



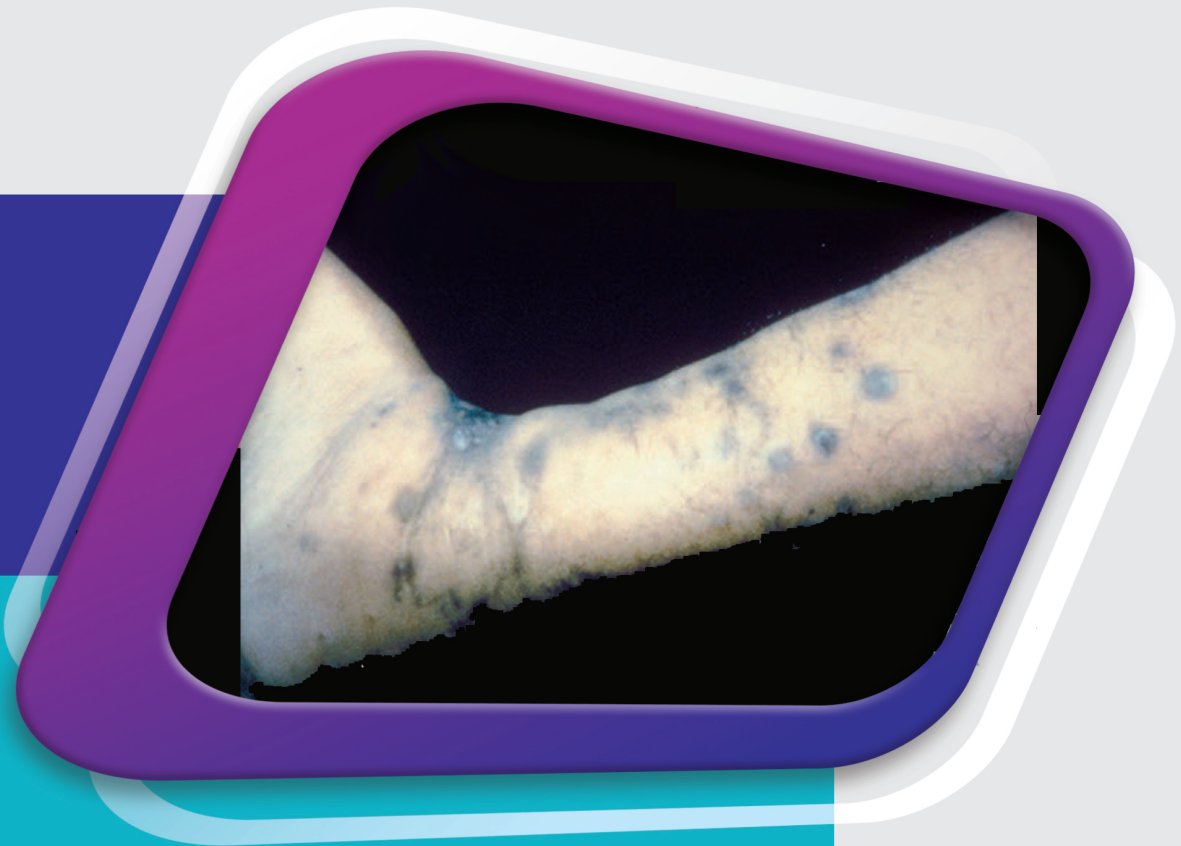
# هرنی ، چاقی ، طحال سار کومهای بافت نرم، جدار شکم امنتوم و صفاق

مجموعه‌ای کامل از فصول به همراه سوالات ارتقاء و مورد تخصصی



جراحی عمومی  
سری کاوشگر

۵



ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور  
استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ویرایش: دکتر حسین نگهبان

رتبه برتر مورد تخصصی جراحی عمومی کشور ۱۳۹۸

رزیدنت‌یار  
انتشارات و آموزش پزشکی



# بیا بنویسیم

## قسمتی از درسنامه الکترونیک ویژه آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۰ جهت ملاحظه متقاضیان محترم

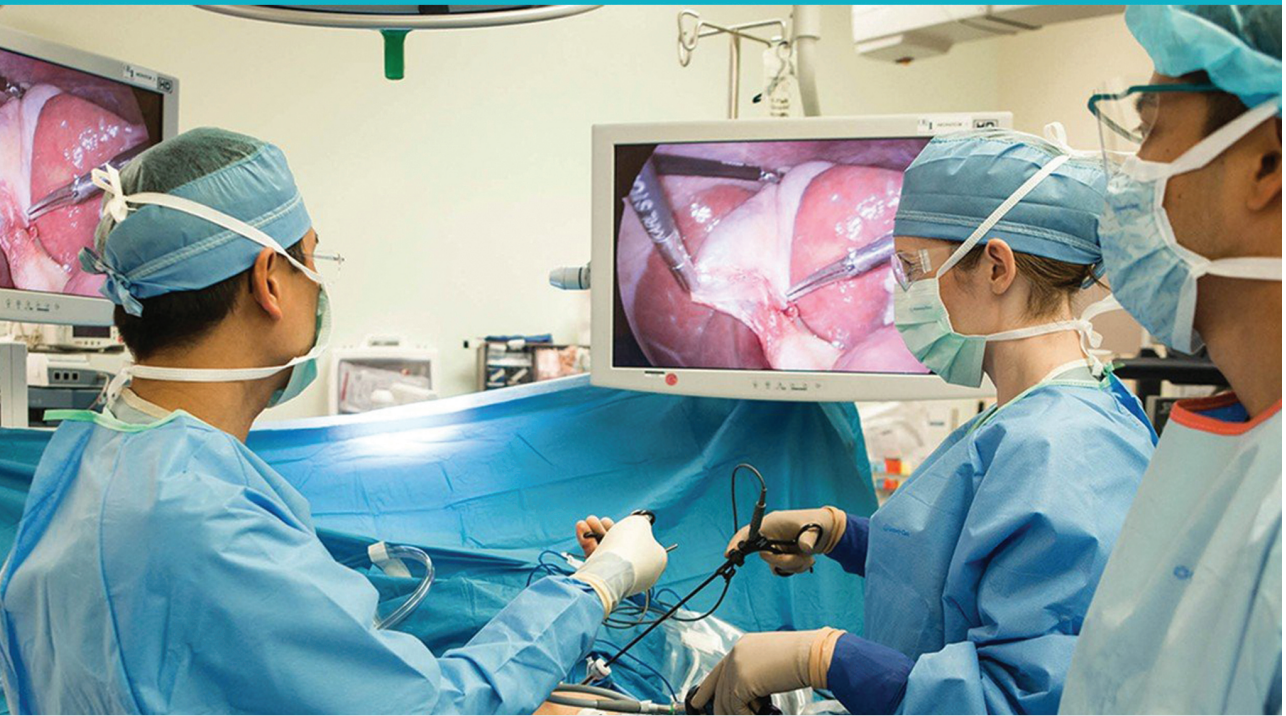
هر جا که هنر طبابت مورد علاقه باشد،  
در آنجا علاقه به انسانیت نیز وجود دارد.  
(بقراط)

هدف ما در رزیدنت یار: پرورش اندیشه ما است.

