

دانشگاه تبریز

دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه تخصصی جراحی عمومی

موضوع

مسود انسوا لیفاسیون در اطباء ل

پراختیاری

استاد معظّم جناب آقای پرنسورجی عدل

استاد و مدیر گروه آموزشی جراحی عمومی

نگارش

دکتر محمد الا میر دزولویسان

دستیار پختن جراحی بیمارستان سینا



عدد تراشیدنی در اطفال ذکرها ۳۶ - ۳۴ - ۳۳ - ۳۲

عدد اتوان‌ناسین در اطفالسال

عدد اتوان‌ناسین طرفه نسبتا کمی است و در هر هزاره یک تا سال ۱۹۶۰ در مجلات طبی مختلف منتشر شده و توسط **Becker - Bremer** جمع آوری شده -
 است ۱۷۹ بیمار بوده است به همین است که لطفاً بیمارانی که در گذشته دیگری بوده اند که با این حالتان منتشر شده یا در نظر نوزاد ذکر می‌شود به بالکن من حالتان شده اند
 نسبت عدد اتوان‌ناسین را معاینه مختلف بین ۱ تا ۱۲ ذکر کرده اند و نفسی که پیش از مابین قابل قبول منتشر نمود آثار **Opss** است که در حدود ۱۰ ذکر
 میکند عدد اتوان‌ناسین بعد از معالجه با انتشار هیدروستاتیک برآب بیشتر از عمل جراحی -
 است و نظر به هر دو چند کیهانی که بعد از عمل تولید می‌شود تا حدی از احتمال تجدید طرفه بکاهد اگر چه **Opss** من حال طفل را ذکر کرده است که ۵ بار حالت
 اتوان‌ناسین عمل شده و بالاخره برآشربک زکسون اپلتوکولیک انجام شده است در جدول -
 شماره ۱ میزان عدد اتوان‌ناسین بعد از معالجه با انتشار هیدروستاتیک و عمل جراحی بنا
 یکدیگر مقایسه شده اند و ظنونیکه ملاحظه می‌فرمایید نسبت تکرار طرفه بعد از معالجه
 با کتبه با آب برآب بیشتر از عمل جراحی است به نسبت (۱۰ به ۲۲) . لاصله بین کیز هس
 از ۲۰ ساعت تا ۸ سال ذکر شده است و مخصوص چنانچه کیز گانی در ریزهای بعد از عمل
 جراحی یا معالجه هیدروستاتیک ایجاد نمود قابل اهمیت است چه علامت موجود معمولاً -
 یکیز تپان نسبت داده می‌شود بنابراین باید باین نکته توجه مخصوصاً است .

مقایسه میزان خوردگی آنیون‌تاسیون بعد از معالجه با فشار هیدرواستاتیک و عمل جوش

نوع ماده	معالجه با فشار هیدرواستاتیک			عمل جوش		
	مقدار خوردگی	نسبت درصد	مقدار خوردگی	نسبت درصد	مقدار خوردگی	نسبت درصد
BASS	۸۰	۱	۳۶	۱۵۷	۱	۳۶
PACKARD	۲۰	۲	۳۱۰	۶۶	۲	۳۵
BARTULLI	۱۱	۳	۳۱۷	۳۰	۱	۳۳
رقم متوسط	۱۱۱	۱۱	۳۰۱	۲۵۲	۱	۳۶

جدول شماره یک (ج)

آمییب نتایج:

- آنون‌تاسیون مکرر نیز مانند آنون‌تاسیون ساده ممکن است با انواع مختلف ایلوئیدها و ایلوکوکیک و ایلوسکال (S-5000-5000) و یا مخلوط باشد و مکانیسمی که در آنون‌تاسیون ساده نوع ایلوکوکیک بیشتر سایر انواع دیده می‌شود در آنون‌تاسیون مکرر نیز این نوع شایع‌تر است -
- انواع دیگر است ۰ جدول شماره ۲ این موضوع را بخوبی نشان می‌دهد در ۸۰٪ موارد آنون‌تاسیون نوع ایلوکوکیک است تفاوت عمده آنکه بین آنون‌تاسیون ساده و آنون‌تاسیون مکرر است در طول ایجاد آنست که در نوع اخیر در ۲۰٪ موارد طیف از تیل پولی بوده - اینرا تکمیل مینماید
- همچنین نوع لگاری و ضخامت بیشتر اندازه درجه ایلوسکال دیده می‌شود حال آنکه -

نسبت این مؤلف در نوع ساده از ۵ الی ۶۱ می باشد و یکسده نفا مطابق جدول گزارش افراد تا سیون

نیز مانند کوز اولیه در سرجه ها نیز از دختران بوده می شود.

