

کتاب روشهای جراحی

Surgery metod

Regulator

رضا پوردست گردان میکروبیولوژیست

اردیبهشت

۱۳۹۳

مقدمه

به احتمال زیاد جراحی همزمان با پزشکی به وجود آمده است. بر جمجمه های انسانهای ماقبل تاریخ آثاری از سوراخ کردن استخوان با مته دیده می شود و در برخی نواحی قطعاتی از استخوانهای آدمی به دست آمده که ظاهر آنها حکم می کند این قطعات با آلات تقریباً شبیه به آلات کنونی قطع شده اند. همراهِ پانسمان زخمها صحبت کرده است. در کتب بقراط از بادکشی، فصادی، بیرون آوردن پولپ از بینی، حجامت و غیره مباحث گوناگونی می بینیم که در آنها عمل با آهن و آتش انجام می گیرد و نیز از مکانیسم و معالجه شکستگی و بکار بردن باند برای بستن زخمها و اصلاح بدن بحثها شده است. در مکتب اسکندریه، جراحی همگام تشریح پیش رفت و در رم نیز کارهای حائز اهمیت مانند جالینوس بسیار است و بنزد عربان جراحی ابوالقاسم جراح قابل ذکر می باشد ولی در نزد اعراب جز به سنن یونانی بکارهای تازه ای بر نمی خوریم. در قرون وسطی علم جراحی در کشورهای مسیحی چون سایر علوم در نزد روحانیان بود ولی عمل جراحی شیوه فرعی برای درمان بود و جز سلمانیه کسان دیگر بجراحی نمی پرداختند. در قرن یازدهم میلادی، دانشگاههای غربی شروع به گسترش کردند و در این دوره مکتب سالرن برای نخستین بار لقب دکتر و استاد به دانشوران در این زمینه داد. در فرانسه جراحان معروف کالج جراحی فرانسه را تأسیس نمودند. در قرن چهاردهم به جراح فرانسوی بنام گی دوشولیاک برمیخوریم که کارهای او بسیار عالمانه و روش مند بود

در دوره رنسانس سه پزشک درخشان بنام وسال و امبروازپاره و ورتزیوس بچشم میخورد. از اواسط قرن هفدهم بیانز و روبردو شروع به دفاع از جراحی علمی کردند و در سال ۱۶۷۱ م. لوئی چهاردهم مدرسه ُ سلطنتی جراحی را تأسیس کرد و پزشکان و جراحان متبحری راه را برای جراحان قرن هیجدهم باز کردند. لوئی پانزدهم کاملاً سلمانی‌ها را از جراحی کنار گذاشت و مانع اعمال آنها در این زمینه شد. وضع کنونی جراحی فرانسوی بر روی کارهای آکادمی جراحی سلطنتی فرانسه تأسیس شده در ۱۷۱۲ م. گذارده شده‌است. این مؤسسه توانست جراحی اروپا را تحت تأثیر قرار دهد و در ابتدای قرن نوزدهم جراحی درمانی رو به کمال گذاشت. نبوغ جراحان در همه ُ قسمت‌های بدن جلوه میکرد و جراحی پیشرفتهای مهمی کرد و ضمناً با دو کشف اساسی یکی بیهوشی و دیگری ضدعفونی همه اعضای بدن انسان زیر تیغ جراحان قرار گرفت. دو جنگ جهانی اول و دوم کارهای عملی را بسرعت پیش برد. بالاخره با پیدایی آنتی بیوتیکها در اواخر جنگ جهانی دوم و پیشرفتهای سریع بشر در زمینه‌های صنعتی و علمی، امروزه جراحی گسترش فراوان یافته‌است

نفرکتومی

Nephrectomy

نفرکتومی (برداشتن کلیه) یک روش جراحی به منظور برداشتن همه یا قسمتی از کلیه است فرآیندی را که طی آن تمام کلیه برداشته می شود، نفرکتومی کامل یا ریشه ای (رادیكال) می نامند. در نفرکتومی جزئی جراح فقط بافت بیمار کلیه را حذف می کند و بقیه بافت سالم کلیه در جای خود باقی می ماند

نفرکتومی در اغلب موارد برای درمان سرطان کلیه یا برداشتن کلیه هایی که به طور جدی آسیب دیده و بیمار هستند انجام می گیرد. این فرآیند می تواند توسط ایجاد شکافی بزرگ در ناحیه شکم یا پهلو (نفرکتومی باز) انجام شود و یا از طریق ایجاد چند شکاف کوچک در ناحیه شکم (نفرکتومی لاپاراسکوپی) صورت گیرد

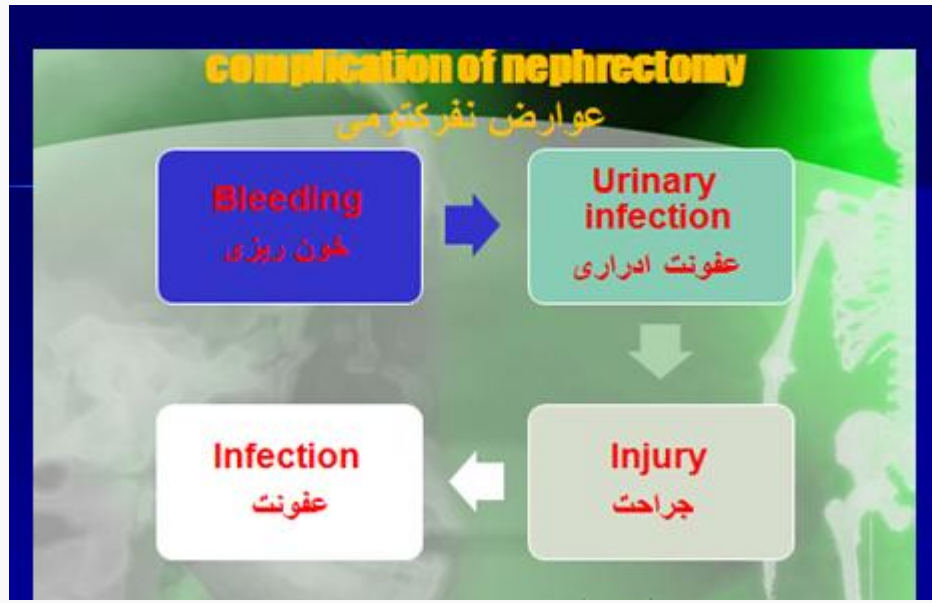
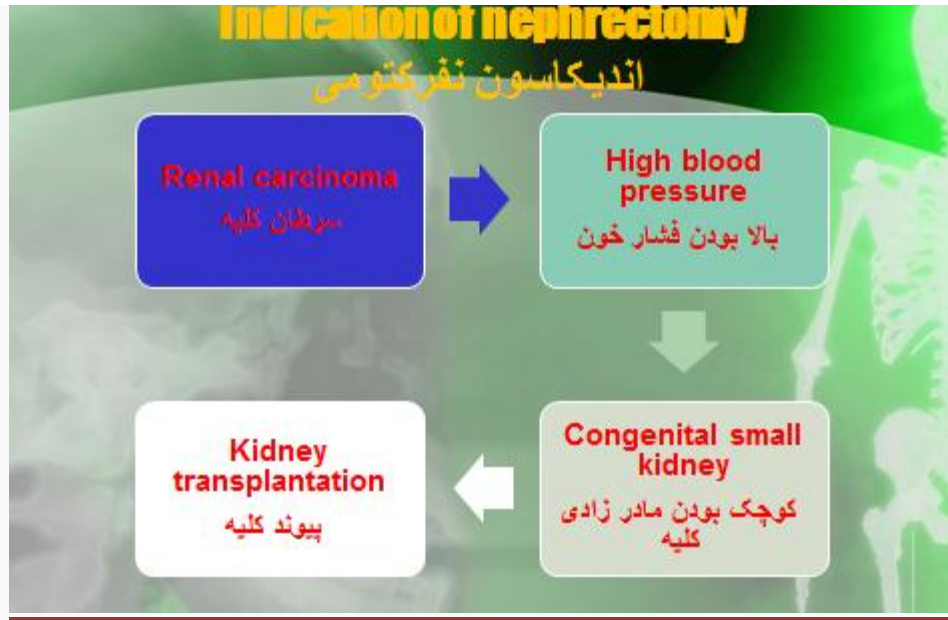
نفرکتومی هدایی به فرآیندی اطلاق می شود که طی آن کلیه ای سالم جهت پیوند زدن به شخص نیازمند از بدن فرد سالم برداشته می شود

جراح با توجه به نتایج آزمایشات تصویربرداری تصمیم می گیرد. آزمایش ها ممکن است شامل موارد زیر باشد

سونوگرافی؛ تصویری از بافت نرم که توسط امواج صوتی ایجاد می شود
یک فناوری تخصصی اشعه ایکس که تصاویری از (computerized tomography) سی تی اسکن نماهای مقطعی (برش های عرضی) بافت نرم به دست می دهد
ام آر آی (تصویر برداری باز تاب مغناطیسی)؛ که از طریق ایجاد میدان مغناطیسی و امواج رادیویی نماهای مقطعی و سه بعدی ایجاد می کند
درمان بیماری های دیگر

انجام نفرکتومی جزئی یا کلی ممکن است به منظور برداشت بافتی از کلیه که به علت ضربه یا بیماری، شدیداً آسیب دیده یا از کار افتاده است لازم باشد
نفرکتومی هدایی

فردی سالم با کلیه هایی که عملکرد خوبی دارند و احتمال ایجاد اختلالی خاص، مثل فشار خون بالا یا دیابت، در آنها کم است؛ انتخاب هایی مناسب برای هدای کلیه به افراد نیازمند پیوند هستند. شانس بقای گیرنده پیوندی که از یک اهداکننده زنده کلیه دریافت می کند نسبت به فردی که کلیه فردی وفات یافته را دریافت می کند بیشتر است



Refrence

www.davincisurgery.com

www.kidney.org

کله سیستکتومی

Cholecystectomy

کیسه صفرا:

کیسه‌ی صفرا در قسمت زیرین لوب چهارم کبد قرار دارد توسط مجراهای صفراوی به کبد ارتبا دارد و از طرف دیگر توسط مجاری دیگری نیز به اثنی عشر ارتباط پیدا میکند. کار عمده کیسه صفرا انبار کردن صفرا است. صفرا ماده ای زرد رنگ و بسیار تلخ است و برای هضم چربی لازم و ضروری است. صفرا بطور دائم از کبد ترشح میشود. در شرایط عادی کیسه صفرا به تغلیظ صفرا اقدام میکند، آب آنرا میگیرد و آنرا به مایعی زرد رنگ که حجمش یک ششم حجم اولیه آن است تبدیل مینماید. ترکیب اصلی صفرا را کلسترول، بیلی روبین و نمک‌های صفراوی تشکیل می‌دهند.

بیماری‌های کیسه صفرا:

اختلالات سیستم صفراوی هر ساله میلیون‌ها نفر را مبتلا می‌کند. بیماری‌های شایع مجاری صفراوی عبارت‌اند از:

-سنگ کیسه‌ی صفرا،

-سنگ مجرای اصلی صفراوی،

-التهاب کیسه‌ی صفرا و سایر بیماری‌ها.

عوامل خطر ایجاد سنگ‌ها عبارت‌اند از:

مونث بودن، بارداری، سن بالا، توزیع چربی در ناحیه شکم، دیابت، استفاده از داروها (داروهای کاهش دهنده‌ی چربی خون، ضدبارداری)، کاهش سریع وزن و غیره می‌باشد. باکتری‌ها هم می‌توانند در ایجاد سنگ نقش داشته باشند.

علل:

التهاب یا عفونت باکتریایی که معمولا در اثر تشکیل سنگ و انسداد مجاری صفراوی رخ می‌دهد.

عوامل افزایش دهنده خطر:

- رژیم غذایی پر چرب و کم فیبر

- التهاب حاد لوزالمعده

- سابقه خانوادگی بیماری سنگ صفراوی- مصرف قرص های ضد حاملگی

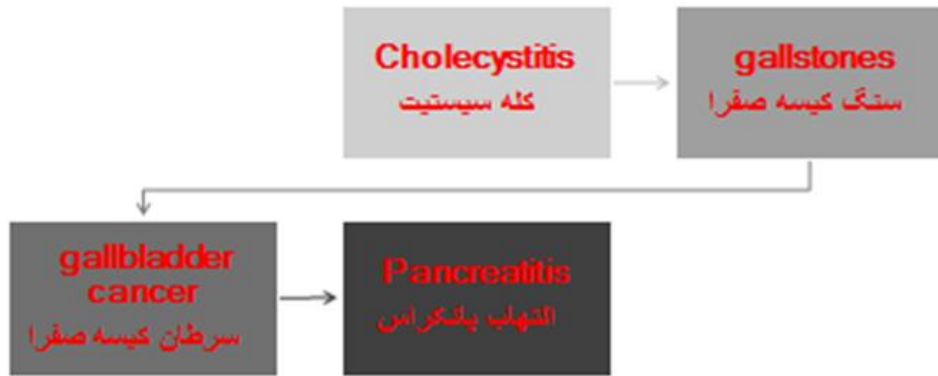
درمان:

کله سیستکتومی (برداشتن کیسه صفرا) درمان انتخابی سنگ کیسه صفرا و کله سیستیت حاد می باشد. کله سیستکتومی با لاپاراسکوپ امروزه بهتر از کله سیستکتومی با جراحی باز است. در این روش چند برش کوچک بر روی شکم داده می شود و از طریق آنها ابزارهای جراحی داخل می شود و با استفاده از یک دوربین ویدئویی بسیار کوچک درون شکم تصویر برداری انجام و یک نمای بسته از اندامها و بافتها روی مونیتور منتقل می شود. جراح در حالیکه به نمایشگر نگاه می کند از این وسایل برای جدا کردن دقیق کیسه صفرا از کبد، مجاری و سایر ساختمانها استفاده می کند. سپس مجاری مرتبط با کیسه بریده و قطع می شوند و کیسه صفرا از طریق یکی از برشهای کوچک بیرون آورده می شود. از آنجا که ماهیچه های شکمی در حین جراحی لاپاراسکوپ بریده نمی شوند، بیماران درد و عوارض کمتری نسبت به جراحی با استفاده از برش بزرگ از طریق شکم دارند اگر جراح مانعی را در حین روش لاپاراسکوپ مانند عفونت محل یا چسبندگی و ابهام در تشخیص آناتومی این ناحیه ممکن است تصمیم به تغییر روش و تبدیل آن به جراحی باز بگیرند. در برخی موارد اینگونه موانع پیش از جراحی شناسایی شده اند و جراحی باز برنامه ریزی می شود. به این نوع جراحی، جراحی باز گفته می شود چرا که در آن جراح یک برش ۱۲ الی ۲۰ سانتی متری در شکم می زند تا کیسه صفرا را بردارد. این یک جراحی بزرگ محسوب می شود. در حدود ۵ درصد جراحی های کیسه صفرا نیاز به جراحی باز می باشد.



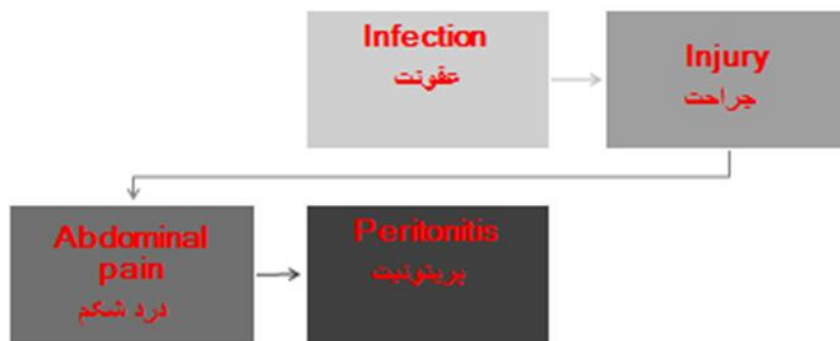
indication of cholecystectomy

اندیکاسیون کله سیستکتومی



complication of cholecystectomy

عوارض کله سیستکتومی



Reference

www.medicinenet.com
www.hopkinsmedicine.org

گاستروکتومی

Gastrostomy

گاستروکتومی به برداشتن معده در ضایعاتی مثل سرطان معده و یا زخم های مقاوم معده گفته می شود. در این اعمال تمام و یا قسمتی از معده برداشته می شود.

علائم کانسر معده: متاسفانه در اکثر بیماران تا مراحل انتهایی بیماری ممکن است علامت واضحی در بیمار دیده نشود در صورت وجود علامت موارد زیر ممکن است دیده شود:

درد در ناحیه معده - احساس پری و تورم در ناحیه فوقانی شکم پس از خوردن غذای اندک - تهوع و استفراغ - کاهش وزن - آنمی

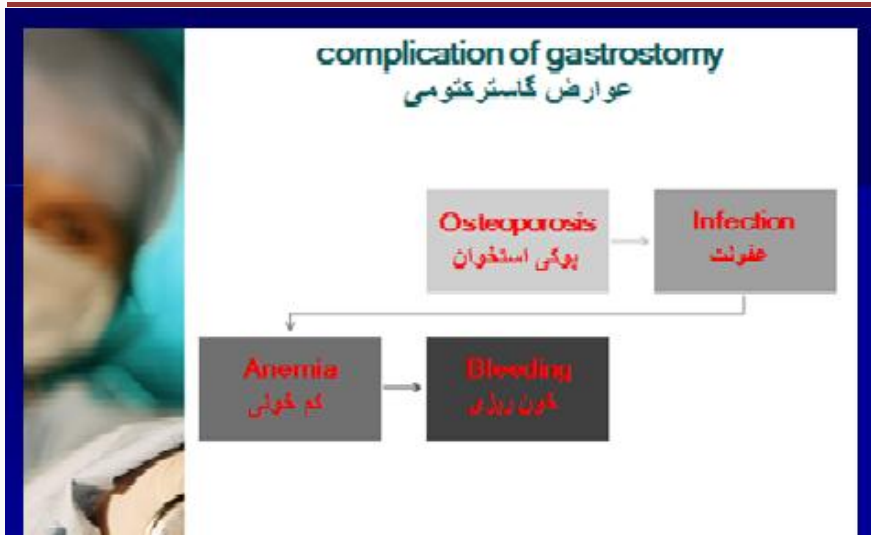
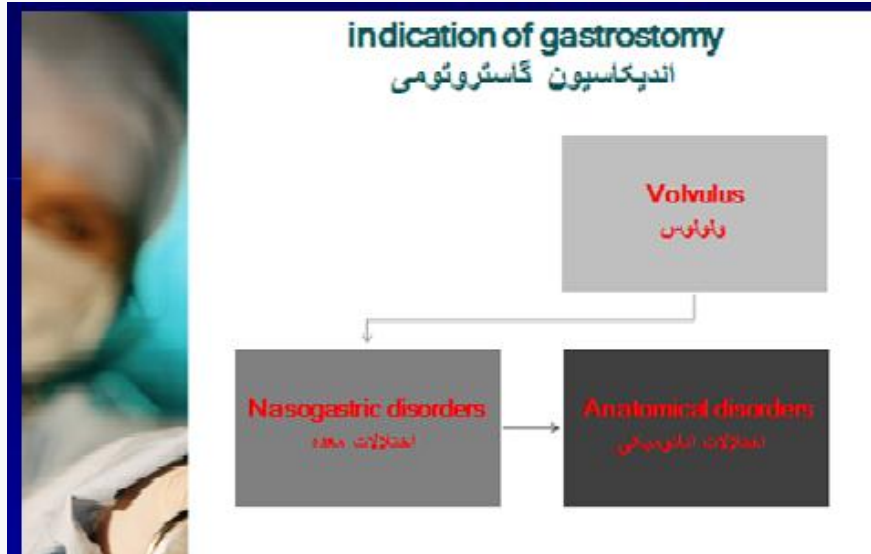
ریسک فاکتورها: سیگار - غذاهای نمک اندود - سابقه فامیلی - هلیکوباکتریلوری - سن بالای ۷۰ - جنس مرد - ضایعات التهابی در معده.

