



سرشناسه	زینال پور قطار، عادل، ۱۳۶۵-
عنوان و نام پدیدآور	پستان - امنیت بیمار و عوارض جراحی، عفونت جراحی، ترمیم زخم، پوست و بدخیمی های پوستی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون بورد و ارتقاء تخصصی ۱۴۰۳: Schwartz 2019
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص عادل زینال پور قطار پاسخ دهی به سوالات حامد قلی زاده... [و دیگران]. تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۴۹۴ ص: مصور، جدول (بخشی رنگی).
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۸۳-۷: ریال: ۷,۴۱۰,۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	فپیا
یادداشت	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Schwartz's principles of surgery, 11th. ed, 2019" تالیف دیناکی. اندرسن ... [و دیگران] است.
یادداشت	پاسخ دهی به سوالات حامد قلی زاده، اشکان شه وردی، علی حاجی هاشمی، محمد مددی امامچای. اصول جراحی شوارتز.
عنوان دیگر	جراحی / Surgery -- آزمون ها و تمرین ها (عالی). surgery -- Examinations, questions, etc.
موضوع	ویرایش و اضافه نمودن سوالات همراه با پاسخ تشریحی و حذف سوالات اضافه قلی زاده، حامد، ۱۳۶۵-
شناسه افزوده	اندرسن، دینا کی. Andersen, Dana K.
شناسه افزوده	شوارتس، سیمور، ۱۹۲۸- - م. اصول جراحی شوارتز
شناسه افزوده	۳۱RD
شناسه افزوده	۶۱۷
رده بندی کنگره	۹۰۸۲۶۸۶
رده بندی دیویی	فپیا
شماره کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

پستان، امنیت بیمار و عوارض جراحی، عفونت جراحی، ترمیم زخم، پوست و بدخیمی های پوستی - برگرفته از کتاب "Schwartzs2019" است. ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پور قطار پاسخ دهی به سوالات: دکتر حامد قلی زاده، دکتر اشکان شه وردی، دکتر علی حاجی هاشمی، دکتر محمد مددی امامچای ناشر: انتشارات کاردیا صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲ تیراژ: ۱۵۰ جلد شابک: ۷-۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۸۳ بهاء: ۷۴۱,۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ ، ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

پستان

امنیت بیمار و عوارض جراحی، عفونت جراحی، ترمیم زخم، پوست و بدخیمی‌های پوستی

خلاصه درس به همراه

مجموعه سؤالات آزمون ارتقاء و بورده تخصصی ویژه آمادگی آزمون‌های ۱۴۰۳

Schwartzs 2019

ترجمه و تلخیص

دکتر عادل زینال‌پور قطار

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
رتبه دوم کشوری در آزمون بورده تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷

پاسخدهی به سؤالات

دکتر حامد قلی زاده

ده درصد برتر تخصصی جراحی عمومی سال ۱۳۹۷
فلوشیپ جراحی درون بین از دانشگاه علوم پزشکی ایران
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر اشکان شه وردی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

دکتر علی حاجی هاشمی ورنوسفادرانی

بورده تخصصی جراحی عمومی

دکتر محمد مددی امامچای

متخصص جراحی عمومی



۱۱.....	فصل ۱۷: پستان
۹۷.....	مرور سریع پستان
۱۱۷.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۷
۱۶۱.....	فصل ۱۲: امنیت بیمار
۲۳۳.....	مرور سریع امنیت و اصول پره‌آپ
۲۵۹.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۲
۲۹۵.....	فصل ۶: عفونت جراحی
۳۲۷.....	مرور سریع عفونت‌های جراحی
۳۴۱.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۶
۳۷۳.....	فصل ۹: ترمیم زخم
۴۱۱.....	مرور سریع ترمیم زخم
۴۲۵.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۹
۴۳۵.....	فصل ۱۶: پوست و بدخیمیهای پوستی
۴۶۹.....	مرور سریع پوست و بدخیمی‌های پوستی
۴۸۱.....	سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۶

در هنگام تولد پستان‌ها در جنس مذکر و مونث مشابه‌اند و فقط در مونث حاوی مجاری بزرگتر می‌باشند. شیر جادوگر (witch's milk): بزرگ شدن موقت پستان نوزاد و خروج شیر از آن در اثر پاسخ به هورمون‌های مادر که از جفت عبور می‌کند.

آماستیا: فقدان پستان

سیماستی: وجود پرده بین دو پستان

سندرم پولند:

شامل هیپوپلازی پستان؛ نقص غضروف دنده‌ای؛ هیپوپلازی زیرجلد قفسه سینه؛ براکی سین داکتیلی است.

پلی تلیا: وجود نیپل اضافی، با اختلالات ادراری، آژنزی کلیه، اختلالات قلبی و عروقی همراهی دارد.

پلی ماستیا: وجود پستان اضافی. با سندرم ترنر(آژنزی و دیسپلازی تخمدان)، سندرم فلشر (جابجایی نوک سینه و هیپوپلازی کلیه) همراهی دارد.

پلی تلیا و پلی ماستیا معمولا در امتداد خط شیری ایجاد می‌شوند.

