

بسم الله الرحمن الرحيم

بیت تحریر: زهراسکران - مسابک نفس - فرانک رحمانی - فرشته برادران فرد - زهر اصادقی - فرناز جوکار - فاطمه نیک بخت - حمید انصاری - مهدی امیدی - حسین غلامی - ملیکا زکریا زهره صالحی - سید عباس داتلی بیگی - احمد رضا کنعانی - نقشه بهرامی - فرزانه سادات البطحی - امیر حسین باقر کره - لیلا حاجیان - حسین عسکری نژاد (علوم پزشکی آبادان)

باساس فراوان از:

دکتر حسین اکبری اقدم، متخصص ارتویدی، به عنوان ناظر فیلد ارتویدی
دکتر رضا کاظمی، ریزدنت سال چهارم ارتولوژی، به عنوان ناظر فیلد ارتولوژی
دکتر بهناز خانی، متخصص زنان و زایمان و رئیس بیمارستان بهشتی
دکتر حسن فرهمند، مدیر گروه و مدیر بودا سبق تکنولوژی جراحی
دکتر اکرم اعرابی، مدیر گروه تکنولوژی جراحی

خانم سهیلا مرده، استاد تکنولوژی جراحی
خانم مرگن جوکار، استاد تکنولوژی جراحی
آقای جلالی مسئول اتاق عمل کاشانی و مسئولین CSR بیمارستان آیت الله کاشانی
خانم سلطانی مسئول واحد نشریات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
و تمام کسانی که ما را در تهیه این شماره یاری نمودند.



شناسنامه



شماره مجوز: ۴۲-۱-۹۵

نام خانوادگی: نشریه علمی - صنفی

نام: شریان

مسئول و بلاک: حسین غلامی
طراح جلد: مسابک نفس - فرانک رحمانی
طراح لوگو: علی نعمت اللهی
صفحه آرا: حسین غلامی
استاد مشاور: خاتم جوکار (استاد تکنولوژی جراحی)
بیت دبیران:
آیکینه هایر اطمیان - لیلا حاجیان - فاطمه نیک بخت

تیراژ: ۲۰۰ نسخه - قیمت: ۲۰۰۰ تومان
دانشجویان تکنولوژی جراحی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
صاحب امتیاز: شورا صنفی دانشکده پرستاری و مامایی
مدیر مسئول: مسابک نفس
سر دبیر: فرانک رحمانی
دبیر اجرایی: امیر حسین نصر اصفهانی

تاریخ تنظیم شماره: بهمن ۹۶



بخش صنفی

کافه خبری

- یادداشت مهمان ۱۴۱
- مصاحبه ای از جنس دانشجو ۱۴۲
- دانشکده پرستاری_مامایی اصفهان ۱۴۵
- ۵۰ ساله شد!
- کنگره ای جهانی در نصف جهان ۱۴۸
- بالاخره طلسم برگزاری جشن برای رشته "تکنولوژی جراحی" شکسته شد!
- شریان در مجازستان! ۵۳

کافه خودمونی

- هیچ وقت برای شروع دیر نیست... ۵۵
- بهانه سبز ۵۷
- شرح گسسته ای از وهم یک عشق ۵۸
- کمر بریدگان ۶۰
- عشق عملی ۶۲
- به فاصله یک تکرار ۶۳

فهرست

سخن نخست
سر مقاله

بخش علمی

کافه جراحی

فیلد ارتوپدی :

- ترمیم پارگی تاندون آشیل ۶
- آرتروپلاستی کامل مفصل زانو ۹

فیلد زنان :

- آنچه زنان نمی دانند! ۱۳
- خروج توده پاراتوبال به روش لاپاراسکوپي (کیس ریپورت) ۱۶

فیلد ارولوژی :

- مبارزه ای با سنگ های سرسخت کلیه ۱۹
- TOT یاTVT؟! مسئله اینست...! ۲۱

کافه یادگیری

- بازگشت به زندگی (توان بخشی پس از جراحی مفصل زانو) ۲۶
- مقدماتی از CT-Scan (جلسه اول) ۲۹
- مشت نمونه خروار ۳۱
- هیپاتیت B از تشخیص تا درمان ۳۳
- ارتوپدی خاص (ترمینولوژی ارتوپدی) ۳۶
- آگه گفتی من چیم؟ ۳۸

سخن نخست



مهسا نیک نفس، مدیرمسئول

دغدغه‌ی رشته‌ی تحصیلی داشتن و نگران بودن برای آینده این رشته و شرایط کاری آن مسائلی بود، که باعث شد من و دوستانم به فکر بیفتیم.

به فکر اینکه کاری متفاوت انجام دهیم؛ یک حرکت مثبت در راستای بهتر شدن رشته مان و آینده کاری آن. نشریه شریان نتیجه آن فکرها و نمود دغدغه مندی های ماست؛ که امیدواریم بتواند به پویا نگه داشتن رشته مان کمک کند.