عمل جراحی: جراحی رایج ترین درمان سرطان معده است. نوع عمل بستگی به گسترش تومور دارد. بهتر است حین عمل ناحیه کاردیا و اسفنکتر تحتانی مری حفظ شود (ساب توتال گاستروکتومی) ولی چنانچه بعلت گسترش تومور این امکان فراهم نباشد تمامی معده برداشته می شود (توتال گاستروکتومی)

علاوه بر تمام معده لازم است در مواردی که امکان جراحی به قصد درمان کامل سرطان وجود دارد غدد لنفاوی اطراف و قسمتی از مری و دوازدهه و بافت های مجاور به همراه طحال برداشته شده و مری مستقیماً به روده کوچک وصل میشود و جراح از روده معده ای جدید می سازد. در شرایطی که بیماری پیشرفته بوده و هدف از عمل برداشت تومور و ایجاد راه غذایی باز و مطمئن است لزومی به دیسکسیون وسیع لنفاوی و ... نیست.

پس از عمل جهت تغذیه سریع بیمار لوله ای در روده کوچک گذاشته و از روز دوم امکان تغذیه مایعات از آن میسر می شود. پس از عمل به علت نبود معده نیاز به غذای پر کالری؛ پر پروتئین و پر ویتامین (بخصوص B12) و املاح (کلسیم) وجود دارد. خوردن وعده های غذایی کوچک از سندروم دامپینگ (کرامپ-تهوع-نفخ-اسهال و سرگیجه که به علت عبور سریع غذا و مایعات در روده کوچک رخ میدهد) جلوگیری میکند.

پس از عمل جهت تغذیه سریع بیمار لوله ای در روده کوچک گذاشته و از روز دوم امکان تغذیه مایعات از آن میسر می شود. پس از عمل به علت نبود معده نیاز به غذای پر کالری؛ پر پروتئین و پر ویتامین (بخصوص B12) و املاح (کلسیم) وجود دارد. خوردن وعده های غذایی کوچک از سندروم دامپینگ (کرامپ-تهوع-نفخ-اسهال و سرگیجه که به علت عبور سریع غذا و مایعات در روده کوچک رخ میدهد) جلوگیری میکند.



Reference
www.nhs.uk

آپاندکتومی

Appendectomy

آپاندکتومی عمل جراحی برای برداشتن آپاندیس است. روش باز شامل یک برش ۲-۳ اینچ در پایین شکم سمت راست است. آپاندکتومی باز به طور معمول نیاز به دو یا سه روز بستری شدن در بیمارستان و چهار تا شش هفته برای بهبودی کامل آن لازم است. آپاندکتومی لاپاروسکوپی نیاز به بستری در بیمارستان بمدت کوتاه تر و بهبودی سریع تر است. عارضه مهم آپاندیسیت سوراخ شده آپاندیس است که می تواند به آبسه منجر شود عارضه دیگر التهاب ورید پورت است که به علت آمبولی منشا گرفته از روده عفونی ایجاد می شود. سوراخ شده عموماً ۲۴ ساعت بعد از شروع درد رخ می دهد نشانه آن شامل تب ۳۷/۷ یا بیشتر، ظاهری بد حال و ادامه درد شکمی یا حساسیت در لمس است

درمان و روش عمل

با محرز شدن تشخیص آپاندیسیت جراحی فوری ضرورت می یابد. تا قبل از اعمال جراحی از آنتی بیوتیک ها استفاده می شود. آپاندکتومی هرچه سریعتر برای کاهش خطر سوراخ شدن احتمالی انجام می شود. تحت عمل بیهوشی عمومی یا بی حسی نخاعی و با ایجاد یک برش در قسمت پایین شکم، و یا از طریق انجام لاپاراسکوپی، این نوع جراحی صورت می گیرد. لاپاراتومی و لا پاراسکوپی هر دو ایمن و موثر در درمان آپاندیسیت می باشد، اما بعد از لاپاراسکوپی، بهبودی سریع تر است. در صورت پاره شدن آپاندیس، امکان تشکیل آبسه وجود دارد. در این صورت درمان با آنتی بیوتیک ها صورت می گیرد و جراح یک درن جهت تخلیه در آبسه قرار می دهد. بعد از تخلیه آبسه و رفع عفونت، آپاندکتومی انجام می شود.

مراقبت پرستاری بعد از آپاندکتومی

- (۱) بعد از جراحی بیمار، بیمار در وضعیت نشسته قرار می گیرد در این وضعیت از وارد آمدن فشار به محل جراحی و اندامهای شکمی باید جلوگیری شود.
- (۲) برای تسکین درد از داروی مخدری مثل سولفات مرفین استفاده می شود و در صورت تحمل معمولاً مایعات خوراکی داده می شود.
- (۳) به بیمار آموزش داده می شود که در فاصله روزهای پنجم تا هفتم بعد از عمل جراحی برای برداشتن بخیه ها به جراح مراجعه کند.
- (۴) در مورد مراقبت از بخیه ها به بیمار آموزش داده شود.

۵) زمانی که بیمار برای ترخیص آماده می شود، باید در مورد مراقبت از زخم و تعویض پانسمان و شستشوی زخم در صورت نیاز به بیمار و خانواده او آموزش داده شود .
۶) اگر احتمال پریتونیت وجود دارد یک درن در محل برش قرار داده می شود . بیمارانی که در معرض خطر ابتلا به چنین عارضه ای هستند ، برای چند روز در بیمارستان نگه داشته می شوند و از نظر انسداد روده و یا خونریزی های ثانویه تحت نظر قرار می گیرند .



Reference

www.healthcommunities.com

آدرنالکتومی

Adrenalectomy

غدد فوق کلیه یا آدرنال در قسمت فوقانی کلیه‌ها قرار گرفته که در ترشح سه نوع هورمون کورتیزول، اپی‌نفرین و آلدسترون نقش دارد. این هورمون‌ها در کنترل متابولیک بدن مانند تنظیم سطح قند خون و التهاب بافت، تنظیم تعادل آب و نمک، پاسخ به استرس، حفظ بارداری و شروع و کنترل بلوغ جنسی در دوران کودکی و نوجوانی مؤثر هستند. همچنین این غده، هورمون‌های جنسی استروئیدی مانند استروژن و تستوسترون را نیز تولید می‌کند. بر روی کلیه‌ها قرار دارند و وزن هر غده حدود ۵ گرم (Adrenal) غدد فوق کلیوی یا غده‌های آدرنال تشکیل شده است که هرکدام (Medulla) و مغز یا مدولا (Cortex) است. هر غده از دو بخش قشر از این دو بخش هورمون‌های جداگانه‌ای ترشح می‌کند

بخش قشری غده آدرنال

اهمیت قشر غده آدرنال از مغز یا مدولای آن بیشتر است، بطوریکه برداشتن این بخش موجب مرگ می‌شود در حالیکه تخریب و یا برداشتن بخش مدولا فقط اختلالاتی را ایجاد می‌نماید. قشر غده آدرنال هورمون‌هایی با عنوان کورتیکواستروئید را تولید می‌کند

قشر آدرنال به ترتیب از خارج به داخل از سه لایه تشکیل شده است که عبارتند از بخش گلومرولا که نسبتاً نازک بوده و ترشح مینرالوکورتیکوئیدها مانند آلدوسترون را بر عهده دارند در متابولیسم الکترولیت‌ها بویژه سدیم و پتاسیم نقش دارند بخش فاسیکولا که ضخامت بیشتری دارد و ترشح گلوکوکورتیکوئیدها مانند کورتیزول و کورتیکوسترون را بر عهده دارد که بر متابولیسم مواد قندی اثر گذاشته و قند خون را زیاد می‌کنند. همچنین بر متابولیسم پروتئین‌ها و چربی‌ها نیز نقش دارند بخش رتیکولا که در مجاورت قسمت مرکزی غده آدرنال قرار دارد ترشح آندروژن‌ها را بر عهده دارد که فعالیت آنها شبیه هورمون‌های جنسی می‌باشد اثرات فیزیولوژیک هورمون‌های قشر آدرنال هورمون‌های قشر آدرنال دارای اثر مینرالوکورتیکوئیدی (آلدوسترون) و گلوکوکورتیکوئیدی (کورتیزول) و اثرات ضعیف آندروژنی هستند کورتیزول دارای اثر مینرالوکورتیکوئیدی مختصری نیز است ولی اثر آلدوسترون در احتباس سدیم ۵۰۰ برابر قوی تر از کورتیزول است. با توجه به میزان ترشح آلدوسترون (۱۵۰ میکروگرم) و کورتیزول (۲۰ تا ۲۵ میلی گرم) در شبانه روز مسلم است که اثرات گلوکوکورتیکوئیدی منحصر به

کورتیزول است و این هورمون بعلت ترشح بسیار زیادتر از آلدوسترون، قسمتی از اثرات مینرالوکورتیکوئیدی در بدن را نیز انجام می دهد

اثرات گلوکوکورتیکوئیدها

به علت وجود گیرنده‌های کورتیزول در نقاط مختلف بدن این هورمون آثار فیزیولوژیک وسیعی را در همه جای بدن موجب می شود
مهمترین اثر کورتیزول افزایش مقاومت بدن در مواقع استرس است

اثرات عمده کورتیزول عبارتند از

اثر در سوخت و ساز مواد قندی : اثر اصلی کورتیزول هنگامیکه گلوکز مورد احتیاج نباشد، افزایش ذخیره گلیکوژن در کبد و به مقدار کمتر در عضلات و قلب است. ولی در شرایط بی غذایی موجب می‌شود که بافتهای مهم بدن گلوکز کافی دریافت کنند، اگر فردی از خوردن غذا خودداری کند پس از مدتی ذخیره گلوکز تمام می شود، در صورتیکه وجود گلوکز برای فعالیت مغز ضروری است. در چنین شرایطی کورتیزول از طرق مختلفی قند خون را افزایش می دهد
اثر بر سیستم عصبی : تغییرات میزان کورتیزول سبب تغییراتی در آستانه حس‌ها، حافظه، هوش و تمرکز مغزی می شود. این اثرات در کمبود کورتیزول بصورت افسردگی، خمودگی و ندرتا روان پریشی و نیز تغییراتی در حس‌های شنوایی، چشایی و بویایی می گردد. این تغییرات احتمالا از طریق کاهش جریان خون مغزی و اثر بر هدایت جریان‌های عصبی و تحریک پذیری سلول‌های عصبی ایجاد می شوند

اثرات ضد التهابی : کورتیزول از طریق کاهش نفوذپذیری مویرگ‌ها از نشت پلازما بداخل بافتها جلوگیری کرده و سبب کاهش التهاب و التیام سریعتر زخم‌ها می گردد
سایر اثرات : همچنین کورتیزول در متابولیسم مواد پروتئینی و چربیها، حفظ فشار خون طبیعی، مقاومت عضلات، افزایش اسید معده، تکامل رشد ریه در جنین، جذب آب و سدیم در کلیه‌ها و کاهش لنفوسیت‌های خون نقش موثری ایفا می نماید
اثرات مینرالوکورتیکوئیدی

اگر چه بعضی از استروئیدهای قشر آدرنال مانند کورتیکوسترون و کورتیزول دارای اثرات مینرالوکورتیکوئیدی هستند ولی مهمترین مینرالوکورتیکوئید در انسان آلدوسترون است که دارای اثرات زیر می باشد

کاهش دفع سدیم از ادرار
افزایش دفع پتاسیم و یون هیدروژن در ادرار
افزایش جذب آب در کلیه و جلوگیری از هدر رفتن آب بدن

اثرات آندروژنی

در قشر غده آدرنال چند هورمون جنسی نر (آندروژن) و به مقدار کمتری هورمونهای جنسی ماده (استروژن و پروژسترون) ساخته می شوند. آندروژنهای قشر آدرنال در جنس نر به رشد اندامهای جنسی در دوران کودکی کمک می نمایند. آندروژنهای قشر آدرنال اثرات خفیفی در زنان نه تنها قبل از بلوغ بلکه در سراسر زندگی دارند. قسمت زیادی از رشد موهای زیر بغل و زهار در زنان ناشی از عمل این هورمون هاست. در زنان اگر ترشح آندروژنهای قشر آدرنال از حد طبیعی بیشتر شود، نشانه‌هایی از صفات ثانویه جنسی مردانه مانند بم شدن صدا، پرمویی ظاهر می گردد که به این (Clitoris)، کاهش رشد پستان‌ها و بزرگ شدن کلیتوریس (Hirsutism) اختلال سندرم آندروژنیال گویند

هیپوکورتیکوئیدی و هیپرکورتیکوئیدی کمبود هورمون‌های قشر غده آدرنال (هیپوکورتیکوئیدی) و افزایش غیر طبیعی آنها موجب سندرم کوشینگ می شود (Addison) باعث بیماری آدیسون تنظیم ترشح کورتیکواستروئیدها ترشح کورتیزول و کورتیکوسترون و آندروژنهای غده آدرنال به که محرک قشر آدرنال است و از هیپوفیز قدامی ترشح (ACTH) وسیله هورمون آدرنو کورتیکوتروپین می شود، تنظیم می گردد.

(CRH) نیز به نوبه خود توسط فاکتور آزادکننده کورتیکوتروپین ACTH ترشح

تنظیم می شود.

را افزایش می دهند که CRH درد و ناراحتی‌های عصبی و روانی با تاثیر بر هیپوتالاموس، ترشح در نتیجه آن به افزایش ترشح کورتیکوستروئیدها منجر می شود. بالا رفتن میزان کورتیزول در خون می گردد. بر عکس ACTH و CRH با اثر مستقیم بر هیپوتالاموس و هیپوفیز باعث کاهش ترشح هنگام کاهش کورتیزول در خون ترشح هورمون‌های مذکور افزایش می یابد. ترشح هورمون‌های در شبانه روز حالت نوسانی دارد، بطوریکه در ساعات اولیه صبح زیاد و ACTH و CRH کورتیزول و در هنگام غروب کم است

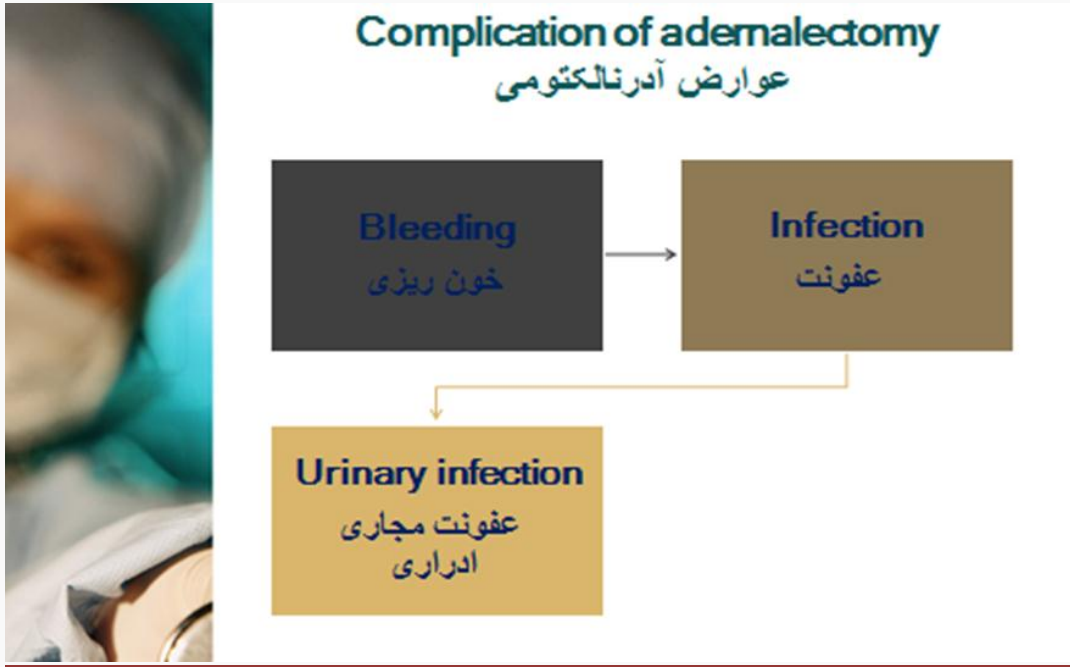
بخش مرکزی آدرنال

یکی از هورمون‌های مترشحه از این بخش آدرنالین نام دارد. ترشح آدرنالین نوعی حالت آماده باش در بدن ایجاد می‌کند و بدن را یاری می‌دهد که در مقابل پیشامدهای نابهنگام، آمادگی داشته باشد؛ مانند موارد جنگ و ستیز، فرار یا مسابقات ورزشی.

در چنین حالتی، در اثر ترشح آدرنالین فعالیت قلب افزایش می یابد، فشار خون زیاد می شود و خون رسانی افزایش می یابد. آدرنالین به خصوص موجب باز شدن رگ های موجود در عضلات می شود و خون رسانی به این اعضا را که موجب تحریک بدن می شوند، افزایش می دهد. از طرف دیگر، این ماده با تأثیر گذاشتن بر مغز، حالت آمادگی بیشتر و امکان تحریک پذیری به اعصاب می دهد. اثر آدرنالین بر کبد موجب بالا رفتن گلوکز خون می شود و به این وسیله، نیاز ماهیچه و اعصاب به انرژی بیشتر برطرف می گردد.

ترشح آدرنالین هنگام خشم، ترس و اضطراب افزایش می یابد. در واقع بخش مرکزی غده فوق کلیوی را می توان جزئی از دستگاه عصبی سمپاتیک دانست، زیرا این اعصاب به سلول های بخش مرکزی وارد شده اند و هر بار که تحریک دستگاه سمپاتیک رخ می دهد، این سلولها تحریک می شوند و هورمون آدرنالین آزاد می کنند زمانی که این غده سرطانی شود عملکرد طبیعی خود را از دست داده و بنابراین باید طی جراحی از بدن خارج گردد. جراحی لاپاروسکوپی از طریق ایجاد ۳-۴ شکاف کوچک در قسمت پهلو قابل انجام می باشد





Reference

www.mountsinai.org

www.sages.org

ایلئوستومی

Ileostomy

ایلئوستومی دهانه ای است از ایلئوم بر روی شکم که توسط عمل جراحی ایجاد می شود .

استوما :

دهانه روده که به بیرون هدایت شده استوما نامیده می شود که دردناک نیست ، همیشه قرمز و مرطوب است و به راحتی خونریزی می کند .

علل ایجاد ایلئوستومی :

- بیماریهای مادرزادی و دستگاه گوارش
- بیماریهای التهابی روده کوچک شامل کرون و کولیت
- آسیبهای ناشی از ضربه به شکم
- عوارض دیررس اشعه درمانی

مراقبت های پس از عمل جراحی :

پس از جراحی، اندازه ایلئوستومی بزرگ و متورم می باشد با گذشت چند هفته و کسب بهبودی اندازه آن کوچک می شود بلافاصله بعد از عمل ترشحات خروجی به شکل مایع از ایلئوستومی جریان می یابد پس از مدتی مدفوع خمیری شکل خواهد شد در فرد دارای ایلئوستومی مدفوع حاوی آنزیمهایی هستند که می تواند برای پوست محرک باشد .
انتخاب کیسه مناسب نقش مهمی در پیشگیری از عوارض ایلئوستومی و بهبود کیفیت زندگی فرد در آینده دارد .

سیستم کیسه های ایلئوستومی :

این کیسه ها شامل سیستم یک تکه و دو تکه می باشند هر دو سیستم دارای چسب هستند که با چسبیدن به پوست اطراف استوما از آن محافظت می نمایند . با این تفاوت که در سیستم یک تکه چسب به کیسه متصل بوده ولی در سیستم دو تکه چسب از کیسه جدا می شود .

