

بسم الله الرحمن الرحيم

اطلبی جراحی زولینجر

مؤلف : محسن فتاحی دولت آبادی

سال انتشار : ۱۳۹۰

- سرشناسه : زالینگر، رابرت میلتن، ۱۹۳۴ - م.
Zollinger, Robert Milton
- عنوان و نام پدیدآور : اطلس جراحی زولینجر / رابرت میلتن زالینگر، ای کریستوفر الیسن ؛ ترجمه محسن فتاحی دولت آبادی.
- مشخصات نشر : اصفهان : پژواک علم آریا، ۱۳۹۰.
- مشخصات ظاهری : ۵۱۰ ص.؛ مصور، جدول. : ۲۲ x ۲۹ س.م.
- شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۵۲۱۷-۲۳۰۰
- وضعیت فهرست : فیا
- نویسی
- یادداشت : عنوان اصلی: Zollinger's atlas of surgical operations, 9th ed, ۲۰۱۱.
- موضوع : جراحی -- اطلس‌ها
- شناسه افزوده : الیسن، ای. کریستوفر، ۱۹۵۰ - م.
- شناسه افزوده : Ellison, E. Christopher
- شناسه افزوده : فتاحی دولت آبادی، محسن، ۱۳۵۷ - مترجم
- رده بندی کنگره : RD۴۱/۲۶۱۹۰
- رده بندی دیویی : ۶۱۷/۹
- شماره کتابشناسی : ۲۵۷۵۷۱۱
- ملی

نام کتاب : اطلس جراحی زولینجر

نویسنده : محسن فتاحی دولت آبادی

انتشارات : پژواک علم آریا

قیمت : ۹۸۰/۰۰۰ ریال

تیراژ : ۵۰۰ نسخه



فصل ۳۶ توتال گاسترکتومی..... ۹۶	بخش ۱ تکنیک جراحی..... ۸
فصل ۳۷ توتال گاسترکتومی، با استاپلر..... ۹۸	بخش ۲ بیهوشی..... ۱۱
فصل ۳۸ توتال گاسترکتومی، با استاپلر..... ۱۰۰	بخش ۳ آماده سازی قبل از عمل و مراقبت پس از عمل..... ۱۴
فصل ۳۹ گاستروژنوستومی Roux-en-Y..... ۱۰۲	بخش ۴ جراحی سرپایی..... ۲۱
فصل ۴۰ گاستروژنوستومی Roux-en-Y..... ۱۰۴	آناتومی جراحی
فصل ۴۱ فوندوپلیکاسیون..... ۱۰۶	فصل ۱ خون رسانی شریانی به احشاء شکمی فوقانی..... ۲۶
فصل ۴۲ فوندوپلیکاسیون..... ۱۰۸	فصل ۲ انشعابات وریدی و لنفاوی احشاء شکمی فوقانی..... ۲۸
فصل ۴۳ فوندوپلیکاسیون، لاپاراسکوپی..... ۱۱۰	فصل ۳ آناتومی روده بزرگ..... ۳۰
فصل ۴۴ فوندوپلیکاسیون، لاپاراسکوپی..... ۱۱۲	فصل ۴ آناتومی آنورت شکمی واجوف تحتانی..... ۳۲
فصل ۴۵ بای پس معده به روش لاپاراسکوپی Roux-en-Y..... ۱۱۴	پروسیجرهای دستگاه گوارش..... ۳۴
فصل ۴۶ باندینگ قابل تنظیم معده، لاپاراسکوپی..... ۱۱۶	فصل ۵ باز کردن شکم..... ۳۴
فصل ۴۷ رزکسیون روده باریک..... ۱۱۸	فصل ۶ بستن شکم..... ۳۶
فصل ۴۸ رزکسیون روده باریک، با استاپلر..... ۱۲۰	فصل ۷ بستن شکم..... ۳۸
فصل ۴۹ رزکسیون روده باریک، با استاپلر..... ۱۲۲	فصل ۸ بستن شکم..... ۴۰
فصل ۵۰ اتروانتروستومی، با استاپلر..... ۱۲۴	فصل ۹ گاستروستومی..... ۴۲
فصل ۵۱ اتروستومی..... ۱۲۶	فصل ۱۰ گاستروستومی آندوسکوپیکی جلدی (PEG)..... ۴۴
