

مجموعه جراحی های لاپاروسکوپی

جراحی های اورژانس

دکتر محمد طالب پور

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
متخصص جراحی عمومی
فوق تخصص لاپاروسکوپی پیشرفته از انگلستان و فرانسه



- (۱) دربارهٔ مولف
- (۲) چرا بیماران لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟
- (۳) بیماران حادثه دیده چه زمانی نیاز به جراحی شکمی دارند؟
- (۴) کاربرد لاپاروسکوپی در بیماران حادثه دیده
- (۵) در بیماران تصادفی: لاپاروسکوپی چه مزیت ویژه ای دارد؟
- (۶) بالاپاروسکوپی در بیماران فوق تا کجا می توانیم پیش برویم؟
- (۷) "شکم حاد" را در مورد چه بیمارانی بکار می بریم؟
- (۸) تصمیم به انجام جراحی در بیماران فوق بر چه مبنایی است؟
- (۹) کاربرد لاپاروسکوپی در "شکم حاد"
- (۱۰) درمان لاپاروسکوپی عوارض حاد بیماری پپتیک: سوراخ شدن؛ خونریزی و انسداد
- (۱۱) آپاندیسیت حاد
- (۱۲) التهاب حاد کیسه صفرا
- (۱۳) درمان پریتونیت با علت ناشناخته بروش لاپاروسکوپی
- (۱۴) انسداد روده ها متعاقب چسبندگی عمل های قبلی
- (۱۵) مجموعه جراحی های لاپاروسکوپی



دکتر محمد طالب پور در حال انجام لاپاروسکوپی و آندوسونوگرافی



مطب

خیابان ولی عصر، نرسیده به اتوبان نیایش
خیابان شهید بابک بهرامی، پلاک ۸۵، واحد ۶
تلفن ۸۸۶۵۳۱۶۰ و ۸۸۶۵۳۱۶۰

بیمارستان لاله

شهرک غرب، خیابان فلامک جنوبی
جنب وزارت بهداشت، خیابان سیمای ایرانیان
تلفن ۸۸۳۶۹۸۷۲

Email: mtaleb7155@gmail.com

www.lgp.ir

www.laparoscopicgastricplication.com

(۱) درباره مؤلف

الف) دکتر محمد طالب پور پیش‌تاز لاپاروسکوپی پیشرفته در ایران



۱۳۹۰- کسب جایزه پلیکاسیون از کنگره IFSO

● ۱۳۴۲: تولد در تهران

● ۱۳۴۹-۱۳۶۱: تحصیلات دبیرستانی در مدارس علوی؛
البرز و نیکان

● ۱۳۶۱-۱۳۷۲: دوره پزشکی عمومی و تخصص جراحی در
دانشگاه تهران

● ۱۳۷۲ تا کنون: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

● ۱۳۷۳-۱۳۷۹: انجام جراحی لاپاروسکوپی پایه

● ۱۳۷۹-۱۳۸۰: گذراندن دوره بورس تحصیلی فلوشیپ
لاپاروسکوپی پیشرفته در انگلستان و فرانسه

● ۱۳۸۰ تا کنون: انجام جراحی های پیشرفته لاپاروسکوپی برای
اولین بار در ایران شامل بیش از ۳۰ نوع عمل جراحی

ب) شرکت در کنگره های ذیل و ارائه مقالات

- ۲۰۱۲ تایوان؛ کوهسیونگ؛ سمپوزیوم چاقی؛ دریافت جایزه به مناسبت اولین ارائه دهنده تکنیک پلیکاسیون؛
- ۲۰۱۱ آلمان؛ هامبورگ؛ کنگره جهانی چاقی IFSO
- ۲۰۱۱ امارات؛ ابوظبی؛ SKMC-Cleveland Sym ؛
- ۲۰۱۱ اسپانیا؛ بارسلونا؛ اولین کنگره پلیکاسیون معده
- ۲۰۱۰؛ سوئیس؛ ژنو؛ کنگره EAES (کنگره لاپاروسکوپیست های اروپایی)؛
- ۲۰۰۹؛ استرالیا؛ آدلاید؛ کنگره ISW (هفته جهانی جراحی)؛
- ۲۰۰۸؛ ژاپن؛ یوکوهاما؛ کنگره WCES (کنگره جهانی جراحی آندوسکوپی)؛
- ۲۰۰۸؛ هند؛ دهلی؛ کنگره تازه های جراحی کم تهاجمی
- ۲۰۰۷؛ کانادا؛ مونترال؛ کنگره ISW؛
- ۲۰۰۶؛ آلمان؛ برلین؛ کنگره EAES/WCES؛
- ۲۰۰۵؛ تونس؛ تونس؛ کنگره MMESA (کنگره جراحی آندوسکوپیک مدیترانه و آسیای میانه)؛
- ۲۰۰۵؛ چین؛ شانگهای؛ سمپوزیوم تروما و حوادث؛
- ۲۰۰۴؛ آمریکا؛ کالیفرنیا؛ سان دیه گو؛ کنگره ASBS (کنگره امریکایی جراحی چاقی)؛
- ۲۰۰۴؛ اسپانیا؛ بارسلون؛ کنگره EAES؛
- ۲۰۰۳؛ ترکیه؛ استانبول؛ کنگره MMESA؛
- ۲۰۰۳؛ اسکاتلند؛ گلاسکو؛ کنگره EAES؛



ج) شرکت در دوره های تکمیلی ذیل بمنظور ارتقاء سطح علمی

● ۲۰۱۰: لبنان؛ شرکت در دوره تکمیلی Single port

● ۲۰۰۹: دانمارک؛ ادنیزه؛ شرکت در دوره تکمیلی سونوگرافی
لاپاروسکوپیک و رادیو فرکونسی

● ۲۰۰۹: فرانسه؛ پاریس؛ شرکت در دوره تکمیلی لیگاشور
پیشرفته

● ۲۰۰۳: اسکاتلند؛ گلاسکو؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
چاقی؛

● ۲۰۰۳: انگلستان؛ داندی؛ شرکت در طرح تحقیقاتی و آنالیز
ارگونومی در اعمال جراحی خاص زیر نظر Prof Cuschieri

● ۲۰۰۱: انگلستان؛ لندن؛ شرکت در دوره تکمیلی جراحی
کولورکتال؛ بیمارستان سنت مارکس؛ زیر نظر Prof Philips





● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ بیمارستان سیویل؛ مرکز IRCAD؛ دوره تکمیلی جراحی لاپاروسکوپی کولورکتال و غدد
زیر نظر Prof Philips & Leroy

● ۲۰۰۱: فرانسه؛ استراسبورگ؛ IRCAD؛ شرکت در چهار دوره کوتاه مدت جراحی شامل:

"جراحی لاپاروسکوپیک دستگاه گوارش"

"جراحی لاپاروسکوپی پیشرفته"

"جراحی لاپاروسکوپیک آئورتوایلیاک"

"جراحی لاپاروسکوپیک نفرکتومی"

● ۲۰۰۰: انگلستان؛ داندی؛ بیمارستان Ninewells؛ دوره فلوشیپ یک ساله لاپاروسکوپی پیشرفته زیر نظر Prof Cus-chieri

انگلیسی:

- Twelve year experience of laparoscopic gastric plication in morbid obesity: development of the technique and patient outcomes, *Annals of Surgical Innovation and Research* 2012, 6:7
- Proficiency-gain curve for an advanced laparoscopic procedure defined by observation clinical human reliability assessment (OCHRA) *Surg Endosc.* 2008 Sep 23.
- Laparoscopic total gastric vertical plication in morbid obesity *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 17793-798 2007
- New aspects in laparoscopic cholecystectomy
Source: *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 17 (3):290-295 2007
- Laparoscopic management of an internal double omental hernia: a rare cause of intestinal obstruction, *Hernia* 9 (2):195-7 2005
- The role of endoscopic autopsy in trauma cases: the first report from Iran *Arch Iran Med* 2009 Jul; 12(4):353-7
- Synchronous surgical Removal of Suspicious Ovarian Metastases from colorectal cancer *Med journal of the Islamic Republic of Iran.* 2005 Feb; 18(4)

● آزاد سازی مری به روش توراکوسکوپي در کانسر مری مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۱؛ دوره ۱۰، پاییز، شماره ۳: صفحات ۸۶-۹۴

● ارزیابی روش های مختلف درمان سنگ کلدوک و گزارش درمان لاپاروسکوپیک آن در پنج بیمار مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۲؛ دوره ۱۱، پاییز، شماره ۳: صفحات ۷۴

● لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی روش انتخابی در درمان جراحی ITP، طب و تزکیه بهار ۱۳۸۳؛ (۵۲): ۹۶-۱۰۲.

● نحوه برخورد با بیماران مبتلا به ندول منفرد تیروئید بیمارستان امام، ۷۶-۱۳۷۱ مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۷): ۵۹۱-۵۹۷.

● نقش لاپاروسکوپي در بیماران ترومائی مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۳؛ ۶۲(۸): ۶۹۸-۷۰۴.

● بررسی صحت تشخیصی لاپاراسکوپي در آسیب شکمی ترومای منجر به فوت در پزشکی قانونی تهران مجله دانشکده پزشکی آذر ۱۳۸۵؛ ۶۴(۹): ۳۳-۳۹.

● لاپاروسکوپیک هرنیوپلاستی در فتق های اینگوینال دوطرفه به کمک مش عینکی شکل در ۵۴ بیمار مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران دوره ۶۵ شماره ۵ مرداد ۸۶

● لاپاراسکوپیک هرنیوپلاستی با بی حسی اپیدورال: گزارش ۲۰ بیمار مجله دانشکده پزشکی فروردین ۱۳۸۶؛ ۶۵(۱): ۶۰-۶۴

(و) سخنرانی



● ۱۳۷۸ کنگره سالیانه انستیتو

کانسر: تشخیص اولیه کانسرتیروئید

به کمک تظاهرات دوردست آن

● ۱۳۸۱ جامعه جراحان:

لاپاروسکوپیک اسپلنکتومی

● ۱۳۸۱ کنگره طب داخلی:

جراحی لاپاروسکوپیک

فوندوپلیکاسیون مری در بیماری

رفلاکس

● ۱۳۸۲ جامعه جراحان: درمان لاپاروسکوپیک بیماری آشالازی مری

● ۱۳۸۲ کنگره هپاتوبیلیری ایران: جراحی لاپاروسکوپیک سنگ های

کلدوک

● ۱۳۸۳ جامعه جراحان: درمان جراحی فتق دوطرفه با مش عینکی

بروش لاپاروسکوپیک

● ۱۳۸۳ جامعه جراحان: ترمیم لاپاروسکوپیک پرولاپس رکتوم

● ۱۳۸۳ کنگره تروما؛ چین: نقش لاپاروسکوپي در درمان بیماران

ترومایی stable

● ۱۳۸۳ کنگره MMESA؛ ترکیه: ارزیابی بالینی آناستوموز با دست

بروش لاپاروسکوپیک در ۲۰ بیمار سرطان پیشرفته لوزالمعده

● ۱۳۸۴ کنگره جراحی دانشگاه علوم پزشکی ایران: گزارش بیماران

جراحی شده کولورکتال به روش لاپاروسکوپي

● ۱۳۸۵ جامعه جراحان: خروج تیموس از مدیاستن بروش

توراکوسکوپي

● ۱۳۸۵ کنگره MMESA تونس: جراحی کم تهاجم در درمان

سرطان مری

● ۱۳۸۵ کنگره EAES اسپانیا: بررسی منحنی آموزشی جراحان در

فراگیری لاپاروسکوپي بر اساس مدل مطالعاتی انسانی

● ۱۳۸۶ کنگره EAES آلمان: خروج کیسه صفرا بروش
لاپاروسکوپیک با دیدگاه جدید

● ۱۳۸۶ کنگره سالیانه انستیتو کانسر: نقش لاپاروسکوپي در کانسر معده

● ۱۳۸۶ کنگره والز؛ هند: جراحی واریس پا بروش آندوسکوپیک

● ۱۳۸۷ کنگره ISW مونترال:

اتوپسی لاپاروسکوپیک در متوفیان حاصله از تصادفات

درمان جراحی لاپاروسکوپیک فتق با بیحسی اپیدورال

● ۱۳۸۷ کنگره ASBS سانفرانسیسکو: جراحی پلیکاسیون معده

بروش لاپاروسکوپیک در بیماران چاق

● ۱۳۸۷ کنگره اورولوژی: جراحی آندوسکوپیک بافت نرم (پستان؛

زیر بغل؛ هیدروسل و ...)

