



طب اورژانس
سری کاوشگر

۲

تلخیص مفہومی و روان از ہجز ۲

مجموعہ درسنامہ بہ انضمام سوالات آزمون ہورد تخصصی



ترجمہ و تلخیص: دکتہ مریم دخت تبریزی

متخصص طب اورژانس از دانشگاه علوم پزشکی شهید بہشتی





سرشناسه	مریم دخت تبریزی، ۱۳۴۸
عنوان و نام پدیدآور	تلخیص مفهومی و روان از هجز - جلد دوم: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی طب اورژانس Robert and Hedges 2019 ترجمه و تلخیص دکتر مریم دخت تبریزی
مشخصات نشر	تهران: مهرا، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	۵۲۸ ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).
شابک	۳,۹۰۰,۰۰۰ ریال ۲-۰۹-۷۶۵۹-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخش‌هایی از کتاب "Roberts and Hedges' clinical procedures in emergency medicine and acute care, 7th. ed, c2019" است.
موضوع	پزشکی اورژانس
موضوع	Emergency medicine
موضوع	پزشکی اورژانس -- آزمون‌ها و تمرین‌ها
موضوع	Emergency medicine-- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	رابرتس، جیمز آر.، ۱۹۴۶ - م.
شناسه افزوده	Roberts, James R.
شناسه افزوده	هجز، جریس آر.
شناسه افزوده	Hedges, Jerris R.
رده بندی کنگره	۷/RC۸۶
رده بندی دیویی	۰۲۵/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۷۶۲۱۹۵۳
وضعیت رکورد	فیبا
کد پیگیری	۷۶۲۰۸۹۲

تلخیص مفهومی و روان از هجز - جلد دوم - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت‌یار
آزمون ارتقاء و بورد طب اورژانس Hedges 2019	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰
ترجمه و تلخیص: مریم دخت تبریزی	تیراژ: ۱۰۰ نسخه
ناشر: انتشارات مهرا	شابک: ۲-۰۹-۷۶۵۹-۶۲۲-۹۷۸
صفحه‌آرا: رزیدنت‌یار	بهاء: ۳۹۰,۰۰۰ تومان
طراح و گرافیکست: رزیدنت‌یار - مهرا فیضی	

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

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

تلخیص مفهومی و روان از هجز

جلد دوم

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بوردا با پاسخ تشریحی طب اورژانس ۱۴۰۰

Hedges 2019

ترجمه و تلخیص

دکتر مریم دخت تبریزی

متخصص طب اورژانس

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

رزیدنت یار، مجری تخصصی آموزش، ویژه بوردد و ارتقاء پزشکی

Best Science For Safe Life

Roberts and Hedges'

CLINICAL PROCEDURES

in Emergency Medicine
and Acute Care

ROBERTS
CUSTALOW
THOMSEN
CHANMUGAM
CHUDNOFSKY
DEBLIEUX
MATTU
SWADRON
WINTERS

ELSEVIER



۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸
۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶
www.Residenttyar.com

ISBN: 978-622-7659-09-2



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 ۱۱ 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 طب اورژانس 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>

بنام خالق هستی

گر طبیانه بیایی به سر بالینم به دو عالم ندهم لذت بیماری را

کتاب حاضر مجموعه‌ای از بخش‌های منتخب ارزشمند هجری ۱۴۰۱ می‌باشد که سعی شده است پروسیجرهای شایع و مهم را بصورت کامل و کاربردی در اختیار خوانندگان قرار بدهد و برای دانشجویان و رزیدنت‌ها و متخصصین طب اورژانس و سایر رشته‌ها مفید و قابل استفاده باشد. پیشنهاد می‌شود مطالب مهم و تصاویر هر یک از پروسیجرهای اورژانس قبل از اجرا مرور شود تا علاوه بر ایجاد اعتماد به نفس در شرایط دشوار اورژانس از ایجاد عوارض ناخواسته برای بیماران جلوگیری شود.

امیدوارم دانشجویان و همکاران عزیز از مطالعه این کتاب لذت ببرند

تقدیم به

همسر فداکار و فرزند عزیزم

و پدر و مادرم

که در این راه سخت همراه من بودند

فهرست

.....	فصل ۹ - Thoracentesis
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۹
.....	فصل ۱۰ - Tube Thoracostomy
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۰
.....	فصل ۱۱-۱۲-۱۴ - Cardiac Procedures
.....	فصل ۱۳ - Assessment of Implantable Devices
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳
.....	فصل ۱۵ - Emergency Cardiac Pacing
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۵
.....	فصل ۱۶ - Pericardiocentesis
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۶
.....	فصل ۱۹ - Pediatric Vascular Access and Blood Sampling Techniques
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۱۹
.....	فصل ۲۰ - ARTERIAL PUNCTURE AND Cannulation
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰
.....	فصل ۲۱ - دسترسی عروق محیطی
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۱
.....	فصل ۲۲ - کاتتریزاسیون و مانیتور ورید مرکزی
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۲
.....	فصل ۲۳ - Venous cut down
.....	سوالات و پاسخنامه فصل ۲۳

فصل ۲۴ - کارگذاری ابزارهای داخل عروقی و دسترسی در شرایط اورژانس	
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۴	
فصل ۲۵ - انفوزیون داخل استخوانی	
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۵	
فصل ۲۶ - روش‌های جایگزین برای تجویز دارو	
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۶	
فصل ۲۹ - بی‌حسی موضعی	
سوالات و پاسخنامه فصل ۲۹	



Thoracentesis

فصل ۹ Hedges: Section 9

توراستنز پروسیجری است که طی آن سوزن وارد فضای پلور می شود و مایع پلور برای اقدامات تشخیصی و درمانی کشیده می شود و اگر تحت گاید سونوگرافی انجام شود کمترین مقدار عوارض را دارد.

علل افیوژن پلورال

شایع ترین علل در بزرگسالان CHF، پنومونی، بدخیمی، آمبولی ریه و سیروز است. در کودکان شایع ترین علل پنومونی و سپس نارسایی قلبی و بدخیمی است. پلورال افیوژن به دو دسته اگزوداتیو و ترانسودا تقسیم می شود. علل پلورال افیوژن اگزوداتیو و ترانسودا در Box 9-1 نشان داده شده است.