کیسه ته باز یا قابل تخلیه :

این کیسه بهترین انتخاب در زمان خروج ترشحات مایع و با دفعات زیاد می باشد . در انتهای کیسه گیره ای تعبیه شده است که تخلیه آسان و سریع کیسه را ممکن می سازد
اگر مواد دفعی از استوما خمیری شکل باشد پیشنهاد می شود از کیسه های فیلتر دار استفاده نمایند .

بدین ترتیب از باد شدن کیسه در زیر لباس و احتمال پاره شدن آن، جلوگیری می شود .

نکات ضروری در هنگام چسبانیدن کیسه :

جهت پاك کردن پوست از آب نیمه گرم استفاده نمایید بهتر است قبل از چسبانیدن کیسه ، پوست را با استفاده از پارچه نرم ، خشك و تمیز نمایید . بعد از چسباندن چسب پایه ، با دست به مدت سي تا شصت ثانیه آن را ماساژ دهید ماساژ و گرمای ناشی از آن چسب را فعال خواهد کرد .

- زمانی که يك سوم تا يك دوم حجم کیسه ایلئوستومی پر شد آن را تخلیه نماید .
- در صورت استفاده از کیسه های دو تکه ، بهتر است چسب پایه را به صورت زاویه بر روی پوست بچسبانید .
- چسب پایه را هر سه تا پنج روز تعویض کنید می توانید چسب پایه و کیسه و یا پس از برداشتن آن استحمام نمایید در هنگام حمام کردن بهتر است از صابون بدون چربی و بدون لوسیون آن استفاده کنید .

دارو :

قرص های درشت ، قرص های پوشش دار ، کپسول های آهسته رهش ، قرص های ضد بارداری ممکن است قبل از هضم کامل از بدن خارج شوند .
- پس از عمل ملین استفاده نکنید زیرا به شدت تعادل آب و مایعات بدن را بر هم می زند .
- آنتی اسید سبب اسهال یا یبوست می شود آنتی بیوتیک ها سبب اسهال می شوند .

رژیم غذایی :

رژیم غذایی متعادل داشته باشید .
- آهسته بخورید و به خوبی غذا را بجوید .
- غذاها را کم کم به رژیم خود اضافه کنید تا سیستم گوارش شما به آنها عادت کنید .
از خوردن غذاهای پرفیبر اجتناب کنید گاهی اوقات غذاهای پرفیبر در ایلئوم تولید توده ای می کنند که به راحتی از استوما قابل عبور نیست .

غذاهایی که سرشار از فیبر هستند :

از خوردن این غذاها شش تا هشت هفته بعد از عمل اجتناب کنید :
کرفس ، سبزیجات چینی ، گل کلم ، ذرت ، قارچ ، زرد آلو و انجیر خشك ، سیب ، انگور ، سیب زمینی، آجیل و پاپ کورن ، گوشتهای غلاف دار مثل سوسیس .
بو : اگر کیسه تمیز بوده و به طور مناسب چسبانده شده باشد بایستی بود را هنگام تخلیه و یا تعویض کیسه حس کنید .

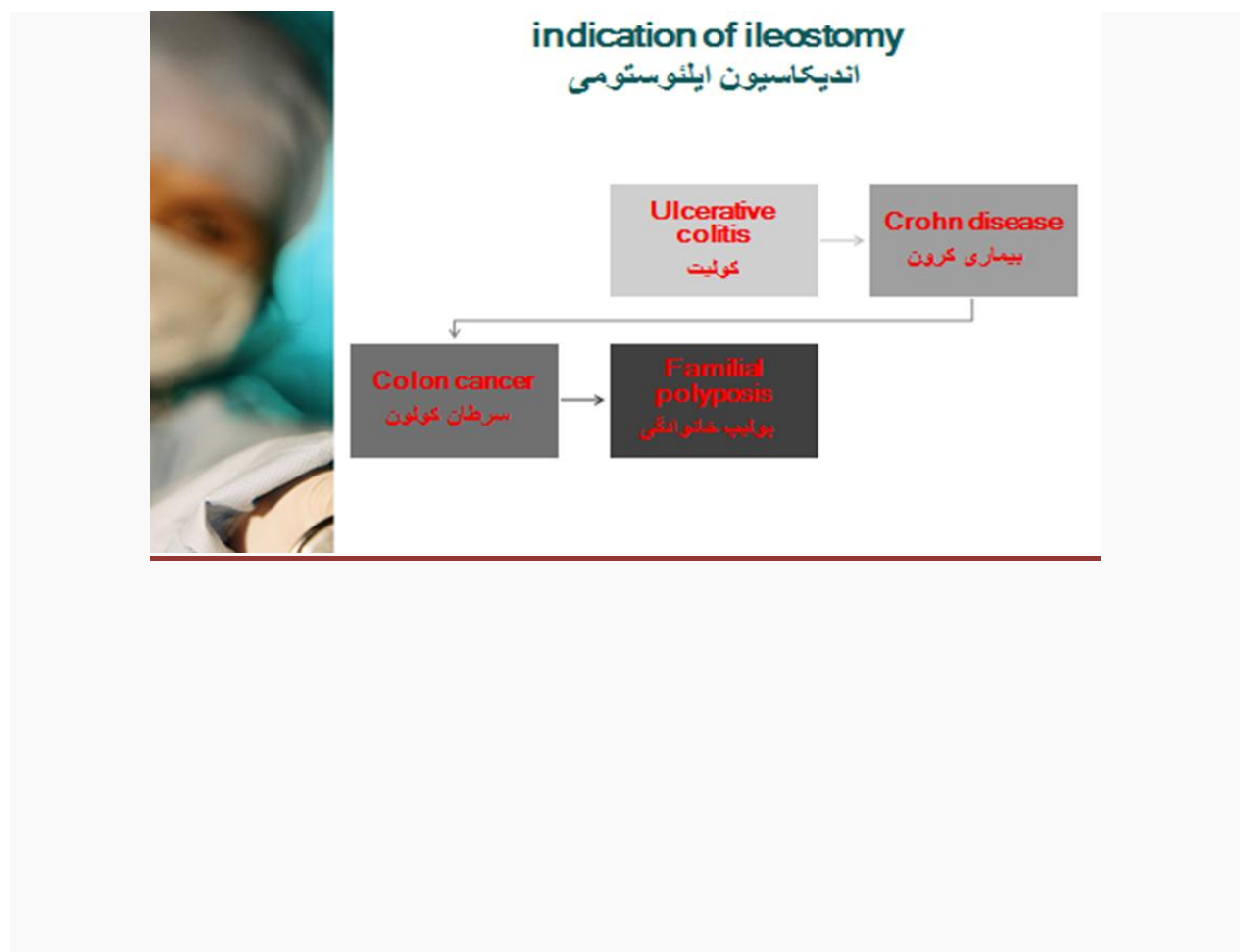
غذاهایی که تولید بو می کنند :

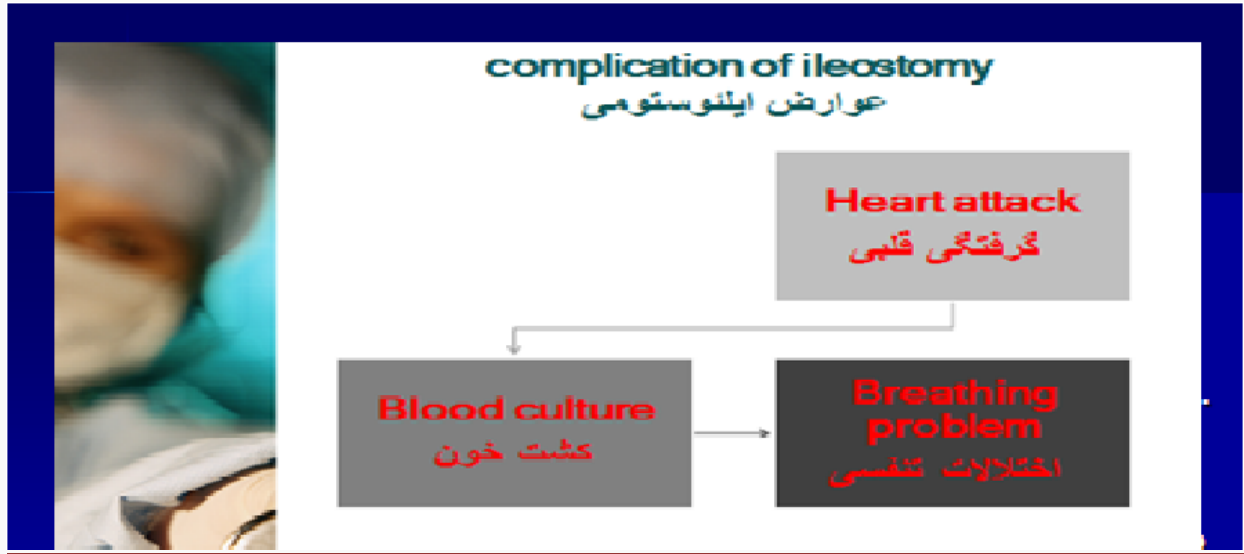
مارچوبه ، کلم برو کلي ، کلم دلمه ای ، کلم پیچ ، گل کلم ، تخم مرغ ، ماهی، سیر ، پیاز ، ادویه گاز : گاهی گاز روده نتیجه بلع هوا می باشد مصرف نوشابه های گاز دار کشیدن سیگار . جویدن آدامس و جویدن با دهان باز می تواند هوای بلعیده شده را افزایش دهد .

غذاها و آشامیدنیهایی که سبب افزایش گاز می شوند :
حبوبات آجیو ، کلم بروکلی ، کلم دلمه ای ، کلم پیچ ، گل کلم ، ذرت ، خیار ، قارچ ، نخود ،
اسفناج.

غذاهایی که مدفوع را سفت می کنند :
سس سیب ، موز ، پنیر ، گل ختمی ، برنج ، شیر جوشیده ، انواع ماکارونی ، رشته ، کره بادام
زمینی ، چوب شور ، نشاسته ، نان تست ، ماست .

غذاهایی که مدفوع را شل می کنند :
آجیو یا انواع الکل ، کلم بروکلی ، آب انگور ، میوه های تازه به جز موز ، حبوبات سبز ، آلو یا آب آلو
و غذاهای پر ادویه و تند ، اسفناج





Reference

www.cancer.org

www.mayoclinic.org

آنژیوپلاستی

Angioplasty

آنژیوپلاستی باز کردن عروق است ، به طور کلی به عنوان درمان برای آنژین ، بیماری عروق کرونر ، یا بیماری عروق محیطی بکار می رود . آنژیوپلاستی موثر ترین زمانی است که انسداد بین ۷۰ درصد و ۹۰ درصد است و فقط بر یک یا دو محل در داخل سرخرگ ها تاثیر می گذارد.

بر اساس آخرین مطالعات انجام شده، آن دسته از بیماران قلبی که برای رفع انسداد شریان های خونی شان روش آنژیوپلاستی را برگزیده‌اند، امکان این که مجبور باشند در آینده مجدداً از این روش یا روش‌های درمانی دیگر استفاده کنند، زیاد است. در نشست‌هایی که اخیراً جامعه جراحان قلب و عروق اروپا درباره درمان بیماران مبتلا به انسداد عروق قلبی در مونیخ برگزار کردند، این سوال مطرح بود که بین روش‌های درمانی بای پس و آنژیوپلاستی، انتخاب کدام بهتر و عاقلانه تر است تا کمترین مشکل و عوارض جانبی را برای بیمار در پی داشته باشد و احتمال برگشت پذیری بیماری را هم به حداقل برساند؟

نتیجه بحث‌ها و تحقیقات این متخصصان نشان داد که احتمال بازگشت بیماری و احتیاج مجدد به روش‌های درمانی دیگر (پس از یک سال) در بیمارانی که آنژیوپلاستی کرده‌اند، دو برابر است.

به گفته دکتر هینز درکسل، استاد دانشگاه اینسبراک استرالیا، اگر بیماران قلبی می‌خواهند حداقل ۱۰ سال از شر مشکلات قلبی خلاص شوند باید جراحی ای را بپذیرند که لازمه اش شکافتن قفسه سینه است. به عبارت دیگر عمل باز قلب بهترین پیشنهادی است که می‌توان به بیماران دچار انسداد عروق قلبی کرد.

وقتی رگ‌های قلب گرفتگی دارد وقتی رگ‌های قلب دچار گرفتگی می‌شوند، متخصصان قلب و عروق، دو راه پیش رو دارند: اولین راه که قدمت بیشتری هم دارد، انجام عمل بای پس قلب است. گزینه دیگر هم که در سال‌های اخیر وارد بازار پزشکی شده، آنژیوپلاستی است که طرفداران زیادی دارد، شاید به این خاطر که در این روش احتیاج به عمل باز قلب از بین می‌رود.

در آنژیوپلاستی که برخی افراد آن را با نام بالون می‌شناسند، پزشکان بالونی را وارد رگ‌های مسدود قلب می‌کنند و با این کار سبب خارج شدن زایداتی می‌شوند که باعث گرفتگی رگ‌ها شده، در نتیجه خون دوباره در رگ‌ها به جریان درمی‌آید. پزشکان اروپایی، بیش از سه هزار بیمار قلبی را که عمل باز قلب یا آنژیوپلاستی انجام داده بودند مورد مطالعه و بررسی قرار دادند. یک سوم این بیماران به علت

شرایط خاص ژنتیکی نیاز به جراحی داشتند، اما روی بقیه بیماران به صورت تصادفی عمل باز قلب یا آنژیوپلاستی انجام شد و نتیجه این بود: «بیمارانی که آنژیوپلاستی شده بودند، به طور متوسط به ۵ استنت در رگ های شان نیاز داشتند.» استنت ها، فنرهای کوچکی هستند که مانند یک ستون در رگ ها کار گذاشته می شوند تا مانع رشد دیواره رگ و به هم چسبیدگی و انسداد آن شوند. بعد از گذشت یک سال، محققان به این نتیجه رسیدند که میزان مرگ و میر در بین هر ۲ گروه از بیماران تقریباً یکسان و برابر است، اما حدود ۱۴ درصد از بیمارانی که آنژیوپلاستی شده بودند پس از یک سال دوباره مجبور بودند این روش یا روش های درمانی دیگری را به خاطر بازگشت بیماری شان تجربه کنند، در حالی که این رقم در بین بیماران عمل شده تنها حدود ۶ درصد بود.

از طرفی، امکان حمله قلبی در افرادی که عمل باز انجام داده بودند، ۲ درصد بود که این رقم در بین آنژیوپلاستی ها صفر بود. مقاله پر سر و صدا

در یکی از پر سر و صداترین مقالاتی که در مجله معتبر پزشکی نیو انگلند در ژانویه ۲۰۰۹ به چاپ رسید، متخصصان اعلام کردند که هنوز هم عمل بای پس بهترین و مناسب ترین گزینه برای باز کردن عروق مسدود قلب است. به همین خاطر پزشکان متخصص قلب و عروق، قبل از هر کاری باید در مورد اثربخشی بیشتر بای پس و امکان برگشت پذیری بیشتر در روش آنژیوپلاستی با بیمار صحبت کنند و سعی کنند او را متقاعد کنند که بهترین روش را با توجه به شرایطش برگزیند.

طول مدت عمل باز قلب تقریباً ۵ ساعت است که بیمار در تمام این ساعات در بی هوشی کامل به سر می برد و حدوداً یک ماه بعد از عمل، او سلامت خود را به دست می آورد و فعالیت های روزمره اش را از سر می گیرد، اما بیمارانی که آنژیوپلاستی می شوند، حدوداً از ۲ یا ۴ روز بعد از عمل می توانند مانند سابق (اگر در مواردی منع پزشکی نداشته باشند) به کارهای خود پردازند.

با این حال توجه به این نکته مهم است که هر چند، مدت عمل و بهبودی و پشت سر گذاشتن علایم پس از آن، در بای پس بیشتر از آنژیوپلاستی است، اما نتیجه و اثربخشی بای پس بیشتر می باشد.

وقتی که در سال ۲۰۰۲ استنت های پوشیده شده با دارو به جهانیان معرفی شد، بیشترین میزان فروش تجهیزات پزشکی را به خودش اختصاص داد، زیرا اعتقاد پزشکان بر این بود که این فنرهای کوچک وقتی در رگ ها کار گذاشته می شوند، دارویی از خود ترشح می کنند که باعث جلوگیری از رشد دیواره رگ و در نتیجه پیشگیری از انسداد آن می شوند و می توانند آنژیوپلاستی را به عملی اثربخش تر با امکان برگشت پذیری کمتری نسبت به بای پس تبدیل نمایند، اما تحقیقات و مطالعاتی که در سال ۲۰۰۶ انجام شد، نشان داد که خطر لخته شدن خون و عوارض حیران ناپذیر آن در بیمارانی که از استنت های دارویی استفاده کرده بودند، بعد از چند ماه یا حتی یک سال، بسیار افزایش یافت و همین امر باعث شد تا پزشکان در استفاده از

این نوع استنت ها، احتیاط بیشتری کنند و فقط در موارد خاص و در بیمارانی که چاره‌ای جز استفاده از استنت دارویی ندارند، از آن استفاده نمایند.

پزشکان بر این امر تاکید دارند که اطلاعات و تحقیقات بیشتری برای پی بردن به معایب و مزایای عمل بای پس و آنژیوپلاستی نیاز است و برای اینکه مشخص شود روش های درمانی مختلف چه تاثیری روی بیماران داشته اند، حداقل به ۵ سال زمان پس از درمان نیاز است و شاید پس از ۵ سال بتوان گفت که آیا درمانی که روی بیمار انجام شده نتیجه موثر و دلخواه را برایش در پی داشته یا نه؟

نظر دکتر حسن عارفی استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و متخصص قلب و عروق در این باره چنین است:

روش جراحی CABG یا پیوند بای پس عروق کرونر قلب، یک عمل جراحی باز است که در آن، از یکی از شریان های پا که به عضلات خون می رساند، برداشته شده و یک سر آن را به آئورت و سر دیگر آن را به پشت قسمت مسدود شده ی قلب، پیوند می زنند.

این روش معمولاً در افرادی استفاده می شود که بیش از دو یا سه رگ تنگ داشته و رگ هایش خراب و مشکل دار است، یا هر سه رگ اصلی کرونر آن ها تنگی های وسیع دارد.

اما در افرادی که یک یا دو رگ از رگ های خون رسان قلب شان به خصوص در قسمت های ابتدایی رگ مسدود شده و هنوز کلفت است، آنژیوپلاستی کرده و بالون می زنند تا لوله هایی وارد سرخرگ های مسدود شود و آنگاه بالون های متصل به آن را باد می کنند تا راه، باز شده و سپس استنت می گذارند.

