

باغچه خندا

طبابت هنراست،
هنر باهنگی قلب و اندیشه



سرشناسه	احمدوند، مرضیه، ۱۳۶۹-
عنوان و نام پدیدآور	اصول جراحی کولون، رکتوم، روده باریک و آپاندیس ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵ همراه با سوالات و پاسخ تشریحی تا مورد تخصصی ۱۴۰۴ Schwartz's Principles of Surgery. 2019 Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21st Edition 2022 / ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پورقطار، دکتر مرضیه احمدوند؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر رامین روح افزا تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات نشر	۴۲۵ ص: مصور (رنگی)، ج ۲
مشخصات ظاهری	مدیر تولید انتشارات: الهه شهدادی
فروست	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۸۶-۶ ریا ۱۵،۲۵۰،۰۰۰
شابک	فیپا
وضعیت فهرست نویسی	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Schwartz's principles of surgery, 11th. ed, 2019 اثر دیناکی. اندرسن ... [او دیگران] است و Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21st Edition 2022
یادداشت	اصول جراحی شوارتز. جراحی Surgery جراحی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها -- Examination, questions, etc. Surgery -- اندرسن، دینا کی. Andersen, Dana K شوارتز، سیمور، ۱۹۲۸- م. اصول جراحی شوارتز ۳۱RD ۶۱۷ ۹۴۳۰۰۵۹ فیپا
عنوان دیگر	شناسه افزوده
موضوع	شناسه افزوده
شناسه افزوده	شناسه افزوده
شناسه افزوده	رده بندی کنگره
رده بندی کنگره	رده بندی دیویی
رده بندی دیویی	شماره کتابشناسی ملی
شماره کتابشناسی ملی	اطلاعات رکورد کتابشناسی

عنوان کتاب: اصول جراحی کولون، رکتوم، روده باریک و آپاندیس	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
Schwartz's Principles of Surgery. 2019	تیراژ: ۱۰۰ جلد
Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21st Edition 2022	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۸۶-۶
ترجمه و تلخیص: دکتر عادل زینال پورقطار، دکتر مرضیه احمدوند پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر رامین روح افزا	بهاء: ۱،۵۲۵،۰۰۰ تومان
ناشر: انتشارات کاردیا	
صفحه آرا: رزیدنت یار-مبیناشرافی	
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، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۷، ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷-۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

اصول جراحی کولون، رکتوم، روده باریک و آپاندیس

Schwartz's Principles of Surgery. 2019
Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21st
Edition 2022

ترجمه و تلخیص

دکتر عادل زینال پور قطار

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

ترجمه و تلخیص مبحث کولون و رکتوم فصل ۵۲ سابستون

دکتر مرضیه احمدوند

متخصص و جراح عمومی دارای بورد تخصصی ۱۴۰۴
از دانشگاه علوم پزشکی قزوین

پاسخدهی به سوالات سال ۱۴۰۴

دکتر رامین روح افزا

رتبه ۵ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۳
متخصص جراحی عمومی
از دانشگاه علوم پزشکی یزد





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و محققان جوان 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 میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین 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

مرحان پورندیم



بیماری‌های کولون و رکتوم بخش مهمی از جراحی عمومی را تشکیل می‌دهند و از مباحث کلیدی و پرتکرار آزمون‌های ارتقا و مورد به‌شمار می‌آیند. پیچیدگی آناتومیک، تنوع رویکردهای درمانی و مساسیت تصمیم‌گیری‌ها، این فصل را به محیاری برای سنجش درک عمیق و تملیلی داوطلبان تبدیل کرده است. در این فصل، مطالب به‌گونه‌ای ارائه شده‌اند که خواننده بتواند با نگاهی منطقی و مرحله‌به‌مرحله، مسیر تشفیص تا درمان را دنبال کند. تأمل در این مباحث، بار دیگر بر اهمیت تلاش علمی مستمر تأکید می‌کند؛ تلاشی که نه‌تنها به موفقیت در آزمون‌ها می‌انجامد، بلکه بخشی از رسالت انسانی پزشک در مفظ سلامت و کرامت بیماران است.