فصل ۵۲ پیلورومیوتومی - انواژیناسیون..... ۱۲۸	فصل ۱۱ بستن پرفوراسیون - آیس-ساب فرنیک..... ۴۶
فصل ۵۳ دیورتیکولکتومی مکمل..... ۱۳۰	فصل ۱۲ گاستروژنوستومی..... ۴۸
فصل ۵۴ آپاندکتومی..... ۱۳۲	فصل ۱۳ گاستروژنوستومی..... ۵۰
فصل ۵۵ آپاندکتومی..... ۱۳۴	فصل ۱۴ پیلورو پلاستی - گاستروئودنوستومی..... ۵۲
فصل ۵۶ آپاندکتومی، لاپاراسکوپی..... ۱۳۶	فصل ۱۵ پیلوروپلاستی با استاپلر..... ۵۴
فصل ۵۷ آناتومی جراحی روده بزرگ..... ۱۳۸	فصل ۱۶ واگتومی..... ۵۶
فصل ۵۸ لوپ ایلئوستومی..... ۱۴۰	فصل ۱۷ واگتومی، روش ساب دیافراگماتیک..... ۵۸
فصل ۵۹ کولوستومی Transverse..... ۱۴۲	فصل ۱۸ واگتومی، روش ساب دیافراگماتیک..... ۶۰
فصل ۶۰ بستن کولوستومی..... ۱۴۴	فصل ۱۹ همی گاسترکتومی، روش بیلروت I..... ۶۲
فصل ۶۱ آنالترمز کولون، با استاپلر..... ۱۴۶	فصل ۲۰ همی گاسترکتومی، روش بیلروت I..... ۶۴
فصل ۶۲ کولکتومی راست..... ۱۴۸	فصل ۲۱ همی گاسترکتومی، بیلروت I با استاپلر..... ۶۶
فصل ۶۳ کولکتومی راست..... ۱۵۰	فصل ۲۲ همی گاسترکتومی، بیلروت I با استاپلر..... ۶۸
فصل ۶۴ کولکتومی راست، لاپاراسکوپی..... ۱۵۲	فصل ۲۳ گاسترکتومی، ساب توتال..... ۷۰
فصل ۶۵ کولکتومی چپ، آنالترمز انتها به انتها..... ۱۵۴	فصل ۲۴ گاسترکتومی، ساب توتال..... ۷۲
فصل ۶۶ کولکتومی چپ، آنالترمز انتها به انتها..... ۱۵۶	فصل ۲۵ گاسترکتومی، ساب توتال..... ۷۴
فصل ۶۷ کولکتومی چپ، لاپاراسکوپی..... ۱۵۸	فصل ۲۶ گاسترکتومی، ساب توتال..... ۷۶
فصل ۶۸ کولکتومی چپ، لاپاراسکوپی..... ۱۶۰	فصل ۲۷ گاسترکتومی، ساب توتال - برداشتن استوم..... ۷۸
فصل ۶۹ رزکسیون ابدومینو پریئیتال..... ۱۶۲	فصل ۲۸ گاسترکتومی، روش poly..... ۸۰
فصل ۷۰ رزکسیون ابدومینو پریئیتال، اکسیزیون کامل مزورکتال..... ۱۶۴	فصل ۲۹ گاسترکتومی، روش Hofmeister..... ۸۲
فصل ۷۱ رزکسیون ابدومینو پریئیتال، اکسیزیون کامل مزورکتال..... ۱۶۶	فصل ۳۰ همی گاسترکتومی، بیلروت II با استاپلر..... ۸۴
فصل ۷۲ رزکسیون ابدومینو پریئیتال..... ۱۶۸	فصل ۳۱ توتال گاسترکتومی..... ۸۶
فصل ۷۳ رزکسیون ابدومینو پریئیتال - رزکسیون پریئیتال..... ۱۷۰	فصل ۳۲ توتال گاسترکتومی..... ۸۸
فصل ۷۴ رزکسیون ابدومینو پریئیتال - رزکسیون پریئیتال..... ۱۷۲	فصل ۳۳ توتال گاسترکتومی..... ۹۰
فصل ۷۵ توتال کولکتومی و توتال پروکتوکولکتومی..... ۱۷۴	فصل ۳۴ توتال گاسترکتومی..... ۹۲
فصل ۷۶ توتال کولکتومی و توتال پروکتوکولکتومی..... ۱۷۶	فصل ۳۵ توتال گاسترکتومی..... ۹۴
فصل ۷۷ توتال کولکتومی و توتال پروکتوکولکتومی..... ۱۷۸	