● ۱۳۸۷ کنگره فتق؛ دانشگاه شهید بهشتی: درمان لاپاروسکوپیک

فتق های جداره شکم

● ۱۳۸۸ کنگره WCES ژاپن:

چه بیمارانی بیشترین نتیجه را از جراحی های باریتریک می برند؟

گزارش نتایج جراحی پلیکاسیون معده در بیماران چاق ایرانی

سمپاتکتومی کمری به روش آندوسکوپیک

درمان لاپاروسکوپیک کیست هیداتیک کبد

● ۱۳۸۹: کنگره EAES؛ سوئیس؛ لاپاروسکوپیک امینال فلیپ

● ۱۳۸۹ امارات؛ ابوظبی؛ سمپوزیوم ابوظبی- کلیولند در مورد چاقی

● ۱۳۹۰ اسپانیا؛ سمپوزیوم پلیکاسیون معده؛ ارائه مدل پیشنهادی

پلیکاسیون بر روی بیمار توسط مولف به صورت زنده در بیمارستان

Bellvitge

● ۱۳۹۰ آلمان؛ کنگره IFSO؛ ارائه چهار سخنرانی در مورد پلیکاسیون

● ۱۳۹۰ تایوان؛ سمپوزیوم چاقی؛ ارائه آخرین نتایج پلیکاسیون

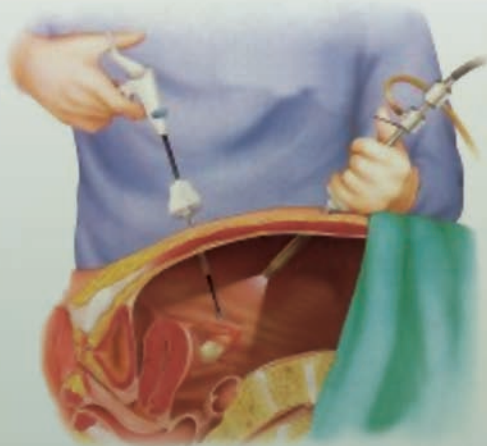
● ۱۳۹۱ کنگره زنان اصلاح ناباروری به دنبال جراحی پلیکاسیون

و ده ها سخنرانی داخلی و خارجی دیگر

(۲) چرا بیماران، لاپاروسکوپی را ترجیح می دهند؟

● از آنجا که برش ایجاد شده در جداره شکم بسیار کوچک و مجزی می باشد ظاهر بیمار بعد از عمل، زیبایی طبیعی خود را حفظ خواهد کرد.

● صدمه به نسوج بدن شامل عضلات و پوست جداره شکم و ... به مراتب کمتر است لذا سیستم امنیتی بدن و قدرت ترمیم در بدن کمتر متاثر می شود.



● پایانه های حسی جداره بدن بسیار حساس بوده لذا بعد این اعمال به علت عدم تحریک این پایانه ها، درد بعد از عمل به مراتب کمتر بوده لذا بیمار سریعتر به فعالیت های روزانه خود پرداخته و زودتر می تواند از بیمارستان مرخص شود.

● از آنجا که دستکاری احشاء شکمی در این عمل صورت نمی گیرد لذا حرکات روده ای بعد عمل سریعتر به حالت عادی باز گشته و فرد می تواند مایعات و غذا مصرف کند.

● به علت صدمه نسجی کمتر در داخل شکم و جداره بدن احتمال چسبندگی داخل شکمی کمتر وجود دارد.

● مشکلات حاصل از برش های جراحی نظیر عفونت زخم و یا فتق محل برش در این افراد دیده نمی شود.

● به خصوص در افراد چاق چون برش های جراحی باز خیلی بزرگ تر است لذا مزایای لاپاروسکوپی در افراد چاق چشمگیر تر است.

● جراح در حین عمل به کمک تلسکوپ محل عمل را می بیند که دیدی با بزرگنمایی حداقل ۲/۵ برابر نرمال و با نور عالی برای جراح تامین می کند که به مراتب واضح تر از روش باز است.

● اگر چه هزینه عمل بروش لاپاروسکوپی از روش باز بیشتر است ولی عملاً بعلت کوتاه تر شدن مدت بستری در بیمارستان هزینه نهایی تفاوت قابل توجهی ندارد



۳) بیماران حادثه دیده چه زمانی نیاز به جراحی شکمی دارند؟

● حوادث به صور مختلف هر آن در کمین ما است. شایعترین فرم آن در کشور ما متاسفانه حوادث رانندگی بخصوص با موتورسیکلت است. چیزی که در بسیاری از کشور ها آن را با رعایت استانداردهای لازم؛ نزدیک به صفر رسانده اند. تصادفات شایعترین علت مرگ در دهه چهار زندگی می باشد.

● در ضمن بسیاری از افراد بدنبال تصادفات؛ دچار صدماتی با شدت های متفاوت می شوند؛ به گونه ایکه وقتی به اورژانس بیمارستان می رسند؛ تصمیم گیری بر اینکه آیا نیاز به عمل جراحی دارند یا خیر؛ حائز اهمیت بسیاری است.



از لحاظ آماری یک سوم بیمارانی که به اورژانس ها بدنبال حوادث رسانده می شوند و نیاز به عمل جراحی دارند؛ آنچنان در شرایط بد و پیشرفته ای هستند که بوضوح نیاز به عمل جراحی بدون فوت وقت دارند.

● هر گونه اتلاف وقت در این بیماران نابخشودنی است و بمحض احیاء اولیه بیمار و فراهم سازی شرایط مقدماتی قبل از عمل؛ جراحی سریعا در دستور کار قرار می گیرد.

● دو سوم بیمارانی که به اورژانس آورده می شوند و نهایتا نیز تحت عمل جراحی قرار می گیرند؛ در بدو ورود شرایط نامناسبی ندارند و ظاهرا خیلی بد حال نیستند.

● این افراد دچار صدماتی شده اند که مهم و مخاطره آمیز است ولی زمان می برد تا به آن فاز برسند و عملا امکان بررسی بیشتر و صرف وقت بیشتری برای آماده سازی بیمار قبل از عمل جراحی را داریم.

● موارد زیادی از بیماران نیز هستند که اگر چه دچار حادثه شده اند ولی صدمه بافتی مهمی در آن ها رخ نداده است و صرفا با کنترل بیمار؛ می توان بعد از بررسی های دقیق و اطمینان از عدم وجود مشکل جدی؛ بیمار را مرخص کرده و هیچگونه عملی نیاز ندارند.