BOX 9.1 Causes of Pleural Effusion

TRANSUDATES

Most Common

- Congestive heart failure
- Cirrhosis

Less Common

- Nephrotic syndrome
- Peritoneal dialysis
- Pericardial disease
- Central venous occlusion
- Myxedema
- Acute atelectasis
- Bone marrow transplantation
- Urinothorax

EXUDATES

Most Common

- Malignancy
- Pneumonia
- Pulmonary embolism
- Tuberculosis (high-prevalence region)

Less Common

- Post-myocardial infarction
- Post-coronary artery bypass graft
- Trauma
- Esophageal perforation
- Pancreatitis
- Intraabdominal abscess
- Abdominal surgery
- Collagen vascular disease
- Drug-induced
- Chylothorax
- Asbestosis
- Sarcoidosis
- Uremia
- Meigs syndrome
- Ovarian hyperstimulation syndrome
- Radiation therapy





مهم‌ترین علل ترانسودا: CHF و سیروز

از علل کمتر شایع سندرم نفروتیک و دیالیز پریتونئال و بیماری پریکاردیال و میگزودم و چند علت دیگر است که در جدول قید شده است.

از علل شایع اگزودا:

- بدخیمی
- پنومونی
- آمبولی ریه
- توبرکولوز

از علل کمتر شایع انفارکشن پست میوکاردیال، تروما، پارگی مری، پانکراتیت، آبسه شکم، جراحی شکم، اورمی، بیماری‌های کلاژن واسکولار، شیلوتوراکس، علل دارویی، اشعه درمانی و ...

شکل ۹-۱ افیوژن در اثر CHF را نشان می‌دهد.

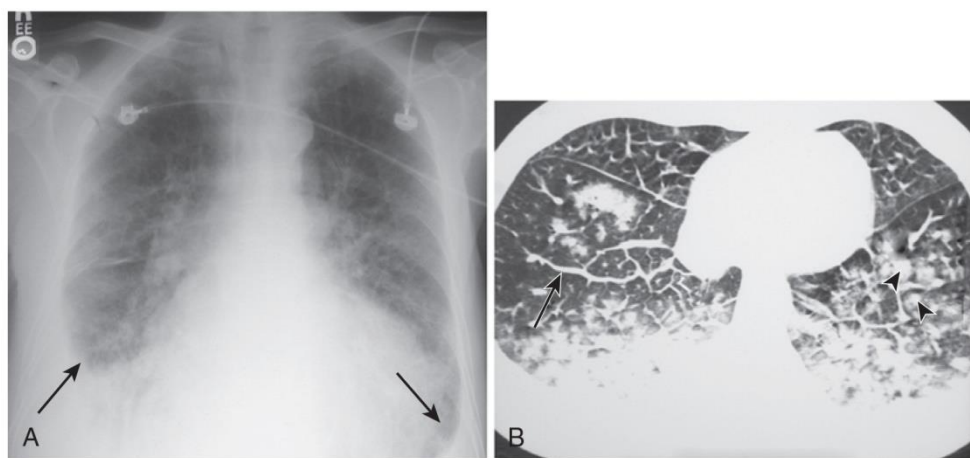


Figure 9.1 Effusion from congestive heart failure. **A**, A frontal chest radiograph in a patient with pulmonary edema shows cardiomegaly, bilateral pleural effusions (*arrows*), and central interstitial thickening, including Kerley's A lines. Note that the right effusion is slightly larger than the left effusion. **B**, High-resolution computed tomography scan in a patient with pulmonary edema shows interstitial edema with bilateral, basilar, centrilobular ground-glass opacity nodules (*arrowheads*) and smooth interlobular septal thickening (*arrow*). Bilateral pleural effusions are also present. (Courtesy Michael B. Gotway, MD, Department of Radiology, University of California, San Francisco.)



علائم کلینیکی

اگر مقدار افیوژن کم باشد علائم بیمار بیشتر مربوط به بیماری زمینه‌ای ایجاد کننده افیوژن است ولی اگر مقدار افیوژن بیشتر از ۳۰۰ cc باشد از علائم آن درد قفسه سینه، سرفه و تنگی نفس است. در گرافی ایستاده ساده قفسه سینه اگر مقدار افیوژن ۲۵۰-۲۰۰ سی سی باشد، قابل مشاهده است و گرافی لترال مقدار ۷۵-۵۰ سی سی مایع را نیز نشان می‌دهد. زودرس‌ترین علامت رادیوگرافیک بلانت شدن زاویه‌های کوستوفرنیک می‌باشد (Figure 9-2).

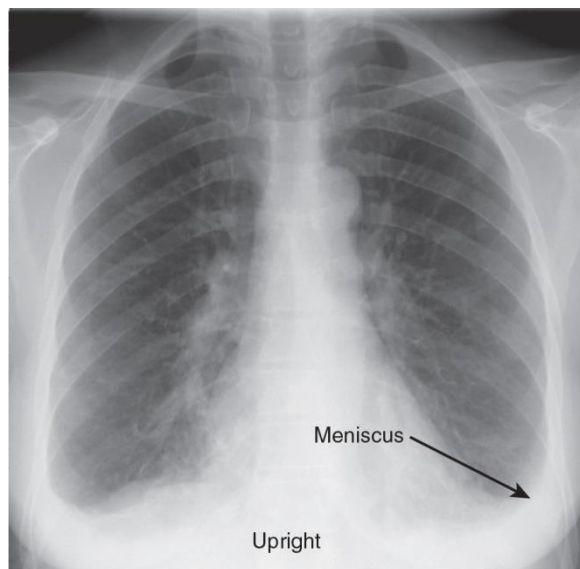


Figure 9.2 Posteroanterior upright chest radiograph indicating a pleural effusion with a bilateral meniscus at the costophrenic angles. The pleural effusion has a curvilinear upper margin concave to the lung and is higher laterally than medially.



اگر مایع زیادتر باشد meniscus ایجاد می‌شود که به صورت curve به طرف مدیاستینوم کشیده می‌شود (Figure 9-3).

