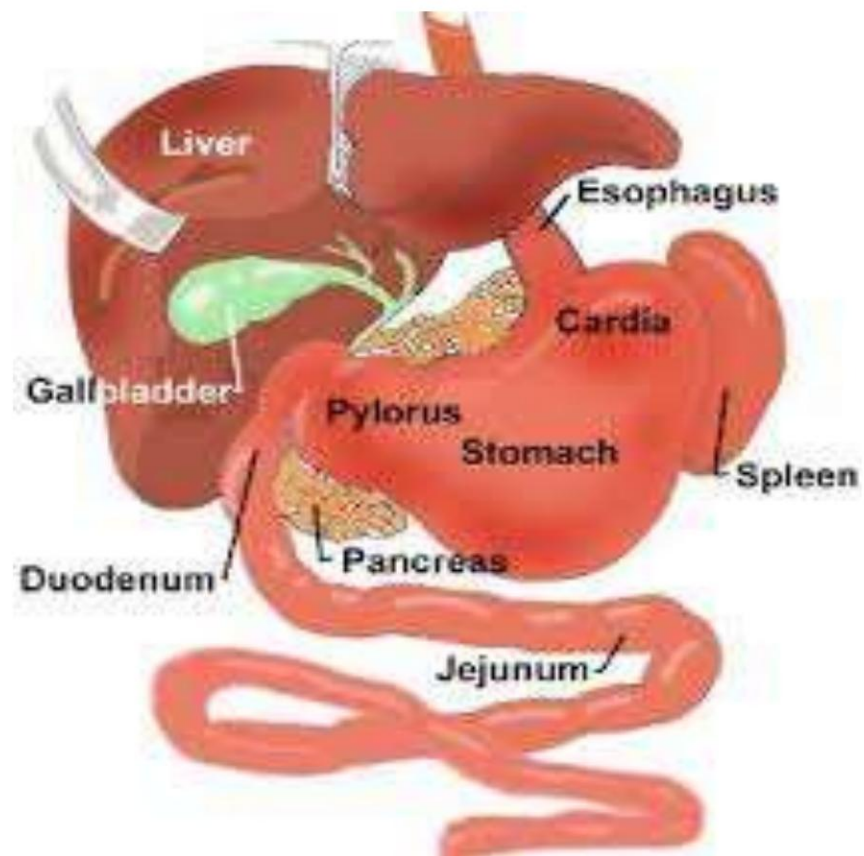


علاج مرضى المعدة و اضطرابات الاثني عشر



التهاب المعدة

قد (يكون التهاب المعدة) التهاب الغشاء المخاطي (الغشاء المخاطي) في المعدة. (يتميز بزيادة إفراز حمض المعدة).
العلاج الإشعاعي . الحلزونية البوابية . 3. ترتبط بأمراض المناعة الذاتية مثل فقر الدم الخبيث . 4. العوامل الغذائية مثل الكافيين الفيزيولوجيا المرضية: يصبح الغشاء المخاطي في المعدة متورمًا ومفرطًا (محتقن بالسوائل والدم) -----تآكل سطحي -----قرحة ----نزيف .

دواء (مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية). و



التهاب المعدة. يكمل...

نتائج التقييم والتشخيص ؛ التنظير □ الدراسات **الشعاعية لأعلى الجهاز** الهضمي □ الدراسات النسيجية للأنسجة H. □ إدارة الكشف عن الملوية البوابية : تجنب الطعام المهيج (الكحول) السوائل **بالحقن** □ عامل التخفيف والمعادل: إذا تسبب في ابتلاع حمض قوي أو قلوي. □ تجنب القيء أو الغسل في الحالات الشديدة **(تجنب الانشقاب)**. NGT □ أدوية مسكنة وعامل مسكن . □ الجراحة الطارئة: لإزالة الأنسجة المثقوبة الغرغرينا. □ فغر المعدة أو استئصال المعدة □ التهاب المعدة المزمن: تدار **بالمضادات الحيوية**



antibiotics و PPI



التهاب المعدة. يكمل...

عملية التمريض: التقييم : التاريخ ، والنظام الغذائي ، والفحص البدني. اختبار معمل ، نتيجة التشخيص.
التشخيص التمريضي القلق □ التغذية غير المتوازنة حجم السوائل غير متوازن □ عجز المعرفة □ الألم الحاد
تدخل التمريض □ تقليل القلق **تعزيز التغذية المثلى □ تعزيز توازن السوائل تخفيف الألم**



