه می‌شود اتاق بیمار نزدیک سرویس بهداشتی قرار گیرد و جهت رفع بوی بد از خوشبوکننده هوا استفاده شود (۴-۵).

درد

یکی از مشکلات بیماران IBD، درد می‌باشد. درد یک علامت مهم التهاب است که در ۷۰٪-۵۶٪ بیماران مبتلا به IBD دیده می‌شود. معمولا درد به دنبال اسهال و کرامپ‌ها آغاز می‌شود. پرستار باید نوع درد، مدت درد و علل ایجاد آن را کنترل کند. پرستار باید به دردهای حاد که نشانه پرفوراسیون روده است توجه ویژه نماید و هم چنین به بیمار آموزش دهد در صورت داشتن علائم درد حاد شکم، سفتی شکم، کاهش فشار خون و استفراغ به پزشک مراجعه نماید (۴-۵).

پرستار باید به بیمار آموزش دهد که از خستگی زیاد اجتناب نماید. جهت درد بیمار می‌توان از گرمای موضعی، داروهای آنتی کولینرژیک، انحراف فکری یا فعالیت‌های تفریحی و ضد دردها استفاده نماید (۱، ۳-۵). یک ششم بیماران مبتلا به IBD برای کنترل درد از اپیوئیدها استفاده می‌کنند. در این بیماران درد می‌تواند تنها علامت فعال بودن بیماری باشد و باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران شود.

این بیماری‌ها دارای دوره‌های متناوب حمله و فروکشی می‌باشند (۳). بین علائم کرون و کولیت اولسراتیو تفاوت وجود دارد. سیر بیماری مزمن و دارای دوره‌های متناوب حمله و فروکشی می‌باشد (۱-۵). در کرون از دهان تا مقعد و بیشتر منطقه ایلتوسکال درگیر است و کل لایه‌های روده درگیر می‌شود. در کولیت اولسراتیو، لایه مخاطی کولون درگیر است. ضایعات یک پارچه از رکتوم شروع و به سمت ابتدای روده پیش می‌روند. علائم کولیت و کرون تقریباً شبیه یکدیگرند، ولی در کرون شدیدتر است. در این بیماری‌ها علائم از خفیف تا شدید و تهدید کننده حیات تقسیم می‌شوند (۱، ۳-۵).

علائم بالینی

زودرس‌ترین علامت کرون اسهال بدون خون است. استئاتوره در کرون دیده می‌شود. درد شکم و کرامپ، خونریزی از رکتوم (زودرس‌ترین علامت کولیت)، تب، تاکی کاردی، کم آبی، کم خونی، کاهش وزن، درگیری پوست و چشم و مفاصل، و در کودکان تأخیر در رشد و عقب ماندگی ذهنی اولین علامت ابتلا به این بیماری است. لاغری به دنبال عدم دریافت مواد غذایی به دلیل وجود کرامپ‌ها و سوء جذب در مرحله فعال بیماری دیده می‌شود به همین دلیل بیمار دچار کاهش وزن، آنمی، کاهش آلبومین و کمبود ویتامین‌های A, D, E, K, B_{۱۲}، سلنیوم، فولیک اسید، روی و آهن می‌شود (۱، ۳-۵).

عوارض

عوارض بیماران کولیتی مگا کولون، سوراخ شدن روده، آنمی و آدنوکارسینوما است و عوارض کرون شامل تنگی روده بزرگ و کوچک، فیستول، آبسه، سنگ‌های ادراری اگزالات کلسیم و کارسینوم است (۱-۳).

