

مبادی جراحی

نظری و عملی

برای محصلان طب و داکتران شامل برنامه تخصص پرستیب جراحی



پوهندوی داکتر بسم الله شيوامل (Ph.D, MD)

داکتر عبدالرحمن حمید (MD)

ଆଜ୍ଞା
କେନ୍ଦ୍ର
ଭୁବନେଶ୍ୱର



تندیسی از ابر مرد خردگرا و اهریمن ستیز ابوعلی سینا

(شیخ الرئيس، حجة الحق، شرف الملک، حسین فرزند عبدالله حسن فرزند علی
فرزند سینا)

مبادی جراحی

(نظری و عملی)

پوهندوی داکتر بسم الله شیوامل Ph.D, MD
متخصص امراض جراحی عمومی

داکتر عبدالرحمن حمید MD
متخصص امراض جراحی عمومی

سال ۱۴۰۰

سرشناسه: شیوامل، بسم الله، ۱۳۳۳.
 حمید، عبدالرحمن، ۱۳۵۹.
 عنوان و نام پدیدآورندگان: مبادی جراحی (نظری و عملی) / داکتر بسم الله شیوامل و داکتر عبدالرحمن حمید.
 مشخصات نشر: کابل، انتشارات پوهنتون غالب، ۱۴۰۰.
 مشخصات ظاهری: وزیری ۶۳۲ ص.
 موضوع: طبی - جراحی.
 ISBN: 978-9936-8061-7-7



مبادی جراحی (نظری و عملی)

مؤلفان: پوهندوی داکتر بسم الله شیوامل Ph.D, MD و داکتر عبدالرحمن حمید MD

ناشر: پوهنتون غالب

ویراستار: علی نظری

طراح جلد و صفحه آرایی: گروه هنری واژه

چاپ اول: بهار ۱۴۰۰

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: واژه

شابک: ۷-۷-۸۰۶۱-۹۹۳۶-۹۷۸

تمام حقوق (چاپ، کپی، عکس و انتشار الکترونیکی) این اثر برای ناشر محفوظ است.

مراکز پخش و فروش:

شعبه اول: کابل، چهار راه پل سرخ، مارکت تجارتي ملي، کتابفروشی نشر واژه، ۰۷۸۴۹۱۱۱۱۷

شعبه دوم: پل سوخته، مارکت محمدی، دکان شماره ۳۵، کتابفروشی نشر واژه، ۰۷۸۴۹۱۱۱۱۶

اهداء:

به فرشتگانی،

که دلسوزانه و صادقانه در راه مبارزه با پاندمی ویروس کرونا در سرزمین
به خاک، خون و خاکستر نشسته‌ای ما جان‌های شیرین شان را فدا
کردند.

سخن ناشر

پوهنتون غالب در سال ۱۳۸۹ به عنوان مؤسسه تحصیلات عالی جواز فعالیت خویش را از وزارت تحصیلات عالی جمهوری اسلامی افغانستان اخذ نمود که با توجه به رعایت قوانین، پالیسی ها و دستورالعمل های وزارت تحصیلات عالی، توانست در سال ۱۳۹۴ از مؤسسه تحصیلی به پوهنتون ارتقا نماید.

پوهنتون مرکز تحقیق و تدریس بوده، با اجرای تحقیقات علمی برای چالش های موجود در ساحات علمی، فرهنگی، اجتماعی، عدلی، قضایی، اقتصادی و طبابت می توان راه حل جستجو نمود. انکشاف پوهنتون غالب با قابلیت اجرای تحقیقات علمی معیاری در سطح ملی و منطقوی به منظور کسب و تولید دانش و رفع نیازمندی های ملی ضروری به نظر می رسد. امروز در جهان معیارهای درجه بندی پوهنتون ها را تعداد مقالات و آثار علمی چاپ شده در آن پوهنتون ها و سیستم علمی آنها تشکیل می دهد.

بنیادی ترین مشکل در بخش تحصیلات عالی افغانستان نبود منابع معتبر درسی برای محصلان است. کمبود کتاب های مرجع از یک جهت و نداشتن تسلط کافی محصلان به زبان های خارجی جهت استفاده از کتاب های مرجع از سوی دیگر این چالش را جدی تر ساخته است. در بسا موارد در عده ای از نهادهای تحصیلات عالی دیده شده که تنها سرفصل های جدید و منابع تخصصی برای محصلان به معرفی گرفته می شود که نمی توان آن بحث های تخصصی را به عنوان منابع درسی برای محصلان عنوان کرد. محصلان از این جهت به مشکلات جدی برخورد کرده و حتی با توجه به موانع ذکر شده، نمی توانند آنچه که مطابق نصاب تحصیلی شان به عنوان مواد و عناوین

درسی لازم است، را فراگیرند.

پس از تأسیس آمریت انتشارات در مرکز تحقیقات علمی پوهنتون غالب، تلاش بر آن شد تا هر استاد در رشته‌های مربوط خویش به غنامندی منابع درسی آن رشته اقدام نماید تا از یک سو خلاهای موجود منابع درسی محصلان رفع گردد و از جانی هم پوهنتون بتواند با انتشار مقالات، کتب و مواد درسی مورد نیاز، معیارهای علمی را نیز مرفوع سازد.

امید داریم که پوهنتون غالب به همت اعضای کادری علمی دانشمند و مستعد با نشر آثار علمی و معیاری بتواند برای سایر نهادهای تحصیلی کشور الگو شده تا آنها نیز در رفع کاستی‌های علمی کشور به سهم خویش تلاش نمایند.

مرکز تحقیقات علمی پوهنتون غالب

فهرست مطالب

۲۹	..... به جای مقدمه
۳۱	..... تقریظ
۳۳	..... تقریظ

فصل ۱

رسیدگی به مشکلات جراحی (Investigate surgical problems)

۳۷	..... جراحان چه کار را انجام می دهند؟
۳۸	..... کدام نوع مریضان به جراح مراجعه می کنند؟
۳۸	..... فرایند تشخیص (Diagnosis process):
۳۹	..... فرمول بندی تشخیص (Sorting Diagnosis):
۴۰	..... تظاهرات سریری (Clinical manifestations):
۴۱	..... اعراض (Symptoms):
۴۱	..... اعراض مهم نزد مریضان مصاب آفات جراحی:
۴۱	..... درد (The pain):
۴۲	..... انواع درد (Types of pain):
۴۴	..... نقص یا عسرت بلع (dysphagia):
۴۴	..... بی اشتهاهی (anorexia):
۴۵	..... استفراغ (vomiting):
۴۶	..... خارش جلد (pruritus):

۴۶	تغییر عادت روده‌ها (altered bowel habit):
۴۷	مشاهده و تکنیک معاینه (observation and technical examination):
۴۷	اساسات تکمیل دوسیه مریضان جراحی:
۴۸	۱. تاریخچه (history)
۴۸	عمومیات اخذ تاریخچه (history taking):
۴۹	استجواب از مریض:
۴۹	اسناد دست‌داشته مریض:
۵۰	ثبت اطلاعات شخصی:
۵۲	بیمه صحی (Health insurance):
۵۲	وسيله تماس (Contact):
۵۲	مرض موجود:
۵۲	شکایت عمده (Chief Complaints):
۵۵	سایر تاریخچه‌های مرتبط (Other relevant histories):
۵۶	تاریخچه شخصی (Personal History):
۵۶	تاریخچه اجتماعی (Social history):
۵۷	تاریخچه دستگاه‌ها:
۵۸	معاینات قبلی:
۵۹	۲. معاینه عمومی جسم:
۶۰	معاینه اساسی جراحی:
۷۰	معاینه موضعی (Local exam):
۷۱	۳. معاینات اختصاصی:
۷۱	معاینه سریری بطن مزمن:
۸۴	معاینه سریری یک بطن حاد:
۱۰۳	تشخیص امراض بطنی:
۱۱۵	نکات اساسی معاینه سریری یک تورم و یک تومور:

فصل ۲

کار روزانه سرویس جراحی

۱. پذیرش مریض ۱۲۷
- آمادگی لازم برای محل نگهداری (اتاق) اسناد مریض: ۱۲۷
- بستری کردن مریضان انتخابی (Selective) ۱۲۸
- بستری کردن مریضان عاجل: ۱۲۸
- تدابیر عاجل: ۱۲۹
۲. ویزیت سرویس: ۱۳۰
- عمومیات: ۱۳۰
- روش یا میتود: ۱۳۰
۳. دوسیه و اسناد مریض: ۱۳۲
- اهمیت موضوع: ۱۳۲
- دوسیه مریض: ۱۳۲
- پروتکول عملیات: ۱۳۴
- نامه داکتر (ورق مرخصی): ۱۳۴
۴. نسخه‌ها و جدول‌ها: ۱۳۵
- نسخه مواد مخدر ۱۳۷
- تصدیق مریضی ۱۳۹
- رد کردن تداوی / رخصت شدن به خواهش مریض ۱۴۰
- تقاضای پی‌گیری تداوی برای مریض: ۱۴۱
- ورق ترانسپورت: ۱۴۱
- آمادگی برای معاینه رادیوگرافی: ۱۴۲
۵. خدمات احصائیوی رمزی (کد): ۱۴۳
- عمومیات: ۱۴۳
- تشخیص اساسی: ۱۴۳
- تشخیص جانبی: ۱۴۳

۱۴۴	..... اقدام عملی:
۱۴۴	..... ۶. داکتر نظر دهنده حادثات:
۱۴۴	..... عمومیات:
۱۴۶	..... روش یا میتود:
۱۴۸	..... ۷. بررسی یا ارزیابی:
۱۴۸	..... عمومیات:
۱۵۰	..... روش یا میتود:

فصل ۳

تعویض پانسمان، مراقبت از جرحه و گرفتن خیاطه‌ها

۱۵۷	..... ۱- تعویض پانسمان و مراقبت از جرحه:
۱۵۷	..... اساسات:
۱۶۲	..... پاک کردن جرحه:
۱۶۵	..... نگاهی به مراحل مختلف میتود پاک کردن جرحه:
۱۷۱	..... انتخاب مواد پانسمان:
۱۸۰	..... آمادگی برای تبدیلی پانسمان توسط جراح:
۱۸۰	..... طرز کار در صورتی که دریناژ و یا کتیتز موجود باشد:
۱۸۳	..... ۲- واکوم تراپی جروحات متتن:
۱۸۳	..... اساسات:
۱۸۴	..... واکوم چگونه کار می‌کند:
۱۸۵	..... سیستم واکوم چه می‌کند؟
۱۸۶	..... چه مواد برای تداوی واکوم نیاز است؟
۱۸۷	..... واک پمپ:
۱۸۷	..... پروگرام‌های اساسی واک پمپ عبارت‌اند از:
۱۸۷	..... اشکال مختلف اسفنج:
۱۹۳	..... ۳- طرز گرفتن خیاطه‌های جلدی:

فصل ۴

جروحات، ترمیم و تداوی

۱۹۹	..... اسباب و انواع جرحه
۱۹۹	..... تعریف جرحه:
۱۹۹	..... انواع جرحه
۱۹۹	..... اسباب:
۲۰۲	..... ترمیم جرحه:
۲۰۴	..... تداوی جرحه:
۲۰۴	..... مراقبت جراحی جرحه:
۲۰۵	..... تداوی اختصاصی جروحات:
۲۰۶	..... تشوشتات تداوی:

فصل ۵

بذل و زرقیات

۲۱۱	..... بذل (puncture)
۲۱۱	..... بذل وریده‌های محیطی (Pereferal venipuncture):
۲۱۲	..... بذل شریانی:
۲۱۴	..... بذل پلورا:
۲۱۸	..... بذل و تطبیق کتیر مثنی:
۲۱۸	..... بذل مثنه و تطبیق کتیر مثنی فوق عانی:
۲۲۰	..... تطبیق کتیر مثنی:
۲۲۲	..... بذل حبن (Ascitis):
۲۲۵	..... تزریق (injection):
۲۲۵	..... زرقیات داخل جلدی:
۲۲۵	..... زرقیات تحت‌الجلدی:
۲۲۵	..... زرقیات داخل وریدی:

۲۲۶	..... زرقیات داخل عضلی:
۲۲۷	..... زرقیات اوعیه
۲۲۷	..... زرقیات اوعیه محیطی و مرکزی:
۲۳۰	..... زرقیات کتیتر شریانی:
۲۳۰	..... زرقیات ورید مرکزی:
۲۳۳	..... زرقیات ورید بازلیک (basilic vein):
۲۳۴	..... زرقیات ورید وداجی داخلی:
۲۳۶	..... مراقبت کتیتر ورید وداجی داخلی:
۲۳۷	..... زرقیات ورید تحت الترقوی:

فصل ۶

گرفتن نمونه مواد برای معاینه میکروبیولوژیک

۲۴۳	..... گرفتن خون برای کلچر:
۲۴۳	..... اساسات:
۲۴۳	..... طرز اجرا:
۲۴۴	..... گرفتن نمونه از کتیتر و دریناژ:
۲۴۴	..... اساسات:
۲۴۴	..... طرز اجرا:
۲۴۴	..... گرفتن نمونه از بلغم، شزن و قصبات:
۲۴۴	..... روش گرفتن مواد:
۲۴۵	..... گرفتن نمونه از ادرار:
۲۴۵	..... تخنیک گرفتن مواد:
۲۴۵	..... گرفتن مواد از سواب (smear) swab:
۲۴۶	..... تخنیک گرفتن مواد:
۲۴۸	..... گرفتن مواد توسط بذل:
۲۴۸	..... تخنیک گرفتن مواد:
۲۴۸	..... توصیه برای لابراتوار:

۲۴۸	گرفتن نمونه از مدفوع (مواد غایبه):
۲۴۸	تخنیک گرفتن مواد:
۲۴۸	توصیه برای لابراتوار:

فصل ۷

دریناژ در مداخله جراحی

۲۵۱	اساسات:
۲۵۱	دریناژ جوف پریتون:
۲۵۲	دریناژهای ساخته شده از مواد نرم:
۲۵۴	دریناژهای Bulau (Chest tube):
۲۵۷	دریناژ T:
۲۵۷	اشکال دیگر دریناژ:
۲۵۸	سند معدی (NG. Tube):
۲۵۹	استطباب:
۲۵۹	اختلاطات:
۲۵۹	طرز تطبیق:
۲۶۰	طرز تطبیق نزد افراد بیهوش و انتوبه شده:
۲۶۰	استطباب:
۲۶۱	معایب:
۲۶۱	اختلاطات:
۲۶۲	طرز تطبیق:
۲۶۴	intestinal tubes:
۲۶۴	استطباب:
۲۶۴	طرز تطبیق:

فصل ۸

تطبیق مایعات و مواد غذایی

۲۶۷	حجم تعویضی:
۲۶۸	مایعات مورد ضرورت روزانه:
۲۶۸	استطباب:
۲۶۹	محلولات سیر می کریستالوئید:
۲۷۰	محلولات سیر می کلونید:
۲۷۰	اساسات:
۲۷۱	تغذی پرائترل Parentrale:
۲۷۱	استطباب:
۲۷۱	مضاد استطباب:
۲۷۱	اختلاطات:
۲۷۲	ضرورت انرژی: قانون Faust:
۲۷۲	مجموع تغذی پرائترل:
۲۷۴	معاینه کنترلی:
۲۷۴	تغذی انترل Entrale:
۲۷۴	استطباب:
۲۷۵	محلولات تغذی:
۲۷۶	مدخل یا محل تطبیق:
۲۷۶	اپلیکیشن (Application) یا تقاضا:
۲۷۷	فشار ورید مرکزی CVP (Central venous pressure):
۲۷۷	اساسات:
۲۷۸	پورت ورید مرکزی:
۲۷۸	اساسات:
۲۸۴	مراقبت بعدی:
۲۸۴	اختلاط بعد از عملیات:

۲۸۶	..... باز کردن ورید یا Venasection یا Cut down
۲۸۶	..... اساسات:

فصل ۹

مراقبت مقعد مصنوعی (colostomy Care / ileostomy Care)

۲۹۱	..... مراقبت مقعد مصنوعی:
۲۹۲	..... تغییرات بعد از عملیات
۲۹۲	..... مراقبت مقعد مصنوعی با خریطه:
۲۹۴	..... موارد مورد نیاز و طرز اجرا:

فصل ۱۰

انستیزی برای جراحان

۲۹۹	..... انستیزی ناحیوی:
۲۹۹	..... (Local anesthesia) انستیزی موضعی
۳۰۱	..... اجرای انستیزی ناحیوی:
۳۰۱	..... (Superficial anesthesia) انستیزی سطحی:
۳۰۲	..... (Infiltration Anesthesia) انستیزی منتشر یا انفیلتریشن
۳۰۳	..... (Regional venous anesthesia) (براساس Bier) : انستیزی منطقه‌ای وریدی
۳۰۴	..... (Anesthesia of the nervous block) انستیزی بلوک عصبی

فصل ۱۱

تداوی درد (pain therapy)

۳۱۳	..... اساسات تداوی درد:
۳۱۴	..... استطباب:
۳۱۴	..... انالجزیک‌های غیر اوپئوئید:

- ۳۱۵ ادویه غیر اسیدی انتی پیریتیک (Paracetamol ، Metamizol):
- ۳۱۶ فلوپیرتین (Flupirtin) مانند (Katadolon):
- ۳۱۷ انالجزیک‌های اوپوئید:
- ۳۱۷ اساسات:
- ۳۱۷ اوپوئیدهای ضعیف:
- ۳۱۷ اساسات:
- ۳۱۸ اوپوئیدهای قوی برای دردهای مزمن:
- ۳۱۹ فنتانول (Fentanyl):
- ۳۱۹ اوپوئیدهای قوی برای تداوی دردهای حاد:
- ۳۱۹ انالجزیک‌های کمکی:
- ۳۲۰ تداوی درد بعد از عملیات:
- ۳۲۰ تنظیم خطوط اساسی ادویه ضد درد:
- ۳۲۱ تداوی دردهای مزمن (تومورال):

فصل ۱۲

ترانسفیوژن (Tranfusion)

- ۳۲۵ مسائل حقوقی:
- ۳۲۶ ترانسفیوژن اریتروسیت‌ها (Erythrocyte):
- ۳۲۹ ترانسفیوژن ترمبوسیت‌ها:
- ۳۳۰ ترانسفیوژن پلازما تازه (Substitution of Fresch frozen plasma):
- ۳۳۰ ترانسفیوژن مواد خاص:
- ۳۳۰ ترانسفیوژن البومین انسانی:

فصل ۱۳

سازمان دهی و مراقبت مریضان جراحی و توقف خونریزی در مداخله جراحی

- ۳۳۳ مراقبت قبل از عملیات:

۳۳۳	..... گذاشتن استتباب:
۳۳۴	..... توانایی تحمل انستیزی و عملیات:
۳۳۴	..... ارائه توضیحات لازم:
۳۳۷	..... معاینات قبل از مداخله جراحی:
۳۳۸	..... آماده ساختن مریض:
۳۳۸	..... پاک کردن امعاء:
۳۳۹	..... تمرین تنفسی:
۳۳۹	..... تثبیت شکر خون:
۳۴۰	..... تنظیم ادویه قبل از عملیات:
۳۴۰	..... تدابیر اضافی برای امراضی که قبلاً تشخیص شده است:
۳۴۱	..... مایعات قبل از عملیات:
۳۴۲	..... تنظیم اساسات اسید و قلوئ عضویت:
۳۴۳	..... تداوی و قایوی ضد ترمبوز:
۳۴۳	..... وقایه از ترمبومبولی:
۳۴۴	..... استتباب عمومی وقایه ترمبومبولیک:
۳۴۵	..... مراقبت قبل از عملیات و انتی بیوترابی پروفیلکسی:
۳۴۹	..... مراقبت زمان عملیات
۳۴۹	..... وضعیت دادن مریض:
۳۴۹	..... محافظت توسط پنبه:
۳۵۳	..... طرز تعویض لباس:
۳۵۵	..... دست شستن جراحی و مواد مورد استفاده برای انتی سپسی دست‌ها:
۳۵۸	..... انتخاب مواد ضد عفونی:
۳۵۹	..... ضد عفونی کردن جلد محل مداخله:
۳۵۹	..... پوشانیدن معقم مریض (Drape):
۳۶۰	..... آماده کردن عملیات‌های سپتیک:
۳۶۱	..... مراقبت بعد از عملیات:
۳۶۱	..... زمان بستری بودن مریض بعد از عملیات:

۳۶۲	..... مراقبت جرحه عملیاتی:
۳۶۴	..... نظریه Fast - Track - Conept (FTC)
۳۶۵	..... توقف خونریزی در مداخله جراحی
۳۶۵	..... تخنیک جراحی:
۳۶۵	..... لیگاتور اوعیه:
۳۶۵	..... تخنیک کواگولیشن:
۳۶۷	..... هموستاتیک‌های موضعی:
۳۶۸	..... امکانات ذخیره کردن تقریبی خون و جلوگیری از تصمیم گرفتن به ترانفیوژن:

فصل ۱۴

اختلالات معمول در جراحی

۳۷۳	.....هماتوم/ خونریزی مجدد (Hematoma /rebleeding):
۳۷۴	.....انتان و جدا شدن جرحه (Wound infection & wound dehiscence):
۳۷۴	.....تعریف
۳۷۴	.....پتوجنیزس:
۳۷۴	.....وقوعات:
۳۷۵	.....اعراض سریری:
۳۷۵	.....تداوی:
۳۷۶	.....وقایه:
۳۷۶	.....تمزق جرحه (wound rupture):
۳۷۷	.....تمزق جدار بطن:
۳۷۸	.....SEROMA تشکل جیب:
۳۷۸	.....دلبدی و استفراغ (nausea and vomiting):
۳۷۹	.....انیوری (anuria):
۳۷۹	.....عدم کفایه کلیوی حاد بعد از عملیات (postoperative acute renal failure):
۳۷۹	.....اتونی بعد از عملیات (Postoperative intestinal atony):
۳۸۰	.....تب بعد از عملیات (postoperative fever):

۳۸۲	.....post aggression syndrome
۳۸۲	.....تعریف
۳۸۲	.....پتوجنیز
۳۸۳	.....وقوعات:
۳۸۳	.....اعراض سریری:
۳۸۳	.....تداوی
۳۸۳	.....وقایه
۳۸۶	.....انتان طرق بولی (urinary infection):
۳۸۷	.....تشوش ریتم قلبی (Arrhythmia):
۳۸۷	.....دسترس حاد سیستم تنفسی (Acute respiratory distress syndrome =ARDS):
۳۹۰	.....نومونیا (pneumonia):
۳۹۰	.....امبولی ریوی (pulmonary emboli):
۳۹۱	.....ترومبوز عمیق طرف سفلی (Deep venous thrombosis):
۳۹۱	.....قرحه استرس (stress ulcer):
۳۹۲	.....زخم بستر (bedsores):
۳۹۵	.....عدم کفایه اناستموز (Anastomotic leakage):

فصل ۱۵

سامان آلات جراحی

(surgical equipment names)

۳۹۹	.....تصنیف سامان آلات جراحی
۴۰۰	.....سامان آلات جداکننده انساج (Cutting & Dissecting):
۴۰۴	.....سامان آلات محکم گیرنده و نگهدارنده (Grasping & Holding):
۴۰۷	.....سامان آلات دور نگهدارنده انساج (Exposing & Retracting):
۴۰۷	.....Hand Held Retractors
۴۰۹	.....Self Retaining Retractors
۴۱۰	.....سایر سامان آلات:

سوزن‌گیر (Needle Holders): ۴۱۳

فصل ۱۶

مواد دوخت، اشکال خیاطه‌های عضو و گره‌ها در جراحی

تارها: ۴۱۷

سوزن‌ها: ۴۲۰

تخنیک دوختن: ۴۲۵

طرز گرفتن خیاطه‌های جلدی: ۴۲۶

اشکال دیگر خیاطه‌های جلدی: ۴۳۰

مواد دوخت انساج مخصوص: ۴۳۱

گره‌های جراحی: ۴۳۴

سامان‌های قیدکننده (Stapler): ۴۳۹

Suturing & Stapling ۴۳۹

فصل ۱۷

برخورد طبی با فوت مریض

عمومیات: ۴۴۷

تثبیت مرگ و تصدیق آن: ۴۴۸

علائم فوت: ۴۴۸

مشاهده جسد و تصدیق فوت: ۴۴۹

علائم مطمئن و نامطمئن مرگ و برخورد با آن ۴۴۹

فصل ۱۸

مدیریت مریضان عاجل

مریضان شدیداً مجروح: ۴۵۳

تعریف تروما: ۴۵۳

تصنیف‌های تروما: ۴۵۶

۴۵۷	.....: (Severity classification- scoring) :تصنيف درجه وخامت تروما
۴۵۹	.....: اقدامات عاجل:
۴۶۰	.....: «Primary Survey» :بررسی اولیه
۴۷۲	.....: (secondary survey) :ارزیابی ثانوی
۴۷۶	.....: (operation phases) در یک نگاه:
۴۷۹	.....: تروماتولوژی عمومی:
۴۷۹	.....: تشخیص:
۴۷۹	.....: ترومای صدر:
۴۸۰	.....: اسباب:
۴۸۰	.....: وقوعات:
۴۸۰	.....: تقسیمات:
۴۸۰	.....: تشخیص:
۴۸۰	.....: تداوی:
۴۸۲	.....: ترومای قحفی:
۴۸۳	.....: اعراض و فزیوپتالوژی:
۴۸۷	.....: ترومای بطنی:
۴۸۷	.....: ترومای کند بطن:
۴۹۰	.....: ترومای باز بطنی:
۴۹۱	.....: بطن حاد:
۴۹۱	.....: اساسات:
۴۹۴	.....: اقدامات عاجل:
۴۹۵	.....: ساختارهای تشخیصیه:
۴۹۸	.....: تداوی جراحی:
۴۹۹	.....: امراض همراه با درد بطنی:
۵۰۰	.....: مریضان همراه خونریزی های جهاز هضمی:
۵۰۲	.....: خونریزی های جهاز هضمی:
۵۰۳	.....: (UGIB) خونریزی های قسمت علوی جهاز هضمی

۵۰۹	خونریزی‌های قسمت سفلی جهاز هضمی (LGIB):
۵۱۵	اقدامات زودرس در واقعات عاجل:
۵۱۷	اعراض سریری:
۵۱۸	اقدامات تشخیصیه:
۵۱۸	تداوی:
۵۲۱	هموستاز اندوسکوپی و عملیاتی:
۵۲۱	هموستاز اندوسکوپی:
۵۲۱	هموستاز با مداخله جراحی:
۵۲۲	تشخیص تفریقی کم‌خونی:
۵۲۳	مریضان همراه با هیموپتیزی:
۵۲۳	اساسات:
۵۲۳	ساختارهای تشخیصیه:
۵۲۴	اقدامات عاجل در واقعات خونریزی کتله‌ای:
۵۲۴	تداوی محافظت‌ی:
۵۲۴	تداوی عملیاتی:

فصل ۱۹

شوگ

(Shock)

۵۲۹	حالت شوگ (Shock situation):
۵۲۹	اساسات
۵۲۹	تعریف
۵۳۱	تشخیص تفریقی
۵۳۱	فزیوپتالوژی انواع شوگ‌ها:
۵۳۴	اقدامات عاجل در شوگ‌هایی که عامل غیرواضح دارد:
۵۳۵	ارزیابی شکل شوگ:
۵۳۷	تدابیر تشخیصیه:

۵۳۷	تداوی سببی شوک‌های تشخیص شده:
۵۳۷	اقدامات اضافی در شوک‌های هایپوولومیک:
۵۳۹	اقدامات اضافی در شوک‌های سپتیک:
۵۴۰	اقدامات اضافی در شوک‌های کاردیوژنیک:
۵۴۰	کوما چیست؟
۵۴۱	اسباب کوما:
۵۴۱	انواع مختلف کوما:
۵۴۲	توضیحات در مورد تداوی مریضان کوما:

فصل ۲۰

سوختگی

۵۴۵	اساسات:
۵۴۶	ارزیابی اولیه:
۵۴۸	پتوجنیز:
۵۵۱	تصنيف سوختگی:
۵۵۲	تداوی:
۵۵۶	تداوی سوختگی‌های جلدی:
۵۵۹	پیوند جلدی:
۵۶۱	تغذی مریض:
۵۶۲	اختلالات در مراقبت سوختگی‌ها:
۵۶۳	Rehabilitation:
۵۶۴	وقایه:
۵۶۵	سوختگی شاعی:
۵۶۵	دورنمای مطالعات:
۵۶۶	انذار:

فصل ۲۱

احیای مجدد قلبی ریوی

CPR یا (Cardiopulmonary resucitation)

۵۶۹	..... اقدامات اساسی
۵۶۹	..... شیوه کار
۵۶۹	..... تثبیت ضیاع شعور:
۵۶۹	..... تثبیت توقف تنفسی:
۵۷۰	..... تکنیک‌های خاص:
۵۷۱	..... باز کردن طرق تنفسی:
۵۷۶	..... تنفس مصنوعی:
۵۷۸	..... مساز قلبی با فشار:
۵۷۹	..... اقدامات بعدی و ختم ری‌انیمیشن:
۵۸۱	..... پایان دادن Reanimation:
۵۸۱	..... Reanimation موفقانه:

فصل ۲۲

انتانات جراحی

۵۸۵	..... تشخیص تفریقی تب:
۵۸۵	..... اساسات:
۵۸۶	..... تشخیص سراپا (ambulatory):
۵۸۷	..... اساسات تشخیص (مرحله I):
۵۸۷	..... ادامه تشخیص (مرحله II):
۵۸۸	..... اوستیو میلایت (osteomyelitis):
۵۸۸	..... اوستیو میلایت حاد (Acute osteomyelitis):
۵۸۹	..... اوستیو میلایت مزمن (Chronic osteomyelitis):
۵۹۰	..... اوستیت (osteitis):

۵۹۰	.....: (Acute osteitis) اوستیت حاد
۵۹۱	.....: (Chronic osteitis) اوستیت مزمن
۵۹۲	.....: (infectious arthritis) ارتريت انتاني
۵۹۲	.....: اساسات
۵۹۲	.....: اسباب
۵۹۳	.....: سريري
۵۹۳	.....: تشخيص
۵۹۳	.....: تداوى
۵۹۴	.....: (Sepsis) سپس
۵۹۵	.....: انتانات خاص جراحى
۵۹۵	.....: (Tetanus) تيتانوس
۵۹۶	.....: (gas gangrene) گانگرن گازى
۵۹۸	.....: (rabies) مرض سگ ديوانه

فصل ۲۳

ترانسپلانتيشن جلدی

،Skin transplant

لمفادنکتومی

Lymphadenectomy

و تراشیوستومی

Tracheostomy (cricothyrotomy)

۶۰۱	..... Skin transplant ترانسپلانتیشن جلدی
۶۰۲	.....: Autolog ترانسپلانتیشن های جلدی خودی یا اوتولوگ
۶۰۳	.....: اروای ترانسپلانتیشن ها:
۶۰۴	.....: تخنیک عملیات در جلد سوراخدار
۶۰۴	.....: مراقبت بعد از عملیات:

۶۰۴	.....Lymphadenectomy	لمف ادنکتومی
۶۰۴	.....	اساسات:
۶۰۷	.....	اختلالات بعد از عملیات:
۶۰۷	..... Tracheostomi (cricothyrotomy)	تراشیوستومی
۶۰۷	.....	اساسات:
۶۰۸	.....	تخنیک مداخله جراحی:
۶۱۱	.....	مراقبت بعد از عملیات:

فصل ۲۴

مداخلات حداقل جراحی یا (Minimally invasive surgery) MIS

۶۱۵	.....	اساسات:
۶۱۵	.....	تاریخچه:
۶۱۷	.....	تاریخچه در افغانستان:
۶۱۸	.....	تجهیزات اساسی:
۶۱۹	.....	سامان آلات:
۶۲۱	.....	telemedicine تیلیماتیک:
۶۲۱	.....	telesurgery یا جراحی از راه دور:
۶۲۳	.....	لپروسکوپی:
۶۲۷	.....	استطبابات یا استفاده از لپروسکوپی:
۶۲۷	.....	مزایای لپروسکوپی:
۶۲۷	.....	اختلالات و نواقص لپروسکوپی:
۶۲۸	..... (Single Incision Laparoscopic Surgery)	لپروسکوپی بایک مجرا
	Natural Orifice Transluminal Endoscopic	مداخله اندوسکوپی از طریق مجراهای طبیعی بدن
۶۲۹	..... (Surgery)	
۶۲۹	.....	انواع مداخله:
۶۳۱	.....	Reference

به جای مقدمه

تعدادی از دانشمندان، استادان و متخصصان رشته های طبی کشور ما به این باور اند که طبای جوان و محصلان رشته های طبی به منظور ارتقای سطح دانش مسلکی خویش بهتر است از کتاب ها و منابع اصلی که به زبان های خارجی چاپ و نشر شده است استفاده نمایند. اما چالش های اقتصادی و عدم تسلط کامل به زبان های خارجی، کمبود منابع و مواد درسی معتبر طبی که طبیبان جوان در کشور ما به آن مواجه می باشند، زمینه ی استفاده از این منابع را محدود ساخته است. تعداد دیگری از دانشمندان، استادان و اهل طب کشور را عقیده بر این است که به دلیل وجود چالش های یاد شده بهتر است به ترجمه و نوشتن کتاب ها و آثار تحقیقی به زبان های رسمی کشور اقدام صورت گیرد تا از یک سو با ذخیره نمودن کتاب های علمی به زبان های رسمی کشور، کمبود مواد و منابع علمی پُر گردد و از سوی دیگر طبای جوان و محصلان طب از نوآوری های جهان طب باخبر گردند.