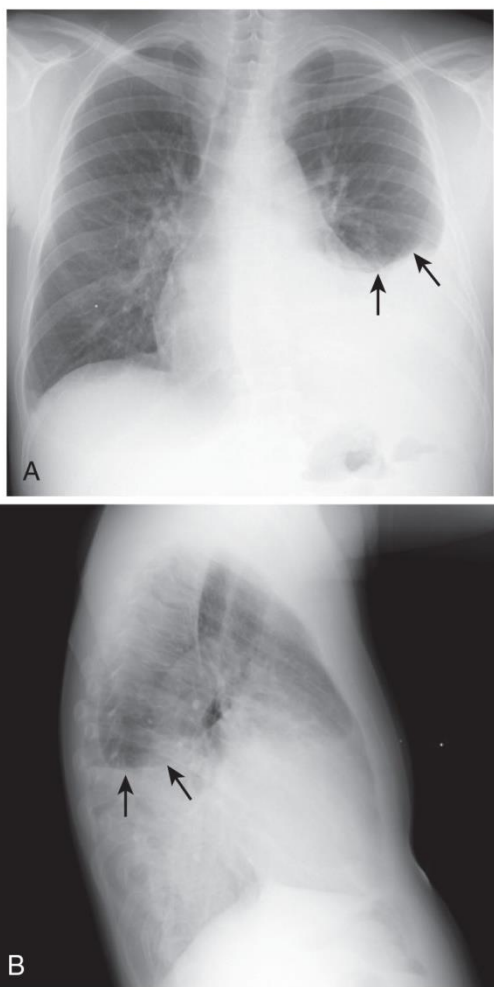


Figure 9.3 Left-sided pleural effusion seen on **A**, posteroanterior and **B**, lateral radiographs. The meniscus can be visualized on both views (*arrows*).

گاهی بیشتر از ۱۰۰۰ سی سی مایع در فضای ساب پولمونیک جمع می‌شود و در این حالت نه بلانت شدن زاویه کوستوفرنیک وجود دارد و نه meniscus تظاهر پیدا می‌کند و به آن افیوژن ساب پولمونیک (Figure 9-4).

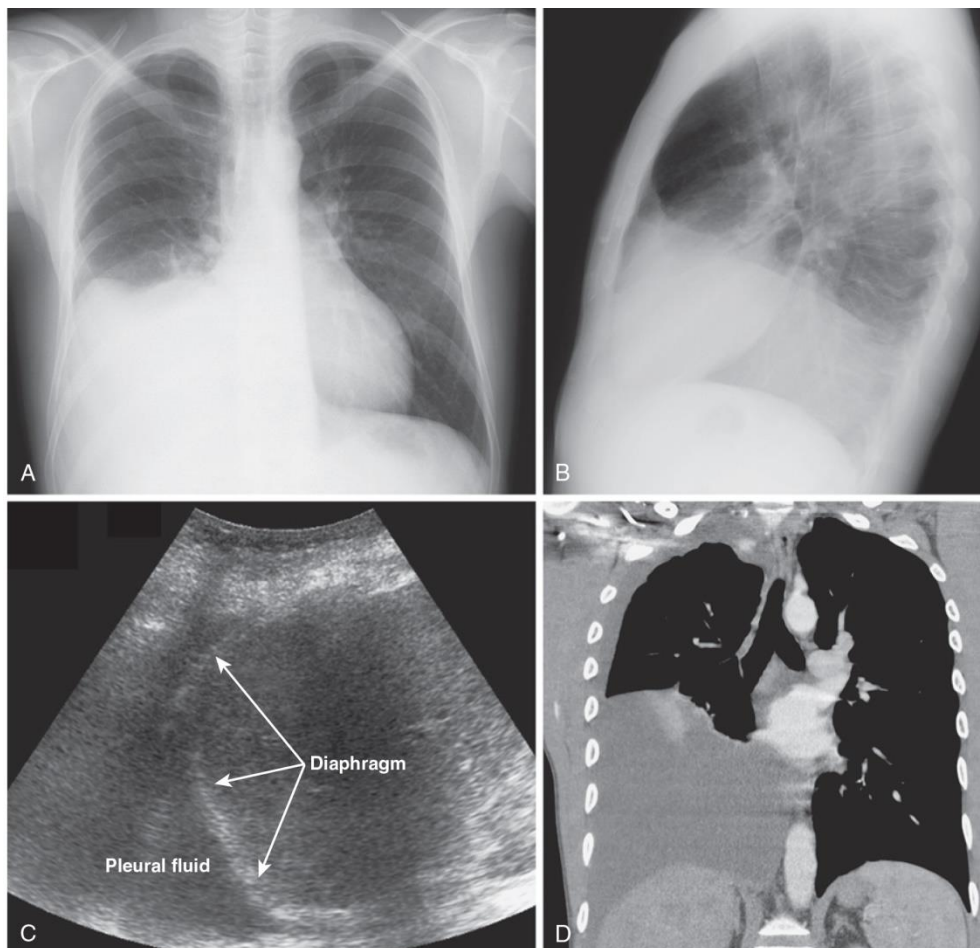


Figure 9.4 Right-sided subpulmonic pleural effusion. On erect **A**, posteroanterior and **B**, lateral radiographs, the effusion simulates a high hemidiaphragm. It is also seen with **C**, ultrasound and **D**, computed tomography.



در بیماران با پوزیشن supine تشخیص افیوژن پلور مشکل می‌شود و حتی با مقدار زیاد مایع ممکن است به خوبی مشخص نشود (Figure 9-5).

