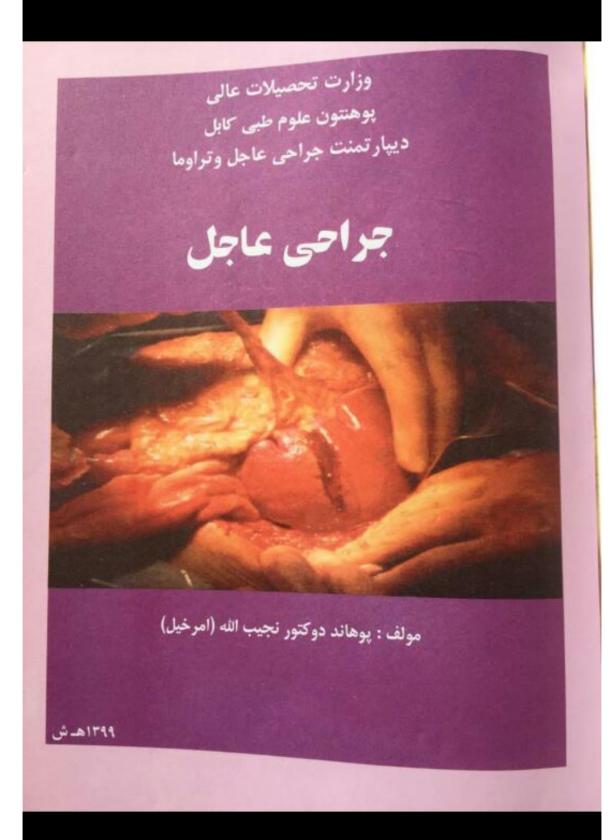


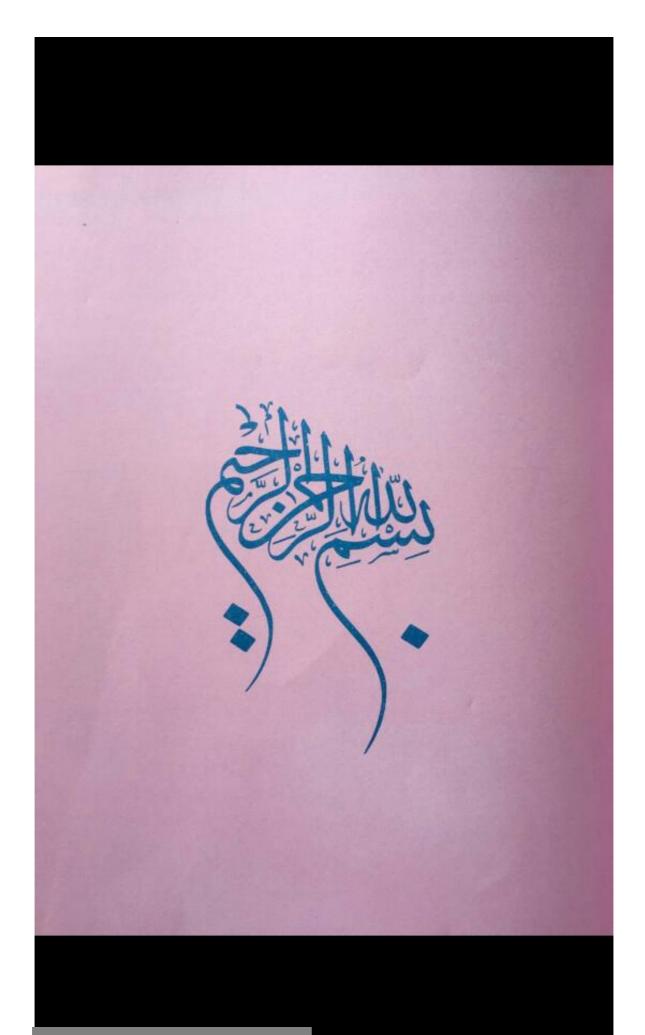
# جراحي عاجل



مؤلف: پوهاند دوكتور نجيب الله (امرخيل) ١٣٩٩هـ ش

Download From: www.AghaLibrary.com





# فهرست مطالب

1	فـصــل اول
Y	خونريزىغ
Y	مقدمه
Δ	توقف خونریزی یا Hemostasis:
1-	نقــل الــدم
	اشكال نقل الدم
	خلاصه فصل
	سوالنامه
	مأخنــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
	فصل دوم
	شـــاک
	اسباب شاک:
	هایپوولیمیک شاک:
	شاک سیتیک
	نیوروجنیک شاک
	Burn Shock
	انافلاکتیک شاک
	خلاصه فصل
Υ	سوالنامه
	ماخذ
	صل سوم
q	ــرضيــضــات وجــروحــــات
	ترضيضات
+**************************************	

T +	اپیدیمی لوژیا
T. SALES CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF THE PRO	TO PROPERTY AND ADDRESS OF THE PARTY AND ADDRE
L 1 (01111111111111111111111111111111111	
	***************************************
	***************************************
00	ماخد
00	صل چهارم
ورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:	براحی عاجل بطنی
00	مداف اموزشی: بعد از خواندی عصل در سا
AC	
۵۶	سپس داخل پريتواني
۶۰	آیسه های داخل بطنی
۶۱	ابسه های تحت حجاب حاجزی
FY	أبسه هاى تحت الكبدى
FT	اختلاطات شق های عملیاتی
V1	توسع حاد معده
VY	Bleeding peptic ulcer
YY	Stress gastritis
/τ	تدور معده
Λ	Mallory Weiss Tear
Υ	تضيق بيلور (Pyloric stenosis)
f(Gastroint	نزف معدی – معاب (hemorrhage) امسند
S(Gastroini	اختلاطات درگ ق مد . >
Y	انه مره
Y	انفار کی معدد
* Personal Control of the Control of	ارسوس تريد
A	رتبج میکل (Mickel's diverticulum) .

	تفور یا Vulvulus
	تئور یا Vulvulus پریتونیت صفراوی :
٨٠	کولی سیستیت حاد
۸٠	کولیک صفراوی
A1	Acute gaseous cholecystitis
A)	Acute cholangitis
AT	التهاب حاد پانکراس (Acute pancreatitis)
ΑΤ	معاينات بالخاصه :
AT	معاينات بالخاصة :
AT	انسداد میخانیکی امعاً
A0	ترضيضات بطن
^-	جروحات نافذه بطن
97	, still
	- سوالنامه
	ماخذ
	فصل پنجم
	چراحی عاجل صدری
	انسداد طرق هوایی
٩٨	ترضيضات صدري وسپسس
	ترضيضات وصدمات جدارصدر
1	كسورعظام قفس صدرى
1-1	كسور اضلاع
1-7	1::1:: /
1-7	
1 • F	
1 * F	
٠٠٠	ترضيضات حجاب حاجز
ι+Δ	أفات جوف پلورا
٠۵	آفات جوف پلورا موجودیت خون درجوف صدر( Hemothorax)
	***************************************
	Chylothorax

	فصل هفتم
171	ســـوځتــگــی هـــا
171	سوختگرراز باء باری از را
\TY	ســوختــگی از بــاعـــت حــرارت بلنـــد
177	تصنیف سوختگ نظ به عامل .
177	تصنیف سوختگی نظر به عامل سبیی د
177	۲. تصنیف سوختگی نظر به عمق آن :۴ تصنیف سوختگی نظر به عمق آن :۴
150	۴. تصنیف سوختگی نظریه وسعت:
177	۵ سوختگی را نظر به زمان التیام نیز تصنیف بندی نموده اند
TTY	تعین وخامت سوختگی :
)TY	۶- توضع یا موقعیت سوختگی:
)TY	Inhalation injury
15+	تداوی سوختگی
170	
144	سوختگی های کیمیاوی
144	ســــوختگـــــی شعــاعــــی
	تـرضيضات بـرقـى
107	خلاصه فصل
\07	سوالنامه
107	ماخذ
100	فصل نهم
	Vascular emergency
105	Venous emergencies
\aY	Superficial thrombophlebitis
ιδΥ	Deepvenous thrombosis
ΔΑ	Deepvenous thrombosis
۵۹	آمبولی ریه
۶.	امبونی ریه
\$.	جروحات اوعیه
,	الما و المارة مورث تصادفي
***************************************	Acute- on-chronic occlusion from atheresis

	Nosocomial infection
191	Nosocomial infection اکتینو مایکوزس
197	اکتینو مایکوزس
194	
194	
195	
190	and
198	مرص هيداليد
195	کیست هیدانید نبد
197	مرض هیداتید ریه ها
19.4	اميبيازس
Y	خلاصه فصلخلاصه
Y-1	سوالنامه
7.7	ماخنــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
T+T	فصل يازدهم
	جراحی عاجل در خشونت های شهری
۲-۵	جروحات شهری
۲-۹	جروحات سهریخلاصه فصلخلاصه فصل
۲۰۹	خلاصه فصل
11	ماخذ
711	ماخذ
r11	ماخلفصل دوازدهمفصل دوازدهم
	CONTROL OF THE PARTY OF THE PAR
١٣	ترضیضات وصدمات طرق بولی تناسلی انسداد قسمت علوی طرق بولی
18	انسداد قسمت علوی طرق بولی
١٨	انسداد قسمت سفلی طرق بولی
١٨	انتانات طرق بولیترضیضات طرق بولی
19	ترضيضات طرق بولىترضيضات وصدمات كليه
·	ترضيضات وصدمات كليه
4	ترضيضات وصدمات متأنه
	صدمه وترضيض احليل
	ا المام المام في وخصيتان المسال

Y71	Homes
1	
YYY	تورش خصیه
770	خلاصه فصلخلاصه
12	سوالنامه
YYF	ماخنــــــم
77V	
YYYObstetric and Gyna	and and
111	recological emergencies
77A	
ΥΥΛ	
779	رپچر رحمی
η	پری اکلامیسی
777	اکلامپسی
777	تورشن سیست تخمدان
TTT	
774	
770	سوالتامه
TTS	ماخذماخ
117	

# فسمسل اول

# خونریزی و نقل الدم

اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

- خونریزی - مطابقت

- تعریف - توقف میخانیکی خونریزی - طریقه های نقل الدم

- لوحه کلینیکی - توقف حرارتی خونریزی - استطباب ومضاد استطباب

تصنیف – توقف بیولوژیکی خونریزی – اشکال مختلف نقل الدم

-عكس العمل عضويت - نقل الدم - تست هاى قبل از نقل الدم

- تداوى - تعريف - اختلاطات نقل الدم

- توقف دایمی خونریزی - گروپ های خون

#### خونريزي

مقدمه

یکی از اسباب hypotension رانزف تشکیل می دهد که می تواند درهرزمان یعنی قبل اثنای و یا بعد از عملیات رخ بدهد. درصورتیکه عاجلا و موثرا تداوی نگردد تهدید کننده حیات می باشد.

خوتریزی فعال را می توان ازهذای پانسمان مریض و یا ازطریق درن مشاهده نمود، زمانیک خوتریزی به شکل مخفی سیر نماید در این حالت اعرض وعلایم شاک هایبو ولیمیک درصحته تظاهرمی نماید، از اینرو بررسی دقیق پانسمان و درن مریضان درمراحل اول بعد از عملیات حتمی بنداشته می شود.

متوقف ساختن خونریزی یک عمل عمدی وسنجیده شده جهت جلوگیری ازضیاع بی موجب خون بوده و اساس تداوی جروحات را درجراحی تشکیل می دهد.

تعریف: خارج شدن خون ازسیستم قلبی وعایی راخونریزی گویند و یا به عبارت دیگر بنابرهرعامل سببی که خون از سیستم قلبی وعایی خارج گردد خونریزی گفته می شود.

تصنیف خونریزی: خونریزی به انواع ذیل تصنیف شده است:

الف- تصنیف خونریزی از نظر کلینکی: این تصنیف بر اساس فیصدی ضیاع خون استوار می باشد:

Class-I: ضیاع خون درحدود ۱۵٪حجم دورانی بوده تغیرات وصفی کلینکی و تشوش علایم حیاتی احساس نمی شود، جهت احیای آن به تطبیق مایعات نیزضرورت احساس نمی شود.

Class-II: ضیاع خون درحدود ۱۵-۳۰٪ حجم دورانی بوده، تکی گاردی به وجود أمده وعضویت تمایل به جبران آن ازطریق تقبض وعایی دارد، بناء جلد سرد وخاسف شده، سلوک مریض تغیر یافته و ادرارغلیظ می گردد، این حالت با تطبیق مایعات البته بدون تطبیق خون جبران شده می تواند.

Class-II: ضیاع خون ۳۰-۴۰٪ حجم دورانی را دربرگرفته، فشارخون سقوط نموده، تکی گاردی بوجود آمده، ارواء محیطی مختل شده، دهانه بولی کم، تغیرات واضح جهت دوباره پرشدن اوعیه شعریه رخ داده، حالت روانی برهم خورده وعلایم واضح شاک بروزمی نماید، که ایجاب تداوی را تطبیق مایعات و خون می نماید.

Class-IV: درین حالت ضیاع خون بیشتراز ۴۰٪ حجم دورانی بوده، علایم شاک کاملا

درصحته حاكم مي باشد كه بعدا بحث خواهد شد.

ب- تصنیف خونریزی از نظرسازمان صحی جهان: 0-Grade: خونریزی وجود ندارد. -Grade ا: خونریزی وجود ندارد. -Grade ا: خونریزی به شکل خفیف موجود است. Grade-II: ضیاع خون به شکل خفیف موجود است (تنهاازنظر کلینیکی اهمیت دارد). Grade-III: خونریزی واضح به شکل Gross موجود بوده (وخیم) به نقل الدم ضرورت دارد. Grade-IV: ضیاع خون به شکل Debilitating موجود بوده یعنی خونریزی دردماغ وشبکیه چشم رخ می دهد.

#### ج- خونریزی از نظر منشه:

۱- نزف وریدی : درصورتیکه خون ازورید خارج شود بنام نزف وریدی یاد می گردد. ایس خون عموماً رنگ سرخ مایل به سیاه داشته، جریان آن بدون نبضان بوده(جز ازحالات که ورید مجروح در مجاورت شریان قرار داشته باشد)، در صورت خونریزی از ورید بزرگ، خون وریدی به فوران خارج می گردد در غیر آن جریان یک نواخت دارد. خون وریدی از نهایت دیستال جریان موده(جزازحالات که ورید بزرگ و یا بدون دسام مورد بحث باشد).

۲- خونریزی شریانی: رنگ سرخ روشن و جریان نبض را تعقیب نموده، شکل فیورانی داشته یعنی همزمان با ضربه نبض بلندشده ودوباره پایین می افتد، همیشه ازنهایات پروکسیمال خارج گردیده ودرصورت موجودیت کولا ترال ازهردونهایت نیزخارج شده می تواند. درصورت قات نمودن مفصل پروکسیمل و یا بلند قرار دادن طرف از شدت آن کاسته و حتی خونریزی توقیف نموده می تواند.

۳- خونریزی شعریوی: دارای رنگ سرخ روشن، به شکل Ooze یا ترا وش جریان داشته،
 درتمام سطح جرحه خونریزی موجود می باشد و مقطع اوعیه خون دهنده واضح نیست.

#### د- خونریزی نظریه زمان:

۱- خونریزی ابتدائی: خونریزیست که در اثنای بوجود آمدن جرحه رخ می دهد.

۲- خونریزی عکس العملی: این نوع خونریزی درمدت الی ۲۴ ساعت بعد ازخونریزی ابتدائی بوقوع می رسد و اساساً درنتیجه ازبین رفتن سپزم اوعیه و یالغزیدن لیگاتور، بلند رفتن فشار خون شریانی و دو باره مملوشدن اوعیه بعد ازشاک، بلند رفتن فشارخون وریدی بعد از سرفه و یا استفراغ بوقوع می رسد.

۳- خونریزی ثانوی : بعد ازسپری شدن ۷-۱۴ روزازخونریزی ابتدائی بوقوع رسیده، علت آن را انتان، تخریب اوعیه به وسیله تیوب دریناژ، پارچه های عظمی، لغزیدن لیگا توراوعیه در ساحه منتن و کانسرها تشکیل می دهد .این نوع خونریزی به دنبا ل یک خونریزی مخبره به رنگ سرخ روشن در پانسمان بوقوع رسیده که بعدا با خو نریزی شدید و حتی کشنده همراه می باشد. د خونریزی از نظرقابل دید بودن:

۱- نزف داخلی: در این نوع نزف خون از سیستم دورانی خارج گردیده اما ازعضویت خارج نمی شود و در جوفهای عضویت مثل جوف پلورا، پریکارد، انساج عضویت تجمع می کند.

۲- خونریزی خا رجی : دراین صورت خون که از اوعیه خارج گردیده از عضویت نیز خارج می
 گردد و به چشم دیده می شود. مثلاً خونریزی از انف، گوش و غیره.

۳- خونریزی میکروسکوپیک: این نوع خونریزی بوسیله معاینات لابراتـواری آشـکار شـده، علایم کلینکی مشکوک می داشته باشد، ولی باید یاد آورشدکه خونریزی های مذکور بـه شـکل مکروسکوپیک نیز رخ می دهند. مانند هیمتومیزس، میلانا، هیمتوریا وغیره.

کلینیک خونریزی: خونریزی دارای اعراض عمومی و موضعی می باشد

اعراض و علایم عمومی خونریزی: اعراض وعلایم عمومی خونریزی ارتباط به مقدار خون ضایع شده داشته که شامل ضعف، خسافت غشائی مخاطی وجلد، عرق سرد، تشنگی، سردردی، سرچرخی، گنگسیت، تشوشات سمعی و بصری، بی حالی، دلبدی، استفراغ، سیانوز، عسرت تنفس، تکیینی، تکی کاردی، پائین آمدن فشار خون شریانی، اریتمی، تشوشات شعور، تهیج، اولیگوری، اختلاجات، کوما، بالاخره توقف قلبی و مرگ می باشد.

اعراض موضعی : اعراض و علایم موضعی خونریزی ارتباط به ناحیه خون دهنده دارد مئلاً خونریزی نسج دماغ، خونریزی داخل جوف پلورا، پریکارد، پریتوان وغیره هرکدام علایم مربوط به خود را توصیف می نمایند که در بخش مربوطه مطالعه می گردند.

عكس العمل عضويت مقابل خونريزي : دو نوع عكس العمل موجود است:

A- عکس العمل های معا وضوی مقدم: شامل تقبض وعائی وبلند رفتن مقاومت اوعیه اعضای داخلی بغیرازقلب و دماغ، خارج شدن خون از ذخایر حشوی و داخل شدن آن به دوران، تسریع حرکات قلبی و تنفسی، داخل شدن مایعات بین الحجروی درجریان دموی و تشکل علقه اند.

B عکس العمل های معاوضوی مؤخر شامل: نارمل شدن پروتین های خون در مدت ۱۰-۸ روز، تأمین دوباره خون ازسبب تحریک سیستم مولد خون.

تداوی نزف : هدف از تداوی دو چیز است :توقف نزف و اعاده خون ضایع شده:

# توقف خونریزی یا Hemostasis:

تعریف: جلوگیری خارج شدن خون از اوعیه شق شده، قطع شده و یا ترضیض یافته را گویند که به دو کتگوری بزرگ ذیل تقسیم بندی شده است: توقف موقتی خونریزی و توقف دائمی خونریزی.

- توقف موقتی خونریزی: دربحث کمک های اولیه توضیح شده است.

توقف دائمی خونریزی :این نوع توقف خونریزی راهیموستازجراحی نیزگویند. عبارت از توقف دادن سنجیده شده یی خونریزی بوده و دارای اهداف ذیل می باشد:

یکی ازتدابیراساسی درتداوی جرحه دراثنای عملیه های جراحی بوده، مریض را ازتاثیرات فزیولوژیک ضیاع کتلوی خون محافظه می نماید. ازبستر شدن طولانی مدت مریض درشفاخانه جلو گیری به عمل می آید. زمینه مساعد ساحه دید جراح رافراهم می سازد. عامل خطربرای انکشاف انتان جرحوی را تنقیص می دهد. توقف دایمی خونریزی به طریقه های میخانیکی، حرارتی، کیمیاوی و بیو لوژیکی، اجرامی شود:

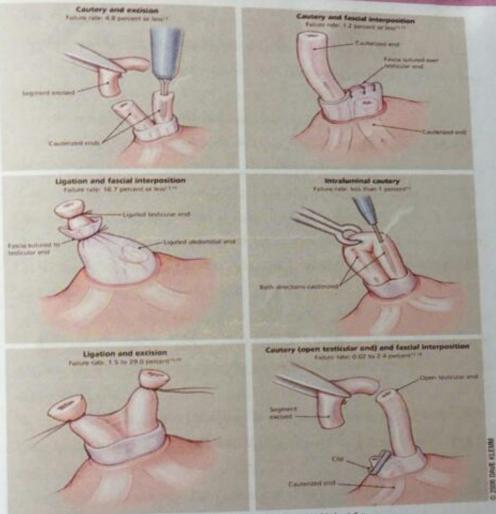
١-طريقه ميخانيكي توقف خونريزي

طریقه میخانیکی توقف خونریزی به وسیله احمال فشاردرنهایت اوعیه خون دهنده آغاز شده تا اینکه میکانیزم نارمل تولید علقه باعث بندش اوعیه گردد. طریقه های مختلف ذیل به ایس منظوریه کارمی روند:

Instruments: سامان آلات ( کلمپ ها) که به این منظور استعمال می گردند مقدار کوچک از نسج نهایت یک اوعیه قطع شده راگرفته، اکثرا فشار کلمپ بالای اوعیه کافیست تا خونریزی را متوقف سازد.

مرحت سرد. Ligatures: Ligatures/ties ها ازمواد دوخت ساخته شده اند، قبل ازبسته بندی بـه طـول های ستندرد قطع می شوند و یا بدون قطع بدور گوتک پیچا نیده می شوند.

Ties به طریقه های مختلف اجرامی شود، ارتباط به عملیه جراحی وسلیقه جراح دارد. دراثنای اجرای عملیه طول ties ستندرد ممکن است به نصف، ۱/۳ و ۱/۴ آن تقسیم و بعد ازآن قطع اجرای عملیه طول ties ستندرد ممکن است به نصف، ۱/۳ و ۱/۳ آن تقسیم و بعد ازآن قطع اوعیه شود، ارتباط به عمق نسج که در آن لایگت صورت می گیرد دارد. دراین طریقه اولاً مقطع اوعیه خون دهنده دریافت، آن را کلمپ نموده و بعدآ آنرا به وسیله تارلیگاتورمی نمایم طوریکه اولا تاررا بخون دهنده دریافت، آن را کلمپ نموده و بعدآ آنرا به وسیله تارلیگاتورمی شده دورداده، گره اول درعقب کلمپ اجرا، گره دوم و سوم بعد از باز نمودن کلمپ اجرامی شود.



شكل (۱) انواع ليكاتور جهت توقف خونريزي

Ligating clips: یک آله یی کوچک استپلر مانند بشکل حرف V بوده و طوری طراحی شده است که نهایات



شكل (٢) Ligating clips

نسج رانیشگون گرفته وآنرا به هم نزدیک می نماید، ازفولاد بیزنگ، تیتا نیوم و یا پولیمیر قابل جذب ساخته شده است.

Bone wax: کلوله کوچک تولید شده ازموم زنبورها بوده که بالای کنارآزاد عظم مالش داده می شود و در حقیقت یک مانعه را در مقابل oozing سطح عظم مقطوعه تشکیل داده باعث توقف نذف می گردد.

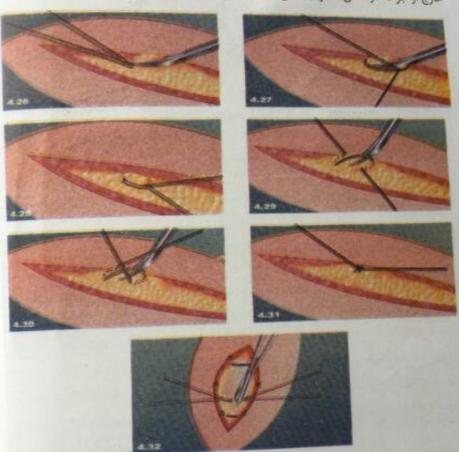
Packing : علیه است که درآن از اسفنج های جراحی و یا pack ها جهت توقف خونریزی استفاده می گردد. پک های مذکورباعث احمال فشاربالای کنارهای جرحه ویا یک جوف عضویت گردیده، سبب تخفیف خونریزی وحتی توقف آن می گردد. تامپون مذکورمعمولاً بعد از گذشت ۴۸ ساعت بیرون آورده می شود.

Pled gets: عبارت ازیارچه کوچک تیفلون است که باعث تقویه خیاطه گردیده و سبب توقف خونریزی حتی ازیک فوحه سوزن نیز می گردد، موادمهٔ کورباعث تولید فشاردر ناحیه گردیده، خونریزی حتی ازیک فوحه سوزن نیز می گردد، موادمهٔ کورباعث تولید فشاردر ناحیه گردیده، بشکل بخش از خیاطه حصه گرفته و به کارمی روند.

پستان بحس از خیاطه حصه ترسان از با با با با این از با استان و استان و سایزهای مختلف Patties: ساختمان جاذب، فشار آور، رادیویک، پخته داراست که به اشکال وسایزهای می گردد. جهت جذب خون واحمال فشار درناحیه خون دهنده تهیه شده و باعث توقف خونریزی می گردد. عموماً در عملیات های جراحی بالای دماغ و نخاع شوکی از آن استفاده به عمل می آید.

نزف

لیگاتوراوعیه درمسیرآن: درحالاتیکه اوعیه مجروح را درجرحه دریافت نصوده نتوانیم اوعیه خارج از جرحه در محل انا تومیک آن در یاقت گردیده و دراین ساحه بسته می شود.



شکل (۳) بستن شریان با انساج مجاور آن

بستن شریان با انساج مجاورآن: بعضی اوقات درابتدا درمجاورت اوعیه خیاطه اجرا بعد ازآن همان تار در اطراف اوعیه دورداده وگره میشود (بشکل عدد ۸ انگلیسی) تاازلغزیدن آن وخونریزی تانوی جلوگیری شود.

دوختن اوعیه و پیوند اوعیه: دراین صورت دو نها یت اوعیه به هم دوخته شده و درصورتیکه

دفکت اوعیه زیاد باشد میتوان آنرا به وسیله پارچه وریدی و یا پروتیزهای مصنوعی اعاده نمود. ۲- طریقه حرارتی توقف خوتریزی : در این جا از خواص درجه حرارت استفاده می شود مثلاً حوارت بلند باعث تحثر پروتین ها شده درنتیجه باعث سخت شدن وعلقه شدن خون می شود بدین منظور امروز در عملیات ها از الکترو سرجری هیمو ستاز، الکترو سرجری یونیت، لیزر، ماشین اولترا سونیک استفاده می شود. (دربحث اساسات جراحی توضیح شده است)

۳- طریقه کیمیاوی توقف خونریزی :مواد کیمیاوی مختلف جهت توقف خونریزی تهیه شده اند، این مواد سبب تقلص اوعیه و سرعت بخشیدن به پروسه تحتر خون می گردند. مهمترین آنها در ذیل ذکر می شوند:

جلاتين قابل جذب: يك ماده هيمو ستاتيك، جذب كننده وغير قابل انحلال ساخته شده از gelatin خوک به شکل pad (یا بالشتک) وپودربوده، ۴۵ چند وزن خود خون را جذب نموده، عموماً در ادرینالین و یا ترومبین مغطوس می گردد درحالیکه پودر آن درسالاین معقم مخلوط گردیده بعداً درساحه خونریزی استعمال می شود.

اسفنج کولاژن قابل جذب: این ماده از کولاژن گاوتهیه گردیده، به شکل خشک درساحه Oozing و خونریزی استعمال میشود. میکانیزم علقوی را فعال ساخته، تجمع صفیحات دمویم درساحه خونریزی راسبب می گردد.

سلولوز او کسیدایزشده: ماده قابل جذب بوده به شکل پارچه های بافته شده تهیه شده، به شکل خشک در ساحه خوتریزی استعمال گردیده، دوخته شده و وضعیت داده میشود، سلولوز فعالیت سریع او کسیدیشن را اجرا نموده و در صورت مواجه شدن با خون علق تولید می نمايد .

۴- طریقه های بیو لو ژیک توقف دایمی خونریزی: توسط طریقه های بیو لو ژیک نیز میتوان نزف را متو قف ساخت که شامل:

- ا تامپون نمودن ناحیه به وسیله انساج عضویت چون امنتم ،عضله و غیره.
- زرق خون ، پلازما ،فيبرينوجن ،ترمبوسيت ،زرق ويتامين هاى k و c و
  - استعمال موضعي مواد مانند ترومبين.
    - زرق پلازمای حیوانی و انسانی
- ترومبین: انزایم است که ازخلاصه خون خشک شده گوساله به شکل پودرتولید شده تشکل علقه را سرعت بخشیده خونریزی اوعیه شعریه راکنترول می نماید. بـ ه صورت

منفرد ويا مغطوس با اسفنج جلاتين استعمال شود.

متورد ویا مصوری .

اوکسیتوسین: هورمون است که ازغده نخامیه افرازمی شود، به صورت مصنوعی نیز تهیه

گردیده است، به شکل زرقیات جهت کنترول خونریزی درمریضان ولادی استعمال می

گردیده است، به شکل زرقیات جهت کنترول خونریزی درمریضان ولادی استعمال می

گردیده است، به شکل زرقیات جهت کنترول خونریزی درمریضان ولادی استعمال می

ادرینالین : هورمون است که ازغده فوق الکلیه افرازمی گردد و به صورت مصنوعی نیز
 تهیه گردیده است، باعث تقلص اوعیه شده و جریان خون را درناحیه تخفیف می دهد.

Fibrin Glue - به شکل یک چسپنده بیولوژیک عمل نموده اصلاً از فبرینوژن انسانی به وسیله عملیه Cryoprecipitate تهیه شده و یاهیم ساخته شده از ترومبین گاو است که مستقیماً بالای نسج استعمال می گردد و باعث تبدیل فبرینوژن به فبرین گردیده، سبب توقف خونریزی می گردد.

### ٥- ميتود هاى ديگر هيموستاز: شامل:

امبولایزیشن: دراین عملیه هیموستاتیک کننده داخل اوعیه خون دهنده تطبیق گردیده، به صورت عمدی سبب بندش آن شده و از نذف شدید جلوگیری می نماید.

سکلیرو ترا پی :عبارت اززرق یک ماده کوا گولانت درورید های خون دهنده جهت تخفیف و توقف خون از آن می باشد. اکثراً از فینول و الکول به این منظور استفاده می شود.

# نقسل السدم

تعریف: - نقل الدم تطبیق خون، اجزای مرکبه و یا معاوضه کننده های خون را گویند. گروپ های خون: غشای کریوات سرخ خون دارای یک نوع انتی جن به نام agglutinogen است، ساختمان گلایکو پروتین داشته، انواع مختلف دارد، مهمترین آنها را انتی جن A و قشکیل می دهد. همچنان در سیروم خون دو نوع اگلوتنین به نام های الفا و بیتا (Anti A و Anti B و مجود است. باید یاد آو شد که کریوات سرخ خون می تواند یکی از این انتیجن ها را درغشای خود داشته باشد یا هر دوی انها را و یا اینکه هیچ یک از این انتیجن ها را نداشته باشد. گروپ خون O: درصورتیکه درغشای کریوات سرخ خون هیچ نوع اگلو تینوجن موجود نباشد اما در پلازما اگلوتینین Anti A و Anti B و Anti A داشته باشد گروپ خون O است.

گروپ خون A: در کریوات سرخ خون این گروپ اگلو تینوجن A موجود بوده در حالیکه در پلازمای آن اگلوتینین انتی B موجود است.

گروپ خون B: در کریوات سرخ خون این گروپ اگلوتینوچن B موجود بوده در حالیکه

درپلازمای آن اگلوتینین انتی A موجود است.

گروپ خون AB : دراین صورت در کریوات سرخ خون اگلوتینو جن A و B موجود بوده اما درپلازمای آن هیچ نوع اگلوتنین وجود ندارد. باید متذکر شد، در غشای کریوات خون ۸۵ فیصد از افراد انتی جن Rh که انواع مختلف دارد موجود است، قوی ترین آن را انتی جن نوع D تشکیل می دهد، اگلو تینین انتی Rh در پلازمای انسان ها موجود نبوده بلکه به صورت کسبی یعنی بعد از اخذ کریوات سرخ خون حاوی انتی جن Rh تولید می گردد. بنآء افرادیکه دارای این نوع انتی جن باشند به نام Rh مثبت و کسانیکه این نوع انتی جن را در کریوات سرخ خون خود ندارد Rh منفی گفته می شوند .

مطابقت و عدم مطابقت گروپهای خون: در پرکتیک تطبیق خون، لازم است تا دانسته شود که آیا دو خون باهم قابلیت امتزاجیه داشته و یا ندارند به عبارت دیگر آیا دو خون باهم سبب اگلوتنیشن می گردند و یا خیر زیرا تقریباً نزدیک به تمام مرگ های رخ داده از باعث نقل الدم را عدم تطابق انتی جن های ABO تشکیل می دهد، از اینروجهت دریافت قا بلیت امتزاجیه دو خون از میتود های ذیل استفاده می شود:

تعین گروپ های خون: ساده ترین طریقه عبارت از طریقه دارای اگلو تبنین های طریقه بروی سالاید یک قطره sera (از سیروم خون اشخاصیکه دارای اگلو تبنین های قوی الفا و بیتا اند تهیه شده است) انداخته می شود، و بعد از وخذه انگشت یک قطره خون شخص بالای آن علاوه گردیده و با سیروم فوق در حرارت ۳۷ درجه سانتی مخلوط گردیده و از نظر اگلوتینیشن مطالعه می گردد. درصورتیکه خون مذکور با سیرا الفا اگلوتینیشن رخ داد گروپ خون A درصورتیکه با سیرا بیتا اگلوتینیشن رخ داد گروپ خون اگر اگر با هیچ یک از سیرا ها اگلو تنیشن رخ نداد گروپ خون O و اگر با هر دو انتی سیرا ها اگلو تنیشن رخ داد گروپ خون الله اگلوتینیشن رخ داد گروپ خون الله اگلوتینیشن در ایس استفاده می گردد، باید یاد آور شد که بعضی او قات در اثنای نقل الدم گروپ خون ساز گاردر یافت نمی گردد که در ایس صورت می توان از قانون Otenberg استفاده نمود زیرا بر اساس ایس قانون اگلو تینیشن در صورت تطبیق مقادیر کم خون از اگلو تینیش موجود در سیروم رقیق صورت نمی گیرد. بنآء در صورت تطبیق مقادیر کم خون از اگلو تینین موجود در سیروم رقیق صورت نمی گیرد. بنآء در حالت نقل الدم تنها موجودیت انتی جن در کریوات سرخ خون شخص گیرنده رقیق می گردد بنآء در حالت نقل الدم تنها موجودیت انتی جن در کریوات سرخ شخص گیرنده رقیق می گردد بنآء در حالت نقل الدم تنها موجودیت انتی جن در کریوات سرخ خون باید مد نظر گرفته شود، از این رو میتوان از گروپ های خون هم آهنگ یا compatible

استفاده کرد ولی باید خون تطبیق شده کمتر از ۵۰ فیصد خون شخص گیرنده باشد. از گفته های استفاده کرد ولی باید خون تطبیق شده کمتر از ۵۰ فیصد خون، گروپ خون O چون دارای اگلو اخیر به این نتیجه می رسیم در صورت نقل الدم مقادیر کم خون، گروپ خون AB چون دارای هر تینو جن نیست به تمام گروپ ها تطبیق شده می تواند. اما گروپ دیگر غیر از خودش تطبیق گردیده نمی تواند در حالیکه تمام گروپ های خون را گرفته می تواند.

در این طریقه خون از نظر امتزاجیت مطالعه صی گرددطوریکه کریـوات سرخ خون هر دو خون (تهیه کننده و گیرنده) به وسیله عملیه سنتر فیوژازپلازمای آنها جدا گردیده بعد ازآن کریوات سرخ خون اولی با پلازمای دومی و کریوات سرخ خون دومی با پلازما اولی مخلوط می گردند و عملیه اگلوتنیشن در هردونمونه مورد مطالعه قـرار داده می شـود، در صورتیکه درهیچ یک از نمونه ها اگلو تینیشن رخ نداد گروپ های خون مـذکورقابلیت امتزاجیت کی د یگر را دا را بوده و قابل تطبیق می باشند.

تست بیولوژیک: طریقه کلاسیک است ولی خالی از خطر نیست در این طریقه از 75ml خون دونور استفاده می شود طوری که 25ml آن به فاصله هر سه دقیقه در ورید شخص تطبیق می گردد. در صورتیکه نزد مریض اعراض چون لرزه، خسافت، تکی کاردی، تشوش تنفس و درد قطنی رخ نداد نقل الدم اجرا شده می تواند.

استطبابات نقبل البدم: انیمی حاد، شاک، تسممات حاد، امراض مضمحل کننده، توکسیکوزس، امراض خون، تشوشات تحثرخون، جهت اجرای reanimation درزمان عملیات ویا قبل و بعد ازآن، هیموفیلی، امراض تقیحی، انتانات عیر هوازی، هیمولایتک انیمی وغیره.

مضاد استطبابات نقل الدم: درحالات مانند امراض التهابى كليه ها وكبد، أفات غير قابل ارجاع قلبى، خونر يزى هاى دماغى، شكل ارتشاحى توبركلوز ريوى، ترومبوفليبيت، پنومونى، فرط فشارخون نقل الدم مضاد استطباب است.

### اشكال نقل الدم

خبون محافظه شده: خبون درمحلول سیترات، فاسفات CPD-dextran اوربه شکل کروراه شکل ۱۳۵۳ در ۴ درجه سانتی نگهداری یا محافظه می شود. خون مذکورالی ۴۵-۴۰ روزبه شکل دخیره شده آن قابل تطبیق می باشد. بعد از تطبیق ۷۰٪ کریوات سرخ خبون الی ۲۴ ساعت دردوران باقی می مانند. ولی در صورت تطبیق خون تازه تقریبا ۵۲٪ کریوات سرخ، شصت روزبعد هم داخل دوران زنده باقی می مانند. بیشترین ضیاع کریوات سرخ خون در ۲۴ ساعت اول بعد از

مي باشد.

نقل الدم صورت می گیرد. خون محافظه شده منبع فقیر صفیحات دمویه می باشد. زیرا صفیحات دمویه ۲۴ساعت بعداز ذخیره حیاتیت خودرا از دست می دهند. ازجمله فکتور های تحتیری فکتور VIII به سرعت درجریان فکتور کی الی دوهفته سویه خودرادرخون حفظ می نماید ولی فکتور VIII به سرعت درجریان نگهداری تخریب می شود. میتابولیزم کریوات سرخ وتخریب پروتیش های پلازما درجریان محافظه خون منتج به یک سلسله تغیرات معین در پلازما می گردد.

خون تازه: درصورتیکه خون درمدت الی ۲۴ ساعت اول بعد از اهدا تطبیق شود خون تازه گفته می شود. فایده آن موجودیت کریوات سرخ، پلازما، فکتور VIII وصفیحات دمویه همزمان درآن است.

Packed Red Blood Cell: که بوسیله سانتریفیوژنمودن خون وجدانمودن پلازما ازآن بدست می آید ولی مقدار کم پلازما درآن باقی می ماند، کریوات سرخ درآن ۲۰۰٪ حجم راتشکیل می دهد. جهت بلند بردن هیما توکریت استفاده می شود هریونت (۳۰۰ ملی لیتر که درآن ۲۰۰ ملی لیتر که درآن ملی لیتر کریوات سرخ موجود است) آن تقریبا ۴٪ هیمتوکریت را بلند می برد.

Frozen Red Cell: کریوات سرخ خون را می توان منجمد ساخت وبرای الی سه سال نگهداری نمود. فایده آن جلوگیری ازخطردخول انتی ژن های است که مریض قبلا به آن حساس باشد زیرا درین طریقه تمام کریوات سفید ویلازما ازآن جدا می شود.

Leukocyte and platelet-poor red cell: درین طریقه کریوات سفید وصفیحات دمویه بوسیله سنتریفیوژ ویا شستن برطرف می گردند، ازاین خون نزد اشخاصیکه در مقابل کریوات سفید یا صفیحات دمویه حساس اند می توان استفاده کرد.

Platelet Concentrate: مشتمل بر صفیحات دمویه است که از یک یونت پلازمای غنی از صفیحات دمویه است که از یک یونت پلازمای غنی از صفیحات مذکور تهیه شده است. که در ۳۰ ملی لیتر مایع دوباره بحال تعلیق درآورده می شود وبدون فلتر تطبیق می گردد. تطبیق آن مریضان سایتوپنیک رابرای عملیات جراحی اماده می سازد.

می سرد.

Frozen plasma and volume expander: پلازمای منجمد ازخون تازه اهدا شده ویا خون از کنیره شده تهیه می شود. استعمال آن درتداوی هایپوولیمی استطباب کمتر داشته ویه جای آن از دخیره شده تهیه می شود. محلول رنگر لکتات، دکستران ویا ترکیب از رنگرلکتات باسیروم البومین استفاده می شود. محلول رنگر لکتات، دکستران ویا ترکیب از پلازما تهیه شده وجهت تداوی فقدان در در داستعمال در ترکیب در استعمال کانسنترات تهیه شده و مورد استعمال فکتور VIII قابل دسترس می باشند ، البومین نیزبه شکل کانسنترات تهیه شده و مورد استعمال فکتور VIII قابل دسترس می باشند ، البومین نیزبه شکل کانسترات تهیه شده

#### خلاصه فصل

یکی از اسیاب hypotension رانزف تشکیل می دهد که می تواند درهرزمان یعنی قبل، اثنای و یا بعد از عملیات رخ بدهد. درصورتیکه عاجلا و موثرا تداوی نگردد تهدید کننده حیات مى باشد. دو نوع عكس العمل موجود است:

 - عكس العمل هاى معا وضوى مقدم: تقبض وعائى وبلند رفتن مقاومت اوعيه اعضاى داخلی بغیرازقلب و دماغ، خارج شدن خون از ذخایر حشوی و داخل شدن آن به دوران، تسریع حركات قلبي و تنفسي، داخل شدن مايعات بين الحجروي درجريان دموي و تشكل علقه.

B- عکس العمل های معاوضوی مؤخر شامل: نارمل شدن پروتین های خون در مدت ۱۰-۸ روز، تامین دوباره خون ازسبب تحریک سیستم مولد خون.

جلوگیری خارج شدن خون از اوعیه شق شده، قطع شده و یا ترضیض یافته را گویند که به دو کتگوری بزرگ ذیل تقسیم بندی شده است: توقف موقتی خونریزی و توقف دائمی خونریزی .

- توقف موقتی خونریزی: دربحث کمک های اولیه توضیح شده است.

توقف دائمی خونریزی :این نوع توقف خونریزی راهیموستاز جراحی نیز گویند. عبارت از توقف دادن سنجیده شده یی خونریزی است.

# سوالنامه

سوالات تشريحي:

۱- خونریزی را تعریف نمایید؟

۲- تصنیف خونریزی را از نظر WHO توضیح نمایید؟

۳- توقف میخانیکی دایمی خونریزی را نام ببرید؟

۴- مطابقت وعدم مطابقت را شرح دهید؟

۵- اشكال نقل الدم را شرح دهيد؟

سوالات چهار جوابه

۱- لیگاتو ر اوعیه درمسیر ان وقتی اجرامی شود که

الف-اوعیه مجروح را در جرحه دریافت نماییم

ب- اوعیه مجروح را دور تر از جرحه دریافت نماییم

ج- اوعیه مجروح را قطع نماییم

د- اوعیه مجروح را درجرحه در یافت نه نماییم

۲- خونریزی که بعد از سپری شدن ۷-۱۴ روز بعد از خونریزی ابتدائی بوقوع می رسد
 الف-خونریزی شریانی ب - خونریزی ابتدایی ج-خونریزی ثانوی د خونریزی عکس
 العملی است

كليد حوايات سوالات جهار جوابه

			7.
ح دلا	ب	الف	1
5 √ c	Ų	cáll	-

#### مأخذ

۱. امرخیل نجیب الله، ۱۳۸۱خونریزی ونقل الدم درجراحی عمومی، طبع مطبعه عازم کابل افغانستان، صفحات ۳۱- ۶۶

- Btryan Cotton, B.Holcomb et all Hemostasis, surgical bleeding and transfusion in: F.Charles Brunicardi, DanaK. Andersn, et. all. 2015 Tenth Edition Schwart's principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-85-108
- A.S.LaurieBleeding disorders and blood transfusion in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp58-76

# فصــل دوم شـــــاک

اهداف أموزشي: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید: -شاک سپتیک

Cordiac obstractive shock Burn Shock-

-نیوروجنیک شاک انافلاکتیک شاک Cardic compressive shock

- تعریف -اسیاب

-هایپوولیمیک شاک

تعریف: شاک عبارت ازحالت است که دوران قادربه اروای کافی انساج وبرطرف نمودن مواد حاصله از میتابولیزم نباشد. حالت مذکور مترافق با برهم خوردن میتابو لیزم حجروی بوده که ذریعه ابنار ملتی های جدی پتوفزیولوژیک تظاهرمی نماید. به عباره دیگرشاک عبارت ازعدم توازن بین تهیه اوکسیجن و تقاضای حجرات است که در نتیجه ان حجرات به وظایف غیرنارمل مواجه شده و مرگ از سبب عدم کفایه عضو رخ خواهد داد. بعضاً با وجوداوکسیجن کافی درخون شریانی، عدم کفایه در پیوستن اوکسیجن مورد ضرورت برای تعاملات کیمیاوی میتابولیک درحجرات موجودمی باشد.

اسباب شاک: کاهش حجم دموی ازباعث، نذف، سوختگی های شدید، دیهایدریشن (کیتو اسیدوزس دیابتیک)، ضیاع مایعات ازطریق جهازهضمی دراثنای اسهالات و استفراقات، عدم کفایه قلب، احتشاء میوکارد، عدم کفایه شدید والوهای قلبی، امبولی منتشر ریوی، تامپو ناد قلبی، نوموتوراکس فشاری و جروحات شدید دماغی یا نخاعی که ممکن توام با اذیمای نیوروجنیک ریوی همراه باشد، انافلاکسی، سپسس، عدم کفایه قشر فوق الکلیه مثلاً مرض ادیسون، توکسیمی شدید مثلاً در پریتونیت وغیره.

تصنیف شاک: شاک را طور ذیل تصنیف نموده اند:

الف: شاک هایپوولیمیک: ضیاع خون یا پلازما.

ب: شاک کاردیوجنیک: عدم کفایه وظیفوی قلب.

ج: Obstructive Shock: بندش دوران سیستمیک و یا ریوی.

د: شاک Distributive یا Vasogenic : تغییرات در مقاومت وعایی یا در قابلیت نفوذیه اوعیه.

بعضى مؤلفين شاك را طور ذيل تصنيف نموده اند:

هایپوولیمیک شاک، تروماتیک شاک، نیوروجنیک شاک، کاردیاک کامپرسیف شاک، کاردیو جنیک شاک، کاردیو کامپرسیف شاک، کاردیو جنیک شاک، Vasovagal shock ،Cardiac obstructive shock ،سایکوجنیک شاک، شاک، شاک انا فلکتیک.

# هایپوولیمیک شاک:

تعریف:عبارت ازعدم کفایه حاد دوران محیطی از سبب اختلال کنترول دوران یا ضیاع مایعات دورانی می باشد. (شاک که از باعث حجم ناکافی خون دورانی بوجود میآید).

پتوفزیولوژی: اسباب عمده آنرانزف، استفراغ شدید، اسهالات دوامدار، سرازیر شدن مایعات

بداخل لومن امعا( درانسداد ها) یا ضیاع پلازما بداخل انساج مثلاً درسوختگی وترضیض تشکیل می دهد. به صورت عموم پتوفزیولوژی شاک هایپوولیمیک درچهارمرحله مطالعه می گردد:

Initial shock -1: ضياع خون درشروع اضافه تـرااز ۱۵٪ نبـوده، اعـراض وعلايـم واضـح نیست، صرف از سبب کمبود اکسیجن دراثراروای ناکافی انساج وهایپوکسی، تراکم لکتیک اسید که درنتیجه میتا بولیزم غیر هوازی حجرات بوجود می آید، درجریان خون دریافت می شود.

Cmpensate Shock -Y: تازمانیکه دهانه قلبی وفشارخون نارمل واروای انساج محیطی كافي باشد شاك در حالت عكس العمل معاوضوى است. اين عكس العمل معاوضوى دردومرحله صورت مي گيرد:

الف- عكس العمل معاوضوى فورى: تنقيص حجم دموى باعث كولايس اورده كوچك ووينولها شده اين حالت به نوبه خود باعث تنقيص بازگشت خون به قلب، تنقيص حجم diastolic بطینی وباالاخره کاهش دهانه قلبی میگردد. شاک ضعیف و متوسط راعضویت مریض ذریعه افراز دیسچارج های اعصاب ادرینرژیک قلبی وعایی و افراز vasopressin و angiotensin معاوضه می نماید. طوریکه باعث تقلص وینول ها و اورده کوچک درسرتا سر عضویت گردیده که سبب راندن خون به قلب شده، باعث اعاده حجم End- diastolic قلبي مي شود. وازطرف ديگرسبب تقبض انتخابي ارتربول ها درجلد، شحم ، نسج منظم، عظم، عضلا ت اسكليتي، امعا، بانگریاس، طحال، کبد(غیرازقلب و دماغ) میگردد، تقبض انتخابی ارتربول هاباعث تغیر مسیرخون از اعضای مقاوم به اسکیمی، جانب اعضای کمترمقاوم مقابل اسکیمی می گردد. علاوه براین الدوسترون نيزافراز گرديده كه يكجا باvasopressin سبب تنب حذب دوباره آب وسوديم در توبیولهای کلیوی شده درنتیجه باعث تنقیص ضیاع مرکبات پلازما درادرارمیگردد.

ب- عكس العمل هاى معاوضوى دوامدار: درمراحل ابتداى شاك هايپووليميك و کاردیوجنیک تقبض وعایی دیده می شود. این تقبض اوعیه شعریوی به منظور کمک به حفظ فشارشریانی بوقوع می رسد. حالت مذکور باعث پایین آوردن فشارهایدروستاتیک شعریوی گردیده که به نوبه خود باعث انتقال مایعات از مسافات بین الحجروی بداخل اوعیه می گردد تاحجم پایین دموی را احیا نماید، این حالت دراعضای غیر حیاتی از قبیل جلد، عضلات، وامعا بوقوع می رسد. پایین آمدن جریان دموی جلد توسط افزایش فرق بین درجه حرارت مرکزی و محیطی واضح می شود. واضح ساختن تنقیص جریان خون سپلان شنیک و عضلات مشکل است، زیرا

پایین آمدن ۱۰٪ حجم دموی باعث تغییرات درسرعت قلب و فشارسیستولیک شـده و ماسـک را بروی تخفیف جریان دموی سپلان شنیک هموارمی نماید. درواقعات شاک سپتیک پایین آمدن مقاومت سیستمیک به صورت عکس العملی باعث تولید شنت شریانی وریدی شده که در این صورت باعث تغییر جریان دموی از اوعیه شعریوی می گردد و هایپوکسی حاصله از این حالت باعث افزایش قابلیت نفوذیه اوعیه مذکور گردیده که درتشدید هایپوکسی انساج کمک نموده باعث بلند رفتن لکتات شده و اسیدوز میتابولیک را سبب می شود. درصورتیکه شاک دوام نماید تجمع بقا یای میتا بولیت های غیرهوازی مانند لکتیک اسید و کاربن دای اوکساید سبب افرازمواد فعال وعایی ازاندو تلیوم اوعیه می گردد، مواد مذکورتاثیرات سیمپاتیک را نهی نصوده باعث توسع معصره قبل الشعريوي گرديده در حاليكه معصره بعد از شعريوي هنوز متقبض است حالت مذکور سبب سرازیرشدن خون به شکل حوضچه ها بداخل اوعیه شعریوی می گردد، که با تولید آفت ثانوی در حجرات اندوتلیوم اوعیه سبب مایکروامبولی ها شده که به نوبه خود باعث قعال شدن لو كوسيت ها و كامپلمنت مي گردند. حالت مذكورهنوزهم قابليت نفوذيه اوعيه شعريه را افزایش داده و باعث ضیاع مایعات از اوعیه شعریه به طرف مسافات انترستیشیل گردیده و اذیما بوجود مي أيد. ضياع مايعات باعث تغليظ خون مي شود كه به نوبه خود سبب تخفيف قدرت تغییرشکل کریوات سرخ شده و تجمع کریوات سرخ وصفیحات دمویه را باعث می گردد که این هم ضمینه تشکل علقه را دربسترشعریوی مساعدمی سازد(البته درموجودیت مایکرو امبولی افرازنورادرینا لین، پروستا گلاندین، ترومبین یکجا با تخریب اندوتل اوعیه، فشار پایین قبلی و افزایش غلظت دموی) تشکل علقه هایپوکسی را تشدید نموده و هم باعث مصرف صفیحات دمویه شده ترومبو سایتو پینی را سبب می گردد، اذیمای حاصله نیز آفت انساج را تشدید می نماید. درعکس العمل به این حالت طرق فبرینولاتیک ازطریق پلازمینوجن فعال شده تا باعث شکستاندن داخل وعایی این علقه شود، بناء باعث بلند رفتن سویه فبرین و فبرینوجن در جریان دموی می گردد.

# Progrssive Decompensation Shock-T

هرگاه شاک درمرحله جبران پذیری آن تداوی نگردد، میکانیزم های ذکرشده فوق به عدم کفایه دچار شده و دراثر تنقیص پرفیوژیون حجرات وتداوم میتابولیزم انائیروبیک سبب اسیدوز میتابولیک می شود، تغیرات شدید درتبادله یون های پوتاسیم وسودیم بوجود آمده، سبب اذیمای حجرات می گردد. رخاوت عضله ملسأ جدار ارتریول ها ومعصره های اوعیه شعریه باعث تراکم

خون درآنها شده، درنتیجه فشارهایدروستا تیک افزایش یافته، همرا با افزایش آزادشدن هیستامین سبب لیگاژمایع وپروتئین ها درانساج مجاورمی شود له ذاغلظت خون وچسپندگی آن درداخل اوعیه زیاد شده ودرمیکروسرکولیشن شکل لوش مانند رابه خودمی گیرد. تقبض دوامدار اوعیه در انساج حیاتی منجر به حادثات غیر قابل ارجاع می شوند.

Refractory or Irreversible Shock-۴: درین مرحله اعضای حیاتی به طرف مرگ رفت.ه

اعراض سریری: از نظر Advanced Trauma Life Support(ATLS) اعراض سریری نسبت ضیاع خون به چهار مرحله تصنیف می شود:

مرحله - I: ضیاع خون کمتراز ۷۵۰ملی لیتر(۱۵٪) بوده، فشارخون وتنفس نارمل بوده خسافت جلد موجود مریض اندکی ناآرام ولی حالت روانی وی خوب است، دهانه بولی نارمل وزمان پرشدن اوعیه شعریه کمتراز دوثانیه یعنی نارمل می باشد.

مرحلـه -II: ضیاع خون ۷۵۰-۱۵۰ ملیلیت (۲۵-۱۳۰٪) بوده نزدمسریض topyhention مرحلـه الله ملاحظه رسیده فشار خون سیستولیک تغیر نکرده، فشار نبض کیم می گردد، تکی کاردی بلند تر از ۱۰۰ فی دقیقه بوده وتنفس بیشتراز ۲۰ فی دقیقه می باشد، جلد خاسف، سرد ومرطوب می باشد، اورده عنق,Flat ادرارغلیظ ومقدار آن ۲۰-۳ملی لیترفی ساعت می گردد. درایس حالت کاهش اروای انساج مقاوم به مقابل اسکیمی (جلد، شحم، عضلات اسکلیتی، عظم) به وقوع میرسد مریض تا اندازه متهیج وناآرم می باشد و زمان پرشدن اوعیه شعریه به تأخیر میافتد.

مرحله-III: ضیاع خون ۱۵۰۰-۲۰۰۸ملی لیتر(۳۰-۴۰٪)بوده، فشارسیستولیک سقوط نموده کمتر از ۱۰۰ ملی مترستون سیماب، تکی کاردی اضافه تراز ۱۲۰ فی دقیقه وتنفس بیشتراز ۳۰ مرتبه فی دقیقه می باشد، مریض احساس تشنگی نموده، جلدعرق سرد داشته نهایات خاسف وتأخیر قابل ملاحظه در پرشدن اوعیه شعریه مشاهده می شود. اسکیمی در اعضای چون پانکریاس، طحال وکلیه ها شدید شده ادرارغلیظ واولیگوری تأسس نموده حالت شعوری مریض خوب نبوده سراسیمه ،ناآرام ومضطرب می باشد.

حوب نبوده سراسیمه ۱۰۰۱رام ومصطرب کی به مصر مرحله -۷۰ نفر از ۷۰ملی متر مرحله -۱۷ ضیاع خون بیشتراز ۲۰۰۰ ملی لیتر (۴۰٪) بوده، فشار خون کمتر از ۱۷۰ملی متر ستون سیماب، تکی کاردی اضافه تراز ۱۴۰فی دقیقه بانبض ضعیف، سرعت تنفس به طور ستون سیماب، تکی کاردی اضافه تراز ۱۴۰فی دقیقه بانبض ضعیف، سرعت تنفس به طور مشخص زیاد و صدا دار می باشد. جلدعرق آلود، سرد وبی نهایات خاسف است، پرشدن اوعیه مشخص زیاد و صدا دار می باشد. جلدعرق آلود، سرد وبی تأسیس نموده، شعورازبین رفته حالت شعریه وجود ندارد. مقدارادرارقابل اغماض بوده وانیوری تأسیس نموده، شعورازبین رفته حالت

خواب، کوما ومرگ مشاهده می شود.

تداوى

اساسات تداوی شاک هایبوولیمیک هیمورژیک وغیرهیمورژیک مشابه هم بوده احیا مجدد برا تا مین تهویه و اوکسیجنیشن کافی آغازمی گردد. جهت اعاده مایعات ننزد مریض بایند پسک کتیتردرورید تطبیق گردد. برای تطبیق مایعات و تعین فشارورید مرکزی می توان کتینیرمجرای بزرگ ۱۴ Gaeg را داد. مایعاتیکه برای احیای مریضان استفاده می شود، محلولات کریستا لوئید از قبیل Ringerlactat اند. و خامت شاک را می توان زریعه سرعت ومقدارمایعات تطبیق شده تعین نمود. درصورتیکه تطبیق مایعات باسرعت کافی صورت گیرد و بازهم فشارمریض بلند نرود دلالت به دوام خونریزی می نماید. از تطبیق خون درصورتیکه مریض به اجرای عمل جراحی عاجل ضرورت داشته باشدباید اجتناب نمود، زمانیکه خونریزی کنترول به اجرای عمل جراحی عاجل ضرورت داشته باشدباید اجتناب نمود، زمانیک خونریزی کنترول گردید می توان خونرا تطبیق نمود. تطبیق محلولات البومین داردراثنای شاک بایند اجرانشودزیرا این محلولات بالای فشارانکوتیک پلازما تاثیر کم داشته، برخلاف عقیده سابق سبب حفظ مایع در فضای وعائی شده نمی تواند.

#### شاک سیتیک

تعریف: شاک سپتیک از جمله شاک های distributive بوده حالت است که از سبب توضیح غیرنارمل جریان خون دراوعیه شعریه بوجود آمده باعث کمبود ارواء کافی انساج عضویت شده درنتیجه باعث اسکیمی و تشوشات وظیفوی اعضا می گردد.

پتوفزیولوژی: باوجودیکه پتوفزیولوژی شاک سپتیک تا هنوزمعلوم نیست، اما عکس العمل های معافیتی رول اساسی رادرانکشاف سپتیک شاک بازی می نمایند. درشاک سپتیک حالت هایپرمیتابولیزم رخ داده حرارت افزایش می یابد، هایپرمیتابولیزم که بوسیله سپسس تنبه وسبب تب می گردد باعث فعال شدن مرکز حرارت درهایپوتلموس می شود ودرنتیجه باعث بازشدن شنت های شریانی وریدی جلدی گردیده، انحراف مسیرخون به طرف جلد صورت گرفته وحرارت ضایع می گردد. ازطرف دیگراین انحراف خون به طرف جلد باعث فقیرساختن سایرنواحی ازجربان دموی می گردد. درصورت انکشاف سپسس سیستمیک پروسه التهابی داخل وعایی فعال گردیده سبب آفت حجرات اندوتلیل داخل وعایی گردیده وباعث افزایش منتشر قابلیت نفوذیه اوعیه شعریه می گردد. عاقبت الامر ارواء ناکافی اعضای حیاتی باعث فعال شدن میکانیزم cutaneuos شعریه می گردد. عاقبت الامر ارواء ناکافی اعضای حیاتی باعث فعال شدن میکانیزم pressor

طورموقتی منجربه اعاده ارواء آنها می شود. کاهش پرفیوژیون جلدی سبب سقوط درجه حرات جلد واحساس سردی گردیده وبالاخره باعث تولید لرزه نزد مریض می شود. تشخيص:

High out put septic shock یا شاک گرم: این نوع شاک سپتیک درنتیجه انتانات گرام منفى درزمينه پريتونيت، اختناق امعا، أبسه ها، كانكرن و انتانات اقسام رخوه به وقوع مى رسد. سپس مقدم بوسیله تب وتفریط فشارخون تظاهر نموده، دراین حالت جلد گلابی وقویا ارواء شده به تظر می رسد. اورده جلد مملو بوده ودهانه ادرارکافی، نبض سریع، مریض اکثرامغشوش و مضطرب بوده موجودیت لرزه های متقطع با تب معمول است.

تداوى : شامل توصیه مایعات داخل وریدى وانتی بیوتیک، اصلاح وتداوى زمینه هاى مساعد برای انکشاف مرض میباشد.

Low septic shock ياشاك سرد: اين چنين شاك درنتيجـه تـداوم اندوتوكسـيميا وسـپس سيستميك (ازباعث انتان گرام منفي وگرام مثبت) بوجود آمده، باعث تخريب اندوتل اوعيه شعريه شده که باعث لیگاژعمومی مایعات ازاوعیه شعریه گردیده که توام باضیاع سایرمایعات منتج به ایجاد هایپوولیمی شدید، تنقیص دهانه قلبی، فرط فشارریوی و هایپوکسی میگردد. بایدعلاوه نمود که انتانات سیستمیک باعث تشدید انحطاط قلبی، فرط فشار ریوی، اذیمای ریوی وهابيوكسي گرديده، همه اينها تنقيص دهانه قلبي را تشديد مي نمايد كه درنتيجه مريض سرد، مرطوب، خواب الود و Tachypoeinic میگردد.

تداوی: درابتدا شاک مذکور با تطبیق چند لیتر پلازما ویا سایر محلولات کلویندل به شاک هایبر دینا میک باید تبدیل گردد. وبعدابه شکل شاک هایبر دینامیک که قبلا توضیح گردیدتداوی گردد. باید متذکرشدکه توصیه مقدارزیاد مایع کریستالویند دراین دوره سبب اذیما ریوی وسیستمیک گردیده میتواند.

# نیوروچنیک شاک

پتوفزیولوژی: شاک نیولوژیک ازسبب بالاک سیستم عصبی سیمپاتیک بوسیله مواد فارمکولوژیک ویا ترضیضات بوجود می آید. جروحات نخاع شوکی وانستیتیک های نخاعی، گاهی هم انستیزی عمومی و موضعی سبب توسع اوعیه سیستمیک شده وفشارشریانی سیستمیک را پایش می آورد. دهانه قلبی وابسته به حجم داخل وعایی مریض پایش آمده ویااینکه افزایش كسب مى نمايد. نزداشخاص نورمووليميك وهايپوو ليميك، درآغازدى نرويشن، خون بداخل

وینول ها واورده کوچک تراکم می نماید. علاوت Right heart filling وینول ها واورده کوچک تراکم می نماید. کاهش یافته filling اوعیه ریوی وقلب چپ سقوط نموده ودهانه بطینی چپ کاهش می یابد کاهش یافته بیان التنازیک درنواحی filling عضویت جهت معاوضه این حالت افراز دیسچارج های عصبی ادرینارژیک درنواحی نارمل کافی نبوده ولی وازد شدن انژیوتنسین، وازوپریسین اکترابرای اعاده دهانه قلبی به سطح نارمل کافی نبوده ولی فشار شریانی سیستمیک قسما درمقابل این تحولات عکس العمل نشان می دهد. درنزدمریضان فشار شریانی سیستمیک دهانه قلبی مترافق بادی نرویشن افزایش می یابد. حجم زیاد دمـوی سبب حفظ پرشدن اوعیه وقلب شده، ستروک والیوم ذریعه میکانیزم frank- starling محافظه می شود دینرویشن باعث تنقیص مقاومت اوعیه سیستمیک شده بناء تخلیـه بطنـی چـپ را سـهولت می دینرویشن باعث تنقیص مقاومت اوعیه سیستمیک شده بناء تخلیـه بطنـی چـپ را سـهولت می بابد.

تشخیص: براساس دانستن جروحات مریض وتطبیق ماده انستیتیک به ویژه انستیتیک های موضعی استوار بوده درغیر آن لوحه سریری این شاک شباهت تام با سپتیک شاک گرم دارد، جلا در نواحی denervate، عضویت گرم، گلابی وخوب ارواء شده بوده، درصورتیکه مریض هایپرولومیک باشد اورده پریا مملواست. دهانه ادرار از سبب حفظ تمامیت اعصاب ادرینرجیک کلیه نارمل بوده می تواند. ضربان قلب سریع وفشار خون پایئن می باشد.

تداوی: درصورت عدم مضاد استطباب، مریض به حالت ترندلنبورگ قرارداده شود. مایعات توصیه شده، درعدم جواب به مقابل اهتمامات فوق تطبیق یک مستحضر مقبض الوعایی صورت گیرد.

#### Cardic compressive shock

این نوع شاک ازهرسبب که باعث تولید فشار بالای قلب ویااوعیه کبیره گردد بوجود می آید اسباب :تامپوناد قلبی، انتفاخ بطئی که باعث احمال فشار بالای ورید اجوف سفلی گردد، بلند رفتن حجاب حاجز وتغیر مکان احشای بطئی بداخل صدر، تمزق حجاب حاجز وتغیر مکان احشای بطئی بداخل صدر، اجرای تنفس با فشار بلند Tension pneumothorax.

تشخیص: تشخیص براساس ملاحظه توسع اورده عنیق و اسباب بوجودآورنده شاک Compressive قلبی گذاشته می شود. مثلا تشخیص Compressive تغیر مکان شزن فرط وضاحت در قرع، تنقیص آواز های تنفسی در طرف ماووف وتوسع اورده عنق گذاشته می شود. درنزد مریضان مصاب تامپونادقلبی، جلد خاسف، سرد ومرطوب بوده اولیگوری، تکی کاردی، تفریط فشار وتوسع اورده عنق به ملاحظه میرسد. آوازهای قلبی کر، رادی گرافی صد، بزرگ شدن خیال قلب را نشان داده ودر صورت اخذ راد یو گرافی صدر خیال وصنی بوتل آب به ملاحظه می رسد.

تداوی: درابتدا تطبیق مایع نزد مریض صورت گرفته وچون اسباب اساسی مرض را فشار میخانیکی تشکیل می دهد باید رفع گرددو نظربه عامل سببی آن شاک منذ کور باید تداوی اساسی گردد.

دیگرقلب بیشترماووف می گردند. یعنی بطن مذکوروظیفه خود را اجرا کرده نمیتواند، دراین مورت یک مانعه به مقابل out pot قلبی بوجود می آید . تداوی این نوع شاکها باید به مسیر عامل سببی بوجود آورنده آن سمت داده شود. مثلا تطبیق هیبارین بندش مقابل بطین راست را از بین برده ، امراض ریوی تداوی جراحی را ایجاب می نماید در پهلوی آن ازتطبیق از بین برده ، امراض ریوی تداوی جراحی را ایجاب می نماید در پهلوی آن ازتطبیق

#### Burn Shock

36

SIII

بر

ويت إلى

سان

غيظ

,29-

500

ساي

حلد

يض

كليه

ايد

ىلند

سلزا

SL

w

اورده

ىودە

اديم

وصفى

درنتیجه ضیاع پلازما از انساج آسیب دیده بوجود آمده، سبب هایپوولیمی می گردد. در صورتیکه ۲۵٪ ویا اضافه تر از آن سطح بدن سوخته باشد، باعث لیگاژ عمومی شعریوی شده که منتج به هایپوولیمی واضح در ۲۴ ساعت اول می گردد. اندوتوکسیمی حاصله ازانتان نیزاین حالت را خرابترساخته که ایجاب تطبیق مقدار زیاد مایع را جهت احیای مجدد می نماید.