طی سالهای اخیر تدریس، مشوره های دوستان، هم مسلکان و آشنایی با محصلان طب نهادهای تحصیلی مختلف از طریق شبکه های اجتماعی، به تعداد زیادی از سولاتی برخوردیم که در کار عملی جراحی محصلان و داکتران جوان رشته ی جراحی وجود دارد و متاسفانه به دلیل کمبود منابع دقیق و معتبر علمی بنا بر دشواری های عدیده ی جامعه طبی کشور، محصلان و طبیبان جوان ما نمی توانند به پاسخ های دقیق سولات خود دست یابند و اکثر آنها تقاضا داشتند تا اگر بتوانیم کتاب «مبای جراحی» را که در بر گیرنده ی توضیح به سولات آنها باشد، تهیه نماییم.

وقتی با خود اندیشیدم، دشواری های زمان کار خودم در زمان تحصیل و تخصص به یادم آمد و کار نوشتن این کتاب را نخست با استاد عبدالرحمن حمید که یکی از استادان خوب بخش اساسات جراحی فاکولته طب دانشگاه غالب هستند، در میان گذاشتم. همکاری و توافق شان را برای تهیه این چنین کتاب جلب و سپس به جمع آوری سولات و تهیه جدید ترین منابع بین المللی که پاسخگوی سولات مطروحه با در نظر داشت شرایط شفاخانه های کشور و نصاب

درسی وزارت محترم تحصیلات عالی کشور باشد اقدام نمودیم. از هیأت رهبری پوهنتون غالب بابت این اعتماد شان سپاسگزاریم.

لازم به ذکر است که نوشتن چنین کتاب در قدم نخست برای ما کاری ساده‌ای نبود، ولی نیازمندی جامعه، تشویق همکاران و محصلان عزیز، ما را در رسیدن به این هدف بزرگ کمک و یاری نمود. البته در جریان نوشتن این اثر، همکاری‌ها و کمک‌های تعداد زیادی از همکارانم در سرویس جراحی که مصروف کار هستم و مشوره‌های جراحان نامدار کشور ما و کشور آلمان مرا یاری رسانید که از آنها نیز ابراز سپاس و امتنان می‌نمایم.

در نوشتن این اثر تلاش صورت گرفته است تا اساسات کار در سرویس جراحی که برای هر محصل طب و جراح جوان با آغاز دوره ستاژ صنفی نیاز است، معلومات مفصلی با متن توضیحی به زبان ساده‌ای طبی، تصویری بصورت نظری و عملی و در بسا موارد به شیوه‌ای قدم به قدم ارایه گردد تا در اجرای پروسه مورد نظر بتواند راهنمای خوبی برای استفاده کننده باشد. در نوشتن این اثر از اندوخته‌ها و تجارب زمان کاری خود و همکاران ما در داخل و خارج کشور، از نشرات جدید جهانی، آثار تحقیقی، ترجمه‌ی مقالات استفاده به عمل آمده است.

امیدواریم که این مختصر بتواند گوشه‌ی از دشواری‌های مسلکی محصلان عزیز طب و داکتران جوان را مرفوع سازد و از جانب دیگر خلای کمبود مواد درسی علمی به زبان‌های رسمی کشور را نیز تا حدی برطرف سازد.

لازم به تذکر است تا از تمام همکاران و دوستان (داکتر صاحب سونیتا جان محمدی) که در نوشتن و اصلاح این کتاب ما را یاری رسانیده‌اند و همچنان از جناب محترم قاسم فرزام مسئول و سایر دست‌اندرکاران گروه هنری نشر واژه که در ویراستاری، طرح و دیزاین کتاب، صادقانه تلاش نموده‌اند اظهار سپاس و امتنان نمایم.

با عرض حرمت بی‌پایان

dr.shewamal@yahoo.de

dr.rahmanhameed@gmail.com

پوهندوی داکتر بسم الله شیوamal (MD, Ph.D)

داکتر عبدالرحمن حمید (MD)

حمل ۱۴۰۰ مطابق اپریل ۲۰۲۱

تقریظ

کمیاب بود مواد درسی در تمام عرصه‌ها بخصوص در عرصه‌ی طبی یکی از مشکلات و چالش‌های اساسی را در کشور ما تشکیل می‌دهد. به ویژه اینکه اکثر محصلان ما به زبان‌های خارجی آشنایی و تسلط کامل نداشته و از جانب دیگر مواد درسی به زبان‌های ملی کشور هم نادر و اندک است. برنامه‌ی را که پوهندوی داکتر بسم الله «شیوامل» یکی از جراحان خوب و با تجربه‌ی ما که از زمان آغاز کار شان در سرویس جراحی شفاخانه وزیر اکبرخان با ایشان آشنا هستم و از چندین سال به این طرف با استفاده از تجارب مسلکی در کشور آلمان انجام داده اند و به تألیف بیشتر از ۲۳ عنوان کتاب جراحی به زبان‌های مادری کشور ما برای نسل جوان پرداخته اند، ستودنی و درخور ستایش می‌دانم و چه بسا که جراحی قدم به قدم اتلس عملیات‌های جراحی، ترجمه‌ی شوارتز و کتاب آنکولوژی از جمله تالیفات ابتکاری ایشان بوده و تاکنون در عرصه جراحی، چنین کتاب‌های نداشته ایم. داکتر «شیوامل» از زمان آغاز کار جراحی شخص پرتلاش، زحمت‌کش، مهربان، صمیمی، خوش برخورد، با وقف، از خود گذر، استاد و همکار خوب و یک مدرس مبتکر بود. کتاب حاضر شان «مبادی جراحی» را که همراه با داکتر عبدالرحمن حمید استاد جراحی پوهنتون غالب نوشته اند یکی از مفیدترین کتاب‌هایی می‌دانم که تاکنون به زبان دری در عرصه جراحی کشور وجود نداشته است.

در این اثر مولفین گرامی ما تلاش نموده اند تا به صورت بسیار واضح و خوب در مورد پرنسیپ‌های اساسی طرز مشاهده گرفتن و معاینه نمودن مریض، کار روزانه روتین در سرویس جراحی، طرز اجرای پانسمان‌ها، خیاطه و گرفتن خیاطه‌ها، بذل نواحی مختلف و زرقیات، تطبیق سُندها، گرفتن نمونه غرض معاینات، دریناژها، توصیه‌ی مایعات، مراقبت مقعد مصنوعی، انستزی برای

جراحان، سازماندهی مریضان عاجل، اختلاطات معمول در جراحی، سامان آلات جراحی، مواد دوخت، گره‌ها، مراقبت مریضان جراحی، شوک، سوختگی، احیای مجدد مریضان، انتانات جراحی، مداخلات حداقل، برخورد طبی با فوت مریض، تداوی درد و موارد دیگر، مطالبی را جمع‌بندی و تا حد ممکن مواد جدید استندرد را که در این عرصه‌ها مورد استفاده جراحان جهان قرار می‌گیرد، با نشان دادن تصاویر آن و در بسا موارد به شکل قدم به قدم برای مطالعه کننده این اثر توضیح داده اند.

مؤلفین کتاب تلاش نموده اند تا از کتاب‌ها، مجلات و منابع مختلف و معتبر جهانی که مخصوصاً طی ده سال اخیر منتشر شده است، و از تجارب خود و همکاران شان استفاده نمایند، بهترین عکس‌ها، جدول‌ها و رسم‌ها را برای نوشتن این اثر آماده و در متن جای دهند، کتاب با متن ساده و قابل فهم تحریر گردیده که به اعتبار این اثر می‌افزاید.

این جانب پوهاند داکتر محمد معروف «لطیف» از زحمت کشتی محترم داکتر شیوامل و محترم داکتر عبدالرحمن حمید که با وجود مصروفیت‌های زیاد مسلکی توانسته اند چنین اثری گران‌بهارا در عرصه‌ی جراحی کشور عرضه نمایند، ابراز قدردانی نموده و برای شان در کارهای بعدی موفقیت و بهروزی آرزو می‌کنم. امیدوارم تا بتوانند سلسله نوشتن این گونه کتاب‌ها را ادامه دهند.

مطالعه‌ی این اثر ارزشمند را برای محصلان طب، داکتران ستاژیر، جراحان جوان و متخصصان رشته جراحی کشور توصیه می‌نمایم.

با احترام

پوهاند داکتر محمد معروف لطیف
شف اسبق شفاخانه کادری علی آباد
شف اسبق شفاخانه کادری وزیر اکبر خان

بنام خدای که هر کجا باشیم با ماست

تقریظ

سپاس بی پایان از هم مسلکان عزیز که توانستند در این برهه زمانی کتابی را که در دسترس شما قرار دارد برای جامعه طبی ما تدوین نمایند.

ازدیاد روز افزون وقاعات جراحی و همچنان پرسونل جراحی در کشور، ایجاب می نماید که کتاب های متعددی به نشر برسد.

اثر مبادی جراحی که توسط محترمین پوهندوی داکتر بسم الله شیوامل و داکتر عبدالرحمن حمید در ۲۴ فصل با یک نوع نگارش صریح و با تصاویر وضاحت دهنده و جداول ترتیب شده مزین میباشد. تحریر شده است.

تلاش و کوشش عظیمی برای تشریح یک قسمت زیاد امراض جراحی، پرابلیم ها و یک تعداد پروسیجرهای جراحی هم صورت گرفته است.

آنچه نوآوری های آنان در این کتاب آمده برایم کاملاً جدید و اعجاب آور است.

هنگامی که این کتاب عرضه شود یقیناً برای دست اندرکاران جراحی، خصوصاً جراحان عمومی با ارزش و مفید خواهد بود.

امیدوارم مخاطبین از مطالعه آن بهره کافی برده و ناشرین محترم هم بتوانند در آینده چنین خدمات شان را ادامه دهند. اینجانب برایشان از بارگاه خداوند موفقیت های مزید خواهانم.

با احترام
پوهاند دکتور جراح علی چراغ

۱
۷

رسیدگی به مشکلات جراحی (Investigate surgical problems)

۱

فصل

اهداف این فصل

تاریخچه
معاینه موضعی
معاینات اختصاصی
تشخیص امراض بطنی

فرایند تشخیص
فورمول بندی تشخیص
تظاهرات کلینیکی
اعراض

مبانی جراحی

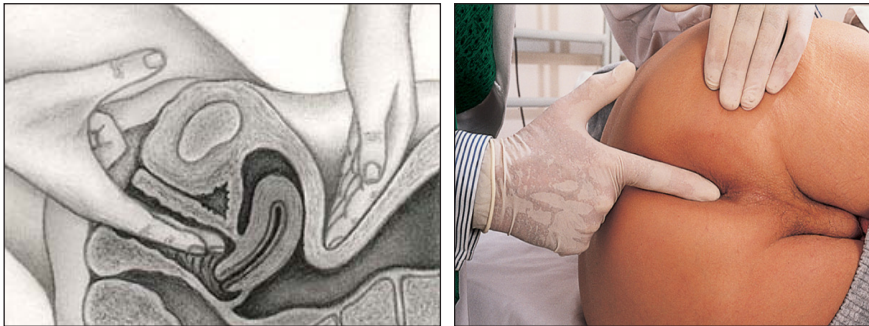
جراحان چه کار را انجام می‌دهند؟

جراحان داکترانی‌اند که عملیات‌های جراحی را مانند قطع انساج به منظور تداوی امراض انجام می‌دهند. این عملیه‌ها بالای مریض در حالتی انجام می‌شود که مریض تحت انستیزی قرار داشته باشد. با آن هم ساحه کار داکتران جراحی به صورت فردی وابسته به امکانات، منابع موجود، فرهنگ و خصوصیات اجتماعی که در آن کار می‌کنند، متفاوت بوده، طبیعت و ساحه تخصص آنها فرق می‌کند.

اساسات اجرای عملیات جراحی را، شق‌ها (incisions)، توقف خونریزی (hemostasis)، ترمیم (healing)، احیای مجدد (Reanimation/ reconstruction)، حفظ اعضای حیاتی (vital organ preserve) و بستن جروحات (wound closure) در تمام رشته‌های جراحی تشکیل می‌دهد که یکسان می‌باشد.

جراح عمومی به داکتری گفته می‌شود که اساساً تداوی تمام واقعات عاجل جراحی را انجام داده و توانایی اجرای عملیات‌های انتخابی بطنی (abdominal selective operations) را نیز داشته باشد. در مناطقی که امکانات رشته‌های تخصصی کمتر موجود است، جراحان عمومی می‌توانند بعضی عملیات‌های ولادی، یورولوژی، جراحی اطفال، اورتوپیدی، جراحی تروما و حتا بعضی پروسیجرهای ابتدایی گوش، گلو، بینی (ENT)، چشم و مشکلات نسایی را نیز انجام دهند. برخلاف، در کشورهای پیشرفته، علاقمندی بیشتر به سوی تخصصی‌سازی رشته‌های کوچک جراحی است. به عنوان مثال جراحی معدی معایی معمولاً به دو بخش «علوی» و «سفلی» اختصاصی شده و حتا بخش جراحی قسمت‌های علوی نیز به نوبه خود به رشته‌های اختصاصی‌تر

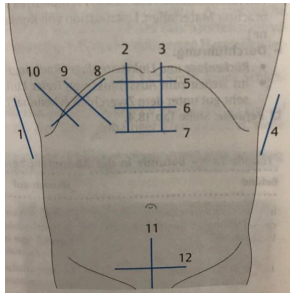
- **اصغا (Auscultation):** در بطن‌های مزمن اصغا چندان ارزش تشخیصیه ندارد، صرف در وقاعات Perispleenitis و Perihepatitis ممکن آوازهای اصطکاکی شنیده شود. اما حدود معده را می‌توان با اصغا تعیین کرد، طوری که ستاتسکوپ در طرف چپ و سفلی ذیل خنجری (xyphoid process) گذاشته شود و موازی با خطوط طولانی از علوی به سفلی توسط انگشت حرکات اجرا گردد. تا زمانی که انگشت بالای معده حرکت می‌کند، آواز مخصوص به گوش می‌رسد و بعد از عبور از بالای معده آواز محو می‌شود. نکات از بین رفتن آواز را نشانی کرده و با وصل کردن آنها حافه سفلی معده را می‌توان تعیین کرد.
- **عقدات لمفاوی:** معاینه عقدات لمفاوی فوق‌الترقوی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا در کارسینومای معده و احشای دیگر بطنی این عقدات ماووف می‌گردد (علامه Troisier).
- **معاینه مقعدی و مهبلی (TR، TV):** میتاستازهای تالی کارسینومای معده گاهی می‌تواند در حفره رکت - مثانی، رکت - مهبل (جوف دوگلاس) و یا مبيض ((Krukenberg-Tumor (Fibrosarcoma ovarii mucocellulare carcinomatodes)) جس گردد. جس مقعدی و جس مهبل در وقاعات جراحی حشوی (بطنی) از ارزش تشخیصیه بلند برخوردار است که باید در تمام وقاعات بطنی اجرا گردد.