● افتراق بین این سه گروه بیماران و اقدام مقتضی در هر کدام؛ هنر پزشک جراح در مواجهه با این بیماران می باشد.

● روش های مرسوم می که جهت این امر به کار گرفته می شود در گروه اول بیماران صرفا معاینه بالینی بوده و در گروه دوم و سوم با استفاده از سونوگرافی بر بالین بیمار (FAST)؛ سی تی اسکن و یا لاولژ شکمی می باشد.

● نهایتا بر اساس معیارهای مشخص علمی و با استناد به روش های تشخیصی فوق؛ تصمیم به عمل جراحی برای بیماران گروه دوم و سوم گرفته می شود.

۴) کاربرد لاپاروسکوپی در بیماران حادثه دیده

● دیده شده است که بر اساس معیارهای استاندارد؛ اگر بیماری را که بدنبال حوادث به اورژانس آورده اند وبا بررسی های تکمیلی تصمیم به عمل جراحی برایشان گرفته ایم؛ در عمل حدود نیمی از آنها صدمه بافتی مهمی در شکمشان نداشته اند. (از گروه دوم و سوم)

● در واقع؛ جراح بر اساس معیارهای علمی موظف است تن به عمل جراحی بدهد تا موردی را اشتباه نکرده و جان بیماری را در معرض خطر قرار ندهد؛ به قیمت انجام ۵۰٪ موارد؛ جراحی پوچ و یا کم اهمیت.



● شایعترین این حالات شامل صدمه شدید عضلات جداره شکم با خونریزی مختصر داخل شکمی بعلت له شدگی نسج عضلات؛ پارگی های مختصر کبد و یا مزوی روده ها به گونه ای که موجب خونریزی مختصر شده است و خود بخود قابل بند آمدن است و یا مواردی از این قبیل که اگر عمل نیز نمی شدند؛ اتفاقی برایشان نمی افتاد؛ می باشد.

● مواردی نیز دیده می شود که اگر چه صدمه بافتی وجود دارد ولی با یک اقدام خیلی ساده قابل کنترل است. مثل پارگی مختصر کبد که خونریزی خفیفی داشته و بند نیامده است که با یک اقدام ساده نظیر کوتر می توان آن را براحتی مهار کرد.

● بسیاری از بیماران حادثه دیده گروه دوم و سوم؛ کاندیداهای لاپاروسکوپی می باشند.

۵) در بیماران تصادفی؛ لاپاروسکوپی چه مزیت ویژه ای دارد؟

● در یک بیمار حادثه دیده که انجام جراحی برایش توصیه شود؛
حین جراحی باید از بالاترین نقطه شکم تا پایین ترین ناحیه لگن
رویت شود تا هر گونه ضایعه احتمالی شناسایی شود.

● لازمه این امر بصورت روتین ایجاد برشی در خط وسط
جداره شکم از عانه تا زیر قفسه صدری می باشد تا بتوان
بخوبی به همه نقاط شکم دسترسی داشت.

● چنانچه بتوان در این بیماران با احتمال ضایعات کوچک تر؛ از
روش لاپاروسکوپی استفاده شود؛ عملا همان نتیجه را با ایجاد
صرفا سه برش کوچک کمتر از یک سانتیمتری می توان به
دست آورد.

● این اختلاف قابل توجه در طول برش جراحی در مقایسه بین
عمل باز و بسته بسیار چشمگیر است بگونه ای که بجای برشی
حدودا ۳۰ سانتیمتر؛ صرفا از جمعا حدود دو سانتیمتر برش
پوستی در روش لاپاروسکوپی استفاده می شود.

● بعنوان مقایسه اگر عمل جراحی کیسه صفرا را در نظر بگیریم
که جذابیت و تمایل زیادی در مورد جراحی لاپاروسکوپی در آن
وجود دارد؛ برش عمل باز حدود ۷ الی ۱۰ سانتیمتر بوده حال
آن که مجموع برش جراحی بسته بصورت روتین حدود ۳
سانتیمتر می باشد.



۶) لاپاروسکوپي در بيماران فوق تا کجا مي توانيم پيش برويم؟

● چنانچه بخواهيم در مورد بيماران حادثه ديده از روش لاپاروسکوپي استفاده کنيم؛ بايد الزاما مجهزترين امکانات را داشته باشيم. چرا که لاپاروسکوپي تشخيصي در يك بيمار تصادفي؛ يعني همه جاي شکم را بايد با وسواس و دقت کامل گشته و وجود هر ضايعه اي را رد کنيم



● انتخاب درست بيمار بسيار حائز اهميت است. بيماري که علائم حياتي ناپايدار داشته و در معرض شوک است؛ يا بعلت اتساع شديد شکم و يا شدت عفونت داخل شکمي (Sepsis) از لحاظ تکنیکی امکان لاپاروسکوپي فراهم نباشد؛ بيماران خوبي براي لاپاروسکوپي نيستند

● در مابقي بيماران اجازه انجام لاپاروسکوپي وجود دارد. البته اين به اين معني نيست که قبل از انجام بررسي هاي غير تهاجمي نظير سونوگرافي؛ سي تي اسکن و لاواژ و گذاشتن انديکاسيون عمل در اين بيماران با صرف اينکه لاپاروسکوپي روشي کم خطر است بي مهابا هر فردي را که حدس زديم ممکن است مشکلي داشته باشد به اتاق عمل ببريم

● در قدم اول بسیار مهم است که تشخیص دهیم آیا واقعا داخل شکم مشکلی وجود دارد یا خیر: مشاهده خون؛ صفرا یا مدفوع و ... همه به این معنی است که داخل شکم صدمه مهم بافتی وجود دارد. این توانایی در لاپاروسکوپی در نزدیک به ۱۰۰٪ موارد وجود دارد.

● مرحله دوم لاپاروسکوپی این است که آیا محل ضایعه اصلی را میتواند شناسایی کند یا خیر؟ مثلا اگر نتواند متوجه شود محل خونریزی کجاست و برای شناسایی آن مجبور به باز کردن شکم شود؛ خیلی موفقیت بزرگی به دست نیامده است.

● توانایی شناخت محل حادثه در لاپاروسکوپی در مراکز مجهز حدود ۹۵٪ می باشد.