#### انافلاکتیک شاک

انافلکسی درنتیجه تطبیق ادویه، تولیدات خون، مواد کانترست رادیولوژیک، واکسن ها، اغذیه، گزیدن حشرات، خزنده ها وغیره رخ داده می تواند. انافلاکسی حقیقی ضرورت به درمعرض قرار گرفتن قبلی داشته که درنتیجه آن IgE ومدیاتورها ازمست سل وبزوفیل ها افراز شده که به نوبه خود باعث افراز میدیاتور های فعال کننده وعایی می شبود. ازنظر کلینیکی عکس العمل انافلاکتیک mon-IgE- mediated درنتیجه افرازمبواد فارمکولوژیک باایدیوسنکرازی صورت انافلاکتیک فاده که ضرورت به در معرض قرار گرفتن قبلی ندارد. در واقعات خفیف علایم آنرا، رینیت، خارش جلدی، اورتیکاریا، استفراق، اسهال ودرد بطنی تشکیل داده در واقعات شدیدشامل angio- خارش جلدی، اورتیکاریا، استفراق، اسهال ودرد بطنی تشکیل داده در واقعات شدیدشامل odema ادیمای حنجره، سیزم برانش، هایپوتنشن و توقف قلبی است، منجمنت فوری شامل قطع ادویه یا مواد مربوطه، توصیه ۱۰۰٪ اوکسیجن، انتوبیشن و تنفس مصنوعی، باز نمودن ورید وتوصیه مایع از طریق وریدبوده، تطبیق ادرینالین ادویه انتخابی است، درواقعات خفیف ۱۰۰-۱۰۰ مایکروگرام ازطریق وریدی می باشد، مایکروگرام ازطریق عضلی، درواقعات متوسط ۱۰۰-۱۰۰ مایکروگرام ازطریق وریدی می باشد، ودر صورت ضرورت تکرار شده می تواند. انتی هیستامین و کورتیکوستیرویید ها نیز توصیه می شود. ودر صورت ضرورت تکرار شده می تواند. انتی هیستامین و کورتیکوستیرویید ها نیز توصیه گردند. توصیه اعت ازبین بردن سیزم برانش ها می شود.

#### خلاصه فصل

شاک عبارت از حالت است که دوران قادربه اروای کافی انساج وبرطرف نمودن مواد حاصله از میتابولیزم نباشد. حالت مذکور مترافق با برهم خوردن میتابو لیزم حجروی بوده که ذریعه اسا ملتی های جدی پتوفزیولوژیک تظاهرمی نماید.

اسباب شاک راکاهش حجم دموی ازباعث، نذف، سوختگی های شدید، دیهایدریشن کیتو اسيدوزس ديابتيك)، ضياع مايعات ازطريق جهازهضمي دراثناي اسهالات واستفراقات، عدم كفايد قلب، احتشاء میوکارد، عدم کفایه شدید والوهای قلبی، امبولی منتشرریوی، تامپو ناد قلبی نوموتوراکس فشاری و جروحات شدید دماغی یا نخاعی که ممکن توام با اذیمای نیوروجئیک ريوى همراه باشد، اتافلاكسى، سيسس، عدم كفايه قشر فوق الكليه مثلاً مرض اديسون، توكسيمي شديد مثلاً درپريتونيت وغيره.

# سوالنامه

- ۱. شاک را تعریف نمایید؟
- ۲. اسباب شاک را بنویسید؟
- ۳. تصنیف شاک را بنویسید؟
- ۴. پتو فزیو لوژی شاک را به صورت مختصر بنویسید؟
- ۵ تغییرات ماکرو سر کولیشن را در شاک توضیح نمایید؟
- ۶ تغییرات مایکرو سر کولیشن را در شاک توضیح نمایید؟
  - ۷. تا ثیرات شاک را بالای کلیه ها توضیح نمایید؟
- ۸ تا ثیرات شاک را بالای سیستم تنفسی توضیح نمایید؟
  - ۹. تا ثیرات شاک را بالای قلب توضیح نمایید؟
    - ۱۰. اسا سات تداوی شاک را توضیح نمایید؟

ماخذ

 ۱۰ امرخیل نجیب الله، ۱۳۸۱خونریزی ونقل الدم درجراحی عمومی، طبع مطبعه عازم افغانستان، صفحات ۳۱– ۶۶

- Brian S.Zuckarbraund. Andrew B.Peitzman et all Shock in: F.Charles Brunicardi, DanaK. Andersn, et. all. 2015 Tenth Edition Schwart's principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-109-134
- 3. S.M.Whiteley and A.R.Bodenham , Shock in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp31-36
- 4. 4-Jeffrey D. Punch ,. Shock & Acute Pulmonary Failure in Surgical Patients in: CurrentSurdery Diagnosis and Threatment: 2015. 14Th Edition McGraw-Hill.New Dehi. Chapter 12

# فـــصل سوم تـــرضيـــضـــات وجـــروحــــات

اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات دیل معلومات بدست می اید:

جروحات كاميلكس

جروحات مزمن

قرحه

زخم بستر

جروحات جنگ

جروحات انفجار

تداوی جروحات

عروحات اعضاى بالخاصة

مراقبت قطعي

جروحات

تعریف پتوفزیولوژ*ی* 

کلینیک

تصنیف جروحات باز

جروحات بسته

ترضيضات

تعريف

اپيديمي لوژي

وقايه

میکانیزم و شدت ترضیض

تصنيف مريضان

سروى ابتدايي

Trauma severity score

مرحله احیای مریضان

برسى ثانوى وتقدم تداوى

#### ت\_رضيـضـات

تعریف: تأثیر تمام عوامل و فکتورهای میخانیکی، حرارتی، شعاعی، گیمیاوی، برقی و یا روحی که سبب اختلال در وظایف فزیولوژیک ویا تغییردرساختمان انا تومیک انساج و یااعضاء عضویت گردد ترضیض گفته می شود.

#### اپیدیمی لوژی

ترضیضات پرابلم بزرگ صحی درسراسرجهان بوده و یکی ازاسباب اساسی صرگ ومیر ومیوییت را در ممالک درحال رشد و صنعتی تشکیل داده است. جروحات هفتمین علت صرگ و میررا درجهان تشکیل داده ازاین جمله درسال ۲۰۰۰ میلادی تقریبا ۵٫۸ ملیون انسان را به کام مرگ فرو برده است. ترضیضات درایالات متحده امریکا سبب اساسی صرگ ومیررادراطفال و کاهلان بالاتراز۴۴ ساله تشکیل می دهد. بایدعلاوه نصود که بیشترین صرگ و میرازباعث ترضیضات درافراد بین ۱- ۳۴ سال به وقوع می رسد. درسال ۲۰۰۰ میلادی ۱۴۲۰۰۰ مجروح درایالات متحده امریکا فوت نموده اند، ۲٫۵ ملیون از باعث ترضیض در شفاخانه بستر شده درایکه ۴۰٫۴ ملیون دردیبارتمنت جراحی عاجل منطقوی آورده شده اند. دریک بررسی دیگردرحدود ۹٫۹۸ ملیون مریض به وسیله مراقبت های ابتدایی و یا به وسیله دکتوران درمنازل شان تداوی شده اند. مصرف مجموعی جروحات را درایالات متحده امریکا در حدود ۲۰۰۰ بلیون دالر در سال تخمین نموده اند، این مصرف در حال بلند رفتن است. درسال ۲۰۰۱ میلادی در ایالات متحده امریکا درحدود ۱۵۷۰۸ میلادی در علا بالات متحده امریکا درحدود ۱۵۷۰۸ واقعه مرگ از باعث ترضیضات ثبت شده است که از این جمله ۶۹٪ انها غیر عمدی بوده و تقریبا نصف آنها از باعث تصادم موتر به وقوع رسیده است و جمله ۶۹٪ انها غیر عمدی بوده و تقریبا نصف آنها از باعث تصادم موتر به وقوع رسیده است و جمله ۶۹٪ انها غیر عمدی بوده و تقریبا نصف آنها از باعث تصادم موتر به وقوع رسیده است و جمله ۶۹٪ انها غیر عمدی بوده و تقریبا نصف آنها از باعث تصادم موتر به وقوع رسیده است و جمله ۱۵۰۰۰ میلادی در این مرحله زمانی شده اند.

در سال ۲۰۰۱ میلادی مرگ و میرازباعث تصادم موتر ۱۵٫۳ فی ۱۰۰۰۰۰ نفوس را پـور داده شده است، درهمین سال تقریباً ۱۴۰۰۰۰ امریکایی به وسـیله مرمـی مجـروح گردیـده انـد کـه ۲۹۰۰۰ آنها به کام مرگ فرو رفته اند و سـالانه درحـدود ۱۰۰۰۰ طفـل از باعـث ترضیضـات در ایالات متحده امریکا فوت می نمایند.

وقایه از ترضیض: نظربه اهمیت ترضیضات، صرگ ومیربلند ناشی ازآن ومصارف هنگفت تداوی، وقایه از ترضیض، امروز درطبابت جایگاهی خاصی دارد. پروگرام های که توسط قانون ویا پالیسی های رسمی تحکیم یافته و پخش اعلامیه بوسیله رسانه های مختلف در ساحات پر خطر، به موفقیت های بیشتر نایل گردیده اند. مسولیت های ۵۰-۶۰٪ از حادثات ترافیکی بدوش رانندههای قرار دارند که در حالت نشه راننده گی می نمایند. استرداد وبه تعلیق دراوردن لیسنس وزندائی ساختن دریور درحال نشه سبب تنقیص چنین حالات شده است. قوانین، استفاده از کمر بند وپوشیدن کلاه مخصوص موتر سایکل رانی را که دارای مفاد حیاتی می باشد، جبری ساخته است. وضع قانون کنترول اسلحه وزندانی ساختن چنین افراد نیز در جلوگیری ازترضیضات مهم اند. اصلاح فكتور هاى محيطى نيز به نفع صحت افراد اجتماع مى باشند.

میکانیزم و شدت ترضیض : ترضیض یک آسیب فزیکی است که با انتقال و آزاد شدن انرژی بداخل عضویت شخص مصاب همراه می باشد. ترضیضات را به ترضیضات کند، نافذه و حرارتی تصنیف بندی نموده اند از این رو هر یک دارای میکانیزم های مختلف بوده و ازطرف دیگر شدت آسیب وارده به مقدار انرژی آزاد شده و وسعت ساحه که انرژی بالای آن تحمیل گردیده و هم به نوع نسج که انرژی بالای آن تاثیر می نماید مربوط می باشد. ازاین روشناخت میکانیزم و شدت ترضیض در منجمنت مصدومین دارای اهمیت است. بناهٔ میکانیزم هر یک به صورت جدا گانه مورد مطالعه قرار می گیرند:

A- ترضیضات کند: مانند تصادم موتر، تصادم موتر سایکل، بر خورد موتر با اشخاص پیاده ، افتادن از ارتفاعات و ضربات کند. در ترضیضات کند صدمات ازباعث قوه های acceleration ، rotation ، deceleration و shearing به وجود مي أيند.

الف- تصادم موتر : دراین حالت جروحات به وسیله تخفیف سریع یا آنی در سرعت به یک فاصله کوتاه تولید می شود (deceleration)، وخامت ترضیض ارتباط به انتقال انرژی در اثنای د سیلریشن دارد که سبب تخریب می گردد. ترضیضات تصا دمات موتر به وسیله طرق ذیل صورت مي گيرد:

- تصادم ابتدایی
- تصادم ثانوی را کب به اشیای داخل موتر تصادم می نماید

-Deceleration- باعث سؤ شکل اعضا که در نتیجه تحمیل حرکات بالای بخش های ثابت و غیرثابت انا تومیک به وجود می آیند می گردد. (جروحات شیرنگ در دماغ یا قطع ابهر صدری) جهت تعین ترضیضات تصادمات موتر نکات ذیل در نظر گرفته شود:

- شدت قوه وا رده (قوه = كتله × احمال فشار ).
- موقعیت مصدوم (در سیت پیشرو، در سیت عقب و دریور).
- استفاده از وسایل وقایوی مانند بستن کمر بند و یا مودیت air bags

- عدم استفاده از وسایل وقایوی خصوصا از طرف دریوران و راکبین که در سیت اول نشسته
  اند در اثر بر خورد به اشترنگ، شیشه پیشرو، کف موتر و یا به سویج بورد موتر سبب
  ترضیضات ذیل گردیده می تواند: جروحات قحف، جروحات وجه، جروحات نخاع سرویکل
  مصدر، بطن، کسر فخذ، کسور قسمت بعیده اطراف سفلی، و کسور ساعد.
  - تصادمات جنبي عموما سبب ترضيضات كمتر وخيم مي گردد.
  - ملاق خوردن موتر نيز سبب جروحات شديد گرديده مي توانند.
- اشخاصیکه درسیت های عقبی نشته اند درصورت عدم استعمال کمربند وقایوی سبب

ترضيضات مختلف مي گردند.

ب- تصادمات موتر سایکل: بر خلاف موتر در موتر سایکل دریـور و مسافر همیشه تمام انرژی کنیتیک را جذب می نمایند وسبب جروحات قحـف ( ۷۵٪علـت مـرگ ومیـر)، جروحات نخـاع، حوصـله و نهایات ( عمومیت دارد) می گردد.

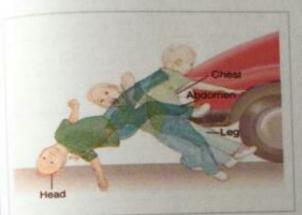
ج- تصادم اشخاص پیاده با موتر:

این نوع تصادمات دارای سه پا یه Waddle's ld fhakn است (کسرتیبیا و فیبولا یا فخذ جروحات جذع، جروحات قحفی وجهی). به صورت عمومی در اثنای تصادم موتر اطفال در زیر

موتر قرار می گیرند ولی کاهلان بالای موتر پرتاب می شوند و یا به طرف موتر پرتاب شده و به روی سرک اثابت می نمایند. و درصورت افتیدن به پهلو سبب کسر فخذ از باعث تحت فشار امدن حوصله در بین موتر و سرک می گردند.

د - افتادن از ارتفاع: ترضيضات حاصله:

- ارتباط به فاصله، سطح که بالای آن اثابت صورت گرفته و position مصدوم دارد.
- ارتباط به مقدار انرژی پرتاب کننده مصدوم و وزن وی دارد.



قر وا بیش اجر های اهدا اهدا اهدا بشمار کبیره B- در ترضیضات نافذه در صورتیکه عامل ترضیض دارای سرعت کم باشد اکثراً انرژی در یک ساحه یی کوچک متمرکز می گردد. مثلاً چاقو ، کارد و غیره.

C- در ترضیضات نافذه در صورتیکه عامل ترضیض دارای سرعت زیاد باشد انرژی آزاد شده از آن در یک ساحه وسیع منتشر می گردد. که به صورت مفصل در بخش های مربوطه توضیح می گردد2.

Trimodal pattern در مرگ های ناشی از ترضیض: مرگ های ناشی از ترضیض به سه کتگوری تصنیف گردیده است :

۱ – مرگ های آنی ( ۵۰ فیصد ): در چند دقیقه محدود بعد از ترضیض به وقوع رسیده از سبب ترضیض وسیع دماغ، قسمت علوی نخاع، قلب و اوعیه کبیره و تمزق طرق هوایی رخ می دهد.

۲ - مرگ های مقدم ( ۳۰ فیصد): در ظرف چند ساعت محدود بعد از ترضیض به وقع رسیده علت آنرا تجمع خون بداخل قحف، ضیاع وسیع خون بداخل جوف صدر و بطن و اقسام رخوه از باعث کسور عظام حوصله و طویله تشکیل می دهد.

۳ – مرگ های موخر ( ۲۰ فیصد ) :چند هفته بعد از ترضیض به وقوع رسیده عموماً از سبب sepsis و عدم کفایه چند بن عضو رخ میدهند.

اهتمامات عاجل در محل حادثه: موثریت پارا مدیک در تداوی مریضان ترضیض تحت مناقشه قرار دارد باآنهم بدون توجه به عدم موجودیت ارقام موفقیت آمیز تداوی اختصاصی قبل از شفاخانه وا قعات بهبودی حیات توقف قلبی به وسیله تیم پارا مدیک خوب تعلیم دیده نظر به مصدو صین، بیشتر راپور داده شده است. اما اجرای تداوی به وسیله پارا مدیک ها ازقبیل تنظیم طرق هوایی، اجرای کوک های ساده اولیه و تطبیق میزابه ها مفید واقع می شوند زیرا اسباب اساسی مرگ های آنی را ترضیضات و جروحات قحفی ۳۵٪، مدیده درساحه تداوی شود. به هرصورت هوایی و ریوی ۱۵٪ تشکیل داده، این اخیرالذکر می تواند تنها درساحه تداوی شود. به هرصورت اهدف از اخذ اهتمامات در محل حادثه را انتقال راحت و سریع مریض به شفاخانه تشکیل می دهد، حتی الامکان کمک اولیه در محل حادثه باید به وسیله اشخاص تعلیم یافته صورت گیرد تا از بروز ترضیض بعدی اجتناب بعمل آید مثلاً در قدم اول تغییر دادن وضیعت مریض عمل ساده بشمار می آید ولی اگر به درستی انجام نشود با عث پاره شدن نخاع، پاره شدن ریه ها، اوعیه بشمار می آید ولی اگر به درستی انجام نشود با عث پاره شدن نخاع، پاره شدن ریه ها، اوعیه کبیره و غیره شده میتواند.

اساسات عمده مراقبت ابتدائی در صورت مواجه شدن به یک مریض ترضیضی در میدان محاربه، در کنار سرک، سرویس عاجل و در داخل شفاخانه تقریباً یکسان بوده و شخص کمک کننده جواب گوی سوالات ذیل میباشد:

١ - أيا شخصي مصاب ترضيض تنفس دارد يا خير؟

در صورت عدم موجودیت تنفس اولاً باید طرق تنفسی باز و تهویه تنفسی حفظ گردد، بعید از پاک نمودن طرق تنفسی، به فک سفلی وضیعت داده شود. دهان مریض باز گردیده و زبان وی بیرون کشیده شود. در صورتیکه سایر لوازم تهویه موجود نباشد تنفس دهن به دهن ویا دهن به انف شروع گردد.

در صورت مسدود بودن طرق هوایی علوی به وسیله جسم اجنبی و عدم امکان دور نمودن آن

باید یک سوزن دارای سوراخ بزرگ ( 14G ) ازطریق غضروف کریکوئید داخل شزن گردد تا حیات مریض نجات داده شود. باید علاوه نمود در صورت امکانات، تطبیق اندوتراخیال تیوب نیز برا زنده است.

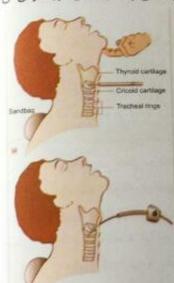
سکشن نمودن خون، مخاط و مواد استفراغ سبب پاک شدن دهن و بلعوم شده وعمل تنفس را نارمل می سازد، از اسپایری شدن محتویات استفراغ به هر قیمت ممکنه جلو گیری بعمل آید زیرا اسپایریشن مواد مذکور سبب مرگ آنی گردیده می تواند.

۲ - آیا نبض یا ضربان قلب موجود است و یا خیر؟ در صورت عدم موجودیت نبض و یا ضربان قلبی نزد مریض مساژ قلبی خارجی صورت گیرد.

٣ - أيا خونريزي واضح خارجي موجود است و يا خير ؟

در این صورت خونریزی مذکور باید به یکی از طرق موقتی توقف خونریزی توقف داده شود . ۴- ایا ترضیض ستون فقرات موجود و یا مشکوک است ؟

در این صورت مصدوم باید به احتیاط تام با استفاده از سه نفر به حالت خوابیده به اسطجاع ظهری الی رسیدن به وسیله نقلیه انتقال گردد ودرآنجا با استفاده از خریطه های ریگی یا با لون ها، مریض به وضعت غیر متحرک آورده شده و انتقال گردد.



۵ - در صورت موجودیت کسور، کسور تثبیت گردند.

۶ - در صورتیکه انتقال مریض طولانی مدت باشد جهت احیای مریض مایعات داخل وریدی توصیه شده و مریض باید ذریعه امبولانس های هوائی و یا زمینی به شفاخانه انتقال گردد.

Triage: Triage وخامت وخامت ترضيض و فراهم أورى منابع جهت تداوى انها است.در خارج شفاخانه از دو نوع تيرياج استفاده

تصنیف درساحه: درساحه مجروحین بایدنظریه ضرورت انتقال آنها به مرکز ترضیض (براساس وخامت جروحات یاترضیض) ویا مرکز غیر تراوما بررسی گردند. نکات اساسی جهت تصنیف مریضان ترضیض می تواند در یک مریض و یا گروپ کوچک از مریضان، بر اساس تراوما سیستم در نظر گرفته شوند که شامل نکات ذیل است:

الف -رهنمای تصنیف در ساحه : در این حالت شناخت جروحات، میکانیزم ترضیض، و موجودیت فکتور های کمک کننده کلید اساسی تصنیف اند. جهت نایل شدن به این هدف نکات ذیل در نظر گرفته شود : بررسی مریض، سروی ابتدایی مریض جهت تشخیص و تداوی فوری ترضيضات تهديد كننده حيات، علايم غير نارمل فزيولوژيک، موقعيت انا توميک جروحات.

ب - scoring تصنیف در ساحه: تخنیک های مختلف scoring جهت تعین و خامت ترضیض در ساحه و شفاخانه موجود است که می توان از تراوما سکور، CRAMS Scale، معیار قبل از شفاخانه و قانون تصنیف ترضیض نام برد. درستی تراوما سکور مربوط به مهارت تشخیص کننده قدرت و توانایی علمی وی است. به هر صورت سیستم سکورنگ ترضیض (نصره گذاری) ارتباط مستقیم به: سیستم قلبی وعایی ،سیستم تنفسی، سیستم عصبی مرکزی، نوع، موقعیت جرحه و معاینات بطنی دارد.

2- تيرياژدرحالات مجروحين كتلوى: تصنيف مريضان جهت تقدم كمك و انتقال أنها به حالات ذیل ارتباط دارد: تعداد مریضان، منابع کمک کننده در ساحه، قابلیت ترانسپورت ،سبهولت تداوی ساحوی یا در نظر داشت حالات فوق،حالات تهدید کننده حیات ضرورت به تداوی و انتقال عاجل دارند. به هر صورت تصنیف مریضان یک عملیه متداوم بوده و مریضان باید متکرراً الی رسیدن به شفاخانه از نظر حالت صحی بررسی گردند ویه این منظور ضرورت پرسونل تربیه شده

احساس مي شود .

ارزیابی و مراقبت مریضان ترضیض در شفاخانه: در هنگام رسید ن مریضان ترضیض به

شفاخانه تصنیف مریض به کتگوری های مشخص ذریعه تیم عاجل در محل های ضروری صورت می گیرد تا کمک لازم به آنها اجرا شود: در اطاق عاجل در هنگام رسیدن مریض به شفاخانه، در دیبارتمنت رادیو گرافی، در اطاق مراقبت جدی جهت تعین تقد م مداخله جراحی دسته بندی یا تصنیف مریضان نظر به تقدم مداخله جراحی قرار ذیل صورت میگرد:

۱ - مریضان Critical یا مریضان که چند ثانیه وقت دارند مثلاً انسداد حاد طرق هوائی . ٢ - مريضان Immediate مريضان كه چند دقيقه وقت دارند مثلاً نوموتوركس تحت فشار.

۳ - مریضان Urgent در جریان ساعات طلائی مثلاً سوخته گی های بزرگ.

\* - Differed مثلاً مریضان که تهدید حیاتی نداشته و یا مریضان که امید به شفاه آنها نباشد یا قبلاً فوت نموده باشند. بعد از اینکه تصنیف بندی مریضان صورت گرفت باید تاریخی، مكمل مريض اخذ گردد در اكثر واقعات تاريخچه از خود شخص و يا در صورت عدم شعور از اشخاص حاضر در محل حادثه و یا از اطرافیان مریض و شخصیکه مریض را به شفا خانه آورده اخذ مي گردد، دراين تاريخچه نقاط ذيل بايد مد نظر باشد: سرعت واسطه نقليه، حالت واسطه نقلیه، وضعیت مریض در محل حادثه، شواهد ضیاع خون، وضعیت سایرراکبین، بایدگفت که برابلم های جدی طبی را میتوان از کارت مریض بدست آورد.

ارز یابی یک مریض مصاب ترضیض در شفاخانه در چهار مرحله صورت میگرد:

Primary survey - I در یافت و تداوی عاجل حالات تهدید کننده حیات نزد مصدو مین ازاهمیت خاص برخورداراست. حالات تهدید کننده حیات با درنظرداشت شدت آفت آنها نظر به حروف الفيا قرارذيل است. ( A-B-C-D-E

Airway - A : در سروی ابتدایی مصدوم، استوار و مکفی بودن طرق هاوایی از تقدمیت خاص بر خور داراست و دراتنای برآورده شدن این مامول احتمال موجودیت ترضیض فقرات مد نظر باشد و برای این منظور نزد مریض Intubation و در صورت ضرورت Cricothyroidectomyصورت گیرد.

Breathing - B يا تنفس: دراين حالت بايد از تهويه كافي مريض اطمينان حاصل نمود يعني درجه انبساط صدر، آواز های تنفسی، تاکی پینی و موجودیت Cripitition در صدر، آمفیزم تحت الجلدي، موجودیت ترضیضات نافذه صدری و Tention pneumothrax مد نظر باشد.

Circulation - C: اعاده و حفظ حجم خون دورانی هدف اساسی آنرا تشکیل داده بناء نذف باید متوقف گردد و هم ورید مریض با تطبیق کتیتر و یا Cut down جهت احیاء و جبران خون

به دسترس قرارگیرد.

Neurogenic Disability – D: درجات مختلف کوما از باعث تسمم الکول، اسیدوزدیابیتیک Cerebro Vascular Accident تسمم با باربی تورات ها یکجا با ترضیضات دیده شده می تواند که باید تشخیص و در مرحله احیاء مجدد مد نظر باشد.

Exposure -E یا برهنه ساختن کامل مریض: البته با درنظرداشت جلوگیری hypothermia صورت گیرد.

#### توراكوتومى عاجل

هرگاه توقف قلبی تنفسی در اطاق عاجل ازاثرتاثیر مستقیم ترضیض بوقوع بپیوندد، درصورتیکه مساژ خارجی قلبی به منظورحفظ پرفیوژیون اعضای حیاتی کافی نباشد، بناء یک left درصورتیکه مساژ خارجی قلبی به منظورحفظ پرفیوژیون اعضای حیاتی کافی نباشد، بناء یک anterolateral thoracotomy وپریکارد در قدام عصب حجاب حاجزی باز می گردد، به تعقیب آن مساژ بازقلبی، کراس کلمپنگ ابهرنازله صدری، ترمیم جروحات قلبی و Internal defibrillation اجراشده می تواند. توراکوتومی عاجل در توقف های قلبی دراثر جروحات نافذه صدری بسیار مفید بـوده خصوصا در پریکاردیال تامپوناد که در اثر جروحات قاطعه بوجود می آید.

#### Trauma severity score

برای تعین وخامت تراوما میتود های مختلف نصره دهی وجود دارد اصابهترین نصره دهی فزیولوژیک که شاخص خوبتر برای تعین حالت تداوی وانزارمرض را برملا می سازد Glasgow coma می باشد. برعلاوه revised Trauma Score نیزترکیبی از Scale وتنیرات فزیولوژیک مانندفشار سیستولیک، سرعت تنفس فی دقیقه بوده که ایس هردو نمره دهی برای تحقیقات بعدی واخذ تصمیمات در زمان تریاژئیز مفید می باشد.

Glasgow coma Scale این مقیاس کثیرالاستفاده بط ور ویـژه بـه کامپوننـت مریضان و مصدومین، ترضیضات قحفی ارتباط دارد. سه جنبه کوما بصورت خاص تعیین می گرددعبارت اند Best motor response.c Best verbal response.b eye opening.a

519 N

(-)

4

٠

j

5.

.

المارة ذيل تشريح ميك دد

حواجاء

جدول يامقياس گلاسكو (Giasgow Coma Scala) طبق دين مسريح ميحودي				
مایدمستح مره ره	, خودرا بالنفسهی باز: ، بازنمایدمستحق ۳. بازنمایدمستحق ۳ نم وتنبیه بازنکند مستح	اگرمصدوم چشمان اگرمصدوم باهدایت اگرباتنیه وتولیددرد،	- باز کردن چشمان:	
ستحق ۵ مستحق ۴ ۱۱ مستحق ق ۲ نمره	Oriantatio خوب ه شConfusional مappropriatewor هم وتشخیص مستح ن عکس العمل مست	صحبت معقول یاه کُفتارهذیانی ومغشو کلمات نامناسب ds آوازهای غیرقابل فع	جوابهای شفاهی:	
ن ۶ نمره ق۴ نمره شحق ۳ نم ره	دادن اندامها مستح	طبق هدایت حرکت درد موضعی مستحق باتنبهات دردناک تح نبض اطراف(دستها ر سط اطراف علوی و		

دریافت نمرات بین ۳-۸ دلالت به جروحات شدید، آنهاییکه نمرات بین ۹-۱۲ اخذ می نماید دارای جروحات متوسط بوده وآنهاییکه نمرات ۱۳-۱۵ اخذ می نمایند دارای جروحات خفید میباشند.

ار قام حاصله از علایم حیاتی وسطح شعوری مریض، باهم دیگر به طور ریاضیکی دربین سِت او قام حاصله از علایم حیاتی وسطح شعوری مریض، باهم دیگر به طور ریاضیکی دربین یک واحد متغییر که تطابق به MORTALITY می نماید ترکیب می گردد. اخذ نمرات بین ۱۳۰۰ فرق می نماید مریض با اخذ نمره ۱۲ نیاز به مراقبت جدی نداشته بعدا دوباره مورد بررسی فرا گرفته می تواند، مریضان با اخذ نمبر ۱۱ مریضان لا سوده، مریضان با نمره ۱۳۰۳ گرفته می تواند، مریضان با اخذ نمبر ۱۱ مریضان شخاص فوت شده ویا قرب الموت بود ضرورت به گمک با الخاصه ندارند .

ا ا - مرحلا نظر گرفته ۲ - مع مریض جه مریض جه اخذ و به لا اخذ و به لا است.

111 - بر A - قض ازنظر کلینیکو B - درس شصت پا). تقدم تداو مستقیم در ام مشوره با شعب تقدمیت تا

#### Glasgow coma Scale

GCS	Points
15-13	4
12-9	3
8-6	2
5-4	1
3	0

#### Systolic Blood Pressure

SBP	Points
> 89	4
76-89	3
50-75	2
1-49	1
0	0

#### Respiratory Rate

RR	Points
10-29	4
>29	3
6-9	2
1-5	1
0	0

II مرحله احیاه مجدد مریضان ترضیض: در مرحله احیا مجدد مریضان ترضیض مراحل ذیل مد نظر گرفته شود.

۱ - احیای شاک ها.

۲ – معاینات لابراتواری: بزودی هر چه ممکنه با رسیدن مصدوم به شفاخانه یک مقدار خون مریض جهت تعین معاینات روتین، معاینات بیوشمیک، BUN و تعین گازات خون ( O2 و Co2 )، تعین گروپ های خون و همچنان جهت دریافت سویه الکول و ادویه جات دیگر درخون باید اخذ و به لابراتوار فرستاده شود.

۳ - اجرای معاینات رادیولوژیک: اخذ رادیو گرافی صدر، بطن، قحف، عظام، I.V.P ضروری ست .

# III - بررسی ثانوی و تقدم تداوی:

A - قضاوت درمورد اینکه آیا احیای مجدد مریض به درستی صورت گرفته ویاخیر،
 ازنظر کلینیکی عکس العمل مریض باید مد نظر باشد.

B - درسروی ثانوی معاینات سیستمیک کامل مریض باید اجراگردد (به اصطلاح از راس تا به شصت یا).

تقدم تداوی درمریضان ترضیض: درتمام واقعات مریضان و مجروحین آمر تیم به صورت مستقیم در احیای مجدد، اجرای رادیوگرافی ها، تست های تشخیصیه، تقدم تداوی، مراقبت و مشوره با شعبات دیگر اختصاصی باید رول اساسی را به عهده گیرد. تقدمیت تداوی در مریضان ترضیض قرار ذیل است:

لد عني تعابد

ات خفيد

رین سین رسین یک سین ۱۰۰ بررسی فرا

بره ۲۰ بون بو • توقف خونریزی، احیا و جبران حجم خون دورانی، تداوی جروحات اوعیه دموی که سپ

• تداوی ترضیضات قحفی دماغی، موجودیت stupor عمیق دلا لت به آفت در حال توسی

داخل قحقی نموده که ضرورت به تکرار معاینات عصبی و CT دماغی دارد.

• اجرای CT درصورت مشکو کیت تذف داخل قحفی و دریافت موقعیت آن حتمی بوده زیر موجودیت نذف درExtradural و Subdural ضرورت به تخلیه عاجیل دارد و هیم چنان بررسی درموردتسم الکولیزم حاد که می تواند دلیل عدم موجودیت شعور باشد، ضرو ری است. بعضى اوقات ندف داخل بطني و داخل قحفي يكجا موجود ببوده، دريين صورت ضرورت به laparotomy و craniotomy همزمان احساس می گردد.

موجودیت کسردرعظام قحفی تقدم ثانوی داشته و قبل ازآن باید جروحات وخیم بطنی و صدری تداوی شوند.

• اکثر جروحات urologic هم زمان در اثنای جروحات داخل بطنی تداوی می گردند.

• كسور حوصله پرابلم اخصاصي بوده بايد يا متخصص مربوطه مشوره صورت كيرد.

 کسور اطراف با ید تثبیت گردند. کسور باز و ملوث هرچه زود تر debride شده و تثبیت گر دند.

• Tetanus prophylaxis در صورت جروحات باز ملو ث، وخذه یی و سوختگی ها اجرا

۱۷ - مراقبت قطعی: سروی ابتدای، ثانوی و اهتمامات نجات دهنده باید در مدت تقریباً ۲۰ دقیقه تکمیل گردد که بعد از تکمیل آن مریض برای تداوی قطعی آماده گردد.

### جسروحات

تعریف: جرحه ازبین رفتن تمادی نارمل نسجی بوده که منتج به انواع تشوشات حجروی ومالیکولی میشود. یابه عباره دیگردرهمه حالاتی که قوه وارده سبب قطع جلد ویاغشای مخاطی گردیده وانساج عضویت در ساحه که دچار ترضیض است به هوای خارجی در تماس آید جرحه گفته می شود،

پتوفزیولوژی جروحات: جروحات دارای تأثیرات متنوع بالای انساج بوده که عبارتند از: تأثیرات میخانیکی: جدا شدن میخانیکی ساختمان های وظیفوی از قبیل اوعیه دموی سبب

دما

دره عما

اصا

تخ

نذف می گردد.

تأثیرات بیالوژیکی: به صورت آنی شروع شده مثلاً عکس العمل التهابی. تأثیرات ثانوی: درصفحه مؤخر به وقوع می رسد مثلاً مداخله انتان. وخامت جروحات به فکتور های ذیل ارتباط دارد.

شدت قوه وارد: به هراندازه که قوه میخانیکی وارده زیاد باشد به همان اندازه سبب مأوف شدن بیشتر انساج گردیده وباعث اختلال وخیم وحتی کشنده می گردد.

موقعیت جرحه: موقعیت جرحه نیزدروخامت جرحه رول بزگ دارد مثلاً جرحه کلیه، کبد، صدر، دماغ، اطراف و غیره ازنظروخامت و اختلاطات ازهم دیگرفرق زیاد دارند.

سیروعمق جرحه: سیروعمق جرحه نیزدروخامت و اختلاطات یک جرحه رول بزرگ دارد مثلاً درصور تیکه ضربه کارد و یا چاقودر داخل انساج به استقامت عمیق فرورود و درمقابل آن شریان عمده، عصب عمده، طحال، کبد، کلیه، کولون قرار گیرد وخامت مختلف دارد.

اندازه، حجم و قطر قوه وارده: اندازه حجم و قطرقوه وارده دروخامت جرحه رول دارد مثلاً اصابت مرمی تفنگ وچره یک راکت با وجودیکه دریک ساحه عضویت اصابت نموده باشد تخریبات و اختلاطات آن ازهم فرق دارد.

تظاهرات سریری جروحات: جروحات دارای اعراض عمومی و موضعی می باشند: اعراض عمومی: راخونریزی، درد، ضیاع وظیفوی، تورم و التهاب تشکیل می دهد. اعراض موضعی:

درد: نخستین و مهم ترین عرض یک جرحه بوده و وصف آن وابسته به نوع جرحه می باشد. ضیاع وظیفوی ومیخانیکی: مثلاً در قطع او تار.

خونریزی داخلی و خارجی: مقدار آن نظر به قطع و نوع اوعیه فرق میکند. تظاهرات سریری دیگر: از قبیل حرارت، سرخی و تورم نیز در جروحات قابل دریافت است. تصنیف جروحات:

: A

جروحات حاد

شامل جروحات ذيل اند.

الف - جروحات بسته

Contusion/Braise Hematoma

ب - جروحات باز

• جروحات وخذه ئي

Abrasions and Friction Burns .

Laceration •

Sharp •

Bursting type •

Complex wounds .

Crush - Avulsion •

• اعضای داخلی

• جروحات جنگ و مرمی

• ضياع نسجى

ج - جروحات انساج بالخاصه

• شحم

• عضله

• عظم

• عصب

• شریان

• وريد

B : جروحات مزمن

• قرحه

• زخم های بستر

• ج: جروحات حاد

.

التي

کثا خرا

می

باز ن پیدا ز

ر اعضاء

: A

جروحات حاد

شامل جروحات ذيل اند.

الف - جروحات بسته

Contusion/Braise Hematoma

ب - جروحات باز

• جروحات وخذه ئي

Abrasions and Friction Burns .

Laceration •

Sharp •

Bursting type •

Complex wounds .

Crush - Avulsion •

• اعضای داخلی

• جروحات جنگ و مرمی

• ضياع نسجى

ج - جروحات انساج بالخاصه

• شحم

• عضله

• عظم

• عصب

• شریان

• وريد

B : جروحات مزمن

• قرحه

• زخم های بستر

• ج: جروحات حاد

.

التي

کثا خرا

می

باز ن پیدا ز

ر اعضاء clean, clean-contaminat, contaminate, به جروحات از نظر جراحی به جروحات dirty تصنیف شده اند.

# حروحات باز: شامل:

جروحات وخذه ئي : عبارت از جروحاتي اند كه توسط آلات نوك تيزمانند سنجاق، ميخ هاي کوچک، سوزن وغیره به وجود می آیند. درصورت منتن شدن بعضاً سیر بسیاروخیم و حتی کشنده میداشته باشد زیرا ازیک سومجرای جرحه بسیارخورد است قیح وغیره افرازات جرحه درست تخلیه نمی شود و ازطرف دیگربرای تکثرونشونمای میکروب های غیرهوازی نیز بسیار مساعد میباشد. اساسات تداوی آنرا توصیه انتی بیوتیک و وقایه از تیتانوس تشکیل می دهد. اجسام اجنبی بزرگ باید بیرون کشیده شوند و از کشید ن پارتیکل های کوچک چون باعث تسلیخ و تخریب انساج می گردد صرف نظر گردد.

جروحات Needle - Stick: این نوع جروحات باید مورد توجه قرار گیرند زیرا خطر را برای ستاف طبی بارآورده وهم سوزن های باطل به طورپیشرونده سبب جروحات تصا دفی درانتقال Hepatitis HIV، و غیره امراض شده که در این صورت نزد مریضان باید تست های HIV هر سه و شش ماه بعد اجرا گردد.

جروحات Bite : جروحاتی است که درنتیجه چک انداختن حیوانات و انسان ها به وجود آمده باعث جروحات قاطعه کوچک و تیز شده یا این که منجربه Crushing شدید انساج می گردند. Abresion and Friction Burns: عبارت ازترضيض ساينده يا خرائسنده جلد ( درنتيجه احمال یک قوه افقی) بوده که دراثر أن سطح جلد خرا شیده شده این جروحات اکثراً سطحی اند، التيام مي يابد ولي در اين نوع جروحات خطوط خراشيدگي به قسم موازي وجود دارد بناء حاوي كثافات مى باشند، ازاين رو جروحات مذكور بايد به وسيله برس نمودن ملايم و به امتداد خطوط خرا شیدگی پاک شوند تا کثافات از آن دور گردند ولی برس نمودن شدید باعث آسیب شدید شده مي تواند.

ترضيضات بسته: چنانچه از نامش پيدا است دراين نوع ترضيضات جلد و غشا مخاطي باز نمی گردد بناء انساج عضویت مثل عضلات، مفاصل، اسخوانها و غیره به هوای خارج ارتباط پيدا نمي نمايند .

ترضيضات بسته نظر به شدت ترضيض، موقعيت ترضيض و يا اينكه با عث ماوف شدن كدام اعضای عضویت گردیده تغییرات اناتوموپتالوژیک و فزیولوژیک مختلف را بوجود می آورند.

1 - Echymosis ساده : دراین نوع ترضیضات بعد از انشقاق اوعیه شعریه کوچک و خارج تصنیف گردیده اند. شدن خون ازانها باعث تغییر رنگ واضح در جلد شده البته بـ کـدام تـداوی باالخاصـ ضرورت

Contusion - دراین نوع ترضیض ضربه وارده با عث کوبیده شدن انساج گردیده یعنی نسج در بین دو قوه قرار گرفته، تحت فشار کوبیده می شود. تغییرات فزیولوژیک و پتالوژیک نظر به عضو مؤفه و شدت قوه وارده فرق مینماید. اعراض و علایم نظر به نوعیت ترضیض، شدت قوه وارده و نظر به عضو ماؤفه فرق مي نمايد به صورت عموم اعراض وعلايم عمده اين آفت را درد، ایکیموزجلد، تورم و تشوشات وظیفوی عضو تشکیل می دهد. تداوی به دو بخش عمومی و باالخاصه تقسيم گرديده است:

تداوی عمومی : شامل استراحت مطلق، توصیه انالجزیک ها، اعاده مایعات و الکترولیت ها توصیه رژیم غذائی است.

تداوى بالخاصه: نظربه أفت وعضو ماؤفه فرق مي نمايد به صورت عمومي كوشش شود شاك درصورت موجودیت اعاده گردد، نذف متوقف، هیماتوم های بزرگ تخلیه، هیماتوم های کوچک تداوی محافظوی گردیده و انتی بیوتیک وقایوی توصیه گردد.

 المانیکه قوه میخانیکی بالای یک نسج طوری عمل نماید که سبب کشش یا تدورنسج یا عضوگرددبنام distortion یاد می گردد. البته تدوریک نسج یاعضودرحقیقت یک كشش غيرمستقيم است.

درصورت کشش مستقیم دوحالت وجود دارد، یا اینکه نسج دریک طرف تثبیت و طرف دیگر کش میشود و یا نسج از دو نهایت آن به دو طرف کش می گردد. حادثه کشش زیادتر در عضلات، او تار، اعصاب، صفاقات وكيسول مفصلي به وقوع ميرسد. هم چنان مساريقه، پريتوان حشوى و امعا نيز در حالات مختلف دچاركشش گرديده مي توانند. درحالت فوق يک تعداد الياف پاره میشود و یا اینکه قطع تام بوجود می آید.

اعراض و علایم: درحالاتیکه صرف یک تعداد الیاف قطع شده وعضو ماؤف م تمادی خود را حفظ نموده باشد دراین حالت ازنظر فزیو لوژی تغییرات کمتر بوده و مربوط به اندازه الیاف قطع شده می باشد. همچنان شدت درد و نذف ارتباط به وسعت أفت و عضو ماوف دارد. لاکن در

حالاتیکه یک عضله یا وتر، عصب محیطی، اربطه وغیره به صورت تام انشقاق نموده باشد قسمت ماؤفه وظیفه فزیولوژیک خود را کاملاً ازدست می دهد درد و نذف شدید میباشد. که در ایس صورت علاوه از اعراض موضعی اعراض نذف نیز موجود می باشد. که نظر به شدت نـذف بـروز اعراض فرق دارد.

تداوى: نظر به نوع نسج ماوفه فرق مى كند. مثلاً درحالا تيكه كيسول مفصلي پاره شده باشد باید مریض استراحت نموده و مفصل تثبیت گردد، در صورت لزوم خون موجود در مفصل تحت شرایط معقم تخلیه گردد. در صورت قطع صفاق و اربطه باید دو باره دوخته شود و در صورتیکه یک تعداد الیاف قطع شده باشد ازتداوی محافظه کارانه استفاده گردیده استراحت مطلق، توصیه مسکنات تثبیت طرف و انتی بیوتیک وقایوی ضروری است.

Division)Transection-4: زمانی بوقوع می رسد که اوتار، عضلات و غیره به وسیله الات قاطعه و یاذریعه کشش و تاب خوردن به صورت قسمی یا تام قطع شود. اعراض، علایم و تداوی مانند distortion می باشد.

Laceration - 5: درصورتیکه عضو به وسیله یک ضربه چاقو یا قبوه میخانیکی پاره گردد لسريشن گفته مي شود، مثلاً پاره شدن كيسول يك مفصل، پاره شدن محفظه طحالي و غيره. هم چنان در صورتی که پاره گی کپسول به عمق نسج نیز امتداد یابد لسریشن گفته می شود.

اعراض و علایم: اعراض وعلایم نظربه عضوماؤفه، مقدار ندف که در اثر پاره شده گی به وقوع رسیده، نظر به اینکه تغییرات انا توموپتالوژیک و فزیوپتالوژیک چقدر است فرق مینماید که در بحث جروحات اعضاى مذكور مورد مطالعه قرار خواهد كرفت.

Rupture-6 یا انشقاق: انشقاق ویاتمزق نیز شباهت زیادیه laceration داشته وتنها درصورتیکه اعضای مجوف بطن دراثریک ضربه کند پاره گردند استعمال می گردد مانند رپچر مثانه، رحم، معده و غیره. بعضاً برای اعضای غیرمجوف مانند طحال، کلیه، خصیه، کبد و غیره نیز استعمال می گردد. باید گفت که همیشه حالت مذکوربه وسیله قوه میخانیکی و یا ضربه کند به وجود أمده و كشش و تاب خوردن درآن رول ندارد.

Compression-7: درصورتیکه به اثرقوه میخانیکی یک قسمت ازنسج عضویت ویا یک طرف بدن به صورت دوامدارتحت فشارواقع شودcompression گفته می شود مـثلاً فشـارپارچه یی مکسوره، Hematome و غیره بالای انساج و یا قرار گرفتن اطراف علوی و یا سفلی تحت ديوار وغيره . Crashing syndrome -8: زمانیکه یک قسمت ازعضویت به صورت دوامدار تحت فشار و دورت دوامدار تحت فشار و دورت دورد و و دورت دورد و بعد ازچندین ساعت فشارمذکور دفعتاً بر طرف گردد اعراض وعلایم تولید شده تحت واقع گردد و بعد ازچندین ساعت فشارمذکور دفعتاً بر طرف گردد.

اعراض و علایم: بعدازدورشدن فشار برای چند ساعت محدود حالت مریض خوب میباشد، اما اعراض و علایم: بعدازدورشدن فشار برای چند ساعت محدود حالت مریض خوب میباشد، اما بعداً آهسته، آهسته به شاک داخل می شود. دراین حالت شاک درنتیجه مواد سمی که از سبب تخریب حجرات بدن پیدا میشود تولید گردیده بعضاً بسیار شدید و حتی کشنده است. در یک تعداد تخریب حجرات بدن پیدا میشود تولید گردیده بعضاً بسیار شدید و درادرار میلو گلوبین ظاهر می وقایع بعد از روز دوم و سوم عدم کفایه حاد کلیوی بوجود آمده ودرادرار میلو گلوبین ظاهر می گردد که آهسته، آهسته Anuria، Oliguria و Uremia تأسس می نماید که بالاخره سبب مرگ مریض می گردد.

اناتوموپتالوژی: درصورتیکه عضلات درتحت فشاردیده شوندرنگ خاکستری دارند، درآن نقاط کروتیک و استحاله شحمی به ملاحظه میرسد. درتیوبول های کلیوی البومین و Cryoglubin دریافت شده و در کبد استحاله شحمی، نقاط نزفی و نکرو تیک به ملاحظه می رسد.

تداوی شامل نکات اساسی ذیل است: کیم ساختن نکروز عضالات، کیم کردن Intoxication احیا نمودن وظیفه کبد و کلیه. برای بر آورده شدن اهداف فوق باید بالای ناحیه ماوفه تطبیقات سرد اجرا گردد و برای دورکردن فشارازعضلات شق های جلدی و صفاقی اجرا گردد. و در بعضی واقعات وخیم برای جلوگیری از Intoxication و نجات مریض از مرگ باید طرف ماوف قطع گردد. در صورتیکه مریض در حالت شاک باشد. احیای مجدد مریضان ضروری بوده که با تطبیق مایعات و اکسیجن آغاز و اسیدوز مریض نیز باید تداوی گردد.

9- Concussion: اصطلاح فوق در ترضیضات قحف و دماغ استعمال می گردد. دراین نوع ترضیض ازنظر مکروسکوپیک و میکروسکوپیک هیچ نوع تغییرات پتا لوژیک دریافت نمی گردد. ولی مریض دارای اعراض میباشد.

دست ها و یا اطراف دریک ماشین متحرک اسیر گردد وباعث تولید جروحات Degloving می دست ها و یا اطراف دریک ماشین متحرک اسیر گردد وباعث تولید جروحات اند. جروحات مذکوردر حادثات ترافیکی که واسطه نقلیه از بالای شخص عبور نماید نیز به وقوع رسیده، یعنی استحکاک حاصله از تایرهای موتر باعث جدا شدن جلد و انساج تحت الجلدی از صفاق عمیقه می گردد. این نوع جروحات به شکل بسته آن نیزدیده شده که درآن Bruising شده و مریض با یک Bruising شدید و شاید با

تشوش حسیت جلدی مراجعه نماید. خطر جروحات Degloving یا ( Avulsion ), از بین رفتن اروا و نکروز جلدی است که باید دیبرید منت گردد یا به وسیله پیوند جلدی Full Thickness

#### جروحات جنگ

درجنگ های مدرن امروزی جروحات درنتیجه تاثیرات missile، انفجارات و سوختگی ها دراثراثابت مرمی، چره، یا پارچه های ماین، بمب، مرمی توپ، هاوان وغیره تولید میگردند. جروحات missile: این نوع جروحات دراثراثابت مرمی ها، چره ها یا پارچه های ماین، بمب، مرمى هاوان، توپ و غيره توليد مي شوند.

#### میکانیزم جروحات جنگ:

۱. جروحات مرمی: مرمی های که ازعضویت عبورنموده وخارج میگردند درحدود ۱۰ الی ۲۰ فیصد انرژی خودرادرعضویت باخته ومقدارباقی آن به وسیله مرمی خارج می گردد. انرژی را که مرمى هنگام عبورازانساج عضويت پخش مي نمايد براساس فورمول ذيل محاسبه مي گردد. Ek=1/2M V12-V22

M- گتله مرمی یا چره، V1 عبارت از سرعت چره در اثنای دخول و V2سرعت آن در اثنای خروج از عضویت میباشد. عموما مرمی های عبوری دارای دو فوهه میباشد( فوهه دخولی و خروجي):

- فوهه دخولي معمولاً خورد بوده كنارهاي أن به طرف داخل تمايل داشته پارچه هاي لباس در حذای فوهه دریافت شده و اگر آله ناریه نزدیک باشد علایم سوختگی جلد لکه های باروت نیز در اطراف فوهه دخولی قابل مشاهده می باشد.
- فوهه خروجی نسبتاً وسیع و بزرگ بوده حوافی و کنارهای جرحه غیر منظم و به طرف خارج جرحه پراگنده می باشد. و در صورت تولید پارچه های عظمی تخریبات بیشتررا دراقسام رخوه و عضلات به وجود می اورد.

۲- جروحات در اثر اثابت چره یا پارچه: پارچه های منفجره درهنگام دخول تمام انرژی را با خود در عضویت داخل نموده و آنرا آزاد میسازد. درحالیکه انرژی کنتیک ضربات چاقو پایین بوده و مرگ زمانی رخ می دهد که چاقو دریکی ا ز اعضا مهم و حیاتی مانند قلب و یا اوعیه های بزرگ اثابت نموده باشد.

جروحات چره در نتیجه فکتور های مرکب ذیل تولید می شوند:

nissile -1: ( وزن یاکتله، شکل، سرعت و انرژی کنیتیک در اثنای اثابت). ۲- وسط : (اصطکاک، مقاومت وسط و تاثیر متقابل اصطکاک ).

۳- تمایل انحراف چره دراثنای اثابت: ( انحراف در هوا، انحراف در زمین ،رقص محوری). « تمایل انحراف چره دراثنای اثابت: ( انحراف در هوا، انحراف در زمیان تمام عوامل فوق انرژی کنیتیک دارای اهمیت بیشترین بوده که طوری ذیل تعریف درمیان تمام عوامل فوق انرژی کنیتیک دارای

مي شود:

KE = 1/2 mass×velocity<sup>2</sup>, where KE = kinetic energy (foot-lb) mass = weight (grains)/7000 (grains/lb)G G = gravitational acceleration (32.17 ft/s<sup>2</sup>) velocity = missile velocity (ft/s)

تشریح مرضی: پارچه یا مرمی هنگام دخول در عضویت دارای دو نوع تاثیر تخریبی می باشد:

- تاثیر مستقیم: تاثیرمستقیم چره درهنگام عبور از انساج، انساج را قطع، پا ره کرده و انتقال حرارت به انها را باعث می دهد.
  - تاثير غير مستقيم شامل:

Shock Wave مرمی ها و پارچه های که سرعت زیاد دارند دراثنای اثابت تولید موج ضربوی نموده این موج به شکل کره وی سیرمی نماید و سیرآن تقریباً مشابه به سیر موج در آب است. فشار این موج در میلیونم حصه یی ثانیه تغییرنموده لاکن این فشاربلند سبب تخریبات قابل ملاحظه درنواحی دورتراز جرحه می گردد. این موجه توسط نسج جامد و درمسیرهای مملوازمایع (شریان، ورید و امعا) انتقال می یابد.

تولید جوف مؤقتی: مرمی های سریع یا چره درعضویت تولید جوف موقتی نموه که اساس تخریبات اصلی و وسیع را تشکیل می دهد. دراین حالت انرژی به سرعت از پارچه یا مرمی آزاد شده و توسط انساج جذب می گردد، قطر این جوف تقریباً ۳۰ تا ۴۰ برابر قطر مرمی یا چره است این جوف دارای فشار تحت اتموسفیریک بوده از این روباعث بلعیدن پارچه های خورد، گرده خاک و باکتری ها از طریق هردو فوهه یی دخولی و خروجی گردیده میتواند. بعضاً جوف مذکره

کولیس نموده و بشکل نبضانی هوا، گرد، خاک، باکتری و غیره را به داخل خود کش مینماید.

جروحات انفجاری: فشارانفجاریه انفلاق دهنده باعث پاره ساختن کپسول ماین، بمب و را کت شده که درنتیجه سبب تولید چره ها یا پارچه ها به سرعت زیاد می گردد. این پارچه ها درهنگام پرواز در هوا غیر ثابت بوده و ملاق خورده داخل نسج می گردند، نسج را پاره نصوده و سبب تخريبات فوق العاده شديد نسجى نسبت به مرمى مى گردند.

میکانیزم جروحات انفجاری: انفجارات حاوی موج انفجاری کامپلکس بوده که به شکل امواج صوتی از بالا واطراف مانعه عبورمی نمایند که دارای دوجزاساسی یعنی موج ضربوی (دارای دوفازمثبت و منفی) و حرکت کتلوی هوامی باشد.

انفجاریم درابتدا سبب یک Shock wave با فشاربلند شده(اساس ترضیضات راتشکیل می دهد) که به وسیله مرحله سب اتموسفیریک تعقیب شده و سبب تشدیدترضیضات می گردد. مرحله فشار مثبت فقط برای چندین ملی ثانیه دوام نموده و در نزدیک ساحه انفجار به KN/m<sup>2</sup> 7000 بلند مي رود (غشاي تمپانيک در 4 ۱۵۰ KN/m تمزق مي نمايد). فاز منفيي داراي امپليتود كم بوده اما بيشتر دوام مي نمايد.

حرکت کتلوی هوا به وسیله انبساط سریع گازات درقلب یک انفجار بوجود امده و باعث بیجا نمودن سریع هوا می گردد. که درنتیجهٔ آن شمال یا طوفان انفجارتولید گردیده سبب پارچه شدن عضویت وقطع تراو ماتیک اعضا می گردد انتشار موج انفجاری درآب نسبت به هوا دریک فاصله معین شدید تربوده ازاین رو هنگامیکه قسمت نخست فشار از یک وسط با کثافت کم عبور می نماید وداخل یک وسط با کثافت بلندمی شود انتشار آن شدید گردیده ازاین رو باعث پارچه شدن انساج عضویت می گردد.

تداوى: تداوى جروحات ناريه شامل نكات اساسى ذيل است:

۱. جرحه راذریعه مواد انتی سپتیک، شسته و شقوق طولانی جلدی به منظور معاینه و یا تفتش

٢. صفاق عميقه واضح ساخته شود، جهت تفتش كافي ناحيه، به وسيله شقوق طولاني باز مكمل اجرا گردد.

3. بافت وعایی و عصبی ناحیه در مسیر جرحه تفتش گردد.

۴. اجسام اجنبی در صورت امکان بیرون کشیده شود.

5. انساج متموته باید تا قسمت عضلات دیبرید منت گردد.

ع ترمیم عضله و وتر درعملیات ابتدایی صورت نگیرد ولی نهایت وتر باید قطع و منظم شور ٧. اعصاب قطع شده به وسیله تار هی غیر قابل جذب نشانی شود تادرزمان اجرای خیاطه

ثانوی، دریافت آن ساده گردد.

۸ شریان و ورید های بزرگ باید ترمیم گردند. ۹. عظام تثبیت و پارچه های که با پری اوست عظم ارتباط ندارند باید بیرون کشیده شوند.

۱۰. مفاصل مجروح تفتش و ایری گیشن گردند.

۱۱. جرحه در ختم عملیات ذریعه سیروم سلین خوب شسته شود.

۱۲. برای استراحت انساج ناحیه باید غیر متحرک گردد.

۱۳. انتی بیوتیک باید تجویز گردد.

۱۴. در جروحات ملوث و یا منتن اجرای خیاطه های موخر صورت گیرد.

#### جروحات مرزمن

قرحات: قرحات مزمن عبارت ازجروحاتی اند که التیام نمی پذیرند عموماً دارای کنارفبروتیک و بستر از نسج گرا نولیشن با نواحی حاوی از نسج نکروتیک میباشند. اسباب آنراعـدم کفایـه شریانی وریدی، فقدان اعصاب نورمال جلدی، انتان، تخریش میخانیکی، اسکیمی و سایر فکتورهای میتابولیک تشکیل می دهد.

زخم بستر: دراین نوع زخم هانکروزنسجی درنتیجه احمال فشار (عمودی برسطح جلد)، خراش، ساییده کی و تماس بایک سطح سخت (بستر، میزعملیات، چوکی) به وجود می آید. عموما درمریضانیکه تحرکیت آنها مختل است به خصوص در بیماران ضعیف، ناتوان و فلج بوقع

تداوی أنرا تداوی امراض مترافقه، تحرکیت، اجرای پانسمان و جراحی تشکیل میدهند.

#### خلاصه فصل

تاثیر تمام عوامل و فکتورهای میخانیکی، حرارتی، شعاعی، کیمیاوی، برقی و یا روحی که سبب اختلال در وظایف فزیولوژیک ویا تغییردرساختمان انا تومیک انساج و یااعضاء عضویت گردد ترضیض گفته می شود.

ترضیضات کند: مانند تصادم موتر، تصادم موتر سایکل، بر خورد موتر با اشخاص پیاده ،افتادن از ارتفاعات و ضربات کند. در ترضیضات کند صدمات ازباعث قوه های acceleration ، shearing و shearing به وجود می آیند.

درتصادم موتر حالت جروحات به وسیله تخفیف سریع یا آنی در سرعت به یک فاصله کوتاه تولید می شود (deceleration)، وخامت ترضیض ارتباط به انتقال انرژی در اثنای د سیلریشن دارد که سبب تخریب می گردد.

جروحات دارای تأثیرات متنوع بالای انساج بوده که عبارتند از:

تأثیرات میخانیکی: جدا شدن میخانیکی ساختمان های وظیفوی از قبیل اوعیه دموی سبب نذف می گردد.

تأثیرات بیالوژیکی: به صورت آنی شروع شده مثلاً عکس العمل التهابی. تأثیرات ثانوی: درصفحه مؤخر به وقوع می رسد مثلاً مداخله انتان.

#### سوالنامه

Saluk?	تعريف	1,	ترضيض	1
CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	DOMESTIC STATE OF THE PARTY OF	-	Commence of the commence of th	

- ۲. Trimodal pattern در مرگ های ناشی از ترضیض را توضیح نمایید؟
- ٣. شخص كمك كننده افراد ترضيض يافته بايد جواب گوى كدام سوالات باشد؟
  - ۴. دسته بندی یا تصنیف مریضان نظر به تقدم مداخله جراحی را توضیح نمایید
- ۵ ارز یابی یک مریض مصاب ترضیض در شفاخانه در چند مرحله صورت میگرد؟
  - ۶ تقدمیت تداوی در مریضان ترضیض کدام ها اند؟
  - ٧. اعراض و علايم سندروم Crushing را توضيح نماييد؟
    - ٨ جرحه را تعريف نماييد ؟
  - ٩. جروحات دارای تأثیرات کدام متنوع بالای انساج بوده نام ببرید؟
    - ۱۰. تظاهرات موضعی جروحات را توضیح نمایید؟
      - ۱۱. جروحات وخذه ئي كدام جروحات را گويند؟
    - ۱۲. تداوی جروحات ناریه شامل کدام نکات اساسی است؟

ماخذ

# ۱. -امرخیل نجیب الله، ۱۳۸۱خونریزی ونقل الدم درجراحی عمومی، طبع مطبعه عازم کابل افغانستان، صفحات ۳۱- ۶۶

- Clay Cothren Burlew and Ernest E.Moore. Trauma in: F.Charles Brunicardi, DanaK. Andersn, et. all. 2015 Tenth Edition Schwart's principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-161-226
- 3. K.P.Houlihan and C.E.Robertson, Primary care of the injured patient in Surgical Patients in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp97-109
- 4. 4-Mark R.Hemmilo, MD.Wendy L.Wohl.MD.Managment of the injured Patients in: Current Surdery Diagnosis and Threatment: 2015.
   14Th Edition McGraw-Hill. New Dehi. Pp-176-209

# فصل چهارم جراحی عاجل بطنی

اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

ميخانيكيت صدمات

اعراض عمومي

تشخيص

تداوى

صدمات احشاي بالخاصه

داخل بطني

طحال

کبد

معده وامعا

مصارقه

يانقراص

حجاب حاجز

اوعيه خلف پريتوان

سپس داخل پریتوانی

مقدمه

اختلاطات شق هاى

عملياتي

سيروما

Incisional Hernia Acute wound failure

پریتونیت منتشر:

أبسه های داخل بطنی

فتق ها

Bleeding peptic ulcer Stress gastritis

تدور معده

Mallory Weiss Tear

تضيق پيلور

### سیس داخل پریتوانی

مقدمه

باز وبسته نمودن بطن یعنی exploration و تخنیک های کافی برای منجمنت سپسس ضروریات اساسی جراحی عاجل بطنی راتشکیل می دهد.

# پریتونیت منتشر:

عبارت از التهاب پریتوان وجوف پریتوان از سبب انتانات موضعی یا عمومی می باشد. یا به عباره دیگر پریتونیت عبارت از التهاب جوف پریتوان بوده که باعث افزایش حجم وافراز مایع ترانسودات که ازپولی مورف نوکلیر ها وفیرین غنی می باشدمی گردد.

اسباب: انتان ازچندین طریق داخل جوف پریتوان گردیده می تواند:

١.خارج ازبطن : مانند جروحات نافذه ، انتان لپراتومي ، دیالیز پریتواني.

۲. ازاحشای داخل بطنی:

- گانگرین احشای مجوف ازجمله اپندیسیت حاد، کولی سیستیت حاد، ویاانتانات معایی وغیره.
- تثقب احشای مجوف طورمثال تثقب قرحه اثناعشری، تثقب اپندیسیت ، تمزق امعا
   ازاثرترضیض.
  - لیکاژ بعدازعملیات از طریق خط خیاطه های اناستموزمعایی .
- ۳. ازطریق جریان دموی : septicemia پنوموکوکال ، سترپتوکوکال ویا ستافیلوکوکال بوده میتواند.
  - ۴. ازطریق جهاز تناسلی خانمها : مثل سلپانژیت حادویا انتان دوره نفاس .

آمالات حوصلی از طریق Non-gastrointestinal causes of peritonitis. انتانات حوصلی از طریق fallopian استول بخش بزرگ انتات غیر معدی معای در پریتونیت است .

یک تعداد فکتورها درانکشاف پریتونیت منتشررول دارند که قرار ذیل اند:

• انتشارملوثیت پریتوانی یک فکتور ابتدایی است مثلا اگریک اپندکس التهابی(شکل ۱۸۸۱ یا کدام عضو مجوف دیگرتثقب نموده قبل ازاینکه موضعی شدن آن رخ بدهد، محتوبات آن داخل جوف پریتوان جاری شده وتقریبا به صورت بنفسهی یک ساحه بـزررگ را دربر خواهد گرفت.



Figure 58.1 Sudden perforation, especially if engendered by purgation, often results in an immediate, widespread bacterial peritonitis.

- تحریک پرستالتیزم بوسیله اخذغذا یا آب باید ممانعت شود. تشدید پرستالتیزم بوسیله توصيه purgative يا اماله سبب انتشار وسيع الساحه انتان كه بايد موضعي گردد مي شود.
  - ویرولانس انتان موضعی شدن راشدیدا مشکل یا غیر ممکن می سازد.
  - اطفال جوان که دارای ثرب کوچک اند در موضعی نمودن انتان کمتر موثراست.
- پاره شدن یک کولکشن موضعی از سبب دست زدن نامسئولانه یا خشن کتا ه اپتدیکولر باأبسه يارا كوليك
- عدم كفايه مقاومت طبيعي عضويت(immune deficiency) از سبب اخذ اويه ( کورتیکوستیرویید ها) امراض (AIDS) یا سن بلند.

#### تظاهرات كلينيكي

مقدم: درد بطن شدید بوده وبوسیله حرکت یا تنفس تشدید می گردد. برای اولین بـارمریض آثرا تجربه نموده حتى ناحيه ،آفت وحتى انتشار أنرا از اين ناحيه بخاطردارد.استفراق ممكن است رخ دهد. مریض همیشه حالت خوابیده را دارا می باشد. Tenderness و rigidity درپریتونیت در صورتیکه پریتوان جدار قدامی بطن مصاب شده باشد تیپیک است. در پریتونیت حوصلی مریض ممكن اعراض بولى را حكايه نمايد درين حالت تندرنس يا رجيديتي در معاينه ركتـل يـا وجينـال موجود می باشد. به صورت غیر معمول آواز های معایی برای چند ساعت محدودشنیده می شودوبا تولید پارالایتیک الیوس توقف می نماید. نبض به صورت پیشرونده آن افزایش می یابد. تغیرات درجه حرارت متغیر بوده ومی تواند پایینتر از نارمل باشد.

موخر: اگر انحلال یا موضعی شدن پریتونیت عمومی رخ ندهد. دریان صورت بطان silent موخر: اگر انحلال یا موضعی شدن پریتونیت عمومی رخ داده، نهایات سرد وعرق ناک می باشد مانده و انتفاخ بطن افزایش می یابد. عدم کفایه دورانی رخ داده، نهایات سرد وعرق ناک می باشد چشم ها فرورفته وزبان خشک، نبض غیر منظم ووجه عصبی خاکسترآلود مانند مجود می باشد چشم ها فرورفته وزبان خشک، نبض غیر منظم ووجه عصبی خاکسترآلود مانند مجود می باشد و سازی در نهایت مریض unconsciousness می شود. با تشخیص ابتدایی وتداوی کافی این حالت نادرا در پراکتیک جراحی مدرن دیده می شود.