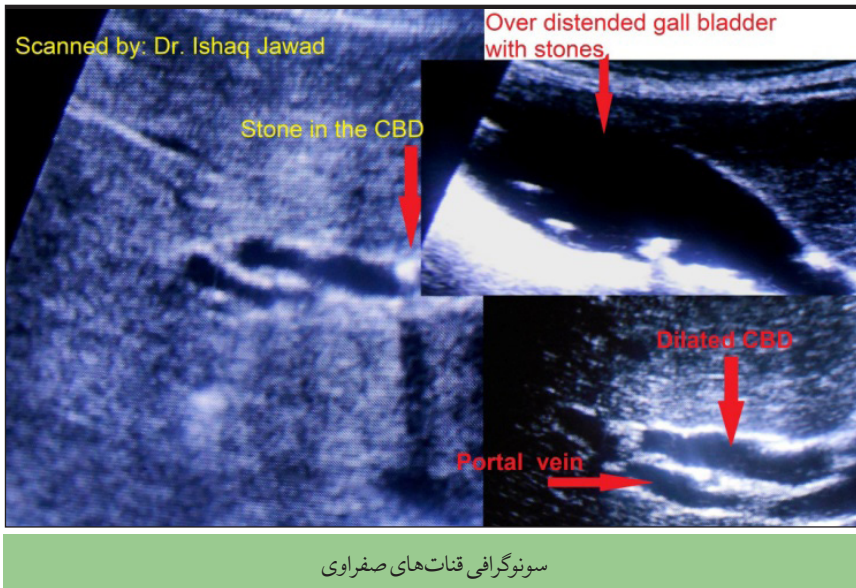


معاینه مقعدی و مهبلی (TV، TR)

- **معاینه عمومی:** اگر جراح با اجرای معاینات یاد شده در مورد بطن مطمئن نباشد، بهتر است اسباب خارج بطنی دردهای بطنی را جستجو کند. باید:
- معاینه صدر و جدار صدر به دقت صورت گیرد تا اگر پلوریزی، مراحل مقدم ذات‌الریه (نومونیا)، عدم کفایه قلبی، ترمبوز اوعیه اکلیلی، پیری کاردیت، fibrositis عضلات

سونوگرافی استاندارد بطنی: ۱- مقطع جنبی راست؛ ۲- مقطع پارامیدیان راست؛ ۳- مقطع پارامیدیان چپ؛ ۴- مقطع جنبی چپ؛ ۵- مقطع بالاتر از شق مستعرض؛ ۶- مقطع متوسط؛ ۷- پایین تر از شق مستعرض؛ ۸- مقطع تحت الضلعی راست؛ ۹- مقطع راست؛ ۱۰- مقطع بین الضلعی راست؛ ۱۱- مقطع فوق عانی شق طولانی؛ ۱۲- مقطع فوق عانی شق مستعرض.





○ دریافت معیاری:

عضو	اندازه
پانکراس	رأس: ۲۵ - ۳۰ مم، جسم: کمتر از ۱۸ مم، ذنب (دُم): ۲۵ - ۳۰ مم
	قنات پانکراسی: کمتر از ۲ مم
کبد	علوی سفلی: کمتر از ۱۴۰ مم (خط متوسط ترقوی)
	LC: RL1 = کمتر از ۵۵، ۰ (در مقطع عرضانی)

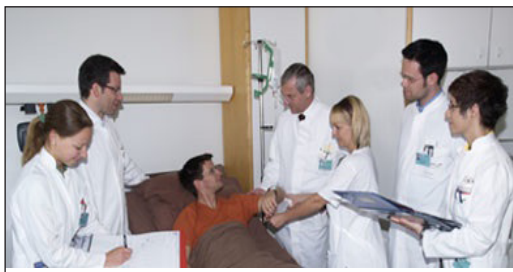
کار روزانه سرویس جراحی

اهداف این فصل

نسخه‌ها و جدول‌ها
خدمات احصائیوی رمزی
داکتر نظر دهنده حادثات
بررسی و ارزیابی

پذیرش مریض
ویزیت سرویس
دوسیه و اسناد مریض

- **ویزیت اضافی** معاون شف سرویس (شف بخش‌ها) در صورت لزوم توسط سرویس می‌تواند تنظیم گردد، اما حداقل دو بار در هفته قانوناً وجود داشته باشد. تبادل نظر کوتاه روزانه



ویزیت اضافی معاون شف سرویس

با شف بخش مربوط، مخصوصاً در مورد مشکل به وجود آمده و غیرمصون بودن مریض، باید جزء فرهنگ سرویس جراحی باشد (در شفاخانه‌های کشور ما شف و یا معاون شف ویزیت ریکوری را روزانه بعد از راپور صبحانه و

همچنان هفته‌ای یک بار سرویس را با سایر شف‌های بخش‌ها اجرا می‌کند).

- **ویزیت دومی** بعد از ظهر در اکثر سرویس‌های جراحی معمول است، اما اکثراً برای حل مشکل به وجود آمده در سرویس و تصمیم‌گیری برای مریضانی که تازه در سرویس بستری شده‌اند، در همان روز و برای سایر مریضان داخل بستر، صرف ویزیت دوسیه (اسناد و نتایج جدیدی که از سرویس‌های جداگانه مواصلت کرده) کافی است. این ویزیت همیشه با نزدیک‌ترین نرس که پاسخگو و مسئول مریض است، صورت گیرد. سوالات زیادی (مانند ادویه مریض) از دوسیه مریض را باید توضیح داد. داکتر موظف سرویس بعداً تصمیم می‌گیرد که با وجود آن کدام مریض را باید ویزیت کند. اگر شک و تردیدی در آغاز کار جراحی موجود باشد، توصیه یک ویزیت دومی امری مهم است.



ویزیت دومی بعد از ظهر

تعویض پانسمان، مراقبت از جرحه و گرفتن خیاطه‌ها

اهداف این فصل

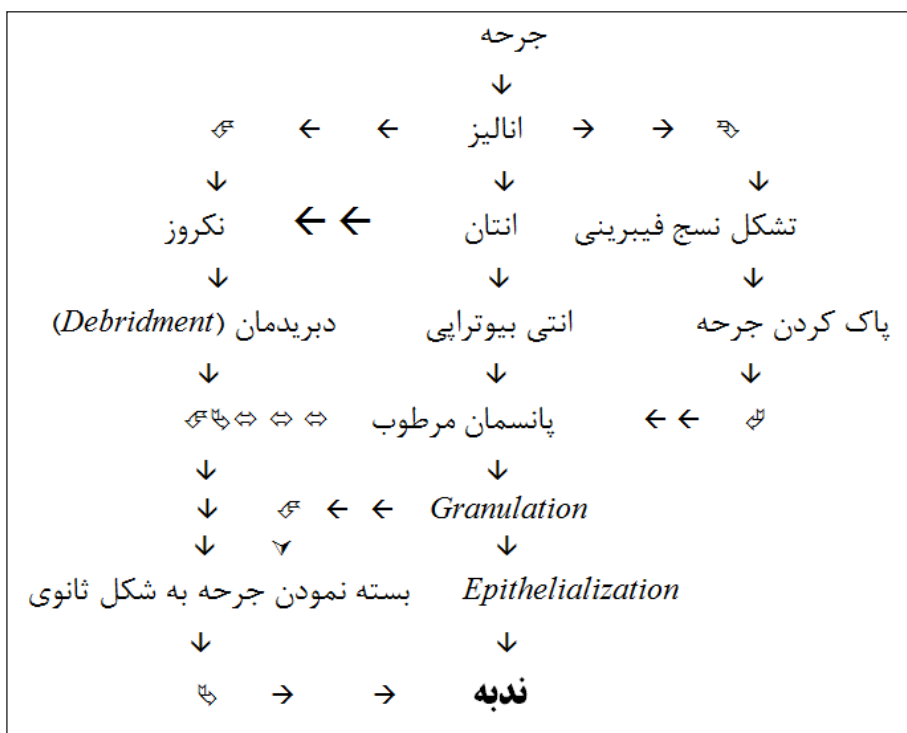
طرز گرفتن خیاطه‌های جلدی

تعویض پانسمان و مراقبت از جرحه
واکوم تراپی جروحات منتن

۱- تعویض پانسمان و مراقبت از جرحه:

اساسات:

- اساسات قدمه‌های مختلف مراقبت جرحه در جدول زیر نشان داده شده است:



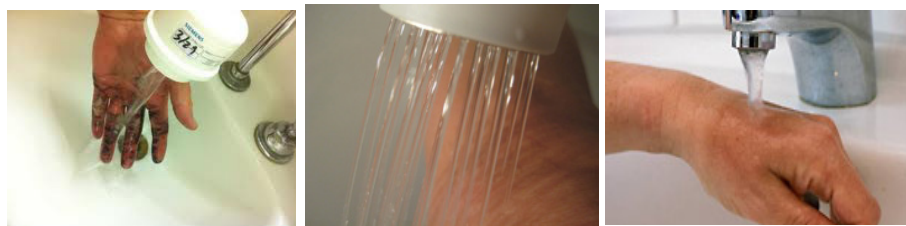
● شستشوی جرحه:

- شستشوی جرحه سپتیک: در جروحاتی که بالای آن طبقه نسج فیبرین تشکیل شده باشد، می‌توان ناحیه را چند بار توسط محلول رینگر نسبتاً گرم (معادل حرارت بدن) پاک کرد، طوری که توسط یک پیچکاری چندین بار با فشار روی جرحه مایع پاشیده شود و در صورت موجودیت جیب با داخل کردن یک کانول در جیب ناحیه، شستشو اجرا گردد. ساحه پانسمان باید توسط کامپرس معقم پوشانیده شود و موادی که از جریان لواژ خارج می‌شود، در tray (ظرف کلیه‌مانند) جمع‌آوری شود.



شستشوی جرحه سپتیک

- جرحه ملوث (مانند جروح مزمن): این جروح را می‌توان توسط محلول رینگر و یا سر دوش (دهانه شاور) شستشو کرد (باید توجه داشت که در این صورت از پاک بودن آبی که از دوش می‌آید، مطمئن باشیم. حداقل این آب چندین بار فلتر شده و از نظر صحتی مطمئن باشد.) البته بهتر است بعد از شستشو، در اخیر بار دیگر توسط محلول معقم رینگر لواژ گردد.



دوش دادن جرحه

- جرحه منتن یا سپتیک: جرحه منتن باید توسط مواد انتی‌سپتیک مانند Lavacept، Octenisept شستشو گردد.

۲- واکوم تراپی جروحات متتن:

اساسات:

• مشکلات اساسی جرحه متتن عبارت است از:

- کنترل افرازات جرحه؛
- سریع ساختن ترمیم و بسته شدن جرحه؛
- جلوگیری از انتشار انتان؛
- کاهش مصارف.
- در پریتونیت‌ها: هدف کنترل انتان (امعاء، اروای ناحیه)، کنترل و توازن مایعات، رهایی از کامپورتمان سندروم، پوشاندن امعاء، مراقبت جلد و مقعد مصنوعی، کاهش مراقبت نرسنگ و وجاهت جدار بطن،
- برای رفع این چالش‌ها و دستیابی به اهداف دقیق تداوی، یکی از گزینه‌ها، تداوی با واکوم (V.A.C) است.

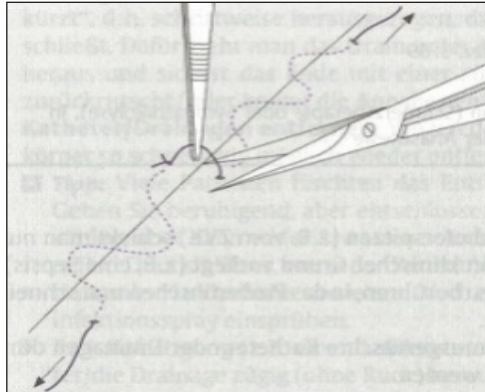
در این سیستم براساس وارد شدن فشار منفی متناظر در تمام سطح جرحه، افرازات جرحه جذب و خارج ساخته می‌شود، زمینه سریع ساختن اروای ناحیه و تشکیل گرانولیشن انساج مساعد می‌گردد، بنا بر بسته بودن سیستم از انتشار انتان جلوگیری به عمل آمده و مصارف کمتر را نظر به اشکال دیگر پانسمان‌ها تأمین می‌کند.

• واکوم تراپی چیست؟

واکوم تراپی عبارت از یک سیستم بسته دریناژ جروحات متتن مخصوصاً جروحات مزمن وسیع و جروحات حاد مغلق با ایجاد فشار منفی در ناحیه است. این سیستم متشکل است از یک پمپ الکترونیک دیژیتال و یک اسفنج قابل دریناژ، یک فولیه که به صورت مکمل ساحه را مسدود ساخته و ساحه را به صورت متناسب تحت یک فشار منفی قرار می‌دهد. واکوم افرازات جرحه را جذب کرده، اروای ناحیه و پروسه ترمیم جرحه را تنظیم می‌کند. واکوم (V.A.C) Vacum Assisted Closure Therapi یا (Negative pressure wound therapy (NPWT در سال‌های تقریباً ۸۰ قرن گذشته توسط Argenta Prof. Dr. Louis و دکتر ماروکوواس (Dr. Morykawas) در ساحه جراحی پلاستیکی در امریکا مورد تطبیق قرار گرفته و توسعه داده شد.

پرنسپ اساسی تداوی او این بود که توسط یک ساختمان اسفنج مانند هموار تأثیراتی را بالای تمام سطح جرحه به صورت متناسب وارد کند و تداوی براساس به وجود آمدن گرانولیشن متناسب

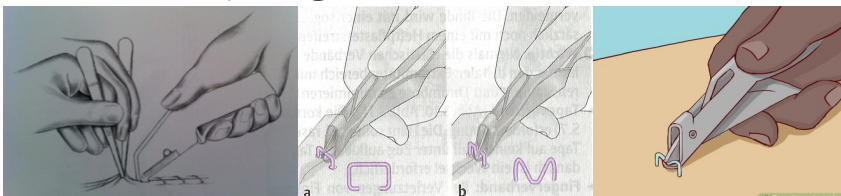
گرفتن خیاطه دوام‌دار یا Continue: در صورتی که ساحه کوچک باشد، می‌توان تار را از یک طرف کش کرد (تا پنج سانتی‌متر) در غیر آن باید تار به صورت دویا سه قطعه کشیده شود.



برداشتن خیاطه دوام‌دار



گرفتن خیاطه‌های (Clip) skin stapler: توسط شاخه سفلی آله گیرند در وسط skin stapler داخل شده و دسته را فشار می‌دهیم (شکل a) skin stapler از وسط انحنا حاصل می‌کند و بعداً با اجرای مانور مستقیماً skin stapler را خارج می‌کنیم (شکل b).



طرز گذاشتن و برداشتن skin stapler

جروح‌ات، ترمیم و تداوی

اهداف این فصل

تداوی اختصاصی جروح‌ات
تشوشت تداوی

جرحه
ترمیم جرعه
تداوی جرعه

بذل و زرقیات

اهداف این فصل

بذل وریدهای محیطی (Pereferal)

(venipuncture)

زرقیات اوعیه

بذل (puncture)

بذل و تطبیق کتیر مثنی

تزریق

زرقیات اوعیه محیطی و مرکزی

بذل (puncture)

برای نخستین بار در زمستان سال ۱۶۵۷/۱۶۵۶ مفکوره تزریق مایعات طبی از طریق زیر جلدی و یا وریدی توسط Christopher Wren به وجود آمد. او نزد سگ مریض یکی از دوستانش این عملیه را اجرا کرد و توانست آن را از درد کاملاً رها سازد.