SCHWARTZ'S

SABISTON

**Best Science For Safe Life**



۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸  
۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶  
[www.Residenttyar.com](http://www.Residenttyar.com)

ISBN:978-622-6874-00-7



786226 874007



- سرشناسه  
عنوان و نام پدیدآور  
مشخصات نشر  
مشخصات ظاهری  
شابک  
وضعیت فهرست نویسی  
یادداشت
- زینال پور، عادل، ۱۳۶۵-، نگهبان، حسین، ۱۳۶۸-  
هرنی، چاقی، طحال، سارکوم‌های بافت نرم، جدار شکم، امتنوم و صفاق: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات  
آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی جراحی عمومی 2019 Schwartz، Sabiston 2017/ترجمه و تلخیص  
عادل زینال پور، ویرایش دکتر حسین نگهبان.  
تهران: مهرا، ۱۳۹۹.  
۴۲۸ ص.: مصور (بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).  
۳,۱۲۰,۰۰۰ ریال ۷-۰۰-۶۸۷۴-۶۲۲-۹۷۸  
فیبا  
کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب‌های  
"Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 2017 20<sup>th</sup> ed"  
اثر کورتنی ام. تاونزند... [او دیگران] و "Schwartz's Principles of Surgery, 2019 11<sup>th</sup> ed" به ویراستاری دینا  
کی اندرسن... [او دیگران] است.
- موضوع : جراحی  
موضوع : Surgery  
موضوع : فتنق -- جراحی  
موضوع : Hernia--Surgery  
موضوع : طحال -- جراحی  
موضوع : Spleen -- Surgery  
موضوع : چاقی -- جراحی  
موضوع : Obesity -- Surgery  
موضوع : شکم -- جراحی  
موضوع : Abdomen -- Surgery  
شناسه افزوده : تاونزند، کورتنی ام.  
شناسه افزوده : Townsend, Courtney M  
شناسه افزوده : اندرسن، دینا کی.  
شناسه افزوده : Andersen, Dana K  
شناسه افزوده : اشلی، استنلی دبلیو.  
شناسه افزوده : شوارتز، سیمور، ۱۹۲۸-- م. اصول جراحی شوارتز  
رده‌بندی کنگره : RD۳۱  
رده‌بندی دیویی : ۶۱۷  
شماره کتابشناسی ملی : ۵۷۷۷۴۴۸

عنوان کتاب: هرنی، چاقی، طحال، سارکوم‌های بافت نرم، جدار شکم، امنیتوم و چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار  
صفاق - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورده جراحی عمومی همراه پاسخ تشریحی "Schwartz's Principles of Surgery, 2019" تیراژ: ۱۵۰ نسخه  
و "Sabiston 2017" شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۶۸۷۴-۰۰-۷  
ترجمه و تلخیص: عادل زینال‌پور قطار. بهاء: ۳۱۲,۰۰۰ تومان  
ناشر: انتشارات مهراد  
صفحه‌آرا: زهرا علی‌زاده - رزیدنت‌یار  
طراح و گرافیسیت: رزیدنت‌یار - مهراد فیضی

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

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



# هرنی، چاقی، طحال، سارکوم‌های بافت نرم، جدار شکم، امیتوم و صفاق

خلاصه درس به‌همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی جراحی عمومی ۱۴۰۰

**Schwartzs 2019, Sabiston2017**

**ترجمه و تلخیص**

**دکتر عادل زینال‌پور**

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

رتبه دوم کشوری در آزمون بورد تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷

**ویرایش**

**دکتر حسین نگهبان**

رتبه برتر بورد تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۸





## سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته 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 راهت 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 ۱۰ 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 مبحث 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](http://www.residenttyar.com)

[info@residenttyar.com](mailto:info@residenttyar.com)

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>



## مقدمه مؤلف:

عرض سلام و احترام خدمت دستیاران و همکاران عزیز؛ همانطور که می‌دانید علم جراحی با سایر رشته‌های پزشکی تفاوت دارد، به جرات می‌توان گفت تنها رشته‌ای است که در عین توانمندی‌های فیزیکی و مهارتی نیازمند توانمندی ذهنی و علمی برا مواجه شدن با طیف وسیعی از بیماران اورژانس است. بر این رو بنده و همکار گرانقدرم دکتر زینال‌پور بر آن شدیم تا کتابی را تهیه کنیم که بیشترین کارایی را منطبق بر آخرین رفرنس‌های اعلام شده‌ی وزارت بهداشت فراهم کند. آنچه در این کتاب گردآوری شده خلاصه‌ای جامع از کتاب‌های شوارتز، ساینستون و مینگات است. با هنر استاد زینال‌پور و به منظور سهولت جمع‌بندی، مطالب مشترک کتاب‌ها در فصول مشترک در کنار هم آورده شده است. در پایان به مصداق « من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق » وظیفه خود می‌دانم از زحمات اساتیدم در دانشگاه علوم پزشکی ایران که الفبای جراحی را از آنها آموختم، مدیر محترم موسسه جناب دکتر فیضی و همکاران گرانقدرم در موسسه رزیدنت‌یار جهت طراحی زیبا و صفحه‌بندی مناسب کمال تشکر را داشته باشم. از تمامی اساتید و همکارانم در سراسر کشور عزیزمان تقاضا دارم ما را در جهت ارتقا این کتاب یاری نمایند و انتقادات و پیشنهادات خود را به موسسه ارسال فرمایند.

و من الله توفیق

دکتر حسین نگهبان

متخصص جراحی عمومی

پاییز ۱۳۹۹



## فهرست

|                                       |
|---------------------------------------|
| ..... فصل ۳۷ - هرنی                   |
| ..... مرور سریع هرنی                  |
| ..... سوالات و پاسخنامه فصل ۳۷        |
| ..... فصل ۲۷ - چاقی                   |
| ..... مرور سریع چاقی                  |
| ..... سوالات و پاسخنامه فصل ۲۷        |
| ..... فصل ۳۴ - طحال                   |
| ..... مرور سریع طحال                  |
| ..... سوالات و پاسخنامه فصل ۳۴        |
| ..... فصل ۳۶ - سارکوم‌های بافت نرم    |
| ..... مرور سریع سارکوم‌های بافت نرم   |
| ..... سوالات و پاسخنامه فصل ۳۶        |
| ..... فصل ۳۵ - جدار شکم، امتوم و صفاق |
| ..... مرور سریع جدار شکم              |
| ..... سوالات و پاسخنامه فصل ۳۵        |





