

با نام خدا

طبابت هنر است،
هنر هماهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	: موسوی؛ سید امین ۱۳۶۶- رستم زاده، ثمین، ۱۳۷۱-
عنوان و نام پدیدآور	: دقیقه نود در جراحی عمومی B- گنجینه سؤالات مهم ارتقا و مورد جراحی عمومی
مشخصات نشر	: تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	: ۴۳۶ ص.: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی).
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۵۵-۴ ریال ۶,۰۰۰,۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب " Schwartzs 2019, Sabiston 2022, Maingot's 2019 " به ویراستاری دینا کی اندرسن... [و دیگران] است.
موضوع	: جراحی
موضوع	: Surgery
موضوع	: جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)
موضوع	: surgery -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	: اندرسن، دینا کی.
شناسه افزوده	: Andersen, Dana K
رده‌بندی کنگره	: RD۳۱
رده‌بندی دیویی	: ۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۹۶۹۹۸۱

«دقیقه نود جراحی در جراحی عمومی» گنجینه سؤالات مهم ارتقا و مورد جراحی عمومی
چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
تیراژ: ۲۰ جلد
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۶۰۳-۵۵-۴
بهاء: ۶۰۰,۰۰۰ تومان

تالیف: دکتر سیدامین موسوی و دکتر ثمین رستم زاده
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار - سیده زهرا عربی زنجانی
طراح و گرافیک: رزیدنت یار

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.

دقیقه نود در جراحی عمومی B

گنجینه سؤالات مهم ارتقا و مورد جراحی عمومی

Schwartzs 2019 , Sabiston 2022 , Maingot's 2019

تالیف:

دکتر سید امین موسوی

رتبه برتر آزمون فوق تخصص جراحی پلاستیک ۱۴۰۱
دستیار فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی و سوختگی
دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر ثمین رستم زاده

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی
رتبه برتر آزمون مورد تخصصی جراحی عمومی ۱۴۰۱

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 ۱۳ 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

info@residenttyar.com

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>

مقدمه مؤلف:

خداوند متعال را سپاس که این توانایی را بر من بخشید تا گامی هر چند کوتاه در راه اعتلای رشته جراحی بردارم.

بدون شک قبل از شرکت در آزمون‌های مورد و ارتقاء آشنایی با آزمون‌های چند سال اخیر در برنامه‌ریزی جهت

مطالعه هر چه بهتر رفرنس‌های جراحی کمک شایانی خواهد کرد.

مجموعه اخیر سؤالات مهم طرح شده در طی آزمون‌های مورد و ارتقاء چند سال اخیر است و جهت صرفه‌جویی در

وقت همکاران محترم مطالب مهم در پاسخنامه **Bold** (رنگی) شده است.

دکتر سید امین موسوی

رتبه برتر آزمون فوق تخصصی جراحی پلاستیک و ترمیمی و سوختگی ۱۴۰۱

دستیار فوق تخصص جراحی پلاستیک و ترمیمی دانشگاه علوم پزشکی ایران



این اثر تقدیم می شود به
شهادی سلامت، شیر زنان و دلاور مردان این
مرز و بوم که در لباس مقدس پزشکی و پرستاری به
میدان آمدند و در خط مقدم درمان ایستادند
و نشان دادند که انسانیت و ایثار هموز هم وجود دارد.



فهرست

- سوالات و پاسخنامه فصل ۳۷- هرنی ۱۳
- سوالات و پاسخنامه فصل ۲۷- چاقی ۳۵
- سوالات و پاسخنامه فصل ۳۴- طحال ۴۷
- سوالات و پاسخنامه فصل ۳۶- سارکوم های بافت نرم ۶۱
- سوالات و پاسخنامه فصل ۳۵- جدار شکم ۷۱
- سوالات و پاسخنامه فصل ۳۲-۵۴ کیسه صفرا ۸۷
- سوالات و پاسخنامه فصل ۳۱- کبد ۱۲۳
- سوالات و پاسخنامه فصل ۴۱- ژنیکولوژی ۱۴۹
- سوالات و پاسخنامه فصل ۱۴- جراحی کم تهاجمی ۱۶۵
- سوالات و پاسخنامه فصل ۲۳- رویکرد عمومی به بیماران عروق ۱۷۱
- سوالات و پاسخنامه فصل ۲۴- بیماری وریدی و لنفاوی ۱۸۷
- سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳-۲۱ مانیتورینگ و مراقبت بحرانی ۲۰۵
- سوالات و پاسخنامه فصل ۷۱- جراحی در بارداری ۲۱۷
- سوالات و پاسخنامه فصل ۱۹- توراکس ۲۲۵
- سوالات و پاسخنامه فصل ۱۸- سر و گردن ۲۵۹
- سوالات و پاسخنامه فصل ۴۴- دست ۲۷۳
- سوالات و پاسخنامه فصل ۴۵- جراحی پلاستیک ۲۹۱
- سوالات و پاسخنامه فصل ۳۸- تیروئید، پاراتیروئید، آدرنال ۳۰۳
- سوالات و پاسخنامه فصل ۸-۲۰- سوختگی ۳۵۷
- سوالات و پاسخنامه فصل ۲- پاسخ سیستمیک به آسیب ۳۶۹
- سوالات و پاسخنامه فصل ۲۰- گزش و گاز گرفتگی ۳۷۹
- سوالات و پاسخنامه فصل ۱-۲۳- نقش جراح در بلایای بزرگ اصول رهبری در جراحی ۳۹۱
- سوالات و پاسخنامه فصل ۲۲- پرسبیجرهای جراحی bedside ۴۰۱
- سوالات و پاسخنامه فصل ۴۳- ارتوپدی ۴۰۷
- سوالات و پاسخنامه فصل ۴۰- اورولوژی ۴۲۱