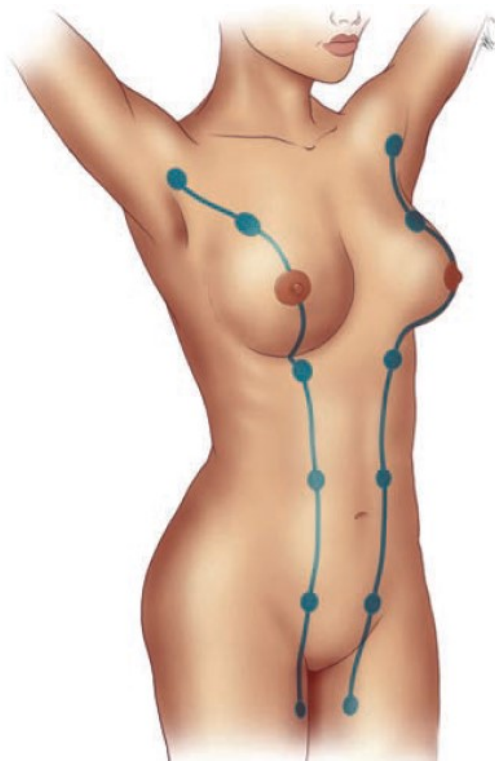


Figure 17-1. The mammary milk line.

آناتومی پستان:

پستان ۱۵-۲۰ لوب دارد که هر کدام از چند لوبول تشکیل شده است. هر لوب پستان به یک مجرای اصلی شیری ختم می‌شود که آن‌ها هم از طریق سوراخ تنگ به آمپول نیپل باز می‌شوند. پستان از دنده ۳، ۲ در بالا تا ۶، ۷ در پایین و از لترال استرنوم تا خط آگزیلاری قدامی امتداد دارد. قاعده آن مخروطی مدور با قطر ۱۰-۱۲ cm می‌باشد. حاوی لیگامان‌های آویزان‌کننده کوپراست که از بافت همبند پستان به صورت عمودی وارد درم می‌شود. **نکته:** بیشترین حجم بافتی و بیشترین محل ایجاد کانسر پستان UOQ (ربع فوقانی خارجی) است. **توبرکل‌های مونت گومری (Montgomery's tubercles):** برآمدگی‌های کوچک در سطح آرنول شامل غدد سباسه، عرق و غدد فرعی می‌باشند.

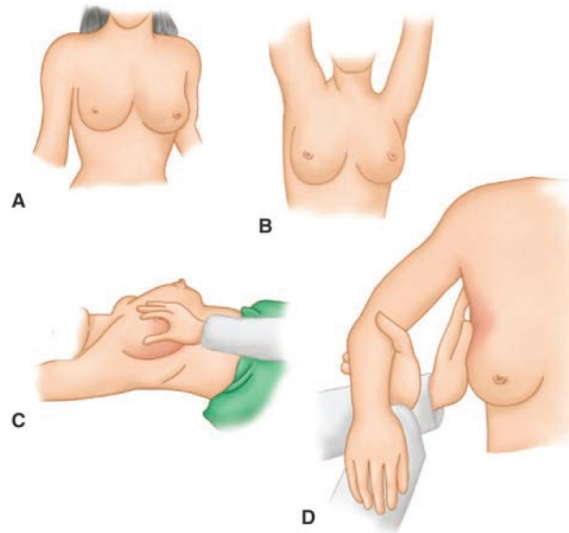


Figure 17-18. Examination of the breast. **A.** Inspection of the breast with arms at sides. **B.** Inspection of the breast with arms raised. **C.** Palpation of the breast with the patient supine. **D.** Palpation of the axilla.

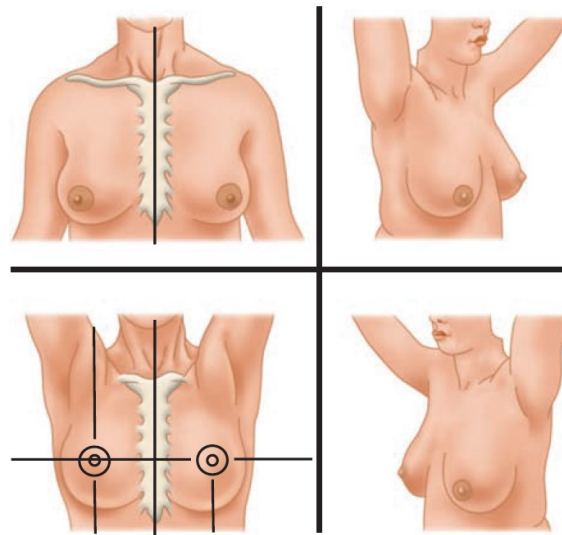


Figure 17-19. A breast examination record.

سوم: ماموگرافی:

دوز اشعه 0.1 cGy است. 4 برابر CXR اشعه می‌دهد ولی با دوز اشعه ماموگرافی خطر کانسرافزایش نمی‌یابد.



در تشخیص زودرس ارزش ماموگرافی از معاینه بیشتر است.

در دو نمای اصلی:

MLO (مدیولترال ابلیک): مشاهده فوقانی خارجی پستان و دم آگزیلاری اسپنس: تعیین فوقانی تا تحتانی بودن ضایعه.

