

بازمانده

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	امید اکبری الاتیموری، ۱۳۶۷
عنوان و نام پدیدآور	مروور سریع بر جراحی عمومی 2019, Sabiston, Schwartz's 2019 , Maingot
مشخصات نشر	تهران: مهراڊ، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	۷۱۰ ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۷۶۵۹-۵۴-۲ ریال ۲,۸۲۰,۰۰۰:
شابک دوره	۹۷۸-۶۲۲-۷۶۵۹-۵۵-۹
وضعیت فهرست نویسی: فیبا	
یادداشت	کتاب حاضر با موضوع تروما، شوک، هموستاز، آب و الکترولیت، کولون، روده باریک، آپاندیس، شکم حاد جراحی، پستان، امنیت بیمار و عوارض جراحی، عفونت جراحی، ترمیم زخم، پوست و بدخیمی‌های پوستی است
موضوع	جراحی عمومی
موضوع	Surgery :
موضوع	جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)
موضوع	surgery -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	تاونزند، کورتنی ام.
شناسه افزوده	Townsend, Courtney M:
شناسه افزوده	اندرسن، دینا کی.
شناسه افزوده	Andersen, Dana K:
رده‌بندی کنگره	RD۳۱ :
رده‌بندی دیویی	۶۱۷ :
شماره کتابشناسی ملی	۵۹۶۹۹۸۱ :

عنوان کتاب: مروور سریع بر جراحی عمومی 2017 Sabiston, چاپ و لیثوگرافی: رزیدنت‌یار	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰	Maingot 2019 ,Schwartz's 2019
ترجمه و تلخیص: دکتر امید اکبری الاتیموری	تیراژ: ۱۰۰ نسخه	
ناشر: انتشارات مهراڊ	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۶۵۹-۵۴-۲	
صفحه‌آرا: رزیدنت‌یار	شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۷۶۵۹-۵۵	
طراح و گرافیست: رزیدنت‌یار - مهراڊ فیضی	بهاء: ۲۸۲.۰۰۰ تومان	

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

مرور سریع بر جراحی عمومی
Schwartz's 2019 - Sabiston 2017
Maingot 2019

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۱

Schwartzs 2019, Sabiston2017, Maingot 2019

ترجمه و تلخیص:

امید اکبری الایموری

بورده تخصصی جراحی عمومی

سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راحت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آن‌چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۲ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مباحث جراحی عمومی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت‌یار:

www.residenttyar.com
info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

به نام خدا

برای درک بهتر از ذهن طراحان سوال باید نگاهی دقیق به کتاب‌ها داشت. در میان صفحات، درون ستون‌ها و لابلای خطوط می‌توانیم به عمق مطلب پی ببریم و با تجربه‌ای که در تکرار کلمات به دست می‌آوریم بر این عمق بیافزاییم. در این کتاب، رفرنس‌های معرفی شده برای آزمون‌های ارتقا و دانشنامه تخصصی رشته جراحی عمومی را ورق زدم و از زاویه‌ای تازه، مروری سریع خواهیم داشت بر نکات مهم و کلیدی. نکاتی که تکرار و تکرار خواهیم کرد برای روزی خیلی دور... خیلی نزدیک.

به امید پیروزی

دکتر امید اکبری ال‌تیموری

فهرست

فصل ۷ - تروما.....	۱۱
فصل ۵ - شوک	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۴ - هموستاز.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۳ - آب و الکترولیت.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۲۹ - کولون	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۲۸ - روده باریک	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۳۰ - آپاندیس.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۴۵ - شکم حاد جراحی.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۱۷ - پستان.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۱۲ - امنیت بیمار و عوارض جراحی.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۶ - عفونت جراحی.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۹ - ترمیم زخم.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
فصل ۱۶ - پوست و بدخیمی‌های پوستی	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.



فصل ۷: تروما

ارزیابی و احیاء بیمار ترومایی:

قدم اول در برخورد با بیمار ترومایی: چک علائم حیاتی است. آسیب‌های تهدیدکننده حیات که در جدول زیر مشاهده می‌شود باید قبل از شروع ارزیابی‌های ثانویه مشخص شده و نسبت به درمان آن اقدام گردد.

