

# فهرست

اول

اورژانس های جراحی

بخش

۲۵-۶۳	فصل یک: اصول پایه مراقبت های شدید جراحی
۲۶	کنترل صحیح آب و الکترولیت
۲۶	محتوای آب بدن و نحوه توزیع آن
۲۶	محتوای الکترولیتی مایعات بدن
۲۶	اسمولاریته
۲۷	تعادل آب بدن
۲۷	مقدار پایه آب و الکترولیت مورد نیاز بدن
۲۸	مایع درمانی وریدی
۲۸	مایعات وریدی مورد مصرف
۲۹	مایع درمانی قبل از جراحی
۲۹	مایع درمانی در طول مدت جراحی
۳۰	مایع درمانی پس از عمل جراحی
۳۰	مایعات کلونیدی
۳۰	آلبومین
۳۰	دکستران
۳۰	Case study.1-1
۳۱	اختلالات اسید-باز
۳۲	مکانیسم های جبرانی
۳۳	تفسیر ABG
۳۴	اسیدوز تنفسی
۳۴	Case study.1-2
۳۵	آلکالوز تنفسی
۳۵	آلکالوز متابولیک
۳۸	Case study.1-3
۴۱	اسیدوز متابولیک
۴۱	Case study.1-4
۴۱	ترانسفوزیون
۴۲	ملاحظات کلی
۴۳	خون کامل
۴۴	کلبول قرمز متراکم

۲۳	پلاکت
۲۴	پلاسمای تازه منجمد (FFP)
۲۴	کرایو
۲۴	عوارض ترانسفوزیون
۲۴	همولیز حاد داخل عروقی
۲۵	واکنش‌های آلرژیک غیر همولیتیک
۲۵	سایر عوارض
۲۵	عوارض ترانسفوزیون شدید
۲۶	Case study.1-5
۲۷	Case study.1-6
۲۷	بی‌حسی، بیهوشی، تسکین و کنترل درد
۲۷	بی‌حسی موضعی
۲۸	عوارض و اثرات توکسیک بی‌حس‌کننده‌های موضعی
۲۹	Spinal (subarachnoid) Anesthesia
۵۰	Epidural Anesthesia/Analgesia
۵۰	Case study.1-7
۵۰	بیهوشی عمومی
۵۰	مراقبت‌های قبل از بیهوشی
۵۱	القاء بیهوشی
۵۲	حفظ و تداوم بیهوشی
۵۲	مراقبت‌های بعد از بیهوشی
۵۴	Case study.1-8
۵۴	تسکین، آرامش و کنترل درد
۵۴	ضد دردهای مخدر
۵۵	مسکن‌ها و آرامبخش‌ها
۵۷	علوئتهای جراحی
۵۷	Necrotizing Soft Tissue Infection
۵۸	پریتونیت منتشر
۵۹	آبسه‌های داخل شکمی
۵۹	آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک در جراحی‌ها
۶۲	آزمایشات قبل از عمل
۶۲	جراحی‌های برنامه‌ریزی شده
۶۳	جراحی‌های اورژانس
۶۳-۶۹	فصل دو: نهود مکانیکی
۶۳	فیزیولوژی بالینی تنفس
۶۸	انواع ونتیلاتورها

۶۵	حالات و روش‌های ونتیلاسیون
۶۷	نحوه ونتیلاسیون مکانیکی
۶۸	جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور
۶۹	Case study.2-1
۶۹-۷۸	<b>فصل سه: شکم حاد</b>
۶۹	درد احشایی
۷۰	دردهای جداری یا جسمی
۷۱	دردهای ارجاعی
۷۱	شکم حاد جراحی و طبی
۷۱	ارزیابی بالینی
۷۳	نکات و یافته‌های بالینی مهم
۷۵	ارزیابی پاراکلینیکی
۷۶	افتراق شکم حاد جراحی از طبی
۷۸-۸۶	<b>فصل چهار: آپاندیسیت حاد</b>
۷۸	علائم و نشانه‌ها
۸۱	ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیکی
۸۲	تشخیص‌های افتراقی
۸۲	تدابیر درمانی
۸۵	Case study.4-1
۸۵	Case study.4-2
۸۵	Case study.4-3
۸۶-۱۰۲	<b>فصل پنج: انسداد گوارشی</b>
۸۶	تعاریف و اصطلاحات
۸۶	فیزیوپاتولوژی
۸۷	علائم و نشانه‌ها
۸۹	ارزیابی پاراکلینیکی
۹۲	افتراق انسداد نسبی از کامل
۹۲	افتراق انسداد ساده از انسداد مختنق
۹۳	انسداد روده کوچک
۹۳	چسبندگی
۹۳	فتق به دام افتاده
۹۳	بیماری التهابی روده
۹۳	تومورهای بدخیم
۹۳	انواژیناسیون
۹۵	Radiation Enteritis
۹۸	انسدادهای مک

۹۵	انسداد روده بزرگ.....
۹۶	سرطانهای کولورکتال.....
۹۶	ولولوس کولون.....
۹۶	ولولوس سیگموئید.....
۹۷	ولولوس سکوم.....
۹۸	دیورتیکولوز.....
۹۹	Fecal Impaction.....
۱۰۰	ایلئوس و انسداد کاذب.....
۱۰۰	ایلئوس.....
۱۰۱	انسداد کاذب حاد کولون.....
۱۰۲	Case study.5-1.....
۱۰۳-۱۰۷	فصل شش: فتق‌های مهبس و مختلف شکمی.....
۱۰۳	جانداختن فتق محتبس.....
۱۰۴	فتق رانی.....
۱۰۴	فتق ریختن.....
۱۰۴	فتق لیتره.....
۱۰۵	فتق ایپی‌گاستریک.....
۱۰۵	فتق لومبار یا دورسال.....
۱۰۶	فتق‌های نادر.....
۱۰۷	Case study.6-1.....
۱۰۷-۱۱۶	فصل هفت: پانکراتیت حاد.....
۱۰۸	تظاهرات بالینی.....
۱۰۹	ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیکی.....
۱۱۲	تدابیر درمانی.....
۱۱۵	درمانهای طبی.....
۱۱۵	درمان جراحی.....
۱۱۵	عوارض پانکراتیت.....
۱۱۶	Case study.7-1.....
۱۱۷-۱۲۳	فصل هشت: اورژانس‌های گبه صفرا.....
۱۱۷	کولیک صفراوی.....
۱۱۸	کوله‌سیستیت حاد.....
۱۱۸	عوارض کوله‌سیستیت حاد.....
۱۲۰	تدابیر درمانی.....
۱۲۱	سنگ مجرای صفراوی و کلانزیت.....
۱۲۲	Case study.8-1.....
۱۲۲	Case study.8.2.....
۱۲۲	.....