# هرنی

## فصل ۳۷ Schwartz: Section 37

### آناتومی:

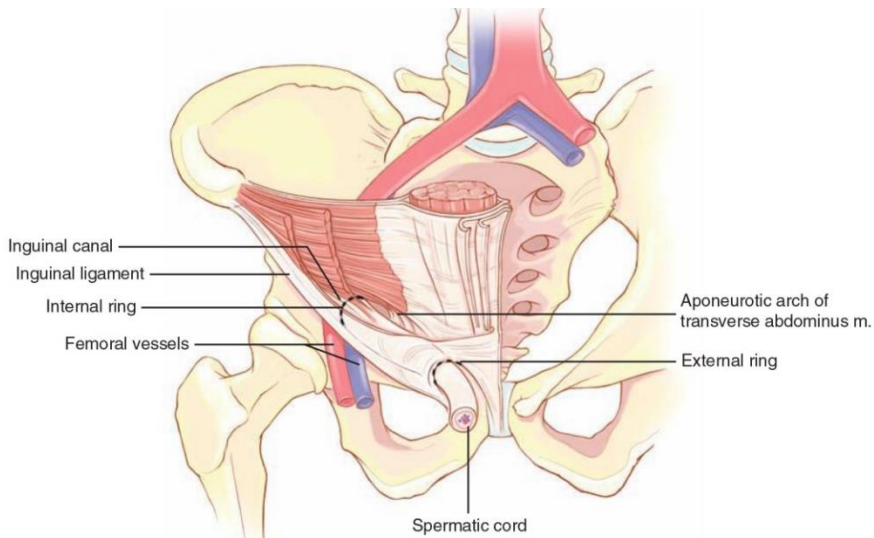
کانال اینگوینال از حلقه عمقی (داخلی) تا حلقه سطحی (خارجی) کشیده شده و ۴-۶ cm طول دارد. حلقه عمقی: سوراخ فاشیا ترنسورسالیس در قسمت فوقانی خارجی لگن حلقه سطحی: سوراخ مایل خارجی در قسمت تحتانی داخلی لگن

### حدود کانال:

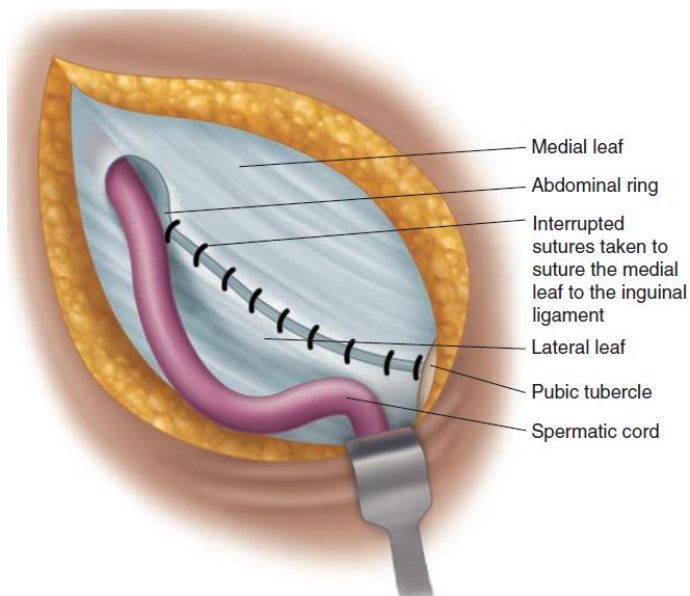
فوقانی: عضله مایل داخلی، تحتانی: لیگامان اینگوینال، قدامی: عضله مایل خارجی، خلفی: عضله و فاشیا ترنسورسالیس.

عناصری که از حلقه عمقی وارد کانال می‌شوند: کورد، شاخه ژنیتال عصب ژنیتوفمورال  
عناصری که از حلقه سطحی از کانال خارج می‌شوند: کورد در مردان و لیگامان گرد رحمی در زنان، عصب ایلئواینگوینال و ژنیتوفمورال  
کورد شامل: ۳ شریان، ۳ ورید، ۲ عصب، وریدهای پامپنی فورم و وازدفران است.



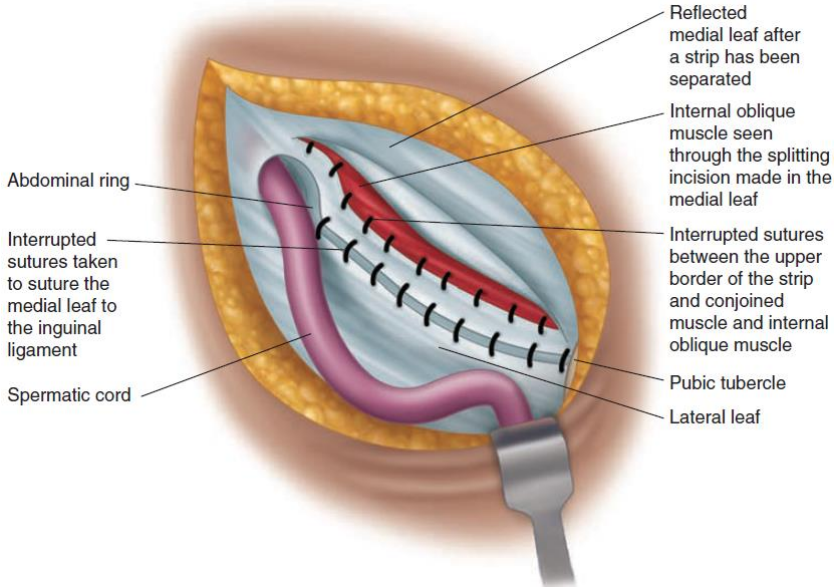


**Figure 37-1.** Location and orientation of the inguinal canal within the pelvic basin. Boundaries of the canal include: transversus abdominus and transversalis fascia posterior; internal oblique muscle superior; external oblique aponeurosis anterior; inguinal ligament inferior. m. = muscle.



**Figure 37-1.** Location and orientation of the inguinal canal within the pelvic basin. Boundaries of the canal include: transversus abdominus and transversalis fascia posterior; internal oblique muscle superior; external oblique aponeurosis anterior; inguinal ligament inferior. m. = muscle.





**Figure 37-2.** Ligaments that contribute to the inguinal canal include the inguinal ligament, Cooper's ligament, and the lacunar ligament. The iliopubic tract originates and inserts in a similar fashion to the inguinal ligament, but in a deeper position. m. = muscle.