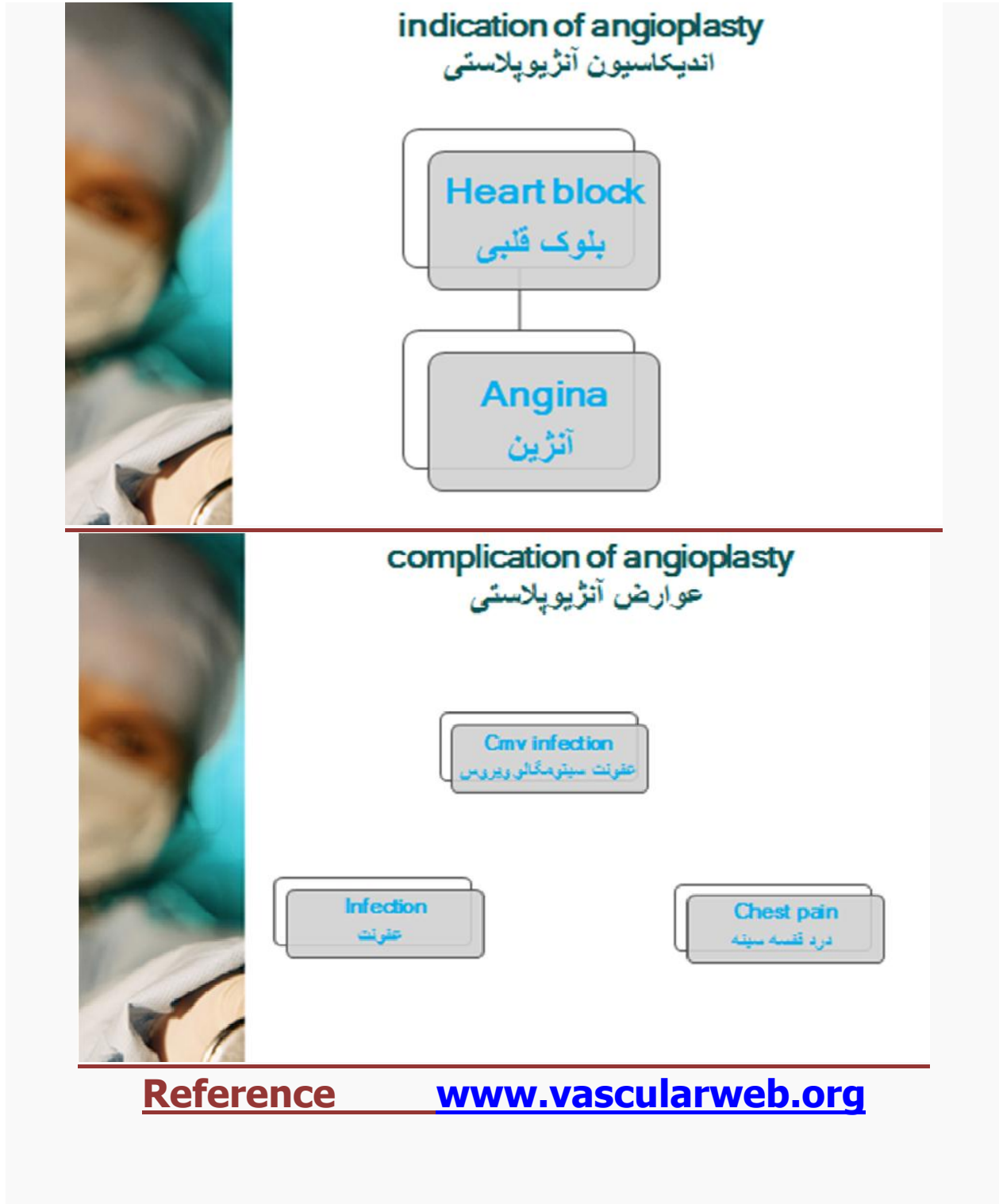
دو نوع استنت داریم: دارویی و غیردارویی.

استنت دارویی به ندرت لخته می شود، ولی در استنت غیردارویی بیمار باید روزی یک عدد قرص بخورد، در صورتی که بعد از استنت گذاری حتی پس از گذشت یک سال، قرص های ضد انعقاد خون بیمار قطع شود، حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد خطر سکته قلبی وجود دارد و بنابراین در این روش بیمار محکوم است که یک عمر از داروهای ضد انعقادی استفاده کند.

معمولاً در آنژیوپلاستی یکی از عوارض نسبتاً شایع این است که اگر پزشک تبحر کافی نداشته باشد، طی فشاری که توسط بالون به رگ وارد می شود، رگ پاره می شود که البته در بیمارستان هایی که آنژیوپلاستی انجام می شود دکتر بی هوشی و جراح قلب آماده‌اند تا در صورت نیاز به بیمار کمک کنند.

از عوارض روش قلب باز هم این است که ممکن است رگ ها خوب به هم پیوند نخورند، یا به هم بچسبند. از طرف دیگر در جراحی‌های باز، باز شدن قفسه ی سینه، بار روانی زیادی را برای بیمار به همراه دارد و وضعیت عمومی بیمار پس از عمل و بهبود و ترمیم زخم ها از دیگر مشکلات بیماران بعد از جراحی‌های باز قفسه سینه است.

در آنژیوگرافی مشخص می شود که کدام بیمار برای عمل جراحی قلب باز و کدام بیمار برای استنت مناسب تر است و این بستگی به قسمتی از رگ های کرونر دارد که مسدود شده است.



تراکئوستومی

Tracheostomy

تراکئوستومی باز کردن یک راه هوایی در لوله تراشه است که شما آنرا به صورت یک حفره در زیر گلو مشاهده می‌کنید.

تراکئوستومی بر حسب نیاز بیمار ممکن است :

الف) دائم ب) موقت باشد.

تراکئوستومی چه مزایایی دارد؟

- ۱- راه هوایی مطمئنی است، برای خروج ترشحات مجاری تنفسی بیمار.
 - ۲- در بیمارانی که مدت طولانی از دستگاه تهویه مکانیکی استفاده می‌کنند و راه هوایی مطمئنی برای تنفس ندارند استفاده می‌شوند.
 - ۳- از ورود مواد خارجی، ترشحات دهانی یا محتویات معده به ریه در بیمارانی که کاملاً هوشیار نیستند پیشگیری می‌کند.
- تراکئوستومی با یک نوار باریک به دور گردن بسته می‌شود و یک کاف به آن متصل می‌باشد که باید پر از هوا باشد تا از خروج آن جلوگیری کند و مانع ورود ترشحات از دهان و معده به ریه می‌شود. در زیر لوله تراکئوستومی یک عدد گاز قرار دهید تا باعث جذب ترشحات تراکئوستومی شود این گاز از ایجاد عفونت نیز پیشگیری می‌کند.

توجه :

گازی که در زیر تراکئوستومی قرار می‌گیرد را قیچی نکنید زیرا ممکن است پرزها وارد تراکئوستومی شده و ایجاد آبرسه در مجاری تنفسی کند.

با توجه به اینکه در بیماران تراکئوستومی شده، هوا از روی تارهای صوتی عبور نمی‌کند صحبت کردن آن‌ها بدون صدا می‌باشد. شما می‌توانید از طریق لب خوانی یا از طریق نوشتن مطالب با وی ارتباط برقرار کنید.

نکته مهم ۱: در صورتی که کاف تراکئوستومی پر از هوا نباشد هنگام تغذیه ممکن است بیمار آسیب‌رده کند، یعنی مواد غذایی و ترشحات ناحیه دهان وارد مسیر راه هوایی شود.

نکته مهم ۲: وقتی کاف به حد لازم پر از هوا نباشد تنفس بیمار صدایی خرخر مانند می‌دهد. در صورت مشاهده این حالت با پزشک و پرستار خود مشورت کنید.

۳. ساکشن تراکئوستومی چگونه است؟

در بیمارانی که تراکئوستومی شده‌اند مکانیسم سرفه ضعیف است. این بیماران برای دفع ترشحات دستگاه تنفس دچار مشکل هستند و نیاز به ساکشن دارند.

زمانی باید بیمار را ساکشن کنید که صدای غیر طبیعی در ریه‌ها شنیده شود یا اینکه شما ترشحات را مشاهده نمایید.

توجه داشته باشید که ساکشن کردن غیر ضروری علاوه بر آنکه خطر عفونت را بالا می‌برد باعث آسیب به دستگاه تنفسی بیمار می‌شود.

۴. چه وسایلی جهت ساکشن تراکئوستومی مورد نیازند؟

سرنگ ۵ سی سی حاوی سرم شستشو - گاز استریل - ماسک - دستگاه ساکشن - دستکش استریل - سر ساکشن سفید (ترجیحاً رنگ سفید) - آمبویگ - لوله رابط ساکشن - کپسول اکسیژن.

قبل از انجام ساکشن حتماً از دستگاه بخور و فیزیوتراپی قفسه سینه استفاده کنید. این کار باعث رقیق‌تر شدن و کنده شدن ترشحات از مسیر راه هوایی می‌شود و عمل ساکشن کردن به طور موثرتری انجام می‌پذیرد.

قبل از انجام عملیات با بیمار صحبت کنید و بگویید امکان دارد حین ساکشن کردن احساس ناخوشایندی داشته باشد. او را به آرامش دعوت کنید سپس دست خود را بشویید و ماسک بزنید. حدود ۵-۳ دقیقه به بیمار اکسیژن با غلظت ۱۰ لیتر بدهید این کار باعث می‌شود بیمار حین ساکشن کردن دچار کمبود اکسیژن نشود.

سپس دستگاه ساکشن را روشن کنید و روی دور متوسط تنظیم نمایید (دور دستگاه نباید بیش از ۱۲۰ میلی متر جیوه باشد) لوله رابط ساکشن را به دستگاه ساکشن وصل نمایید و سر ساکشن را بدون آنکه از پوشش کامل خارج کنید به لوله رابط ساکشن وصل کنید سپس بیمار را در وضعیت نیمه

نشسته قرار دهید دستکش استریل بپوشید و سر ساکشن را بدون آنکه با جایی تماس پیدا کند از پوشش خارج کنید. سر ساکشن را حدود ۱۰ تا ۱۵ سانتی متر وارد تراکتوستومی کرده و با یک چرخش ۳۶۰ درجه به آرامی بین انگشت شست و اشاره چرخانده و آنرا از تراکتوستومی خارج نمایید.

این عملیات نباید بیش از ۱۰ تا ۱۵ ثانیه طول بکشد بسته به میزان ترشحات بیمار این عمل را چندین بار تکرار نمایید. دقت کنید در بین هر بار ساکشن کردن به بیمار ۵-۳ دقیقه اکسیژن با غلظت ۱۰ لیتر بدهید و لوله ساکشن را با سرم، شستشو بشویید.

۵. چه نکاتی در هنگام تراکتوستومی باید رعایت شود؟

۱. اگر ترشحات بیمار غلیظ بود و یا به صورت تکه های خلط جامد در آمده است بهتر است مدت زمان بیشتری از بخور استفاده نمایید. اگر ترشحات به خوبی خارج نشد، از یک نفر کمک بخواهید و نفر دوم حدود ۲ سی سی سرم شستشو استریل را در تراکتوستومی بریزد و چندین بار آمو بزند سپس شما ساکشن کنید. این کار باعث کنده شدن ترشحات می شود. این عمل را از پرسنل پرستاری بخش سؤال نمایید که به شما آموزش دهند.
۲. در صورتی که گاز زیر تراکتوستومی آلوده به ترشحات گردید و مرطوب شد، چندین بار در روز باید تعویض شود.
۳. در صورت آلوده شدن بند تراکتوستومی به ترشحات با رعایت اصول ایمنی آن را تعویض نمایید.
۴. بند تراکتوستومی را طوری ببندید که دو انگشت به راحتی از زیر آن رد شود.

قبل از هر بار تغذیه چک کنید کاف تراکتوستومی بر از هوا باشد.

۱. مراقب باشید کاف را قیچی نکنید. در صورت قیچی شدن یا سوراخ شدن کاف با یک فرد کارشناس تماس بگیرید و مراقب باشید تراکتوستومی از جای خود خارج نشود.
۲. در حین استراحت کردن احیاناً پتو، ملحفه و ... روی تراکتوستومی بیمار را مسدود نکند.
۳. از ارتباط بیمار با افرادی که مبتلا به سرما خوردگی یا دیگر عفونت های دستگاه تنفسی هستند جلوگیری کنید.
۴. مراقب باشید محل استراحت بیمار عاری از گرد و خاک باشد و اگر مگسی وجود دارد از پشه بند و یا پارچه توری برای جلوگیری از وارد شدن پشه و مگس در لوله تراکتوستومی استفاده کنید.

۵. هیچ شیء خارجی را هرگز وارد تراکتوستومی نکنید.

۶. هنگامی که بیمار سرفه می‌کند آمبو نزنید این عمل باعث آسیب شدید به بافت ریه می‌شود.

توجه کنید:

در صورتی که ترشحات مسیر تراکتوستومی را مسدود کند بیمار دچار کمبود اکسیژن و نهایتاً خفگی می‌شود. پس در این رابطه دقت کافی داشته باشید.

در صورتی که لوله تراکتوستومی به هر دلیلی از جای خود خارج شد برای جاگذاری آن اقدام نکنید. بلکه بلافاصله به بیمار از مسیر تراکتوستومی اکسیژن بدهید و با پزشک معالجتان تماس حاصل نمایید.

دقت کنید هر بار ساکشن نباید بیشتر از ۱۰ ثانیه طول بکشد زیرا ممکن است بیمار با کمبود اکسیژن مواجهه شود.

کمبود اکسیژن به هر دلیلی می‌تواند اثرات حیران ناپذیری بر مغز بیمار بگذارد.

۶. چه مواردی در مورد بیماران تراکتوستومی شده، باید رعایت شوند؟

توجه داشته باشید:

۱. دستگاه تنفس بیمار بسیار حساس و آسیب پذیر است پس لطفاً نکات استریل را به دقت رعایت نمایید.

۲. هیچ گاه به صرف اینکه ترشحات بیمار بسیار زیاد است بیشتر از ۱۰ ثانیه سر ساکشن را در راه هوایی بیمار نگه ندارید.

بین هر مرحله از عمل ساکشن به مدت ۵-۳ دقیقه اجازه دهید بیمار به صورت طبیعی تنفس کند و اکسیژن با درصد بالا دریافت نماید.

۱. در صورت مشاهده ترشحات خونی همراه با عملیات ساکشن ۲ سی سی آب مقطر استریل وارد تراکئوستومی نمایید با انجام این کار خونریزی کنترل می شود در این صورت از ادامه ساکشن خودداری نمایید زیرا بافت سیستم تنفسی آسیب دیده است. در صورت تکرار خونریزی حتماً با پزشک معالجتان مشورت نمایید.
۲. بین هر بار ساکشن حتماً به بیمار اکسیژن با درصد بالا بدهید.
۳. بعد از اتمام عملیات ساکشن ۱۰ دقیقه به بیمار اکسیژن با درصد بالا بدهید. بعد از آنکه متوجه شدید وضعیت تنفس بیمار کاملاً مطلوب است می توانید اکسیژن را قطع کنید.
۴. سر ساکشن ها یک بار مصرف هستند بعد از هر بار استفاده باید دور انداخته شوند.
۵. هیچ گاه سر ساکشن را بیش از ۱۰ تا ۱۵ سانتی متر وارد لوله تراکئوستومی نکنید این عمل باعث آسیب به بافت ریه و خونریزی آن می شود.
۶. ساکشن را ترجیحاً بهتر است قبل از وعده غذایی، قبل از خواب و بعد از خواب انجام دهید. اما دقت داشته باشید که عملیات ساکشن زمان مشخصی ندارد و در واقع بر حسب نیاز بیمار است.
۷. هرگز سر ساکشنی که وارد دهان بیمار کرده اید را وارد تراکئوستومی نکنید زیرا بلافاصله باعث انتشار عفونت می شود.
۸. بعد از هر بار ساکشن مقداری سرم شستشو وارد لوله رابط ساکشن کنید تا ترشحات کاملاً از لوله پاک شود و دستگاه ساکشن برای استفاده مجدد آماده گردد.
۹. بعد از اتمام عملیات ساکشن سر لوله رابط را با یک گاز استریل ببوشانید.
۱۰. در صورتی که ترشحات بیمار زیاد است یا به راحتی خارج نمی شود و یا به صورت تکه های جامد در آمده است مدت زمان بیشتری به بیمار بخور دهید و مجدداً عملیات ساکشن را تکرار کنید. نوشیدن مایعات گرم نیز می تواند موثر باشد.
۱۱. در حین ساکشن بیمار را تشویق به سرفه نمایید. این کار باعث کنده شدن ترشحات انباشته شده در انتهای راه هوایی می گردد.

حداقل روزی ۳ بار ظرف جمع کننده ترشحات را خارج کرده و به خوبی با آب و مایع سفید کننده بشوید و در معرض نور خورشید آن را خشک نمایید.

۱. بعد از اتمام عملیات ساکشن دست ها را با آب و صابون بشوید و خشک کنید.
۲. در صورتی که سر ساکشن به راحتی وارد تراکئوستومی نمی شود می توانید آن را با مقدار کمی سرم شستشوی استریل و یا ژل لوبریکانت آغشته نمایید و مجدداً برای انجام عملیات ساکشن اقدام نمایید (ژل لوبریکانت در داروخانه ها موجود می باشد).
۳. هنگام ساکشن کردن به آرامی لوله تراکئوستومی را بابت نکه دارید تا از بیرون آمدن آن ممانعت کنید.
۴. لوله رابط ساکشن را روزانه تعویض کنید.

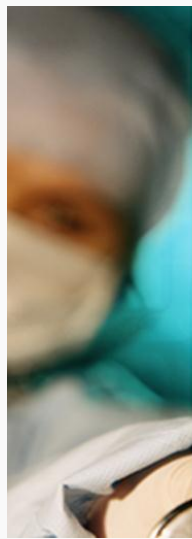
توجه کنید:

بعد از اتمام عملیات ساکشن کلیه وسایل آلوده را در کیسه نایلونی بریزد و سپس آنرا در سطل زباله بیندازد. با این اقدام از انتشار آلودگی پیشگیری می‌نماید.



Indication of tracheostomy

اندیکاسیون تراکئوستومی



Complication of tracheostomy

عوارض تراکئوستومی



Reference

www.mayoclinic.org
www.tracheostomy.com

پاراتیروئیدکتومی

Para thyroidectomy

هیپرپاراتیروئیدی اولیه به علت افزایش ترشح PTH از یک آدنوم منفرد پاراتیروئید (۸۳٪)، آدنوم‌های متعدد (۴٪)، هیپرپلازی (۱۲٪) یا کارسینوم (۱٪) ایجاد می‌شود. ولی امروزه مشخص شده که شیوع آن در کل جمعیت بین ۰/۱-۰/۲٪ است و شایع‌ترین علت هیپرکلسمی در بیماران غیرانتخابی محسوب می‌شود. قبل از بلوغ ناشایع است؛ بیشترین شیوع آن در دهه‌های سوم و پنجم زندگی است و شیوع آن در زنان ۲ تا ۲ برابر مردان است.

تولید بیش از حد هورمون پاراتیروئید باعث جابه‌جا شدن کلسیم از استخوان و مهار بازجذب کلیوی فسفات می‌شود؛ در نتیجه هیپرکلسمی و هیپوفسفاتی ایجاد می‌کند، که باعث به‌هدر رفتن کلسیم و فسفر و دفع مواد معدنی استخوان و استنوپوروز خواهد شد. علائم دیگری که راهنمای تشخیصی هیپرپاراتیروئیدی هستند عبارتند از: نفرولیتiaz، نفروکلسینوز، اوستئیت فیروزا سیستیکا، اولسر پیتیک، پانکراتیت، هیپرتانسیون و نفرس یا نفرس کاذب.

آدنوم‌های پاراتیروئید وزنی بین ۶۵ میلی‌گرم تا بیش از ۳۵ گرم دارند و اندازه آنها معمولاً رابطه مستقیمی با شدت هیپرکلسمی دارد.

هیپرپلازی اولیه پاراتیروئید تمام غدد پاراتیروئید را درگیر می‌کند. اندازه غدد هیپرپلاستیک بسیار متغیر است ولی معمولاً بزرگتر از حد طبیعی (۶۵ میلی‌گرم) هستند.

کارسینوم پاراتیروئید نادر است ولی در بیماران مبتلا به هیپرکلسمی شدید شیوع بیشتری دارد. سرطان‌های پاراتیروئید در نیمی از بیماران قابل لمس هستند و باید در بیمارانی به وجود آنها شک کرد که غده پاراتیروئید هنگام عمل سفت، یا تهاجمی باشد و کپسول سفید یا نامنظم داشته باشد.