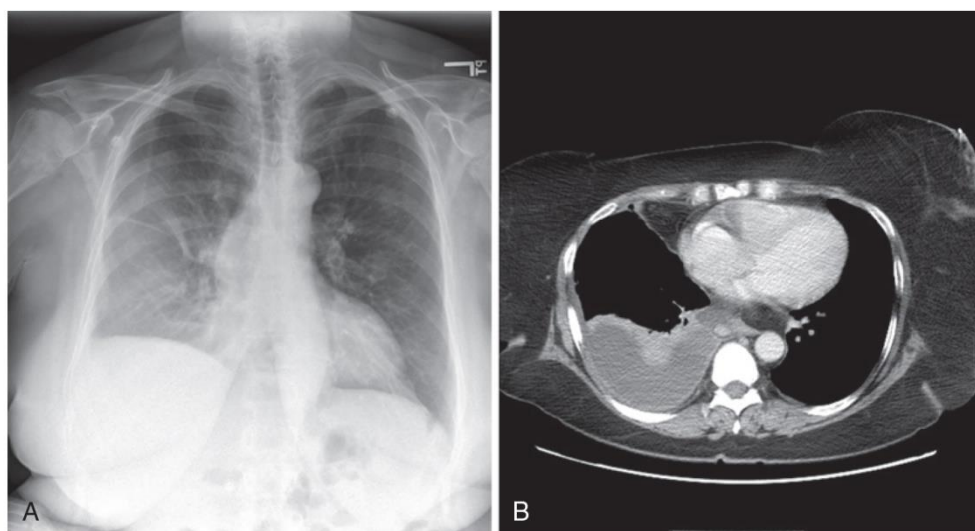


Figure 9.5 **A**, Supine radiograph of a patient with a large pleural effusion. Note the generalized homogeneous (“ground glass”) increase in radiopacity of the right side of this patient because of posterior layering of a pleural effusion. Also note the difference in the appearance of the pleural effusion when the patient is supine. As opposed to the upright radiograph (see Fig. 9.3), there is minimal blunting of the costophrenic angles and the vascular opacities are preserved in the overlying lung. **B**, A chest computed tomography (CT) scan of the same patient confirms the presence of a right-sided pleural effusion. Note the typical sickle-shaped appearance of the effusion on CT.

در این شکل یک پلورال افیوژن بزرگ وجود دارد و یک نمای هموژنوس (ground glass) در سمت راست دیده می‌شود. مقدار کم بلانت شدن زاویه کوستوفرنیک و اپاسیته عروقی وجود دارد.

در شکل ۷-۹ پلورال افیوژن لوکوله دیده می‌شود. در گرافی PA شکل A یک نمای D. shape سمت راست وجود دارد و در شکل B افیوژن در فیشره‌های ریه لوکوله شده است.

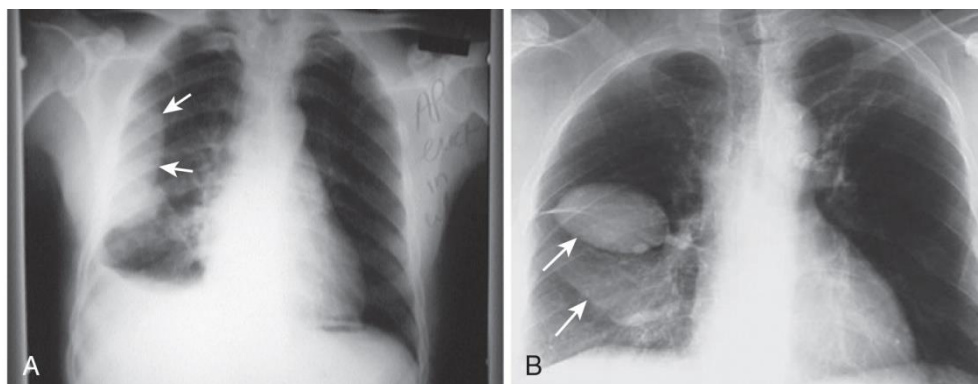


Figure 9.7 Loculated pleural effusion. **A**, A posteroanterior radiograph demonstrates the D-shaped appearance of a right-sided loculated pleural effusion (arrows) in the midchest region. **B**, Occasionally, pleural effusions (arrows) may become loculated in the fissures.

در شکل ۸-۹ پلورال افیوژن ماسیو دیده می‌شود.

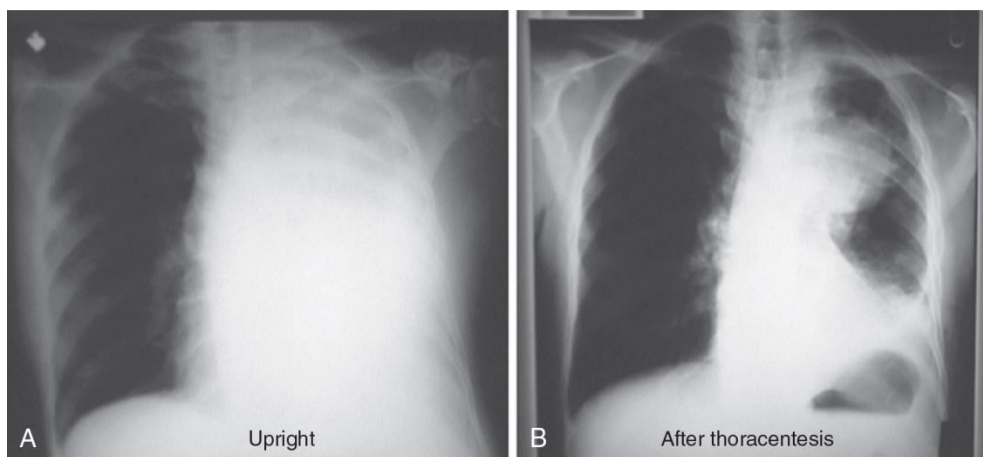


Figure 9.8 Massive pleural effusion **A**, before and **B**, after thoracentesis. Notice the underlying mass that is seen following thoracentesis. A computed tomography scan would have prospectively confirmed this radiograph.



در شکل ۹-۶ افیوژن در نمای لترال دکوبیتوس نشان داده شده است. اگر فاصله مایع (بین فلش‌ها) در نمای لترال دکوبیتوس کمتر از ۱ cm باشد توراسنتز مشکل می‌شود.

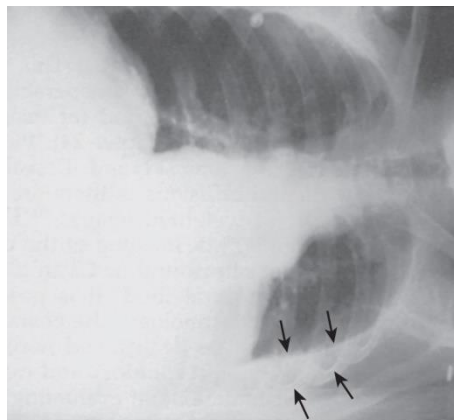


Figure 9.6 Left lateral decubitus chest radiograph demonstrating the presence of free pleural fluid. The amount of pleural fluid can be semiquantified by measuring the distance between the two arrows. Thoracentesis may be difficult to perform if the fluid distance is less than 1 cm on the lateral decubitus radiograph. This view may also differentiate simple effusions from loculated effusions.

