

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

تغذیه درمانی و مشاوره تغذیه در بیماران بستری مبتلا به بیماری های التهابی روده

(کولیت اولسراتیو و کرون)

تابستان ۱۴۰۰

تهیه و تنظیم: مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها

تدوین کنندگان: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر علیرضا استاد رحیمی، دکترای تخصصی تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر بهشته النگ دکترای تخصصی تغذیه، پزشک متخصص اطفال عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر نسرین امیدوار، دکترای تخصصی تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر مجید حاجی فرجی، دکترای تخصصی تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر محمد جواد حسین زاده پزشک متخصص تغذیه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حسین خادم حقیقیان دکترای تخصصی تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
دکتر میترا زراتی دکترای تخصصی تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر مهدی شادنوش پزشک متخصص تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر محمد صفریان پزشک متخصص تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر غلامرضا محمدی فارسانی پزشک متخصص تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر وحید ملکی دکترای تخصصی تغذیه بیمارستان فوق تخصصی میلاد
دکتر محمدرضا وفا دکترای تخصصی تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر لیلیا یزدان پناه دکترای تخصصی تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر تیرنگ رضا نیستانی دکترای تخصصی تغذیه، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر جمشید کرمانچی، پزشک، دکترای تخصصی مدیریت بیمارستانی، معاون مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها
دکتر نسرین بیات، پزشک، رئیس گروه درمان بیماری های غیر واگیر مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها
دکتر فریبا آرمان نیا، مسئول تغذیه بالینی مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها
شیرین میرآخورلو، کارشناس گروه درمان بیماری های غیرواگیر مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها
خدیجه رضایی سرو کلایی کارشناس ارشد تغذیه، کارشناس گروه درمان بیماری های غیرواگیر مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها

تحت نظارت فنی:

گروه تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

دکتر مهدی یوسفی، دکتر مریم خیری

مقدمه:

بیماری‌های التهابی روده (Inflammatory Bowel Disease) یا (IBD) به گروهی از بیماری‌ها گفته می‌شود که سبب التهاب جدار روده بزرگ و روده باریک می‌گردند. شایع‌ترین این بیماری‌ها عبارت‌اند از: بیماری کولیت اولسراتیو و بیماری کرون. این دو بیماری از برخی جهات دارای شباهت‌هایی هستند. هر دو بیماری موجب التهاب جدار روده‌ها می‌شوند. البته تفاوت‌های زیادی در مورد مناطق درگیر و عمق التهاب بین این دو بیماری وجود دارد. در برنامه درمانی دو بیماری مشابهت‌های فراوانی وجود دارد.

یک نکته مهم که باید به آن توجه داشت این است که بیماری کرون علاوه بر آنکه روده بزرگ و روده باریک را تحت تأثیر قرار می‌دهد، همچنین می‌تواند بر دهان، مری، معده و مقعد نیز اثر بگذارد، در حالی که کولیت اولسراتیو در درجه اول روده بزرگ و راست روده را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از نظر سبب شناسی بیماری کرون یک بیماری التهابی روده ای ناشناخته است که علت ژنتیک نیز دارد و با فعالیت مزمن و یا عود کننده سیستم ایمنی و ایجاد التهاب در دستگاه گوارش مشخص می‌شود. بیماری کرون (Crohn's disease) و کولیت اولسراتیو (Ulcerative Colitis) دو نمونه مهم بیماری التهابی روده با علت ناشناخته می‌باشند. در بیماری کرون التهاب مزمن ممکن است هر قسمت از دستگاه گوارش از دهان تا مقعد را فرا می‌گیرد، اما عمدتاً قسمت انتهایی روده باریک و ابتدایی روده بزرگ را درگیر می‌کند. التهاب در بیماری کرون در محور روده ای اغلب ناپیوسته است و می‌تواند تمام لایه های دیواره دستگاه گوارش از مخاط تا سروز را فرا گیرد.

افراد مبتلا معمولاً از اسهال و درد شکم، بی اشتها و کاهش وزن شکایت دارند. عوارض شایع آن تنگی و فیستول می‌باشد که در بسیاری از موارد نیاز به جراحی نیز دارد. به سبب مزمن بودن روند بیماری، ممکن است محل ایجاد پرفوراسیون به پریتون به علت فیروز بعدی با تمامی روشهای تشخیصی بالینی از جمله CT-Enterography و لاپاراتومی قابل تشخیص نباشد.

بیماران بستری مبتلا به بیماری های التهابی روده با پیامدهای بالینی نامطلوبی از جمله عفونت، کاتالولیس عضلات بدن، افزایش خطر خونریزی، التهاب، تغییرات فشار خون ناشی از خونریزی، اختلال عملکرد دستگاه گوارش در جذب و دفع و حتی افزایش خطر مرگ در ارتباط هستند. تغذیه درمانی پزشکی (Medical Nutrition Therapy) یکی از اجزای مؤثر در مدیریت بیماری های التهابی روده است و باید در برنامه درمان بیماران بستری در بیمارستان قرار گیرد.