در پایان، بر خود لازم می‌دانم از اساتید گران‌قدر جراحی که با آموزش‌های علمی و بالینی خود مسیر یادگیری را هموار سافتند، و از خانواده‌ی عزیزم که با حمایت و صبوری همیشگی پشتوانه‌ی این تلاش علمی بوده‌اند، صمیمانه قدردانی نمایم. همچنین سپاس از همراهی که مضورش، بی‌آن‌که در جایی ثبت شود، همواره دلگرم‌کننده و انگیزه‌بخش این مسیر بوده است.

دکترمرضیه امدوند

فهرست مطالب



فصل ۲۴: نقش جراحان در بلایای بزرگ	۱۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۴	۱۷
فصل ۲۸: روده باریک	۲۹
مرور سریع روده باریک	۸۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۲۸	۹۳
فصل ۴۶: شکم حاد	۱۳۹
سؤالات و پاسخنامه فصل ۴۶	۱۵۹
فصل ۵۲: کولون و رکتوم	۱۸۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۲	۳۳۳
فصل ۵۱: آپاندیس	۳۴۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۱	۳۶۱
فصل ۵۳: آنوس	۳۸۳
سوالات و پاسخنامه فصل ۵۳	۴۱۱

نقش جراحان در بلایای بزرگ

وجه مشترک تمام سناریوهای بزرگ
موج زیاد مجروحان
محدودیت منابع
می باشد.

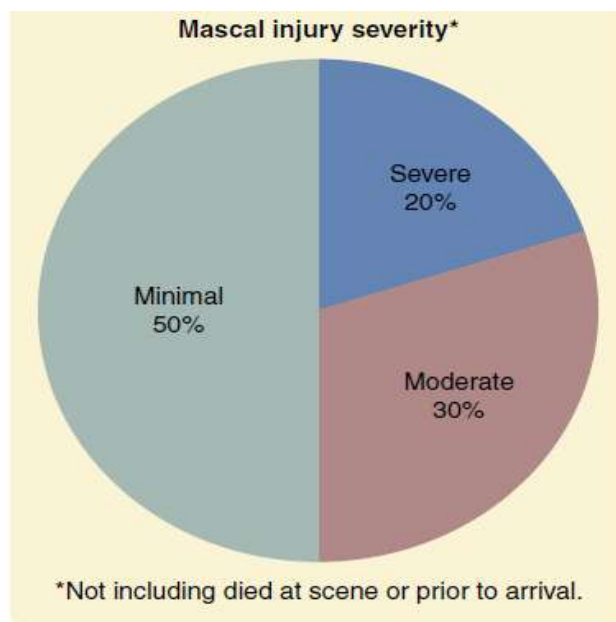


FIG. 24.1 Typical injury severity breakdown for an average mass casualty event. Note that only 20% of patients will have severe or immediately life-threatening injuries, and 50% or more will have minor or minimal injuries.



تریاج:

- رهبر اصلی پروسه تریاژ در MASCAL، جراح
- یک پروسه متوالی است و بارها باید از زمان بروز حادثه تا انتقال بیماران به بیمارستان انجام شود.
- **نکته:** تریاژ می‌تواند بدون وجود MASCAL انجام شود، اما MASCAL همواره نیازمند تریاژ است.
- field triage: در صحنه‌ی حادثه توسط EMS انجام می‌گیرد.
- under triage: زمانی که بیماران شدیداً آسیب دیده به مراکز دارای عدم امکانات کافی فرستاده شوند.
- Over triage: زمانی که بیماران با آسیب‌های مینور یا Nonurgent به مراکز ماژور تروما فرستاده می‌شوند.