فصل ۷۸	نوتال کولکتومی و نوتال پروکتوکولکتومی..... ۱۸۰
فصل ۷۹	نوتال کولکتومی و نوتال پروکتوکولکتومی..... ۱۸۲
فصل ۸۰	آنتریور رزکسیون دکوسیگمونید، آناستوموز انتها به انتها..... ۱۸۴
فصل ۸۱	آنتریور رزکسیون، با استاپلر..... ۱۸۶
فصل ۸۲	آنتریور رزکسیون، با استاپلر..... ۱۸۸
فصل ۸۳	آنتریور رزکسیون دکوسیگمونید: آناستوموز (side-to-end) Baker..... ۱۹۰
فصل ۸۴	آنتریور رزکسیون دکوسیگمونید: آناستوموز (side-to-end) Baker..... ۱۹۲
فصل ۸۵	آنتریور رزکسیون دکوسیگمونید: آناستوموز (side-to-end) Baker..... ۱۹۴
فصل ۸۶	آنتریور رزکسیون دکوسیگمونید: آناستوموز (side-to-end) Baker..... ۱۹۶
فصل ۸۷	آناستوموز ایلئو آنال..... ۱۹۸
فصل ۸۸	آناستوموز ایلئو آنال..... ۲۰۰
فصل ۸۹	آناستوموز ایلئو آنال..... ۲۰۲
فصل ۹۰	کوله سیستکتومی، لاپاراسکوپیک..... ۲۰۴
فصل ۹۱	تکنیک باز Haddon، لاپاراسکوپیک..... ۲۰۶
فصل ۹۲	کوله سیستکتومی، لاپاراسکوپیک..... ۲۰۸
فصل ۹۳	کوله سیستکتومی، لاپاراسکوپیک..... ۲۱۰
فصل ۹۴	کوله سیستکتومی، لاپاراسکوپیک..... ۲۱۲
فصل ۹۵	کوله سیستکتومی، روش رتروگرید..... ۲۱۴
فصل ۹۶	کوله سیستکتومی، روش رتروگرید..... ۲۱۶
فصل ۹۷	کوله سیستکتومی، روش رتروگرید..... ۲۱۸
فصل ۹۸	کوله دوکوتومی..... ۲۲۰
فصل ۹۹	کوله دوکوتومی، روش ترانس دنودنال..... ۲۲۲
فصل ۱۰۰	کولودوکو دنودنوستومی..... ۲۲۴
فصل ۱۰۱	کوله سیستکتومی، کوله سیستکتومی ناقص..... ۲۲۶
فصل ۱۰۲	سیستوستومی، کولودوکویلاستی..... ۲۲۸
فصل ۱۰۳	کولودوکوزونوستومی، آناستوموز انتها به انتها..... ۲۳۰
فصل ۱۰۴	رزکسیون تومور محل دو شاخه شدن مجرای هیاتیک (کلاتسکین)..... ۲۳۲
فصل ۱۰۵	رزکسیون تومور محل دو شاخه شدن مجرای هیاتیک (کلاتسکین)..... ۲۳۴
فصل ۱۰۶	رزکسیون تومور محل دو شاخه شدن مجرای هیاتیک (کلاتسکین)..... ۲۳۶
فصل ۱۰۷	کوله سیستوگاستروستومی - بیوپسی از کبد..... ۲۳۸
فصل ۱۰۸	آناستومی و رزکسیون کبد..... ۲۴۰
فصل ۱۰۹	برداشتن موضعی تومور کبدی (رزکسیون غیر آناستومیک)..... ۲۴۲
فصل ۱۱۰	هیپانکتومی راست (سگمانهای ۵، ۶، ۷، ۸ $\pm$ سگمان ۱)..... ۲۴۴
فصل ۱۱۱	هیپانکتومی راست (سگمانهای ۵، ۶، ۷، ۸ $\pm$ سگمان ۱)..... ۲۴۶
فصل ۱۱۲	هیپانکتومی چپ (سگمانهای ۲، ۳، ۴ $\pm$ سگمان ۱)..... ۲۴۸
فصل ۱۱۳	هیپانکتومی چپ (سگمانهای ۲، ۳، ۴ $\pm$ سگمان ۱)..... ۲۵۰
فصل ۱۱۴	هیپانکتومی وسیع راست (سگمانهای ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ $\pm$ سگمان ۱)..... ۲۵۲
فصل ۱۱۵	هیپانکتومی وسیع راست (سگمانهای ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ $\pm$ سگمان ۱)..... ۲۵۴
فصل ۱۱۶	درناژ کیست یا پسودوسیست پانکراس..... ۲۵۶
فصل ۱۱۷	درناژ کیست یا پسودوسیست پانکراس..... ۲۵۸
فصل ۱۱۸	درناژ کیست یا پسودوسیست پانکراس..... ۲۶۰
فصل ۱۱۹	پانکراتیکوژونوستومی (روش Puestow-Gillesby)..... ۲۶۲
فصل ۱۲۰	پانکراتیکوژونوستومی (روش Puestow-Gillesby)..... ۲۶۴
فصل ۱۲۱	پانکراتیکوژونوستومی (روش Puestow-Gillesby)..... ۲۶۶
فصل ۱۲۲	پانکراتیکوژونوستومی (روش Puestow-Gillesby)..... ۲۶۸
فصل ۱۲۳	پانکراتیکوژونوستومی (روش Puestow-Gillesby)..... ۲۷۰
فصل ۱۲۴	پانکراتیکوژونوستومی (روش Puestow-Gillesby)..... ۲۷۲
فصل ۱۲۵	برداشتن دم پانکراس..... ۲۷۴
فصل ۱۲۶	برداشتن دم پانکراس..... ۲۷۶
فصل ۱۲۷	برداشتن دم پانکراس..... ۲۷۸
فصل ۱۲۸	برداشتن دم پانکراس با حفظ طحال، لاپاراسکوپیک..... ۲۸۰
فصل ۱۲۹	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۸۲
فصل ۱۳۰	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۸۴
فصل ۱۳۱	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۸۶
فصل ۱۳۲	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۸۸
فصل ۱۳۳	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۹۰
فصل ۱۳۴	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۹۲
فصل ۱۳۵	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۹۴
فصل ۱۳۶	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۹۶
فصل ۱۳۷	پانکراتیکو دنودنکتومی (روش ویل)..... ۲۹۸
فصل ۱۳۸	پانکراتکتومی کامل..... ۳۰۰
فصل ۱۳۹	پانکراتکتومی کامل..... ۳۰۲
فصل ۱۴۰	پانکراتکتومی کامل..... ۳۰۴
فصل ۱۴۱	پروسیجهای متفرقه شکمی..... ۳۰۶
فصل ۱۴۲	اسپلنکتومی..... ۳۰۸
فصل ۱۴۳	اسپلنکتومی، لاپاراسکوپیک..... ۳۱۰
فصل ۱۴۴	اسپلنکتومی، لاپاراسکوپیک..... ۳۱۲
فصل ۱۴۵	حفظ طحال..... ۳۱۴
فصل ۱۴۶	آدنالکتومی دو طرفه..... ۳۱۶
فصل ۱۴۷	آدنالکتومی دو طرفه..... ۳۱۸
فصل ۱۴۸	آدنالکتومی چپ لاپاراسکوپیک..... ۳۲۰
فصل ۱۴۹	آدنالکتومی راست، لاپاراسکوپیک..... ۳۲۲
فصل ۱۵۰	پروسیجهای عروقی..... ۳۲۴
فصل ۱۵۱	دسترس به ورید، فستول شریانی وریدی..... ۳۲۶
فصل ۱۵۲	دسترس به ورید، کاتتر ورید مرکزی، ورید ساب کلاوین..... ۳۲۸
فصل ۱۵۳	رزکسیون آنورسم آنورت شکمی..... ۳۳۰
فصل ۱۵۴	رزکسیون آنورسم آنورت شکمی..... ۳۳۲
فصل ۱۵۵	رزکسیون آنورسم آنورت شکمی..... ۳۳۴
فصل ۱۵۶	رزکسیون آنورسم آنورت شکمی..... ۳۳۶
فصل ۱۵۷	بای پس آنورتوفمورال..... ۳۳۸
فصل ۱۵۸	بای پس آنورتوفمورال..... ۳۴۰
فصل ۱۵۹	انداترکتومی کاروتید..... ۳۴۲

