



اسمعیلی ندیمی، حمیدرضا، ۱۳۶۷ / زند دیزاری، حمیدرضا، ۱۳۶۸ / سیدجوادین، سیده زینب، ۱۳۶۹
فصول منتخب سابیستون B / Sabiston Textbook of Surgery/2022
ترجمه و تلخیص: حمیدرضا اسمعیلی ندیمی - حمیدرضا زند دیزاری - سیده زینب سیدجوادین
تهران: کاردیا، ۱۴۰۳.
۵۶۲ ص.
۱۰/۹۰۰/۰۰۰ ریال شابک 978-622-8243-71-9 شابک دوره: 3-31-8243-622-978
فیپا
کتاب حاضر ترجمه و تلخیص از کتاب Sabiston Textbook of Surgery/2022 است.
اصول جراحی سابیستون
جراحی عمومی Surgery
جراحی آزمونها و تمرینها، etc Examinations, questions, etc
تاونزند، کورتنی ام. Townsend, Courtney M
اندرسن، دینا کی Andersen, Dana K
۲۵۴RJ
۹۲/۶۱۸
۹۲۵۷۰۵۸
فیپا

سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور
مشخصات نشر
مشخصات ظاهری
شابک
وضعیت فهرست نویسی
یادداشت
موضوع
شناس افزوده
رده بندی کنگره
رده بندی دیویی
شماره کتابشناسی ملی
اطلاعات رکورد کتابشناسی

فصول منتخب سابیستون B
چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳
تیراژ: ۵۰ جلد
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۷۱-۹
شابک دوره: ۳-۳۱-۸۲۴۳-۶۲۲-۹۷۸
بهاء: ۱۰۹۰۰۰۰ تومان
Sabiston Textbook of Surgery/2022
ترجمه و تلخیص:
دکتر حمیدرضا اسمعیلی ندیمی - دکتر سیده زینب سیدجوادین
دکتر حمیدرضا زند دیزاری
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی
آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰ ، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸ ، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

فصول منتخب ساینستون

B

Sabiston Textbook of Surgery/2022

ترجمه و تلخیص

دکتر حمیدرضا اسمعیلی ندیمی

رتبه ۸ بورده تخصصی ۱۴۰۲ کشور

متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سیده زینب سیدجوادین

رتبه ۸ بورده تخصصی ۱۴۰۲ کشور

متخصص جراحی عمومی

دکتر حمیدرضا زند دیزاری

دارای بورده تخصصی

متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران



فهرست مطالب

فصل ۹ - امنیت در جراحی	۹
فصل ۱۲ - عوارض جراحی	۴۱
فصل ۱۳ - جراحی در افراد مسن	۱۷۱
فصل ۳۱ - ملانوما	۲۰۱
فصل ۳۲ - ساركوم	۲۸۱
فصل ۴۴ - ديواره شكم و ناف	۳۲۹
فصل ۴۵ - هرنی	۳۹۵
فصل ۵۱ - آپاديس	۴۶۱
فصل ۵۳ - انوس	۴۸۳
فصل ۵۷ - طحال	۵۱۵

هدف از جراحی ارتقاء سلامتی بیماران است، اما مجموعه گزارش‌های تکان‌دهنده‌ای که در دهه ۱۹۹۰ منتشر شد، شواهد روشنی مبنی بر نرخ بالای عوارض جدی ناشی از خطاهای پزشکی در بیماران بستری در بیمارستان ارائه کرد. در سال ۱۹۹۹، مؤسسه پزشکی^۱ در گزارش ماندگار خود با عنوان "خطا کردن انسان است"، تخمین زد که سالانه حدود ۱ میلیون نفر در اثر خطاهای پزشکی دچار آسیب دیدگی و ۹۸ هزار نفر جان خود را از دست می‌دهند. با تمرکز بیشتر بر بیماران جراحی، مشخص شد که مراقبت‌های جراحی مسئول ۴۸ تا ۶۶ درصد از عوارض جانبی در میان ترخیص‌های غیرروانپزشکی از بیمارستان است.^۲ این عوارض در ۳ درصد از اعمال جراحی و زایمان‌ها رخ داده و با نرخ مرگ و میر ۶.۵ درصد همراه بوده که ۲.۱۲ درصد از مرگ و میرهای بیمارستان را شامل می‌شود. علاوه بر این، ۵۴ درصد از عوارض جانبی جراحی قابل پیشگیری در نظر گرفته شدند.

