



# اولین نشریه تخصصی آندوسکوپی های گوارشی ایران

 **ISGE**  
the Iranian Society for  
Gastrointestinal Endoscopy

نشریه تخصصی آندوسکوپی های گوارشی ایران - پاییز ۱۴۰۲  
شماره ۲ - تیراژ ۵۰۰ نسخه



ISGE  
the Iranian Society for  
Gastrointestinal Endoscopy  
ISGE  
ISGE  
ISGE  
ISGE  
ISGE  
ISGE

# اولین نشریه تخصصی آندوسکوپی های گوارشی ایران



نشریه تخصصی آندوسکوپی های گوارشی ایران - پاییز ۱۴۰۲  
شماره ۲ - تیراژ ۵۰۰ نسخه

مقاله ها و تحلیل های اشخاص و کارشناسان به معنای دیدگاه و نظرات انجمن علمی آندوسکوپی های گوارشی ایران نیست. هرگونه بهره برداری و استفاده از مطالب این فصلنامه تنها با ذکر منبع بلامانع می باشد.

صاحب امتیاز: انجمن علمی آندوسکوپی های گوارشی ایران

سر دبیر: دکتر محمد امانی

مدیر مسئول: دکتر محمد امانی

مدیر اجرایی: مهندس میثم فتحی

هیات تحریریه: دکتر محمد امانی، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر سید موید علویان، دکتر لطف الله عسگری، دکتر حمیدرضا محجوبی، دکتر شهرام آگاه

مدیر هنری و صفحه آرایی: فرزانه ابره دری

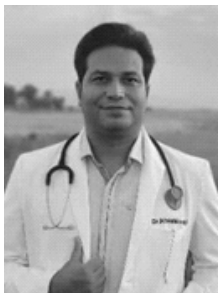
گرداننده: یگانه مشیری

آدرس نشریه: تهران - خیابان شریعتی، خیابان خواجه عبدالله انصاری، جنب داروخانه متین، پلاک ۱۸۰

تلفن تحریریه: ۰۲۱-۲۲۸۸۱۰۶۴



مقاله  
POEM در مقایسه با بالون  
دیلتاسیون در آشالازی



دکتر حمیدرضا محبوبی  
فوق تخصص گوارش و کبد  
دغدغه ها و انتظارات تازه  
فارغ التحصیلان رشته  
گوارش



مقاله  
مروری بر درمان های نشست  
از محل STAPLE LINE بعد از  
عمل جراحی اسلیو معده به  
روش لاپاراسکوپی



سخن سردبیر  
دکتر محمد امانی



دکتر کامران باقری لنکرانی  
کرواندوسکوپی ابزاری برای  
تشخیص بهتر



دکتر شهرام آگاه  
گزارش علمی اولین  
کنگره آندوسکوپی



مقاله  
Colorectal sessile sessile  
serrated lesion detection  
using linked-color imaging  
versus narrow-band  
imaging: a parallel  
randomized controlled trial



دکتر شهرزاد غیاثوندیان  
استاد دانشکده پرستاری و  
مامایی دانشگاه علوم  
پزشکی تهران  
ضرورت آموزش تخصصی  
پرستاری در حیطه گوارش





**سخن سر دبیر**  
دکتر محمد امانی



خداوند را شاکر هستم که فرصتی دوباره ایجاد شد تا در خدمت اساتید و همکاران عزیز باشم. امید این دارم که با مشارکت و راهنمایی های شما عزیزان بتوانیم در پربار کردن مطالب نشریه آندوسکوپی قدم های مثبت برداریم. اعتقاد بر این داریم که با انجام کارهای کوچک و اما مثبت میتوان در آینده ای نزدیک به اهداف بزرگتر رسید که نتیجه و ثمرات آن ایجاد تحول و نگرش سازنده در بحث گوارش و کبد انجام پروسیجر های فوق تخصص باشد.

از تمامی همکاران عزیز، اساتید گرانقدر و دستیاران فوق تخصص در خواست دارم که با ارسال مطالب علمی، کیس های آموزشی و پیشنهادات سازنده خود ما را در انجام این راه کمک نماید.

لازم میدانم از همکاران عزیزم در بخش تدوین و چاپ نشریه و پشتیبانی های دلسوزانه هیات مدیره انجمن آندوسکوپی ایران علی الخصوص استاد لنگرانی کمال تشکر را دارم. امیدوارم که با همدلی و هم افزایی در راه حل مشکلات علمی خصوصا در حوزه گوارش بتوانیم قدم های مثبت برداریم.

دکتر محمد امانی  
سر دبیر نشریه

در حضور بیماری های تیروییدی ، به دلیل وجود ید در محلول لوگول بهتر است از این محلول استفاده نشود. میتیلین بلو باعث تغییر رنگ ادرار و ترشحات بدن میشود که اغلب اهمیت بالینی ندارد.

یکی از روشهای ارزان اسفاده از استیک اسید یا سرکه صنعتی با غلظت یک تا سه درصد است. این رنگ در مخاط سالم باعث مات شدن سلولها و در نتیجه ندیدن عروق ظریف زیر مخاطی میشود. در مخاط غیر طبیعی پس از گذشتن دوتا سه دقیقه باعث پرخونی میشود. همچنین با از بین بردن لایه موکوس باعث بهبود مشاهده الگوی سطحی مخاط میشود. از این روش ابتدا برای دیدن ضایعات پیش سرطانی در درهانه رحم و سرویکس در رشته زنان استفاده شده بود. بعدا برای تشخیص مری بارت کاربرد آن اثبات شد. برای مشاهده متاپلازی روده ای در معده و نیز پیدا کردن پولیپهای serrated به ویژه در سمت راست روده بسیار کاربرد دارد. یکی از موارد کاربرد آن تشخیص بین دیورتیکول وارونه و پولیپ است. در زیر مواردی از کاربرد استیک اسید در بررسی دستگاه گوارش را ملاحظه میکنید.



ضایعه بدخیم در مری بارت



متاپلازی روده ای در اتروم



Serrated polyp



## ریاست انجمن علمی آندوسکوپی های گوارشی ایران استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر کامران باقری لنگرانی



### کرومواندوسکوپی ابزاری برای تشخیص بهتر

علیرغم پیشرفت فناوری ها در اندوسکوپی و فراموشی روشهای مجازی برای تشخیص ضایعات در اندوسکوپی نظیر iScan, FICE, NBI و حتی با وجود استفاده از هوش مصنوعی در شناسایی ضایعات، هنوز کرومواندوسکوپی در بسیاری از موارد رقیب قدرتمندتری در شناسایی ضایعات است. یکی از محدودیتهای مهم در روشهای مجازی، محو شدن در حضور خونریزی به دنبال نمونه برداری است که استفاده از این روشها را مختل میکند.

متأسفانه به دلایل مختلف از جمله عدم آشنایی، از کرومواندوسکوپی کمتر استفاده میشود.

روشهای رنگ آمیزی در کرومواندوسکوپی به چند صورت است:

روشهای جذبی: که در آنها جذب رنگ در مخاطهای سرطانی یا پیش سرطانی در مقایسه با مخاط طبیعی متفاوت است. از مثالهای آن میتیلین بلو و محلول لوگول هستند.

روشهای پادنمایی یا contrast: در این روشها رنگ جزییات بیشتری از سطح یا مرزهای ضایعه را نشان میدهد. مثال آن رنگ ایندیگوکارمین است که با استفاده از آن الگوی سطح پولیپ و مرز ضایعات را به راحتی میتوان ملاحظه کرد.

روشهای واکنشی که رنگ در برابر ماده شیمیایی خاصی تغییر میکند مانند فنول، قرمز کنگو.

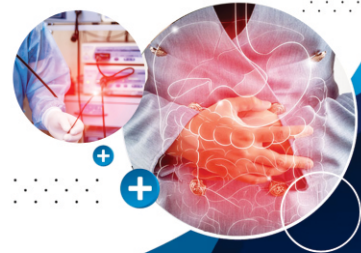
روشهای کرومواندوسکوپی عموماً خطری ندارند و در نبود سابقه حساسیت به آنها، اغلب منعی برای مصرف ندارند.





1<sup>st</sup> Iranian Endoscopy  
Conference (IEC1)  
13 September 2023

کنفرانس علمی آندوسکوپی های  
پیشرفته دستگاه گوارش  
۲۰ لغایت ۲۳ شهریور ماه ۱۴۰۲  
گروه هدف: فوق تخصصی گوارش و کبد



گزارش علمی اولین کنگره آندوسکوپی



کنگره آندوسکوپی های  
پیشرفته از تاریخ ۲۱ الی  
۲۴ شهریور ماه سال جاری  
در سالن شهید یاسینی از  
مجموعه همایش های رازی  
در قالب ۱۶ پنل و ۶  
سخنرانی برگزار گردید این  
برنامه با حضور و استقبال  
فراوان همکاران فوق

تخصص گوارش علاقه مند به آندوسکوپی پیشرفته و  
۶ دستیار فوق تخصص گوارش و همچنان ۴ مهمان  
خارجی از کشورهای آمریکا، استرالیا، عراق و  
هندوستان (۳ مورد به صورت مجازی) و یک نفر به صورت  
حضوری برگزار شد.

اکثر برنامه ها در قالب موضوعات: تکنولوژی جدید در  
حوزه آندوسکوپی، آندوسکوپی در ESD, EMR, IBD  
آندوسکوپی پیشرفته و درمان آندوسکوپی ضایعات  
پیش سرطانی، آندوسونوگرافی و ERCP برگزار گردید.

برنامه ها اکثرا به صورت پرسخ و پاسخ از سوی شرکت  
کنندگان و تبادل آفرین تجربیات همکاران در زمینه  
آندوسکوپی پیشرفته در کشور زمینه ایده آلی برای  
گسترش معلومات و تجربیات فراهم نمود.

امید است که این برنامه در قالب Workshop چند ماه  
یکبار و کنگره سالانه زمینه ساز مشارکت تمام همکاران  
علاقه مند به فیلد های آندوسکوپی پیشرفته در سراسر  
کشور را فراهم نماید.

از تمامی سخنرانان و شرکت کنندگان و هیئت مدیره  
انجمن آندوسکوپی ایران صمیمانه تشکر میکنم.