Table 7-1

Immediately life-threatening injuries to be identified during the primary survey

Airway

- Airway obstruction
- Airway injury

Breathing

- Tension pneumothorax
- Open pneumothorax
- Massive air leak
- Flail chest with underlying pulmonary contusion

Circulation

- Hemorrhagic shock
 - Massive hemothorax
 - Massive hemoperitoneum
 - Mechanically unstable pelvis fracture with bleeding
 - Extremity blood loss
- Cardiogenic shock
 - Cardiac tamponade
- Neurogenic shock

Disability

- Intracranial hemorrhage/mass lesion
- Cervical spine injury





ارزیابی اولیه Primary survey + احیاء همزمان:

نکته‌ای که در کتاب جدید به آن اشاره شده است آنست که در بیمار هیپوولمیک، به دلیل اختلال در عملکرد قلب زمان اینتوبیشن اورژانس دقیقاً مشخص نیست.

A: بررسی راه هوایی و محافظت از نخاع گردنی

۱. محافظت از نخاع گردنی: در تمام بیماران با ترومای بلانت تا زمان R/O آسیب فقرات باید نخاع گردنی بی‌حرکت بماند
نحوه محافظت: بستن کلار سخت یا قراردادن دو کیسه شن در طرفین سر و محکم کردن سر با نوار چسب به تخته پشت بیمار

۲. ارزیابی راه هوایی:

اگر بیمار هوشیار است، تاکی‌پنه ندارد، با صدای طبیعی حرف می‌زند و صدای تنفس نرمال است نتیجه می‌گیریم A مشکل ندارد

اقدامات لازم:

- ۱) ساکشن ترشحات، خون، استفراغ و در آوردن دندان شکسته و اجسام خارجی
 - ۲) انجام مانورهای زیر برای عقب کشیدن زبان در بیمار کومایی:
 - Chin lift (بالا بردن چانه)
 - Jaw thrust (کشیدن فک)
 - ۳) گذاشتن air way یا لوله بینی (nasal trumpet) - گذاشتن ماسک اکسیژن و انجام پالس اکسی‌متری
- اگر با اقدامات فوق A بهتر نشد:





انتوباسیون پروفیلاکتیک در موارد زیر لازم است:

در موارد ترومای نافذ گردن با هماتوم گسترش یابنده - آسیب شیمیایی و حرارتی دهانی و حلق - آمفیزم زیرجلدی زیاد - آسیب مرکب ماگزیلوفاشیال - خونریزی راه هوایی

اندیکاسیون انتوباسیون:

آپنه - کاهش سطح هوشیاری $GCS \leq 8$ (شایعترین علت) - انسداد قریب‌الوقوع راه هوایی در اثر آسیب استنشاقی، هماتوم، تورم نسج نرم، خونریزی و اسپیراسیون - ناتوانی در برقراری اکسیژناسیون کافی $\downarrow O_2SAT$ ()

نکته: زمان انجام انتوباسیون اندوتراکئال در بیماران با شوک هیپوولمیک حیاتی است، چون با فشار مثبت راه هوایی عملکرد قلب را بدتر کرده و باعث ایست قلبی می‌شود. بنابراین باید در این شرایط وضعیت سیرکولیشن قبل انتوباسیون اصلاح شود.

انواع انتوباسیون:

اروتراکئال: روش ارجح است.

معایب = در فرد هوشیار باید شل‌کننده زد که می‌تواند منجر به اسپیراسیون، ناتوانی در انتوبه کردن و عوارض دارویی شود

نازوتراکئال

مزیت = امکان انجام آن در خارج اورژانس، انجام آن در اورژانس در مواقعی که تزریق شل‌کننده ممنوع است.

عیب = در موارد آپنه ممنوع است

روش‌های اثبات صحیح بودن محل لوله تراشه:

لارنگوسکوپی مستقیم، کاپنوگرافی، سمع دو طرف ریه و در نهایت انجام CXR است.





نکته: مهمترین روش کاپنوگرافی و تعیین میزان end tidal co_2 است.