رویدادهای ناگوار در بیماران تحت عمل جراحی شامل عوارض مشترک با تمام بیماران بستری، مانند حوادث ناشی از دارو، سقوط، تشخیص‌های اشتباه، ترومبوز ورید عمقی، آمبولی ریه، حوادث اسپیراسیون، نارسایی تنفسی، پنومونی بیمارستانی، سکته قلبی و آریتمی قلبی می‌شود. علاوه بر این، عوارض جانبی خاص جراحی شامل عوارض ناشی از تکنیک، عفونت‌های زخم و خونریزی بعد از عمل می‌شود. در سال ۲۰۰۰، مؤسسه پزشکی خواستار تلاش ملی برای کاهش خطاهای پزشکی به میزان ۵۰٪ در مدت ۵ سال شد. با این حال، علیرغم ابتکارات متعدد مراکز خصوصی و دولتی با هدف یافتن راه‌حل، پیشرفت بسیار کمتر از آن هدف بود.^۳ لیپ و همکارانش^۳ استدلال کردند که این تلاش‌ها کافی نبوده‌اند زیرا سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی تغییرات فرهنگی عمده‌ای را که برای دستیابی به بهبودهای واقعی و ماندگار در عملکرد ضروری است، انجام نداده‌اند. لیپ و همکارانش



پیشنهاد کردند که «باید نهادهای مراقبت‌های بهداشتی به سازمان‌های بسیار قابل اعتماد تبدیل شوند که خود را ملزم به ارائه مراقبت‌های ایمن، مؤثر و بیمار محور می‌دانند». این نویسندگان پنج مفهوم تحول آفرین را برای اتخاذ توسط سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی که به دنبال چنین تغییر تحول آفرین در فرهنگ هستند، ارائه کردند:

۱. شفافیت باید در همه کارهایی که انجام می‌دهیم، ارزش عملی باشد. ۲. مراقبت باید توسط تیم‌های چند رشته‌ای در پلتفرم‌های مراقبت‌های یکپارچه ارائه شود. ۳. بیماران باید در تمام جنبه‌های مراقبت‌های بهداشتی مشارکت کامل داشته باشند. ۴. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی باید در کار خود شادی و معنا پیدا کنند. ۵. آموزش پزشکی باید به گونه‌ای طراحی شود که پزشکان جدید را برای کار در این محیط جدید آماده کند.

از زمان انتشار مقاله لیپ و همکاران، پیشرفت‌های قابل توجهی در زمینه ایمنی بیمار در جراحی رخ داده است، اما هنوز راه زیادی در پیش است. مرگ و میر در بیمارانی که برای جراحی بستری می‌شوند، اگرچه در بیشتر گزارش‌های آینده‌نگر کمتر از ۱٪ است، اما همچنان از حد قابل دستیابی با تمرکز بیشتر بر ایمنی بیمار در دوره قبل و بعد از عمل بیشتر است. احتمالاً قابل اعتمادترین داده‌های جمع‌آوری شده آینده‌نگر از رجیستری‌های بزرگ چند موسسه‌ای مانند پایگاه داده برنامه ملی بهبود کیفیت جراحی (NSQIP) به دست می‌آید. لازم به ذکر است که مداخلات جراحی برای آسیب‌های تروماتیک در داده‌های NSQIP گنجانده نشده است و تقریباً ۱۰٪ از موارد اورژانسی هستند. بر اساس داده‌های NSQIP به دست آمده از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳، فروندلیش و همکارانش ۹۲۵۵ مورد مرگ را در میان ۱٫۲ میلیون بیمار در عرض ۳۰ روز (۰٫۷۷٪) پس از عمل جراحی شاخص خود شناسایی کردند. شایع‌ترین علل مرگ و میر قابل انتساب در این مطالعه خونریزی، نارسایی تنفسی، شوک سپتیک و نارسایی کلیوی بود. علاوه بر این، در همین مطالعه، نویسندگان با استفاده از جدول عمر مراکز کنترل بیماری و پیشگیری از آن، سال‌های از دست رفته عمر را در بین این بیماران تخمین زدند و دریافتند که

سیستم فعلی مراقبت‌های بهداشتی باعث شده است تا تمرکز زیادی بر هزینه و کیفیت جراحی صورت گیرد. در نتیجه، بسیاری از بیمارستان‌ها و پزشکان تلاش‌های قابل توجهی را برای درک و معیارسنجی خطر عوارض در بیماران جراحی اختصاص می‌دهند. یک رویکرد از مجموعه داده‌های مدیریت ریسک تعدیل شده) مانند Vizient) برای ایجاد گزارش‌هایی استفاده می‌کند که عوارض مشاهده شده را با عوارض مورد انتظار در بیمارستان‌ها و بخش‌های مختلف مقایسه می‌کند. رویکرد دیگر، برنامه بهبود کیفیت جراحی ملی کالج آمریکایی جراحان (NSQIP)، داده‌های فردی بیماران را جمع‌آوری کرده و نتایج جراحی تعدیل شده با ریسک خاص موسسه را گزارش می‌دهد.