بذل وریدهای محیطی (Pereferal venipuncture):

• اساسات:

- **استطباب:** گرفتن خون، تزریق های وریدی، تطبیق کانول (مانند Braunüle).
- **محل بذل:** قدام مرفق، ساعد، عقب دست، ورید وداجی خارجی یا external jugular vein (اکثراً تنها ورید قابل دریافت در شوک های کاردیوژنیک می باشد)، پشت پا (از سبب خطر بروز ترومبوفلیت کمتر استفاده می شود)، ورید فخذی یا femoral vein (در صورتی که در سایر نواحی یاد شده ممکن نباشد).

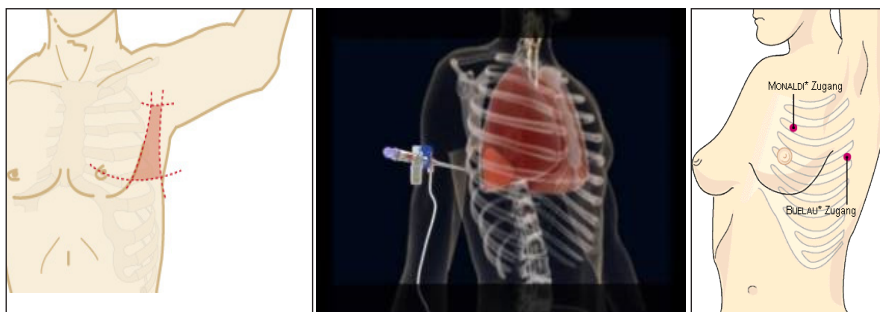
توجه: نزد مریضانی که زیر تداوی انتی کواگولانت ها قرار دارند، مریضانی که مصاب امبولی ریوی اند و مریضانی که ترمبوز اورده عمیق دارند، هیچ گاهی نباید بذل ورید فخذی اجرا شود.

• تکنیک اجرا:

- طرف علوی تا جایی که ممکن است پایین قرار داده شود.
- تورنیکیت (گارو) بالاتر از ناحیه ای که برای بذل انتخاب شده بسته گردد. نبض محیطی در این حالت قابل جس است.

توجه: بهترین ورید، وریدی نیست که به چشم دیده می شود، بلکه وریدی است که با جس

- محل بذل: محل بذل در صورت موجودیت مایع در جوف پلورا (خون، سیروز، لمف و قیح) باید کنار علوی اضلاع (کنار سفلی اضلاع مسیر عبور اوعیه و اعصاب بین الضلعی می باشد) در خط ابطی خلفی یا خط کتفی که با قرع، اصغا، رادیوگرافی صدر و کنترل سونوگرافی می تواند تثبیت شود. نقطه وصفی برای بذل در این حالات کنار علوی مسافه بین الضلعی پنج - شش (این نقطه را بعضاً مسافه چهار تا شش نیز نوشته اند) (Bülau- Drainage) و در صورت موجودیت هوا کنار علوی مسافه بین الضلعی دو - سه در خط ترقوی متوسط (Monaldi-Drainage) می باشد.



محل بذل خط ابطی خلفی

- با رعایت شرایط اسپسی و انتی سپسی، جلد توسط مواد انتی سپتیک پاک و دستکش معقم پوشیده شود، محل بذل توسط دستمال مستور شود.

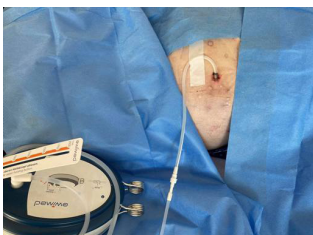


پوشانیدن محل بذل توسط دستمال معقم

- انستیزی موضعی: باید جلد، تحت الجلد، Periost و پلورا انستیزی داده شود. زمانی که حرکت زرق صورت می گیرد، باید تعویض حالت زرق و اسپایریشن صورت گیرد تا زمانی که خارج شدن مایع جوف پلورا احساس گردد.

- پس از بیرون کشیدن کامل کانول فلزی، کانول پلاستیکی تثبیت گردد (مبحث بذل پلورا دیده شود).
- نهایت کانول پلاستیکی با یک عدد سه راهه وصل شود و توسط یک سرنج ۲۰ سی سی مقداری از مایع گرفته شده و غرض معاینات تشخیصیه که در بالا از آن تذکر به عمل آمد، فرستاده شود.
- بالآخره نهایت کانول (سه راهه) با تیوب انتقال دهنده خریطه ذخیره و وصل گردد.
- بذل در حالتی که حبن زیاد باشد، نباید به سرعت و به صورت کامل تخلیه صورت گیرد.
- باید به آهستگی و به صورت قسمی اجرا گردد. جایگزین کردن البومین انسانی (۶ تا ۸ گرم) در فی لیتر بذل حبن تعیین شده است (مثلاً البومین انسانی ۲۰ درصد به مقدار ۱۰ گرم فی ۵۰ سی سی).
- در صورتیکه دریناژ دوامدار حبن مطرح باشد امروز ما با گذاشتن یک دریناژ مخصوص از طریق لپرسکوپی که یک نهایت تیوب در جوف بطن و نهایت دیگر در خارج بطن تثبیت شده باشد به صورت منظم توسط واکوم میتوان مطابق پلان روزانه و یا هر دو روز بعد و یا طور دیگر دریناژ را تنظیم نمود. در کشور آلمان برای این کار واکوم های یکبار مصرف وجود دارد که تحت شرایط معقم، نهایت تیوب واکوم با نهایت تیوب دریناژ وصل شده و دریناژ اجرا میشود توجه نمائید به تصویر زیر.

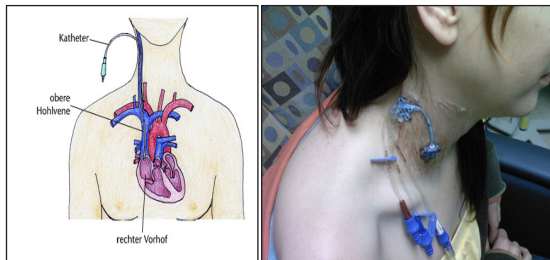
یادآوری:



- باید دقت صورت گیرد که در زمان تخلیه حبن تغییرات ناشی از کم شدن فشار داخل بطن منجر به هم خوردن فشار دورانی خواهد شد. به این جهت جریان تخلیه به خاطر جلوگیری از برهم خوردن فشار دورانی با حوصله مندی و آهسته صورت گیرد. در ۲۴ ساعت نباید از ۱،۵ لیتر بیشتر تخلیه شود.
- در صورتی که بذل غرض تداوی صورت گیرد، می توان حبن را به یک بارگی با کنترل کردن نبض و فشار به صورت آهسته تخلیه کرد.
- با متحرک ساختن مریض در جهت معکوس و وضعیت دادن او، می توان مایع حبن را در ساحه بذل جمع کرد.

• محل تطبیق:

- محیطی: ورید بازیلیک (و یا ورید سفالیک) و ورید فخذی (در حالات عاجل) محل های مناسب می باشند.
- مرکزی: ورید تحت الترقوی و ورید وداجی داخلی (و یا خارجی) مناسب اند.



محل تطبیق کانول در ورید وداجی

مواد و شرایط: سیت های بذل دیسپوزیبال (یک بار مصرف)، پارچه، توفر و دستکش معقم، ماسک، مواد دوخت، سرنج ۱۰ ملی لیتر همراه NaCl ۰.۹٪، مقدار ۵ - ۱۰ سی سی انسیتیژی موضعی (مانند لیدوکائین ۱٪)، معمولاً ECG، مونیتور باید تدارک دیده شود.

• تخنیک اجرا:

گذاشتن استتباب و ضد عفونی کردن ناحیه ای که بذل اجرا می شود، مراعات شرایط اسپسی و انتی سپسی (پوشیدن ماسک، کلاه، دستکش، مستور کردن معقم ناحیه و...); برای دریافت دقیق ورید مورد نظر، بهتر است ابتدا بذل توسط سرنج و سوزن و اجرای اسپیری خون در سرنج غرض مطمئن شدن از ورید اجرا گردد;

بذل ورید توسط سوزن طویل (مانند سوزن نخاعی) که در داخل آن یک رهنمای پلاستیکی و یا سیم رهنما جابه جا شده باشد، در ناحیه ای که قبلاً بذل با سرنج اجرا شده بود، صورت گیرد و بعد از اطمینان داخل بودن در ورید، رهنما در لومن ورید به داخل پیش برده شود و سوزن خارج گردد؛ به راهنمایی سیم و یا رهنمایی پلاستیکی، کتیتور وریدی، داخل لومن ورید ساخته شده و پیش برده شود و بعد از جابه جایی کتیتور در ورید رهنما و یا سیم خارج گردد؛

بعد از تطبیق دقیق، کتیتور با جلد مریض در یک وضعیت خوب توسط یک خیاطه تثبیت و پانسمان اجرا گردد. برای تثبیت موقعیت خوب کتیتور، بهتر است رادیوگرافی صدر اجرا شود. نهایت کتیتور باید در دهانه بالایی وریدی در راست اذین قرار داشته باشد. در بذل های ورید تحت الترقوی و ورید

گرفتن نمونه مواد برای معاینه میکروبیولوژیک

اهداف این فصل

گرفتن مواد از سواب
گرفتن مواد با بذر
گرفتن نمونه از مدفوع

گرفتن خون برای کلچر
گرفتن نمونه از کتیر و دریناژ
گرفتن نمونه از بلغم، شزن و قصبات
گرفتن نمونه از ادرار

- مواد انتی سپتیک قبل از زرق خون در آن، پاک گردد.
- تیوب خون برای معاینه اثروب از تهویه محافظت شود.
- توصیه برای لابراتوار: از مقاومت دواپی و سایر تشوشات، معلومات دقیق کلینیکی و انتی بیوتیک توصیه شده قبلی برای لابراتوار در سند ارسالی باید اطلاع داده شود.

گرفتن نمونه از کتیترو دریناژ:

اساسات:

- استطباب: انتانات کتیترو ورید مرکزی، کانول های شریانی، درن های ردون (Redon drains).
- مواد: مواد انتی سپتیک، توفرو معقم، تیوب های معقم، پنست معقم، قیچی معقم.

طرز اجرا:

- جلد اطراف ناحیه که کتیترو موقعیت دارد، توسط مواد انتی سپتیک پاک شود.
- کتیترو و یا درن منتن مورد نظر کشیده شود.
- نهایت کتیترو یا درن به اندازه دوسانتی متر توسط قیچی معقم قطع و در تیوب معقم جابه جا گردد.
- توصیه برای لابراتوار: از مقاومت دواپی و سایر تشوشات، معلومات دقیق کلینیکی و انتی بیوتیک توصیه شده قبلی در سند ارسالی برای لابراتوار باید اطلاع داده شود.

گرفتن نمونه از بلغم، شزن و قصبات:

توجه: افرازات شزن و قصبات از نظر فزیولوژی معقم بوده، اما در زمان خارج شدن با فلورای انفی - فمی - فضای بلعوم ملوث می شود.

روش گرفتن مواد:

- بلغم: مریض باید صبح دندان هایش را برس کند و دهنش را با آب شستشو و بالآخره در یک ظرف (قطی) معقم سرفه نماید و افرازات (بلغم) را در ظرف تخلیه کند (از انداختن افرازات و لعاب دهن خودداری کند). در صورت کافی نبودن مقدار بلغم، مریض می تواند قبلاً محلول NaCl را انشاق کند (مثلاً ۱۰٪).

- شزن و قصبات: با اجرای برانکوسکوپ (برای معاینه سیاتولوژیک) و یا توسط یک تیوب معقم سکشن در حالی که مریض تراخیوستومی و یا انتوبی شده باشد، افرازات گرفته می شود.
- توصیه برای لابراتوار: از مقاومت دواپی و سایر تشوشات، معلومات دقیق کلینیکی و انتی بیوتیک توصیه شده قبلی در سند ارسالی برای لابراتوار باید اطلاع داده شود.

اهداف این فصل

سند معدی
طرز تطبیق نزد افراد بیهوش و انتوبیشن
Percutaneous endoscopic
gastrostomy (PEG)

دریناژ جوف پریٹوان
دریناژهای ساخته شده از مواد نرم
اشکال دیگر دریناژ



تیوب‌های دریناژ و Easy-Flow

دریناژ Robinson: یک سیستم بسته دریناژ بوده که از مواد سلیکون نرم ساخته شده است. در مداخلات بطنی در جوف بطن قابل تطبیق بوده و خطر منتن شدن از بیرون را کاهش می‌دهد.



دریناژ Redon

دریناژ‌های ساخته شده از مواد نرم:

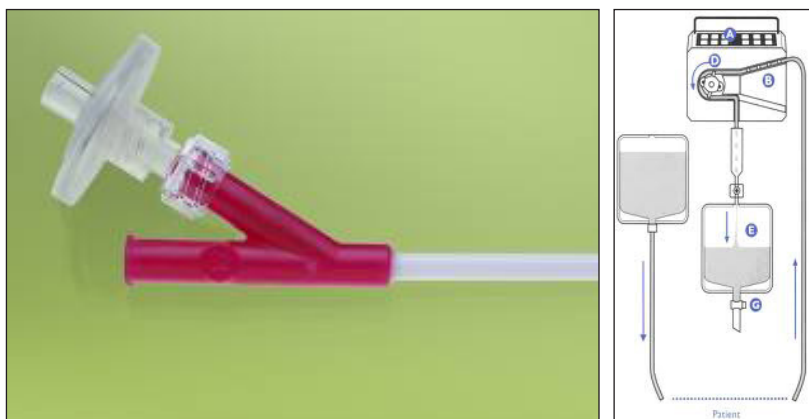
- دریناژ Redon: این دریناژ از داخل به خارج توسط یک پنس کوخر از جرحه اختصاصی جدار بطن کشیده می‌شود و در یک بوتل واکوم به منظور سکشن کردن دوامدار وصل می‌گردد.

دریناژهای Redon به عنوان سیستم دریناژ زیر جلدی نیز در بعضی عملیات‌ها قابل تطبیق است.

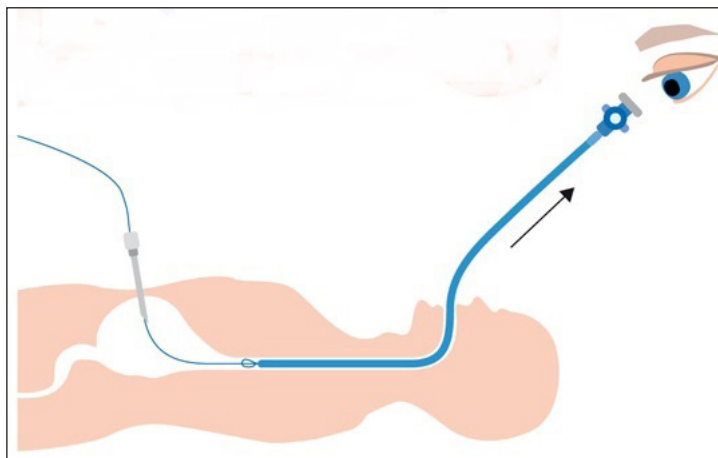


توجه: در صورت پر شدن بوتل واکوم، بوتل باید تعویض شود؛ البته قبل از تعویض، باید تیوب دریناژ توسط پنس بسته و بوتل تبدیل و تیوب باز شود.