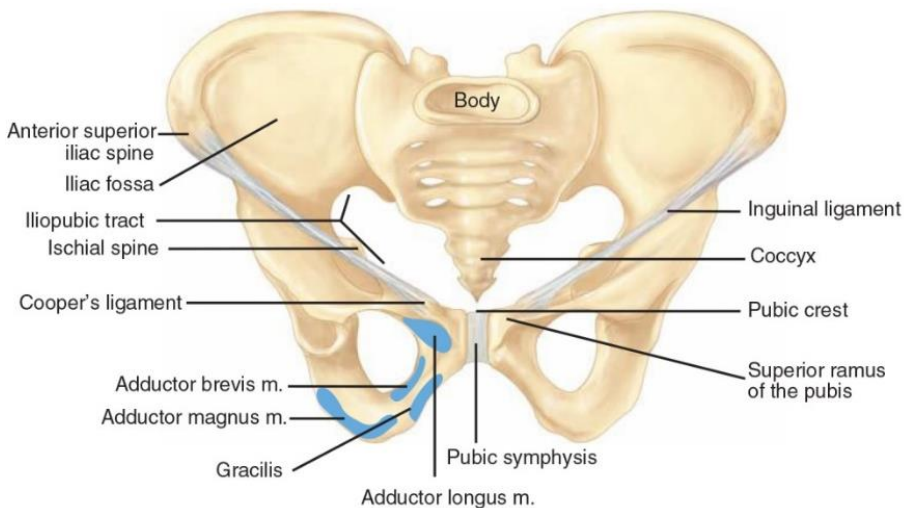
### ساختارهای مهم اطراف کانال اینگوینال:

۱. ایلئوپوبیک تراکت: نوار غشایی که از ASIS (خار خاصره قدامی فوقانی) شروع شده و از پایین به لیگامان کوپر ملحق می‌شود.
  - لبه شیب‌دار لیگامان اینگوینال محل اتصال لیگامان اینگوینال به ایلئوپوبیک تراکت است. در حقیقت مبدأ و مقصد ایلئوپوبیک تراکت و لیگامان اینگوینال یکی هستند ولی ایلئوپوبیک تراکت نسبت به لیگامان عمقی‌تر است.
۲. لیگامان لاکونار (ژیمبریا): قسمت انتهایی داخلی لیگامان اینگوینال به شکل بادبزنی در محل اتصال به تکمه پوبیس به عقب و خلف رفته و به خط پکتینه آل می‌چسبد و لبه داخلی حلقه فمورال را می‌سازد.
 

حلقه فمورال: حلقه کوچک که لبه‌های آن عبارتند از: ایلئوپوبیک تراکت و لیگامان اینگوینال در قدام، لیگامان کوپر در خلف، لیگامان لاکونار در داخل و ورید فمورال در خارج. محل ایجاد هرنی فمورال از طریق این سوراخ است.



۳. لیگامان کوپر یا پکتینه آل: به صورت نوار بسیار محکم قابل لمس که از کنار تحتانی لیگامان لاکونر و خط پکتینه آل تا برآمدگی ایلئوپوبیک ادامه دارد.
۴. لیگامان رفلکسوم یا coll: در قسمت تحتانی حلقه اینگوینال سطحی بوده و شامل الیافی است که از خلف کورد گذشته و به لینه آ آلبا متصل می‌شود.
۵. لیگامان هسلباخ: الیافی که از خط قوسی به سمت خارج و پایین رفته و قسمت تحتانی داخلی حلقه عمقی را می‌سازد.
۶. مثلث هسلباخ: اضلاع آن در قسمت تحتانی لیگامان اینگوینال، در فوقانی و لترال عروق اپیگاستریک تحتانی، و در مدیال لبه شیت رکتوس است.
- فتق‌های اینگوینال مستقیم داخل این مثلث و مدیال به عروق اپیگاستریک تحتانی ایجاد می‌شوند.
۷. تاندون Conjoined: در هم تنیده شدن الیاف تحتانی عضلات مایل خارجی و ترنسورسالیس است.



**Figure 37-2.** Ligaments that contribute to the inguinal canal include the inguinal ligament, Cooper's ligament, and the lacunar ligament. The iliopubic tract originates and inserts in a similar fashion to the inguinal ligament, but in a deeper position. m. = muscle.

### در مورد لاپاروسکوپی:

عناصر مهم که باید به آن‌ها توجه کرد شامل چین پریتونئال، مثانه، عروق اپیگاستریک تحتانی، عضله سواس است.



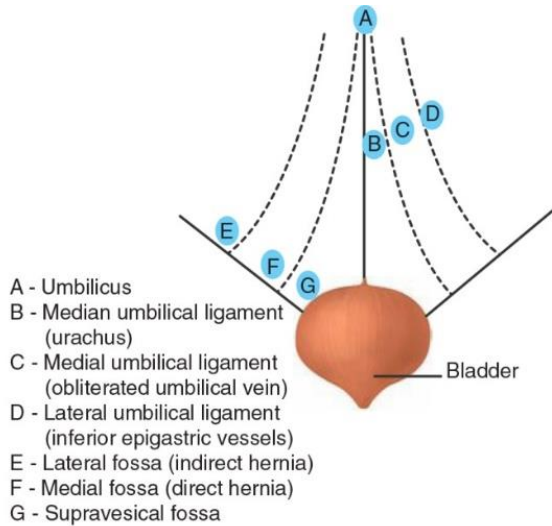


فضای پره‌پریتونال (فضای Bogros): فضای بین پریتون و فاشیای ترنسورسالیس است و حاوی چربی پره‌پریتون است.

فضای رتزیوس: مدیال فضای پره‌پریتون در قسمت بالای مثانه است.

فضای عروقی: بین لایه قدامی و خلفی عضله ترنسورسالیس بوده و حاوی عروق اپیگاستریک تحتانی است.

عروق اپیگاستریک تحتانی به عضلات رکتوس شکم خونرسانی کرده و به عروق اپیگاستریک فوقانی که ادامه شریان توراسیک داخلی هستند می‌پیوندند.



**Figure 37-4.** Posterior view of intraperitoneal folds and associated fossa: A. Umbilicus. B. Median umbilical ligament. C. Medial umbilical ligament (obliterated umbilical vein). D. Lateral umbilical ligament (inferior epigastric vessels). E. Lateral fossa (indirect hernia). F. Medial fossa (direct hernia). G. Supravesical fossa.

در لاپاروسکوپی شناختن دقیق آناتومی کشاله ران از نمای خلفی ضروری است که در شکل زیر نشان داده شده است.