اگرچه اکثر جراحان می‌دانند که عوارض، هزینه مراقبت را افزایش می‌دهد، اما مشوق‌ها برای کاهش هزینه‌ها با کاهش عوارض در بسیاری از محیط‌های عملیاتی محدود بوده است. به تازگی، مرکز خدمات درمانی و مدیکید (CMS) پاداش مالی پزشکان جراحی را با سیستم پرداخت مبتنی بر شایستگی (MIPS) مرتبط کرده است که نتایج هزینه و کیفیت را به دستمزد جراحان مرتبط می‌کند. با اجرای این برنامه‌ها، باید رابطه مستقیم تری بین هزینه، کیفیت و پرداخت به جراحان وجود داشته باشد.

اگرچه قضاوت فردی جراح و تکنیک جراحی قطعاً بر خطر عوارض تأثیر می‌گذارد، اما عوامل دیگری نیز در نتایج جراحی دخیل هستند، از جمله ویژگی‌های خاص جمعیت بیمار، تیم مراقبت در حین عمل و محیطی که مراقبت جراحی در آن ارائه می‌شود. به عبارت دیگر، حتی بهترین قضاوت و تکنیک جراحی نیز به اندازه سیستمی که در آن اجرا می‌شود اهمیت دارد. علاوه بر این، انتقال به پرونده‌های پزشکی الکترونیکی (EMR) به طور قابل توجهی بر محیط قبل از عمل تأثیر گذاشته است.



اجرای "بهترین شیوه‌های مبتنی بر شواهد" برای بهبود کیفیت مستلزم مشارکت افراد مختلف از جمله بیمار، رزیدنت‌های جراحی، ارائه دهندگان میان سطح، بیهوشی، پرستار، فناوری اطلاعات، بیماری‌های عفونی و غیره برای تغییر جهت منحنی هزینه-کیفیت می‌باشد. مسیرهای مراقبت بالینی در دهه ۱۹۸۰ برای ارائه مراقبت‌های چند رشته‌ای و مبتنی بر شواهد برای بیماران خاص یا اعمال جراحی توسعه یافتند.

با این حال، با انتقال به پرونده‌های پزشکی الکترونیکی، مجموعه دستورالعمل‌هایی برای تسهیل استفاده از مراقبت بیمار به صورت استاندارد تهیه شد. متأسفانه، با وجود پتانسیل نظری برای استخراج داده‌های با کیفیت بالا در مورد تبعیت از مجموعه دستورالعمل‌ها و بهترین شیوه‌ها از پرونده‌های پزشکی الکترونیکی، توانایی عملی انجام این کار در بسیاری از موسسات ناامید کننده بوده است.

علاوه بر توسعه و اجرای شیوه‌های جراحی مبتنی بر شواهد خود، باید نسل بعدی جراحان را در مورد بهترین شیوه‌ها و بهبود کیفیت برای کاهش عوارض در بیماران خود آموزش دهیم. با در نظر گرفتن این موضوع، شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی فارغ التحصیل (ACGME) برنامه بازبینی محیط یادگیری مستمر را توسعه داد که به منظور بازخورد به بیمارستان‌های آموزشی در مورد محیط آموزش پزشکی فارغ التحصیل آنها در ارتباط با ایمنی بیمار، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، انتقال مراقبت، نظارت، ساعات کاری، مدیریت خستگی و حرفه‌ای‌گری طراحی شده است.

علاوه بر این، کالج آمریکایی جراحان ابتکار کیفیت در آموزش (QIT) را توسعه داد که برنامه درسی دقیقی در زمینه بهبود کیفیت برای رزیدنت‌های جراحی ارائه می‌دهد. این برنامه‌ها و سایر ابتکاراتی مانند پروژه Milestones که مستلزم مشارکت و تعهد رزیدنت‌ها در حوزه بهبود مراقبت است، باید به دستیاران در توسعه مهارت‌های لازم برای بهبود کیفیت و کاهش عوارض کمک کند.