۱۲۳-۱۳۹	فصل نه: خونریزی گوارشی
۱۲۳	تظاهرات GIB
۱۲۴	اقدامات اولیه و نحوه برخورد با GIB
۱۲۶	خونریزی دستگاه گوارش فوقانی
۱۲۶	اولسر پپتیک
۱۲۶	گاستروپاتی اروزیو
۱۲۷	ازوفازیت
۱۲۸	سندرم مالوری-ریس
۱۲۸	واریس مری
۱۲۸	سایر علل
۱۲۸	ارزیابی پاراکلینیکی
۱۲۹	تدابیر درمانی
۱۲۹	تمهیدات اولیه و کلی
۱۳۰	درمانهای اختصاصی
۱۳۳	Case study.9-1
۱۳۳	خونریزی حاد دستگاه گوارش تحتانی
۱۳۴	دیورتیکولوز
۱۳۵	آنژیودیسیپلازی
۱۳۵	نئوپلازیها
۱۳۵	کولیت ایسکمیک
۱۳۵	سایر علل
۱۳۷	تدابیر درمانی
۱۳۷	Case study.9-2
۱۳۸	Case study.9-3
۱۳۹-۱۴۰	فصل ده: اورژانس‌های آنورکتال
۱۳۹	اختناق و ترومبوز حاد بواسیر
۱۴۰	شقاق حاد مقعد
۱۴۱-۱۵۱	فصل یازده: اورژانس‌های هروقی
۱۴۱	ایسکمی حاد اندام
۱۴۲	علائم و نشانه‌ها
۱۴۳	ارزیابی پاراکلینیکی
۱۴۴	تدابیر درمانی
۱۴۵	Reperfusion Syndrome
۱۴۶	آتروامبولیسم
۱۴۶	ایسکمی حاد مزانتریک
۱۴۶	آمبولی شریانی مزانتریک

۱۳۷	.....	ترومبوز شریان مزانتریک
۱۳۷	.....	ایسکمی غیر انسدادی مزانتریک
۱۳۷	.....	ترومبوز ورید مزانتریک
۱۳۹	.....	ارزیابی پاراکلینیکی
۱۵۰	.....	تدابیر درمانی
۱۵۰	.....	پارگی آنوریسم آنورت شکمی
۱۵۱	.....	Case study.11-1
۱۵۱	.....	Case study.11-2
۱۵۲-۱۵۵	.....	فصل دوازدهم: عوارض و مراقبت‌های بعد از عمل
۱۵۲	.....	تب و عفونت‌های بعد از عمل
۱۵۴	.....	هیپرترمی بدخیم
۱۵۴	.....	هیپرتانسیون بعد از عمل
۱۵۵	.....	عوارض عوارشی بعد از عمل
۱۵۵	.....	تهوع و استفراغ
۱۵۵	.....	ایلئوس و انسداد

بخش دوم

۱۵۶-۱۷۳	.....	فصل سیزدهم: اصول و کلیات
۱۵۷	.....	درجه بندی شدت تروما
۱۵۸	.....	بررسی اولیه
۱۶۰	.....	اقدامات احیاء
۱۶۱	.....	تامین مجرای هوایی باز / ثبت نگ داشتن سر و گردن
۱۶۲	.....	تنفس / صدمات توراکی
۱۶۳	.....	گردش خون / خونریزی، شوک، ایست قلبی ریوی
۱۶۶	.....	Deficit
۱۶۶	.....	معاینه / در معرض دید قرار دادن
۱۶۶	.....	گذاشتن سوند فولی
۱۶۶	.....	تخلیه محتویات معده
۱۶۷	.....	بررسی ثانویه
۱۶۸	.....	مراقبت و درمانهای اختصاصی
۱۶۸	.....	انواع و مکانیسم صدمات
۱۶۸	.....	صدمات غیر نافذ
۱۷۱	.....	صدمات غیر نافذ
۱۷۳-۱۹۰	.....	فصل چهاردهم: صدمات سر

۱۷۳	ضایعات منتشر مغزی.....
۱۷۳	تکان مغزی.....
۱۷۳	ضایعات منتشر آکسونی.....
۱۷۵	ضایعات موضعی مغز.....
۱۷۵	کوفتگی مغزی.....
۱۷۵	هماتوم اپیدورال.....
۱۷۶	هماتوم ساب دورال.....
۱۷۸	خونریزی تحت عنکبوتیه.....
۱۷۸	خونریزی و هماتوم پارانشیمال مغز.....
۱۷۹	شکستگی های جمجمه.....
۱۷۹	شکستگی خطی جمجمه.....
۱۷۹	شکستگی داخل رونده.....
۱۷۹	شکستگی قاعده ای.....
۱۸۰	رادیوگرافی جمجمه.....
۱۸۰	ارزیابی بالینی ترومای سر.....
۱۸۱	ارزیابی سطح هوشیاری.....
۱۸۲	بررسی مردمکها.....
۱۸۳	معاینات نورولوژیک.....
۱۸۳	ارزیابی پاراکلینیکی ترومای سر و سایر اقدامات.....
۱۸۳	رادیوگرافی.....
۱۸۵	CT-Scan سر.....
۱۸۶	مشاوره با جراح مغز و اعصاب.....
۱۸۶	اندیکاسیونهای بستری.....
۱۸۷	تدابیر درمانی.....
۱۸۷	اقدامات حیاتی و اولی.....
۱۸۸	کنترل و درمان ادم مغزی و هیپرتانسیون داخل جمجمه ای.....
۱۸۹	درمان ضایعات موضعی داخل جمجمه ای.....
۱۸۹	درمان صدمات پوست سر و شکستگی های جمجمه.....
۱۸۹	اقدامات محافظتی.....
۱۸۹	درمان عوارض طبیب.....
۱۹۰	Case study.14-1.....
۱۹۰-۲۱۰	فصل پانزده؛ صدمات ستون فقرات و نخاع.....
۱۹۱	صدمات ستون فقرات.....
۱۹۱	صدمات مهره های گردنی.....
۱۹۱	نحوه بررسی و تفسیر رادیوگرافی گردن.....
۱۹۶	Flexion Injuries.....