درمان

درمان شامل درمان دارویی با آمینوسالسیلات‌ها، آنتی بیوتیک‌ها، داروهای بیولوژیک (آنتی بادی ضد تومور نکروز آلفا مثل اینفلکسیمپ)، داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی مثل متوترکسات، سیکلوسپورین، داروهای ضد اسهال و جاذب نمک صفاوی و تغذیه‌ی وریدی است. رژیم غذایی توصیه شده در این

آن می‌تواند فرآیند التهابی درمزانتر باشد. تجمع بافت چربی در این قسمت به نام چربی خزننده می‌باشد. این بافت می‌تواند تاثیر ضد التهابی داشته باشد. این چربی‌های رسوب کرده شامل مهارکننده‌هایی از فاکتور تومور نکروز آلفا و محصولات اینترلوکین ۶ در منطقه مزانتر می‌باشند. با مطالعه‌ای که ۱۲ سال به طول انجامید در کودکان مبتلا به کرون کاهش وزن ۷۵٪ و در کودکان مبتلا به کولیت کاهش وزن ۳۴٪ گزارش شد. تأخیر رشد در کودکان چندین علت دارد و به عواملی مثل کاهش تغذیه، درمان‌های استروئیدی، فاکتورهای ژنتیکی و التهابات (در ۳۰ تا ۴۰٪ مدل‌های حیوانی فرآیند التهابی باعث کاهش رشد می‌شود) بستگی دارد. در مطالعه‌ای که روی تاثیر درمان با اینفلکسیمپ انجام گردید گزارش شد این دارو در کودکان به دلیل نداشتن تاثیر سوء بر رشد و هم چنین بهبود وزن و توده بدنی (body mass index) در این بیماران مناسب می‌باشد.

از نکات پرستاری توجه به پوکی استخوان و پیشگیری از آن یا به حداقل رساندن آن در بیماران مبتلا به IBD است. شواهد حاکی از آن است که خطر شکستگی استخوان در بیماران مبتلا به IBD ۴۰٪ می‌باشد. جهت پیشگیری از این عارضه استفاده از داروهای آنتی تومور نکروز آلفا، ویتامین D و Ca مفید است. در یک مطالعه روی ۱۵۴ بیمار کرونی کاهش دانسیته استخوانی وجود داشت که با دریافت ویتامین D و Ca دانسیته افزایش یافت. مطالعات نشان داده‌اند که ۷۰٪ بیماران IBD Ca کمتر از ۱۰۰۰ میلی گرم روزانه و ویتامین D کمتر از ۲۰۰ میلی گرم روزانه دریافت می‌کند و در کودکان ۱۶٪ کاهش ویتامین D دیده می‌شود. اخیراً ثابت شده که کمبود ویتامین K نیز در کاهش دانسیته استخوان و استئوپنی در بیماران IBD موثر است. پرستاران به بیماران توصیه نمایند که Ca به صورت ۱۵۰۰ میلی گرم روزانه و ویتامین D که مصرف سیگار، داروهای استروئیدی، ورزش و الکل بردیافت روزانه اش تاثیر دارند. مثلاً در یک فردی که استروئید می‌گیرد ویتامین D روزانه به ۸۰۰ میلی گرم برسد (۸). در حیوانات گزارش شده که ویتامین D و Ca خاصیت ضدالتهابی دارند و هم چنین چربی مزانتر نیز خاصیت ضدالتهابی دارد. یکی از نکات پرستاری در تغذیه دریافت تیتانیوم دی اکساید و آلومنیوم سیلیکات و اسیدهای چرب غیر اشباع N=۳ در بیماران است که مفید می‌باشد ولی اسید چرب غیر اشباع N=۶ مضر است (۸-۹). هم چنین، در هنگام دریافت تغذیه وریدی در درمان کرون

در مطالعه‌ای برای درمان ۶۰۰۰ بیمار کرونی از داروهای نارکوتیک و اینفلکسیمپ سال‌ها استفاده می‌گردید که به دلیل عوارض زیاد و مرگ و میر بالا درمان طولانی با این داروها را با چالش روبرو کرد (۶). در بیمارانی که مستعد سوء مصرف مواد هستند ضد دردهایی از دسته ضد التهاب غیر استروئیدی و عوامل انتخابی COX2 در شروع بیماری برای کاهش حرکات دودی مناسب تر است. هرچند که تحمل نسبت به ضد التهاب غیر استروئیدی بهتر گزارش شده است هم چنین توجه شود استفاده از آنها در مرحله فروکشی اثر منفی بر بیماری دارد (۷-۶).