نسبتها و مشخصات افراد تا سیون در اطفال

شماره %	اینگر کوزیک %	کوزیک %	اینگر ایگل %	اینگر کوزیک %	شماره %
GROSS	۸۰	۲	۵	۱۲	۱
RAVITCH	۷۸	۵	۱۱	۲	-
BOGG	۸۵	۸۵	۲	۱۲	-
GIBBS	۷۷	۹	۹	۱۰	-
OSER HELMAN	۷۹	۶	۵	۱۰	۲
ROSENBAUM	۸۶	۶	۴	۴	-
مجموعه	۸۰	۲	۶	۱۱	-

جدول شماره ۲

علامت بالینی

کوزهای محدودی نوزاد یا کوز اولیه ندارد و نهایتاً علامت مارتین از درد های کوزیک مانند تکسی یا بواسل اختراحت و استفراغ و مدون خون آلود بطور مادی یا در توهم کمال جدول شماره ۲ نسبت به این علامت را در آثارهای مختلف نشان میدهد و وجود بودن - یعنی نوزادی که از دخول دو نسبت بوده در یکدیگر بوجود میاید تشخیص بالینی را قطعی

میکنند.
 و با اینکه در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود که میانگین نمره پلور پتوسیت در ۷۲ مورد از رویه
 نسیم و در ۱۷ مورد از داخل ریه همواره کمتر از میانگین نمره نایز است که در یک پانجم -
 هزاران این نمره حس می‌شود و بنابراین بودن بودن دلیل بر تشخیص نایز است که می‌شود.

ملاکم بالینی توان نامیون در اطفال

نوع نایز	نمره	انحراف	میانگین نمره
BOGENTOPF	۹۰	۷۵	۸۵
GROSS	۹۸	۹۳	۹۰
RAVITON	۹۸	۹۳	۹۱
CHERILIAN	۸۹	۹۴	۸۶
WARE	۹۵	۹۱	۹۴
میانگین	۹۰	۸۴	۸۰

تعداد کتب و نام کتب در اشعار و تاریخ نگارش و نام مؤلف

نام مؤلف	تعداد کتب	تاریخ نگارش	نام کتب
BOCHERTOFF	۲۰	۱	۲۱
RAVITCH	۸۰	۲۹	۱۱
WARR	۷۲	۱۲	۱۶
GIBSON	۷۲	۲۷	۲۱
JACKMAN	۸۰	۶	۱۴
HARRY	۶۰	۲۰	۲۰
نام متوسط	۷۲	۱۷	۱۸

جدول شماره ۴

کلیه بایوم

هم اگر تشخیصی در مری دارد . از نظر تشخیصی با دیورتیک مشاهده میشود

که با بایوم به خصوص پروتئین و چنانکه انیون‌ها چون کال با ران با آنکه شرح به شرح با روده

که از پیشانی بایوم به خصوص چنانچه در مری با بایوم با سوزش ^{روده} انیون‌ها و دیورتیک‌ها

بجای آید تصور نمائید شکل مشخصی داشته دیده میشود و شرح که با بایوم روده اطراف

وسط روده انیون‌ها میشود این تصویر به شکل \square یا شکل چنگال تبدیل میشود و چنانچه

با بایوم کلا اطراف روده انیون‌ها رد شود تصویر شبیه \square با حلقه های متعدد بخصوص

در کلیه بعد از کلیه ها اختلال بر نرسد نواحی دیده خواهد شد علاوه بر علاقه که

ذکر شد معمولا بوجود داشته و علاقه کلیه‌های ملتهب نیز با اندازه ای زیاد میشود .