CC (کرانیو کودال): بخش مدیال؛ امکان فشرده سازی وجود دارد: تعیین داخلی یا خارجی بودن ضایعه
در پستان متراکم زیر ۵۰ سال: بهتر است حتماً ماموگرافی دیجیتال انجام شود - امکان تغییر درجه و شدت کنتراست برای فرد ناظر وجود دارد

در دو نمای کمکی:

نمای ۹۰° جانبی: به همراه نمای CC یک نمای سه بعدی ایجاد می‌کند.
نمای کمپرسیون (فشرده سازی) نقطه‌ای:

- بزرگنمایی ۱/۵ برابر؛ کاهش آرتیفکت حرکتی؛ افزایش وضوح.
- کاهش دوز تابش مورد نیاز برای نفوذ در پستان.
- جداسازی بافت‌های همپوشانی‌کننده از همدیگر.
- مشاهده بهتر کلسیفیکاسیون و حاشیه توده.

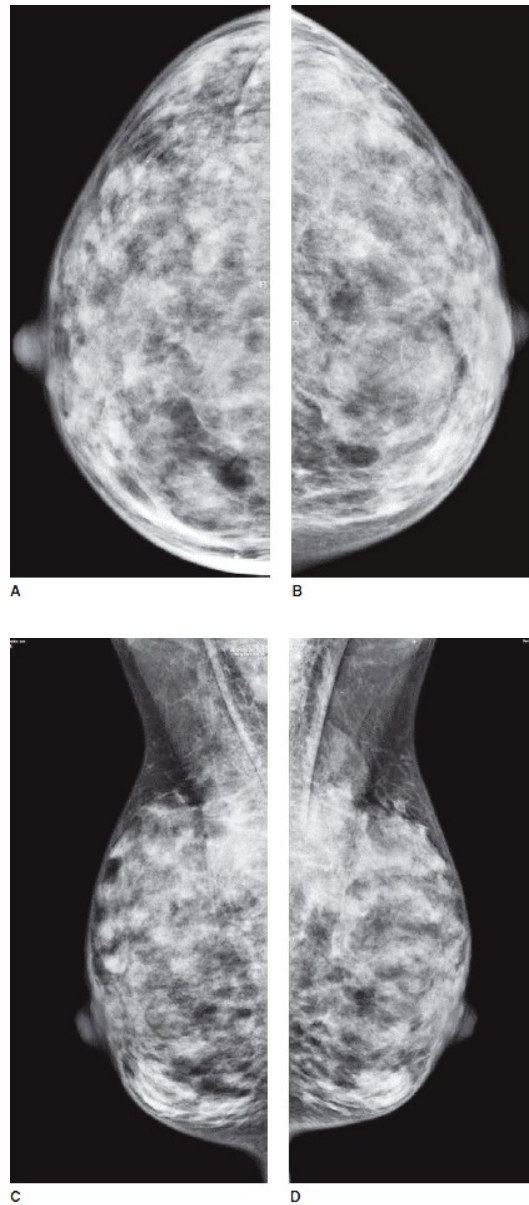


Figure 17-20. A-D. Mammogram of a premenopausal breast with a dense fibroglandular pattern. E-H. Mammogram of a postmenopausal breast with a sparse fibroglandular pattern.



انواع خاص تومورهای پستان:

بیماری پاژه:

ضایعات اگزما توی برجسته نیپل است که گاهی می‌تواند زخم و ترشح با یا بدون توده قابل لمس ایجاد کند.

تشخیص:

بیوپسی تمام ضخامت پوست نیپل و مشاهده سلول‌های رنگ پریده واکوتله (سلول پاژه) در rete ridges اپی‌تلیوم.

معمولاً با DCIS وسیع همراهی دارد و ممکن است همراه با کارسینوم مهاجم باشد. گاهی با ملانوم منتشر سطحی اشتباه می‌شود که اگر در IHC S100 مثبت بود ملانوم و اگر CEA مثبت بود پاژه است.

درمان:

نوع درمان براساس درگیری NAC، وجود DCIS یا کانسر مهاجم در پارانشیم زمینه‌ای پستان تعیین می‌شود. لامپکتومی.

ماستکتومی در صورت درگیری سنترال، NAC یا وجود DCIS‌های وسیع در پارانشیم. MRM در صورت وجود کارسینوم مهاجم.

SLNB هم لازم است.

اگر لامپکتومی شود رادیوتراپی هم لازم است.

کارسینوم مدولری:

شیوع ۴٪ دارد. ۵۰٪ با DCIS همراه است. یک فنوتیپ شایع در موارد وجود BRCA1 می‌باشد.

به صورت توده حجیم در عمق با سطح صاف، نرم، خونریزی‌دهنده است.

هورمون مثبت خیلی کم (زیر ۱۰٪) است.

۲۰٪ دوطرفه است.

مشخصه باتولوژی: نمای لنفورتیکولر با رشد صفحه‌ای + لنفوسیت و پلاسما سل + هسته پلئومورفیک بزرگ. گاهی بزرگ شدن لنف نودهای آگزایلا به صورت غیر نئوپلاستیک (واکنش شدید لنفوسیتی) است که ممکن است staging بالینی را با اشتباه مواجه کند.



کارسینوم موسینی (کلوئید):

۲٪ کانسره‌های پستان را شامل می‌شود.
تومورهای بزرگ در زنان مسن دیده می‌شود. موسین سلول‌های سرطانی را احاطه کرده است.
سطح برش این کانسرها ژلاتینی و گلیسیرینی است.
۹۰٪ موارد هورمون مثبت هستند.

کارسینوم پاپیلاری:

به صورت کوچک زیر ۳ cm در زنان بالای ۷۰ ساله دیده می‌شود.
۸۰٪ موارد هورمون مثبت هستند.
متاستاز به لنف نود کم است.