دکتر شهرام آگاه دبیر علمی کنگره آندوسکوپی های  
پیشرفته و مسئول کمیته علمی انجمن آندوسکوپی  
ایران

## Colorectal sessile serrated lesion detection using linked-color imaging versus narrow-band imaging: a parallel randomized controlled trial

بافت طبیعی در اطراف پولیپ، است. پس از resection، پایه نقص را می توان با گسـترش استفاده از پمپ شستشوی آندوسکوپ برای باقی مانده ی پولیپ بررسی کرد. لازم به ذکر است که خونریزی فوری نیازی به درمان ندارد مگر اینکه ضربان دار باشد (بسیار نادر). (شکل ۱)

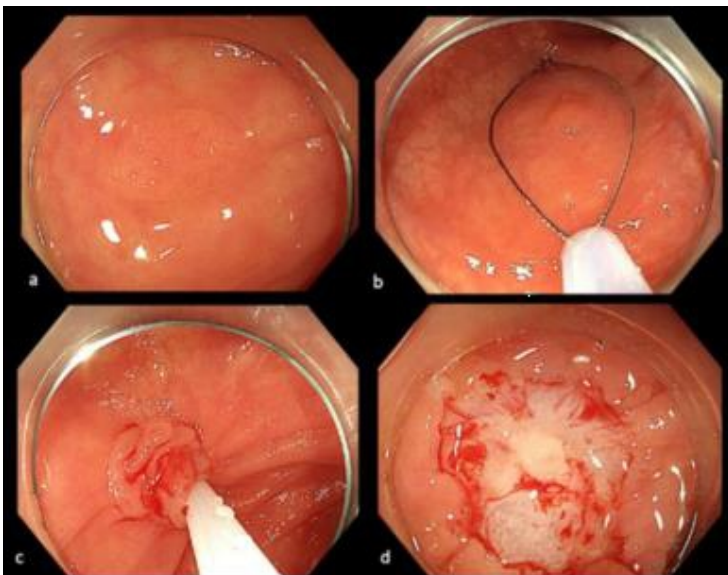
کولونوسکوپی و پولیپکتومی با تشخیص و resection پیش سازهای سرطان (پولیپ های کولورکتال)، از سرطان روده بزرگ جلوگیری می کنند. کیفیت هر دو کولونوسکوپی (تشخیص تمام پولیپ ها) و پولیپکتومی (resection کامل پولیپ) به منظور تاکید بر اثر پیشگیرانه آن اهمیت دارد. در حالی که آموزش کولونوسکوپی در بسیاری از کشورها در حال استاندارد شدن است، آموزش پولیپکتومی بسیار عقب مانده است، هم دو کار آموز و هم متخصصان آندوسکوپی اغلب این روش را بدون ساختار آموزش رسمی که توسط یک مربی ماهر تدریس شود، انجام می دهند. در حال حاضر شواهد زیادی برای بهترین شیوه پولیپکتومی در روده بزرگ وجود دارد که می تواند اولویت های آموزشی را هدایت کند.

(اشتباه ۱)

در نظر نگر فتن پولیپکتومی cold snare برای روده بزرگ کوچک

پولیپ

پولیپکتومی cold snare به عنوان یک وسیله موثر و ایمن برای از بین بردن پولیپ های کولورکتال کوچک (> ۱۰ میلی متر) به طور گسترده ای پذیرفته شده است. مزیت قابل توجه cold snare پولیپکتومی ایمن است، با میزان ناچیز خونریزی تاخیری و perforation که فقط در case report توصیف شده است. با وجود این داده ها شواهد نشان می دهد که آندوسکوپیست ها جهت پولیپکتومی چنین پولیپ هایی، مردد هستند که از hot snare اجتناب کنند. این می تواند به دلیل این تصور غلط باشد که پولیپکتومی cold snare دشوار است و میزان بالای خونریزی فوری نشان دهنده خطر بالاتر خونریزی پس از عمل است. دستور العمل ها استفاده از پولیپکتومی cold snare را به عنوان یک درمان خط اول برای تمام پولیپ های روده بزرگ که اندازه آنها > ۱۰ میلی متر است، توصیه می کنند. این تکنیک شامل استفاده از snare سیم نازک (> ۰.۴ میلیمتر diameter) و گرفتن ۱-۲ میلی متر

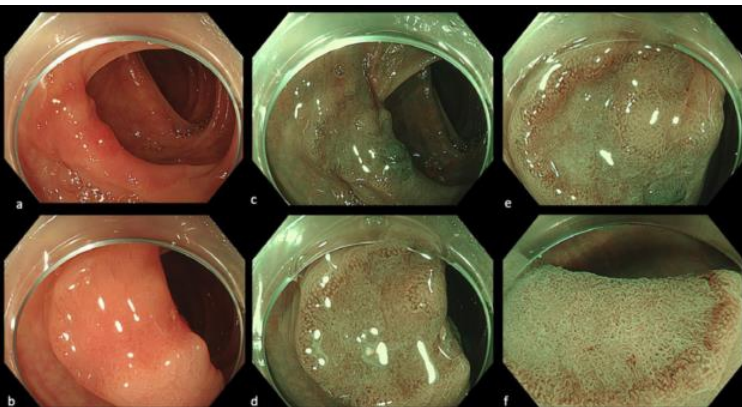


شکل ۱. a. پولیپ کولورکتال > ۱۰ میلی متر / b. Thin-wire snare با حاشیه ۱-۲ میلی متری بافت نرم اطراف پولیپ تعبیه میشود. c. پولیپکتومی Cold snare نامی "fried egg" دارد که زرده تخم مرغ بیانگر پولیپ و سفیده تخم مرغ بیانگر بافت اطراف آن است. / d. نقص پلی پکتومی Cold snare پس از شست و شو با پمپ آندوسکوپی که شواهدی از آدنوم باقی مانده را نشان نمی دهد.

(اشتباه ۲)

درک نکردن چگونگی تبعیض سرطان در پولیپ های بزرگتر روده بزرگ

بیشتر پولیپ های کولورکتال خوش خیم هستند و می توانند با استفاده از پولیپکتومی آندوسکوپی به طور ایمن و موثر برداشته شوند. پولیپ ≤ ۱۰ میلی متر، خطر بیشتری برای تبدیل شدن به سرطان تهاجمی ساب موکوزال، دارند. تعیین اینکه کدام پولیپ ها در معرض تبدیل شدن به سرطان هستند و طبقه بندی آنها به



شکل ۲ / a, b پولیپ کولورکتال با ناحیه مشخص شده که از دور دیده می شود (a) نمای close-up (b) در تصویر با کیفیت بالا در نور سفید ، / پولیپ کولورکتال با ناحیه مشخص شده که از دور دیده می شود (c) نمای close-up (d) با تصویربرداری Narrow Band / پولیپ کولورکتال با ناحیه مشخص شده با تصویربرداری Narrow Band و تصویر متمرکز از نزدیک. F / پولیپ کولورکتال با ناحیه مشخص شده با تصویربرداری Narrow Band تصویر متمرکز از نزدیک در زیر آب

مشکل اکثر سیستم های فوق برای تشخیص سرطان در پولیپ های روده بزرگ این است که استفاده از آنها نیاز به آموزش دارد و بسیاری از اندوسکوپیست ها به طور معمول در معرض چنین پولیپ هایی قرار نمی گیرند.

### اشتباه ۳

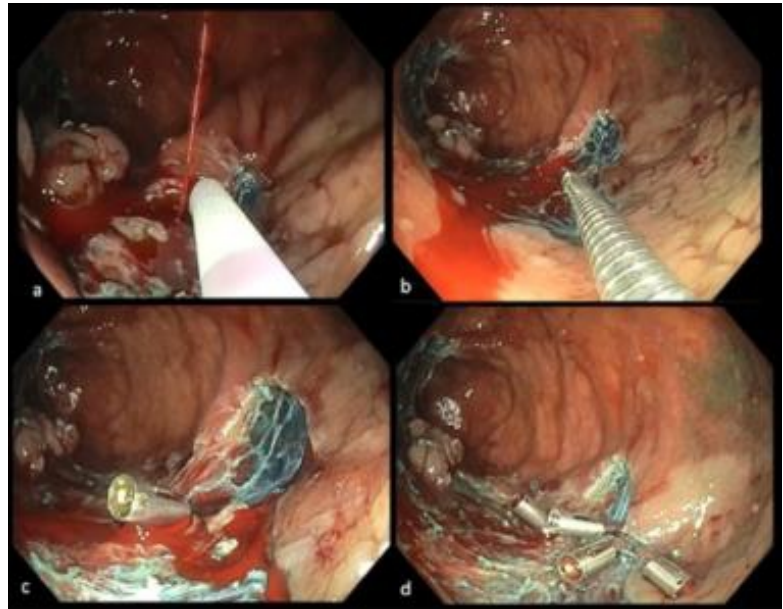
شروع resection پولیپ فراتر از صلاحیت اندوسکوپیست

مشخص شده است که ویژگی های خاصی از پولیپ های کولورکتال وجود دارد که تعیین کننده میزان دشواری تشخیص اندوسکوپی خواهد بود. این نمره SMSA (به جدول ۱ مراجعه کنید) چهار مورد را توصیف می کند. ویژگی ها (اندازه پولیپ ، مورفولوژی ، محل پولیپ و میزان قابل دسترس بودن آن). این ویژگی ها چهار دسته از پولیپ های کولورکتال را تولید می کند و نشان دهنده پیامد های مهم قابل پیش بینی بعد از عمل پلیپکتومی هستند. این پیامدها عبارتند از resection ناقص و فرکانس عوارض جانبی (از جمله خونریزی و perforation).

اندوسکوپی en bloc resection در یک مرکز یا جراحی تخصصی (به جای تک resection تکه تکه) برای جلوگیری از عوارض جانبی نامطلوب در بیمار ان بسیار حیاتی است (جراحی غیر ضروری، سرطان missed شده یا معاینات کولونوسکوپی مکرر). اولین گام در شناسایی سرطان در یک پولیپ روده بزرگ، تشخیص یک منطقه مشخص است که در آن یک الگوی منظم گودال/عروقی (Kudo III/IV، NICE II، A، JNET ۲، JNET III، b یا ۳) (شکل ۲ را ببینید). این نوع تصویربرداری اندوسکوپی شواهدی از سرطان آشکار (در سطح قابل مشاهده) نامیده می شود و اغلب با فرورفتگی یا قرمزی اضافی در داخل پولیپ همراه است. یک مطالعه مبتنی بر ویدئو در میان اندوسکوپیست های با تجربه متنوع نشان داد که عدم وجود یک منطقه مشخص شده عملاً وجود سرطان را رد کرد. از نظر هیستولوژیک (negative predictive value) = ۹۷.۶٪، ۹۵٪ CI: ۹۶.۰-۹۹.۰٪). اگر سرطان آشکار مشکوک باشد، روش تشخیص باید پس از به دست آوردن تصاویر با کیفیت بالا (با تمرکز بر هر منطقه مشخص شده) و یا ویدئویی، انجام شود. سپس مدیریت ضایعه و بیمار باید در یک multidisciplinary meeting از جمله یک اندوسکوپیست مرکز tertiary مورد بحث قرار گیرد. به طور فزاینده ای پذیرفته شده است که برخی از ویژگی های پولیپ ها، بدون شواهد آشکار سرطان می تواند برای پیش بینی خطر سرطان نامرئی یا پنهان (پوشیده) که زیر سطح دفن شده است، قابل استفاده باشد.

### عوامل خطر سرطان مخفی عبارتند از:

1. اندازه (هرچه اندازه بزرگتر باشد ، خطر بیشتر است)
  2. Paris classification (حضور ۰ جزء S۱-۰، یعنی، یک ندول بزرگ خطر را افزایش می دهد)
  3. مکان (خطر بالاتر در محل مقعد)
  4. Granularity (وجود جزء non-granular خطر را افزایش می دهد)
- این عوامل را می توان در یک score بر اساس مدل سازی چند متغیره، برای ارزیابی خطر سرطان دفن شده، ترکیب کرد. از این Score میتوان جهت اخذ فرآیند رضایت از بیمار در مورد انتخاب تکنیک resection به مسورت resection اندوسکوپی en bloc یا resection اندوسکوپی تکه تکه استفاده کرد.