تغذیه

از نکات دیگری که باید مد نظر پرستاران باشد رژیم غذایی بیماران است پرستار باید به تعادل تغذیه‌ای بیمار به دلیل محدودیت‌های غذایی، تهوع، سوء جذب و اسهال پیش آمده توجه ویژه داشته باشد. در بیماران مبتلا به IBD تغذیه نقش مهمی در پیشگیری، درمان و بهبود رشد کودکان، سلامتی استخوان و جلوگیری از استئوپوروز دارد. در مطالعاتی که تا کنون انجام شده رژیم پر فیبر، شکر بالا و چربی‌های حیوانی یک ریسک فاکتور برای پیشرفت IBD است و می‌تواند باعث شروع علائم و دوره حمله بیماری شود. در مطالعه‌ای روی ۱۸۳ بیمار IBD دیده شد که تولیدات لبنی و شیر ۶۳٪ و میوه و سبزیجات ۲۹٪ باعث افزایش علائم می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر که در ژاپن انجام شد نشان داده که شکر تصفیه شده، غذاهای آماده (fast food)، مارگارین و تولیدات لبنی شیوع بیماری کرون را افزایش می‌دهد. هم چنین در مطالعه‌ای که روی ۵۰۲ بیمار مبتلا به IBD انجام شد شیوع سوء تغذیه ۴۰٪ گزارش شده که می‌تواند ناشی از وجود سوء جذب با دلایل بی‌اشتهایی، اشکال در جذب روده‌ای، تهوع و استفراغ، اسهال، فیستول و التهابات داروهای مثل کورتیکواستروئید و تداخلات دارویی و هم چنین جراحی برداشتن کل یا قسمت‌هایی از روده ایجاد شود. تغذیه نامناسب سبب تخریب ماهیچه و عملکرد تنفسی و تضعیف سیستم ایمنی، کاهش رشد کودکان، کاهش التیام زخم، تأخیر در بهبودی طولانی بعد از جراحی و آتروفی سلول‌های مژکی روده می‌شود. هم چنین در بیماران IBD کاهش وزن دیده می‌شود، هرچند مطالعات نشان می‌دهد که یک سوم بیماران مبتلا به کرون دچار افزایش وزن می‌شوند که علت

آهن کربوکسی مالتوز و یا آهن ساکاروز باید تجویز شود، هر چند که گاهی آهن به صورت پروفیلاکسی شروع می‌شود، ولیکن این روش باعث تحمیل هزینه‌های اضافی به سیستم سلامت و محدود شدن استفاده آهن وریدی شده است. با این حال سردرگمی برای دریافت آهن در این بیماران وجود دارد. برخی از صاحب نظران معتقدند در افرادی که هموگلوبین کمتر از ۱۰ دارند آهن وریدی و افرادی که هموگلوبین بالای ۱۰ دارند آهن خوراکی دریافت نمایند. هر چند درمان آنمی با عامل محرک اریتروپوئیتین (ESR) درمان اول نیست، ولی برای کسانی که آهن خوراکی و وریدی موثر نیست شروع می‌شود (۱۱). یکی دیگر از راه‌های موثر پیشگیری از خستگی، استفاده از تئوری شناختی-رفتاری (Cognitive Behavior Theory) در شرایط مزمن است (۱۰). از راه‌های دیگر که پرستار می‌تواند برای کاهش خستگی توصیه نماید، استراحت و فعالیت برنامه‌ریزی شده است. اگر بیمار در تخت است فعالیت‌های اکتیو و پاسیو از جمله راه کارهای مورد استفاده پرستاری است (۴-۵).

اضطراب

پرستار باید برای کاهش اضطراب بیمار قبل از انجام عمل جراحی و روند بیماری به بیمار توجه ویژه داشته باشد و بایستی به بیمار اجازه دهد سوالاتش را بپرسد و با زبان ساده در مورد جراحی، روند بیماری و درمان‌های جدید توضیح دهد. هم چنین برای کاهش اضطراب می‌شود از روش‌های آرام سازی، ورزش‌های تنفسی، ماساژ، بیوفیدبک و غیره استفاده کرد (۴-۵). برای کاهش اضطراب از داروهای ضد اضطراب و ضد-افسردگی نیز می‌توان استفاده کرد (۱۲).