اجازه دهید ابتدا خوش آمدی به جدیدالورود های عزیزمان عرض کنم و یک توضیح مختصر از روند کاری نشریه بگویم.

نشریه شریان یک نشریه علمی-صنفي دانشجویان تکنولوژی جراحی است که شامل چند بخش متفاوت از جمله کافه جراحی - کافه یادگیری - کافه خبری و کافه خودمونی می باشد و برای آشنایی شما دوستداران علم با انواع تکنیک های جراحی، طریقه کیس ریپورت نوشتن، انواع ست های جراحی اخبار صنفی مربوط به رشته مان و شعر و دل نوشته های مرتبط، نهایت تلاش خود را انجام می دهد.

امید است که با یاری و همراهی شما دانشجویان عزیز و با انگیزه هر روز بیش از پیش شاهد پیشرفت رشته مان باشیم.

بی صبرانه منتظر پیوستن شما به نشریه شریان و شریانی شدنتان هستیم.
با نهایت سپاس



سرمقاله

پاییز در شریان جاریست... ادامه‌ی راه...

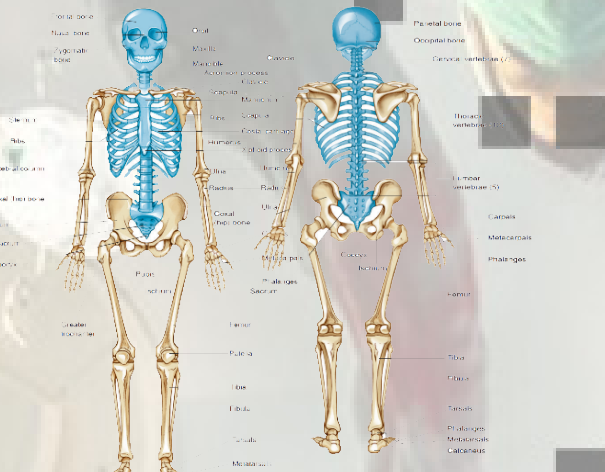
پاییز فصل قشنگیست؛ دل به دلش بدهی پر از رنگ‌های دلچسب می‌شوی، دل به دلش بدهی با باران هایش حال خوشی را برایت رقم می‌زند؛ با دلش همراه شو، بی‌شک از انتخابت شادمان خواهی شد... خداوند را شاکرم که این سعادت نصیبم گردید تا در شماره پاییز از سمت سردبیر با شما همراهان همیشگی شریان سخن بگویم.

بهترین راه پیش‌بینی آینده، ساختن آن است؛ این وظیفه بر عهده ما دانشجویان است که آینده‌ای درخور برای خود بسازیم و در عرصه تکنولوژی جراحی حرفی برای گفتن داشته باشیم. این مهم با علم، علاقه و تجربه به دست می‌آید. باید بیشتر کتاب بخوانیم، دقت خود را افزایش دهیم و همیشه تشنه یادگیری مطالب جدید باشیم. در شماره پیش‌رو، به یک رویداد مهم علمی پرداخته‌ایم. کنگره بین‌المللی جراحی‌های کم‌تهاجمی توانست به علم دانشجویان، پرسنل و جراحان بیفزاید و محفلی برای به اشتراک‌گذاری تجربه‌های گوناگون باشد.

تیم شریان مشتاقانه منتظر نظرات شما خوانندگان می‌باشد و از پیوستن شما به شریان استقبال می‌کند. امید است ذهن‌های خلاق شما در مسیر بهتر شدن شریان یاری‌گر ما باشد تا باهم مجله‌ای در راستای ارتقای سطح علمی و ذهنی دانشجویان این رشته داشته باشیم.

کافه جراحی

✓ **فیلد ارتوپدی :**
 ● **ترمیم پارگی تاندون آشیل**
 ● **آرتروپلاستی کامل مفصل زانو**



✓ **فیلد زنان :**
 ● **آنچه زنان نمی دانند!**
 ● **خروج توده پاراتوبال به روش**
 ● **لاپاراسکوپی (کیس ریپورت)**

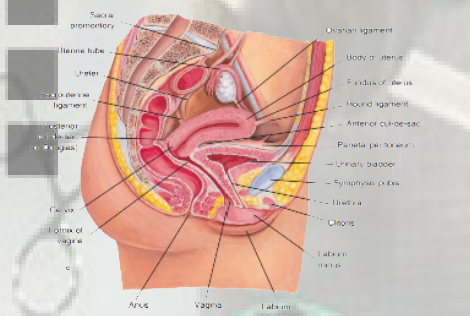
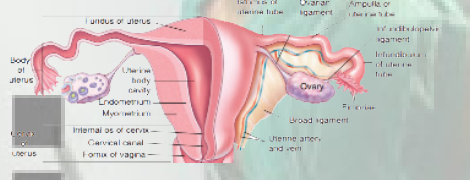


Figure 23-1 The female pelvis. From the center of the body, the female pelvis is the bony basin that supports the female torso. (Lippincott Williams & Wilkins)