عوارض جراحی موضوع گسترده‌ای است که با روش‌های مختلفی از جمله عوامل خطر بیمار، نوع عارضه، شدت (مانند بازگشت به بیمارستان و/یا مرگ و میر ناشی از جراحی) و سیستم اندام طبقه بندی شده است. ما در این فصل به شدت به طبقه بندی بر اساس نوع عارضه، شدت و سیستم ارگان متکی هستیم.

طی چند دهه اخیر با افزایش امید به زندگی، سن متوسط جامعه افزایش یافته است که به دنبال آن تعداد افرادی که سن بالاتری در جامعه دارند افزایش یافته است. در حال حاضر ۷۵٪ افرادی که سن بالاتر از ۶۵ سال دارند مبتلا به یک بیمار مزمن هستند که جراحی نقش اساسی در درمان آن‌ها دارد. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ - جامعه آمریکا سن بالاتر از ۶۵ سال داشته باشند.

- افزایش سن بدون شک تأثیر منفی بر outcome جراحی خواهد گذاشت به طوری که در مطالعات اخیر جراحی‌های شکمی در سنین بالا به طور واضح سبب افزایش مرگ و میر خواهد شد و عمل‌های جراحی پرریسک مثل ازوفازکتومی و پانکراتکتومی در مقایسه با سنین پایین مورتالیتی دو تا سه برابری خواهد داشت.

در مطالعات اخیر سن بیمار به تنهایی معیار دقیقی برای بررسی outcome نیست بلکه میزان ضعف جسمانی بیمار از سن تقویمی مهم‌تر است.

- از سیستم تعیین ریسک جراحی ACS NSQIP در تعیین ریسک بیماران و outcome جراحی استفاده می‌شود که با وارد کردن اطلاعات بیماران و نوع جراحی outcome قابل پیش‌بینی را ارائه می‌دهد که نقش مهمی در تصمیم‌گیری دارد.

- در مطالعه‌ای که افراد بزرگسال با بیماری شدید را بررسی کرده بود بسیاری از بیماران ریسک اعمال جراحی که می‌توانست باعث مرگ شود را قبول کرده بودند ولی تعداد افرادی که ریسک اعمالی که باعث بروز اختلال شناختی یا اختلال فانکشنال شود را قبول کردند به طور واضح کاهش یافته بود. (شکل ۲-۱۳)

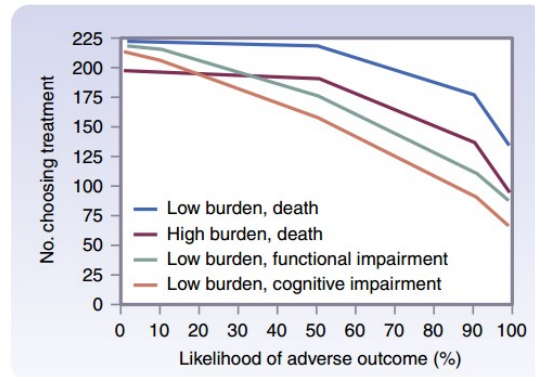


FIG. 13.2 Many patients are willing to undertake high- or low-burden treatments, even if the risk of death is high (up to 50%). However, when there is even a small risk of cognitive or functional decline, the number of patients willing to undergo even a low-burden treatment sharply declines. (From Fried TR, Bradley EH, Towle VR, et al. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med.* 2002;346:1061–1066.)

متأسفانه اطلاعات کمی در مورد عوارض شناختی و عملکردی اعمال جراحی وجود دارد. NSQIP در سال ۲۰۱۴ مطالعه‌ای را انجام داد که به تعیین ریسک بهتر اعمال جراحی در افراد مسن کمک کرد.