● مرحله سوم کار؛ درمان ضایعه ایجاد شده می باشد: بدینصورت که اگر مثلا کبد پارگی مختصری دارد که خونریزی آن هنوز بند نیامده است با همان روش لاپاروسکوپی بتوانیم خونریزی را مهار کرده و یا اگر روده سوراخ شده است با ترمیم محل پارگی بروش لاپاروسکوپی ضایعه را اصلاح کنیم و ... و عملا همه کار را با لاپاروسکوپی پیش ببریم

● این مرحله شدیداً به فرد و مرکز مربوطه وابسته است و در آمارهای مختلف از ۱۰ الی ۷۰٪ موارد؛ می توان با روش لاپاروسکوپی مشکل را حل کرد

● بصورت کلی دیده شده است چنانچه در موارد بیماران انتخابی حادثه دیده؛ لاپاروسکوپی صورت گیرد حدود ۶۵٪ مواردی که قبلاً جراحی باز انجام می شد و هیچ ضایعه مهمی یافت نمی شد و یا ضایعات مختصری که براحتی قابل ترمیم بودند داشتند؛ عملاً از این روش سود میبرند



۷) "شکم حاد" را در مورد چه بیماری‌رانی بکار می‌بریم؟

● بسیاری از بیمارانی که به اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند؛ مشکلشان بدن‌بال بروز تصادف و یا هر حادثه دیگری رخ نداده است؛ بلکه ظاهراً خودبخود ایجاد شده است.

● مهمترین عاملی که این بیماران را به اورژانس می‌کشاند "درد" است.

● قدرت تشخیص درست مدل درد در بیمار و ارتباط آن با مسائل مهم شکمی که می‌تواند مخاطره‌آمیز باشد و حتی منجر به مرگ شود؛ هنر پزشک مستقر در اورژانس می‌باشد.

● اکثریت موارد مراجعه‌کننده به اورژانس‌ها بعلت درد؛ در واقع مشکل مهمی ندارند؛ و صرفاً از یک اسپاسم روده‌ها گرفته تا یک کرامپ عضلانی ممکن است تابلوی یک درد شکم را تقلید کند.

● از آنجا که موارد مهمی که منجر به جراحی می‌شود و تشخیص دیر هنگام آن می‌تواند حتی منجر به مرگ شود و تحت عنوان "شکم حاد" تعریف می‌شود؛ در شروع ممکن است خیلی واضح نباشد و حتی با موارد معمولی درد شکم اشتباه شود؛ لذا معیارهای مهمی عمدتاً در معاینه بالینی وجود دارد که پزشک را به سمت تشخیص درست راهنمایی می‌کند.

● از لحاظ آماری نزدیک به ۸۵٪ موارد مراجعه‌کننده به اورژانس‌ها بیماران داخلی هستند.

● از ۱۵٪ مواردی که بیماران جراحی هستند؛ عملاً ۸۵٪ آن‌ها کارشان به جراحی کلاسیک کشیده می‌شود.



۸) تصمیم به انجام جراحی در بیماران فوق بر چه مبنایی است؟



● مهمترین مبنای تصمیم‌گیری به عمل جراحی بر اساس علائم شکمی بیمار می‌باشد.

● بیماران جراحی اولین علامت شکم‌پاشی سفتی غیر ارادی عضلات شکم است که در تنفس عمیق عدم شل شدن آن بخوبی معلوم می‌شود.

● سفتی ارادی عضلات؛ یافته خیلی شایعی است که اهمیت نداشته و در هر مشکل داخلی شکم نیز ممکن است دیده شود.

● بتدریج حساسیت واضح جداره شکم (تندرنس)؛ درد شدید و تیز در مرحله انتهایی معاینه شکمی (ریباند)؛ سفتی بسیار شدید شکم در حدی که مثل اینکه روی یک چوب سفت داریم فشار می‌آوریم؛ در مراحل بعدی تشدید علائم دیده می‌شود.

● یافتن علائم فوق اغلب با یک بار معاینه و بلافاصله بدست نمی‌آید؛ بلکه معمولاً بیماران مشکوک را؛ بستری کرده و در طی معاینات مکرر به تشخیص می‌رسند.

● بسیاری از اقدامات تکمیلی که جنبه کمک به رسیدن به تشخیص را در موارد مشکوک دارد را نیز می‌توان استفاده کرد: نظیر آزمایشات؛ عکس برداری ساده؛ سی تی اسکن و ...

● این اقدامات در مواردی که تشخیص محرز است ممنوع و یک نوع اتلاف وقت است.

۹) کاربرد لاپاروسکوپي در "شکم حاد"

● بمحض رسیدن به تشخیص "شکم حاد جراحی" بیمار باید سریعاً عمل شود.

● از آنجا که اغلب فقط می دانیم بیمار نیاز به عمل جراحی دارد ولی نمی دانیم دقیقاً مشکل کجاست؛ باید از برش خط وسط استفاده کرده و معمولاً برشی حدود ۲۰ الی ۳۰ سانتیمتر جهت دستیابی به همه شکم و تشخیص دقیق ضایعه لازم است.

● قبل از عمل جراحی باید بیمار را در وضعیت عمومی خوب از لحاظ علائم حیاتی مناسب (فشار خون؛ نبض؛ تنفس و درجه حرارت بدن) برسانیم؛ رزرو خون؛ تجویز سرم و آنتی بیوتیک مناسب و نهایتاً تعبیه سوند معده و لوله ادراری جزو ملزومات هر عمل اورژانسی می باشد.



● بیمارانی که علائم حیاتی ناپایدار داشته و به سختی برای عمل آماده شده باشند اعم از اینکه در شوک بوده اند؛ خونریزی شدید داشته اند یا حجم زیادی خون باید تجویز شود و نهایتاً؛ زمان؛ فاکتور بسیار مهمی در برقراری شرایط پایدار در بیمار باشد (نظیر پارگی آنوريسم آئورت؛ پانکراتیت خونریزی دهنده و یا حاملگی نابجای پاره شده و ...) روش لاپاروسکوپي را پیشنهاد نمی دهیم.

● در مواردی که به هر دلیل شکم بیمار شدیداً متسع است به گونه ای که امکان تامین فضای مناسب جهت ورود هوا داخل شکم و انجام جراحی لاپاروسکوپي نباشد نیز؛ باید از این روش صرف نظر کنیم. مثال شایع این حالت انسداد مکانیکی روده ها و یا ایلئوس شدید بدنبال عفونت داخل شکمی می باشد.