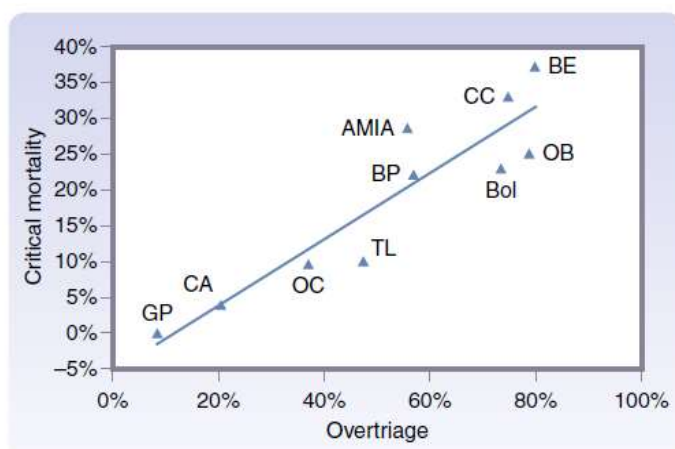


FIG. 24.2 Graphic relation of overtriage rate to critical mortality rate, in ten terrorist bombing incidents from 1969 to 1995, demonstrating linear increase in mortality with higher overtriage rates. Linear correlation coefficient (r) 0.92. (From Frykberg ER. Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings: how can we cope? *J Trauma*. 2002;53:201–212.) AMIA, Buenos Aires; BE, Beirut; Bol, Bologna; BP, Birmingham pubs; CA, Craigavon; CC, Cu Chi; GP, Guildford pubs; OB, Od Bailey; OC, Oklahoma City; TL, Tower of London.

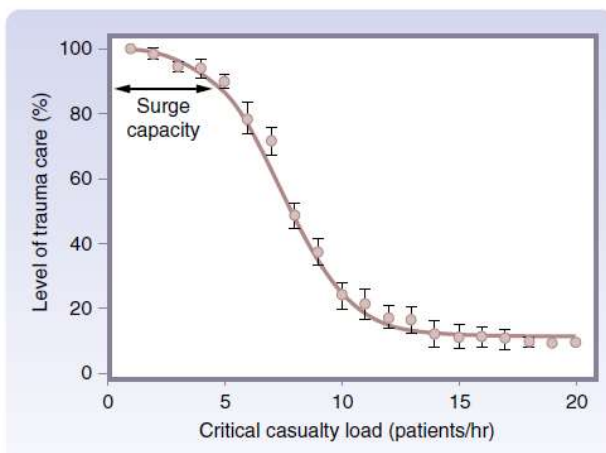


FIG. 24.3 Graphic depiction of the results of a computer simulation of the flow of casualties of an urban bombing through the trauma service line of an urban trauma center and the impact on the global level of care. The level of care for a single patient on a normal working day is defined as 100%. The *upper flat portion* of the curve corresponds to an MCI, the *steep portion* represents a mass casualty situation, and the *lower flat portion* represents a major medical disaster. The surge capacity of the hospital trauma service line is the maximal critical casualty load that can be managed without a precipitous drop in the level of care. (From Hirshberg A, Scott BG, Granchi T, et al. How does casualty load affect trauma care in urban bombing incidents? A quantitative analysis. *J Trauma*. 2005;58:686-693.)

۱۰ اصل مهم MASCAL:

- ۱- تریاژ یک پروسه‌ی دینامیک از صحنه‌ی حادثه تا بیمارستان است.
- ۲- هدف MASCAL: بهترین اقدام را برای اکثریت، نه همه چیز را برای همه، انجام دهید.
- ۳- موفقیت سیستم تروما بستگی به field triage دقیق و موثر دارد.
- ۴- تریاژ با ارزیابی امکانات، منابع و پرسنل موجود در سیستم شروع می‌شود.
- ۵- برای تریاژ داخل بیمارستان، بیماران باید از طریق یک نقطه ورود و مسیر یک طرفه به سمت امکانات هدایت شوند.
- ۶- در یک سیستم تحت فشار باید امکانات زیاد شود، نه اینکه فعالیت‌ها دو برابر شود.
- ۷- برگه‌های کاغذی یا الکترونیک از پیش آمده، جهت چارت و پذیرش بیماران حین تریاژ باید آماده باشد.
- ۸- بهترین سیستم تریاژ مناسب مرکز خود را انتخاب و به پرسنل خود آموزش دهید.
(DIME و START و SALT و ...)
- ۹- مدیر تریاژ باید از باتجربه‌ترین و سازمان یافته‌ترین پرسنل باشد.
- ۱۰- برای مراقبت موثر، باید امنیت و ایمنی صحنه حادثه برقرار گردد. خودتان قربانی نشوید!