درمان . در معالجه انیون‌ها مکرر نخستین کاری را که باید در نظر داشت آنست که

باید کاری کرد که مری به تازگی بارنگار نشود حال آنکه این موضوع در انیون‌ها مری -

ساده کمتر مورد توجه قرار میگردد بهر حال در معالجه انیون‌ها مکرر نیز مانند انیون‌ها مری

ساده میتوان از ۲ تا ۳ لیتر مری در روز با عمل جراحی استفاده نمود . در مری

درمان با فشار مری در استاتیک

این تکنیک که اخیرا در مری استاتیک مری و اعصاب طرفدار زیادی پیدا کرده است

در حقیقت برای اولین بار در سال ۱۸۷۵ توسط هیرویموئیک انجام شده و طلب کارهای است

اصل کسی آن عبارتست از جابجایی اختن روده انزائم با فشار قلیه بازم تعدد کنترل
 راهبازگشت در این صورت است که خطر ریه‌پوشی و حل جراحی را ندارد و -
 طبعاً هرگز ویر و وایز آن کسر خواهد بود معایب آن عبارتست از اینکه اولاً سگه
 روده شکسته باشد ثانیاً طول ایجاد انزائم‌ناسیون دیده نشود ثالثاً حواص نسدن
 روده با قلیه بازم نیز دیده نشده است و علاوه بر این با این طریقه جا
 نشود نکاتی را که در مورد معالجه با فشار هیدروستاتیک باید مورد توجه قرار داد
 عبارتند از :

۱- در اطفال سن نوزاد ۵ سالگی نباید احتمال نمود .

۲- در مواردیکه ۲۴ ساعت از شروع تب بی‌مان‌گذشت است این روش کمتر اندیکه است

۳- معالجه با فشار هیدروستاتیک باید توسط راه ریه‌پوشی با توجه به انجام نمود و

اطاق حل نیز باید آماده بوده و جراح در بیمارستان حاضر باشد که چنانچه جا نرسد

حل کند .

۴- قبل از شروع قلیه باید با راه دیگری ساده احتمال انزائم‌ناسیون ایمن‌اینگال وجود

هوا در حلق روده باشد .

۵- ارتفاع سطح قلیه از سطح کتف را در طولیک نباید از یکسره تجاوز کند .

۱- چنانچه سطح ریه‌پوشی روده گیر کرد و حل نشود باید به‌مطلوب‌اجای داد که آنرا

خال کند و بتوان از نو حل قلیه را شروع کرد ولی در هر حال به‌تازمه باره می‌توان آنرا -

گزارش

۲- چنانچه بعد از اتمام مدهیدروستاتیک انوائن-ناسیون بر طرف شده باشد باید

• طفل را با هیوستاتیک جراحی قرار داد

۱- در صورتیکه انوائن-ناسیون با کتیه بر طرف شده باشد با هیوستاتیک علامت زیر در طفل

ظاهر شود

الف- بهبودی حال عمومی

ب- از بین رفتن بدن

ج- بر شدن کامل حکم

د- ورود مقدار کمی از مطلق با هم بدخل روده باریک

ه- خاتم شدن مطلق با هم همراه با مقداری گاز و نطماست مدفن بعد از کتیه

۱- بعد از جا افتادن انوائن-ناسیون باید طفل را بدقت تحت نظر قرار داد و چنانچه

• علامت بیماری ظاهر شد تحت نظر قرار داد

۱۰- در صورت انوائن-ناسیون مکرر کم از اینکه بیماری اولیه با فشار هیدروستاتیک یا

صل جراحی معالجه شده باشد میتوان مده فشار هیدروستاتیک را بکار برد ولی باید دقت

گرفتن اینکه در انوائن-ناسیون مکرر عوامل با توالی یک زیاد تر از کتیه اولیه است معالجه کلی بر این

است که مده فشار هیدروستاتیک را بکار نبریم و در هر حال چنانچه در حال اول ایستادگی

طفل بر داشته شده باشد و نامله دو کتیه از یک هفته کمتر باشد مده هیدروستاتیک کمتر اندیکه

است

درباره جراحی انوائنناسیون : اولین عمل جراحی را در دوران انوائنناسیون هوبنسون

در سال ۱۸۲۴ انجام داده و امروزه با وسایل مدرن -

بیهوشی و اختلاقی که از معادل طبعاً و الکتریسیته های بدن بدست آمده است خطر

آن از سابق به مراتب کمرشده است اصول این طرز معالجه عبارتست از :