کارسینوم توبولار:

۲٪ کانسره‌های پستان را شامل می‌شود.
در حوالی یائسگی دیده می‌شود.
۹۴٪ موارد هورمون مثبت هستند.
با کانسر نوع غربالی (کریریفورم) در ارتباط نزدیک است.
متاستاز ۱-۲ عدد لنف نود آگزایلا اثر بر بقا ندارد.
متاستاز دوردست نادر است.

کارسینوم لوبولار مهاجم:

۱۰٪ موارد کانسر پستان را شامل می‌شود.
مشخصه بافت شناسی: وجود سلول‌های کوچک با هسته گرد و سیتوپلاسم اندک و هستک نامشخص.
مشخصه مهم: وجود موسین (سلول انگشتری)؛ ۹۰٪ هورمون مثبت.
ماموگرافی غیرقطعی است.
حدود نامشخص دارد؛ مولتی‌فوکال و مولتی‌سنتریک دوطرفه است؛ رشد آرام و بی‌سر و صدا دارد.

در کل در تمام انواع کانسره‌های خاص پستان:

درمان تومور مثل IDC است و هر Stage درمان خاص خود را دارد.



در مورد شیمی‌درمانی کانسره‌های خاص:

تمام موارد LN مثبت: شیمی‌درمانی.

در موارد LN منفی:

هورمون مثبت و بالای ۱ cm: فقط آنتی‌استروژن (تاموکسی‌فن).

هورمون مثبت و بالای ۳ cm: تاموکسی‌فن + حتماً شیمی‌درمانی.

هورمون مثبت بین ۱-۳ cm: تاموکسی‌فن با یا بدون شیمی‌درمانی.

تومور فیلوئیدس:

به رنگ آبی است؛

مشخصه آن پرولیفراسیون mixed استرومال اپیتلیال و ظاهر برگ مانند است.

کلسیفیکاسیون در ماموگرافی دارد.

بیشترین عود در نوع بینابینی است.

افتراق از فیبروآدنوم:

وجود فعالیت سلولی بیشتر در فیلوئیدس

سلول‌های استرومال در فیبروآدنوم بصورت پلی‌کلونال و مونوکلونال ولی در فیلوئیدس همیشه بصورت

مونوکلونال ایجاد می‌شود.

درمان:

اکسیزیون توده با حاشیه به ظاهر سالم. ALND لازم نیست.

اگر در جواب پاتولوژی شواهد بدخیمی مثل سارکوماتوز؛ افزایش میتوز؛ کانون مهاجم حاشیه وجود

داشت: ری‌اکسیزیون با حاشیه ۱ cm.

در موارد بزرگتر از ۵cm که اکسیزیون آن باعث بد شکلی پستان شود، ممکن است ماستکتومی نیاز باشد.

رادیوتراپی: فقط در مواردی که تومور خیلی بزرگ باشد و مارژین بعد ماستکتومی مثبت باشد.

کانسر پستان در مردان:

۱٪ موارد کانسره‌های پستان را شامل می‌شود.

۲۰٪ قبل از ایجاد آن ژنیکوماستی دارند.

با رادیاسیون، کلاین فیلتر، درمان با استروژن ارتباط دارد.



Table 17-3

Cancer risk associated with benign breast disorders and in situ carcinoma of the breast

ABNORMALITY	RELATIVE RISK
Nonproliferative lesions of the breast	No increased risk
Sclerosing adenosis	No increased risk
Intraductal papilloma	No increased risk
Florid hyperplasia	1.5 to 2-fold
Atypical lobular hyperplasia	4-fold
Atypical ductal hyperplasia	4-fold
Ductal involvement by cells of atypical ductal hyperplasia	7-fold
Lobular carcinoma in situ	10-fold
Ductal carcinoma in situ	10-fold

Data from Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease, *N Engl J Med.* 1985 Jan 17; 312(3):146-151.

آدنوزاسکلروزان:

در موارد قابل لمس: اکسیژون جراحی.

در موارد غیرقابل لمس: اکسیژون روی وایر یا با بیوپسی و اکیوم‌دار

داکتوگرافی:

پاپیلوم باشد: به صورت نقص پرشدگی کوچک صاف.

کانسر باشد: به صورت توده نامنظم و نقص پرشدگی‌های متعدد.

کیست پستان:

اگر مایع آسپیره شده:

شفاف بود: دور میریزیم و سیتولوژی هم نمیخواهد.

خونی بود: ارسال ۲ میلی لیتر از آن برای سیتولوژی + FNA از محل توپر کیست زیر گاید سونوگرافی.

تیره بود: ارسال برای OB.

اگر کیست با آسپیراسیون از بین نرفت: بیوپسی Core زیر گاید سونو یا انجام پنوموسیستوگرافی: تزریق

هوا به درون کیست و سپس ماموگرافی و بررسی دیواره کیست.



مشاهده میکروکلسیفیکاسیون

کلسیفیکاسیون مرتبط با سرطان: میکروکلسیفیکاسیون با شکل و تراکم متفاوت، اندازه زیر نیم میلی متر، به صورت ظریف و خطی شاخه شاخه و خوشه‌ای.
در صورت مشاهده در ماموگرافی: قدم اول بیوپسی استریوتاکتیک است.
اگر موفقیت آمیز نبود: اکسزیون با وایر انجام می‌شود.

IHC با E کاده‌رین:

در ADH و DCIS: افزایش E کاده‌رین.