۱۹۸	.....Extension Injuries
۱۹۹	.....صدمات شلاقی
۱۹۹	.....Vertical Compression Fractures
۱۹۹	.....صدمات ستون فقرات پشتی و کمری
۱۹۹	.....رادیوگرافی توراکولومبار و نحوه بررسی آن
۲۰۱	.....صدمات نخاع
۲۰۱	.....اصطلاحات رایج
۲۰۳	.....انواع صدمات نخاع
۲۰۳	.....صدمات کامل نخاع
۲۰۶	.....صدمات ناقص نخاع
۲۰۷	.....تدابیر درمانی
۲۱۱-۲۲۶	.....فصل شانزده: صدمات قفسه سینه
۲۱۳	.....Tube Thoracostomy
۲۱۳	.....اندیکاسیونهای گذاشتن لوله سینه
۲۱۳	.....محل گذاشتن لوله سینه
۲۱۴	.....وسایل و تجهیزات موردنیاز
۲۱۵	.....روش عمل
۲۱۹	.....مراقبت‌های بعد از عمل
۲۲۰	.....نحوه خارج کردن لوله توراکوستومی
۲۲۰	.....باز کردن قفسه سینه (Thoracotomy)
۲۲۱	.....شکستگی‌های دنده
۲۲۲	.....قفسه سینه شناور
۲۲۴	.....شکستگی جناغ
۲۲۴	.....تروماتیک آسپیکسی
۲۲۵	.....صدمات ریوی
۲۲۵	.....پارگی ریه
۲۲۵	.....کوفتگی ریه
۲۲۶	.....پنوموتوراکس
۲۲۷	.....پنوموتوراکس ساده
۲۲۷	.....پنوموتوراکس باز
۲۲۷	.....پنوموتوراکس فشارنده
۲۲۸	.....ارزیابی و یافته‌های پاراکلینیکی
۲۲۹	.....تدابیر درمانی
۲۳۰	.....هموتوراکس
۲۳۱	.....آمبولی هوا
۲۳۱	.....صدمات نافذ للبی



۲۳۳	.....	صدمات غیر نافذ قلبی
۲۳۳	.....	صدمات مری
۲۳۵	.....	صدمات دیافراگم
۲۳۶	.....	Case study.16-
۲۳۶	.....	Case study.16-
۲۳۶	.....	Case study.16-
۲۳۶	.....	Case study.16-
۲۳۷-۲۴۳	.....	صل هفده: صدمات شکم
۲۳۷	.....	نحوه ارزیابی بیماران با ترومای شکم
۲۳۷	.....	رادیوگرافی قفسه سینه و شکم
۲۳۷	.....	لاواژ صفاقی تشخیصی (DPL)
۲۳۸	.....	سونوگرافی
۲۳۸	.....	CT-Scan
۲۳۹	.....	صدمات غیر نافذ شکم
۲۴۰	.....	صدمات نافذ شکم
۲۴۰	.....	صدمات اجسام تیز و برنده
۲۴۱	.....	صدمات ناشی از گلوله
۲۴۱	.....	جراحات طحال
۲۴۱	.....	صدمات کبد
۲۴۲	.....	صدمات روده ها
۲۴۲	.....	صدمات پانکراس
۲۴۲	.....	Case study.17-1
۲۴۳	.....	Case study.17-2

سوم	اورژانس های اورولوژی	بخش
-----	----------------------	-----

۲۴۴-۲۵۰	.....	فصل هیجده: سنگ های مجاری ادراری
۲۴۶	.....	علائم و نشانه ها
۲۴۷	.....	ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی
۲۴۹	.....	تدابیر درمانی
۲۵۰-۲۵۴	.....	فصل نوزده: نورم حاد اسکروتال
۲۵۰	.....	چرخش بیضه
۲۵۱	.....	علائم و نشانه ها
۲۵۲	.....	ارزیابی و یافته های پاراکلینیکی
۲۵۲	.....	تدابیر درمانی
۲۵۲	.....	چرخش ضمائم بیضه
۲۵۲	.....	اپیدیدیمیت
۲۵۲	.....	اورکیت

۲۵۳	هیدروسل حاد
۲۵۳	فتق اینگوینال
۲۵۳	تومورهای بیضه
۲۵۳	واریکوسل
۲۵۳	ادم ایدئوپاتیک اسکروتال
۲۵۳	اسپرماتوسل
۲۵۴-۲۵۷	فصل بیست: اختلالات پنیس
۲۵۴	پریاپیسم
۲۵۶	پارافیموزیس
۲۵۶-۲۶۷	فصل بیست و یک: صدمات دستگاه تناسلی - ادراری
۲۵۸	صدمات کلیوی
۲۶۰	عوارض صدمات کلیوی
۲۶۱	صدمات حالب
۲۶۱	صدمات مثانه
۲۶۲	صدمات پیشابراه
۲۶۲	صدمات پنیس
۲۶۴	قطع پنیس
۲۶۶	صدمات نافذ پنیس
۲۶۶	شکستگی پنیس
۲۶۶	صدمات اسکروتوم
۲۶۷	Case study.21-1

**بخش**      **اورژانس های اورتوپدی**      **چهارم**

۲۶۹-۲۸۸	فصل بیست و دو: اصول و کلیات
۲۶۹	تعاریف و اصطلاحات
۲۷۱	آنالژی، تسکین و شل کردن عضلات
۲۷۱	فنتانیل و میدازولام
۲۷۲	میدازولام و سایر نارکوئیکها
۲۷۲	دیازپام و پتیدین
۲۷۲	کتامین و میدازولام
۲۷۲	تزریق داخل شکستگی
۲۷۲	اصول گچ گیری و آتل گذاری
۲۷۲	گچ گیری
۲۷۴	اشکال مختلف گچ گیری
۲۷۹	عوارض گچ گیری
۲۷۹	باز کردن و برداشتن گچ
۲۸۰	آتل
۲۸۰	Long Arm Posterior Splint
۲۸۲	Volar Splint
۲۸۲	Sugar-Tong Splint
۲۸۳	Double Sugar-Tong Splint
۲۸۴	Ulnar Gutter Splint
۲۸۵	Thumb Spica Splint

۲۸۶	آتلهای انگشتان
۲۸۸-۳۲۶	فصل بیست و سه: صدمات اندام فوقانی
۲۸۸	ملاحظات کلی
۲۸۸	پیچ خوردگی و ضربدیدگی
۲۸۹	شکستگی
۲۸۹	ارزیابی اولیه
۲۹۱	شکستگی ترقوه
۲۹۲	صدمات شانه
۲۹۲	پیچ خوردگی آکرومیوکلایکولار
۲۹۶	دررفتگی شانه
۳۰۰	تدابیر درمانی
۳۰۰	دررفتگی قدامی
۳۰۲	دررفتگی خلفی شانه
۳۰۲	مراقبت‌های بعد از جا انداختن
۳۰۳	شکستگی‌های قسمت فوقانی و تنه بازو
۳۰۳	آویزهای گردنی
۳۰۴	صدمات آرنج
۳۰۵	دررفتگی خلفی آرنج
۳۰۶	شکستگی‌های ناحیه آرنج
۳۰۷	شکستگی‌های ساعد
۳۰۷	شکستگی هر دو استخوان اولنار و رادیوس
۳۰۷	شکستگی یکی از استخوانهای ساعد
۳۰۷	مونتریال
۳۰۸	شکستگی گالزی
۳۰۸	شکستگی کالیس
۳۰۸	شکستگی اسمیت
۳۰۸	شکستگی بارتون
۳۰۸	صدمات مچ دست
۳۱۰	شکستگی اسکافوئید
۳۱۱	شکستگی تریکوتروم
۳۱۱	دررفتگی‌های مچ دست
۳۱۱	پیچ خوردن یا رگ به رگ شدن مچ دست
۳۱۱	صدمات دست
۳۱۵	شکستگی استخوانهای کف دست
۳۱۸	دررفتگی متاکارپوفلانژیال
۳۱۸	شست شکارچی یا اسکی باز
۳۱۹	صدمات انگشتان
۳۱۹	انگشت چکشی
۳۲۲	ضایعه جادکه‌ای
۳۲۲	کنده شدن تاندون عمقی خم‌کننده انگشت
۳۲۳	Volar Plate Injuries
۳۲۳	Collateral Ligament Injuries
۳۲۳	دررفتگی مفاصل انگشتان
۳۲۴	شکستگی‌های بند انگشتان
۳۲۴	صدمات نوک انگشتان