فصل ۱۶۰	اندارترکتومی کاروتید	۳۴۸	فصل ۱۹۷	دیسکیون غده لنفاوی پیشاهنگ، ملانوما	۴۲۶
فصل ۱۶۱	اندارترکتومی کاروتید	۳۵۰	فصل ۱۹۸	دیسکیون غده لنفاوی پیشاهنگ، ملانوما	۴۲۸
فصل ۱۶۲	باز سازی فموروپولیتال	۳۵۲	فصل ۱۹۹	آناتومی پستان و انژیونها	۴۳۰
فصل ۱۶۳	باز سازی فموروپولیتال	۳۵۴	فصل ۲۰۰	ماستکتومی رادیکال اصلاح شده	۴۳۲
فصل ۱۶۴	باز سازی فموروپولیتال	۳۵۶	فصل ۲۰۱	ماستکتومی رادیکال اصلاح شده	۴۳۴
فصل ۱۶۵	باز سازی فموروپولیتال	۳۵۸	فصل ۲۰۲	دیسکیون غده لنفاوی پیشاهنگ، پستان	۴۳۶
فصل ۱۶۶	باز سازی فموروپولیتال	۳۶۰	فصل ۲۰۳	دیسکیون غده لنفاوی پیشاهنگ، پستان	۴۳۸
فصل ۱۶۷	بای پس شریانی به کمک ورید صافن In situ	۳۶۲	فصل ۲۰۴	ترمیم هرنی و نترال، لاپاراسکوپی	۴۴۰
فصل ۱۶۸	بای پس شریانی به کمک ورید صافن In situ	۳۶۴	فصل ۲۰۵	ترمیم هرنی و نترال، لاپاراسکوپی	۴۴۲
فصل ۱۶۹	بستن از بالا و استریپینگ وریدهای صافن	۳۶۶	فصل ۲۰۶	ترمیم هرنی ناف	۴۴۴
فصل ۱۷۰	بستن از بالا و استریپینگ وریدهای صافن - قطع ورید اجوف	۳۶۸	فصل ۲۰۷	ترمیم هرنی اینگوینال غیر مستقیم	۴۴۶
فصل ۱۷۱	پروسیجرهای شانت برای هیپرتانسیون پورت	۳۷۰	فصل ۲۰۸	ترمیم هرنی اینگوینال غیر مستقیم	۴۴۸
فصل ۱۷۲	شانت پورتوکاو	۳۷۲	فصل ۲۰۹	ترمیم هرنی اینگوینال غیر مستقیم	۴۵۰
فصل ۱۷۳	شانت پورتوکاو	۳۷۴	فصل ۲۱۰	ترمیم هرنی اینگوینال غیر مستقیم	۴۵۲
فصل ۱۷۴	شانت پورتوکاو	۳۷۶	فصل ۲۱۱	ترمیم هرنی اینگوینال غیر مستقیم (shouldice)	۴۵۴
فصل ۱۷۵	شانت اسپلورنال (Warren)	۳۷۸	فصل ۲۱۲	ترمیم هرنی اینگوینال مستقیم (Mc Vay)	۴۵۶
فصل ۱۷۶	شانت اسپلورنال (Warren)	۳۸۰	فصل ۲۱۳	ترمیم هرنی اینگوینال با مش (Lichtenstein)	۴۵۸
پروسیجرهای ژنیکولوژیک		۳۸۲	فصل ۲۱۴	ترمیم هرنی اینگوینال با مش (Lichtenstein)	۴۶۰
سیستم ژنیکولوژیک - روتین برای پروسیجرهای شکمی		۳۸۲	فصل ۲۱۵	ترمیم هرنی اینگوینال با مش (Robbins و Rutkow)	۴۶۲
فصل ۱۷۷	هیسترتکتومی کامل شکمی	۳۸۴	فصل ۲۱۶	ترمیم هرنی اینگوینال با مش (Robbins و Rutkow)	۴۶۴
فصل ۱۷۸	هیسترتکتومی کامل شکمی	۳۸۶	فصل ۲۱۷	ترمیم هرنی فمورال	۴۶۶
فصل ۱۷۹	سالیپزکتومی - اوو فورتکتومی	۳۸۸	فصل ۲۱۸	ترمیم هرنی فمورال با مش	۴۶۸
سیستم ژنیکولوژیک - روتین برای پروسیجرهای واژینال		۳۹۰	فصل ۲۱۹	آناتومی لاپاراسکوپی ناحیه اینگوینال	۴۷۰
فصل ۱۸۰	تکنیکهای تشخیصی برای ضایعات سرویکس - دیلاتاسیون و کر	۳۹۰	فصل ۲۲۰	ترمیم هرنی اینگوینال، لاپاراسکوپی پره پریتنال از طریق شکم (TAPP)	۴۷۲
رتاژ		۳۹۲	فصل ۲۲۱	ترمیم هرنی اینگوینال، لاپاراسکوپی کاملاً کستر پریتنال (TEP)	۴۷۴
پروسیجرهای اضافی		۳۹۴	فصل ۲۲۲	ترمیم هیپروسل	۴۷۶
فصل ۱۸۱	تیروئیدکتومی ساب توتال	۳۹۴	فصل ۲۲۳	پرو لاپس رکتوم، ترمیم پریتنال	۴۷۸
فصل ۱۸۲	تیروئیدکتومی ساب توتال	۳۹۶	فصل ۲۲۴	پرو لاپس رکتوم، ترمیم پریتنال	۴۸۰
فصل ۱۸۳	تیروئیدکتومی ساب توتال	۴۹۸	فصل ۲۲۵	پرو لاپس رکتوم، ترمیم پریتنال	۴۸۲
فصل ۱۸۴	تیروئیدکتومی ساب توتال	۴۰۰	فصل ۲۲۶	باندینگ و اکسیژون همروئیدها	۴۸۴
فصل ۱۸۵	پاراتیروئیدکتومی	۴۰۲	فصل ۲۲۷	درناژ آبه ایسکورتکال و پری آنال - درمان فیستول آنوس	۴۸۶
فصل ۱۸۶	تراکتوستومی	۴۰۴	فصل ۲۲۸	درناژ فیستول آنوس - نترال ایترنال اسفنکترتومی برای فیشر آنوس	۴۸۸
فصل ۱۸۷	تراکتوستومی، اتساع از طریق جلد	۴۰۶	فصل ۲۲۹	اکسیژون سینوس پیلونیدال	۴۹۰
فصل ۱۸۸	تراکتوستومی، اتساع از طریق جلد	۴۰۸	فصل ۲۳۰	اصول آمپوتاسیون	۴۹۲
فصل ۱۸۹	دیسکیون رادیکال گردنی	۴۱۰	فصل ۲۳۱	آمپوتاسیون، سوپرا کوندیلار	۴۹۴
فصل ۱۹۰	دیسکیون رادیکال گردنی	۴۱۲	فصل ۲۳۲	آمپوتاسیون، سوپرا کوندیلار	۴۹۶
فصل ۱۹۱	دیسکیون رادیکال گردنی	۴۱۴	فصل ۲۳۳	انسیزیون و درناژ عفونتهای دست	۴۹۸
فصل ۱۹۲	دیسکیون رادیکال گردنی	۴۱۶	فصل ۲۳۴	ترمیم تاندون	۵۰۰
فصل ۱۹۳	دیورتیکولکتومی زنکر	۴۱۸	فصل ۲۳۵	گرافت پوست	۵۰۲
فصل ۱۹۴	پاروتیدکتومی - نترال لوبکتومی	۴۲۰			
فصل ۱۹۵	انسیزیون توراکتومی پوسترولترال	۴۲۲			
فصل ۱۹۶	انسیزیون توراکتومی پوسترولترال	۴۲۴			