سوالات و پاسخنامه



هرنی

Section 37

۱. آقای ۴۰ ساله‌ای تحت عمل جراحی فتق اینگوینال عود شده طرف راست قرار گرفته است سه روز بعد عمل بیضه راست دردناک و بزرگتر شده است. در معاینه حساسیت بیضه و درجه حرارت ۳۸ درجه دارد. کدام اقدام صحیح است؟ (ارتقا ۹۸ - تهران)
- الف) اکسپلور کانال اینگوینال
ب) تجویز مسکن و ضد التهاب و اطمینان دادن به بیمار
ج) بستری کردن و تجویز آنتی‌بیوتیک
د) تجویز کورتون هر ۶ ساعت ۱۰۰ میلی‌گرم

پاسخ: ب

عوارض هرنی:

۱. عود فتق:

تورم و درد در محل عمل نشان‌دهنده سروما یا باقی ماندن لیپوم کورد یا عود است. فاکتورهای مرتبط با عود: عفونت، ترمیم تحت کشش، ایسکمی بافتی، بزرگ بودن دیفکت فتق، ترمیم اورژانسی، سیگار، سوءتغذیه، نقص ایمنی، DM، مصرف کورتون، سایز نامناسب مش. درمان عود هرنی: باید از پلان virgin اپروچ شود. عود بعد جراحی قدامی: روش ارجح انجام لاپاروسکوپی خلفی است. در عود بعد لاپاروسکوپی: جراحی با رویکرد باز قدامی. در عود موارد با مش قبلی: مش اول را دست نزده و مش دوم تعبیه می‌کنیم. اگر حین لاپاروسکوپی نتوانستیم با پریتون روی مش را بیوشانیم از فلاپ امتال استفاده می‌شود.





۲. درد بعد هر نیورافی:

درد سوماتیک: شایع ترین نوع - درد حین انقباض عضلات شکم - علت آن التهاب و تروما به عضلات و لیگامان ها است.

درمان: استراحت، NSAID، اطمینان بخشی

درد نوروپاتیک: درد لوکالیزه شارپ به صورت سوزش یا احساس پاره شدگی، علت آن آسیب مستقیم به عصب یا گیر افتادن عصب است.

درمان: تزریق کورتون یا بی حسی موضعی است.

درد احشایی (ویسرال): درد لوکالیزه نمی شود - درد حین انزال ایجاد می شود - انتقال درد از طریق فیبرهای عصبی اتونوم afferent در اثر آسیب شبکه سمپاتیک می باشد.

درد مزمن بعد هر نیورافی: دردی که بیش از ۳ ماه طول بکشد. به صورت درد تیز موضعی، بی حسی درماتومی، پارستزی می باشد.

مهم ترین معیار تعیین پیامد بالینی بعد جراحی وجود یا عدم وجود درد مزمن بعد عمل است.

به علت واریانت های آناتومیک سه عصب، بهترین راه پیشگیری از آن شناسایی دقیق هر ۳ عصب و عدم آسیب به آنها است.

در موارد متوسط یا شدید (۶-۸٪): باعث اختلال فعالیت فیزیکی، ارتباط اجتماعی، اختلال باروری، ایمپوتنسی و مشکلات جنسی می شود.

ایجاد درد مزمن ربطی به نوع تکنیک ندارد ولی در تعیین نوع جراحی بعدی مفید است.

درمان:

۱- اول درمان دارویی انجام می شود.

۲- اگر دارودرمانی شکست خورد جراحی انجام می شود.

نحوه جراحی: نورکتومی یا نورولیز انتخابی عصب ایلویا اینگوینال، ایلویوهایپوگاستریک، ژنیتوفمورال + خارج کردن مش + ریویژن کف کانال

روش بهتر و ارجح: انجام تریپل نورکتومی + خارج کردن کامل مش

اگر درد بیضه هم دارد: علاوه بر موارد فوق باید رزکشن اعصاب پاراوازال هم انجام شود.





گیر افتادن لوکال عصب:

باعث درد نوروپاتیک حاد با توزیع درماتومال می‌شود.
 در رویکرد باز قدامی: بیشتر ایلواینگوینال و ایلوهایپوگاستریک درگیر می‌شود.
 در رویکرد لاپاروسکوپی: بیشتر اعصاب ژنیتوفمورال و جلدی رانی خارجی بیشتر درگیر می‌شوند.
 درمان: استراحت، یخ گذاشتن، NSAID، فیزیوتراپی، تزریق کورتون یا بی‌حسی موضعی

مرالژی پارستتیک:

در اثر آسیب عصب جلدی رانی خارجی ایجاد می‌شود. باعث پارستزی مداوم در ران و احساس formication (وجود حشره زیر پوست) می‌شود.