✓ **فیلد ارولوژی :**
 ● **مبارزه ای با سنگ های**
 ● **سرسخت کلیه**
 ● **اسلینگ گذاری**

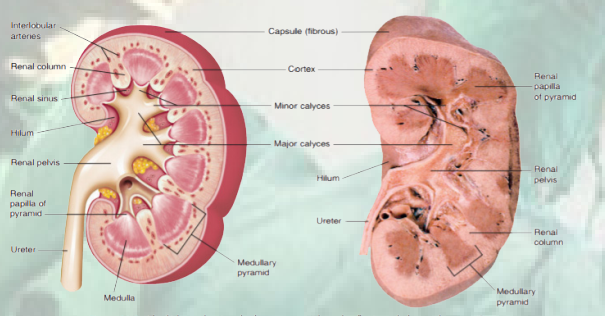


Figure 26-2 The kidney, showing the layers, pyramids, and collecting tubules, and ureter. (From: Bundage (J) Renal disorders, 1997, Mosby.)

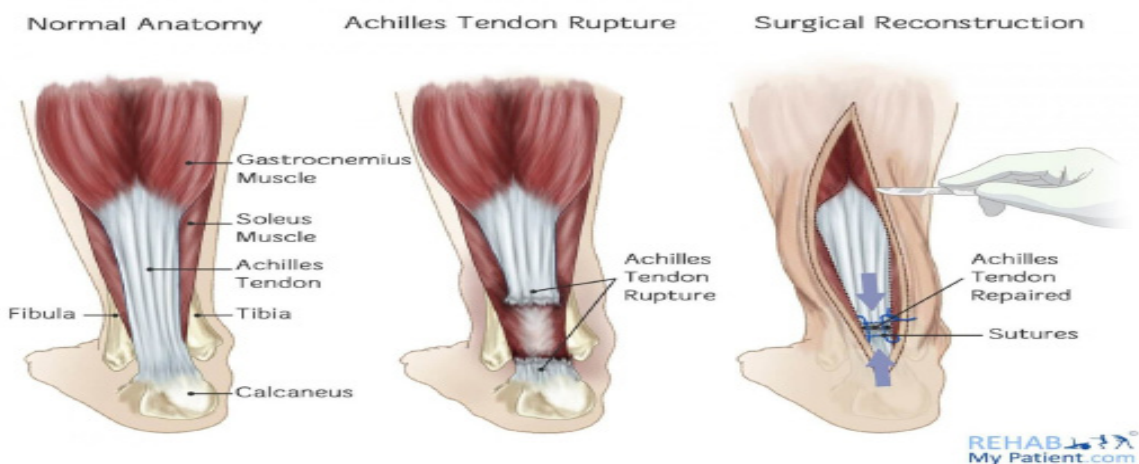
ترمیم پارگی تاندون آشیل (Achilles tendon repair)



تاندون آشیل نام دیگر تاندون Calcaneal است و ۳ عضله، Gastrocnemius، Soleus و Plantaris را به سطح خلفی استخوان پاشنه متصل می کند. پارگی تاندون آشیل در حین راه رفتن و پریدن اتفاق می افتد. این عارضه زمانی روی می دهد که عضلات پشت ساق در حالی که پا محکم به زمین چسبیده است به طور ناگهانی منقبض شوند. پارگی آشیل بیشتر در ورزشکاران دیده می شود. این پارگی معمولاً به طور کامل و در حدود ۵ cm دورتر از محل اتصال به استخوان پاشنه روی می دهد.

روش های تشخیصی:

تعبیر آور است که در اغلب موارد پارگی تاندون آشیل تشخیص داده نمی شود و علائم آن اشتباهاً به پیچ خوردگی مچ پا یا پارگی ناشی از تاندون پلانتاریس نسبت داده می شود اما سونوگرافی و MRI پارگی قطعی آشیل را مشخص می کنند. از موارد تشخیصی دیگر اینست که در هنگام ایستادن روی پای مورد نظر پاشنه را از روی زمین بلند کند، ناتوانی در انجام این عمل نشانه پارگی کامل تاندون می باشد.



تظاهرات بالینی:

- به محض پارگی، دردی تیز و یک فضای خالی (گپ) در پشت مچ احساس می گردد، اما بیمار قادر است با لنگ زدن به راه رفتن خود ادامه دهد.
- پشت پا دچار ادم خواهد شد.
- توانایی بیمار در خم کردن پا به طرف پایین (پلانتار فلکسیون) تا حدی کمتر می شود. (به طور کامل توانایی اش را از دست نمی دهد زیرا تاندون های دیگر همانند تیبیالیس خلفی پلانتار فلکس می کنند.)

درمان:

تاندون آشیل به طور خودبخود قادر به ترمیم است اما مدت ها طول می کشد. با گچ گیری قسمت زانو به پایین پا به مدت ۵ هفته می توان به ترمیم کمک نمود. این روش در افراد مسن که کمتر نیاز به حرکت دادن پاشنه دارند اندیکاسون دارد. در افراد جوانتر از روش جراحی برای ترمیم تاندون آشیل استفاده می شود. روش جراحی قطعی ترین درمان برای پارگی آشیل به حساب می آید.