- بهبود outcome جراحی در افراد مسن نیازمند تلاش تمام تیم درمانی و شناخت تیم از وضعیت متفاوت بیماران مسن با بیماران دیگر می‌باشد.

frailty and physiologic decline: به دنبال افزایش سن، وضعیت عملکرد فیزیولوژیک ارگانهای مختلف بدن کاهش می‌یابد ولی شدت این کاهش در بین ارگان‌های مختلف، متفاوت است. Frailty (میزان شکنندگی) به صورت یک سندرم بیولوژیک که میزان رزرو بدن و میزان تحمل استرسور بدن کاهش می‌یابد، تعریف می‌شود که باعث افزایش آسیب‌پذیری می‌شود. عواملی که در میزان شکنندگی تأثیر دارند شامل کاهش حجم عضله، وضعیت تغذیه نامناسب، ضعف و کاهش exercise tolerance می‌باشد. (شکل ۴-۱۳)

سرطان پوست شایع ترین نوع سرطان است که حداقل نیمی از کل نئوپلاسم‌های بدخیم را تشکیل می‌دهد. تقریباً از هر پنج آمریکایی، یک نفر در طول زندگی خود به سرطان پوست مبتلا می‌شود. شیوع بالای سرطان پوست تا حد زیادی به عوامل محیطی، به ویژه نور خورشید، نسبت داده می‌شود. کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) و کارسینوم سلول پایه (BCC) اکثر تشخیص‌های سرطان پوست را تشکیل می‌دهند، در حالی که ملانوما شایع ترین علت مرگ ناشی از سرطان پوست است. این فصل عمدتاً بر روی این سه نئوپلاسم بدخیم تمرکز دارد، همچنین به چند نئوپلاسم پوستی کمتر شایع اشاره می‌کند که جراحان با آن مواجه می‌شوند.

ملانوما

متون تاریخی از آنچه به احتمال زیاد ملانوما بوده است، در نوشته‌های بقراط یافت می‌شود. جان هانتز اولین شرح منتشر شده مدرن در مورد درمان جراحی ملانوما را در سال ۱۷۸۷ ارائه کرد. رنه لانتک که رسوبات متاستاتیک ملانوما را در احشاء دور دست شناسایی کرد، آن را به عنوان «سرطان سیاه» توصیف کرد و پس از آن این بیماری را ملانوزیز نامید. درک ما از ملانوما و رفتار بالینی، مکانیسم‌های مولکولی و مسیرهای قابل هدف‌گیری آن در طول دهه‌ها تحقیق به طور پیوسته بهبود یافته است.

اپیدمیولوژی

اگرچه ملانوما کمتر از ۲ درصد موارد سرطان پوست را تشکیل می‌دهد، اما در حال حاضر پنجمین سرطان شایع در مردان و ششمین سرطان شایع در زنان در ایالات متحده است. ملانوما همچنین عامل اکثر مرگ‌های ناشی از سرطان پوست است. انجمن سرطان آمریکا



تخمین زده است که در سال ۲۰۱۸، ۹۱۲۷۰ مورد جدید ملانوما در ایالات متحده تشخیص داده شده است که ۹۳۲۰ مورد منجر به فوت شده است. میزان بروز ملانوما در ایالات متحده و سراسر جهان طی چهار دهه گذشته به طور پیوسته افزایش یافته است (شکل ۱-۳۱). در سطح جهان، بالاترین میزان بروز ملانوما در استرالیا، نیوزیلند، آمریکای شمالی و شمال اروپا است. افزایش مداوم در وقوع ملانوم، به تغییرات سبک زندگی منجر به افزایش قرار گرفتن در معرض نور خورشید و همچنین بهبود نظارت و تشخیص ضایعات اولیه نسبت داده شده است.

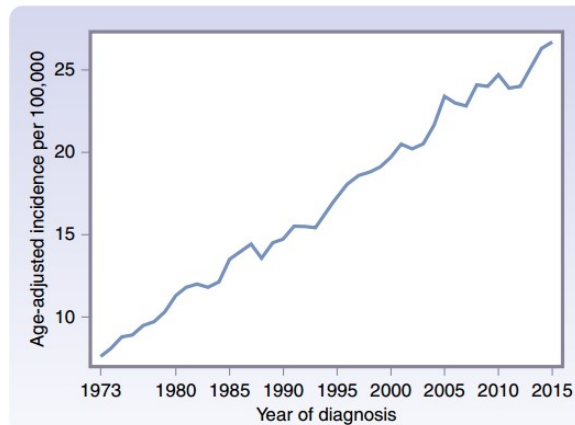


FIG. 31.1 Age-adjusted incidence of cutaneous melanoma in the United States, 1973–2015, SEER. (From SEER Fact Sheets: Melanoma of the skin. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/melan.html>.)