از روش‌های تشخیصی دیگر نوموگرافی کامپیوتری (CT) است که حساس‌تر از گرافی می‌باشد و همچنین اولتراسوند که روشی غیرتهاجمی است و می‌تواند در بالین بیمار انجام شود و در شکل ۹-۹ نشان داده شده است.

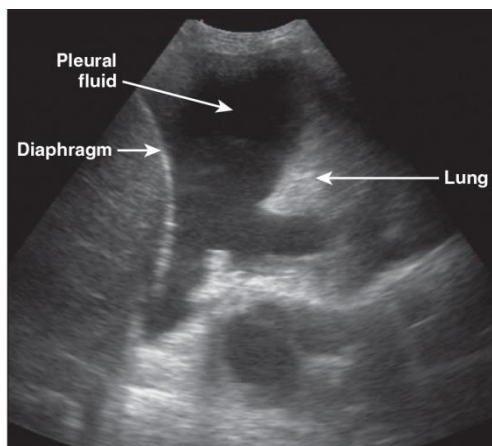


Figure 9.9 Ultrasound image of a patient with a large right-sided pleural effusion. Note the dark appearance of the pleural effusion with a freefloating lung. Ultrasound is also useful for identifying the diaphragm (*right of the screen*) and the top of the effusion (*left of the screen*). (From Thomsen T, Setnik G, editors: Procedures consult—emergency medicine module, 2008 Elsevier Inc. All rights reserved.)



تکنیک

توراستنز یک پروسیجر الکتیو است و وسایل لازم در Review Box 9-1 نشان داده شده است.

Thoracentesis

Indications
Suspected pleural space infection
New effusion without a clear clinical diagnosis
Relief of dyspnea associated with a large effusion

Contraindications
Absolute
None
Relative
Severe clotting abnormality
Infection or herpes zoster at selected site

Complications
Pneumothorax Reexpansion pulmonary edema
Cough Air embolism
Infection Catheter fragment in the pleural space
Hemothorax Intraabdominal hemorrhage

Equipment

Skin cleanser Gauze Sterile drape 2 10-mL syringes 25-gauge needle Lidocaine

Over-the-needle catheter Scalpel 3-way stopcock Occlusive dressing 60-mL syringe Large evacuated container Blood gas syringe High-pressure tubing Blood culture bottles

Review Box 9.1 Thoracentesis: indications, contraindications, complications, and equipment.

در شکل ۹-۱۰ انجام safe توراستنز توسط کاتتر pigtail نشان داده شده است که در ادامه توضیح داده خواهد شد.

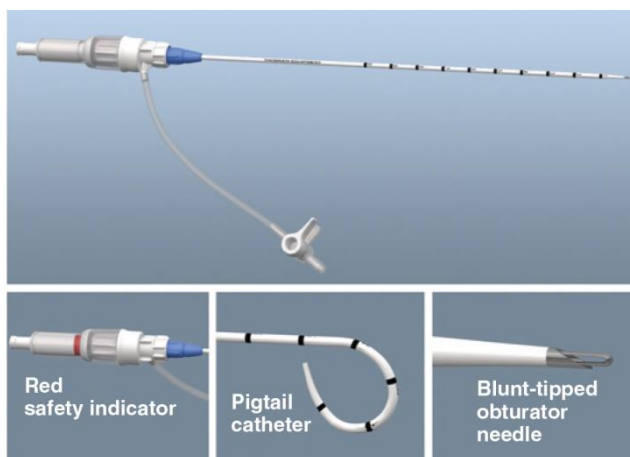


Figure 9.10 The Safe-T-Centesis (Becton, Dickinson and Company, Franklin Lakes, NJ) needle, which is available in a prepackaged kit. Safety features of this device include a blunt-tipped obturator needle, a color-changing indicator, a pigtail catheter, and an attached three-way valve. The blunt-tipped obturator retracts with pressure, exposing the sharp needle tip. This causes the color in the device to change from white to red. Once the pleural space is entered and there is no longer pressure on the tip, the spring-loaded obturator covers the sharp needle tip, preventing damage to the lung. This will cause the color to revert back to white. Devices from other manufacturers have similar features.





اندیکاسیون های توراستنز

- احتمال عفونت در فضای پلور
- افیوژن جدید بدون تشخیص کلینیکی واضح
- درمان تنگی نفس همراه با یک افیوژن بزرگ

کنترا اندیکاسیون ها

قطعی: ندارد.

نسبی

- clotting abnormality شدید
- عفونت یا هرپس زوستر در محل انجام پروسیجر

پوزیشن بیمار

در Figure 9-11 پوزیشن های متفاوت برای توراستنز نشان داده شده است.

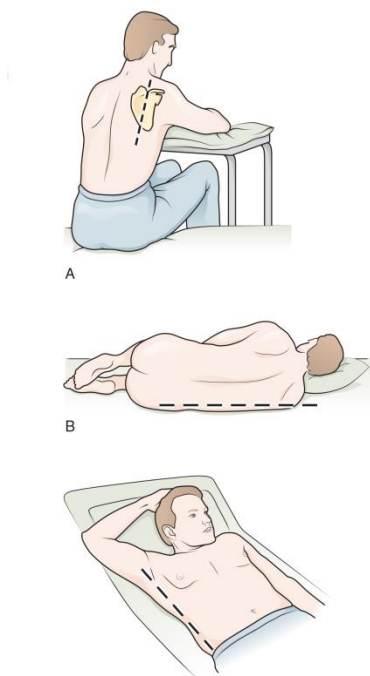


Figure 9.11 A–C, Various patient positions for thoracentesis. Note the midscapular line when the patient is sitting upright. This anatomic line is important in that thoracentesis should not be performed medial to this marker because of the increased incidence of trauma to the neurovascular bundle.





Figure 9.12 Preferred positioning for thoracentesis by the posterior approach is with the patient sitting upright and leaning over an adjacent Mayo stand.

در بیشتر موارد پوزیشن upright استفاده می شود. بیمار به صورت مستقیم در لبه تخت می نشیند و بازوها روی یک میز گذاشته می شود. اگر افیوژن به اندازه کافی بزرگ باشد، اجازه می دهیم کمی بیمار به طرف جلو خم شود. محل بیشترین مقدار افیوژن و سطح دیافراگم را به وسیله سونوگرافی مشخص کنید (Figure 9-13 و Ultrasound Box 9-1).