- ۱- انجام عمل جراحی در اولین فرصت و با سرعت هر چه بیشتر و توسط جراح وزیده.
- ۲- تریاق سم و در صورت لزوم خون قبل درجین و بعد از عمل .
- ۳- برش خط وسط یا پارامدیان بالای ناف بهترین انوائنناسیون شناخته شده چه در -
اطفال معمولاً نسبت کبد بشلیم بزرگ است و قسمت عمده خط برش را خواهد پوشانید .
- ۴- جا انداختن انوائنناسیون با نهایت ملاحظه و احتیاز از هر نوع خشونت و بخصوص احتیاز از کشش در روی زنده انوائننا -
- ۵- در صورتیکه عامل خاصی برای ایجاد انوائنناسیون دیده شود (دیورتیکول مکل پولیب و غیره) چنانچه کثیر اولیه است به علت اینکه میزان خود بیماری بسیار کم است بر طرف کردن آن واجب نیست ولی چنانچه بیمار دچار انوائنناسیون مکرر است حتماً باید عامل مربوطه را بر طرف نمود .
- ۶- در انوائنناسیون اولیه بعد از هر طرف کردن انوائنناسیون کار انداختن لازم نیست ولی چنانچه بیماری تکرار شده باشد یکی از کارهای زیر را توصیه میکنند .

الف - سر دادن ایستادن .

ب - ثابت کردن سگم بچهار مطنی و راست نم .

ج - ثابت کردن روده بآنک به کولون صعودی .

د - رزکسیون ایلتوکولیک

البته هر کدام از این اعمال بعه ای طرفدار روده ای مخالف دار و احتیاط نسیم مکنی بسته به

حال کودک و وضعیت جراح و مسائل مربوط دارد .

۷ - در صورتیکه انتراناستیون جانیانه ای یا روده ها گنگریم باشند بدهای مختلفی

ذکر شده است که بهترین آنها رزکسیون ایلتوکولیک همراه با ایلتوکولوستومی است ولی چنانچه

حال عمومی کودک اجازه این عمل را ندهد میتوانم از کولکتومی تیب میکرولکسز استفاده کنم .

پیش آگهی - انتراناستیون چه کویز اولیه و چه کویز های بعدی در درجه اول بستگی به نامله

بین شروع بیماری تا شروع معالجه دارد در جدول شماره ۵ این موضوع را بطوری نشان میدهد که

در بیمارانی که در ۲۴ ساعت اول مراجعه کرده اند میزان مرگ و میر از ۵٪ تجاوز نمیکند و این -

رغم بسوء با پیشرفت مدت بیماری میر صعودی را طی میکند البته نوع انتراناستیون نیز در پیش آگهی

داخلت دانسته و انواع ایلتوکولیک و هم تر از انواع ایلتوکولیک میباشد . انتراناستیون مکرر

بخصوص خود خطرناکتر از کویز اولیه است ولی چنانچه در ضمن عمل جراحی اتعام انستامی

برای بیمار انجام شود امکان دارد که نسبت تلفات را بالا نبرد .

درجہ اولیٰ و ثانیہ کے امتحان کے نتائج

نام	درجہ اولیٰ	درجہ ثانیہ	درجہ تیسری	درجہ چوتھی	درجہ پانچویں
	%	%	%	%	%
BORENTOPF	11	71	60	77	74
GROSS	0	78	77	78	78
HELMER	7	17	77	00	7
OBENHEIMAN	7	17	60	-	74
GIBBO	11	77	77	67	74
WARE	7	77	70	70	74
رقم متوسط	0	77/0	77	00	70

درجہ اولیٰ / 0

نشاندهنده مقایسه میزان تلفات بیماری که عمل شده اند با آنها که با آنها که نشده اند.

هدف روستاهاست که مقایسه شده اند .

بطور کلی در تمام آثار ما میزان تلفات عمل جراحی بیشتر است و چون در همه موارد از این

ارزاق در جدول شماره ۶ / ذکر میشود و بطور کلی احتساب اینها در تلفات نشاندهنده روستاهاست

بطور متوسط ۶۹ عمل جراحی ۱۲ تلفات داشته است .