حدود ۷۰ سال پیش، ابن اطلس برای مستند سازی تکنیک های جراحی مناسب و ثابت شده که بطور مرسوم بوسیله جراحان عمومی استفاده می شدند، ایجاد شد. پیشرفت ها و تغییرات زیادی در ویرایش قبلی، هشتم، رخ داده است اما دو تحول اصلی تجهیز و مرسوم شدن به استابلر از ۳۰ سال پیش و ایجاد پروسیجرهای لاپاراسکوپیک کمتر تهاجمی از ۱۹۹۰ بود. اولی یک راه حل سریع یکسان برای آناتوموهای دست دوز با کیفیت متفاوت ارائه کرد، در حالیکه بعدی، که با کوله سیستمی لاپاراسکوپیک موفق راه اندازی شد، منجر به بهبود مشخصاً سریعتر و با درد کمتر بیماران شد. این دو تکنیک اکنون بطور مفصل به این ویرایش اضافه شده زیرا آنچه درست در یک دهه گذشته تکنیک لاپاراسکوپیک پیشرفته محسوب می شد اکنون بطور معمول استفاده می شود و در بسیاری از برنامه های آموزش رزیدنتی جراحی، آموخته می شود.

بر این اساس، نویسنده ها اکنون این پروسیجر ها را به اطلس اضافه نموده اند. اینها شامل عملهای لاپاراسکوپیک زیر است: کولکتومی چپ و راست، دیستال پانکراتکتومی با حفظ طحال، آدنئکتومی راست و چپ، بای پس باریاتریک معده به روش Roux-en-Y و باندینگ قابل تنظیم معده به علاوه ترمیم هرنی اینگوینال به روش پره پریتونال از طریق شکم (TAPP) و کاملاً خارج پریتونال (TEP) همراه با یک فصل جدید آناتومی لاپاراسکوپیک ناحیه اینگوینال. به علاوه سه عمل کوچک اما کلیدی که بطور شایع انجام می شوند در فصلهای فیستول شریانی وریدی برای دیالیز، دسترسی به ورید جوگولار داخلی و ساب کلاوین با تعبیه پورت و تراکتوستومی اتساعی از طریق جلد شرح داده شده اند. به روز رسانی های متعددی در همه کتاب و فصلها انجام شده است، در حالیکه بخشهای پروسیجرهای رکتال کوچک، عفونتهای دست، ترمیم تاندون و گرافت پوست تحت بازبینی وسیعی قرار گرفته است.