۲۲۸-۲۴۸	فصل بیست و چهار: صدمات اندام تحتانی
۲۲۸	شکستگی‌های لگن
۲۲۸	دررفتگی و شکستگی مفصل ران
۲۲۹	دررفتگی مفصل ران
۲۳۲	شکستگی پروکسیمال فمور
۲۳۳	شکستگی‌های تنه و دیستال فمور
۲۳۳	صدمات زانو
۲۳۶	دررفتگی کشکک
۲۳۷	شکستگی کشکک
۲۳۷	دررفتگی زانو
۲۳۸	پارگی لیگمانهای زانو
۲۳۸	صدمات ساق پا
۲۳۸	صدمات مچ پا و پا
۲۴۲	کوفتگی مچ پا
۲۴۲	پیچ خوردگی مچ پا
۲۴۵	نیمه دررفتگی تاندون پروئال
۲۴۵	پارگی تاندون آشیل
۲۴۵	شکستگی مچ پا
۲۴۶	شکستگی‌های متاتارسال
۲۴۷	شکستگی‌ها و دررفتگی‌های انگشتان پا
۲۴۷-۲۵۷	فصل بیست و پنج: سایر اورژانس‌های اورتوپدی
۲۴۷	سندرم کمپارتمان
۲۵۰	تاوهای شکستگی
۲۵۰	رابدومیولیز
۲۵۱	سندرم آمبولی چربی
۲۵۲	پارونیشیا
۲۵۶	عقربک
۲۵۷	تنوسینوویت باکتریال

بخش تکنیکهای عملی پنجم

۲۵۸-۲۶۷	فصل بیست و شش: اصول و کلیات
۲۵۹	تکنیک استریل
۲۵۹	ورود به اطاق عمل
۲۵۹	نظافت دست
۲۶۱	Prep & Drape
۲۶۲	پوشیدن گان و دستکش
۲۶۵	تکنیک استریل در اعمال جراحی‌های سرپایی کوچک
۲۷۱	پایان عمل
۲۶۶	محلولهای ضد عفونی کننده
۲۶۶	وسایل و تجهیزات اصلی
۲۶۷	وسایل برنده
۲۶۷	چاقوهای جراحی

۳۶۹	..... قیچی‌های جراحی
۳۷۱	..... وسایل گیرنده
۳۷۲	..... تکنیک‌های بی‌حسی موضعی
۳۷۴	..... انتخاب نوع بی‌حسی موضعی
۳۷۴	..... ملاحظات کلی برای انجام بی‌حسی موضعی
۳۷۵	..... Local / Field
۳۷۶	..... بلوک انگشتان
۳۷۷	..... بلوک مچ دست
۳۷۸	..... بلوک عصب مدین
۳۷۹	..... بلوک عصب رادیال
۳۸۰	..... بلوک عصب اولنار
۳۸۱	..... بلوک مچ پا
۳۸۱	..... بلوک عصب تیبیال
۳۸۲	..... بلوک عصب سورال
۳۸۲	..... بلوک عصب پروئثال
۳۸۲	..... بلوک اعصاب بین دنده‌ای
۳۸۳	..... استفاده از تورنیکه
۳۸۴	..... Finger Tourniquet
۳۸۵	..... Limb Tourniquet
۳۸۵	..... <b>Conscious Sedation</b>
۳۸۶	..... Systemic Analgesics
۳۸۶	..... Sedation / Amnestic Agents
۳۸۶	..... Reversal Agents
۳۸۷	..... مراقبت‌های بعد از عمل
۳۸۷	..... فصل بیست و هفت: تکنیک‌های عملی جلدی
۳۸۷	..... ترمیم جراحات حاد پوستی
۳۸۷	..... شستشو و تمیز کردن زخم
۳۸۸	..... دبریدمان زخم
۳۸۸	..... بستن زخم
۳۸۸	..... نوارچسب زدن
۳۸۹	..... منگنه کردن
۳۸۹	..... چسب بافتی
۳۸۹	..... بخیه زدن
۳۸۹	..... نخ‌های بخیه
۳۹۱	..... سوزنهای بخیه
۳۹۲	..... تکنیک گره‌های جراحی
۳۹۲	..... گره مربع دو دستی
۳۹۶	..... گره مربع یک دستی
۳۹۶	..... گره با پنس (گره جراح)
۳۹۷	..... تکنیک‌های بخیه زدن
۳۹۷	..... اصول کلی
۳۹۹	..... انواع بخیه

۲۰۶	کشیدن بخیه
۲۰۷	درآوردن قلاب ماهیگیری
۲۰۷	تکنیک Traditional Pull-Through
۲۰۸	تکنیک Angler's String-Yank
۲۰۹	تکنیک Barb-Sheath
۲۱۰	مراقبت‌های بعد از درآوردن قلاب
۴۱-۴۳۹	<b>فصل بیست و هشت: تزریقات و رگ‌گیری</b>
۲۱۰	تزریقات
۲۱۰	تزریقات عضلانی
۴۱۲	تزریق داخل عضله سرینی بزرگ
۴۱۲	تزریق داخل عضله سرینی متوسط
۴۱۲	تزریق داخل دلتوئید
۴۱۲	تزریق داخل ران
۴۱۲	تزریق پلکانی
۴۱۵	تزریق زیر جلدی
۴۱۵	تزریق داخل جلدی
۲۱۶	رگ‌گیری
۴۱۶	نمونه‌گیری و رگ‌گیری وریدی محیطی
۴۱۷	روش بکار بردن اسکالپ وین
۴۱۹	روش کاربرد آنژیوکت
۴۲۱	Scalp Vein Cannulation
۴۲۲	نمونه‌گیری خون از ورید جوگ در جراحی
۴۲۲	خون‌گیری شریانی
۴۲۲	تست آلن
۴۲۵	رگ‌گیری شریانی از راه پوست
۴۲۶	روش عمل رگ‌گیری شریانی رادیال
۴۲۷	روش عمل رگ‌گیری شریانی پشت پای
۴۲۶	روش عمل رگ‌گیری شریانی رانی
۴۲۷	Venous Cutdown
۴۲۸	روش کات‌دان ورید صافن در مچ پا
۴۲۲	کات‌دان ورید بازالیک
۴۲۲	کات‌دان ورید صافن بزرگ
۴۲۲	رگ‌گیری (و خون‌گیری) ورید مرکزی
۴۲۲	کانولاسیون (و خون‌گیری) جلدی ورید فمورال
۴۲۵	رگ‌گیری (و خون‌گیری) ورید وداجی داخلی
۴۲۷	رگ‌گیری ورید ساب‌کلاوین
۴۳۹-۴۴۵	<b>فصل بیست و نه: تکنیک‌های گوارشی</b>
۴۳۹	لوله نازوگاستریک (N.G -Tube)
۴۳۱	پاراسنتز و لاواژ صفاقی
۴۳۱	روش پاراسنتز تشخیصی
۴۳۲	روش پاراسنتز درمانی
۴۳۲	لاواژ صفاقی تشخیصی
۴۳۲	

