

مهارت‌های بالینی جراحی

مؤلف

دکتر آیدین یعقوبی نوتاش
متخصص جراحی عمومی

زیر نظر:

دکتر محمدرضا ظفر قندی

استاد جراحی و رئیس بخش جراحی عروق بیمارستان سینا

دکتر علی یعقوبی نوتاش

استاد جراحی و رئیس بخش جراحی ۲ بیمارستان سینا

دکتر هادی احمدی آملی

دانشیار جراحی

سرشناسه: یعقوبی نوناش، آپدین، ۱۳۹۵
 عنوان و نام پدیدآور: مهارت های بالینی جراحی
 مشخصات نشر: تهران: تیمورزاده طبیبه، ۱۳۹۳
 مشخصات ظاهری: ۱۴۴ ص. مصور [بخشی رنگی]؛ ۱۹×۹/۵ س.م.
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۳۸۰-۱۳۸۰۵
 وضعیت فهرست نویسی: فبیای مختصر
 شناسه افزوده: ظفر قندی، محمدرضا، ۱۳۴۴-
 شناسه افزوده: یعقوبی نوناش، علی، ۱۳۳۶-
 شناسه افزوده: احمدی آملی، هادی، ۱۳۴۳-
 شماره کتابشناسی ملی: ۳۵۹۷۹۶۱

نام کتاب: مهارت های بالینی جراحی

مؤلف: دکتر آپدین یعقوبی نوناش

زیر نظر است: جراحی یو

تألیف: انتشارات تیمورزاده

مدیر تولید فرهنگی: ترجمه حسین زنده

مدیر تولید فنی و چاپی: مهدی شاه محمدی

طراح جلد: واحد طراحی انتشارات تیمورزاده (آلپام آسدی)

صفحه آرا: مینا جاویدی

نوبت چاپ: اول - پاییز ۱۳۹۳

شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه

لیتوگرافی: باختر

چاپ و صحافی: کوثر

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۳۸-۱۳۸-۵

بها: ۷۵۰۰ تومان

تدوین: ظفر قندی، دکتر علی یعقوبی نوناش و دکتر هادی احمدی آملی

دفتر مرکزی:

خیابان کریمخان قاسمی - شیرازی - شماره ۱۱۱

طبقه سوم شرقی - کدپستی: ۱۵۰۱۵ - تهران - تلفن: ۸۸۸۰۹۰۹۰ (خط ۱۰)

دورنگار: ۸۸۸۰۹۸۹۸

تهیه کتاب: فروش انتشارات تیمورزاده

بوغاز کشاورز - ابتدای خیابان آفر ۱۶ (پنجاه و پنج متر از بزرگراه) - شماره ۶۰

کدپستی: ۱۴۱۳۹ - تلفن: ۳۸۳ ۳۸۳ - ۲۱

دورنگار: ۸۸۹۷ ۱۱۱۷

این کتاب مشمول قانون حمایت از مؤلفان، مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸/۱۱/۱۱ و قانون ترجمه و تکثیر کتاب و نشریات و نشر صوتی مصوب ۱۳۵۰/۱۰/۱۶ است. بازنویسی، خلاصه برداری یا برداشت بخشی از متن، شکل ها و جدول های کتاب و انتشار آن در قالب کتاب های ترجمه، تألیف خلاصه، آزمون یا نرم افزار بدون اجازه کتبی از ناشر غیر قانونی است و موجب پیگرد قانونی می شود.

مقدمه اساتید

دانشجوی پزشکی در دوران تحصیل، با منابع و کتب درسی آشنا می‌شود. بر اساس برنامه‌های مدون آنها را مطالعه می‌کند. پس از طی کردن دوره علوم پایه و ورود به دوره بالینی و حضور در بیمارستان‌ها جهت آموزش تئوری و عملی مدون و برنامه‌ریزی شده نحوه یادگیری متفاوت می‌شود. کسب مهارت در دروس بالینی تلزم حضور مستمر در بالین بیماران و استفاده از اساتید رشته‌های پزشکی است که ابتدا با اخذ شرح حال، معاینه و ویزیت‌های روزانه مکرر آغاز می‌شود و پس از انجام کارهای عملی در راستای درمان بیماری تکامل می‌گردد. یادگیری در این مرحله اساساً بر حضور مداوم و مستقیم ناظران دانشجوی پزشکی بستگی دارد زیرا در آموزش این مهارت و تکرار آن که منجر به تبحر و مهارت کافی می‌گردد در یک روز و یک هفته و یک ماه و یک سال حاصل نمی‌شود. براساس مشاهداتی که در دوران دانشگاه داریم، پزشکان حاذق، پزشکانی هستند که علاوه بر مطالعه، مرسوم و لازم، حضور مستمر بر بالین بیماران دارند و بیماری را تشریح و تحلیل و مهارت‌های درمانی را می‌آموزند.