اگر قرار است بیمار استومی شود باید قبل از جراحی به صورت فیلم نحوه استفاده از آن برای بیمار به تصویر کشیده شود. پرستار باید در جهت سازگاری فرد با استومی کوشش کند و یکی از توجهاتش این باشد که از روش‌های تطابق بیمار استفاده کند. هم چنین، به بیمار آموزش دهد که از رژیم‌های غذایی، فعالیت‌ها و استرس‌هایی که باعث شروع حملات می‌شوند اجتناب نماید (۴-۵).

مراقبت از پوست

در مورد مراقبت از پوست مصرف مایعات فراوان روزانه، توزین

توصیه شده گلوتامین که خاصیت ضد التهابی دارد تجویز شود. پرستاران بالین دقت داشته باشند که در کودکان و بیماران کرونیک تغذیه وریدی بر کورتیکواستروئیدها به دلیل عوارض بالا ارجحیت دارد (۸). در حین تغذیه وریدی به دلیل گلوکز بالا قند خون بیمار باید هر ۶ ساعت کنترل شود. هم چنین، در زمان حملات بیماری برای ذخیره انرژی، فعالیت‌های بیمار محدود شود (۴-۵). روش دیگر تغذیه این بیماران تغذیه روده‌ای است. پرستاران در حین تغذیه روده‌ای احتمال بروز عوارضی مثل طعم بد، تهوع، سردرد را به بیمار توضیح دهند (۸).

فعالیت و خستگی

یکی از مواردی که پرستاران باید به آن توجه کنند عدم تحمل فعالیت و خستگی در بیماران IBD است. در مطالعه‌ای خستگی در بیماران مبتلا به IBD، ۴۰٪ گزارش شده و امروزه از آن به خستگی مزمن نام برده می‌شود. خستگی مزمن خستگی غیر نرمال و ناخوشایند در کل بدن بدون ارتباط با فعالیت و ورزش است که بیشتر از یک ماه ادامه داشته باشد و به راحتی با خواب و استراحت از بین نمی‌رود و باعث تاثیر منفی بر کیفیت زندگی می‌شود. علت بروز خستگی چند عاملی است و به عواملی مثل آنمی، عامل C-reactive pro، کاهش آلبومین و فاکتورهای جسمی- روانی، کاهش ویتامین B_{۱۲} در این بیماران مرتبط می‌باشد (۱۰). از راه‌های کاهش خستگی دریافت ویتامین‌ها و آهن است. شیوع آنمی در این بیماران ۷۵٪ گزارش شده است و یکی از عوارض آن خستگی می‌باشد. برای درمان، آهن به صورت خوراکی یا تزریقی توصیه می‌شود. در مدل‌های حیوانی آهن خوراکی به دلیل آزاد شدن رادیکال‌های میانجی اکسیداتیو باعث تخریب روده شده و منجر به بدتر شدن IBD می‌شود، هم چنین منجر به تغییر در میکروارگانیسم‌های روده شده و موکوس کولون را به سمت سرطانی شدن پیش می‌برد. در انسان، آهن خوراکی در بیماران کرونیک باعث کاهش آنتی‌اکسیدان سیستمی و گلوتامین (خاصیت ضد التهابی دارند) می‌شود، هم چنین باعث افزایش فعالیت بیماری کرون می‌شود. آهن خوراکی عوارضی مثل تهوع، کرامپ‌های شکمی، درد، تغییر در عادات روده‌ای و نفخ (در ۲۰٪ موارد گزارش شده) را می‌تواند ایجاد نماید؛ در نتیجه، برتری آهن وریدی مسجل است. آهن با توجه به درجه آنمی و وزن بدن به صورت دکستران یا