علاوه بر این، از میان دشوارترین پولیپ‌های resect شده (SMSA گروه ۴)، زیر مجموعه‌ای وجود دارد که نیاز به تخصص خاصی دارد. به همین دلیل، اصلاح امتیاز SMSA پیشنهاد شده است تا اجازه شناسایی چنین پولیپ‌هایی بدهد (به جدول ۱ مراجعه کنید). این اصلاحات امتیازی جدید شامل اندازه  $\leq 40 \text{ mm}$ ، پولیپ‌های non-lifting، پولیپ‌های  $\leq 20 \text{ mm}$  non-granular در محل flexure، اتصال آنورکتال، درجه ایلوسکال و سوراخ آپاندیس یا دیور تیکولوم درگیر. متخصصین آندوسکوپی نباید فراتر از صلاحیت خود اقدام به پولیپکتومی کند (شکل ۳ را ببینید). برداشتن پولیپ‌های گروه ۳ SMSA یا بالاتر باید توسط کسانی که به طور معمول پولیپکتومی انجام می‌دهند انجام شود، چون می‌تواند همراه با عوارض جانبی باشد. پولیپ‌های SMSA+ باید تنها توسط پزشکان انجام شود که به طور منظم در مراکز ارجاعی اقدام به EMR میکنند. موارد زیر عواقبی هستند که بیماران باید پس از تلاش ناموفق برای پولیپکتومی با آن روبرو می‌شوند:

1. نیاز به چندین پروسیجر متنوع، ممکن است در دستان متخصص تنها نیاز به یک پروسیجر باشد (تکرار آماده‌سازی روده، روزهای کاری از دست رفته برای بیماران، ناراحتی).
2. morbidity، بستری شدن غیر ضروری در بیمارستان یا حتی نیاز به جراحی به دلیل یک رویداد نامطلوب که نمی‌تواند توسط آندوسکوپیست مدیریت شود
3. نیاز به جراحی غیر ضروری به دلیل تشکیل زخم و non-lifting polyp در تلاش دوم یا عوارض جانبی مربوط به تلاش

دوم

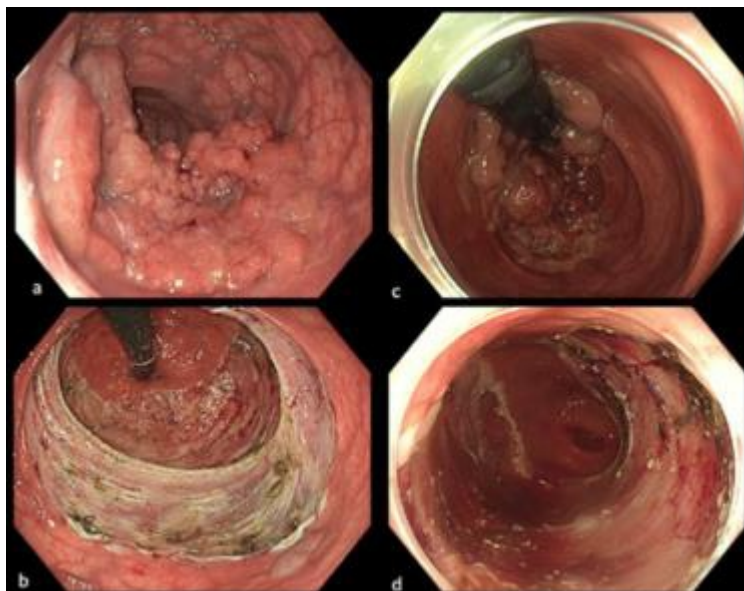
The SMSA Score									
Size	Points	Morphology	Points	Site	Points	Access	Points	SMSA score	
<1cm	1	Pedunculated	1	Left Colon	1	Easy	1	1	4-5 points
1-1.9 cm	3	Sessile	2	Right Colon	2	Difficult	3	2	6-9 points
2-2.9 cm	5	Flat	3					3	9-12 points
3-3.9 cm	7							4	> 12 points
>4 cm	9								
The SMSA+ Score									
Size	Points	Difficult location*	Points	Non-lifting / previous attempt	Points	Granularity	Points	SMSA+	$\geq 1$ points
<4 cm	0	No	0	Lifting/ no previous attempt	0	Granular	0		
$\geq 4$ cm	1	Yes	1	Non-lifting/ previous attempt	1	Non-granular	1		

\* Direct ileocecal valve involvement/diverticulum involvement/anorectal junction/appendiceal orifice involvement/ location at flexures

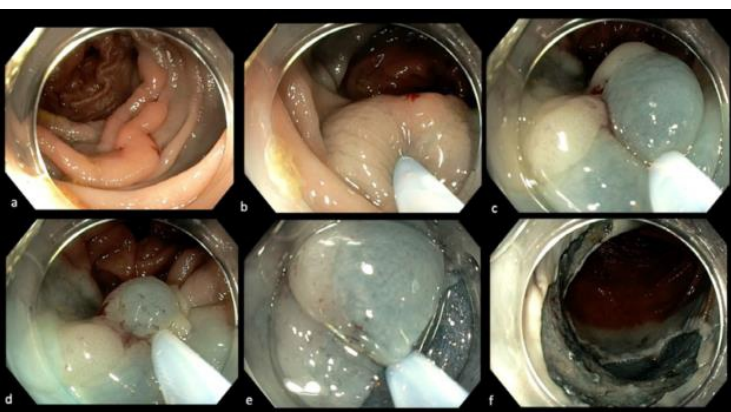
جدول 1/ نمرات SMSA, SMSA+



هنگامی که تصمیم گرفته شد که پولیپ در معرض خطر ابتلا به سرطان نیست، en-bloc resection نیازی به پیگیری ندارد. در واقع، en bloc resection در این وضعیت خطر افزایش perforation rate درون پروسجری و تاخیر در خونریزی را به همراه دارد. علاوه بر این ۲۰٪ از resection هایی که از نظر اندوسکوپی en-bloc هستند از نظر هیستولوژیکی تأیید نشده اند. علاوه بر این، فرض کنید که ابلیشن مارجینال حرارتی به طور معمول برای تمام نقص های پولیپکتومی پولیپ ها در این محدوده اندازه، اعمال می شود. در این مورد، اثر en bloc resection بر جلوگیری از عود پس از (pEMR) piecemeal endoscopic mucosal resection نفی می شود. (شکل ۴ را ببینید)



شکل ۴/ a پولیپ رکتال. b/ نقص پولیپ رکتال که در پنل دیده می شود که توسط ESD, resect شد. c/ پولیپ رکتال. d/ نقص نقص پولیپ رکتال که در پنل c دیده می شود که توسط EMR, resect شد. در این مورد، با توجه به افزایش خطر تهاجم مخفی زیر مخاطی در مورفولوژی این ضایعه و محل رکتوم، مزایای مشخصی برای رویکرد ESD وجود دارد. اما در ضایعات کوچکتر خارج از رکتوم، بدون شواهدی از تهاجم زیر مخاطی، این چنین نیست و piecemeal resection با نتایج موثر و طولانی مدت مشابه، بی خطر تلقی می شود.



شکل ۵/ a/ پولیپ کولورکتال. b/ تزریق. c/ تعبیه اولین snare با rim بافت نرمال. d/ بستن اولین snare که پس از بسته شدن آن rim بافت نرمال آشکار می شود. e/ تعبیه snare با استفاده از defect برای جلوگیری از V-islands. f/ نتایج نهایی pEMR

#### اشتباه ۴)

دنبال کردن en bloc resection برای پولیپ ها در معرض با ریسک کم سرطان مهاجم زیر مخاطی

#### اشتباه ۵)

اشتباهات فنی هنگام انجام پولیپکتومی کولورکتال

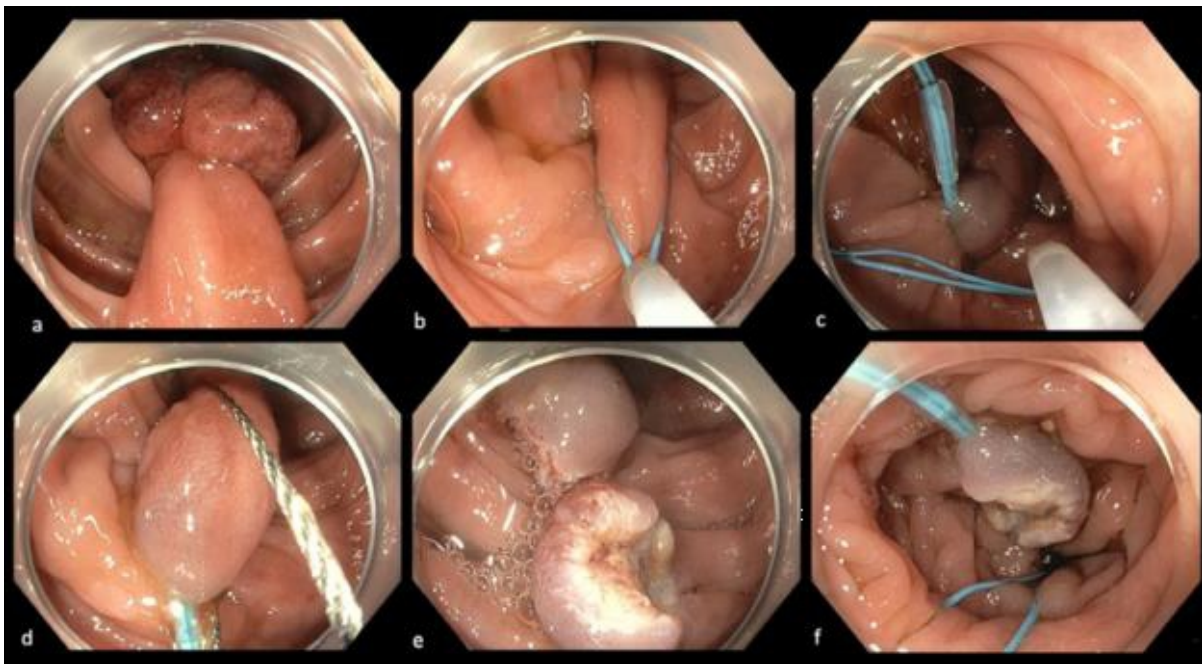
انجام resection آندوسکوپی دور از آندوسکوپ پیشنهاد نمی شود (شکل ۳ b را ببینید). این امر وضوح ضایعه را محدود می کند و مارجین resection را افزایش می دهد که منجر می شود کنترل کمتری روی ابزار مورد استفاده، داشته باشیم. همچنین ممکن است منجر به resection ناکامل، جزایر باقی مانده از آندوم یا عوارض جانبی ناخواسته، شود. علاوه بر این، توصیه می شود از تزریق بیش از حد، جلوگیری کنید. در حالی که کولون distend شده برای تشخیص خیم بهینه پولیپ ها مفید است.

تصمیم گیری در مورد امتحان کردن en bloc در پولیپ های کولورکتال بزرگتر از ۱۰ میلی متر باید تنها بر اساس این باشد که آیا آن پولیپ حاوی سرطان مهاجمی سبب موکوزال است یا خیر. روش های چندگانه بر اساس شواهد جهت طبقه بندی پولیپ ها با توجه به خطر سرطان وجود دارد از جمله طبقه بندی های JNET, NICE, Kudo و Sano.

الگوریتم برای تصمیم گیری در مورد وجود سرطان در پولیپ ها مفید است. یکی از این الگوریتم ها یک منطقه مشخص از الگوی منظم-نامنظم را به عنوان نقطه شروع تفاوت بین سرطان visible و پنهان در پولیپ ها در نظر می گیرد. هر روشی که برای طبقه بندی ریسک پولیپ استفاده می شود، برخی ملاحظات مهم برای آن روش، وجود دارد.

distention بیش از حد می تواند پولیپکتومی را دشوار کند، زیرا فشار بیش از حد در دیواره کولون منجر به گرفتن ضعیف بافت می شود. کلید اصلی در EMR پولیپ های بزرگتر اصل "inject و resection" است. عاقلانه است که فقط قسمت خاصی از ضایعه را که می خواهید resect انجام دهید (نه کل پولیپ) قبل از snare resection تزریق کنید (شکل ۷c را ببینید).