با توجه به شیوع بالای بیماری های التهابی روده در کشور و اثرات نامطلوب آن بر کیفیت زندگی فرد و در نتیجه اجتماع، این استاندارد خدمت به منظور افزایش اثربخشی درمان دارویی و تغذیه ای به طور همزمان ارائه می‌شود که شامل بررسی وضعیت تغذیه‌ای و مداخلات تغذیه‌ای در افراد نامبرده بستری است.

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

این شناسنامه در خصوص مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماران بستری مبتلا به بیماری های التهابی روده می باشد.

Medical Nutrition Therapy in Hospitalized Patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD)

کد ملی خدمت ۹۰۱۷۱۰: مشاوره و تدبیر تغذیه ای برای بیماران بستری شامل اخذ شرح حال و بررسی تاریخچه ای سلامت (ثبت اطلاعات فردی، سوابق بیماری ها، سوابق مصرف داروها، شیوه زندگی و آلرژی ها و عدم تحمل های غذایی) درخواست، بررسی و ثبت علائم بالینی مرتبط با تغذیه، بررسی نتایج آزمایشگاهی و بررسی پرسشنامه ای تغذیه (ثبت عادات غذایی) و انجام مداخلات و توصیه های تغذیه ای در هر دوره ی بستری می باشد.

• تغذیه ی دهانی در صورت هوشیاری کامل و عدم اختلال بلع (اندیکاسیون تغذیه دهانی)

*در صورتی که بیمار بستری مبتلا به بیماری های التهابی روده اندیکاسیون تغذیه وریدی (کد ملی: ۹۰۱۷۳۰) یا تغذیه روده ای (کد ملی: ۹۰۱۷۲۵) داشته باشد به استاندارد مربوطه مراجعه شود.

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

ارائه رژیم غذایی مناسب جهت کمک به عملکرد بهتر دستگاه گوارش و تصحیح اختلالات گوارشی همراه در بیماران بستری (بزرگسال) مبتلا به بیماری های التهابی روده به منظور پیشگیری از عوارض کوتاه مدت و دراز مدت بیماری.

۱. مدیریت مشکلات تغذیه ای جهت کنترل اختلالات گوارشی در بیماران بستری مبتلا به IBD

۲. ارائه مشاوره به بیماران بستری با سابقه بیماری های التهابی روده (کولیت اولسراتیو و کرون)

ج) اقدامات یا مراقبت تغذیه ای ضروری جهت درمان بیماری:

• ارزیابی قبل از اجرای فرآیند های حمایت های تغذیه ای

براساس فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان (۵) ارزیابی ها انجام شود و اطلاعات جمع آوری شده ثبت گردد.

➤ ارزیابی تاریخچه پزشکی و خانوادگی:

- اطلاعات فردی یا دموگرافیک، سن، سن بروز بیماری (سابقه ابتلا)، شغل، تحصیلات، وضعیت تاهل، استعمال دخانیات و مشروبات الکلی، میزان فعالیت بدنی
- مشکلات و بیماری های همراه و داروهای مصرفی
- مشکلات گوارشی و غذایی: تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، ریفلاکس، اختلالات جویدن و دندان، دندان مصنوعی

- اختلالات و بیماریهای توام با IBD از جمله کاهش وزن، تحلیل عضلانی، اضافه وزن و چاقی، سابقه بیماریهای فامیلی

- عوارض ناشی از بیماری مانند اسهال، یبوست

- نوع و میزان داروهای مصرفی (داروهای ضد التهابی و سایر داروها)

- سابقه دریافت مکمل های تغذیه ای (ویتامین D و اسیدفولیک، ویتامین B12، ویتامین B6 و امگا-۳)

- حساسیت دارویی

- سابقه بستری به علت مشکلات التهابی روده

➤ ارزیابی عادات و الگوی دریافت غذایی:

- بررسی نحوه تغذیه تعیین شده برای بیماران بستری (دهانی، انترال و پرنترال)

- تاریخچه مختصر رژیم غذایی (Diet History)، علایق غذایی فرد، سابقه رژیم های غذایی در ماه های اخیر،

دفعات و ساعات صرف غذا، عادات غذایی، حساسیت غذایی، مکمل های مصرفی

استفاده از ابزارهای موجود (یادآمد ۲۴ ساعته) برحسب نیاز و امکان جهت ارزیابی رژیم، عادات و علایق غذایی بیمار

➤ ارزیابی های تن سنجی و بالینی:

- وزن فعلی، وزن معمول، تغییرات وزن اخیر، مدت زمان تغییرات وزن اخیر، قد و محاسبه نمایه توده بدن (BMI)

➤ در صورت امکان، ارجاع برای آنالیز ترکیب بدن

➤ ارزیابی های پاراکلینیکی:

- بررسی آزمایشهای موجود در پرونده بیمار شامل:

CBC diff, FBS, TG, TC, LDL, HDL, BUN, Cr, Na, K, Mg, Zn, PO4, Uric acid, ALT, AST