ناشر ما، McGraw-Hill، پیشرفتهای زیادی در زمینه چاپ و انتقال الکترونیک دانش پزشکی کسب کرده است. بهبود چاپ و صحافی اکنون اجازه می دهد اطلس حاوی بیش از ۵۰۰ صفحه باشد، بنابراین سند تاریخی که ما را مجبور می کند برای ایجاد قضا برای عملهای جدید در هر چاپ پیش رو، عملهای قدیمی تر را حذف کنیم، برطرف می شود. به علاوه، فرآیند رنگ آمیزی و تکنولوژی چاپ ما تا حدی توسعه یافته اند که تصویرگر های طبی مان، Marita Bitans و Jennifer Smith، برای بهبود شفافیت آناتومیک در تصاویر شبه زنده و رئالیتیک به فصلهای قدیمی و جدید رنگ اضافه کرده اند. در ویرایش قبلی تنها متن کامپیوتری شده بود. با این وجود در این ویرایش هم، اینترنت نیز به شکل گسترده ای همراه با فرآیند کامپیوتری کردن کار هنری (گرافیکی)، انتقال FTP فایل های هنری و تقریباً هزار e-mail و ویدئو کنفرانس بین نویسندگان و تصویرگران، مورد استفاده قرار گرفته است. McGraw-Hill نیز اقدام به ایجاد اشکال جدیدی از رسانه های الکترونیکی کرده است. اطلس اکنون در سایت AccessSurgery به شکل online وجود دارد و ممکن است حتی بصورت بخش های جداگانه روی وسیله ارتباط اینترنتی شما download شود.

همانگونه که دکتر کونلر مودبانه به نویسنده کمکی اصلی اجازه داده که بعد از او این کار را ادامه دهد، پدر من نیز به من اجازه داده است. اکنون نوبت من است. دکتر E. Christopher Ellison نویسنده کمکی جدیدی است که اطلس را ادامه خواهد داد. دکتر الیون پسر دیگر صاحب نام سندرم زولینگر-الیون است. او رابرت ام زولینگر پروفیسور و رئیس بخش جراحی دانشکده پزشکی اوهایو است. او اطلس و بازگشتش را به کلمبیا و بخش جراحی دانشگاه اوهایو پذیرفته است. جانیکه دکتر زولینگر بزرگ اطلس را برای بیش از ۴۰ سال پرورش داد. نکته تاریخی اضافی آنکه همه مقالات دکتر زولینگر به علاوه text و کار تصویری همه ویرایش های قبلی اکنون در مرکز میراث پزشکی در کتابخانه قبلی علوم بهداشتی دانشگاه اوهایو آرشیو شده است. این اسناد کاتالوگ شده و به شکل online در دسترس اند.

در نهایت همه ویرایش های اطلس مورد حمایت و تسهیلات و دارای مجوزهای دانشکده های پزشکی و صنف مولفان بخش جراحی بوده است. بیمارستان Peter Bent Brigham در هاروارد تحت تابعیت دانشگاه اوهایو قرار گرفته است و سپس Case Western به بیمارستانهای دانشگاهی کیولند اختصاص یافته است. اکنون دانشگاه اوهایو دوباره این نقش حمایتی کلیدی را عهده دار شده است. نویسندگان دوست دارند مشارکت، توصیه ها، ارزیابی های مهم، نقطه نظرات و محک بسیاری از جراحان و پزشکان را بدانند که واقعاً با ارزش است. بویژه نویسندگان دوست دارند از، Mark W. Arnold, P., Mark Bloomston, Jeffrey H. Boehmler IV, Ginny L. Bumgardner, Charles H. Cook, William B. Farrar, Jeffrey M. Fowler (OB-GYN), Gayle M. Gordillo, Gregory E. Guy (Radiology), Alan E. Harzman, Jeffrey W. Hazey, Mitchell L. Henry, Eric H. Kraut (Internal Medicine/Hematology and Oncology), W. Scott Melvin, Dean J. Mikami, Susan Moffat-Bruce, Peter Muscarella, Bradley J. Needleman, William L. Smead, Jordana L. Soule, Steven M. Steinberg بدون مساعدت تحریریه ای M. Renee Troyer و حمایت اینترنتی بوسیله Jerome A. Johnson آماده کنند. در نهایت کارکنان McGraw-Hill راهنمایها و حمایت های ارزشمندی را ارائه نموده و نویسندگان دوست دارند از ناظران پزشکی ویژه شان Marsha S. Gelber و Robert Pancotti قدردانی کنند.

Robert M. Zollinger, Jr., MD

E. Christopher Ellison, MD

مقدمه مترجم

حمد و سپاس خدای را که به حقیر فرصت داد از دریچه ترجمه این کتاب در مورد آنچه پیش رو داریم سخن بگویم.

اطلس زولینگر که یکی از کتابهای مرجع در زمینه جراحی و توصیف کننده نحوه انجام عملهای جراحی عمومی می باشد از نظر نویسندگان، نحوه نگارش، صفحه بندی، ترتیب و دسته بندی مطالب و انتشارات، از هر نظر قابل تقدیر بوده و ارزش بالایی را به کتاب فوق می دهد که به همراه توجه به روشهای جدید جراحی شامل جراحی لاپاراسکوپی و استفاده از استاپلر و نیز بدلیل یکسان بودن نویسندگان این کتاب با کتاب اصول جراحی شوارتز که کتاب مرجع جراحی عمومی دانشگاههای ایران در سالهای اخیر می باشد و نیز اقتباس اندیکاسیونها و روشها از آن، این ارزش فراتر رفته است. موارد فوق به همراه احساس مسئولیت در قبال آنچه که خداوند توفیق آموختنش را به من داد موجب شد تا به منظور یومی کردن این دانش و نه فقط ترجمه صرف یک کتاب در خدمت هم نوعان خود باشم. و لذا ضمن توصیه به خواندن مطالب فوق توسط دستیاران جراحی و نیز تکنسینهای اتاق عمل بویژه قبل از انجام پروسیجرهای موجود، از خداوند منان توفیق روز افزون شما را خواستارم. و امید وارم ترجمه فوق به همراه PDF کتاب اصلی و نیز ویدئوپروسیجرهای اقدامات بالینی که در قالب DVD ضمیمه شده است از نقصهای احتمالی موجود بکاهد. ضمن آنکه آماده پذیرش انتقادات و پیشنهادات شما در رایانامه Mohsenfattahy@yahoo.com بوده و پیشاپیش در این زمینه از شما قدر دانی می نمایم.