کتاب حاضر یکی از کتبی است که برای دانشجویان رشته پزشکی یک افق جدید باز می‌کند تا با استفاده از آن و تمرین و ممارست مهارت‌های ارائه شده، بتوانند در درمان بیماران با دید بهتر و توانایی بیشتر کوشا باشند. کتاب حاضر به نحوی تدوین شده که فهم آن آسان و مراجعه به آن به طور مکرر امکان‌پذیر است و می‌تواند همراه دانشجویان و انترن‌ها و دستیاران در افزایش مهارت‌های آنان سهیم باشد.

مقدمه اساتید

زحماتی که مؤلف این کتاب آقای دکتر آیدین یعقوبی نوتاش، همکار جوان ما، در تدوین آن متحمل شده است ارج نهادنی است و امید است که در آینده شاهد و ناظر تلاش‌ها و ادامه تدوین روش‌های آموزش جدید برای دانشجویان پزشکی باشیم.

دکتر محمدرضا ظفرقندی

رئیس بیمارستان و رئیس بخش جراحی عروق بیمارستان سینا

دکتر علی یعقوبی نوتاش

رئیس بیمارستان و رئیس بخش جراحی دو بیمارستان سینا

دکتر هادی احمدی آملی

دانشیار جراحی بیمارستان سینا

ایران ۱۳۹۳

مقدمه مؤلف

یکی از اساسی‌ترین کمبودهای طب بالینی در کشور ما عدم آشنایی تئوریک و عملی دانشجویان، کارورزان، پزشکان عمومی و دستیاران با اقدامات تشخیصی و یا درمانی bedside است. متأسفانه این گونه جا افتاده است که پروسجرهای bedside کاملاً تخصصی بوده و مربوط به رشته جراحی عمومی است در حالی که قوانین پزشکی قانونی و سازمان نظام پزشکی که از روی اصول قانونی داخلی بین‌المللی تعیین می‌شوند چنین مسأله‌ای را توجیه‌پذیر نمی‌کنند. در این بارها شاهد آن هستیم که پزشکان به علت تأخیر، عدم بودجه‌ریزی، عدم آشنایی با این موارد درگیری‌های طولانی مدت و فرسایشی قانونی پیدا کرده و در نهایت محکوم می‌شوند که این مسائل در کنار مشکلات اقتصادی، قشر پزشکی و فشارهای جسمی، روحی، روانی، شغلی و ... به حدی می‌تواند بازده کاری یک پزشک را به شدت کاهش دهد. در این رابطه دو مورد که شخص خودم در جریان روند پرونده آن بوده‌ام را برایتان می‌گویم.

بیماری در اورژانس یک مرکز دولتی به علت تأخیر در intubation و ایجاد سکل مغزی دائم دچار وضعیت نباتی شد. پزشک عمومی کشیک اورژانس به علت تعلل واضح در باز کردن راه تنفسی و کشیک شناخته شد. پزشک عمومی مورد بحث عنوان می‌کرد که علت نداشتن آشنایی کافی و تبحر در intubation اقدامی انجام نداده است. پس از چند بار سعی در گرفتن رگ در کودک مبتلا به اسهال و استفراغ از پزشک عمومی کشیک اورژانس اطفال درخواست کمک می‌شود به علت عدم توانایی و تبحر در گرفتن IV line و آسیب به شریان براکیال اندام فوقانی کودک ایسکمیک و گانگرن شده و پزشک عمومی به علت قصور در این پرونده محکوم شناخته شد.

مقدمه مؤلف

از این دست پرونده‌ها هر ساله تعداد زیادی از پزشکان را درگیر می‌کند در حالی که اگر پزشکان عمومی توانایی تئوریک و عملی اقدامات اورژانس لازم و حیاتی را تا رسیدن یک متخصص بدانند همواره از این تنش‌ها دور خواهند بود. با توجه به کمبود منابعی جامع برای آشنایی با اقدامات bedside به خصوص در شرایط اورژانس بر آن شدیم تا با جمع آوری این عناوین در کنار هم این کمبود را بر طرف سازیم.

در پایان باید از زحمات آقای دکتر محمد سجاد بدری و خانم دکتر زهرا عیسی که علاقمندانه در تألیف این کتاب اینجانب را یاری دادند تشکر کنم. از کلیه همکاران عزیز که کتاب را مطالعه می‌کنند مصرانه درخواست می‌کنم که کاسی‌ها و نقایص موجود را به اینجانب انعکاس دهند.