مقایسه مرگ و میر جراحی و معالجه با نشاندهنده روستاهاست

در میان اینها

نشاندهنده روستاهاست		عمل جراحی	
نویسنده	٪	نویسنده	٪
BORDENSTOFF	۱۸	ROSSIL	۱۷
NELSON	۱۰	GROSS	۱۲
HYDSON	۷	ROSS	۱۲
HIPPLEY	۰	VICKERS	۱۲
HELLNER	۰	ROSS	۰
مجموع متوسط	۹	مجموع متوسط	۱۲

جدول شماره ۶

البته اینکار به دلیل صده دارد .

اول اینکه کوبه کشایک اتوان تا همین با کوبه با هم مخالفه میکند بیمارانی که بیشتر از ۲۴ ساعت از شروع بیماریشان بگذرد و در حقیقت آنها هستند که میزان مویسالیه را بالا ببرند

توجه جراح میزنند .

دوم - اتوان تا همین های لیکنال ایکنو ایکنال که مورثالیه بیشتری دارند باعث هیدروستاتیک

قابل معالجه نیست هم اینکه در اغلب این آمار ۸۰ کوبه بیمارانی که با فشار هیدروستاتیک

اتوان تا همینشان جایگزینده است یعنی نوعی بیماری را داده اند و بالاچاره معصل -

جراحی قرار گرفته اند جزء صری جراحی مضمور داده اند و در حقیقت اتوانی که مویسالیه در نظر

ببینیم می بینیم که مورثالیه جراحی خیلی بیشتر از کوبه نیست و طاق اصلی حرکت و هیورا در هر

دو مکه بایستی در وقت یوتاری تا شروع معالجه به دستجو نمود و پیشین سوختم در دانی امروزه

مبارتت از همکاری کامل بین سرپسهای رادیو ایزی و جراحی و انتخاب معالجه هر بیمار بست

به وضعیت عمومی و نوع و مدت بیماری کودک .

شرح حال

زاهرت نوزند بیست و سه روز خانوادده اسوری برای اولین بار در سن ده ماهگی با علامت دوره های

مقاروب و مدفوع خونی الود به پیشتر جراحی بیمارستان مراجعه نموده و بعد از رادیو گرافی با -

با هم با تشخیص اتوان تا همین حاد معصل قرار گرفته .

در حال اتزان ناسیون کپ اینتر کولیک گذر می‌کند که با سالی بر طرف شده و بیمار دوازده

روز بعد از بیمارستان مرخص می‌شود .

پنج ماه بعد فلج بیماری بطور ناگهانی مجدداً ظاهر می‌شود و کلیه باقیم نیز تشنج‌ها را قائم

می‌کند و در نتیجه بیمار کولیک برای بار دوم تحت عمل قرار می‌گیرد و اتزان ناسیون اینتر کولیک

بسیار سهولت‌بخش و روز چهاردهم بعد از عمل بیمارستان را ترک می‌کند .

در تاریخ ۶۱/۶/۲۷ یعنی پنج ماه بعد از کیز دوم طرفه برای سومین بار کولیک می‌شود و -

این بار والدین طفل لیلی برادریو لیک مراجعه کرده و با کلیشه رادیوگرافی نزدیک همان را به بیمارستان

می‌آورند . درد های پارکیز همراه با استفراغ و مدفوع سفید آلود بیمار از دو ساعت قبل از مراجعه

به بیمارستان شروع شده و در لیس شکم نوبی در قسمت بالای شکم محسوس و توده رکال نیز وجود

شکل در مدفوع را تأیید می‌نماید . طفل بلا فاصله تحت عمل جراحی قرار گرفت بعد از رفع اتزان ناسیون

روید ها دوماً مورد بازرسی قرار گرفت و چون هیچ طغی که بتواند ایجاد اتزان ناسیون نکند

گفتند آنهاند پس طفل برداشته شد و روده باریک با چند بخیه مجزا بچهار کولون صغیری

تأیید شد بعد از عمل حال طفل بخوبی پیشرفت نموده و روز دوازدهم بعد از عمل از بیمارستان

مرخص شد و تاکنون که بیش از ۲۴ ماه از انقضای گذرد طفل مرتباً مراجعه می‌کند و حال عمومی

روند وی کاملاً طبیعی است .