



پیشگفتار

شکر و سپاس بر حضرت سبحان که این توفیق را به ما بخشید تا گامی هر چند کوچک در ورای بی انتهای دانش گذاریم و ذره ای از حلاوت اقیانوس بیکران علم را دریابیم.

امروزه پیشرفت علوم پزشکی، دانشجویان را ملزم به کسب دانش بیشتر ساخته است.

جزوه ای که در پیش روی دارید، جزوه ای کامل و جامع از درس رژیم درمانی می باشد که توسط اساتید و دانشجویان ممتاز

موسسه علوم و فنون معین جمع آوری گردیده است و امید است برای شما داوطلبان گرامی مفید واقع گردد.

در اینجا از تک اساتید و دانشجویان محترم که ما را در تدوین این جزوه یاری نمودند، کمال قدردانی را داریم.

هیئت مؤلفان مؤسسه معین



فهرست

فصل اول: اختلالات دستگاه گوارش فوقانی	۴
فصل دوم: اختلالات دستگاه گوارش تحتانی	۲۵
فصل سوم: مراقبت های تغذیه ای در بیماریهای کبدی، سیستم صفراوی و پانکراس	۱۰۲
فصل چهارم: رژیم درمانی برای آلرژی غذایی و عدم تحمل غذایی	۱۳۰
فصل پنجم: تغذیه درمانی در دیابت ملیتوس	۱۶۳
فصل ششم: تغذیه درمانی پزشکی برای آنمی	۱۹۳
فصل هفتم: تغذیه درمانی در بیماریهای قلب و عروق	۲۰۴
فصل هشتم: تغذیه در پرفشاری خون (هیپرتانسیون)	۲۳۶
فصل نهم: تغذیه درمانی پزشکی برای نارسائی قلبی و پیوند قلب	۲۵۰
فصل دهم: تغذیه در بیماریهای ریوی	۲۶۱
فصل یازدهم: رژیم درمانی در بیماری های کلیوی	۲۷۹
فصل دوازدهم: تغذیه درمانی در پیشگیری و درمان سرطان	۳۰۵
فصل سیزدهم: تغذیه درمانی پزشکی برای بیماری نقص سیستم ایمنی (HIV)	۳۳۲
فصل چهاردهم: تغذیه در استرس های متابولیکی، عفونت، ضربه، سوختگی و جراحی	۳۴۷
فصل پانزدهم: تغذیه درمانی در اختلالات روماتیسمی	۳۶۶
فصل شانزدهم: تغذیه درمانی در اختلالات عصبی	۳۸۳
فصل هفدهم: رژیم درمانی پزشکی در بیماری روانی	۴۱۸
فصل هجدهم: تغذیه درمانی پزشکی برای نوزادان با وزن کم تولد	۴۵۱
فصل نوزدهم: تغذیه درمانی در اختلالات متابولیکی	۴۶۱
فصل بیستم: تغذیه درمانی پزشکی برای ناتوانایی های تکاملی	۴۸۴
فصل بیست و یکم: تغذیه درمانی پزشکی در بیماری های غده تیروئید و سایر بیماریهای مرتبط با آن	۴۸۸
تست	۵۰۹
منابع	۵۵۶



فصل اول

اختلالات دستگاه گوارش فوقانی

تخصصی ترین مرکز برگزار کننده کلاسهای آمادگی آزمون کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی رشته های علوم پزشکی - مشاوره رایگان