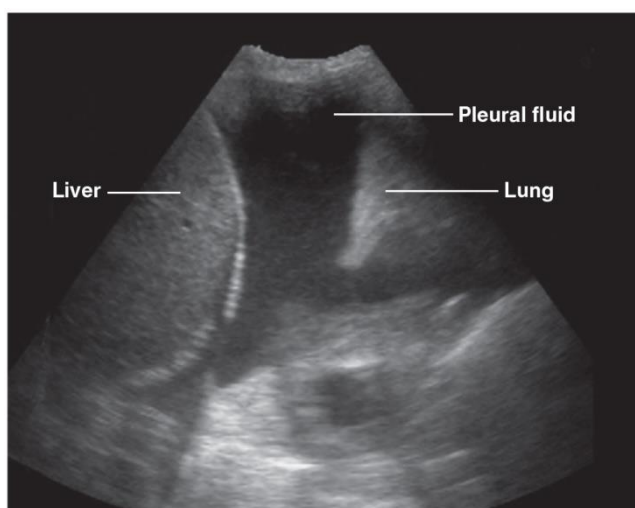


Figure 9.13 Ultrasound image of a right-sided pleural effusion. Ultrasound can be used during the procedure itself if a sterile probe cover is used. This enables the operator to view the tip of the needle entering the effusion and to thus avoid vital structures such as the lung or diaphragm. Note the superior, inferior, and medial landmarks that are used during the procedure itself.



محل ورود سوزن یک یا دو فضای بین دنده‌ای زیر بالاترین level افیوژن در خط میداسکاپولار یا آگزیلاری خلفی است (Figure 9-14).

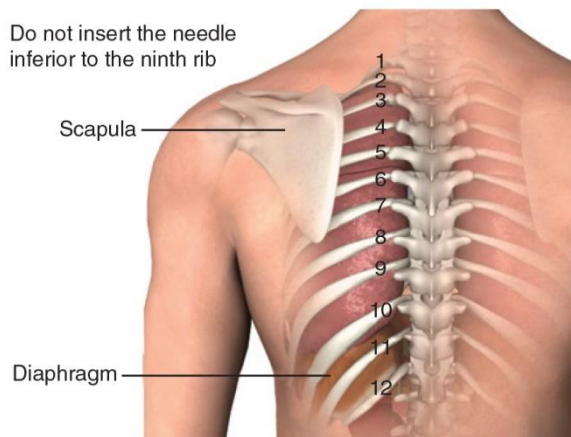


Figure 9.14 The inferior tip of the scapula is at the seventh rib. Do not insert the thoracentesis needle below the ninth rib. (From Thomsen T, Setnik G, editors: *Procedures consult—emergency medicine module*, 2008 Elsevier Inc. All rights reserved.)

نوک تحتانی اسکاپولا در سطح دنده هفتم است.

در همه موارد level ورود باید بالاتر از دنده نهم باشد چون زیر این سطح خطر آسیب به دیافراگم و کبد و طحال افزایش پیدا می‌کند و همچنین مدیال به خط میداسکاپولار نباید سوزن را وارد نمود چون شریان اینترکوستال از این مسیر عبور می‌کند و خطر آسیب شریان و هموتوراکس وجود دارد. در سونوگرافی ضخامت مایع باید بیشتر از ۱۰ mm باشد تا بتوان از آن فضا مایع را خارج کرد. محل ورود را با استفاده از مارکر پوستی نشانه‌گذاری کنید.

اگر بیمار ill است و نمی‌تواند بنشیند بیمار را در وضعیت لترال دکوبیتوس قرار دهید طوری که سمت افیوژن پایین باشد و بیمار لبه تخت قرار بگیرد و نیدل در خط آگزیلاری خلفی قرار بگیرد. پوزیشن جایگزین دیگر حالت سوپاین است که تا حد ممکن سر elevate می‌شود و دست بیمار پشت سرش قرار داده می‌شود (مطابق قسمت C شکل ۹-۱۱) و محل ورود نیدل در خط میدآگزیلاری می‌باشد. در هر دوی این روش‌ها سطح مایع را به وسیله سونوگرافی مشخص کنید و مطمئن شوید که محل ورود سوزن بالای دنده نهم باشد.



بی‌حسی و لوکالیزاسیون مایع پلور

پوست را استریل و درپ کنید و یک تاول پوستی در لبه بالایی دنده درست زیر محل ورود مشخص شده با استفاده از لیدوکائین ۱٪ یا ۲٪ با نیدل ۲۵ gauge ایجاد کنید. برای عبور سوزن از لبه فوقانی دنده استفاده کنید تا کمترین تروما به شریان بین دنده‌ای وارد شود چون این شریان در طول مارژین تحتانی دنده حرکت می‌کند سپس با استفاده از یک سوزن شماره ۲۲ بی‌حسی را در بافت‌های عمیق‌تر ایجاد کنید. سوزن را عمود بر chest wall نگه دارید تا از تروما به شریان اینترکوستال جلوگیری شود. هر ۱-۲ میلی‌متر که سوزن را جلو می‌برید آسپیره کنید و ۲-۱ سی سی از محلول بی‌حسی را تزریق کنید در حالی که آسپیراسیون و اینفیلتراسیون ادامه دارد نیدل را به سمت بالای لبه فوقانی دنده حرکت دهید و به جلو بروید تا از فضای بین دنده‌ای عبور کنید و وارد فضای پلور شوید (Figure 9-15).

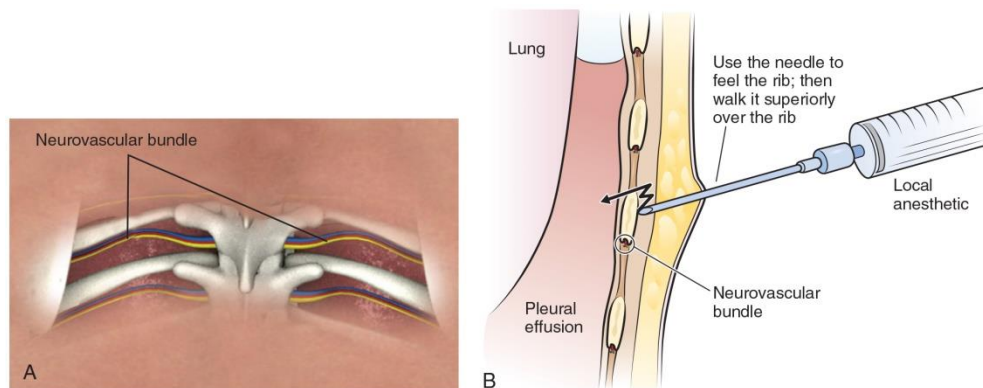


Figure 9.15 A, Anatomy of the neurovascular bundle. The intercostal nerve, artery, and vein typically run inferior to the rib. B, The proper approach mandates walking the needle up and over the rib to avoid these vital structures. (From Thomsen T, Setnik G, editors: Procedures consult—emergency medicine module, 2008 Elsevier Inc. All rights reserved.)