۳. استئیت پوبیس:

در اثر التهاب سیمفزیس ایجاد می‌شود. باعث درد کشاله ران و سیمفزیس می‌شود که با اداکشن ران بدتر می‌شود.

پیشگیری: نگرفتن پروست پوبیس با سوچور.

در شک به وجود آن CT اسکن یا MRI انجام می‌شود ولی برای تشخیص قطعی اسکن استخوان لازم است.

درمان: قدم اول انجام درمان دارویی است و اگر پاسخ: نداد باید مشاوره ارتوپدی برای رزکشن یا کورتاژ استخوان انجام شود، علی‌رغم جراحی علائم ۶ ماه طول می‌کشد.
 فشار زیاد عضله روی استخوان در ورزشکاران می‌تواند باعث افزایش آن شود.

۴. اרקیت ایسکمیک:

در اثر آسیب به شبکه وریدی پامپنی فورم ایجاد می‌شود.

بعد یک هفته از عمل بیضه بزرگ، متورم، اندوره و دردناک می‌شود.

خود محدود شونده شود.

اول باید از ایسکمی یا نکروز افتراق داده شود که با کمک انجام سونوگرافی داپلر است.





اگر در سونوی داپلر:

۱. شریان فلوی مناسب داشت: درمان شامل اطمینان بخشی، استراحت، NSAID است.

۲. اگر شریان فلو نداشت: باید اریکتومی اورژانسی انجام شود.

نکته: راه حل برای کاهش اریکت ایسکمیک: پروگزیمال لیگاسیون ساک های بزرگ هرنی برای کاهش خطر آسیب عناصر کورد و دستکاری کمتر.

۵. آتروفی بیضه:

در اثر آسیب شریان تستیکولر ایجاد می شود. تظاهر آن بعد از دوره طولانی به صورت آتروفی بیضه است.

۶. آسیب واز:

در روش باز مانور دادن با انگشت مانع آسیب آن می شود.

در روش لاپاروسکوپی احتمال گرسپینگ یا کراش اینجری دارد.

درمان قطع واز: مشاوره ارولوژی + آناستوموز اولیه.

۷. مشکلات باروری و سندروم دیس ازوکلیشن:

مش سنتتیک اثر زیان آوری روی واز دارد (آزواسپرمی).

تفاوت در میزان باروری در موارد با مش و بدون مش وجود ندارد.

گاهاً اسکار مزمن باعث انسداد واز می شود و ناباروری و سندروم دیس ازوکلیشن می دهد. در این سندروم درد

و سوزش حین انزال ایجاد می شود که خود محدود شونده است ولی باید اول STDها $\frac{R}{O}$ شود.

آسیب لیگامان گرد در خانمها: موربیدیته واضح ایجاد نمی کند ولی باعث آنته ورژن رحم می شود.

۸. هیدروسل ناشی از ترمیم فتق: مشابه هیدروسل اولیه درمان می شود.

۹. پتوز بیضه: در روش شولدایس از این عارضه پیشگیری می شود.

در پروستاتکتومی به هر حال واز قطع می شود و آسیب واز مهم نیست.

عوارض لاپاروسکوپی:

۱۰. احتباس ادرار: شایع ترین عارضه ترمیم فتق تحت بیهوشی عمومی است.





ریسک فاکتورهای آن: انجام GA یا SA - وجود درد - تجویز نارکوتیک - دیستانتاسیون مثانه قبل عمل. درمان اولیه: تخلیه ادرار با نلاتون و بستری همان شب در بیمارستان. اگر باز نتوانست ادرار کند یک هفته سونداژ نگه داشته می‌شود. روش‌های پیشگیری از آن: کاهش هیدراتاسیون وریدی، اجتناب از تعبیه فولی پروفیلاکتیک، تجویز تامسولوسین پروفیلاکتیک.

۱۱. ایلئوس:

بیشتر در نوع ترانس آبدومینال ایجاد می‌شود. خود محدود شونده است. اگر ادامه یافت: بیمار بستری شده و تحت سرم تراپی، NGT، مگلو مین استادی یا CT قرار می‌گیرد. انسداد روده بیشتر در نوع TAPP است.

۱۲. شک به آسیب روده:

باید حتماً جراحی به روش باز تبدیل شود و کل روده‌ها بازبینی شوند.

۱۳. آسیب مثانه:

باید مثانه در چند لایه ترمیم شود + نگه داشتن فولی برای ۱-۲ هفته، بعد بهبودی آسیب سیستوگرام انجام می‌شود. با همان لاپاروسکوپی هم می‌شود مثانه را ترمیم کرد.

۱۴. آسیب عروقی:

باید سریعاً عمل به جراحی باز تبدیل شده و با فشار مکانیکی خونریزی پک شود و سپس بعد گرفتن کنترل عروقی ترمیم انجام شود. شایع‌ترین عروق آسیب دیده در لاپاروسکوپی: عروق اپیگاستریک تحتانی، عروق ایلیاک خارجی درمان آسیب شریان اپیگاستریک تحتانی: سوچور پرکوتانئوس passer یا هموکلپس آندوسکوپی. گاه‌ها تا زمان خروج پورت یا خالی شدن CO_2 شکم خونریزی ظاهر نمی‌شود.





هماتوم تأخیری شیت رکتوس: در اثر آسیب ورید اپیگاستریک تحتانی است.