اندیکاسیون کریکوتیروئیدوتومی:

در موارد آسیب وسیع صورت - خونریزی شدید راه هوایی - عدم توانایی در انتوباسیون
علی‌رغم استفاده از گلایدوسکوپ

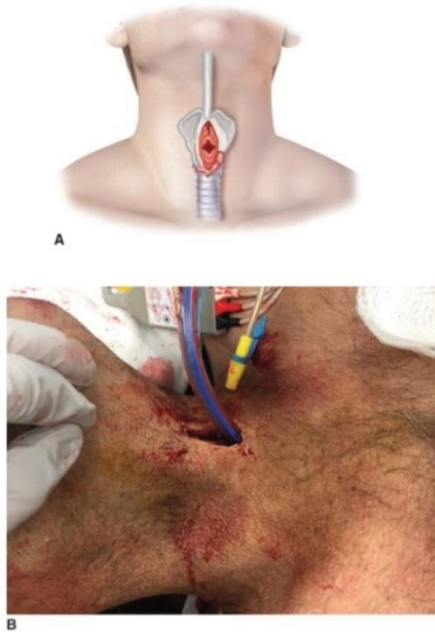


Figure 7-1. Cricothyroidotomy is recommended for emergent surgical establishment of a patent airway. A vertical skin incision avoids injury to the anterior jugular veins, which are located just lateral to the midline. Hemorrhage from these vessels obscures vision and prolongs the procedure. When a transverse incision is made in the cricothyroid membrane, the blade of the knife should be angled inferiorly to avoid injury to the vocal cords. A. Use of a tracheostomy hook stabilizes the thyroid cartilage and facilitates tube insertion. B. A 6.0 endotracheal tube is inserted after digital confirmation of airway access





نحوه انجام کریکوتیروئیدوتومی:

لمس غضروف کریکوئید و تیروئید با انگشت - برش عمودی پوست و زیر جلد به صورت شارپ - باز نگه داشتن برش با رترکتورهای army navy - لمس غشای کریکوئید - برش عرضی غشا با زاویه تیغ رو به پایین - قراردادن قلاب تراکئوستومی زیر غضروف تیروئید - وارد کردن انگشت - وارد کردن لوله شمار ۶ - بخیه کردن لوله در محل.

نکته: در کودکان زیر ۱۱ سال و در موارد Fx حنجره انجام کریکوئیدوتومی ممنوع است.

اندیکاسیون تراکئوستومی:

در موارد Fx حنجره - جداشدگی حنجره انجام تراکئوستومی اورژانس لازم است



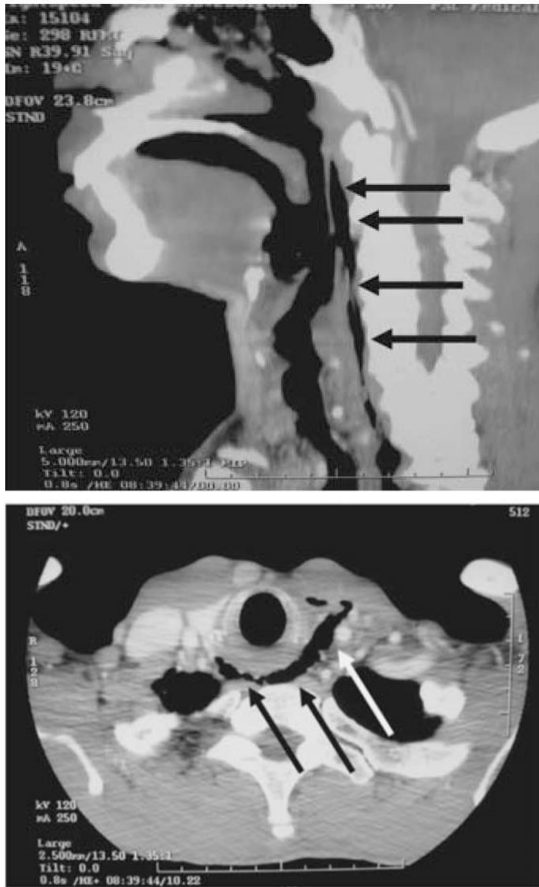


Figure 7-18. A laryngeal fracture results in air tracking around the trachea along the prevertebral space (arrows).