- در صورت لزوم و تجویز پزشک:

▪ آزمایش مدفوع: خون پنهان در مدفوع و بررسی کالپروتکتین (Calprotectin) و لاکتوفرین

▪ بررسی سلیاک با توجه به تست ارزیابی سلیاک

▪ Serum iron, Transferrin (or TIBC), H. Pylori IgM

▪ ویتامین B6، B12 و اسیدفولیک، کلسیم و ویتامین D

• ارزیابی حین اجرای فرآیندهای حمایت تغذیه ای

➤ میزان نیاز به انرژی در بیماری کرون:

نیازهای انرژی در بزرگسالان براساس BMI فعلی آن ها مورد محاسبه قرار می گیرد. در بیماران با $BMI < 15$ ممکن است kcal/kg ۴۵ تا ۳۵ انرژی مورد نیاز باشد، در بیماران با $BMI = 15-19$ kcal/kg ۳۵ تا ۳۰، در $BMI = 20-29$ kcal/kg ۳۰ تا ۲۵ و در $BMI > 30$ ممکن است kcal/kg ۱۵ تا ۲۵ انرژی مورد نیاز باشد.

➤ میزان نیاز به پروتئین در کرون:

میزان پروتئین در بیماری کرون در مرحله حاد، روزانه به میزان ۱/۵-۱/۲ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن افزایش می یابد. در موارد مزمن و بهبود شرایط حاد بیماری، پروتئین مورد نیاز ۱ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن است.

➤ آموزش تغذیه، مشاوره در بیمارستان در بیماری کرون:

آموزش تغذیه این بیماران بر اساس موارد ذکر شده در پیوست مد نظر قرار گیرد.

➤ میزان نیاز به انرژی در کولیت اولسراتیو:

نیازهای انرژی در بزرگسالان براساس BMI فعلی آن ها مورد محاسبه قرار می گیرد. در بیماران با $BMI < 15$ ممکن است kcal/kg ۴۵ تا ۳۵ انرژی مورد نیاز باشد، در بیماران با $BMI = 15-19$ kcal/kg ۳۵ تا ۳۰، در $BMI = 20-29$ kcal/kg ۳۰ تا ۲۵ و در $BMI > 30$ ممکن است kcal/kg ۱۵ تا ۲۵ انرژی مورد نیاز باشد.

➤ میزان نیاز به پروتئین در کولیت اولسراتیو:

میزان پروتئین در کولیت اولسراتیو در مرحله حاد، روزانه به میزان ۱/۵-۱/۲ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن افزایش می یابد. در موارد مزمن و بهبود شرایط حاد بیماری، پروتئین مورد نیاز ۱ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن است.

توصیه های تغذیه ای در کولیت اولسراتیو حین اجرای مراقبت تغذیه ای :

برای درمان بیماری در وضعیت حاد، یک رژیم کم فیبر به منظور به حداقل رساندن حجم مدفوع مورد نیاز می باشد. یک مکمل غذایی حاوی امگا ۳، فیبر محلول و آنتی اکسیدان ها، وابستگی به درمان های سنتی و نیاز به شروع درمان با کورتیکواستروئیدها را کاهش می دهد.

- بیماران مبتلا به این بیماری اغلب عدم تحمل به لاکتوز، گندم یا گلوتن دارند. رژیم غذایی بر اساس هرکدام از این عدم تحمل ها تغییر یابد.

- در طول دوره های تشدید بیماری، رژیم غذایی باید محدود از مغزها، دانه ها، حبوبات و غلات کامل باشد. میوه ها و سبزیجات تازه در صورتی که فیبر بالایی داشته باشند ممکن است برای بیمار قابل تحمل نباشد؛ بنابراین بیمار به دقت مورد پایش قرار گیرد. یک رژیم کم باقیمانده در طول دوره های تشدید بیماری مفید می باشد.
- علاوه بر آن کاهش دریافت کافئین و نوشیدنی ها کم شکر هم می تواند در این دوران مفید باشد.
- مصرف غذا های پروبیوتیکی از قبیل نشاسته های مقاوم، الیگو ساکارید ها و فیبر های قابل تخمیر می تواند در درمان اسهال و بهبود علائم مفید باشد.
- مکمل مولتی ویتامین-مینرال ممکن است مورد نیاز باشد. در این صورت رژیم غذایی با ویتامین ها و مواد معدنی بخصوص روی، تیامین، اسید فولیک، ویتامین B12, B6, B12 ویتامین E، ویتامین D، کلسیم، منیزیوم و آهن مکمل درمانی شود. ویتامین A و K باید در روزهای دیگری به بیمار داده شود. در برداشت بیش از ۲۰۰ سانتی متر، ممکن است دچار کمبود سلنیوم شود به همین دلیل باید به دقت مورد پایش قرار گیرد.
- دریافت روزانه یک گرم مکمل امگا-۳ می تواند موجب کاهش فعالیت بیماری و افزایش زمان بهبود بیماران گردد.
- شایع ترین کمبودها در بیماران IBD، کمبود آهن، ویتامین D، ویتامین B12 و روی هستند. مکمل یاری آهن در تمام بیماران IBD دارای کم خونی فقر آهن توصیه می شود. هدف مکمل یاری آهن نرمال کردن سطح هموگلوبین و ذخایر آهن است.
- آهن به صورت خوراکی به عنوان خط اول درمان در بیماران با آنمی خفیف که بیماری شان از نظر بالینی غیرفعال است و قبلا عدم تحمل آهن خوراکی نداشتند، در نظر گرفته می شود. (با در نظر گرفتن تجویز پزشک)
- آهن وریدی در بیماران با IBD فعال ، که قبلا عدم تحمل به آهن خوراکی داشتند، بیماران با هموگلوبین کمتر از 100 g/l و در بیماران نیازمند به عوامل تحریک کننده اریتروپوئیز خط اول درمان در نظر گرفته می شود. (با در نظر گرفتن تجویز پزشک)
- در بیماران IBD با بیماری فعال و آنهایی که با استروئید درمان می شوند، کلسیم سرم و ویتامین D سرم باید مانیتور شوند و در صورت نیاز مکمل یاری شوند.
- اسهال می تواند وضعیت اتلاف روی، پتاسیم و سلنیوم را بدتر کند. باید به تامین این مواد مغذی از طریق رژیم غذایی یا مکمل ها توجه شود.
- بیماران IBD با هایپراگزالوریا اغلب سوءجذب چربی دارند و لذا باید برای دریافت چربی ها مشاوره شوند.