میزان رنگدانه در پوست یک عامل محافظت کننده نسبی در برابر ملانوم پوستی است. افرادی که رنگ پوست روشن تری دارند بیشتر در معرض خطر هستند. در نتیجه، ملانوم پوستی به طور عمده یک بیماری برای افراد سفیدپوست است. به طور خاص، بیمارانی که پوستی روشن، موهای بلوند یا قرمز و چشمان آبی دارند، بیشتر در معرض خطر هستند، همچنین در افرادی که به راحتی دچار آفتاب سوختگی می شوند، تمایل به ایجاد کک و مک دارند یا قادر به برنزه شدن نیستند. در ایالات متحده، میانگین سالانه میزان بروز ملانوما به تفکیک سن و جنس برای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به ترتیب ۳۲٫۲ برای مردان سفیدپوست غیر اسپانیایی و ۱۹٫۴ برای زنان سفیدپوست غیر اسپانیایی، در مقایسه با ۴٫۸ برای مردان اسپانیایی و ۴٫۶ برای زنان اسپانیایی، ۴٫۲ برای مردان بومی آمریکا (از جمله بومیان آلاسکا) و ۴٫۶ برای زنان بومی آمریکا، ۱٫۶ برای مردان آسیایی/جزیره نشین اقیانوس آرام و ۱٫۱ برای

اپیدمیولوژی

سارکوم بافت نرم (STS) گروه متنوعی از بیش از ۶۰ نئوپلاسم است که می‌تواند تقریباً از هر ناحیه آناتومی نشأت بگیرد و افراد بسیار جوان و همچنین افراد مسن را تحت تاثیر قرار دهد. انواع بافتهایی که STS از آنها به وجود می‌آید شامل بافت ماهیچه‌های اسکلتی، سلول‌های چربی، رگ‌های خونی و لنفاوی، و بافت همبند یا آن دسته از سلول‌هایی هستند که منشأ مشترک مزودرمی دارند. (جدول ۳۲-۱ و شکل ۳۲-۱).

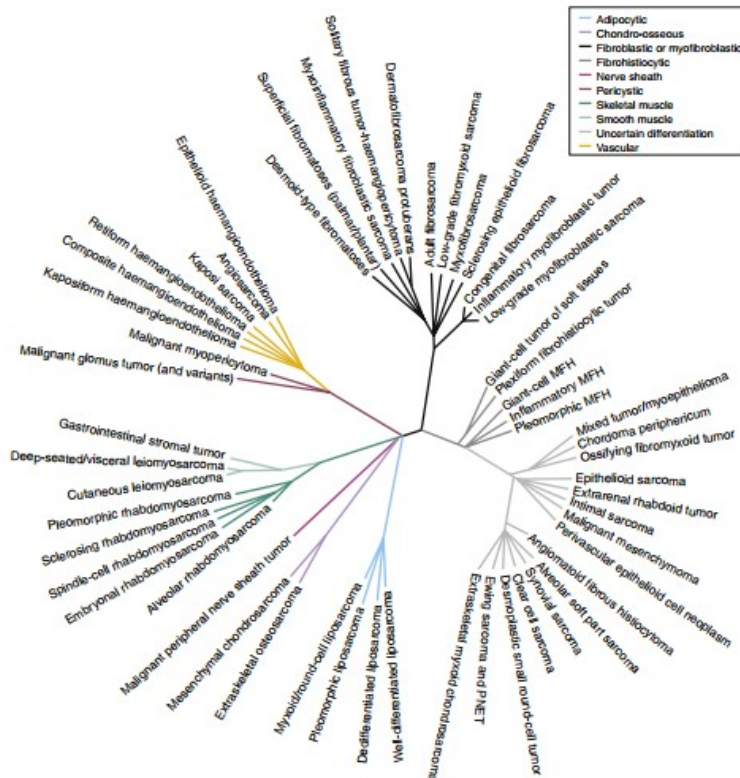


FIG. 32.1 Taxonomy of soft tissue sarcoma. This unrooted phylogeny shows about 60 sarcoma subtypes, as originally defined by the World Health Organization International Agency for Research on Cancer, amended and updated on the basis of current knowledge. The classification reflects relationships among lineage, prognosis (malignant, intermediate or locally aggressive, intermediate or rarely metastasizing), driver alterations, and additional parameters. Branch lengths are determined by nearest neighbor joining of a discretized distance matrix based on the aforementioned variables. Initial branching reflects differences in lineage, with associated lineages appearing closer in distance (such as skeletal and smooth muscle). Subsequent branching denotes similarity in prognosis, whether they are translocation associated, and, if so, the genes shared among distinct fusions (in this order). Although incomplete, as many subtypes lack sufficient global molecular profiling data on which to base a phylogeny, this initial formulation minimally reflects the relationships among lineage and major molecular lesions in the subtypes. The illustration excludes 52 benign types of tumor. (From Taylor BS, Barretina J, Maki RG, et al. Advances in sarcoma genomics and new therapeutic targets. *Nat Rev Cancer*. 2011;11:541–557.) *MFH*, Undifferentiated pleomorphic sarcoma; *PNET*, primitive neuroectodermal tumor.