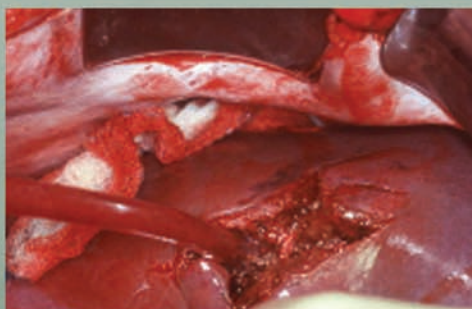
● چنانچه بیماری مبتلا به مشکلات شدید قلبی-ریوی نظیر نارسایی قلب و یا دیسترس تنفسی باشد نیز این روش توصیه نمی شود.

● نهایتاً سابقه عمل های جراحی باز نیز بعلت کاستن شانس امکان پذیر بودن لاپاروسکوپی؛ ثانویه به ریسک چسبندگی های داخل شکمی از مواردی است که با احتیاط باید تحت لاپاروسکوپی قرار گیرد.



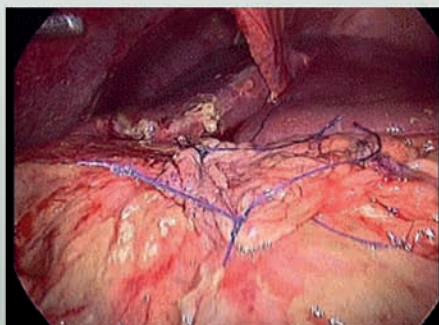
● به غیر از موارد فوق در مابقی بیماران شکم حاد جراحی؛ اجازه لاپاروسکوپی بعنوان روش برتر وجود دارد که از لحاظ آماری حدود دو سوم موارد بیماران شکم حاد را شامل می شود.

● ویژگی بارز لاپاروسکوپی در این موارد تفاوت بسیار در مقایسه بین طول برش لازمه برای لاپاروتومی با این روش است. در لاپاروسکوپی معمولاً یک تروکار ده میلیمتری و دو تروکار پنج میلیمتری کفایت می کند. در حالیکه در لاپاروتومی برش مورد نیاز بین ۲۰ الی ۳۰ سانتیمتر می باشد.



۱۰) درمان لاپاروسکوپی عوارض حاد بیماری پتیک: سوراخ شدن؛ خونریزی و انسداد

● بیماری التهاب مخاط معده ثانویه به اثر میکروب و اسید مترشحه (پتیک) از جمله بیماری های شایع معده می باشد که خوشبختانه امروزه با شناسایی عوامل میکروبی مولد آن و مصرف آنتی بیوتیک های مربوطه و داروهای ضد مترشحه اسید نظیر امپرازول و پنتوپرازول و ... شاهد درمان قاطع آن بوده و خیلی بندرت عوارض حاصله از این بیماری ممکن است دیده شود.



● چنانچه به هر دلیل فردی بعد از تشخیص بیماری پتیک؛ داروهای مربوطه را مصرف نکند و یا بروز اولیه بیماری بصورت یکی از عوارض باشد؛ می توان بیمارانی با عوارض حاصله از این بیماری را ملاحظه کرد.

● از جمله عوارض این بیماری؛ سوراخ شدن محل زخم در ابتدای دوازدهه یا انتهای معده است.

● در این حالت بعثت خروج ترشحات معده به فضای شکم؛ فرد دچار درد شدید شکم و علائم حاد جراحی می شود.

● هر چه سریعتر باید بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته و سوراخ ایجاد شده ترمیم شود.

● چنانچه بیمار در زمان مناسب مراجعه کرده باشد و هنوز شواهد عفونت شدید در بدن مستقر نشده باشد؛ عمل لاپاروسکوپی و ترمیم آن با این روش یک پیشنهاد مفید است.

● تفاوت برش مورد نیاز برای یک عمل باز در پریتونیت در مقایسه با لاپاروسکوپی بسیار چشمگیر می باشد.



● خونریزی از محل زخم مقاوم به درمان های اولیه و اقدامات آندوسکوپیک نیز از مواردی است که به عمل اورژانس نیاز دارد.

● در این حالت بر خلاف مورد قبلی حتما عمل ضد ترشح اسید؛ نظیر واگوتومی نیز باید انجام شود تا خطر عود خونریزی را به حداقل برساند.

● روش لاپاروسکوپی و انجام یک برش روی معده و شناسایی محل خونریزی و بخیه زدن روی آن به همراه انجام واگوتومی عمل قابل پیشنهاد می باشد.

● گاهی زخم ناحیه اول دوازدهه مرتب ترمیم شده و مجددا عود کرده است. نتیجه این روند ایجاد یک اسکار بزرگ و غیر طبیعی در مسیری که قطر حدود ۲ سانتیمتر دارد؛ است که موجب بسته شدن مسیر عبور غذا و عملا انسداد می باشد.

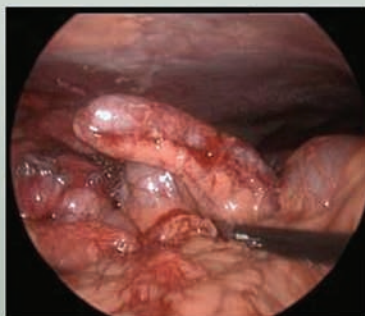
● درمان این عارضه نیز بصورت ایجاد یک راه فرعی جدید بین معده و روده باریک؛ می باشد که بخوبی بروش لاپاروسکوپی قابل انجام است.

(۱۱) آپاندیسیت حاد

● زائده آپاندیس قسمت استحاله یافته ابتدای روده بزرگ است که بصورت یک مجرای باریک و غیر فعال در آمده است.

● بافت زیر مخاطی این عضو جزو سیستم ایمنی بدن بوده و نهایتاً به این دلیل می توان آن را ارگانی مفید دانست.

● از آنجا که قطر این مجرا باریک است و محتویات داخل روده بزرگ در آن ناحیه حاوی تکه های هضم نشده می تواند باشد؛ لذا احتمال گیر کردن این مواد سفت داخل روده؛ در ورودی آپاندیس وجود دارد که همین می تواند موجب انسداد مسیر خروجی آن و کم کم بروز تجمع ترشحات؛ عفونت؛ التهاب؛ احتقان؛ نکروز و پارگی آن شود.