✓ درمان جراحی:

برای جراحی نیاز به یک ست ارتوپدی به همراه یک فورسپس تاندون و تورنیکه داریم. با کمک این فورسپس می توان انتهای پروگزیمال تاندون را جهت بخیه زدن، به انتهای دیستال نزدیک نمود. قبل از پوزیشن دادن بیمار، تورنیکه باید در بالای ران بیمار بسته شود و پس از درپ کردن، باد شود.

✓ نوع بیهوشی: جنرال یا اسپینال

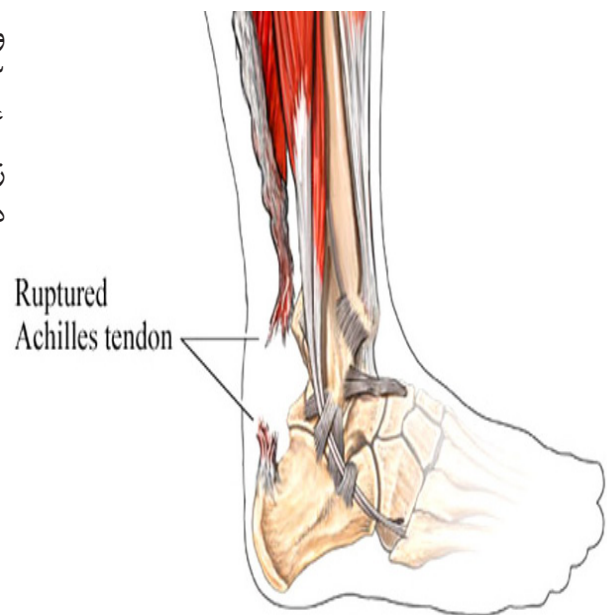
✓ پوزیشن: پرون

✓ پرپ:
از قسمت میانی ران تا انگشتان پا پرپ می گردد.

✓ تکنیک عمل جراحی:

۱- با بیستوری شماره ۱۰ یا ۱۵ یک برش عمودی در قسمت میانی تاندون آشیل (برش پوسترولترال) زده می شود.
۲- سپس با کنار زدن پوست و زیرجلد به وسیله چنگکی های پوستی یا اکارتور Weitlaner، تاندون نمایان می گردد. با کمک فورسپس تاندون یا سایر فورسپس های آتروماتیک،

انتهای پروگزیمال تاندون آشیل به انتهای دیستال نزدیک شده و بانخ غیر قابل جذب ۵ به یکدیگر بخیه می شود.
۳- در انتها پوست بخیه و پانسمان می گردد.
۴- ناحیه مچ پا باید ثابت گردد. به همین دلیل آتل یا گچ زیرزانو به مدت ۴ هفته برای بیمار اتخاذ می شود. پاشنه پا باید در زاویه ۹۰ درجه قرار گیرد.





✓ مراقبت های بعد از عمل:

- در بعضی از موارد از یک روش محافظه کارانه شامل گچ گیری میچ پا در وضعیت پلان تار فلکسیون به مدت ۶ تا ۸ هفته استفاده می شود.
- بعد از بی حرکتی محافظ پاشنه پوشیده می شود.
- فیزیوتراپی برای بهبود دامنه حرکتی پاشنه و قدرت عضلات آغاز می شود.

✓ عوارض:

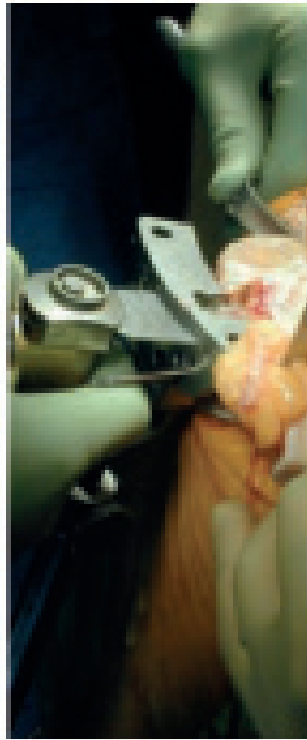
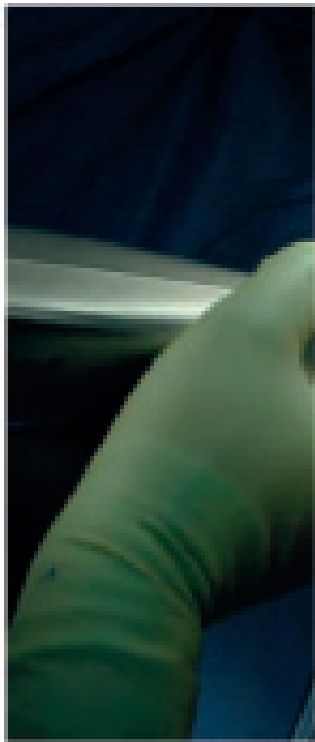
- عفونت عمیق محل جراحی بعد از عمل
- فیستول
- نکروز پوستی
- شکست ترمیم
- کاهش قدرت فلکسیون کف پا در مقایسه با قبل از آسیب
- پارگی مجدد تاندون



