

دانشگاه ملی ایران

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای اخذ درجه دکتری

موضوع

مواظبت های قبل و بعد از عمل جراحی در اورژانس شکمی

براهنمائی

استادان ارجمند جناب آقای دکتر علی نفیسی

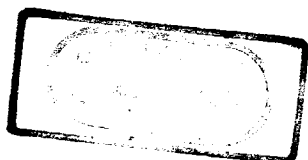
و

جناب آقای دکتر کیخسرو وکیلی

نگارش

زیبا محمدی فروشانی

ساا تحصیلی ۳۵ ۲۵



۱۱۹۴۵

« سوگند نامه پزشکی (اعلامیه ژنو / ۱۹۴۷ »

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم

که زندگیم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم.

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به

پیشگاه اساتید محترم تقدیم میدارم، و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را

با وجدان و شرافت انجام دهم.

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگ شماری سلامت بیمارانم خواهد بود،

اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت، شرافت و حیثیت پزشکی

را از جان و دل حفظ خواهم کرد.

همکاران من برادران من خواهند بود، دین، ملیت، نژاد و عقاید

سیاسی و موقعیت اجتماعی هیچگونه تاثیری در وظائف پزشکی من نسبت

به بیمارانم نخواهد داشت.

من در هر حال به زندگی بشرکمال احترام را مبذول خواهم داشت و

هیچگاه معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار

نخواهم برد.

آزادانه و به شرافت خود سوگند یاد میکنم، آنچه را که قول داده ام

انجام دهم.

تقديم به :

پدر و مادر عزیزم

تقديم به :

برادر خواهران گراميم

تقدیم:

هدیه‌ای کوچک تقدیم به استادان بزرگ

جناب آقای دکتر علی نفیسی — جناب آقای

دکتر کیخسرو وکیلی .

تقدیم به :

هیئت زوری محترم

فهرست مندرجات

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
	الف - بیمار قبل از عمل جراحی
۱-۱۹	۱- بیمار در حالت شوک خونریزی و درمان آن
۱۹-۲۰	۲- ضمیمه
۲-۲۹	۳- شوک میکروبی (علائم- درمان)
۲۹-۳۸	۴- بیمار پریتونیتی
۳۸-۴۱	۵- بیمار دیابتی
۴۲	۶- بیماران تحت درمان استروئید
	ب - مواظبت های بعد از عمل جراحی :
۴۳-۴۷	۱- ساکشن نازوگاستریک
۴۷-۵۰	۲- مایعات داخل وریدی
۵۱-۵۲	۳- ترانسفوزیون خون
۵۲-۵۳	۴- داروهای مسکن آرام بخشها
۵۳-۵۶	۵- درمان آنتی بیوتیکی
۵۶-۵۸	۶- عوارض ریوی

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۵۸ - ۷۶	۷- ایلئوس فلجی
۷۶-۸۲	۸- انسداد چسبنده بعد از عمل
۸۲-۸۴	۹- انسداد مکانیکی و فلجی
۸۴-۸۵	۱۰- دیلاتاسیون حاد معده
۸۵-۸۸	۱۱- آبسه های باقی مانده
۸۸-۹۶	۱۲- آبسه تحت حجاب حاجزی
۹۶-۹۷	۱۳- سایر آبسه های داخل صفاق
۹۷-۱۰۰	۱۴- برشهای شکم و از هم گسیختگی زخم
۱۰۱-۱۰۹	۱۵- بسته شدن شکم
۱۰۹-۱۱۰	۱۶- شکم ترکیده
۱۱۱-۱۱۲	۱۷- رفرانس ها

بیمار قبل از عمل جراحی

The patient before operation

شوگ گردش خون موقعیتی غیرطبیعی است که در آن دبی قلب طوری کم

میشود که نسوج بدن بعلت کمبود تغذیه مختل میشوند (Guyton -

1965) نقشه اساسی فیزیولوژیک در شوگ ضربه‌ای عبارتست از -

کاهش دبی قلب نه کاهش فشار شریانی، گریه‌ها این دو حالت بشیوع‌ها

یکدیگر جمع میشوند (Kelman 1969) .

جراحی تنها پدیده هدف نبوده بلکه بنوع خود به میزان وسیعی قسمتی از

رانیماسیون است (Churchill 1947) .

۲- بیمار در حالت شوگ خونریزی

The patient in Hemorrhagic shock

موقتی که بیمار غرق در خون است تشخیص شوگ هموراژیک مشکل نیست

ولی در بیشتر فوریت‌های شکمی با شوگ خونریزی این علامت بعلت خونریزی

داخلی مخفی میماند .

حقیقت وجود خونریزی و وسعت آن را بایستی از علائم حیاتی جستجو کرد .