تزریق بیش از حد می تواند باعث تنش بیش از حد مخاطی شود و گرفتن پولیپ با snare را دشوارتر می کند. استفاده از عامل lifting برای تسهیل دسترسی به ضایعه هدف توصیه می شود. هنگامی که یک یا چند قطعه را resect کردید، دوباره تزریق کنید و به این روش ادامه دهید. علاوه بر این، برای جلوگیری از جزایر آدنوم باقی مانده و resection ناقص، تعیبه snare باید دقیق انجام شود. برای شروع، snare را روی پولیپ قرار دهید (در موقعیت ساعت ۶ تا به حداکثر رساندن visualization و اجازه دادن به حداکثر رساندن فشار downward از tip آندوسکوپ) و شامل یک rim از بافت طبیعی (۱-۲ میلی متر) می شود. پولیپ را نزدیک آندوسکوپ نگه دارید و فشار قوی downward را با نوک snare اعمال کنید. "V" snare را در طول بسته شدن ببینید تا مطمئن شوید که قطعه مورد نظر بافت گرفته شده است. این فرآیند بهتر است در نمونه های ویدیویی نشان داده شود که بهترین شیوه را EMR نشان می دهد.



شکل ۷/ a/ پولیپ کولوریکتال پایه دار با stalk  $\geq 10\text{mm}$  /b, c. mechanical ligation به وسیله nylon polyloop /b. موقعیت حلقه را در base ساقه نزدیک به دیواره کولون نشان می دهد /d تعیبه snare در بالای nylon polyloop که snare را دقیقاً بالای حلقه در محل کاملاً مشابیه حلقه در پیرامون پایه نشان می دهد. /e, f. نقص Hot snare polypectomy از پولیپ کولوریکتال پایه دار با nylon polyloop درست زیر محل resection.

#### اشتباه (۷)

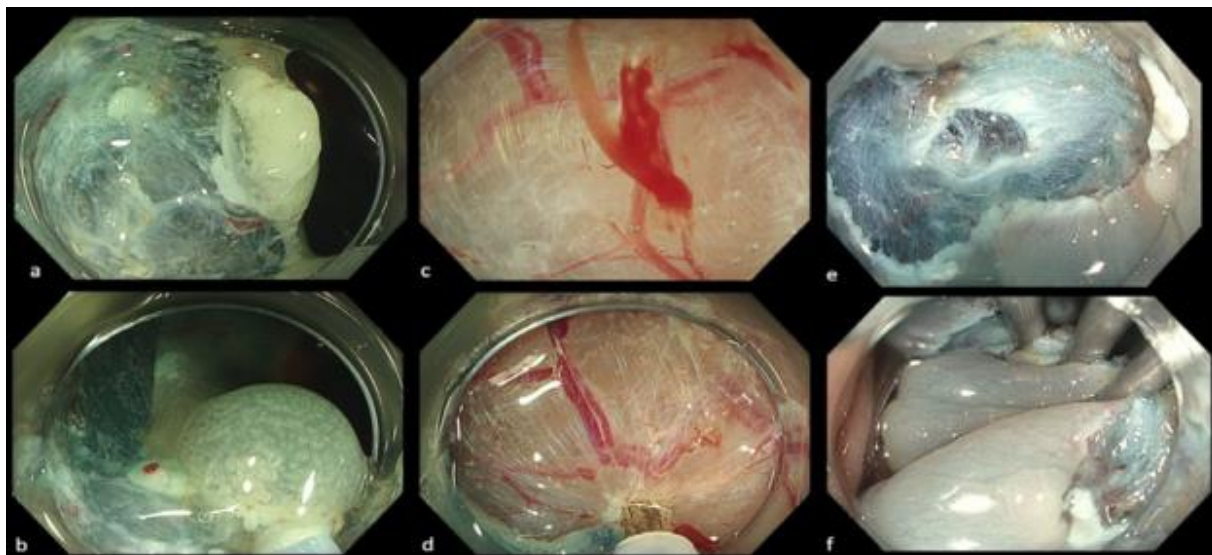
#### بی توجهی به چک کردن نقص post-resection پس از پلیپکتومی

تصویربرداری دقیق از defect (زخم ایجاد شده پس از پلیپکتومی) می تواند بسیاری از عوارض بزرگ پس از EMR در بیشتر بیماران پیش بینی کند و این امر به آندوسکوپیست اجازه می دهد از روی ظاهر زخم ها، خطر عواقب آن را کاهش دهد (شکل ۷ را ببینید).

لایه مخاط- چک کردن با دقت حاشیه defect پس از resection (به کمک گسترش نقص با استفاده از یک کرومیک یا یک پمپ شستشو آندوسکوپ)، امکان شناسایی آدنوم باقی مانده را فراهم می کند که بهتر است با resect, snare شود مشاهده بیشتر در داخل defect ممکن است resection سطحی یا بافت آدنوماتوز باقی مانده را شناسایی کند.

لایه زیر مخاط- بررسی دقیق لایه زیر مخاط ممکن است رگ هایی خونریزی دهنده ای که می توانند لخته شوند و از خونریزی پس از EMR جلوگیری کند، را شناسایی کند. انعقاد در عروق غیر خونریزی دهنده مفید نیست (به دلیل آسیب عروق زیر مخاطی عمیق نامرئی که منجر به تاخیر خونریزی می شود). اندازه منطقه جدا شده (بزرگتر = خطر بیشتر) میزان خونریزی پس از EMR را طول محل، در کولون راست پیش بینی می کند.

لایه عضلانی- شناسایی شواهد آسیب به muscularity propria (آسیب deep moral) با استفاده از Sydney classification برای جلوگیری از تاخیر در سوراخ شدن حیاتی است (سندرم درد و تب که نشان دهنده آسیب عضلانی full thickness پس از پلی پکتومی). نوع II (پلن زیر مخاط سطحی، نوع III (target sign) و IV (actual hole) آسیب deep moral که باید سریع شناسایی شود و درمان شد.



شکل ۷ | یک | آدنوم باقیمانده در حاشیه defect پس از EMR را نشان می دهد. b | Snare resection آدنوم باقیمانده. c | عروق خونریزی در زیر مخاط EMR defect. d | درمان عروق خونریزی دهنده با soft coagulation استفاده از snare. e | نوع III deep moral (Target sign). f | بسته شدن کامل آسیب deep moral به وسیله کلیپس.

(اشتباه ۸)

استفاده از کلیپس ها برای درمان خونریزی در طی پروسیجر پولیپکتومی در حال انجام

خونریزی در حین پولیپکتومی با hot snare، متداول است. با این حال، خونریزی که بیش از ۲۰ ثانیه ادامه دارد، نیاز به روش های کنترل آندوسکوپی دارد. یک اشتباه رایج این است که سعی کنید از بستن مکانیکی (endoscopic clips) برای متوقف کردن خونریزی در حضور پولیپ های بیشتر برای resection، استفاده کنید. بستن مکانیکی در این وضعیت اغلب چالش برانگیز است و خونریزی را به طور قابل اعتماد و دقیق متوقف نمی کند. علاوه بر این، کلیپس قرار داده شده می تواند مانع از resection بیشتر شود. استفاده از thermal coagulation در عروق خونریزی در حین پولیپکتومی توصیه می شود (شکل ۸ را ببینید):

- برای پاک کردن خون از میدان کار یا تغییر موقعیت بیمار از پمپ شستشوی آندوسکوپ استفاده کنید.
- مراقب توقف شست و شو باشید
- همیشه یک رگ ایجاد کننده وجود دارد و احتمالاً در راس فن که از رگ منتشر میشود، خواهد بود (شکل ۸ را ببینید)
- از tip مناسب برای resection، استفاده کنید (به عنوان مثال با استفاده از soft coagulation systems)
- برای پایین نگه داشتن رگ به صورت مکانیکی تا زمانی که خونریزی متوقف شود
- اعمال ۲-۳ ثانیه diathermy

(اشتباه ۱۰)

شکست در شناسایی اسکار resection پس از اندوسکوپی هنگام انجام surveillance

resection اندوسکوپی مخاطی پولیپ های کولورکتال بدون پایه (مسطح) (LNPCPs)، اساسا هنگامی که به صورت piecemeal انجام می شوند، باید به عنوان یک پروسیجر دو مرحله ای در حالی که نرخ عود بالا باقی می ماند، در نظر گرفته شود که یعنی resection کامل اولیه (پروسیجر اولیه) و پروسیجر surveillance پس از شش ماه (پروسیجر ثانویه). در آینده، با استفاده گسترده از thermal ablation مارجین پس از EMR و بافت شناسی خوش خیم، احتمال بیشتری برای طولانی کردن فواصل surveillance وجود دارد. از این رو محل اسکار resection باید در پروسیجر دوم جهت جلوگیری از باقی ماندن یا عود آدنوم قبل از تایید درمان نهایی پولیپ، مشخص شود. مشکلات زمانی رخ می دهد که پزشکان کولونوسکوپی روتین خود را انجام میدهند، اما نمی دانند چگونه یک اسکار resection را شناسایی و آدنوم باقی مانده را در آن اسکار را جستجو کنند. بنابراین، گایدلاین بین المللی توصیه می کند که surveillance پس از EMR از LNCP در مرکزی انجام شود که resection در آن انجام شده است، (حداقل برای اولین پروسیجر surveillance در همان مرکز انجام شود) برای شناسایی اسکار resection، بسیار حیاتی است که گزارش پروسیجر اولیه را بخوانید تا مکان آن را شناسایی کنید.

در آن مکان، به دنبال منطقه ای از مخاط رنگ پریده (در زیر نور سفید) باشید که رگ های خونی بزرگ کولون در آن محل دیده نمی شود (شکل ۱۰ را ببینید). برای شناسایی عود در اسکار resection، استفاده از virtual chromoendoscopy و magnification ترجیح داده می شود. به دنبال منطقه ای در اسکار باشید که در آن مخاط اسکار (حفره های بزرگ، باز، غیر نوپلاستیک نوع I/NICE الگوی عروقی خوب) تبدیل به نوپلاستیک (حفره های با شاخه های کوتاه یا بلند نشان دهنده kudo نوع III یا IV /NICE II الگوی عروقی) می شود. توجه داشته باشید که استفاده از گیره در طول resection اولیه می تواند باعث ایجاد مناطق التهابی بدون عود، در داخل زخم ها شود. اگر شک به عود وجود دارد، آن را در پروسیجر تشخیصی برای جلوگیری از نیاز بیمار به تکرار پروسیجر و آماده سازی روده، درمان کنید (که یکی دیگر از دلایل خوب برای انجام اولین پروسیجر surveillance در مرکز ارجاع است).

- به آرامی snare را بلند کنید و دوباره ارزیابی کنید
- اگر خونریزی مداوم وجود داشته باشد، ۲-۳ این کار بار تکرار کنید.

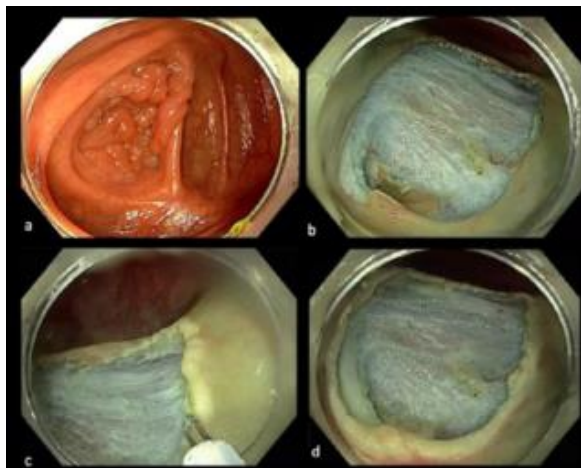
- در صورت ادامه خونریزی، از coagulation forceps استفاده کنید

ligation مکانیکی (بستن نواقص با گیره) می تواند از خونریزی تاخیری پس از resection کامل پولیپ و خونریزی در حین انجام پروسیجر با استفاده از روش های حرارتی، به ویژه برای بیماران در معرض خطر (سن بالاتر، پولیپ بزرگ، نیاز به شروع مجدد ضد انعقاد و کولون راست) جلوگیری کند.