نحوه انجام تراکتوستومی اورژانسی:

بهتر است در اتاق عمل زیر نور کافی و با وجود تجهیزات کامل

در صورت وجود زخم clothesline:

از محل زخم قدامی گردن با کلامپ نرم دیستال تراشه گرفته می‌شود تا به داخل مدیاستن کشیده نشود و سپس لوله وارد قسمت دیستال تراشه می‌شود و انتقال اورژانسی به OR

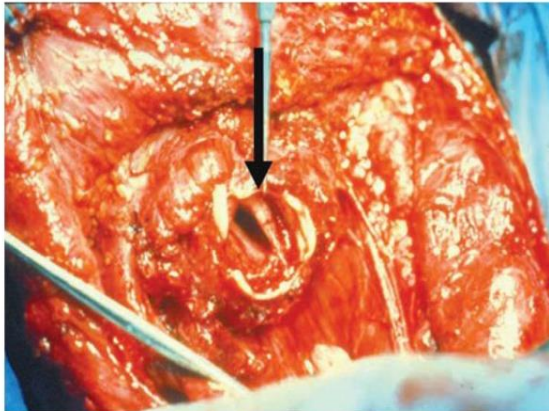


Figure 7-2. A “clothesline” injury can partially or completely transect the anterior neck structures, including the trachea. With complete tracheal transection, the endotracheal tube is placed directly into the distal aperture, with care taken not to push the trachea into the mediastinum.

B (بررسی وضعیت تنفس و وتیلاسیون):

در تمام بیمار ترومایی: جابه‌جایی با back board - مانیتورینگ و پالس اکسی‌متری مداوم - گذاشتن اکسیژن مکمل لازم است.





پنوموتوراکس فشارنده:

دیسترس تنفسی + افت فشار خون به همراه یکی از موارد:
کاهش صدای ریه، انحراف تراشه، آمفیژم زیرجلدی، jvp برجسته
مکانیسم ایجاد آن: پارگی پارانشیم ریه به صورت دريچه یک طرفه عمل می کند - با هر
تنفس احتباس هوا در فضای پلور و ایجاد فشار مثبت در فضای پلور - پایین رفتن
دیافراگم همان طرف و شیفت مדיاستن به سمت مقابل - چرخیدن قلب حول محور
اجوف - کاهش برگشت وریدی - کاهش برون ده قلبی و افت فشار خون.

درمان:

خارج اورژانس در محل حادثه: در شک به آن بدون نیاز به CXR آسپیراسیون با
آنژیوکت شماره ۱۴ در فضای بین دنده‌ای دوم میدکلاویکولر انجام می شود.
در مطالعات محل ارجح برای دکمپرس کردن با آنژیوکت فضای ۵ ام در محازات خط
آگزیلاری قدامی است.

بلافاصله بعد رسیدن بیمار به داخل اورژانس لوله سینه‌ای گذاشته می شود.

نکته: در داخل اورژانس هم وقتی بیمار همودینامیک پایدار ندارد بدون انجام گرافی
سینه در صورت شک به پنوموتوراکس ابتدا آسپیراسیون انجام می شود و اگر هوا خارج
شد بلافاصله لوله سینه‌ای گذاشته می شود.

زخم مکنده: از دست رفتن تمام ضخامت جدا رقفسه سینه و ارتباط آزاد فضای پلور با
اتمسفر

• در خارج اورژانس: پانسمان ۳ طرفه

• در داخل اورژانس:

لبه‌های زخم به همدیگر برسد: تعبیه لوله سینه‌ای از محل دیگر + دوختن زخم





لبه‌های زخم به همدیگر نرسد: تعبیه لوله سینه‌ای از محل دیگر + پانسمان سه طرفه و بعداً پوشاندن دیفکت با کمک فلاپ

نکته: بستن دیفکت بدون تعبیه لوله سینه‌ای باعث تبدیل پنوموتوراکس باز به تنشن می‌شود.



A



B

Figure 7-4. A. Full-thickness loss of the chest wall results in an open pneumothorax. B. The defect is temporarily managed with an occlusive dressing that is taped on three sides, which allows accumulated air to escape from the pleural space and thus prevents a tension pneumothorax. Repair of the chest wall defect and tube thoracostomy remote from the wound is definitive treatment.





قفسه‌سینه شناور (flail) و کوفتگی ریه:

مشاهده حرکات پارادوکس قفسه سینه وجود $Fx \leq 3$ دنده در $2 \leq$ محل. ممکن است در مراحل اولیه کوفتگی و آسیب پارانشیم زیاد واضح نباشد و حتماً اخذ CXR ۱۲ ساعت بعد لازم است.