یک بالغ ۷۰ کیلوگرم دارای حجم خونی حدود ۵ لیتر است که از این مقدار
 حدود ۲۰٪ در زمان واحدی در شاخه شریانی و ۳۰٪ در قلب وریه ها
 وجود دارد ۵۰٪ در سیستم وریدی است. وقتی خونریزی خفیف باشد (بیشتر
 از ۱۰٪ حجم خون) وازوکنسترکسیون جبرانی برای این اتلاف ایجاد
 شده و تغییر در فشار وریدی بوجود نمی آید و با عبور کند مایعات بین -
 نسجی بداخل عروق مویرگی و ایجاد همودیل سیون این اتلاف ترمیم میشود .
 اتلاف سریع و مداوم خون منجر به وازوکنسترکسیون شدید شده و این امر
 توان باکم شدن دبی قلب ممکنست منجر به صدمه نسجی که جنبه آسیب
 پذیری شوک است بشود . ظاهر رنت پرید هوسیانوزه پوست انعکاسی از این
 وازوکنسترکسیون است که باعث کند شدن گردش خون میشود که در آن همو-
 گلوبین تقریباً باورکلی کاهش یافته و رکودی در عروق مویرگی گردش کوچک
 خون وجود دارد . نبض نخی شکل انعکاسی از کم شدن برگشت وریدی به قلب
 و نتیجتاً دبی پائین آن است . در کلیه ها جریان خون کلیوی ممکنست تا ۹۰٪
 کاهش یابد . Hardaway 1968 در بررسی با ارزش تجربیات

خود در ویته نام شوک قابل برگشت Reversible شوک Refract-
 Ory

را تفکیک نکرد - شون قابل برگشت حالتی است که تخیرات توصیف شده می تواند
 با ترانسفوزیون سریع برطرف شود حتی در شون قابل برگشت تا خیر یافته
 حجم بیشتر از مایعات نسبت به اتلاف حقیقی خون بطور طبیعی برای ترمیم
 ضرور است. شون قابل برگشت تا خیر یافته منجر به شون Refractory
 میشود که با بنشین کردن حجم خون ترمیم نمی گردد و در اینجا درجات مخفیبری
 نسوج در اثر کند شدن گردش خون عروق مویرگی وجود دارد. که در بعضی
 موارد بصورت گواگولا سیون داخل عروقی درآمده است، اشکال در بهبودی
 بستگی به این دارد که گواگولا سیون منتشر داخل عروقی بقدر کافی به نسوج
 حیاتی اثر کرد باشد این سبب کنترل دقیق حجم مایعات داده شده نیازمند
 است که با اندازه گیری فشار وریدی مرکزی بدست می آید هم چنین وازودیلها
 ممکنست گاهی کم نمایند. این تغییرات طوری مهم هستند (شاید بخصوص
 اثر بر کلیه ها) که از پروران ها باید حتی الامکان بوسیله تشخیص اولیه و درمان
 علائم خونریزی داخلی جلوگیری کرد به سراپای بیمار نظر افکند و به رنگ پریدگی
 و ن باید توجه کرد که یکی از زود رس ترین علائم وازوکنستریکسیون محیطی و نیز عرق
 سرد روی ابروها، انگشتان لرزان سیانوز ناخن ها و تاخیر در رشدن عروق

مویرگی بعد از فشار روی بستر ناخن و یالومول گوی و نیز نارسایی ورید های پشت
استاز ناپدید شدن خون که با مختصری انقباض ساعد وجود دارد . بیشتر بیماران
دچار خونریزی داخلی مدت زیادی دراز می کشند . چون تحرک بر آن آنها
درد ناک است ولی گاهی اوقات خونریزی بیمار را بیقرار میسازد . این بیماران
اگر یکبار به بنشینند احتمالاً " در ارضت خواهند شد در این شرایط
احتمالی نبش سریع و تریب حس شده ولی فشار خون سیستولیک ممکنست -
در حدود ۱۰۰ میلی متر جیوه در اثر وازوکنستریکسیون محیطی باقی بماند .
این امر در بالغین سالم که ۳۰ درصد حجم خون (حدود ۵ / ۱ لیتر در شخصی
۷۰ kg) از دست داده اند دیده شده است .
(1951 Reeve and Grant) . فشار خون سیستولیک
احتمالاً " ممکنست در حد سالم (میلی متر جیوه ۱۰۰) بوده ولی وازوکنستری-
یکسیون دبی ادراری راکم کرده و دبی قلبی سقوط خواهد کرد . فشار خون
بر قرار شد ه از لحاظ کیفیت همراه کننده خا لرنه با ززش دارد زیرا پدیده هایی
که آنرا بالا نگه میدارند دچار آسیب شده و دیگر مفید نیستند و حتی اتلاف -
خون بیشتری تواند بغور جدی به سقوط ناگهانی فشار خون منجر شود .