در پایان به مصداق "من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق" وظیفه خود می دانم از زحمات فراوان نویسندگان اصلی کتاب و ناشر آن تقدیر نموده و از زحمات دوست بسیار عزیزم آقای دکتر علی تربیت و خانواده محترم و نیز ناشر و گرافیکست این مجموعه که در انجام این کار همراه اینجانب بوده اند صمیمانه تقدیر و تشکر نمایم و نیز استادان دانشگاه علوم پزشکی کاشان، اساتید جراحی عروق و اطفال اصفهان، استادان انستیتو کانسر بیمارستان امام و نیز لاپاراسکوپی حضرت رسول که هر آنچه آموخته ام از ایشان به یادگار دارم.

و من الله التوفیق

التماس دعا

دکتر محسن فتاحی دولت آبادی

متخصص جراحی عمومی

تقدیم به برادر شهیدم عباس و همه سفید بالانی که "خون"

عزیزترین سرمایه وجودشان را بی هیچ متی

تقدیم وجودهامان کردند.

بخش اول- تکنیک جراحی

رعایت استریلیتی، هموستاز و ملایمت با بافت پایه های هنر جراحی هستند. با این وجود، دهه های اخیر یک جابجایی در تأکید بر برتری مهارت تکنیکی به جستجو برای پروسیجرهای جدید نشان داده شده است. بدون شک این دیدگاه ناشی از افزایش فوق العاده در بکارگیری متدهای جراحی در فیلدهای جدید است. از نظر تاریخی چنین دیدگاهی، وقتی نتایج رضایت بخش نیستند، اگر اشتباه تکنیکی بیش از خود پروسیجر علت نقص باشد، منجر به جستجوی مداوم برای پروسیجرهای جدید می شود. اکنون که همه قسمتهای بدن اکسپلور شده اند بهتر است بر اهمیت رابطه بین هنر جراحی و موفقیت در درمان جراحی تأکید شود. تشخیص رو به رشد این رابطه باید بر ارزش تکنیک صحیح تأکید کند.

تکنیک های توصیف شده در این کتاب برگرفته از دانشکده جراحی تأسیس شده بوسیله ویلیام استوارت هالستد است. این دانشکده که بدرستی "دانشکده ایمنی در جراحی" نامیده می شود پس از آنکه جراحان بطور معمول منافع زیاد بیهوشی را تشخیص دهند، ایجاد شده است. پیش از تدریس هالستد سرعت در عمل نه تنها برای ایمنی بیمار ضروری به شمار می رفت بلکه همچنین به عنوان یک مشخصه توانایی مورد ستایش قرار می گرفت. علیرغم این واقعیت که بیهوشی فرصت لازم برای انجام یک تکنیک جراحی دقیق را فراهم می کند که حداقل آسیب به بیمار را تضمین کند جراحان قابل توجهی به تأکید بر روی پروسیجرهای سرعتی که به رفاه بیمار آسیب نمی دهد، ادامه می دهند. هالستد ابتدا ثابت کرد که هموستاز دقیق و مراقبت بافتها، در یک پروسیجر جراحی که ۴ یا ۵ ساعت طول می کشد بیمار را در شرایط بهتری قرار می دهد تا پروسیجر مشابهی که در طی ۳۰ دقیقه انجام می شود و در اثر سرعت با خونریزی و آسیب به بافتها همراه است. حفاظت از هر بافت با مراقبت دقیق نوع هالستد از نظر یادگیری برای جراحان جوان یک درس مشکل است. آماده سازی پیش از عمل پوست، درپ بیمار، انتخاب ابزار و حتی انتخاب نخ بخیه به اندازه روشی که جزئیات بر اساس آن انجام می شوند مهم نیست. ملایمت در انجام هر پروسیجر جراحی ضروری است. جراحان جوان در کسب این دیدگاه مشکل دارند زیرا آنها معمولاً آناتومی، بافت شناسی و پاتولوژی را بواسطه استادان یا استفاده از بافتهای مرده فیکس شده با مواد شیمیایی یاد می گیرند. از این رو دانشجویان بافتها را مواد بی جانی می پندارند که می توانند بدون فکر کردن دستکاری شود. آنها باید یاد بگیرند که سلولهای زنده ممکن است بواسطه دستکاری غیر ضروری یا دهنده راسیون آسیب ببینند. مرور آناتومی، پاتولوژی و علوم پایه همراه در آماده سازی روزانه جراحان جوان قبل از آنکه آنها مسئولیت انجام یک پروسیجر جراحی بزرگ روی یک فرد زنده را بر عهده بگیرند، ضروری است. جراح جوان اغلب تحت تأثیر سرعت جراح قرار می گیرد که تمایل بیشتری به انجام کار روزانه دارد تا آموزش هنر جراحی. تحت چنین شرایطی زمان کمی برای مرور تکنیک، بحث در مورد بهبود زخم، توجه به جنبه های اساسی پروسیجر جراحی یا نقد و بررسی نتایج وجود دارد. عوارض زخم یک مسأله آشکار مرتبط با عمل جراحی است. اگر زخم بهبود پیدا کند کافی است. یک فرمزی مختصر و تورم در و اطراف زخم یک سیر طبیعی محسوب می شود و نه یک انتقاد از آنچه ۳ تا ۵ روز پیش در اتاق عمل رخ داده است. اگر زخم باز شود یک مصیبت است اما چطور اغلب نخ مقصر است، یا وضعیت بیمار و چطور بندرت جراح مورد بازجویی قرار می گیرد در این مورد که تکنیک جراحی اشتباه بوده است؟