BOX 24.1 Simple mnemonic for TRIAGE.

T Training (in-hospital response/local)
R Readiness (regional/field triage readiness)
I Integration of Systems
A Adaptable
G Grow (remember system lessons learned)
E Exsanguination Control (along the continuum)

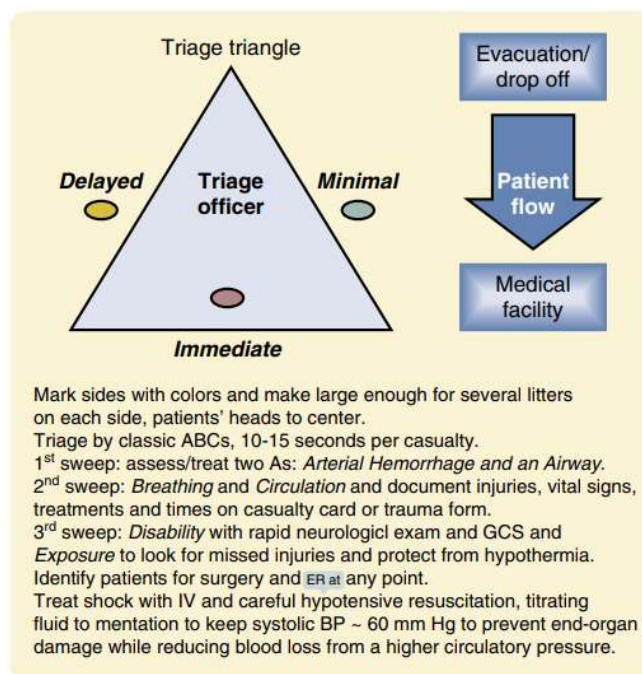


FIG. 24.4 The “Triage Triangle” arrangement for setting up an external triage point during a large mass casualty event. This allows the triage officer or team to be centrally located and to categorize and group patients as immediate, delayed, or minimal. (From Martin MJ, Beekley A, Eckert MJ. *Front Line Surgery: A Practical Approach*. 2nd ed. New York: Springer Science+Business Media; 2017.)