در ALH و LCIS: کاهش E کاده‌رین

گاید لاین: Network (NCCN) National Comprehensive Cancer

انجام غربالگری سالانه با ماموگرافی برای سنین بیشتر مساوی ۴۰ سال.

انجام معاینه پستان سالانه توسط پزشک برای خانم‌های با خطر متوسط.

نکته: معاینه توسط خود فرد هر ۱ ماه و توسط پزشک هر ۳ سال از سن ۲۵ سالگی هم توصیه شده است.

نکته: سونوگرافی هم می‌تواند در غربالگری خانم‌ها با سینه متراکم به کار گرفته شود

غربالگری با MRI

- وجود سابقه خانوادگی کانسر تخمدان یا پستان.
- زنان با موتاسیون شناخته شده BRCA1,2، حاملان جهش BRCA.
- افراد درجه یک خانواده حاملان جهش BRCA که خودشان را تست نکرده‌اند.
- سابقه رادیاسیون در ۱۰-۳۰ سالگی مثلاً برای درمان هوجکین.
- وجود سندرم‌های لی فرامنی و کودن و... و افراد درجه یک در خانواده این سندرومها

کاربرد تشخیصی MRI

افراد با LN آگزیلاری درگیر ولی کانسر پستان اولیه مشخصی ندارد.
ارزیابی پاسخ به درمان نئوادجوان.
شناسایی موارد مولتیسنتریک مولتی‌فوکال در موارد تازه تشخیص داده شده و تعیین تکنیک عمل.



در یک سوم موارد تب علل عفونی دارد.

علل در ۷۲ ساعت اول بعد جراحی: آتلکتازی (شایع‌ترین)، آسیب عضله و تتانی در تروما، DVT، ایسکمی بافتی، آمبولی ریه، MI، ترومبوفلیبیت، آسیب سر، دهیدراتاسیون، نارسایی آدرنال، دارو، آلرژی، لنفوم، نکروز کبد، هیپرتیروئیدی، MH، رد پیوند حاد.

استثنا: عفونت کلستریدیا و strp می‌تواند زیر ۷۲ ساعت رخ دهد.

علل بعد ۹۶ ساعت اول: علل عفونی، هماتوم.

داروهای ایجادکننده تب: تیروکسن، آتروپین، اپی‌نفرین، ضدپارکینسون‌ها، آنتی‌هیستامین، ویدراوال‌الکل و مخدر و BDZ (بنزودیازپین).

داروهایی که با ایجاد فلبیت یا آبسه استریل، تب می‌دهند: آمفوتریسین B، اریترومایسین، KCL.

تبی که روز ۵-۸ بعد از عمل ایجاد می‌شود نگران‌کننده است و ۶ عامل باید بررسی شود: ریه، زخم، ادراری، گوارشی تحتانی، داروها مثل آنتی‌بیوتیک، walker مثل ترومبوز و بررسی محل کاتترهای وریدی.

در موارد تب به علت عفونی: ایجاد هیپوترمی محیطی مناسب نیست و حتی زیان‌آور است چون با تحریک هیپوتالاموس باعث افزایش دمای مرکزی بدن می‌شود (رفتار پارادوکس).

بررسی تب:

CBC diff، B/C ، U/A ، U/C ، CXR.

در U/C وجود $< 10^5$ کلونی در ml در بیمار فاقد سوند و یا $< 10^3$ کلونی در ml در بیمار دارای سوند فولی نشان‌دهنده عفونت ادراری است.

در تب بعد عمل جراحی:

۱. رد کردن علل غیر عفونی تب که قبلاً ذکر شد.

۲. کشت از ترشحات درن ارزش ندارد.

۳. بررسی محل برش و در صورت نیاز تهیه کشت عمقی (سطحی فایده ندارد).

۴. CXR در موارد:

تهویه مکانیکی طولانی، اختلال در تعداد تنفس، سمع ریه مشکل دار، اختلال ABG، وجود ترشحات ریوی.

۵. $U/C, U/A$: در مواقع نیاز مثل آسیب مجاری ادراری.

۶. انجام کشت خون:



قبل از خونگیری: تمیز کردن محل خونگیری با کلرهگزیدین + ایزوپروپیل الکل ۷۰٪ یا تنتورید ۲-۱٪ یا بتادین ۱۰٪. تاثیر این مواد بعد خشک شدن است.
حداقل حجم برای هر لوله ۱۰ cc خون است. نمونه شریانی یا وریدی فرقی نمی‌کند. ۲ تا ۳ کشت از محل‌های جداگانه تهیه می‌شود.

نحوه کشت خون در بررسی عفونت کاتتر:

کشت خون همزمان از ورید محیطی و مرکزی: وجود باکتری می‌در کشت خون محیطی + جداسازی CFU ۱۵ یا CFU ۱۰^۲ از کاتتر مرکزی نشان‌دهنده عفونت کاتتر مرکزی است.
وجود کشت مثبت بیش از ۲ ساعت قبل از کشت محیطی نشان‌دهنده عفونت مرتبط با کاتتر است.
اگر کاتتر خارج شد ارسال نوک آن برای کشت لازم است.
کشت خون سریال و اکوی ترانس از فوآزیال در بیماران با باکتری می‌staf اورئوس، بیماری دریچه‌ای قلب، دریچه مصنوعی، شروع سופل جدید قلبی نیاز است.
در بیماران که تب مداوم دارند و بهبود بالینی روند کندی دارد و منبع خارجی قابل تشخیص برای تب وجود ندارد، CT اسکن شکم لازم است.
کمترین میزان عفونت کاتتر در ورید ساب‌کلاوین است.