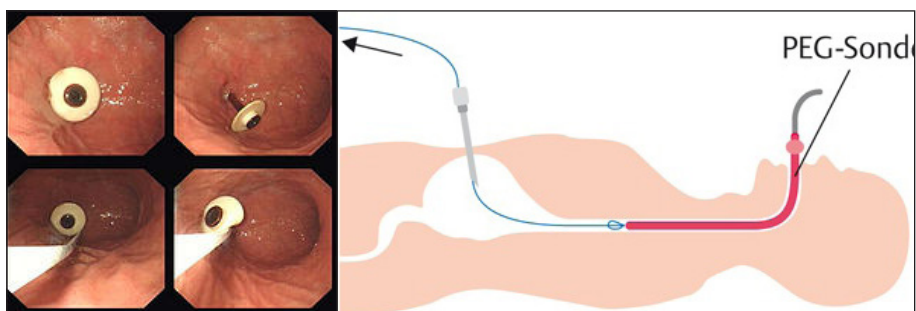
- دریناژ و لواژ دوامدار saug-spül drenag (Suction-flush drainage): در واقعات انساج رخواه منتن مورد استفاده قرار گرفته (قسمت بالا برای لواژ و پایین برای دریناژ Redon) طوری که از قسمت بالا مایع معقم و یا انتی سپتیک به طرف انساج مورد نظر جریان پیدا کرده و از آنجا توسط دریناژ Redon که با بوتل واکوم وصل است، در بوتل ذخیره می گردد.
- دریناژهای رابری دستکش: برای تخلیه انتانات و قیح که در عمق انساج رخواه قرار دارد، با ایجاد یک مجرا توسط مداخله جراحی و گذاشتن دریناژ دستکشی، افرازات جوف تخلیه می گردد (مانند آبسه و Panaris). اگر ایجاد و یا باز کردن مجرا کاملاً از نظر اناتومیک ممکن



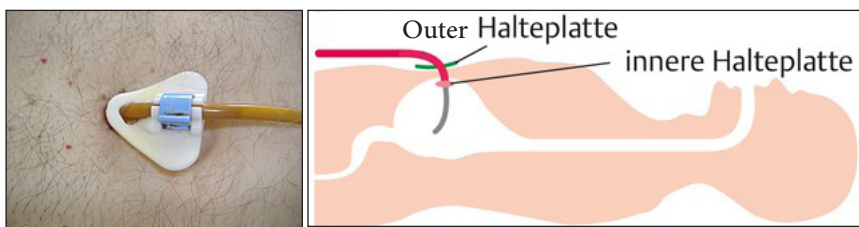
(Suction-flush drainage) saug-spül drenag



- انتقال‌دهنده تار در دهانه سند معدی تثبیت گردد. تار و سند از طریق جدار بطن خارج ساخته شده تا زمانی که صفحه نگهدارنده سند به جدار معده برسد و مانع احساس شود؛



- سند توسط ساختمان صفحه مانند خود به جدار بطن تثبیت و پانسمان معقم اجرا گردد.



تطبیق مایعات و مواد غذایی

اهداف این فصل

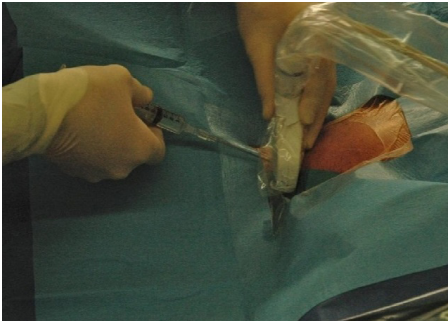
تغذی انترال
فشار ورید مرکزی
پورت ورید مرکزی
باز کردن ورید

حجم تعویضی
محلولات سیرمی کریستالوئید
محلولات سیرمی کلئوئید
تغذی پرانترال

حجم تعویضی:

تغییرات انساج بعد از اگريشن (Aggression) یا فشار: بعد از هر ترشیض، مداخله جراحی و یا بروز یک حالت حاد مرضی، در انساج یک سلسله تغییرات به میان می‌آید. مراحل این تغییرات را Cubbertson چنین توضیح می‌دهد:

- مرحله اول (یا مرحله حاد که تقریباً یک ساعت تا یک روز دوام می‌کند): از کتابولیزمی که در انساج به وجود می‌آید، تأثیرات انسولین کاهش می‌یابد و فکتورهای انتی انسولین (ادرنالین، گلوکوکورتیکوئیدها، گلوکاگون، ADH)، هپرال دوسترونیسم در ساحه مسلط می‌گردد. ادامه این پروسه سبب لیپولیز، هپرگلیسیمیا، کتابولیزم پروتین، زیاد شدن اطراح کلسیم و تراکم سودیم می‌شود. تداوی ارتباط می‌گیرد به معاوضه H_2O و الکترولیت‌ها و کدام تداوی انترل و پرانترل را ایجاب نمی‌کند.
 - مرحله دوم (یا مرحله گذار که تقریباً کمتر از یک هفته دوام می‌کند):
 - تداوی: توصیه تغذی پرانترل را ایجاب می‌کند.
 - مرحله سوم (مرحله ترمیم که تقریباً یک هفته را در بر می‌گیرد): در این مرحله تعویض انابولیزم انساج صورت می‌گیرد.
 - تداوی: توصیه تغذی انترل و یا فمی را ایجاب می‌کند.
- توجه: در مرحله اول بعد از تغییرات فشار انساج، توصیه انفیوژن‌های غنی از کالوری لازم نیست، چون انساج عضویت نمی‌تواند این تعویض را تنظیم کند.



وضعیت استجاع ظهري $\supine\ position$ و تثبيت ناحیه با سونوگرافی

- قدم دوم: اجرای شق مستعرض در قسمت بالایی تشکل یک جیب تحت الجلدی 3×3 سانتی در ناحیه اجرا شود و ناحیه برای غرس ذخیره امپلانتات آماده گردد.



شق مستعرض در جیب تحت الجلدی صدري

- یادآوری: ندبه عملیاتی نباید در محل بذل (غشای امپلانتات) قرار داشته باشد.
- قدم سوم: یک شق و خذوی و بذل ورید تحت الترقوی توسط سوزن همراه یک سرنج اجرا شود. سرنج به صورت متکرر در حالت اسپایریشن قرار داده شود تا زمانی که خون وریدی داخل سرنج گردد. آمدن خون در سرنج، نشان دهنده بذل دقیق است.
- قدم چهارم: بعد از خارج شدن خون وریدی در سرنج، سرنج را دور ساخته و از مجرای سوزن، رهنمای فلزی و یا مصنوعی را به طرف ورید داخل می کنیم.

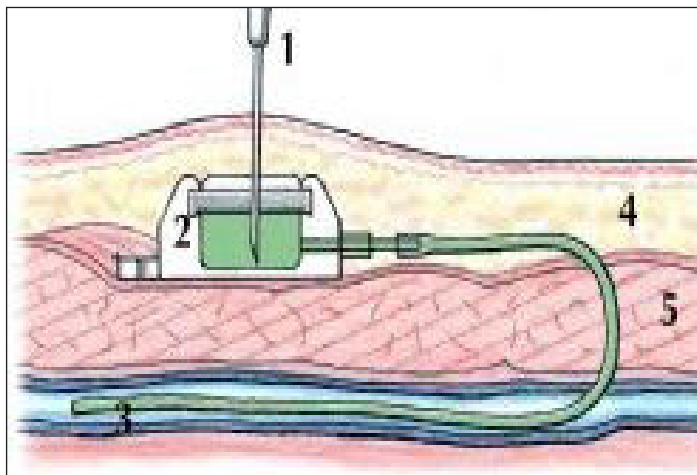
بذل پورت: در صورت استفاده از پورت، باید سوزن Huber هر ۷ تا ۱۰ روز تجدید گردد.

● مواد مورد ضرورت:

- به صورت عمومی: سوزن Huber، مواد انتی سپتیک، دستکش و توفیر معقم و مواد پانسمان؛
- در گرفتن خون: علاوه‌تاً محلول NaCl ۰٫۹٪، سرنج؛
- در زرقیات و انفیوژن: محلول NaCl ۰٫۹٪، علاوه‌بر محلول رقیق شده هپارین همراه با NaCl ۰٫۹٪ (مثلاً ۱۰۰ واحد هپارین فی ملی لیتر NaCl ۰٫۹٪ در سرنج‌های آماده شده).

● طرز اجرا:

- ضد عفونی کردن جلد بالای پورت، پوشانیدن ناحیه توسط کامپرس معقم سوراخ‌دار.
- طبیعی بودن جلد بالای پورت.
- هوای سوزن Huber و داخل کانول با مملو کردن سیرم فزیولوژیک تخلیه گردد.
- بذل: برای مریض حالت قید کردن (توقف تنفسی) تنفس توصیه گردد، سوزن Huber با احتیاط به حالت عمودی (سوزن بالای جلد) بالای جلد ناحیه داخل گردد تا از غشای بالای ذخیره عبور و بالای بستر ذخیره برسد (چون بستر ذخیره را یک ساختمان فلزی تشکیل می‌دهد، زمان رسیدن سوزن به آن قابل احساس است - تماس دو فلز)، مریض دوباره نارمل تنفس نماید و با سرنج اسپایریشن اجرا شود (ممکن خون اسپیری شود، در صورتی که سوزن کدام والو نداشته باشد) و موقعیت آن کنترل گردد و در آخر کانول توسط ساختمان موجود (قیدکننده) مسدود شود.



حالت عمودی سوزن Huber بالای جلد

مراقبت مقعد مصنوعی (colostomy Care / ileostomy Care)

۹

فصل

اهداف این فصل

مراقبت مقعد مصنوعی باخریطه
طرز اجرا

مراقبت مقعد مصنوعی
تغییرات بعد از عملیات

انستیزی برای جراحان

فصل ۱۰

اهداف این فصل

انستیزی سطحی
انستیزی منطقی وریدی
انستیزی بلوک عصبی

انستیزی ناحیوی
انستیزی موضعی
اجرای انستیزی ناحیوی

مبانی جراحی

تداوی درد (pain therapy)

۱۱

فصل

اهداف این فصل

اوپوئیدهای قوی برای تداوی دردهای حاد
انالژزیک‌های کمکی
تداوی درد بعد از عملیات
تداوی دردهای مزمن (تومورال)

اساسات تداوی درد
انالژزیک‌های غیر اوپوئید
انالژزیک‌های اوپوئید
اوپوئیدهای ضعیف
اوپوئیدهای قوی برای تداوی دردهای مزمن

ویادی جراح

ترانسفیوژن (Tranfution)

۱۲

فصل

اهداف این فصل

ترانسفیوژن پلازمای تازه (Substitution of)
(Fresch frozen plasma
ترانسفیوژن مواد خاص

مسائل حقوقی
ترانسفیوژن اریتروسیت ها (Erythrocyte)
ترانسفیوژن ترمبوسیت ها

ویژگی جراحی

سازمان‌دهی و مراقبت مریضان جراحی و توقف خونریزی در مداخله جراحی

۱۳

اهداف این فصل

وضعیت دادن مریض
مراقبت بعد از عملیات
نظریه Fast-Track-Concept (FTC)
مراقبت جرحه عملیاتی
توقف خونریزی در مداخله جراحی

مراقبت قبل از عملیات
آماده ساختن مریض
تداوی و قیوی ضد ترمبوز
مراقبت زمان عملیات

مراقبت قبل از عملیات:

گذاشتن استتباب:

- گذاشتن استتباب با نوعیت مرض و زمان مداخله جراحی ارتباط دارد.
- استتباب نظر به نوعیت مرض:
 - استتباب حیاتی: عاجل مانند تمزق انوریزم ابهر.
 - استتباب مطلق: در صورتی که کدام امکان تداوی دیگر موجود نباشد، مانند اپندسیت.
 - استتباب نسبی: واقعی که یک مدت زمان می توان مداخله را به تعویق انداخت.
 - امکان تداوی وقایوی: مانند عملیات های وریکوز اطراف.
 - استتباب وقایوی: در صورت عملیات، درد را کاهش دهد، مانند اجرای یک اناستموز
- هضمی صفراوی (Biliodigestive) در تضیقات قنات کولیدوک.
- مضاد استتباب: در صورتی که تشوشات شدید زمان علقه خون موجود باشد.
- حالات خاص: مانند واقعات جراحی پلاستیک.
- مسایل زیر بالای تصمیم گیری استتباب مداخله جراحی تأثیر دارد:
 - لوحه مرضی نزد مریض؛
 - تحمل عملیات توسط مریض؛
 - خواست و توافق مریض برای عملیات؛
 - نظر به مقررات شفاخانه، در صورتی که به شفاخانه دیگر انتقال داده شده نتواند (مثلاً انتقال در سرویس مراقبت جدی)؛

مراقبت زمان عملیات

وضعیت دادن مریض:

یادداشت: از وضعیت دادن مریض بالای میز عملیات، عملیات‌کننده (اپراتور) پاسخگو است.

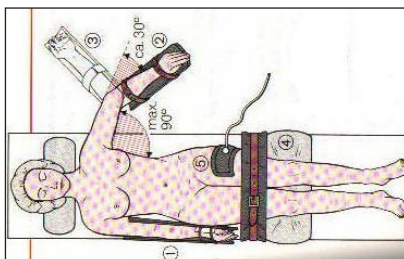
محافظت توسط پنبه:

- **عمومیات:** تمام بارزهای عظمی عضویت باید با پوشانیدن پنبه محافظت گردد.
- در وضعیت دادن جنبی مریض باید زانو پوشانیده شود و توجه صورت گیرد تا یک زانو بالای زانوی دیگر قرار نگیرد.
- اطراف باید به‌صورت درست و دقیق با پنبه پوشانیده و محافظت گردد.
- انگشتان و گری پا باید همیشه مورد توجه باشد.
- در موقع وضعیت دادن و پوشانیدن نقاط عظمی مریض، می‌توان از انستیزیولوگ و نرس کمک تقاضا کرد.

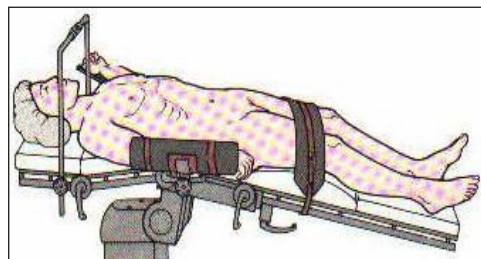
وضعیت دادن مخصوص: در زمان وضعیت دادن مریض بالای میز عملیات، نقاط متأثرشونده مانند عصب زندی، کعبری، شزی، Plexus Brachialis، ناحیه رقبی، تناسلی و ثدیه باید مورد توجه قرار داشته باشد تا زیر فشار قرار نگیرند. در زمان وضعیت دادن مریض بالای میز عملیات نقاط یاد شده از جمله نقاط شدیداً آسیب‌پذیر بوده که باید به‌صورت دقیق تا پایان عملیات محافظت و مراقبت گردد.

• وضعیت استجاع ظهري:

شکل ۱ الف و ب وضعیت استجاع ظهري استندرد منظره علوی و جنبی برای مداخلات جراحی بطنی



استجاع ظهري (Supine Position) استندرد



استجاع ظهري (supine position) استندرد منظره جنبی

آرشیف شخصی افراد حفظ گردد.

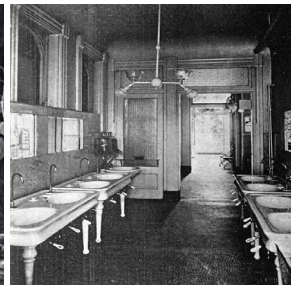
متأسفانه تعدادی از همکاران ما می خواهند راه چندساله را یک شبه طی کنند و مشهور شوند. از هم مسلکان عزیز و گرامی صمیمانه تقاضا می کنیم تا در تطبیق و مراعات شرایط عملیات خانه، هم خود تلاش کنند و هم برای سایر پرسونلی که داخل عملیات خانه رفت و آمد دارند، توضیح دهند. اگر مقررات عملیات خانه مراعات نشود، خطری بزرگ متوجه مریضی خواهد بود که زندگی اش را بر ما اعتماد کرده است. از این اعتماد باید صیانت شود. باید این اخلاق و پرנسیپ ها را در وجود خود تقویت کنیم. اگر همه ما این مقررات را احترام بگذاریم و رعایت کنیم، بیشترین مشکل ما رفع خواهد شد.

دست شستن جراحی و مواد مورد استفاده برای انتی سپسی دست ها:

• تعریف: به منظور از بین بردن انتانات مقاوم قبل از مداخله استفاده می شود (در کتگوری سوم جدول شماره دوم).

• اجرا:

- در اتاق دست شستن، دو دقیقه دست ها تا آرنج (مرفق) توسط صابون و آب شسته شود. صرف نهایت انگشتان (زیر ناخن ها) توسط برس همراه با آب و صابون پاک گردد و با دستمال معقم خشک ساخته شود. لازم به تذکر است که شیر دهن توسط قسمت آرنج طرف باز و بسته شود.