هماتوم و سروما:

۱۵. هماتوم:

به صورت کالکشن لوکالیزه یا کبودی منتشر در اثر آسیب عروق کورد ایجاد می‌شود و باعث تغییر رنگ آبی متمایل به سیاه (کبودی) در کل اسکروتوم می‌شود.

محل ایجاد آن: در محل انسزیون، حفره پریتونئال، در رتروپریتونئال یا شیت رکتوس که در لاپاروسکوپی بیشتر است.

هماتوم پریتونئال و رتروپریتونئال با معاینه فهمیده نمی‌شود بلکه علائم آن به صورت احساس درد ساب‌جکتیو، تغییر علائم حیاتی، کاهش برون‌ده ادراری تظاهر می‌یابند.

درمان: کمپرس گرم و سپس سرد به صورت متناوب و انتظار

گاهاً در موارد شدید حجیم نیاز به تخلیه هماتوم و برقراری هموستاز است تا عفونت ایجاد نشود.

۱۶. سروما:

تجمع لوکوله مایع - اکثراً یک هفته بعد تعبیه مش ایجاد می‌شود.

درمان: اطمینان‌بخشی + کمپرس گرم است.

آسپیراسیون سروما ممنوع است به علت احتمال عفونت ثانویه ولی در موارد ناراحتی زیاد، اختلال فعالیت، سرومای حجیم عودکننده نیاز به آسپیراسیون سروما وجود دارد.

۱۷. عفونت زخم:

قدم اول تجویز AB وریدی است اگر بهتر نشد زخم باید باز شده و شستشو شود.

خروج مش الزامی نیست اما اگر مجبور شدیم می‌توان همه مش را خارج کرد و بعداً هرنی را با پروچ خلفی درمان کرد.





۱۸. نشت ادرار از محل تروکار و گاهاً به صورت پریتونیت تأخیری:

در اثر آسیب اوراکوس طی آزادسازی فلاپ صفاقی برای TAPP ایجاد می‌شوند.

۲. آقای ۵۵ ساله که حدود ۳ ماه قبل تحت عمل جراحی هرنی اینگوینال چپ قرار گرفته و با شکایت کوچک شدن بیضه همان سمت بدون سابقه تورم، بزرگی و درد مراجعه نموده است. کدامیک از علل زیر در ایجاد این وضعیت نقش بیشتری دارد؟ (ارتقا ۱۴۰۰)
- الف) آسیب شریان تستیکولار
ب) آسیب شبکه پامپینیفورم
ج) آسیب عصب ایلویواینگوینال
د) آسیب عروق لنفاوی کورد

پاسخ: الف

آتروفی بیضه:

در اثر آسیب شریان تستیکولر ایجاد می‌شود. تظاهر آن بعد از دوره طولانی به صورت آتروفی بیضه است

۳. مرد ۳۵ ساله با سابقه جراحی هرنی اینگوینال در ۳ ماه قبل، با شکایت درد قسمت داخلی کشاله ران، از دو هفته پس از عمل، مراجعه کرده است. در معاینه افزایش حساسیت، در زمان اداکشن ران دارد. همه اقدامات زیر توصیه می‌شود، به جز: (بورد ۱۴۰۱)
- الف) انجام MRI برای بررسی عود فتق
ب) انجام اسکن استخوانی، جهت تأیید تشخیص
ج) رزکشن و کورتاژ استخوان پوبیس
د) اکسیزیون لوکال مش از روی توبرکل پوبیس

جواب: گزینه د

استئیت پوبیس:

در اثر التهاب سیمفزیس ایجاد می‌شود. باعث درد کشاله ران و سیمفزیس می‌شود که با اداکشن ران بدتر می‌شود.





پیشگیری: نگرفتن پریوست پوبیس با سوچور.

در شک به وجود آن CT اسکن یا MRI انجام می‌شود ولی برای تشخیص قطعی اسکن استخوان لازم است.

درمان: قدم اول درمان دارویی است و اگر جواب نداد باید مشاوره ارتوپدی برای رزکشن یا

کورتاژ استخوان انجام شود، علی‌رغم جراحی علائم ۶ ماه طول می‌کشد.

فشار زیاد عضله روی استخوان در ورزشکاران می‌تواند باعث افزایش آن شود.

۴. آقای میانسال پس از ترمیم هرنی اینگوئینال به روش لیختن اشتاین دچار سندرم دردناک کشاله

ران و بیضه شده است. درد تا حد زیادی با بلوک اعصاب سه گانه بهتر شده است، ولی کماکان

به داروهای مسکن معمول مقاوم شده است. مناسبترین اقدام کدام است؟ (ارتقا ۱۴۰۰)

الف) بلوک متناوب اعصاب سه گانه

ب) نورولیز اعصاب سه گانه

ج) نورکتومی اعصاب و حذف مش

د) تزریق مورفین اپیدورال

پاسخ: ج

درد بعد هر نیورافی:

۱. **درد سوماتیک:** شایع‌ترین نوع - درد حین انقباض عضلات شکم - علت آن التهاب و تروما به عضلات و لیگامان‌ها است.

درمان: استراحت، NSAID، اطمینان بخشی

۲. **درد نوروپاتیک:** درد لوکالیزه شارپ به صورت سوزش یا احساس پاره شدگی، علت آن آسیب مستقیم به عصب یا گیر افتادن عصب است.