اگر آسیب به صورت زود هنگام در عکس دیده شود نشان دهنده شدید بودن و احتمال بیشتر نارسایی تنفسی است.

علت اصلی اختلال تنفسی: کاهش کمپلیانس ریه و ایجاد شانت ریوی ناشی از کوفتگی ریه است.

وجود هیپوکسی، افزایش کار تنفسی، آزیتاسیون نشان دهنده اختلال تنفسی و نیاز به انتوباسیون است.

اگر هموتوراکس یا پنوموتوراکس وجود ندارد نیاز به تعبیه chest tube نیست.

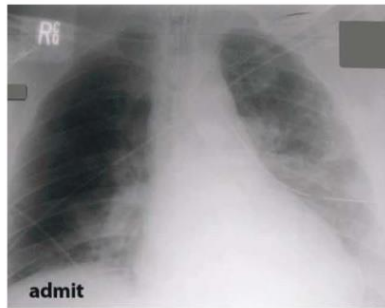
نشت قابل توجه هوا به علت آسیب‌های تراکتوبرونشیل است.

آسیب‌های تایپ ۱ در ۲ سانتی‌متری کارینا روی می‌دهد که در این موارد به علت محدود شدن در پلورای مدیاستینال با نموتوراکس همراه نیست.

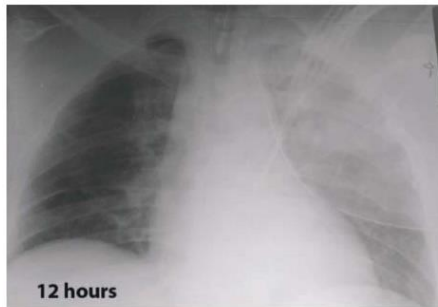
اسیب‌های تایپ ۲ در قسمت‌های دیستالتر اتفاق افتاده و واغلب با نموتوراکس همراه است.

بعد از تعبیه چست تیوب برونکوسکوپی جهت تایید تشخیص و ارزیابی روند درمان توصیه می‌شود.





A



B

Figure 7-5. A. Admission chest film may not show the full extent of the patient's pulmonary parenchymal injury. B. This patient's left pulmonary contusion blossomed 12 hours later, and its associated opacity is noted on repeat chest radio-graph

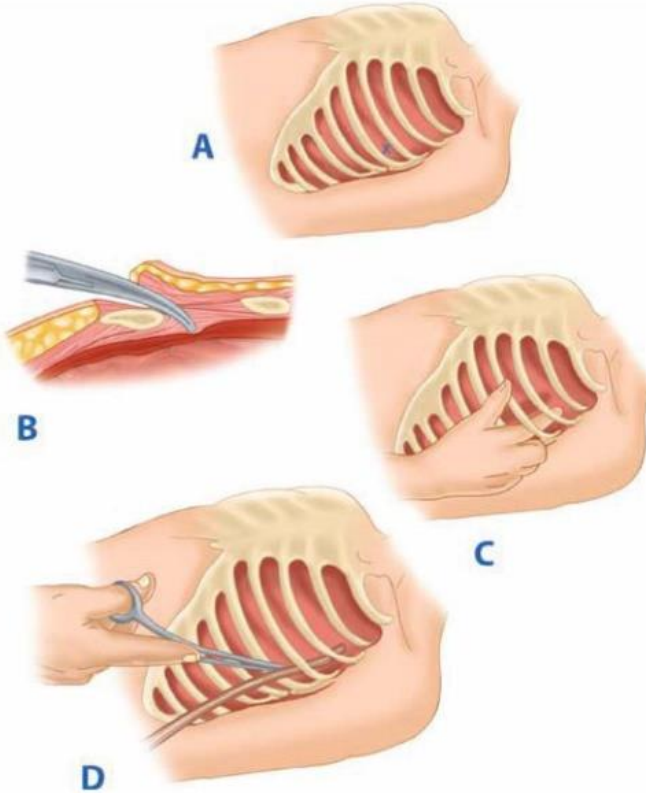


Figure 7-3. A. Tube thoracostomy is performed in the midaxillary line at the fourth or fifth intercostal space (inframammary crease) to avoid iatrogenic injury to the liver or spleen. B. Heavy scissors are used to cut through the intercostal muscle into the pleural space. This is done on top of the rib to avoid injury to the intercostal bundle located just beneath the rib. C. The incision is digitally explored to confirm intrathoracic location and identify pleural adhesions. D. A 28F chest tube is directed superiorly and posteriorly with the aid of a large clamp.