● گاهی بجای انسداد مجرای ورودی آپاندیس؛ التهاب بافت های زیر مخاطی موجب باریک تر شدن مجرا و علائم التهاب؛ عفونت و ... نه به شدت وقتی که انسداد رخ داده باشد؛ می شود.

● در هر حالت آپاندیس التهاب یافته چه باعث انسداد و یا التهاب بافت مخاطی رخ داده باشد؛ باید از بدن خارج شود.

● در صورت عدم جراحی؛ سیر التهاب آپاندیس در گروهی که همراه با انسداد بوده تقریباً همیشه به سمت پاره شدن و پریتونیت و مرگ خواهد بود.

● در گروهی که صرفاً بالتهاب جداره همراه بوده است این سیر در گروه کمی می تواند برگشت پذیر بوده و فرد خودبخود خوب شود. البته خطر عود التهاب در آپاندیسی که یکبار ملتهب شده؛ بیشتر بوده و الزام خروج آپاندیس حتی اگر خوب شده باشد نیز وجود دارد.

● نهایتاً جراحی فرد مبتلا به آپاندیسیت بعنوان یک عمل اورژانس الزامی است.

● روش لاپاروسکوپی دارای چند حسن مهم در آپاندکتومی است:

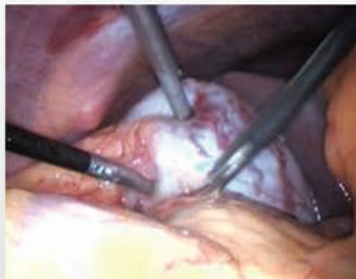
۱) در در صد کمی از بیماران علیرغم تمامی دقت ها در دادن تشخیص درست؛ ولی سر عمل متوجه آپاندیس نرمال می شویم که در روش لاپاروسکوپی می توان آن را برنداشت ولی در روش باز باید آن را در هر حالت خارج کرد تا در صورت حمله مجدد درد در شکم با مشاهده برش عمل به اشتباه دچار اطمینان از نبود آپاندیس در بدن نشد.

۲) محل آپاندیس در شکم دارای تنوع بسیار زیادی است و از زیر شکم سمت راست گرفته تا بالای شکم سمت چپ می توان آن را دید. در لاپاروسکوپی براحتی بدون تغییر در تعداد تروکارها می توان محل ضایعه را یافت و تروکارها را بر آن اساس داخل بدن کرد. ولی در روش باز مجبورید برای یافتن محل ضایعه و خروج آن برش جداره شکم را بزرگ تر کنید.

۳) قدرت مشاهده تمامی شکم جهت شناسایی مشکلات احتمالی دیگر؛ در مواردی که التهاب وجود ندارد خیلی بالاتر از وقتی است که با یک برش کوچک بخواهیم وضعیت شکم را ارزیابی کنیم



(۱۲) التهاب حاد کیسه صفرا



● سنگ کیسه صفرا چنانچه بدنبال مصرف غذای چرب؛ جابجا شده و در مجرای کیسه گیر کند؛ می تواند موجب درد شدید ناحیه فوقانی و راست شکم شود.

● البته اغلب بعد حدود یک ساعت که اثر انقباضات عضلات کیسه صفرا رفع شد؛ درد افتاده و مشکل تا مصرف غذای چرب بعدی رفع می شود.

● گاهی سنگی که گیر می کند؛ در ادامه موجب التهاب جداره کیسه و سوار شدن عفونت روی آن و عملا بیماری کله سیستیت می شود.

● این بیماری در صورت عدم درمان به موقع می تواند پیشرونده بوده و موجب نکروز؛ آمپیم؛ پاره شدن کیسه و نهایتا پریتونیت و مرگ شود.

● درمان جراحی و بویژه لاپاروسکوپی روش پیشنهادی در این بیماران است. اگر چه در بیماران با التهاب کیسه صفرا و احیانا چسبندگی نسوج اطراف به آن ممکن است شانس موفقیت لاپاروسکوپی را کاهش داده و عمل بروش باز اتمام یابد.

● مهمترین نکته در کاهش این امر انتخاب صحیح زمان عمل است. اگر در سه روز اول شروع التهاب؛ این عمل انجام شود بخوبی می توان با لاپاروسکوپی عمل را انجام داد.

۱۳) درمان پريتونيت با علت ناشناخته بروش لاپاروسکوپيک

● موارد ذکر شده در صفحات قبل موارد شايع علل پريتونيت در بيماران می باشد.

● گاهی علائم پريتونيت وجود داشته ولی تشخيص خاصی قبل از تن دادن به عمل وجود ندارد.

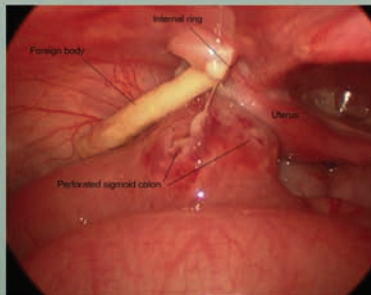
● در اين حالت محکم ترين دليل عمل؛ همان وجود علائم شکم حاد است و جراح خود را آماده مقابله با هر مشکلی که سر عمل مشاهده کند؛ خواهد کرد.

● چنانچه بيمار مبتلا به عفونت شديد شکمی و سپسيس شده باشد؛ بايد بعد از اقدامات مقدماتی قبل از عمل؛ نظير تجويز سرم کافي و آنتی بيوتیک جهت تحمل بيهوشي؛ عمل بروش باز انجام شود.

● در بيمارانی که در مراحل اوليه مراجعه کرده اند و مبتلا به سپسيس شديد شکمی هنوز نشده اند؛ جراحی را می توان به روش لاپاروسکوپي انجام داد.

● البته توانايی جراح در تجسس همه شکم به روش لاپاروسکوپي نیازمند مهارت زياد می باشد.

● گاهی بررسی شکم در اين موارد با يافته هایی کاملاً نادر و استثنایي همراه است که موجب پاره شدن روده و پريتونيت شده است.