درمان: تزریق کورتون یا بی‌حسی موضعی است.

۳. **درد احشایی (ویسرال):** درد لوکالیزه نمی‌شود - درد حین انزال ایجاد می‌شود - انتقال درد از طریق فیبرهای عصبی اتونوم afferent در اثر آسیب شبکه سمپاتیک می‌باشد.





۴. **درد مزمن بعد هر نیورافی:** دردی که بیش از ۳ ماه طول بکشد. به صورت درد تیز موضعی، بی حسی درماتومی، پارستزی می باشد. در اثر مجموعه‌ای از عمل احشایی، نوروپاتی و سوماتیک است. مهم‌ترین معیار تعیین پیامد بالینی بعد جراحی وجود یا عدم وجود درد مزمن بعد عمل است. به علت واریانت‌های آناتومیک سه عصب، بهترین راه پیشگیری از آن شناسایی دقیق هر ۳ عصب و عدم آسیب به آنها است. در موارد متوسط یا شدید (۸-۶٪): باعث اختلال فعالیت فیزیکی، ارتباط اجتماعی، اختلال باروری، ایمپوتنسی و مشکلات جنسی می‌شود. ایجاد درد مزمن ربطی به نوع تکنیک ندارد ولی در تعیین نوع جراحی بعدی مفید است.

درمان:

- ۱- اول درمان دارویی انجام می‌شود.
 - ۲- اگر دارودرمانی شکست خورد جراحی انجام می‌شود.
- نحوه جراحی: نورکتومی یا نورولیز انتخابی عصب ایلویو اینگوینال، ایلویوهایپوگاستریک، ژنیتوفمورال + خارج کردن مش + ریویژن کف کانال

روش بهتر و ارجح: انجام تریپل نورکتومی + خارج کردن کامل مش.

اگر درد بیضه هم دارد: علاوه بر موارد فوق باید رزکشن اعصاب پاراوازال (اعصاب کنار واژ) هم انجام شود.

۵. خانم ۶۵ ساله‌ای به دلیل درد و برجستگی و التهاب ناحیه کشاله ران راست مراجعه کرده و با توجه به سوابق و معاینه با تشخیص مرئی استرانگوله، تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد. در حین عمل با هرنی فمورال استرانگوله و گانگرن ۵ سانتی‌متر از روده کوچک مواجه می‌شوید. بعد از رزکسیون و آناستوموز روده کدامیک از ترمیم‌های زیر را مناسب می‌دانید؟ (بورد ۹۷)

- | | |
|------------------|-------------------------------------|
| الف) ترمیم مک وی | ب) ترمیم با استفاده از Plug |
| ج) ترمیم شولدایس | د) ترمیم تاخیری پره‌پریتونئال با مش |





پاسخ: الف

روش مک وی:

دیفکت اینگوینال و فمورال را با هم ترمیم می‌کند.

روش ارجح در فتق فمورال در بیماران است که مش در آن‌ها کنترا اندیکه است.

کف کانال باز می‌شود تا برسیم به فضای پره‌پریتونن و سپس لیگامان کوپر پیدا شده و تاندون مشترک به لیگامان کوپر دوخته می‌شود. لترال به حلقه فمورال یک بخیه ترانزیسیال زده می‌شود و در آن به جای کوپر، لیگامان اینگوینال گرفته 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.

۶. مرد ۲۵ ساله‌ای با سابقه جراحی هرنی اینگوینال در ۲ ماه قبل، با شکایت تورم موضعی همراه با احساس ناراحتی و محدودیت حرکتی مراجعه نموده. علائم از یک هفته پس از عمل شروع و به مسکن و کمپرس گرم، مقاوم بوده است. در معاینه شواهد ترشح و عفونت زخم ندارد. سونوگرافی تشخیص سروما را مطرح کرده است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (بورد ۱۴۰۱)

الف) آسپیراسیون و پانسمان فشاری

ب) تعبیه کاتتر پرکوتانه در محل عمل

ج) جراحی مجدد و خروج مش

د) انسیزیون و درناژ محل عمل

جواب: گزینه الف

سروما به دنبال جراحی هرنی:

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.

۷. روش لاپاروسکوپی در کدام یک از موارد زیر برای ترمیم فتق کشاله ران، ارجحیت دارد؟ (بورد ۹۹)

- (الف) فتق فمورال یک طرفه
 (ب) فتق اینگوئینال یک طرفه گیر کرده
 (ج) فتق اینگوئینال دو طرفه
 (د) فتق اینگوئینال همراه با کولکتومی

پاسخ: ج

روش TAPP (ترانس آبدومینال پره پریتونال):

در موارد هرنی دو طرفه - دیفکت بزرگ هرنی - اسکار قبلی میدلاین تحتانی کاربرد دارد.

برش روی چین نافی میانی در پریتون حدود ۳-۴ سانتی متر بالای دیفکت هرنی داده شده و دایسکشن به سمت لترال (ASIS) ادامه می‌یابد. در فضای پریتون دایسکشن انجام می‌شود تا طناب اسپرماتیک پیدا شود.

در موارد دو طرفه دو برش جداگانه در دو طرف داده شده و بین این دو برش بدون دستکاری می‌ماند. در نوع مستقیم: ساک اینورت شده و به کوپر فیکس می‌شود.