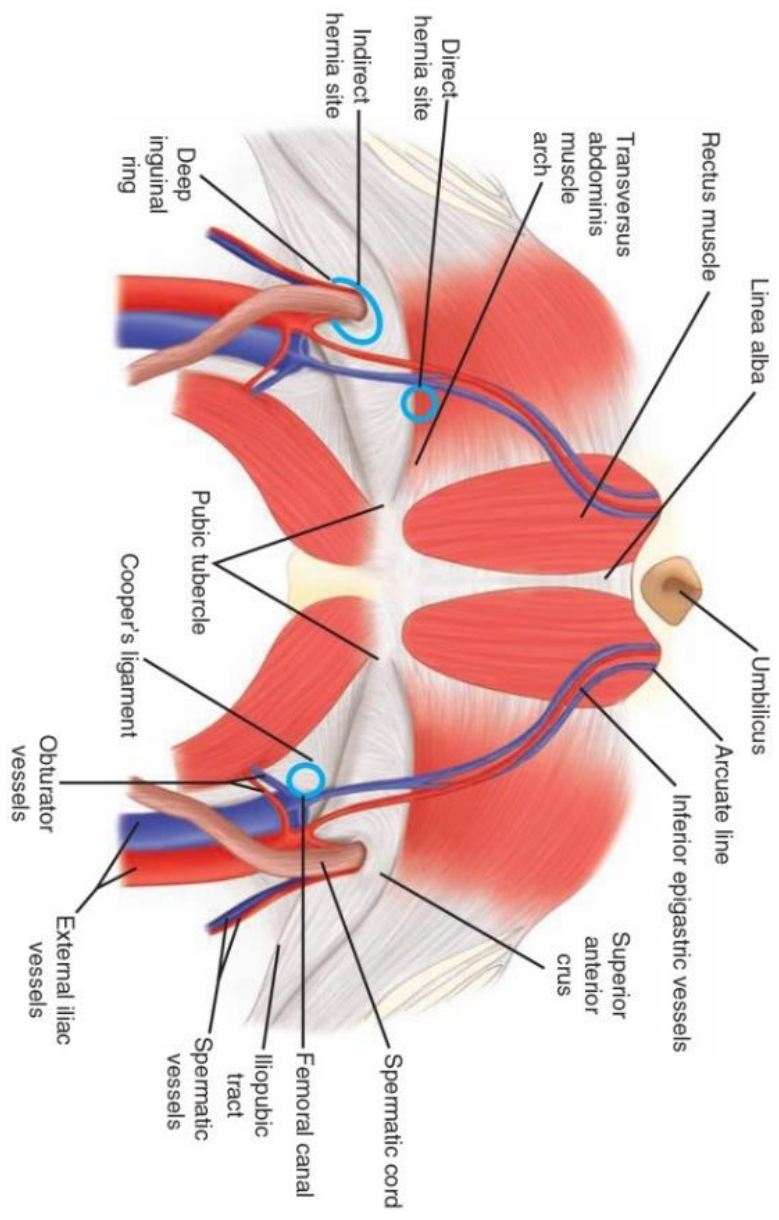
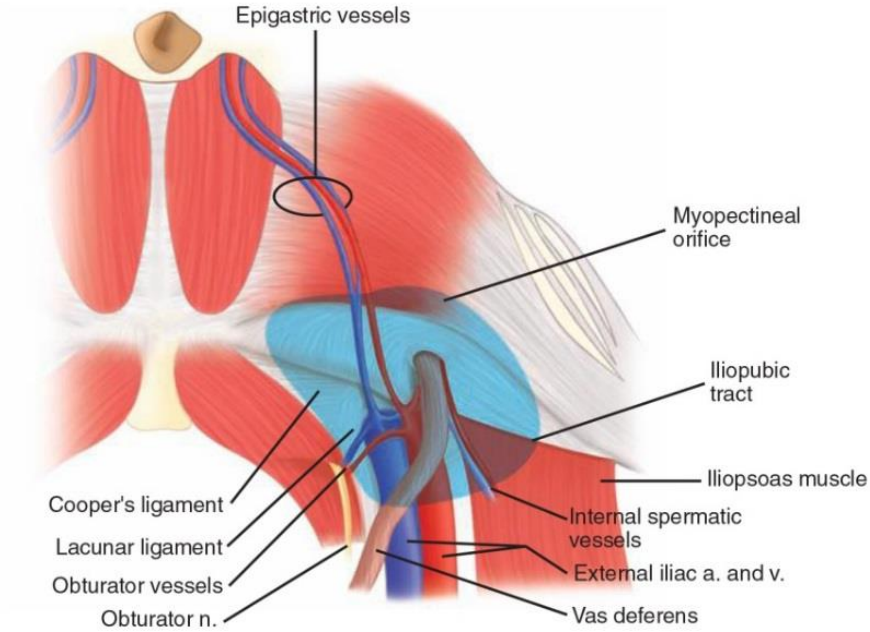


Figure 37-3. Anatomy of the groin region from the posterior perspective.



چند ناحیه حین لاپاروسکوپی برای ترمیم فتق بسیار مهم است:

۱. دهانه **myopectineal orifice of fruchaud**: بخش نسبتاً ضعیف دیواره شکم است که توسط لیگامان اینگوینال جدا می‌شود.

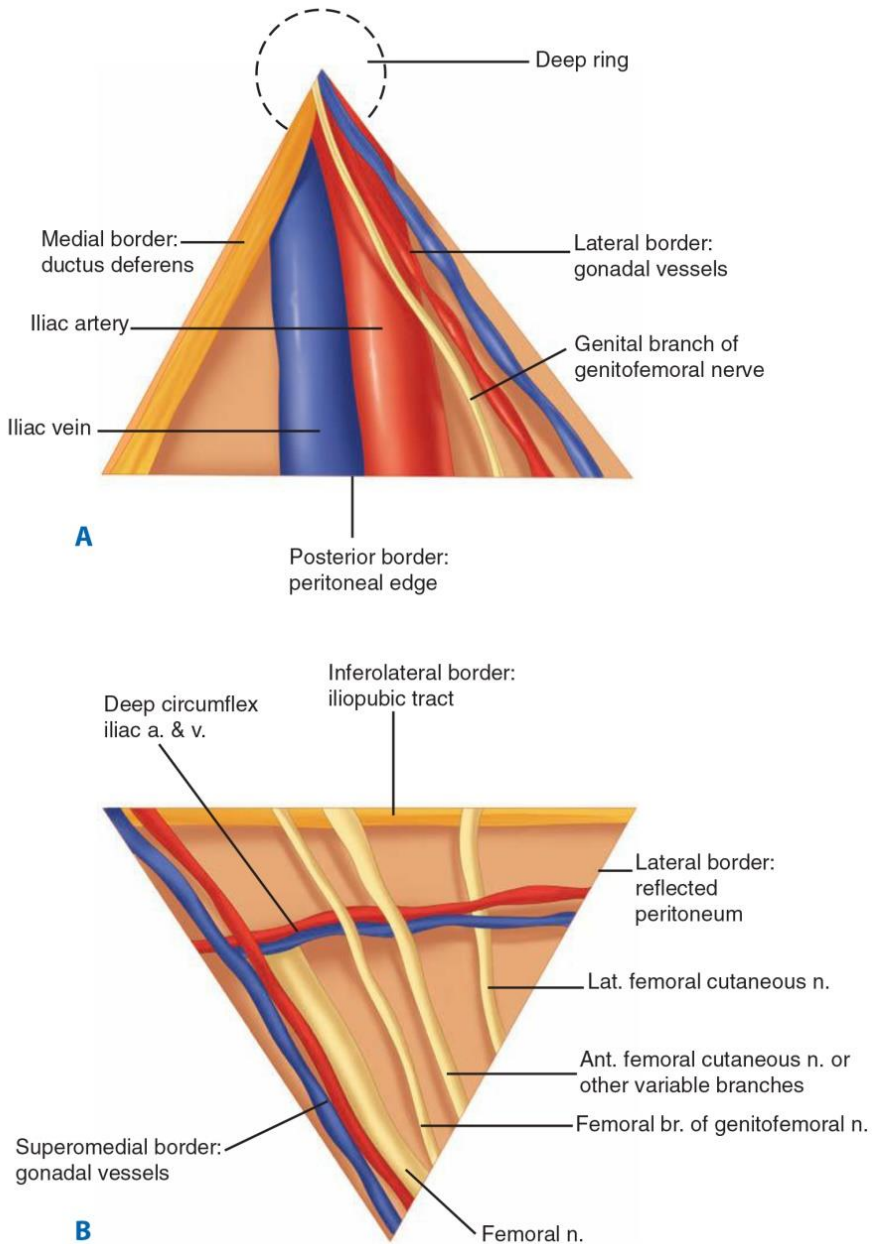


**Figure 37-5.** Posterior view of the myopectineal orifice of Fruchaud. a. = artery; n. = nerve; v. = vein.

۲. مثلث مرگ (**doom**): رأس آن حلقه عمقی - ضلع داخلی آن واز و ضلع خارجی آن عروق گنادال (عروق طناب اسپرماتیک) می‌باشد.