توجه به جزئیات زیر از یک پروسیجر جراحی شایع نظیر آپاندکومی به آشکار شدن احتیاط های لازم برای تضمین نتایج مطلوب کمک می کند. بیمار که از جهات دیگر یک جوان سالم است بیهوش می شود. تخت اتاق

عمل باید در جایی قرار داده شود که حداکثر روشنایی وجود دارد و برای نشان دادن شکم و کشاله ران تنظیم شود. نور باید با توجه به محل جراح و دستار و نیز بسته به نوع و عمق زخم تنظیم شود. این جزئیات باید در نظر گرفته و قبل از ضد عفونی کردن پوست انجام شود. یک آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی ساعت قبل از انسیزین پوستی تجویز می شود و در مواردی که عارضه ای رخ نداده ظرف ۲۴ ساعت پس از انجام پروسیجر قطع می شود.

تهدید همواره موجود برای سپس نیازمند هوشیاری مداوم قسمتی از وجود جراح است. جراحان جوان برای انجام یک تکنیک اسکراب دقیق، باید یک خط مشی و وجدان آسپتیک برای خودشان کسب کنند. دانستن فلور باکتریال پوست و روش صحیح پرپ دستان جراح قبل از ورود به اتاق عمل همراه با اتصال مداوم با روش اسکراب مرسوم به عنوان قسمتی از هنر جراحی، همسان با بسیاری از جنبه های دیگری است که بهبود صحیح زخم را تضمین می کند. یک پارگی، سوختگی یا فولیکولیت روی دست جراح به اندازه خراش عفونی روی محل عمل خطرناک است.

آماده سازی قبل از عمل پوست اساساً به روش مکانیکی انجام می شود. مهم است که پوست بیمار بلافاصله قبل از عمل، ترجیحاً در اتاق عمل بعد از بیهوشی، Shave شود. این کار ناراحتی بیمار را حذف می کند، به محل عمل شلی می دهد و از نظر باکتریولوژی تکنیک مشهوری است. باید حتی الامکان فاصله زمانی کوتاهی بین Shave و انسیزین وجود داشته باشد تا از آلودگی محل بواسطه رشد مجدد ارگانیسم ها یا امکان یک شکاف یا خراش که منشا عفونت می شود جلوگیری کند. پوست سفت نگه داشته می شود تا هنگام برداشتن موها با ماشین اصلاح یکبار مصرف برقی، یک سطح صاف و هموار ایجاد شود. استفاده از تیغ های تیز برای برداشتن موها منسوخ شده است.

اسکراب پوست قبل از عمل و فرستادن بیمار به اتاق عمل با پوشاندن محل انسیزین با یک شان استریل واضحاً یک عمل بی فایده است. اگرچه بعضی از جراحان ترجیح می دهند یک آماده سازی مقدماتی در عملهای الکتریک روی مفاصل، دستها، پاها و جدار شکم انجام دهند. این کار شامل اسکراب پوست با یک شوینده چند بار در روز برای ۲ تا ۳ روز پیش از جراحی است.

در اتاق عمل پس از آنکه بیمار در پوزیشن صحیح قرار گرفت، نور تنظیم شد و بیهوشی به سطح مناسب رسید، آماده سازی نهایی محل عمل شروع می شود. دستار اول اسکراب می شود، دستکش استریل می پوشد و تمیز کردن مکانیکی محل عمل را با گاز اسفنجی شده آغشته به محلول مناسب شروع می کند. ابتدا محل در نظر گرفته شده برای انسیزین اسکراب می شود، باقیمانده فیلد با حرکات متناوب مرکز تمیز می شود تا زمانی که کل ناحیه اکسپوز شده پوشانده شود. پوست باید قرمز شود که نشان می دهد ایتلیوم دسکوامه بطور سرتاسری برداشته شده و ضد عفونی کننده ها موثر بوده اند. مانند همه تتورها و الکلهای استفاده شده در پرپ پوست، باید مواظب بود تا از تاولهای پوستی ایجاد شده بواسطه تجمع محلول در کنار بیمار و یا در اطراف شیارهای پوستی جلوگیری شود. به همین ترتیب پدهای کوتر و ECG نباید خیس باشد. بعضی از جراحها ترجیح می دهند پوست را با یک محلول حاوی ید یا مشابه آن رنگ کنند.

یک شان پلاستیکی استریل شفاف می تواند جایگزین شانهای پوستی در پوشاندن پوست شود که نیاز برای بکارگیری شان گیرها را در گوشه های فیلد برطرف می کند. این درپ بویژه برای پوشاندن و محصور کردن یک استومر مفید است. شان پلاستیکی به کمک یک چسب باکتریواستاتیک مستقیماً بر روی پوست چسبانده می شود. پس از استفاده از پوشش، انسیزین