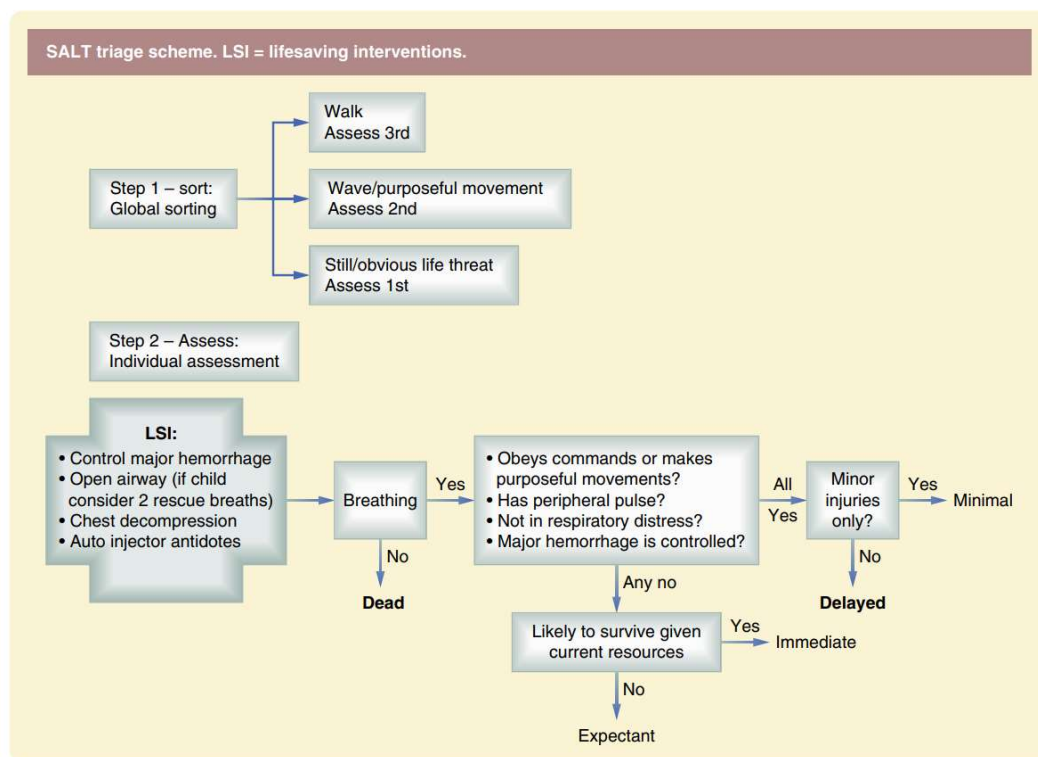


FIG. 24.5 Algorithm for the sort, assess, life interventions, treatment/transport (SALT) triage scheme, which is composed of a first step of global sorting by patient mobility and responsiveness and then individual prioritized assessment into the triage categories of dead, delayed, immediate, minimal, or expectant. (From SALT mass casualty triage: concept endorsed by the American College of Emergency Physicians, American College of Surgeons Committee on Trauma, American Trauma Society, National Association of EMS Physicians, National Disaster Life Support Education Consortium, and State and Territorial Injury Prevention Directors Association. Disaster Med Public Health Prep. 2008;2:245–246.)

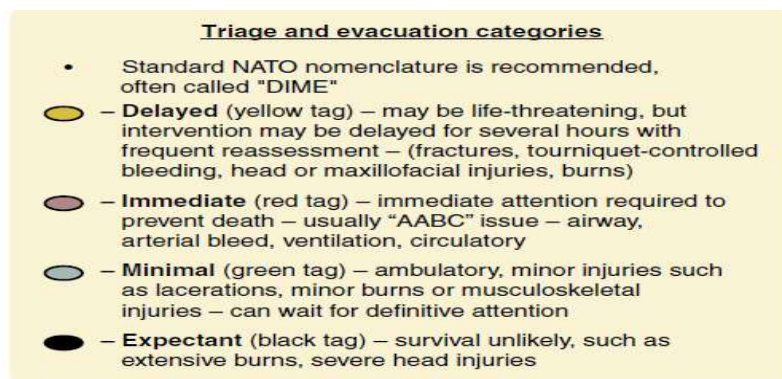


FIG. 24.6 The NATO DIME triage categorization system and color codes that also are utilized by multiple civilian triage schemes. Patients are categorized as delayed (requires treatment but not emergent), immediate (requires emergent/urgent evaluation and intervention), minimal (minor injuries, also referred to as "walking wounded"), and expectant (fatal injuries or injuries that are untreatable and have a low probability of survival within the existing mass casualty scenario limitations).



BOX 24.2 Simple mnemonic for some of the core and critical concepts to successful mass casualty (MASCAL) planning and execution.

- M Minimize chaos**—remain calm and confident
- A Assess**—perform accurate, ongoing triage; assess weather, supply status, personnel, etc.
- S Safety**—do not create additional patients; take care of self and staff
- C Communication**—can never be enough; make it clear and concise
- A Alert**—be ready for more casualties; reconstitute and resupply
- L Lost**—do not lose patients or staff; use tracking system for patients; maintain accountability of the team.

Courtesy of Colonel Jorge Klajnbart, Chief of Surgery Evans Army Community Hospital.