دکتر آیدین بهرایی نوتاش

متخصص اورژانس عمومی

عضو هیئت علمی دانشگاه

aidin_y@yahoo.com



فهرست مطالب

۱۵	فصل ۱ کلیات
۲۵	فصل ۲ تکنیک‌های مربوط به بازکردن راه‌هوایی
۵۵	فصل ۳ تکنیک‌های برخورد با انواع زخم
۷۱	فصل ۴ تکنیک‌های دسترسی به عروق
۹	فصل ۵ تکنیک‌های مربوط به قفسه سینه
۹	فصل ۶ تکنیک‌های مربوط به سیستم گوارشی
۱۱۷	فصل ۷ تکنیک‌های مربوط به سیستم ادراری



فهرست شکل ها

- شکل ۲-۱: آناتومی کلی مسیر سیستم هوایی فوقانی و تحتانی ۲۶
- شکل ۲-۲: مقایسه کلی آناتومی راه هوایی بین بالغین و کودکان ۲۶
- شکل ۲-۳: مانور Head tilt- Chin lift ۲۷
- شکل ۲-۴: مانور Head tilt - jaw thrust و مراقبت همزمان از ستون فقرات گردنی ۲۷
- شکل ۲-۵: انجام مانور Head tilt - jaw thrust با کولار و مراقبت از ستون فقرات گردنی ۲۸
- شکل ۲-۶: مانور پاک سازی راه هوایی با انگشت ۲۸
- شکل ۲-۷: انواع airway در اندازه های مختلف ۲۹
- شکل ۲-۸: نحوه تخمین اندازه مناسب airway ۲۹
- شکل ۲-۹: نحوه قرار دادن airway به داخل حفره دهان ۲۹
- شکل ۲-۱۰: نحوه قرار دادن airway در حفره دهان ۳۰
- شکل ۲-۱۱: شمای کلی از راه های ورودی و خروجی ۳۰
- شکل ۲-۱۲: ۱ ماسک، ۲ رابط صدای، ۳ یا مارکر، ۳ آمبویگ ۳۱
- شکل ۲-۱۳: نحوه استفاده موثر از ماسک و آمبویگ طوری که ونتیلاسیون برقرار شده و هوا از کنارهای ماسک نشت نکند ۳۱
- شکل ۲-۱۴: تعبیه airway در کودکان ۳۲
- شکل ۲-۱۵: اندازه گیری airway بینی ۳۲
- شکل ۲-۱۶: نحوه تعبیه راه هوایی بینی ۳۲
- شکل ۲-۱۷: تیغه های لارنگوسکوپ ماکینتاش بزرگسالان و میلر بچه ها ۳۸
- شکل ۲-۱۸: کنترل کاف لوله تراشه ۳۸
- شکل ۲-۱۹: مانور اینتوبه کردن بیمار ۳۹
- شکل ۲-۲۰: نمایی که باید حین اینتوباسیون بیمار دیده شده شامل تارهای صوتی است که لوله از میان آن عبور داده می شود ۳۹
- شکل ۲-۲۱: نحوه ثابت کردن لوله هوایی ۴۰



- شکل ۲-۲۲: لارنژیال ماسک ۴۲
- شکل ۲-۲۳: نحوه ورود LMA به دهان با کاف خالی ۴۳
- شکل ۲-۲۴: نحوه جایگذاری کامل LMA و سپس پر کردن کاف آن ۴۳
- شکل ۲-۲۵: ترکیب LMA با لوله اوروتراکتال ۴۳
- شکل ۲-۲۶: استفاده از دستگاه گلایدوسکوپ ۴۴
- شکل ۲-۲۷: Combitude ۴۴
- شکل ۲-۲۸: نحوه قرارگیری Combitude ۴۵
- شکل ۲-۲۹: شمایی از نحوه کارکرد Combitude ۴۵
- شکل ۲-۳۰: دستگاه ساده Jet ventilator که در تمامی کیف های کمک های اولیه فوراً در دسترس باید باشد ۴۶
- شکل ۲-۳۱: شمایی از تری شماتیک خنجره ۴۷
- شکل ۲-۳۲: محل ورود و نحوه قرار دادن سوزن در فضای کریکوتیروئید ۴۷
- شکل ۲-۳۳: کولار با دریچه جهت انجام پروسیجر ۴۹
- شکل ۲-۳۴: نحوه شناسایی آناتومی خنجره از روی ظاهر گردن ۴۹
- شکل ۲-۳۵: مراحل انجام کریکوتراکتوستومی ۵۰
- شکل ۲-۳۶: برش روی تراشه در تراکتوستومی ۵۲
- شکل ۲-۳۷: شمایی از محل آناتومیک فیستول بین تراشه و سریایی نام ۵۲
- شکل ۳-۱: اکسیژز کردن کامل زخم ۵۴
- شکل ۳-۲: پس از شستشوی زخم باید کاملاً شفاف و تمیز شود ۵۴
- شکل ۳-۳: نحوه آماده سازی زخم ۵۴
- شکل ۳-۴: نمای بخیه vertical materss جداگانه ۵۹
- شکل ۳-۵: استفاده از چسب بخیه برای نزدیک کردن لبه های پوستی ۶۰
- شکل ۳-۶: استفاده از استپلر (ماشین دوخت) پوستی ۶۱
- شکل ۳-۷: آفتاب سوختگی به عنوان نمونه معروف از سوختگی درجه یک ۶۳
- شکل ۳-۸: سوختگی درجه دو ۶۳