- سیر بالینی هیپرپاراتیروئیدی درمان‌شده و درمان‌نشده:
در بیماران مبتلا به هیپرپاراتیروئیدی درمان‌نشده، احتمال مرگ زودرس عمدتاً به علت بیماری قلبی - عروقی یا بدخیمی افزایش می‌یابد. ظرفیت عضلات تنفسی کاهش و شیوع کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک (حتی در هیپرپاراتیروئیدی بدون پرفشاری خون) افزایش پیدا می‌کند. در ۸۰٪ از بیماران، پس از پاراتیروئیدکتومی این تظاهرات بهبود می‌یابند یا برطرف می‌شوند.

اصول تشخیصی

- خستگی پذیری عضلانی، آرتراژی (درد مفاصل)، تهوع، استفراغ، یبوست، پلی‌دیپسی (پرخوری)، پلی‌اوری (پرادراری)، اختلالات روانی، کولیک کلیوی، درد استخوان و مفاصل (سنگ‌ها، استخوان‌ها، قولنج شکمی، ناله‌های روانی، و خستگی‌های طاقت‌فرسا). بعضی از بیماران بدون علامت هستند.

- نفرولیتiaz (سنگ کلیوی) و نفروکلسینوز، اولسر پتیک، نفرس، کندروکلسینوز، پانکراتیت

- هیپرتانسیون، کیموز، چماقی شدن ناخن‌ها (clubbing)، باند کراتوپاتی

- افزایش کلسیم سرم، PTH، کلرواسید اوریک؛ فسفات سرم طبیعی یا کاهش یافته؛ کلسیم ادرار افزایش یافته، طبیعی و ندرتاً کاهش یافته؛ فسفات ادرار افزایش یافته؛ TRP کاهش یافته.

- رادیوگرافی: جذب ساب‌پریوستال بند انگشتان، دمی‌رالیزه شدن اسکلت بدن، کیست‌های استخوانی و نفروکلسینوز یا نفرولیتiaz.

درمان

تنها درمان موفق هیپرپاراتیروئیدی اولیه، پاراتیروئیدکتومی است.

هیپرکلسمی شدید (بحران هیپرکلسمی)

درمان اولیه هیپرکلسمی شدید و علائم حاد آن، مایع درمانی و اصلاح هیپوکالمی و هیپوناترمی است. مصرف شیر و فرآورده‌های قلیائی، استروژن‌ها، تیازیدها و

ویتامین‌های A و D باید بلافاصله متوقف شود. تجویز فورسماید برای افزایش دفع کلسمی در بیماری که مایع درمانی شده، مفید است. اتیدرونات، پلیکامایسین (میترامایسین) و کلسی‌تونین معمولاً در کوتاه‌مدت برای درمان هیپرکلسمی صرف‌نظر از علت آن مؤثر هستند.

در بیماران مبتلا به هیپرکلسمی شدید، در صورتی که تشخیص هیپرپاراتیروئیدی قطعی شود، بررسی کردن و پاراتیروئیدکتومی باید در شرایطی که بیمار مقدار زیادی مایع دریافت کرده است انجام شود.

تعیین محل

امروزه با استفاده از سونوگرافی، CT اسکن و اسکن تفریقی تالیوم ^{201}Tl تکنیتیوم $^{99\text{m}}\text{Tc}$ می‌توان قبل از عمل، محل تومورهای پاراتیروئید را در ۷۵٪ از بیماران مشخص کرد. با این حال، این بررسی‌ها به ندرت در هیپرپلازی پاراتیروئید مفید واقع می‌شوند.

عمل جراحی

تومور پاراتیروئید در ۸۰٪ از موارد به کپسول خلفی غده تیروئید چسبیده است. غدد پاراتیروئید معمولاً به صورت قرینه قرار گرفته‌اند. غدد پاراتیروئید تحتانی در جلوی اعصاب راجعه حنجره قرار دارند، در حالی که غدد پاراتیروئید فوقانی در پشت آنها و در جایی که وارد عضله کریکوتیروئید می‌شوند، واقع شده‌اند. دنبال کردن مسیر یکی از شاخه‌های شریان تیروئیدی تحتانی و لمس ملایم تومور پاراتیروئید، دو روش مفید برای یافتن تومورهای پاراتیروئید هنگام عمل محسوب می‌شوند.

اگر یک آدنوم احتمالی پاراتیروئید وجود داشته باشد، باید برداشته شود و تشخیص آن با بررسی مقاطع یخزده قطعی شود.

اگر جستجو برای یافتن یک تومور پاراتیروئید موفقیت‌آمیز نباشد، باید در طرفی که تنها یک غده پاراتیروئید دارد، تیمکتومی، لوبکتومی تیروئید یا تیروئیدکتومی ناکامل انجام شود، چون تومورهای پاراتیروئید ممکن است درون تیروئید یا تیموس باشند.

در بیشتر مراکز پزشکی، میزان عود هیپرپاراتیروئیدی پس از برداشتن آدنوم منفرد حدود ۵٪ یا حتی کمتر است، بنابراین برداشتن غدد پاراتیروئیدی که ظاهر طبیعی دارند، لزومی ندارد.

جستجوی مدیاستن از طریق شکافتن جناغ، تنها در ۲-۱٪ از موارد ضرورت پیدا می‌کند و تنها در بیمارانی توصیه می‌شود که سطح سرمی کلسیم در آنها بیش از ۱۲/۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد. اگر جستجوی گردن بی‌نتیجه باشد یا معاینات نشان‌دهنده توده‌ای در مدیاستن باشند، باید به بیمار فرصت داد که از عمل جراحی اول بهبود یافته، بعد از گذشت ۶ تا ۸ هفته برای بررسی مدیاستن بازگردد.

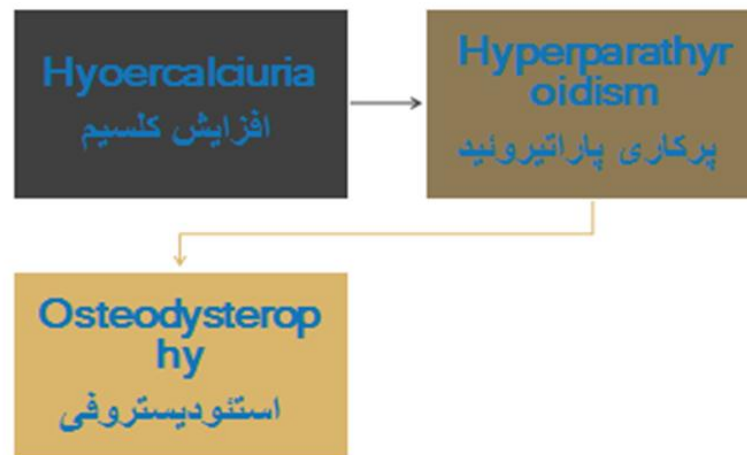
مراقبت‌های بعد از عمل

بعد از برداشتن یک آدنوم پاراتیروئید و یا غدد هیپرپلاستیک، غلظت کلسیم سرم در عرض ۲۴ تا ۴۸ ساعت به حد طبیعی یا حتی کمتر از حد طبیعی افت پیدا می‌کند. بیمارانی که تحلیل شدید استخوانی ('استخوان‌های گرسنه')، هیپرپاراتیروئیدی درازمدت یا سطوح بالای کلسیم در سرم دارند، ممکن است دچار پارستزی، اسپاسم کارپویدال یا حتی تشنج شوند.



Indication of Para thyroidectomy

اندیکاسیون پاراتیروئیدکتومی





Indication of Para thyroidectomy

عوارض پاراتیروئیدکتومی

Damage of
nerve

آسیب عصبی



Low calcium

کاهش کلسیم

Reference

www.healthline.com

www.endocrineweb.com

تیروئیدکتومی

Thyroidectomy

تیروئیدکتومی برداشت کامل و یا بخشی از غده تیروئید می باشد. تیروئید غده ی پروانه ای شکل در قسمت پایین گردن است که مسوول تولید هورمونهای کنترل کننده متابولیسم بدن و تنظیم ضربان قلب برای سرعت سوزاندن کالری است .

تیروئیدکتومی برای درمان اختلال تیروئید مانند سرطان تیروئید، بزرگ شدن غیر سرطانی تیروئید (گواتر) و پرکاری تیروئید انجام می گیرد. میزان برداشت غده تیروئید در طول جراحی بستگی به علت مراجعه بیمار دارد. اگر بخشی از غده تیروئید طی عمل برداشته شود، مشکلی برای بیمار وجود ندارد چراکه تیروئید می تواند پس از جراحی به عملکرد نرمال خود ادامه دهد ولی اگر کل غده تیروئید خارج شود فرد پس از جراحی نیاز به دریافت روزانه هورمونهای تیروئید دارد.

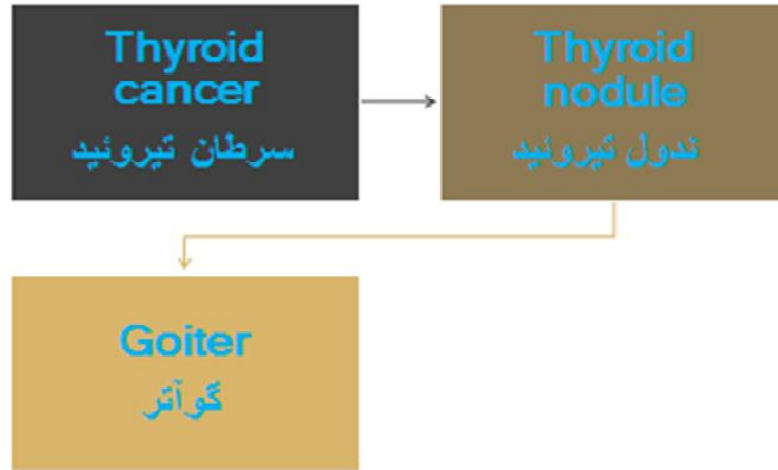
سرطان تیروئید: سرطان یکی از معمول ترین علل برای جراحی تیروئید است که بخش زیادی از تیروئید طی جراحی خارج می شود.

بزرگ شدن غیر سرطانی تیروئید (گواتر): اگر فردی دچار گواتر شود بصورتیکه در بلعیدن و تنفس مشکل داشته باشد و یا به علت پرکاری تیروئید به گواتر مبتلا شده باشد تیروئید بطور کامل یا بخشی از آن طی جراحی خارج می شود.

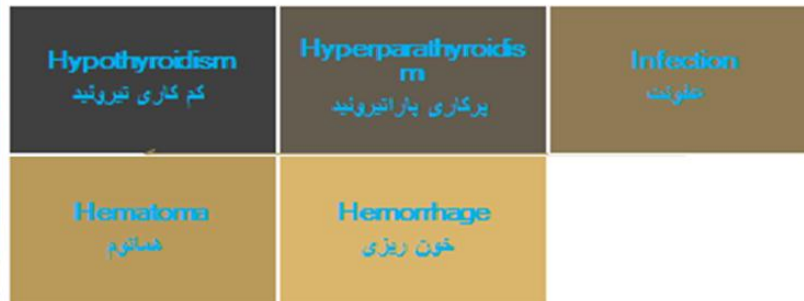
پرکاری تیروئید: در این بیماری غده تیروئید هورمون تیرووکسین را بیش از میزان مورد نیاز بدن تولید می کند. اگر فردی به داروهای تیروئید پاسخ ندهد و یا مایل به درمان ید رادیواکتیو نباشد تیروئیدکتومی می تواند انتخاب مناسبی برای درمان باشد.



indication of thyroidectomy اندیکاسیون تیروئیدکتومی



complication of thyroidectomy عوارض تیروئیدکتومی



Reference www.nlm.nih.gov

هیستریکتومی

Hysterectomy

هیستریکتومی نوعی عمل جراحی است که در طی آن رحم از بدن بیرون آورده میشود. این عمل برای درمان مشکلات متعددی بکار میرود؛ مانند دردهای لگنی، مشکلات قاعدگی، تومورها و دیگر بیماریهای مربوطه. البته بر اساس مشکل بیمار ممکن است علاوه بر رحم، برداشتن لوله های فالوپ، تخمدان ها و یا دهانه رحم (سرویکس) نیز ضرورت یابد. معمولاً در موارد زیر ممکن است هیستریکتومی به بیمار پیشنهاد شود: وجود فیبروید یا میوم

این موارد تومورهای غیر سرطانی هستند که معمولاً بعد از یائسگی کوچک و جمع می شوند

فیبرویدها شایعند ولی در حالت عادی نیازی به درمان ندارند مگر آنکه با علائمی همراه باشند. اما فیبرویدهای بزرگ می توانند بر اعضای داخل لگن فشار آورده، موجب خونریزی، درد در هنگام آمیزش، کم خونی، درد لگن، و یا فشار به مثانه شوند. آندومتریوز حالتی است که در آن آستر پوشاننده رحم در بیرون از رحم و یا روی :ابتلا به آندومتریوز اعضای اطراف آن نیز وجود دارد و ممکن است باعث قاعدگی های دردناک، خونریزی های غیر طبیعی از واژن، ایجاد جوشگاه و چسبندگی، و ناباروری گردد. آندومتریوز دومین علت شایع برای انجام هیستریکتومی بشمار می رود

افتادگی (پرولاپس) رحم

در این حالت به دلیل ضعف بافت هایی که رحم را در جای خود نگه

میدارند، رحم به سمت پایین و به درون واژن میرود. این وضعیت ممکن است باعث بی اختیاری ادرار، فشار بر لگن و یا اشکال در اجابت مزاج گردد

زایمان، چاقی ، سرفه یا زور زدن مداوم ، و تغییرات هورمونی (مثلا از دست دادن استروژن بعد از یائسگی) از علل شایع پرولاپس رحم بشمار میروند.

: دردهای لگنی

این دردها علل و علائم متعددی دارند (مانند دردهای قاعدگی ، یا درد در هنگام آمیزش) ولی همه آنها از طریق هیستریکتومی بطور کامل قابل درمان نمی باشند. لذا بسیار مهم است که ابتدا مشکل به درستی تشخیص داده و با اقدامات دیگری درمان شود. بعضی از علل دردهای لگنی عبارتند از: آندومتریوز ، فیبروئیدها ، چسبندگی ها ، عفونت ها ، آسیب ها

خونریزی غیر طبیعی از واژن .

علل شایع این وضعیت عبارتند از : برهم خوردن تعادل هورمون ها ، فیبروئید ها ، پولیپ ، عفونت رحم ، و سرطان. از علائم مرتبط با آن ممکن است وجود خونریزی های شدید و طولانی در هنگام قاعدگی، خونریزی در بین قاعدگی ها و یا بعد از یائسگی باشد. البته با اعمال جراحی یا اقدامات طبی دیگر نیز میتوان این حالت را با موفقیت درمان نمود . لذا در مورد دیگر گزینه های موجود باید با پزشک صحبت کرد.

سرطان

بسته به وسعت سرطان ، جهت توقف گسترش آن به اعضای دیگر در موارد زیر ممکن است هیستریکتومی ضرورت یابد

سرطان اندومتر و دهانه رحم ، سرطان تخمدان و لوله های فالوپ

انواع هیستریکتومی :

- هیسترکتومی توتال (کامل): که بر خلاف اسمش، فقط رحم و سرویکس (دهانه رحم) در آورده میشوند.
- هیستریکتومی ساب توتال (نیمه کامل): فقط قسمت فوقانی رحم در آورده شده، دهانه رحم و اعضای دیگر باقی می ماند.
- هیستریکتومی رادیکال (ریشه ای): که در آن رحم ، دهانه رحم ، قسمت فوقانی واژن ، بافت های حمایتی و معمولا غدد لنفاوی لگن در آورده میشود . این نوع معمولا برای درمان سرطان بکار میرود.
- علاوه بر هیستریکتومی ممکن است در آوردن یک یا هر دو تخمدان نیز لازم شود . در این صورت عمل جراحی سالپینگو اوفارکتومی (salpingo-oophorectomy) نامیده میشود . اما در کل تخمدان و لوله های فالوپ در هنگام هیستریکتومی برداشته نمی شوند مگر آنکه مشکلی داشته باشند.

نحوه عمل

هیستریکتومی به دو صورت قابل انجام است: از طریق واژن، و از طریق شکم
خطرات هیستریکتومی

هیستریکتومی عملی ایمن است با این حال، از معدود خطرات همراه با سایر اعمال جراحی نیز
برخوردار است و در موارد بسیار نادر عوارض شدید و حتی مرگ را به دنبال دارد.

عوارض احتمالی آن عبارتند از :

- مشکلات مربوط به بیهوشی
- ایجاد لخته در سیاهرگ ها (DVT) که ممکن است کنده شده و به ریه ها بروند.
- عفونت
- خونریزی
- آسیب به اعضای داخلی (دستگاه ادراری ، مثانه ، روده ها) و پوست
- از دست دادن عملکرد تخمدان

مراقبت های بعد از عمل

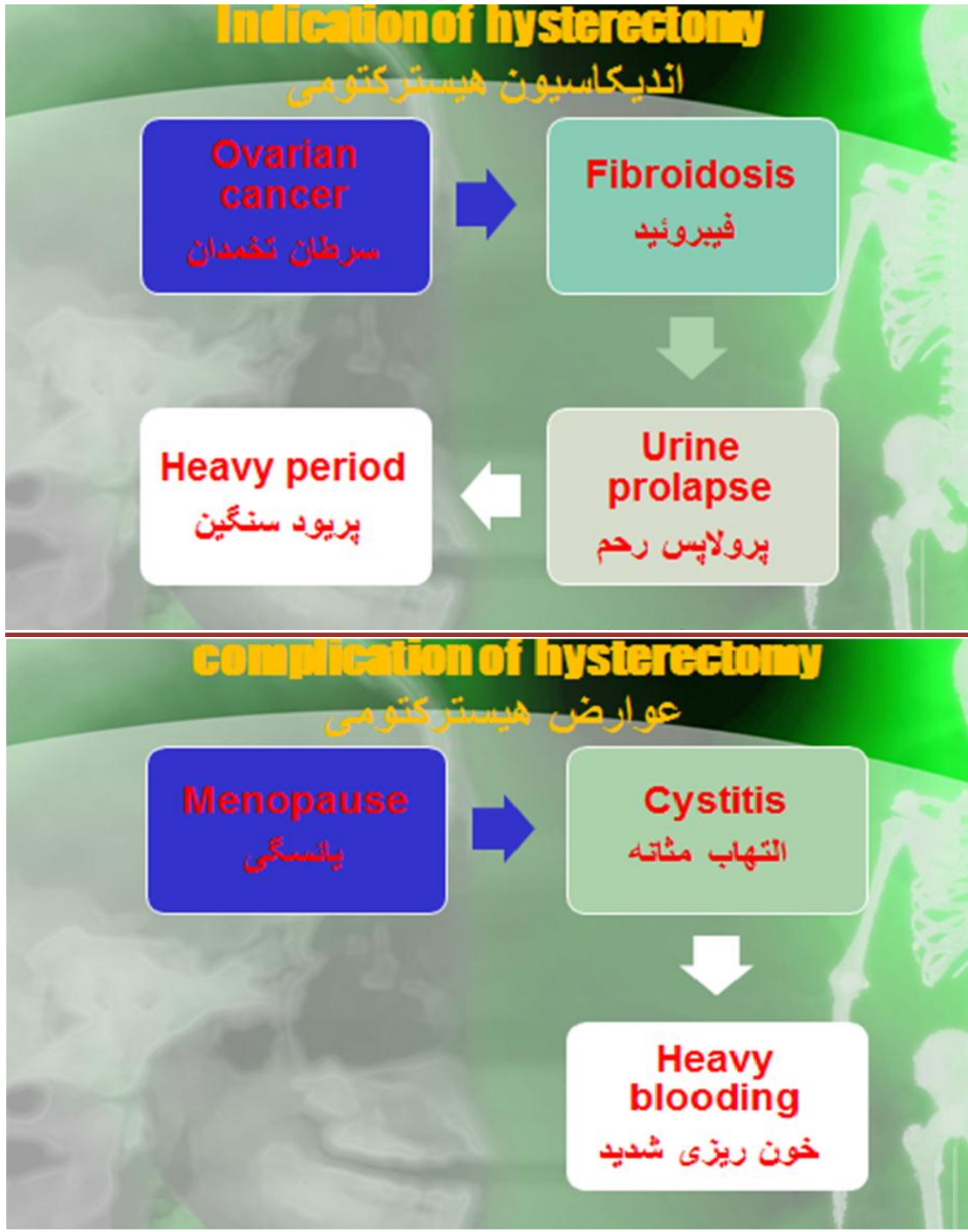
بعد از عمل جراحی، بسته به نظر پزشک بیمار چند روز بستری و جهت جلوگیری از عفونت به
وی آنتی بیوتیک و نیز مسکن تجویز میشود.