این دلیل برای تأکید به ضرورت مراقبت کلی بیمار بود و تنها ثبت فشار خون نباید ارزیابی اصلی را تشکیل دهد در موقع انجام بیهوشی عمومی این امر اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند .

بیمار در چارشود استثنائاً "به داروهای بیهوشی (طوری که دوزاز طبیعی آنها خطرناک است) حساس بوده و مرکز وازو موتور بطور مخالفت خیلی سریع در بیهوشی تأثیر پذیر است . این امر باعث رکود منتشر تون وازو موتور و نتیجتاً انبساط قابل ملاحظه شاخه عروقی شده و می‌تواند نبوبه خود منجر به سقوط

فاجعه‌انگیز فشارخون در موقع ترمیم مناسب خون و انجام بیهوشی گردد .
لازمه و مراقبت کلی از بیمار تنها تکیه بر ثبت فشارخون مهم است بلکه کنترل ارزشمند بر روی وسعت کاهش خون که عبارتست از اندازه‌گیری فشار وریدی مرکزی -
می باشد . Central venous pressure حائز اهمیت
(C.V.P)
است .

فشار وریدی مرکزی یا دقیق‌تر فشار دهلیز راست معادل موجود بین بازگشت خون به قلب و عمل قلب را در پمپاژ خون به آئورت تعیین می‌کند . پائین بودن آن نشانه کم‌بودن خون بازگشتی به قلب از حد و طبیعی بود و این امر

ممکنست مربوط به کاهش خون و یا مایعات خارج سلولی بران انبساط بستر عروقی
 در اثر وازو دیلاتاسیون باشد. آزمایش بالین نشان خواهد داد که کدام میزان
 این مکانیسم ها وجود داشته و سطح که C.V.P انعکاس از درجات شوک
 است. تکنیک تعیین C.V.P اکنون بخشی شناخته شده است .
 احتمالاً در بیشتر بیماران با بدان را از طریق یک کانون در داخل ورید —
 با زویی یا زنده اسفلی تحت شرایط استریل با کیفیت مجرب اندازه گیری کرد
 (. . .) . کانون راهه یک شیر سه راه وصل می نمایند ،
 یک سستبه ما نومتر آبی و دست دیگری دستگاه انفوزیون داخل وریدی وصل
 میشود ، احتیاطات لازم در مورد کانونه کردن ورید زیر ترقوه ان باید انجام
 شود که بعد از خونریزی در پارکلا پس نشود ، وگرنه در اینجا خطر پنوموتراکس
 وجود دارد لذا این کار توسط اشخاص غیر مجرب بیماران همیز شوکه نباید
 انجام شود . ورید و داج داخل نیز دارای همین کیفیت است یعنی در موقعیکه
 بیمار سرش را بطرف پائین خم نماید متسع میشود و می توان از طریق پشت عضله
 جناغی چنبری پستانی Sterio-mastoid بآن دست یافت - Milburn
 and Mahr Gardneir Jernigan این تکنیک را توصیف کردند .
 (1970)

هدف، گذاشتن نوک کانول در ورید اجوب فوقانی حتی المقدور نزدیک د هلیز راست استخوان تنفسی در مانومتر علامت آنست که کانول در داخل قفسه صدی قرار دارد، اما کثرت وضعیت کانول با کلیشه قفسه صدی مناسب است -

تصمیمات مهم بر اساس C.V.P گرفته شده و شبت مکرر آبایستی صورت گیرد

خط میانی زیر پخلی در بیمار در حال درازگی اکنون با ورموم بعنوان خط پایه بران ثبت C.V.P مورد قبول است. حدود ۶ تا ۶ سانتی متری آب رانی توان

پائین ترین حد خواندن فرار کرد، بین ۲ - ۶ سانتی متر آب طبیعی و ۱۵ - ۱۶ سانتی متری بالاترین نقطه است (Hardaway 1968) اگر

بیمار بصورت مکانیکی تنفس می کند تمام این مادی را بالا تر خواهد بود، در شوک خونریزی دهند، می توان حد اکثر استفاد را از اندازه گیرن C.V.P کرد

زیرا که راهنمای مساعد است برای حجم مورد نظریه و در نظر گرفتن ماهیست

مایح مورد لزوم است در صورتی که C.V.P مدت طولانی پائین باشد

می توان حدس زد که ترانسفوزیون بیمار غیر مطلوب بوده و برعکس وقتی C.V.P به بالای حد طبیعی خود افزایش یابد نارسایی مداوم گردش خون بعلاست

حجم نامناسب خون نیست (Walters, McGowan 1965)