آپاندیس

آناتومی

شروع تشکیل آپاندیس از هفته ۸ حاملگی است و قسمتی از midgut می‌باشد. اپی تلیوم استوانه‌ای دارد و حاوی بافت لنفوئید و سلول‌های نورواندوکراین است. خون‌گیری آپاندیس از شاخه ایلئوسکال SMA است که عروق آن در مزو آپاندیس قرار دارد. درناژ لنفاوی آپاندیس به لنف نوده‌های ایلئوسکال می‌باشد. سایز آپاندیس ۳۲-۵ cm می‌باشد و میانگین آن ۹-۸ cm است.

base آپاندیس محل تلاقی تنیاهای در سکوم است. Tip آپاندیس در محل‌های مختلفی قرار دارد. شایع‌ترین محل آن رتروسکال (ولی داخل پیریتونئن) است (۶۰٪ موارد) و در ۳۰٪ موارد در لگن و ۱۰-۷٪ رتروپیریتونئال می‌باشد. در مورد عملکرد آپاندیس تئوری‌های مختلفی از جمله عملکرد در سیستم ایمنی تا مخزن باکتری‌های مفید دستگاه گوارش ذکر شده است به طور مثال در مطالعات اخیر بیمارانی که تحت آپاندکتومی قرار گرفته‌اند عفونت راجعه کلستریدیوم دیفیسیل با شدت بالایی نسبت به کسانی که آپاندکتومی نشده‌اند، داشته‌اند.

آپاندیسیت

پاتوفیزیولوژی

آپاندیسیت به دلیل انسداد لومن آپاندیس روی می‌دهد که می‌تواند به علت فکال یا فکالیت یا باقی مانده میوه‌ها یا حتی انگل‌ها مثل آسکاریس اتفاق بیفتد. به دنبال انسداد لومن دیستال به انسداد ترشح موکوس ادامه می‌یابد و باکتری‌های موجود در لومن تولید گاز می‌کنند و دیستشن اتفاق می‌افتد و به دنبال آن درناژ وریدی مختل می‌شود و مخاط دچار



ایسکمی می شود اگر دیستنشن همچنان ادامه یابد منجر به ایسکمی تمام ضخامت جدار آپاندیس و پرفوریشن می شود. پرفوریشن آپاندیس می تواند باعث آبسه لوکالیزه یا پریتونیت جنرالیزه شود.

دیستنشن آپاندیس باعث درد مبهم و ویسرال می شود و زمانی که التهاب به نوک آپاندیس رسید و پریتون جدار کناری آن ملتهب شده درد لوکالیزه می شود.

Differential diagnosis

در هر بیماری که با شکایت درد شکم مراجعه کند و سابقه آپاندکتومی نداشته باشد باید آپاندیسیت به عنوان یکی از تشخیص افتراقی ها در نظر گرفته شود.

در اطفال مهم ترین تشخیص افتراقی ها شامل لنف آدنیت مزانتر - گاستروانتریت اینتوساسپشن - دیورتیکولیت مکل - IBD و تورشن بیضه در پسر بچه ها می باشد.

سنگ های کلیوی و UTI می توانند باعث درد RLQ شوند. در خانم های سنین باروری پاتولوژی های ژنیکولوژی یک می تواند علائم مشابه آپاندیسیت ایجاد کند. شایع ترین پاتولوژی های ژنیکولوژی یک شامل کیست تخمدان پاره شده، میتل اشمرز، تورشن تخمدان، EP و بیماری های التهابی لگن می باشد.

در افراد مسن دیورتیکولیت و کانسرها از مهم ترین تشخیص افتراقی هایی هستند که باید در نظر گرفته شوند همچنین در بیماران نوتروپنیک انتروکولیت نوتروپنیک (typhlitis) در تشخیص افتراقی آپاندیسیت قرار دارد.

Presentation

History: در مراحل اولیه آپاندیسیت بیماران از درد مبهم شکمی با ارجحیت اطراف ناف شکایت دارند همچنین بیماران بی اشتها بی و حالت تهوع را نیز دارند.