در صورتی که عمل جراحی از طریق شکم انجام شده باشد، بهبودی به ۸-۶ هفته زمان نیاز
دارد. در این صورت بیمار نباید فعالیت های سنگین انجام دهد، بخصوص در دو هفته اول باید
استراحت کامل داشته و از بلند کردن اجسام خودداری کند . اما بعد از آن میتواند کم کم کارهای
سبک را انجام دهد. بعد از توقف خونریزی، درد و فشار بر لگن بیمار میتواند فعالیت های خود را از
سر بگیرد . در حوالی هفته ششم نیز می تواند فعالیت های جنسی را آغاز نماید. البته تا ۳ ماه
بعد از عمل باید کماکان از انجام فعالیت های سنگین خودداری نماید.
در زنانی که از طریق واژن هیستریکتومی می شوند، سرعت بهبودی بیشتر است و سریعتر می
توانند فعالیت های خود را از سر بگیرند.

تغییرات پس از هیستریکتومی

اگر هیستریکتومی قبل از یائسگی انجام شود، بعد از عمل قاعدگی متوقف شده و بیمار دیگر
نمیتواند باردار شود . در صورتی که تخمدان ها نیز در آورده شده باشند، ممکن است علائم زجر
آور یائسگی نیز بروز کنند (مانند گر گرفتگی، تغییر خلق و خو، اختلالات خواب ، خشکی واژن).
حتی ممکن است این علائم نسبت به یائسگی نرمال شدیدتر هم باشند.

بعضی زنان اظهار کرده اند که بعد از این جراحی، میل جنسی شان کاهش یافته است ولی این مطلب بطور علمی هنوز ثابت نشده است، بر عکس در واقع اکثر زنان افزایش یا عدم تغییر میل جنسی را گزارش کرده اند.



Reference

www.webmd.com

www.medicinenet.com

کرانیوتومی

Craniotomy

بازکردن جمجمه به طریق جراحی برای دستیابی به ساختمانهای داخل جمجمه جهت خارج کردن تومور، انجام بیوپسی ، درمان ICP بالا، کشیدن لخته خون و کنترل خونریزی می باشد. روشهای کرانیوتومی بالای چادرینه . (برش در بالای منطقه عمل و معمولا پشت خط موها) زیر چادرینه . (برش در فرورفتگی گردن و اطراف لب پس سری) از طریق استخوان پروبونی. (از راه دهان و سینوسهای بینی برای دستیابی به غده هیپوفیز . برش در زیر لب بالا برای دسترسی به حفره بینی می باشد.)

- عوارض جراحی داخل جمجمه
- افزایش ICP
- عفونت
- نقایص نورولوژیک
- خونریزی و شوک هیپولومیک
- اختلال در تعادل مایعات و الکترولیتها
- تشنج
- انفارکتوس



Indication of craniotomy

اندیکاسیون کرانیوتومی

Tumor

تومور

Cyst

کیست

Bleeding

خون ریزی

Hematoma

هماتوم

Cerebral
palsy

فلج مغزی

Brain abscess

آبسه مغزی



complication of craniotomy

عوارض کرانیوتومی

Infection

عفونت

Behavior
disorders

مشکلات رفتاری

Chang
memory

تغییرات حافظه

Bladder
problem

مشکلات مثانه

Paralysis

فلج

Weakness

ضعف

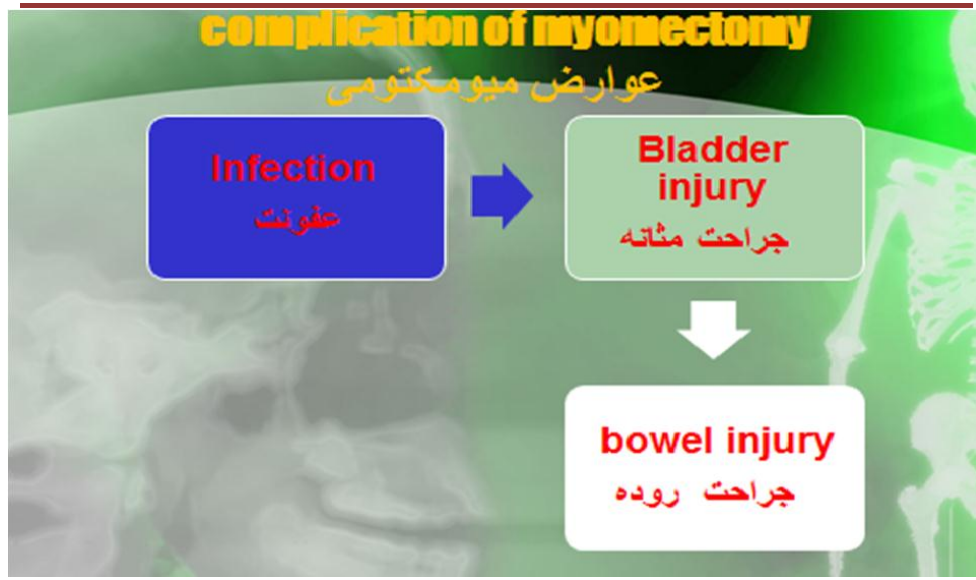
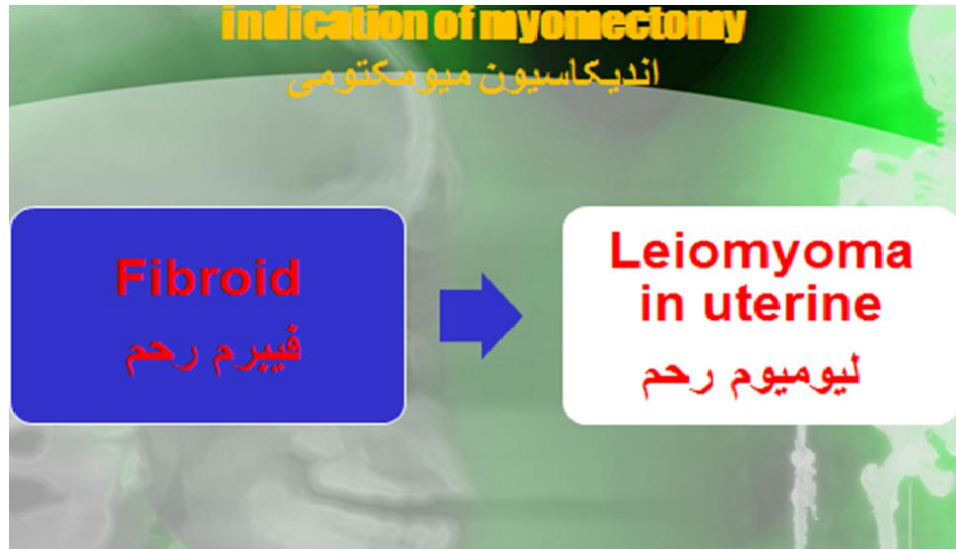
Referencenn www.yoursurgery.com

میومکتومی

Myomectomy

میومکتومی (عمل برداشت فقط فیبروم) : این عمل عارضه اش از عمل برداشت رحم ، کمتر است ولی احتمال عود (برگشت مجدد) فیبروم با آن وجود دارد. میومکتومی می تواند به روشهای باز کردن شکم و لاپاراسکوپی انجام شود. عمل لاپاراسکوپی برای برداشت فیبروم های کوچک استفاده می شود. اخیراً از ربات جراحی برای برداشت فیبروم های بزرگتر و بیشتر حین لاپاراسکوپی استفاده می شود.

میومکتومی هیستروسکوپیک : این روش یک گزینه مطرح برای برداشت فقط فیبروم های داخل رحم (زیر مخاطی) است. یک لوله باریک و بلند بنام هیستروسکوپ که در نوک آن یک دوربین تعبیه شده ، تحت بی حسی موضعی یا بی هوشی عمومی وارد رحم می شود و با دید کامل ، پزشک فیبروم را مشاهده کرده و بر می دارد. این روش فقط در وقتی که پزشک بسیار حاذق بوده و تکنیک این عمل را می داند ، کاربرد دارد.



Reference

www.mayoclinic.org

www.ucsfhealth.org

اسپلنکتومی

Splenctomy

طحال از احشاء خلف صفاقی محسوب می شود که عملا در داخل فضای شکم قرار گرفته است و جزو سیستم ایمنی بدن بوده و در دوران جنینی در ساخت گلبول های قرمز خون نیز رل اساسی دارد. طحال تا ۷ سالگی از ارگان های بسیار مهم سیستم ایمنی محسوب شده و خروج آن بجز در موارد استثنایی ممنوع است. این عضو در سنین زیر ۱۸ سالگی از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و تمامی تلاش پزشکان در بیماران این است که تا جایی که امکان پذیر هست طحال افراد زیر سن ۱۸ سالگی برداشته نشود.

علل برداشتن طحال: شایع ترین علت برداشت طحال پارگی آن بر اثر تروماست. علت های دیگر شامل آبسه ها و آنفاکتوس طحال و بیماری های بد خیم طحال شامل لوسمی و لنفوم می باشد. در برخی عفونتهای طحال مثل منونوکلئوز-کالا آزار-مالاریا و پرخونی طحال حجم طحال بسیار بزرگ می شود که حتی با بهبود عفونت؛ طحال به حالت اولیه خویش برنمی گردد و باید از بدن خارج شود. بیماری های خونی از جمله علل دیگر برداشت طحال می باشد بیماری های نظیر ITP ؛ اسفروسیتوز؛ تالاسمی و از این جمله هستند.

متدهای برداشت طحال: ۱-متد باز کلاسیک که در مورد طحال خیلی بزرگ و همچنین عدم امکان لاپاروسکوپی (مثلا" در بیماری های مزمن ریوی و سابقه برخی جراحی ها) انجام می شود.

۲- متد لاپاروسکوپی که در طحال های با سایز نرمال (ITP) و یا ابعاد متوسط نظیر اسفروسیتوز و یا تالاسمی قابل انجام است. این روش ایمن بوده و عوارض پس از عمل کمتری دارد همچنین طول زمان بستری کوتاهتر و برگشت به فعالیت های عادی زودتر صورت می گیرد.

از لحاظ هزینه عمل هرچند عمل لاپاروسکوپی به علت استفاده از تجهیزات خاص گرانتر است ولی به علت کوتاه بودن زمان بستری مقرون به صرفه است.

آمادگی برای عمل: به علت ضعیف شدن سیستم ایمنی واکسیناسیون قبل از عمل توصیه می گردد. بهترین زمان واکسیناسیون ۱۰ روز قبل از عمل است که البته می توان تا ۲ روز بعد از عمل نیز بخصوص در بیماران ترومایی واکسن را تزریق کرد.



Indication of splenectomy

اندیکاسیون اسپلنکتومی

Bloodtest

آزمایش خون

Hyper splenic

فعالیت بیش از حد طحال

Cancer

سرطان

Lymphoma

لنفوم



Risk factor of splenectomy

رېسک فاکتور اسپلنکټومی

Bleeding

خون ریزی

Injury

جراحت

Infection

عفونت

Reference

www.healthline.com

ژژنوستومی

Jejnustomy

لوله گذاری دستگاه گوارش وارد کردن یک لوله ی قابل ارتجاع است به داخل معده، دئودنوم یا ژژنوم که ممکن است از طریق دهان یا بینی یا دیواره ی شکم (گاستروستومی، ژژنوستومی) وارد شود که برحسب کاربرد لوله ها ممکن است طول لوله بلند، متوسط یا کوتاه باشد

لوله ی بینی-معده ای کوتاه، بینی-دوازدهه ای متوسط و لوله ی بینی-روده ای بلند است

هدف از لوله گذاری دستگاه گوارش

برداشتن فشار از روی معده با خارج کردن گاز و مایع

شستشوی معده با آب یا سایر مایعات و خارج کردن سموم یا سایر مواد مضر خورده شده

تشخیص اختلالات مربوط به تحرک معده و روده و سایر اختلالات

وارد کردن داروها و غذاها

خارج کردن محتویات معده به منظور آزمایش و تجزیه ی آنها

انواع لوله ها

سوند دهانی-معده ای: نوعی سوند با سوراخ های بزرگ و دهانه ی خروجی پهن است که باری خروج محتویات معده در اورژانس و بخش های مراقبت ویژه به کار می

رود. این لوله از نظر طول، اندازه، هدف از استفاده و محل جاگذاری در دستگاه گوارش باهم تفاوت دارد

لوله های معده ای

سوند بینی-معده ای: این سوند نوعی لوله ی کوتاه است که اغلب قبل یا در خلال جراحی مری یا معده از طریق بینی به معده وارد میشود

و لوله ی گاستریک سامپ است. از این لوله (levin) انواع شایع آن مثل لوله ی لوین ها برای دادن دارو به مدت حداکثر ۷ هفته یا تغذیه و یا برداشتن از روی دستگاه گوارش فوقانی استفاده می شود

لوله ای تک مجرای است که از پلاستیک یا لاستیک ساخته شده: (levin) لوله ی لوین است. این لوله وصل به ساکشن متناوب با فشار پایین می شود. ساکشن متناوب برای جلوگیری از زخم یا پارگی پوشش معده به کار می رود که می توان به دلیل چسبندگی مداوم مجرای لوله به مخاط معده پدید آید

لوله ی بینی-معده ای است از جنس: (salem sump tube) لوله ی گاستریک سامپ پلاستیک شفاف و دو و مجرای که برای خالی نگه داشتن معده استفاده می شود. لوله ی داخلی کوچکتر است و بوسیله ی سوراخی که در انتهای لوله قرار دارد با محیط بیرون ارتباط دارد. این لوله به ساکشن مداوم کم فشار وصل می شود. یک دریچه ی ضد رفلاکس دنباله ی لوله ی داخلی کوچکتر است که مانع از رفلاکس محتویات معده می شود. برای شستشوی مجرای خارج کننده ی ترشحات، دریچه برداشته میشود. برای برقراری مجدد، یک هوای خنثی کننده بین محتویات معده و دریچه که ۲۰ میلی لیتر هوا از طریق دریچه آبی رنگ تزریق شده و دریچه مجدداً جاگذاری می شود

لوله های روده ای

لوله های بینی-روده ای برای غذارسانی مورد استفاده قرار می گیرند. لوله های غذارسانی که در دوازدهه است به تام لوله های بینی-دوازدهه ای و آنهایی که در ژژنوم قرار می گیرند لوله های بینی-ژژنومی نام دارند. بعد از وارد کردن لوله ابتدا نوک لوله در داخل معده قرار می گیرد و بعد معمولا ۲۴ ساعت طول می کشد تا لوله به روده برسد (از طریق حرکات دودی روده) یا از طریق جراحی یا آندوسکوپی، لوله های روده ای را مستقیما وارد دوازدهه یا ژژنوم می کنند.

آماده سازی بیمار

قبل از انجام پروسیجر، پرستار باید پرستار باید هدف از لوله گذاری را برای بیمار توضیح دهد تا همکاری بیمار افزایش یابد.

برای اطمینان از قرار گرفتن لوله در جای مناسب روش هایی که مورد استفاده قرار می گیرند عبارت است از

عکس برداری با اشعه ی ایکس که مطمئن ترین روش است

اندازه گیری طول لوله

مشاهده ی مایع آسپیره شده که رنگ مایع آسپیره شده به تعیین محل قرار گیری آن کمک می کند. (مایع خارج شده از معده اکثرا سبز رنگ، خون آلود یا قهوه ای رنگ است اما مایع خارج شده از روده شفاف و به رنگ زرد یا صفرا است.

روش جدید در دست مطالعه، استفاده از لوله هایی که دارای آشکار کننده ی کربن دی اکسید در نوک خود هستند که در صورت ورود لوله به نای تغییر رنگ می دهند

نکته: اطمینان از قرار گرفتن صحیح لوله در دوازدهه کار دشواری است که اگر با آندوسکوپي وارد شده باشد می توان از جایگذاری صحیح آن مطمئن شد. متوکلوپرامید وریدی برای تسهیل حرکات دودی و راندن لوله ی تغذیه به داخل دوازدهه ممکن است ویا اینکه بیمار را بر روی پهلوئی راست قرار دهیم

برای رفع انسداد لوله از محلولی که شامل آنزیم های گوارشی همراه با بی کربنات سدیم است می توان استفاده کرد اما قبل از آن باید از قرار داشتن لوله در محل مناسب خود مطمئن بود. برای باز نگه داشتن لوله لازم است شستشو با آب یا سرم فیزیولوژی هر ۴ تا ۶ ساعت یکبار انجام شود

رعایت دقیق و منظم بهداشت دهان و بینیبخش مهمی از مراقبت از بیمار است. دهان شویه ی مکرر باعث راحتی بیمار می شود. در صورت خشکی مخاط بینی و حلق استفاده از دستگاہ بخور گرم یا سرد مفید است

هر ۲ الی ۳ ساعت یکبار لازم است چسب روی بینی تعویض شود و بینی از نظر تحریک پوستی بررسی شود

عوارض گذاشتن لوله شامل کاهش حجم مایعات بدن، عوارض ریوی (سرفه در هنگام دادن دارو، تب، تندی تنفس) و تحریک های ناشی از وجود لوله می باشد

برای خارج کردن لوله امکان دارد که پرستار از ۲۴ ساعت قبل لوله را به طور متناوب کلمپ کند تا از عدم بروز تهوع، استفراغ و نفخ اطمینان حاصل کند. قبل از خارج کردن آب یا سرم فیزیولوژی لوله را شسته تا ضمن پاک بودن مسیر از ۱۰۰ cc لوله ابتدا با دور بودن لوله از مخاط معده مطمئن شود

انتخاب نوع ترکیب تغذیه ی لوله ای بستگی به وضعیت دستگاہ گوارش و نیازهای غذایی بیمار دارد که چقدر کالری نیاز دارد و این میزان کالری شامل چه ترکیباتی (کربوهیدرات و پروتئین و چربی) باشد

گاستروستومی و ژژنوستومی

گاستروستومی یک روش جراحی برای ایجاد یک سوراخ در معده با هدف رساندن غذا و مایعات توسط یک لوله و یا برداشتن فشار از روی معده در صورت وجود انسداد روده می باشد. در بعضی موارد هم برای تغذیه طولانی مدت (بیش از ۴ هفته) در بیماران مسن و ناتوان استفاده می شود.