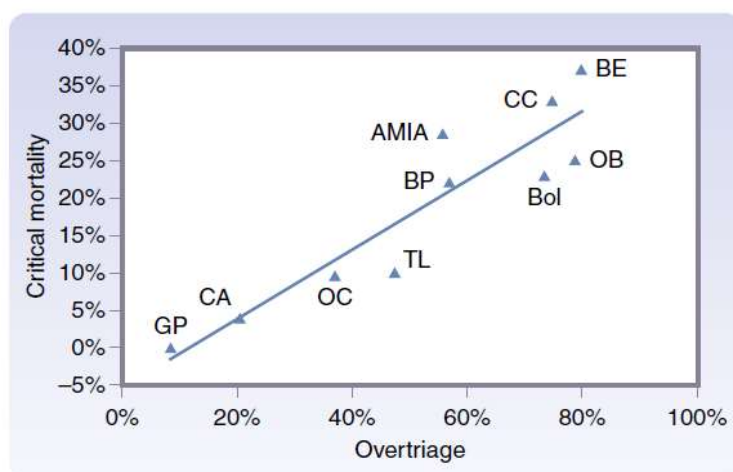


FIG. 24.2 Graphic relation of overtriage rate to critical mortality rate, in ten terrorist bombing incidents from 1969 to 1995, demonstrating linear increase in mortality with higher overtriage rates. Linear correlation coefficient (r) 0.92. (From Frykberg ER. Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings: how can we cope? *J Trauma*. 2002;53:201–212.) AMIA, Buenos Aires; BE, Beirut; Bol, Bologna; BP, Birmingham pubs; CA, Craigavon; CC, Cu Chi; GP, Guildford pubs; OB, Od Bailey; OC, Oklahoma City; TL, Tower of London.



سوالات و پاسخنامه فصل ۲۴

۱. همه موارد زیر در فاز حاد Mass Casualty قرار می‌گیرد، به جز: (بورد ۱۴۰۳)

الف) درمان رابدومیولیز

ب) شکستگی اندام تحتانی

ج) سزارین اورژانس

د) فاشیوتومی اورژانس

پاسخ: ب

دسته بندی‌های تریاژ و تخلیه بیمار:

نامگذاری استاندارد اغلب "DIME" نامیده می‌شود:

تاخیری (Delayed) (برچسب زرد) - ممکن است تهدید کننده زندگی باشد، اما مداخله ممکن است برای چندین

ساعت با ارزیابی مجدد مکرر به تعویق بیفتد - (شکستگی‌ها، خونریزی کنترل شده با تورنیکت، صدمات سر یا

فک و صورت، سوختگی)

فوری (immediate) (برچسب قرمز) - توجه فوری برای جلوگیری از مرگ لازم است - معمولاً مشکل "AABC"

- راه هوایی، خونریزی شریانی، تهویه، گردش خون

حداقلی (minimal) (برچسب سبز) - آسیب‌های سرپایی، جزئی مانند پارگی، سوختگی جزئی یا آسیب‌های اسکلتی

عضلانی می‌تواند منتظر توجه قطعی باشد.

انتظاری (expectant) (برچسب سیاه) - بقا بعید است، مانند سوختگی گسترده، صدمات شدید سر

گزینه الف، ج و د همگی در صورت عدم رسیدگی منجر به مرگ یا از دست رفتن اندام می‌شود. شکستگی اندام الکتنیو

می‌تواند رسیدگی شود.

منبع: Sabiston Textbook of Surgery / Saunders / 2022 فصل ۲۴ صفحه ۵۵۸



۲. جراح بیمارستان اصلی شهری با جمعیت قریب ۲۰۰ هزار نفر هستید، آماده می‌شوید تا از مصدومین زلزله‌ای که در شهرستان اتفاق افتاده پذیرایی کنید، از تعداد و نوع بیماران اطلاعی ندارید. کلیه اقدامات زیر از اهمیت عملیاتی برخوردار است، به جز: (بورد ۱۴۰۳)

- الف) تخلیه سریع اورژانس با ترخیص یا انتقال بیماران بستری
- ب) تعیین افسر تریاژ و استقرار وی در خارج از محوطه بیمارستان
- ج) انتقال تجهیزات لازم مانند دستگاه تنفس مصنوعی از آی سی یو به اورژانس
- د) فرمان آماده‌باش به بانک خون و اتاق‌های عمل