(اشتباه ۹)

استفاده نکردن از thermal ablation برای نواقص مسطح با حاشیه بزرگ ( $\leq 20$  میلی متر) در حین پولیپکتومی

پس از پولیپکتومی، پولیپ های مسطح کولورکتال، عود اغلب به عنوان "پاشنه آشیل" resection اندوسکوپی مخاطی، توصیف می شود. این میزان تا ۱۵ درصد در مطالعات مراکز تخصصی توصیف شده است. میزان عود (حداقل در اولین کولونوسکوپی مراقبتی) می تواند به طور درامتیکی با اضافه کردن thermal ablation پس از مارجینال EMR بهبود یابد. thermal ablation به استفاده از snare tip soft coagulation در حاشیه نقص مخاطی بدون شواهد ماکروسکوپی از آدنوم باقی مانده، اشاره دارد. مطالعات اعتبارسنجی در حال حاضر انجام شده است، که نشان می دهد که میزان عود تقریبا در طول پیگیری طولانی مدت وجود ندارد.



شکل ۹ | a | پولیپ کولورکتال در سکوم که سوراخ آپاندیس را درگیر می کند. b | نقص بعد از piecemeal EMR پولیپ. c | پیشرفت thermal ablation مارجینال با استفاده از snare tip soft coagulation. d | نتیجه نهایی که نشان می دهد thermal ablation کامل مارجینال است.



شکل ۱۰ | a | ظهور اسکار رزکسیون آندوسکوپی در اولین surveillance شش ماهه پس از EMR بدون شواهدی از عود. b | همان اسکار در virtual chromoendoscopy. c | ظهور اسکار resection آندوسکوپی در اولین surveillance شش ماهه پس از EMR با شواهد عود. d | همان اسکار c تحت کروماتندوسکوپی مجازی.





در حال حاضر در سیستم سلامت کشور پرستاران پس از طی تحصیلات ۴ ساله در مقطع لیسانس پرستاری وارد عرصه ارائه خدمات سلامت در بیمارستانها می‌شوند. چند سالی است که دوره کوتاه مدت مهارتی ۶ ماهه پرستاری گوارش توسط تیمی از اساتید پرستاری و پزشکان طراحی شده و به تصویب مرکز ملی مهارت در وزارت بهداشت رسیده است. که البته برای اشتغال در بخشهای گوارش و کبد گذراندن این دوره توصیه می‌شود ولی الزامی نیست. در این مقاله از پرستار گوارشی صحبت می‌شود که طبق کوریکولوم دو ساله بعد از گذراندن مقطع لیسانس، در دانشگاه تحصیل کرده است. بر این اساس گوارش یک تخصص متمرکز بر درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مرتبط با سیستم گوارشی (GI) از جمله دهان، مری، معده، روده کوچک، روده بزرگ، مقعد، کبد، پانکراس و کیسه صفرا است. با این وجود، اصول مراقبت از دستگاه گوارش در سراسر جهان بسیار مشابه است و بر ارائه مراقبت بهینه در یک محیط سالم تمرکز دارد. به منظور کسب شناخت بیشتر از اهمیت پرستاری تخصصی در گوارش، به شرح نقش‌ها و وظایف آنها به مدد منابع و متون موجود در این زمینه پرداخته می‌شود.

گوارش رشته‌ای از پزشکی است که بر سلامت دستگاه گوارش از جمله معده و روده تمرکز دارد. پرستاران گوارش نقشهای مختلفی را در تمام محیطهایی که مراقبتها، آزمایشها و روشهای گوارشی (GI) انجام میشود، ایفا میکنند. پرستاران گوارش اغلب از نزدیک با متخصصان گوارش برای حمایت و کمک در طول روش‌ها و درمان‌ها همکاری می‌کنند. پرستاران گوارش فرصتی هیجان‌انگیز و منحصر به فرد برای تعریف چشم‌انداز و سهم ویژه خود در مراقبت‌هایی مانند بیماری کبد یا مشکلات پانکراس دارند. و در خط مقدم مبارزه با بار و بیهوشی جهانی



با تخصصی شدن کارهای پرستاری و لزوم کانالیزه شدن و آموزش در بخش‌های تخصصی برای همکاران پرستار، نیاز به آموزش، بازآموزی و یادگیری مهارت‌های تخصصی یکی از مسائل مهم در آموزش رشته پرستاری است. یکی از برنامه‌های انجمن آندوسکوپي در کنار آموزش و گسترش روش‌های جدید آندوسکوپيک، آموزش پرستاران و دستیاران پزشکان در بخش گوارش می‌باشد.

در اولین کنگره انجمن آندوسکوپي کارگاهی با حضور فعال و گسترده همکاران پرستاری برگزار شد.

در این برنامه ضمن آموزش و سخنرانی در ارتباط با بیماریهای گوارش، به حضور پرستاران حرفه‌ای و تخصصی در کنار پزشکان گوارش تاکید گردید.

امید است که بتوانیم با ارتقاء بیشتر توانایی‌های پرستاران امکان خدمات بهتر و به روز به بیماران فراهم شود.

دکتر محمد امانی- هیات مدیره انجمن آندوسکوپي ایران

گوارش است. اگرچه نقش پرستاران گوارش در مراقبت مستقیم از بیمار دارای نمود بیشتر و قابل مشاهده است، اما فعالیتهای آنها در سطوح دیگر مراقبت های غیر مستقیم از بیمار نباید نادیده گرفته شود. آنها ممکن است از بیمار به عنوان یک ناوبر در طول کل مراقبت حمایت کنند یا در مراحل مختلف شرکت کنند. پرستاری گوارش یک حوزه پرستاری تخصصی شناخته شده است که بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، ارائه مراقبت و حمایت از مراجعین مبتلا به بیماریهای گوارشی و پژوهش در این حیطه تمرکز دارد.

مراقبت و درمان بیمار مبتلا به مشکلات گوارشی بخش مهمی از کار پرستار گوارش است. به عنوان پرستار گوارش اغلب به توضیح گزینه های مختلف در دسترس برای بیمار و مزایا و خطرات مرتبط با آنها کمک می کند. همچنین ممکن است به بیمار در مصرف داروها و



بیماریهای دستگاه گوارش (GI) هستند. مشارکت آنها از نظر دامنه و تنوع نقش ها و مسئولیت های مراقبت از دستگاه گوارش منحصر به فرد است. تعهد حرفه ای این پرستاران آموزش دیده ویژه، به اشتراک گذاری دانش و تخصص خود برای کاهش رنج و بهبود نتایج سلامت و کیفیت زندگی است. پرستاری گوارش متعهد به ارائه این تخصص با شفقت، همدلی و حساسیت فرهنگی است.

بیش از دو دهه است که پرستاری گوارش، در کشورهای با درآمد بالا به عنوان یک تخصص شناخته شده است. که نقش و مسئولیت پاسخگویی به نیازهای منحصر به فرد و متغیر بیمار مبتلا به دستگاه گوارش را بعهده دارند. متخصصین گوارش و پرستاران گوارش بر درمان و مراقبت از افراد مبتلا به بیماری ها و اختلالات دستگاه گوارش تمرکز می کنند. پرستاران گوارش طیف وسیعی از مسئولیت ها را بر عهده دارند و از بیمار مبتلا به بیماری های گوارشی معده، مری یا روده مراقبت می کنند. شرایط درمان شده ممکن است شامل زخم، بیماری التهابی روده، سرطان و آسیب های شکمی باشد.

پرستاران گوارش ممکن است در محیط های مختلفی مانند بیمارستانها، مجموعه های آندوسکوپی سرپایی یا بستری یا مطبهای پزشک کار کنند. این پرستاران متخصص ممکن است وظایف مختلفی را انجام دهند، از جمله گرفتن شرح حال پزشکی بیمار، تریاژ تلفنی، آموزش بیمار و نگهداری از ابزارهای پروسیجر. پرستار دارای گواهینامه گوارش در مراقبت از بیمار تحت آندوسکوپی یا کولونوسکوپی کار می کند. این پرستاران بیمار را برای اقدامات خود ارزیابی آماده می کنند. پرستاران ثبت نام شده در این سمت ممکن است مسئول تجویز دارو قبل از درمان باشند و باید علائم حیاتی بیمار را در حین انجام آندوسکوپی یا کولونوسکوپی توسط پزشک تحت نظر داشته باشند. پس از انجام این روش، پرستاران دارای گواهینامه گوارش باید بیمار را از نظر عوارض جانبی ناشی از عمل یا داروهای تجویز شده در طی آن تحت نظر داشته باشند. یک پرستار گوارش نیز اغلب مسئول جمع آوری نمونه ها و انجام سایر روش های تشخیصی مانند اشعه ایکس، سونوگرافی و تنقیه باریوم است. پرستاران آندوسکوپی در طی مراحل آندوسکوپی یا انجام آن کمک خواهند کرد. ارائه مراقبت های یکپارچه و ارتباطات بهینه با محوریت مردم جزء ضروری مراقبت های پرستاری گوارش است که اغلب نادیده گرفته می شود.

تأثیر پرستاران گوارش در نجات جان بیمار از طریق پیشگیری و تشخیص مشکلات دستگاه گوارش قابل توجه است. مراقبت های حمایتی جزء اصلی پرستاری دستگاه

تومسیه های تغذیه ای کمک کند. در طی مراحل جراحی، ممکن است از یک پرستار گوارش نیز خواسته شود که کمک کند. پرستاران گوارش این امتیاز را دارند که به بیماران کمک کنند تا چالش‌های عاطفی و فیزیکی را که با دستگاه گوارش مرتبط است، طی نمایند. پرستاران گوارش می‌توانند به تسکین درد و حالت تهوع بیماران کمک کنند و در اجرای طرح درمانی موثر باشند. مراقبت از دستگاه گوارش بر ارائه مراقبت‌های فردی، کل نگر و متداول به بیماران دستگاه گوارش و خانواده‌های آنها تاکید دارد. به منظور ارائه این نوع مراقبت، پرستاران گوارش یاد گرفته‌اند که نقش‌های خود را متناسب با تغییر نیازهای مراقبت‌های بهداشتی محلی و ملی و بین‌المللی که متأثر از پیشرفت‌های زیست‌شناسی و پیشرفت در درک ما از دستگاه گوارش و پیشرفت در درمان بیماری‌های گوارش است، را تطبیق و گسترش دهند.