وقتی وارد فضای پلور می‌شوید یک POP ممکن است احساس شود. مایع را آسپیره کنید تا مطمئن شوید در فضای پلور هستید و سپس کمی سوزن را بیرون بکشید و مقدار کمی لیدوکائین برای بی‌حسی پلور پاریتال تزریق کنید. در آخر سوزن را در سمت پروگزیمال بین انگشت شست و ایندکس نگه دارید و آن را بیرون بکشید. این کار باعث می‌شود میزان عمق صحیح سوزن که وارد فضای پلور شده است، مشخص شود. اگر هیچ مایعی خارج نشد (dry tap) در حالی که پلورال افیوژن free-flowing وجود دارد، نیدل خیلی کوتاه است یا محل انتخاب شده برای ورود سوزن خیلی بالا یا خیلی پایین است. اگر حباب‌های هوا وجود دارد محل انتخاب شده خیلی بالا می‌باشد. در هر دو سناریو تا



زمانی که بیمار علائم جدیدی ندارد و احتمال آسیب داخل شکمی با پنوموتوراکس وجود ندارد مجدداً محل را با سونوگرافی ارزیابی کنید و لوکالیزاسیون را مجدداً انجام دهید.

تکنیک نیدل آسپیراسیون برای توراسنتز تشخیصی

وقتی بی‌حسی و لوکالیزاسیون مایع پلور کامل شد یک سوزن شماره ۲۲ را به یک سرنگ ۶۰ CC وصل کنید و با همان تکنیک قبلی دوباره وارد فضای پلور شوید و ۵۰ CC مایع آسپیره کنید. سوزن را بین انگشت شست و ایندکس پایدار نگه دارید تا از حرکت آن حین خارج کردن مایع جلوگیری شود. وقتی آسپیراسیون کامل شد، بیمار را راهنمایی می‌کنید که یک بازدم کامل انجام دهد و سپس سوزن را خارج می‌کنید.

over the needle catheter insertion technique برای توراسنتز درمانی

وقتی مرحله بی‌حسی و لوکالیزاسیون را کامل کردید از یک اسکالپل برای سوراخ کردن پوست استفاده کنید تا کاتتر راحت‌تر وارد شود. کاتتر توراسنتز را به یک سرنگ ۱۰ CC وصل کنید (شکل ۱۶-۹).

Thoracentesis

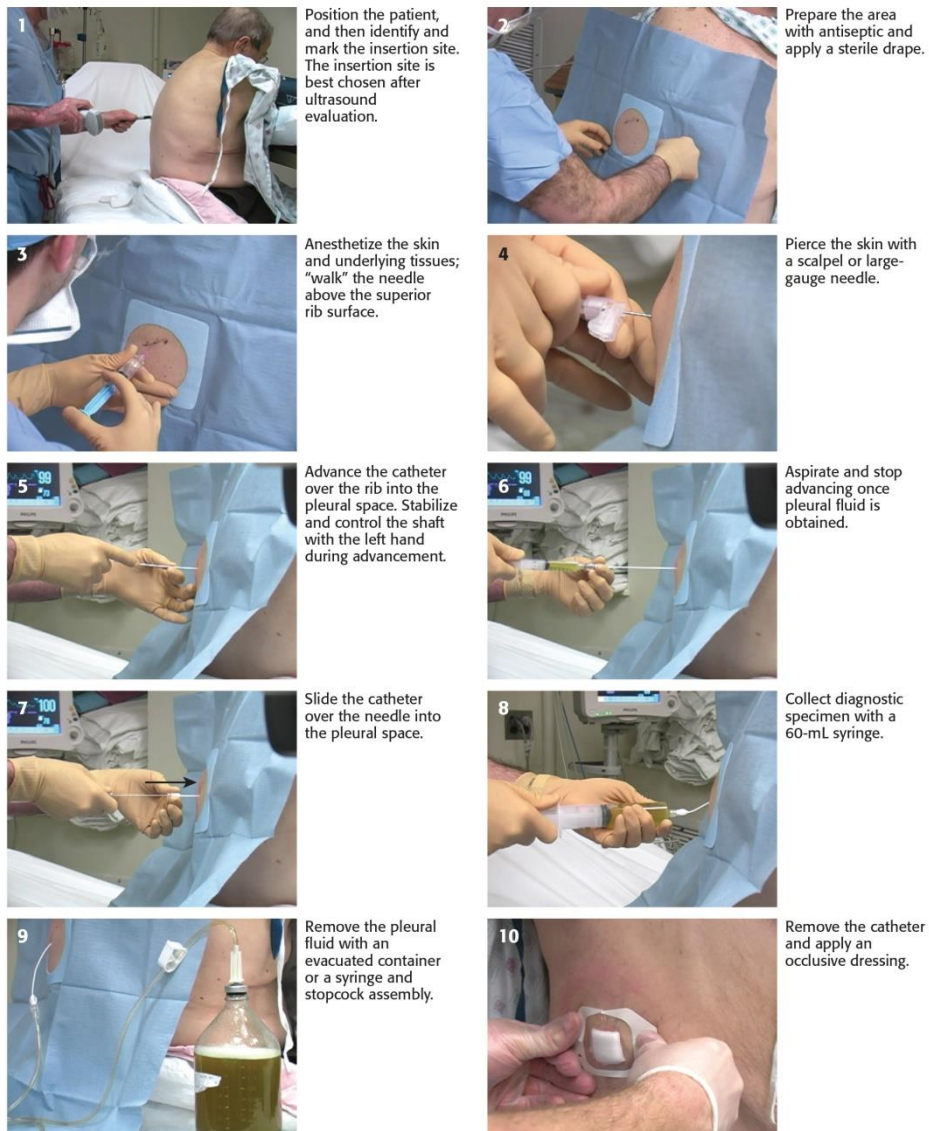


Figure 9.16 Steps in the thoracentesis procedure. (From Thomsen T, Setnik G, editors: Procedures consult—emergency medicine module, 2008, Elsevier Inc. All rights reserved.)