هورمونی به نام ریلکسین ترشح می‌شود که جلوی انقباضات رحم را می‌گیرد، این هورمون در بیماران کرونیک باعث ریلکس شدن می‌شود که مفید است. بارداری در این گروه از زنان مثل زنان سالم است. بیشتر مشکلات در زنان مبتلا به بیماری کرونیک پیش می‌آید که عبارتند از: سقط، زایمان زودرس یا زایمان جنین مرده. پرستاران توجه داشته باشند که سولفاسالازین، آمینوسالاسلات‌ها، کورتیکواستروئیدها، اینفلکسیمپ در حاملگی و شیردهی مناسب نیستند. اگر بیماری می‌خواهد جراحی شود و تصمیم به بارداری دارد بهتر است اول باردار شده و بعد جراحی نماید و هم چنین به دلیل احتمال وجود آبسه و فیستول در اطراف مقعد مادر مبتلا سزارین پیشنهاد می‌شود. در زمان بارداری پرستار باید توصیه به رژیم غذایی پر ویتامین برای بیمار داشته باشد به خصوص اسید فولیک که در پیشگیری از ناهنجاری‌های طناب نخاعی بسیار مفید است. مطالعات حاکی از آنند که اگر یک والد IBD داشته باشد احتمالاً ۹٪ در فرزند وی دیده می‌شود و اگر هر دو والد به IBD مبتلا باشند ۳۶٪ احتمال ابتلای فرزند مطرح است (۱۴).

مراقبت‌های پرستاری قبل، حین و بعد از عمل جراحی

با وجود درمان‌ها و مراقبت‌های مداوم این بیماری مزمن، گاه بیماران مبتلا به IBD نیاز به جراحی پیدا می‌کنند (۹۰ تا ۷۰٪ از بیماران کرونیک و ۲۵٪ بیماران کولیتی در طول زندگی نیاز به کولکتومی دارد). بعضی از مراقبت‌های مورد نیاز در این بیماران قبل، حین و بعد از جراحی به شرح ذیل است.

مراقبت قبل از عمل

پرستار باید خطرات و منفعت‌های جراحی را برای بیمار توضیح دهد. یک ساعت قبل از جراحی آنتی بیوتیک پروفیلای کسی برای بیمار تزریق نماید. اگر جراحی اورژانسی نیست تخلیه روده‌ای انجام شود. اگر بیمار هپارین با وزن مولکولی کم می‌گیرد قبل از عمل برای جلوگیری از خونریزی باید قطع شود، پرستار باید قبل از استومی چند توصیه در مورد محل استومی انجام دهد نظیر محل استومی که زیر کمربند شلوار در عضله رکتوس باشد و هم چنین در سمتی کار گذاشته شود که دست غالب بیمار به راحتی بر آن مسلط باشد (۶).

روزانه بیمار، توجه به علائم اختلال در الکترولیت‌ها مثل کاهش سطح هوشیاری و اختلال در ریتم، کنترل میزان مایعات ورودی و خروجی، آموزش و توجه به علائم کم آبی در بیمار مثل کاهش تورگور پوست، خشکی مخاط، کاهش میزان ادرار، خستگی، کاهش دمای انجام شود (۴-۵).

رابطه جنسی

در برخی از بیماران داشتن رابطه جنسی قسمت مهمی از زندگی‌شان است. در بیماران مبتلا به IBD وجود اسهال، کرامپ‌های شکمی، سوء جذب (با ایجاد ضعف و کاهش انرژی)، وجود فیستول و آبسه در اطراف مقعد زنان (می‌تواند با ایجاد مقاربت دردناک) و مصرف کورتیکواستروئیدها (با کاهش میل جنسی) می‌تواند باعث اختلال در رابطه جنسی شود. استفاده از لوبریکانت‌ها و ژل‌ها یا حتی تغییر پوزیشن در هنگام مقاربت می‌تواند کمک‌کننده باشد. در بعضی مردان که جراحی شده‌اند مشکل در نعوظ و انزال زودرس پیش می‌آید که تغییراتی در تکنیک جراحی این اشکال را می‌تواند بهبود دهد. هم چنین داروهای نظیر Viagra و... می‌تواند کمک‌کننده باشد. بیمار به خاطر بی‌اختیاری در دفع و یا صداهای غیرطبیعی در حین نزدیکی ممکن است دچار استرس شود، برای کمک به بیمار موسیقی درمانی یا ماساژ با روغن‌های آروماتیک و استفاده از داروهای ضد فسر دگی مثل لوپیراماید و لومیتیل را می‌توان توصیه نمود. در واقع بهتر است بیمار قبل از شروع به فعالیت‌های جنسی با پزشک یا پرستارش مشاوره‌ای داشته باشد (۱۳).