ادامه ارزیابی اولیه:

C بررسی گردش خون و کنترل خونریزی:

- کنترل خونریزی خارجی فعال:
فشار با انگشت روی رگ خونریزی دهنده در ترومای نافذ گردن، ورودی قفسه سینه و کشاله ران و نگهداشتن انگشت روی رگ تا رساندن بیمار به اتاق عمل.
کلامپ کورکورانیه ممنوع است چون باعث آسیب اعصاب می‌شود.
در موارد خونریزی منتشر از اندام: بستن تورنیکه. ولی در فرد دچار شوک بستن طولانی تورنیکه باعث ایسکمی گرم شده و ترومبوز در عروق کوچک ایجاد می‌کند پس بهترین کار انگشت است.

جاندازی و آتل‌گیری در شکستگی‌های باز.

لمس نبض شریان کاروتید معادل $SBP=60$ mmHg و فمورال معادل 70 mmHg
 $SBP=$ و رادیال معادل $SBP = 80$ mmHg می‌باشد.
 هرگونه افت فشار خون زیر 90 میلی‌متر جیوه نشان دهنده خونریزی است مگر خلافتش ثابت شود.

- گرفتن ۲ Ivline $16G \leq$ (رنگ طوسی یا نارنجی)
 - ارسال آزمایشات، تایپ و کراس مچ:
- در ترومای خفیف: فقط U/A و CBC (Hb بدو ورود) و برای فرد بالای ۵۵ سال ABG و انجام ECG.



در ترومای شدید: پانل کامل تروما شامل:

CBC - بیوشیمی - انعقادی - ABG از نظر کمبود باز - لاکتات - U/A - تایپ و کراس
مچ (رزرو خون و FFP) - در موارد شدید بررسی وضعیت ویسکوالاستیک مثل TEG و
ROTEM.

- در خانم‌های سنین باروری: چک BHCG لازم است.

روش اینتراوسئوس (I/O):

در صورتی که یک تا دوبار تلاش برای رگ‌گیری موفق نباشد از روش اینتراوسئوس
استفاده می‌شود.

محل ارجح انجام آن از پروگزیمال تیبیا یا هومروس به سمت پایین است.

در صورت شکستگی تیبیا از دیستال فمور به سمت بالا (با پرهیز از آسیب صفحه
اپی‌فیزیال) استفاده می‌شود.

فلوی معادل ۱۸ G ایجاد می‌کند و تمام داروها و فراورده‌های خونی را با همان دوز
می‌توان از طریق آن تزریق کرد.

تعیین محل مناسب سوزن: اگر بتوان مغز استخوان را آسیب کرده یا محلول سالین
راحت انفوزیون شود نشان دهنده محل صحیح است.

اگرچه این روش در شرایط اورژانسی ایمن است ولی باید بلافاصله بعد گرفتن رگ
محیطی برای پیشگیری از استئومیلیت خارج شود.



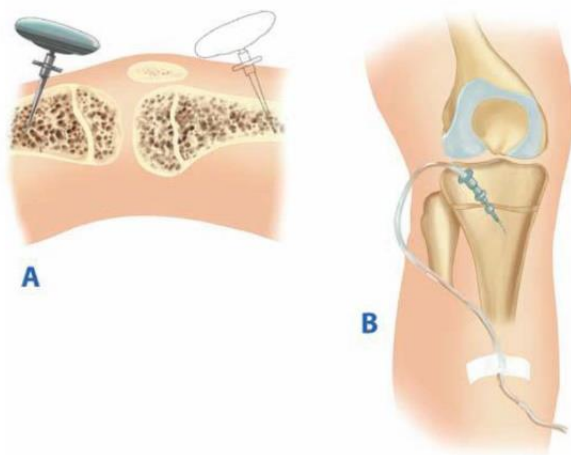


Figure 7-6. Intraosseous infusions are indicated for children <6 years of age in whom one or two attempts at IV access have failed. A. The proximal tibia is the preferred location. Alternatively, the distal femur can be used if the tibia is fractured. B. The needle should be directed away from the epiphyseal plate to avoid injury. The position is satisfactory if bone marrow can be aspirated and saline can be easily infused without evidence of extravasation.