طرز دست شستن در گذشته

- در واقعات پرکتولوژی به وضعیت Steinschnitt (وضعیت نسایی یا Lithotomy Position) در زمان پاک کردن ناحیه باید یک باطله‌دانی در پایین مستقیماً زیر مقعد گذاشته و زمین توسط یک پارچه جذب‌کننده پوشانیده شود.

مراقبت بعد از عملیات:

زمان بستری بودن مریض بعد از عملیات:

بعد از عملیات مریضانی که مداخله جراحی بالای آنها صورت می‌گیرد، الی زمان رخصت شدن در چهار محل تحت مراقبت قرار می‌گیرند:

- سرویس احیای مجدد (recovery room): این سرویس با عملیات‌خانه ارتباط داشته و مریض مستقیماً بعد از عملیات به این سرویس انتقال داده می‌شود. سیستم قلبی و عایی، دوران خون و سیستم تنفسی مریض تحت مراقبت جدی پرسونل فنی سرویس انستیزی (داکتر و نرس) قرار می‌گیرد.

- سرویس مراقبت جدی (ICU): بعد از مداخلات بزرگ جراحی (رژکشن قسمی کبد و مداخله Whipple) و یا مریضانی که نزدشان خطر حیاتی (انفارکتوس قلبی) و یا بلند بودن امکان بروز اختلالات بعد از عملیات موجود باشد، به سرویس مراقبت جدی انتقال داده می‌شوند. بعد از بیدار شدن در این سرویس به سرویس احیای مجدد، غرض کنترل بعدی سیستم قلبی، دورانی و تنفسی مدتی را تحت مراقبت قرار می‌گیرد. زمان باقی ماندن مریض در این سرویس نظر به وضع علائم حیاتی، حالت عمومی مریض و نوع مداخله متفاوت است.

- سرویس عادی جراحی: در صورت ثابت بودن وضع عمومی مریض از نظر حیاتی، رفع خطرات حیاتی و بیدار بودن کامل، مریض تا زمان رخصت شدن به سرویس جراحی تحت مراقبت قرار می‌گیرد.

- رخصت شدن: بعد از مداخلات کوچک (دریناژ آبسه، کشیدن اجسام اجنبی و...) مریضان می‌توانند مستقیماً رخصت و به منزل فرستاده شوند؛ البته در صورتی که مراقبت بعدی آن در منزل امکان‌پذیر باشد (در اروپا مخصوصاً آلمان این امکانات از طریق موجودیت بخش‌های مراقبت نرسنگ سرپا (ambulatory) در منازل سازمان‌دهی شده و مصارف فوق‌العاده کمتر نظر به بستری بودن شفاخانه را در بر دارد. مصارف آن از طریق بیمه‌های صحتی و بیمه‌های مراقبت نرسنگ پرداخته می‌شود، زیرا تمام ساکنان آلمان از بیمه صحتی و بیمه نرسنگ برخوردارند).

اختلالات معمول در جراحی

اهداف این فصل

انتان طرق بولی
توقف قلبی دورانی
نومونیا
امبولی ریوی
قرحه استرس

انتان و جدا شدن جرحه
هماتوم/ خونریزی مجدد
تمزق جلدی
انیوری

هماتوم / خونریزی مجدد (Hematoma / rebleeding):

- تعریف: از نظر تعریف عبارت خونریزی مقدم و یا خونریزی تالی در محل یک جرحه عملیاتی است.
- اسباب: اکثراً در یک ساعت اول بعد از عملیات، از سبب سست شدن خیاطه‌ها، عدم کنترل دقیق هموستاز و یا ناشی از تشوش زمان علقه خون به میان می‌آید.
- سریری: نزد مریض ممکن تکی‌کاری، پایین آمدن فشار خون، کاهش در هموگلوبین و هماتوکریت، نفوذ خون به پانسمان و خارج شدن خون از دریناژ دیده شود.
- تشخیص:
 - سونوگرافی (تشخیص تفریقی با آبسه و تشکل جیب).
 - تحری سیستماتیک عامل خونریزی (تعیین زمان علقه خون).
- تداوی: پانسمان با فشار، معاوضه خون ضایع شده و در صورت بی‌نتیجه ماندن باز کردن و تفتیش دوباره ناحیه به‌صورت مستقیم اجرا گردد.
- هماتوم‌های کوچک بنفسه جذب می‌شود.
- هماتوم بزرگ ➡ بذل و یا تخلیه هماتوم با مراعات شرایط شدید اسپسی و انتی‌سپسی به منظور جلوگیری از خطر مداخله اتان در ناحیه در نظر باشد.
- هماتوم بزرگ: باز کردن با مداخله جراحی و تخلیه هماتوم، گذاشتن یک دریناژ ردون بزرگ (Great redone شماره ۱۶).
- خونریزی تالی شدید و تشکل هماتوم: باز کردن ناحیه با مداخله جراحی و تفتیش، هموستاز

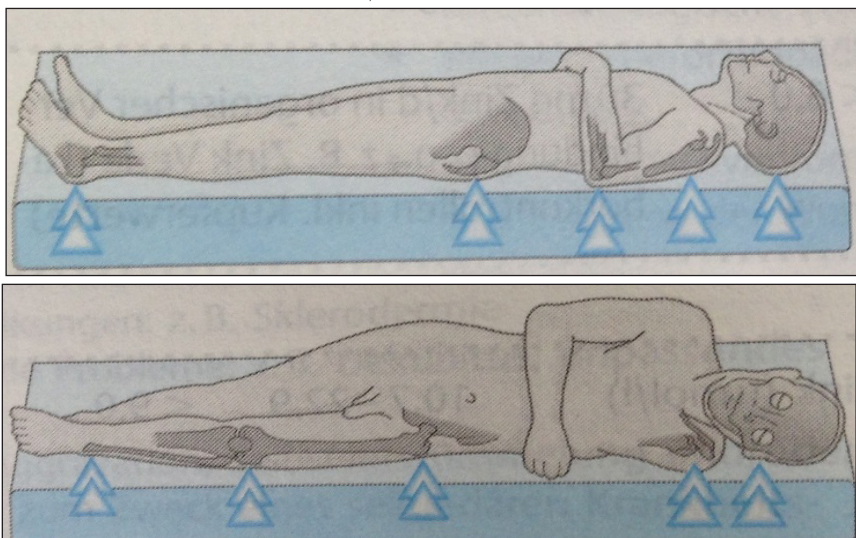


زخم بستر درجه I و II



زخم بستر درجه III و IV

در تصاویر زیر نواحی مساعد برای بروز زخم بستر نشان داده شده است.



نواحی مساعد برای بروز زخم بستر استجاع ظهري و استجاع جنبی (Supine and Lateral Position)

سامان آلات جراحی (surgical equipment names)

۱۵

فصل

اهداف این فصل

سامان آلات محکم گیرنده و نگهدارنده
سامان آلات دور نگهدارنده انساج

تصنيف سامان آلات جراحی
سامان آلات جداکننده انساج

وسایل جراحی

مواد دوخت، اشکال خیاطه‌های عضو و گره‌ها در جراحی

اهداف این فصل

مواد دوخت انساج مخصوص
گره‌های جراحی
سامان‌های قیدکننده

تارها
سوزن‌ها
تخنیک دوختن

تارها:

- مواد اساسی: دو نوع مواد دوخت نظر به شکل، مواد جذب شونده و مواد غیر قابل جذب در بازار موجود است (جدول سوم).
- نوت: تارهای طبیعی Catgut از سبب ایجاد مشکلات BSE (bovine spongiform encephalopathy) امروز کمتر مروج است.

▪ ساختمان:

- تارهای Monofil:

- این تارها لشم است؛
- عکس العمل عضویت مقابل این تارها کمتر بوده و قابل تحمل می باشد؛
- برای درست محکم شدن گره ها، گره باید حداقل پنج بار یکی بالای دیگر گذاشته شود.

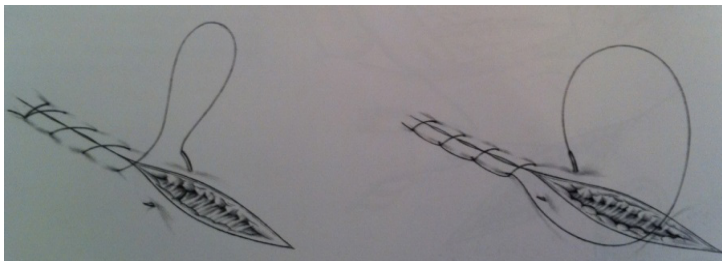
- تارهای braided (تابیده یا تاب خورده):

- معمولاً انساج مقابل آن، عکس العمل نشان می دهد؛
- قابلیت تغییر بیشتر را دارد؛
- این تارها محکم بوده و در زمان کش کردن کمتر کنده می شود؛
- با سه بار گره زدن یکی بالای دیگر محکم می شود.

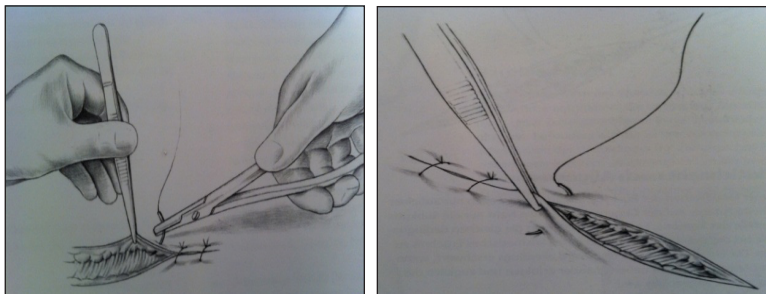
تخنیک دوختن:

● عمومیات:

- دوختن اتروماتیک با سوزن و تارهای مدرن برای انساج مخصوص: نباید کناره‌های جلد آنچنان توسط سامان‌آلات مورد استفاده تروماتیزه شود که بعداً سبب نکروز ناحیه گردد (مثلاً توسط Clamp و یا Ecartor).
- سوزن باید عموداً بالای ناحیه قرار گیرد و در زمان داخل کردن به طرف جراح دور داده شود. داخل و خارج کردن سوزن باید به سطح مساوی صورت گیرد و فاصله میان کناره‌ها در هر دو طرف مساوی باشد.
- دوخت دوام‌دار یا Continuu (Fortlaufen) باید به فاصله‌های کوتاه اجرا و میان‌شان چندین بار لاک شود (گره زده شود).



دوخت دوام‌دار و لاک کردن



طرز قرار دادن سوزن بالای ناحیه

- مواد دوخت مونوفیل غیرقابل جذب در زمان لازم آن باید به منظور زیبایی ندبه گذاشته شود.

Endo GIA ۳۰، ۴۵ و یا ۶۰ میلی متری



Endo GIA

• اناستموز با Clip‌های دایروی:

- موارد استعمال: جراحی دیستال رکتوم، اناستموزهای مری معایی و پروکتولوژی.
- تخنیک ساختمان: این آله که غرض اناستموزهای نهایت به نهایت مورد استعمال قرار می‌گیرد، در داخل خود قیدکننده‌های دایروی همراه با کارد مرکزی حلقوی دارد که ناحیه را قطع می‌کند و اناستموز می‌دهد. برای بستن گردن آله باید هم‌زمان دو تقویه‌کننده که سبب بستن ناحیه می‌گردد را بست و انساج مرکزی نهایت پروکسیمال و دیستال باید به هم نزدیک و سایر انساج اطراف آن از بین اناستموز دور ساخته شود.
- آله:

EEA ۲۱، ۲۵، ۲۸ و ۳۱ میلی متری

ILP ۲۵، ۲۹ و ۳۳ میلی متری



EEA

برخورد طبی با فوت مریض

اهداف این فصل

مشاهده جسد و تصدیق فوت
علائم مطمئن و نامطمئن مرگ و برخورد
آنها

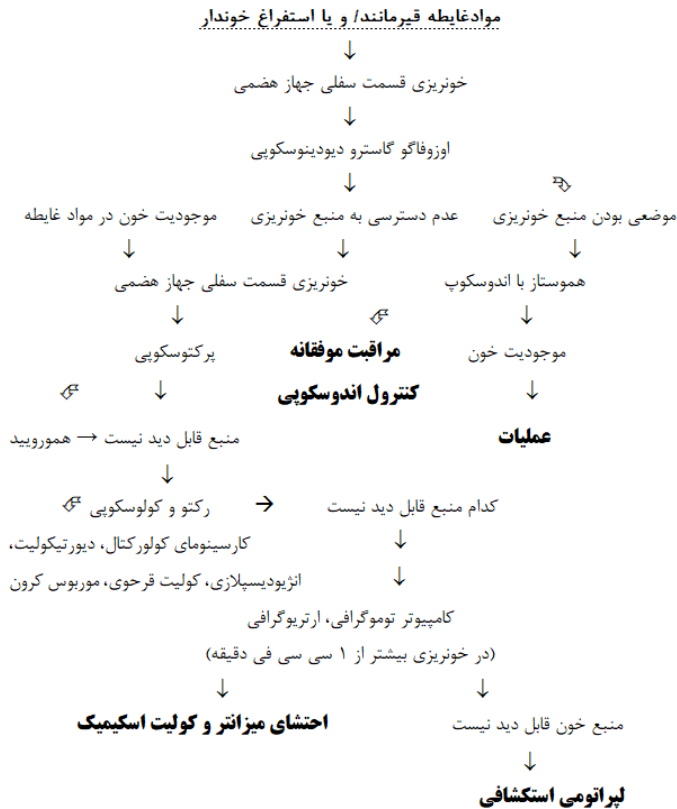
تثبیت مرگ و تصدیق آن
اولین علامه مطمئن مرگ

اهداف این فصل

مریضان همراه خونریزی جهاز هضمی
خونریزی های قسمت علوی جهاز هضمی
خونریزی های قسمت سفلی جهاز هضمی
هموستاز اندوسکوپیک و عملیاتی
مریضان همراه با هیموپتیزی

مریضان شدیداً مجروح
تروماتولوژی عمومی
ترومای صدر
ترومای قحفی
ترومای بطنی
بطن حاد

اقدامات تشخیصیه:



تداوی:

- خونریزی‌های قسمت علوی جهاز هضمی (UGIB): تداوی اساسی خونریزی‌های قسمت علوی جهاز هضمی در سه مرحله مشخص که ابتدا باید تداوی ضد شوک و برگشتاندن حجم دورانی به حالت نورمال، تثبیت منشأ خونریزی برای مداخله، جهت توقف آن صورت می‌گیرد، اما گاهی به دلیل عدم توقف خونریزی مداخله عاجل جراحی هم لازم می‌افتد.
- خونریزی‌های قسمت علوی جهاز هضمی به‌خصوص در موارد ناشی از تمزق واریس مری نزد مریضان سیروتیک و یا خونریزی‌های Erosion کتله‌ای معده کشنده بوده و نیازمند مداخله جراحی عاجل می‌باشد.