Site: www.phdpezeshki.com - TEL: 88915839 - Email: info@phdpezeshki.com

بیماری های مری

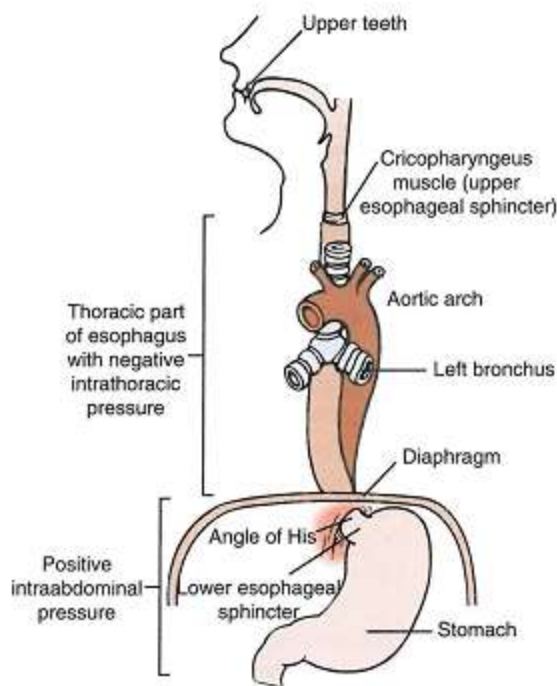


FIGURE 28-1 Normal esophagus. (Modified from Price SA, Wilson LM: *Pathophysiology: clinical concepts of disease processes*, ed 6, St Louis, 2003, Mosby.)

مری

مری در افراد بزرگسال حدود ۲۵ سانتیمتر طول داشته و از انتهای حلق دهانی تا زیر سوراخ دیافراگمی یا سوراخ مروی امتداد می یابد و در آنجا به پیوستگاه مری - معده اتصال می یابد. در قسمت فوقانی مری فیبرهای عضلانی اسکلتی با فیبرهای عضلانی صاف ادغام یافته اند. اسفنکتر فوقانی مری از ضخیم تر شدن باند عضلانی اسکلتی به صورت ارادی کنترل می شوند و در تنظیم عبور اولیه لقمه غذایی بلع شده به قسمت فوقانی مری دخالت دارند. اسفنکتر تحتانی مری از ضخیم شدن باند از عضله حلقوی در مجاورت پیوستگاه مری - معده به وجود آمده است. در هنگام بلع ابتدا عضله اسکلتی اسفنکتر فوقانی مری از حالت انقباض خارج می شود و اجازه ورود لقمه غذایی به مری را می دهد. سپس انقباضات عضلانی مری باعث به جلو راندن غذا و جلوگیری از برگشت آن به سمت دهان می گردد. شل شدن اسفنکتر تحتانی مری به غذا اجازه می دهد تا به معده وارد شود. سپس اسفنکتر تحتانی مری و عضله اسکلتی ناحیه هیاتال دیافراگم منقبض می شوند تا از رفلکس غذا و اسید معدی به داخل قسمت تحتانی مری جلوگیری کنند.

اختلالات مری

تمام طول مری بعنوان یک بافت جهت بلع عمل می کند. بعنوان مثال یک توده غذایی که به طور ارادی از دهان به سوی حلق حرکت می کند، اسفنکتر فوقانی شل می شود، غذا به سوی مری حرکت می کند و اسفنکتر تحتانی مری برای دریافت توده غذا آزاد می شود. امواج دودی، توده غذا را به سمت پایین مری تا معده می برند. اختلالات مری از انسداد، التهاب یا اختلال های مکانیسمی در بلع به وجود می آیند. جدول زیر نشانه های عمومی در بیماریهای در دستگاه گوارش را نشان می دهد (مشکلاتی در عمل بلع (بلع سخت) اغلب ناشی از مشکلات عصبی است).

علائم عمومی در بیماریهای دستگاه گوارش

انسداد یا تومور در مری	بلع مواد جامد با ناراحتی، اما بلع مایعات بدون ناراحتی
اسپاسم مری، آشالازی	بلع سخت غذاهایی که به حلق می چسبند
زخم معده	درد در ناحیه اپی گاستر به هنگام غذا خوردن
زخم دئودوم	درد ۲-۵ ساعت بعد از غذا: تسکین درد بعد از غذا
التهاب پانکراس و بیماریهای صفراوی	درد شکمی چند ساعت بعد از دریافت غذای چرب
عدم تحمل به لاکتوز ناشی از فقدان لاکتاز یا سرعت انتقال آن	کرامپ، نفخ شکم ۱۸-۲۴ ساعت بعد از نوشیدن شیر
رفلاکس مری	سوزش سر دل پس از خوردن غذای چرب یا زیاد

دیسفاژی

دیسفاژی به معنای اختلال در بلع می باشد و عبارت است از هر گونه مشکل آناتومیک یا فیزیولوژیک در بلع که در عبور عادی غذا از حفره دهانی به معده اختلال ایجاد کند.

عمل بلع ۱۰-۵ ثانیه به طول می انجامد و دارای سه فاز می باشد که عبارتند از :

- + مرحله دهانی
- + مرحله حلقی
- + مرحله مری

هر گونه اختلال در هر کدام از این مراحل ممکن است نیازمند رژیم درمانی خاص خود باشد.