بارداری

یکی از مواردی که بیماران مبتلا به IBD نیاز به راهنمایی پرستاران دارند مسئله تصمیم‌گیری در مورد بارداری است. پرستاران باید توجه داشته باشند که داروهای سولفاسالازین در مردها باعث اولیگواسپرمی می‌شود، بایستی داروی متوترکسات در زنان و مردان ۳ ماه قبل از بارداری قطع شود. هم چنین، اینفلکسیمپ باعث کاهش حرکات اسپرم در مردان می‌شود. در زمان فعال بودن بیماری در زنان توصیه به بارداری نمی‌شود، و لیکن در زمان فروکشی به دلیل سرکوب سیستم ایمنی مادر در زمان بارداری این مسئله باعث بهبود IBD می‌شود و حتی مانع تشدید بیماری نیز می‌گردد. هم چنین در بارداری

مراقبت حین عمل

پرستار باید برای کنترل سپسیس به علائم تب، کاهش فشارخون و برگشت وریدی ضعیف توجه نماید. یک بیمار مبتلا به کولیت اولسراتیو باید از نظر عفونت کنترل شود که بعد از عمل دچار عفونت کیسه ساخته شده از ایلتوم (POUCH) نشوند. از علائم آن می توان به اسهال، کرامپ های شکمی، تب و بی اشتهاپی و کاهش عملکرد مقعد و رکتوم اشاره نمود. برای درمان آن از آنتی بیوتیک های سیپرو فلوکساسین و مترونیدازول به تنهایی یا ترکیبی استفاده شود. باید به بیماران آموزش داده شود پانچیت عود کننده است (۲). برای پانچیت می توان از پروبیوتیک ها نیز استفاده کرد (۳-۱).

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی می توان گفت، بیماران IBD نیازهای متعدد جسمی و عاطفی دارند. بیماران مبتلا به IBD نیاز به مراقبت پرستاری از نظر روحی، جسمی و اجتماعی با دقت تمام دارند. تعدادی از بیماران به دلیل حرکات روده ای زیاد از شرکت در اجتماعات اجتناب می ورزند. شروع به درمان بیماری بسیار مهم است. هدف پرستار تشویق بیمار به شرکت در فعالیت های روزانه در زمان حملات مثل زمان فروکشی است و هم چنین پرستار برای پیشگیری از حمله بیمار را به رعایت رژیم غذایی کم باقیمانده، کاهش استرس و منع از سیگار تشویق نماید و در زمان حملات با انجام تدابیر پرستاری درخستگی، آنمی، تغذیه، اضطراب، درد، اسهال و... در مبتلایان باعث کاهش عوارض بیماری شوند. هدف اصلی از درمان، بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش وقوع حملات است. پس مهم است که پرستاران با نیازهای بیماران و علائم و عوارض بیماری و نحوه کنترل آن آشنایی داشته باشند. پرستاران از طریق بهبود مراقبت های مداوم از طریق نیازسنجی بیماران، ارتقا خود مراقبتی، ارائه آموزش و مشاوره و حمایت روحی-روانی می توانند به بیماران کمک نمایند.