غرض اجرای تداوی ضد شوک نزد مریض در قدم نخست کتیر وریدی تطبیق گردیده، نمونه خون مریض (برای تعیین گروپ خون، معاینه ساده خون، تعیین PT و PTT، تعیین الکترولیت‌ها)

شوڪ (Shock)

۱۹

فصل

اهداف این فصل

اسباب کوما
انواع مختلف کوما

حالت شوک
فزیوپتالوژی انواع شوک‌ها
کوما چیست؟

سوختگی

فصل ۲۰

اهداف این فصل

اختلالات در مراقبت سوختگی ها

REHABILITATION

سوختگی شغاعی

ارزیابی اولیه

تصنيف سوختگی

تداوی سوختگی جلدی

مبانی جراحی

احیای مجدد قلبی ریوی (Cardiopulmonary resuscitation) یا CPR

فصل ۲۱

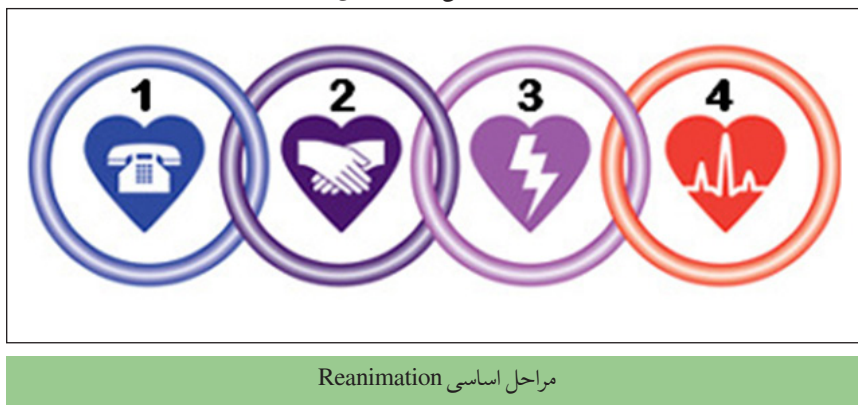
اهداف این فصل

تنفس مصنوعی
مساژ قلبی با فشار
اقدامات بعدی و ختم ری انیمیشن
پایان دادن رانیمیشن

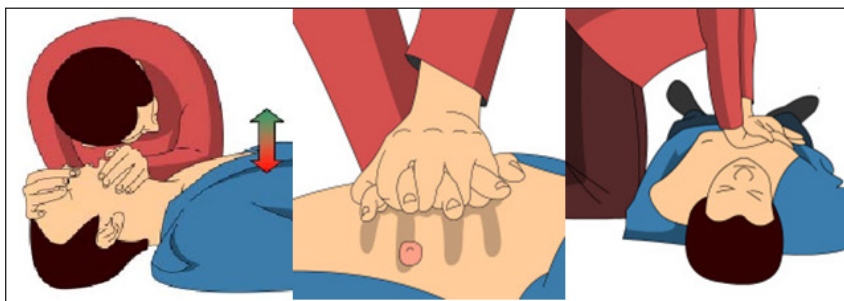
اقدامات اساسی
شیوه کار
تثبیت ضیاع شعور
تثبیت توقف تنفسی
باز کردن طرق تنفسی

مبانی جراحی

توجه: این معاینه باید حداکثر ۱۰ ثانیه بیشتر نباشد (نباید وقت ضایع شود)، در صورت مشکوک بودن Reanimation به صورت عاجل نزد مریض آغاز گردد.



- تقاضای کمک: به آواز بلند تقاضای کمک صورت گیرد، زیرا به صورت قطع بدون وسایل، تداوی اضافی کمک اعظمی برای مریض ممکن نیست.
- مساز قلبی و تنفس مصنوعی: با ۳۰ بار فشار آوردن بالای صدر آغاز و بعد از هر ۳۰ بار مساز، ۲ بار تنفس مصنوعی (دهن به دهن، دهن به بینی و یا امبویگ) اجرا گردد.



تکنیک‌های خاص:

توجه: نظر به رهنمایی‌های جدید نزد افراد بالغ باید در قانون ABC قبل از breathing مساز قلبی فشاردهنده را آغاز کنیم: ۳۰ بار فشار بالای صدر و بعداً ۲ بار تنفس (C قبل از B). در صورت موجودیت نبضان و تنفس بنفسه مریض، باید مریض به وضعیت جنبی قرار داده شود، بعداً مراقبت دوام‌دار و کنترل تنفس صورت گیرد.

اهداف این فصل

اوستیت
ارتريت انتانی
سپس
انتانات خاص جراحی

تشخيص تفریقى تب
اوستیومیلیت
اوستیومیلیت حاد
اوستیومیلیت مزمن

ترانسپلانتیشن جلدی

،Skin transplant

لمف ادنکتومی

Lymphadenectomy

و تراشیوستومی

Tracheostomy (cricothyrotomy)

۲۳

۳

اهداف این فصل

تراشیوستومی
تخنیک مداخله جراحی
مراقبت بعد از عملیات

ترانسپلانتیشن جلد
اروای ترانسپلانتیشن ها
لمف ادنکتومی

مبانی جراحی

مداخلات حداقل جراحی یا (Minimally invasive surgery) MIS

فصل ۲۴

اهداف این فصل

لپروسکوپی
لپروسکوپی با یک مجرا
انواع مداخله
مداخله اندوسکوپی از طریق مجراهای
طبیعی بدن

تاریخچه
تجهیزات اساسی
سامان آلات

اساسات

در حال حاضر پیشرفت‌های قابل توجهی در شیوه تداوی مریضان صورت گرفته که یکی از این شیوه‌ها اجرای عملیات‌های MIS است. در این روش که در اتاق عملیات تاریک انجام می‌شود، شق‌های کوچکی در زیر سره و جدار بطن و یا ناحیه مربوطه ایجاد و بعد از جابه‌جا کردن تروکارد و داخل کردن سامان‌آلات اختصاصی اندوسکوپیک، بالای احشای و یا نواحی مورد نظر به شکل بسته مداخله صورت می‌گیرد. در این روش زمان داخل بستر ماندن مریض کوتاه بوده و بهبود وضع مریض سریع‌تر صورت می‌گیرد، گرچه اختلاطات جدی که در مداخلات باز دیده می‌شود، ممکن در مداخلات MIS نیز به مشاهده رسد.

تاریخچه:

یکی از علاقمندی‌های جراحان این است که نواحی مختلف احشا را به چشم ببینند و پتالوژی ناحیه را تشخیص و تداوی کنند. این علاقمندی که با کتیتز انحنایی فلزی و سپیکولوم رابطه دارد، به گذشته تاریخی برمی‌گردد که داکتران توسط سپیکولوم می‌توانستند اجواف طبیعی عضویت چون دهن، رکتوم و مهبل را مشاهده کنند (در لاتین سپیکولوم به معنای آینه). تاریخ دیدن رکتوم توسط سپیکولوم به پدر طبابت هاپوکرات برمی‌گردد. اولین بار توسط این آله یک تامپون را در مهبل جاگذاری کردند، اما نمی‌دانستند که توسط سپیکولوم می‌توان رکتوم را نیز مشاهده کرد. کتیتز انحنایی فلزی توسط Erasistos ۳۲۰ سال قبل از میلاد مسیح عرضه گردید. کاوش‌های باستان‌شناسی از شهر Pompeji نشان می‌دهد که یک سپیکولوم سه‌شاخه‌ای برای مهبل و سپیکولوم برای دیدن رکتوم موجود بوده که توسط داکتر نسایی سوری به نام Archigenes در سال‌های ۹۵

عبارت‌اند از:

۱. اصابت تروکارد اول به اوعیه بزرگ بطن حین ورود تروکار به جوف بطن، به‌ویژه در افراد خیلی لاغر می‌تواند منجر به خونریزی خطرناک گردد. همچنین ممکن است همین تروکارد به امعای کوچک، امعای بزرگ و یا سایر احشای بطن اصابت کند و منجر به خونریزی یا تنقب احشای مجوف و در نهایت پریتونیت شود.
۲. کوتیر کردن انساج در نزدیکی احشای مثل امعا و معده منجر به سوختگی جدار آنها و یا احتمالاً تنقب آنها در مرحله بعدی (ظرف ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد) گردد.
۳. گاز کربنیک اگر سرد باشد باعث هایپوترمی و کاهش حرارت بدن گردیده، لذا در زمان انسوفلیشن (دمیدن گاز به جوف بطن) باید CO_2 از مسیر دستگاه گرم‌کننده عبور داده شود. CO_2 سرد علاوه بر هایپوترمی می‌تواند منجر به ایجاد بخار و اختلال دید در لنز تلسکوپ شود که مکرراً باید آن را پاک کرد و زمان مداخله را طولانی می‌سازد.
۴. در اثر ورود CO_2 و نوموپریوتان ممکن است اختلال تنفسی، عدم تحمل نسبت به CO_2 و گاهی تمزق ریه (نوموتوراکس) ایجاد گردد.
۵. به علت فشار گاز کربنیک روی عصب حجاب حاجزی و نیز از سبب کشش عضله حجاب حاجزی در حین انسوفلیشن، مریضان در دوره بعد از مداخله، از درد شانه یا درد تشنجی عضلات بطنی شکایت دارند که معمولاً ظرف مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از مداخله به‌صورت بنفسه برطرف می‌شود.
۶. تشوش در زمان انعقاد خون، سابقه التصاقات ناشی از اعمال جراحی قبلی و نیز تشوشات وظیفه‌ای قلبی-ریوی شدید از مواردی‌اند که استطباب لپراسکوپي را نزد مریض مانع می‌شود.

لپراسکوپي بایک مجرا (Single Incision Laparoscopic Surgery)

در این روش که اختصاراً SILS نامیده می‌شود، شق بزرگی به قطر ۲ تا ۲٫۵ سانتی‌متر در نزدیک سره اجرا می‌شود و تروکارد بزرگی از این مجرا وارد بطن می‌گردد. در دهانه ورودی این تروکارد سه یا چهار مجرای کوچک به قطر ۵ تا ۱۰ میلی‌متر وجود دارد که یکی برای ورود تلسکوپ و لنز است و در دو طرف آن معجراهای کوچک‌تری است که ابزار مداخله جراحی با طول زاویه‌دار یا منحنی شکل وارد شده و مداخله جراحی انجام می‌شود. خوبی این روش تنها در حفظ زیبایی پوست بطن است که به جای ایجاد شکاف‌های متعدد جهت ورود تروکارها تنها یک مجرا آن هم در نزدیکی سره ایجاد می‌شود. اما قدرت اجرای مانور سامان‌آلات در این نوع مداخله محدود است.

مداخله اندوسکوپی از طریق مجراهای طبیعی بدن (Natural Orifice) (Translumenal Endoscopic Surgery)

در این روش که به نام اختصاری NOTES معروف است، مداخله جراحی ابتدا با ورود اندوسکوپ انجام می‌شود؛ به این معنا که از طریق دهن، مقعد، مهبل و حتماً مجرای ادرار، دستگاه اندوسکوپ مخصوصی وارد می‌شود که پس از پیدا کردن مسیر حرکت، مجرا در جدار معده، امعای بزرگ، مهبل و یا مثانه ایجاد می‌گردد و آله جراحی مورد نظر از طریق این مجرا به همراه اندوسکوپ مربوطه وارد جوف بطن شده و به سمت عضو مورد نظر پیش برده می‌شود. مداخله جراحی نظیر آپاندکتومی، کولی سیستکتومی، اووارکتومی یا براداشتن کیست مبیض، همچنین آناستوموز دوعروه امعای کوچک و بعضی مداخلات دیگر را می‌توان با این روش انجام داد. در پایان پس از خارج کردن نمونه از جوف بطنی، مجرایبی که در جدار معده، امعای بزرگ، مثانه و مهبل ایجاد شده بود، ترمیم و دوخته می‌شود.

در اجرای جراحی به روش NOTES، ندبه و یا محل جرحه روی جلد بطن ایجاد نمی‌شود. انستیزی کوتاه‌مدت را ایجاد کرده مشکلات تنفسی ناشی از انستیزی طولانی و عمیق در این نوع مداخله جراحی موجود نمی‌باشد. بهبود سریع‌تر بوده و مریض به مدت کوتاهی داخل بستر شفاخانه می‌ماند؛ آنچه که در کشورهای پیشرفته جهان از اهمیت زیادی برخوردار است.

انواع مداخله:

- لپروسکوپی: مانند کولیسیستکتومی لپروسکوپی و اپندکتومی لپروسکوپی که می‌توانید در کتاب جراحی قدم به قدم اثر پوهندوی داکتر بسم الله شیوامل، آن را مطالعه کنید؛
- توراکوسکوپی و یا معادل آن مانند VATS=Video Assisted Thoracic Surgery؛
- میدیاستینسکوپی؛
- ارتروسکوپی؛
- مداخلات حداقل جراحی Interstitial: مانند Hernioplasty تام خارج پریتوانی فتق‌های مغبنی؛
- ادرنالکتومی Retroperitoneoscopic؛
- مداخلات حداقل جراحی غده تیروئید و پاراتیروئید؛
- جراحی وریس‌ها.

Reference

- 1- Allgemein -und Viszeralchirurgie essentials, Nicolas T. Schwarz 8., vollständig überarbeitete 2017
- 2- BASICS Chirurgie, Tobias Schiergen, 05.12.2018
- 3- Basiswissen Chirurgie, Siewert, Jörg Rüdiger, 2. Aufl. 2010
- 4- Chirugi, Henne-Bruns, Dürig, Kremer 2012, 10- Chirugi, Siwert, Stein, 9 Auflage 2012
- 5- Chirurgie für Studium und Praxis, M. Müller und Mitarbeiter, 2020/2021
- 6- Checkliste Viszerale Chirurgie, Sep 2016, Felix Largiader, Peter Buchmann, Urs Metzger, Hans Säuberli
- 7- Checkliste Chirurgie, 11. überarbeitete Auflage, Sep 2016, Felix Largiader, H D Saeger, M J B Keel
- 8- Clinical Surgery, Alfred Cuschieri 3rd Edition 2012
- 9- Chirugi, Henne-Bruns, Dürig, Kremer 2012
- 10- Chirurgie für Studium und Praxis, M. Müller und Mitarbeiter 2018/2019
- 11- der Chirurgischen Instrumente, Liehn, Schlautmann 2011
- 12- DocCheck News 23-02-2017, Pankreas-Ca: Neuer Metastasen Entschleuniger
- 13- DocCheck News 12-02-2018, Onkologie: Am Anfang war die Entzündung
- 14- DocCheck News 22-02-2018, Krebsrisiko: Selber schuld

- 15-DocChek News 21-03-2018, Hier richt s nach Tumor
- 16- 16-Essential of General Surgery, Lawrence, Peter F 2018
- 17- Essential Surgery problems, Diagnosis & Management, Philip J. Deakin 5th Edition 2013
- 18-Gastroonkologie | Ausgabe 3/2018), Chronische Entzündungen sind bedeutende Krebsstrigger
- 19-Handbuch der OP-Vorbereitung und Nachbehandlung in der Chirurgi, Rudolf Beisse
- 20-Klinikleitfaden Chirurgie, 2010, H.R.Nurenberger&F.M.Hasse&A.Pommer
- 21- Onkologie Basiswissen (2016), Karl R.Aigner,Fredrick O.Stephens
- 22-Schwartz's Principles of Surgery, 10th Edition(2019), D.K. Andersen, Dana K.Andersen,Timothy R.Billiar,David L.Dunn,Johan G.Hunter,JeffryB.Matthews, Raphael E.Pollock
- 23-Stanford University School of Medicine. (31 jan 2018) Cancer 'vaccine' eliminates tumors in mice
- 24-Schmerzmedizin 1000 frage (2017), Bernateck et al
- 25-SRB's Manual of Surgery, Sriram Bhat M 5th Edition 2016
- 26-SRB's Clinical Methods in Surgery, Sriram Bhat M 1st Edition 2010

۲۷- اثر تحقیقی «تومور های ثدیه در افغانستان»، غرض ترفیع علمی داکتر ب.

شیوامل به رتبه علمی پوهنملی، ۱۳۶۶.

دیپارتمنت جراحی انسیتیتوت طب بوعلی سینا در شفاخانه وزیر اکبر خان

۲۸- امراض پانکراس

پوهندوی داکتر ب. شیوامل (MD, Ph.D) ۱۳۹۶

۲۹- جراحی حشوی قدم به قدم

پوهندوی داکتر ب. شیوامل (MD, Ph.D) ۱۳۹۵

۳۰- جراحی قدم به قدم

پوهندوی داکتر ب. شیوامل (MD, Ph.D) ۱۳۹۲

۳۱- خلاصه ای از اصول جراحی شوارتز

ترجمه و تلخیص پوهندوی داکتر ب. شیوامل (MD, Ph.D) ۱۳۹۷

۳۲- کیسه صفرا و طرق صفراوی

پوهندوی داکتر ب. شیوامل (MD, Ph.D) ۱۳۹۶

۳۳- میتود های سریری در جراحی به شمول تشخیص تفریقی

مولف: ک. داس مترجم: پوهندوی داکتر اسدالله رحمت

Principles of Surgery

Theory and Practical

Dr. Besmellah Shewamal (Ph.D, MD)
Dr. Abd Rahman Hameed (MD)



ISBN 978-9936-8061-7-7



9 789936 806177



مؤسسة النشر والدراسة