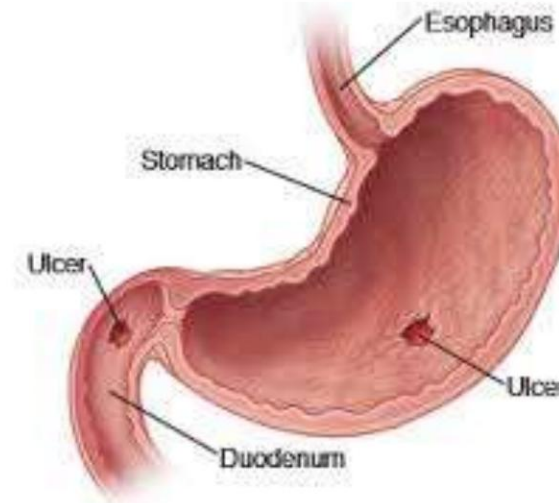
قرحة المعدة والاثني عشر

القرحة الهضمية :

هي عبارة عن حفر (منطقة مجوفة)
تتشكل في جدار الغشاء المخاطي للمعدة ،
في:

البواب (الفتحة بين المعدة والاثني عشر) ،
في الاثني عشر (الجزء الأول من الأمعاء
الدقيقة) **الأكثر شيوعًا** بخلاف المعدة

قرحة المريء



يكمل...

الفيزيولوجيا المرضية : تحدث القرحة الهضمية بشكل رئيسي في الغشاء المخاطي المعدي المعدي لأن هذا النسيج لا يمكنه تحمل عمل حمض المعدة (HCL) والبيبسين في الجهاز الهضمي. يحدث التآكل بسبب زيادة تركيز أو نشاط حمض الببسين أو بسبب انخفاض مقاومة الغشاء المخاطي

يمنع استخدام مضادات الالتهاب غير الستيرويدية إفراز المخاط الذي يحمي

الغشاء المخاطي.

النتائج في القرحة الهضمية : 1. فرط إفراز العصارة المعدية ، 2. قرحة الإجهاد: تقرحات الغشاء المخاطي الحاد في منطقة الاثني عشر أو المعدة التي تحدث بعد الحدث الفسيولوجي المجهد .

3. متلازمة زولينجر إليسون. تتكون من قرحة معدية شديدة
فرط حموضة المعدة الشديدة ، وإفراز الجاسترين أورام حميدة أو خبيثة



مقارنة	الاثني عشر	شرسوف المعدة الأيسر ، وحرقان ، وألم ، وانزعاج
ألم	منتصف المنطقة الشرسوفية ذلك الجزء الشرسوفي ويوصف بالحرق والتشنج الذي يستعيده الطعام ؛ يحدث عادة بعد ساعتين إلى أربع ساعات من الوجبات ، ويمكن أن يحدث ذلك في الليل	قضم لا يتعايش مع الطعام ، وعادة ما يحدث بعد 1 - 2 ساعة من وجبات الطعام ، ونادرًا في الليل.
	الغثيان والقيء: لا يوجد عادة بكتيريا الملوية البوابية. لا يوجد ورم خبيث	حاضر
سبب		H. بيلوري الخبيثة
خباثة		
المضاعفات	نادر مثل تضيق البواب والاختراق الخلفي	نزيف كبير (25% من الحالات) ، معدل وفيات ومراضة أعلى من اليورانيوم المنضب
موقع	أول 2 سم من الاثني عشر ، زيادة إفراغ المعدة 30-55 شابا	الغار ، على انحناء أقل ، إفراغ معدي طبيعي
سن الخطر		من 55 إلى 70 عامًا



التقييم التشخيصي

الاثني عشر

• التنظير مع الثقافات. أبحث عن H. بيلوري. • دراسات GI الباريوم العلوي

• دراسات البراز والمصل

المعدة

• انخفاض Hgb و Hct (في حالة فقر الدم) • التنظير الداخلي لاكتشاف **الحموضة**

البوابية • تحليل حموضة المعدة • سلسلة GI العلوي: تأكيد وجود القرحة



علاج

أ. الأدوية

- العلاج بمضادات الميكروبات (علاج الملوية البوابية) ؟؟؟
- مثبطات مضخة البروتون • (PPI) مضادات مستقبلات H_2 مضادات الحموضة



ب. حمية

نظام غذائي لطيف يتكون من ست وجبات صغيرة في اليوم. -تناول وجبات الطعام ببطء.
تجنب المواد المسببة للأحماض (الكافيين والكحول والأطعمة عالية التوابل والحليب
والكريمات ؟؟؟). □ تجنب المواقف العصيبة في وقت الطعام. خطط لفترات الراحة بعد
الوجبات. □ تجنب الوجبات الخفيفة في وقت متأخر للنوم.





التدخلات التمريضية

1. إدارة الأدوية على النحو المطلوب. احترس من الآثار الجانبية للسيميتيدين مثل الدوخة والطفح الجلدي والإسهال الخفيف وآلام العضلات والتثدي عند الذكور.

2. تقديم الرعاية التمريضية للعميل المصاب بجراحة القرحة.