نقش‌های پرستاری گوارش شامل فعالیت‌های بالینی، آموزش، حمایت، مشاوره، همکاری، حمایت از جامعه، رهبری، مدیریت و تحقیق (از جمله پژوهش در مورد نیازهای ویژه مردان و سالمندان) میشود. این مشارکت در حال حاضر در چندین جهت گسترش یافته و در عمل به آن پرداخته شد. تعهد پرستاران دستگاه گوارش به کاوش و رویارویی با چالش‌های موجود در این زمینه منجر به ایجاد نقش‌های متعددی شده است که شامل مشارکت در مشاوره ژنتیکی؛ ارائه پشتیبانی و اطلاعات در طول غربالگری و تشخیص، ارائه درمان و نظارت و مدیریت عوارض جانبی متعاقب، تسهیل مقابله و سازگاری؛ و ترویج توانبخشی و بهبودی است. علاوه بر این، پرستاران گوارش به حمایت از بیماران در طول پیشرفت بیماری تا زمان مرگ و بعد از آن ادامه میدهند. چنین مراقبت‌هایی میتواند در محیط‌های مختلفی از جمله بیمارستانها، مراکز بهداشتی اجتماعی، مراکز تشخیص زودهنگام، مهدکودکها متمرکز شود (۴).



### تجربه و آموزش:

مطالعات پرستاری نشان داده است که افراد مبتلا به بیماری‌های گوارش از پرستارانی که از آنها مراقبت می‌کنند انتظاراتی دارند. شایستگی مهمترین انتظار است. پرستاران در انجام فعالیت‌های روزانه به بیماران کمک میکنند، داروها را تجویز میکنند و آزمایش‌های اولیه آزمایشگاهی را انجام میدهند.

پرستاران همچنین میتوانند دانش خود را در زمینه‌های فوق‌تخصصی، مانند پر تو درمانی گوارش، جراحی گوارش، داخلی گوارش، مراقبت‌های تسکینی، پیشگیری و تشخیص زودهنگام، و مشاوره ژنتیک توسعه دهند. علاوه بر این، تجربه تخصصی در طیف متنوعی از بخش‌های مراقبت از دستگاه گوارش وجود دارد: پرستاری از بیماران بستری، آسایشگاه، مراقبت در منزل، تحقیقات، بخش سرپایی، مدیریت پرستاری. پرستاران گوارش در هماهنگی مراقبت و ارجاع به پزشکان، مددکاران اجتماعی، روانشناسان، فیزیوتراپ و کاردرمان، متخصصان تغذیه و سایر متخصصان و خدمات بهداشتی مهارت دارند. همچنین پرستاران باید با اختلالات رایج گوارشی و علائم آن آشنا باشند. این دانش پزشکی می‌تواند به آنها کمک کند تا بیمارانی را که نیاز به مراجعه به متخصص گوارش دارند شناسایی کرده و آنها را به متخصص مناسب ارجاع دهند. (۲)

درمان موثر دستگاه گوارش نیاز به تلاش گروهی دارد. پرستاران با متخصصین پر تودرمانی، تکنسین‌های رادیولوژی، مددکاران اجتماعی، روانشناسان، روانپزشکان، فیزیوتراپیست‌ها و کاردرمانگران و متخصصان تغذیه بالینی برای اجرای طرح درمانی که توسط متخصص گوارش برای هر بیمار تجویز می‌شود، همکاری می‌کنند. درمان و مراقبت در خلا، انجام نمی‌شود. پرستاران گوارش با پرستاران و بیمارانی که از آنها مراقبت می‌کنند و با پزشکان همکاری می‌کنند، و به صورت مستقل نیز کار می‌کنند. متخصص گوارش (جراحی و پزشکی) مسائل تشخیصی و برنامه ریزی درمان موثر است. همکاری حرفه‌ای بین پزشکان گوارش و پرستاران همچنان در حال رشد است. پرستاران گوارش، بسته به سطح تحصیلات، تجربه و صلاحیت‌های حرفه‌ای خود، در مورد مراقبت از بیمار در حوزه عمل خود تصمیم می‌گیرند. (۱)

در بیمارستان پرسنل پرستار بطور ۲۴ ساعت و هفت روز هفته در کنار بیماران هستند. پزشک اغلب از تیم پرستاری می‌خواهد تا در مورد وضعیت بیماران به روز باشند.

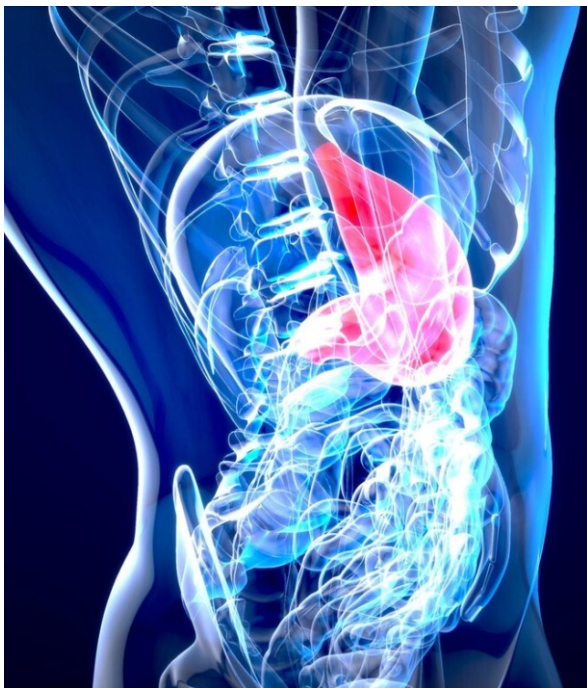


کنند.

آنها ممکن است در مورد اینکه چه چیزی بخورند و چه چیزی نخورند، توصیه‌هایی ارائه دهند، یا اینکه چگونه علائم مرتبط با اختلالات خود را مدیریت کنند. همدلی، توانایی درک و به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران است. پرستار گوارش ممکن است با بیمارانی که درد یا ناراحتی شدید دارند کار کند. همدلی با بیمارانی می‌تواند به پرستار کمک کند تا نیازهای آنها را بهتر درک کند و با آنها به شیوه‌ای مراقبتی و حمایتی ارتباط برقرار کند. (۷)

#### مراقبت در منزل:

از آنجایی که درمان سرپایی گسترده تر شده است، مراقبت در منزل به بخش مهمی از مراقبت‌های گوارش تبدیل شده است. در حال حاضر دفاتر مراقبت در منزل برای پرستاران وجود دارد. بسیاری از مردم این نوع درمان را صرفاً به این دلیل انتخاب میکنند که ترجیح میدهند بطور مثال شیمی‌درمانی خود را در خلوت خانهایشان با خانواده و دوستان نزدیک خود انجام دهند. به طور کلی، مراقبت‌های پرستاری در منزل با شدت و مدت درمان متفاوت است. شیمی‌درمانی تنها درمانی نیست که بیمار می‌تواند در خانه انجام دهد. تحت نظر متخصص گوارش، پرستار گوارش می‌تواند مراقبت از زخم، مراقبت و آموزش خط ورید مرکزی (CV)، هیدراتاسیون داخل وریدی (IV)، آنتی‌بیوتیک‌های IV و تغذیه کامل IV را به بیمار ارائه دهد. شواهد نشان میدهد که شیوه‌های پرستاری پیشرفته ممکن است بر مدیریت مشکلات دشوار مراقبت از دستگاه گوارش تأثیر بگذارد.



پرستاران ممکن است با پزشک بیمارانی را راند کنند تا از وضعیت و انتظارات مطلع شوند و بر آن اساس برنامه ریزی کنند. پرستار گوارش در بیمارستان علائم حیاتی را کنترل می‌کند، دارو می‌دهد، کار آزمایشگاهی و یافته‌های فیزیکی را ارزیابی می‌کند، نیازها را ارزیابی می‌کند و در صورت لزوم با پزشک تماس می‌گیرد. پرستاران متخصص بالینی رهبرانی هستند که برای بهبود مراقبت‌های پرستاری تلاش می‌کنند.

مهارت‌های ارتباطی خوب برای پرستاران گوارش به دلیل موقعیت منحصر به فرد و محوری آنان در مراقبت از بیمار ضروری است. آنها یکی از ابزارهای اصلی دستیابی به مراقبت فرد محور در سراسر مراقبت از دستگاه گوارش هستند. پرستاران گوارش اغلب مستقیماً با بیمار، خانواده‌ها و سایر اعضای تیم چند رشته‌ای مرتبط هستند. ارتباطات چند رشته‌ای جزء مهمی در محیط کار تیمی برای دستیابی به یک مدل مراقبت انسان محور واقعاً یکپارچه است. ارتباط اغلب دست‌کم گرفته می‌شود، اما در واقع، ارتباط فردی مؤثر می‌تواند تأثیر مستقیمی بر نتیجه و پیامد بیمار داشته باشد (۵)

#### مراقبت‌های حمایتی برای بیمار و خانواده‌ها:

نقش پرستار گوارش بسته به مکان و نوع مراقبت در هر لحظه خاص متفاوت است. اما بهبود کیفیت زندگی برای افراد مبتلا به مشکلات دستگاه گوارش هدف اولیه پرستاری گوارش است. برای رسیدن به این هدف، پرستار متخصص گوارش به کاهش ناراحتی جسمی و ارائه حمایت عاطفی از بیمار و خانواده‌هایشان اهتمام دارد. عوارض گوارشی و جانبی درمان ممکن است علائمی داشته باشد که ناراحت‌کننده باشد یا بر زندگی روزمره تأثیر بگذارد. تیم‌های مراقبت‌های بهداشتی باید برای شناسایی و تسکین این علائم با یکدیگر همکاری کنند. در حال حاضر دانش پرستاری زیادی وجود دارد که به پرستار گوارش اجازه میدهد علائمی مانند تهوع و استفراغ، درد، یبوست، اسهال، زخمهای دهان، تنگی نفس، از دست دادن اشتها، و دیسترس احساسی را ارزیابی کند، توصیه کند و به طور مؤثر از بین ببرد. مهم است که هر آنچه که بیمار برای حمایت عاطفی نیاز دارند با منابع موجود در جامعه تطبیق داده شود. این نیازها اغلب در طول یک بیماری و تغییر می‌کنند و ممکن است به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی فردی و در دسترس بودن خانواده، دوستان و حمایت جامعه بستگی داشته باشند. (۶)

مراقبت‌های طولانی مدت پس از مشکلات گوارشی نیز گاهی ضروری است. پرستاران گوارش به بیمارانی کمک می‌کنند تا خود را برای زندگی با مشکلات گوارشی آماده

ها و دانش های متفاوتی نیاز دارند. بدیهی است نقش‌های جدید بدون حمایت برنامه های آموزشی قابل تداوم نیستند و آموزش باید در برنامه ریزی برای بکارگیری نیروی کار پرستاری گنجانده شود. اگر پزشکان و پرستاران حداقل بخشی از آموزش های خود را با هم انجام دهند، زمینه برای درک بهتر متقابل از شباهت ها و تفاوت ها در نقش ها وجود خواهد داشت. هنگامی که در این موقعیت قرار می گیرند باید علاوه بر تمرکز بر عملکرد بالینی به آموزش، آموزش بیمار، مدیریت،

میزی و تحقیق توجه بیشتری نمایند.

#### References:

1. Ford JA, Cheong-Lee C. The role of the hepatology nurse in the difficult-to-treat hepatitis C population. Vol. 21, Canadian Journal of Gastroenterology. 2007. p. 353-4.
2. Norton C, Kamm MA. Specialist nurses in gastroenterology. J R Soc O F Med. 2002; 95:331-5.
3. What Does a Gastroenterology Nurse Do ? Gastroenterology Nurse Job Duties Gastroenterology Nurse Salary & Outlook. 2022;
4. What Is a GI Nurse ? Becoming a GI Nurse. 2022;
5. Alkhaqani AL. Importance of teamwork communication in nursing practice. Nurs Commun. 2022; 6:1-2.
5. Alkhaqani AL. Importance of teamwork communication in nursing practice. Nurs Commun. 2022; 6:1-2.
6. Gastroenterology Nurse - Daily Nurse [Internet]. 2021. Available from: <https://dailynurse.com/gastroenterology-nurse/>
7. Certified Gastroenterology Registered Nurse (CGRN) Guide [Internet]. Available from: <https://nursinglicensemap.com/nursingspecialties/registered-nurse/gastroenterology-nurse/>
8. Alkhaqani A. Innovative strategies in nursing practice: new perspectives. Nurs Commun. 2022; 6(0):e2022008.
9. Ahmed Lateef Alkhaqani. Clinical Nurses Specialist in Gastroenterology: A Major Vital Role. Jour of Clin Cas Rep, Med Imag and Heal Sci 2(1)-2022.