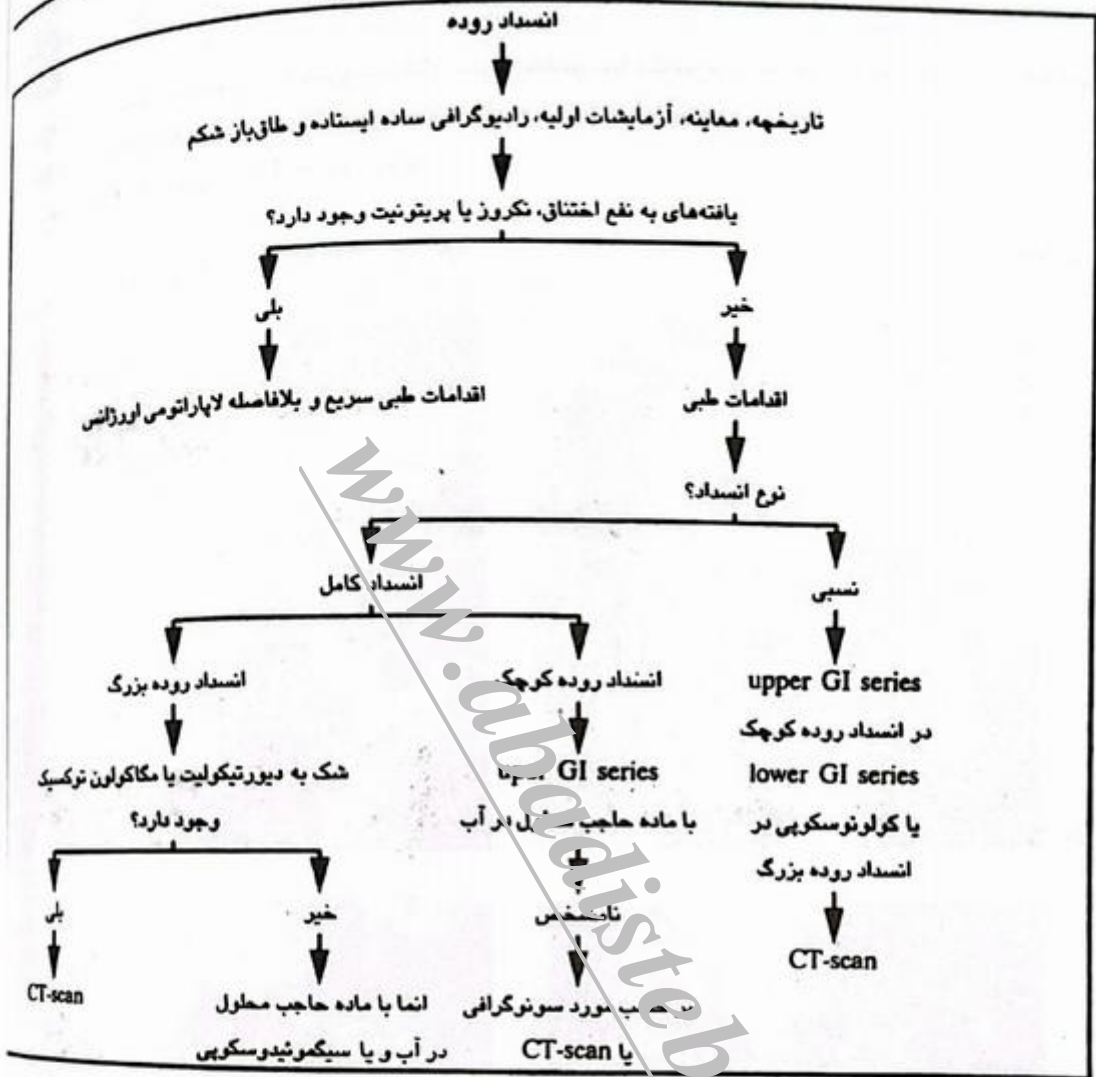
۴۴۳	..... دیالیز صفاقی
۴۴۳	..... اکسیژیون همورونید خارجی ترومبوزه
۴۴۴	..... پرولاپس رکتوم
۴۴۵-۴۴۶	..... فصل سی: تکنیک‌های اورولوژیک
۴۴۵	..... سوندگذاری ادراری
۴۴۶	..... روش سوندگذاری در مردان
۴۴۹	..... روش سوندگذاری در زنان
۴۴۹	..... بلوک عصب پنیس
۴۵۱	..... ختنه کردن
۴۵۱	..... روش کلاسیک
۴۵۵	..... روش رینگ
۴۵۸	..... وازکتومی
۴۵۸	..... وازکتومی کلاسیک (با برش)
۴۶۲	..... وازکتومی بدون تیغ

ششم امتحان کاربردی جامع CMMB بخش

۴۶۹	..... فصل سی و یک: اصول پایه در جراحی
۴۷۴	..... فصل سی و دو: دستگاه گوارش
۴۸۱	..... فصل سی و سه: قفسه سینه
۴۸۳	..... فصل سی و چهار: اختلالات عروقی
۴۸۴	..... فصل سی و پنج: اندوکراین
۴۸۷	..... فصل سی و شش: تروما
۴۹۱-۵۴۶	..... ضمیمه: فارماکوپه داروهای رایج و شایع
۵۴۷	..... اندکس:

ای رهرو کوی عشق دلسرد مباحش	ره باش برای دیگران، گرد مباحش
بسیار گرانبهاست این یک دم عمر	در گوچه روزگار، ولگرد مباحش
	علی حیدری

شکل ۲-۵: الگوریتم تشخیصی انسداد روده



۵- تعیین گروه خونی، Rh، برزی و ABO، و جد خون و انجام cross match: تقریباً تمامی موارد انسداد مکانیکی (کامل) مدار بسته) نیاز به عمل جراحی پیدا می‌کنند.