- در صورت بروز استئاتوره یا اسهال چرب، محصولات حاوی MCTs (به دلیل وجود سوء جذب چربی) مورد استفاده قرار گیرد. مصرف این نوع روغن از یک قاشق غذاخوری در روز که حاوی ۱۴ گرم چربی و ۱۱۵ کیلوکالری است شروع می شود و تا میزان ۴ تا ۷ قاشق غذاخوری بسته به تحمل بیمار می تواند افزایش یابد.

➤ حمایت های تغذیه ای بعد از کولکتومی همراه با ایلئوستومی:

تغذیه وریدی (PN) باید برای ۱ تا ۲ روز ادامه داشته باشد. رژیم غذایی باید به تدریج به سمت رژیم کم فیبر، پر پروتئین با انرژی بالا، ویتامین ها و مواد معدنی (بخصوص سدیم و پتاسیم) سوق داده شود. بیمار به تزریق ویتامین B12 و دریافت مایعات کافی نیاز خواهد داشت. در صورتی که بهبودی بیمار به آرامی صورت پذیرد، تغذیه به روش CPN ممکن است مورد نیاز باشد. در صورتی که بیمار بتواند به صورت آزادانه تمام غذاها را مصرف کند، غذاها یکی یکی به رژیم غذایی اضافه می گردد. از مصرف غذاهاى نفاخ که منجر به افزایش حرکات پرستالتیک می شوند، اجتناب شود.

با توجه به شرایط بیمار روش تغذیه ای بیمار تعیین می شود:

- تغذیه ای دهانی در صورت هوشیاری کامل و عدم اختلال بلع (روش ارجح)
- تغذیه ای روده ای ارجاع به شناسنامه و استاندارد خدمت مربوطه
- تغذیه ای وریدی^۱ ارجاع به شناسنامه و استاندارد خدمت مربوطه

➤ آموزش تغذیه، مشاوره در بیمارستان در بیماری کولیت اولسراتیو:

آموزش تغذیه این بیماران بر اساس موارد ذکر شده در پیوست مد نظر قرار گیرد.

• ارزیابی بعد از اجرای فرآیند های حمایت تغذیه ای

لازم است تمام بیماران مبتلا به بیماری های التهابی روده بعد از ترخیص به درمانگاه ارجاع داده شوند.

تبصره: تمامی بیماران لازم است بعد از ترخیص جهت تنظیم برنامه غذایی بر اساس ویژگیهای فردی، ارزیابی کمبودهای پنهان تغذیه ای (ناشی از عدم تعادل و تنوع، تناسب یا کفایت یکی از گروه های غذایی یا ریز مغذی ها و درشت مغذی ها و یا رژیم های غذایی نامتعارف قبلی در ماه های اخیر) و پیگیری های بعدی به صورت سرپایی به درمانگاه تغذیه ارجاع شوند.

^۱ Parenteral nutrition(Total Parenteral Nutrition (TPN) and Peripheral Parenteral Nutrition (PPN))

د) تواتر ارائه خدمت

• تعداد دفعات مورد نیاز:

تعداد دفعات مورد نیاز بسته به طول مدت بستری و شرایط بیمار متفاوت است.

فواصل اجرای مراقبت تغذیه ای:

بیماران دچار بیماری های التهابی روده در بخش مراقبت های ویژه هر ۳ تا ۵ روز یکبار و در سایر بخش های بستری هر ۷ روز و تا زمان رسیدن به تحمل رژیم غذایی تجویز شده، سپس در صورت نیاز در تمام بیماران بصورت هفتگی ویزیت شوند.

ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

پزشک معالج

و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

۱. کارشناس تغذیه

۲. کارشناس ارشد تغذیه دارای شماره نظام پزشکی تغذیه

۳. دکترای تخصصی (Ph.D) تغذیه دارای شماره نظام پزشکی تغذیه یا MD-PhD تغذیه

ز) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد مورد نیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	کارشناس خدمات غذایی	یک نفر	لیسانس تغذیه	نظارت بر آماده سازی غذا بر اساس ویژگی های تعیین شده
۲	متخصص داروسازی بالینی	یک نفر	دانشنامه تخصصی	مشاوره در زمینه ارزیابی فارماکوتراپی و تداخلات دارو، تست آزمایشگاهی و غذا
۳	متصدی امور غذا (ناظر)	یک نفر	کارشناس تغذیه	ناظر ارائه خدمات غذایی
۴	پرستار	یک نفر	لیسانس	انجام ارزیابی اولیه، پیگیری مشاوره و اجرای دستورات

ج) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

ارایه این خدمت در بخش های بیمارستانی و بالین بیمار انجام می شود.

ط) تجهیزات پزشکی سرمایه ای به ازای هر خدمت:

ردیف	عنوان تجهیزات	انواع مارک های واجد شرایط	کاربرد در فرآیند ارائه خدمت	متوسط عمر مفید تجهیزات	تعداد خدمات قابل ارائه در واحد زمان	متوسط زمان کاربری به ازای هر خدمت	امکان استفاده همزمان جهت ارائه خدمات مشابه و یا سایر خدمات
۱	فشارسنج جیوه ای ستونی	Riester Litman	جهت اندازه گیری فشار خون مراجعین	۳	۱	۱۲۰ ثانیه	بلی
۲	ترازو	Seca	جهت اندازه گیری وزن و محاسبه BMI	۲	۱	۶۰ ثانیه	خیر (لازم است به طور ثابت در محل مشاوره موجود و در دسترس باشد)
۳	قدسنج	Seca	جهت اندازه گیری قد و محاسبه نمایه و توده بدنی	حدود ۵ سال	۱	۶۰ ثانیه	بلی
۴	متر پلاستیکی جهت تخمین علمی قد و وزن با اندازه گیری طول ulna، ارتفاع زانو و ...			۲		۳۰۰ ثانیه	بلی
۵	فرم های ارزیابی و کمک نرم افزارهای مورد تأیید		جهت ثبت سوابق بیماری/مشکلات مراجعین و ارائه مشاوره بر اساس اطلاعات کسب شده	۵ سال	۱-۳	۱۵ دقیقه	خیر

ی) داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	مکمل های ویتامین و مینرال	برحسب نیاز
۲	محصول های حمایت تغذیه ای	برحسب نیاز

* انواع مکمل های غذایی برحسب تشخیص به میزان مورد نیاز توسط مشاور تغذیه تجویز و توسط بیمار (و در صورت بستری بودن توسط بیمارستان) تهیه می گردد.

ک) استانداردهای ثبت (شامل گزارش نتایج درمانی و ثبت در پرونده بیمار و بررسی های حین درمان از جمله سوابق

بیمار و تلفیق دارویی):

- فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای تکمیل شده توسط پرستار
- فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان تکمیل شده توسط کارشناس تغذیه
- فرم پیگیری وضعیت تغذیه ای بیمار تکمیل شده توسط کارشناس تغذیه
- برگ درخواست مشاوره پزشک معالج از تیم تغذیه
- برگ درخواست مشاوره از داروساز بالینی جهت ارزیابی فارماکوتراپی و بررسی تداخلات دارو- تست های آزمایشگاهی و غذا

ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

همه بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده که بر اساس فرم ارزیابی اولیه پرستاری یا تشخیص پزشک معالج، نیاز به حمایت های تغذیه ای دارند.

م) شواهد علمی در خصوص کنتر اندیکاسیون های دقیق خدمت:

کنتر اندیکاسیون ندارد.

ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

- ویزیت نخست: ۲۰ تا ۳۰ دقیقه
- ویزیت های بعدی: ۱۵ دقیقه

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

مشاوره تغذیه در ابتدای بستری بیمار صورت گرفته و زمان بندی ویزیت تغذیه بیماران در حین بستری باید با توجه به نیاز به بررسی تطابق بیمار با رژیم غذایی تجویز شده، نیاز به تغییر رژیم غذایی و در صورت لزوم تغییر روش تغذیه شدن (تغذیه دهانی، انترال، پرنترال) در هنگام بستری با هماهنگی پزشک معالج و مشاوره تغذیه انجام شود .