در نوع غیرمستقیم: ساک را در قدام کورد با گرسپر گرفته و بالا می‌کشیم تا از کورد جدا شود و زیر آن را دایسکت می‌کنیم تا فضایی برای پهن کردن مش ایجاد شود.

مش ۱۵ × ۱۰ cm در زیر پریتون پهن می‌شود و با کمک tacker به لیگامان کوپر و در لترال به ASIS فیکس می‌شود.

مش به صورت لوله‌ای چرخانده شده از تروکار ۱۲ وارد می‌شود و در فضای پره پریتونال باز می‌شود.

نکته مهم: تمام تکرها باید بالاتر از ایلئوپوبیک تراکت زده شوند تا از آسیب به عصب جلدی رانی خارجی و شاخه فمورال ژنیتومورال جلوگیری شود.

حین تاکر زدن باید انتهای آن از سطح شکم لمس شود تا از زاویه آن و ثابت شدن آن مطمئن شد.

صفاق روی مش مجدداً با تاکر یا بخیه دوخته می‌شود. دیفکت فاشیا در محل تروکار ۱۲ بسته می‌شود.

اگر حین لاپاروسکوپی نتوانستیم با پریتون روی مش را بپوشانیم از فلاپ امتنال استفاده می‌شود.





معایب: مشکل بودن نزدیک کردن مجدد لبه‌های پریئتوئن به هم روی مش، احتمال صدمه به احشا داخل شکم.

مزایا: کاربرد در موارد فتق بزرگ و دو طرفه، تشخیص مبهم، سابقه جراحی پایین شکم و مشاهده آناتومی واضح‌تر، فضای کار و تحرک بیشتر برای جراح.

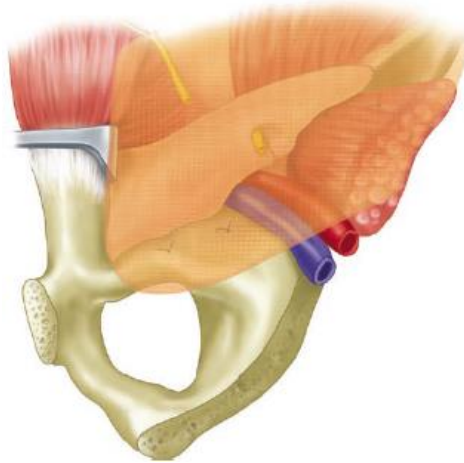


Figure 37-22. View of mesh placement in posterior repairs. A large mesh overlaps the myopectineal orifice

۸. آقای ۶۵ ساله را با تشخیص هرنی اینکارسره، تحت عمل جراحی قرار می‌دهید و پس باز کردن ساک فتق متوجه تغییر رنگ یک لوپ روده باریک می‌شوید که در گردن فتق گیر کرده است.

برای اطمینان از سالم بودن روده چه اقدامی مناسب تر است؟ (ارتقا ۱۴۰۱)

الف) جا اندازی روده و مشاهده مجدد آن از سوراخ فتق

ب) بیرون کشیدن کامل لوپ با مزانترو و گرم کردن روده

ج) گشاد کردن گردن فتق و بررسی مجدد روده

د) لاپاروتومی و بررسی کامل روده‌ها برای اطمینان بیشتر





پاسخ: ج

استرانگوله شدن هرنی:

وجود تب، لکوسیتوز، اختلال همودینامیک، وجود انسداد روده، وجود تورم و گرمی، تندرینس و اریتم و

تغییر رنگ در محل هرنی.

نیاز به جراحی اورژانس دارد و جاناندازی فتق در این بیماران ممنوع است. اقدامات قبل عمل: تعبیه NGT، هیدراتاسیون کامل، AB وریدی، اصلاح الکترولیت‌ها و همودینامیک، جلوگیری از جا رفتن ناخواسته هرنی.

حین عمل جراحی اگر روده داخل ساک مشکوک بود: گشاد کردن حلقه و برداشتن فشار از روی آن و متحرک کردن روده به فیلد جراحی و پیچیدن آن به حوله گرم و مرطوب.

بعد اقدامات فوق مجدد ارزیابی انجام می‌شود که شامل ارزیابی رنگ روده، درجه حرارت، وجود پریتالتیسیم، آزمایش لامپ فلورسین است:

اگر ایسکمی غیرقابل برگشت باشد: رزکسیون آناستوموز روده از طریق همان برش یا برش میدلاین تحتانی انجام می‌شود.

اگر رنگ روده برگشت و روده قابل حیات باشد: جا اندازی آن و ترمیم محل هرنی انجام می‌شود.

- اگر ساک مشکوک حین القای بیهوشی جا رفت: لاپاروتومی یا لاپاروسکوپی انجام می‌شود.
- در هرنی فمورال اینکار سره ممکن است قطع لیگامان اینگوینال لازم باشد.
- در موارد آلودگی، استرانگولیشن، قطعی نبودن قابلیت زنده ماندن روده: تعبیه مش ممنوع است و کف کانال باید به روش بافتی ترمیم شود و در فتق فمورال حتماً باید از روش مک وی استفاده کرد.
- اگر بیمار بیهوشی را تحمل نکند: بلوک منطقه‌ای، بلوک ایلویانگوینال یا بلوک فیلد عمل توسط لیدوکائین یا بوپیواکائین طولانی اثر + اپی نفرین انجام می‌شود.