شکل ۳-۹: سوختگی درجه سه ۶۴

شکل ۳-۱۰: زخم سرباهی آنتگرین شده ۶۷

شکل ۳-۱۱: زخم وریدی ۶۷

شکل ۳-۱۲: زخم های عصبی ۶۸

شکل ۳-۱۳: زخم فشاری ۶۹

شکل ۳-۱۴: سوار شدن SSC روی یک زخم مزمن ۶۹

شکل ۴-۱: اواج انرژیوکت در اندازه ها و رنگ های تعریف شده متفاوت ۷۲

شکل ۲-۲: آناتومی سطحی وریدهای اندام فوقانی جهت گرفتن مسیر وریدی ۷۳

شکل ۴: مانور گرفتن مسیر وریدی از اندام فوقانی ۷۳

شکل ۴: نحوه ثابت کردن کاتتر ۷۴

شکل ۴-۵: آناتومی عروق وریدی گردن و موقعیت آنها نسبت به عضله SCM به عنوان تریب های سطحی گردن جهت انجام پروسجر ۷۵

شکل ۴-۶: مانور تعبیه سوزن مرکزی از طریق ورید ژوگولر داخلی ۷۵

شکل ۴-۷: مانور تعبیه سوزن وریدی از ورید های پشت دست ۷۶

شکل ۴-۸: ست تعبیه مسیر وریدی مرکزی ۷۸

شکل ۴-۹: شمای تعبیه مسیر ورید مرکزی از طریق ورید ساب کلاوین ۷۹

شکل ۴-۱۰: شمای ورود سوزن بدخل ورید با ۳۰-۴۵ درجه ۸۰

شکل ۴-۱۱: تکه داشتن سوزن بدون حرکت داخل ورید و انداختن سرنگ از آن و جریان یافتن یلافاصله خون ۸۰

شکل ۴-۱۲: مسدود کردن بالا فاصله سر سوزن ۸۱

شکل ۴-۱۳: داخل کردن سیم راهنما از طریق لومن سوزن و ورود آن از ورید ۸۱

شکل ۴-۱۴: برش محل ورود سیم راهنما به پوست با تیغ بیستوری ۸۲

شکل ۴-۱۵: وارد کردن کشاد کننده از طریق سیم راهنما در پوست ۸۲

شکل ۴-۱۶: وارد کردن کاتتر اصلی از طریق سیم راهنما به ورید پس از خارج شدن خون و اطمینان از داخل ورید بودن کاتتر آن را ثابت می کنیم ۸۳

شکل ۴-۱۷: شمایی از مانور تعبیه کاتر ورید مرکزی از طریق ورید ژوگولر داخلی ۸۵



شکل ۱۸-۴ : آناتومی ناحیه ای جهت رویت موقعیت ورید فمورال و مجاورت آن
با شریان هم نام ۸۵

شکل ۱۹-۴ : مراحل انجام تست آن ۸۷

شکل ۲۰-۴ : مانور گرفتن خون شریانی از شریان رادیال ۸۸

شکل ۲۱-۴ : موقعیت شماتیک ورید صافن بزرگ در تمام طول آن و محل اتصال
آن به ورید فمورال ۹۰