References

- ۱-Orthopedic Surgical Technology (for surgical technologist) compiled by sadati
- ۲-Berry & Kohn`s Operating room technique /thirteenth edition
- ۳-Brunner & Suddarths textbook of medical-surgical
- ۴-Surgical Technology for the Surgical Tecnologist /fourth edition
- ۵-Adam`s Outline of Orthopedics / fourteenth edition





آرتروپلاستی کامل مفصل زانو (TKA)

هدف از جراحی بازگرداندن توان حرکتی به صورت نسبی و نیز رفع درد مزمن است.

انتخاب نوع پروتز در میان طیف زیادی از پروتزهای زانو بستگی به میزان آسیب دیدگی محل اتصال فمور به تیبیا، مفصل پاتلوفمورال و ساختارهای رباط صلیبی و کولترال دارد.

پروتزهای زانو از سه جزء تشکیل شده اند:

۱- قسمت فمورال؛ دارای سطح پلیش شده است که همانند سطح غضروفی کندیل های فمور عمل می کند.

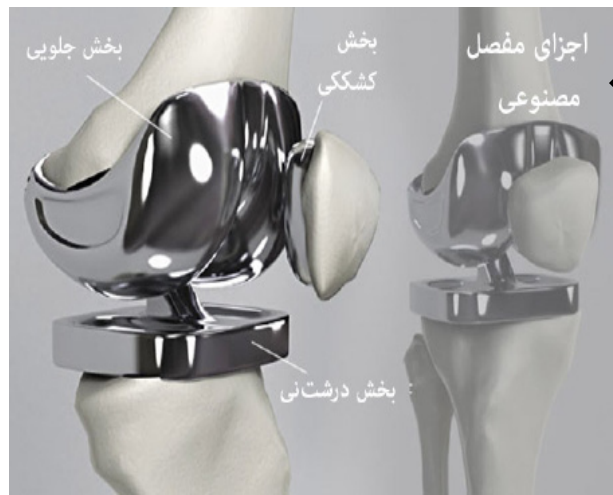
۲- قسمت تیبیال؛ این سطح بر سطح فوقانی استخوان تیبیا قرار گرفته و همانند سطوح مفصلی تیبیا عمل می کند.

۳- قسمت کشکک؛ به سطح خلفی استخوان کشکک متصل می گردد.

Total Knee Arthroplasty یا تعویض مفصل

زانو به معنای قرار دادن پروتز در سطح مفصل زانوست و ایجاد یک محیط جایگزین به جای مفصل طبیعی است که به دلایل مختلف دچار آسیب شدید شده و فعالیت طبیعی خود را از دست داده است.

TKA در مواردی که سطوح مفصلی بیمار به دلایلی مانند استئوآرتریت، روماتیسم مفصلی، دفورمیتی واروس یا والگوس شدید، تروما یا خونریزی داخل مفصلی مزمن از بین می رود و علائمی مانند درد، ناتوانی در حرکت، لنگیدن که با درمان های غیر جراحی تسکین نمی یابد و زندگی روزمره فرد را دچار مشکل می کند؛ اندیکاسیون دارد و سطح مفصلی با جایگزینی دقیق پروتزهای آماده انجام می گیرد.



✓ تکنیک جراحی:

۱- در حالی که زانو به سمت بالا خم شده یک برش عمودی در خط وسط زده می شود.
 ۲- بعد از کنار زدن پوست و زیرجلد، کپسول زانو باز شده و جزء عمقی رباط Tibial collateral از استخوان تیبیا جدا می شود.
 ۳- زانو اندکی باز شده و استخوان کشک از سطح خلفی از تیبیا به وسیله قیچی جدا می گردد. استفاده از کوتر جهت کنترل خونریزی الزامی است.

۴- زانو مجدداً خم شده و به حالت طبیعی اش باز می گردد. در این مرحله سطح داخلی مفصل زانو قابل مشاهده است. سپس منیسک ها و رباط صلیبی قدامی (ACL) با کمک قیچی و رانژور بریده می شود. استئوفیت ها (زائده های استخوانی) باید از اطراف و لبه های فمور و تیبیا توسط رانژور برداشته شود.

ترکیبی از سه قسمت فوق، مفصل مصنوعی زانو را در عمل TKA تشکیل می دهد.