آناتومی طحال

طحال با حدود ۷ تا ۱۳ سانتی متر طول و وزن تا ۲۵۰ گرم، بزرگترین توده بافت لنفاوی در بدن انسان محسوب می‌شود. طحال در هفته پنجم جنینی از سلول‌های مزانشیمی در مزوگاستریوم پشتی شکل می‌گیرد. در ابتدا به جوانه پشتی پانکراس چسبیده است، اما در نهایت از آن جدا شده و در بالاترین قسمت چپ شکم، داخل حفره چریتونن جای می‌گیرد.

طحال دو سطح اصلی دارد:

- **سطح دیافراگمی:** این سطح در زیر پرده دیافراگم قرار گرفته و از پرده پلور جدا می‌شود. با این حال، در افراد با طحال به اندازه طبیعی، فرورفتگی دنده‌ای-دیافراگمی (costodiaphragmatic recess) تا پایین‌ترین قسمت طحال امتداد می‌یابد.
- **سطح احشایی:** این سطح در مجاورت انحنای بزرگ معده، خم طحالی کولون، رأس قله چپ کلیه و انتهای پانکراس قرار دارد. (شکل ۱-۵۷). از نظر توپوگرافی، طحال در قسمت تحتانی قفسه سینه چپ قرار می‌گیرد و معمولاً توسط دنده‌های ۹، ۱۰ و ۱۱ محافظت می‌شود. در بزرگسالان سالم، با دست و از زیر لبه دنده‌ها قابل لمس نیست، اما در نوزادان در خط میداگزیلری قابل لمس است. این ارتباط در بیماران ترومایی با شکستگی دنده‌های چپ تحتانی اهمیت بالایی دارد زیرا خطر آسیب طحال زیاد است.

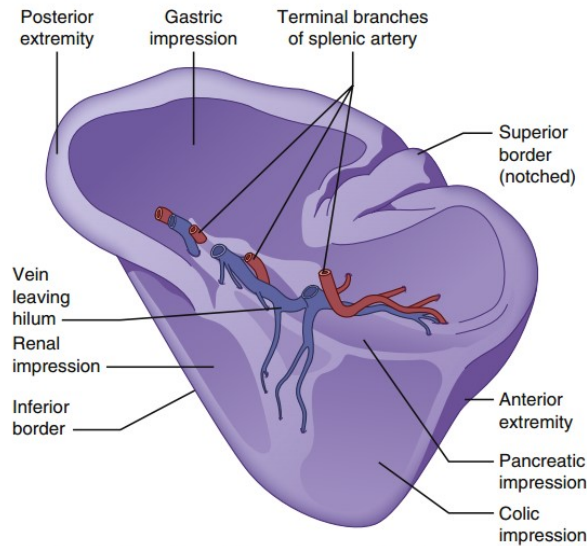


FIG. 57.1 The spleen and its visceral surface relationships. (From Ellis H. Anatomy of splenectomy for ruptured spleen. *Surgery (Oxford)*. 2010;28:226–228.)

طحال یک ارگان اینتراپریتونئال است و توسط چین خوردگی‌های متعدد پریتونن که به اشتباه "لیگامان" نامیده می‌شوند در حفره پریتونن معلق است. (شکل ۲-۵۷) این لیگامان‌ها عبارتند از: لیگامان اسپلنوفرنیک در سطح دیافراگمی، لیگامان‌های گاسترواسپلنیک، اسپلنورنال و اسپلنوکولیک در سطح احشایی. در افرادی که دچار هیپرتانسیون پورت نیستند، لیگامان‌های اسپلنوفرنیک و اسپلنوکولیک نسبتاً کم عروق هستند. لیگامان گاسترواسپلنیک، عروق معده‌ای کوتاه (short gastric vessels) را در قسمت فوقانی و عروق گاسترواپی پلوئیک چپ را در قسمت تحتانی خود حمل می‌کند. لیگامان اسپلنورنال حاوی شریان و ورید طحال و همچنین انتهای پانکراس است. دم پانکراس در ۳۰ درصد افراد با هیلوم پهن طحال هم‌مرز است و در ۷۰ درصد موارد در فاصله کمتر از ۱ سانتی متری آن قرار دارد، بنابراین بستن عروق طحال در فاصله ای کمتر از ۱ سانتی متری از هیلوم برای جلوگیری از آسیب به دم پانکراس اهمیت دارد.