Figure 58.2 The Hippocratic facies in terminal diffuse peritonitis.

تشخیص: اجرای معاینات بالخاصه مریضان در وضاحت تشخیص مشکوک کمک نموده لاکن اهمیت اخذ تاریخچه دقیق وتکور معاینات فزیکی نباید فراموش گردد. زیرا ارزش این معاینات محدود بوده، تشخیص آن وابسته به تظاهرات کلینیکی می باشد. معاینات بالخاصه قرارذیل می باشند:

- شمارش كامل لوكوسيت ها ، معمولاً لوكوسيتوزرا نشان ميدهد.
- تعین سیروم امیلازدرتشخیص پانکریاتیت حاد کمک کرده وازعملیات جراحی غیرضروری جلوگیری مینماید.
- ورادیوگرافی بطن( مریض به وضیعت ایستاده قرارگرفته ) ممکن است موجودیت لوپ های معایی متوسع ومملو ازگاز(پارالایتیک الیوس دوامدار) را نشان بدهد. یاممکن است دروقایع که

وبينا

ا استفر بیشت

میگرہ

احشای مجوف بطنی تثقب نموده باشند هوای آزاد را درتحت حجاب حاجزنشان دهد در صورتیکه مریض حالت خراب داشته وقدرت اخذ erect chest radiograph را نداشته باشد در این حالت lateral decubitus film نیز در نشان دادن هوای آزاد در تحت جدار قدامی بطن مفید است.همچنان این معاینه ممکن درتشخیص تفریقی و رد انتانات ریوی نیز کمک نماید.



Figure 58.3 Ges under the diaphragm in a patient with free perforation and perionitis (courtesy of Dr. S. Padley, Chehses and Westminster Hospital, London, UK).

- توم وگرافی کامپیوتری (CT) یک معاینه بسیارخوب جهت دریافت free air بوده وبیشتراسباب پریتونیت را با دقت نشان میدهد.
  - Ultrasound نیز در تعین اسباب پریتونیت وتصمیم منجمنت رول دارد.
- Peritoneal diagnostic aspiration ممكن است كمك كننده باشد اما هميشه ضرور نيست.

# عمومیات تداوی:

۱. کم ساختن درد با opiate ازجمله مورفین ازطریق وریدی .

۲. اسپیریشن معدوی از طریق تیوب انفی معدوی که ازیکطرف باعث کم ساختن انشاق مواد استفراغ درانستیزی میگردد و ازطرف دیگربا خارج ساختن هوای بلع شده ازانتفاخ بطنی

٣. اعاده مایعات والکترولیت های از طریق وریدی، نقل الدم درصورت موجودیت شاک توصیه بیشترجلوگیری می نماید.

میگردد.

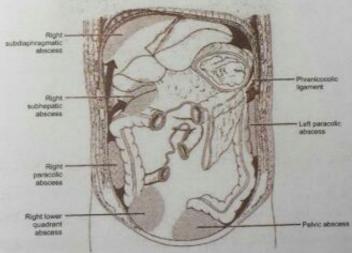
 ۴. انتی بیوتیک تراپی، اکثر اانتی بیوتیک های وسیع الساحه موثربالای ارگانیزم معایی توصیه میشود.

۵. عملیات جراحی

#### أبسه های داخل بطنی

آبسه داخل بطنی عبارت از تجمع مایع منتن در جوف بطن بوده که ازباعث تثقبات معدی معائی، اختلا طات عملیاتی، ترضیضات نافذه بطنی واعضای بولی تناسلی بوجود می آیند.

أبسه های داخل بطنی می توانند به یکی از دوشکل ذیل انکشاف نمایند: درمجاورت یک عضو مرضی ( آبسه های تحت حجاب حاجزی بعد ازعملیات )



شكل -۶ محل تشكل أبسه هاى داخل بطني

تشخیص همیشه براساس اخذتاریخچه دقیق، اجرای معاینات فزیکی ومطالعات دقیق گذاشه میشود. آبسه های بامنشه داخلی حاوی تاریخچه موجودیت دیورتیکولیت، امراض التهابی معائی قرحه پپتیک، پانکریاتیت، کانسر واستعمال طولا نی مدت ستیرویئد ها همراه بوده و مریضان همیشه از موجودیت تب، بی اشتهائی، دلبدی استفراقات ودردبطنی شکایت می نمایند. معاینات فزیکی در۷۵٪ واقعات کمک کننده بوده و اجرای جس رکتل ویا مهبل در تشخیص آبسه های حوصلی یا پاراکولولیک کمک می نمایند.

# اسه های تحت حجاب حاجزی

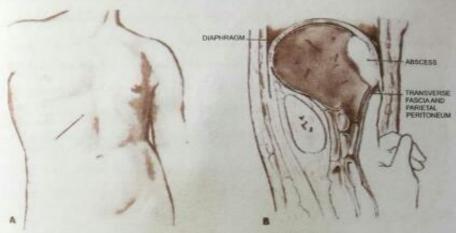
ابسه مذکور دارای علایم موضعی التهابی ذیل می باشد: درد قسمت عنوی بطن وساحه سفلی صدرکه بعضا به طرف شانه راست انتشارنموده و بامشکلات تنفسی همراه میباشد،معاینه رادیولوژیک نشان دهنده انصباب پلورا است. باید علاوه نمود که موجودیت اتلکتازس plate-like درفوق حجاب حاجزطرف ماووفه در %۹۰ واقعات دیده میشود.علامه موجودیت مابع وهوا خارج ازقنات هضمی در ۲۵٪ واقعات تشخیص کننده بوده شکل ۸۰ اجرای C.T تشخیص را تایید



شکل - ۸ رادیوگرافی بطن نشان دهنده آبسه تحت حجاب حاجزی (۱۰)

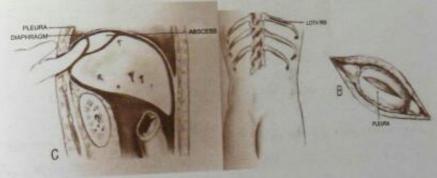
تداوی آبسه های تحت حجاب حاجزی رادریناژ از طریق یک شق قدامی تحت الضلعی خارج پریتوانی یا طریقه Clairmont تشکیل می دهد. شکل ۹-

بود



شكل - ٩ درينارُ أبسه هاى تحت حجاب حاجزى از طريق شق قدامي تحت الضلعي (١٠)

درصورتیکه آبسه درخلف تشکل نموده باشد، آبسه از طریق شق خلفی خارج پریتوانی مطابق شکل – ۱۰ بایددریناژگردد



شکل ۱۰۰ دریناژ آبسه های تحت حجاب حاجزی از طریق شق خلفی تحت الضلعی (۸)

أبسه هاى تحت الكبدى

ایس نوع آبسه ها عموما قسمت علوی بطن را مصاب ساخته اکثرادرنتیجه تثقب اپندکس,قرحات اثناعشری وقنات های صفراوی بوقوع می رسد. تشخیص با اجرای معاینات

فزیکی و اجرای ٔ Roentogenography گذاشته میشود. درمعاینات فزیکی موجودیت تندرنس در R.U.Q وقلنک طرف راست وموجودیت کتله تندر درنواحی مذکورتشخیص را تایند نموده می



شكل (۱۱) درينار أبسى هاى تحت الكبدى از طريق شق خلفي Sub Costal

درصورت موجودیت آبسه های تحت الکبدی دررادیو گرافی صدری کدام ابنارملیتی درحجاب حاجزوریه ها دریافت نمی گردد. أبسه های تحت الکبدی ازطریق بستر ضلع ۱۲مطابق شکل -۱۱ بایددریناژگردند. در حالیک برای در بناژابسه های قسمت قدامی تحت الکبدی ازشق بطني Subcostal مي توان استفاده نمود.

- أيسه هاي حوصلي

اسباب معمول این نوع آبسه هاراامراض التهابی اعضای حوصلی ، تثقب اپندکس ، دیورتیکولیت کولون، وهم چنان سرازیر شدن مایعات منتن پریتوا نی به طرف حوصله تشکیل می دهد. اعراض آنراتب, دردقسمت سفلي بطن, اسهالات, Prequency, Urgecy تشكيل مي دهد.

آبسه های حوصلی را می توان با موجودیت کتله تندرو bulge بودن جدار قدامی رکتم در معاینه رکتل Toch تشخیص نمود. تداوی آنرادرینا ژآبسه از طریق جدار رکتم یا جدار خلفی مهبل ویا ازطریق Fornix خلفی مهبل تشکیل می دهد. دریناز ازطریق فوق عانه نیزامکان دارد.

اختلاطات شق های جراحی از مدت های طولانی تا حال مشکل عمده برای مریضان جراحی اختلاطات شق های عملیاتی بوده و علیرغم مهارت کافی و تسهیلات تخنیکی مورد دسترس هنوز هم مشکل جدی را سبب

مي شوند.

اختلاطات شق های عملیاتی ذیلا توضیح میگردد:

سیروما: سیروما عبارت ازتجمع شحم متمیع، سیروم خون و یا مایع لمفاتیک در تحت شق جلدی جراحی بوده، این مایع معمولاً صاف، زرد رنگ و تا حدی چسپناک می باشد. غالباً در عملیات هایی که flap های بزرگ جلدی در ناحیه ساخته میشود بمیان میآید .

لوحه کلینیکی و تداوی: سیروما معمولاً بشکل یک کتله مدور منظم و با اعراض فشار یا اوحه کلینیکی و تداوی: سیروما معمولاً بشکل یک کتله مدور منظم و با اعراض فشار یا ناراحتی تظاهر نموده و از جرحه که بصورت کامل ترمیم نشده باشدمایع صاف خارج میشود.

سیروما ضرورت به aspiration مایع و پانسمان فشار دهنده دارد. درصورتیکه سیروما بعد از معطوس aspiration دو باره باز هم تشکل نماید باید جرحه باز شده و داخل جوف بوسیله گاز مغطوس با سیروم فزیولوژیک تامین گردد، که بعدآجرحه به شکل secondary intention التیام می نماید.

هیماتوم: هیماتوم عبارت ازتجمع غیر نارمل خون بوده که معمولاً در تحت جلد یک شق جراحی که به تازه گی اجرا شده ویا در یک فضای باقیمانده بعد ازبرداشتن یکی از احشای داخل بطنی تشکل میکند. دلایل پیدا شدن هیماتوما را هیموستاز ناکافی، ضیاع فکتور های تحثری و موجودیت تشوش تحثرخون تشکیل می دهد.

لوحه کلینیکی: لوحه کلینیکی هیماتوم ارتباط به اندازه و موقعیت کتله دارد. هیماتوم میتواند بشکل یک برجستگی، پندیده گی غیر قابل دید و یا موجودیت درد درتحت شق عملیاتی و یا به هر دو شکل بروز نماید. در معاینه فزیکی هیماتوم بشکل پندیده گی نرم وتغییررنگ بنفش و آبی رنگ در جلد فوق آن متظاهر میشود. این برجستگی میتواند کوچک یا بزرگ باشد، که با جس حساس و همراه با خروج مایع سرخ رنگ تاریک از جرحه همراه می باشد.

هیماتوم در مرحله قبل از عملیات با اصلاح نمودن کواگولوپتی و قطع ادویه که تشوش تحثرتولید مینماید صورت میگیرد.

Incisional Hernia: یک فتق که ازیک defect جرحه سابقه بطن خارج شوا incisional hernia گفته می شود. چندین فکتور در بوجود آمدن فتق رول دارد که مربوط به تکنیک عملیات وحالات مریض می شود. فکتور های مربوط مریض که سبب بوجودآمان وقوعات فتق میگرددرا چاقی، سن بلند، جنس مذکر، emphysema و prostatism و prostatism و جرحوی تشکیل می دهد

در معاینه فزیکی کنارهای defect در تحت جرحه سابقه یا ندبه سابقه قابل جس سی باشد، در صورت که از مریض تقاضا بلند نمودن سر از اضتجاع ظهری گردد این فنق نمایان میگردد، محتوى فتقیه غالباً امعا چسپیده به کیسه پریتوانی میباشد در ترمیم فتق لازم است تا کیسه برداشته شود وکنارهای defect باهم نزدیک ساخته شود بعضی اوقات نمی توان کنارهای polypropylene mesh صفاقی وعضلات را به هم نزدیک نمود که در اینصورت یک defect یا (Marlex) جهت بسته نمودن defect جداری لازم است

burst abdomen و dehiscence اصطلاحات <u>Dehiscence ل Acute wound failure</u> حادثه ای اطلاق میشود که بعد از عملیات طبقات ترمیم شده جدار عضلی صفاقی بطن از هم دور گردند و یکی از اختلاطات قابل ترس برای جراح است زیرا احتمال evisceration وجبود داردک، در این صورت ضرورت به عملیات عاجل احساس میشود، زیرا خطر dehiscence دوباره، مثن شدن جرحه عملياتي و بالاخره ايجاد incisional hernia متصور ميباشد

Dehiscence اکثراً ۷-۲۰ روز بعد از عملیات رخ میدهد اما در طول ۱ تـا ۲۰ روز بعد از عملیات در هر زمانی واقع شده میتواند. فکتور های مختلف در تشکل dehiscence شامل است (حدول ١).

1.05-	
فکتور های مساعد برای dehiscence جرحه	
اشتباهات تخنیکی در بسته نمودن صفاقات	
جراحی عاجل	
انتان داخل بطنی	
سن بلند	
،سیروما ،هیمتوما انتان جرحوی	
بلند رفتن فشار داخل بطن	
چاقی	
استعمال مزمن كورتيكوستيروييد	
سابقه جرحهdehiscence	
سوتغذى	
وتداوی شعاعی chemotherapy	
وتداوی شعاعی(uremia, diabetes mellitus)مراض سیستمیک	The street

جدول شماره ۱: فکتور های dehiscence جرحه عملیاتی AWF ) Acute wound failure ) میتواند بدون کدام علایم مخبره بمیان آید و تــا خــارج شدن احشا از بطن تشخیص نگردد.

منتن شدن جرحه : با وجود انکشافات در تولید انتی بیوتیک، بهتر شدن انستیزی، وسایل بهتر برای عملیات، و بهبودی در تخنیک های مراقبت بعد از عملیات بازهم انتان جرحه بملاحظه میرسد.

انتانات موضعی ساحه عملیات جراحی از اثر انتانات باکتریایی به دلایل مختلف ذیل تأسس می کند:

از بین رفتن تمامیت جدارهای احشای مجوف، مداخله فلورای جلدی و تخطی از اصول معقم که منجر به تلقیح انتانات خارجی از طریق تیم جراحی، سامان صورد استفاده و یا از محیط میگردد.

تحری ارگانیزم مسئول در انتانات ساحه عملیات انعکاس دهنده ساحه میباشد که از آن انتان جراحی در ساحه تلقیح شده است. عملیات های جراحی را به ارتباط ریسک انتان ساحه عملیات به انبواع Contaminated ، Clean-Contaminated ، Clean و مینمایند (مراجعه به جدول ۴)

لوحه کلینیکی: انتان ساحه جراحی اکثراً ۵-۶ روز بعد از عملیات بمیان میآید اما زود تر یا دیر تر ازین زمان نیزمیتواند دیده شود. تقریباً ۸۰- ۹۰ ٪ تمام انتانات بعد ازعملیات در جریان ۳۰ روز اول پیدا میشود.

انتانات سطحی وعمیق ناحیه عملیات با سرخی، حساسیت، ازیما و احتمالاً خارج شدن مایع التهابی یا چرک ازجرحه مترافق است. جرحه در ناحیه آفت اغلباً نـرم و دارای fluctuation میباشد در حالیکه نواحی سالم جرحه سختی ناشی از التیام را نشان میدهد (healing ridge). مریض لوکوسیتوز و تب خفیف دارد.

خارج شدن چرک از جرحه، باز شدن جرحه بصورت بنفسه و خارج شدن چرک از جرحه به صورت مایع که کلچر آن برای بکتریا مثبت است (gram stain positive)، جراح سرخی و یا دریناژ را در جرحه دریافیت آنرا منتن تشخیص نموده و باز نیماید. تداوی انتان ناحیه

عملیات با تدابیر وقایوی قبل از عملیات و در جریان عملیات آغاز میشود. فتق ها

فتق غيرقابل ارجاع : عبارت ازفتق است كه اكثراً محتوى أن به داخل بطن ارجاع نمى شود ولى اختلاطات ديگردرأن موجود نمى باشد، علت آنرا التصاق محتوى فتق به جدارداخلى كيسه ويا وی مضادرنتیجه التصاق محتوی أن بین هم که کتله بزرگترازعنق را می سازدتشکیل می دهد. ندرتا کله غایطی سخت درداخل عروه معایی مانع ارجاع محتوی فتق می گردد. فتق های غیر قابل ارجاع به هر درجه که باشد مساعد برای اختناق اند.

فتق انسدادی: فتق غیرقابل ارجاع است، محتوی آن امعا بوده به انسداد ازخارج ویا داخل بدون مداخله درجریان دموی آن مواجه می گردد. اعراض آنرا درد های کولیکی بطن ، تندرنس بالای ناحیه فتقیه تشکیل داده، دردآن کمتر شدید بوده وشروع آن به تدریج نسبت به فتق مختنق مي باشد. ولي بايد اضافه نمود كه كدام فرق واضح بين فتق مختنق وانسدادي از نظر کلینیکی وجود ندارد.

Incarcerated hernia : ترم Incarcerated hernia به شکل خفیف فتق اختناقی ویا انسنادی اطلاق می شود واگر ترم مذکور به صورت درست استعمال شود زمانیست که قسمت از کولون در کیسه فتقیه قرار بگیرد وبوسیله مواد غایطه بلاک گردد.

فنق مختنق ( Strangulated Hernia ): هرگاه محتوی کیسه فتقیه در حذای عنـق کیسـه تحت فشار آنی و دوامدار قرار گیرد وباعث خرابی اروای محتوی کیسه فتقیه شود فتق مختسق گفته می شود. این نوع فتق می تواند بعد از ۵-۶ ساعت باعث گانگرن محتوی آن شود.

تظاهرات سریری: در صورت وقوع اختناق، مریض از یک درد شدید ناحیه فتقیه و درد های کولیکی مرکزی بطن شاکی بوده و اعراض دیگر انسداد معایی از قبیل استفراق ، انتفاخ بطن، قبضیت تام بزودی ظاهر می گردد.

با معاینه درناحیه فتقیه یک کتله حساس، سخت وغیرقابل ارجاع که با سرفه تموج نشان نمی دهد دریا فت می گردد. جلد روی کتله اختناقی، التهابی واذیمایی شده، علایم انسداد امعا با انتفاخ بطن و حساسیت بطن موجود بوده، در اصغا آواز های شدید معایی شنیده می شود . در واقعاتیکه محتوی فتق ثرب کبیر باشد تظاهرات فوق کمتر مشاهده می شود .



تشخیص: تشخیص مرض بر اساس اعراض وعلایم کلینیکی گذاشته می شود. وازآبسه های حاد، فلگمون های ناحیه والتهاب عقدات لمفاوی ناحیه باید تشخیص تفریقی گردد.

تداوی: تداوی incarcerated hernia که درآن اعراض وعلایم اختناق براساس معاینان فاقد معاینان الابراتواری وفزیکی رد شده باشد، اکثرا تطبیق ادویه سداتیف بوده که باعث تنقیص discomfort لابراتواری وفزیکی رد شده باشد، اکثرا تطبیق ادویه سداتیف بوده که باعث تنقیص در شفاخانه شده حتی می تواند که فتق ارجاع گردد. درمدت 1-7 روز بعدی که اکثرا مریض در شفاخانه بسترمی باشد به منظور تخفیف ریسک incarceration بعدی وانکشاف آن به اختناق باید عملیات گردد.

<u>Strangulated Richter's Hernia</u> عبارت از فتق است که یک قسمت کوچک انتی میزانتریک جداری امعاء داخل فتق بند و مختنق می شود،البته انسداد امعاء موجود نمی باشد شکل ۵۷–۳

di

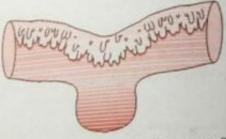


Figure 57.3 Diagrammatic representation of gangrenous Richter's hemia from a case of strangulated femoral hemia.

این نوع فتق ازارزش خاص در اثنای عملیات برخوردار است زیرا معمولا از نظر دور مانده زیرا اعراض کلینیکی گاسترو انتریت را تقلید می نماید اعراض موضعی اختناق اکثراموجود نبوده مریض استفراق نداشته باوجودیکه مریض درد کولیکی می داشته باشد. حرکات معایی تارسل یا بعضا اسهالات موجود بوده ، قبضیت حقیقی موخر بوده زمانی واقع می گردد که انسداد فلجی رخ دهد. ازاین رو همیشه گانگرن ویا تثقب قبل از اجرای عملیات رخ داده می باشد .

وقبضیت ممکن است موجود نباشد زیرا ثرب دارای جریان دموی وافر وازجوانب مختلف می باشد از این رو شروع گانگرن عموما موخر است. وهمیشه در قسمت مرکز کتله شحمی به وقوع می رسد. در صورت عدم برداشتن وعملیات آن باکتری ها در قسمت اسکمیک مداخله نموده وآب انکشاف نموده می تواند. در صورتیکه حادثه دریک فتق معبنی رخ بدهد انتان درنهایت به آبسه صفنی انکشاف نموده، لاکن انکشاف آن به طرف جوف پریتوان نیزاز امکان بدور نیست .

این نوع فتق نادر بوده ، قسمت اختناقی (Maydl's hernia (synonym: hernia-in-W) این نوع فتق نادر بوده ، قسمت اختناقی (Maydl's hernia (synonym: hernia-in-W) اوپ W در داخل بطن قرار می داشته باشد از این رو تندرنس موضعی بالای کتله فتقیه دریافت نمی شود. در اثنای عملیات دولوپ نارمل مساوی امعا در داخل کیسه موجود می باشد، بعد ازاینکه تمی شود. در اثنای عملیات دولوپ نارمل مساوی امعا در داخل کیسه بالای کیسه انسداد برطرف شد، لوپ مختنق را در صورتیکه ترکشن در قسمت لوپ انسی بالای کیسه انسداد برطرف شد، لوپ مختنق را در صورتیکه ترکشن در قسمت لوپ انسی بالای کیسه انسداد برطرف شد، لوپ مختنق را در صورتیکه ترکشن در قسمت لوپ انسان بالای کیسه انسداد برطرف شد، لوپ مختنق را در صورتیکه ترکشن در قسمت لوپ انسان بالای کیسه بالای کیسه بالای کیسه بالای کنید کیسه بالای کیسه بالای کنید بالای کنید کیسه بالای کیسه با

احمال شود واضحا دیده خواهد شد.

Inflamed hernia: التهاب می تواند درمحتوی کیسه فتقیه رخ دهد از قبیل اپندیسیت حاد

Inflamed hernia: التهاب می تواند درمحتوی کیسه فتقیه رخ دهد از قبیل اپندیسیت حاد

یا سلفنجیت یاهم می تواند خارج از کیسه باشد طور مثال یک قرحه تروفیک در بالای یک فتق

یا سلفنجیت یاهم می تواند خارج از کیسه باشد ولی

بزرگ ثروی یا فتق بعد از عملیات انکشاف نماید. فتق همیشه تندر بوده اما سخت نمی باشد ولی

جلد بالای آن سرخ واذیمایی می باشد. تداوی ارتباط به اسباب التهاب دارد

Strangulated sliding hernia: عبارت از فتق است که یکی از اورگانهای داخلی یک قسمت از جدار کیسه فتقیه را تشکیل دهد. که در نتیجه لغزیدن پریتوان حشوی خلفی بالای ساختمان های تحتانی خلف پریتوان بوجود می آید. ازاین رو جدارخلفی کیسه را تنها پریتوان تشکیل نمی دهد.

خطر ابتدایی Sliding Hernia تشخیص نکردن محتوی کیسه فتقیه قبل از مجروح کردن أن است. تداوی آن عملیه جراحی بوده که بوسیله آن محتوی کیسه فتقیه داخل جوف پریتوان می شود، در عملیه جراحی کیسه فتقیه اضافی باید لیگاتور و جدا شود بعد از آن فتق توسط یکی از میتود های فتق مغبنی ترمیم شود.

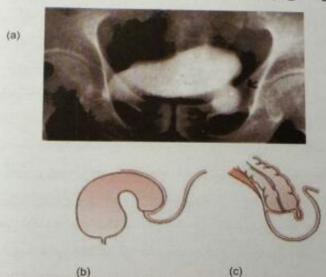
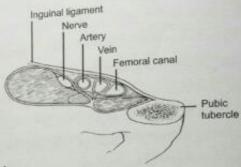
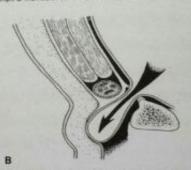


Figure 57.13 Sliding hernia. (a) Cystogram showing a left inguina hernia involving a bladder. (b) Diagram of the same, © Caecum an appendix in a right sliding hernia.

Strangulated femoral hernia فتق فخذی دومین فتق از نظر وقوعات است. اناتومی واسباب :اناتومی فتق فخذی در شکل ۵-۶ خلاصه شده است ، نقیصه که در آن فتن فخذی رخ می دهد در قسمت متوسط کانال فخذی قرار دارد. طوریکه سرحد قدامی دفکت را وا Pubic ramus and Cooper's مغبنی ، کنار وحشی آنرا ورید فخذی وسرحد خلفی آنرا

lacunar أنرا قسمت lacunar وترمغبني تشكيل مي دهـد. ايـن ناحيـه واضحا محکم بوده وقدرت توسع را در صورت قرارگرفتن محتوی فتقیه درآن ازسبب سرحدات وتری، عظمی یا داشتن شیت فیبروزی اوعیه فخذ را ندارد. از این رو فتق های فخذی دارای قدرت شديد انكارسريشن وسترانگوليشن مي باشند.





Stores M.J. Agrican S.W. Maingot's Abdrooms, Little Editions. 10001//www.boomstaningsay.co

لوحه کلینیکی: در فتق فخذی یک کتله کوچک درقسمت متوسط وپائین تر ازلیگامست مغینی دریافت می شود که به مشکل قابلیت ارجاع را دارا می باشد.تشخیص تفریقی فتق فخذی بايد با femoral lymphadenopathy, groin tipona وبا كتلات سليم وخبيث اقسام رخوه صورت غيردر

توسع حاد معده

این حالت اکثرا با تشوشات پیلور واثناعشرهمراه بوده وبه شکل اختلاط بعد ازعملیات جراحی

معده به وقوع رسیده می تواند. در این حالت معده ممکن اتونیک باشد که فوق العاده متوسع می گردد، مریضان اکثرا ضیاع مایعات والکترولیت داشته و درصورت عدم تداوی با عث استفراق کتلوی آنی واسپایریشن آن بداخل ریه ها شده می تواند. تداوی آن را سکشن ازطریق تیوب انتی معدوی، اعاده مایعات والکترولیت ها تشکیل داده، تداوی اساسی را عملیه جراحی تشکیل می دهد.

#### Bleeding peptic ulcer

خوتریزی زخم معده در اشخاص مسن و مریضان مصاب امراض قلبی شایع است که خطر جراحی را بلند می برد. عمل جراحی درمریضان احیا شده نسبت به مریضان عاجل نتایج بهتر دارد. تطبیق بیش از ۶ یونت خون وشاک نیاز به جراحی رابیشترمیسازد.دراندوسکوپی اکثرا قرحه خون دهنده در انحنای صغیرمعده دیده می شود.

#### Stress gastritis

درمعده مریضان مصاب شوک، سوختگی ها ی وسیع، تراومای شدیدممکن است تغیرات مخاطی ایروزیف حاد یا قرحه واضح با نذف ایجاد شود که علت انرا استرس تشکیل می دهد شایعترین تظاهر در این مریضان را خونریزی جهازهضمی تشکیل می دهد که ممکن اندک بوده ومی تواند خطر ناک هم باشد . دراین نوع قرحات در پهلوی بلند بودن اسید معدوی، اسکیمی مخاط معدوی وشسته شدن سد های محافظت کننده طبیعی معده نیز نقش مهم دارد، اسید معدوی نقش آسیب مخاطی را دارا بوده چون در صورت اخذنهی کننده های اسید باعث کاهش جشم گیر در بروز خونریزی می شود .

#### تدور معده

یک حالت غیر معمول است، تدور معده به امتداد محور طولانی تقریباًدر 2/3 واقعات کا (Mesentero axial) Vertical Axis کا (Oragno Axial) کا (Oragno axial) کا می دهد. معمولاً تدور معده (Oragno Axial) به شکل حاد واقع می شود و مترافق با دیفیکت محاب حاجز بوده، در حالیکه Mesentero axial volvulus قسمی بوده (کمتر از 180 درجه) و مترافق با دیفیکت حجاب حاجزنیست. اعراض برجسته آن درد بطن به شکل حاد بوده استفراق و توسع بطنی، خونریزی طریق معدی معایی عموما موجود است، موجودیت یک درد ثابت، ناگهانی و خیم قسمت علوی بطن آروق متکرر، استفراقات کم و عدم توانایی در داخل کردن ۱۸۵۲ به معده از سبب ساختن Borchardt's tried تشخیصیه است. دراکسری بطنی احشایی مملو از گاز

ورداخل صدریا قسمت علوی بطنی دیده می شود.تشخیص بوسیله رادیوگرافی بامواد کثیقه باریوم ما اندوسکویی قسمت علوی طرق معدی معایی تائید می شود. شکل حاد تدورتداوی عاجل

#### Mallory Weiss Tear

این آفت دراثراستفراقات فورانی و شدید بوجود می آید اسباب آنرا عاروق زدن، سرفه و زور زدن تشکیل داده، در نتیجه باعث تخریب مخاط در قسمت علوی اتصال مری معدوی می شود، باعث خونریزی طرق معدی معایی شده و نادراً باعث خونریزی شدید سی شود. دراکترمریضان خونریزی توسط Multi polar electric coagulation اندسکوپیک کنترول شده میتواند. زرق البسى تفرين ، Endoscopic homeclipping, Endoscopic band ligation، الجيوگرافي زرق وازوپریسین به شکل انفیوژن یا Transcatherter embolization در واقعات بسیار وخیم تطبیق شده می تواند. ضرورت به عملیه جراحی نادر است.

#### تضيق ييلور (Pyloric stenosis)

سيكل التهاب وترميم مرض قرحه بيتيك ممكن است سبب انسداد فوهمه خروجي معده يا junctionمعدی اثناعشری از سبب اذیما، سپزم عضلی وسکار گردد. در دومرحله اول انسداد می تواند بوسیله تداوی طبی دوبار ه برطرف گردد.

يتولوژي : درابتداتشكل سكار ليفي،عضلات معده بواسطه توسع وضخامه آنرا جبران مي كند. سرانجام ،عدم كفایه دراین معاوضه عضلی بوقوع رسیده، كه بیشتربه ضخامه بطین قلبی همسراه با تضيق دسامي شباهت دارد.

تظاهرات کلینیکی: درجریان مرحله معاوضوی، هیچ نوع تاریخچه ایکه اشاره به تضیق تماید، موجود نمى باشد. زمانيكه عدم كفايه واقع شد، با استفراغات فوراني عارى ازصفرا ، مشخص میگردد. محتوی این استفراغ ممکن است غذای خورده شده یک یا دوروزقبلی باشد که بابوی بدغايطي همراه مي باشد. بنابرهمين استفراغات غايطي وتشوشات الكتروليت ها ، ضياع وزن ، قبضیت (ازسبب دیهایدریشن) و ضعیفی موجود میباشد. توسع روبه ازدیاد و ضخامه معده را میتوان طور ذیل خلاصه نمود : معده را میتوانید بشنویید، ببینید وهم جس نمایید. درابتدأ توسط تکان دادن بطن مریض چندین ساعت بعداز گرفتن غذا آواز معده succusion) (splash را شنیده میتوانیم ، همچنان با بزرگ شدن معده ، حرکات استداری معده راکه درمسیر راست وچپ بطن عبورمیکند، میتوانیم مشاهده نماییم . دراخیر، توسع واضح وضخاموی معده ، مملوازغذای ذخیره شده وفرسوده و مایع را واضحاً جس نموده میتوانیم . در صورت اسپیریشن معده درهنگام صبح امحتوی بیشتراز است مقداران یک لیتریا بیشتراز ان بنا بوی زنند وبدهمراه باشد. تشوشات الکترولیت ها را ممکن است به شکل ذیبل خلاصه نمود: مریض دیهایدری بوده وسویه هیماتوکریت بلند میرود، ادرارتقلیل یافته ، غلیظ ، درابتدا القلی ، لیکن بعدا اسیدی می شود، که حجم کلورآن کم ویا معدوم می گردد. کلوراید سیروم، سودیم و پوتاسیم پایین می شود و بیکاربونات بلازما و urea بلند میرود.

تداوی: تداوی انسداد پیلوررابدون استثنا جراحی تشکیل میدهد . قبل ازعملیات دیهایدریشن و کمبود الکترولیت را با ید اصلاح ومعاوضه نموده، همه روزه لواژمعدوی اجرا می شود تا بقایای غذایی موجود درمعده خارج گردد. این لواژدریسا موارد باعث اعادهٔ وظایف معده گردیده وبه جذب مایعات که ازطریق فمی اخذ میگردد نیزاجازه میدهد. تداوی انتخابی جراحی بین یک گاستر کتومی قسمی نوع Polya ویک واگوتومی همراه با دریناژ، پیلوروپلاستی ویا -gastro

### نزف معدى - معايى (Gastrointestinal hemorrhage)

ندف معدی معایی به شکل هیمتومیزس، میلانا وخونریزی به شکل خون تازه از مقعد تظاهر می نماید

اسباب: خونریزی ممکن است منشأ موضعی داشته ویا درنتیجه تشوشات عمومی مساعدب نزف بوجود آیند. اسباب عمومی آنرا: هیموفیلی ، لوکیمیا ، تداوی با انتی کواگولانت ما ،ترومبوسیتوپینی وهمچنان حالات چون bereditary hemorrhagic telangectasis تشکیل می دهد.

اسباب موضعی نظر به موقعیت اناتومیک آن قرار ذیل اند:

۱- مری : Peptic esophgitis مترافق با فتـق هیاتـال، واریـس مـری مترافق با فره فشارباب

۲- معده: قرحه معده، acute errosionsهمراه با اخذاسپرین ، SAID هماه کورتیکوستیروییدها،

Mallory wiess syndrome، تومورها ( سليم و خبيث ).

۳- اثناعشر: قرحه اثناعشر، erosion اثناعشربواسطه تومور پانکریاسی.

۴- امعای رقیقه : تومورها، دیورتیکول میکل.

های خونر واریس

scan تشخی

اهت

تعير خونريز:

دروه

یه م

زرق مور put ادرار

درص

ازيكطرف

۵-امعای غلیظه : تومورها ( سلیم وخبیث ، معمولاً ادینوکارسینوما )، دیورتیکولیت، angiodysplasia

infective colitis و ischemic colitis و infective colitis وهمجتان قرحه مزمن اثناعشر

ت خیص ندف های معدی معایی روی تاریخچه ، معاینات کلینیکی و special investigation استواراست.

- معاینه کلیٹیکی: نکات مهم درمعاینه کلینیکی که باید مدنظرباشد طورذبل ارایه میگردد:
  - بورپورا ،که تمایل به خونریزی را اشاره مینماید.
- تظاهرات سیروز ( بزرگ شدن کبید وطحال ،موجودیت spider naevi ،یرقان و liver palms ) که نمایانگر واریس مری می باشد.
- Circumoral telangiectasia نشاندهنده telangiectasia هیموراژیک ارثی میباشد. معاينات بالخاصه: تعين هيمو گلوبين، اندوسكوپي فيبرواپتيك upper GI ، نشاندهنده خونريزي های مری، معده واثناعشربوده، یک معاینه بسیار باارزش است، واز طرفی در اثنای این معاینه خونریزی های فعال قرحات پپتیک را بواسطه زرق ادرینالین بداخل بسترقرحه، و خونریزی های واریس را توسط band ligation نیزمی توان تداوی نمود، اجرای کولونوسکوپی، selective vesceral angiography scan در تشخیص وتداوی اهمیت دارد.

#### تداوى:

Ь

N.

اهتمامات : نزد مریض باموجودیت هیماتمیز ویا میلانا سه شکل تدابیراخذ میگردد: تعین، ارزیابی واحیای خون ضایع شده، تشخیص منشا خونریزی، تداوی وکتترول منشا خونريزي .

دروهله اول تداوی طبی اجرا میشود:طوریکه

به مریض اطمینان داده شود، وبا اطمینان مجدد در صورتیکه مریض درد شدید داشته باشد، زرق مورقین نیزضمیمه آن گردد، مراقبت دقیق از حالت عمومی مریض ، نبض، فشارخون و out الام ادرارصورت گیرد،

در صورت موجودیت شاک با اجرای ترانسفیوژن تداوی گردد، بازنمودن ورید مرکزی أزبكطرف جهت تعين فشاروريد مركزي مهم بوده وازطرف ديگرطريق خوب جهت تطبيق مايعات

تطبیق کاتیترمثانی جهت تعین out put ادرار، تطبیق داخل وریدی PPI با dose بلند، جهت به مريض مي باشد، تنقیص افرازات اسیدی به حد اصغری ضروری پنداشته می شود. تداوی با H.Pylori eradication ممكن است انديشمندانه آغاز گردد،

هرچه زودترخونریزی active باید متوقف ساخته شود، وازطریق فمی شیربطورمنظم هریک ويا دوساعت بعد نوشانيده شود. حتى الامكان هرچه زودتر تداوى ضد قرحه ازطريق فمى نيز باير اغاز گردد .

#### استطبابات جراحي:

درصورت موجودیت انذارخراب وموجودیت دلایل ذیل عملیه جراحی توصیه میگردد: ١. تظاهرات كلينيكي ذيل به انذارخراب اشاره مينمايد: سن بالاتراز ٤٠ سالگي، تاريخي، قرحه مزمن،

عبود قرحمه با وجود تداوی دوایی مکمل، حالات طبعی مترافقه شدید، میلانا وهيماتميزدوامدار،نياز بيشتر ازچهاريونت خون جهت نقل الدم درجريان احياى مريض.

 ۲. معاینات اندوسکوپیک که اشاره به انذارخراب نمایدقرار ذیل اند: خونریزی فعال،موجودیت visible vessel درقاعده قرحه، علقهٔ adherent قرحه ، موجودیت خون درمعده در حالیکه منشأ آن شناخته نشود.

#### اختلاطات دیگر قرحه بیتیک

تثقب قرحه بيتيك : تثقب قرحه بيتيك ازجمله واقعات عاجل ،نسبتاً معمول ومهم مي باشد. تظاهرات كلينيكي : شروع درد بصورت وصفى أني وبي نهايت شديد ميباشد، درحقيقت مريض میتواند مدت زمان دقیق شروع دردرایه خاطرداشته باشد. انتشاردرد بطرف یک یا هردوشانه ومعمولاً شانه راست ازسبب تخریش نواحی تحت حجاب حاجزی رخ می دهد. درد با حرکت تشدید یافته ومریض آرام وبدون حرکت درجای خود قرارمیگیرد. دلبدی موجود، اما بعضاً استفراغ نیزموجود میباشد که گاه گاهی با هیماتمیرویا میلانا نیزتوام می باشند. بامعاینه نزدمریضان دردشدید بطن ، نهایات سرد وجه عرق آلود همراه با تنفس سطحی وسریع موجود بوده، درمراحل ابتدایی (ساعات اول) ، هیچ مدرک کلنیکی واضح برای شاک موجود نیست، نبض ثابت وفشارخون نارمل ويا خفيفا پايين ميباشد. بطن آرام ومتقلص بوده ،علاوتا دربعضي وقايع ممكن است أوازهای معایی قابل سمع باشد. اصمیت کبدی درحدود تقریباً نصف وقایع از سبب آزادشهان گازات بداخل جوف بطن، ازبین میرود، معاینه مقعدی ممکن است حساسیت ناحیه حوصلی را نشان دهد.

دروقایع مؤخر، بعداز ۱۲ ساعت یا بیشترازآن تظاهرات پریتونیت منتشرهمراه با انسداد فلحی قابل دریافت است، بطن انتفاخی، استفراغات بدون کوشش واقع می شود، ومریض درین حالت شدیداً توکسیک شده وبه شاک هیپوولیمیک میروند.

معاینات بالخاصه: Chest X-ray ورادیگرافی بطن به حالت ایستاده، موجودیت گازازاد effee را درتحت حجاب حاجزنشان میدهد. توموگرافی کامپیوتری جهت دریافت گازازاد داخل بریتوان بیشترحساس است.

تشخیص تفریقی :معمولاً چهارحالات ذیل با تثقب قرحه مغالطه شده میتواند عبارت است از: Acute cholecystitis ،Perforated appendicitis، پانکریاتیت حاد، احتشای میوکارد.

تداوی : سندانفی معدوی، انالجزیک های Opiate احیای مایعات، انتی بیوتیک ها و H2 ویا blocker ویا Proton pump inhibitor تطبیق می گردد. بیشترجراحان طرفدارعملیات عاجل و ترمیم دوباره پرفوریشن می باشند. عملیه جراحی مشتمل برخیاطه گذاری با گذاشتن ثرب برای بوشاندن تاحیه مثقویه ، همراه با لواژ جوف پریتوان می باشد.

#### اتونی معده

به تعقیب واگوتومی تخلیه معده به تعویق افتیده (در ترانکل واگوتومی و Selective به تعویق افتیده (در ترانکل واگوتومی)، ولی در Highly selective واگوتومی یا پاریتال واگوتومی دیده نمی شود. در مریضان که Selective یا ترانکل واگوتومی می شود وظیفه پمپ انتروم از بین رفته و نمیتواند معده مواد جامد را پمپ و تخلیه کند. ولی تخلیه مایعات سرعت می یابد زیرا Receptive معده مواد جامد را پمپ و تخلیه کند. ولی تخلیه مایعات را تنظیم میکند از بین می رود. همچنان اکثر مریضان که پروسیجر واگوتومی و دریناژرا جهت تخلیه معده متحمل می شود و برای رکودت دوامدار معدوی را پیدا کرده که باعث احتباس مواد غذایی داخل معده می شود و برای جندین ساعت احساس پری و درد بطن رامی نمایند. تشخیص گاستروپاریزس و اسباب دیگر به تاخیر افتیدن تخلیه به واسطه Scintigrophic خوبترصورت گرفته می تواند.

انفار کتوس ثرب مختل شدن اروای ثرب یک علت نادر درد های حاد بطنی را تشکیل می دهد که ممکن است از اثر تدور ثرب یا از باعث ترومبوز، وازکولیت اوعیه ثرب وانسداد ورید های ثرب بووقوع برسد.

این حالت در مردان بالغ بیشتربه وقوع می رسد. اعراض آن وابسته به محل وقوع انفارکشن بوده که ممکن است علایم ایندیسیت حاد، کولی سیستیت ، دیورتیکولیت وقرحه پپتیک تنقبی را تقلید نماید. معمولادراین حالت درد مربع سفلی چپ، علوی راست ، سفلی راست بطن موجود بوده که با دلبدی همراه می باشد.مریض تکی کاردی خفیف با تب خفیف داشته درمعاینات بطن با جس کتله حساس وقابل جس همرا با ریباند تندرنس موجود می باشد. تشخیص بوسیله CT سکن واولتراسوند گذاشته می شود، تداوی ارتباط به نوع انفرکتوس ونوع تشخیص دارد.

### : (Mickel's diverticulum) تج ميكل,

عبارت ازبقایای قنات vitello-intestinal جنین می باشد. درکنار antimesentric ایلیوم توضع داشته وبصورت تخمینی در ۲٪ ازوقایع به وقوع میرسد، ۲٪ و (۶۰ سانتی متر) ازسیکم قرارداشته، و درحدود ۲ انج (۵ سانتی متر) طول دارد.

تظاهرات کلینیکی: رتج میکل میتواند به اشکال مختلف تظاهرنماید: یک شکل بدون عرض ایکه دراثنای عملیات ویا اوتوپسی دریافت میگردد، التهاب حاد ، ازنظرکلینیکی شبیه اپندیسیت حاد می باشد، تثقب ، که به شکل پریتونیت تظاهر می کند، تغلف (ایلیوایلیال) ، اغلباً دراثنای که مریض به عملیات برده می شود، گانگرینوزمی باشند، قرحات پبتیک بنابرموجودیت اپیتل معده به شکل heterotopic افراز HCl از حجرات parietal می باشد. همچنان در دیورتیکول ممکن است نسیج ectopic پانکراس نیزشامل باشد، بازماندن قنات -vitello دیورتیکول ممکن است نسیج Raspberry پانکراس نیزشامل باشد، بازماندن قنات -Vetillo-intestinal که به شکل یک فیستول سروی تظاهرنموده وباعث دیسچارج محتوی امعاً میگردد، تومور Vetillo-intestinal سره از سبب جریان مداوم سروی از قنات بوجودمیاید، Vetillo-intestinal که ازامتداد ذروه دیورتیکول تا به سره بوجود آمده، ممکن است سبب تدوریک لوپ امعا که انسداد را سبب گردد ویا به قسم زروه یک لوپ تدوری امعای رقیقه عمل می نماید. تداوی آن اسداد را سبب گردد ویا به قسم زروه یک لوپ تدوری امعای رقیقه عمل می نماید. تداوی آن

### تدور یا Vulvulus

تعریف: عبارت ازتدوریک لوپ معایی بدورمحورمساریقی آن می باشد، که منتج به انسداد امعاهمراه با بندش اوعیه اساسی که درجذرمساریقه موجود است ، میگردد. این حالت درکولون سیگمویید، سیکم وامعای رقیقه معمول بوده، لیکن تدورحویصل صفرا ومعده نیزممکن است،

بوقوع برسد.

اسباب: فکتورهای عمده درپیدایش آن مشتمل برنکات ذیل است: متحرک بودن غیرنارسل معلى، طويل بودن لوپ سيگموييد، پروغيرنارمل بودن عروه معايى، عروه معايى تثبيت شده توسط التصاقات ازذروه آن که باعث تدوربدورخودش میگردد، عروه معایی همراه با جذرمساریقی

تدورسیگمویید: اکثراًاین حالت نزداشخاص قبض ومسن بوقوع میرسد. عروه کولون سیگمویید اكتراً برخلاف عقربه ساعت ازيك ونيم تا به سه دور، تدورمي نمايد.

تظاهرات کلینیکی: تدورسیگموییدبا درد شدید، کولیکی وصفی بطن شروع شده وبه سرعت اعث توسع لوپ کولون سیگمویید می گردد. رادیوگرافی ساده بطن نشاندهنده توسع وسیع بیضوی شکل مملواز گازات درطرف چپ بطن بوده، درینصورت لوپ معایی شکل وصفی Bent inner tube sign را به خود می گیرد. اگر بدون. تداوی گذاشته شود، امعای مختنق شده گانگرن می نماید، ودرنتیجه ازسبب پریتونیت باعث مرگ می گردد.

تداوى : یک تیوب مقعدی طویل ونرم ازطریق سیگموییدوسکوپ بداخل کولون سیگمویید تطبیق وپیش برده شود، بعضی اوقات ولولوس های ابتدایی رابازنموده،که با خارج شدن یک مقدارزیاد گازات و مواد غایطه مایع همراه می باشد. اگراین میتود به ناکامی انجامید ، تـداوی آن عمليات جراحي مي باشد.

تدور سیکم : تدورسیکم اکثراً مترافق با انومالی های ولادی تدورامعا بوده ، و به عوض اینکه سيكم درحفره حرقفي راست تثبيت باشد نسبت حفظ مساريقه خود متحرك ميباشد، تدور سيكم اکثر امطابق عقربه ساعت رخ داده وسیکم به علوی وچپ بطن قرار میگیرد.

ازنظر کلینیکی این حالت با درد شدید ناحی مقفی راست همراه با انتفاخ سریع بطنی شروع می شود. رادیوگرافی بطن واضحاً سیکم متوسع و نشان داده که اکثراوقات دورترازناحیه طبیعی

درمربع علوی چپ بطن متوضع می گردد، تداوی آن عملیات جراحی می باشد. تدور امعای رقیقه نزد کاهلان: این طات من لا درآن نواحی که ذروه امعای رقیقه توسط التصاقات ویا بقایای لیفی قنات Victointestinal تثبیت شده باشد ، بوقوع میرسد. بعضی اوقات یک تومور زروه، سبب تدور را تشکیل میدهد. لوجه کلینیکی تدورامعای رقیقه همانند یک

انسداد حاد معایی می باشد. تداوی : عملیات مقدم همراه با آزاد ساختن تدورورفع عامل سببی آن می باشد . اگر گانگرن

موجود باشد ، ریز کشن باید صورت گیرد.

#### پریتونیت صفراوی:

پریتونیت صفراوی درنتیجه آفات ذیل بوقوع رسیده میتواند: تصری ترضیضی حویسل صفراوی ویا قنیوات صفراوی، لیکاژصفراوی از کبد، لیکاژکیسه صفراویا قنیوات آن به تعقیب عملیات های طرق صفراوی، کیسه صفرای التهابی حاد که معروض به تثقب گردد، تراوش صفرا ازطریق حویصل صفرای گانگرین شده ایکه به تثقب معروض نگردیده باشد، تثقب بنفسهی کیسه صفرا .

مریض تمام تظاهرات کلینیکی یک پریتونیت حاد منتشررا داشته تداوی آن عملیات جراحی می باشد.

#### کولی سیستیت حاد

هرگاه سنگ درقسمت مجرای خروجی حویصل صفراوی به حالت impact قرارگیرد، جدارحویصل ازسبب صفرای غلیظ شده داخل حویصل معروض به تخریش والتهاب شده ویک کولی سیستیت کیمیاوی را بارمی آورد. کیسه صفرابا قیح مملو شده، (دربعضی وقایع کلچرآن معقم می باشد) ازاینرو درد مقاوم، متداوم وپیشرفته بروزمینماید. همچنان تب درحدود ۵۶-38 همراه با توکسیمی واضح ولوکوسیتوزموجود می باشد.

با معاینه قسمت های علوی بطن شدیداً حساس ودردناک بوده، واغلب اوقات کتله قابل جس درناحیه حویصل صفرا دریافت می شود. حویصل صفرای التهابی ازاثرالتصاقات التهابی توسط احشای مجاورخصوصاً ثرب کبیراحاطه گردیده ، بعضاً به امپیم حویصل صفرا مبدل شده ویا ندرتا تقب حویصل صفرا به داخل جوف کبیرپریتوان رخ میدهد. حویصل صفرای متورم ممکن است که به اعضای مجاورمثلاً CBD فشارآورده وسبب یرقان خفیف گردد ، حتی امکان معدومیت سنگ ها درطرق صفراوی نیزموجوداست.

کولی سیستیت حاددر/۹۵ وقایع مترافق باسنگ می باشد. بعضاً کولی سیستیت بدون سنگ به شکل صاعقوی نیزواقع شده میتواند که این حالت ممکن است مترافق با انتان تب محرف ویاگازگانگرن همراه باشد.

#### کولیک صفراوی

این حالت ازائر impaction سنگ در hartman pauch ویا قنات سیستیک برای یک مدت کوناه تولید می شود، که با افتادن سنگ دوباره بداخل جوف حویصل ویا عبوران درقنات ازبین میرود. تقلص عضلات ملساً حویصل صفراوی وقنات سیستیک باعث تولید دردشدیدشده، اکشرا این درد به وصف کولیکی تابه حد اعظمی ووخیم رسیده وبعدازچندین ساعت ازبین میرود. این درد درناحیه تحت الضلعی راست ویا ممکن درناحیه شرصوفی توضع داشته باشد، ویا اینکه به شکل یک حلقه کمربندمانند قسمت علوی بطن رادربرگیرد. انتشاردرد بطرف زاویه سفلی کتف راست بیشترمعمول بوده، حالات مذکور مترافق با استفراغ وتعرق نیز میباشد میریض مشخصاً بالای بسترنارام بوده، پیچ وتاب خورده که شباهت به حالت نزع دارد، لاکین درد، متناوب در آن بازراست.

#### Acute gaseous cholecystitis

از جمله حالات نادر بوده طوریکه حباب های هوایی از سبب انتانات غیر هوازی در داخل لوس کیسه صفرا، جدار، ساحه مجاور کیسه وگاهی هم در قنات های صفراوی به وقوع می رسند. کولستریدیم ها از جمله اورگانیزم های مسوول بوده ولی بعضاانتانات غیرهوازی تولید کننده گاز ارقیل کانده کار از جمله اورگانیزم های مسوول بوده ولی بعضاانتانات غیرهوازی تولید کننده گاز ارقیل دران در در در در در می تواند. سه مراتبه موان نسبت به خانم ها بیشترمصاب می شوند. تقریبا ۲۰٪ مریضان، مصاب مرض شکر بوده ودر اکثر واقعات کیسه صفرا بدون سنگ است . مرض بادرد آنی که به سرعت به طرف حفره در اکثر واقعات کیسه صفرا بدون سنگ است . مرض بادرد آنی که به سرعت به طرف حفره حققی راست پیشرفت می نماید آشکار می گردد. تب ولوکوسیتوزس به درجه بلند که به سرعت سرعی نماید موجود بوده ومریض فوق العاده توکسیک می باشد ، در معاینه فزیکی یک کتله را همیشه می توان در RUQ دریافت نمود.

قلم ساده بطئی نشان دهنده خیال امفیزماتوز کیسه صفرا بوده ودر بعضی وقایع سویه مایع و افغال ساده بطنی نشان دهنده خیال امفیزماتوز کیسه صفرا و خیال های رادیوگرافیک جهت معوارا می توان در کیسه ملاحظه نمود. لوحه کلینکی فوق وخیال های رادیوگرافیک جهت تشخیص کافی بوده ولی بعضا در واقعات مشکوک ضرورت به اجرای CT scan نیز احساس میشود.

مریض باید با دور بلند انتی بیوتیک موثر در مقابل کولستریدیوم تداوی شود. تداوی عاجل جراحی در صورت مشکوکیت این حالت ضروری پنداشته می شود.

Acute cholangitis

انتانات باکتریایی طرق صفراوی همیشه به تعقیب انسداد قنات صفراوی به وقوع رسیده زیرا درصورت عدم انسداد قنات های صفراوی حتی با موجودیت ملوثیت بسیار قوی باکتریای هم سیر تولید اعراض وتغیرات پتالوژیک نمی شود. اسداد قنات های ضفراوی بدوشکل قسمی وکامل رخ می دهداسباب عمده انسداد قنات های صفراوی راسنگ های قنات صفراوی، تضیقات، نیوپلازم تشكيل داده واسباب غير معمول آنرا پانكرياتيت منزمن، تضيق امهولاري، كيست هاي كازر پانکریاس دیورتیکولم اثناعشر، سیست های ولادی وتهاجم پرازیت ها تشکیل می دهد. شکل lateogenic آنرا گولانجیوگرافی از طریق ترانس هیپاتیک ویا T-Tube تشکیل می دهد.

فشار در داخل قنات انسدادیه بلند رفته، پرولیفریشن باکتری هاتشدید یافته وباعث راندن أنها بداخل دوران عمومی از طریق سینوزویید های کبدی شده می تواند.

اعراض کولانجیت ( سه پایه Charcot) را کولیک صفراوی، یرقان و تب لرزه تشکیل داده. دریافت های لابراتواری را لوکوسیتوزس، بلند رفتن سیروم بلیروبین و الکلین فاسفتاز تشکیل می دهد. مایکرو اورگانیزم های مسوول این حالت را E coli, klebsiella, pseudomonas, anaerobes و proteus. Bacteroides fragilis enterococci های دیگر از قبیل Clostridium perfringens وغيره تشكيل مي دهد.

تداوی : اکثرا کولانجیت ها بوسیله تطبیق انتی بیوتیک ازطریق وریدی تداوی شده مریضانیکه مصاب کولانجیت شدید ویا باوجود تد اوی باانتی بیوتیک هنوز هم سر کش اند تداوی جراحی و decompressed عاجل ضرورت دارند.

#### التهاب حاد يانكراس (Acute pancreatitis).

عبارت ازالتهاب حاد غده پانکراس بوده و یکی ازاسباب عمده درد های بطنی را تشکیل می دهد. اسباب : بيشتروقايع پانكرياتيت حاد بنابردوعاهل سببي يعني سنگ هاي صفراوي ويا الكول بوجودآمده مى تواند، برعلاوه يكعده ازعوامل سببى كمترمعمول نيزطورذيل تذكرداده شده است بعدازعملیات، بعدازERCP، کارسینومای بانگرافی انتان (کلیه چرک ، ERCP) (coxackie ویا انتان coxackie)، ترضیض، او کورتیکوسیرویید، sodium valproate هایپوترمی (تفریط درجه حرارت)، هیپر کلسیدا

بوترمی (تفریط درجه حرارت)، هیپر کلسیمان به نظاهرات کلینیکی : درد با شروع آنی موقعیت تابت ، درناحیه اپسی گاستریک موقعیت داشته، بعضى اوقات بطرف خلف انتشار مي الميام الميام الميام الموده وعق زدن های متکررموجوداست. استفراغ بصورت مقدم رخ داده وشکل فورانی دارد. مریض ممکن است درحالت شاک با نبض سریع، سیانوزو درجه حرارت غیرطبیعی ویا بلند تابه 39.5° C ورب (۱۵۵۰ F) همراه باشد. بطن بصورت منتشر حساسیت و تقلصیت دارد. در حدود ۲۰٪ این وقایع با رقان همراه بوده که این حالت ازسبب اذیمای رأس پانکراس که باعث انسداد قنات مشتری صفراوی(CBD) میگردد ، بوجود میاید.

#### معاينات بالخاصه:

سيروم اميلاز: اكثراً سويه أن طوروصفي درمراحل حاد بلند ( پنج برابر يا بيشتر) ميرود ، اسا طی دویا سه روزدوباره به حالت نارمل برمیگردد؛ سویه امیلاز ادراربرای صدت دوامداربلند می ماشد، گلوكوزخون، اغلباً بلند رفته كه در ۱۵٪ وقايع با glucoseuria همراه مي باشد، بليـروبين سروم اغلباً بلند ميرود، كازات خون شيرياني، كلسيم سيروم ممكن است پايين باشد، CT منظره یانکراس را به خوبی نشان می دهد، ممکن است در الکتروکاردیوگرافی (ECG) موجه T معدوم ویا اریتمی موجودباشد، رادیوگرافی بطن اغلباً کمک کننده نمی باشد. دربعضی وقایع یک لوب واحد ومتوسع ازعروه معایی جیجیونم پروکسیمال به مشاهده میرسد (که بنام Sentinel loop sign یاد میشود) . سنگ های یانکراس radio-opaque ممکن است دروقایع یانکریاتیت مزمن به مشاهده برسد، التراسوند موجودیت سنگ های صفراوی وتوسع قنات صفراوی مشترک (CBD) و سنگ های کولیدوک است .

#### تداوى:

تداوی supportive(حمایتی):شامل انالجزیک، اعاده مایعات، استراحت غده با کم ساختن تنبهات برای افرازات آن با تطبیق سند انفی معدوی وعدم تغذی از طریق فمی، تغذی total TPN) parentral nutrition)، انتی بیوتیک، جهت وقایمه از CTPN) معدوی استفاده Sacralfate) ويا H2receptor antagonist (مثلاً رانيتيدين).

مروزبیشتروبطورمعقول مروج گردیده است، endoscopic sphincterotomy می باشد. تداوی جراحی: تاجاییکه امکان موجودباشد درمراحل مقدم حمله حاد ازاجرای عملیه جراحی چلوگیری گردد. بعدا با استفاده از پروسیجرهای مختلف و با مراحل مختلف debridment پانکراس، نکروتیک (necrosectomy) ویا دریناژآبسه صورت گرفته می تواند.

#### ایندیسیت حاد

معمولترين واقعه عاجل جراحي بطني است.

اسباب: اپندیسیت حاد اکثراً وقتی بوقوع میرسد که لومن آن بوسیله faccolith ویا اجسام اجنبی ، تولید ساختمان لیفی جدارآن ازاثرالتهابات سابقه ویا توسط ضخامه فولیکول های لمفاوی جدارایندکس ، مسدود گردد، ندرتأازباعث تومورکارسینویید نزدیک قاعده اپندکس نیزتاسس نموده میتواند. بعضاً ، اپندیسیت حاد از سبب آفات انسدادی (معمولاً کارسینوما) سیکم ویا کولون صاعده بوقوع میرسد.

سیرپتولوژیک: التهاب حاد اپندکس ممکن رشف گردد، اما با حمالات متکرربعدی همراه بوده می تواند، واین هم غیرمعمول نیست که یک یا اضافه تر، حمالات درد خفیف قبلی را حکایه نمایند(grumbling appendix). اغلبا اپندکس التهابی منجربه گانگرین وبعداً تثقب گردیده، که باعث پریتونیت منتشرویا درصورت چانس بهتربه آبسه های موضعی اپندیکولیرمبدل گردد.

تظاهرات کلینیکی: بصورت وصفی در اپندیسیت حاد درد کولیکی ازقسمت مرکزی اطراف سره شروع گردیده ، که بعدازتقریباً ۶ ساعت به حفره حرقفی راست متوضع شده ،اگر بهترگفته شود درناحیه اپندکس التهابی که پریتوان مجاورخودرا نیز به التهاب معروض ساخته ، رخ می دهد دلیدی واستفراغات معمولاً به تعقیب درد واقع می گردد، بی اشتهایی دراکثروقابع تغیرناپذیرویکنواخت می باشد. قبضیت بیشترمعمول بوده ، اما ممکن است اسهالات نیزرخ دهد درصورت تقب اپندکس ، ممکن بصورت مؤقتی مریض احساس بهبودی ویا حتی توقف درد از سبب تنقیص فشارداخل لومن نماید، اما بعداً این حالت با یک درد منتشروشدید بطنی همراه با استفراغات شدید از سبب تاسس پریتونیت منتشر، تعقیب میگردد.

تب (درحدود 27.5°C) وتکی کاردی که بیشترمعمول است، مریض هیجانی بوده، حرکت درد را تشدید مینماید، زبان اکثراً باردار و دهن بدبو می باشد، بطن حساسیت موضعی را درناحیه التهابی ایندکس نشان می دهد. اکثراً سختی عضلات بطن دربالای این ناحیه همراه با ازدیاد حساسیت توام می باشد. سرفه کردن تست release را با اجرای rebound tenderness نشان

معاینه مقعدی وقتیکه اپندکس موقعیت حوصلی داشته باشد ویا زمانیکه قبح درجوف دو گلاس یا rectovesical pouch تجمع نموده باشد ، حساسیت را نشان می دهد. دروقایع مؤخرکه پریتونیت منتشر تأسیس نموده باشید ، بطین بطورمنتشر حساس ومتقلعی بردد اوازهای معایی معدوم وحالت مریض واضحاً روبه خرابی بیشترمیرود.

وده الا الخاصه : تعين كريوات سفيد خون، لوكوسيتوزنوع يولى مورف را نشان ميدهد، CT، وراسوند درتشخیص اپندیست با اهمیت بوده وحساسیت بیشتر دارند.

تواسط appendicectomy حاد appendicectomy است، امروزدربسا اوقات عملیه مذکورتوسط لراسکویی نیزاجرا میگردد.

## انسداد ميخانيكي امعأ

#### اساب:

اساب داخل لومن : مثل faecal impaction ، سنگ های صفراوی ، پرازیت ها (ازجمله كرم اسكاريس درامعاى رقيقه) تغلف وغيره.

اساب جدارلومن: اتريزي ولادي ، مرض كرون ، تومورها ، ديورتيكوليت كولون وغيره. اساب خارج لومن : فتق مختنق ( خارجي ويا داخلي) ، ولولوس وانسداد ازسب التصاقات وبا

#### تظاهرات كلينيكي

درد: معمولاً ازجمله اعراض اولیه انسداد معایی به شماررفته که وصف کولیکی دارد. درد درانسداد امعاى رقيقه درناحيه اطراف سره ودرامعاى غليظه ممكن است بيشتردرناحيه فوق عانى توضع داشته باشد.

انتفاخ: این حالت بالخصوص درانسدادهای مـزمن امعـای غلیظـه وهمچنـان درتـدورکولون مكمويد به ملاحظه ميرسد .

قبضيت تام : قبضيت تام عبارت ازعدم كفايه درعبورهردويعني گازومواد غايطه مي باشد . استفراغات : اكثراً درانسداد های علوی مقدم ترواقع شده ولیكن درانسدادهای مزمن وسفلی العالى غليظه) اغلب اوقات مؤخروحتى معدوم مى باشد .

• X-ray بطن (به وضیعت ایستاده) برای تشخیص انسداد امعاً با ارزش بوده، موقعیت انسداد را تظربه توضع آن میتوان بوسیله آن دریافت نمود .

رب بوسع ان مينوان بوسينه ان حريك الله متعدد به تعقيب بلع • Barium follow through • اخذمجموعه ازراديـوگرافي هاي متعدد به تعقيب بلع محلول باریم سلفات است، ممکن است دروقایع مشکوک انسداد امعای رقیقه استفاده

فصل چهارم/ جواحي عاجل بطني

#### ترضيضات بطن

#### لوحه سريري

۱- درد:میتواند موضعی یامنتشرباشد.

 ۲- عکس العمل دفاعی جداربطن: که بصورت موضعی یاعمومی بوده ارتباط به درجه تخریش پریتوان حشوی وجداری دارد.

۳- شاک: خصوصاً درترضیضات بطن وخونریزیهای داخلی تظاهرنموده ایجاب تداوی عاجل
 رامی نماید.

۴- اعراض وعلایم دیگرازقبیل دلبدی، استفراغ، ترفع درجه حرارت، موجودیت خون (درمواد استفراغی، موادغایطه)، موجودیت هیمتوم، انزفه جلدی واکیموزهای ناشی از ترضیض درجداریال بصورت مقدم یاموه خردریافت گردیده می تواند.

#### اساسات تشخیص:

بالای استجواب درست درموردچگونگی حادثه ترضیضی ،وضع وچگونگی حالت مریض فنا

عون، تنفس و ضیاع شعور استوار می باشد. باتفتیش جرحه یاناحیه ترضیض علایم چون تخریش، کون میمتوم وغیره مدنظر باشد بااصغاءصداوموجودیت حرکات (Peristaltic) امعامد نظر وب کودی Meteorismus توجه گردد. وباقرع اصمیت درنظر گرفته گرفته شود. باجس مساسبت ناحیه، درد ناحیه، عکس العمل دفاعی جداربطن جداً مد نظرباشد. بامعاینه رکتال مودیت خون ووضعیت جوف Douglas اهمیت خاص داشته اجرای معاینات لابراتواری مانند تمن Hb ، هيمتوكريت، Leukocyt هـا ، GPT ، Lipase ، Amylase معاينات ادرار وتعين گروپ خون حتمی میباشد.

معاینات تشخیصیه در ترضیضات کند بطنی قرار ذیل اند:

رديو گرافي ساده بطن: به وضعيت ممكن ايستاده جهت نمايش هوادرتحت حجاب حاجزويا موجودیت هوا در پریتوان به وضعیت lateral decubitus اخذ می گردد. شواهدغیرمستقیم تمزق احشاى جامد بواسطه افزايش كثافت درناحيه، بيجاشدن احشاى مجاور وتجمع مايع دربين خبالات لهب های معایی حدث زده می شود. هرگاه ریچر معده، اثناعشرویاقسمت علوی جبجینوم مشكوك باشد بازرق ٧٥٠-١٠٠٠ ملى ليتر هوا از طريق تيوب انفى معدوى مى توان تظاهر بنوموبریتوان را سهولت بخشید. طرق علوی معدی معای را می توان بوسیله contrast radiography مطالعه نمود، درصورت امکان نزد مریضان که دارای هیمتوری یا ترضیضات طرق بولی تناسلی اند می توان IVP اجرا نمود، که نه تنها برای تثبیت طبیعت ترضیض مهم بوده، بلکه جهت تعین فعالیت هردوکلیه نیز مفید می باشد. در ترضیضات مشکوک می توان از الجيوگرافي و كامپيوتد توموگرافي نيز كار گرفت.