کاتتر بزرگ وریدی:

در موارد شوک علاوه بر ۲ لاین تعبیه یک کانوی بزرگ F ۷-۹ دیگر از طریق وریدهای فمورال یا ساب کلاوین لازم است:

ارجح (excellent access): کات دان ورید صافن در دیستال (۱cm قدام و ۱cm بالای قوزک داخلی) و تعبیه کاتتر شماره ۱۴ درون آن است.

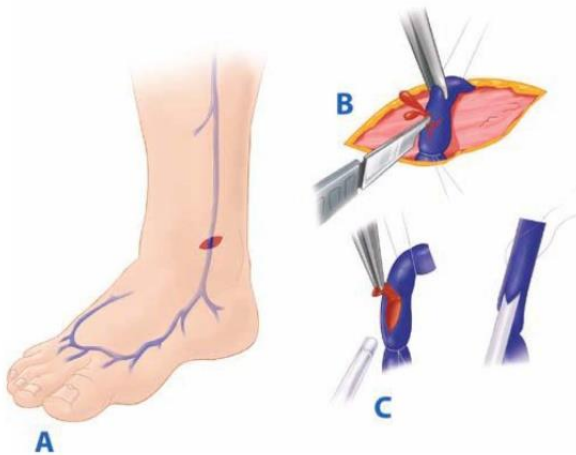


Figure 7-7. Saphenous vein cutdowns are excellent sites for fluid resuscitation access. A. The vein is consistently found 1 cm anterior and 1 cm superior to the medial malleolus. B. Proximal and distal traction sutures are placed with the distal suture ligated. C. A 14-gauge IV catheter is introduced and secured with sutures and tape to prevent dislodgment.

قدم بعد گذاشتن کاتتر مرکزی cordis تری لومن در ورید فمورال است. (برای ترومای توراسیک و گردن)

شدر اطفال زیر ۶ سال: قدم اول گرفتن رگ محیطی است. اگر با ۱-۲ بار تلاش موفق نشداز روش I/O استفاده می شود. اگر بازهم نشد به عنوان انتخاب سوم Cvline یا کات دان صافن پروگزیمال انجام می شود.

اگر در C مشکل داشت:

بررسی خون در توراکس: با انجام CXR و اگر هموتوراکس بود لوله سینه ای تعبیه می شود.





هموتوراکس حجیم به عنوان اولین آسیب تهدیدکننده حیات با تجمع بیشتر از ۱۵۰۰ cc خون در پلور در بالغین یا بیشتر از ۲۵ درصد از حجم خون بیمار در پلور تعریف می‌شود.

راه دقیق اندازه‌گیری حجم خونریزی در پلور فقط با چست تیوب مقدور است. هموتوراکس حجیم در آسیب‌های بلانت اغلب به علت شکستگی چندین دنده و خونریزی از شریان‌های اینترکوستال است.

با این حال ممکن است در اثر خونریزی از پارانشیم نیز باشد که در اینصورت بعد از تعبیه چست تیوب خود را به صورت نشت هوا همزمان نشان می‌دهد.

بررسی خون در پریتونئ: با انجام FAST

بررسی FX ناپایدار لگن: با لمس لگن و انجام PXR. اگر لگن ناپایدار بود با ملافه فیکس می‌شود.

در صورت FX و خونریزی اندام: جاندازی و آتلگیری + کنترل خونریزی

در صورت خونریزی اسکالپ: کنترل خونریزی با منگنه پوستی - کلیپس - سوچور نایلون پیوسته تمام ضخامت

• بررسی تامپوناد:

تشخیص تامپوناد با انجام FAST است.

در موارد حاد حتی با تجمع کمتر از ۱۰۰ cc خون نیز ممکن است تامپوناد اتفاق بیفتد.