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

اهداف تغذیه ای در بیماری کرون:

- دفع مایعات و الکترولیت های ناشی از اسهال و استفراغ جایگزین گردد.
 - کمبود های مواد مغذی جایگزین شده و سوء جذب یا کمخونی اصلاح گردد.
 - عدم تحمل های لاکتوز و گلوتن پایش شود.
 - به منظور بهبودی در ترمیم زخم، غذاهای حاوی اسیدهای چرب کوتاه زنجیر و گلوتامین، تجویز شود.
 - دریافت امگا ۳ شدت علائم را کاهش می دهد پس بهتر است در برنامه غذایی لحاظ گردد.
 - مدیریت وزن برای بیمار در نظر گرفته شود یا از دریافت ناکافی و از دست دهی مایعات و مواد مغذی پیشگیری شود.
 - به منظور اطمینان از کفایت دریافت، سطوح مواد معدنی و عناصر جزئی به دقت پایش گردد.
 - دریافت غذاهای غنی از آنتی اکسیدان افزایش یابد.
- بیمار و همراه بیمار باید از نوع رژیم غذایی که برای او تجویز می شود (دهانی، انترال، پرنترال) و علت آن و مدت تجویز این رژیم غذایی با ذکر جزئیات آگاهی یابد. همچنین بیمار باید بداند که بعد از ترخیص اثر بخشی درمان چگونه با رعایت رژیم غذایی افزایش می یابد و بیمار باید بعد از ترخیص از طریق مراجعه به درمانگاه برای تطبیق پیدا کردن با رژیم غذایی تجویزی با مشاور تغذیه در ارتباط باشد. ارتباط رو در رو و توضیحات شفاهی برای هر بیمار می تواند در کنار پمفلت یا CD نقش مؤثرتری در رعایت الگوی غذایی تجویزی دارد.

منابع:

- 1- Beyer, P., L. K. Mahan, and S. Escott-Stump. "Medical nutrition therapy for lower gastrointestinal tract disorders." Krause's food, nutrition and diet therapy. 10th ed. Philadelphia: WB Saunders (2012): 667-694.
- 2- Ross AC, Caballero B, Cousins RJ, Tucker KL, Ziegler TR. (eds.). Modern nutrition in health and disease. 11th ed., Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, US, 2014.
- 3- Feldman M, Scharchumidt BF, Sleisenger MH: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia: WB Saunders 2010.
- 4- Wolfe MM. Therapy for Digestive Disorders. Philadelphia: WB Saunders. 2006
- 5- Nutrition and Diagnosis-Related Care Eighth Edition, by Escott-Stump MA RD LDN, Sylvia, 2015.
- 6- Clinical Practice Guidelines for the Medical Management of Nonhospitalized Ulcerative Colitis: The Toronto Consensus Brian Bressler, 2015.

- 7- John K. Marshall, Charles N. Bernstein, Alain Bitton, Gastroenterology 2015;148:1035–1058.
- 8- Alastair Forbes, Johanna Escher, Xavier Hébuterne, Stanisław Kęka, Zeljko Krznaric, Stéphane Schneider, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition 36 (2017) 321-347
- ۹- فرمها و دستورالعملهای ارزیابی و پیگیری تغذیه ای بیماران بستری در بیمارستان (ویژه بزرگسالان)/پریسا ترابی، خدیجه رضایی سروکلایی، زینب قربانی، وهمکاران. ویرایش پنجم. ۱۳۹۷ پیوست ها
- 10- Forbes A, Escher J, Hébuterne X, Kęka S, Krznaric Z, Schneider S, Shamir R, Stadelova K, Wierdsma N, Wiskin AE, Bischoff SC. ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition. 2017 Apr 1;36(2):321-47.
- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

پیوست بیماری های التهابی روده

اهداف تغذیه ای در بیماری کرون:

- دفع مایعات و الکترولیت های ناشی از اسهال و استفراغ جایگزین گردد.
- کمبود های مواد مغذی جایگزین شده و سوء جذب یا کمخونی اصلاح گردد.
- عدم تحمل های لاکتوز و گلوتن پایش شود.
- به منظور بهبودی در ترمیم زخم، غذاهای حاوی اسیدهای چرب کوتاه زنجیر و گلوتامین تجویز شود.
- دریافت امگا ۳ شدت علائم را کاهش می دهد پس بهتر است در برنامه غذایی لحاظ گردد.
- مدیریت وزن برای بیمار در نظر گرفته شود یا از دریافت ناکافی و از دست دهی مایعات و مواد مغذی از طریق ترشحات پیشگیری شود.
- به منظور اطمینان از کفایت دریافت، سطوح مواد معدنی و عناصر جزئی به دقت پایش گردد.
- دریافت غذاهای غنی از آنتی اکسیدان افزایش یابد.
- تحریک های مکانیکی کاهش یابد و در بیماران دچار اسهال استراحت در نظر گرفته شود.
- سطوح سرمی ویتامین D پایش شود و در صورت نیاز مکمل ویتامین D تجویز گردد.
- از عوارضی مانند انسداد، سنگ های کلیوی پیشگیری شود.
- کمبود فولات و ویتامین B۱۲ اصلاح گردد.
- دریافت بالای میوه و فیبر رژیمی اثر محافظتی دارد. دریافت بالا و مداوم موند و دی ساکارید ها و چربی ها ریسک بروز بیماری را افزایش می دهد.
- در صورت بروز استئاتوره، مکمل MCT بهتر تحمل می شود.
- در صورت نیاز، مکمل یاری مولتی ویتامین و مواد معدنی بخصوص تیامین، فولات، ویتامین B۱۲، ویتامین E، روی، ویتامین D، کلسیم، منیزیم و آهن صورت گیرد.
- در صورت عدم تحمل به لاکتوز، دریافت لاکتوز کاهش یابد (دریافت شیر بدون لاکتوز).
- وعده های غذایی کوچک و مکرر بهتر تحمل شوند.