✓ مراقبت های پیش از عمل:

- انجام آزمایش ها و گرافی های درخواست شده (سی تی اسکن)
- آزمایشاتی مانند خون، ادرار، تست نوار عصب و عضله، ECG ، Chest-x-ray
- NPO بودن (ناشتا بودن)، که پزشک زمان آن را تعیین می کند.
- مایع و دارو درمانی و آنتی بیوتیک های پروفیلاکتیک
- گرفتن رضایت نامه و خارج کردن زیورآلات و دندان مصنوعی

✓ نوع بیهوشی:

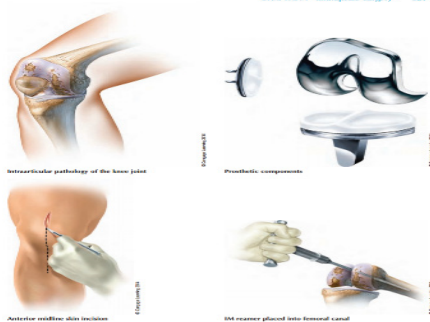
عمومی یا اسپاینال

✓ پوزیشن:

سوپاین به گونه ای که زانو به سمت بالا خم شده و با قرار دادن چند کیسه شن در اطراف پا به ثابت کردن زانو در این وضعیت کمک نمود. همچنین می توان زانو را توسط گیره های مخصوص که به تخت بسته می شود، در این حالت قرار داد.

✓ پرپ و درپ:

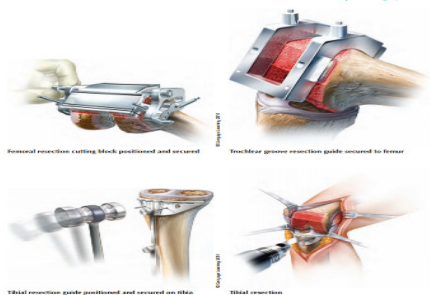
پرپ؛ بعد از بستن تورنیکه در بالای ران، از زیر کاف تورنیکه تا پنجه ها را باید پرپ کرد.
 درپ؛ قسمت تحتانی ران، زانو تا انتهای انگشتان پا باید در معرض دید قرار گیرد.

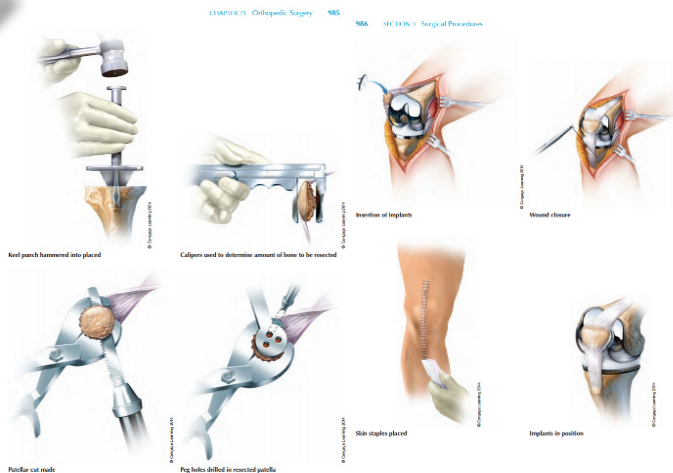


SECTION 3 Surgical Procedures



CHAPTER 21 Orthopedic Surgery





۵- سپس توسط دریل از انتهای دیستال فمور یک سوراخ در کانال استخوان فمور ایجاد می گردد. سپس یک ریمر داخل مدولاری (Intramedullary) جهت باز کردن مسیر سوراخ ایجاد شده، وارد سوراخ می گردد. حین وارد کردن ریمر باید شستشوی ناحیه به طور دائم انجام شود تا ریسک آمبولی چربی کاهش یابد.

۶- سپس توسط ابزارها و وسایل مخصوص، قسمت دیستال فمور استئوتومی می شود.

۷- سپس یک گاید جهت بریدن سطح فوقانی تیبیا به آن متصل شده و توسط پین هایی به تیبیا فیکس می شود و بعد از آن از طریق گاید، قسمت فوقانی تیبیا توسط اره بریده می شود. (البته بهتر است به جای بریدن از استئوتومی استفاده شود).

۸- استخوان کشکک نیز اندازه گیری شده و ضخامت معینی از آن بریده می شود. سپس ۳ سوراخ در سطح خلفی آن ایجاد می گردد. این سوراخ ها جهت ورود میخ های قسمت کشکک پروتز ضرورت دارد.

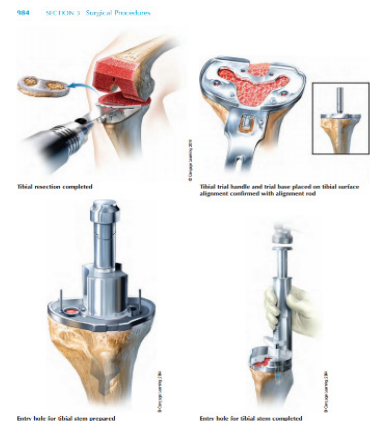
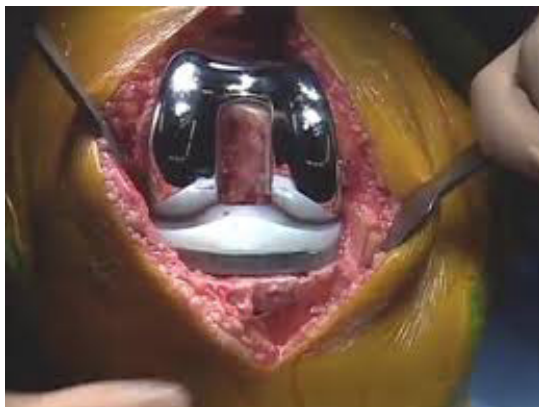
۹- سپس تمامی قسمت های پروتز در سر جای خود فیکس می گردد. از سیمان استخوانی (پلی متیل متاکریلیت) کوچک جهت این کار بهره می برند.