حاوی عروق ایلپاک خارجی - ورید ایلپاک سیرکمفلکس عمقی - عصب فمورال - شاخه ژنیتال عصب ژنیتوفمورال است.

۳. مثلث درد: ضلع سوپرومیدال آن عروق گنادال، ضلع لترال آن رفلکشن پریٹوئن و ضلع اینفرولترال آن ایلئوپوبیک تراکت است. حاوی اعصاب فمورال، شاخه فمورال ژنیتوفمورال و عصب جلدی رانی خارجی است.



**Figure 37-9.** Borders and contents of the (A) triangle of doom and (B) triangle of pain. a. = artery; Ant. = anterior; br. = branch; Lat. = lateral; n. = nerve; v. = vein. (Modified with permission from Colborn GL, Skandalakis JE. Laparoscopic cadaveric anatomy of the inguinal area. *Probl Gen Surg.* 1995;12:13.)



۴. حلقه مرگ (death circle): در حقیقت امتداد عروقی حاوی ساختارهای عروقی مثل عروق ایلیاک مشترک، ایلیاک داخلی، اوبتراتور، اپیگاستریک تحتانی و ایلیاک خارجی است.

### اعصاب ناحیه کشاله ران:

#### ۱. عصب ایلیواینگوینال:

منشأ آن  $L_1$  است - از میدیال ASIS وارد بین عضلات مایل داخلی و خارجی شده و وارد کانال می شود و از خلف کورد طی مسیر کرده و از حلقه سطحی می گذرد. قسمت فوقانی داخلی ران، base پنیس و اسکروتوم، لابیامازور در زنان را عصبدهی می کند.

#### ۲. عصب ایلیوهایپوگاستریک:

از منشأ  $T_{12}$  و  $L_1$  - دیواره داخلی شکم را سوراخ کرده وارد بین عضلات عرضی و مایل داخلی می شود و ۲ شاخه می دهد که شاخه پوستی خارجی آن ناحیه گلوئئال را عصبدهی می کند و شاخه قدامی آن مایل داخلی را سوراخ کرده و از زیر آن وارد کانال اینگوینال می شود و کل طول کانال را طی نمی کند و ۳cm مانده به حلقه سطحی، سقف کانال را سوراخ کرده و بالای پوبیس را عصبدهی می کند.

#### ۳. عصب ژنیتوفمورال:

از منشأ  $L_1$  و  $L_2$ ، از قدام پسواس طی مسیر کرده و ۲ شاخه می شود، شاخه فمورال در امتداد شیت فمورال حرکت می کند و پوست قدامی فوقانی ران را عصب دهی می کند و شاخه ژنیتال در لترال عروق اپیگاستریک از حلقه عمقی وارد کانال اینگوینال شده و از حلقه سطحی خارج می شود و به عضله کرماستر، اسکروتوم، مونس پوبیس و لابیامازور عصبدهی می کند.

#### ۴. عصب جلدی رانی خارجی:

از منشأ  $L_3$  و  $L_2$ ، در خارج عضله پسواس در سطح  $L_4$  حرکت کرده و عضله ایلیاکوس را سوراخ می کند و با فاصله ۱ cm از ASIS از زیر لیگامان اینگوینال عبور کرده و به لترال ران عصبدهی می کند.

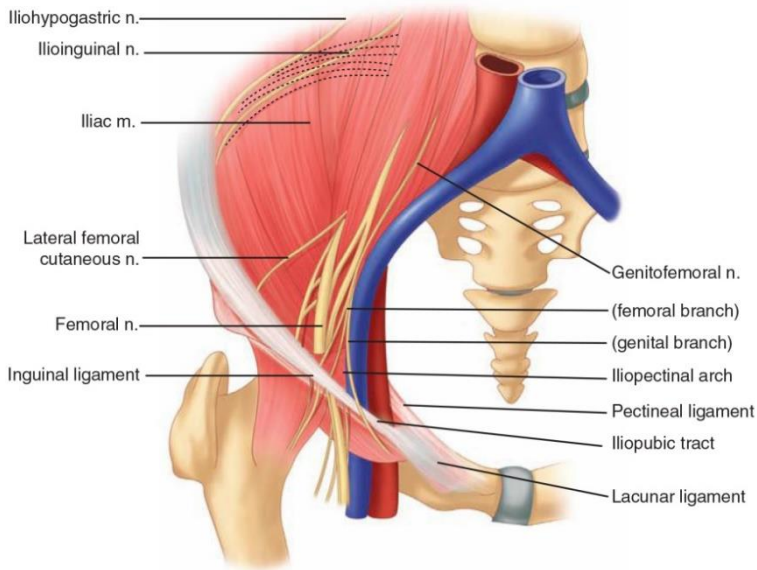


Figure 37-6. Retroperitoneal view of major inguinal nerves and their courses. m. = muscle; n. = nerve.