آموزش تغذیه و مشاوره در بیمارستان در بیماری کرون:

- بیماران به مصرف غذا تشویق شوند. ترس های مربوط به زمان های صرف غذا در بیماران کاهش یابد.
- کمک های دوره ای یا ارزیابی مجدد توسط یک مشاور تغذیه ممکن است مفید واقع شود. درمورد فیبر، مایعات و مکمل ها با بیمار صحبت شود.
- از افزایش دریافت منابع پتاسیم در طول دوره های اسهال اطمینان حاصل شود.
- به بیمار در مورد خوب جویدن غذاها و خودداری از بلع هوا آموزش داده شود.
- چگالی استخوان باید سالانه مورد پایش قرار گیرد. بر دریافت کلسیم و ویتامین D تأکید شود و در صورتی که بیمار نتواند از شیر استفاده کند، درمورد منابع جایگزین با بیمار صحبت شود. بیماران به انجام ورزش تشویق شوند.

اهداف مداخلات درمانی در کولیت اولسراتیو:

- به منظور جلوگیری از اختلال وضعیت تغذیه ای از محصولات حاوی اسیدهای چرب کوتاه زنجیر و گلوتامین استفاده شود .
- اختلالات الکترولیت و مایعات اصلاح گردد.
- مشاوره تیم درمانی روان شناسی و جراحی ، به منظور حفظ بهبودی بیماری، به حداقل رساندن اثرات نامطلوب دارو و بیماری به موقع اجرا گردد.
- از تحریک بیشتر روده خودداری شود. دریافت فیبر با توجه به مواردی از قبیل اسهال و استئاتوره تنظیم گردد.
- منابع غنی از آنتی اکسیدان و اسید های چرب امگا سه در رژیم غذایی (به دلیل نقش در فرآیندهای التهابی) برای بیمار فراهم گردد.
- استفاده طولانی مدت از کورتیکواستروئیدها، کمبود کلسیم و ویتامین D و BMI پایین از فاکتورهای مرتبط با بیماری های استخوانی می باشد. در صورت نیاز کمبود های مواد مغذی جبران شود.
- کمبود ویتامین B12 و فولات سابقه درمان با متوترکسات در نظر گرفته شود.

آموزش تغذیه و مشاوره در کولیت اولسراتیو بعد از اجرا:

- از عدم مصرف غذاهایی که باعث ایجاد اسهال در بیماران می شود، اطمینان حاصل شود.
- از مصرف غذاها و نوشیدنی های بسیار گرم یا بسیار سرد اجتناب شود.
- وعده های غذایی منظم یکی از بخش های مهم درمان می باشد. وعده های غذایی کوچک و مکرر باعث افزایش در دریافت غذا می شود. ۲ تا ۳ ساعت قبل از خواب وعده غذایی مصرف نشود.
- در زمان های ناراحتی، از مصرف نوشیدنی های یخی و گازدار که ممکن است باعث تحریک حرکات پرستالتیک شوند، اجتناب شود.
- به بیمار در مورد صرف آرام غذا و خوب جویدن آموزش داده شود.
- در مورد نقش رژیم در کاهش التهاب به بیمار آموزش داده شود. مصرف اسیدهای چرب امگا ۳ و مکمل مولتی ویتامین مینرال یک بار در روز توصیه می گردد.

- در مورد غذاهای غنی از فیبر و زمانی که باید از مصرف آن ها اجتناب شود (نظیر زمان های ناراحتی گوارشی) به بیمار مشاوره تغذیه داده شود.
- به منظور تنظیم مجدد وزن، توصیه هایی به بیمار در مورد اضافه کردن پروتئین و انرژی به رژیم غذایی آموزش داده شود.
- در مورد اثرات مثبت منابع غذایی پروبیوتیک با بیمار صحبت شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:
Medical Center: مرکز آموزشی درمانی/درمانی:

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان
Adults' Professional Nutritional Assessment & care Form