۱۰- در نهایت تاندون عضله چهارسر که کشکک در ضخامت آن قرار دارد، به سر جای خود بازمی گردد و بعد از شستشوی منطقه، لایه های سطحی بسته می شود.

زخم جراحی باید با پانسمان فشاری پوشیده شود.

✓ مراقبت های پس از عمل:

- تعویض پانسمان و خشک نگاه داشتن ناحیه جراحی
- تجویز آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک قبل و بعد از عمل
- جلوگیری از ایجاد آمبولی با تجویز داروهای ضدانعقادی
- استفاده از یخ جهت کنترل ادم و خونریزی موضعی
- کنترل وضعیت عروقی - عصبی پا
- تشویق بیمار به حرکت فعال پاها جهت کاهش احتمال آمبولی
- میزان درناژ موضع عمل در ۲۴ ساعت اول باید بین ۲۰۰-۴۰۰CC باشد. این میزان در ۴۸ ساعت بعد از باید به ۲۵CC برسد.





✓ عوارض و ریسک فاکتورها:

- عوارض تعویض مفصل زانو مانند سایر اعمال جراحی در مفاصل می باشد.
 - عفونت : بیشترین عارضه جدی، ریسک عفونت می باشد که در ۱٪ از بیماران رخ میدهد.
 - ترومبوز سیاهرگی عمقی (Deep Vein Thrombosis) : DVT در بیش از ۱۵٪ بیماران رخ می دهد.
 - درد مزمن یا سفتی اندام : در ۸ الی ۲۳ درصد از بیماران مشاهده می گردد.
 - خونریزی درون مفصلی
 - آسیب عصبی
 - آسیب عروق خونی
 - محدودیت حرکتی زانو
- عوارض این جراحی در افرادی که دارای اضافه وزن زیاد می باشند، بیشتر است. به این افراد توصیه می شود پیش از عمل نسبت به کاهش وزن خود اقدام نمایند.



References

- ۱-Orthopedic Surgical Technology (for surgical technologist) – compiled by Sadati
- ۲-Campell's Operative Orthopedics /elevent edition
- ۳-Berry & Kohn's Operating room technique / elevent edition
- ۴-Brunner & Suddarths textbook of medical-surgica
- ۵-Adam's Outline of Orthopedics /fourteenth edition
- ۶-AST.Surgical Technology





آنچه زنان نمی دانند...!



در راستای افزایش سلامت بانوان که ستون های اصلی خانواده و جامعه هستند، بر آن شدیم تا در رابطه با جراحی های رایج در زنان با یک جراح متخصص مصاحبه ای ترتیب دهیم. در این راستا از خانم دکتر بهناز خانی دعوت شد تا در این مصاحبه با ما همکاری کنند. ابتدا از ایشان خواستیم دو مورد از جراحی هایی که امروزه رایج یافته را نام برده و سپس به سوالات ما در رابطه با هر کدام از جراحی ها پاسخ دهند. دکتر بهناز خانی، متخصص زنان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشند و در سمت رئیس بیمارستان شهید بهشتی فعالیت می کنند. دکتر خانی به مدت ۳۰ سال در حوزه جراحی های زنان سابقه کار دارند.

✓ تنبلی تخمدان:

۱. توضیح مختصری درباره این بیماری بفرمایید.

کسانی که تخمدان پلی کیستیک دارند، فولیکول های ریزی به قطر ۲ تا ۹ میلیمتر در حاشیه تخمدانشان رشد می کند. در این افراد هرماه چندین فولیکول رشد می کند. از فولیکول های در حال رشد، استروژن ترشح می شود. استروژن زیاد در آن ها تبدیل به تستوسترون - که هورمون مردانه است - شده که نتیجه آن پرمویی یا هیرسوتیسم و جوش صورت می باشد. در این بیماران تخمک گذاری کم اتفاق می افتد و یا اصلا اتفاق نمی افتد.