۶- ABG و ECG: الکالوز میو، برهیک (گاهی همراه با اسیدوز متابولیک) یافته نسبتاً شایعی در استفراغ‌های طولانی‌مدت و شدید است.

۷- مطالعات رادیوگرافیک تکمیلی: در مواردی که نیاز به اورژانس فوری وجود ندارد و علت انسداد به درستی شناخته شده است، می‌توان بر حسب شک به محل و نوع انسداد مطالعات رادیوگرافیک تکمیلی را انجام داد (شکل ۲-۵). در موارد شک به انسداد روده کوچک upper GI series در انسداد روده بزرگ انما با ماده حاجب محلول در آب و در دیورتیکولیت، اپسه داخل شکمی CT-scan کمک کننده هستند.

### افتراق انسداد نسبی از کامل

انسداد نسبی در واقع نوعی تنگی در مجرای روده می‌باشد (غالباً به دلیل ضایعات فضاگیر) که در آن پارامی از علائم انسداد روده (دردهای متناوب و نسبتاً خفیف شکمی، تهوع و گاهی استفراغ و درجانی از اتساع شکم) وجود دارد ولی باز گاز و مدفوع (معمولاً شل) دچار اختلال نیست. از آنجائی که درمان موارد انسداد کامل روده تقریباً همیشه جراحی و در موارد انسداد نسبی، حداقل در ابتدا، تقریباً همیشه غیرجراحی است، لذا افتراق این دو نوع از یکدیگر بسیار حائز اهمیت است. وجود دفع گاز و مدفوع یا وجود گاز در کولون بیش از ۶ تا ۱۲ ساعت بعد از شروع علائم بیشتر به نفع انسداد نسبی



(روده کوچک) است تا انسداد کامل. با این وجود، در موارد انسداد نواحی پروکسیمال روده کوچک ممکن است علائم و نشانه‌های انسداد نسبی و کامل بسیار مشابه باشد. در این موارد رادیوگرافی سریال با تجویز ماده حاجب (باریم یا محلول در آب) تشخیص را مشخص خواهد کرد (در صورت شک به انسداد کولون، استفاده از باریم ممنوع است، زیرا می‌تواند منجر به انسداد کامل شود). در موارد شک به انسداد روده بزرگ اقدام تشخیصی مناسب، انما با ماده حاجب خواهد بود.

**توجه** تنها موردی از انسداد نسبی روده که می‌تواند منجر به اختناق و ایسکمی روده شود، فتق ریچتر (Richter) است که در معاینه فیزیکی نیز معمولاً قابل شناسایی نیست.

### افتراق انسداد ساده از انسداد مختنق

به جز فتق ریختر هیچ یک از انسدادهای نسبی دیگر روده منجر به اختناق و نکروز روده نمی‌شوند و فقط انسدادهای کامل (با سرعت بیشتری انسدادهای مدار بسته) مستعد اختناق و ایسکمی هستند (۲۰٪ تا ۴۰٪ موارد در موقع عمل نکروزه می‌باشند) که در این صورت میزان مرگ و میر ۲ برابر خواهد شد (۱۰٪ در برابر ۲۰٪). هر بیمار با انسداد روده در صورت وجود هر یک از یافته‌های زیر بایستی به فکر اختناق و نکروز روده بود و لاپاراتومی روزش را مد نظر قرار داد:

- درد ناگهانی و شدید یا درد پایدار و نسبتاً شدید (قابل اعتمادترین فاکتور متمایز کننده انسداد مختنق از ساده).
- شوک (هیپوتانسیون و تاکیکاردی): اگر یک سوم روده کوچک دچار اختناق شود مقدار خونی که از سیستم گردش خون سیستمیک خارج می‌شود به ۱/۵ تا ۲ لیتر خواهد رسید. شوک زودرس از مشخص‌ترین نشانه‌های اختناق روده است.
- نشانه‌های تهریک صفق جدراری (حساسیت شدید یا بازگشتی و یا گاردینگ).
- تب (البته در نوع غیرمختنق نیز ممکن است تب وجود داشته باشد).
- لکوسیتوز (خصوصاً پیشرونده).
- افزایش آنزیم‌ها (آمیلاز، آلکالن فسفاتاز، LDH، SGOT، GPT و CPK).
- اختلالات الکترولیتی (خصوصاً هیپرکالمی یا هیپوناترمی).
- اسیدوز متابولیک (در حدود نیمی از موارد انسداد مختنق بعد از ۱۲ ساعت رخ می‌دهد).

**توجه** هیچ یک از علائم و نشانه‌های انسداد مختنق (ذکر شده در بالا) از حساسیت و دقت بالایی برخوردار نبوده و شم و قضاوت بالینی در درجه اول قرار دارد و به عنوان یک قاعده کلی توصیه می‌شود تمامی موارد انسدادهای کامل مکانیکی روده هرگز ۳ ساعت (و حداکثر ۱۷ تا ۲۳ ساعت) جراحی شوند (مگر اینکه شواهد و دلایل محکم و قوی برای به تأخیر انداختن جراحی وجود داشته باشد).

## Rx Intestinal Obstruction (Principles)

### تدابیر درمانی

اصول درمان انسداد روده به قرار زیر است: (در موارد معالجات جزئیات بیشتر به مطالب بعدی مراجعه کنید).

- بیمار بایستی NPO شود.
- IV برقرار نموده و هیدراتاسیون مناسب و سریع (ظرف ۱ تا ۳ ساعت) با رینگر لاکتات یا نرمال سالین به عمل آید. در موارد شدید و بیماران high risk بایستی کنترل دقیق همودینامیک بیمار (از جمله ABG، سوند فوولی، CVP و...) نیز صورت گیرد.
- برای بیمار N.G-Tube گذاشته شود. N.G-Tube باعث کاهش ریسک آسپیراسیون در موقع بیهوشی، کاهش اتساع روده‌ها و نیز کنترل استفراغ بیمار می‌شود.
- حداقل در مراحل اولیه، درمان تمامی موارد انسداد نسبی تقریباً همیشه طبی است.
- درمان تقریباً تمامی موارد انسداد مکانیکی کامل روده، جراحی است و بایستی بلافاصله بعد از اینکه دهیدراتاسیون و اختلالات الکترولیتی احتمالی اصلاح شدند، لاپاراتومی انجام شود (ولی بر حسب مورد می‌توان تا حداکثر ۱۲ تا ۲۲ ساعت به تأخیر انداخت).
- تجویز پروفیلاکتیک آنتی‌بیوتیک باعث کاهش ریسک عارضه عفونت می‌شود.