۹. خانم ۶۵ ساله‌ای با درد ناحیه زیر لیگامان اینگوئینال، با تشخیص فتق فمورال گیر افتاده، بستری می‌شود. شروع علائم از ۲ ساعت قبل بوده است. بیمار ماه گذشته تحت درمان استنت دارویی قلبی قرار گرفته است. کدام اقدام ارجح است؟ (بورد ۹۹)
- (الف) تصحیح انعقاد و سپس ترمیم فتق در اولین فرصت
- (ب) ترمیم اورژانس لاپاروسکوپیک فتق
- (ج) ترمیم اورژانس فتق به روش باز
- (د) تلاش برای جا اندازی فتق با IV sedation

پاسخ: ج

موارد علامت‌دار هرنی ، تمام موارد هرنی فمورال: جراحی هر چه زودتر به صورت الکتیو لازم است.

تجویز آنتی‌بیوتیک قبل عمل هرنی کنترالرسی است ولی اگر قرار است مش تعبیه شود، AB لازم است. مهم‌ترین عامل پیشگیری از عفونت زخم پروتکل قبل عمل دقیق و تکنیک صحیح جراحی است. نکته: حجم بالای محتویات بیرون زده الزاماً دلالت بر موربیدیتی شدید ندارد.

- بیشترین میزان گیرافتادگی فتق در یک سال اول اتفاق می‌افتد.

اینکارسره شدن فتق:

اگر به صورت مزمن با علائم اندک است: فقط درمان غیرجراحی و پیگیری.

اگر به صورت حاد و علامت‌دار است: به شرط نبودن شواهد اختناق (لکوسیتوز و تندرس شکم) اقدام به taxis (جا اندازی) فتق می‌شود.

نحوه جا اندازی: به بیمار آنالژی همراه با سدیشن در وضعیت ترندلنبرگ داده می‌شود و سپس با دو دست هرنی کشیده می‌شود و محتویات به سمت گردن milking (دوشیده) می‌شود.

- فشار به دیستال ساک باعث قارچی شدن محتویات فتق و جلوگیری از جا رفتن آن می‌شود.

۱۰. در مرد ۳۰ ساله بدنبال هرنیورافی اینگوینال یک طرفه، دچار بی‌حسی ناحیه فوقانی داخلی ران همان سمت شده است. آسیب کدام عصب در این بیمار مطرح است؟ (بورد ۹۶)
- (الف) ایلئواینگوینال (ب) ایلئوهیپوگاستریک





ج) شاخه فمورال ژنیتوفمورال

د) شاخه ژنیتال ژنیتوفمورال

پاسخ: الف

اعصاب ناحیه کشاله ران:

۱. عصب ایلئواینگوینال:

منشأ آن L_1 است - از مدیال ASIS وارد بین عضلات مایل داخلی و خارجی شده و وارد کانال می‌شود و از خلف کورد طی مسیر کرده و از حلقه سطحی می‌گذرد و **قسمت فوقانی داخلی ران، base پنیس و اسکروتوم، لابیامازور در زنان را عصب دهی می‌کند.**

۲. عصب ایلئوهاپیوگاستریک:

از منشأ T_{12} و L_1 - دیواره داخلی شکم را سوراخ کرده وارد بین عضلات عرضی و مایل داخلی می‌شود و ۲ شاخه می‌دهد که شاخه پوستی خارجی آن ناحیه گلوئتال را عصب‌دهی می‌کند و شاخه قدامی آن مایل داخلی را سوراخ کرده و از زیر آن وارد کانال اینگوینال می‌شود و کل طول کانال را طی نمی‌کند و ۳ cm مانده به حلقه سطحی، سقف کانال را سوراخ کرده و بالای پوبیس را عصب‌دهی می‌کند.

۳. عصب ژنیتوفمورال:

از منشأ L_2 و L_1 ، از قدام پسواس طی مسیر کرده و ۲ شاخه می‌شود، شاخه فمورال در امتداد شیت فمورال حرکت می‌کند و شاخه ژنیتال در لترال عروق اپیگاستریک از حلقه عمقی وارد کانال اینگوینال شده و از حلقه سطحی خارج می‌شود و به عضله کرماستر، اسکروتوم، مونس پوبیس و لابیا مازور عصب‌دهی می‌کند.

۲. عصب جلدی رانی خارجی:

از منشأ L_3 و L_2 ، با فاصله ۱ cm از ASIS از زیر لیگامان اینگوینال عبور کرده و به لترال ران عصب‌دهی می‌کند.





۱۱. در کدام یک از روش‌های ترمیم ذکر شده، شاخه ژنیتال عصب ژنیتوفمورال به طور روتین قطع

می‌شود؟ (ارتقا ۹۸ اصفهان)

- (الف) شولدایس
(ب) مک وی
(ج) باسینی
(د) لیختن اشتاین

پاسخ: الف

روش شولدایس:

در بین ترمیم‌های بافتی کمترین عود را دارد.

همواره در این روش شاخه عصبی ژنیتال قطع می‌شود و باعث بی‌حسی اسکروتوم و لایا ماژور می‌شود.

ترمیم با نخ در ۴ لایه است.