Ultrasound: یک معاینه ایدآل وعاجل در ارزیابی مریضان ترضیضی است، به سرعت سبب اشکار ساختن درست موجودیت خون و مایع در داخل بطن شده، به خوبی قابل دسترس بوده ودوباره قابل استعمال است . معلومات باارزش را برای جراح جهت تشخیص فراهم می نماید از

این رو به شکل معاینه FAST استعمال می شود . وريتونيل لواژ: لواژپريتواني يک عمليه مصون وقابل اعتماد به منظورارزيابي مريضان مصاب

ترضيض كند بطني مي باشد،

استطبابات : ترضیضات بسته قحفی توام با ترضیض کند بطن، حالت شعوری مختل، الرضيضات تخاع شوكى، دريافت هاى مبهم بطنى، Needal paracentesis منفى . مضاد استطباب: موجودیت جرحه مرمی در قسمت سفلی صدر یابطن، جرحه چاقو در خلف،

عملیه های قبلی بطنی، موجودیت امعای متوسع، صفحه موخر حاملگی، Needal paracentesis

سامان آلات مورد ضرورت: کتیتر دیالیز پریتوانی، کتیتر فرنج پولی وینیل حالبی، یک introducer

تخنیک عملیه: بعد از تخلیه معده و مثانه (تطبیق تیوب انفی معدوی وکتیتر مثانی)بالای خط متوسط پایینتر از سره (۱/۳) میان سره وارتفاق عانه نقطه انتخاب می گردد ، بادر نظرداشت شرایط اسپسی و انتی سپسی وانستیزی موضعی شق بالای ناحیه مذکور اجرا شده وکتیتر ستر بوسیله تر وکارد آن از پریتوان عبور داده می شود (میتود مصوّن شق جلدی و پریتوان است) بد از آن تروکارد بیرون کشیده شده و کتیتر به طرف جوف حوصله پیش برده می شود. بوسیله سرچ اسپری می گردد درصورتیکه خون noncloting اسپری شود عملیه مثبت است. در صورتیک خون اسپری نشود از طرق کتیتر یک لیترسپرم رنگر لکتات را داخل بطن نموده (درصدت ۱۰۰۵ دقیقه ) بعدا مریض را از یک پهلو به پهلوی دیگر تغیر وضعیت می دهیم تا سیروم با محتوی پریتوان مخلوط گردد . بعدا کتیتر را به بوتل خالی که در سطح اتاق قرار دارد وصل می نمایم نا لواژ پریتوانی تحت تاثیر قوه جاذبه زمین صورت گیرد. یک نمونه از مایع جهت انالیز به لابراتوا فرستاده می شود ( جهت شمار کریوات سرخ ، سفید ، امیلاز ، صفرا باکتر ی ها وغیره) در صورت فرجودیت کریوات سرخ اضافه تر از 100000/mm و کریوات سفید بیشتر از 500/mm موجودیت کریوات سرخ ران نتیجه مثبت است .

Needal paracentesis

استطبابات: مشکوک بودن طبیب باوجود معاینه فزیکی در ترضیضات کند بطنی، مریشان ترضیض قحفی و کوماتوز.

مضاد استطبابات: بذل در نواحی سکار بطنی، بدون خارج نمودن سوزن از پریتوان تغیر جهت دادن آن، در توسعات شدید معایی.

توضیح عملیه: بادر نظرداشت شرایط اسپسی وانتی سپسی تحت انستیزی موضعی ناب سوزن 18gauge نخاعی که به یک سرنج وصل است در جدار بطن داخل می شود . باپش رفز سوزن در بطن سرنج سکشن می گردد در صورتیکه به مقدار ۰٫۱ سی سی خون علقه ناب (خونیکه از اوعیه خارج می گردد علقه می نماید ) داخل سرنج شد دلالت به تپ مثبت می نهاید (خونیکه از اوعیه خارج می گردد علقه می نماید ) داخل سرنج شد دلالت به تپ مثبت می نهاید در هر چهار مربع بطنی صورت گیرد از تپ در ناحیه شیت عضله مستقیمه بطنی اجتمال شود (هیمتوم شیت ، ترضیض اوعیه شرصوفی ، وخذه لوپ های معایی مملو از گاز چار

4

3) 3)

9.

کن مر (مهٔ

پريا

اضا

درنز ازور

بازش

1

فصل جهازم اجراحي عاجل بطني بریوبیت را زیاد می سازد ). در صورتیکه تپ بطنی غیر قابل اعتماد باشد از پروسیجر های دیگر مخيصيه بايد استفاده شود .

#### كامسوتد تومو كرافي

یک معاینه غیر مهاجم ، باکیفیت ، حساس ودرست جهت تشخیص جروحات بطنی و خلف رو حسی و حسی spiral scanner های مدرن در زمان کم عکس های با کیفیت بلند را بدست می روبر دورت داشته معاینه قیمت بوده ، به کانترست داخل وریدی ضرورت داشته ، شخص را مواجه به شعاع می سازد و ضرورت به رادیولوژست با تجربه دارد ،واز طرفی مریض ضرورت به اتقال الى CTسكن داشته وبراى مريضا ن unstable فراهم نمودن أن عارى از خطر نيست (انتقال مریض). با أنهم این معاینه یک رول اولی را در دریافت موقعیت وشدت جروحات داخیل بطن، ساحه خلف پریتوانی از باعث ترضیضات کند دارد . ازاین رو در گذاشتن استطباب تداوی حاحی وغیر جراحی دارای ارزش است.

#### لايراتومي استكشافي

استطبابات: پریتونیت، هایپوولیمی، موجودیت سایر تر ضیضات، پریتونیت بعد از ترضیضات كند بطني نادر بوده اما هميشه ايجاب استكشاف بطني را مي نمايد، موجوديت هايبوليمي نزد مریضانیکه کلیشه های رادیوگرافی صدری وی نارمل باشد ایجاب استکشاف بطنی را می نماید (مگر اینکه موجودیت خون داخل بطن بوسیله لـواژ پریتـوانی و CTscanرد گـردد). زیـرا هیمـو پریتوان میتواند بدون کدام علایم بغیراز هایپوولیمی تظاهر ننماید، تر ضیضات مترافقه را کسر اضلاع ، کسور حوصله ، ترضیضات جدار بطن و کسور فقرات صدری قطنی تشکیل می دهند.

تداوى: تدابیرابتدائی: اقدامات ضدشاک ، تدابیرجهت احیای عدم کفایه تنفسی وخطر Aspiration درنزدمصدومین ضیاع شعور ، Intubatio ، تطبیق سندمعدوی ، تطبیق کتیترمتانه ، گرفتن یکی زوربدهای بزرگ جهت تطبیق خون اجرا گردد.

تداییرخصوصی: درصورت تشخیص خونریزی های داخل بطنی ویاارائه پریتونیت بایدبطن بازشده قسمت مأوفه بااورگان مصدوم دریافت وتدابیر لازم عملی گردد.

صدمات احشاى بالخاصه داخل بطني:

اعراض: درد بالنفسهي ، توليددردباجس وفشار درقسمت ساحه جنبي چپ علوي بطن، عكس العمل دفاعي جدار بطن، شاک هموراژيک، تشخیص: باجرای Peritoneallavage)Laparosynthese) و Angiography صورت

تداوی : تداوی را Splenectomy تشکیل میدهد.

اختلاطات: عدم كفايه كليوى به تعقيب شاك هموراژ يك،آبسه تحت حجاب حاجز.

کبد

اشکال: پاره شده گی بشکل تحت محفظوی باموجودیت هیمتوم، پاره شده گی محفظه ونسج بالخاصه جگر، پاره شده گی نسج کبد بدون پاره شدن محفظه کبد

اعراض: دردبالنفسهی،تشدیددردباجس درقسمت علوی جنبی راست بطن، انتشاردردبطرف شانه راست، عکس العمل دفاعی جداربطن یاdefence، شاک هموراژیک،بزرگ شدن سامه اصمیت کبدی ، بلندرفتن کرویات سفیدخون,بروزیرقان ونزف ازنوع هیموبیلی درصورت ریچر مرکزی ویا دو طرفه کبد .

تشخیص: بــــــااجرای Laparosenthise ، Sonography و Angiography و Angiography و Angiography و اعراض کلینیکی تشخیص صورت میگیرد.

تداوی: عبارت ازمداخله جراحی ، خیاطه گذاری نواحی پاره شده ویا قطع قسمی کبدبوده ، درصورت رپچروسیع دوطرفه ونکروزنسج کبدی گذاشتن دریناژحتمی میباشد.

اختلاطات: عدم کفایه کلیوی، تشکل پریتونیت صفراوی، خونریزی های بعدی، آبسه های تحت حجاب حاجزی ویاتحت کبدی.

معده وامعا

ترضیضات معده وامعاً به اشکال کانتیوژن ، پاره شده گی ناتام جدار(که بعداً به نکروزمعروض گردیده وسبب تثقب میشوند) پاره شده گی مکمل جدارمعده ویاامعاً(اکثراً درقسمت اثناعشر بوقوع میرسد) .

اعراض: بروز اعراض پریتونیت، موجودیت شاک، عدم موجودیت پرستالتیزم وآواز های معانی ازاعراض مهم به شمار می روند.

تشخیص: معمولاً بوسیله اعراض سریری ،اجرای رادیو کُرافی ساده بطن اکتراً به وضعیت ایستاده وموجودیت هوادرتحت قبه حجاب حاجز، بادادن gastrografin و کنترول کلیشه های رادیو گرافی بطن،ویابروزسریع علایم پریتونیت تشخیص میگردد.

تداوی:عبارت ازاجرای عملیه Laparatomy ودرصورت تثقب خیاطه ناحیه مثقوبه ودرفط

ونكروزساحه وسيع عبارت ازاجرای قطع منطقه (nicrose) وتقمم دادن ميباشد. درصورت پاره ویدود شده کی ونکروز اتناعشر قطع ناحیه نکروزی اتناعشروخیاطه گذاری آن صورت گرفته ،وتغیر مران معدی اثناعشری بوسیله عملیه تفمم معده وامعاً (Gastroenterostomy) صورت میگیرد. اختلاطات: این تقبات باعث پریتونیت ، الیوس های پارالیتیک ، آبسه های داخل پریتوان ، اسه های تحت حجاب حاجزی ، کبدی ،عقدات لمفاوی ، وفلگمان های منتشرخلف پریتوان.شده ستواند

#### Mesenteriumb ad, how

ترضيضات ميزانتيراكتراً به شكل كانتيوژن، پاره شده كى بدون خونريزى باجرحه امعا، وياپاره شدن مصاریقه باخونریزی رخ می دهد.

اعراض وعلايم خونريزي تاموجوديت شاك وعلايم پريتونيت ازاتر نكروز در صحنه حاكم مي

تشخيص بوسيله لپراستتيزوآنجيوگرافي اوعيه مصاريقه صورت مي گيرد.

تناوی بوسیله مداخله عاجل عملیاتی وبستن قسمت های پاره شده گی میزانتیرواوعیه ،قطع قسمت های نکروزی ومتموته درحالات بعدی یاموءخر.

#### Pankreas بانقراص

ترضیضات پانکراس به اشکال چون Commotional (متورم بدون تغیرات عضوی) Contusional (خونریزی نسج پارانشیم ، پاره گی کپسول ،تخریب قسمی درناحیه عضو) ،تمزق تحت کیسولی ویاپاره شده کی ناتام (توقف افراز وافراغ ) ، پاره شده کی مکمل پانکراس بوده ميتواند

اعراض وعلايم: بعداز چندساعت صفحه روشن (عضو خلف پریتوان) اعرض آنرا درد درناحیه علوی بطن ، بعداً بقسم منتشر در تمام بطن (از تولیدپریتونیت) ، دلبدی ، استفراغ ، معدومیت حرکات

معا ، انتشاردرد دربین هردوشانه یا کتف وشاک تشکیل می دهد. تشخیص : براساس لوحه خاص کلینیکی، ترفع معیار امیلاز ولیباز ،معاینه التراسوند ، ، بانگراتیتکوگرافی، Cholangio pancereaticography اندوسکوپیک رتروگراد گذاشته

Roux en-Y-) Pancreaticojejunostomy وتاتیرات مجاوری المحدی پارانشیم وتاتیرات مجاوری المحدی بارانشیم وتاتیرات محدید بارانشیم وتاتیرات محدید بارانشیم و تاتیرات محدید بارانشیم و تاتیرات محدید بارانشیم و تاتیرات محدید بارانشیم و تاتیرات المحدید بارانشیم و تاتیرات المحد

Anastomose) ، درصورت تخریب پانکراس واتناعشـرقطع نـواحی تخریبـه وگذاشـتن دریناژ (Whipple-Drainage) تداوی صورت می گیرد.

اختلاطات: پانکراتیت بعدازترضیض ، عدم کفایه کلیوی، خونریزی تالی ، کیست های کازی پانکراس.

#### اوعيه خلف بريتوان

درصورت تمزق اوعیه کبیره خلف پریتوان به اترخونریزی کتلوی شاک تولید شده واکتراً مری آورمیباشد. درصورت ریچرهای ناچیزوجزئی باعث تشکل هیمتوم خلف پریتوان می کُردد. اعراض: شاک هموراژیک ، نمایش لوحه حادبطنی

تشخیص: تشخیص بااجرای معاینه Sonography ، پیالوگرام داخل وریدی و آنجیوگرافی گذاشته می شود

تداوی: درصورت هیمتوم های کوچک تداوی محافظوی تجویزگردیده ودرصورت هیمتوم های بزرگ مداخله جراحی وتخلیه هیمتوم وتدابیروتداوی ضدشاک اجرا می شود.

اختلاطات: شامل تشوشات تحترخون ، عدم كفایه كلیوی ، الیوس های پارالیتیك ، أسه خلف پریتوان ، تشكل ام الدم ابهریا Aort aneurysma می باشد.

درجمله ترضیضات خلف پریتوان صدمات احشای تناسلی نیزرخ داده که درمبحث آن توضیح بگردد.

#### جروحات نافذه بطن

اسباب جروحات نافذه بطنی را آلات قاطعه ،جارحه وناریه تشکیل می دهد که تقریبا پتالوژی مشترک را بوجود می آورند . در جروحات بطن مشکلاتیکه در تشخیص ترضیضات کند بطن موجود می باشد موجود نمی باشد . مسایل اساسی که در مورد جروحات بطن باید مد نظر گرفته شود قرار ذیل مطرح می شوند :

- بازنمودن استكشافي بطن تمام مريضانيكه جرحه نافذه دارند
  - تداوی انتخابی مریضانیکه مصاب جروحات بطن اند
  - تفتیش دقیق جوف بطن وتعین تخریبات احشای بطنی

قبل از سال ۱۹۶۰ عقیده براین بود که تمام مریضان مصاب جرحه بطنی باید استکشاف شوند، امابعد از سال ۱۹۶۰ GW.Shafton استکشاف بطن را صرف نزد مریضان توصیه نمود که تظاهرات سریری بطن حاد نزد شان تاسس نموده باشد ومریضانیکه تظاهرات سریری ندارنه

تحت مشاهده قرا گیرند ، براساس یک سروی در ۲۳٪ مریضانیکه جرحه نافذه بطنی داشتند بدون اعراض وعلایم سریری بودند در حالیکه تخریب احشای بطنی داشتند و ۱۸ مریضانیکه لاراتومي نگرديده اند نزد شان بعدا اعراض بطن حاد تبارز نموده است .

D.Dufour; 1988 توصيه مي نمايد تمام جروحات نافذه بطين بايداستكشاف گردند زيرا وقيات در لپراتومي سفيد كمتر بوده در حاليكه يك جرحه نافذه بدون عمليات كشنده مي باشد .در حنگ های داخلی امریکا و تا موقع جنگ Boer که مریضان به صورت محافظه کارانه تداوی می شدند وفيات ۸۰٪ نشان داده شده اند وبعدا بنابر :

- انکشاف میتود های انتقال مریضان
- احیای مجدد مریضان بوسیله تطبیق خون ومایعات

- مداخله مقدم جراحی وتطبیق انتی بیوتیک ها ، خصوصا در جنگ دوم جهانی وفیات ۳۷٪ ودر جنگ کوریا به ۱۵٪ تقلیل یافته است .

G. Menengaux یاد آوری نموده است که هر جرحه بطنی ایجاب مداخله جراحی سیستماتیک را می نماید.در این صورت جدار بطن تا حذای پریتوان باید پلان به پلان باز گردد در صورتیکه پریتوان باز نشده باشد جرحه غیر نافذه و اگرپریتوان جداری باز شده باشد جرحه نافذه بطنی است ومریض باید لاپراتومی گردد. اما عدم نافذه بودن جرحه دلالت بر عدم موجودیت تخریبات احشای بطنی کرده نمی تواند ، زیرا موج ضربوی شدید در بسا حالات میتواند بدون ایجاد تخریبات در جدار بطن سبب تخریبات احشای داخلی گردد.

G.T.Shires; 1998 می نویسد که اجرای لاپراتومی را در جروحات بطنی بعضی مولفین مربوط به فکتور های دیل می دانند : موجودیت علایم فزیکی مجروحیت پریتوان، موجودیت شوک با علت نامعلوم، معدوم بودن آواز های معایی، خارج شدن یکی از احشای بطن از جرحه،

تظاهرات جروح احشاى مجوف بطنى مانند پنومو پريتوان ويا بيجا شدن احشا

P.Lavoie;1971 استطبابات لا پراتومی را در جروحات بطن چنین می نگارد: موجودیت علایم تخریش پریتوانی، Defanceعضلی، معدومیت آواز های معایی، موجودیت خونریزی داخلی هضمی ویا بولی، موجودیت پنومو پریتوان، اسپریشن خون ویا مایع معایی،

میت ود تشخیصیه دیگر عبارت از زرق مواد کثیف در جرحه است که موجوديت حالت شوك نامعلوم

توسطWP.Cornell;1967مروج گردیده اما چندان مطمیین نبود. دررابطه با پلان عمومی

35

- درموقع بازنمودن جوف بطن اولتر از همه باید برای کنترول خونریزی حق تقدم داده شود وباید به صورت مقدم خونریزی احشا تحت کنترول آورده شود .
  - موجودیت هیماتوم خلف پریتوانی ممکن نشان دهنده تراومای اوعیه کبیره باشد
    - موجودیت بوی غایطی دلالت به تخریبات امعای غلیظه می نماید .

### سوالنامه

ا- تشخیص صدمت حجاب حاجز بروی کدام اعراض و علایم صورت می گیرد؟

٢- اعراض ترضيضات طحال را توضيح نماييد؟

۲- تداییر ابتدایی که باید در ترضیضات بطن اخذ گردد را توضیح نمایید؟

۲- اعراض عمومي ترضيضات بطن را شرح دهيد؟

سوالات چهار جوابه

١- قبل از سال ۱۹۶۰ عقيده براين بود كه تمام مريضان مصاب جرحه بطني بايد

الف- استكشاف شوند

ب- تداوی محافظوی شوند

ج-بستر شوند

د- بستر نشوند

۲- درصورت تمزق اوعیه کبیره خلف پریتوان به اترخونریزی کتلوی.

الف-شاك وسنكوب توليد شده واكثراً مرك أورميباشد

ب- شاک تولید شده واکتراً مرگ آورمیباشد

ج- كوما توليد شده واكثراً مرك أورميباشد

د- کوما و شاک تولید شده واکترا مرگ آورمیباشد

٣- كامپيوند تومو گرافي يك معاينه غير مهاجم، باكيفيت، حساس ودرست جهت تشخيص

الف- جروحات بطني است.

ب- جروحات خلف پریتوانی ونخاعی است

ج- جروحات بطنی و خلف پریتوانی است

د- جروحات بطنی و صدری است

كليد جوامات سوالات جهار جوابه

3	لليد جوابات سوالات چهار جوابه		
,	الف√ ب	1	
3 VE	الف ب٧	*	
	الف	*	

ماخذ

1. Clay Cothren Burlew and Ernest E.Moore. Trauma in: F.Charles Brunicardi, DanaK. Andersn, et. all. 2015 Tenth Edition Schwart's principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-161-226

2 S.Paterson-Brown, Abdomenal Trauma in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp 446-471

3. 4-Mark R.Hemmilo, MD. Wendy L. Wohl. MD. Managment of the injured Patients in: Current Surdery Diagnosis and Threatment: 2015. 14Th Edition McGraw-Hill. New Dehi. Pp-176-209

اهداف

انسدا

جروح

وسپس

- -

\_\_\_\_\_

سدري

بوضيضا

كسورعظ

حسرعظ

ترضيضار

# فصل پنجم جراحی عاجل صدری

اهداف اموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

ترضیضات وصدمات بسته قلبی صدمات اوعیه بزرگ صدمات وجروحات مری وشزن وشزن صدمات قنات صدری اسباب تشخیص

ترضیضات برانش ها ترضیضات نسج ریوی نوموتورکس هیموتورکس تطبیق تیوب صدری ترضیضات وتصادمات قلب صدمات پریکارد صدمات تثقبی قلب

انسدا طرق هوایی جروحات صدری وسپسس ترضیضات صدر اشکال ترضیضات صدر صدری ترضیضات جدارصدر کسورعظام قفس صدری کسورعظام قفس صدری ترضیضات تراخیا

درر يارا

#### انسداد طرق هوایی

اسباب انسداد طرق هوایی را ترضیضات، تومورها، هیمتوم، انتانات (ازقبیل آبسه خلف بلعومی و اجسام اجنبی تشکیل می دهد. انسداد طرق تنفسی ازباعث خونریزی درعنق بعد از ترضیفی عملیه های جراحی بالای غده درقیه، شریان ثباتی و نخاع رقبی بوقوع می رسد. دریناز سان هیمتوم در بر طرف نمودن فشار موثربوده. اذیما حنجره و تراخیا به انتوبیشن زمانی ضرورت <sub>دار</sub> که اذیما تنقیص نیابد. اندوسکوپی فیبرواوپتیک تشخیص قطعی راواضح میسازد(مخصوصا درصورتیکه اذیمامشکوک باشد). قرارگرفتن جسم اجنبی انشاقی درطرق هـوایی اساسی، تهدیر كننده حيات است. مريضان مصاب اين حالت نادرا به حالت زنده به شفاخانه مي رسند مگرايني عمل احیا کننده عاجل نزد شان صورت گرفته باشد. کمک اولیه در این حالت طوریست، مریغی باید از پشت طوری گرفته شود که دستان نجات دهنده در قسمت شرصوفی مصدوم حلقه شده این ناحیه به شدت به طرف علوی فشار داده شود (مانور Heimlich) ودرعین حال جهت با نمودن جوف فم و بیرون کشیدن جسم اجنبی که از حنجره بیرون شده است کو شش شود.

اجسام اجنبي كوچك معمولا درحلقوم قرار گرفته سبب انتان شده و یا درقسمت پایین كرین قرار گرفته سبب نمونایتس بعد ازانسداد می گردد. رادیو گرافی صدر تشخیص کننده بوده و اجرای برانکوسکوپی رجید تحت انستیزی عمومی، تشخیص کننده قطعی وبرطرف کننده جسم اجم است. انسداد حاد طرق تنفسي واقعه عاجل بوده ايجاب تطبيق اوكسيجن وتطبيق تنفر مصنوعی را با ماسک می نماید. در صورت ضرورت انتوبیشن و ترا خیوستومی عاجل حتمی ات

### ترضيضات صدري وسيسس

زمانیکه یک مریض ترضیض صدری تهدید کننده حیات دردیپارتمنت عاجل بسترشود ا چندین عملیه نزدش اجرا شده وهمزمان آردر ذیل با یدتطبیق گردد.

۱- ارزیابی کلینیکی: در ارزیابی کلینیکی پرسش های ذیل باید مطرح،بررسی و حل گراند

- أيا تنشن پنوموتوراكس يا كاردياك تامپوناد موجوداست؟
  - آیا طرق تنفسی پاک است؟
  - آیا عدم کفایه قلبی تنفسی موجود است؟
- أيا جروحات تهديد كننده حيات خارج صدري وجود دارد؟
- ۲- انسدادطرق هوایی وعدم کفایه تنفسی، که بوسیله اندوتراخیال انتویشن ک تراخیوبرانشیال و اجرای تنفس مصنوعی تداوی شده می تواند.

4

9 0

\_از

ای

5

فحمل بنجيم اجواحي عاجل صدري

- كتيتردروريد مركزى، ازطريق وريد وداجى باطن جهت تنظيم ضرورت مايع ، تطبيق خون، سن فشار وريد مركزي وغيره بايد تطبيق كردد.

ب سایر انواع مونیتورنگ ازقبیل ECG، پلس اوکسیمتری اخذ گردد.

۵- در صورت که مضاد استطباب قوی موجود نباشد رادیوگرافی صدری در حالت استاده یا استه باید اجرا شود.

بعداز اینکه حالت کلینیکی مریض کنترول گردید تریاژ مریضان از نظر موجودیت تنشن مهموتوراکس یا کاردیاک تامپوناد وانسداد طرق هوایی باید اجرا شودزیرافرستادن مریضان وحالات فوق جهت ايميجنگ تشخيص كننده خطرناك است وهم موجوديت ريجرابهريا مسيف مموتورکس ضرورت به تطبیق تیوب توراکوستومی ویا توراکوتومی عاجل دارد.

انواع ترضيضات صدرى: ترضيضات صدربه ترضيضات بسته، باز(نافذه وتتُقبى)، ترضيضات حدار صدری (اضلاع، عظم قبص، اقسام رخبوه وحجاب حاجز)، ترضیضات احشای داخیل صدري قلب، ريتان، مرى، شزن، اوعيه كبيره وقنات صدري) تقسيم شده ميتواند هم جنان، ترضيضات صدردرنتيجه: ضربات تصادمي داراي تأثير كوتاه، ضربات تصادمي سريع وناگهاني كُند، صدمات فشارى باتأتيرات قوه شديد، فشاردوامداربطي وأهسته، صدمات نافذه ازقبيل وخذه، جروحات ناريه وغيره بوجود أمده مي توانند

### ترضيضات وصدمات جدار صدر

اسباب: اغلباً در تصادمات ترافیکی خصوصاً ازاتراصابت اشترنگ موتر ویا کمربندمحافظتی، فتادن، لخشيدن درامورات يوميه بوجودمي أيد.

Commotion thoracic: توسط لت وكوب بوجود أمده، ضربات بدون أثار، تغييرات وتخریبات اناتومیک بوده یک قسمت ویا تمام جدارصدررا دربرگرفته می تواند. ممکن تشوشات البوروويجيتاتيف بقسم احمرار، سرخي، شاک رجعي ومشكلات تنفسي نسبت موجوديت درد بـراي

Contusion thoracic: بامیخانیکیت مشابه فوق البته باشدت مزید وتاتیرات داخلی که مدت تقريباً 20 دقيقه موجود باشد. دربرگیرنده ریه ها باشد به وجود می آید، باعث تمزق اسناخ والیاف الاستیک ربوی گردیده و یا پارانشیم ریوی معروض به خونریزی می شود، پاره شدن نسج ریـوی منجربه خونریزی داخل

چوق پلوراشده، مدت زیاد را در بر گرفته وباعث بروزاختلاطات شده میتواند. رید را در بر برصه وبحث برور . Compresstion thoracic: این حالت دراثرتولید فشارشدید درداخیل جوف صدر بصورت

ناحیه صورت گیرد، طوریکه دریافت خرا شیده کی های ناحیه وجه، عنق (خصوصادر خفید شدن)دریافت petechia، خونریزی، هیمتوم، احمرار، خاسف شدن جلد، خونریزی غشای مخاطی خونریزی های دماغی وغیره از اهمیت بسزای برخور داراست.

تداوی: در ترضیضات خفیف و کومیشن، درساعات اولی فقط آرام ساختن درد و تنظیم تنفس کومک نموده که باجمناستیک های تنفسی بایـدتعقیب گـردد. درواقعـات شـدید و وخـیم عـلا<sub>و،</sub> . ازتنظیم تنفسی برای وقایه بروز اختلاطات تدابیرلازمه گرفته شود وهمچنان در صورت لـزوم بـه مداخلات عملياتي جراحي اقدام گردد.

كسورعظام قفس صدري

اغلباً درکانتیوژن صدردرمحل اصابت ضربه کسورعظام صدری رخ میدهد. این کسورممولاً درقسمت هاى قوس اضلاع، درناحيه اتصال عظم قص واضلاع بوقوع مى پيوندد. همچنان شير میتواندکه یک ضلع دردوقسمت معروض به کسرگردد. هرگاه اضافه از سه ضلع معروض به كسرشده باشد كسورقطاري ياپيهم ناميده ميشوند. بعضاً اين نوع كسوردردوطرف عظم قص د قدام رخ داده ودرخلف صدرهم بوجود أمده میتوانند.

كسرعظم قص كسور Sternum اكتراً بشكل مستعرض بوده ودرقسمتهاى علىوى ومنوسط آن رخ داده وبا کسورجسم فقرات ظهری مترافق بوده میتواند. درصورتیکه کسوراضلاع وعظاء صدری فعل تنفسی را مغشوش نساخته باشد کسور ثابت نامیده میشوند. درغیر آن ممکن شکل تنفس، Paradoxal گردد یعنی دراتنای شهیق حالت سقوط یا Collaps ودر ذفیر جدارصدرفور صعودی رابخودبگیرد.

تشخیص: دردموضعی، درد درحال شهیق جبری وسرفه، تشدید درد باجس وفشار، عسرت تنفس، عدم كفايه تنفسى، تنفس Paradoxal، آمفيزم تحت الجلدى واجراى معاينات رادبولوانه تشخيص راواضح مي سازد.

تداوی هدف اساسی عبارت از آرام ساختن درد، جمناستک های تنفسی، پاک نگ الله قصبات می باشد. درواقعات ساده تطبیق پلاسترهای چسپی جدارصدر و آویزان نمو<sup>دن بنج</sup> یاکشش اضلاع ازقسمت فقرات ظهری یا ناحیه عظم قبص مغید بوده، تجویزانلجزیک وجلوگیری ازبروزنومونیا ازاهمیت خاص برخور داراست. درواقعات شدید توصل به تنفس مما فعسل ينجم أجراحي عاجل صدوي

وتبت برای دوتاسه هفته مفید بوده ودرعین زمان تداوی طبی جهت رفع کانتیوژن ریه ، وتعدم المحدودساختن مايعات راايجاب مى نمايد بعضاً مداخلات عملياتي جراحي، چوبر که شیح نمودن کسورباسیم وپلیت های فلزی ویاچنگک، اساس تناوی را تشکیل می دهد.

كسوراضلاع نؤد مردها نسبت به زن ها بيشترديده شده ودراشخاص كاهل ومس نسبت به المفال وجوان ها ازسبب كم شدن خواص الاستيسيتي وموجوديت اوستيوپوروزس بيشتررخ مي

الله : آلات ناریه، جارحه وترضیضات کند به صورت مستقیم وغیرمستقیم سبب كسوراضلاع شده مى توانند. در ترضيضات مستقيم مانند ضربات مشت، لگد، افتيدن، حادثات ترافيكي، اصابت مرمى وياچره كسر درناحيه ايكه ضربه وارد شده است به وقوع مي رسد

وترضيضات غيرمستقيم مثلاتحت فشارأمدن صدرازدوطرف، كسراضلاع در نواحي دورتر ازضربه بوجود أمده كه دراين صورت أنحنا و محدبيت ضلع تزايد كسب نموده، ابتدا صفحه خارجی ضلع معروض به کسرگردیده ودرتحت الجلد یک برامده گی جس می شود کسور بالوژیک نیزدر اضلاع بوجود آمده می تواند. کسور اضلاع ازهرسبب که باشد می توانند باز، بسته، تام یا ناتام، ساده یا بارچه ای باشد .

كسر ضلع اول نمايانگر ترضيض شديد صدري بوده كه ميتواند مترافق با جروحات اوعيه كبيره باشد ازاینرو وفیات در کسر ضلع اول بیشتراست. کسور اضلاع سفلی نیز میتواند مترافق با ترضيضات وخيم بطني وآفات طحال وكبد باشد.

اعراض : اولین عرض کسر اضلاع درد است که با تنفس عمیق، سرفه وجهد تشدید می شود. با تفتیش در تاحیه ممکن ایکیموزواذیما موجودباشد و صدرهمان طرف به تنفس کمتر اشتراک سوده، تنفس کوتاه و سطحی بوده اما سیانوز موجود نیست. باجس تندرنس وکربپتیشن موجود وبا فشار دادن صدراز دوطرف درد در ناحیه مکسوره تشدید می شود. درصورت پاره شدن سع ريه امفيزم تحت الجلدي جس شده مي تواند. باقرع در ناحيه مكسوره درد تشديد شده ودر صورت موجودیت هیموتورکس یا پنوموتو رکس ممکن اصمیت یا فرط وضاحت دریافت شود با

اجرای رادیوگرافی میتوان نوعیت کسر وناحیه مکسوره را تشخیص نمود. تداوی : درصورت کسرساده وبدون اختلاط تطبیق انالجیزیک ها وبلا ک های اعصاب بین رسورت دسرساده وبدون احتلاط تطبیق المجوری اخورده باشد نیزمی الخطی اجرا شده می تواند. درصورت کسر چندین ضلع که تناظرصدر برهم نخورده باشد نیزمی 532

ساص سيش وخفه

تاطي،

فسسى علاوه وم يسه

Year , شده ض به

ص در

توسط وعظام شكل درقوس

عسرت ولوژیک

داشتن رخفس 20 بصنوعي توان ازاین طریقه کارگرفت. درصورت بیجاشده گی پارچه های مکسوره می توان تثبیت داخار نموده و ازتثبیت وپلاستر نمودن صدر خصوصا در اشخاص پیر باید اجتناب نمود.

Flial chest المحالي ا

تداوی: درصورت موجودیت فلیل چست باید ناحیه ماوفه توسط بنداژ، لوکوپلاستر، خریط ریگی، ماندن کف دست بالای ناحیه تثبیت گردد. تداوی آن درشفاخانه عبارت از کشش اسکلینی توسط Towel clip است. استراحت بستر، تطبیق انالجزیک ها وبلاک ها اعصاب بین الضلی نیز باید صورت گیرد.

### كسور غضاريف ضلعى

این نوع کسورزیادتردراشخاص مسن دیده می شود، از سبب ترضیضات مستقیم بوجود أمله وبیشتردر غضروف ضلعی هشتم رخ می دهد. کسرزیادتردرنهایت ضلعی غضروفی نسبت به نهایت غضروفی قصی بوجود می آید. خط کسری به محور غضروف عمود می باشد. بعضا خط کسری راساً بالای اتصال ضلع وغضروف ضلعی قرارمی گیرد که بنام خلع غضروفی ضلعی یاد شده واساً بالای اتصال ضلع وغضروف قصی واقع شود بنام خلع غضروفی یادمی شود خلع بین الغضروفی نیز دیده شده، بسیار نادرمی باشد. اعراض کسرغضاریف ضلعی مانته کسراضلاع بوده امادررادیوگرافی خیال آن واضح نمی باشد. در تفتش ناحیه تنها نهایت خلع شود رحت جلد به شکل یک برامده گی دیده می شود .

تداوی : عبارت ازارجاع خلع با فشار انگشت وتثبیت ناحیه توسط بنداژ یا لوکوپلاسترات بعضا عملیه جراحی نیز ضرورت می افتد. فعمل يتجم خواخي عاجل صدري

## وضيضات شزن، قصبات و قصيبات

ساب: صدمات نافذه ازقبیل وخذه ئی، قاطعه وناریه خصوصاً درناحیه عنق وصدر، علاوه و قصبات، قلب واوعیه کبیبره راماوف ساخته مرگ های آنی راسب شده میتواند. این میتواند ارشزن و سی رسیب شده میتواند. انظرطبقات اناتومیک شزن وقصیات، صدمات شزن وقصیبات رابه انواع جداری قسمی، تام، وعرب معرب المحمل وصدمات غشاى مخاطى تصنيف بندى مى نمايند درتخريبات باصدمات نامكمل، مده مخاطی مأوف شده، در تحت مخاط هیمتوم تأسس نموده سبب سرفه و Hemoptesis می ودد. همچنان سبب بندش طرق تنفسی وآسپریشن خون شده عسرت تنفسی رابارمی آورد. ورسورت جروحات وصدمات شزن وباشجر قصبی که در میدیا ستین وباعنق راه پیدا نماید آمفزم تحت الجلدى را بار أورده ميتواند و درصورتيكه به جوف پاورا باز گردد باعث تشكل نموتـوركس مردد دررادیو گرافی صدرمیتوان Atelectasis, Pneumothorax ، Emphysm راملاحظه نمود بامعايته برانكوسكوبي خصوصا درصورت موجوديت أمفزم منصف معلوسات كافي بدست

تداوی: درحادثات ساده تداوی محافظوی ازقبیل تطبیق ادویه ضد درد، جمناستک های تنقسى واسبايريشن برانشها صورت گرفته درواقات شديد، گذاشتن دريناژدرجوف بلوراجراشده ودرواقعات که منصف ماؤف شده باشد مداخله جراحی، انتوبیشن، برطرف نمودن مانعه، خیاطه گذاری وترمیم نواحی مأوفه، ترخیو ستومی، تأمین وتنظیم تهویه وفعال ساختن وظایف تنفسی رادربرمي گيرد.

### جروحات وترضيضات نسج ريوي:

ترضیضات ریه به اشکال کانتیوژن نسج ریه بدون موجودیت پاره گی پلورای حشوی، تخریب وباره کی نسج ریه وپلورای حشوی رخ می دهند.

تشخیص: بادرنظرداشت اعراض وعلایم، تغییرات گازات خون(با معیارات لابراتواری)وهمچنان

اعراض وعلايم راديولوژيک تشخيص درست گذاشته شده ميتواند.

تداوی: در کانتیوژن های ساده مبارزه بادرد،اجرای جمناستک های تنفسی، اسپایریشن شزن وقصبات وتطبيق اوكسيجن صورت گرفته، درحالات وخيم انتوبيشن، ترخيستومي، تدابيرتنظيم تهویه وضد انتان عملی میگردد. درصورت نوموتورکس دریناژ جوف پلورا و درصورت موجودیت فستولها مداخلات جراحي اجرا ميشود.

صدرى

داخلی

طرق استناد

حودرا خارج

نصف وحيم

> , som رتيكه

> > يطه كليتي

لعي

سده

ایت 5

ودر

ند

20

#### ترضيضات حجاب حاجز

در 95% واقعات رپچرحجاب حاجزدرسرحد عضلی صفاقی قبه چپ صورت پذیرمیاشد. حجاب حاجز درنتیجه ترضیضات کند، بلند رفش آن حاجز درنتیجه ترضیضات کند، بلند رفش آن قشار داخل بطن مصاب شده می تواند. درین حالت کبد وطحال نیز اکثرامصاب می گردد به تعقیب رپچر حجاب حاجز احشای بطنی به طرف صدر تفتق نموده طوریکه کبد در طرف راست معده وامعا در طرف چپ داخل صدر می گردد. بعضی اوقات رپچرهای کوچک بوسیله کید وثرب محاط گردیده می تواند.

اعراض: شامل اعراض فتق حجاب حاجزدرجوف صدر، از قبیل عسرت تنفسی (Dyspnoe) درجات مختلفه عدم کفایه تنفسی، تهوع، استفراغ، درد قسمت علوی بطن می باشد تشخیص با رادیوگرافی صدر و اصغای آواز های معایی درصدر گذاشته می شود. تداوی آن ترمیم ربجر از طریق توراکوتومی یا subcostal muscle cutting lapratomy، ارجاع تفتیق و ترمیم نادی تمزق یافته میباشد.

### آفات جوف يلورا

تجمع هوادرجوف صدر Pneumothorax:

اسباب: جروحات نافذه صدر، پاره شدن پارانشیم ریوی، صدمات وجروحات طرق تنفسی، ربجر وترضیض alveale ها و غیره.

- نوموتورکس بسته که دراترفستولهای طرق تنفسی ازشزن الی پارانشیم ریـوی بوجودامه ولی جدار صدرسالم میباشد.

نوموتورکس بازکه دراترتثقب جدارصدربدون مصابیت وفستول نسج ریوی رخ می دهد.
 نوموتورکس فشاری که دروقت شهیق هواازطریق فستول داخل جوف پلورا شده ودروقت رفیردوباره خارج نگردد.

اعراض: تزاید درد مترافق بادرد جرحه جدارصدر، درصورت نوموتورکس فشاری: عدم کفابه تنفسی سیرحیرت انگیزوارتقائی را به خود گرفته، عسـرت تنفسی تشـدید شـده، شهیق طوبل ولرزنده گردیده ، تکی کاردی تاسس نموده وبه تعقیب آن Hypoxia، تکی کاردی، مغشوش شدن آوازهای تنفسی به ملاحظه میرسد. علایم رادیولوژیک شامل: عدم انبساط ریه و موجود هوادرجوف بلورااست.

دستک دارمان دریناژ

موجو

و قلہ ت شاک

تشخ

خوتر

درص

مقدار موجو

rax

باعد

جوف

يامه

فحسل ينجم جراحي عاجل صدوى

ماوی: تنابیرعاجل: وخذه عاجل صدر بوسیله سوزن با قطر کلان که درعقب آن نوی انگشت تنابعر سنیت شود. درنوموتور کس باز، گذاشتن پانسمان فشاری ویاتثبیت پلاسترهای جسب ریکش تثبیت پلاسترهای جسب رسکان سید و پاسیت پلاسترهای جسب داخله جواحی یعنی بازکردن منصف وگذاشتن دارمانع عبورهوامیگردد . در آمفزم های منصف وگذاشتن دریناز ضروری میباشد.

### موجودیت خون در جوف صدر (Hemothorax)

المات : تجمع خون دراترصدمات اوعیه بین الضلعی، شرایئن احشای داخل صدری ازقبیل ابهر و قلب بوجود آمده، درحالیکه جروحات شش باعث هموتورکس ویاهمونوموتورکس میگردد. مخیص: عدم کفایه تنفسی، عسرت تنفس، تکی کاردی، درصورت خونریزی های شدید نای تولید شده، باقرع اصمیت، بااصغاً موجودیت رال ها وموجودیت علایم رادیولوژیک تشخيص راواضح ميسازد.

تداوی : عبارت ازاتخاز تدابیراساسی جهت منظم وتابت ساختن تنفس، درصورت موجودیت خونریزی بصورت اصغری(SomL در ۲۴ ساعت) گذاشتن دریناژ درجوف صدر ضروری بوده، درصورت موجدیت خونریزی به مقدار 800mL و یابالاترازان دریک ساعت اول یا به مقار 200ml در هریک ساعت بعدی یا 2000mL در ۲۴ ساعت اول ویا بصورت مجموعی موجوديت الى تاسه ليترخون درجوف صدرايجاب Thoracotomy عاجل رامي نمايد.

### Chylothorax

اسال: ترضيضات, صدمات تتقبى وكانتيوژن صدر.

تشخیص به اساس نکات دیل گذاشته میشود: سرازیر شدن شیل بداخل جوف پارا مترافق باعدم گفایه تدریجی تنفسی می باشد. علایم رادیولوژیک راموجودیت، پلوریزی تشکیل داده بذل جوف صدرنشان دهنده موجودیت مایع شیرمانند در صدر و یاجوف پلورامی باشد.

تداوی شامل مداخله جراحی وبستن ناحیه ماوفه، گذاشتن دریناژ صدری وهمچنان تغذی بامواد عاری از گلو کوز وشحمیات از طریق وریدی است.

طرز تطبیق تیوب صدری قبلا دربحث کمک های اولیه ذکر گردیده است

500

بحاب

.(D)

ر از

ماض

مکمل ان ضر

تطبیق تداوی

ation

در آغاز گ

ممكن

منظور تصييم

قلب

از

وعایی تر

انفجار

ارتفاع

تامیو تع

دهانه

باشد

صعود گذاشت سیسس صدری

سپسس صدری ضرورت به تداوی عاجل دارد. سپسس صدری را امپیما صدری، ایسه رید وهیموپتسس تشکیل می دهد.

ابسه ریه

اسباب: بندش تانوی قصبات ناشی از کارسینومای ریه، پنوموئیت انشاقی، انشاق جسم اجنی از جمله دندان، کیست منتن، احتشای منتن ریوی، انتشاردموی انتان ستافیلوکوکل بعد از سپنی سیمی، تأسس انتان ثانوی ریوی بعداز پنومونی، برانشکتارس، ویا توبرکلوز، خصوصا در مریشان با مقاومت پایتن،

لوحه كلينيكي

تب حاد وتوکسیمی معمولا موجود بوده. در صورتیکه ابسه بداخل برانش ها تمزق نماید، سرفه ها متقبح وبوی ناک می باشد. اختلاطات آنرا امپیم وابسه های میتا ستاتیک دماغی تشکیل می دهد تشخیص بوسیله رادیوگرافی صدری، برانگوسکوپی و CT Scan گذاشته می شود.

تداوی خوب ابسه ریوی را پوستورال دریناژ همراه با توصیه انتی بیوتیک ها تشکیل می دهد. عملیات جراحی صرف در ۱٪ واقعات که به مقابل این نوع تداوی جواب نداده باشد ویا در واقعات اختلاطی صورت می گیرد.

امييم

امپیم عبارت از تجمع قیح در جوف پلورا می باشد.

اسباب: اسباب امپیم صدری را: امراض اساسی ریبوی(پنومبونی، برانشکتازس، کارسینومای ریه،امپیمای توبرکلوزیک)،جروحات نافذه جدار صدرویا انتان که به تعقیب عملیات های صدری به وجود می آید، تثقب مری، انتانات ترانس دیافراگماتیک ناشی از ابسه های تحت حجاب داجزی یا انتقال انتان از طریق دموی تشکیل می دهد.

اختلاطات: تمزق بداخل قصبه (که سبب فیستول قصبی -پلورایی می شود)، سیلان افرازات به طرف جدار صدر، ابسه دماغی.

تظاهرات كلينيكي

مریض تب داشته وممکن توکسیک وانیمیک باشد. علایه موجودیت مایع درصدر طر<sup>ق</sup> ماووفه و دروقایع مزمن کلبنگ انگشتان نیز موجود می باشد. جهت تشخیص اجرای معاب<sup>نان</sup>

فعمل پنجير/ جراحي عاجل صدري یکل حون، رادیو گرافی صدر، برانکوسکویی، اسپیریشن صدر و دریافت باکتریای عاصل سبیی ال ضروري مي باشد.

تداوی: تداوی شامل تطبیق تیوب صدری با قطر بزرگ از طریق جدار صدر بوده البته توام با مانوی بیوتیک به اساس حساسیت مایکروارگانیزم مسؤل مرض، درصورتیکه افت با این این Decortication اجرامی شود.

### Haemopyysis

درصورتیکه مریض هیمویتیزس شدیدداشته باشد بدون در نظر داشت سبب مرض باید تداوی الله گردد. طرق تنفسی باید از علقات خون پاک گردد. اجرای برانکوسکویی ورادیـوگرافی صدر سكن است ناحيه خون دهنده را واضح سازد. درين صورت اندوتراخيال انتوبيشن يك برانش به منظور تهویه یک ریه وجداکردن ساحه خونریزی را از ریه اجازه می دهد وهم جراح را به اخذ تصبيم كمك مي نمايد.

#### قلب واوعیه بزرگ

از انجابیکه تامیوناد قلبی، جروحات فافذه اوعیه بزرگ درصورت عدم موجودیت جراح فلبی وعایی بوسیله جراح عمومی تداوی شده می تواند درین جا بحث می شود.

ترضیضات بسته و بازقلبی ازباعث کانتیوژن شدید و کتاوی صدر، کامپرسسن، تراومای انفجاری (اغلباً با ترضیضات احشای دیگرمترافق بوده )، صدمات وخذه ثی، ناریوی، سقوط از أرتفاع وحادثات ترافيكي بوجود أمده ميتواند

### تاميوناد قلبي

تجمع خون درحدودml 200 بصورت حاد درجوف پیری کارد رکودت وریدی راسبب شده دهانه قلبی را تنقیص داده، درحالیکه خونریزی های مزمن در حدود یک لیترممکن بدون اعراض

التحمید تشخیص براساس نا آرامی، عسرت تنفس، تکی کاردی، سقوط فشارخون شریانی، ادامه ECG صعود فشاروریدمر کزی، رکودت اورده عنق، پائین شدن فعالیت قلبی، تنقیص ولتاژدرECG، گذات. گذاشته می شود. اجرای معاینات در تشخیص کمک نموده در حالیکه اجرای سونو گرافی،

ه ريده

ريضان

فه ها

دهد واقعات

نومای

رى به حزی،

برازات

طرف نان

رادیوگرافی درواقعات حاد چندان معلومات مهم نداده ممکن صرف توسع ناحیه رانشان بدهد. تداوی: شامل بذل پریکارد بوده و در خونریزی های شدید مداخله جراحی، gevision ودریناژ میباشد.

### جروحات نافذه اوعيه بزرى

زنده رسیدن مریضان مصاب جروحات نافذه اوعیه بزرگ ارتباط به بندشدن ناحیه بوسیله علق خون وتقبض کنارهای جرحه اوعیه دارد، که به تعقیب جروحات مرمی وچاقو رخ می دهر در تقبض کنارهای جرحه اوعیه دارد، که به تعقیب جروحات مرمی وچاقو رخ می دهر درنتیجه خون در جوف پلورا یا مدیا ستین سرازیر شده وبوسیله رادیـوگرافی صدر، T nacS درنتیجه خون در جوف پلورا یا مدیا ستین سرازیر شده وبوسیله رادیـوگرافی صدر، MRI تثبیت می گردد. تداوی آن اجرای توراکو تومی ودوختن اوعیه خون دهنده می باشد. ریجر تراوماتیک ابهر

رپچرشریان ابهرمخصوصاً درقوس علوی ابهر، infeundi bolum وناحیه نادیده تصادف می گردد.

تشخیص: براساس لوحه شدید شاک، علایم رادیولوژیک، نبضان داربودن ساحه منصف واجرای آنجیوگرافی گذاشته می شود.

تداوی: درخونریزی های کتلوی مداخله عاجل جراحی صورت گرفته ودرصورت امکان قیلا آنجیوگرافی میشود. درانیوریزم های بعداز ترضیض قطع نمودن ام الدم، گذاشتن پیوند و تطبیق پروتیز شریانی، درصورت امکان تحت ماشین قلبی ریوی عملی می گردد.

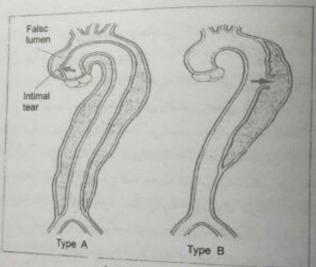
### دایسکشن انیوریزم ابهر

انشقاق ابهر (dissecting aneurism) مشتمل برپاره کی طبقات دیوارشریان که معمولاً درقوس ابهر رخ میدهد می باشد درنتیجه خون ازناحیه شگافته شده دربین طبقات داخلی (rupture) درلومن اصلی از جدارشیریان عبورمی نماید. این عبورسبب جداشدن طبقات داخلی(rupture) درلومن اصلی از می گردد، بدین معنی که درنتیجه ابهردارای دولومن میشود. درنهایت معمولاً انوریزم به شکل می گردد، بدین معنی که درنتیجه ابهردارای دولومن میشود. درنهایت معمولاً انوریزم به شکل می گردد، بدین معنی که درنتیجه ابهردارای با بهرفاد قلبی میگردد ، ویا بداخل منصف یا جون بطن همراه بانزف کشنده بازمیشود.

اسباب: استحاله کیستیک، لایه وسطی جدار ابهرراضعیف نموده وقابلیت انشقاق را دران بود می آورد. این حالت معمولاً درمریضان اتیروسکلروتیک وhypertensive به مشاهده میرسد تظاهرات کلینیکی: معمولاً مریض از یک درد شدید وناگهانی صدر حکایه می نمایند که بطرا

فصل پنجم جواحي عاجل صنوي بان، شانه ها وعنق انتشاردارد، درد وصف پاره شدن ناحیه بین الکتفی رادارامی باشد، برعالوه یمان است. یکن علایم شاک چه از سبب تامپوناد قلبی ویا ازباعث ریچوخارجی انوریزم به وجود آید کن سری بوریزم به وجود اید. درصورتیکه انشقاق درجدارابهر پیشرفت نماید، دربنصورت منشای شعبات شریان اساسی

در مربع معروض به بندش شده و باعث پیشرفت اعراض گردد، نبض محیطی معدوم شده ودوباره مدن مرد اعبرانماید. درصور تیکه اوعیه اکلیلی مأوف گردد اعبراض اسکیمی در صحنه حاکم شده ودر مورت ماوقیت شرایتن کلیوی سبب هیماتوری وانیوری می گردد. بعضا یک ویا هردو نبضان مرر فحذى ممكن معدوم شده ومترافق با اسكيمي اطراف سفلي باشد . اسكيمي مساريقي اكثرا بطورمؤخرتشخيص ميگردد.



شكل: تصنيف انشقاق ابهر

#### معاينات بالخاصة:

رادیوگرافی صدردر ۲/۳ مریضان نشاندهنده وسیع شدن منصف وانصباب خفیف پُلورایی

- CT Scan بوسیله مواد کانترست نشاندهنده یک flap دربین لومن همراه با تغیرات مساشد

انوریزمی distal بوده، که بوسیله aortography نیزتایید میگردد. - ایکوکاردیوگرافی نیزممکن است یک flap و regurgitation ایه ررا نشان دهد. ایکوکاردیوگرافی ایسرممدن است یک الخاصه را تشکیل می دهد.

يلع

ظه

بود

n)

تداوی : بعدازوضع تشخیص، تداوی بصورت وسیع ارتباط به نوع انشقاق دارد که به صورت محافظوی ویا عملیه جراحی اجراشده می تواند.

#### مرى

واقعات عاجل مرى شامل انسداد، تثقب وخونريزى مى باشد. اكثرانسداد ها بعد ازاندوسكويي رخ داده، تثقبات ورپچران ضرورت به تداوی جراحی بازدارد. ودرصورت خونریزی (غیرمعمور است) تداوی اندوسکو پیک وبعضا به صورت انتخابی جراحی می باشد.

عسرت بلع حاد

عبارت ازبروزمشکل در فعل بلع به صورت حا د می باشد. اکشرا ازسبب لقمه غذا، اجسام اچنبی درمری و تضیقات مری بووقوع می رسد.

انسداد مرى بوسیله لقمه غذایی: انسدادمرى بوسیله لقمه غدایی می تواند دریک مری، ازنظر اناتومیکی نارمل رخ دهد، مخصوصا زمانیکه تشوش وظیفوی عضلی با یا بدون reflux مری معدوی موجود باشد. انسداد مری بوسیله لقمه غذایی سبب درد ودر صورت انسداد کامل باعث ریگورتیشن متداوم لعاب دهن می گردد. در صورت مشکوک بودن تشخیص، اجرای رادیـوگرافی يا مواد كثيف مهم بوده، تداوى أنرا كشيدن لقمه بوسيله اندوسكوپ تشكيل مي دهد. درصورتيك نزدیک کاریا باشد تیله نمودن لقمه به طرف معده بوسیله اندوسکوپ طریقه بهتراست.

اجسام اجنبي مرى: اجسام اجنبي خصوصا درناحيه كريكوفرانجيال غيرقابل تحمل بوده بايدبوسيله اندوسكوپ ويا پنس مجيل بيرون آورده شود. با أنهم منجمنت اين واقعات ارتباط به تیزیا کند بودن جسم اجنبی دارد. زیراامکان پاره شدن لومن درآن موجود است. تشخیص بوسب اجراى راديوگرافي صورت گرفته وتداوي أنرااجراي اندوسكوپي قطع وپارچه نمودن جسم اجني تشکیل می دهد. درصورت تثقب مری اجرای تورا کو تومی عاجل ضروری می باشد.

### تثقب مرى:

تتقبات مرى بدودسته تقسيم مى شوند، داخل المنشه، خارج المنشه و خودبه خودى. داخل المنشأ: بلع اجسام اجنبي، تمزق دراثناي ايزوفاگوسكوپي، تمزق دراثناي بيوپسيا dilatation، تمزق دراثنای اجرای دوباره esophageal ایکوکاردیوگرافی درنهایت سفلی مری خارج المنشأ: درجروحات مثقوبه.

فصل يتجم جراحي عاجل صدري

فودبخودی: درمری سفلی صدری ( سندروم Boerhaave's)

پوبلوک نظاهرات کلینیکی: به تعقیب instrumentation -درینصورت به تنقب وقتی مشکوک می ما مریض ازدردهای ناحیه عنق، صدروقسمت های علوی بطن شکایت نموده و باعسرت دویم شویم مراه باشد. تشخیص با جس امفیزم تحت الجلدی درناحیه فوق الترقوی صورت می

الثقاق مرى بصورت بنفسهى ندرتا واقع شده ومترافق با استفراغات ايكه بعداز گرفتن غذاي محم پیدا میشود (سندروم Boerhaave's) می باشد. این تثقب با درد شدید صدر، فقرات ظیری ویا قسمت های علوی بطن همراه میباشند ( acute mediastinitis ). مریض سیانوتیک وده وبه کولایس معروض می گردد. یا معاینه بطن، ممکن rigid دریافت گردد که اغلبا مارا به شخص غلط تثقب قرحات پپتیک ویا احتشای میوکارد رهنمایی می نماید. امفیزم جراحی crepitation تحت الجلدي) معمولاً درعنق ازسبب فرارگازات به داخل منصف قابل جس

معاينات اختصاصي

• chest X-ray شاندهنده گازدرعنق ومنصف بوده وممكن است كه گازومايع بداخل جوف يلورا ديده شود.

• بلع Gastrograffin (مايع contrast منحل درآب) باعث تثبيت تثقب وموقعيت أن سگردد.

تداوی : تثقب مری رقبی بصورت محافظه کارانه با تطبیق انتی بیوتیکهای وریدی، نگرفتن غذا الطريق فمي وتغذى الطريق وريدى، تداوى مى شود. درصورت تشكل آبسه درمنصف علوى دربناژان با اجرای شق ازطریق فوق الترقوی صورت میگیرد. تمزق مری صدری توسط خیاطه گذاری عاجل ویا resection (درصورتیکه کارسینوما توسط instrument تثقب نماید) تداوی می گردد. انذاردر تمزقات بنفسهی معکوساً به زمان عملیات جراحی ارتباط دارد.

این حالت به تعقیب بلع اسید ویا موادالقلی قوی (خصوصاً caustic soda وامونیا) بصورت تسادفی ویا به منظورخودکشی بوجود می آید. این حالت درمرحله حادآن، مترافق با سوختگی مای دهن وبلعوم میباشد. قسمت متوسط وسفلی مری نسبت اینکه بصورت موقت مواد کاردیا، را درخود حفظ نموده، مخصوصاً قسمت مجاورقوس ابهر و ناحیه معصره کاردیا،

بیشترمتأثرمیگردد.

سرسا رسی را خنثی ساخت، بناء گرفتن مواد تداوی : درمرحله حاد آن بایددانست که چگونه عامل سببی را خنثی ساخت، بناء گرفتن مواد القلی را با سرکه ومواد اسیدی را باسودیم بیکاربونات میتوان خنثی نمود. تخریبات مری را بواسط سدی مریض از طریق مسامه باشد تا مانع تشکل سکارگردد. اگر stricture تاسس نموده باشد توس رسری سیسی ... مری بعدازهفته های سوم ویا چهارم توسط سند bougie وبه نرمی توصیه میگردد. درصورت مری بسارست کی در از کی استان کی از از کی استان کی اوپ کولون ویا امعای موجودیت تضیقات غیرقابل عبوربواسطه عملیه Bypass یعنی وصل یک لوپ کولون ویا امعای رقیقه با محافظه جذوروعایی دربین معده وقسمت علوی مری میباشد. فصل ينجم جواحي عاجل صدري

غلاصه فصل

اسباب انسداد طرق هوایی را ترضیضات، تومورها، هیمتوم، انتانات (ازقبیل آبسه خلف بلعومی) و احسام اجنبی تشکیل می دهد. انسداد طرق تنفسی ازباعث خونریزی درعنق بعد از ترضیض، عمله های جراحی بالای غده درقیه، شریان ثباتی و نخاع رقبی بوقوع می رسد. دریساژ ساده همتوم در بر طرف نمودن فشار موثربوده. اذیما حنجره و تراخیا به انتوییشن زمانی ضرورت دارد که اذیما تنقیص نیابد. اندوسکوپی فیبرواوپتیک تشخیص قطعی راواضح میسازد(مخصوصا درصورتیکه اذیمامشکوک باشد). قرارگرفتن جسم اجنبی انشاقی درطرق هوایی اساسی، تهدید درصورت است. مریضان مصاب این حالت نادرا به حالت زنده به شفاخانه می رسند مگراینکه عمل احیا کننده عاجل نزد شان صورت گرفته باشد.

انسدادمری بوسیله لقمه غدایی می تواند دریک مری، ازنظر اناتومیکی نارمل رخ دهد، مخصوصا زمانیکه تشوش وظیفوی عضلی با یا بدون reflux مری معدوی موجود باشد. انسداد مری بوسیله لقمه غذایی سبب درد ودر صورت انسداد کامل باعث ریگورتیشن متداوم لعاب دهن می گردد. در صورت مشکوک بودن تشخیص، اجرای رادیوگرافی با مواد کثیف مهم بوده، تداوی آنرا کشیدن لقمه بوسیله اندوسکوپ تشکیل می دهد. درصورتیکه نزدیک کاریا باشد تیله نمودن قمه به طرف معده بوسیله اندوسکوپ طریقه بهتراست.

اجسام اجنبی خصوصا درناحیه کریکوفرانجیال غیرقابل تحمل بوده بایدبوسیله اندوسکوپ ویا پس مجیل بیرون آورده شود. با آنهم منجمنت این واقعات ارتباط به تیزیا کند بودن جسم اجنبی دارد. زیراامکان پاره شدن لومن درآن موجود است. تشخیص بوسیله اجرای رادیوگرافی صورت گرفته وتداوی آنرااجرای اندوسکوپی قطع وپارچه نمودن جسم اجنبی تشکیل می دهد. درصورت تقی مری اجرای تورا کو تومی عاجل ضروری می باشد.

#### سوالنامه

۱- اسباب فیستول های مری شزنی را بنوسید؟

۲- تشخیص جروحات مری بروی کدام اعراض و علایم گذاشته می شود؟

٣- تشخيص صدمات بسته قلبي بروى كدام اعراض علايم گذاشته مي شود؟

۴- هیموتورکس را توضیح دهید؟

۵- اعراض و علایم نومورکس را بنویسید؟

#### ماخذ

1. Clay Cothren Burlew and Ernest E.Moore. Trauma in: F.Charles Brunicardi, DanaK. Andersn, et. all. 2015 Tenth Edition Schwart's principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-161-226

2. E.W.J.C.Cameron Thoracic injuries and sepsis in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp285-288

3. E.W.J.C.Cameron Heart and great vessels in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp289-293

4. E.W.J.C.Cameron Oesophagus in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp 294-300

# فصل ششم

## واقعات عاجل قحف وعنق

اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

نخاع مقدمه انتانات نخاعی ترضیضات نخاع عنق جروحات عنق انتانات عنق Skull fractures
هیمتوم های داخل قحفی
هیمتوم های داخل قحف
هیمتوم های داخل دماغی
هیمتوم داخل بطینات
فشار داخل قحفی وسیسس

جروحات قحف مقدمه اشکال ترضیضات قحفی مراقبـــت مریضـــان ترضیضات قحفی ری انیمیشن ترضیضات Scalp

### جروحات قحف

مقدمه

ترضیضات قحف سبب آفات محتویات قحف (دماغ واعصاب قحفی) وساختمانهای اداط کننده (scalp ،skull) آن می گردد. که دراین جمله ترضیضات دماغی از اولویت برخورداراست اکثریت مریضائیکه از سبب جروحات قحفی بسترمی شوند ضرورت به عملیات نداشته بلک ضرورت به مراقبت دقیق غیرعملیاتی جهت اعاده وظایف دماغی دارند.

#### اشكال ترضيضات قحفى دماغي

ترضیضات قحفی دماغی به دوگروپ باز و بسته تقسیم شده اند. هرگاه در اثر صدمان وحادثات جلد, صفاق, عظم, ام الصلبه پاره شده و دماغ با هوای آزاد تماس پیدا کند ترضیضات باز قحفی دماغی گفته می شود، درصورتیکه دورامترسالم باشد ترضیض بسته قحفی بوده، هرگاه عظام قحف معروض به کسر شده وجلد نیز پاره شده باشد ومحیط خارجی با ناحیه مکسوره تماس حاصل نموده باشد کسر باز، درصورتیکه جلد سالم باشد کسر بسته عظام قحف گفته می شود بنا ترضیضات می تواند Skull ، Scalp و دماغ را به صورت مجزا و یا به صورت مترافق موف سازد

#### مراقبت مريضان ترضيضات قحفى دماغي

مراقبت مریضان ترضیض قحفی به مراحل زنجیری ذیل تصنیف شده اند:

احیای مجدد: درمریضان ترضیض قحفی وقایه ازترضیضات ثانوی اولویت دارد. قدم اول دراحیای مجدد مریضان ترضیض قحفی راکنترول طرق هوایی، تنفس و دوران خون تشکیل می دهد، زیرا مریضان ترضیض قحفی مساعد به تاثیرات کشنده هایپوکسی، هایپرکاربیا واسکیمی می باشند. از آنجاییکه کنترول اوکسیجن و کاربن دای اوکساید درخون مریض ازارزش خاص بر خور داراست بناء انتوبیشن شزنی نزد مریضان مذکور باید به طور معمول اجرا گردد.

Evaluation: ارزیابی نیورولوژیک مریض به تعقیب احیایی مجدد ابتدایی وثابت شدن علایم حیاتی باید صورت گیرد. تعین وتوصیف سطح شعورقسمت عمده ارزیابی را تشکیل می دهد با تشریح عکس العمل مریض مقابل تنبهات مختلف وتوضیح اندازه یا مقدارمنبه که برای ایجاد عکس العمل ضروری است می توان سطح شعور مریض را ارزیابی نمود. هنگامیکه عکس العمل صوتی ویا عکس العمل مناسب حرکی دریافت شده نتوانست معاینه کننده باید بالای وظایف سان دماغ به منظور تعین اینکه به کدام سطح دماغ آسیب دیده است اتکا نماید. میتود دیگریک به

منظور

cale

شود-

بوده،

ترضي قحفي

واجد

شعور

براوة

قحف

ke

ملي

دما

فش

8

5

فعل ششم وافعات عاجل فحف وعنق خورارزیابی مریضان ترضیض قحف مورد استفاده قرار می گیرد عبارت از Glasgow coma خوسی

مطالعات تشخیصیه: مطالعات تشخیصیه به منظور تعین تغیرات نیورولوژیک سریض اجراسی مد بدین منظورمریضان ایجاب ارزیابی متکرررا مینمایند.

mass effect بهترین میتودجهت ارزیابی دماغ ترضیض یافت، و دریافت CT Scanning mass enect مرابع MRI و MRI و CT angiography و MRI جهت تشخیص اوعیه علاوتاً اجرای سایرمعاینات از قبیل وسید مشکوک خارج و داخل دماغ ضروری می باشد. درمریضان stable مصاب ترضیضات و المراى كليشه ساده قحفى به منظور كشف كسور قحفى، موجوديت هوا در داخل قحف المسام اجنبي مهم مي باشد. به صورت يک قانون عمومي تمام مريضانيکه بعد از تراوما تغيرات معر دارند باید نزد آنها CT Scan دماغ اجرا گردد.

تداوی: اساسات عمومی که باید درجریان تداوی مریض تعقیب گردد مشتمل است را كسيجنيشن، تامين دوران كافي دماغي، برطرف ساختن Mass effect، كنترول فشار داخيل فحف وقایه از انتان و Rehabilitation. مونیتورنگ متکررعلایم حیاتی، گازات خون شریانی، Intake و out put مایع باید به صورت روتین اجرا شود. به صورت عمومی تداوی ترضیضات فحقى شامل نكات ذيل است:

۱- کنترول فشار خون : سعی به عمل آید تا Cerebral perfusion pressur بلند تراز ۶۰ ملى مترستون سيماب حفظ شود.

۲- Position: درمریضانیکه دارای فشار بلند داخل قحفی باشند جهت جریان بهتر وریدی دماغی، باید راس مریض نسبت به قلب وی ۳۰ درجه بلند وعنق وی به حالت عادی باشد. ventriculostomy-۳ بوسیله این طریقه حجم مایع CSF کاهش یافته ودرنتیجه

فشارداخل قحف بايش مي أيد.