در بیماران بیهوش گاستروستومی بر تغذیه ی بینی-معده ای برتری دارد به دودلیل

اسفنگتر مری-معده‌های دست نخورده می ماند

امکان آسپیراسیون و پس زدن غذا کاهش می یابد
گاستروستومی ممکن است با ایجاد یک برش

جراحی روی شکم ایجاد شده و توسط بخیه هایی

لوله را به دیواره ی قدامی معده ثابت کنند. روش

دیگر تونلی ایجاد شده که به سطح شکم می آورند

و به صورت یک دهانه ی دائمی شکل داده میشود

ژژنوستومی هم مشابه گاستروستومی است با این

تفاوت که قسمت انتهایی آن به ناحیه ای فراتر از

پیلور و به داخل ژژنوم امتداد می یابد

نکته مهم: بیماران مبتلا به رفلکس شدید معده به مری به دلیل خطر بروز پنومونی ناشی از آسپیراسیون نمی توانند گاستروستومی شوند. برای این گروه از افراد ژژنوستومی ارجح است

عوارضی که می تواند داشته باشد عبارت است از
عفونت زخم

خونریزی از معده و روده

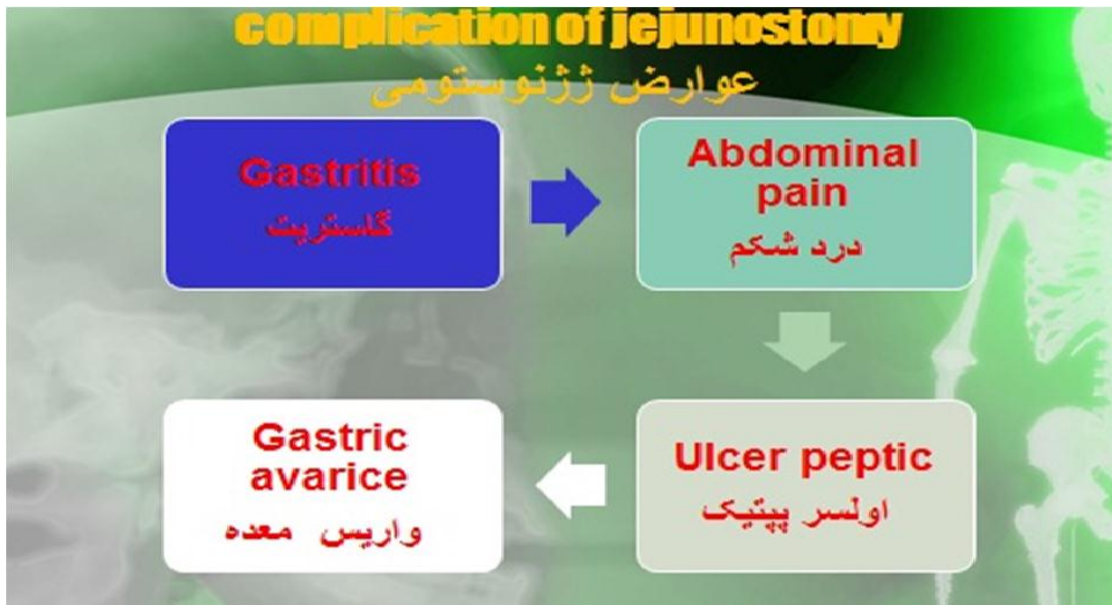
خارج شدن تصادفی لوله-

مراقبت

برای جلوگیری از عفونت لازم است یک لایه ی کوچک گاز استریل به صورت پانسمان بین محل ورود لوله و لوله ی گاستروستومی گذاشته شود

مراقبت از پوست نیز باید انجام شود چون احتمال قرمزی و خارش و دردناک شدن وجود دارد. پوست باید با آب و صابون شسته شود و با گذاشتن و برداشتن پارچه خشک شود

نکته: در صورت خروج لوله به طور تصادفی یا توسط بیمار باید سرعا به پزشک اطلاع داده شود چون راه ایجاد شده در صورت عدم جاگذاری مجدد بعد از ۴ تا ۶ ساعت مسدود می شود.



Reference

www.webmed.com

کولکتومی

Colectomy

برداشتن کولون یا کولکتومی colectomy یک رویه‌ی جراحی برای برداشتن تمام یا بخشی از کولون (قولون) است. کولون که روده‌ی بزرگ نیز نامیده می‌شود یک عضو لوله‌پی شکل در انتهای دستگاه گوارش است. برای درمان یا پیشگیری از بیماری‌ها و شرایطی که کولون را گرفتار می‌کند، ممکن است انجام کولکتومی ضروری باشد. عمل جراحی کولکتومی دارای انواع متفاوتی است:

کولکتومی کامل شامل برداشتن تمام کولون است total colectomy
کولکتومی ناقص شامل برداشتن بخشی از کولون partial colectomy است و کولکتومی زیر کامل subtotal colectomy هم نامیده می‌شود.

همی کولکتومی شامل برداشتن بخش راست یا چپ کولون hemicolectomy است.
پروکتوکولکتومی شامل برداشتن کولون و راست روده proctocolectomy است.
عمل جراحی برداشتن کولون معمولاً به انجام سایر رویه‌ها برای چسباندن مجدد بخش‌های باقیمانده‌ی دستگاه گوارش و ایجاد امکان برای دفع مواد زاید از بدن نیاز دارد.
علت انجام:

از کولکتومی برای درمان و پیشگیری بیماری‌ها و شرایطی استفاده می‌شود که کولون را درگیر می‌کنند، مانند:

خونروی غیرقابل کنترل. ممکن است خونروی غیرقابل کنترل به جراحی برداشتن بخش گرفتار کولون نیاز داشته باشد.

انسداد روده. کولون مسدود شده، یک حالت اورژانس تلقی می‌شود و بر حسب وضعیت، ممکن است برای رفع آن به کولکتومی کامل یا ناقص نیاز باشد.

سرطان کولون. در مرحله‌ی اولیه‌ی سرطان ممکن است لازم باشد فقط بخش کوچکی از کولون در ضمن کولکتومی برداشته شود. در مرحله‌ی بعدی سرطان ممکن است لازم باشد مقدار بیشتری از کولون برداشته شود.

بیماری کرون. در صورتی که استفاده از دارو به بیمار کمک نکند، با برداشتن بخش گرفتار کولون ممکن است به طور موقت شناسه‌ها و نشانه‌ها بهبود یابند. در صورتی که ضمن آزمون

برای بررسی کولون (کولونوسکوپی)، تغییرات پیش‌سرطانی یافته شد، کولکتومی، یک گزینه‌ی درمان خواهد بود.

کولیت اولسرو. در صورتی‌که استفاده از دارو برای کنترل شناسه‌ها و نشانه‌های این بیماری مؤثر نباشد، ممکن است پزشک انجام کولکتومی را پیشنهاد نماید. همچنین در صورتی‌که در این بیماری ضمن انجام کولونوسکوپی، تغییرات پیش‌سرطانی دیده شود، کولکتومی یک گزینه خواهد بود.

دیورتیکولیت. در صورتی‌که دیورتیکولیت diverticulitis رجعت نماید یا بیمار دچار عوارض دیورتیکولیت گردد، عمل جراحی برای برداشتن قسمت مبتلای کولون توصیه خواهد شد. جراحی پیشگیری. در صورتی‌که به علت ایجاد پلیپ‌های متعدد پیش‌سرطانی در کودکان، بیمار پرخطر تشخیص داده شود، برای پیشگیری از بروز سرطان در آینده می‌توان در بیمار کولکتومی کامل انجام داد. ممکن است برای افرادی که دارای شرایط ارثی ژنتیک هستند که سبب افزایش احتمال سرطان کولون می‌گردد مانند پلیپوز آدنوماتوی خانوادگی familial adenomatosis polyposis یا سندرم لینچ Lynch syndrome، انجام کولکتومی یک گزینه است.

بیمار باید در مورد گزینه‌های درمان با پزشک به بحث بنشیند. در بعضی موقعیت‌ها ممکن است بتوان میان انواع مختلف اعمال جراحی کولکتومی، یک روش را انتخاب کرد. پزشک می‌تواند در مورد مضار و منافع هر کدام نظر دهد.

خطرات:

انجام کولکتومی به بروز عوارض جدی منتهی می‌شود. احتمال بروز عوارض به سلامت عمومی بیمار، نوع کولکتومی انجام شده و رویکرد مورد استفاده جراح در انجام این عمل بستگی دارد. به‌طور کلی، عوارض کولکتومی شامل موارد زیر است:

- خونروی
 - پیدایش لخته‌ی خون در ساق‌ها (ترومبوز ورید عمقی) و ریه‌ها (آمبولی ریه)
 - عفونت
 - صدمه به اندام‌های نزدیک کولون مانند مثانه و روده‌ی کوچک
 - پارگی بخیه‌هایی‌که باقی بخش‌های دستگاه گوارش را به هم وصل می‌کند.
- بعد از انجام کولکتومی تا ترمیم دستگاه گوارش، بیمار در بیمارستان بستری می‌ماند. گروه تیماردار تندرستی نیز در طول این مدت شناسه‌های عوارض جراحی را پایش می‌کند بر حسب شرایط و موقعیت، بیمار از چند روز تا یک هفته در بیمارستان می‌ماند.
- نحوه آماده‌شدن بیمار:
- در روزهای آماده شدن برای ملاقات، بیمار باید کارهای زیر را انجام دهد:

- قطع مصرف بعضی داروها. مصرف بعضی داروها سبب افزایش احتمال ایجاد بروز عوارض ضمن جراحی می‌گردد و به این جهت پیش‌از جراحی، بیمار باید مصرف بعضی از داروها را متوقف نماید.
- ناشتا بودن برای عمل. پیش‌از عمل جراحی، آموزش‌های لازم به بیمار داده شده و از بیمار خواسته می‌شود چند ساعت پیش از عمل در همان روز غذا و آب مصرف ننماید.
- نوشیدن مایعی برای پاکسازی روده. برای بیمار یک محلول مسهل تجویز می‌شود تا درخانه با آب مصرف نماید. این محلول ظرف چند ساعت و طبق دستور لازم نوشیده می‌شود. این محلول سبب ایجاد اسهال می‌شود و به تخلیه‌ی کولون کمک می‌کند. همچنین ممکن است از تنقیه نیز استفاده گردد.
- مصرف آنتی‌بیوتیک. در بعضی موارد، برای فرونشانی باکتری‌های طبیعی موجود در کولون و کمک به پیشگیری از عفونت، آنتی‌بیوتیک تجویز می‌شود.
- آماده شدن برای کولکتومی همیشه هم امکان‌پذیر نیست. به‌عنوان مثال، اگر به‌علت انسداد روده یا پرفوراسیون روده به کولکتومی اورژانس نیاز باشد، مهلتی برای آماده‌شدن بیمار وجود ندارد.
- برنامه برای اقامت در بیمارستان:
پس از انجام کولکتومی، برحسب وضعیت موجود لازم است بیمار چند روزی در بیمارستان بستری باشد، باید ترتیبی اتخاذ شود تا شخصی بتواند بعد از عمل، درخانه و محل کار از بیمار مراقبت نماید.
- در دوران بازیافت بعد از عمل، در بیمارستان لازم است آنچه بیمار نیاز دارد درکنارش باشد، در بعضی بیمارستان‌ها در این زمینه هم اقداماتی شده و همراه بستری شدن، بسته‌هایی نیز در اختیار بیمار قرار می‌گیرد که شامل موارد زیر است:
 - لباس و دم‌پایی
 - وسایل بهداشتی از جمله مسواک و خمیردندان یا در صورت لزوم وسایل اصلاح
 - لباس راحت برای خانه
 - انجام فعالیت‌هایی برای گذراندن وقت مثل کتاب، مجله یا وسایل بازیانتظاری که باید داشت:
- ضمن کولکتومی:
- در روز عمل، گروه تیمار تندرستی، بیمار را آماده خواهد کرد. فشارخون و تنفس پایش خواهد شد و ممکن است از راه ورید آنتی‌بیوتیک تجویز شود.
- سپس بیمار را به اتاق عمل برده و روی تخت عمل قرار می‌دهند. روی تخت داروی بیهوشی تجویز می‌شود و بیمار به حالت خواب می‌رود به طوری که از جریان یافتن عمل آگاه نخواهد

بود.

سپس گروه جراحی، جریان عمل کولکتومی را آغاز می‌کند. عمل جراحی کولون به دو صورت زیر انجام می‌گیرد:

کولکتومی باز. جراحی باز شامل ایجاد یک برش طولانی در شکم برای دسترسی به کولون است. برای آزادسازی کولون از بافت اطراف و بریدن بخشی تا تمام کولون از ابزار خاصی استفاده می‌شود.

کولکتومی با لاپاروسکوپ. کولکتومی با لاپاروسکوپ laparoscopic colectomy را کولکتومی با حداقل تهاجم minimally invasive colectomy نیز می‌نامند که شامل ایجاد چند برش در شکم است. جراح یک دوربین ویدیویی ظریف را از طریق برش و ابزار خاص جراحی وارد شکم می‌کند. جراحی روی یک صفحه‌ی ویدیویی در اتاق عمل پیشرفت کار آزادسازی کولون با این وسایل را از بافت اطراف مشاهده می‌کند. سپس کولون از طریق ایجاد برشی کوچک در شکم بیرون آورده می‌شود. این کار به جراح امکان می‌دهد تا عمل جراحی روی کولون بیرون از شکم انجام شود. وقتی ترمیم روی کولون انجام شد، جراح از راه برش، کولون را به درون حفره‌ی شکم می‌راند.

نوع عملی که انجام می‌شود به وضعیت و مهارت جراح وابسته است. با انجام کولکتومی با لاپاروسکوپ درد و مدت زمان برای بهبودی کاهش می‌یابد. اما باید گفت که در همه‌ی بیماران نمی‌توان این رویه را انجام داد. همچنین در بعضی موارد ممکن است عمل جراحی با لاپاروسکوپ انجام شود ولی به علت شرایط موجود گروه جراحی تصمیم بگیرد عمل را با روش باز ادامه دهد.

وقتی کولون ترمیم یا برداشته شد جراح دوسر دستگاہ گوارش را مجدداً به هم وصل می‌کند تا دفع مواد زاید از بدن امکانپذیر باشد. در این مورد گزینه‌های زیر وجود دارد: پیوند مجدد بخش‌های باقیمانده کولون. جراح بخش‌های باقیمانده کولون را به هم بخیه کرده و آن چیزی را به وجود می‌آورد که آناستوموز anastomosis نامیده می‌شود و به این ترتیب مدفوع مانند گذشته از بدن دفع می‌شود.

ارتباط دادن روده به منفذ ایجاد شده در شکم. ممکن است جراح، کولون (کولوستومی colostomy) یا روده‌ی کوچک (ایلئوستومی ileostomy) را به منفذ ارتباط دهد که در شکم ایجاد کرده است. این کار سبب می‌شود مواد دفعی از این منفذ (استوما stoma) دفع گردد. در خارج استوما برای جمع‌آوری مواد دفعی یک کیسه متصل می‌شود. این کیسه ممکن است دائمی یا موقتی باشد.

ارتباط دادن روده کوچک به مقعد. بعد از برداشتن کولون و رکتوم (پروکتوکولکتومی)، ممکن است جراح از یک بخش روده‌ی کوچک برای ایجاد یک کیسه استفاده کرده و آن را به مقعد

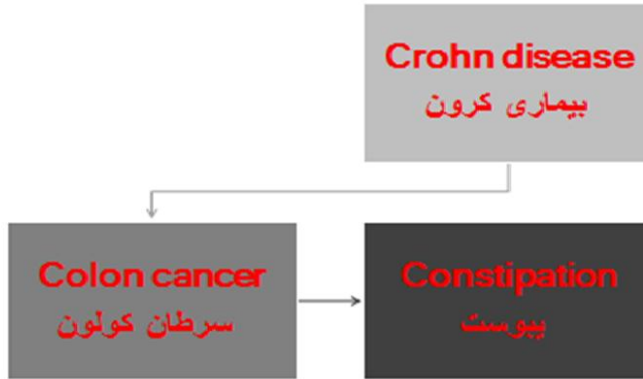
متصل نماید (آناستوموزایلئوآنال). این امر امکان می‌دهد دفع مدفوع به طور طبیعی انجام گیرد. اما دفع مدفوع چند بار در روز و به صورت آبکی انجام می‌شود. به‌عنوان بخشی از این روش، ممکن است بیمار ایلئوستومی موقتی شود. پیش از انجام عمل جراحی قاعداً پزشک گزینه‌های موجود را با بیمار درمیان خواهد گذاشت. بعد از کولکتومی:

بعد از اتمام عمل جراحی، تا رفع اثرات بیهوشی، بیمار به اتاق ریکاوری برده می‌شود تا در آنجا پایش شود. سپس گروه تیمار تندرستی تا بهبود کامل، بیمار را به بخش منتقل می‌کنند. تا بازیافت عملکرد روده، بیمار در بیمارستان می‌ماند. این مدت چند روز تا یک هفته طول می‌کشد. در ابتدا ممکن است بیمار نتواند از غذای جامد استفاده کند. در ابتدا از راه ورید بازو تغذیه‌ی مایع انجام می‌شود و سپس مایعات شفاف تجویز می‌گردد. با بهبود وضع روده، بیمار خواهد توانست از غذای جامد استفاده کند.

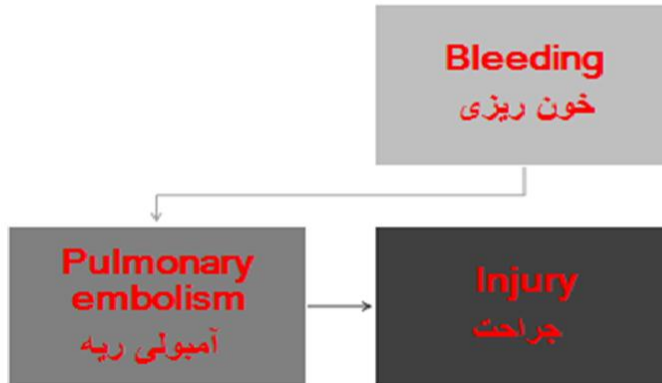
در صورتی‌که در جراحی از کولوستومی یا ایلئوستومی برای چسباندن روده به‌خارج استفاده شده باشد، آموزش‌های لازم برای مراقبت از استوماتوسط پرستاران داده خواهد شد و نحوه‌ی تغییر کیسه‌ی استومی برای جمع‌آوری مواد دفعی توضیح داده خواهد شد. بعد از ترک بیمارستان تا بهبودی کامل باید در خانه به مدت دو هفته استراحت کرد. ممکن است در ابتدا احساس ضعف وجود داشته باشد ولی در نهایت قدرت بیمار باز خواهد گشت. باید در مورد زمان بازگشت به کار از پزشک سوال شود.



indication of colectomy
اندیکاسیون کولکتومی



complication of colectomy
عوارض کولکتومی



Reference

www.mayoclinic.com

هیپوفیزکتومی

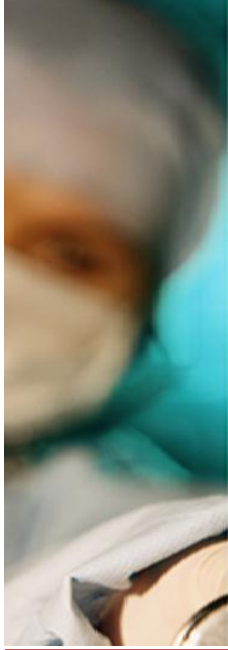
Hypophysectomy

نوعی عمل جراحی جهت حذف غده هیپوفیز می باشد. این جراحی در درمان تومورها به خصوص از نوع کرانیوفارنژیوما مورد استفاده قرار می گیرد. گاهی اوقات این عمل برای درمان سندرم کوشینگ (نشانگان کوشینگ) که متوجه آدنوم هیپوفیز است مورد استفاده قرار می گیرد

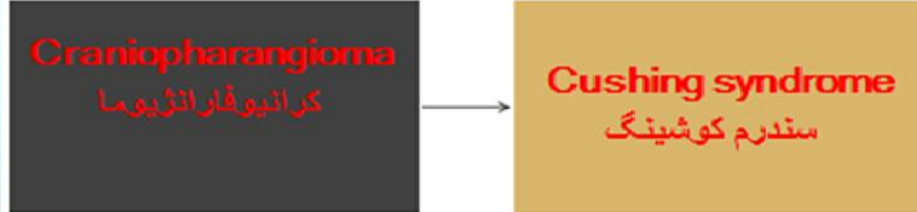
بعد از هیپوفیزکتومی کامل، جهت تامین هورمون ها، داروهای مختلف جایگزین خواهند شد که از جمله آنان می توان به گلوکوکورتیکوئیدها (گلوکوکورتیکوئید) اشاره کرد. جراحی می توان منجر به آدیسیون و افزایش چربی خون اشاره شود که می تواند تاثیر منفی بر روی بسیاری از ارگانها داشته باشد