درمان:

کاهش تب با داروهای تب‌بر
درمان پنومونی، UTI، عفونت ناشی از کاتتر.
درمان باکتریوری بی‌علامت در موارد نقص ایمنی، بیماران که قرار است تحت جراحی ارولوژیک قرار بگیرند، بیماران با پروتز، باکتری می‌توسط گونه‌های با شیوع بالا اندیکاسیون دارد.
کاندیدوری بدون علامت هم در موارد فوق درمان می‌خواهد به صورت: ابتدا تجویز فلوکونازول و در صورت عدم پاسخ به آن تجویز آمفوتریسین B.
وجود ترومبوز عفونی یا آندوکاردیت ناشی از کاتتر: درمان آنتی‌بیوتیکی به مدت ۴-۶ هفته.
در موارد زیر می‌توان کاتتر را برای چند ساعت توسط محلول آنتی‌بیوتیکی پر کرد و آن را بسته نگه داشت و سپس بدون خارج‌سازی آن از آن استفاده کرد:
۱. کاتتر مجرادار که برداشتن یا جایگزینی کاتتر در آن‌ها خطر دارد.



۲. بیماران با استاف کوآگولاز منفی که شواهد بیماری متاستاتیک یا سپسیس شدید ندارند.
۳. بیماران که عفونت در مجرای کاتتر یا باکتری می مداوم ندارند.

تیروتوکسیکوز بعد عمل:

به صورت هیپرترمی بالای ۴۰ درجه، اضطراب، تعریق شدید، بروز HF، آریتمی عمدتاً AF، کاهش K در ۵۰٪ موارد.

درمان:

کورتون

PTU

β بلوکر (پروپرانولول) ۸۰-۶۰ mg هر ۴ ساعت با هدف $HR < 100$

KI (محلول لوگل)

استامینوفن (ASA ممنوع است)

عوامل وازواکتیو

روش‌های خنک‌سازی

پروفیلاکسی DVT

مایع درمانی، دادن اکسیژن، تجویز سدیشن، در موارد AF، تجویز هپارین وریدی.
کاردیوورژن برای تاکی آریتمی فوق بطنی در طوفان تیروئیدی اثر ندارد. اگر بیمار بدحال است اسمولول وریدی می‌دهیم. در موارد رفراکتوری بعد دادن پروپرانولول رزپین تجویز می‌شود.
در موارد شدید که تا ۴۸ ساعت جواب به درمان ندهد پلاسما فرز انجام می‌شود.



Table 6-3

Common pathogens in surgical patients

Gram-positive aerobic cocci

Staphylococcus aureus
Staphylococcus epidermidis
Streptococcus pyogenes
Streptococcus pneumoniae
Enterococcus faecium, E. faecalis

Gram-negative aerobic bacilli

Escherichia coli
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Proteus mirabilis
Enterobacter cloacae, E. aerogenes
Serratia marcescens
Acinetobacter calcoaceticus
Citrobacter freundii
Pseudomonas aeruginosa
Stenotrophomonas maltophilia

Anaerobes

Gram-positive

Clostridium difficile
Clostridium perfringens, C. tetani, C. septicum
Peptostreptococcus spp.

Gram-negative

Bacteroides fragilis
Fusobacterium spp.

Other bacteria

Mycobacterium avium-intracellulare
Mycobacterium tuberculosis
Nocardia asteroides
Legionella pneumophila
Listeria monocytogenes

Fungi

Aspergillus fumigatus, A. niger, A. terreus, A. flavus
Blastomyces dermatitidis
Candida albicans
Candida glabrata, C. parapsilosis, C. krusei
Coccidioides immitis
Cryptococcus neoformans
Histoplasma capsulatum
Mucor/Rhizopus

Viruses

Cytomegalovirus
Epstein-Barr virus
Hepatitis A, B, C viruses
Herpes simplex virus
Human immunodeficiency virus
Varicella zoster virus



در رنگ آمیزی گرم:

باکتری گرم مثبت رنگ آبی و باکتری‌های گرم منفی رنگ قرمز می‌گیرند.
 انواع باکتری براساس مورفولوژی: کوکسی یا باسیل، دیپلوکوک، clusters (استافیلوکوک)، زنجیره‌ای (استرپتوکوک).

باکتری‌های بی‌هوازی‌ها آنزیم کاتالاز ندارند و نمی‌توانند در هوا رشد کنند.
باسیل‌های اسید فاست: مایکوباکتریوم‌ها، نوکاردیا.

باکتری‌های گرم مثبت هوازی همزیست در پوست مثل استاف اورئوس و اپیدرمیدیس، استرپتوکوکوس پیوژن و باکتری‌های روده‌ای مثل انتروکوک فکالیس و فاشیوم علل شایع عفونت‌های جراحی هستند.
 باکتری‌های گرم منفی شایع عامل عفونت عبارتند از: اشرشیا کولی، کلبسیلا، سراتیا، انتروباکتر، سیتروباکتر، سودومونا.

تشخیص قارچ‌ها: با رنگ آمیزی KOH، جوهر هندی، متنامین سیلور یا گیمسا است.
 داروهای ضد قارچ مورد استفاده در جدول زیر آورده شده است.