با این حال، پرستاران باید به منظور ارائه مراقبت های با کیفیت برای بیماران گوارشی به طور مناسب آموزش ببینند. و به دنبال تدوین برنامه درسی برای آموزش پرستاران در مراقبت از دستگاه گوارش پس از طی دوره لیسانس پرستاری باشند. پرستاران گوارش با اقدامات خود که اغلب بخشی از یک مداخله هستند، این پتانسیل را دارند که از طریق اقدامات پیشگیرانه (مانند کنترل دخانیات) جان افراد را نجات دهند و کیفیت زندگی و تجربه مراقبت از این جمعیت را در طول درمان، بقا و تسکین بهینه کنند. مراقبت های حمایتی، از جمله مراقبت های تسکینی، طیف وسیعی از حوزه هایی است که در تمام مراحل مراقبت نفوذ می کند. این حوزه ای است که در آن پرستاران گوارش برتر هستند، به عنوان مثال، در کاهش مؤثر علائم گوارشی و علائم مرتبط با درمان یا محدودیت های توانبخشی، افزایش رفتارهای سبک زندگی سالم، و رسیدگی به نیازهای روانی-اجتماعی افراد مبتلا به بیماریهای دستگاه گوارش. اغلب، بیماران با تشخیصی دست و پنجه نرم می کنند که شیوه زندگی آنها را تغییر داده است. پرستاران متخصص گوارش به آموزش آنها در مورد نحوه مدیریت بیماری، جلوگیری از تشدید علائم و ارائه راه حل های جایگزین در حین مدیریت بیماری کمک می کنند. این پرستاران به بیماران در مورد رژیم های غذایی خاصی آموزش می دهند که ممکن است علائم را کاهش داده و از عوارض بعدی جلوگیری کند (۹)

در این مقاله سعی شد با برجسته نمودن نقش و تأثیر پرستاران گوارش در مراقبت، اهمیت پرستاری تخصصی گوارش معرفی شود. پرستاران گوارش دائماً در حال پیشرفت هستند و بی تردید بسته به دامنه و سطح تعامل، برای فعالیت در محیط ها و موقعیت های مختلف به مهارت



میوتومی آندوسکوپی POEM در مقایسه با اتساع بالون پنوماتیک در بیمار ان آشالازی\* بیمار ان به طور قابل توجهی پس از میوتومی آندوسکوپی پرورال (POEM) نسبت به بالون پنوماتیک پس از ۵ سال فالوآپ موفق به درمان شدند. از آنجا که یافته های بالینی آنها بعد عمل مهم است، چندین سوال لازم است روشن شود. اول، ارزیابی سیستماتیک علائم بیماری ریفلاکس معده و روده (GERD) است.

در ۵ سال پیگیری، بیمار ان ارزیابی ذهنی گذشته نگر از علائم GERD فعلی و قبل از عمل را ارائه می دهند اما ضروری است بیمار ان از نظر علائم دریفلاکس بصورت دقیق مورد ارزیابی قبل و بعد عمل باشند. استفاده از قضاوت ذهنی ممکن است باعث ناهمگونی تا اثرات طولانی مدت و عوارض آن ارزیابی شود. دوم، بیمار ان مبتلا به آشالازی در معرض خطر تغذیه ای هستند البته این صرف نظر از ارائه دسته وزن، که نشان می دهد که هر دو نمره BMI و eckardt می تواند گمراه کننده باشد

هر دو گروه بالون و POEM وضعیت تغذیه ای بلند مدت باید ارزیابی شود. ما پیشنهاد می کنیم که نیاز به ارزیابی های رسمی تر ریسک تغذیه ای مانند ابزار غربالگری جهانی سوء تغذیه، غربالگری ریسک تغذیه ۲۰۰۲ و غلظت های هموگلوبین، آلبومین و برای ارزیابی بهتر باشد. سوم، اگرچه آزمایشات کنترل شده تصادفی نشان داده اند که تکنیک های POEM ANTERIOR و POSTERIOR به اندازه هم موثر بوده و کاهش اثربخشی بین این دو رویکرد در طول زمان مشاهده شده است، اما طولانی ترین پیگیری تنها ۲ سال بوده است. ریفلاکس شایع ترین عارضه طولانی مدت پس از POEM بود.

اینکه آیا POEM خلفی باعث افزایش بروز GERD پس از عمل می شود هنوز نیاز به مطالعه بیشتر با پیگیری طولانی مدت دارد. چهارم، در بررسی ها POEM در بیمار ان مبتلا به ضعف یا بیماری های شدید را ثبت نشده است. نتایج در سالمندان و عوارضی مانند ریفلاکس شدید اوزوفاجیت، ارزیابی نشده است. میوتومی بیش از حد برای بیمار ان مسن بنظر باید اجتناب شود. پس از عمل ریفلاکس شدید اوزوفاجیت، که ممکن است عوارض و مرگ و میر طولانی مدت را تحت تاثیر قرار داده باشد، باید در بیمار ان مسن تر تجزیه و تحلیل شود

[https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(22\)00403-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(22)00403-4)

۳۰ نوامبر ۲۰۲۲



## دغدغه‌ها و انتظارات تازه فارغ التحصیلان رشته گوارش

دکتر حمیدرضا محبوبی فارغ التحصیل فوق تخصص گوارش و کبد



۴. دخالت در تصمیم‌گیری‌ها و مسئولیت‌ها: عدم ایجاد امکان دخالت فارغ التحصیلان جوان در مباحث مختلف و در تصمیم‌گیری‌ها می‌تواند منجر به سرخوردگی این افراد شود و از طرفی تصمیماتی اتخاذ شود که منافع این افراد نادیده گرفته شده است و شرایط کار را برای آنها سخت‌تر از قبل کند. بنابراین به نظر می‌رسد شنیدن صداهای مختلف از جمله صدای جوان ترهای این رشته بتواند به تغییرات مثبت در این زمینه کمک کند.

۵. دسترسی به مقالات به روز و اطلاعات جدید پزشکی: فراهم نمودن امکان دسترسی به متن کامل مقالات در زمینه تخصصی هر فرد در جامعه علمی کشور می‌تواند به پیشرفت علمی کشور و افراد کند. در این زمینه دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت می‌توانند این امکان را برای افراد فراهم نمایند و در کاهش هزینه‌های دسترسی افراد به بانک‌های اطلاعاتی نقش داشته باشند.

۶. حمایت از طرح‌های پژوهشی: در بین افراد جوان فارغ التحصیل این رشته بسیاری علاقه مند به انجام فعالیت‌های پژوهشی هستند که نیاز به حمایت در این زمینه دارند. اختصاص بودجه تحقیقاتی و همچنین آموزش در این زمینه می‌تواند به پیشرفت علمی افراد و کشور کمک کند.

بی‌شک به جز موارد فوق دغدغه‌های دیگری نیز وجود دارد که نیاز به حمایت و رسیدگی افراد مسئول دارد و می‌تواند در آینده فارغ التحصیلان این رشته تاثیرگذار باشد.

رشته گوارش و کبد یکی از پرطرفدارترین فوق تخصص‌های داخلی می‌باشد. با این وجود تازه فارغ التحصیلان این رشته دغدغه‌ها و مشکلات فراوانی دارند و انتظار می‌رود شرایطی فراهم شود که ضمن کاهش این دغدغه‌ها شرایط مناسب جهت فعالیت‌های درمانی و آموزشی برای این فارغ التحصیلان فراهم شود.

در ادامه به برخی از این دغدغه‌ها و پیشنهادهای جهت کاستن از موانع موجود اشاره خواهد گردید:

۱. هزینه‌های بالای تجهیزات انجام آندوسکوپی‌های گوارشی: با توجه به افزایش چشم‌گیر هزینه‌های تجهیزات گوارشی در حال حاضر امکان خریداری این تجهیزات برای همه فارغ التحصیلان به راحتی فراهم نمی‌باشد. به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به تعامل با بیمه‌ها و همچنین سازمان‌های مالیاتی باشد تا با در نظر گرفتن این هزینه‌ها و تعرفه‌های خدمات متناسب با این سرمایه‌گذاری و همچنین تعریف مالیات متناسب با این سرمایه‌گذاری و درآمد از مشکلات در این زمینه بکاهند.

۲. میل به پیشرفت و یادگیری روش‌های پیشرفته آندوسکوپی: بسیاری از فارغ التحصیلان در رشته گوارش تمایل به آموزش در زمینه روش‌های آندوسکوپی پیشرفته دارند. ایجاد شرایط مناسب در این زمینه و برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های لازم می‌تواند پاسخی به این دغدغه باشد.

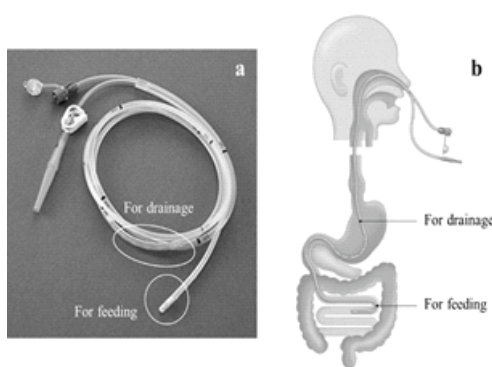
۳. شرایط و امکانات مناسب جهت گذراندن دوره‌ها: در صورتی که در زمان گذراندن طرح‌ها امکانات و شرایط مناسب انجام فعالیت‌های درمانی و آموزشی برای تازه فارغ التحصیلان فراهم نباشد نه تنها انگیزه این افراد کم می‌شود بلکه عملاً استعداد و توانایی آنها نیز بلااستفاده می‌ماند و این می‌تواند ضربه بزرگی به این افراد و همچنین بیمارانشان باشد.



Review  
Treatments for Staple Line Leakage after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy  
<https://www.mdpi.com/journal/jcm>

## درمان اولیه

درمان اولیه شامل NPO کردن بیمار و مایع درمانی و آنتی بیوتیک وسیع الطیف می باشد. محل نشت باید از طریق قفسه سینه یا شکم و یا به روش لاپاراسکوپی در ناژ شود.



در یک مقاله مروری که توسط Takashi Oshiro و همکاران در نشریه Journal of clinical medicine منتشر گردیده است به بررسی درمان های مختلف نشت Staple Line در بیمارانی که تحت عمل جراحی اسلیو معده به روش لاپاراسکوپی قرار گرفته اند پرداخته شده است. در ادامه مختصراً به بررسی روش های درمانی ذکر شده در این مقاله می پردازیم.

اسلیو گاسترکتومی لاپاراسکوپی یک عمل جراحی ساده به نظر می رسد که شامل برداشتن ۷۰ درصد از خم بزرگ معده است. اگرچه جراحی اسلیو معده به روش لاپاراسکوپی یک روش نسبتاً بی خطر است اما در صد کمی از افراد دچار نشت از محل Staple line می شوند. با افزایش تعداد عمل های جراحی انجام شده آشنایی با روش های درمانی عوارض ناشی از آن بسیار ضروری می باشد.