لایه ۱ (رفت): از توبرکل پوبیس شروع شده و خلف فاشیا ترنسورسالیس در بالا به قدام فاشیا ترنسورسالیس در پایین دوخته می‌شود.

لایه ۲ (برگشت): قدام فاشیا T در بالا به لبه شیب‌دار اینگوینال در پایین دوخته می‌شود و در توبرکل پوبیس گره زده می‌شود.

لایه ۳ (رفت): از سمت حلقه داخلی شروع شده و مایل داخلی به قسمت عمقی تر لیگامان اینگوینال دوخته می‌شود.

لایه ۴ (برگشت): دوباره مایل داخلی و ترنسورسالیس از قسمت سطحی تر و مدیال تر به قسمت سطحی تر لیگامان اینگوینال دوخته می‌شود.

۱۲. آقای ۴۰ ساله‌ای با هرنی اینگوینال راست به روش Transabdominal Preperitoneal Procedure

تحت ترمیم لاپاراسکوپیک قرار می‌گیرد. احتمال آسیب به کدام عصب در این روش وجود دارد؟

(ارتقا ۹۸ تبریز)

- (الف) عصب ایلئواینگوینال
(ب) عصب لترال فمورال کوتانئوس
(ج) عصب ایلئوهایپوگاستریک
(د) شاخه ژنیتال عصب ژنیتوفمورال





روش TAPP (ترانس آبدومینال پره پریتونئال):

در موارد هرنی دوطرفه - دیفکت بزرگ هرنی - اسکار قبلی میدلاین تحتانی کاربرد دارد. برش روی چین نافی میانی در پریتونئال حدود ۳-۴ سانتی متر بالای دیفکت هرنی داده شده و دایسکشن به سمت لترال (ASIS) ادامه می‌یابد.

در نوع مستقیم: ساک اینورت شده و به کوپر فیکس می‌شود.

در نوع غیرمستقیم: ساک را در قدام کورد با گرسپر گرفته و بالا می‌کشیم و زیر آن را دایسکت می‌کنیم. مش ۱۰ در ۱۵ سانتی متر در زیر پریتونئال پهن می‌شود و با کمک tacker به لیگامان کوپر و در لترال به ASIS فیکس می‌شود.

نکته مهم: تمام تکرها باید بالاتر از ایلئوپوبیک تراکت زده شوند تا از آسیب به اعصاب جلوگیری شود.

باید از آسیب به عصب جلدی رانی خارجی و شاخه فمورال ژنیتوفمورال پرهیز شود.

صفاق روی مش مجدداً دوخته می‌شود.

معایب: مشکل بودن نزدیک کردن مجدد لبه‌های پریتونئال به هم روی مش، احتمال صدمه به احشا داخل شکم.

مزایا: کاربرد در موارد فتق بزرگ، تشخیص مبهم، سابقه جراحی پایین شکم و مشاهده آناتومی واضح‌تر، فضای کار و تحرک بیشتر برای جراح.

۱۳. آقای ۳۳ ساله ورزشکار سال گذشته تحت عمل هرنیورافی Lichtenstein قرار گرفته است با عود

هرنی بستری شده است. در درمان این بیمار کدام گزینه صحیح است؟ (ارثقا ۹۸ تهران)

الف) مش قبلی بیمار بهتر است خارج شود.

ب) بهتر است از مش Dual استفاده شود.

ج) دیسکسیون جراحی باید کامل و وسیع باشد.

د) جراحی بهتر است با دسترسی خلفی انجام شود.





پاسخ: د

عود فتق:

تورم و درد در محل عمل نشان‌دهنده سروما یا باقی ماندن لیپوم کورد یا عود است. فاکتورهای مرتبط با عود: عفونت، ترمیم تحت کشش، ایسکمی بافتی، بزرگ بودن دیفکت فتق، ترمیم اورژانسی، سیگار، سوء تغذیه، نقص ایمنی، DM، مصرف کورتون، سایز نامناسب مش.

درمان عود هرنی: باید از پلان virgin ابروچ شود.**عود بعد جراحی قدامی: روش ارجح انجام لاپاروسکوپی خلفی است.**

در عود بعد لاپاروسکوپی: جراحی با رویکرد باز قدامی.

در عود موارد با مش قبلی: مش اول را دست نزنه و مش دوم تعبیه می‌کنیم.

اگر حین لاپاروسکوپی نتوانستیم با پریتون روی مش را بیوشانیم از فلاپ امنثال استفاده می‌شود.

۱۴. 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 پره‌پریتون از نظر وجود هرنی فمورال بررسی شود.

۱۵. بیمار آقای ۶۵ ساله می‌باشد که به علت هرنی اینگوئینال راست کاندید عمل جراحی می‌باشند.

در معاینه هرنی اینگوئینال راست دارد که با دراز کشیدن جا می‌رود. سابقه نارسایی قلبی و

COPD دارد که تحت درمان با دیگوکسین و اسپری‌های متعدد است. به علت مشکلات همراه

عمل جراحی بیمار به تعویق می‌افتد. و بعد از مصرف داروهای قلبی و ریوی، مشکلات بیمار به

خوبی کنترل نمی‌شود. کدام گزینه برای ادامه درمان مناسب است؟ (ارتقا ۹۸ تبریز)