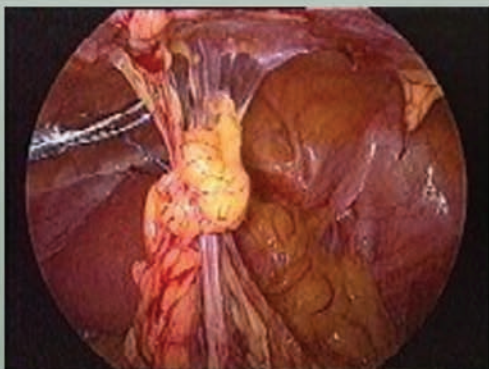
۱۴) انسداد روده ها متعاقب چسبندگی عمل های قبلی

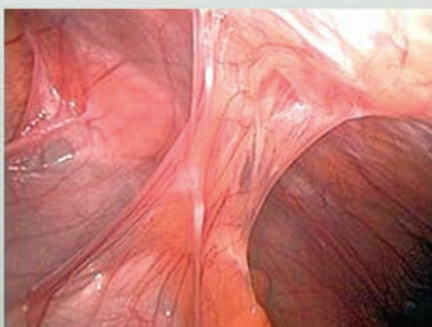
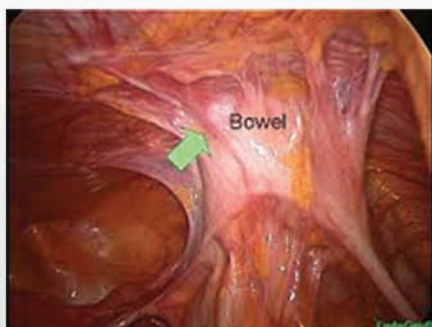
● بدنبال هر عمل جراحی شکمی؛ بعلت صدماتی که به بافت ها از جمله جداره شکم می رسد ممکن است در طول زمان نسوج به هم چسبیده و عملا فضای شکم از حالت نرمال و طبیعی خود خارج شود.

● در اغلب موارد طی یک دوره شش هفته ای این چسبندگی ها بر طرف شده و همه چیز عادی می شود.

● بندرت بعلت تداوم یک مشکل بافتی نظیر ایسکمی یک ارگان و یا وجود مواد تحریک آمیز نظیر گره نخها و یا پودر تالک دستکش ها؛ چسبندگی ها تداوم یافته و حتی سفت تر می شود.

● وجود یک شبکه بافت های فیبروتیک سفت در شکم بندرت می تواند منجر به تولید فضاهایی مصنوعی در داخل شکم شده که احشا داخل شکمی داخل آن گیر کرده و علائم انسدادی ایجاد کنند.





● در این حالت بهتر این است تا حداکثر ۴۸ ساعت صبر کرده و با نخوردن غذا و تجویز سرم؛ منتظر باشیم تا بلکه روده گیر کرده، دوباره داخل فضای شکم، آزاد شود و مشکل رفع شود.

● چرا که تن دادن سریع به عمل مجدد؛ جز اینکه با بالا بردن ریسک چسبندگی های بیشتر در طول زمان؛ نهایتاً حسن دیگری ندارد.

● چنانچه علیرغم صبر کردن انسداد رفع نشود؛ چاره ای جز تن دادن به عمل جراحی نیست.

● گاهی صرفاً یک باند محکم و سفت عامل انسداد شده است که در این حالت روش لاپاروسکوپی ارجح است. ولی در موارد چسبندگی های وسیع و منتشر ممکن است با لاپاروسکوپی نتوان مشکل را رفع کرد.

۱۵- فهرست اعمال جراحی که مولف به روش لاپاروسکوپی (Minimally invasive) انجام می دهد:

۱) جراحی بیماری چاقی مفرط:

- پلیکاسیون معده
- بای پس معده
- بای پس روده
- گاستریک باندینگ

۲) جراحی سنگ های کیسه صفرا و مجاری صفراوی:

- کله سیستکتومی
- بای پس کیسه صفرا به ژژنوم
- اکسپلوراسیون کلدوک و کلدوکوسکوپی و گذاشتن T-Tube

۳) جراحی مری:

- آشنالازی
- دیورتیکول مری
- فوندوپلیکاسیون مری در بیماری رفلاکس
- ازوفاجکتومی در سرطان مری

۴) جراحی معده:

- برداشتن پولیپ ویا تومور های خوش خیم معده
- برداشتن معده در سرطان معده بصورت گاسترکتومی پروگزیمال و یا توتال
- زخم پاره شده دوازدهه
- خونریزی معده
- تنگی خروجی معده بعلت بیماری پپتیک

۵) جراحی کبد و طحال:

- اسپلنکتومی در ITP
- کیست هیداتیک کبد
- اسفروسیتوز و تالاسمی
- بیوپسی کبد
- RF Ablation متاستازهای کبدی با سونوگرافی حین لاپاروسکوپی

۶) جراحی کولورکتال: (روده بزرگ)

- پرولاپس رکتوم
- سیگموئیدکتومی
- توتال کولکتومی
- آپاندکتومی
- همی کولکتومی راست و چپ

(۷) جراحی لوزالمعده:

- پانکراتکتومی دیستال
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- بای پس مجاری صفراوی و گوارشی در سرطان پیشرفته لوزالمعده

(۸) جراحی غدد:

- پاراتیروئید
- ژنیکوماستی
- آدرنال
- تیموس
- دیسکسیون غدد لنفاوی زیر بغل در سرطان پستان

(۹) جراحی فتق های جداره شکم:

- فتق کشاله ران
- فتق محل عمل قبلی
- فتق نافی
- فتق هیاتال
- فتق های داخل شکمی
- فتق دیافراگم

(۱۰) جراحی عروق:

- واریس پا
- سمپاتکتومی کمری
- واریکوسل
- سمپاتکتومی توراسیک
- بستن وریدهای پرفوران ساق پا SEPS

(۱۱) اورژانس:

- تصادفات در بیماران Stable
- پرفوراسیون زخم دوازدهه
- انسداد های ثانویه به چسبندگی
- خونریزی معده
- آپاندیسیت
- پریتونیت
- انسداد معده
- کله سیستیت حاد

(۱۲) آناستوموز با دست:

- گاستروژژنوستومی در انسداد معده
- گاستروژژنوستومی در گاستریک بای پس
- کلدوگودئودنوستومی
- ایلئورکتال آناستوموز
- آناستوموز سودوکیست پانکراس به معده
- کولورکتال آناستوموز
- کله سیستوژژنوستومی
- آنتروانتروستومی

(۱۳) متفرقه

- امینتال فلپ در عفونت استرنوم و یا فیستول رکتال
- هیدروسل
- غدد لنفاوی کشاله ران
- اتوپسی متوفیان ترومایی و یا مبهم