در حین جراحی IBD چند نکته برای رسیدن به اهداف بهتر باید در نظر گرفته شود. برای نواحی کوچک، لاپاراسکوپی و برای جراحی بزرگ و برداشتن محل وسیع عمل لاپاراتومی انجام می گردد. بیمار در وضعیت سوپاین یا لیتوتومی تعدیل شده قرار می گیرد. برای هر قسمتی از روده که قرار است برش داده شود پوزیشن دوم ارجح است. یک برش در خط وسط به خاطر دید بهتر روده و مناطق ایلتوسکال توصیه می شود. درمان ضد ترومبوز بعد از جراحی حتما در نظر گرفته شود (۶).

مراقبت بعد از عمل

بیماران IBD نیاز به پرستاری ویژه دارند. کنترل علائم حیاتی توجه به علائم درد نظیر افزایش تعداد ضربان قلب، افزایش فشار خون در نظر گرفته شود. دریافت و خروجی مایعات اندازه گیری شود. به هیدراتاسیون و اختلال الکترولیت ها توجه شود. علائمی مثل تب، درد شکم، استفراغ به پزشک گزارش شود. تسکین درد بعد از جراحی بسیار مهم است. نارکوتیک برای کنترل درد بعد از جراحی توصیه می شود. از نظر تغذیه وقتی برای دریافت مایعات و نسبت به غذا تحمل ایجاد شد تغذیه از راه دهان آغاز شود. این نوع تغذیه ممکن است از یک روز تا هفته ها طول بکشد و این امکان پیدا شود. بیماران IBD که افسرده هستند نیاز به روان پزشک دارند. پرستاران باید به این موضوع دقت نمایند و امکان مشاوره را برای بیماران فراهم نمایند (۶). موارد زیادی از شوک سپتیک بعد از جراحی کرون به دلیل سوء جذب، آبه های شکمی قبل از عمل، انسداد، عفونت سیستمیک، استروئید درمانی طولانی گزارش شده است. برای کاهش عوارض سپتیک داخل شکمی بعد از جراحی که باعث مرگ و میر بالا می شود، ایجاد استومی موقت توصیه می شود.

References

- 1- Arjmandy.M.EshaghHosseini.M.Essentials of Medicine CECIL.Tehran, Arjmand, 2007 (in Persian91-105)
- 2- Amplo.K.Nelson.D. Care of patients with IBD.AORN Journal. 2009.90 (6): 909-918.
- 3- Hoseini.I.S.M.Harrisons Principlss of Internal Medicine. Tehran, Samt, 2005.181-205 (in Persian)
- 4- Keshkaran.Z.Text Book of Medical-Surgical Nursing. Tehran, Boshra.2008. 171-183 (in Persian)
- 5- SHorofi.A. Medical-Surgical Nursing. Tehran, Chehr, 2007.270-310 (in Persian)
- 6- Bilefeldt.Binion.G.,Pain &IBD. Inflammatory bowel dis Jornal. 2009, 15 (5): 778-88.
- 7- Ludlow.J.Drugs Formerly Contraindicated For IBD Proves Beneficial For Pain Relief. Medical News Today.

- MediLexicon.2006, 4 Feb. <http://www.medicalnewstoday.com>.
- 8- Marina.O, Colm.M.,Nutrition IN IBD, Best Practice & Research Journal, 2006. 20 (3).561-573
 - 9- Vibeke Andersen, Anja Olsen, Franck Carbonnel. Diet and risk of inflammatory bowel disease. Digestive and Liver Disease Journal. 2011.
 - 10- Tassa.E.H.Maria.W.High Prevalance of Fatigue in IBD. Journal of Crohns and Colitis. 2011 (5) , 332-337.
 - 11- THomas.W.Michael.Iron Replacement Therapy IN IBD Patients With Iron Deficiency Anemia.Journal OF Crohns and Colitis, 2011.
 - 12- Antonina. A.Andrea.L....The Role of Antidepressants In The Managment of IBD.Jornal of Psychosomatic Research. 2011.
 - 13- ANCC.Sexual Relationships AND IBD.Crohn's and Colitis. www.relate.uk
 - 14- Janneke.K....European Evidenced-Based Consensus on Reproduction in IBD. Journal of Crohns and Colitis. 2011. (4), 493-510.