Table 6-4 Antifungal agents and their characteristics		
ANTIFUNGAL	ADVANTAGES	DISADVANTAGES
Amphotericin B	Broad-spectrum, inexpensive	Renal toxicity, premeds, IV only
Liposomal Amphotericin B	Broad-spectrum	Expensive, IV only, renal toxicity
<i>Azoles</i>		
Fluconazole	IV and PO availability	Narrow-spectrum, drug interactions
Itraconazole	IV and PO availability	Narrow spectrum, no CSF penetration Drug interactions, decreased cardiac contractility
Posaconazole	Broad-spectrum, zygomycete activity	PO only
Voriconazole	IV and PO availability, broad-spectrum	IV diluent accumulates in renal failure, Visual disturbances
<i>Echinocandins</i>		
Anidulofungin, Caspofungin, micafungin	Broad-spectrum	IV only, poor CNS penetration



ایتراکونازول: نفوذ به CNS ندارد، مشکلات قلبی می‌دهد.

وریکونازول: مشکل بینایی

کاسپوفونگین: فقط وریدی، نفوذ به CNS ضعیف دارد.

ویروس‌ها: با کمک PCR امکان شناسایی DNA یا RNA ویروسی وجود دارد.

اغلب عفونت‌های ویروسی در شرایط ضعف ایمنی و مصرف کنندگان داروهای سرکوبگر ایمنی ایجاد می‌شود.

اصول پیشگیری و درمان عفونت‌های جراحی:

اصول کلی طبق گایدلاین‌های CDC عبارتند از:

- فاکتورهای مربوط به آماده‌سازی پوست (skin preparation):

از شب قبل عمل جراحی با حمام کردن و شستشوی بدن با صابون و مواد آنتی‌سپتیک شروع می‌شود. کوتاه کردن موهای محل عمل باید در اتاق عمل و توسط clipper انجام شود. از به کار بردن تیغ باید اجتناب کرد چون باعث افزایش رشد میکروب‌ها در خراش پوستی می‌شود. قبل از انسزیون، پوست توسط مواد آنتی‌سپتیک الکلی تمیز شود. شواهدی مبنی بر پیشگیری از عفونت با به کار بردن مایعات آنتی‌میکروبیال برای شستشو یا شستن پروتژها توسط آن وجود ندارد.

- درمان آنتی‌میکروبیال:

به صورت پروفیلاکتیک یک دوز قبل از عمل تجویز می‌شود به طوری که قبل از انسزیون پوستی به غلظت مناسب در بدن برسد.

- مانیتورینگ فیزیولوژیک بیمار:

- در حین عمل باید قند خون بیمار کنترل شود (حفظ گلوکز سرم کمتر از 200 mg/dL)، ایجاد نرموترمی، بهبود اکسیژناسیون بافتی.

نکته: شستشوی دست مهم‌ترین عامل است و شستشوی دست با الکل بر روی کلستریدیوم دیفیسیل اثر ندارد.

کنترل منبع عفونت:

اصل اولیه در درمان عفونت‌های جراحی تخلیه چرک، دبریدمان بافت‌های عفونی غیر زنده و دبری‌ها و خارج کردن اجسام خارجی است. تمام آبسه‌ها باید تخلیه شوند. دبریدمان رادیکال برای عفونت نکروز دهنده بافت نرم، رزکسیون روده برای موارد پرفوراسیون و گاهی آپوتاسیون برای موارد شدید عفونت به کار می‌رود.



استفاده مناسب از عوامل آنتی‌باکتریال:

اثر بر انتروکوک: ونکومايسين، جنتامایسین، ایمی پنم (مروپنم اثر ندارد)، سفالوسپورین. کلیندامایسین اثر ندارد.

اثر بر سودومونا: سفپیم، مروپنم + آمیکاسین، پیراسیلین تازوباکتام، سیپروفلوکساسین، سفنازیدیم. در نوع بیمارستانی از بتالاکتام + آمینوگلیکوزید استفاده می‌شود.

اثر در MRSA ونکومايسين - سفنارولین.

اثر بر بی‌هوازی: سفالوسپورین‌های نسل ۲، مترونیدازول، کلیندامایسین، مروپنم، باکتام‌ها (آمپی باکتام و پیراکتام).

سفالوسپورین نسل ۳: بر گرم منفی‌ها اثر مناسب دارد ولی بر اکثر گرم مثبت‌ها و بی‌هوازی‌ها اثر ندارد. ونکومايسين: بر Ecoli مؤثر نیست.

کلیندامایسین: باکتری‌های گرم منفی و بی‌هوازی در موارد حساسیت به پنی‌سیلین پوشش می‌دهد.

نسل ۳ و سیپروفلوکساسین: بر بی‌هوازی اثر ندارد.

در بیماری‌های CNS تجویزایمی پنم ممنوع است.

پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی:

قبل از آغاز عمل جراحی برای کاهش تعداد ورود میکروب‌ها به بافت‌ها یا حفره‌های بدن انجام می‌شود.

فقط به قبل و حین عمل محدود است. معمولاً یک دوز منفرد قبل از عمل کافی است ولی اگر زمان

عمل از نیمه عمر دارو بیشتر باشد حین عمل دوز تکرار می‌شود.

گاید لاین برای پروفیلاکسی آنتی‌بیوتیکی در جدول زیر آورده شده است.



از سایر پانسمان‌های مسدودکننده مؤثرتر است.

مناسب است برای:

(۱) بچه‌ها

(۲) افرادی که تحمل درد ناشی از سایر درمان‌ها را ندارند.