Hyperventalation-T: بوسیله تهویه میخانیکی باید فشارقسمی کاربن دای اوکساید بین ۲۰-۲۶ ملی مترسیماب پایین آورده شود ( کاربن دای اوکساید توسع دهنده قوی وعایی دماغی است )، که درین صورت منتج به تقبض وعایی نسج دماغ وتنقیص حجم خون داخل قحف می

۱٫۵-۱ گرام فی کیلوگرام وزن بدن هـر۶-۸ الله الله کیلوگرام وزن بدن هـر۶-۸ الله الله کیلوگرام وزن بدن هـر۶-۸ سامت بعد، تطبیق Hyperosmone: تطبیق منیسول است. ۲۳٫۴–۱۸ Hyperosmone: مقدار تجویزان نظربه تونیسیتی فرق می نماید طوریکه ۳۰ ملی لیتر از محلول ۲۰۲۰ ویک لیسر ارمحلول ۲۰۱۰ باید تطبیق شود. ۶- پایئن آوردن میتابولیزم: میتابولیزم بلند سبب ازدیاد جریان خون وفشار بلند دساغی می

و پایتن اوردن میمبولیرم. میمبولیرم بست شب به رحیه برد و اوردن میمبولیرم. میمبولیرم بست دماغی می اوردن میمبولیرم بست استفاده شود: Propofol infusion، امریتورات ها. و تطبیقات سرد، Levetiracetam، Phenytoin، باربیتورات ها.

Therapeutic hypothermia-۷: تطبیقات سرد آنقدر موثرنیست.

۸- گلو کو کورتیکویند ها: رول آنها ثابت نشده است.

Decompressive craniectomy -۹: این عمل سبب کنترول خونریزی وپائین اورن فشار داخل دماغی می شود.

#### ترضيضات Scalp

Connective Tissue ،Skin از پسنج طبقه ذیسل تشکیل گردیسده است: Scalp اولی Pericranium، losse areolar tissue ،Aponeurosis (galea aponeurotica) ولی ازنظر جراحی جلد و طبقه galae دارای ارزش بیشتراست.

1. Laceration های Scalp: معمول بوده، می تواند باعث خونریزی های شدید وبروزائنان گردند، از اینرو نهایت باارزش است زیرا خصوصیت سفت و ثابت بودن Scalp وغنی بودن ازاوب دموی باعث خونریزی های شدید می گردد، بعد از Scalp ،Laceration اوعیه دموی درطنه galea و Dermis تقلص ننموده و بازمی ماند، از اینرو احتما ل ضیاع قابل ملاحظه خون میرود درصورتیکه Skul سالم باشد در اینصورت کنترول خونریزی با تحت فشار قرار دادن کناره های جرحه ویا تحت فشار قرار دادن کناره ای Skull به شکل دایروی باعث توقف نزف میگردد در صورت سالم نبودن الهای کش نمودن کنارهای جرحه نزدیک به هم بوسیله کلمپ باعث توقف نزف میگردد.

۲. هیماتوم ها میتواند به حجم خویش افزوده ویک قسمت بزرگ Scalp رادربرگیرد. رشف آن ها هیماتوم ها میتواند به حجم خویش افزوده ویک قسمت بزرگ Scalp رادربرگیرد. رشف آن ها هارادربرگرفته اما در صورت سالم بودن جلد تخلیه آن ضرورنبوده ولی اگرهیماتوم حجم بزرگ داشته باشد و یا اعراض انتان چون تب، حرارت و تورم مورد سوال باشد تخلیه آن ضروریک باید علاوه نمود که Scalp از طریق Scalp و تعالی افتال باید علاوه نمود که Scalp از طریق epidural از طریق حیاله فانتقال انتان بداخل دماغ و آبسه های افتال التان بداخل دماغ و آبسه های طاته الادیده می تواند.

فصل ششم/ وافعات عاجل قحف و عنق ترضيضات Skull یا جمجمه: بدو بخش ترضیضات عظام قبه قحف وعظام وجهی تقسیم رویده است. که شامل کسور ذیل اند: کسور ساده، کسور Depressed کسور Compound وجهی نقسیم

ور ساده قحفی: این نوع کسورمعمول بوده بیجا شده گی در آن موجود نیست و ایجاب علم تداوی بالخاصه را نمی نماید ولی مریض باید برای مدت ۲۴ ساعت تحت مراقبت باشد. عبور Depressed: ایسن نبوع کسوربابیجا شده گی عظیم بطوف داخیل همراه بوده

مهومادراثربرخورد اشیای کوچک و کم قدرت بوجودآمده میتواند، این نوع کسورمیتواند باعث پاره وسم Dura ودماغ گردد. تدوای جراحی آن ارتباط به قضاوت جراح، سایزسگمنت فرورفته، عمق فورفتگی و یاره شدن Dura و دماغ دارد.

Compound: عبارت از کسوری است که Scalp فوقانی آن نیزدریهلوی کسورقبه قحف پاره شده باشد. تداوی آن پانسمان، جلوگیری ازندف، بسته نمودن laceration و تصمیم به ادای عملیات craniotomy می باشد.

#### كسور قاعده قحف

تشخيص أين نوع كسوربراساس شواهدكلنيكي گذاشته ميشود زيراسبب ليكاژمايع دماغي شوكي أز طريق گوش، انف و غيره شده، همراه با خطرات منتجيت و تشكل أبسه هاي دماغي همراه ميباشد.

### هیمتوم های داخل قحف

هیمتوم های داخل قحفی درنتیجه پاره شدن اوعیه سحایایی، اوعیه دپلوئید، ساینس های العاغى، ربجر اوعيه دماغى ازسبب ترضيض قحفى دماغى ويا تحت تاثيربارچه هاى مكسوره عظام قحف بوجود مي آيند. مشخصات هيمتوم هاي دماغي رانمايش كلينيكي نوساني باموجوديت صفحه، روشن یا (Interval Lucid) تشکیل داده، اعراض وعلایم محراقی ازقبیل توسع حدقه، شوشات رفلکسی، پریزی، فلج نصف طولانی بدن وغیره درآن موجود بوده می تواند.

هيمتوم هاي داخل دماغي

عبارت ازتجمع کتلوی خون مایع ( ۲۰ تا۱۵۰ ملی لیتر) ویا خون مخلوط با نسج نکروتیک تعلقی دربین نسج دماغ بوده که سبب کامپرسشن دماغ میگردد. هیمتوم داخل دماغی به الرکانتیوژن خصوصاً Contre-Coup زمانیکه مصدوم به عقب افتد بوجود آمده می تواند، که

مای عین درصورتيك مرى فرام مياشد. عبارت بشكل هي وسبدورال های متعد که درموق دورال دره محراقي بدون صف نمايند. تنا كرانيوتوه هيمة تحم والكنأ ت حمحمه اپيدورال سحايات فرنتال،

بوجوداه

بشكل

ويا كان

وعلاب

فيمتوه

اکترادرقسمتهای تمپورال ویافرنتال ویادربین سرحد تمپورو فرنتال تاسس می نماید وندرتا درسی فصل فصل پریتال موقعیت میداشته باشد. هیمتوم های داخل مغنزی بیشتردرجرو حات نارید مغزی بوجودمی ایند. علایم کلینیکی مربوط به موقعیت، حجم، منشأ خونریزی، سرعت تأسس، فشل ونوع ترضیض می باشد. هرگاه مصدوم ضیاع شعورنداشته باشد، سردردی روبه تزایدداشته، دلیدی استفراغ وتشوشات پسیکوموتوربا آن مترافق می گردد. علایم محراقی نیورولوژیک نظری موقعیت، شدت ومعیوبیت آفت بروزمی نماید. هرگاه هیمتوم سیرارتقائی داشته باشد تشوشات شعوربوجود می آید. تشوشات شعوردرین حالت سه مرحله می داشته باشد طوریکه: درمرحله اول ضیاع شعورتانوی است ضیاع شعورتانوی است شعوردرمحل حادثه، درمرحله دوم صقحه روشن، درمرحله سوم ضیاع شعورتانوی است تشوشات وظیقوی ساق دماغی بشکل محدودیت رویت بطرف بالابوده و تغیرات دررفلکس های تشوشات وظیقوی ساق دماغی بشکل محدودیت رویت بطرف بالابوده و تغیرات دررفلکس های بتولوژیک دو طرفی عظمی و تری به ملاحظه رسیده، علایم سحایایی به شکل رفلکس های پتولوژیک دو طرفی علایم پریز، فلج اطراف دیده شده و پریزاذواج قحفی ازنوع مرکزی آن بوجود آمده می تواند اجرای CTscan موسیط عظمی عنی کرانیو تومی ستندرد را ساده می سازد.

#### هيمتوم داخل بطينات

تجمع خون درداخل بطینات ناشی از تمزق اوعیه تحت Ependyma، شبکیه وعایی داخل بطینی واورده عمیق دماغی بوجود می آید که بشکل خون مایع ویا لخته شده تاسس می نماید معمولاً در بین بطینات جداری ویا بطین چهارم موقعیت میداشته باشد. علایم هیمتوم بطینات را ستوپور و کوما که فوراً بعد از ترضیض ظهور می نماید، تشکیل می دهد. تغییرات دینامیک درصورت ضیاع شعورموجود نمی باشد. حملات اختلاجی هورمونیک ومتوازن یکی به نعب دیگراز وصف هیمتوم داخل بطینی بوده وبدون آنکه مواد غذایی دردهن مریض موجودباشد فعل بلع، مکیدن و چوشیدن بالنفسهی موجوداست، رفلکس های دفاعی مانند سرفه، عطسه و مقویت عضلی شدید وبرجسته می باشد. علایم انحطاط قشر و حاکم شدن تحت قشر (Aloni، Arefifixi ) درصحنه بروزنموده ومعمولاً ترفع درجه حرارت، فرط فشار خون، تشوشات تنقسی بشکل ) درصحنه بروزنموده ومعمولاً ترفع درجه حرارت، فرط فشار خون، تشوشات تنقسی بشکل زیاد، عدم اقتدار تبول و تغوط موجود می باشد. ترفع درجه حرارت موجود وبردی کاردی آهاهسته به تکی کاردی مبدل کردیده، علایم عصبی معمولاً دوطرفه بوده حدقه ها متقبض کرد

فصل سنسم واقعات عاجل قحف وعنق

مای عن تقارب انسی و یا تبعد وحشی توام با Nisteg mus می داشته باشد بالاخره می داشته باشد بالاخره درمورتیکه مداخله جراحی صورت نگیرد با عمیق شدن کوما وعدم کقایه تنفسی وقلبی دورانی درمورتیک فرامیرسد، تداوی آن کرانیوتومی ستندرد،Ventriculostomy، سکشین و تخلیه هیمتوم

### ميدوم هاي متعدد دماغي

عبارت ازموجودیت دوتا چندعددهیمتوم باموقعیت های مختلف است. این هیمتوم ها میتوانند میکل هیمتوم اپیدورال وسبدورال یکطرفه، بشکل اپیدورال ویا سبدورال دو طرف، انتراسربرال بیکورفه، انترا سربرال دوطرفه ویا اشتراک یک شکل با شکل دیگر آن باشد هیمتوم مای متعدد دماغی علایم کلینیکی متغییر ومختلف داشته، اکثراً مربوط به هیمتوم بزرگتر وهیمتوم که درموقعیت مهمتر قرارگرفته است می باشد، ولی معمولاً عراض وعلایم هیمتوم ایدورال وسب درال درصحنه حاکم است. درصورت موجودیت هیمتوم های متعدد داخل دماغی اعراض وعلایم محرائی وعمومی ساق دماغ ملا حظه کُردیده، ضیاع شعور به شکل ستوپورو کوما تأسس نموده، مورن صفحه روشن میباشد، این هیمتوم ها بشکل حاد تأسس کرده ونادراً تحت الحادبروزمی مایند تشخیص دقیق ومناسب راکامپوت د توموکرافی و CTscan بدست میدهد تداوی آن کرانوتومی ستندرد و تخلیه هیمتوم است.

## Epidural Haematoma ممتوم فوق الصلبي يا

تجمع خون دربین استخوان قحف ودورامترراهیمتوم اپی دورال می نامند. اسباب این هیمتوم راکتراً تعزق شریان سحایایی متوسط وبعضارپچرساینس ها ویا اوعیه دپلوئید بنابرکسورعظام راکتراً تعزق شریان سحایایی متوسط وبعضارپچرساینس ها ویا اوعیه دپلوئید بنابرکسورعظام معجمه ویا ضربه های وارده برقحف تشکیل می دهد. از نظرموقعیت یامحل تأسس هیمتوم ایسورال زیاده تردرناحیه معروض به صدمه می باشد دیده می شود. اما درنواحی دیگریعنی ناحیه محایاتی متوسط که معروض به صدمه می باشد دیده می شود. اما درنواحی دیگریعنی ناحیه فرنال صدغی جبهی، صدغی جداری، (نادرادرناحیه پریتواوکسیپیتال وتمهوروز یالار)هم موحدامده می تواند. اعراض وعلایم کلینیکی هیمتوم اییدورال نظر به سیروموقعیت هیمتوم شکل اعراض وعلایم کوموسیون شکل اعراض وعلایم عمومی ومحراقی دماغی بروز می کند. درابتنا اعراض وعلایم کوموسیون شدند ماهی بدرجات خفیف, متوسط وشدید ظاهر شده بعضا مصدوم با بهبودی اعراض وعلایم کوموسیون خودرا خوب احساس نموده بعد از یک مدت دوباره وضع وی با پیشرفت حجم محموم وشدت اعراض وعلایم وخیم میگردد .این صفحه بهبودی را صفحه روشن یا Lucid

UL.

,

.

4

.

.

44

4

J

را

٦

A

ق

0.

interval می نامند. درابتداحدقه ها باهم مسا وی بوده بعداً درطرف مصاب حدقه بده شکل (Ipsilateral) توسع می نماید. درهمین اوقات حملات اختلاجی، تهوع و استفراغات متظاهر می گردد. درمعاینه سیستم حرکی هیمی پریزی ویا هیمی پلیجی که باتشدید رفلکس های عظمی وتری وعلامه Babensky درطرف مفلوج یکجا میباشد، به ملا حظه می رسد. حسیت درطرف مفلوج ممکن است تناقص نماید. بعضی اوقات در ابتدای مرحله Myosis یا تقبض حدقه موجود موده به بعقیب آن توسع حدقه (Medriasis) ظهور میکند. توسع حدقه معمولا درطرفیکه هیمتوم بوده به تعقیب آن توسع حدقه (Medriasis) ظهور میکند. توسع حدقه معمولا درطرفیکه هیمتوم تأسس کرده موجود میباشد. بعدامرحله انحطاط وظایف دماغی ظهـورمی نمایـد یعنـی مصـدوم بیحالی، لاقیدی واکثراً همی پریز یا فلج داشته وتشوشات وظایف اذواج قحفی مشاهده میگردد ممکن اذیمای حلیمه مشا هده شود. فـرط فشـارخون وبطائـت حرکـات قلبـی دلالـت بـه فـرط فشارداخل قحفی می نماید. هیمتوم ایدورال سیر حاد ویا تحـت الحـاد دارد. مداخلـه جراحی را کرانیوتومی ستندرد تشکیل میدهد.

### Sub dural haematome هيمتوم تحت الصلبي

تجمع خون درتحت ام الصلبه هیمتوم سب دورال نامیده شده، منشأاین هیمتوم رااکتراً تمریق اورده Pia mater ویا پاره شدن ساینس های دماغی و ندرتاً اورده که درساینس مستعرض تخلیه میکردد تشکیل میدهد. هیمتوم سبدورال اکتراً دریک سطح وسیع قبهٔ نصف کره های دماغی مغصوصا در ناحیهٔ تمپورال تأسس می نماید. امادرمسافهٔ تحت عنکبوتیه وقسمت قاعدوی نفوذ نمی نماید وبا اذیمای وزوجنیک و کانتیوژن ناحیه مترافق می باشد. علایم کلینیکی این هیمتوم مشابه علایم کلینیکی هیمتوم اپیدورال بوده تنها فرق شان درایس است که علایم کلینیکی زودترتأسس نموده زیرامنشا هیمتوم اپیدورال اکتراً شریانی بوده، ممکن دراترتمزق اورده بزرگ وساینس های دماغی نیز رخ دهد، درحالیکه منشا هیمتوم سبدورال وریدی است، ازاین رو علایم کلینیک دیرتر تأسس می نماید. فرق دوم آن این است که هیمتوم سبدورال درساحه وسیع تأسس می کند وهیمتوم اپیدورال بواسطه صفاق دورامترباعظم مسطور بوده ودرساحه محدود تأسس می کند وهیمتوم اپیدورال بواسطه صفاق دورامترباعظم مسطور بوده ودرساحه محدود تأسس می کند وهیمتوم اپیدورال وارد می نماید.

ازنظرسریری هرکاه توسع حدقه با کسرعظام جمجمه عین طرف یکجاباشد وحدقه طرف مقابل هم به توسع شروع کرده باشد درینصورت به هیمتوم اکسترا دورال طرف مکسوره باید فکرگردد. امااگرتوسع حدقه درطرف مقابل کسر بوجود آید به هیمتوم حادسبدورال فکرشود، که معمولاً درفص تعپورال تأسس می تماید.هرگاه مریض اعراض وعلایم عصبی را بدون موجودیت

ME.

عيد كردا

on

عالا

ا (سینو

سبب

تندرن

ترجیع می با

دماغ

**گرفته** 

فيسور

احمال

وتیپیک شامل

الم

سينوب

داشته. دریاف فصل تنشم اوافعات عاجل قحف وعنق

يربع يكطرفه نصف كرة دماغى نشان بدهد امكانات موجوديت هيمتوم اپيدورال ميرود. په يعمر است ترپنيشن در قدام صيوان گوش اجرا وام الصلبه شق صليب مانند شده معرم سکشن و لواژ گردد.هر گاه امکانات اخراج آن مشکل باشد به کرانیوتومی ستندرد مبادرت

### Intra cranial compression وسيسس

تحمدات قیحی سبب تحت فشار قراردادن دماغ شده، ضرورت به تداوی جراحی دارد. این دلات فوق العاده خطر ناک بوده در صورت مشکوکیت به آن باید به نیورولوست فرستاده شود. اسه اکسترادورل: أبسه های اکسترا دورل تقریبا همیشه درنتیجه سینوزیت سینوس frontal استوریت دوطرفه) و گاهی هم از سبب کسور کامپوند قحف بوجود می آید. انتشار سطحی انتیان سبقيح sub periosteal /sub galeal شده وعلايم التهاب موضعي شامل درد موضعي، تدرنس، سرخی وتورم جلد می باشد. اکثر جراحان عصبی اجرای کرانیاتومی فرانتل دوطرف را ترجح مي دهند كه باعث درينار قيح وبرداشتن عظم اوستومياليت شده جدار خلفي سينوس همراه

سب دورال امپيم : قيح سب دورال باعث احمال فشاربالاي دماغ، ترومبوفليبيت وريد هاي الماغي، سينوس دورال ونكروز كورتيكل مي شود. اين نوع تقيحات از سينوس هاي فرانتال منشه وقيح از pole فرانتال به طرف خلف به امتداد cerebral convexity، همزمان داخل نسور interhemispheral شده ونادراً تحت لوب فرانتال قرار مى گيرد. تجمعات مذكور باعث احال فشار بالای دماغ در قسمت فرانتال شده می تواند. ازنظر کلینیکی مریض ترفع واضح السيك درجه حرارت داشته وتوكسيك معلوم مى شود، صرع عموميت دارد اعراض محراقى

شامل ضعیفی وجه واطراف بوده. کوما ومرگ به سرعت رخ داده می تواند. اسه دماغی: آبسه های دماغی درسیسس ENT عمومیت دارد مخصوصا از سبب امراض گوش متوسط، اکثراآبسه درلوب تمپورال و cerebrellar hemisphere رخ می دهد. سینوزیت رابسه دربوب نمپورال و استهام کلینیکی درانسفلیت مریض تب خفیف از نظر کلینیکی درانسفلیت مریض تب خفیف اشتال باعث آبسه لوب فرانتال شده می تواند، از نظر کلینیکی درانسفلیت مریض تب التعمر لاكن يك أبسه لوب فرانتال شده مى نواند، ارتفعر عيد في تب يا تب خفيف التعمر لاكن يك أبسه mature توام با يك كتله درحال پيشرفت ممكن بدون تب يا تب خفيف

الرافق كردد.

#### فقرات

#### مقدمه

امكان يذيراست .

واقعات عاجل نخاع ضرورت به تداوی جراحی و مداخله بالای نخاع داشته، عملیه های بزرگ و Complex، می باشند. این بخش به دو دلیل درین جا مطالعه می شود یکی اینکه جهین رهنمایی جراحان که در شرایط خاص قرار می گیرند، دوم اینکه دادن معلومات به محصلین با توجه به اینکه تداوی واقعات عاجل نخاع بسیار زیاد مغلق و چندین میتودی بوده ودر صورت بروز اختلاطات پرابلم های فردی و اجتماعی را سبب می شود.

### جروحات نخاعي (Spinal injuries)

جروحات نخاع دوشکل است- یکی جروحات عظمی ودیگرجروحات عصبی جروحات عظمى : درين نوع جروحات كسرويا خلع ويا تركيب ازكسروخلع رخ مى دهد. ارجاع كسريك موضوع مهم وقابل ملاحظه است. دريك كسرثابت ازبيجاشده كي وتشوشات عصبي بابد جلوگیری به عمل آید. در کسورغیرثابت از سبب بیجاشده کی عظمی خطر تخریبات عصبی پیشرفته

اسباب اکثر کسوررا بسط شدید ویا قبض شدید تشکیل می دهد که بعضاً همراه با compression ویا تخریب یکجا می باشد. نتایج بعضی ازین قوه هارابا استفاده ازپنج متفاوت ذيل ميتوان مطالعه نمود:

١- فقرات رقبي علوى (از C1-C2 ): قبض ويا بسط اين فقرات ممكن باعث كسر قاعده عظم Dens (بارزه Odantoid)، خلع atlanto-axial ویا کسرعظم Atlas ویا (کسره Hangman's) گردد. چون کانال نخاعی درقسمت علوی رقبی متوسع بوده بناءً تخریبان مستقیم نخاع به ندرت دیده میشود.

۲- فقرات رقبی سفلی ( از C3-C7 ) :

- ترضیضات که ازاثر hyperflexion بوجود می آید ممکن است باعث خلع قدامی سطح مفاصل گردیده، باریک شدن کانال نخاعی ومجروح شدن نخاع وجذورعصبی را بار آورد، ک منجربه Tetraplegia ویا پاراپلیژی گردد.
- Hyperextension باعث rupture رباط طولاني قدامي، ديسك بين الفقري وخلع خلف جسم فقری شده که باعث باریک شدن مجرای کانال نخاعی می گردد.
- compression که با flexion یکجاشده درنتیجه ممکن است کسر wedge-shape جمع

فصل تستنجر/ والعات عاجل لحف و سق

الری را بار آورد.

ی را باز اور ج قفرات ظهری: فقرات ظهری بنابرموجودیت استناد توسط اضلاع قفس صدری وعظم قص م العرب المات تابت قراردارند. کسورپتولوژیک آن معصولاً درنتیجیه اوستیوپوروز ویا تومورهای توی بیشتر معمول است .

ی بیک \* junction ظهری قطنی: طوری قرار گرفته است که بدون استناد بوده وبرای جروحات که رب قبض، تدور و compression بوجود مي آيد، بيشترمساعد مي باشد. ۵ فقرات قطنی :

• ترضیضات compressive در آن نواحی که جسم فقری درحالت کولایس قراردارد ممکن س کسور از نوع Wedg-shape ، گردد.

• ترضیضات این نواحی سبب کسور Burst شده طوریکه با اشتراک جسم فقری باعث پارچه شدن عمود قدامی ومتوسط نیز می گردد که بوسیله کامپریشن محوری تعقیب گردیده، درنتیجه cauda equin (غیرثابت ) می شود. معمولاً با تخریبات نخاعی و unstable د صورتیکه به داخل کانال نخاعی تجاوزنماید ، همراه می باشد.

نظاهرات كلينيكي : اين حالت با تاريخچه وصفى ترضيض، موجوديت درد موضعي باوصف كوفته شده، حساس ومعمولاً با kyphus ناحيوى همراه مى باشد. معاينات محتاطاته نيورولوژيك ضروری است.

معاينات بالخاصة :

• رادیوگرافی فقرات: معمولاً نوع دقیق کسررانشان می دهد. کلیشه جنبی بیشتر حایزاهمیت

• توموگرافی کمپیوتری (CTscan): کسر و وسعت پارچه های آن را به اثبات میرساند. • MRI نشاندهنده آفت نخاع شوكي و ديسك بين الفقري مي باشد.

### جروحات عصبي

Cord compression: درینصورت ممکن است نخاع توسط عظم ، Aisk بین الفقری ویا میمانوم تحت فشارقرار گیرد. درخلع سطوح مفصلی، نخاع درین ناحیه، دریک کانال باریک تحت

ورده مستقیم: آله جارحه درجروحات باز و یا عظم مکسوره ممکن بداخل کانال نخاعی فشار فرارمي كيرد. 04.5 موج

حراء

انتا

بوج

وپا

جاگرفته وسبب laceration نخاع گردد.

ایسکیمی: تخریب وعایی که اوعیه فقری را دربرگیرد ممکن است منتج به تخریب اسکیمیک نخاع گردد که دراخیربواسطه اذیمای نخاع وهیماتوم تشدید می یابد.

#### اشكال ترضيضات عصبي

Spinal concussion: درین حالت تسلسل عصبی ازبین نرفته، پاراپلیژی قسمی بود، ودرجریان چند ساعت ترمیم آن آغازمی گردد. برگشت مکمل وظایف را میتوان پیش بینی نمور Cord transection (قطع عرضي نخاع ): نسبت جداشدن اناتومیک نخاع وظایف آن جبران spinal ندارند. درمرحله ابتدایی regeneration ناپذیراست، زیرا اکسون ها درنخاع قدرت shock همراه با فلج نرم (flaccid) پایین ترازسرحد مقطوعه بروزنموده که مترافق با معدوم شدن عکسات رباطی، اتون شدن مثانه، احتباس غایطی و priapism همراه می باشد. درمجموع این مرحله برای چند روزدوام میکند. در کورد پایین ترازناحیه قطع شده دوباره وظایف عکسوی احيا شده، بناءً فلج spasticهمراه با spasm عضلي بوجود مي آيد، عكس العمل plantar ب شكل بسط بوده، مثانه و امعا عكسه تخليوي مي داشته باشد.

ترضيض ذنب الفرس (Cauda equina): به تعقيب كسورى كه دركنارسفلى فقره قطني اول رخ می دهد بوجودآمده، یکی از کسوراختلاطی بوده که درسرحد بین ختم نخاع شوکی باعث ترضيض ناحيه مي شود، درنتيجه باعث انستيزي ناحيهsaddle (نـواحي اليـوي، مقعـد وعجـان). ضعیفی عضلات اطراف سفلی، معدوم شدن عکسات مفصل قدم و احتباس ادرارمیگردد. Cauda equina درحقیقت جذوراعصاب محیطی است ازینرو قدرت regeneration را درصورتیکه تداوم جذرعصبی ازبین نرود ، دارا می باشد.

تداوی جروحات نخاعی : تداوی جروحات نخاعی ارتباط به جروح نخاع شوکی وحالت کسر دارد.

تداوى عاجل: عنق مريضان باتطبيق collar سخت بايد غيرمتحرك ساخته شود، مريض را بالای تذکره وضیعت داده تاجهت انتقال أماده گردد. مراقبت طرق تنفسی یکی از تدابیرعمده بوده که باید مدنظر باشد. جروح نخاع باعث توسع وعایی وتفریط فشارخون می گردد. درشروع به تعقیب هرتروما نخاع شوکی ضیاع خون موجوداست از این روجهت جلوگیری ازاسکیمی اعاده حجم دموی نیزضروری می باشد.

تداوی با عدم موجودیت جرحه عصبی: کسورثابت (stable) فقری بواسطه استراحت بستر

فصل سَسْم / واقعات عاجل قحف وعنق

مراحد وعنق المرينات ابتدايي وحركات فعال تعقيب ميكردد. ومركات فعال تعقيب ميكردد، ا وقات دردهای دوامدار ازخود باقی می گذارند. کسورغیرثابت (unstable) بایدغیرمتحری مخاص داری رسا وه المعلمي حفظ گردد تا از تخريبات بعدي نخاعي جلوگيري به عمل ايد درصورت در المحدد معلمي معلمي عمل ايد درصورت درصورت یده و به میران که با مجروحیت نامکمل عصبی همراه باشد، ایجاب مداخله عاجل مودیت کسورغیر ثابت که با مجروحیت نامکمل عصبی همراه باشد، ایجاب مداخله عاجل برادي را جهت ارجاع كسر مي نمايد.

### التانات نخاعي

اسه های Extrdural نخاعی : یک أبسه درمسافه خارج سحایایی نخاعی معمولاً ازیک staphylococcus aurius سیمی سیتی سیمی staphylococcus aurius میاستانیک نماینده گی می نماید که به تعقیب سپتی سیمی وجود مى ايد. بعضاً به شكل ثانوى ازاوستيوميليت فقرى بوجود امده مى تواند. تشخيص أن ب سيرمخفي مشكل مي باشد.

تظاهرات سریری: منظره کلینیکی آن درد موضعی، حساسیت ، تب، نارامی، بی اشتهایی، والليري سريع وپيشرونده مي باشد. سويه كريوات سفيد خون وESR نيزبلند ميرود.

علمل: آبسه ازطريسق laminectomy درينا ( وتطبيسق انتي بيوتيك ها نيزاغاز كردد. دمورتیکه عملیه جراحی درمراحل مقدم تامین و اجرا گردد ، پاراپلیژی بهبود کسب نموده ولی ساخله موخران Risk تخريب دايمي نخاع را دارا مي باشد.

ترضيضات عنق: جروحات عنق نسب موجودیت ساختمان های حیاتی درآن تهدید کننده حات أند جروحات عنق به جروحات نافذه وجروحات كند تصنيف مى شوند وهركدام أنها تداوى معصوص دارند. این مریضان باید به دقت معاینه شده تا ترضیضات مشترک صدری وقحفی نیزاز غار دور تماند

### جروحات نافذه عنق:

جروحات نافذه: عنق ازنظراناتومیک به سه ناحیه تقسیم می شوند: ناحیه از درقسمت بالایی ترقوه وخارج صدر قرار داشته، ازعظم ترقوه تا سرددغضروف رسمت بالایی ترفوه وخارج صدر فرار داست. گریکوید وسعت دارد، درین جا قسمت پروکسیمل شریان وورید sub clavian، شریان کروتید ووعیه بزرگ صدری موجود اند. ناحیه II:دربین غضروف کروتید وزاویه Mandible قرار دارد . ناحیه III: که دربین زاویه فکی وقاعده قحف قرار دارد.

جروحات نافذه خلف عنق ممکن است سبب جروحات فقرات رقبی، نخاع، شریان بین الفقری وعضلات عنق گردد. جروحات نافذه قدام وجنب عنق ممکن باعث جروحات حنجره، تراخیا، تایرویید، مری، شرایئن ثباتی، تحت الترقوی، ورید های Jugular عصب واگوس، حجاب حاجزی وقنات صدری گردد. هرگاه این مریضان درحالت شاک وهیماتوم انکشاف کننده درعنق قرارداشته باشند باید جهت تداوی به اطاق عملیات انتقال، ساحه باز وتداوی گردند.

مروسه بسه بید به به با دروحات مهم را کسورفقرات، جروحات نخاع سرویکل، جروحات اوعید، جروحات اوعید، جروحات عند، جروحات حنجره و تراخیا تشکیل می دهد.

تداوی: درجروحات شدیدعنق کنترول طرق هوایی کلید اساسی را تشکیل می دهد، تمام جروحات نافذه که عضله platysma راعبورنموده باشدایجاب بازنمودن رامی نماید. تخریبات شرایتن بزرگ ایجاب انستوموز یا Autogenous vein graft را می نماید. جروحات ورید ها بوسیله بسته نمودن ورید باید تداوی شوند، جروحات مری ایجاب ترمیم وتطبیق درن را می نماید جروحات کوچک حنجره وتراخیا ایجاب تداوی خاص را نمی نماید ولی در صورت بندش طرق تنفسی باید عاجلا تراخیوستومی گردد.

فعل ششيرا وافعات عاجل فحف وعنق

فلاصه فصل

الاصلام مریضانیکه از سبب جروحات قحفی بسترمی شوند ضرورت به عملیات ندائسته بلکه مرورت به مراقبت دقیق غیرعملیاتی جهت اعاده وظایف دماغی دارند.

ومیضات قحفی دماغی به دوگروپ بازوبسته تقسیم شده اند. هرگاه در اتر صدمات وحادثات بلد صفاق، عظم، ام الصلبه پاره شده و دماغ با هوای ازاد تماس پیدا کند ترضیضات باز قعفی ماغی گفته میشود، در صورتیکه دورامترسالم باشد ترضیض بسته قحفی بوده، هرگاه عظام قحف مروض به کسر شده وجلد نیز پاره شده باشد ومحیط خارجی با ناحیه مکسوره تماس حاصل میده باشد کسر باز، درصورتیکه جلد سالم باشد کسر بسته عظام قحف گفته میشود.

در جروحات شدیدعنق کنترول طرق هوایی کلید اساسی را تشکیل می دهد، تمام جروحات هذه که عضله platysma راعبورنموده باشدایجاب باز نمودن رامی نماید. تخریبات شرایتن رای ایجاب انستوموز یا Autogenous vein graft را می نماید. جروحات ورید ها بوسیله بسته سودن ورید باید تداوی شوند، جروحات مری ایجاب ترمیم وتطبیق درن را می نماید. جروحات کوچک حنجره وتراخیا ایجاب تداوی خاص را نمی نماید ولی در صورت بندش طرق تنفسی باید عاجلا تراخیوستومی گردد.

١- اعراض وعلايم هيمتوم هاى داخل بطينات را شرح دهيد؟ ٢- هيمتوم هاى تحت الصلبى را بنويسيد؟ ٣- اسباب كامپرسشن دماغي را بنويسد ۴- ترضیضات scalpراشرح دهید؟ ۵- اشكال ترضيضات نخاعي را توضيح نماييد؟

1. Clay Cothren Burlew and Ernest E.Moore. Trauma in: F.Charles Brunicardi, DanaK. Andersn, et. all. 2015 Tenth Edition principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-161-226

2. C.H.A.Meyer, Head Injuries in: Brian W Ellis Simon Paterson -Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp175-187

3. C.H.A.Meyer, Intracranial compression and sepsis in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp188-193

4. CS. Eisenstien, The spine in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp194-206

## فصل هفتم

اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

اختلاطات

تبرد

ترضيضات برقى

سوختكى كيمياوي

سوختكي شعاعي

کتگوری

پتو فزيو لوژي

کلینیک

تداوی

احیای مایعات

سوختگی از باعث حرارت

نمين وخامت سوختگي

عق و وسعت سوختگی

بود

تام

299

al.

5

تعریف: سوختگی عبارت ازآفت انساج درصورت مواجه شدن به حرارت (حرارت بلندود) انرژی فزیکی یا کیمیاوی است. به عباره دیگر سوختگی عبارت ازتائیرات سود درارت سود در مستقیم بالای جلد می باشد.

اسباب: مهمترین اسباب آنرااحتراقات، برق، مواد کیمیاوی، گازات، مواد منفلقه و ابهای جون تشکیل می دهند. سوختگی زمینه منتن شدن را نسبت تخریب barrier جلدی، ضیاع ماع الکترولیت های عضویت مساعد میسازد که درنتیجه به اثرعدم فعالیت T cells، نقصان فعالین نتروفیل ها و کاهش immunoglobulin باعث تنقیص مقاومت وضعیفی سیستم معافیتی بدر می گردد. اندازه آسیب نسجی تعین کننده انذار مرض بوده ومربوط به نکات ذیال است: درج حرارت ماده سوزنده، طرز انتقال حرارت، مدت زمان تماس.

### سوختگی از باعث حرارت بلند

#### تصنيف

جراحي عاجل

### تصنیف سوختگی نظر به عامل سببی :

Scald burn : سوختگی های اند که درنتیجه ریختن آب جوش بالای جلد تولید شده معمول ترین نوع سوختگی ها را در زندگی روزمره تشکیل می دهد، زیرا آب در ۶۰ درجه ساتن باعث سوختگی های سطحی شده و در مدت سه ثانیه باعث تولید سوختگی های سطحی شده و در مدت سه ثانیه باعث تولید سوختگی می گردد، در حالیکه این درجه اخیرسوختگی در مدت یک ثانیه به وسیله آب بادرجه حرارت ۴۴ درجه سانتی بوجود می آید.

سوختگی از باعث روغن داغ: روغن های که جهت پختن غذا به کار می روند دارای درب حرارت بسیار بلند بوده (۱۸۰ درجه سانتی) و نسبت به آب داغ به آهستگی بروی جلد سردس شوند از این رو باعث سوختگی عمیق می گردند.

سوختگی به وسیله شعله آتش: آتش گرفتن منازل، لباس ها، پاش شدن پطرول و غیره باعث شعله شده از این رواکثراً دریهلوی سوختاندن جلد باعث بلع نمودن شعله آتش نیز شده می تواند که تخریبات طرق هضمی و تنفسی رانیز سبب می گردد.

Flash burn: تشعشع ناگهانی ازصاعقه سبب سوختگی جلد وآتش گرفتن لباس گردیده اسا باعث سوختگی عمیق نمی گردد .

Lightnining strikes: ضربه صاعقه دارای ولتاژ بلند ومدت زمان کوتاه بوده، ضربه مستقم أن

مرک و میر بلند همراه می باشد. درحالیکه ضربه غیرمستقیم و یا جداری آن سبب سوختگی تا به ما ها کی اید در سوختگی تا به ما ها کی اید در سبب سوختگی وقعات مرف و یا جداری آن سبب سوختگی تا به پا ها که ارتباط به زمین دارد است اما توقف قا مهدی این سمی منتهای می تماید. آفات اعضای داخلی غیر معمول است اما توقف قابی و تنفسی رخ داده می تواند و تصنيف سوختگي نظر به عمق أن:

معتلی درجه- ا: در حادثاتیکه فقط سطح جلد احمراری و طبقه سطحی جلد ماوف گردیده لد موسد اکثرا در خارف ۱۲۸ میباشد. درد که عرض عمده است اکثرا در ظرف ۴۸-۲۲ ساعت ازبین رفته و الم بدون كدام حادثه به وقوع مي رسد.

موخدگی درجه- II: درحادثاتیکه آبله ها در جلد موجود باشد سوختگی درجه II نامیده شده یس وظیفه فزیولوژیک واناتومیک انساج جلدی معروض ومختل شده است. درین نوع سوخنگی تمام ایی درم و قسمتی از کوریوم را دربر می گیرد، کیفیت التیام مستقیما به مقدار و اندازه کوریوم منع ارتباط دارد.از این رو بهتر است که سوختگی درجه دو به دو سب سکشن تصنیف گردد: .Deep partial thickness , Superficial partial thickness

مختكى درجه-III: توليد نكروز و تموت درطبقات جلد ازجمله علايم سوختكى درجه III وده بدین معنی که تمام طبقات جلدی را سوختگی احتوا نموده است، منظره موم گونه یا سفید وصفی می داشته باشد. جلد رنگ نصواری، سرخ تاریک یا سیاه را به خود می گیرد. درسوختگی لم فقدان حسیت در جلد سوخته، عدم پرشدن مجدد شعریه ها وموجودیت بافت چرم گونه که با طدارط شباهت ندارد دریافت های تشخیصیه را می سازد.

### ۱. سوختگی را نظر به آفت ضخامت جلد به دو گروپ تصنیف نموده اند:

اف- Partial thickness : در صورتیست که سوختگی به تمام طبقات جلد انتشارته نماید. ست به سوختگی درجه یک خطرناک تر بوده زیرا طبقه عمیقتر جلد می سوزد بیشتر دردناک وده وبه سهولت منتن مى شود. مريض از سبب ضياع مايع مساعد به شاك مى باشد اين نوع وضكى به نوبه خود به سه دسته تقسيم گرديده است: ,superficial dermal superficial و

deep dermal. superficial در این صورت سوختگی منحصر به اپی درم است، نسبت به سوختگی درجه ک وخیمتر بوده زیرا طبقه عمیق جلد می سوزد، این نوع سوختگی بیشتر دردناک بوده وبه ساده ا مرده زیرا طبقه عمیق جلد می سوزد، این نوع سوصتی بید را باک شود، این مصاب شاک شود، میش مصاب شاک شود، در صورتیکه بیشتر از ۱۰ ٪ باشد ممکن است مریض مصاب وخنكوها

بلتد ويبا وه درجه

ى جوش ا مايع و فعاليت نى يىدن : درجه

> شده و سانتي full-th

ت ۶۹

درجه د مى

> باعث تواند

400

ران



شكل (۲۸) سوختگی superficial

superficial dermal: در این صورت سوختگی برعلاوه اپی درم به طبقات سطحی درم نیزانتشار می نماید. (papillary dermis) دراین نوع سوختگی نهایت اعصاب حسی سالم بوده ازاین رو این نوع سوختگی رجعت اوعیه شعریه ازاین رو این نوع سوختگی رجعت اوعیه شعریه موجود است، زیرا اوعیه شعریه سالم می باشد. آبله موجود بوده جلد بالای آبله بدون حیات است واز طرف قاعده بوسیله مایع التهایی اذیمایی (مایع آبله) جدا می شود. زمانیکه آبله رپچر نماید پییلاری درمیس آشکار شده، ساحه آشکارشده گلابی رنگ می باشد، این نوع سوختگی درمدن ۱۴ روز به صورت بنفسهی صحت یاب می شود.



superficial derma Burn ' شكل

Deep dermal در این صورت سوختگی به طبقات عمیق درم انتشار نموده اما از جلد خارج نمی گردد. این نوع سوختگی بوسیله تشکل وسیع آبله به صورت ابتدایی (درظرف چند ساعنا مشخص می شود که اکثرا رپجر نموده وآفت عمیق جلد را واضح می سازد، جلد مصاب ازسب افت اوعیه جلدی خاسف بوده، ویا هم از سبب خارج شدن کریوات سرخ از اوعیه رنگ سرخ رابه خود اختیارمی نماید. از جمله علایم بالخاصه این نوع سوختگی عدم رجعت جریان اوعیه شعره

10

مانیکه درقاعده جرحه فشار وارد شود بزودی رجعت تغیر رنگ رخ نمی دهد که دلات است. است شدید اوعیه می نماید. نهایات عصب نیز آفت می بیند از این رو حساسیت نیز تخفیف می افت سوختگی تمایل به خشک شدن دارد.



Deep derma Burn 1 (۲۰) شکل



تىكل: Full thickness Burn

3. تصنیف سوختگی نظربه وسعت: جهت تعین وسعت سوختگی بیشترازسه طریقه اعلام سوختگی، احمرار موجود نباید شامل اعلام شود. باید علاوه نمود که در اثنای تعین وسعت سوختگی، احمرار موجود نباید شامل

Unu

درم وده

ىرىد

ست

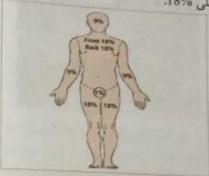
دت

ارج

بب

ربه

قانون Wallace یا ۹: طریقه خوب وسریع جهت تعین سطح سوختگی های متوسط و بزری است. دراین طریقه فیصدی سطح جلد قرارذیل تعین می گردد: رأس و عنسق %9 هنر یک است. دراین طریقه فیصدی سطح جلد قرارذیل تعین می گردد: رأس و منسق 36% ناحیه عجان اطراف علوی %9، جذع یا تنه (جدارهای قدامی، خلفی صدر و بطن مجموعاً) %36، ناحیه عجان ۱۸ هریک از اطراف سفلی %18.



٩ LWallace شكل (٣٢) قانون

حالت وخامت

سوختك

تراز ٢

مسن م

ریوی، معیوبیت قرار گیر 1-

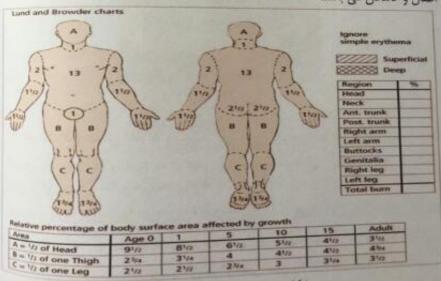
وجه، عن uction

نواحی م های بزر

njury انشاؤ احتمال ا

(يوى تۇ

Lund and Browder chart : طریقه بسیار دقیق تعین سطح سوختگی است دراین طریقه از چارت استفاده می شود و یگانه چارت ایدال برای تعین سطح سوختگی در تمام سنین یعنی اطفال و کاهلان می باشد.



لنكل: Lund and Browder chart

و سوختگی را نظر به زمان التیام نیز تصنیف بندی نموده اند که بنام مراصل فعل هفتم اسوختكى ها می سوختگی یاد شده طور ذیل در جه بندی نموده اند : و معله التيام زمان اذيما، كه يك هفته د وام مينمايد

مرحله التيام زخم سوختگي، كه يك الى سه هفته را دربر مي گيرد.

مرحله التيام وتيره تبادله مواد(catabolar و anabolar)، سه الى چهارهفته را دربرميكيرد معرفه (۱ دربرمیکیرد Regeneration که اضافه از یک ماه را دربرمی گیرد. درقبال این مرحله در در های درجه سوم وسیع، عمیق وپیشرفته دوره معیوبیت موجود بوده که سالها دوام نموده

تعین و خامت سوختگی : انزار سوختگی ارتباط به سطح سوختگی، عمق سوختگی، سن، التقلي مريض، موقعيت سوختگي و وخامت جروحات متممه مخصوصا آفت ريوي دارد. چون المام موختگی ارتباط مستقیم به حدود یا وسعت سوختگی دارد از این رو تعین دقیق سطح ريكي به چند دليل داراي اهميت است: انزار سوختگي ارتباط مستقيم به وسعت سوختگي دارد. عميم تداوى بالخاصه، بستر درشفاخانه و يا سرا پا ارتباط به سطح سوخنگى دارد. مريضان پايين و از ۲ ساله و بزرگتر از ۶۰ ساله در سوختگی های وسیع تمایل بیشتر به مرگ دارند، در اشخاص س موجودیت حالات همراهی کننده از قبیل امراض قلبی، مرض شکر، امراض مزمن انسدادی روی الزار سوختگی را وخیم می سازد، مصابین سوختگی دست ها، پاها، وجه، اعجان سبب سربیت ها گردیده وهم چنین سوختگی های طرق تنفسی باید در شفاخانه بستر و تحت مراقبت فرار گيرند.

١- توضع يا موقعيت سوختگي: توضع جرحه سوختگي مهم بوده زيرا سوختگي هاي وه علق، دستها، پاها و اعجان سبب پرابلم های بخصوص شده، درقسمت تداوی، reconstruction احیای مجدد آنها باید تدابیر خاص گرفته شود، ازاینرو نواحی مذکور به قسم ولا عمق جرنظر گرفته شده وبدون توجه به وسعت ساحه ویا عمق جرحه درجمله سوختگی فى بزرگ محاسبه مى گردند.

Inhalation injury اشاق گازات مضر باعث آسیب ریوی و مرگ ومیرشده از این رو نزد مریضان سوختگی تعیین احمال انشاقی در تخستین ارزیابی مریضان سوختگی باید صورت گیرد. احتمال انکشاف اعراض الایند الای ناد مصدومین که دریک فضای بسته آسیب می پذیرند وجود دارد. مریضانیکه با اذیمای اختكى الما

3,30 یک از به عجان

ن طريقه ن يعنني

Lun

حنجره برائش ها، Horsness, conjunctivitis یا Carbonaceous sputum مراجس می منافق می است می است

برو برو برود که در اثنای سوختگی سبب وخامت سوختگی شده می Comorbid factors: ترضیضات مترافقه در اثنای سوختگی شده می توانند. باید علاوه نمود که دانستن حالات مرضی قبل از سوختگی جهت تعین تداوی ونتایج ان کمک نموده می تواند.

Categorization برای تعین وخامت سوختگی می توان با استفاده از کریتریای فوق الذکر سوختگی را بطور مناسب کتگوری نمود. از نظر کلینیکی برای توضیح وخامت سوختگی اندکس خوب استعمال جدول ذیل بوده که به وسیله انجمن سوختگی امریکا ترسیم گردیده است. جدول گروپ بندی وخامت سوختگی بر اساس تصنیف انجمن سوختگی امریکا

#### سوختگی های شدید

سوختگی درجه دوم با وسعت اضافه تر از ۲۵٪ در کاهلان سوختگی درجه دوم با وسعت اضافه تر از ۲۵٪ در اطفال سوختگی درجه سوم با وسعت اضافه تر از ۱۰٪ سطح عضویت سوختگی های وجه، دستها، گوشها ،چشم، یا و ناحیه اعجان.

مريضان مصاب:

Inhalation injury Electrical injury

سوختگی توام با ترضیضات بزرگ دیگر

Poor-risk patients with burns

#### سوختگی های متوسط بدون اختلاط

سوختگی درجه دوم با وسعت بین ۱۵-۲۵٪ عضویت در کاهلان سوختگی درجه دوم با وسعت بین ۱۰-۲۰٪ در اطفال سوختگی درجه سوم با وسعت کمتر تر از ۱۰٪ سطح عضویت

## سوختگی های خفیف

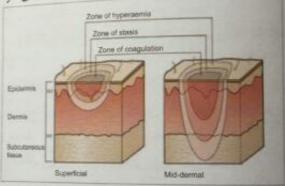
سوختگی درجه دوم با وسعت کمتر از ۱۰٪ سطح عضویت در اطفال سوختگی درجه دوم با وسعت کمتر از ۱۵۰٪ سطع عضویت در کاهلان سوختگی درجه سوم با وسعت کمتر تراز ۲٪ سطح عضویت فصل عفته الموختكي ها بوفزیولوژی: سوختگی سبب عکس العمل های سیستمیک و موضعی می گردد.

پوفاز بو در العمل موضعی: در ناحیه سوختگی سه زون یا ناحیه اساسی که به وسیله محمداست محمداست. مطابق شکل توضیح شده است موجوداست:

المعامل المحل است كه أفت اعظمى سوختكى دران واقع شده واز باعث المعامل و بروتین های ترکیب کننده ضیاع غیر قابل برگشت انساج دران موجود می باشد. روتین های ترکیب باشد. ب بروسی اسد. العبه Stasis که به وسیله تنقیص پرفیوژن انساج مشخص می شود. انساج دراین ناحیه به

له احیای مریض سوختگی قویآ قابل نجات بوده ولی درصورت عوامل چون انتان، هایبوتنشن ایداد در در میاند میاند در ایداد در در ایداد در در ایداد در در در انتان، هایبوتنشن مدار وغیره به یک ساحه غیر قابل نجات تبدیل شده می تواند.

احده Hyperaemia : جای است که پرفیوژن انساج دران افزایش یافته، ناحیه مذکور با الماى مجدد نيز غير قابل تغييربوده وضياع انساج دراين ناحيه معرف عمق سوختگى است.



شکل: سه زون یا ناحیه اساسی درناحیه سوختگی

عکس العمل سیستمیک: در سوختگی های بیشتراز ۳۰% افراز سایتوکین ها و مدیا تور هٔ التهایی در ناحیه سوختگی رخ داده دارای تاثیرات سیستمیک نیزمی باشد که در سیستمهای الم وعلى، تنفسى، ميتابوليك و معافيتي أشكار مي شوند.

ميرات درسيستم قلبي وعايي: افزايش قابليت نفوذيه اوعيه شعريه باعث ضياع پروتين هـا و

العام الأوليد به طرف مسافات بين الخلالي مي شوند. قض وعايي در اوعيه splanchnic ومحيطي: پايين أمدن قدرت تقلصيه عضله قلبي از ان قرار تومورنگروتایزنگ فکتوررخ داده بناء تغییرات مذکور توام با ضیاع مایعات از طریق end -organ hypoper fusion و تغییرات مدنور توام به end -organ hypoper fusion و مدنور تغییرات مدنور توام به و الم SJI

تراة

أتسا تداد

عر

ml

ml

کنت

مايع

طور

دیهایدری می سازد. ۴- تکی کاردی: در آغاز از سبب اضطراب و بعداً از باعث ضیاع مایعات تولید میشود. ۵- اذیما موضعی انساج: درسوختگی های سطحی آبله و درسوختگی های عمیق اذیمای تحت الجلدي بوقوع ميرسد.

۶- کوما: ازباعث اسفکسی و یا ترضیض قحفی بوجود می اید.

## تداوی سوختگی

جراحي عاجل

مىشود .

تخفيف كتابوليزم دارد.

خفیف دارند.

تدابیر، مراقبت های جدی وعاجل: در قدم اول شعله أتش باید خاموش گردد. توجه جای مستقیماً به طرق هوایی عطف گردد. مریض ازساحه آتش ویا مملو از دود نجات داده شود! درساحه تحت ۱۰۰ فیصد اوکسیجن قرار داده شود. مریضانیکه به حالت غیر شعوری قرار دانهٔ ۱ یا مصاب تشوشات تنفسی اند به وسیله افراد تعلیم یافته مسلکی انتوبیشن گردند. درسو<sup>تگی</sup> های درجه III و وسیع، مریض توسط کامپرس های معقم و ستریل تا حد امکان پوشانیده شو تطبیق انلجزیک های قوی، توصیه الکترولیتها و مایعات ازطریق فمی و یا داخل وریدی اتفا مریض به کلینیک های مجهز و اختصاصی ضروری می باشد.

تدابیر و مراقبت های خاص کلینیکی: درسوختگی های وخیم و وسیع مریضان باید درسونی مراقبت جدی تحت تداوی قرارگیرند. کنترول منظم وظایف قلبی، کلیوی و کبدی بالسخادا ی معین قراردادن ورید مرکزی، تعین گازات خون، اجرای معایتات لابراتواری، تعین کازات خون، اجرای معایتات لابراتواری، تعین هیموگلوبین، همتوکریت، قابل می ا فصل هفته اسوختكي ها به بدسوس معايدات لابراتواری، تعين هيموگلوبين، همتوكريت، قابليت تحترخون، كريانينين، و اوسمولاريته هر سه تا شش ساعت بعد مستوي و مروف البومين و اوسمولاريته هر سه تا شش ساعت بعد صورت گيرد. ويد الماري الخاصة : تنظيم مايعات، الكتابات الماري علوى هاى بالخاصه : تنظيم مايعات، الكتروليت ها، كاربوهايدريت هـا، محلولات البومين

للوی الله معلولات البوسن بلازما و يا خون تازه به مقدار كافى و ضرورت لازم بوده، تطبيق واكسن تيتانوس، اتخاذ این به است مناوس، اتحاد امبولی مانند پوشیدن جراب های مخصوص ضد امبولی، علیر وقایوی جهت جلوگیری از تولید آمبولی، دایر و ایر و ایر استف یا اکتیف، بایسکل رانی دربستر، تطبیق زرقی مایعات در سوختگی طور ذیل و مطابق جدول ذيل صورت مي گيرد:

Formulas Evans Brook	Ringar Lactat 1.5ml/kg	Colloid 1ml.%burn o.5mL/kg	D5W 2000ml 2000ml
Slater	.%burn Ringar Lactat 2L/24h	Fresh frozenplasma 75ml/kg/24h	
Parkland	Ringer Lactat 4ml/kg.%burn		
Modified Brooke	Ringer Lactat 2ml/kg %burn	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	

#### جدول-تطبیق مایعات در سوختگی

هیارین ازسه تا پنج هزار یونت بین المللی تحت جلدی روزیک یا دو بار نظربه ضرورت و یا مه صد تا پنج صد یونت از طریق وریدی، تجویز، تطبیق انتی بیوتیک های وسیع الساحه و کترول انتی بیوگرام حتمی و ضروری میباشد. تداوی مناسب عبارت از اعاده درست زیر بناهای

تعین مقدار، سرعت و معاوضه مایعات نظربه وزن شخص، فیصدی مجموع ناحیه ماووفه سطح حمی و یا والمیک می باشد.

علويت إجرا مي شود.

طبیب برای تعین مقدار مایع معاوضوی این نکته را به خاطر داشته باشد که ضیاع اعظمی ساعت اول بعد از سوختکی به و فوع پیوست وبه با اول صورت گرفته اینده ادامه می یابد از این رو تطبیق این مقدار مایع در ۲۴ ساعت اول صورت گرفته طویکه مع یابد از این رو تطبیق این مقدار مایع مر مین نه از زمان مراجعه اور نام مریض نه از زمان مراجعه اور که نصف مقدار تخمین شده در ۸ ساعت اول از زمان سوختن مریض نه از زمان سوم توصیه سندر تحمین شده در ۸ ساعت اول از زمان سوسی کرد که ساعت سوم توصیه این در ۸ ساعت سوم توصیه این مایده آن در ۸ ساعت سوم توصیه این مایع در ۸ ساعت دوم و ۱/۴ باقی مانده آن در ۸ ساعت سوم توصیه و تطبیق می گردد. باید ذکر نمود که در ۲۴ ساعت دوم گلوکوز ۵٪ به آن علاوه شده البته بد مقدار که غلظت سودیم سیروم را به مقدار 140meq/lit حفظ نماید. در ۲۴ ساعت دوم توصیه پلازما به مقدار ۲۵۰ ملی لیتر برای هر ۱۰ فیصد سوختگی، در سوختگی های با وسعت اضافه تر

از %10 توصیه می شود. مکفی بودن معاوضه مایع و الکترولیت به وسیله شواهد کلینیکی و دهانه ادرار به اندازه ۵ الی ۳۰ ملی لیتر فی ساعت تخمین شده می تواند.

الماد الراب الدارة المارة الم

ضروریات غذایی و میتابولیک: جهت رفع بیلانس منفی نایتروجن که لازمه سوختگی های بزرگ است باید درجریان ماه اول بعداز سوختگی روزانه ۲۰ گرام نایتروجن فی مترمربع سامه سوختگی ودر جریان ماه دوم تقریبا ۱۵ گرام فی متر مربع به مریض داده شود. پوشانیدن سربع جرحه باعث کاهش این ضیاع گردیده یعنی ضیاع پروتین به 4gr/m² فی روز سقوط می نماید علاوه بر ضروریات پروتین باید کالوری غیر پروتینی نیز آماده گردد. این ضرورت میتابولیک را می توان با دادن ۲۵ کیلوکالوری فی کیلوگرام وزن بدن جمع 40Kcal فی کیلوگرام وزن بدن جمع 40 Kcal فیصدی ساحه سوختگی در نزد کاهلان تامین نمود. درپهلوی آن باید ویتامین ها وشحم نیز ضمیمه گردد.

تداوی موضعی: در تداوی موضعی سوختگی مراقبت جرحه از اهمیت بسزای بر خور دار بوده لذا آنرا بصورت مفصل مطالعه مینمایم:

Superficial and superficialdermal burns: صحت یابی بنفسهی آن۱۴روز ضرورت دارد، به منظور جلوگیری ازانتان ثانوی وعمیق شدن آفت پانسمان و محافظ ت جرحه ضروری بوده زیرا محیط مناسب را برای صحت یابی و تحقیف درد بوجود می آورد به این منظور پانسمان های مختلف استعمال می شود:

Tulle gras (Jelonet, Bactigras): طریقه قدیمی پانسمان سوختگی است که درآن پارچه

20

آن ولع

شوا

از ا

افرا

داث

.

ىيە

20

e)

داه

خ

شد

فعل هفتم اسوختكيها الوسی ما به شکل جوراب مغطوس شده در محلول انتی سپتیک مخصوصا کلور هیگسی ما در که قابلیت چسپند گی را داشته و یک محیط مرطوب ایران اریسم، محصوصا کلور هیگسی کارمبرود که قابلیت چسپند گی را داشته و یک محیط مرطوب را برای ترمیم مساعد می شود. چون تمایل به افرای ترمیم مساعد می بن به فارسرد بن به مانیکه خشک شد به مشکل بر داشته می شود، چون تمایل به افراز مابع دارد بناه بالای رد زمانیکه خشک شد به مشکل بر داشته می شود، در صورتبکه گاه مذکر، دنیا رد رسود کار باید گذاشته شود، در صورتیکه گاز مذکور مغطوس گردد آنرا باید تبدیل نمود مداخاه ایالای از حالاتیکه انتان ثانوی مداخاه ایالا در ایسان در از ایالات تبدیل نمود

مداخله نماید نباید قبل از حالاتیکه انتان ثانوی مداخله نماید نباید قبل از صدت ۵ روز بر داشته می پارچه ابریشم بغیر ا

Retention dressing (Hypafix): پانسمان جدید سوختگی را، استعمال پانسمان جسپنده به المجال به المجال می دهد. این نوع پانسمان بالای جرحه چسپیده و از احمال فشار که ب پاره نمودن تداوم ترمیم شود، جلوگیری می نماید. گذاشتن گاز بروی آن به منظور جذب الوازات ضروري است .

این نوع پانسمان به وسیله شاور، پاک نگهداری می شود مواد چسینده پانسمان اساس چربی الته جربي مذكور اجازه مي دهد تا پانسمان بدون تخريب نمودن ترميم جرحه سوختگي بردشته شود.

(<u>Interface dressings</u> (Biobrane, Transeyte): این نوع پانسمان بروی جرحه سوختگی طوری هموار می گردد که اپیدرم تازه را به هم وصل نماید پانسمان مذکور به شکل یک غشای بمه قابل نفوذ عمل نموده جرحه را مرطوب نگهداشته و از کالونایزیشن پاکتری هاجلوگیری می لاید Transcyte سبب افزایش فکتور های نمو درساحه شده و ترمیم جرحه را سرعت می بخشد البته این نوع پانسمان فقط در سوختگی های سطحی استعمال می شود و بسیار قیمت

Topical antibacterial cream (Flamazine): طریقه معمول پائسمان بوده که در آن از Silver sulfadiazine (Flamazine) استفاده به عمل می اید، محافظ خوب مقابل انتانات گرام عنفی بوده، جرحه را مرطوب و پاک نگه می دارد. بد بختانه سبب تخریش جرحه شده و مودی متکرر اعمیق می سازد، از این رو بررسی آن مشکل بوده، ضرورت به تبدیل نمودن متکرر

Deep dermal/full thickness و full-thickness به مداخله جراحی این مداخله عمیق و النه که برای مریض خوش آیند نیست.

مرارث داشته و در سی سال اخیر تغییرات بزرگ در طریقه تداوی این نوع سوختگی ها بر ملا سه و در سی سال اخیر تغییرات بزرگ در طریقه ندوی این ک چه زود تر جرحه شده است و طریقه مدرن تداوی سوختگی های عمیق را debridment هر چه زود تر جرحه

سوختگی تشکیل داده و قبل از ۴۸ ساعت جرحه سوختگی باید دو باره پوشانیده شود و برختگی تشکیل داده و قبل از ۴۸ ساعت جرحه سوختگی باید دو باره پوشانیده شود و rehabilitation آغاز گردد. زیرا طریقه فوق اجازه ترمیم سریع را داده، تشویش صریض را کم ساخته و معیوبیت ها را تخفیف می دهد. نو آوری این طریقه را استعمال عوامل موضعی تشکیل ساخته و معیوبیت ها را تخفیف می دهد. نو آوری این طریقه در جرحه سوختگی شده و باعث نهی عکس داده که سبب محصور نمودن پروتین های افت دیده در جرحه سوختگی شده و باعث نهی عکس العمل التهابی در واقعات سوختگی می گردد. به این منظور از Pexcision استفاده می شود البته استعمال آن در سوختگی های وسیع مفید بوده زیرا اجازه مرحلوی excision را خصوصا در مریضان مسن داده و الی اجرای عملیات جراحی راحت زا است .

مریصان مس داده و می جراحی : Excision مماسی انساج سوخته و یا تراش نمودن آنها الی انساج نارمل عملیه جراحی : Goulian hand-held blade یا درما توم میخانیکی برای تحتانی به وسیله پل پیوند جلدی یا Resurfacing یا درما توم میخانیکی برای سوختگی های کوچک اجرا می شبود، بعد از آن Resurfacing ناحیه به وسیله Cultured skin Synthetic skin، Skin xenografts، Skin allografts autografts وصورت می گیرد. چون تمام انتی بیوتیک ها التیام جرحه سوختگی را به تعویق مواجه می سازند کذا از آنها صرف در سوختگی های درجه دو و سه و سوختگی های که دارای ریسک بلند انتان اد استفاده میشود. از اینرو در تداوی موضعی سوختگی ها ازمستحضرات Silver sulfa diazin و Gentamycin ،Povedon Iodin نیز استفاده به عمل میآید.



شكل . Excision مماسى انساج سوخته 2

میتودهای تداوی باز و بسته: دومیتود درتداوی جرحه سوختگی با استفاده از مستحفرات موضعی موجود است. درتداوی باز هیچ نوع پانسمان بالای جرحه استفاده نشده و تنها تطبق م<sup>الا</sup> موضعی برای چهار مراتبه درروزعملی می گردد. دراین میتود نشو نمای باکتری ها افزایش <sup>بیان</sup>

29

5

Sk

Ci

زند

اند

واز

01,

ماده

افته

معرض دید و به سهولت قابل دسترس است، زیادتردرسوختگی های وجه و راس از آن و معذوریت آن دردشدید و ضیاع حرارت است.

هاده میشود درمیتود بسته پانسمان محجم بالای ماده انتی باکتریایی گذاشته شده معذزت این میتود درمیتود بسته باید صورت که بانسمان زود تبدیل نگردید. درمیود. این میتود این میتود باکتری ها در صورت که پانسمان زود تبدیل نگرددبوده، مخصوصاً زمانیکه سکار ضغیم موجود باشد و مفاد آن در کم بودن درد و جلوگیری از ضیاع حرارت است.

اختلاطات سوختگی: اختلاط سوختگی در هر یک از سیستم های عضویت به وجود آمده متواند و قرار ذيل اند:

التلاط التاني: سيسس جرحه سوختگى، پنومونيا، ترمبوفلبيت تقيحى، الدوكارديت حاد، سنوزيت تقيحي، سيسس عمومي.

تالاطات معدى معايي: Pancreatitis ، Acalculus cholicystitis ، تقرحات حادا إزقيبل Curling ulcer درمعده و اثناعشر)، توسع حاد معدوی.

- عدم كفايه كليه
- جروحات انشاقى
- Marjolin ulcer) سکار سوختگی
  - در اطفال Sizures
  - اذیمای ریوی انیمی

زما نیکه انساج عضویت در اثر تماس و یا تاثیر دوامدار حرارت پائین تخریب گردند تبرد گفته

عوامل و فکتورهای ذیل زمینه رابرای تبرد مساعد میسازد: پایش بودن درجه حرارت، رطوبت و وزیدن باد، موجودیت تشوشات عمومی و یا موضعی ساب تاحیه تبرد. در ۹۰٪ وا قعات تبرد در اطراف بوجود میآید و در انگشتان یاها عمومیت دارد.

برد به چهار درجه تقسیم می کردد نبرد درجه اول: در تبرد درجه اول جلد مصاب رنگ آبی را اختیار نموده و بعضاً رنگ سرخ

وعیع بیدرم از درم نفی به طری ایدرم از درم جدا گردیده دراین صورت آبله های خورد تبرد درجه دوم: در تبرد درجه دوم ایدرم از درم جدا گردیده دراین صورت آبله های خورد و بزرگ در روی جلد ازباعث نکروز طبقه سطحی تا به طبقه Mulpigy بوجود می آید،آبله های مذکور حاوی مایع شفاف و بعضاً نزف بوده، قوام آبله ها بعضاً سخت و بعضاً نرم میباشد.

تبرد درجه سوم: درتبرددرجه سوم تمام طبقات جلد به شمول طبقه Mulpigy، تسبع تعرز الجلدى و حتى بعضاً عضلات ماؤف مى گردد. دراين درجه تبرد التيام بعد از Demarkation و حتى بعضاً عضلات ماؤف مى گردد. دراين درجه تبرد التيام بعد از تندب صورت مى گيرد.

بصر حالا

وصا

9,5

و يز

در م

مصا

شود،

ساخة

4-3

225

تيتا د

اطاق

تبرد درجه چهارم: در تبرد درجه چهارم علاوه ازجلد ونسج تحت الجلدی انساج رخوه و عظام نیز ماؤف گردیده، التیام آن مدت زیاد ضرورت دارد.

تشخیص درجه های تبرد در ابتدا بسیار مشکل میباشد. در ۷۰٪ وقایع تشخیص تبرد دری اول و دوم گذاشته میشود. لاکن بعد از سیر آفت معلوم میشود که اصلاً تبرد درجه سه و یا چهار موجود است. یک نقطه بسیار مهم در تبرداین است که برخلاف سوختگی حرارتی در انکشان تبرد مدت دوام برودت بالای عضویت مصاب رول مهم دارد.