ID Number : کد ملی:		Unit No : شماره پرونده:	
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward : بخش:	Name: نام:	Family Name : نام خانوادگی:
	Room : اتاق:		
	Bed : تخت:		
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Sex : جنس: Female ☐ زن: Male ☐ مرد:	Date of Birth : تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name : نام پدر:
Recent physical activity level : میزان فعالیت بدنی اخیر بیمار: mild ☐ سبک sedentary ☐ خیلی سبک Extreme ☐ شدید moderate ☐ متوسط		Current status of Pregnancy/Lactation : وضعیت بارداری/شیردهی: None ☐ هیچکدام Nursing ☐ شیرده Pregnant ☐ باردار:	
Dx. : تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:		سابقه مصرف اخیر مکمل های غذایی و داروها: Recent medicine or supplement intake history	
Medicine Order : داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج:		Underlying Dis. : بیماری های زمینه ای:	
Diet Order : دستور غذایی پزشک معالج:		Food or Drug Allergy : حساسیت غذایی یا دارویی:	
نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک: Nil Per Os ☐ مع تغذیه با دهان Oral Nutrition ☐ تغذیه دهانی Enteral Nutrition ☐ تغذیه با لوله Total Parenteral Nutrition ☐ تغذیه وریدی			
Anthropometric Data : اطلاعات تن ستی:			
BMI (kg/m2) : نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع):	Height (Cm) : قد (سانتیمتر):	Current Body Weight (Kg) : وزن فعلی (کیلوگرم):	
ضخامت چین پوستی (سانتیمتر): Skin fold Thickness (Cm) (Biceps-Triceps)	MAC (Cm) : دور بازو (سانتیمتر):	Usual Body Weight (Kg) : وزن معمول (کیلوگرم):	
مدت زمان تغییرات وزن اخیر: Weight Variation Duration(W/M) (هفته / ماه)	تغییر وزن اخیر: (بلی اخیر): Recent Weight Change (Y/N) مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):	Ideal Body Weight (Kg) : وزن ایده آل (کیلوگرم):	

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - ۱۹ - ۹۳/۱۱

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان

V1- این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود.

Gastrointestinal/Digestive Disorders		مشکلات گوارشی و غذایی:	
(Reflux) ☐ ریفلاکس	Diarrhea ☐ اسهال	Vomiting ☐ استفراغ	Nausea ☐ تهوع
Constipation ☐ یبوست	Anorexia ☐ کاهش مصرف یا بی اشتهايي طی هفته گذشته	Dysphagia and Chewing Problems ☐ اختلال بلع و جویدن غذا	
Denture problems ☐ مشکلات دهانی یا دندانی / دندان مصنوعی	Skin, Hair, & Nails changes ☐ تغییرات مو و پوست، ناخن		
Clinical Status			
Edema ☐ ادم	(Subcutaneous Dystrophy) ☐ کاهش چربی زیر جلدی	Wasting ☐ تحلیل عضلانی مشهود	Ascitis ☐ آسیت
weakness/tremors ☐ ضعف/ لرزش	Skin, Hair, & Nails changes ☐ تغییرات مو و پوست، ناخن		
The Laboratory Test Needed for Follow up		آزمایش های مورد نیاز برای پیگیری	
Diet History		تاریخچه مختصر رژیم غذایی/ سابقه رژیم های غذایی	
Malnutrition Grade:		نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه:	
Severe Malnutrition ☐ سوء تغذیه شدید	Moderate Malnutrition ☐ سوء تغذیه متوسط	At Risk of Malnutrition ☐ در معرض سوء تغذیه	
Nutritional Needs		نیازهای تغذیه ای:	
(Protein: g/d) نیاز پروتئین مورد نیاز:	(Energy: Kcal/d) نیاز انرژی مورد نیاز:		
(Supplement) نیاز مکمل تغذیه ای مورد نیاز:	(Fluid: cc/d) نیاز حجم مایعات مورد نیاز:		
Food and Drug Interactions		تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار:	
Recommended Diet at the First Visit		رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت:	
Physician s' Name/signature/stamp نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج		Dietitians' Name /Signature/Stamp نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه	
Date of Form Approving تاریخ رؤیت فرم تکمیل شده:		Date of Form Filling تاریخ تکمیل فرم:	

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

ID Number: کد ملی:

Unit No: شماره پرونده:

فرم پیگیری وضعیت تغذیه

Nutritional Status Follow up Form

Attending physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:			
Date of admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father Name: نام پدر:			
		Bed: تخت:		Sex: جنس:					
		Female ☐ زن: Male ☐ مرد:							
Dietitians' signature and stamp مهر و امضاء مشاور تغذیه	Recommended diet رژیم غذایی پیشنهادی	Recommended supplement مکمل های غذایی پیشنهادی	Appetite Status وضعیت اشتها (ضعیف / متوسط / خوب)	Intake Route (EN-TPN-PO-NPO) نحوه تغذیه	Edema (-/+) ادم	Laboratory test results نتیجه آزمایشات مورد نیاز	MAC محیط دوز یازو (Cm)	Weight (Kg) وزن	Index شاخص
									First Visit نوبت اول
									Second Visit نوبت دوم
									Third Visit نوبت سوم
									Fourth Visit نوبت چهارم
									Fifth Visit نوبت پنجم
									Sixth Visit نوبت ششم
☐ بله ☐ خیر آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟		☐ بله ☐ خیر آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟							
Date of Form Filling: تاریخ تکمیل فرم:		Dietitians' Name /Signature/Stamp:		نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:					

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - ۲۰ - ۹۳/۱۱

فرم پیگیری وضعیت تغذیه