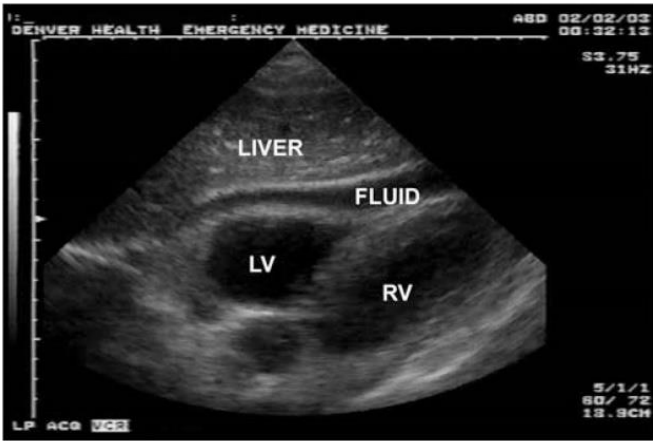


Figure 7-9. Subxiphoid pericardial ultrasound reveals a large pericardial fluid collection.

تریاد Beck: اتساع وریدهای گردن + صدای ماפל قلبی + کاهش فشار خون. اغلب به علت سرو صدای اورژانس و هیپوولمی این تریاد مشاهده نمی‌شود.

درمان: قدم اول احیاء با مایعات است.

قدم بعد در بیماران با هرگونه اختلال همودینامیک انجام پریکاردیوسنتز و تعبیه درن پریکارد با گاید سونوگرافی و تخلیه ۲۰-۱۵ میلی‌لیتر خون که موقتاً همودینامیک را پایدار کرده و مانع ایسکمی ساب‌اندوکارد و آریتمی می‌شود. در ۸۰٪ موارد در دکمپرس کردن تامپوناد موفق است.

نحوه انجام پریکاردیوسنتز:

با سوزن LP بلند ۱۸G و از ساب‌گزیفئوئید با زاویه ۴۵° به سمت شانه چپ و بعد تعبیه pigtail با تکنیک seldinger درون فضای پریکاردی.





اگر خون آسپیره شده را روی گاز بریزیم و سریع لخته شود: نشانه این است که خون درون قلب بوده نه فضای پریکارد. علت اصلی شکست پریکاردیوسنتز: لخته شدن خون درون پریکارد است.

سپس:

اگر فشار کمتر از 60 mmHg بماند = توراکوتومی آنترولترال چپ در اورژانس و پریکاردیوتومی طولی در آنتریور عصب فرنیک
اگر فشار بیشتر مساوی 70 mmHg شد = انتقال به OR و انجام میداسترنوتومی.

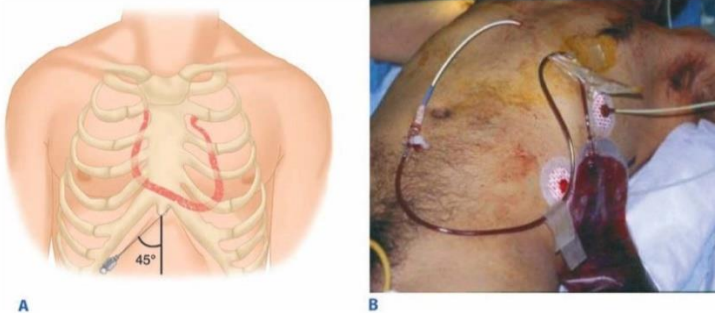


Figure 7-10. Pericardiocentesis is indicated for patients with evidence of pericardial tamponade. A. Access to the pericardium is obtained through a subxiphoid approach, with the needle angled 45 degrees up from the chest wall and toward the left shoulder. B. Seldinger technique is used to place a pigtail catheter. Blood can be repeatedly aspirated with a syringe or the tubing may be attached to a gravity drain. Evacuation of unclotted pericardial blood prevents subendocardial ischemia and stabilizes the patient for transport to the operating room for sternotomy.





RT (تراکوتومی احیا):

به صورت آنتروترال چپ از فضای ۵ ام با گسترش برش پوستی به راست استرنوم.

اندیکاسیون RT:

(۱) بیمار در حال CPR بدون علائم حیاتی در ترومای بلانت زیر ۱۰min از شروع احیا،

ترومای نافذ تنه زیر ۱۵min، ترومای نافذ اندام و گردن زیر ۵min از شروع احیا.

(۲) بیمار با شوک و فشار خون کمتر مساوی ۶۰ با عدم پاسخ به مایع

درمانی.....