چسبندگی (۱۶۰)، تومورهای بدخیم (۱۰ تا ۲۰)، فتق (۱۰ تا ۲۰)، IBS (۵)، ولولوس (۳ تا ۵) و سایر موارد (۲ تا ۳)

### چسبندگی Adhesion

چسبندگی‌ها شایع‌ترین علت انسداد روده کوچک بوده و اصولاً متعاقب هر نوع صدمه جدی بافتی داخل شکمی می‌تواند بوجود آید ولی در جراحی‌های قسمت تحتانی شکم (نظیر آپاندیسیت، هیستریکتومی و رزکسیون شکمی صفاقی) شایع است. مکانیسم‌های تشکیل چسبندگی عبارتند از: واکنش به اجسام خارجی (نظیر تالک، نشاسته، نخ بخیه و...) انواژیناسیون، فتق، آبه و یا اشتباه تکنیکی.

**نکته** برقراری هموستاز خوب و کامل محل عمل، جراحی با حداقل دستکاری، تخلیه و پاک کردن تماسی مواد خارج از داخل شکم، استفاده از نخ بخیه تک رشته‌ای (منوفیلمان) و اجتناب از بخیه کردن صفاق به صورت یک لایه چسبانه بر به حداقل رساندن ریسک چسبندگی بسیار کمک کننده هستند.

اکثر انسدادهای ناشی از چسبندگی، نسبی بوده و در چنین مواردی بین ۶ تا ۸٪ بیماران ظرف ۲۴ تا ۷۲ ساعت در مان غیرجراحی بهبود یافته و نیاز به جراحی پیدا نمی‌کنند. برخی از بیماران را می‌توان تا ۱۰ الی ۱۴ روز نیز تحت درمان غیرجراحی قرار داد (به شرط عدم بروز علائم انسداد کامل و یا اختناق).

### فتق به دام افتاده Incarcerated Hernia

فتق‌های داخلی به دام افتاده نسبتاً نادر بوده و تقریباً تماماً در اثر عمل جراحی (و اکثراً به صورت مختنق) تشخیص داده می‌شوند. در فتق‌های خارجی به دام افتاده ابتدا اقدام به جا افتادن آنها می‌شود و در صورت عدم موفقیت به طریق جراحی درمان و ترمیم می‌شوند (به فصل ۶ مراجعه کنید).

### بیماری التهابی روده IBD

انسداد روده شایع‌ترین علت جراحی در بیماری ریزن بوده و ممکن است به دلیل حمله حاد بیماری (در اثر واکنش‌های التهابی) و یا در اثر تنگی ناشی از واکنش فیبروتیک در برابر حمله‌های حاد بیماری بوجود آید. حالت اول غالباً به مرن انسدادی نسبی بوده و اکثراً با درمان‌های غیرجراحی (دکوپرسیون، NPO، درمان حمله حاد بیماری با استروئید با سایر درمان‌های کلاسیک بیماری) برطرف می‌شود. اما در حالت دوم معمولاً انسداد کامل بوده و غالباً نیاز به درمان جراحی دارد.

**نکته** در بیماری کرون روده چسبندگی خفیف‌تر است و پذیرایی نداشته و لذا ممکن است در انسداد اتساع لوله‌های روده چندان واضح نباشد و پرلوی اسپیرت‌های آن ظریف باشد و هوای آزاد داخل صفاقی دیده نشود.

### تومورهای بدخیم Malignant Tumors

تومورهای بدخیم گوارشی یکی از سه علل شایع SBO بوده و اکثراً از نوع ثانویه یا متاستاتیک (بیشتر کولون و نخاع) هستند. با این نوع انسدادها نیز همانند سایر انسدادهای روده برخورد می‌شود. یکی از مسائل پیچیده در درمان این نوع انسدادها، بیماران با سابقه جراحی به دلیل تومور دستگاه گوارش یا وجود کارسینوماتوز صفاقی است. در واقع در حدود ۱۰٪ این موارد انسداد به دلیل ضایعات اولیه (نظیر چسبندگی، انتریت ناشی از رادیاسیون و...) است. در مواردی که انسداد به دلیل رشد مجرد تومور و یا کارسینوماتوز باشد غالباً جراحی‌های palliative صورت می‌گیرد.

### Invagination (Intussusception)

انواژیناسیون به داخل شدن تلسکوپی شکل قسمتی از روده به مابعد خود (غالباً ایلئوم به سکوم) گفته شده و در بزرگسالان به دلیل تومور (خوش خیم یا بدخیم) و گاهی متعاقب جراحی می‌باشد. انواژیناسیون باعث انسداد (غالباً نسبی) و گاهی ایسکمی می‌شود و با درد کرامپی و گاهی هماتوزیا مشخص می‌شود. در رادیوگرافی ساده ممکن است یک توده بوسج

شکل با دو لایه هوا در اطراف آن دیده شود. اگرچه سونوگرافی در تشخیص آن کمک کننده است، اما روش تشخیص اصلی آن رادیوگرافی با ماده حاجب است. اگر چه در کودکان درمان انواژیناسیون اکثراً به طریق غیرجراحی (hydrostatic reduction) است، اما با توجه به اتیولوژی آن در بالغین بایستی به طریق جراحی درمان شود.

**نکته** در انواژیناسیون، وجود هماتوزیا مطرح کننده ایسکمی بوده و جراحی می طلبد.

### Radiation Enteritis

صدمات ناشی از رادیاسیون می تواند منجر به واسکولیت و فیبروز شود که در نهایت ممکن است موجب انسداد (اکثراً نسبی) شود. موارد حاد بیماری (ظرف چند هفته از رادیاسیون) معمولاً با درمان های طبی (از جمله استروئید و سایر درمان های کلاسیک) برطرف می شوند، ولی موارد مزمن (چند ماه تا چند سال بعد از رادیوتراپی) معمولاً نیاز به عمل جراحی دارند.

### انسدادهای مکرر

بین ۵٪ تا ۳۰٪ افراد با یک بار سابقه انسداد نسبی روده مجدداً دچار انسداد روده می شوند که اکثراً از نوع چسبندگی می باشد. اگر چه بسیاری از بیماران با ۲ بار سابقه انسداد روده بهتر است با عمل جراحی درمان شوند، اما در هر مورد بایستی به طور مستقل تصمیم گیری شود.