پاسخ: ج

آماده‌سازی MASCAL و تریاژ موثر از مهم‌ترین جنبه‌های مرتبط با موفقیت و بهینه‌سازی نتایج بیمار و سیستم هستند. اگر چه اولین مرحله تریاژ اغلب به عنوان دسته بندی بیماران وارد شده به دسته‌ها یا یک ترتیب اولویت بندی شده برای ارزیابی و مداخلات فرض می‌شود، اما این نیاز به درک روشنی از قابلیت‌ها، ظرفیت و منابع موجود قبل از شروع تریاژ موثر دارد. بنابراین، اولین گام هر افسر تریاژ با تجربه، انجام کاری است که ما آن را "بررسی صفر (Zero Survey)" نامیده‌ایم. این امر مستلزم ارزیابی سریع وضعیت فعلی و در دسترس بودن منابع حیاتی در آن مرکز و به طور همزمان فعال کردن طرح MASCAL محلی و سیستم اطلاع رسانی برای همه پرسنل بیمارستان است (گزینه ب صحیح است). اگرچه تمرکز طبیعی در این سناریوها روی وضعیت تخت اتاق اورژانس (ER) است، اما ارزیابی و بهینه‌سازی در دسترس بودن تخت‌ها و کارکنان در اتاق عمل (OR)، بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) نیز مهم است (گزینه ج غلط است، این وسایل باید آماده شوند اما نباید به اورژانس منتقل شوند). بخش‌های کلیدی خدماتی فرعی بیمارستان از جمله بانک خون، داروخانه، رادیولوژی و آزمایشگاه باید برای توقف هرگونه فعالیت غیر فوری و آماده شدن برای هجوم گسترده بیمارانی که به خدمات آنها نیاز دارند، مطلع شوند (گزینه د صحیح است). دو حوزه غیر بالینی بسیار حیاتی که باید قبل از ورود بیمار (در صورت امکان) فعال و در محل قرار گیرند، پذیرش بیماران (PAD) و انتظامات هستند. شناسایی، ثبت نام و ورود بیماران ورودی به سیستم مدارک پزشکی بیمارستان موضوعی است که اغلب نادیده گرفته می‌شود که می‌تواند به دلیل شناسایی اشتباه و اشتباهات دارویی یا تجویز خون، آشفستگی و خطر ایجاد کند.

منبع: Sabiston Textbook of Surgery / Saunders / 2022 فصل ۲۴ صفحه ۵۵۸



۳. در راستای ارتقای کیفیت مراقبت در حوادث ترومایی مازور و بلایا، کدام یک از موارد زیر در مورد نقش جراح صحیح است؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب تبریز)

- الف) لزومی به استفاده از جراحان باتجربه در نقش رهبری تریاژ نمی‌باشد.
- ب) آشنا بودن با اصول مدیریتی MASCAL و تریاژ الزامی نیست.
- ج) در مواجهه با چنین شرایطی نباید انعطاف‌پذیری داشته باشد.
- د) رهبری و آموزش تریاژ بر عهده جراح است.

پاسخ: د

وظیفه تریاژ و مدیریت MASCAL بر عهده جراحان می‌باشد.

منبع: Sabiston Textbook of Surgery / Saunders / 2022 فصل ۲۴ صفحه ۵۵۸

۴. شما به عنوان جراح به منطقه زلزله زده اعزام شده‌اید. در مواجهه با جمعیت مصدومین که همگی در فضای باز نشسته یا خوابیده‌اند، اولین اقدام شما بر اساس قانون تریاژ SALT چیست؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب شیراز)

- الف) شروع به معاینه سریع افراد از یک نقطه مشخص بدون اتلاف وقت
- ب) با اعلام بلند می‌خواهیم همگی به نوبت نام خود را بگویند.
- ج) با اعلام بلند می‌خواهیم همگی دو انگشت خود را بالا بگیرند.
- د) با اعلام بلند می‌خواهیم همگی از جای خود بلند شوند و به مکانی با فاصله حدود ۱۰ قدم از مکان فعلی بروند.

پاسخ: د

در گام اول مراحل SALT ابتدا با Sort کردن بیماران را بر اساس حرکت (mobility) و پاسخ دهی (responsiveness) دسته‌بندی می‌کنیم. به عنوان مثال از بیماران می‌خواهیم بلند شده و از جای خود جابجا شوند.