شکل ۲۲-۴ : محل برش جهت انجام کت دان از ورید صافن دیستال ۹۱

شکل ۲۳-۴ : مراحل انجام کت دان و کانولاسیون ورید ۹۲

شکل ۲۴-۴ : شمای کلی انجام کار گذاری کاتتر داخل استخوانی ۹۳

شکل ۲۵-۴ : نحوه ورود سوزن به داخل استخوان و ورود آن به مغز استخوان ۹۴

شکل ۲۶-۵ : شمای کلی از آناتومی توراکس و لایه های پلور ۹۵

شکل ۲۷-۵ : شمای کلی از پلورال افیوژن ۹۶

شکل ۲۸-۵ : تئیه گوی سلا قفسه صدی که نشان دهنده پلورال افیوژن سمت
راست است ۹۶

شکل ۲۹-۵ : نمایی شماتیک از محل و موقعیت فشار در توراکوستنتر ۹۸

شکل ۳۰-۵ : لوله های سینه chest tube ۱۰۰

شکل ۳۱-۵ : شمایی کلی از تعبیه لوله توراکوستومی ۱۰۱

شکل ۳۲-۵ : محل برش در تعبیه لوله سینه ۱۰۲

شکل ۳۳-۵ : نحوه ورود پنس کلی از پوست و عبور آن از سینه بطوریکه به
عناصر بین دنده ای آسیبی وارد نکند ۱۰۲

شکل ۳۴-۵ : شمایی از مراحل قرار دادن لوله سینه ۱۰۳

شکل ۳۵-۵ : نمایی از تخلیه هوای تحت فشار از توراکس با سوزن در پنوموتوراکس
فشارنده ۱۰۵

شکل ۳۶-۵ : نمایی از انجام پریکاردیو سنتز ۱۰۶

شکل ۳۷-۵ : مانور انجام پریکاردیو سنتز روی مولاژ ۱۰۷

شکل ۳۸-۵ : کاتتر pig tail جهت کار گذاری در پریکارد یا هر کاویته ای در بدن
..... ۱۰۸

شکل ۳۹-۶ : لوله معده ۱۱۱



- شکل ۶-۲ : شمایی از تعبیه لوله معده ۱۱۱
- شکل ۶-۳ : وضعیت بیمار هنگام تعبیه لوله معده ۱۱۳
- شکل ۶-۴ : گرافی قفسه سینه جهت تأیید قطعی محل لوله معده ۱۱۳
- شکل ۶-۵ : نحوه ثابت کردن لوله معده ۱۱۳
- شکل ۶-۶ : نکرور غضروف میانی بینی عارضه تعبیه لوله معده ۱۱۴
- شکل ۶-۷ : لوله گاستروستومی پرکوتانه ۱۱۷
- شکل ۶-۸ : شمایی از انجام پاراستنز آسیت ۱۱۸
- شکل ۶-۹ : محل های ایمن جهت سوزن زدن به شکم ۱۱۹
- شکل ۶-۱۰ : شمایی از پاراستنز آسیت ۱۱۹
- شکل ۶-۱۱ : کشیدن مایع آسیت با سرنگ ۱۲۰
- شکل ۶-۱۲ : نحوه ورود سوزن DPA/DPL به شکم ۱۲۳
- شکل ۶-۱۳ : شمایی از مراحل انجام DPL ۱۲۴
- شکل ۷-۱ : روش های از بین بردن اسلی خارجی زنانه ۱۲۷
- شکل ۷-۲ : آناتومی شش های مختلف مجرای ادراری مردانه ... ۱۲۸
- شکل ۷-۳ : هماتوم اسکلتی ... شش های مختلف مجرای ادراری مردانه ... ۱۲۸
- شکل ۷-۴ : یورتروگرافی رتروگری ۱۲۹
- شکل ۷-۵ : سوند فولی ۱۳۰
- شکل ۷-۶ : ست سیستوستومی سوپراپوبیک پرکوتانه ۱۳۳
- شکل ۷-۷ : آسپیراسیون سوپراپوبیک ۱۳۵



فهرست جدول‌ها

- جدول ۲-۱ تکنیک‌های تجویز اکسیژن ۳۴
- جدول ۲-۲ اندازه لوله‌ی تراشه برای نوزادان براساس وزن و سن بارداری ۳۷
- جدول ۴-۱ جدول تفسیر سریع ABG ۸۹
- جدول ۶-۱ تعیین اندازه NGT بر اساس وزن ۱۱۵
- جدول ۶-۲ از چه روشی جهت دسترسی به معده استفاده شود؟ ۱۱۶
- جدول ۶-۳ : تشخیص افتراقی علت آسیت بر اساس گرادیان آلبومین ۱۲۱
- جدول ۷-۱ اندازه مناسب کاتترهای ادراری با توجه به سن کودکان ۱۳۶

www.ketab