3. إعداد العميل لإجراء التشخيص لابتلاع وتنظيف الباريوم. 4. توفير تعليم العميل وتخطيط الخروج



جراحة القرحة

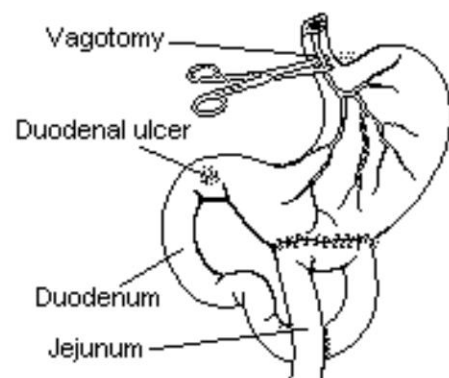
• شق المهبل: قطع جزء من العصب المبهم الذي يغذي المعدة لتقليل إفراز حمض المعدة

• فغر المعدة والأمعاء (بيلروث 1): إزالة الجزء السفلي من المعدة بمفاغرة الجزء المتبقي من الاثني عشر

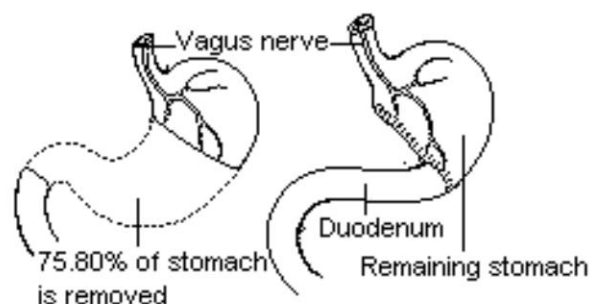
• الاستئصال: إزالة غار المعدة للتخلص من المرحلة الهضمية (تحتوي على الخلايا التي تفرز الجاسترين) • رأب البواب: تضخم العضلة العاصرة البوابية مع تسريع إفراغ المعدة

• فغر المعدة والأمعاء (Billroth II): إزالة الجزء الغار والجزء البعيد من المعدة والاثني عشر مع مفاغرة الجزء المتبقي من المعدة إلى الصائم

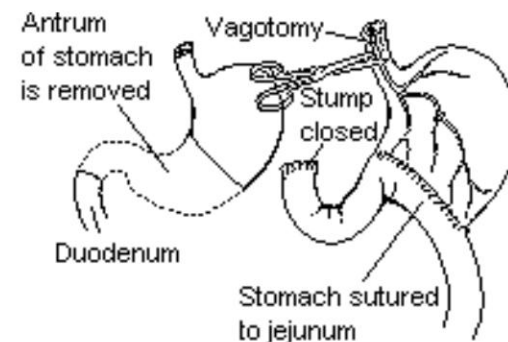




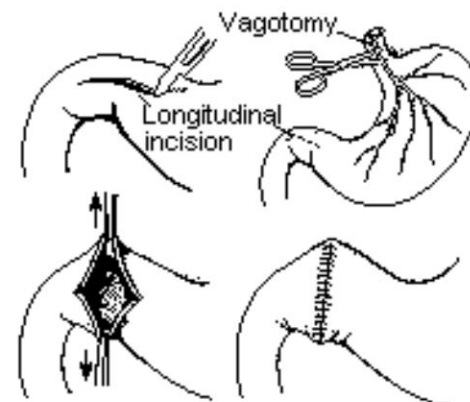
A. Gastrojejunostomy and vagotomy. The jejunum is anastomosed to the stomach to provide a second outlet of gastric contents. The severed vagus nerve reduces secretions and movements of the stomach (90% good results).



C. Subtotal gastrectomy. The resected portion includes a small cuff of the duodenum, the pylorus, and from two thirds to three quarters of the stomach. The duodenum or side of the jejunum is anastomosed to the remaining portion of the stomach.



B. Antrectomy and vagotomy. The resected portion includes a small cuff of duodenum, the pylorus, and the antrum (about one half of the stomach). The stump of the duodenum is closed by suture, and the side of the jejunum is anastomosed to the cut end of the stomach.



Incision aligned transversely Transverse closure

D. Vagotomy and pyloroplasty. A longitudinal incision is made in the pylorus, and it is closed transversely to permit the muscle to relax and to establish an enlarged outlet. This compensates for the impaired gastric emptying produced by vagotomy.



رعاية ما بعد الجراحة

NPO • حتى عودة التمتع. • قم بقياس تصريف NG بدقة (ضارب إلى الحمرة لأول مرة

12 ساعة)

- مراقبة لعلامة التسرب من المفاغرة ، مثل ضيق التنفس والألم والحمى. • تناول السوائل عن طريق الفم: وجبات صغيرة ومتكررة • مراقبة الارتجاع المبكر: تناول كميات أقل من الطعام بوتيرة أبطأ • مراقبة الوزن بانتظام