سیستم‌های تریاژ:

برای تریاژ بیماران در صحنه آسیب (Field Triage) چند سیستم تریاژی وجود دارند:

- Sort, assess, lifesaving interventions, and treatment/transport (SALT),
- Simple Treatment and Rapid Transport (START),
- JumpSTART (pediatric version of START),
- Care Flight Triage,



- the Sacco Triage Method,
- Secondary Assessment of Victim Endpoint (SAVE)

کلیت این روش‌ها مبتنی بر ارزیابی اولیه سریع وضعیت بالینی و جراحات آشکار بیماران، دسته‌بندی و تعیین اولویت‌ها برای مداخله فوری و انتقال سریع به مرکز تروما هستند.

در سیستم تریاژ SALT تریاژ بر اساس مداخلات حفظ کننده حیات (LSI) (Life Saving Interventions) انجام می‌گیرد. گام اول شامل دسته‌بندی کلی بیماران (Global Sorting) بر اساس حرکت (mobility) و پاسخ دهی (responsiveness) آنها می‌باشد. در این گام بیماران از نظر در معرض تهدید واضح بودن، داشتن حرکات هدفمند (Wave or purposeful movement) و راه رفتن (Walking) ارزیابی می‌شوند.

در گام بعدی تریاژ گام به گام بر اساس مداخلات حفظ کننده حیات (LSIs) انجام می‌شود این مداخلات شامل کنترل خونریزی مازور، باز بودن راه هوایی، دکمپشن قفسه سینه و تزریق آنتی دوت می‌باشد. تریاژ در این مرحله به صورت فرد به فرد (individualized) انجام می‌شود. در نهایت بیماران به ۵ دسته کلی مرده (dead)، مداخله تاخیری (delayed)، مداخله فوری (immediate)، مداخله اندک (Minimal) و در انتظار مداخله (expectant) تقسیم می‌شوند. الگوریتم تریاژ طبق سیستم SLAT را در شکل ۲۴-۵ می‌بینید:

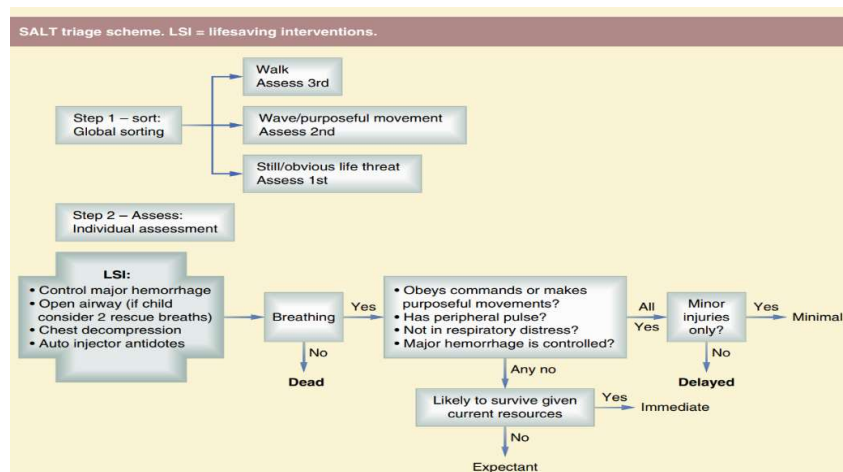


FIG. 24.5 Algorithm for the sort, assess, life interventions, treatment/transport (SALT) triage scheme, which is composed of a first step of global sorting by patient mobility and responsiveness and then individual prioritized assessment into the triage categories of dead, delayed, immediate, minimal, or expectant. (From SALT mass casualty triage: concept endorsed by the American College of Emergency Physicians, American College of Surgeons Committee on Trauma, American Trauma Society, National Association of EMS Physicians, National Disaster Life Support Education Consortium, and State and Territorial Injury Prevention Directors Association. Disaster Med Public Health Prep. 2008;2:245–246.)