## علل نشت از محل جراحی اسلیو معده

از جمله علل شایع نشت بعد از عمل جراحی اسلیو می توان به آسیب حرارتی، محل نامناسب Staple ها و آسیب به ازوفاگوس اشاره کرد.

## علائم نشت از محل جراحی اسلیو معده

از جمله علائم شایع این عارضه درد شکم، تب بالای ۳۸ درجه و تاکی کاردی (بالای ۱۲۰ بار در دقیقه) می باشد.

## تشخیص قطعی

تشخیص قطعی نشت از محل جراحی اسلیو معمولاً با استفاده از سی تی اسکن با کنتراست محلول در آب مانند گاستروگرافین انجام می شود. با این حال این روش های تصویربرداری در صورت منفی بودن در صورت شک بالا قابل اعتماد نیستند و بهتر است از طریق لاپاراسکوپی وضعیت بیمار مورد بررسی قرار گیرد.

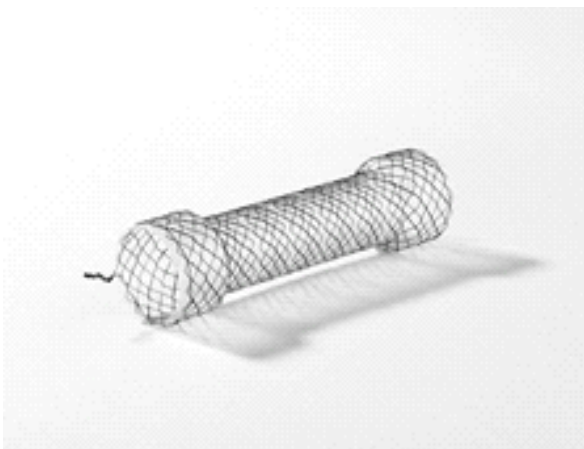
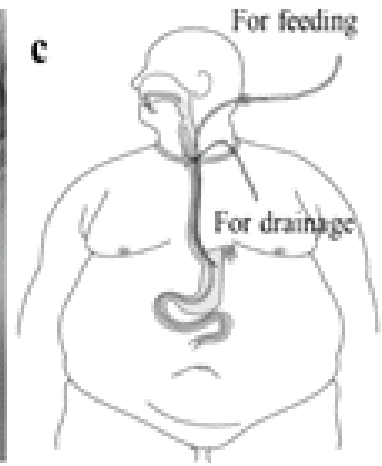
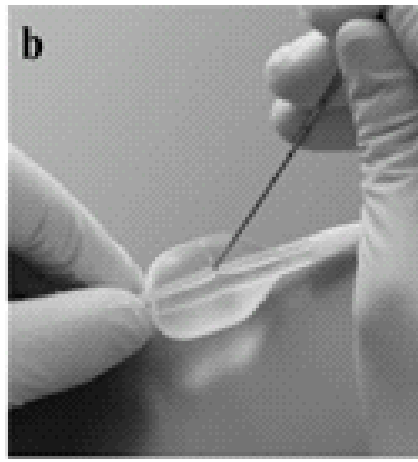
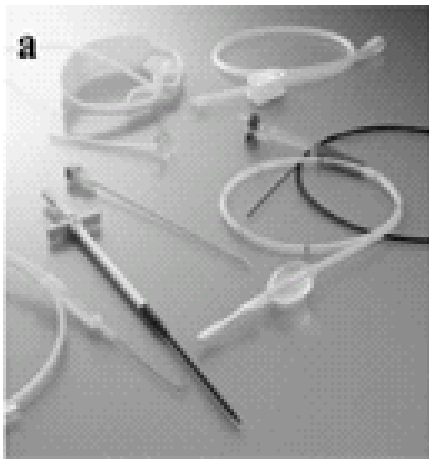
## درمان

درمان نشت از محل جراحی اسلیو بر حسب زمان ایجاد آن و همچنین سائز آن و وجود یا عدم وجود آبسه متفاوت است. همچنین همه درمان های موجود در همه کشورها در دسترس نمی باشد و انتخاب درمان باید با در نظر گرفتن همه این موارد صورت گیرد.

## درمان های کمتر تهاجمی

در جدول زیر خلاصه ای از درمان های کمتر تهاجمی در دسترس برای درمان نشست بعد از عمل جراحی اسلیو لاپاراسکوپیک آورده شده است. در این جدول مختصرا مزایا و معایب و اندیکاسیون های هر روش ذکر گردیده است.

درمان	اندیکاسیون	مزایا	معایب
<b>W-ED tube®</b>	محل نشست کوچک بدون تنگی	<ul style="list-style-type: none"> <li>امکان تغذیه روده ای، دکمپرسیون معده و درناژ همزمان</li> <li>هزینه اندک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نسبت به NG tube سفت تر است و برای مدت طولانی قابل استفاده نیست</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>در اکثر کشورها در دسترس نیست</li> </ul>
<b>Over-The-Scope-Clip</b>	امکان ساکشن بافت سالم اطراف داخل کاپ	<ul style="list-style-type: none"> <li>قدرت و امکان گرفتن بافت بیشتر از کلیپ معمولی</li> <li>عدم اختلال در جریان خون</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بعد از آزادسازی تغییر وضعیت آن سخت است</li> <li>نیاز به آندوسکوپیست ماهر دارد</li> </ul>
<b>Endoscopic balloon dilation</b>	نشست همراه با استنوز	<ul style="list-style-type: none"> <li>امکان استفاده مکرر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>هزینه بالا</li> <li>خطر بالا در موارد پیچ و خم زیاد لوله معده</li> <li>درمان پایه ای برای نشست نیست</li> </ul>
<b>Stent</b>	درمان استاندارد نشست	<ul style="list-style-type: none"> <li>هم محل نشستی و هم تنگی ها را درمان می کند</li> <li>درصد بالای موفقیت در زمان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>عوارضی مانند تهوع و استفراغ و درد رتر و استرنال</li> <li>احتمال Migration</li> </ul>
<b>Percutaneous transesophageal gastro-tubing</b>	نشست نیازمند تعبیه طولانی مدت تیوب	<ul style="list-style-type: none"> <li>فراهم آوردن امکان تغذیه از طریق ژژنوم</li> <li>درد و ناراحتی کمتر در مقایسه با NG tube</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>انجام پروسجر سخت و نیازمند بیهوشی عمومی است</li> </ul>
<b>Endoscopic Vacuum Therapy</b>	هر نوع نشست	<ul style="list-style-type: none"> <li>انجام درناژ و افزایش جریان خون لوکال و بهبود ایجاد بافت گرانولاسیون</li> <li>سرعت بهبودی زیاد ظرف حدود دو هفته</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>نیاز به نگه داشتن NG tube در محل و ساکشن مداوم و تعویض اسفنج هر 3 تا 5 روز</li> </ul>



### انجام عمل جراحی مجدد

علاوه بر تکنیک های درمانی فوق در برخی موارد نیاز به انجام مداخلات تهاجمی تر از جمله انجام مجدد عمل جراحی می باشد. این مداخلات تکنیک های متفاوت دارند و بر اساس شرایط بیمار و با در نظر گرفتن احتمال عوارض آنها برای بیمار انجام می شود.

### نکات آموزشی مقاله

۱. با توجه به گسترش روز افزون اعمال جراحی مرتبط با چاقی از جمله عمل جراحی اسلیو لاپاراسکوپیک نیاز است همکاران با عوارض ناشی از این اعمال جراحی از جمله علایم، تشخیص و همچنین روش های مختلف درمانی آن آشنایی داشته باشند.

۲. نشئت به دنبال عمل جراحی اسلیو لاپاراسکوپیک از جمله عوارض شایع است که نیاز به تشخیص و درمان سریع دارد.

۳. همه بیماران بعد از تشخیص تحت درمان های اولیه از جمله NPO شدن و مایع درمانی و آنتی بیوتیک درمانی قرار می گیرند.

۴. ترجیح این است که در مرحله بعد بیمار بر حسب شرایط تحت یکی از روش های کمتر تهاجمی موجود بر حسب شرایط بیمار قرار گیرند.

۵. برخی بیماران نیاز به انجام اعمال جراحی تهاجمی تر دارند.

# اولین کارگاه عملی آندوسکوپی های پیشرفته

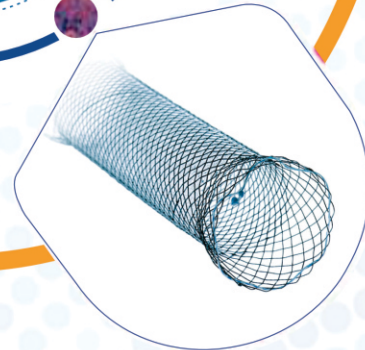
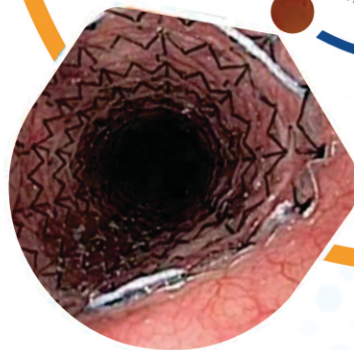
## Specialized endoscopy workshop

۲ آذر ۱۴۰۲ ساعت ۸ لغایت ۱۲

24 October 2023



Balloon dilator



مختص فلوهای سال دوم گوارش و کبد کشور  
گواهینامه از انجمن علمی آندوسکوپی های گوارشی ایران

- \* **Stenting for benign and malignant diseases**
- \* **Pneumatic dilatation for Achalasia**
- \* **Use electrosurgical unit in endoscopy**

محل همایش: تهران، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

سایت ثبت نام

Scienceglob.ir





## Fanavari Teb Pishrafteh گروه فناوری طب پیشرفته

■ گروه فناوری طب پیشرفته،  
تأمین کننده تجهیزات مصرفی  
فوق تخصصی در حوزه گوارش  
می باشد. این گروه در حال حاضر  
نمایندگی انحصاری بیش از ۱۲  
کمپانی تولید کننده در زمینه  
گوارش را داراست. هدف این  
مجموعه ارائه کالا و خدمات با  
بهترین کیفیت، به پزشکان  
محترم می باشد.



ENDO-FLEX®

MICRO-TECH  
ENDOSCOPY



TaeWoong  
MEDICAL

LeoMed  
乐奥医疗 为生命健康服务

LABORATOIRE  
endalis

OVESCO  
Innovation in scope

THE  
STANDARD  
To bring best for customer satisfaction

JINSHAN

Nectar Laboratories Private Limited



چالش های تشخیصی و درمانی

در بیماری های اتوایمیون کبدی

۱۴۰۲ آذر ماه ۰۹

30 November 2023

شناسه برنامه: ۲۰۷۳۳۶

۰۲۱-۲۲۸۸۱۰۶۸

۰۹۱۰-۲۰۶۶۶۹۰

دبیرخانه همایش:

۰۹۱۰-۲۰۶۶۶۷۰

ثبت نام در همایش: [ircme.ir](http://ircme.ir)



کارگاه علمی و تخصصی

# تازه های ESD

Specialized ESD endoscopy workshop

۲ آذر ۱۴۰۲ ساعت ۱۳ لغایت ۱۷

23 November 2023



مختص فوق تخصص های گوارش و کبد  
همراه با امتیاز بازآموزی و گواهی حضور از انجمن  
محل همایش: تهران، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

شناسه برنامه: ۲۰۶۶۳۰

ثبت نام [scienceglob.ir](http://scienceglob.ir)