فریوپتالوژی: درصورت مواجه شدن قسمت ازعضویت به سردی تغییرات اناتوموپتالوژیک و فزیوپتالوژیک و فزیوپتالوژیک تا اندازه زیاد ارتباط به شدت تبرد، دوام تبرد، رطوبت هوا، مقاومت عضویت مرض و وضع اوعیه ساحه دارد. همچنان تغییرات پتالوژیک نظر به درجه تبرد فرق مینماید، علت عمده تغییرات پتا لوژیک را، انجماد و عکس العمل اوعیه در مقابل تبرد تشکیل می دهد

درابتدا دراوعیه ساحه تبرد و نواحی مجاور آن سپزم پیدا شده درحالیکه اوعیه قسب پروکسیمل متوسع می گردد. این سپزم گذری بوده بعد از یک مدت اوعیه مصاب سپزم دوباره توسع مینماید لاکن در بعضی حالات درصورتیکه تبرد دوام نماید امکان دارد توسع دوباره به تقبض تبدیل گردد.

یک موضوع دیگر که ذکر آن حتمی است اینست که در بعضی اشخاص پیر، لاغر و که خود امکان دارد سپزم و تقبض اولی اوعیه به حالت خود دوام نموده و قطعاً توسع دوباره حاصل خود این در تبرد در این اشخاص سیر بسیار وخیم را تعقیب مینماید، ازهمه اولتر سپزم در اوعب شعریه بوجود می آید بعداً اورده کوچک نیز مصاب آن می گردد که سبب رکودت خون بطن شدن دوران شده و سبب ترمبوز می گردد. علت فوت انساج را در تبرد انجماد انساج تشکیل می

برحله مطالعه مي گردند:

ره معالف و معالف و عکس العمل: تظاهرات سریری در این مرحله بسیار ناچیز است. در اکثر وقایع مرحله بسیار ناچیز است. در اکثر وقایع مرت غیر محسوس شروع شده و بدون تظاهرات Subjective سیر می نماید صوف در بعفی محسوس نماید صوف در بعفی مورب می ماید صوف در بعضی Parastesia همراه میباشد، اما بصورت Objective ماید صوف در بعضی ماب تبرد خسافت جلدی مشاهده شده و سردی شدید.احساس می شود

مرحله عكس العملي: تظاهرات و لوحه سريرى دراين مرحله مربوط يه عمق أفت و اختلاطات ان میاشد در تبرد درجه اول بعد از گرم کردن ساحه ماؤفه درد شروع میشود که شدید بوده و و اذیما نیز موجود میباشد که به زودی درمدت ۴ – Parastesia و اذیما نیز موجود میباشد که به زودی درمدت ۴ – عروز ازبین میرود. در تبرد درجه دو بر علاوه لوحه قوق اییدرم از درم جدا شده و آبله های خورد و بزرگ موجود میباشد. که بعضاً حاوی مایع سیروزیتی و بعضاً هیموراژیک میباشد، این تغییرات در مدت دو الى سه هفته از بين ميرود. درحاليكه در تبردات درجه سه و چهار انساج عضوبت ساب گانگرین خشک یا مرطوب می گردد.

## تداوى:

کمک های اولیه: در کمک اولیه کوشش گردد تا انساج عضویت از تاثیر برودت نجات داده شود جریان خون ساحه ماؤفه بر قرار گردد، مریض به محل گرم انتقال داده شده، نهایات آن گرم ساخته شود و کوشش گردد تا مریض آرام ساخته شود.

نهایات برای مدت ۴۰ – ۶۰ دقیقه در تشت آب گرم گذاشته شود و درجه حرارت آن به تدریج (۲۰ درجه سانتی یه ۴۰ درجه سانتی بلند برده شود. همزمان از محیط به طرف مرکز مساژ شروع كردد تا جلد سرخ و كبود گردد، جلد با محلول أيودين پاك، پانسمان معقم تطبيق و سيروم اتنى بتالیک تطبیق گردد.

تداییر عمومی که گرفته می شود قرار ذیل اند: تطبیق مشکوله های گرم، انتقال مریض به اطاق گرم، دادن غذا و مشرو بات گرم، درصورت ضرورت دادن مقویت قلبی.

می کردد (استعمال مواد غذایی با کالوری Regeneration می گردد (استعمال مواد غذایی با کالوری للوى عمومي تبرد

بلند و ويتامين دار و حتى نقل الدم).

1 PM

با اب لويها

و سه به

طرف الدا یک اندا

سوخ دوام اشه میتود ها اسسا

پتوف اهمیت د

تشعشع ت عصبی مو

أيد. اوعيه

مواجه نک

سويو مرحله اخن

عکس مصاب اح

نبض مرید نموده بعد

- ۵ هفته

ضخیم کر شده و أبله ◄ مجادله علیه انتان یعنی استعمال انتی بیوتیک ها از طریق زرق عمومی و موضعی

🗸 اتخاذ تدابير جهت احياى وظايف قلبي وعايي

◄ استعمال ادویه های که وظایف اعضای پرانشیما توز عضویت را بهتر میسازد

Intoxication مجادله عليه

◄ تطبيق مقدار زياد مايعات سيروم و اكسيجن، دور كردن انساج متموته و تكروزي

#### سوختكي هاي كيمياوي

عبارت از سوختگی های اند که درنتیجه مواد سوزنده کیمیاوی ازقبیل تیزاب های قوی قلوی قلوی خاص از سوختگی های اند که درنتیجه مواد سوزنده کیمیاوی از این نوع می دهند سوختگی های وسیع جلدی از این نوع عموماً در موسسات صنعتی و تولیدی یا موسسات حرفوی بوجود می آید. خوردن تیزاب ها، نمک های فلزات تقیله و غیره سبب سوختاندن غشای مخاطی دهن، مری و معده میشود.



شکل: نمای از سوختگی کیمیاوی 3

بعضی مواد کیمیاوی سبب سوختگی و نگروز انساج گردیده در حالیکه یک تعداد آن سبب تمیع آنها می گردد که در نتیجه نکروز تمیعی بوجود آمده، آفت بطرف عصق انساج پیشرف: انساج عمیقه را نیز متاثر میسازد. تعین درجه سوختگی های کیمیاوی درروزهای اول از سبب عدم ظهور تظاهرات کلینیکی بسیار مشکل است. اکثراً عمق سوختگی های کیمیاوی بعداًواضح می گردد و در صورت التیام سوختگی های کیمیاوی ندبه عمیق بوجود می آید.

سیر سوختگی های کیمیاوی: درسوختگی های کیمیاوی وتیره پاک شدن زخم تدریخ صورت گرفته انساج نکروتیک به صورت تدریجی ازبین رفته و وتیره احیای مجدد انساع به اهستگی صورت می گیرد. درسوختگی های کیمیاوی شاک توکسیک رخ نمی دهد. کمک های اولیه در قدم اول به منظور جلوگیری از تخریب و نکروز انساج عمیقه ساهه ایه ایمانیه

عادی و فراوان شسته و پاک گردد، آب بهترین وسیله است که توسط آن نمکیات، توابها، اد کیمیاوی رقیق می گردند و از روی ساحه پاک می شوند در این نمکیات، توابها، العادی و مرود کیمیاوی رقیق می گردند و از روی ساحه پاک می شوند درسوختگی های درجه دو ایریا و مواد کیمیاوی به صورت درست دبرید ماند گردند. در صورت کی درجه دو و بعد المعنى افتيده باشد چون فاسفورس به سوختن ادامه مى دهد بايد هرچه واسفورس به سوختن ادامه مى دهد بايد هرچه وود تر بو الای تاجیه می دهد باید هرچه زود تر بر انساج متموته بواسطه محلول کاپرسلفیت ۵٪ شسته شود وهم اید خرجه انداخته شود تا تمام تاثیات فارد. یرف که و ایر سلفیت در جرحه انداخته شود تا تمام تأثیرات فاسفورس ازبین برود. ی اندازه محلول کاپرسلفیت در جرحه انداخته شود

وفتكى شعاعي

وختكى شعاعى عمومى توسط تشعشع و اشعه راديواكتيف بوجود مى أيد كه نظر به اندازه و مام النعه مذکور لوحه های سریری مختلف را تولید می نمایند از این رو در تداوی آن بایند از ينود هاى مختلف استفاده گردد.

اساب: اشعه مختلف، الفا، بيتا، نيوترون و رونتگين.

بتوفز يولوژي: در سوختگي هاي شعاعي اندازه، مدت دوام شعاع و وسعت ساحه تحت تاثير الميت دارد. در شروع تشعشع، در حجرات عصبي تنبهات شديد بوجود امده چند دقيقه بعد از المشع تحت تاثير شعاع اوعيه شعريه توسع نموده و بعد ازچند ساعت نهايات عصبي وحتى جذع عسى مواجه تموت و تخريب گرديده و تغييرات استحالوي در حجرات عقدات سمپتيک بوجود مي الد اوعيه شعريه وغدوات عرقيه تخريب گرديده، در صورتيكه تشعشع زياد باشد انساج عميقه نيز واجه نکروز خشک خواهند گردید.

سريريات: درسيرسريري سوختگي شعاعي مراحل ذيل ديده ميشود:عكس العمل اوليه، وحد اختفاء مرحله هايپريميك، مرحله تاسس Vesicoleها، مرحله تخريش، تقرح و نكروز. عكس العمل اوليه درچندين دقيقه بعدازتشعشع با تظاهر احمرار شروع گرديده و درد درناحيه ساب احساس می گردد. برعلاوه مریض از ضعف، سردردی، دلبدی و استفراغ شاکی میباشد بض مريض سريع، فشار خون سقوط مي نمايد. اين اعراض براي سه الي جهار ساعت دوام حوده بعد ازآن ازبین میرود. و مرحله اختفا شروع گردیده که نظربه مقدار تشعشع از چند روز تا ۴ - مفته دوام می نماید. در این مرحله تمام اعراض معدوم میباشد در مرحله بعدی جلد ناحیه فغیم گردیده و اذیما تاسس مینماید. در سیستم وریدی رکوردت پیدا شده احمرار به تدریج کم و ادیما باسس مینماید. در سیستم وریدی ر بورد می به به این آبله این آبله های کوچک، کوچک که یکنوع مایع زرد شفاف را احتوا میکند بوجود میآید. این آبله 159 هند.

399 اطي

5

بايد

ها درابتداازهم دور بوده بعداً آهسته، آهسته کلان شده و با هم وصل می گردد. بعداً آبله و تخریب گردیده و درتحت آن ساحه تقرحی نمایان شده و دراین مرحله درد تولید می گردد و توری تخریب گردیده و درتحت آن ساحه تقرحی نمایان شده و دراین مرحله درسیر سوختگی درسای ترمیم درسوختگی های شعاعی به بسیاربطائت آغاز می گردد طوریکه درسیر سوختگی درسای دفکت نسجی بوجود آمده و ندبه ها پیدا میشود که توسط اپیتل پوشیده شده و در مرکز دینگر دفکت نسجی بوجود آمده و ندبه ها پیدا میشود که توسط اپیتل پوشیده شده و در مرکز دینگر اکثراً یک قرحه کوچک باقی میماند طوریکه زمین آن خشک و رنگ خاکستری میداشته باشد اکثراً یک قرحه کوچک باقی میماند طوریکه زمین آن خشک و رنگ خاکستری ها خصوصاً ویشایی ایشان های گروپ ۲۰ کلسیم کلوراید و گلوکوز توصیه میشود و در صورت که آبله تاسس نمون های گروپ ۶ کلسیم کلوراید و گلوکوز توصیه میشود و در صورت که آبله تاسس نمون باشد باید ساحه پاک گردیده و پانسمان گردد از مرحم های انتی بیوتیک و سلفامید استفاده شود

ترضيضات برقى

جراحي عاجل

اسباب: جریان برقی، صاعقه (برق اتموسفریک)

آفات که توسط جریان برق بوجود میآید به صورت عموم دارای خصوصیات ذیل میباشد:

- در تمام مسیر جریان برق درعضویت تخریبات بوجود می آید.
- برق شخص را در یک فاصله از محراق تولید انرژی مصاب مینماید.
  - تغییرات عمومی و الکترولیز در عضویت انسان بوجود میآید.

در حادثات برق گرفتگی تخریبات که بوجود می آید به اندازه، شدت برق، مقاومت عضویت ضخامت و مرطوب بودن جلد ارتباط دارد.

تاثیرات جریان برق: جریان بسرق درعضویت دو نسوع تباثیر دارد:تباثیر فزیکوشیمیک تاثیرعکس العمل فزیولوژیک و روحی.

اختلاطات و تغییرات پتالوژیک ترضیضات برق قرار ذیل اند:

- تاثیرمستقیم جریان برق که ازوجود انسان عبور می نماید
- حوادث که در خارج عضویت یعنی در محیط که شخص در آن قرار دارد بوجود می آبد جریان مستقیم برق: عبور جریان برق در شخص مصاب برق گرفتگی باعث تظاهران عمومی از قبیل برهم خوردن وظایف سیستم عصبی مرکزی، قلبی وعایی و تنفسی گردیده اسوی دیگر تاثیرات حرارتی و کیمیاوی جریان برق سبب سوختگی میشود، همچنان تاثیرات فرعی که در ماحول شخص بوجود می آید از قبیل حریق، روشنی زیاد حرارت بلند، صدای نرد فرعیره سبب آفات از قبیل کوری، کری، سوختگی و غیره نیز شده، پارچه شدن انساج مربد اور و غیره سبب آفات از قبیل کوری، کری، سوختگی و غیره نیز شده، پارچه شدن انساج مربد اور و غیره سبب آفات از قبیل کوری، کری، سوختگی و غیره نیز شده، پارچه شدن انساج مربد و میره سبب آفات از قبیل کوری، کری، سوختگی و غیره نیز شده، پارچه شدن انساج مربد و میره نیز شده، پارچه شدن انساج مربد و میره نیز شده بارچه شدن انساخ مربد و می اید در ماحول شده بارخ بارد و میره نیز شده بارخ بارد و میره نیز شده بارد و می اید در می اید در می اید در میران بارد و میره نیز شده بارد و میره بارد و می اید در می در می اید در می در می اید در می اید در می در می

يه تا

-ac

واقعه واقعه

موجو

ازترد

نيورو مريث

ميشو

ریوی شدن

خون

گردد خرو

برج

دروا

بنوان فرعى جروحات حاصله ميباشد

و جریان برق در ترضیضات برقی بالای عضویت:

روك برك برك المركب الله مقدم وطايف تنفسي، فلج همزمان قلب و تنفس، فلج سيستم به ما مرکزی.

نظاهرات سریری: تظاهرات سریری مربوط به شدت واقعه بوده، اعراض وعلایم دربک ومه برق گرفتگی ارتباط به سیستم عصبی مرکزی، سیستم قلبی وعایی و تنفسی دارد. در یک وله بری در معنی دارد. در یک معنور مختل گردیده، متعاقباً تهیجات پیدا میشود و دراخبراف زی بعد وضیض بوجود آمده، مریض از سر دردی، ضعف، بیحالی شاکی بوده و یک نوع تارس نزدش ورمان من باشد خصوصاً از روشنی میترسد. همچنان نیزد صریض هیجانیات رخ داده ودرمعاینه روزیک رفلکس های طبیعی ازبین رفته ورفلکس های پتالوژیک تظاهر می نماید نبض ورض بطی و پرجس شده بعضاً نبض سریع میباشد .در کلیشه رادیو گرافی قلب بزرگ معلوم مود در ECG و EEG تغییرات زیاد به مشاهده رسیده، هم چنان دراین مریضان اذیعای شدید وي و عدم كفايه حاد كبدى رخ مى دهد. درواقعات كمترخفيف سرگنگسي، ضعف عمومي، كيم ندن حافظه، كم شدن شنوايي و بينايي كم شدن حس بويايي توليد گرديده ميتواند. در معاينات عن لوکوسیتوز موجود بوده و از نظر مورفولوژی در حجرات خون تغییرات عمده مشاهده می كردد تغييرات موضعي شباهت زياد به تغييرات سوختگي حرارتي دارد خصوصاً در ساحه دخول و دوج جریان برق بسیار وصفی میباشند. مثلاً سطح جلد خاکستری معلوم شده، بعضاً کمی بجته و خشک بوده کمتر درد ناک میباشد.در محیط آن عکس العمل جلدی دیده نمی شود. دو العات وخيم قسمت مووفه عضويت مثل ذغال سياه مي گردد و حتى استخوان درناحيه ذوب شده ميباشد.

#### خلاصه فصل

سوختگی عبارت ازآفت انساج درصورت مواجه شدن به حرارت (حرارت بلند ویا پایین)، اتران فزیکی یا کیمیاوی است. به عباره دیگر سوختگی عبارت ازتاثیرات سوء درجه حرارت شوان وموادسوزنده درنتیجه تماس مستقیم وغیر مستقیم بالای جلد می باشد.

مهمترین اسباب آنرااحتراقات، برق، مواد کیمیاوی، گازات، مواد منفلقه و آبهای جوش تشکی می دهند. سوختگی زمینه منتن شدن را نسبت تخریب barrier جلدی، ضیاع مابع و الکترولید های عضویت مساعد میسازد که درنتیجه به اثرعدم فعالیت T cells، نقصان فعالیت نتروفیل های کاهش immunoglobulin باعث تنقیص مقاومت وضعیفی سیستم معافیتی بدن می گردد کاهش اندازه آسیب نسجی تعین کننده انذار مرض بوده ومربوط به نکات ذیل است: درجه حرارت ماد سوزنده، طرز انتقال حرارت، مدت زمان تماس.

فصل طلتم اسوختي

سوالنامه

ا سوختگی را تعریف نمایید؟

براساب سوختگی را بنویسید

م سوختگی را نظر به عمق ان به چند درجه تصنیف نموده اند؟

ب قانون Wallace یا ۹را در سوختگی توضیح نمایید؟

۵ تصنیف سوختگی را نظر به زمان التیام ان بنویسید؟

و از نظر کلینیکی برای توضیح وخامت سوختگی اندکس خوب که به وسیله انجمن مختی امریکا ترسیم گردیده است کدام است؟

۷. پنو فزیو لوژی سوختگی را تشریح نمایید؟

۸ نظاهرات سریری سوختگی را تشریح نمایید؟

٩. قارمول قار كلند را در احياى مجدد مريضان سوختگى توضيح نماييد؟

۱۰ اختلا طات سوختگی را نام ببرید؟

۱۱. تبرد را تعریف نمایید؟

۱۲ عوامل و فکتور های که زمینه یی مساعد را برای تبرد مهیا می سازدکدام ها اند؟

۱۴ اعراض و علایم تبرد درجه یک را توضیح نمایید؟

۱۴. فزیو پتالوژی تبرد را توضیح نمایید؟

۱۵ کمک های اولیه که در تبرد اجرا می شود توضیح گردد؟

۱۶ سوختگی های کیمیاوی را تعریف نمایید؟

۱۷ سیر سوختگی های کیمیاوی تشریح گردد؟

۱۸. در سیر سریری سوختگی شعاعی کدام مراحل دیده می شود؟

الم أفا تيكه به صورت عموم توسط جريان بـرق در عضويت بوجود مي ايـد داراي كـدام

خسوصیات می باشد؟

۲۰ جریان برق در عضویت دارای چه نوع تاثیر می باشد توضیح گردد؟

ا، انرژی ا شسعاع

تشكيل روليت

رويت ال ها و گردد.

ا ماده

اخام

- Jonathan Friedstat, Fred. W.E Burns in: F. Charles Brunicardi , DanaK Andersn, et. all .2015 Tenth Edition Schwart's principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-227-240
- 2 J.A.Clarke, Burns in: Brian W Ellis Simon Paterson Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp137-142
- 3. 3-Mark R.Hemmilo, MD. Wendy L. Wohl. MD. Managment of the injured Patients in: Current Surdery Diagnosis and Threatment: 2015. 14Th Edition McGraw-Hill. New Dehi. Pp-176-209

# فصل نهم

# Vascular emergency

الداف الموزشي: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

Acute -on- chronic occlusion from atheroma Arteio venous fistula -

Superficial جروحات شریان

Thrombo phlebitis

Deep venous thrombosis-

جروحات اوعيه

Venous emergencies

اودات کلینیک

,5

#### Venous emergencies

#### مقدمه

اورده بزرگترین سبب خونریزی راتقریبا درهرجرحه ودرتمام عملیه های جراحی تشکیل می دهد. خونریزی شریانی به صورت دراماتیک کنترول شده درحالیکه خونریزی های وریدی اکترایه مشکل کنترول می شوند . نذف کتلوی وریدی باعث انزایتی حتی برای جراحان بزرگ شده پیشهناد مناسب برای کنترول خونریزی وریدی همانا پکنگ واحمال فشار بالای آن است درحالیکه عملیه های مذکوراکثرادرخونریزی های شریانی پیشنهاد نمی شوند. ورید های کوچی و متوسط باید لایگت شوند در حالیکه ورید های بزرگ در جذع وجذر اطراف به بررسی دقیق ضرورت داشته، در صورت امکان از لایگئن ضرورت داشته، در صورت امکان از لایگئن شوند که اعراض بعد از ترومبوز انکشاف نماید ( سالها بعد) .

تصنیف جروحات وریدی به اشکال Puncture ، شق، پاره شدن، avulsions، کانتیوژن با divisions دریافت می گردند.

لوحات کلینیکی: اکترجروحات وریدی تحت شعاع جروحات مترافقه یعنی اقسام رخوه ،عظم شریان یا احشا قرارمی گیرند. خارج شدن مقدار زیاد خون تاریک ازیک جرحه نافذه معرف آفت بزرگ وریدی است. در صورتیکه اقسام رخوه مجاوربی عیب باقی مانده باشد هیمت وم کوچک متوسط یا بزرگ دراطراف ورید آفت دیده انکشاف نموده می تواند. در صورتیکه یک ورید کاملا قطع شده باشد درین صورت اعراض در قسمت سفلی اطرف چون سیانوز، تورم وتغیرات دردرا ای بوقوع رسیده می تواند.

Management کمک های اولیه مرکب است از بلند قرار دادن طرف و تطبیق فشار موضی بالای نقطه خون دهنده، احمال فشار مسدود کننده، وساحه باید به حالت هوریزانتال قرارداده شخفشار وبلند قراردادن طرف الی انتقال مریض به شفاخانه باید حفظ شود. با رسیدن به شفاخانه کمک موترباید در مورد احیای هایپوولیمی صورت گیرد. با برطرف نمودن فشار احمال درناحیه خون دهنده درصورتیکه خونریزی دوام نماید مریض باید به اطاق عملیات انتقال گردد تحت استیزی عمومی ساحه به دقت باز گردد. ناحیه خون دهنده در یافت و تداوی لازم صافی گیرد.

فعل هشتم / Vascular remergency

# Superficial thrombophlebitis

ما موجودیت نوار التهابی، دردناک درامتداد ورید های سطحی انسکار می گردد. ترومبوز ورید های سطحی علامه مقدم امراض خبیثه رادرمریضان مصاب کانسریانکریاس، برانش رومبور وربه ما تشکیل داده، که نادر می باشد . تشوشات خون شامل پولی سایتیمی . ها و کلیه ها تشکیل داده، که نادر می باشد . ما و می سایتیمی ، بروموسایتویینی و لوکیمی گاهی مسوول این حالت اند. تداوی آنرا تطبیق بتداژنرم، اخذ رومود می وغیر متحرک ساختن طرف تشکیل داده، درصورت موجودیت ترومب های متشر، موجودیت توکسیسیتی ودرد موضعی، بسته نمودن نهایت ورید وتطبیق هیبا رین به منظور جلو گیری آزریسک مصابیت ورید های عمیق ضروری پنداشته می شود.

#### Deepvenous thrombosis

ترمبوامبوليزم يكي ازاسباب معمول مرك هاي بعداز عمليات را تشكيل مي دهد اما واقعات أن کے است. اکثر ترومب های وریدی از soleal venous sinusoid آغاز می یابد ولی واقعات کے ان منشه ورید iliac، ورید اجوف سفلی، ورید کلیوی واکسیلیر دارد. یک برسه مریضان بالاتر از ۴۰ سال عمرداشته وتحت عملیات های بزرگ بطنی قرار گرفته اند. ترومبوزعموما در ورید های عمیق ساق رخ داده و در صورتیکه تدابیر وقایوی صورت نگیرد به آسانی از جایش بیجا شده ودریه ها انتقال یافته باعث امبولی ریوی می شود، زیرا در مراحل اولی ترومب با جدارورید تماس صميمي تدارد.

تشخيص تشخيص كلينيكي ترومبوز وريدى غيرقابل اعتماد است. اكثر ترومبوزها بدون عراض یا علایم موضعی اند و تعدادی هم ممکن است علایم ترومبوز را تقلید نمایند ازاین رو هردو طرف سفلی به صورت جداگانه باید معاینه دقیق شوند، اطراف به صورت دقیق تفتیش گردیده ویرای موجودیت اذیما و تورم جس صورت گیرد. پربودن اورده سطحی، رنگ سیانوتیک وبلند بودن درجه حرارت معرف آن است. اطراف سفلی جهت دریافت تندرنس باید جس شوند قبل ازاینکه ساق فشار داده شود، فخذ باید به صورت ملایم به امتداد وریدهای عمیق فشار داده شود دراین صورت تندرنس را می توان بالای سیر ورید های عمیق در یافت نمود موجودیت علامه Homan's درد در ناحیه عضلات ساق در صورتیکه مفصل بند یا گردد)، وتست Lowenberg's (در صورتیکه طرف سفلی بوسیله تورنکیت نوماتیک فشار داده امریک و duplex scanning مخصوصا زمانیکه ریسک تداوی با انجیوکواگولیشن بلند باشد واضح Vascular

کیل صی م اکثرا بد ا شده و ن است، کوچک و ں دقیق (یکشن ے مسی

يوژن يا

ه ،عظم ف أفت ئوچک، Zlak دردريناز

موضعي ده شود غاخانه . شده بردد. و سورت

مىشود.

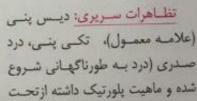
تداوی: بعد ازگذاشتن تشخیص جهت جلوگیری ازانتشار ترومبوز و تاسس امبولی ربوی، مریض باید تداوی شود، تداوی ایدآل رابرطرف نمودن ترومبوز به صورت مکمل، طوگیری ازامبولی ریوی واجتناب از رسانیدن آفت به دسامات وریدی تشکیل می دهد. سه طریق ستندرد تداوی شامل انتی کواگولیشن، fibrinolytic activators و surgical thrombectomy

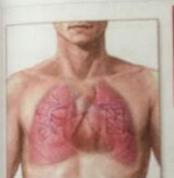
#### أمبولي ريه

تعریف: به انسداد جذر یک یا چند شاخه از شریان ریوی از سبب ترومبوز اطالاق می شود. این ترومبوز از محل دیگر از سیستم وریدی یا سمت راست قلب منشاء گرفته باعث نشوش تبادل گاز در نسج ریوی از باعث اوعیه مسدود شده، می شود.

أمبولي ريوى درنتيجه اختلاط عوامل ذيل ديده شده مي تواند: تروما، جراحي،

حاملگی، استفاده از دواهای ضدحاملگی فمی، عدم کفایه احتقانی قلب (در سن بالاتر از ۵۰ سال)، آفت شدیدسیستم علقوی خون، عدم تحرک طولانی مدت.







Embolus lodged in left pulmonary artery

استرنوم آغاز و مشابهت به درد آنژین صدری دارد)، تب، تکی کاردی، سرفه، تعریق، همومپتری، سیانور، شوک، و مرگ ناگهانی. (امبولی های متعددکوچک درشریان نهایی ریوی سبب تولید علایم برونکو پنومونی یا عدم کفایه میشوند)

تشخیص: جهت رسیدن به تشخیص معاینات ذیل باید اجراگردد: رادیـوگراقی، آنژیـوگرافی، CTسکن، الکتروگاردیوگرافی (نشان دهنده تاکی کاردی تغییـرات فاصـله PR و موجـه Tبـوده) مطالعات اوعیه محیطی، پلتسیموگرافی نیز باید اجرا گردد.

وقایه: تحرکت یا ورزش پاها درمریضان خوابیده در بستر، تداوی با آنتی کواگولانت قبل از عملیه های جراحی بطنی صدری هر ۸ تا ۱۲ ساعت بعد الی رخصت شدن مریض ازشفاخانه،

Jan Jan

-k -h -h

25,cc. -0

-s -Y

PT وارفارين

تداو تطبی

نداو امبولکتو

ēs.

مشكل

شق دیا

تعودين

نساه وام وکل

Vascular remergency | June June سمال وسایل فشاردهنده هوایی بالای اطراف سفلی. ياوى طبي

ا عدف فورى تقويه سيستم قلبي - ريوى مي باشد.

۱- تطبیق اکسیژن جهت بهبود هیپوکسی، دیسترس تنفسی و سیانوز.

م باز نمودن ورید جهت تجویز مایعات و ادوید.

- امبولی وسیع سبب هیپوتنشن می شود و باید کتیترادرار برای کنترل دهانه بولی تطبیق

ه- ECG مداوم جهت کنترل دیس ریتمی و عدم کفایه قلب راست.

عد امینوگلوکوزیدها، دیورتیکهای داخل وریدی، ادویه ضد اریتمی درصورت ازوم تطبیق شود ٧- تطبيق دوز کوچک داخل وريدي مورفين

## تداوی با انتی کواگولانت

PT و PTT تا ۲/۵ - ۱/۵ در حد طبیعی حفظ شود، هپارین به مدت ۵ تا ۷ روز تطبیق گردد، واقارين ۲۴ ساعت پس از شروع تداوى با هپارين آغاز گردد و ۶-۳ ماه ادامه يابد.

## تداوى تروميوليتيك

تطبيق اوروكيناز، اينترپلاز، رته پلاز، استرپتوكينازاهميت دارد.

تلوی جراحی: شامل اجرای امبولکتومی از طریق توراکوتومی و تخنیک بای پس قلبی و الولکتومي از طريق داخل وريدي مي باشد.

## جروحات اوعيد

#### مقدمه

درجروحات بزرگ توام با خونریزی تعین کردن اینکه ورید مجروح شده است ویا شریان شکل است. ازاین رو برای دریافت خونریزی اکثرا شق تولید شده را امتداد داده ویا اینکه از یک ق دیگر که بتوان به اوعیه بزرگ رسید استفاده نمود. قبل ازاینکه شق اجرا نمود برای واضح سخن اوعیه خون دهنده وساحه دید باید درقسمت بالایی طرف گرو تطبیق نموده وقبل از باز تون تورنکیت جراح باید تمام اوعیه های کوچک را لایگیت نموده باشد تا مقدار خونریزی کم مرح باید نمام اوعیه های دوچک را دیگی تورنیکیت را ست نموده اطع واوعیه خون دهنده اساسی دریافت شود. جهت احیا، دوباره اوعیه تورنیکیت را ست نموده اگریکی دریافت شود. جهت احیا، دوباره اوعیه تورنیکیت را ست نموده برداخت. ول دهنده اساسی دریافت شود. جهت احیا، دوباره و سی دریافت برداخت. اکسی های شزیانی را در نهایت اوعیه قطع شده باید تطبیق نمود و بعدازآن به ترمیم پرداخت.

.39 فيرى

تتدرد

#### جروحات شرياني

جروف سریانی تشخیص بوسیله موجودیت خون روشن و نبضانی، انکشاف سریع هیمتوم بعداز یک جری، نبضان واضح دریک هیمتوم (عدم موجودیت این علامه نذف شریانی رارد نموده نمی توانزار موجودیت علایم اسکیمی دیستال در طرف گذاشته می شود.

وبود کنترول خونریزی شریانی: خونریزی را می توان بوسیله تطبیق فشار موضعی بالای جرده ودر صورت فروت فشار موضعی بالای جرده ودر صورت فشار دادن شریان به عظم مجاور کنترول نمود. در صورتیکه به طریقه های فوق نذف توقف نه نمود در این صورت تطبیق تورنیکت در اطراف علوی وسفلی مجروح ضروی پنداشته می شود. قبلا در بخش توقف خونریزی تشریح گردیده است

### زرق داخل شریانی ادویه به صورت تصادفی

وخذه شریان دردناک بوده و زرق داخل شریانی تیوپنتال سبب درد اگونایزکننده شده ایر صورتیکه در حدود ۲ ملی لیترادویه در آن زرق شود)، در ۸٪ واقعات این حالت در شریان کبری صورت می گیرد. که به تعقیب آن تقبض وعایی رخ می دهد. جلد سرد و سیا توتیک شاه مرطوب وهایپواستیک می شود. لاکن گاهی اذیمای شدید در طرف اسکمیک دیده می شود گانگرن وسیع در طرف از باعث ترومبوز وسیع بوجبود آمده که در این صورت زرق ههاین درشریان کوشش است جهت جلوگیری از تاسس ترومبوز.

#### Acute- on-chronic occlusion from atheroma

دراین آفت رسوبات کوچک و متعدد فبرین، پلاکت ها واجزای کلسترول، باعث بندش اوب شده و جداشدن آنها از انوریسمها یاضایعات آتروسکلیروتیک پروکسیمال، باعث امبولی می شود اتروم های بزرگ ابهر منبع بزرگ امبولی های اند که سبب سکته مغزی، عدم کفایه کلبوی و اسکیمی اعضا می گردد. از آنجاییکه امبولی ها دراوعیه کوچک جلد و عضلات جای می گبرنده اوعیه بزرگتر را مسدود نمی کنند، از این رو نبض دیستال قابل جس باقی می مانند. مریضان از درد حاد وحساسیت با جس در ناحیه امبولی شکایت می نمایند. اوعیه انگشتان ممکن است از سبب انسداد به ایسکیمی وسندروم پنجه پای آبی مواجه گردند، نکروز وگانگرن انگشتان می شود است رخ دهد. در محل امبولی حساسیت، رنگ پریده گی livedo reticularis دریافت می شود تداوی اسکیمی از اثر اتیروامبولی بسیار مشکل است، جراحی و تداوی های ترومبولایتیک موثرنیستند.

مراهي

فيستو ارتبا منظود علوله يا بداخل بداخل تظا تريل يا بطين ا

مزمن ؛ بزرگ ناحیه -

استا .

همزمار

سنول های شریانی وریدی

ارتاط غیر طبیعی میان یک شریان و یک ورید ممکن است ولادی یا کسبی باشد، فیستول می ترمیخی بین شرایین و ورید های بزرگ غیر معمول نبوده و می تواند بوسیله داکتر به مطور دسترسی به اوعیه جهت هیمودیالیز ایجاد شوند، یا اینکه درنتیجه آسیب اوعیه بوسیله می داد آنرا پاره شدن یک انیوریزم شریانی می ورید تشکیل می دهد.

نظاهرات سریری ارتباط به محل واندازه فیستول دارد، اغلب یک کتله ضربان دار با موجودیت نظاهرات سریری ارتباط به محل واندازه فیستول جس وواضح می شود. البته حالت مذکور نادرا یک عنه حاد است. جریان وافر خون از شریان به طرف ورید از طریق فیستول سبب عدم کفایه خن چپ شده وهم سبب تنقیص جریان خون شریانی به طرف عضو ارواکننده می گردد که ایت تاسی اسکیمی در عضو می شود. هردو اختلاط فوق در صورتیکه فیستول بزرگ باشد میمان رخ داده می تواند، که دراین صورت واقعه عاجل را تشکیل می دهد. در فیستول های مون به دلیل فشار وریدی، اعراض عدم کفایه مزمن وریدی چون اذیمای طرف، وریس های برگ وییچ وتاب خوردن ورید ها تاسس می نماید. تشخیص این آفت بی نهایت ساده است، برگ وییچ وتاب خوردن ورید ها تاسس می نماید. تشخیص این آفت بی نهایت ساده است، بود حقیقی آفت را می توان بوسیله ارتریو گرافی تعین نمود. تداوی آن اجرای عملیه جراحی

#### خلاصه فصل

اورده بزرگترین سبب خونریزی راتقریبا درهرجرحه ودرتمام عملیه های جراحی تشکیل می دهد. خونریزی شبب خونریزی راتقریبا درهرجرحه ودرتمام عملیه های جراحی تشکیل دهد. خونریزی شریانی به صورت دراماتیک کنترول شده درحالیکه خونریزی های وریدی اکترا مشکل کنترول می شوند . نذف کتلوی وریدی باعث انزایتی حتی برای جراحان برزگ شاده پیشهناد مناسب برای کنترول خونریزی وریدی همانیا پکنیگ واحمال فشار بالای آن است درحالیکه عملیه های مذکوراکثرادرخونریزی های شریانی پیشنهاد نمی شوند.

به انسداد جذر یک یا چند شاخه از شریان ریوی ازسبب ترومبوز اطالاق می شود.

این ترومبوز از محل دیگر از سیستم وریدی یا سمت راست قلب منشاء گرفته باعث تشوش تبادل گاز در نسج ریوی از باعث اوعیه مسدود شده، می شود.

#### سوالات

۱- تظاهرات سريري فيستول هاي شرياني وريدي ارتباط به

الف- اندازه فيستول دارد

ب- محل واندازه فيستول دارد

ج-محل فيستول دارد

د- هرسه جواب غلط است

۲- اتروم های بزرگ ابهر منبع بزرگ امبولی های اند که سبب

الف- سكته مغزى، عدم كفايه كليوى مي گردد.

-- سکته مغزی، عدم کفایه کلیوی و کبدی می گردد.

ج- سکته مغزی، عدم کفایه کبدی ، ریوی و اسکیمی اعضا می گردد.

د- سکته مغزی، عدم کفایه کلیوی و اسکیمی اعضا می گردد.

٣- تشخيص جروحات شرياني بوسيله موجوديت خبون روشن و نبضاني، انكشاف سربع هیمتوم بعداز یک جرحه، نبضان واضح دریک هیمتوم و موجودیت.

الف- علایم اسکیمی در طرف گذاشته می شود

ب- علایم اسکیمی پروکسیمال در طرف گذاشته می شود

ج- علایم اسکیمی پروکسیمال در طرف گذاشته می شود

د- علایم اسکیمی دیستال در طرف گذاشته می شود

۴-امبولی ریه به انسداد جذر یک یا چند شاخه از شریان ریوی ازسبب

الف- امبولي اطلاق مي شود

ب- ترومبوز وامبولي اطلاق مي شود

ج- ترومبوز اطلاق مي شود

د- هرسه جواب درست است

3		کلید جوابات	
1/3	٧٠	الف	١
V3 &	ب	الف	
3 1/2	٧	الف	
	·	الف	

ماخد

- 1. K.G.Burnand and S.A.Ray Venous emergencies in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp623-634
- 2. J.H.N.Wolfe Vascular injuries and exposure of blood vessels in: Brian W Ellis Simon Paterson Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp635-659
- 3. J.H.N.Wolfe Critical ischaemia in: Brian W Ellis Simon Paterson Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp660-671

# فصل نهم

# خلع

الله المورشي: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

مقدمه

خلع

الرواي

اعراض وعلايم

اشكال سريري خلع

تداوی خلع	جروحات باز
جروحات مفاصل واوتار	جروحات بست
جروحات اعصاب	جروحات دس
مقدمه	مقدمه
تصنيف	انواع جروحان
تشخيص	تشخيص

راحی عاجل تعریف: عبارت ازبیجاشدن یک عظم ازعظم دیگر درحذای مفصل است. خلع عموما با قطر

تعریف: عبارت ازبیجاشدن یک به بر کی کپسول مفصلی همراه می باشد، درصورت سست به فطع یک رباط یا چندین رباط و حتی پاره گی کپسول مفصلی مفصلی بوجود آمده می تواند اکرا کافی از بطه ها خلع بدون قطع اربطه ویا پاره گی کپسول مفصلی بوجود آمده می تواند اکرا کسر یکی از عظام مربوطه مفصل نیز به ملاحظه می رسد .

عرو

انها

هرمه

سينو

, موق

hip

كمثر

دهد

از أين

سح

5 YL

تام د

ليكا

سر یکی از طفح طریر اسباب: جهت بیجا شدن یک عظم از ارتباط مفصلی نارمل آن قوه کافی لازم است تا ظع صورت گیرد، از این رو تا زمانیکه جهت اصلاح وارجاع خلع قوای مناسب ولازم تطبیق نگردر امکان ارجاع دوباره آن موجود نمی باشد .

پتولوژی: دراثنای خلع سطوح مفصلی ازمقابل هم بیجا می شوند و محل غیر نارمل را اخیا می نمایند. عموما رباط باید پاره گردد تا خلع رخ دهد. درصورت پاره گی شدید رباط شاید عظی به آسانی خلع ودوباره به جای خود قرار گیرد. ودر صورت پاره گی خفیف رباط بعد از خلع، عظی به حالت بیجاشده، مقاوم قرار گرفته وبه آسانی ارجاع نمی گردد. بعضا رباط یا وتر طویل عضله بین دو سطح مفصلی قرار گرفته و مانع ار جاع خلع می گردد. غشای سینویال درزمان خلع پاره شده بو خونریزی در مفصل خونریزی در مفصل

## اعراض و علايم : اعراض خلع مشابه كسر بوده ولى با تغيرات ذيل:

- در کسراعراض درقسمت متوسط عظم موقعیت می داشته باشد درحالیک درخلع درد
   درهذای مفصل موقعیت دارد وشدید می باشد.
- سوءشکل ، شخی وعدم اقتدار درطرف موجود است بعضا سوء شکل به صورت کلی دراثر پندیده گی که از سبب اذیما و خونریزی بوجود می آید پوشیده می ماند.
  - ایکیموز یک الی دوروزبعد درساحه تاسس نموده وشاید هم شدید باشد.
    - حساسیت ودرد دراتنای حرکت دیده می شود.
- حرکات نارمل مفصل صورت نگرفته و حرکات غیر فعال بادرد همراه می باشد. رادیوگرافی تشخیص را واضح می سازد .

اشکال سریری خلع: ازنظرسریری خلع به انواع ذیل دیده می شود: خلع حاد، مزمن ارجاع ناشده، عود کننده، پتالوژیک.

تداوی خلع: تداوی موثر خلع ارجاع آن است. اکثر خلع ها پس از یک مانورمناسب به آسانی ارجاع می گردند و بحالت ارجاع باقی می مانند. بعضی خلع ها به مشکل ار جاع شده وابدای عل تهم خلع

ملیات را می تماید. خلع های نکس کننده ایجاب عملیات های جراحی را می نمایند مروحات ليگامنت ها

مروحات تراوماتیک مفاصل، ممکن است باعث ریچر اوتار شده وسیب خلع یا subluxation جروی را الله تاریخچه ومعاینات فزیکی دربررسی وارزیابی جروحات اوتار ارزش خاص دائمته، ایها کرده مفصل سینوبالی، ترتیب کامپلکس ومختص به خودرا داشته که حاوی سطح مفصلی وغشای معمل المحل المعمل الحاطه شده وبوسيله ليكامنت ها تقويه مي شوند اناتومي المحلف ا معودان مر المعاصل، به مفاصل مقاومت متفاوت را به مقابل ترضيضات مي بخشد جنانجه مفسل وموصف المسلم ال كية ثابت بوده ازاين روجروحات اوتار وخلع درمفصل هيپ كمتر است.

عدم ثبات مزمن یک مفصل بعداز جروحات وخیم اوتارنه تنهااز سبب laxity موضعی رخ می دهد بلکه ازسبب ترضیض اعصاب پروپریوسپتیف که به مفصل داخل می شوند نیز بوجود می اید. وابن رو شناخت وتداوى بالخاصه أن مى تواند از پرابلم هاى بعدى جاوگيرى نمايد.

## منجمنت و پرنسیپ های ان

الخذ تاريخچه كليد مهم جهت تشخيص نوع جرحه وترضيض مفصل است. مثلااحمال قوه بالای وجه وحشی مفصل زانوسببmedial collateral ligament شده می تواند.

۳- اساسا دونوع جرحه درلیگامنت ها رخ می دهد: minor intrasubstance tears وقطع تام در صورت موجودیت آفت اول تداوی محافظوی و در صورت قطع تام تداوی جراحی ضروری بنداسته می شود .

"- موجودیت تورم، تندرنس وBruising باید به صورت دقیق معاینه شده ومطابق أفت تسميم اخذ كردد.

۴-عده ازجروحات لیگامنت ها همرا با هیم ارتروز بوده، درین صورت تخلیه هیمتوم، ترمیم لگامنت وتثبیت طرف ضروری پنداشته می شود.

# جروحات اعصاب محيطي

وظایف اطراف علوی وسفلی ارتباط به تداوم وارتباط سیستم اعصاب محیطی دارد. ازین رو قطع وعدم کفاید عصب محیطی سبب ضیاع وظایف حسی، فلج، سوء شکل و وظیفه طرف می خلخ أيملن للسه

موما با قطع سست بسودن واند اكترا

ست تا خلع بق نگردد

ل را اختيار يد عظم به ، عظم بـه عضله بين پاره شده و در مقصل

رخلع درد

ارت کلی

اديوگرافي

ن ارجاع

ه آسانی وايجاب شود. بعضى اوقات اين پرابلم ها سبب اختلاطات ازقبيل درد شديد شده وحتى بعداز ترميم قسر قطع شده بازهم غيرقابل استفاده مي باشد.

تصنیف وتشخیص: عنصرارتباطی اعصاب محیطی را اکسون تشکیل می دهد. یک ساختها بسیارطویل سلندریک بوده که ازجسم حجرات عصبی ازنخاع، ازجذور خلفیganglia با بسیر عربی است. زمانیکه جنر بی ganglia اعصاب سمپاتیک وپاراسمپاتیک آغاز شده ونهایتا به عضومی رسد. زمانیکه جنر بی عصب بوسیله چاقو، یا مرمی قطع شود، درین صورت ارتباط اکسون پایثنتراز جرحه ازبین می روز وتمام وظايف عصبي قطع مي گردد.

تصنیف جروحات اعصاب محیطی که بوسیله Seddon's صورت گرفته است قرار ذیل می

Non -degenarative) Neurapraxia : درين حالت ضياع وظيفوى موقتي بوده البتدرا دجنیریشن Wallerian، درصورتیکه سبب مرض برطرف گردد اندازخوب دارد. احیای مجلا روزهارا دربرگرفته وبالاخره تکمیل می گردد.

degenerative) Axonotmesis) : درين حالت اكسون ها قطع شده ليكن أنساج منظ تقویه کننده جذر عصب سالم اند. دجنیریشن Wallerian رخ می دهد، لاکن پیشرفت رجنیریش درداخل انساج منظم سالم ماه هارادربرمي گيرد. Axonotmesis اكثرا درجروحات اعصاب ارسب كسور بسته رخ مى دهد. مثلا فلج عصب راديال بعداز كسر عضد .

degenerative) Neurotmesis): عصب كاملا قطع شده يعنى اكسون جمع انساج منظو احاطه کننده یا شیت آن قطع می گردد، درین حالت احیای مجدد تا اینکه عصب ترمیم شود امکان ندارد. Neurotmesis به شکل یک قانون درجروحات بازرخ داده ودرکشش شدید اطراق نیز رخ داده می تواند. ویکی از اختلاطات معمول کسور و خلع های مفاصل شانه ، hip و زانوس

اعراض وعلايم: دجنيريشن Wallerian درهردوحالت Neurotmesis وAxonotmesis می دهد وضیاع وظیفوی مشخصات ذیل را دارا می باشند:

ضیاع کامل حسیت: مثلاضیاع حسیت جلد درقطع عصب مدیان وulnar در جروحات به دست که درمدت ۲۴ ساعت بعد از جرحه رخ می دهد. فلج: که درمراحل نهایی به ملاحظه می رسد.

فلج سمپاتتیک: درین صورت ضیاع عرق وکنترول وزوموتورازجمله علایم مهم وابتنایی بگ

شوة

فود

شايا

Xus ضيا

مرية

دارا ه از ایر

اوعيه

97

است

شيش گرفته

北北 داشد

حيارة

برداد

كافي

فصل لهم اخلع

طور degenerative بعضى جذور اعصاب از قبيل عصب اولتار، مديان وسياتيك مى باشد، ك ای مااند ای این از برجه و توام با آن ضیاع حسیت دردست وقدم نیز بوقوع می رسد بدارده را معرف خوب بعدازیک جرحه شدید عصب بوده. بعداز اسکیمی درخال رشد از سب قطع

ليال بير نع مي دهد.

brachial ,lateral cord چنانچه آفتbrachial ,lateral cord pronator teres، و pronator teres و flexor carpi radialis توام با العدية درشصت، انگشت اندكس ومتوسط مي شود.

می از میم عصب تقدمیت ادنا را در مریضان مصاب جروحات وخیم وmultiple دارا می المالي شاخت يا تشخيص جروحات اعصاب ازاهميت بسزاى برخورداراست، درصورتيكه حالت من اجازه بدهد، باید هرچه زودتر ترمیم گردد. تداوی جراحی جروحات عصبی اساسات ذیل را الم باشد: اكسيژن جرحه وidecompressionن، تشخيص ساختمان هاى مجروح وترميم أن الن رو در ترمیم جروحات تقدمات ذیل در نظر گرفته شود: ارجاع، تثبیت کسور وخلع، ترمیم وعد ترميم عضله واوتار، ترميم عصب وبالاخره ترميم جلد.

#### جروحات بازاعصاب محيطي

ان وع جروحات را Rank در سال ۱۹۷۳ به جروحات tidy و tidy تصنیف بندی نموده

جروحات tidy جروحات پاک با ملوثیت جزیی): این نوع جروحات در زنده گی روز مره بوسیله سا وجافو بوقوع مي رسد، درين نوع جروحات ترميم ابتدايي بوسيله خياطه مستقيم صورت الم ويوند نادرا ضرورت مي شود.

جروحات untidy (جروحات کثیف وملوث): این جروحات ازسبب چره، وسایل زراعتی وکسور السب واقعات ترافيكي بوقوع مي رسد. درين حالات جراح واقعات عاجل اولويت هارا بادرنظر الت موجودیت جروحات دیگر از قبیل جروحات قحفی، صدر، بطن واعیه بزرگ که تهدید کننده مان الا درنظر می گیرد، بعداز آن جروحات را به صورت دقیق بازنموده انساج نکروتیک وملوث را الله وساحه را decompression نموده و کسوررا تثبیت می نماید. بعدازاینکه جرحه به صورت الم بوسیله جلد پوشانیده وصحت یاب گردید ترمیم اعصاب به صورت ثانوی صورت گرفته القرايوند أعصاب ضرورت مي افتد.

تمان

يااز 54

292

مسحا

شدد

نظم شن

بب

ظم

ےود اف

می

نخ

## جروحات دست

جروحات دست نسبت به جروحات دیگرمعمول بوده وهم ازاهمیت خاص برخورداراند ازاین بو جروحات دست نسبت به جروحات دیگرمعمول بوده وهم ازاهمیت خاص برخورداراند ازاین بو ضرورت به احیای کامل داشته بناء درین قسمت ازاحتیاط کامل واخلاص باید کار گرفته شود بنا نتیجه تداوی جروحات دست ارتباط به فهم وقضاوت داکتر، دارد که باراول مریض را معاینه نمون است.

## انواع جروحات دست

جروحات دست را اساسا به جروحات tidy پاک یا ملوثیت جزیی) و untidy کثیف وملون تصنیف بندی نموده اند. به تعقیب جروحات tidy ترمیم ابتدایی همیشه ممکن بوده درحایی جروحات untidy مخصوصا در دست خیلی اختلاطی اند. قبل از اینکه ساختمان های وظفون ترمیم شوند ضرورت است تا از حیاتیت انساج باقی مانده مطمیئن شد و تمام انساج متموته بایر برداشته شوند و هرانتان ابتدایی باید بوسیله decompression دیبرید منت، ایریگیشن و درن باز جرحه اگر ممکن باشد وقایه گردد. که بعدا بوسیله دبریدمنت بقایای انساج متموته، آبوینس جهت استراحت و تطبیق انتی بیوتیک، تداوی شده وبوسیله DPC با ترمیم یا بدون ترمیم اعصاب واوتار می تواند بسته گردد. منجمنت ابتدایی ضرورت به تثبیت اعظام با در نظر داشت تقویه اقسام رخوه آفت دیده دارد.

تشخیص: اخذ دقیق تاریخچه کلید تشخیص طبیعت جرحه ونتایج بعدی آن است. بر صورتیکه دست توسط ماشین مجروح شده باشد مریض می تواند معلومات مفید را درقسمت ساه که دست درآن قرار گرفته، مقدار قوه حامل، حرکت ماشین وزمانیکه دست مجروح درآن قرا داشته است بدهد. جهت دانستن وخامت انگشتان مجروح شده بوسیله کنار دروازه، ضرورت به دانستن شدت قوه وارد شده، مدت زمان قرارگرفتن بین دروازه و نوع کنار دروازه دارد که ازاهمیت خاص برخورداراست. اوتار قابضه ممکن اند به اندازه های مختلف بوسیله چاقو قطع شوندالنه ارتباط به تقلص محکم انگشتان نسبت به حالت بسط داشته. که این اخیرالذکر درقسمت انتخاب نوع شق جهت ترمیم ازاهمیت خاص برخورداراست. البته دراثنای معاینه حالت ناحبه دستنام جرحه از نظرحسیت، دوران خون و حرکت مهم بوده، معلومات مفید را درقسمت جروحات اعماب وخامت جرحه و تعین نوع شق و نوع عملیات معلومات مفید بدست خواهد داد. در صورت موجود وخامت جرحه از موجود تشوشات عظام باید را دیوگرافی گرفته شود. که هم درقسمت کسور عظام وهم از موجود تشوشات عظام باید را دریوگرافی گرفته شود. که هم درقسمت کسور عظام وهم از موجود تشوشات عظام باید را دیوگرافی گرفته شود. که هم درقسمت کسور عظام وهم از موجود تشوشات عظام باید را دیوگرافی گرفته شود. که هم درقسمت کسور عظام وهم از موجود تشوشات عظام باید را دیوگرافی گرفته شود. که هم درقسمت کسور عظام وهم از موجود تشوشات عظام باید را دیوگرافی گرفته شود. که هم درقسمت کسور عظام وهم از موجود به در تست خواهد داد. در صورت موجود به در تسمت کسور عظام وهم از موجود به در تسم در عظر در مصورت موجود به در تست کسور عظام و می تواند به در تو در در تعور در تو در تو تو در کسور در تابه در تقسید به در تسم در عظر در در تو در در تابه در تابه

اجلم ا

اند تنک خلاصه

عباد

يا چندير له علم

عظام ص

جهه گيرد، از

ارجاع دو

درات

عموماً ر

ودوباره بنجاشد

سطح ما

خوتريز؛ دىدە شە

وظا

قطع وء شود. عا

سلندون

سمیات

177

صرورت نتيجه :

اراتد. ازاین رو فته شود بنا، معاينه تعوره

نيف وملوث ده درحالیک اى وظيفوي متموته بايد سن و دريناز ـه، اليويشن رميم اعصاب اشت تقويه

ن است. در فسمت ساحه ح درأن قرا ضرورت به که ازاهمیت شوند البته بت انتخاب یه دیستل ات اعصاب ورت درمورد ت موجودیت وحوديم

اسام اجنبی خصوصا پارچه های فلزات معلومات مفید بدست می دهد. معاینات دیگر را اجرای می می دهد. معاینات دیگر را اجرای ایسام اجبی معینات دیگر را اجرای MRI درقسمت تعین نوع جروحات اوتار، اوعیه، نکروز اسکمیک وکسور مخفی مفید

## فلاصه فصل

عارت ازبیجاشدن یک عظم ازعظم دیگر درحذای مفصل است. خلع عموما با قطع یک رباط عبر ما مع بد رباط و حتى پاره كى كيسول مفصلى همراه مى باشد، درصورت سست بودن كافي ار ا جمیں میں موس داوی ایارہ گی کیسول مفصلی بوجود آمدہ می تواند اکثرا کسر یکی از عظام مربوطه مقصل نيز به ملاحظه مي رسد .

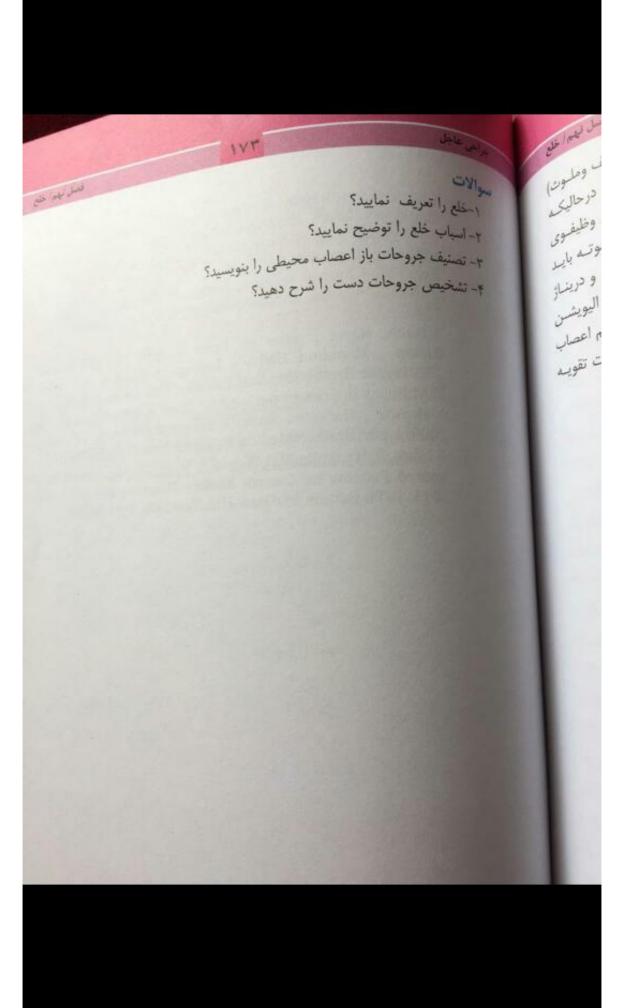
جهت بیجا شدن یک عظم از ارتباط مفصلی نارمل آن قوه کافی لازم است تا خلع صورت گرد از این رو تا زمانیکه جهت اصلاح وارجاع خلع قوای مناسب ولازم تطبیق نگردد امکان ارجاع دوباره أن موجود نمى باشد .

دراثنای خلع سطوح مفصلی ازمقابل هم بیجا می شوند و محل غیر نارمل را اختیار می نمایند. عموما رباط باید پاره گردد تا خلع رخ دهد. درصورت پاره کی شدید رباط شاید عظم به اسانی ظع ودوباره به جای خود قرار گیرد. ودر صورت پاره گی خفیف رباط بعد از خلع، عظم به حالت بجاشده، مقاوم قرار گرفته وبه أسانی ارجاع نمی گردد. بعضا رباط یا وتر طویل عضله بین دو سطح مقصلی قرار گرفته و مانع ار جاع خلع می گردد. غشای سینویال درزمان خلع پاره شده و خوتریزی داخل مفصلی را سبب می شود. ویا هم شاید در پاره گی های وتر خونریزی در مفصل ديده شود .

وظایف اطراف علوی وسفلی ارتباط به تداوم وارتباط سیستم اعصاب محیطی دارد. ازین رو تطع وعدم كفايه عصب محيطى سبب ضياع وظايف حسى، فلج، سوء شكل و وظيفه طرف مى شود عنصرار تباطی اعصاب محیطی را اکسون تشکیل می دهد. یک ساختمان بسیارطویل طالریک بوده که از جسم حجرات عصبی از نخاع، از جذور خلفی ganglia یا از ganglia اعصاب

سماتیک وباراسمیاتیک آغاز شده ونهایتا به عضومی رسد

جروحات دست نسبت به جروحات دیگرمعمول بوده وهم ازاهمیت خاص برخورداراند. ازاین رو مرورت به احیای کامل داشته بناء درین قسمت ازاحتیاط کامل واخلاص باید کار گرفته شود. بناء محدود عمل داشته بناء درین قسمت ازاحتیاط داش و ما داشته بناء درین قسمت ازاحتیاط داش و ما را معاینه نموده معید تداوی جروحات دست ارتباط به فهم وقضاوت داکتر، دارد که باراول مریض را معاینه نموده سی جروحات دست را اساسا به جروحات tidy پا ملوثیت جزیی) و untidy کثیف مولود تصنیف بندی نموده اند. به تعقیب جروحات tidy ترمیم ابتدایی همیشه ممکن بوده درحات جروحات untidy مخصوصا در دست خیلی اختلاطی اند. قبل از اینکه ساختمان های وظفره ترمیم شوند ضرورت است تا از حیاتیت انساج باقی مانده مطمیئن شد و تمام انساج متموت با برداشته شوند و هرانتان ابتدایی باید بوسیله decompression، دیبرید منت، ایریگیشن و درب باز جرحه اگر ممکن باشد و قایه گردد. که بعدا بوسیله دبریدمنت بقایای انساج متموت الیونتر باز جرحه اگر ممکن باشد و قایه گردد. که بعدا بوسیله کال با ترمیم یا بدون ترمیم اعمل جهت استراحت و تطبیق انتی بیوتیک، تداوی شده و بوسیله DPC با ترمیم یا بدون ترمیم اعمل و اوتار می تواند بسته گردد. منجمنت ابتدایی ضرورت به تثبیت اعظام با در نظر داشت تون اقسام رخوه آفت دیده دارد.



#### ماخد

1 Clay Cothren Burlew and Ernest E.Moore. Trauma in: F.Charles Brunicardi, DanaK. Andersn, et. all. 2015 Tenth Edition Schwart's Brunicardia Schargery McGraw-Hill. New Delhi Pp-161-226 principles Ligament and Joint injuries in: Brian W Ellis Simon

Z. J.Keating, Brown , Hamilton Bailey's En

Paterson - Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009 Jaypee Brothers Medical Publisher New Delhi. Pp712-

3 R.Birch, Nerve injuries in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi. 725-733

4. D.M.Evans Injuries of the hand in: Brian W Ellis Simon Paterson Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp734-741

5. 4-Mark R.Hemmilo, MD. Wendy L. Wohl. MD. Managment of the injured Patients in: Current Surdery Diagnosis and Threatment: 2015. 14Th Edition McGraw-Hill.New Dehi. Pp-176-209

# فسمل دهم

# المداف أموزشي: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست مي آید:

فلكمون انتركس انتانات كولستريدل تيتانوس گاز گانگرن نگروتایزنگ فسیای تس انتانات كسبى داخل شفاخانه

اریزی پل اریزی پلویید بضى تعريقات اساسى أبسه برسب های اسا سی تداوی هید را ادینایتس کارین کل فرانكل

تريف

سلوليت

احي عاجل فعل دهر الثان

تعریف: انتانات جراحی عبارت ازآن انتاناتیست که درنتیجه تداوی عملیاتی بوجود امده ویرا هم ایجاب تداوی عملیاتی را می نمایند.

هم ایجاب ندوی طعیای رکی این این که اساساً به و سیله مداخله جزاحی تداوی می شوند یا اینکه بر تعقیب عملیه های جراحی در جرحه عملیاتی و یا به یک فاصله از آن بوجود می آیند.

انتانات جراحی وغیر جراحی باید ازهم تشخیص تفریقی گردند زیرا انتانات جراحی ضرورت معلیه جراحی به منظور تخفیف یا تنقیص تلقیح از قبیل برداشتن انساج نکروتیک و محیا مجاوران دارند، انتانات جراحی می توانند از طریق اوعیه انساج مجاور داخل دوران شوند و باعد سبتی سیمی، باکتریمی و غیره گردند. بعد از اجرای عملیه جراحی در انتانات جراحی تطبیق انتی بیوتیک ضرور نبوده و یا به مدت کم ضرو رت می باشد.

پتوژنیزانتانات جراحی: تهاجم اور گانیزم های مرضی بالای عضویت و عکس المر عضویت درمقابل میکروبها را انتان گویند، دراین زمینه فکتورهای ذیل رول دارند: پتوجنسن میکروب، دفاع میزبان، محیط موضعی و تکنیک جراحی.

باید علاوه نمود به هراندازه که ویرولانس مایکروبها زیاد و تعدادآنها بیشترباشد به همان لنور آفت به شکل حاد و وخیم سیر نموده، برخلاف به هراندازه یمی که تعداد مایکروبها کمنرو ویرولانس آنها کمتر باشد آفت ضعیف ترسیر مینماید، نقطه مهم دیگرعبارت ازمقاومت با نفاع میزبان است، یعنی به هراندازه که مقاومت عمومی مریض بلند باشد به همان اندازه دفاع وی به مقابل انتان درست بوده وحتی انتان هیچ تا سس نمی نماید. یا بعد از تا سس، اشان مذکورسیربسیار خفیف می داشته باشد.

تکنیک جراحی نیزیکی از مهم ترین فکتور های مساعد کننده های انتان بعد ازعملیات جراحی بوده که درین زمینه دست زدن ملایم انساج، دور نمودن انساج متموته، علقات خون استعمال محدودالکتروکوتیر، اجرای بدون کشش انستوموزمعایی، رول عمده رابازی می نمایه فکتورهای موضعی ازقبیل موجودیت انساج متموته، موجودیت انساج اجنبی درجرحه، موجودیت مابع واذیما ناحیوی، موجودیت امراض وعایی، پائین بودن فشاراکسیجن درناحیه درجهت تواب انتان جرحه وی و انتانات جراحی رول مهم دارند.

تصنیف انتانات جراحی: انتانات جراحی را به انتانات ابتدایی که به صورت بفه بعدازمجروحیت انساج بوجودآمده و یاانتانات ثانوی که به تعقیب ترضیضات اتفاقی یابلان شه جراحی یعنی عملیات به وقوع می رسند تصنیف نموده اند.

به انتانات جراحی از نظر سریری و اناتومویتالوژی قرار دیسل است: الف: التافات حاد جراحي

ر انتانات حاد تقیحی.

An Aerobic علد An Aerobic

معفن. Pyogen متعفن.

ي: انتانات مزمن جراحي

ر انتانات مزمن غير وصفى مثل اوستيومياليت.

٢. انتانات مزمن وصفى مثل توبر كلوز.

تصنيف انتانات به اساس موقعيت أنها

١ انتانات جلدي و تحت الجلدي.

۲. انتانات عضلات و صفاقات.

٣. انتانات عظام و مفاصل.

۴. انتانات راس و مخ عظم.

۵ انتانات منصف.

۶ انتانات جداربطن و داخل آن.

۷. انتانات جدارصدر، یلورا و ریتان.

٨ انتانات اعضاى حوصلي.

٩ انتانات عنق.

تصنیف انتانات نظر به عامل سببی آنها

۱. Mono ifection؛ انتانا تیکه به وسیله یک نوع میکروارگانیزم مثلاً: ستافیلوکوک،

سربتوکوک و غیره بوجود می آیند.

۲. Poly infection: انتاناتیکه در آنها چندین میکروارگانیزم حصه دارند.

نظاهوات سريرى:

اعراض موضعی انتانات جراحی را به صورت کلاسیک احمرار، تورم، حرارت، درد، ضیاع اللهوی تشکیل می دهد. احمراردرجلدازباعث Hyperemia شدید تولید میشود. تورم از سب الم کیلوی ها ازدیاد Permeability اوعیه که باعث تراکم مایعات درساحه گردیده بوجود می الم الم فراد نموده که در الله تراکم مایعات باعث از دیاد فشاردرساحه شده، بالای اعصاب ناحیه فشار وارد نموده که در

3 7

حراف 3.4

ي دفي 12

tisi

resion

سلتوا lie .

مشود

olytic

نكروز أغازخ

ته کسا

ليزعع

نتیجه آن درد و حساسیت بوجود می آید. که دراینصورت بلندرفتن فشاربالای ناحیه به حد اعظم میباشد. توسع اوعیه درناحیه باعث بلند رفتن حرارت ناحیوی نیزمی گردد. مریض ناحیه درنای میباشد. توسع وجه در این میسازد، این ضیاع وظیفوی به شکل عکسوی و این میاع وظیفوی به شکل عکسوی و یا اینکه به شکل اختیاری میباشد.

اعراض عمومی انتانات جراحی راتب، لرزه، سردردی، ضعیفی، تکی کاردی، مختل شنن شعور، Septicemia، تغییرات درمعاینات روتین و بیوشیمیک خون، ماوف ساختن وظایف کبد وربتان تشكيل مى دهد. طورمثال به هر اندازه كه انتان شديد باشد به همان اندازه لوكوسيتوز زيار مىباشد.

یرنسیب های اساسی تداوی انتانات جراحی :تداوی انتانات جراحی به دو شکا تداوی محافظوی و تداوی جراحی صورت می گیرد.