عمقی که لازم است تا به فضای پلور برسید (از روی سوزنی که برای بی‌حسی و لوکالیزاسیون استفاده کردید) را به وسیله قرار دادن انگشت شست و ایندکس دست غیرغالب روی نیدل - کاتتر، علامت بزنید.



نیدل - کاتتر را از روی دنده از همان قسمت که بی‌حسی را انجام دادید وارد کنید تا به فضای بین دنده و فضای پلور وارد شوید و در همین حال فشار منفی gentle با سرنگ اعمال کنید. وقتی مایع خارج شد زاویه کاتتر - نیدل را کمی کودال کنید. در حالی که سوزن را در جای خود نگه داشته‌اید کاتتر را با چرخش قطع کنید و کاتتر را به فضای پلور به سمت جلو برانید. سوزن را بیرون بکشید و سریعاً انگشت را در قسمت hub کاتتر قرار دهید تا از ورود هوا به فضای پلور جلوگیری شود. سپس یک stopcock سه راهی با سرنگ cc ۶۰ را به hub کاتتر وصل کنید.

Lever در پورتهی که استفاده نمی‌شود باید بسته باشد. مایع را برای مطالعات تشخیصی آسپیره کنید و سپس lever را به سمت بیمار ببندید. یک تیوب فشار بالا که به bottle واکيوم متصل است را به پورت stopcock که استفاده نمی‌شود، وصل کنید. lever را بچرخانید که سمت سرنگ بسته باشد و مایع در bottle وکیوم ریخته شود. سرنگ را می‌توانید خارج کنید. اگر سیستم وکیوم را در دسترس ندارید می‌توانید به طور متناوب آسپیراسیون را با سرنگ انجام دهید و مایع را در bag استریل بریزید. وقتی device ها را تغییر می‌دهید lever را به سمت بیمار ببندید. وقتی cc ۱۵۰۰ مایع خارج شد پروسیجر را متوقف کنید. خارج



رزیدنت یار اولین استارتاپ آموزش پزشکی در کشور

مشترک ارجمند، متخصص گرامی؛

به منظور تسهیل در امر خدمات رسانی به شما یزرگواران و جهت رسیدگی سریع به مشکلات و ثبت انتقادات و پیشنهادات، همچنین به جهت خرید آسان و سریع می‌توانید با مراجعه به سایت و فروشگاه اینترنتی و اپلیکیشن موسسه از این امکانات بهره‌مند شوید.



فروشگاه اینترنتی:

در این فروشگاه تمامی محصولات و خدمات درج گردیده است. شما می‌توانید با مراجعه به رشته خود، از انواع محصولات حوزه نشر و توضیحاتی در خصوص آموزش و آخرین تغییرات منابع آزمون ارتقاء و مورد آگاه شوید و خرید آسان و مطمئنی را تجربه کنید.



اپلیکیشن Resentyar:

در اپلیکیشن رزیدنت یار که قابل استفاده و دریافت از: ✓✓ Play Store APP Store می‌باشد، دسترسی به کتاب پیش رو بصورت رایگان و استفاده از تمامی محصولات آموزشی میسر گردیده است. روزانه در حال اضافه شدن محتوا آموزش پزشکی موثر و مدون مخصوص شما رزیدنت و متخصص گرامی خواهد بود.



آموزش:

کلاسهای حقیقی و مجازی رزیدنت یار در اپلیکیشن و یا تماس با همکاران کارشناس آموزش به راحتی میسر خواهد بود. در صورت مراجعه شما به اپلیکیشن رشته خودتان تمامی محصولات را رؤیت فرمائید.



اخبار:

در این منو آخرین اخبار و اطلاعیه‌های منتشر شده از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و همچنین تازه‌های نشر و اخبار موسسه قابل مشاهده است.



پشتیبان آنلاین:

در این منو شما می‌توانید تمامی سوالات، انتقادات و پیشنهادات خود را با ورود به سامانه و ثبت نام در آن، مطرح و حداکثر تا ۲۴ ساعت پاسخ خود را دریافت کنید.
در این منو در سایت می‌توانید سؤالات خود را مطرح کرده و همکاران ما در اسرع وقت پاسخ مناسب را به شما ارائه می‌نمایند.

داوطلب گرامی؛

بر خود می‌بالیم که موسسه رزیدنت یار را برای آمادگی آزمون مورد و ارتقاء خود انتخاب نموده‌اید. می‌دانید که رزیدنت یار اولین موسسه انتشارات و آموزش پزشکی دارای مجوز در کشور و اولین استارت‌آپ آموزش پزشکی کشور می‌باشد و در تمامی درسنامه‌ها در هر رشته از یک مولف و یا حداقل مولفین استفاده شده است و این امر باعث گردیده تا کتبی یک دست و بدون غلط و با محتوی بسیار قوی در اختیار شما عزیزان قرار بگیرد.

کتابهای درسنامه در رزیدنت یار یک جلد کتاب الکترونیک رایگان دارد که حتماً روش استفاده از آن را از همکاران و کارشناسان واحد آموزش بخواهید.

کتابهای درسنامه در رزیدنت یار حتماً دارای یک کتاب صوتی مجزای با روشی بسیار غنی را داراست در صورت تمایل قطعاً می‌تواند کارساز و چاره‌ساز باشد.

استفاده از کتب رزیدنت یار به لحاظ استفاده از تصاویر و تشریح الگوریتم‌ها و جداول مهم و استفاده از کیس‌های آزمون شفاهی در انتهای هر کتاب و همچنین کتب مرور سریع بسیار مورد پسند متخصص این رشته قرار گرفته است امید موفقیت شما عزیزان در آزمونهای پیش رو گواهی این محتوا قوی خواهد بود. نظرات و پیشنهادات خود را به آدرس ایمیل موسسه رزیدنت یار ارسال و در انتظار پاسخ مدیریت تولید باشید.

info@residenttyar.com