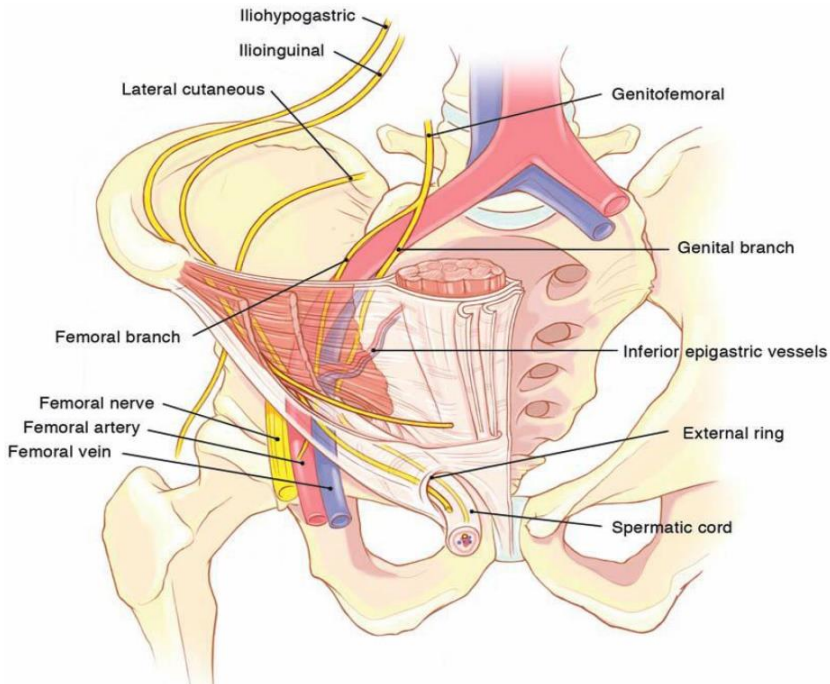
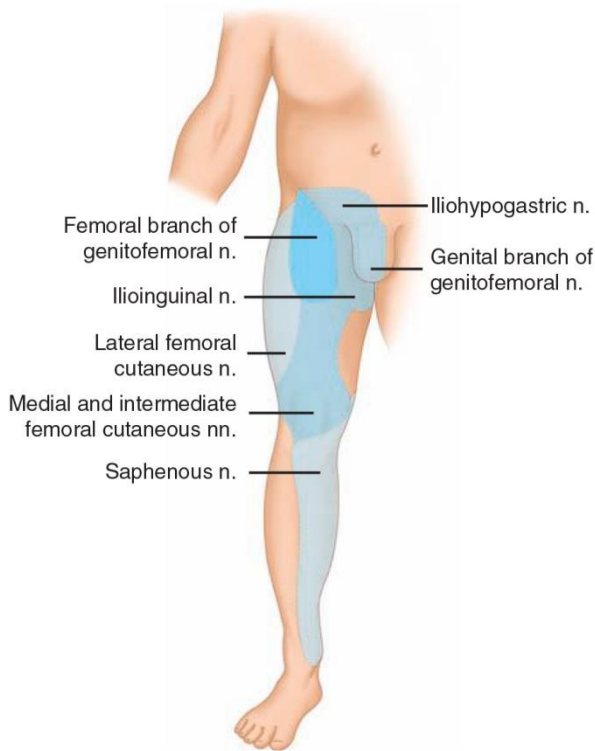


Figure 37-7. Anterior view of the five major nerves of the inguinal region.





قلمرو یا درماتوم‌های حسی اعصاب ناحیه کشاله ران در شکل زیر نشان داده شده است.



**Figure 37-8.** Sensory dermatomes of the major nerves in the groin area. n. = nerve.

### تقسیم‌بندی انواع هرنی:

- نوع direct: در مدیال عروق اپیگاستریک تحتانی
- نوع indirect: در لترال عروق اپیگاستریک تحتانی از حلقه عمقی ساک بیرون می‌زند.
- نوع فمورال: از حلقه فمورال در زیر لیگامان اینگوینال و خارج توبرکل پوبیس.
- تقسیم‌بندی نیهوس برای فتق‌ها در جدول زیر نشان داده شده است.



Table 37-2

**Nyhus classification system**

|           |  |
|-----------|--|
| Type I    | Indirect hernia; internal abdominal ring normal; typically in infants, children, small adults  |
| Type II   | Indirect hernia; internal ring enlarged without impingement on the floor of the inguinal canal; does not extend to the scrotum   |
| Type IIIA | Direct hernia; size is not taken into account  |
| Type IIIB | Indirect hernia that has enlarged enough to encroach upon the posterior inguinal wall; indirect sliding or scrotal hernias are usually placed in this category because they are commonly associated with extension to the direct space; also includes pantaloons hernias |
| Type IIIC | Femoral hernia   |
| Type IV   | Recurrent hernia; modifiers A–D are sometimes added, which correspond to indirect, direct, femoral, and mixed, respectively  |

- تیپ I: indirect در اطفال و نوجوانان - حلقه داخلی نرمال است.
- تیپ II: indirect که حلقه داخلی گشاد شده است ولی درگیری کف کانال و ورود ساک هرنی به اسکروتوم وجود ندارد.
- تیپ III<sub>A</sub>: هرنی direct
- تیپ III<sub>B</sub>: هرنی indirect با ورود به اسکروتوم، هرنی sliding، هرنی pantaloons
- تیپ III<sub>C</sub>: هرنی فمورال
- تیپ IV: عود کرده

**فیزیوپاتولوژی:**

مهم‌ترین فاکتورها در ترمیم هرنی:

- ۱- بهبود کیفیت زندگی
- ۲- بهبود درد مزمن است.





## هرونی

رزیدنت یار انتشارات و آموزش پزشکی

اساس درمان موفق هرونی: دانش عمیق به آناتومی کشاله ران است.  
۷۵٪ هرونی‌ها در کشاله ران است و در دو پیک سنی بیشترین مقدار را دارد: زیر یک سال، بالای ۴۰ سال.  
شیوع هرونی اینگوینال در طول زندگی یک مرد ۲۷٪ و در مورد زنان ۳٪ است.  
در کل شایع‌ترین در مردان و زنان، هرونی اینگوینال indirect است ولی اغلب (۷۰٪) موارد فتق فمورال در زنان است.

Table 37-1

### Inguinal hernia prevalence by age

| AGE (Y)                 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| Current prevalence (%)  | 12    | 15    | 20    | 26    | 29    | 34  |
| Lifetime prevalence (%) | 15    | 19    | 28    | 34    | 40    | 47  |

Current = repaired hernias excluded; lifetime = repaired hernias included.

## علل هرونی:

قسمتی از درسنامه جهت روئیت متقاضیان محترم







## مرور سریع هرنی

- ۱) مثلث مرگ ← حلقه عمقی در رأس، به ضلع داخلی آن واز و ضلع خارجی عروق گنادال
- ۲) مثلث درد ← ضلع سوپرامدیال آن عروق گنادال، ضلع لترال آن رفلکشن پریتونن و ضلع اینفرولترال ایلئوپوبیک تراکت حاوی اعصاب فمورال، شاخه فمورال و ژنیتوفمورال و عصب جلدی رانی خارجی
- ۳) وجود پروسس واژینالیس باز به فضای فتق نیست.
- ۴) در معاینه فتق ← اگر ایمپالس سرفه کنترل شد ← indirect و اگر کنترل نشد، direct است.
- ۵) اندیکاسیون سونوگرافی ← موارد مبهم، چاق و در موارد راجعه
- ۶) MRI ← هرگاه بالچینگ وجود دارد اما سونوگرافی آن را تأیید نمی کند.
- ۷) بیمار شدیداً علامتدار و high risk برای جراحی ← جراحی باز با بی حسی موضعی
- ۸) همه موارد فتق فمورال ← عمل
- ۹) اگر ساک مشکوک حین عمل جراحی جا رفت ← لاپاراتومی یا لاپاراسکوپي
- ۱۰) در هرنی فمورال اینکارسره ← قطع لیگامان اینگوینال
- ۱۱) موارد کنتر اندیکاسیون ← آلودگی / استرانگولیشن / قطعی نبودن قابلیت زنده بودن روده
- ۱۲) در موارد ساک بزرگ با چسبندگی ← بدون انجام دایسکشن وسیع فقط لیگاتور ساک در حلقه پروگزیمال
- ۱۳) ترمیم باسینی ← فاشیا ترانسورسالیس، عضله ترانسورسالیس و عضله مایل داخلی در مدیال به لبه شیبدار لیگامان اینگوینال زده می شود.
- ۱۴) کمترین میزان عود بافتی ← روش شولدایس
- ۱۵) روش ارجح در فتق فمورال که مش کنتر اندیکه است ← فتق فمورال
- ۱۶) روش desarde ← ترمیم بدون مش با کمک برش آپونوروز عضله مایل خارجی
- ۱۷) کمترین میزان عود در تمامی روش ها ← روش لیختن اشتاین
- ۱۸) ترمیم هرنی به روش لاپاراسکوپي ← موارد عود کرده یا دوطرفه / تشخیص مبهم
- ۱۹) کنتر اندیکاسیون مطلق لاپاراسکوپي ← انجام GA یا نموپریتونن کنتر اندیکه باشد.