تداوی محافظوی به منظورایجادنکات ذیل اجرا میشود: کم کردن توکسین و تقیحان، معدوم کردن یا اقلاً کم کردن فعالیت مایکروبها، تحریک قوه معافیتی، بیولوژیکی و ترمیمی عضویت، از بین بردن و تقلیل اعظمی درد، کم ساختن و تیره التهابی و تجرید ساحه نکروز، الند بردن قدرت دفاع خود میزبان وتطبیق انتی بیو تیک جهت فایق آمدن بر یک تعداد زیاد انتانات.

تداوی جراحی : دراثنا و یا قبل ازعملیات جراحی نقاط ذیل درنظر گرفته شود: کم کردن توكسيكيشن، محدود كردن و يا ازبين بردن فعاليت مايكروبها، فعال ساختن قوه دفاعي عضويت بهتر ساختن وظایف اعضای مهم حیاتی.

استطبابات عملیات جراحی : قبل از اجرای عملیه جراحی نکات ذیل در نظر گرفته شود:

۱. وضع عمومی مریض به دقت دیده شود.

٢. كدام محراق انتان بايد عمليات كردد؟

در حالات ذیل استطبابات عاجل جراحی موجود است:

الف: در حالاتیکه انساج به سرعت به طرف لیز شدن میروند.

ب: در صورتیکه درد، اذیما شدت کسب نماید.

ج: در حالاتیکه در محراق انتانی تموج به و جود آمده باشد.

در اثنای مداخله جراحی نقاط ذیل در نظر گرفته شود:

۱. شق باید در ساحه اجراء گردد که به مسیراوعیه و اعصاب بوده وازآن فاصله داشته باشد. ٢. بعد ازتشخيص مطلق شق بالاي محراق انتاني اجرا مي گردد.

۳. در صورت عدم تشخیص جوف تقیحی شق باید به کوتاه ترین فاصله ازآن اجراء گردد. اگر محراق دارای چندین جوف باشد به وسیله انگشت باهم وصل گردند. اق می درن گذاشته شود که هم زمینه دریناژرامساعد ساخته و هم فوحه سطحی جوف بسته نشود.

#### اختلاطات

Super infection ، انحطاط التيام، Sepsis وأر ذيل اند: Super infection و انحطاط التيام، Immunosuppresion، تشكل فيستول و سينوس.

## سلوليت

عبارت ازانتان مهاجم منتشر و غيرتقيحي نسج منظم است كه عموماً تحت الجلد را مصاب مسازد و در التهابات نسج منظم نواحی دیگر از قبیل حوصلی، محیط کلیوی و غیره نیز مشاهده

عوامل سببی أنوا انتانات متعدد انایروبیک و ایروبیک تشکیل داده ولی زیادتر Strep-B hemolytic در تاسس آن رول دارد که باعث تولید Streptokinase, Hyalurodase می گردد. تظاهرات سریری: اکثر أاطراف علوی و سفلی راماوف ساخته به قسم ناحیه سرخ نصواری به شكل جلد اذيمايي تظاهر مي نمايد كه با حساسيت، درد موضعي، اذيما و احمرارهم راه ميباشد. تكروزمركزى و تقيح درمراحل أخرى أن به ملاحظه رسيده ميتواند بايد گفت كه سلوليت ازنقطه اغازخود به سرعت پیشرفت نموده کنارهای آن مغشوش و بعضاً واضح می باشد.باب دخول أنرا جرحه، وخذه، قرحه یی جلدی تشکیل داده، تظاهرات سیستمتیک آنرا تب، لرزه، ناراحتی و توكسيسيتي تشكيل مي دهد. بايد علاوه نمود كه سلوليت باعث توليد لمفانجيت و لمف ادينيت نیزمی گردد.



شکل:سلولیت از باعث تطبیق کتیتر وریدی

درنتیه خود د خالیگ روز ق بدون همزه فولیگ موها مریخ سست

itis

ماوو

تداوی: تطبیق Packهای مرطوب باعث بهترشدن اروا و نارمال شدن اکسیجن درنادی استراحت، غیرمتحرک ساختن ناحیه، بلند نگهداشتن طرف و تطبیعق انتی بیوتی شده ،استراحت، غیرمتحرک ساختن ناحیه، بلند نگهداشتن طرف و تطبیعق انتی بیوتی شده ،استراحت، غیرمتحرک ساخت به ایسان خروریست .درصورتیکه عکس العمل تداوی در مدت ۲۴ ساعت به وقوع نه پیوست به ایسان خروریست .درصورتیکه عکس العمل توجه صورت گیرد و دریناژ جراحی باید اجرا گردد.

#### Lymphangitis

عبارت از التهاب اوعیه لمفاوی است.

ازنظرنوع مرضی ارتشاح حجرات التهابی درنسج مجاور اوعیه به مشاهده میرسد و همچنان اخدار اوعیه اذیمایی بوده و بعضاً حتی انتانات رانیزدرداخل اوعیه لمفاوی دریافت نموده میتوانید اذیما باعث کوچک ساختن قطر اوعیه و حتی تشکل فبروزشده باعث مسدود ساختن اوعیه ان شده میتواند. دراشکال خفیف لمفانجیت، صرف درجه حرارت بلند رفته اما دراشکال وخیم آن بالرزه همراه بوده مریض دلبدی، استفراغ، بیخوابی و حتی هذیانات میداشته باشد. اوعیه ماوفه به شکل سرخ رنگ تحت الجلدی به ملاحظه رسیده، درصورتیکه اوعیه برزگ مصاب شده باشد از سبب تشکل فبروز درآن به شکل یک نواردرمسیر اوعیه جس میشود. تداوی آن استراحت بسر، غیر متحرک ساختن، بلند قراردادن طرف و توصیه انتی بیوتیک ها است.

## فرانكل

عبارت ازالتهاب حاد فولیکول موی و انساج مجاور آن است، یعنی علاوه به فولیکول موی انساج شحمی و نسج منظم مجاور آنرا نیز ماوف میسازدوهمیشه به طرف تقیح ونکروزمرگزی انکشاف می نماید.

اسیاب: عامل مرضی آن اکثرآستافیلوکوک های طلایی بوده و به صورت نادرستافیلوکوک های طلایی بوده و به صورت نادرستافیلوکوک های اینض نیز سبب آن گردیده میتواند. در تولید آفت نظافت عمومی و مقاومت بدن رول مهم دارد.

از نظرهستولوژی درابتدا دراطراف فولیکول مبوی یک pustule تولید گردیده که داری نیتروفیل ها، ستافیلوکوک ها و فبرین میباشد، بعداً ستافیلوکوک ها از سطح به عمق بصله موی پیش رفته و تاسطح حلیموی میرسند که دراثران التهاب و نکروز نسجی تولید می گردده

ادي عاجل

رایده انساج مجاورنگروز نموده، منحل گردیده سبب تولید قیح می گردد و موی که حیاتیت عود را از دست داده در بین قیح قرار داشته، بعداً قیح و موی باهم خارج گردیده و درمحل آن یک عالگاه باقی می ماند که توسط نسج گرانولیشن بر گردیده و نسج ندبوی را بوجود می آورد.

ایکه به به این اورد. اورد که به تدریج انکشاف می نمایدبعد ازدو رود که به تدریج انکشاف می نمایدبعد ازدو رود قسمت مرکزی آن نرم شده افرازات تقیحی سرازیر گردیده که بعداً subside می گردد. البته بون تقیح نیزامکان subside آن میرود. فرانکل در خلف عنق عمومیت دارد. اگر چندین فرانکل مرافان در قسمت های مختلف عضویت بوجود آید بنام فرانکلوزیزس یاد می گردد.

محر المسلمان المسلمان المسلم المسلم

تداوی: تداوی کلاسیک فرانکل تطبیق انتی بیوتیک نبوده بلکه دریناژمی باشد. قبل از همه برهای ناحیه تراشیده شود و با محلولات انتی سپتیک شسته شود. نامین حفظ الصحه عمومی بریش، تقویه مریضان، تطبیق اشعه ماوارای بنفش، حمام های Hexechlorophen و ایودین، نستوشوی لباس مریض ازنکس مرض جلوگیری مینماید. امراض مترافقه از قبیل دیابت و غیره باید تداوی شوند.

## Hydro adenitis

عبارت ازیک پروسه مزمن تقیحی cicatrizing غداوت عرقیه است که ازناحیه ایتدایی طووف به طبقه تحت الجلد انتشارمی نماید اسباب آنراباکتروییدها تشکیل می دهد.عوامل ساعدکننده آنرا: hyperhidrosis، عدم مراعات حفظ الصحه، ادویه کیمیاوی جهت تغییرانگ اوی، موادبوبرنده و ترضیض دراثنای تراشیدن موها می سازد .



Hydro adenitis: ککل

وده کلینیکی: ساحه معمول آنراناحیه ابطی تشکیل داده ولی درناحیه مغبنی و اعجان نیزدیده کلینیکی: ساحه معمول آنراناحیه ابطی تشکیل داده و موجودیت درد شدید درساحه که نود سرخی، تورم و تندرنس در ساحه مصاب موجود بوده و موجودیت

3

حید پری

94

عضاً

جنان وانیم،

ے آن يم آن

وفه به باشد

يسترء

موى

ركزى

لوکوک

په دارې

به صوی گردد و

ماووفه تشخيص را تاييد مي نمايد.

وقه نشخیص را تایید می است و هم از اشعه X جهت تداوی استفاده شده مواند تداوی آن مشابه تداوی استفاده شده مواند درهایدرو ادینایتس های نکس کننده از تداوی جراحی نیز استفاده می گردد.

#### Carbuncle

عبارت از گانگرن انتانی انساج تحت الجلدی بوده ویا به عباره دیگرالتهاب قیحی و نکرونی چندین فولیکول موی که پهلوی هم قرار داشته باشند میباشد.

taphylococcus aureus اسباب:

لوحه کلینیکی: از نظر سریری مرض سیر وخیم داشته با درد های سوزنده، خله زدن ها همان میباشد. وضع عمومی مریض روبه خرابی رفته و درجه حرارت بلنید می رود، سردردی ندید ضعیفی، سقوط اشتها، تکی کاردی و عسرت تنفس موجود میباشد. درشروع درناحیه مصاب یک ارتشاح ضخیم بوجود آمده که درآن فیستولها تأسس مینمایند و آهسته، آهسته بزرگ می گرددید تعقیب آن محراق التهابی بزرگ تولید شده و تعداد زیاد ازفرانکل های که پهلوی هم قراردارت دران موجود میباشند، بعد ازچندی کاربنکل توسط چند سوراخ یا فیستول به بیرون باز گردیده و ازان قیح خاکستری خارج می گردد.



دکل: Carbuncle

تداوی: مریض مصاب کاربنکل طور عاجل بستر و درصورت موجودیت نکروز، انساج نگروتیک دور ساخته شود و دریهلوی آن تداوی عمومی مثل تقویه مریض، رژیم غذایی و توصیه اتن بیوتیک های قوی ضروری است.

Tw

مای مه يصورت ى انولىت

ی دهد

محاور در مذكورازنة ی دد در ارتساح از

ارتشاحي المحما

سرخی،

اشتهایی، اعراض ع

اسی بوء درد تاک

معدوم اس بايدازايسي

شخيص تداوة

لتى بيوتيا ودرايس انساءه انحنتا فعل دهم التالات جراحي

اسه عبارت از تجمع قبح به صورت موضعی دریک جوف جدید التشکیل درانساج قسمت به مختلف عضویت است که ازباعث مداخله مستقیم انتان درنتیجه جروحات، وخذه ها و یا های استقیم توسط خون و لمف بوجودمی آید این تجمع فیحی درابتدا توسط نسج مورد معداً توسط نسج منظم لیفی احاطه می گردد. عامل سببی آنوا انتانات مختلف تشکیل

تشریح مرضی: زمانیکه میکروب دریک قسمت عضویت جا گرفت شروع به تکثر نموده نسج محاور دراثرتو کسین و فرمنت هانگروزنموده که بعدازتمیع نسج نکروزی قیح بوجود می اید، قیح مذكورازنظر رنگ، بو و غلظت نظر به عامل سببی أن متفاوت میباشد. اگرجوف أبسی مطالعه ودد در بین آن حجرات نکروزی، قیح و انتانات مرده و زنده دریافت می گردد. درمحیط آبسه ارتشاح از نسج گرانولیشن موجود بوده و سطح خارجی آن از نسج لیفی ساخته شده است. ساحه (نشاحی در حقیقت سد است در مقابل انتشار انتان.

لوحه كلينيكي: در صورتيكه أبسى درموحله ارتشاحي باشد تمام اعراض موضعي التهاب ازقبيل سرخی، گرمی، پندیدگی و درد را معرفی می نماید. اعراض عمومی از قبیل تب، لرزه، بی اشتهایی، بیخوابی، سردردی، دردهای کمر و مفاصل کمتر به ملاحظه میرسد و در صورتیکه أعراض عمومي شديد باشد كلچر خون بايد اجرا گردد. درمرحله تقيحي درصورت سطحي بودن اسی برعلاوه اعراض که فوقاً ذکر شده Fluctuation نیزموجود میباشد، که با جس حساس و درد ناک میباشد. در صورت کوچک بودن، عمیق بودن آبسی و ضخامت جدار آن Fluctuation معدوم است که در این صورت با اجرای بذل میتوان قبح را واضح ساخت. آبسی های گرم بایداز آسی های سرد توبر کلوزیک، هیماتوم، انیوریزم، تومورهای سلیم و خبیث و سیست ها تخص تفریقی گردد. اختلاطات مهم آبسه را شاک سپتیک تشکیل می دهد.

تداوی: در مرحله شروع تداوی محافظه کارانه که شامل تطبیقات موضعی گرم و تطبیق لتی بیوتیک است باید اجرا گردد. آبسی های کوچک به وسیله بذل متکررتخلیه گردیده میتوانند و در ایسی های بزرگ تداوی جراحی یعنی شق و دریناژ ضرورت است. در اثنای شق سیر اوعیه و عصاب در نظر گرفته شود. در صورتیکه آبسه چندین جوف داشته باشد باید بعد از شق، توسط لكست اجواف مذكور باهم وصل كرديده و درينار كردد.

و نکروتیک

دن ها همراه ردى شديد مصاب یک می گردد بد م قراردارند ز گردیده و

> نكرونيك مة انس

040

64

wli.

25

las

رهد

نموا

الته

تح

14

عبارت از التهاب منتشر و قیحی انساج تحت الجلدی و بین المفصلی، شحمی، صفاقی و پریتوان است، که توسط دو خصوصیت ذیل از آبسه فرق مینماید.

• اول اینکه فلگمون میلان به محدود شدن ندارد

میتاستاتیک از طریق دموی و لمفاوی به ناحیه میرسد.

دوم سیر سریع دارد. و به صورت آنی وضع عمومی مریض را خراب میسازد.
 عامل مرضی آنرا سترپتوکوک، ستافیلوکوک، باسیل ها و E.coli تشکیل می دهد.
 انتان از طریق جلد و غشای مخاطی ماوف داخل عضویت گردیده و یا اینکه به صورت

Exudates التهابی یی فلگمون یا از بین حجرات و یا از سوراخ های که در صفاق ها برای عبور اوعیه و اعصاب موجود است عبور نموده و خود را به صفاق مجاور می رساند. فلگمون ها نظر به موقعیت خود به نامهای مختلف یاد میگردند طور مثال: فلگمون محیط کلیه به نام paraproctic یاد میشود

تشریح مرضى: از نظر تشریح مرضى فلگمون چهار مرحله دارد:

الف: مرحله اول – قیح تشکل نه نموده و در صورت شق نمودن فلگمون مایع منتن حاوی مقدار زیاد لوکوسیتها و انتانات خارج می گردد و نسج مصاب دارای رنگ سرخ سربی و بعضاً زرد مایل میباشد.

ب: مرحله دوم - درین مرحله تقیح تأسس نموده و اکثراً بین حفرات کوچک نسجی تجمع تموده و هم جدا می باشد و بعضی نقاط سبزمایل به مشاهده میرسند که تأسس نگروز را نشان می دهد.

ج: مرحله سوم - بنام مرحله تشکل قبح یاد می شود، بعضاً قبح به خارج بازمی گردد. که در این مرحله عضلات، اوعیه و اعصاب نیز تخریب می گردد. اختلاطات موضعی از قبیل phlebitis و Ostitis بوجود آمده میتواند و با اختلاطات عمومی نیز همراه می باشد.

د: مرحله چهارم یا مرحله ترمیم - تقیحات ازبین رفته، جوف متشکله ازنسج گرانولیشن مملو میباشد. و تندب بوجود می آید.

لوحه سریری: اذیمای منتشر و دردناک درقسمت ماوفه موجودبوده که با سرخی، بلندرفتن درجه حرارت و مختل شدن وظایف قسمت ماوف مترافق است. در مرحله مقدم به شکل ارتشاحی ضخیم و در مراحل پیشرفته نرم می گردد. و Fluctuation در آن پیدا میشود. سیر کلینیکی آن

مراعد نبوده و باعث Intoxication گردیده میتواند مرض مذکور به صورت آنی شروع به مراه بوده و با اینه من مدور به صورت انی شروع درجه سانتی همراه بوده و با لرزه، سر دردی، ضعیفی عمومی تعقیب دردی، ضعیفی عمومی تعقیب

تراوی :در مرحله اول شروع تداوی محافظوی بوده که شامل استراحت بستر، رژیم غذایی المرق مسكنات و انتى بيوتيك وسيع الساحه ميباشد. درمرحله تقيحي فلكمون بايد دريساز یده و درحالت ارتشاحی قسمت مصاب شده شق، انساج نکروتیک و قیحی برطرف گردد.

## Erysipelas یا سرخ بساد

عبارت ازالتهاب مصلی، مصلی دموی و تقیحی تمام طبقات اوعیه تمادی جلدی میباشد و به صورت نادر غشای مخاطی نیز ابتلا شده میتواند. عامل سببی آنوا ستربتوکوک ها تشکیل می

سرخ باد دارای خواص ذیل است: سرخیاد ساری است، سیر وخیم دارد، معافیت ندارد، نکس نموده میتواند.

عامل سببی از طریق اکزوجن یعنی از خراشیدگی ها و جروحات داخل عضویت می گردد. انهاب در شروع به شکل مصلی یا مصلی دموی بوده و در طبقه حلیموی جلد قرار داشته از ایس سب به شکل سرخ رنگ معلوم میشود. در صورتیکه اذیما به طبقه ریتیکولار برسد التهاب به سلح جلد انتشار نموده و باعث جدا شدن اپیدرم گردیده و آبله ها بوجود می آید. در صورتیکه به نحت الجلد انتشار نماید باعث التهاب تقیحی می گردد. که دراین صورت بنام فلگمون یا سرخباد المن گردد. و حتى باعث نكروز ساحه گرديده ميتواند.

عراض و علایم: اعراض مخبره آنرا کسالت، سردردی و به تعقیب آن تب همراه با لرزه، للدى واستفراغ تشكيل مى دهد. مريض ازبى خوابى شكايت داشته وبى اشتها مى باشداعراض وضعی أنوا درد سوزنده، احساس حرارت در ناحیه تشکیل می دهد. درناحیه مصاب یک نوع پلک سخ شفاف که مرکز آن نسبت به محیط آن خاسف است بوجود میآید. این پلک ها با جس ا العام المناحي، متورم و دردناک میباشد. اختلاطات آنرا لمف ادینیت، ترومبوفلبیت، منجیت و

بس تشكيل مي دهد. الله و المتراحت مطلق بستر، تطبیق مایعات و الکترولیت ها، تنظیم رژیم غذایی و معالی المتراحت مطلق بستر، تطبیق مایعات و الکترولیت المسالم بیوتیک تشکیل داده و از تداوی شعاعی به شکل موضعی نیز استفاده میشود.

سه صورت

ها برای گمون ها

له به نام

تن حاوي بعضاً زرد

ئى تجمع را تشان

2452 phlebitis

نىن مملو

لمندرفتن ارتشاحي

Ervsipeloid

Erysipel شباهت زیاد به سرخ باد داشته ولی مرض وظیفوی و Non Streptococal بوده بشن کار کران مسلح را مصاب میسر حقیقت عبارت از سلولیت جلدی است که به شکل یک نودول بنفش شکل منحنی با فسن حقیقت عبارت از سوبید . م مرکزی شفاف که قبح در آن تشکل نمی نماید تظاهر مینماید. آفت عموماً انگشتان را سان مر دری سفاف به مین در بی ساخته و فوق العاده اذیمایی میباشد. مرض مذکور با تظاهرات عموم و خصوصاً اندوکاردیت همراه بوده، تداوی آن توصیه انتی بیوتیک ها خصوصاً پنسیلین می باند

## انتــرکس

این افت توسط Bacillus Antiracial گرام مثبت کیسول دار و مولد سپور تولید شنوین تماس انسان با حیوانات بوجودامده، یعنی ازحیوانات به انسان سرایت مینماید. عامل مرضی ازطریق تخریشات جلدی، غشای مخاطی و تنفس داخل عضویت می گردد.

تشریح مرضی: ناحیه ماوفه جلد، احمراری، ارتشاحی توام با خارش شدیدهمراه بوده، د قسمت مرکزی احمرار، جلد از قسمت های دیگرکمی بلندتر قرارمی داشته باشد بعد ازسیری شدن یک تا دوروز ایبدرم از درم جدا شده و درتحت أن مایع مصلی خوندارتجمع مینماید. به تعقیب آن جلد خشک گردیده، رنگ سیاه را اختیار می نماید و محیط آن از سبب ارتشاح بسیار ضخیم می گردد.

اعراض سریری: دوره تفریخ مرض ۳ - ۴ روزاست. مریض از سردردی، سرچرخی،سفوها اشتها، تب خفیف شکایت داشته و محراق التهابی ۲ - ۴ سانتی مترقطر دارد که قسمت مرکزی آن تکروزی میباشد

.در این آفت، عقدات لمفاوی ناحیه ضخاموی میباشد.

تداوى: واكسين أن قابل دسترس بوده توصيه پنسيلين به دوز بلند تداوى انتخابى است.

## انتانات Clostridial

تسیستسانسوس: مرض حاد انتانی بوده که به وسیله کولیستریدیم تیتانی که یک باسیل گرام مثبت غیر هوازی است تولید شده، به صورت نارمل درخاک و موادغایطه موجود است انتان مذکورازطریق جروحات بازجلدی وغشای مخاطی، خلیدن خار، خراشیده گی و غیرا داخل عضویت گردیده، درجروحات عمیق، کوبیده شده، ملوث و درجروحاتیکه درآن انساج متمونه، نکروزی و جروحاتیکه از گرد وخاک و اجسام اجنبی مملوباشد زیاد دریافت می گردد. کولیستربدیم

4 4 -

5 435 نوق الماده د يه دان م

س لاحل عي تظاهرات

ندو مقاوم موجوديت نكا

نسكى تهي راده که بعد

وجهى با تعة اختلاحات

صورت بتقسد

سب اختلاح كفايه تنفسن

قرط بسط دار

فلوی په بست isthotonus

عفلات حير

:653/11

اتناوى 204

منظر باشلا

تهانی زمانیکه داخل عضویت گردید باعث تولید اکزوتوکسین گردیده، اکزوتوکسین مربوطه در Cholinesterase بههای موضعی و دوامدار تهیه شده و باعث سپزم تونیک عضلات می گردد. صورت موضعی اکزوتوکسین به امتداد عضلات به اعصاب مرکزی نیزرسیده و باعث Hyper excitability

فوق العاده شدید نیرونهای عصبی حرکی درقرن قدامی نخاع گردیده در نتیجه یی تنبهات حسی که به آن میرسید به مقابل شان عکس العمل فوق العاده شدید و وسیع نشان می دهد که به نوبه خود باعث سبزم فوق العاده شدید عضلات می گردد.

تظاهرات سریری: لوحه سریری مرض به عامل مرضی یعنی سپور یا باسیل که داخل عضویت شده، مقاومت عمومی مریض، تعداد میکروبها و ویرولانس آنها، عمق جرحه، انساج متموته و عوجودیت نکروز ارتباط دارد دوره تفریخ مرض ۴ - ۱۴ روز است. اعراض سریری آنرا سردردی، خستگی، تهیج، تعرق زیاد، موجودیت درد شدید ناحیه جرحه، سیزم عضلات اطراف جرحه تشکیل داده که بعد از پیدا شدن این اعراض مخبره محدودیت حرکات فک (lock jaw)؛ سیزم عضلات وجهی به تعقیب آن شخی گردن، Dysphagia و سپزم حنجره به وقوع رسیده میتواند.

اختلاجات در تمام عضلات نمایان گردیده و سبب درد شدید می گردد، تهیجات عموماً به صورت بنفسهی به وجود آمده مگر بعضاً تنهااز سبب تب خفیف و ملایم که با تولید آواز، روشنی سب اختلاجات شدید می گرددهمراه می باشد. درجه حرارت بلند، نبض سریع، سیانوز و عدم كفاية تنفسي به مشاهده ميرسد. در اثر تقلص عضلات گردن، جذع و اطراف مريض يك حالت قرط بسط داشته و شکل کمان را به خود اختیار می نماید که در این حالت تنها کری پای و ناحیه فنوی به بستر تماس داشته و باقی قسمت تنه وی به شکل کمان معلوم میشود که بنام Opisthotonus یاد می گردد.مرگ معمولاً از باعث عدم کفایه تنفسی از باعث سبزم شدید عضلات حجاب حاجز رخ مي دهد.

تدلوى:

ا تداوی. اساس این مریضان را: تجرید مریضان، تهیه محیط آرام و خاموش، دریناژ قیح وبانسمان جرحه، تولید معافیت در مقابل تیتانوس تشکیل می دهد، به این منظور نکات ذیل منظر باشده

• تطبیق تیتانوس ایمیونوگلوبولین انسانی (TIG) به منظور ایمیونایسیشن غیرفعال: دوز وقایوی ان 250 iu از طریق عضلی و دوز تداوی آنرا 25000-1000ازطریـق عضـلی

المدور

دا معمار المسودي و باشد

تسده وا مرضي

بوده در زسيري ايديه

ح بسيار

سقوط ر کزی

Cul غيره

1234° MAL

تشكيل مي دهد.

۲. انتی توکسین تیتانوس: برای امیونایزیشن غیر فعال در صورتیکه TIG بدسترس نبائید تطبیق می گردد طوریکه:

- دوز وقایوی آن 1500-3000iu از طریق عضلی البته بعد از اجرای تست (ATS) بوده • دوز تداوی آن برای جدیدالولاده ها 10000iu از طریق عضلی و یا وریدی، برای اطفال و
- کاهلان ۱۵۵۵۵-40000 ازطریق عضلی و نصف دوزازطریق وریدی، برای اطفال و کاهلان می توصید می شود.

۳. توکسویید تیتانوس: برای ایمیونایزیشن فعال 0.5ml IM دو دوزدرمدت ۴-۸ هفته به شکل وقفه یی، دوز سوم بعد ازیک سال و دوزبعدی آن هر۵-۱۰ سال بعدتوصیه می شود.

۴- تطبیق انتی بیوتیک

۵- تداوی جهت ازبین بردن سپزم واختلاجات: در مرحله ابتدایی یا خفیف که فقط ریجی دیتی تونیک موجود باشد، سدیشن و رلکسیشن به وسیله دیازیم و باربیتورات ها از طریق داخل وریدی کفایت می نماید در مرحله دوم یا حالت شدید که با دیزفجی و سپزم عکس العملی همراه می باشد دراین صورت: سدیشن متداوم، تطبیق تیوب انفی معدوی، تطبیق تغذی از طریق وریدی و محافظه بیلانس پروتین، محافظه یی وظایف قلبی و کلیوی، در صورت ضرورت اجرای تراخیوستومی

درمرحله سوم یاوخیم که توام با اختلاجات سیانوتیک همراه می باشد: تطبیق رخاوت دهنده های عضلی، تنفس بافشار بلند و وقفه یی، مراقبت شدید نرسنگ و افزایش سداتیف ضروری می باشد. باید علاوه نمود که تداوی این مریضان ایجاب تلاش های مشترک، جراح، انستزیولوجت و طبیب داخله را می نماید<sup>3</sup>.

ویکی Gas gangrene ایس و تیره مرضی توسط انتانات غیره وازی بوجود آمده و یکی Gas gangrene این میکروب ها نشونمای آن درمحیط بدون آکسیجن بوده و درمحیط از خصوصیات بسیار مهم این میکروب ها نشونمای آن درمحیط بدون آکسیجن بوده و وتبره حاوی اکسیجن نشونما و فعالیت نموده نمی توانند. انتانات مذکور سیر بخصوص داشته و وتبره مرضی خطرناک و کشنده یی را بوجود می آورند. از جمله خصوصیات دیگر این میکروبها معلوا نمودن عکس العمل التهابی تولید اذیما در حال پیشرفت تولید گازات، تموت انساج ماوفه و خراب نمودن عکس العمل التهابی تولید اذیما در حال پیشرفت تولید گازات، تموت انساج ماوفه و خراب ساختن حالت عمومی مریض از سبب تسمم با جذب بقایای انساج متموته و توکسین ها که توسط میکروب های مذکور تولید می گردد میباشد.

cus

s,

محاو

ميات

اذيما

موجو

اینده

فيند

ol

97

2

س نبائسا

م) بوده. ن اطفال و صدر

له به شکل

ط ریجی حق داخل ملی همراه از طریق رت اجرای

بت دهنده سروری می زیولوجست

ده و یکی درمحیط ده و وتیره ویها معدوم فه و خراب

شش نوع از کلوسیریدیا سبب انتان نزد انسانها می گردد. که میتوان چندین نوع آنرا در یک انتان خراصی دریافت نمود. عامل سببی آنرا penfrigea دریافت نمود. عامل سببی آنرا Clostridia penfrigea، Clostridia Dedematies، این دریافت نمود. کام دهد.

تظاهرات سریری این انتانات بنابر درجه وخامت شان از شکل کمتر وخیم تا به اشکال وخیم و کشنده به ترتیب آنی تعقیب و اعراض سریری نشان میدهند.

تناوى أنوا اكثراً ديبرد منت نسج متموته تشكيل مي دهد.

ن Gas Abscess انتان موضعی غیر مهاجم بوده دوره تفریخ اکتراً یک هفته بوده، درد کم، البه ابدرجه متوسط، مریض توکسیک بوده، تب و تکی کاردی موجود است.

جرحه یی مصاب دارای بوی وصفی، افرازات مصلی قیحی نصواری رنگ بوده و گاز در آن بوجه می باشد. تداوی آن اکثراً شق، دریناژ و توصیه انتی بیوتیک است.

ج: Crepitation Clostreidia Celulitis انتان مهاجم تحت الجلدی بوده و اکثراً به تعقیب اندکتومی بوجود می آید، تهاجم آن اکثراً سطحی ترازصفاق عمیق میباشد. به سرعت انتشار 
تموده که غالباً تغییر رنگ جلدی، اذیما، و Crepitus را تولید مینماید.

اعراض وعلایم سیستمیک کمتربرجسته بوده که باعث تفریق سلولیت از میوزیت می گردد. در میوزیت می گردد. در میوزیت موضعی کلوستریدیال: مرض، نادر بوده انتان عضله را موف ساخته اما مهاجم نیست. جرحه دارای بوی، اذیما و Crepitation بوده، اروای ناحیه خوب به نظررسیده و نبضان ن سالم است اعراض سیستمیک شامل تب، تکی کاردی می باشد.

فنمیوزیت منتشر کلوستریدیال (گازگانگرن): این حالت با افزایش سریع، اذیما و اگزودات مسلی قیحی نصواری که دارای حبابات هوائی درجروحات است همراه میباشد. مدت کمترازسه بوزیعاز ترضیض آغاز میشود، تکی کاردی موجود بوده اما تب متغییراست. Crepitation موجود بوده و یا موجود نیست، توکسیمی عمیق اغلباً آغاز هزیان و یرقان هیمولایتیک آنرا تعقیب بوده و یا موجود نیست، توکسیمی عمیق اغلباً آغاز هزیان و یرقان هیمولایتیک آنرا تعقیب بوده و یا موجود نیست، توکسیمی عمیق اغلباً آغاز مدروز عضلی دارای وسعت کم است. یا مسلید تغییر رنگ ،نکروز و اذیما سطحی نسبت به نکروز عضلی دارای وسعت کم است. یا مسلید تغییر رنگ ،نکروز و اذیما سطحی نسبت به نکروز عضلی دارای وسعت کم است. یا مسلید تغییر رنگ ،نکروز و اذیما سطحی نسبت به نکروز عضلی دارای وسیده اما اذیمایی شریع را میراند واضح و برجسته میباشد. انتان عموماً مهاجم و کشنده بوده ایجاب تداوی سریع را

١١٥١

4 44

الملت

5

المالية

題

مىنمايد

تماید. تداوی: تداوی انتانات کلوستریدیال شامل سه بخش اساسی است. تداوی جراحی، تداوی با اكسيجن هايپر بار، توصيه انتي بيوتيك ها:

الف: تداوى جراحى: جرحه حتماً باز گردد، انساج شديداً تخريب شده و انساج متموري Excision شوند، صفاقات باید دیکامپریشن گردد، در صورت میوزیت منتشر و عدم موجودیت اروای دموی، اجرای امپوتیشن ضروریست.

ب: تداوی با آکسیجن Hyperbaric؛ آکسیجن هایپربار درتداوی ایس نوع انتانات برازیت دارای اهمیت بوده اما جای تداوی جراحی را گرفته نمی تواند. تداوی باید درمدت یک تا دوساعت تحت ۳ اتمو سفیر فشاربوسیله اوکسیجن صورت گرفته و هر۶ – ۱۰ ساعت بعد تکرارگردر ج: انتی بیوتیک ها: مخصوصاً پنسیلین به مقدار ۲۰ – ۴۰ میلیون یونت از طریق ورید یکجا یا میترونیداز ول و در صورت حساسیت با پنسیلین از Clindamycin نیزاستفاده شده می تواند

Necrotising fasciitis

تعریف: انتان سریعاً مهاجم و منتشری صفاق پایین تراز شحم تحت الجلدی است. اسال معمول أنرا انتانات گرام مثبت ( ستریتوکوک، انتیروکوک، انتانات گرام مثبت ( ستریتوکوک، انتیروکوک، staphylococciهای چون ستفیلوکوک اوروس، کلوستریدهای مختلف)، انتانات گرام منفى(اشيريشياكولي،انتيروباكتر، سودومو ناس، پروتيوس وغيـره) تشـكيل مـي دهـد. در حقيقت نکروتایزنگ فسیایتس یک مرض انتانی پولی مایکروبیال است .این انتانات به تعقیب ترضیضات فقدان اروای ناحیه، عملیه جراحی، یا منتن شدن ساحه به وسیله فلورای فمی وغایطی بوجود س آیند. فکتورهای مساعد کننده را مرض شکر، سوء تغذی، چاقی، الکولیزم مزمن، امراض اوعیه یی محیطی، لوکیمی لمفوسایتیک مزمن، استعمال ستیروییدها، سیروز و سندروم معافیتی کسبی تشكيل مي دهد.

لوحه كلينيكي: لوحه كلينيكي نكروتايزنگ فسيايتس مشابه سلوليت بوده با تفاوت اينكه دراینجا توکسیسیتی سیستمیک و دردشدیدناحیه مصاب موجودبوده که به وسیله انستیزی ازباعث تخریب اعصاب ناحیه و انتشار آفت درپلان های صفاقی تعقیب می شود که اساس تشخیص ا تشکیل می دهد. باید علاوه نمود که نکروتایزنگ فسیایتس تولید شده به وسیله سترپتوکوکل توسط توکسیک شاک سندروم تعقیب شده می تواند. که شامل تهاجم به جلد واقسام رخوه ،سندروم تشوش تنفسي و عدم كفايه كليه مي باشد

تداوی: تداوی شامل: تطبیق انتی بیوتیک با تیف تاثیروسیع، دیبراید منت وسیع جراحی، مراقبت جدی (تطبیق عاجل مایع ،جلوگیری وتداوی عدم کفایه کلیه وسپتیک شاک) می باشد.

تعریف: به انتانات اطلاق می شوند که دراثنای ورود به شفاخانه وجود نداشته بلکه درمدت۴۸-۷۲ ساعت بعد ازبستر شدن در شفاخانه تظاهرمی نمایند. این انتانات می توانید endogenous (منشه فلورای عضویت) و یا exogenous (منشه گرفته از محیط شفاخانه) داشته باشد. انتانات مذكور بين محيط و مريض، بين مريض و مريض، بين مريض و پرسونل شفاخانه سرايت مي

اسباب معمول آنراانتانات طرق بولی(تطبیق فولی کتیتر)، انتانات جریان دموی(تطبیق كتيترداخل وريدي)، نمونيا، انتانات جرحوى و أبسه ها تشكيل مي دهد.

فکتور های مساعد کننده یی انتانات کسبی در شفاخانه قرار ذیبل انید: مریضان مسن، سو تغذى، مرض شكر، چاقى بيش از حد، عدم كفايه معافيتى، عوامل كمك كننده بـه توليـد انتـان، کالونایزیشن باکتری، تداوی شعاعی، سگرت، طولائی شدن زمان بستر، استفاده بیجا و نا درست از انتی بیوتیک ها ی وسیع الساحه، استعمال کتیتر، امتناع پر سونل از شرایط اسپسی و انتی سیسی، خارج شدن یا منتشر شدن مقدار زیاد محتویات احشای داخلی در ساحه عملیات، اماده ساختن نا درست جلد ناحیه عملیات، پاره شدن دستکش جراح در اثنای عملیات، اماده ساختن غیر کافی قبل از عملیات، طول زما ن عملیات (طولانی)، عدم تطبیق انتی بیوتیک وقایوی در صورت استطباب، ملوث بودن سامان آلات جراحي، عدم رعايت تخنيك هاي اسپتيك، موجوديت اجسام اجنبی در جرحه، موجودیت انساج مرده، ملوثیت به اندازه کافی در اثنای عملیات.

عراض سریری: اعراض سریری انتانات کسبی شفاخانه را تب، تغییروضعیت عقلی، تکی پنی، هایبوتنشن، اولیگوری و لوکوسیتوز تشکیل می دهد.

جلوگیری ازانتانات کسبی شفاخانه: امروزدراکثر شفاخانه ها کمیته یی وجود دارد که وظیفه آن نظارت و رسیده گی به انتانات کسبی شفاخانه بوده، هدف آن بکارگرفتن میتود ها و روش های الد که ازانکشاف انتانات کسبی شفاخانه جلوگیری نمایند.

این روش ها قرار ذیل اند: ثبت واقعات انتانی، استعمال درست و دقیق دیـز انفکتانت هـا، مصوون ساختن مواد و سامان آلات منتن، پاک نمودن، ضد عفونی نمودن و تعقیم نمودن سامان الات طبی، تداوی مریضانی انتانی و آنا نیکه حاوی فکتور های خطر اند، استفاده درست و بجا از

ماع تعول

ب تا دوماند رگرد

إيلا يكعل ى نولا

> ستدلسل pegulasi

ـان گرا وحققت

زفيفات بوجود ال

إعالي 2

5 44

100

\$5. W.

اوان

lon

اناء

انگث

200

ديگ

54

(1)

انتى بيوتيك ها، استعمال مواد توليد كننده معافيت

## اكتينو مايكوزس

بنو مایخورس عامل سببی: این مرض بوسیله اکتینومایسزاسرایلی یا Ray fungus بوجود می آید. فعر عامل سببی: این مرص بوسید میروفیت دردهن و کانال هضمی موجود می باندان مذکور مایکرو ایروفیلیک بوده و به قسم سپروفیت دردهن و کانال هضمی موجود می باندان مد تور مایحرو ایروسیو ... ر ازطریق قطع کوچک غشای مخاطی (به تعقیب کشیدن دنیدان) تولید شده وعکس اسل ارسوی سے کو پات می شود که دربین آن تجمعات قیح توام با گرانبول های سلفربوده (عبان فبروتیک راسیا می شام سلفربوده (عبان ا ازخالهای زرد رنگ مایسیلیوم است) بوجود می آید انتان به امتداد طبقات صفاقی و بعضا توسط جریان خون انتشار نموده اما از طریق لمف انتشار نمی نماید.

منظره سريري :اكتينو مايكوزس سه شكل دارد :

cervico facil.a بعد از کشیدن دندان یا کشیدن تانسل بوجود می آید، در این شکل یک تورم درزاویه فک بوجود آمده و انساج مجاور شدیدا سخت می گردد ، جلید تغییر رنگ کبودرا نشان داده، بعدا ساینس تولید شده وقیح رقیق راتخلیه می نماید. موجودیت وعدم موجودیت در امکان داشته مگراکثرا trismus شدید موجود می باشد. انتان به صورت مستقیم به جوف معاج قاعده قحف، فك ومنصف اتشارنموده مي تواند.

b.اكتينو مايكورس بطني: اكثراً درناحيه اليوسكال توضع داشته وبه تعقيب ابنديسيت تقي قرحه پپتیک تثقبی، یا شاریده گی های غشای مخاطی جهازهضمی توسط اجسام اجنبی بوجود می آید. دراین شکل یک کتله شدیداً فیروتیک درحفره حرقفی طرف راست بوجودآمده ودارای اجواف آبسه به شکل خانه زنبور بوده و ممکن است به شکل ساینس های متعدد درجدارهان تظاهرنماید. انتشار انتان از طریق ورید باب ممکن است .

c. اکتینومایکوزس ریوی: به تعقیب انشاق فنگس ازطریق دهن منتن بوجود آمده می تو<sup>شد.</sup> انتشار انتان ازریه به پلورا و نهایتاً به جدارصدررخ داده می تواند

تداوى: زرق ۱۱ هفته پنسيلين روزانه و ابسه ها بايد دريناژ شوند .

## انتانات دست

انتانات دست معمولاً درنزد اشخاص که کارهای دستی را انجام میدهند همچنان درخانمهای خانه به مشاهده میرسد اورگانیزم های مسؤل را اغلباً St.acrogenosa, St.pyogenic و باسیل های گرام منفی تشکیل داده و درصورتیکه به صورت مناسب تداوی نشوند منجر به معبوب فصل دهم التانات جواهي

های جدی شده میتواند التانات اطراف ناخون

Paronychia عبارت ازانتانات است که در اطراف کنار ناخون به وقوع میرسند. Eponychia: هرگاه تمام قاعده ناخون معروض به انتان باشد. Runaccound: هرگاه تمام Foldمعروض باشد.

Subungual: اگر قبح تشكل نموده و تحت ناخن امتداد داشته باشد.

Subonychia: عبارت ازالتهاب است که دربین بسترناخن و فلانکس عظمی قرارداشته باشد. وان جائیکه فشار نسجی به صورت مقدم و شدید تاسس مینماید بنا تمام حالات فوق دردناک

#### تداوى

قبل ازتشکل آبسی پانسمانهای زنگ اکساید یا Water soaked، بلندنگهداشتن، غیرمتحرک ساختن وتوصیه انتی بیوتیک است. در صورت تشکل آبسی دربناژ، برداشتن قسمتی از Nailplate ضروری پنداشته میشود.

#### Felon

عبارت از انتان pulp انگشتان درسگمنت های نهایی یا فلنکس بعیده دروجه راحی دست است یک مرض انتانی بوده که عموماً بعد ازخلیدن سوزن، خار,خس و غیره تولید گردیده عامل اتراعموما ستافیلو کوک تشکیل میدهد. طوریکه از هستولوژی می دانیم Pulp انگشت یا دلک نگشت توسط یک تعداد حجابات لیفی به سلولهای که شباهت به خانه زنبوردارد تقسیم گردیده ست يعنى حجابات ليفى فوق از جلد نشئت نموده وبه صورت عمودى بالاي عظم فلنكس سوم ارتكاز مينمايد. زمانيكه انتان درين خانه ها داخل شود، حجابات ليفي اذيما و پنديدگي بيدا منماید، درنتیجه فشار درساحه فوق العاده بلند میرود که این فشار سبب درد شدید و طاقت فرسا مگردد فشار مذکورباعث نکروز اقسام رخوه در ساحه نیز گردیده اگر ساحه بزودی دریناژ نگردد باعث نگروز جلد و عظم میشود.

تشخیص: تب بلند، درد شدید نوک انگشت ماوفه، نوک انگشت پندیده و اگر جس گردد بسیار مساس و دردناک میباشد، در صور تیکه آفت به عظم رسیده باشد در کلیشه رادیـوگرافی تخریب شکس سوم به ملاحظه میرسد. تداوی آنرا دریناژ, تطبیق انتی بیوتیک و انلجزیک تشکیل میدهد فتع مراكز المراكز العمل عبان

ايك 139-

ما دود دخاج

جود دارای

ريطن

.1

## انتانات و أبسه هاى تحت الجلدى

انتانات و آبسه های تحت الجلدی در سطوح راحی و اخمسی به سویه های مختلف به وجود می آید. این نوع آبسه ها عموماً دردست اشخاصیکه کارهای دستی مشکل رااجرامی نماید پیدا شده سطح آن با اپیتل ضخیم پوشیده شده بعضاً جلد کفیده و آبسه در طبقات اپیدرم وسعت پیدا مینماید.

تداوی: آبسه باز گردد و فلپ های جلدی تحتانی با قیچی قطع و برداشته شوند، جوف سذکور از قیح پاک گردد وقیح مذکورجهت اجرای کلچر و انتی بیوگرام فرستاده میشود.

#### Tenosynovitis

عبارت از التهاب شیت های اوتار است. هرانگشت دست بدون انگشت اول دو عدد وتر قاضه دارد طوریکه وتر قاضه سطحی هر انگشت بدو شعبه جدا گردیده بالای هر دو جنب فلنکس متوسط انگشت مذکور ارتکاز مینماید و وتر قابضه عمیق آن در قاعده وجه قدامی فلنکس سوم ارتکاز مینماید در حالیکه انگشت اولی صرف یک وتر قابضه دارد که در فلنکس آخر آن ارتکاز مینماید.

Carpal tunnel درخلف عظام Carpal و درقدام رباط مستعرض قرارداشته یعنی اوترا عضلات قابضه توسط رباط مستعرض کارپل که بالای کنار های جنبی عظام کارپل ارتکاز دارد محدود شده اند واز تحت آن عبور می نمایند، در حالیکه اوتار مذکور درحذای انگشتان از degital محدود شده اند واز تحت آن عبور می نمایند دیجیتل تونل درحقیقت درخلف توسط استخوان انگشتان و درقدام توسط شیت لیفی ساخته شده یعنی شیت لیفی اوتار قابضه را در حذای انگشتان و استخوان انگشتان احاطه کرده است. زمانیکه عضلات قابضه انگشتان تقلص مینماید اوتار عضلات قابضه در بین کارپل تونل و دیجیتل تونل به طرف بالا و پائین حرکت مینماید. سطح داخلی هر دو تونل فوق توسط غشای سینویال ستر گردیده که این شیت سنویال دو طبقه دارد، طوریکه یک طبقه آن اوتار قابضه را ستر نموده و طبقه دیگر آن سطح داخلی تونل های فوق را ستر کرده است و در بین هردو طبقه مذکور مایع سینویال قرار دارد. شیت سینویال فوق درحذای کاربل تونل بنام Acarpal synovial sheet یا کارپل تونل ارتباط دارد. بناء انتانات کاربل تونل به انگشت اول و شیت سینویل انگشت پنجم با کارپل تونل ارتباط دارد. بناء انتانات کارپل تونل به دیجیتل تونل انگشت دوم، سوم وچهار انتشار نموده نمی تواند. لاکن انتانات کارپل تونل به دیجیتل تونل انگشت اول و پنجم به بسیار خوبی وسعت و انتشار میابد.

ةا الحي<sub>ا</sub>

نگردد دیجیت

طادته

230

انكشا

ليونيس شة

درد بس

جوف

حساس تدا

صورتي

ا حر ک

طرف

انكشد

EID

تاقص

الكشنا

فست

ہتالوژی

انتانات تقیحی غشای سینویل اکثراً توسط سترپتوکوک بوجود می آید. انتان بصورت عمومی ازیک زخم، خراشیده گی، آبله و یا وخذه انگشتان خود را به غشای سینویل میرساند و اگر تداوی نگردد هردو طبقه غشای سینویل با هم التصاق مینماید که در این وقت عضله قابضه در داخل دیجیتل تونل حرکت کرده نمیتواند. در نتیجه آن شخی انگشت بوجود میآید از طرف دیگر دراین حادثه فشار دربین جوف سینویال از باعث تجمع قیح بلند رفته و سبب نکروز و تر میگردد. در حالاتیکه شیت انگشت پنجم و اول مصاب شده باشد انتان به شیت سینویال کارپل رسیده آفات انگشت دوم، سوم و چهارم به کارپل سینویل شیت رسیده نمی تواند اما بعضاً از سبب تمزق شیت سینویل آبسی های قسمت Deep Palmar space بوجود میآید

تشخیص: وقتیکه مکروبهای تقیحی در دیجیتل شیت برسند بزودی انگشتان مصاب پندیده و درد بسیار شدید درآن پیدا میشود. مریض معمولاً انگشتان خود را به حال قبض گرفته تا فشار در جوف سینویل یک اندازه تناقص نموده و درد کم شود و با جس انگشتان ماوف فوق العاده حساس و دردناک میباشد

تداوی: انتانات پیوجینینک شیت سینویل باید به اسرع وقت بعد از تشخیص تداوی گردند. در صورتیکه آفت به زودی تداوی نگردد امکان دارد هر دو طبقه شیت سینویل با هم التصاق نموده و حرکات قبض و بسط انگشتان مؤف از بین برود همچنان سبب نکروز وتر، عضله و یا سبب Deep palmar abscess گردد و از طرف دیگر شیت سینویل توسط عملیه جراحی دریناژ گردد. دریناژ باید در قسمت سفلی و علوی نگشت ماؤف اجرا شود یعنی شیت سینویل منتن باید در دو قسمت دریناژ گردد

#### **Pandaklititis**

عبارت از التهاب منتشر و وسیع تمام انساج انگشتان است که ازعدم تدوای و یاهم تداوی اقص Tenosynovitis و مفاصل نقص Tenosynovitis و مفاصل بوجود میآید در این نوع التهاب، انساج، عضلات و مفاصل نقص انگشتان و فلنکس ها همه و یا قسماً به نکروز مبتلا میگردند و سبب فیستول های متعدد میشوند که از آن چرک و پارچه های نکروتیک خارج گردیده همچنان انتانات به مسافات عضلی کف دست رسیده باعث Deep Palmar abscess میگردد. جهت تداویباید توسط عملیه جراحی تمام نساج و فلنکس های نکروز شده دور گردند.

الم وجوا

من إمرا

ما مملکور

توقایضا فلسنکس

ں سوم ارتکا

> ر المار المار المار degita

نخوان فابف

رقدام

و تول

يو م تونل يوبل

ر در ا

#### مرض هيداتيد

اسباب : عامل مرض را پرازیت سیستودای مایکروسکوپیک تشکیل داده که بلونی Echinococcosis granolosis و Echinococcosis granolosis ملی متر) اند . شکل کاهل پرازیت درامعای سگ، پشک، دربعضی مناطق درامعا روبا زندگی از نماید، تخم کرم های مذکور توسط مواد غایطه حیوانات فوق در محیط پراگنده شده و انسان وگوسفند باخوردن مواد ملوث بوسیله این تخم ها به مرض مبتلا می گردند. تخم های منای داخل جهاز هضمی گردیده، به امبریو تبدیل شده غشای مخاطی امعا را عبور نموده داخل دوران باب می گردد وازاین طریق به کبد، ریه ها وانساج دیگر عضویت انتقال یافته و در آنجا به ست انكشاف مي نمايد . سگ ها از طريق خوردن گوشت اين حيوانات به افت معروض مي كردير در حقیقت کیست هیداتید عبارت از سیست است که بوسیله لارواهای این کرم در اسام پستانداران تشکیل می شود . این کیست ها ۷۵٪ در کبد، ۱۵٪ در ریه و متباقی در انساج دیگ عضویت توضع می نمایند .

## کیست هیداتید کید

۸۰٪ امبریو هایکه بوسیله دوران باب انتقال می یابند در لوب راست کبد توضع نموده وباعد انكشاف كيست مي شوند.

پتولوژی: نشونمای سیست نهایت بطی بوده ومتشکل از سه طبقه وحاوی مایع می باشد: ۱- طبقه (adventitia(Pseudo cyst) متشکل ازنسج فیبروزی بوده که در نتیجه عکس العمل کبد به مقابل پرازیت تولید می شود دارای رنگ خاکستری بوده وبا کبد التصاق صمیم

Laminated membrane (ecto cyst) - ۲: این طبقه صرف اطراف پرازیت را احتوا نمونه قوام الاستیک ورنگ سفید دارد، در صورتیکه منتن نشده باشد به آسانی از طبقه ادونتیشیا جامی شود

۳- (Germinal Epithelium (endo cyst: درحقیقت طبقه زنده سیست بوده وازیک طبقه حجرات ساحته شده است طوریکه ازطرف خارج با ایکتوسیست واز طرف داخل با محتوی سیسست تماس دارد محتوی سیست مایع شفاف بدون البومین ودارای وزن مخصوص ۱۰۰۵ ۱۰۰۹ که حاوی capsule broad ها می باشد. براد کیسول ها بشکل جوانه ها به تماس جمار سیست یا به شکل آزادبین مایع هیداتید شناور بوده حاوی سکولیکس بوده که به نام سب

های دختری نیزیاد می شوند

اعراض وعلايم: هر گاه قطر سيست اضافه تراز ۵ سانتي متر شود سبب توليد اعراض وعلايم می شود در غیران برای مدت ها بدون اعراض می باشد، مهم ترین عـرض را درد مـزمن مربع می سم علوی راست بطن تشکیل داده و علامه مهم آنرا جس شدن کتله دراین ناحیه تشکیل می دهد. عودی از باعث احمال فشار به اعضای مجاور تولید شده گاهی تظاهرات الرژیک عمومی اعراض موضعی از باعث الرژیک عمومی ملاحظه می گردد. درمعاینات خون ایزینوفیلی بیشتر از ۶٪ و تست های وظیفوی کبد به صورت متوسط بلند دریافت می شود، تست کزیونی جلدی در ۸۵٪ واقعات مثبت دریافت شده وتشخیص مرض با اجرای یولتراسونو گرافی، CT.scan,ارتریو گرافی کبد واضح می شود

اختلاطات: شامل يرقان احتباسي، پاره شدن سيست ،منتن شدن سيست وجاگزين شدن سست به کید می باشد. گاهی پرازیت ازبین رفته و مایع رشف می گردد درصورتیکه سیست مدت ها دوام نماید جدار های آن کلسیفاید می شود .

تداوی: سیست های کوچک ایجاب تداوی را نمی کنند، تداوی اساسی کیست هیداتید جراحی است

عمليات جراحي : بعد ازاجراي لاپراتومي تمام احشاي بطني بوسيله كاميرس هاي سياه رنگ که در مایع سودیم کلوراید ۲۰-۳۰٪ یا سودیم هایپوکلوراید ۵۰۰٪ مغطوس شده باشد سطرمی گردند تا ازانتشار وغرس سیست در جوف پریتوان و منتن شدن پریتوان بوسیله مایع سیست جلوگیری شود. درابتدا جوف سیست بوسیله سوزن به صورت بسته بدل گردیده بعدامایع scolicidal از قبیل محلول سلین هیپرتونیک، کلورهکزیدین، سودیم هایپوکلوراید وغیره داخل سیست زرق شده وبعدازمدت پنج دقیقه انتظار تمام محتوی سیست خارج گردیده و جوف سیست به طریقه های ذیل تداوی می گردد: دریناژ جوف به خارج (Narsupialization)، Internal obliteration پر کردن جوف بوسیله محلول نارمل سلین، در صورت موجودیت سیست بزرگ که یک لوب را اشغال نموده باشد ویا موجودیت چندین سیست در یک لوب ، لوبکتومی طرف ماوفه استطباب دارد .

## مرض هیداتید ریه ها

عامل مرضی Echinococcus Granolosis بوده منبع پرازیت همان است که در قسمت كست هاى هيداتيد كبد تذكررفته است. اين مرض به صورت انديميك درآسيا وشرق ميانه تصادف شده مى تواند ۱۵٪ واقعات مرض را تشكيل داده ومعمولا واحد مى باشد ليكن متعدد ودو طرف نیز بوده می تواند مرض بیشتر نزد جوانان واطفال عمومیت دارد

اعراض و علایم :درد صدری، تشوشات تنفسی (عسرت تنفس و گرفتگی درصدر ازسر کیست بزرگ)، هیموپتیزس (تقرح قصبه )، خارج شدن مایع هیداتید بوسیله سرفه ( کیست با قصبه ارتباط پیدا نموده ویا دران باز گردیده است)، اعراض ناشی از انتانات تالی کیست مانند تب سرفه و تقشع.

تشخیص: براساس اعراض وعلایم ، شکل تصادفی در رادیوگرافی ، تست کزیونی و ایزنوفیلی گذاشته می شود.

علايم راديولوژيک قرار ذيل اند: كيست بدون اختلاط ، كروى شكل بوده جدار منظم و كنافت متجانس دارد، در صورت ارتباط کیست با شجر قصبی خیال هوایی هلالی شکل دورادور کیست را می پوشاند، درصورت رپچر کیست هوادر کیست داخل شده غشای آن کولاپس نموده وید صورت خیال غیر منظم بالای مایع معلوم می شود، خیال نمونایتس ،اتلکتازس و انسباب پلورا، تداوی: عملیات جراحی به شکل enucleation کیست، لوبکتومی ریاه، بعد از توراکوتور است، دریناژجوف پلوراباید صورت گیرد

#### اميبيازس

عامل مرضى را پرازیت به نام entameoba histolytica تشکیل مى دهد شکل فعال أن اکثرا با باکتری های دیگردر کولون زیست نموده باعث اعراض وعلایم نزد میزبان شده وگاهی به شكل سيست كه شكل مقاوم أن است درآمده و بوسيله مواد غايطه خارج مي كردد. انتقال آن تزد انسانها توسط بلعیدن مواد ملوث با پرازیت صورت گرفته اساسا سبب تولید آفت در کولون وکه می گردد.ولی نادرا سبب تولید مرض در جلد ، دماغ ، مهبل واعضای دیگر شده می تواند .

در این جا دو شکل مرض مطالعه می شود:

## شکل معایی

درزمان تهاجم کولون بوسیله پرازیت، غشای مخاطی آن توسط پرازیت سوراخ شده، پرایت در تحت أن جا گزین شده و قرحات كلاهك مانند را تولید می نماید وسبب التهاب كولون می گرددو به اشكال ذيل سير مي نمايد:

۱-دیزانتری آمیبی: بادرد های متقطع و کرمپ مانند شروع نموده که با اسهال متوسط توامها خون، مخاط وغذای ناهضم شده همرا می باشد، تب بلند نبوده وحالت عمومی مریض خراب نمی باشد، باجس هردو مربع سفلی بطن حساس بوده و کبد اغلبا به اندازه متوسط بـزرگ جـن می

33,3

والتهاب شدید امیبی کولون: می تواند به طرف سوراخ شدن وبریتونیت انکشاف نماید، در ابتدا آفت به شکل اسهال شدید همراه با خون ومخاط آغاز شده و مترافق با درد شدید بطن، تینیزم، کرمپ ها و دیهایدریشن شدید همراه میباشد، مریض حالت توکسیک داشته درجه حرارت بدن ۳۹-۴ درجه سانتی می باشد، درمعاینه خون، لو کوسیتوزس بملاحظه رسیده و معاینه مواد غایطه حاوی پارچه های مخاط می باشد، معاینات لابراتواری مواد غایطه برازیت آ میب را نشان می دهد. در سیگموید وسکوپی قرحات خورد وصفی آمیبی، سفید رنگ، کلاهک مانند دیده می

تداوی: توصیه ادویه ضد امیب و در صورت تثقب وپریتونیت عملیه جراحی است .

۳- شکل موضعی مرض: گاهی مرض یک قسمت کوتاه امعارا مصاب ساخته وباعث تضیق امعا یا تشکل کتله گرانولوماتوز که به نام ا میبوما یاد می شود و به طرف جدارامعا پیش می رود می گردد. اضافه تر درسکم، کولون سیگمویید و مستعرض دیده می شود، دراشکال وصفی مرض درد مربع سفلی راست بطن موجود بوده، کولون نازله وسکم حساس وبزرگترجس می گردد. درمعاینه مواد غایطه عموما آمیب دریافت می شود ومریض درسابقه از دیزانتری آمیبی شکایت می نماید. تشخیص بوسیله رادیوگرافی امعا بامواد کثیفه گذاشته می شود. در صورت عدم صحت یاب شدن با ادویه ایجاب عملیه جراحی را می نماید

## امیبیاز کبدی

أبسه های کبدی ازسبب انتشار پرازیت از طریق ورید باب بوجود می آید . این آبسه ها عموما منفرد بوده و در ۹۰٪ واقعات درلوب راست کبد موقعیت می گیرند. انساج دورتر از ناحیه آبسه سالم می باشد

جدار آبسه در شروع نازک بوده نسج فیبروز درآن کمتر است در حالیکه در آبسه های سابقه کپسول فبروتیک به صورت واضح دیده می شود و جدار آبسه را از نسج سالم کبد جدا می سازد در صور دوام آبسه به صورت مزمن کلسیوم هم در آن تراکم می نماید .آبسه دارای قبح معقم بوده با رنگ کریمی و بی بو می باشد (رنگ آن از زرد تاچاکلیتی فرق دارد).درآن نکروز انساج بوده با رنگ کریمی و بی بو می باشد (رنگ آن از زرد تاچاکلیتی فرق دارد).درآن نکروز انساج کبدی وحجرات ارتشاحی دیده می شود. گاهی آمیب به صورت فعال درمحیط آبسه دریافت می گردد.اکثر مریضان در سابقه خود از دیزانتری آمیبی حکایه می نمایند تب معمولا ۳۸-۳۹ درجه شود. دررادیوگرافی سانتی بوده لوکویتوزس درخون موجود، کبد حساس و بـزرگ جـس مـی شـود. دررادیـوگرافی

حجاب حاجز طرف راست بلند تر دریافت می گردد، تشخیص را CT.Scan واضح می سازد. اختلاطات آنرا باز شدن آبسه در جوف پلورا، پریتوان، پریکارد

تداوی: توصیه ۷۵۰ metronidazol ملی گرام سه مراتبه درروز برای ۷-۱۴ روز از طریق فمی ویا وریدی، در صورتیکه تداوی به مدت پنج روز نتیجه نداد دریناژ جراحی آبسه اجرا شود.

#### خلاصه فصل

انتانات جراحی عبارت ازآن انتاناتیست که درنتیجه تداوی عملیاتی بوجود آمده و یا هم ایجاب تداوی عملیاتی را می نمایند.

انتانات جراحی انتاناتی اند که اساساً به و سیله مداخله جراحی تداوی می شوند یا اینکه به تعقیب عملیه های جراحی در جرحه عملیاتی و یا به یک فاصله ازآن بوجود می آیند.

انتانات و آبسه های تحت الجلدی در سطوح راحی و اخمسی به سویه های مختلف به وجود می آید. این نوع آبسه ها عموماً دردست اشخاصیکه کارهای دستی مشکل رااجرامی نماید پیدا شده سطح آن با اپیتل ضخیم پوشیده شده بعضاً جلد کفیده و آبسه در طبقات اپیدرم وسعت پیدا مینماید.

عامل مرضی امیبیازس را پرازیت به نام entameoba histolytica تشکیل می دهد شکل فعال آن اکثرا با باکتری های دیگردرکولون زیست نموده باعث اعراض وعلایم نزد میزبان شده وگاهی به شکل سیست که شکل مقاوم آن است درآمده و بوسیله مواد غایطه خارج می گردد.

انتانات اطراف ناخون

Paronychia: عبارت ازانتانات است که در اطراف کنار ناخون به وقوع میرسند. Eponychia: هرگاه تمام قاعده ناخون معروض به انتان باشد. Runaccound: هرگاه تمام Foldمعروض باشد.

Subungual: اگر قیح تشکل نموده و تحت ناخن امتداد داشته باشد.

Subonychia: عبارت ازالتهاب است که دربین بسترناخن و فلانکس عظمی قرارداشته باشد. ازآن جائیکه فشار نسجی به صورت مقدم و شدید تاسس مینماید بنآ تمام حالات فوق دردناک

#### سوالنامه

- ۱. انتانات جراحی را تعریف نمایید؟
  - ۲. ملوثیت را تعریف نمایید؟
    - ٣. آبسه را تعریف نمایید؟
    - ۴. امپیم را تعریف نمایید؟
- ۵ در پتوژنیز انکشاف انتانات جراحی کدام فکتور ها موثر اند توضیح گردد؟
- ع انتانات جراحی از نظر سریری و اناتوموپتالوژی به چند دسته تصنیف شده اند؟
  - ۷. تظاهرات سریری انتانات جراحی را توضیح نمایید؟
  - ۸ پرنسیب های تداوی انتانات جراحی کدام ها اند؟
    - ۹. تظاهرات سریری سلولیت را تشریح نمایید؟
  - ۱۰. لمفانجیت را تعریف نموده و اسباب انرا ذکر نمایید؟
    - ١١. فرانكل چي است توضيح گردد؟
    - ۱۲. لوحه یی کلینیکی فرانکل تشریح گردد؟
      - ١٣. اختلاطات فرانكل توضيح گردد؟
      - ۱۴. تشریح مرضی آبسه را توضیح نمایید؟
        - ۱۵. تداوی آبسه را تشریح نمایید؟
  - ۱۶ از نظر تشریح مرضی فلگمون دارای چند مرحله می باشد توضیح گردد؟
    - ۱۷. سرخ باد را تعریف نموده و دارای کدام خواص می باشد؟
    - ۱۸. فکتور های مساعد کننده یی انتانات کسبی در شفاخانه کد ام ها اند؟

ماخذ

- GregJ.Beilman and David L.Dunn, Surgical infections in: F.Charles Brunicardi, DanaK.Andersn,et.all.2015 Tenth Edition Schwart's principles of surgery McGraw-Hill. New Delhi Pp-161-226
- J.S.Belstead, infection of the hand and foot in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp742-754
- 3. 3-Mark R.Hemmilo, MD.Wendy L.Wohl.MD.Managment of the injured Patients in: Current Surdery Diagnosis and Threatment: 2015. 14Th Edition McGraw-Hill.New Dehi. Pp-176-209

# فصل یازدهم جراحی عاجل در خشونت های شهری

اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می آید:

ترضیضات ناشی ازوسایط نقلیه جروحات اشخاص پیاده ترضیضات دیگر جلوگیری ثانوی جلوگیری ثالثی جروحات درساکنان شهری مقدمه کنترول جروحات جلوگیری ابتدایی

مقدمه

خشونت های شهری پدیده نونیست، با حرکت دسته جمعی نفوس به سوی شهرها و شهری شدن، میزان مجموعی این جروحات روبه افزایش گردیده است. عوامل موثردرخشونت را اموزش ناکافی، فقر و نا داری، نژاد پرستی، سمت گیری های سیاسی و دینی تشکیل می دهد. میزان مرگ ومیرناشی ازاین جروحات رادربیشتر نواحی شهرازصفر الی ۱۰ واقعه در روزتشکیل می دهد. میزان طبیب باید درک درست از جروحات موجود به منظور تشخیص وانتقال سریع مریضان وخیم به یک نهاد مجهز داشته باشد

دراکثر کشورهای روبه انکشاف وپیشرفته مانند ایالات متحده امریکا خشونت (ترضیض) عامل اساسی مرگ ومیر را نزد افراد کمتر از ۴۰ سال تشکیل می دهد.

كنترول

کنترول ترضیضات به عنوان مسئله اساسی صحت باید در سرلوحه کارهر ملت ودولت قرار داشته باشد، معلومات وآمار دقیق از خساره های وارده از اثر ایس خشونت ها بسر نظام صعی خصوصا در قسمت جروحات و مسرگ های ناشی از آنها تهیه وصورد استفاده قرارداده شود. زیراخشونت ها علاوه بر آن اثر عمده را بالای شرایط مالی خانواده ها گذاشته و باعث به هدر رفتن منابع اقتصاد ملی هر نظام صحی می گردد. بنابراین برنامه های صحی برای حل این شکل باید در چندین سطح قرارذیل تمرکز کند:

وقایه ابتدایی : وقایه به شکل ابتدای آن به هدف جلوگیری از وقوع خشونت یا جروحات باید به راه انداخته شود طوریکه هدف آن بکار گیری شیوه های است جهت جلوگیری از جنگ ا منازعه) و کاهش فرصت برای خشونت ها، این شیوه ها در اصل آموزشی یا قانونی اند، مثلا شیوه آموزشی راکار برد اقدامات فعال مانند آموزش راننده ها واخذ تدابیر برای تغیر برخوردبا افراد تشکیل می دهد. بعضی از نمونه های موثر این شیوه های آموزشی را آموزش در مورد مصنونیت تشکیل می دهد. بعضی از نمونه های مخدره والکهول در مکاتب تشکیل داده، زیرا یکی راننده گی و خطرات سوء استفاده از ادویه مخدره والکهول در مکاتب تشکیل داده، زیرا یکی ازاصول عمده و تحقق یافته را منع راننده گی در حالت نشه تشکیل می دهد.