جراحی حذف هیپوفیز در هر سنی که انجام شود باعث آتروفی بافت تیروئید و غده آدرنال (فوق کلیه) و همچنین ضعف و کاشکسی (لاگری مرض گونه) را به همراه خواهد شد. اگر این عمل قبل از بلوغ جنسی انجام شود، دستگاه تناسلی بیمار تکامل نخواهد یافت. همچنین عدم رشد را موجب می شود و اگر بعد از بلوغ جنسی بیمار تحت هیپوفیزکتومی قرار گیرد دچار از بین رفتن توانایی باروری و آتروفی

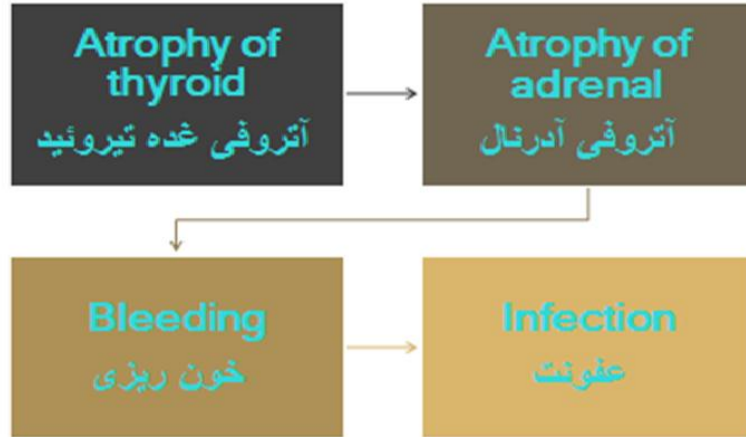
(تحلیل رفتن) گنادها (غدد جنسی) و اندام جنسی خواهد شد



Indication of hypophysectomy اندیکاسیون هیپوفیزکتومی



complication of hypophysectomy عوارض هیپوفیزکتومی



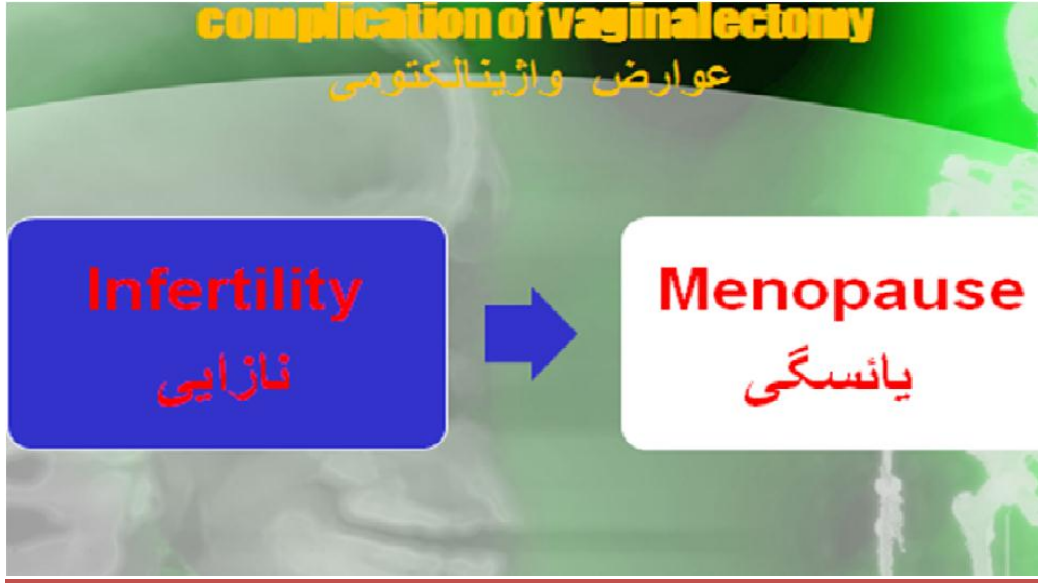
Reference www.webmed.com

واژینالکتومی

Vaginalectomy

واژینکتومی یا مهبل برداری

روش جراحی جهت برداشتن همه یا بخشی از مهبل می باشد. این روش بطور معمول جهت درمان سرطان واژن، بکار گرفته می شود. عمل جراحی واژینکتومی، نوعی عمل جراحی تغییر جنسیت محسوب می گردد. واژینکتومی کلی، برای بیماری های بدخیم مهبل مناسب نشان داده شده است. در این روش در ترکیب با هیستریکتومی شکمی یا هیستریکتومی رادیکال مورد نیاز می باشد



Reference

www.nhs.com

پنومونکتومی

Penumonectomy

پنومونکتومی عمل جراحی برای برداشتن ریه کل، در درجه اول برای درمان سرطان ریه انجام شده است. قبل از اینکه تصمیم به حذف سرطانی ریه، آزمونه‌های عملکرد ریوی در ریه باقی خواهد ماند که برای اطمینان از آن است که سالم و به اندازه کافی برای مقابله با خواسته های افزایش توان بر روی آن قرار می گیرد انجام می شود. جراحی در نظر گرفته شده است تنها درمان که ممکن است این بیماری درمان شده است. همه افراد مبتلا به سرطان ریه نامزدها برای پنومونکتومی، به خصوص اگر سرطان به غدد لنفاوی و یا سایر ارگان ها در زمان تشخیص در حال حاضر گسترش یافته است.

عوارض پس از پنومونکتومی شامل ریه سقوط (آتلکتازی)، اختلالات ریتم قلب، نشت هوا از استامپ برونش (پنوموتوراکس)، خونریزی، تغییر اندام ها و بافت به داخل حفره قفسه سینه خالی (SHIFT) مدیاستن)، عفونت ریه (ذات الریه)، تجمع بیش از حد مایع در حفره قفسه سینه خالی (افیوژن پلور)، نارسایی تنفسی، و مرگ.

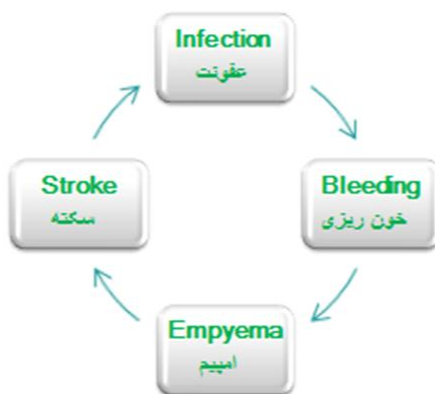
افرادی که تحت پنومونکتومی درمانی، فیزیکی و تنفسی پس از عمل جراحی نیاز داشته باشد. همه درمان در بیمارستان شروع شود، با حرفه ای و فیزیوتراپی پس از ترخیص از بیمارستان هدف از درمان تنفسی است و برای افزایش ظرفیت ریه و کاهش خطر برای تجمع ترشحات ریه انجام شده است. برای انجام این کار، درمانگر تنفسی ممکن است بر روی انواع مختلفی از تکنیک های تنفس و سرفه قرعه کشی کاردرمانی، هر گونه خستگی یا تنگی نفس است که ممکن است در طول فعالیت های زندگی روزمره رخ می دهد. جلسات درمان ممکن است شامل یادگیری به استفاده از تجهیزات مانند صندلی حمام برای کاهش انرژی مصرفی در طول

حمام کردن، یا تکنیک های حفاظت از انرژی، که در آن فعالیت های زندگی روزمره از قبیل آماده سازی غذا را به قطعات کوچکتر شکسته را به وظایف مدیریت است



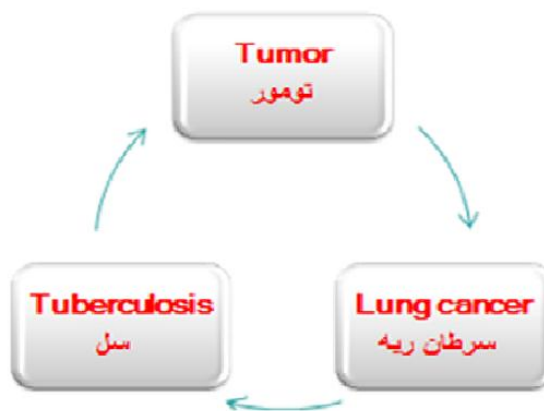
complication of pneumonectomy

عوارض پنومونکتومی



indication of pneumonectomy

اندیکاسیون پنومونکتومی



Reference www.Webmed.com

هیپاتکتومی

Hepatectomy

کبد برداری به عمل جراحی برداشتن (حذف) تمام یا قسمتی از کبد اطلاق می‌شود
این عبارت همچنین برای حذف کبد در حین پیوند کبد استفاده می‌شود.

اندیکاسیون‌ها

و چه بد خیم خوش خیم کبدی؛ چه به صورت نئوپلاسم درمان بیشترین هیپاتکتومی‌ها برای
مورد استفاده قرار می‌گیرد. نئوپلاسم‌های کبدی خوش خیم شامل آدنوم
, هپیرپلازی کانونی ندولر می‌باشد. شایع ترین نئوپلاسم‌های همانژیوم هیپاتوسلولار،
بد خیم کبدی شامل متاستاز به کبد می‌باشد، که بیشتر متاستازها مربوط (سرطان)
است. رایج ترین سرطان کبد اولیه از نوع کارسینوم هیپاتوسلولار سرطان روده بزرگ به
می‌باشد.
کبدی به انجام کیست داخل انگل و یا کیسه صفرا سنگ درمان هیپاتکتومی همچنین برای
می‌رسد.

تشخیص و مراقبت‌های قبل از عمل

سرطان کبد با نیاز به هیپاتکتومی از روش‌های زیر تشخیص داده می‌شود

- معاینه بالینی
- آزمایش خون
- سی تی اسکن
- سونوگرافی
- (تصویربرداری رزونانس مغناطیسی) ام آر آی

➤ آنژیوگرام

➤ ^[۳] یا نمونه برداری بیوپسی

تکنیک جراحی

به بیهوشی عمومی عمل جراحی هیپانتومی یکی از اعمال بزرگ یا مازور می‌باشد که زیر انجام می‌شود. به طور معمول برش دو طرفه لاپاراتومی انجام می‌رسد. این عمل به صورت مورد استفاده می‌گیرد و ممکن است به خط وسط گسترش (chevron) یا شورون دنده‌ای زیر یابد

ممکن است هیپانتومی به صورت آناتومیکی باشد یعنی خطوط برش مطابق با یک یا چند و یا به صورت غیر (آناتومی کبد قسمت از بخش‌های عملکردی کبد باشد (رجوع شود به آناتومیکی یا غیر منظم. هیپانتومی آناتومیکی به طور معمول ترجیح داده می‌شود زیرا در آن صفراوی کمتر است، البته هیپانتومی غیر آناتومیکی نیز می‌فستول‌های و خونریزی درصد توند به خوبی نوع آناتومیکی باشد. در طول هیپانتومی جهت کاهش خونریزی از مانور پرینگل استفاده می‌شود، با این حال این می‌تواند منجر به آسیب برقراری (Pringle manoeuvre) شود ایسکمی در کبد به علت خون مجدد جریان

➤ مراقبت‌های بعد از عمل

بعد از هیپانتومی فرآیند بهبود آغاز می‌شود. زمان مورد نیاز بستگی به شرایط بیمار دارد و از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. بیماران در روزهای ابتدایی بعد از جراحی درد را تجربه برای مدتی دچار خستگی بیمار. ضد درد استفاده می‌شود داروهای می‌کنند و به این منظور از می‌کند. بیمار باید از شکم بوده و احساس پری در اسهال یا ضعف است و همچنین ، یا مشکلات دیگر تحت مراقبت قرار گیرد تا در صورت بروز نارسایی کبد ، عفونت ، خونریزی نظر مشکل اقدامات پزشکی فوری به انجام برسد

بعد از هیپانتومی توتال و بعد از پیوند کبد بیمار به طور معمول برای چند هفته تحت مراقبت قرار می‌گیرد. بیمار گیرنده کبد در طول این مدت تحت نظارت کامل بیمارستان در دریافت می‌نماید که ممکن است رد پیوند تیم پزشکی است و داروهای جهت جلوگیری از ^[۴] بدن شوند موهای بالا و یا افزایش فشار خون باعث پف صورت،

عوارض و خطرات احتمالی

خونریزی

صفرای فیستول

عفونت

نارسایی کبد در بیماران مبتلا به بیماری زمینه‌ای کبدی

از جمله ربوی عوارض

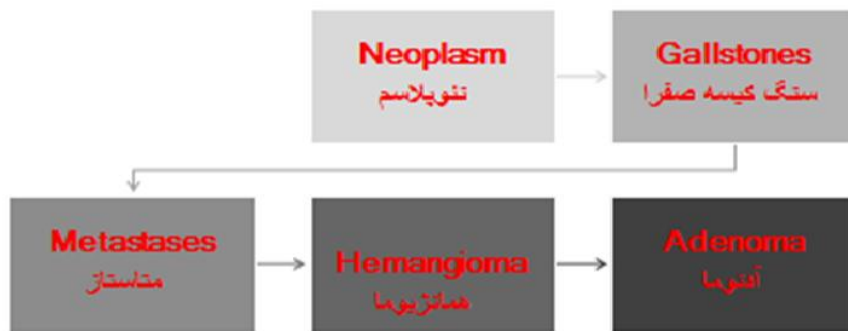
آنلتکازی

افیوژن پلور



indication of hepatectomy

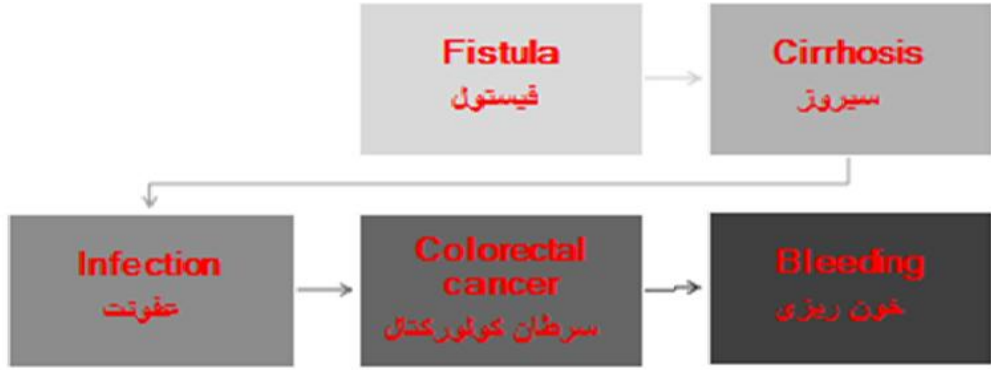
اندیکاسیون هپاتکتومی





complication of hepatectomy

عوارض هپاتکتومی



Reference

www.nhs.com

www.freemd.com

سیستکتومی

cystectomy

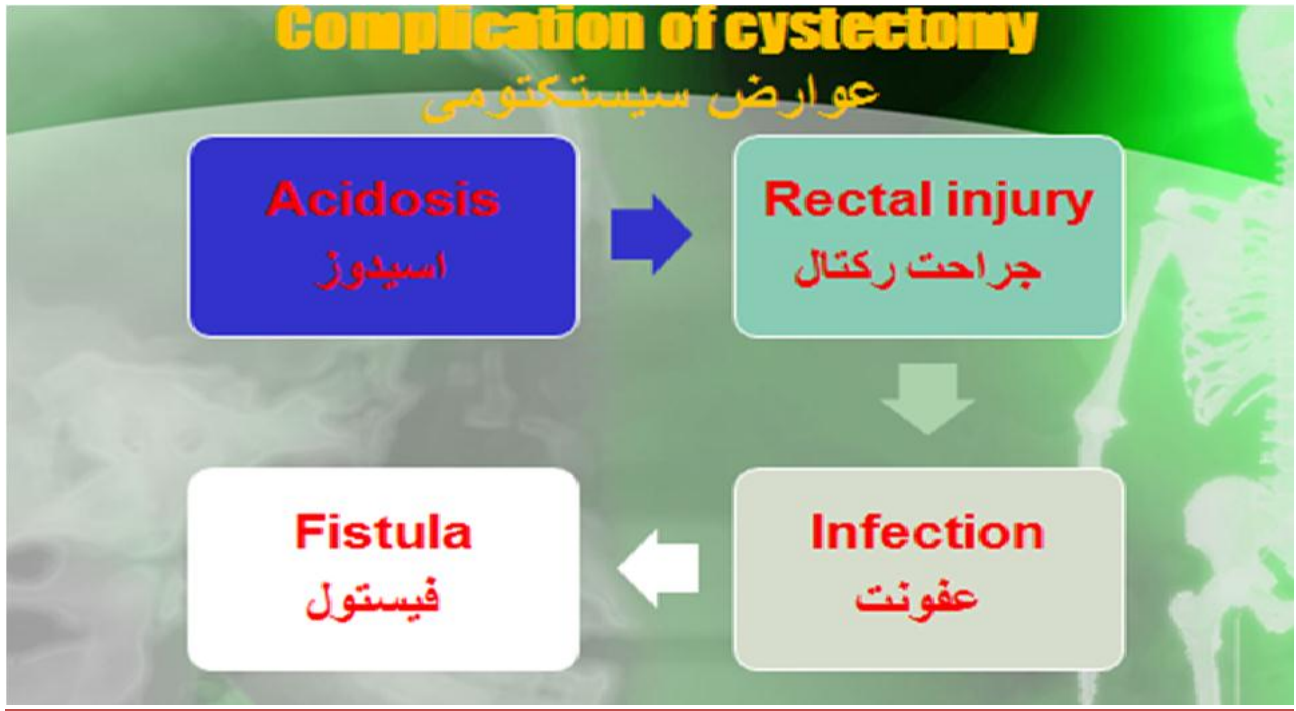
سیستکتومی

اصطلاح پزشکی است که به (Cystectomy)

از طریق یک برش در قسمت مثانه برداشتن همه یا بخشی از عمل جراحی گفته می‌شود شکم تحتانی

است. معمولاً بعد از برداشتن مثانه سرطان مثانه مهمترین علت سیستکتومی درمان ایجاد می‌کنند مدفوع برای تخلیه ادرار به روده باریک یا پیوندی بین باقی‌مانده مثانه و مثانه کاذب می‌سازند. در آینده ممکن است سرطان مثانه را، از کولون یا ایلئوم یا از طریق ایجاد یک مثانه مصنوعی برطرف سازند





Reference

www.freemd.com

سمپاتکتومی

Sympatectomy

یک روش جراحی است که هدف آن درمان بیماری هایی است که به علت سمپاتکتومی افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک ایجاد شده اند.

این کار معمولا با ایجاد اختلال در سیستم عصبی سمپاتیک و از طریق تخریب قسمتی از اعصاب سمپاتیک بدن صورت میگیرد. از این عمل جراحی معمولا برای افزایش جریان خون یا برای کاهش تعریق سمپاتکتومی کاهش درد در بافت های خاصی از بدن استفاده میشود. از هم استفاده میشود

معمولا یک یا چند گره سمپاتیک بدن تخریب شده یا از بدن سمپاتکتومی در عمل جراحی خارج میشوند

گره های سمپاتیک مجموعه ای از سلول های عصبی هستند که در گروه هایی در اطراف ستون مهره قرار گرفته اند



Indication of sympatectomy

انديکاسيون سمپاتکتومی

Long Qt syndrome

سندرم موج کیوتی
طولانی

Focal hyper hydrosols

تعریق مرکزی

Hyperhidrosis

تعریق بیش از حد



complication of sympatectomy

عوارض سمپاتکتومی

Pneumothorax

پنوموتوراکس

Parasthesia

پارستزی

Bradycardia

کاهش ضربان قلب

Neuralgia

تحریک عصبی

Reference www.webmed.com