۵

### انسداد روده بزرگ (LBO) Large Bowel Obstruction

۲

همانند انسداد روده کوچک، شیوع نسبی علل LBO در جوامع، نژادی و سنین مختلف متفاوت است (جدول ۲-۵ و ۳-۵). اما در کل، سرطان کولورکتال (۷۵٪ تا ۸۰٪ موارد LBO در غرب)، ولولوس سیگموئید (۴۰٪ موارد LBO در اروپای شرقی و آفریقا)، بیماری های دیورتیکول، فتق و fecal impaction علل اکثر موارد LBO را تشکیل می دهند. به طور کلی در موارد ولولوس و نیز مواردی از LBO که در ریجه ایلئوسکال فونکسیون طبیعی دارد، انسداد علامت دارتر بوده سیری سریع تر داشته و ریسک ایسکمی یا پرفوراسیون (اکثراً سکوم) بیشتری دارند. در سایر موارد سیر بیماری آهسته بوده (سابقه طولانی مدت تغییر اجابت مزاج و...) و علائم کلینیکی و پاراکلینیکی (از جمله اتساع شکم، سطوح مایع - هوا و...) بارزتر خواهند بود (به مطالب قبلی مراجعه کنید).

**نکته** در مواردی از LBO که علت انسداد به ارستی شناخته نشده است و نیاز به جراحی فوری ندارند بایستی علاوه بر انجام بررسی های دقیق (مطابق جدول ۱) انما با ماده حاجب (ترجیحاً محلول در آب نظیر کاستروگرافین یا اوروگرافین) یا سیگموئیدسکوپی (برشاز هولفین کولونوسکوپی) به عمل آید. CT-scan در موارد مشکوک به بیماری دیورتیکول کمک کننده خواهد بود.

**توجه** در انسداد ناشی از دیورتیکولیت حاد و مگا کولون و یا وجود نشانه های پریتونیت انما با ماده حاجب ممنوع است.

جدول ۲-۵: توزیع آناتومیک علل انسداد روده بزرگ

انسداد روده بزرگ	کولون چپ	کولون عرضی و راست	سکوم
کارسینوم	کارسینوم	سرطان	سرطان
جسم خارجی	دیورتیکولیت	دیورتیکولیت	آپاندیسیت
سرطان پروستات	هیرشپرونک	ولولوس	دیورتیکولیت
تنگی	ولولوس	بیماری کرون	انواژیناسیون
fecal impaction	بیماری کرون		ولولوس
مقعد بدون سوراخ	مگا کولون توکسیک		بیماری کرون

جدول ۲-۵ علل اصلی و شایع انسداد روده بزرگ در گروه‌های سنی مختلف

تولد تا ۲ سالگی	۲ تا ۱۸ سالگی	۱۸ تا ۵۵ سالگی	بعد از ۵۵ سالگی
مقعد بدون سوراخ	یبوست	بیماری کرون	کارسینوم
جسم خارجی	bezoar	دیورتیکولیت	سپورتیکولیت
بیماری هیرشپرونک	بیماری هیرشپرونک	جسم خارجی	ولولوس
fecal impaction		ولولوس	fecal impaction
آترزی کولون		کارسینوم	سندرم Ogilvie
			بیماری کرون
			تنگی‌های ایسکمیک

### سرطان‌های کولورکتال

حدود ۸٪ تا ۳۰٪ مبتلایان به سرطان کولون دچار انسداد روده می‌شوند و این مسئله یکی از شایع‌ترین علل LBO می‌باشد. سرطان‌های نیمه راست کولون حدود ۲۵٪، نیمه چپ کولون حدود ۲۵٪ و رکتوم حدود ۵۰٪ کانون سرطان‌های روده بزرگ هستند. اما سرطان‌های رکتوم فقط عامل ۵٪، سرطان‌های نیمه چپ کولون عامل ۵۸٪ و سرطان‌های نیمه راست کولون عامل ۳۸٪ موارد LBO وابسته به سرطان روده را تشکیل می‌دهند (سرطان‌های رکتوم قبل از اینکه موجب انسداد شوند با تظاهراتی همچون رکتوراجی و تنموس تشخیص داده می‌شوند). روش درمان در LBO ثانویه به سرطان نیمه راست رکتوم همراه با آناستوموز اولیه و در نیمه چپ رکتوم و کولون آناستوموز اولیه است.

### ولولوس کولون Colonic Volvulus

ولولوس کولون عبارتست از چرخش قسمت یا حلقه‌ای از کولون حول مزانتشرش. از میان کل ولولوس‌های کولون حدود ۲۵٪ متعلق به سیگموئید و ۲۰٪ مربوط به سکوم بوده و بقیه را ولولوس کولون عرضی و خم طحالی تشکیل می‌دهند. آزادی و تحرک نسبی بیشتر سکوم و سیگموئید عامل اصلی شیوع بیشتر ولولوس در آنها است. علت اصلی ولولوس شناخته نشده است، اما عواملی همچون یبوست مزمن، بیماری ولولوس سیگموئید، رژیم غذایی غنی از فیبرهای گیاهی، مسهل‌ها، سابقه جراحی شکم، حاملگی، بیماری قلبی عروقی، نژاد، بیماری شاگاس و هیرشپرونک در آن نقش ایفا می‌کنند. تظاهرات بالینی ولولوس کولون همانند سایر موارد LBO است اما در ۴۰٪ تا ۶۰٪ بیماران سابقه حملات انسداد روده وجود دارد. ایسکمی و نکروز روده تا سانه‌هایی همچون تحریک صفاق جداری، شوک، تب بالا، وجود خون در مدفوع (ایم TR)، لکوسیتوز و غیره مشخص شده و در این حالت مرگ و میر آن ۳ تا ۴ برابر افزایش خواهد یافت.

### ولولوس سیگموئید (Sigmoid Volvulus)

ولولوس سیگموئید اکثراً در افراد مسن با یبوست مزمن رخ می‌دهد. یبوست در این مورد نقش مهمی ایفا می‌کند. زیرا باعث طولیل و بزرگ شدن سیگموئید و در نتیجه قابلیت تحرک و آزادی بیشتر آن می‌شود و این مسئله مرحله آغازین برای شروع ولولوس است (شکل ۲-۵).

تابلوی کلاسیک: بیماری است با سابقه انسداد روده (یبوست، اتساع شکم و متعاقباً حملات اسهال) که با درد خفیف و اتساع نسبتاً شدید شکم و عدم دفع گاز و مدفوع برای مدت چند ساعت یا چند روز مراجعه نموده است. شکم این بیماران به وضوح تیمپان بوده و در صورت عدم وجود اختناق، حساسیت شکمی نسبتاً نادر است. در معاینه TR، رکتوم خالی و نسبتاً حجیم و متسع است.

تشخیص: در اکثر موارد رادیوگرافی ساده شکم قادر به تشخیص آن بوده و نمای پاتوگنومونیک آن نشانه Filman-Dahl است که به صورت سه خط رادیوپاک که در پایین (محل انسداد) به هم می‌رسند و از بین رفتن haustration مشخص می‌شود (شکل ۲-۵). نمای مشخص دیگر ولولوس سیگموئید، وجود یک لوپ گازدار U شکل معکوس در قسمت فوقانی شکم