فشار درمانی:

باید به صورت زودرس شروع شود، با فشار ۲۴-۳۰ mmHg (بیش از فشار مویرگی). اسکار را نازک‌تر، انعطاف‌پذیرتر و صاف می‌کند. باعث ماچور شدن کلاژن می‌شود. به صورت لباس‌های فشارنده (garments) است که باید به مدت ۲۳-۲۴ ساعت در روز برای یک سال مداوم پوشیده شود. باعث جلوگیری از هیپرتروفی مجدد می‌شود. بیش‌ترین کاربرد آن در HTS سوختگی است، بعد ۶-۱۲ ماه اگر شروع شود اثر ندارد.

رادیوتراپی:

با دوز ۱۵۰۰-۲۰۰۰ راد انجام می‌شود. به علت عوارض فقط در بالغین که به سایر درمان‌ها جواب نمی‌دهد کاربرد دارد. باعث از بین بردن فیبروبلاست‌ها می‌شود. نتایج متغیر دارد (با عود ۱۰۰-۱۰٪). اگر با جراحی به کار رود مؤثرتر است. **عوارض:** درد، بدخیمی ثانویه، هیپرپیگمانتاسیون، خارش، اریتم، پارستزی.

از درمان‌های دیگر:

رتینوئید موضعی (اثر جذب در کلونید و HTS)
تزریق INF γ (مونوتراپی فایده ندارد و باید همراه سایر درمان‌ها استفاده شود)
ایمی کیمود پس از جراحی
5FU \pm کورتون (تزریق داخل ضایعه).
در موارد مقاوم به کورتون و اسکار قدیمی: بلئومایسین یا میتومایسین C



در مواردی که تمام درمان‌های فوق مؤثر نباشند: درمان جراحی.

Table 9-8
Characteristics of keloids and hypertrophic scars

	KELOID	HYPERTROPHIC SCAR
Incidence	Rare	Frequent
Ethnic groups	African American, Asian, Hispanic	No predilection
Prior injury	Yes	Yes
Site predilection	Neck, chest, ear lobes, shoulders, upper back	Anywhere
Genetics	Autosomal dominant with incomplete penetration	No
Timing	Symptom-free interval; may appear years after injury	4–6 weeks post injury
Symptoms	Pain, pruritus, hyperesthesia, growth beyond wound margins	Raised, some pruritus, respects wound confines
Regression	No	Frequent spontaneous
Contracture	Rare	Frequent
Histology	Hypocellular, thick, wavy collagen fibers in random orientation	Parallel orientation of collagen fibers

اسکار در پری‌توئن:

اغلب در جراحی‌های پایین شکم (رکتوم، کولون چپ و...) ایجاد می‌شود. احتمال انسداد روده ۱۱٪ در سال است. شایع‌ترین علت انسداد روده (۶۵-۷۵٪) به خصوص در ایلئوم است. شایع‌ترین علت نازایی ثانویه در خانم‌ها است. باعث ۳٪ کل لاپاروتومی‌ها در جراحی است.



وقتی است که فعالیت فیبرینولیتیک ناکافی باشد: رسوب کلاژن و چسبندگی فیبروتیک دائمی در عرض ۱ هفته پس از آسیب ایجاد می‌شود.
برای کاهش آن: کاهش آسیب به بافت، برخورد ملایم به بافت و جلوگیری از پارگی و ایسکمی و استفاده کمتر از کوتر و لیزر و رترکتور جراحی لاپاروسکوپی.
استفاده از پرده‌ها و زل‌ها به عنوان حائل روی سطوح که منجر به بهبودی بدون اسکار شود.
اینترسید (سلولز): برای جراحی لگن
سپرافیلیم (ورقه هیالورونیک + متیل سلولز): تعبیه در زیر محل برش جراحی
ادپت: برای جراحی لگنی
نکته: قرار دادن این مواد بر روی آناستوموز روده ممنوع است چون باعث لیک می‌شود.

درمان‌های موضعی:

در زخم حاد:

۱. گرفتن شرح حال دقیق و پرسیدن در مورد حوادث رخ داده.
۲. معاینه زخم با بی‌حسی موضعی لیدوکائین \pm اپی‌نفرین \pm بی‌کربنات سدیم و برای وسعت و عمق زخم، وجود نسوج نکروزه، جسم خارجی، عوامل آلوده‌کننده.
۳. پروفیلاکسی کزاز طبق گایدلاین + درمان آنتی‌بیوتیکی در صورت لزوم (سلولیت، اریتم، چرک) و یا ضعف ایمنی.
۴. شستشوی زخم با فشار **N/S**، هموستاز زخم با لیگاتور یا کوتر، اکسپلور زخم و بررسی عمق، تخلیه هماتوم
شستشوی داخل زخم با بتادین، آب اکسیژنه باعث صدمه به نوتروفیل و ماکروفاژها و تاخیر در ترمیم زخم می‌شود.
۵. دبریدمان نسوج نکروزه و عفونی و خارج کردن اجسام خارجی و fresh کردن لبه‌های زخم
۶. تراشیدن موهای اطراف و تمیز کردن اطراف زخم با بتادین/ کلرهگزیدین و پوشاندن با شان استریل.
۷. Fresh کردن لبه‌های زخم و سپس بخیه کردن آن.

داروهای مورد استفاده برای بی‌حسی موضعی:

لیدوکائین ۱-۰/۵٪

بوپیواکائین ۵-۰/۲۵٪