درزمینه وقایه ازتصادمات جاده، اخذ اقداماتی چون تهیه لباس مثلاً لباس های روشن برای پیاده روها وانعکاس دهنده برای ترافیک ها در شب بوده و نمونه دیگر آن آموزش آب بازی به کودکان در کشور های مانند ایالات متحده امریکا، استرالیا وافریقای جنوبی است .

اقدامات قانونی درزمینه را محدودیت فروش الکهول به افراد زیرسن، استفاده اجباری از کلاه

37

وال

۲۰۵ فصل بازدهم ا جراحی عاجل در خشولت های شبعری وكمريند امنيتي تشكيل داده و در بريتانيا واستراليا تصويب قانون نظارت براسلحه مي باشد . ربید . وقایه ثانوی : ماهیت وقایه ثانوی طوری است که هرگاه منازعه یا تصادم غیرقابل جلوگیری

باشد بایدخسارات وارده ودرنتیجه آن جروحات حاصله ازآن به حد ممکن بایدکاهش یابد. این باشد به الله المال الما شهری، استفاده از واسکت ها وکلاه های ضد مرمی توسط پولیس جهت کاهش جروحات در بین محافظین کمک کرده می تواند.

بایدعلاوه نمود که این شیوه ها شامل طراحی بهتر وسایل نقلیه، افرایش قابلیت break، استقاه از air bags، جادادن پمپرموتر درارتفاع مناسب، طراحی خوبتر سرک ها، نشانه های زافیکی روشن ترنیزمی باشد.

وقایه ثالثی: شامل بهبود خدمات صحی به منظور کاهش جروحات بعد ازوقوع ترضیض، بهبود تابع وعواقب أن است. به عبارت دیگر تاسیسات صحی به منظور تداوی جروحات وجلوگیری اروقوع خسارات بعدى بايدفراهم شود.

## حروحات شهري

جروحات شهرى رابر اساس عامل ترضيض قرار ذيل تصنيف نموده اند: ترضيضات بوسيله وسابط نقلیه، خشونت های بین الفردی، محلی، سیاسی، سازمان یافته، جنا یی جنسی، جروحات ازباعث سقوط ها توليد مي شوند.

جروحات شهری بر اساس میکانیزم نیزقرارذیل تصنیف می شوند: جروحات کند، جروحات نافذه، جروحات ناریه، جروحات قاطعه، جروحات ناشی از تبر، سقوط ازار تفاع، جروحات دیگرمانند سوختگی ها.

تراوما وجروحات براساس گروه های در معرض خطر نیزتصنیف شده می تواند: تروما در كهنسالان، تروما درنوجوانان، تراوما درافراد صحت مند.

## ترضيض ناشي از وسايط نقليه

تصادمات درشهرنسبت به تصادمات در دهات دروقت وزمان کمتر به وقوع می پیوندد، بیشتر یک وسیله نقلیه درآن دخیل بوده و سناریوی مشترک در تمام این تصادمات را اثابت درعقب، يشرو، جوانب ويا تصادم با موتر ديگرتشكيل مي دهد. درتمام تصادم هاي پيشروياعقب، ترضيض گردن معمول بوده ولی در تمام مواردباید جروحات رأس، موجودیت درد درسایر نواحی، درنظر گرفته شده و استفاده از الکهول و ادویه مخدره نیز مدنظرباشد. تصادم به جوانب موتر تا اندازه سبب تراوما در همان سمت عضویت می شود. ازاس بو وقوعات این جروحات در کشور های مختلف نظر به اینکه، افراد در سمت راست ویا چیپ سرک راننده گی می کنند فرق دارد. نزدافرادیکه درچوکی دست چپ موترقرار دارند، ترضیض طحرال رپچراثناعشر (فشار ناشی از کمربند) معمول است، نزد افرادیکه در چوکی دست راست قرارگرفته اند ترضیض کبد معمول تر است. جای شک نیست که اثر عمده کمربند امنیتی راکاهش جروحان در تصادمات شهری با سرعت کم تشکیل داده، ولی درمناطق کمترانکشاف یافته از کمر سد رامنیتی کار گرفته نمی شود. باید یاد آور شدکه کمربند نیز سبب جروحات، بخصوص کسر ترقود وعظم قص شده می تواند.

#### پیادہ روھا

پیاده روها از تصادم سریع وسایط نقلیه جان سالم به درنمی برند، هرچند درشهرها باسرعت کم نیز جروحات قابل ملاحظه رخ می دهد. افراد پیر که آهسته ترحرکت می کنند وسیادان بیشتردرمعرض خطراند. الکهول نقش عمده را درین نوع ترضیضات ایفا می نماید، درپیاده روها جرحه ابتدایی اطراف سفلی به خصوص عظم فخذ ،تیبیا ، فیبولا و انساج نرم اطراف وارد می شود اما هر قسمت عضویت می تواند آسیب ببیند. تراومای رأس، حوصله،وغیره دراین نوع تصادمات رخ می دهد. ضیاع خون در ترومای اقسام رخوه شدید تراست، درتمام حالات مذکورترومای تاتوی در اثر اصابت بدن قربانی، به سرک رخ می دهد که باید مد نظرباشد، تراومای ستون فقرات در تصادمات مذکور از نظر دور نباشد. توجه داشته باشیم که در اثنای تداوی، یک طرف را نبایددربدل زنده گی فرد حفظ کنیم.

## لت وكوب

لت وکوب نتیجه خشونت های بین الفردی است اما می تواند سازمان یافته ونظام بندی شده هم باشد که ارتباط به وسیله تحت استفاده دارد (چوب حاکی ، شلاق وغیره). علاوه بر جروحات مستقیم، آسیب قابل ملاحظه به عضلات ونسیج نیرم همراه با myoglobinuria دریان نوع ترضیضات رخ داده می تواند، به تمام این مریضان جهت جلوگیری از تشوشات وظیفه کلیوی تطبیق مایعات کافی وارزیابی وضعیت مایعات بدن بایداجرا شود .

## سوختكي

سوختگی می تواند ازسبب آتش مثلا در کلوپ های شبانه، ساحات مسکونی ویا پطرول (در آشوب ها با استفاده ازبم های پطرولی) رخ دهد، رسم نادرست درداخل شهرها را استفاده فزاینده

ازمو

طر

بنا

او

Ī

34

P

ول

۲۰۷ فصل بازدهم جواحي عاجل در خشولتهاي شهوي

الموانع برای جلوگیری ازدسترسی به خانه هاتشکیل داده که این حالت را تشدید نموده است زیرا اموسی می ماندن ساکنین در داخل خانه ها گردیده، واقعات انشاقی دود درنتیجه آن افزایش یافته مسمات رادر پهلوی سوختگی بارمی آورد.

حروحات نافده

طيف مختلف جروحات نافذه طي سالها ازسبب دردسترس بودن اسلحه وتغيردرتكنالوژي ، طراحی اسلحه وگلوله رخ می دهد. جروحات ناریه شهری ازجروحات جنگ بوسیله کوتاه بسودن دوره قبل ازشفاخانه، کمترمنتن بودن جرحه، دسترسی بهتربه منابع جهت تداوی افرادفرق دارد. مابراین اقداماتی از قبیل بستن ابتدایی جروحات شخص در حادثات واقعات شهری قابل اجرا است. هر چند این اقدام درجروحات جنگ پذیرفتنی نیست، واز طرفی اکثر جروحات شهری توسط گلوله اسلحه دستی ایجادمی شود. اسلحه دستی به آسانی پنهان می شود و برای دفاع شخصی با تولیدچروحات با برد - کوتاه طراحی شده است (اکثراً)، درین نوع حادثات، جروحات باانرژی کیم خ داده و جروحات به سير گلوله محدود مي باشد.

تداوی مریضان وخیم شامل عملیه سریع جراحی به منظور کنترول خونریزی و انتان متعاقبه أن، احیای دوباره دریونت مراقبت جدی می باشد. بعد از ثبات وضعیت عمومی مریض اجرای عمليه قطعي جراحي بايدصورت گيرد. تمام جروحات گلوله نشاني شود وبراي دريافت پارچه هاي گلوله رادیوگرافی اخذ کردد.

Stab wound

ازسبب كارد واشياى ديگر تيزمانند بوتلهاى شكسته بسيار معمول است. جروحات بوتل شكسته به ويژه بروى بازو به تعقيب استفاده ازالكهول اكثرا درميخانه ها رخ مي دهد. دربرخورد با مريض كه أله برنده هنوز درپايش قرار دارد براى كشيدن أن تلاش نكنيد وسيله نافذه بايد تحت شرايط جراحي كه زمينه كنترول جروحات وخونريزي فراهم باشد بيرون كشيده شود

جروحات نافذه به خصوص در گردن توسط probe وانگشت معاینه نشود زیرا این کارسبب بیجا شدن علقه و متعاقب آن خونریزی می شود. درصورتیکه اگرخونریزی فورانی موجود باشد توسط فشاز مستقیم یا گذاشتن انگشت بالای جرحه ویا طرق که در بحث کنترول خونریزی صورت گرفته خونریزی کنترول شود .

این جروحات در محیط دهاتی رخ می دهد. اما درجریان جنگ های گروهی دراکترجوامع جروحات تبر پیشرفته نیزواقع می شود. این جروحات با کسرهای نواحی تحتانی همراه بوده، بناء تسام این جروحات باید تحت عنوان جروحات مرکب تداوی شوند

#### سقوط از ارتفاع

سقوط ازارتفاع دربریتانیا واسترالیا پس از جروحات ترافیکی شکل معمول ترضیضات شهری را تشکیل می دهد. که نه تنها به افزایش مصرف درالکهول بلکه به افزایش واقعات خود کشی و افزایش سن در جمیعت وابسطه است. تمام مریضانیکه ازارتفاع سقوط نموده اند درخطرجروحان حوصله وستون فقرات بر علاوه، جروحات دیگر قرار دارند، ازاین رو اخذ رادیوگرافی ستون فقران حتمی پنداشته می شود.

#### مراقبت وتداوى

محل پذیرش مریضان: این محل باید ساحه وتجهیزات کافی همراه با تجهیزات اضافی برای ضرورت های عاجل وقابل پیشبینی را داشته باشد ،

#### گروپ تداوی کننده جروحات

این کارمندان برای تداوی این نوع جروحات بایدآموزش داده شوند. مرکزیکه به تداوی این نوع جروحات می پردازد بایدسیستمی را جهت تداوی واقعات انکشاف یافته و تکاملی داشته باشد زیرا تمرکز مردم در محیط های شهری امکان افزایش خطر معروضیت کار کنان صحی به خون و محصولات خون را فراهم می نماید، از این رومحافظت در برابر امراض ساری ضروری بوده وط اقل شامل محافظت چشم، روی ودست است. این اقدامات نه تنها به کار مندان طبی و پرستاری بلکه به تمام آنهاییکه در تداوی مریضان سهیم هستند مانندکارمندان رادیوگرافی وپاک کننده ها ضرورت است. باید علاوه نمود که انتقال HIV تنها خطر ممکن نیست. مسئله هیپاتیت و امراض دیگرساری نیز مطرح بحث است . که باید مد نظر باشد .

#### خلاصه فصل

خشونت های شهری پدیده نونیست، با حرکت دسته جمعی نفوس به سوی شهرها و شهری شدن، میزان مجموعی این جروحات روبه افزایش گردیده است. عوامل موثردرخشونت را آموزش ناکافی، فقر و نا داری، نژاد پرستی، سمت گیری های سیاسی و دینی تشکیل می دهد. طبیب باید درک درست از جروحات موجود به منظور تشخیص وانتقال سریع مریضان وخیم به یک نهاد

وقایه به هدف جلوگیری از وقوع خشونت یا جروحات باید به راه انداخته شود طوریک هدف آن بکار گیری شیوه های است جهت جلوگیری از جنگ ( منازعه) و کاهش فرصت برای خشونت ها، این شیوه ها در اصل آموزشی یا قانونی اند، مثلا شیوه آموزشی راکار برد اقدامات فعال مانند آموزش راننده ها واخذ تدابیر برای تغیر برخوردبا افراد تشکیل می دهد بعضی از نمونه های موثر این شیوه های آموزشی را آموزش در مورد مصئونیت راننده گی و خطرات سوء استفاده از ادویه مخدره والکهول در مکاتب تشکیل داده، زیرا یکی ازاصول عمده و تحقق یافته را منع راننده گی

درزمینه وقایه ازتصادمات جاده، اخذ اقداماتی چون تهیه لباس مثلا لباس های روشن برای پاده روها وانعکاس دهنده برای ترافیک ها در شب بوده و نمونه دیگر آن آموزش آب بازی به کودکان در کشور های مانند ایالات متحده امریکا، استرالیا وافریقای جنوبی است.

اقدامات قانونی درزمینه را محدودیت فروش الکهول به افراد زیرسن، استفاده اجباری از کلاه وکمربند امنیتی تشکیل داده و در بریتانیا واسترالیا تصویب قانون نظارت براسلحه می باشد.

#### سوالنامه

۱- جروحات شهری را تشریح نمایید؟

۲-ترضیضات ناشی از وسایل نقلیه را شرح دهید؟

۳- وقایه ابتدایی را تشرح نمایید؟

۴- وقایه ثانوی را توضیح نمایید؟

1

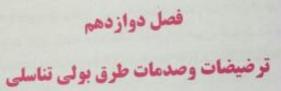
ت مُعْدَى ا جود يخري الموجهومان مَوْن فَقِران

مافى براي

وی این شه باشد \*خون و بده وحد بستاری ننده ها بیت و

ماخذ

1. K.D,Boffeard and A.J.Brooks The surgery of Urban violence in Surgical Patients in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.110-120



اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می اید:

خونریزی وانتانات حاد طرق بولی

ترضیضات وصدمات متانه صدمه وترضیض احلیل صدمات وترضیضات سفن وخصیتان انسداد طرق علوی بولی انسداد طرق سفلی بولی ترضیضات وصدمات کلیه انسداد قسمت علوی طرق بولی پرابلم های حاد ومزمن را بوجود آورده می تواند که درنتیجه بندش میخانیکی، عدم کفایه یک قسمت از سیستم جمع کننده ادراریا طرق بولی که تحت عنوان انسداد ادینامنیک یا وظیفوی یاد می شودبوجود آید. از آنجاییکه طرق علوی بولی درتمام طول خود دارای لومن است ازاین رو دریناژ می تواند بوسیله احمال فشار خارجی ویا داخلی لومن بوقی برسد.

تاثیرات انسداد: انسداد بالای وظایف توبیولر، جریان خون کلیوی وتقلصات عضلی که جهت انتقال ادرار از کلیه ضروری پنداشته می شود تاثیر وارد می نماید. درصورت انسداد حاد ومکمل سیستم جامعه بوسیله تجمع ادرار متوسع شده باعث رپچر فورنکس کلیکس، انکشاق pyelovenous backflow فرط فشار توبیولر وتخفیف فشار فلتریشن از طریق گلومیرول ها می گردد. که به صورت ثانوی باعث تولید شنت درجریان دموی کلیه شده و به شکل جبران کننده آن باعث تخفیف وظیفه نفرون ها گردیده که با تخفیف فشار داخل حویضه از باعث تقیص فعالیت توبیولیر می شود.

اعراض وعلایم: اعراض انسداد طرق بولی نظر به این که انسداد حاداست یا مزمن ، یک کلیه ویا هروی آن مصاب شده است فرق می نماید. انسداد حاد اکثرا از سبب انسدا میخانیکی داخل لومن یک طرف بوجود می آید. که با اعراض وعلایم ذیل همراه می باشد:

درد کولیکی باشروع ناگهانی حاد وشدید، که از فلانک شروع نموده وبه ناحیه مغبنی انتشار می نماید در مردان درد ممکن است به طرف خصیه انتشار نماید و در خانم ها به شفتان کبیرتان انتشار می نماید. دلبدی واستفراق توام باکولیک کلیوی که منحصر به فرد است، انتفاخ بطنی و انسداد فلجی رخ داده، هیمتوری به شکل گروس یا مایکروسکوپیک دیده می شود.

معاننات تشخيصيه:

- معاینات ادرار: درادرار اکثریت مریضان RBC دیده می شود (۸۰٪) ولی عدم موجودیت آن موجودیت سنگ ها را رد کرده نمی تواند، PH ادرار در تعین انواع سنگ ها کمک نموده می تواند، موجودیت WBC وباکتریا ها معرف UTI بوده که باید تداوی شوند.

- معاینات خون (سیروم): WBCممکن است کمی بلند بـرود، BUN وکریـاتینین، یوریـک اسید، کلسیوم وفاسفات باید تعین شود.

- معاینات رادیولوژیک: اجرای KUB، معاینه ستندرد واساسی است، تنها سنگ های رادیو

ومرارد

36

الو

15

ي فاخر

300

13

194

یک درآن دیده می شوند، از جمله معاینات ارزان وسریع بوده ونسبت به معاینات دیگرمفیدیت آن

- اولتراسوند کلیـوی: معاینـه ساده سریع وارزان است، ضرورت بـه IV contrast نـدارد، موجودیت هایدرونفروز را خوب واضح ساخته می تواند ولی وظیفه کلیوی را بررسی نموده نمی تواند، بین سنگ های رادیولوسنت و رادیویک تفریق گذاشته نمی تواند، عدم موجودیت سنگ را تعقیب نموده می تواند، تشخیص تفریقی میان أفات بطنی چون انیوریزم وسنگ های صفراوی که مشکوک باشد گذاشته می تواند.

-CT بطنى: درواقعات مشكوك جهت تشخيص اجرا شده مي تواند.

IVP: ترسیم واضح ازسیستم بولی نموده یعنی واضح کننده سنگ وهایدرو نفروز است، بررسی وظایف کلیه را نموده می تواند، واضح کننده سنگ های حالب بوده، موقعیت واندازه سنگ های بولی می باشد.

-Retrograde pyelogram : درتشخیص تضیقات وسنگ های حالب مفید است.

تداوی: تداوی انسداد حاد طرق علوی بولی ارتباط به وخامت انسداد واینکه با انتان همراه است ویاخیرار تباط دارد. اکثر سنگ های که قطر کمتراز ۵ ملی متر دارند به صورت بنفسهی با جریان نارمل ادرارخارج می شوندولی باآنهم در صورت موجودیت انسداد نکات ذیل باید در نظر گرفته شود: تطبیق انلجیزیک های غیر ستیرویئدل (NSAIDs) ویا تطبی opiates ، تطبیق مایعات از طریق وریدی یا فمی، دریناژسیستم انسدادیه حاد از طریق تحت الجلدی، تطبیق ستند ویا عملیه جراحی، برای سنگ هایکه به صورت طبیعی اطراح نمی گردند باید عملیه های ذیـل اجرا گردد:

-Extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL) در صورتیکه سنگ در کلیـه موقعیت داشته باشد در ۸۵٪ واقعات مفید واقع می گردد.

-Percutaneous nephrolithotomy, درصورتیکه سنگ بزرگ باشد ویا مشکلات در لیتـو تریسی موجود باشد استعمال می گردد.

# انسداد قسمت سفلي طرق بولي

اسباب عمده انسداد قسمت سفلی طرق بولی را بدو بخش تقسیم می نمایند یکی Transient causes (قبضیت، ادویه، انتان طرق بولی، انستیزی عمومی)، ویگراسباب دایمی(dyssynergia،BPHعنق مثانه، کانسرپروستات، سنگ های طرق بولی سفلی، تضیقات ۲۱٤ قصل دوازدهم/ توضيضات و صدمان طرق بال احلیل، التهاب پروستات، آبسه های پارا یورترال، امراض عصبی، فیموز وپارافیموزس، کنلان اعضای تناسلی در خانمها،Fowler syndrome، اعضای تناسلی در خانمها،posterior urethral valves، نتایج پتالوژ یک انسداد مجرای خروجی ادرار:

- Trabeculation مثانه: در نتیجه انسداد، مثانه مواجه به هایپرتروفی شده و ضغیم شدن باندهای عضلی سبب تولید trabeculation مثانه میگردد.
  - Diverticula مثانی : تشکلات کیسوی در میان باند های عضلی.
  - سنگ های مثانی : از باعث رکودت ادرار مخصوصا در diverticula های مثانی .
    - انتان بولی : مخصوصا بعد از تطبیق کتیتر ممکن است رخ بدهد.
- هایدرونفروزس: از باعث فشارعقبی بالای حالب ها که درنتیجه به عدم کفایه کلیوی می
- عدم کفایه کلیوی : در نتیجه هایدرونفروز پیشرفته بوقوع پیوسته و نتیجه آن انیوری ويوريمي است كه دلالت به obstractive nephropathy مي نمايد.

منظره کلینیکی: درنتیجه انسداد قسمت سفلی طرق بولی (هیپر پلازی پروستات) سه نوع اعراض ذیل رخ میدهند:

اعراض انسدادی : که در نتیجه ممانعت در تخلیه مثانه بوقوع می رسد، از قبیل مشکلات در آغاز تبول (hesitancy)، قطره قطره ریختن در اخیر تبول terminal dribbling و هیماتوری، که همیشه در اخیر ادرار رخ میدهد. باید علاوه نمود که اساساً مثانه در بر طرف ساختن انسداد ناموفق بوده در نتیجه آن احتباس ادرار رخ خواهد داد . حالت مذکورممکن است حاد با شروع انی ودرد شدید یا مزمن همراه بوده، مثانه به تدریج متوسع شده در مریض dribbling overflow incontinence رخ خواهد دادکه با دردجزئی ویا بدون درد میباشد در گروپ اخیر یـوریمی رخ داده میتواند. بعضاانسداد کامل بالای أن علاوه میشود (acute on chronic obstruction ).

اعراض ایکه در نتیجه عدم استقرار عضلی مثانی (عضلات detrusor ) بوجودمی آیدعبارت اند از: تقلص غير ارادي مثانه متوسع سبب, frequency, hecitency ميشود انتان طرق بولی سبب خراب شدن اعراض فوق شده یا سبب تشدید احتباس حاد ادرار میگردد.

- اعراض در نتیجه sequelaeبوجود میایند، مثلا انتان یا عدم کفایه کلیوی. این اعراض در نتیجه پیشرفت سن در خانم ها نیز به وقوع می رسند.

معاينات بالخاصه:

- جدول ۲۴ ساعته تعین frequency و urgency زمانیکه ادرار جریان دارد تعین ان بایدصورت گیرد که به چه مقدار در مدت ۲۴ ساعت عبور مینماید. - Serum urea و creatinin به منظور تعین عدم کفایه کلیه.

- تعین هیمو گلوبین :زیرا یوریمی سبب انحطاط منع عظم و تولید اتیمی میشود، Prostate serum یک معرف حیاتی کانسر پروستات بوده وسبب انحطاط افراز serum acid phosphates می شبود غلظت PSA پائین تبراز 40ng/ml نارمل است و دوبیاره دریافت PSA شامل تعین free total PSA است که حد نازمل آن درمردان ۹٫۱۵ می باشد. urine درصورت موجودیت لوکوسیت هادرادرار کلچر باید صورت گیـرد analysis مثبت وقنات بولى منتن باز گوكننده اختلاط شديدمرض پروستات است. اكثير مریضان با موجودیت مرض پروستات، ادرار منتن ندارند (تا زمانیکه مثانه واحلیل instrumented نشود).

- تعین سرعت جریان ادرار: حجم ادرار کمتر از 200ml ضرورت به بررسی پرمعنی جریان اعظمی ادراردارد جریان اعظمی سرعت ادرار کمتر از 10ml/sec معرف موجودیت انسداد یا تقلص ضعیف مثانی بوده و سرعت بالاتر از 15ml/sec به عدم موجودیت انسداد عطف میشود. ازنظر urodynamic (تعین فشار جریان) نیز میتواند انسداد جریان خروجی را تخمین نماید، سرعت پایین جریان ادرار از باعث تقلصات ضعیف عضالات مثانى بعد ازاجراى عمليات بالاى بروستات نيز اصلاح نميگردد.

-Ultrasound : نيز واضح كننده بزرگ شدن پروستات ،هايدرونفروز وهايدرويوريتربه تعقيب فعل تبول بوده وهمچنان تعین کننده اندازه بقایای ادرار در مثانه بعد از تبول می باشند. بصورت نامل بقایای ادراردر مثانه موجود نبوده در حالیکه درصورت موجودیت انسداد خروجی مثانه، مثانه به صورت مکمل تخلیه نمی شود.باید علاوه نمودکه ultrasound جانشین معاینات IVU به صورت روتین در مریضان مصاب انسداد خروجی بولی شده ميتواند

ختلاطات انسدا قسمت سفلي طرق بولي: به اشكال ذيل تصنيف گرديده اند: ختلاطات پروستات : را احتباس حاد ومزمن ادرار تشکیل می دهد. اختلاطات مثاني شامل Diverticula's، انتان بولي، تشكل سنگ، اختلاطات كليوي،

هایدرونفروزس و یوریمی اند.

# انتانات طرق بولى

انتانات طرق بولی بدوبخش ،یکی انتان طرق علوی که شامل کلیه وحالب ودیگران انتان طرق سفلی که شامل کلیه وحالب ودیگران انتان طرق سفلی مشاطرق سفلی که شامل مثانه واحلیل اندتصنیف گردیده است. انتانات مجرای سفلی مشاخودراازانتان صاعده میگیرد. ولی مجرای علوی ممکن است ازدوطریق یکی دموی و دیگری انتان صاعده مصاب گردد.

التهاب مثانه ( Cystitis ): التهاب مثانه درخانم ها اکثراً ازاثرانتانات صاعده بنابرکوتاه بودن احلیل به تعقیب جماع بروزمی نماید. درنزد مردها معمولاً درنتیجه انسداد مجرای احلیل ویا ازاثربندش آن بوسیله پروستات به وجودمی آید. تطبیق کاتیتراحلیلی نیزمنتج به تجمع باکتریها درمثانه میگردد.

اعراض عمده آن را درد وسوزش شدید دراثنای فعل تبول (dysruria) همراه با ازدیاد فریکونسی و urgency تشکیل می دهد. هیماتوری نیزممکن است موجودباشد وبا معاینه تب با درجات پایین تروحساسیت درفوق عانی دریافت گردد. درصورتیکه درد درنواحی کلیه موجودباشد دلالت به انتان صاعده می نماید.

معاینات بالخاصه: نزد خانمها انتانات متکرر ایجاب معاینات مکمل را می نماید اما نزد مردها واطفال چون انتان متکررغیرمعمول است بناءً نظریه ایجاب اجرا میگردد. که شامل: معاینه میکروسکوپیک و کلچر ادرار، معاینه التراسوند مثانه وکلیتان، رادیوگرافی ساده بطن جهت رد سنگ های مثانی منحیث یک منبع انتان متکرر و سیستوسکوپی می باشد.

تداوی: تطبیق انتی بیوتیک ها نظربه حساسیت عامل سببی آن، همراه با اخذ مایعات فراوان ازطریق فمی. قلوی ساختن ادراربواسطه توصیه پوتاسیم سیترات ونوشیدن جوس های ترش (cranberry) بیشترکمک کننده میباشند.

پیوتفروز: این حالت ازاثریک هایدرونفروزمنتن که کلیه به شکل یک خریطه مملوازقیح درمی آیدرخ می دهد. درصورت بازبودن حالب پیوریا دیده میشود که بیشترمعمول است، اما در صورت بسته بودن حالب پیوریا کمتر به ملاحظه می رسد. اکثراً درین حالت کلیه بزرگ، حساس وقابل جس دریافت می گردد.

# معاينات بالخاصه:

• التراسوند كليه جهت معلومات درمورد هايدرونفروز.

فسل دوازدهم أترضيشات و صدمات طرق بولى

• IVU که نشاندهنده کلیه بزرگ، nonfunction می باشد.

● DMSA scan که درجه وظایف باقی مانده کلیه را بعدازتداوی تعین می نماید. • MAG-3 renography جهت تعين وظايف ومطالعه انسداد اجرا ميگردد.

تداوی: این حالت باید بطورعاجل ازطریق یک نفروستومی تحت الجلدی دریناژ گردد، که اغلبا بدین طریق عامل سببی انسداد نیزدریافت میگردد. اگربقایای کلیوی ازنظروظیفوی موجودنیاشد

کاربنکل کلیه: این اصطلاح برای آبسه های قشر کلیه ازسبب انتقال انتان ازطریق وعایی به آن عطف می شود. و اکثراً staphylococcus aureus بوده که ازیک محراق ابتدایی مثلاً از فرانكل جلدى به قشركليه انتقال مي نمايد.

تظاهرات کلینیکی : درین حالت تب، توکیسمی ودردهمراه با حساسیت نواحی کلیوی موجود بوده وكليه نيزممكن است قابل جس كردد.

معاينات بالخاصه:

• معاینه ادرار: تا زمانیکه آبسه بداخل سیستم کلیکسی بازنگردد،ادرارستریل میباشد.

•درمعاینات مکمل خون، لوکوسیتوزموجودمیباشد.

• CT والتراسونوگرافی، تشخیص را تایید میکند.

تداوى أن عبارت ازدريناژآبسه ازطريق تحت الجلدي همراه با تطبيق انتى بيوتيك ها مى

آبسه های Perinephric: اکثرا انتان درمسافه perinephric بطورثانوی ازاثررپچریک كاربنكل كليوى انتقال مي نمايد ، نادرا اين حالت بعد ازاختلاط پيونفروزويا يك هيماتوم ترضيضي اطراف كليوى منتن تشكل نموده مي تواند.

تظاهرات کلینیکی: درین حالت ازنظر کلینیکی منظره یک حادثه انتانی حاد همراه با یک تورم حساس ودردناک ناحیه کلیوی درطرف مآوف م موجودمیباشد. خصوصاً این حالت درصورتیکه مریض به وضیعت استجاع بطنی استراحت نماید به خوبی تفتیش ومشاهده شده میتواند.

معاینات بالخاصه را اجرای رادیوگرافی ساده بطن (KUB)، CT ، تشکیل می دهد. تداوی: درینصورت دریناژجراحی وقتی استطباب دارد که دریناژ تحت الجلدی با رهنمایی CT به کامیابی نه انجامد.

## ترضيضات طرق بولي

#### مقدمه

اکثراً ترضیضات طرق بولی تناسلی با ترضیضات اعضای مجاوران همرا می باشند و اغلبا دربروز اعراض وعلایم مقدم ترازاعضادیگرقرارمی گیرند.ازاینروباظهورعلایم بسیارناچیز درردین اول تشخیص قرار دارند. گذاشتن تشخیص بااساسات کلاسیک یعنی استجواب دقیق، تفتیش جس وقرع درموارد صدمات کلیه، مثانه و احلیل آغازوبااجرای معاینات متممه تکمیل میشود علایم کوفتگی، احساس درد با تولیدفشار، تورم، مشاهده خون درادرار و یا مخرج بولی ازاعراض مهم تلقی شده، مشاهده المساس درد با تولیدفشار، تورم، مشاهده خون درادرار و یا مخرج بولی ازاعراض مهم تلقی شده، مشاهده المساس درد با تولیدفشار، تورم، مشاهده خون درادرار و یا مخرج بولی ازاعران خون مهم تلقی شده، مشاهده المساس در بازی تشخیص احتمالی داده، درصورت خونریزی های داخل پریتوان با درنظرگرفتن اعراض وعلایم، اجرای لپراسنتیز و لواژ پریتوانی تشخیص گذاشته شده، معاینه مقعدی با انگشت بیجاشده گی مقعدی با انگشت بیجاشده گی مقعدی با انگشت بیجاشده گی غده پروستات درپاره شده گی های احلیل باموجودیت خونریزی دریافت می گردد که بارپچرمثانه ویا خونریزی ریکتم تشخیص تفریقی میگردد.

تدابیرتشخیصی باشرایط لازمه ممکنه ازقبیل تطبیق سندمتانه وتفکیک retrograd و Cystoscopy و Cystoscopy و Cystoscopy و petrograd و pyelography اغلباً درجمله معاینات عادی این جهازبوده ولازمی شمرده میشوند.

## ترضيضات وصدمات كليه

اسیاب: اغلبادرنتیجه اختلاط ترضیضی اعضای دیگرمانند کسور اضلاع، فقرات وترضیضات بطن بوجودمی آید. نادراً بصورت خاص دراتر ترضیضات مستقیم آله جارحه، قاطعه و کوبنده نیزبوجودآمده میتواند. طورمتال درترضیضات مستقیم، شدید وجبری در صورتیکه کلیه حاوی مقدارازمایع باشد، قوه علاوه ازپرانشیم کلیه درمایع تقسیم شده و کپسول کلیوی رامتضرر میساند، در این صورت ترضیضات حاصله نظریه ناحیه و تأثیرقوه وارده به اشکال ذیل بوده میتواند.

١- پاره کي نصف پارانشيم کليوي.

۲- پاره گی کپسول کلیوی توام با کپسول لیفی و تشکل هیمتوم تحت کپسولی،

٣- ياره كي بزرگ پارانشيم كليوي مترافق باكپسول ليفي.

۴- منفجر شدن وپاره پاره شدن کلیه.

۵- رپچر کلیه توام باقطع اوعیه کلیوی .

باید یاد آور شد پاره کی حالب ها به مشکل قابل تشخیص میباشند.

تشخیص: معمولاً شاک بدرجات مختلف درصحنه موجودبوده، آثارضربه وترضیض درنواحی کلبوی (موجودیت هیمتوم، تشدید درد توسط جس بافشار درناحیه ترضیض ) موجودیت مکرو و یا میکرو همتیوری (عرض وصفی)، تشخیص را واضح می سازد. تعین Hb وHematocrate خون، دریافت های لاپراسکویی ولواژپریتوان (درصورت احتمال ترضیض احشای دیگربطنی مانندجگر، طحال و پانکراس).ضروری بوده، رادیوگرافی طرق بولی با تجویزانفوزیـون موادکتیف. (کنتـرول هر7-15 دقیقه الی یک ساعت کلیشه های رادیوگرافی)، کنترول ومعاینه فشارشریانی وبالاخره تعين وضعيت متَّانه باماده كتَّيفه تشخيص را ممكن مي سازد. درحالات شاك شديد ازمعاينـه بوروگرام صرف نظرشده بطورعاجل به لپراتومی بطن اقدام گردد.

تداوی: درصورت موجودیت کانتیوژن وتمزق کوچک نسج پارانشیم کلیوی تحت کیسولی ابحاب هيج نوع مداخله جراحي را نميكند. فقط استراحت بستر، كنترول فشارخون وكنترول همه روزه معاینات لابراتواری ادرار کافیست. متباقی اشکال ترضیضات وصدمات متذکره کلیه ایجاب تداوی جراحی رانموده طوریکه درصورت صدمات احشای بطنی ازطریق مداخله بطن و درغیـرآن ازطريق جنبي خلفي ناحيه قطني وفلانك مداخله صورت مي گيرد و درواقعات رپچراوعيه كليوي نفركتومي اجتناب نايذيرميباشد.

## ترضيضات وصدمات متانه

ترضيضات مثانه در دو حالت ذيل صورت مي گيرد.

۱- ترضیضات مستقیم شدیدوجبری درمتانه مملوازادرار: درین حالت به اترفشاربلند وناگهانی جدارمتانه یاره شده وادراردرجوف بطن سرازیرمیگردد.

۲- پاره شدن ویاشق های جدارمتانه در اتر کسورعظام حوصله: درین حالت به اترنفوذ نهایت و یا کنارمکسوره عظمی جدارمتانه تمزق نموده وادرار درجوف حوصله وبطن خارج میشود.

تشخیص در کناراستجواب دقیق دریافت میکروهمتیوری یک عرض ساده تمزق متانه بوده. محنان باجس، تفتیش و توشی ریکتال، تعین تغییرات فشارشریانی وهمینطوربا تغیرات معاینات رادیواوژیک ازقبیل pyelogram و Retrograd Cystogram تشخیص صورت می گیرد. تعلوی در تمام حادثات رپچرمتانه مداخله جراحی صورت گیرد چه ازنوع رپچرداخل پریتوانی

الله و یا خیر، بعداز ترمیم متانه، تفتیش و کنترول بعدی بطنی صورت گرفته، دریناژ جوف بطن اجرا میگردد. مداخله ازطریق خط متوسط سفلی بطن وشق فوق عانه صورت می گیرد. لزوما ۲۷. فصل دوازدهم ا توضيضات و صدمات طوق بول بایدپریتوان هم بازشود ودرصورت ضرورت وامکان دریناژ جوف بطن حتمی شمرده می شور تطبیق سندمتانه الی مدت ده یوم ضروری میباشد. درصورت تمزقات کوچک خارج برینوان گذاشتن کتیترمتانه ازطریق transurethral با تجویز تداوی محافظوی پیش برده میشود.

اختلاطات: درصورت عدم تشخیص، رپچرهای داخل پریتوانی سبب تولیدsmia و Peritonitis بعدی شده و جذب ادراراز طریـق پریتـوان را سبب شـده میتوانـد. ریچرخان پریتوانی مثانه درصورت عدم تداوی پیشرفت نموده باعث فلگمونهای وسیع گردیده ومری اورميباشد.

#### صدمه وترضيض احليل

Pars ،Pars membranosa ترضيضات احليل رانظريه ساختمان اناتوميك أن به سه قسمت bulbosa و Pars pendulans تقسيم نموده مطالعه ميگردد.

ترضيضات احليل ازباعث تحت فشارقرار گرفتن قسمي يامجموعي، خراشيدگي و يا يار، شدگی به وجودآمده که اکتراً بعدازتداوی تکلس وتصلب نموده باعث تضیق احلیل شده میتواند خصوصاً درصورت تطبيق سندمتانه كه ازاختلاطات خاص أن شمرده ميشود.

#### صدمات وترضيضات قسمت غشائي يا Pars membranosa

اكتراً درحادثات ترافيكي وكسور حوصله(Symphysis pubis)دريك ياچندناحيه بوجودامنه ميتواند.اكتراً قسمت غشائي درمحل اتصال پروستات وياپرده معصروي رخ داده تمزق اين ناجه 20% واقعات را تشكيل ميدهد. كه بعضاً باويابدون رپچرمتانه بوده ولى رپچرقسمت هاى Pars bulbosa و pendulans Pars اكثراً در ترضيضات وضربه هاى ناحيه عجان بوجودمي أيد، كه میتواندبشکل کانتیوژن یاپاره شده گی قسمی ویارپچرتام آن بوقوع برسد. اعراض ابتدائی ریجر درقسمت Pars membranosa عبارت ازخونريزي طرق بولي، هيمتوم ناحيه عجان، عانه ،توليد شاک وتشوشات تبول بوده ومعمولاً صورت خونریزی خون درتحت پریتوان، جوف حوصله نجمع نموده بااجرای رادیوگرافی با موادکتیف واضح شده میتواند. درربجرقسمت های Pars pendulans وPars bulbosa وPars bulbosa فيمتوم هاى بزرگ قضيب، صفن توليد شده كه جهت تشخيص وصفى ميباشد.

تداوی: اولترازهمه درتداوی، تدابیرجلوگیری ازشاک صورت گرفته و سندمتانه بااحتیاط تام تطبیق گردد. درصورتیکه تمزق تام موجود باشد ممکن سندعبورنکرده وخارج جوف مثانه قرارگیرد. ویاهم درصورت موجودیت تمزق قسمی به مشکل عبورنماید. کتیتربایداقلاسه هفته

July 5

hs Pa

44.9

٥ مينون

بودك

بزناب

in d

64

الى ايدر

40

loi L

100

گذاشته شود. درصورت موجودیت هیمتوم اجرای دریناژ وتخلیه هیمتوم اجرا میشود. درصورت خونریزی های کتلوی مداخله جراحی را ترمیم ناحیه، لیگاتوراوعیه خوندهنده، تطبیق مش

اختلاطات: اختلاطات ابتدائى را خونريزى وهيمتوم تشكيل داده اختلاطات بعدى عبارت از تضيقات احليل ، عدم توانائي جنسي، عدم انتعاذ قضيب وقسماً عدم اقتداربولي ميباشد.

# صدمات وترضيضات صفن وخصيتان

دراترضربات مستقيم وياغيرمستقيم ناحيه صفن وخصيه ها، كانتيوژن وجروحات درناحيه توليد می گردد که اکتراً در کانتیوژن های این قسمت Hematocell تولید میشود، که باتداوی محافظوی تداوی شده درصورت جروحات مداخله جراحی صورت میگیرد.

#### Hematuria

عبارت از موجودیت خون در ادرار بوده که به دوشکل gross ومایکروسکوپیک دیده می شود در صورت عدم مودیت انتان واضح قنات بولی، ضرورت به بررسی ومطالعه قسمت علوی وسفلی قنات بولی احساس می شود. در معاینات میکروسکوپیک موجودیت ۵ کریوه سرخ خون درقدرت بزرگ مایکوسکوپ در ادرار spun وموجودیت دو کریوه سرخ خون در قدرت بزرگ مایکروسکوپ در ادرار unspun معرف هیمتیوری مایکروسکوپیک است. درصورت موجودیت هیمتیوری مطالعه مكمل قسمت على طرق بولى شامل كليه وحالب ها بوسيله CT.IVP و Retrograde pyelogram باید صورت گیرد. قسمت سفلی قنات بولی چون مثانه واحلیل باید بوسیله سيستوسكويي مطالعه گردند.

اسباب: اسباب آنرا درسنین بین ۲۰۰۰ ساله انتانات حاد طرق بولی گلومیرولونفرایتس، انومالی های ولادی تشکیل می دهد، از ۲۰-۶۰ سالگی انتانات حاد طرق بولی در کانسر های مثانه، سنک های بولی و ازسن ۶۰ سالگی به بالا درهایپر پلازی سلم پروستات رخ می دهد.

Coagulopathy, Anticoagulation, Sickle cell disease , اسباب دیگر آنرا: glomerulonephritis, vascular ) امراض کلیـوی. (Collagen vascular disease polycystic kidney, granulomatous disease, abnormalities, pyelonephritis, Urethritis, stones, cystitis, ) مراض خبیثه، امراض بعداز کلیه (interstitial nephritis,

prostatitis, epididymitis )مى سازد.

باید علاوه نمود که اسباب معمول هیمتوری را تومور های خبیث قنات بولی ،انتانات ،سنگ

ثابت باشد

وجود

موج

50

های کلیه وترضیضات تشکیل می دهند. امراض خبیث در کلیه ومثانه سبب هیمتیوری بدون درد شده ، انتانات طرق بولی مخصوصاً مثانه واحلیل در پهلوی هیمتیوری سبب فعل تبول irritative شده در حالیکه پیلونفرایتس در پهلوی فعل تبول irritative سبب تب ودرد ناحیه فلنک نیز می گردد. سنگ های کلیوی توام با درد های کولیکی همراه می باشند.

#### کتلات حاد صفن

یکی ازموضوعات مهم کتلات حاد صفن را تشخیص تفریقی آنها با اینکه ممکن است یک حادثه حاد داخله باشد تشکیل می دهد. ویکی ازاین حالات که ایجاب مداخله عاجل را می نماید تدور خصیه است. تشخیص کتلات حاد صفن بالای تاریخچه ومعاینات فزیکی استوار است.

اعراض وعلایم: اجرای معاینات فزیکی در اشخاص مصاب کتلات حاد صفن از باعث موجودیت درد مشکل است ازاین رو محدودیت را در اجرای معاینات فزیکی وضع می نماید اماباوجود آنهم دریافت علایم ذیل مهم اند: موجودیت تورم در صفن، سرخی جلد صفن، موقیت خصیه، موضعی بودن کتله خصیه ودرد، موجودیت هایدروسل با معاینه ترانس الیومینیشن، موجودیت یا عدم موجودیت رفلکس عضلات کریمستریک، موجودیت علامه Prehn,s برطرف شدن درد با بلند نمودن خصیه که معرف اپی ددیمیت است)، موجودیت افرازات احلیل، تب، شدن درد با بلند نمودن خصیه که معرف اپی ددیمیت است)، موجودیت افرازات از طریق احلیل. تاریخچه قبلی افرازات از طریق احلیل. Testicular torsion ,Epididymitis, تیرد: موجودیت افرازات از طریق احلیل. تعدد تشخیص تفرقی: با افات ذیل باید صورت گیرد: Testicular tumor Torsion of testicular appendage ,Orchitis, Trauma to

## تورشن خصيه

scrotum ,Acute hernia, Acute hydrocele

حالت مذکور در سالهای اول حیات وجوانی عمومیت دارد، ۱۰ برابر در خصیه ها نزول نـاکرده بیشتر رخ می دهد، در ۸۰-۱۰۰٪ واقعات از یک درد ۶ ساعت حکایه مـی نمایـد ،کـه بافعالیـت شدید فزیکی یا جنسی همراه است ،وهمیشه به شکل حاد انکشاف می نماید .

پتوفزیولوژی: خصیه به دور کورد تدور نموده سبب انسداد جریان وریدی شده وباعث تورم آن می گردد. در صورتیکه انسداد دوام نماید ترومبوز وریدی رخ داده که بوسیله ترومبوز شریانی تعقیب می گردد. دراین حالت بزودی احتشا در خصیه رخ می دهد. علت تدور خصیه را عدم تثبیت خصیه در میان پاکت تونیکا وجینالیس در جدار خلفی صفن تشکیل می دهد. این انکشاف ناقص همیشه دوطرفه بوده، در حالیکه تدور در یک طرف رخ می دهد.

۲۲۲ فصل دوازدهم ا توضیضات و صدمات طوق بوان

اعراض وعلایم: شروع آنی درد در خصیه، قسمت سفلی بطن ،ویا کانال مغبنی، درد می تواند ورت يا متقطع باشد ولى با تغير وضعيت ارتباط ندارد. ممكن است با دلبدى واستفراق همراه باشد. صفن متورم و تندرمی باشد. علامه کلاسیک آنرا خصیه بلند با موقعیت هوریزانتال (با وجودیکه حالت مذکور از باعث تورم صفن به مشکل دریافت میگردد)، تشکیل می دهد. موجودیت هایدروسل عکس العملی و عدم موجودیت رفلکس کریماستریک در تشخیص کمک

چون در تدور، خصیه به خطر آنی مواجه بوده ازاین رو بزودی هرچه ممکنه باید تـدوربرطرف شودکه با درنظر داشت زمان اهمیت بیشتر دارد. درصورتیکه تشخیص تدور گذاشته شود تـداوی جراحی آن تداوی انتخابی است .هر عملیه دیگریکه جراحی را به تعویق اندازد عاقلانه نیست. در صورتیکه تشخیص کلینیکی مشکوک باشد معاینات یولتراسوند، داپلر رنگه، معاینه انتخابی به شمار می رود، حساسیت آن درحدود ۸۵-۱۰۰٪ بوده سریع ساده وبزودی بدسترس قرار می گیرد. تداوی: جراحی تداوی قطعی است. ارجاع غیر جراحی ان ممکن بوده اما این اخیر یک عملیه موقتی بوده تداوی قطعی به شمار نمی رود، اکثر خصیه ها تدور انسی می نمایند وارجاع آنها به وحشى صورت مى گيرد. ان درد irrita

## خلاصه فصل

انسداد قسمت علوی طرق بولی پرابلم های حاد ومزمن را بوجود آورده می تواند که درتیجی بندش میخانیکی، عدم کفایه یک قسمت از سیستم جمع کننده ادراریا طرق بولی که تحت عوان انسداد ادینامنیک یا وظیفوی یاد می شودبوجود آید. از آنجاییکه طرق علوی بولی درتمام طول خود دارای لومن است ازاین رو دریناژ می تواند بوسیله احمال فشار خارجی ویا داخلی لومن بوتی برسد.

انسداد بالای وظایف توبیولر، جریان خون کلیوی وتقلصات عضلی که جهت انتقال ادر از کلیه ضروری پنداشته می شود تاثیر وارد می نماید. درصورت انسداد حاد ومکمل سیستم جامی بوسیله تجمع ادرار متوسع شده باعث رپچر فورنکس کلیکس، انکشاف velovenous بوسیله تجمع ادرار متوسع شده باعث رپچر فورنکس کلیکس، انکشاف backflow، فرط فشار توبیولر وتخفیف فشار فلتریشن از طریق گلومیرول ها می گردد. که به صورت ثانوی باعث تولید شنت درجریان دموی کلیه شده و به شکل جبران کننده آن باعث تخفیف وظیفه نفرون ها گردیده که با تخفیف فشار داخل حویضه از باعث تنقیص فعالیت توبیولیر می شود.

خصیه به دور کورد تدور نموده سبب انسداد جریان وریدی شده وباعث تورم آن می گردد. در صورتیکه انسداد دوام نماید ترومبوز وریدی رخ داده که بوسیله ترومبوز شریانی تعقیب می گردد. دراین حالت بزودی احتشا در خصیه رخ می دهد. علت تدور خصیه را عدم تثبیت خصیه در میان پاکت تونیکا وجینالیس در جدار خلفی صفن تشکیل می دهد. این انکشاف ناقص همیشه دوطرفه بوده، در حالیکه تدور در یک طرف رخ می دهد.

شروع آنی درد در خصیه، قسمت سفلی بطن ،ویا کانال مغبنی. درد می تواند ثابت یا متقطع باشد ولی با تغیر وضعیت ارتباط ندارد.

موجودیت خون در ادرار را هیمتوری گویند که به دوشکل gross ومایکروسکوپیک دیده می شود. در صورت عدم مودیت انتان واضح قنات بولی، ضرورت به بررسی ومطالعه قسمت علوی وسفلی قنات بولی احساس می شود. در معاینات میکروسکوپیک موجودیت ۵ کریوه سرخ خون درقدرت بزرگ مایکوسکوپ در ادرار spun معرف هیمتیوری مایکروسکوپیک است.

فصل دواودهم/ ترضيضات و صدمات طرق بولي

# سوالنامه

۱. ترضیضات مثانه در کدام حالات رخ می دهند؟

۲. تشخیص ترضیضات کلیه را توضیح نمایید؟

۳. Management سنگ های کلیه را نمایید؟

۴. تدور خصیه چیست شرح نمایید؟

۵ علایم کتلات حاد صفن توضیح گردد.

كه درنع

المعلم ال

لومن بي

قسال ادر

مستم جامر elovenc

ردد. که پر

ه أن باعه

ليت توبيولي

می گردد در

، می گردد

یه در میان

بشه دوطرفه

ولمفقه لي

ر دیده صی مت علوی ن خون

يرت بذرى

ماخد

S.R.Payne and B.W.Ellis Access to the urinary tract, in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp545-560

2 S.R.Payne and B.W.Ellis, Upper urinary tract obstruction, in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New

Delhi.Pp561-572

3. L.Eardley and R.S, Kirby, Lower urinary tract obstruction, in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi. 572-584

- 4 S.R.Payne and A.G.Timoney, Upper urinary tract Trauma, in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.585-595
- 5. S.R.Payne, Lower urinary tract Trauma, in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.596-602
- 6. S.R.Payne and B.W.Ellis Genital emergencies, in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown , Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.602-609
- 7. S.R.Payne AAcute urinary tract bleeding and infection, in: Brian W Ellis Simon Paterson - Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13th edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp610-622



# Obstetric and Gynaecological emergencies

اهداف آموزشی: بعد از خواندن فصل در مورد موضوعات ذیل معلومات بدست می اید:

پر اکلمیسی تورشن سیست تخمدان تر ضیضات رحمی

اكلميسى

سقط Ectopic pregnancy ربجر رحمى

#### سقط

تعریف: سقط عبارت است از ختم حاملگی به هروسیله قبل از اینکه جنین قدرت زنده ماندن در محیط خارج ازرحم را داشته باشد. سقط هارا بدودسته تصنیف نموده اند: سقط های خود بخودی و سقط القا شده یا induced abortion. دراین جا ما صرف سقط های خود بخودی را توضیح می نماییم

سقط های خود بخودی

تعریف: عبارت از ختم حاملگی قبل از هفته ۲۰ ام حاملگی یا خاتمه حمل یک جنین مرده یا زنده با وزن کمتر از ۵۰۰ گرام است. فکتور های خطر را افزایش سن مادر، افزایش سن پدر، حاملگی در عرض سه ماه بعد ازتولد یک طفل نوزاد زنده، سابقه سقط یا مرده زایسی در حاملگی های قبلی، سابقه تولد اطفال با سوء اشکال جنینی، تشکیل می دهد.

اسباب سقط را بدودسته علل جنيني و علل مادري تصنيف مي نمايند:

علل جنینی: تکامل غیر طبیعی زایگوت با تعداد غیرطبیعی کروموزوم ها، تکامل غیر طبیعی زایگوت با تعداد طبیعی کرو موزوم ها

علل مادری شامل: انتانات، آفات رحمی مانند: لیومیوما ، نقص قنات مولر، عدم کفایه عنق، آفات اندو کرین مانند کمبود پروجسترون، هایپو تایرویید و دیابت، فاکتورهای ایمیونولوژیک، مصرف موادی مثل، سگرت، الکهول، کافیئن، اشعه، امراض سیستمیک مزمن، ترضیضات مستقیم یا غیر مستقیم می باشد.

## Ectopic pregnancy

تعریف: آشیانه گرفتن بلاستوسیست در هر ناحیه غیر از اندومتر رحمی را حمل خارج رحمی گویند.

محل های حمل خارج رحمی به ترتیب قرار ذیل اند : فلوپین تیوب، تخمدان، بطن، سرویکس رحم .

#### اساب:

 فکتور های میخانیکی: این فکتورها سبب به تاخیر افتیدن عبور تخمک به داخل رحم می شود که عبارت اند از: سلپنژیت، التصاقات اطراف تیوب به تعقیب التهابات، ابنارملیتی های تکاملی تیوب ها (انومالی ها)، حمل های خارج رحمی قبلی، عملیه های جراحی قبلی، سقط های القا شده قبلی، تومورهای تیوب، سزارین قبلی.

- فکتور های وطیفوی : مهاجرت خارجی تخمک، رفلکس خون عادت ماهوار، تغیر تحرک تيوب، ادويه ضد حاملكي، IUD ، استفاده از استروژنها بادوز بلند، دود كردن سكرت
  - Asisted reproduction .

• ناکامی طریق جلوگیری از حاملگی

علایم سریری را درد بطن و حوصله، خونریزی از طریق مهبل و امینوری تشکیل می دهد. درد ممكن است به صورت جنرال در تمام بطن يا ممكن است درقسمت سفلي بطن وهم مكطرفه موجود باشد، حتى مى تواند در تحت حجاب حاجز ويا شانه احساس شود.

خونریزی ازمهبل می تواند کم، قهویی رنگ، متناوب، متداوم و وسیع باشد در صورت خونریزی های وسیع و کشنده علت آنرا پاره شدن حمل خارج رحمی تیوبی تشکیل می دهد

معاینه فزیکی: درمعاینات فزیکی تندرنس بطن، تندر نس در ادنکس خصوصا با حرکت سروكس، ادنكس يك طرف داراي قوام نرم والاستيكي، دفع دسيدوا، علايم هايبووليمي وشوك قابل دريافت مي باشد.

در معاینه، رحم تغیرات اوایل حاملگی ازقبیل نرم شدن سرویکس و افزایش سایز رحم را نشان مي دهد. تشخيص براساس موارد ذيل گذاشته مي شود: علايم سريري، تست هاي لايراتواري، سونه گرافی، لاپراسکوپی، کولدوسنتیز، کورتاژ و لاپراتومی.

تشخیص تفریقی با سلپنژیت حاد یا مزمن، تهدید به سقط یا سقط نامکمل حاملگی داخل رحمی، ربچر جسم زرد یا فولیکول، تورشن سیست تخمدان، اپندیسیت، گاستروانتریت، درد ناشی از IUD باید صورت گیرد.

## رپچر رحمی

اساب:

- ترضيضات شامل: ندبه ضعيف سزارين قبلي معمولا شكل كلاسيك أن، ضربات مستقيم، جروحات نافذه.

- درجریان ولادت: ولادت انسدادی دراثرعدم تناسب راس و حوصله، اعتلانات معیوبیه، ومورهای حوصلی و تضیق عنق رحم، مداخله داخل رحمی بادست مانند تدور داخلی وغیره، استفاده نا معقولانه یا غیر خرد مندانه از اوکسی توسین و میترجین، خونریزی مخفی، انفصال قبل روات بالاستنا، رحم های متمایل به خلف، حمل درقرن رحمی یا در زاویه رحمی، در کثیرالولاده ها السبب استحاله نسج رحمى، ولادت با استفاده ازسامان مخصوصا اگر عنق رحم توسع نكرده باشد، عملیات های تخریبیی بالای طفل، تدور خارجی به منظور راسی ساختن عضو معتلنه.

لوحه کلینیکی: شامل درد، تاسس بندل رنگ که در ظرف ۲۰ دقیقه تظاهر نموده و از بالای جدار بطن مریض مشاهده میشود، حساسیت موضعی درناحیه آشکار می شود، فواصل بین تقلصات کوتاه می شود، زمانیکه نزد مریض تقلصات قوی گردد زمینه رابرای تمزق رحم مساعد می سازد، خونریزی مهبلی صورت گرفته، در ابتدا نبض مریض سریع گردیده وبعدا فشار خون سقوط می کند.

تشخیص: دروقایع حاد، دردهای ولادت متوقف شده و درد های دوامداریکه مریضه رابه طوف شاک می برد ظهورمی کند، عضو معتلنه ازموقعیت قبلی خود بیجا می شود، اعضای جنین به آسانی از روی بطن جس می گردد، طفل معمولا مرده وقلب وی شنیده نمی شود، درشکل تمزق تام، رحم خالی ودریک طرف برجسته ومتبارزجس می شود، درصورتیکه ریچربعدازختم دوره دوم ولادت بمیان آید کوتاهی در طول حبل سروی ایجاد می شود.

تداوی: تداوی وقایوی شامل: تشخیص مقدم، عدم تناسب، وضعیت منحرفه را مقدما اصلاح باید کرد، عنق رحم با فشارنه باید توسع داده شود، تمام خانم های با سابقه سزارین ومیومکتومی در شفاخانه باید ولادت داده شوند، در صورت سزارین سکشن کلاسیک قبلی باید در حمل بعدی مجددا سزارین اجرا شود.

تداوى معالجوى

الف: تداوی محافظوی شامل احیای مجدد مریض نقل الدم، تطبیق انالجیزیک می باشد. ب: تداوی عملیاتی: بعد ازاجرای لاپراتومی، جرحه بعدازدبریدمنت خیاطه گذاری شود و درصورت وخامت مریض بایدهستریکتومی گردد.

## پری اکلامیسی

پری اکلامیسی عبات است از هایپرتنشن با اذیما یا پروتین یوری و یا هردوی اینها که معمولا بعد از هفته بیستم حاملگی واکثرا نزدیک به ترم رخ می دهد.

فکتور ها خطر: شامل سن پایانتراز ۲۰ سال وبالاتراز ۳۵ سال، سطح اجتماعی اقتصادی پایین، حمل دو گانگی، مول هیداتیفورم، پولی هایدره مینوز، امراض مزمن مادر (دیابت، کلیه، قلب، هایپرتنشن مزمن)، هیدروپس فیتالیس، تاریخچه پری اکلامپسی قبلی، نژاد سیاه، چاقی،می باشد.

#### علايم كلينيكي

- اذیما: در دست ها و وجه (بخصوص در صبح بعد از برخواستن از خواب)، افترایش وزن نا گهانی.

- هیپرتنشن: افزایش ۳۰ ملیمتر ستون سیماب در فشار سیستولیک و ۱۵ ملیمتر سیماب در فشار دیاستولیک بلندتراز فشار نارمل.

- پروتین یوری: دریافت پروتین ادرار ۲۴ ساعته ۳۰۰ ملی گرام یا بیشتر ازان.

تشخیص: معیار های تشخیص برای پری اکلامپسی خفیف عبارت اند از:

- فشار خون سیستولیک ۱۴۰ ملی متر سیماب یا بیشتر ازآن وفشار دیاستولیک ۹۰ ملی متر سیماب یا بیشترازان در دو زمان به فاصله اقلا ۶ ساعت و حد اکثر یک هفته عمدتا بعد از هفته يستم حاملكي.

- پروتین یوری :پروتین ادرار ۲۴ ساعته ۳۰۰ ملی گرام یا بیشتر ازآن.

معیار های تشخیص برای پری اکلامیسی شدید عبارت اند از:

- فشار خون سیستولیک ۱۶۰ ملی متر سیماب یا بیشترازآن فشاردیاستولیک ۱۱۰ ملی متر سماب یا بیشترازان به فاصله اقلا ۶ ساعت.

- پروتین یوری ۵: گرام در ۲۴ ساعت یابیشترازآن.

- اولیگوری ۵۰۰سی سی در ۲۴ ساعت یا کمتر.

- ترومبو سایتوپینی (ترومبوسیت ها ۱۰۰۰۰۰در ملی متر مکعب یا کمتر).

- افزایش در FT اهمراه بادرد ناحیه اپی گاستریک.

- اذیمای ریوی

- تشوشات شدید دماغ وبیتایی

تلاوی وقایوی شامل، رژیم غذایی غنی از پروتین، مراقبت قبل ازولادت، تشخیص به موقع و گرفتن اهتمامات مناسب، محافظت و مراقبت باالخاصه از مریض می باشد.

تداوی طبی

مريض در شفاخانه بستر گردد و اهتمامات ذيل گرفته شود: استراحت بستر، نوسیه sedativeها، توصیه دیورتیک، توصیه ادویه ضدفشارخون و خاتمه بخشیدن به حمل. تنظیم ولادت ار تباط به شدت مرض یعنی به جواب دهی به تداوی طبی، stageحاملگی،

عاليع والمال

wind and المعلود

ن شود دري جربعدا ردور

> حرقه را شدر سزارين ويبا

لى بايد در در

لحزيكاء الله فالم

مردوی لیا ۱

المناولا ن مالالدي

Admiliant to

سابقه ولادی، وضعیت وحالت عنق رحم دارد. اختلاطات

الف. مادری اکلامیسی: عدم کفایه کبدی، انیوری و عدم کفایه کلیوی، کواگولوپتی متشر داخل وعایی، افزایش درجه حرارت بدن، خونریزی داخل مغزی. ب.حنینی: زجرت جنین و مرگ آن از سبب عدم کفایه پلاسنتا.

## اكلاميسي

زمانیکه اختلاج بالای اعراض پری اکلامیسی اضافه گردد اکلامیسی رخ می دهد. علایم کلینیکی

اختلاج این مریضان از نوع عمومی یعنی تونیک وکلونیک بوده، قبل ازهفته بیستم حاملگی نادر می باشد. اسباب احتمالی اختلاج را ترومبوزها، هیپوکسی از باعث تنگ شدن اوعیه موضعی و خونریزی در کورتکس دماغ تشکیل می دهد.

- پروتین یوری تقریبا همیشه موجود است ومقدارآن معمولا زیاد است دهانه ادرا کاهش می یابد و گاهی انیوری دیده می شود، هیموگلوبین یوری شایع بوده اما هیموگلوبینیمی تنهادرموارد نادر دیده می شود. درجات مختلف اذیما رخ داده اما اذیما اکثرا شدید است.

- درصورتیکه اکلامپسی قبل ازولادت رخ دهد، ولادت ممکن است خود بخود و مدت کوتاهی بعد ازپایان اختلاج شروع شود وسریعا پیشرفت نماید. در صورت که اختلاجات درزمان ولادت رخ دهد سبب افزایش تقلصات گردیده و مدت ولادت را کوتاه می نماید.

- ازسبب موجودیت هایپوکسی مادر، برادی کاردی جنین بدنبال اختلاج غیر معمول نیست.

- اذیمای ریه درنتیجه پنومونی ریه از سبب اسپایریشن و عدم کفایه قلبی بوجود آمده می تواند...

- مرگ ناگهانی بعد از اختلاج ازسبب خونریزی های مغزی رخ داده می تواند.

- کوری

- سایکوز

- اضافه شدن دهانه ادرار بعد از ولادت یک علامه خوب بهبود است

تشخیص تفریق باید باامراض ذیل صورت گیرد: صرعه، انسفالیت، میننژیت، تومورهای مغزی، رپچرانیوریزم مغزی، هیستری در اخیر حاملگی.

#### تداوى

به مادرنباید آسیب برسد، اوکسیجن تراپی (۸-۱۰ لیتر فی دقیقه )، به حد اقبل رساندن اسپابریشن، پوزیشن جنبی دوکوبیتوس، سکشن مواد استفراق، شروع سلفات مگنیزیوم جهت جلوگیری از عود اختلاجات.

# تورشن سيست تخمدان

عبارت از تدورسیست تخمدان ها بدورپدیکل شان می باشد. که همیشه infundibulopelvic رانیز دربر می گیرد (تورشن دوطرفه نیز عمومیت دارد).اعراض آنرا درد خفیف بطنی و تندرنس به صورت آنی درطرف ماووفه در نتیجه بندش جریان دموی تشکیل داده طوریک در ابتدا جریان وریدی وبعداً جریان شریانی به انسداد معروض می گردد. این حالت تشابهت با تورشن خصیه در مرد ها داشته ودرزمان عملیه جراحی تخمدان اکثرا به احتشا معروض می باشد . شاک و پریتونیت مکن است رخ بدهد. تشخیص را یولترا سوند تایید نموده می تواند.

تداوی: لاپراتومی جهت برداشتن سیست تدور یافته ضروری است.

#### ترضيضات رحم

ترضیضات اعضای تناسلی زنانه به استثنای حالاتیکه مترافق با ترضیضات بولی تناسلی یا رکتم باشد کمتر معمول اند. دراکثریت واقعات غور رحم را می توان زریعه خیاطه ها کت کوت کرومیک ترمیم نمود، درحالت مذکوردریناژ ضروری نمی باشد. هیسترکتومی درواقعات جروحات فوق العاده شدید رحمی ترجیح داده می شود. Cuff مهبل در صورتیکه ترضیضات مترافقه سیستم بولی ویا رکتم موجود توام باآن موجود باشد به منظور دریناژ باز گذاشته می شود. ترضیضاتیکه رحم محمول را ماوف نموده باشد اکثرا منتج به مرگ جنین می گردد. خونریزی نزد نور مریضان بویژه نزد خانم های که وضع حمل شان نزدیک است کتلوی بوده، اجرای سیزارین ویا هیترکتومی یگانه تداوی می باشد.

# خلاصه فصل

ختم حاملگی قبل از هفته ۲۰ ام حاملگی یا خاتمه حمل یک جنین مرده یا زنده با وزن کمتر از ۵۰۰ گرام است را سقط گویند اسباب سقط را بدودسته علل جنینی و علل مادری تصنیف می نمایند

لوحه کلینیکی رپچررحمی شامل درد، تاسس بندل رنگ که در ظرف ۲۰ دقیقه تظاهر نموده و از بالای جدار بطن مریض مشاهده میشود، حساسیت موضعی درناحیه آشکار می شود، فواصل بین تقلصات کوتاه می شود، زمانیکه نزد مریض تقلصات قوی گردد زمینه رابرای تمزق رحم مساعد می سازد، خونریزی مهبلی صورت گرفته، در ابتدا نبض مریض سریع گردیده وبعدا فشار خون سقوط می کند.

تداوی اکلامیسی شامل نکات ذیل است به مادرنباید آسیب برسد، اوکسیجن تراپی (۱۰-۸ لیتر فی دقیقه )، به حد اقل رساندن اسپایریشن، پوزیشن جنبی دوکوبیتوس، سکشن مواد استفراق، شروع سلفات مگنیزیوم جهت جلوگیری ار عود اختلاجات.

#### ماخذ

- 1-J.Kelly Gynaecological emergencies, in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp523-533
- 2. 2-J.Kelly Obstetric emergencies, in: Brian W Ellis Simon Paterson – Brown, Hamilton Bailey's Emergency Surgery 13<sup>th</sup> edition 2009Jaypee BrothersMedical Publisher New Delhi.Pp534-544



# **CURATIVE MEDICINE**

طب معالجوي

Telegram:@khu\_medical