علل دیسفاژی عبارتند از :
مشکلات ساختاری (مکانیکی) مانند :

- + تومور مری
- + آشالازی
- + جراحی ناشی از سرطان زبان یا سایر ارگان های درگیر در عمل بلع

مشکلات عصبی عضلانی مانند :

- + سکته مغزی
- + ترومای سر
- + پارکینسون
- + مولتیپل اسکلروزیس
- + اختلال در عملکرد غدد بزاقی
- + دیستروفی میوتونیک

نکته: در صورتی که دیسفاژی از ابتدا به صورت اختلال در بلع مایع و جامد باشد عمدتاً ناشی از یک اختلال حرکتی است (مانند اسپاسم مری و آشالازی). در صورتی که دیسفاژی به صورت اختلال در بلع غذاهای جامد باشد و به تدریج منجر به اختلال در بلع مایع نیز بشود ناشی از انسداد ساختاری - مکانیکی است (مانند سرطان).

بیماری رفلاکس، فتق هیاتال، ازوفازیت

بیماری رفلاکس (GERD)

GERD عبارت است از بازگشت محتویات معده به مری از طریق اسفنگتر تحتانی مری که اغلب ۳۰ دقیقه یا یک ساعت الی ۴ ساعت بعد از صرف غذا اتفاق می افتد.

تماس مکرر و مداوم اسید معده، صفرا و پپسین معده با مری می تواند منجر به پدید آمدن علائم و بیماری GERD گردد. GERD رفلاکس علامت دار محتویات معده به ویژه اسید، پپسین و نمک های صفراوی به مری است که منجر به آسیب مخاط مری و در نتیجه ازوفازیت و سوزش سر دل شود.

علائم :

سوزش سر دل (درد و سوزش در زیر جناغ یا اپیگاستر) علامت عمده رفلاکس می باشد. همچنین رفلاکس ممکن است موجب آسپیراسیون و در نتیجه دیس پنه یا تنگی نفس و یا خس خس و سرفه مزمن شود (از این رو رفلاکس از علل عمده برونشیت مزمن و آسم است که در این صورت تشخیص و درمان رفلاکس منجر به بهبود مشکلات ریوی می شود).

سایر علائم :

- + دیسفاژی یا اختلال در بلع
- + اودینوفازی یا بلع دردناک
- + خونریزی گوارشی در اثر ازوفازیت
- + دردهای آتپیک شبیه آنژین صدری

علل :

+ کاهش فشار اسفنگتر تحتانی مری که علل اولیه و ثانویه دارد. از قبیل سیگار و داروهایی مانند شل کننده های عضلانی از جمله بتاآدرنرژیک ها، بلوک کننده های کلسیم، نیترات ها و آمینوفیلین.

+ افزایش فشار شکمی بدلیل چاقی، بارداری، آسیت و ...

+ افزایش سطح پروژسترون (به دلیل بارداری، داروهای ضد بارداری خوراکی که حاوی پروژسترون هستند، مراحل انتهایی عادت ماهانه) چون موجب کاهش فشار اسفنگتر تحتانی مری می گردد.

+ ورزش شدید

+ آشالازی

+ فتق هیاتال

+ وضعیت فیزیکی نامناسب منجر به رفلاکس (مانند خم شدن، دراز کشیدن به شکم)

+ تحریک و تخریب مخاط مری در اثر رفلاکس اسید، پپسین و نمک های صفراوی ناشی از افزایش تولید آنها یا کاهش سرعت تخلیه معده یا رفلاکس محتویات دئودنوم.

+ ناقص بودن اسفنگتر معدی

+ اسکرودرما

آدنوکارسینوم :

رفلاکس مزمن می تواند منجر به مری بارت گردد که عبارت است از جایگزینی بافت پوششی مری با بافت پوششی روده ای و اغلب در نزدیکی اسفنگتر تحتانی مری مشاهده می شود. مری بارت خطر آدنوکارسینوم را افزایش می دهد.

GER در نوزادان

رفلاکس در نوزادان متداول است و اغلب در ۱۲-۶ ماهگی برطرف می شود. برگشت محتویات معده در ۵۰ درصد نوزادان در سال اول زندگی دیده می شود.