۲۰) کنتر اندیکاسیون نسبی لاپاراسکوپی ← انجام پروستاتکتومی و وجود برش میدلاین تحتانی  
۲۱) جهت پیشگیری از آسیب به عصب جلدی رانی خارجی و شاخه فمورال ژنیتوفمورال ← تکر بالای  
ایلئوپوبیک تراکت فیکس شود.

۲۲) در هرنی‌های عود کرده که انجام سایر روش‌ها مشکل است ← IPOM  
عود موارد با مش قبلی ← مش اول را دست نزنه و مش دوم تعبیه می‌شود.  
درد سوماتیک بعد از هرنیورافی ← استراحت و NSAID  
درد نوروپاتیک بعد از عمل ← تزریق کورتون یا بی‌حسی موضعی  
درد مزمن بعد از هرنیورافی ← اول درمان دارویی و در صورت شکست، نورکتومی هر سه عصب +  
خارج کردن مش + revision کف کانال

در صورت فلوی نرمال شریان  
← همتوم بیضه به همراه دردناک بودن ← افتراق ایسکمی از نکروز با سونوگرافی داپلر  
اطمینان‌بخشی و nsaid

درمان قطع واز حین عمل ← مشاوره اورولوژی و آناستوموز اولیه  
ایلئوس طول کشیده بعد از هرنیورافی لاپاراسکوپی ← CT اسکن شکم جهت رد انسداد روده  
آسیب مثانه حین عمل لاپاراسکوپی ← ترمیم مثانه در چند لایه و نگه داشتن فولی برای یک تا دو  
هفته

شایع‌ترین عروق آسیب دیده در لاپاراسکوپی ← عروق اپی‌گاستریک تحتانی و عروق ایلپاک خارجی





## سوالات و پاسخنامه

### فصل ۳۷ Section 37

۱. در بیماری با تشخیص هرنی فمورال علامتدار که رضایت به تعبیه مش نمی‌دهد با چه روشی ترمیم انجام می‌دهیم؟ (بورد ۹۸)
- (الف) شولدایس  
(ب) باسینی  
(ج) لیختن اشتاین  
(د) مک وی

پاسخ: د

#### روش مک وی:

دیفکت اینگوینال و فمورال را با هم ترمیم می‌کند. روش ارجح در فتق فمورال در بیمارانی است که مش در آنها کنتراندیکه است. کف کانال باز می‌شود تا برسیم به فضای پره‌پریوتون و سپس لیگامان کوپر پیدا شده و تاندون مشترک به لیگامان کوپر دوخته می‌شود. لترال به حلقه فمورال یک بخیه ترانزیشیال زده می‌شود و در آن به جای کوپر، لیگامان اینگوینال گرفته می‌شود و حلقه فمورال هم بسته می‌شود. برش ۲-۴ cm در شیت رکتوس به عنوان برش relaxing داده می‌شود تا تنش را کمتر کند ولی این برش می‌تواند باعث افزایش درد بعد عمل و افزایش فتق جدار شکم شود.

۲. مرد ۳۷ ساله با تشخیص هرنی اینگوینال دوطرفه، دو هفته قبل تحت ترمیم لاپاروسکوپیک قرار می‌گیرد. هم اکنون با شکایت تورم اسکروتوم و کشاله ران راست مراجعه کرده است. سونوگرافی نشانه‌ای از عود ندارد و سروما گزارش می‌کند. بیمار تب ندارد. اقدام مناسب کدام است؟ (بورد ۹۸)





- الف) آسپیراسیون در مطب و تجویز آنتی‌بیوتیک
- ب) آسپیراسیون تحت گاید سونوگرافی
- ج) اطمینان بخشی و کمپرس گرم
- د) تعبیه درن در حفره سروما

پاسخ: ج

### سروما:

تجمع لوکوله مایع، اکثراً یک هفته بعد تعبیه مش ایجاد می‌شود.  
درمان: اطمینان‌بخشی + کمپرس گرم است.  
آسپیراسیون سروما به علت احتمال عفونت ثانویه ممنوع است ولی در موارد ناراحتی زیاد، اختلال فعالیت، سرومای حجیم عودکننده نیاز به آسپیراسیون سروما وجود دارد

۳. خانم ۴۰ ساله، با شکایت درد و تورم کشاله ران تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد. حین جراحی هیچ‌گونه ساک هرنی مستقیم و غیرمستقیم یافت نمی‌شود. اقدام ارجح کدام است؟ (بورد ۹۸)

- الف) باز کردن ناحیه کف کانال
- ب) تعبیه مش به روش لیختن اشتاین
- ج) بستن محل جراحی بدون اقدام خاص
- د) تعبیه مش پلاگ در کف کانال

پاسخ: الف

اگر ساک هرنی پیدا نشود، باید فضای پره‌پریتونن از نظر وجود هرنی فمورال بررسی شود.

۴. خانم ۷۰ ساله با درد شکم و تهوع و استفراغ مراجعه کرده است. در معاینه شکم دیستانسیون دارد و صداهای روده‌ای کاهش یافته است. در بررسی ناحیه اینگوئینال تورم دردناک لمس می‌شود. با انسیزیون کلاسیک در کشاله ران تحت جراحی قرار می‌گیرد. در محل کانال اینگوئینال یافته‌ای وجود ندارد. توده‌ای پایین‌تر از لیگامان اینگوئینال مشهود است که در اکسپلوراسیون قسمتی از روده گیر کرده که پس از آزادسازی رنگ روده طبیعی شده است. همه موارد زیر در این بیمار صحیح‌اند به جز: (بورد ۹۸)







- الف) ترمیم ۴ لایه به روش شولدایس یکی از درمان‌های انتخابی است.
- ب) در ترمیم بافتی، Relaxing Incision جزئی از روش ترمیم است.
- ج) در سمت داخل حلقه فتق، فاشیا ترانسور سالیس به لیگامان کوپر سوچور زده می‌شود.
- د) در سمت خارج حلقه فتق، فاشیا ترانسور سالیس به لیگامان اینگوئینال سوچور می‌شود.

پاسخ: الف

سوالات با پاسخ تشریحی تا پایان بورد تخصصی ۱۳۹۹  
میباشد