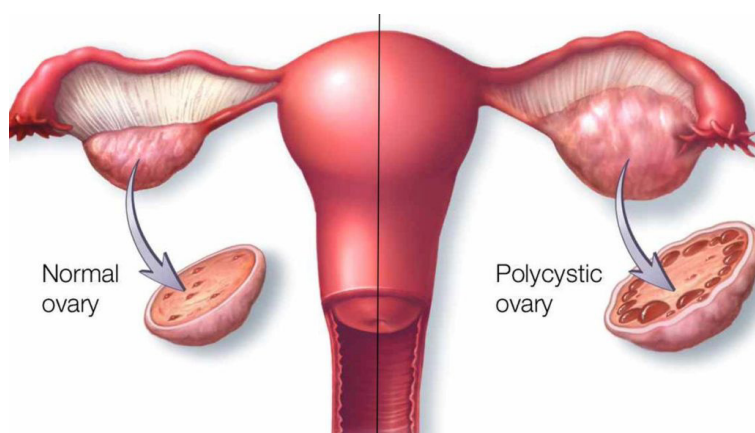
همچنین قاعدگی آن‌ها دچار اختلال می‌شود و به صورت‌های زیر ممکن است بروز کند :

- الیگومنوره : دیر به دیر پیروی شوند.
- پلی منوره : زود به زود پیروی شوند.
- آمنوره : اصلاً پیروی نشوند.

این بیماران چون قاعدگی مرتبی ندارند ، برای حاملگی دچار مشکل می‌شوند.

درمانی که برای این بیماران انجام می‌شود ، درمان‌های دارویی و جراحی است. در روش‌های جراحی قبلی ، کل تخمدان برداشته می‌شد ؛ اما اکنون تخمدان را تحریک کرده و وادار به تخمک‌گذاری می‌کنیم. این جراحی به صورت لاپاراسکوپی و کوتر کردن ۴ تا ۵ نقطه از تخمدان انجام می‌شود. البته باید دقت کرد که بیشتر از ۴-۵ نقطه نشود. لازم به ذکر است که این بیماری درمان قطعی ندارد.

۲. تشخیص قطعی نیاز بیمار به این جراحی چگونه است ؟



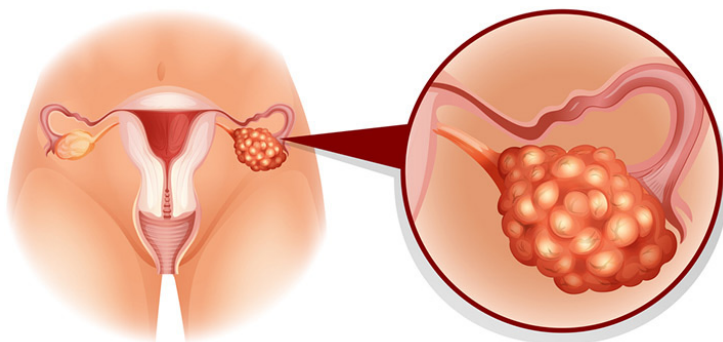
- با سونوگرافی
- تظاهرات بالینی هیپراندرژنیسم مثل پرمویی و آکنه (جوش صورت)
- علائم آزمایشگاهی مثل تستوسترون آزاد در خون ، هورمون دهیدرواپی اندروسترون سولفات بالا و یا $\frac{LH}{FSH}$ نسبت به چاقی

۳. عوارض پس از این جراحی چیست ؟

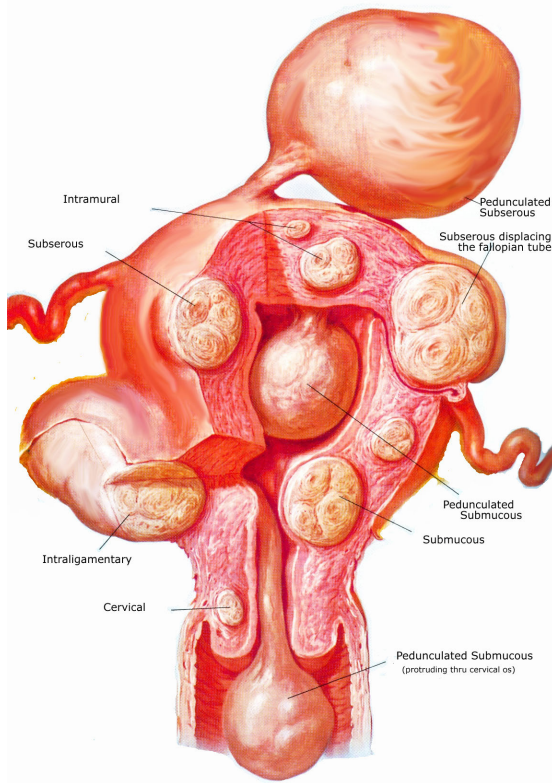
درمان جراحی پس از درمان‌های دارویی انجام می‌شود و از عوارض آن می‌توان به کاهش ذخیره تخمدان، در صورت سوزاندن بیش از حد و یا برداشتن مقدار زیادی از تخمدان اشاره کرد.

۴. نحوه زندگی چه تأثیری بر پیشگیری از این جراحی دارد ؟

کاهش وزن و پیروی از یک رژیم سالم و متعادل می‌تواند موجب پیشگیری از بروز تنبلی تخمدان‌ها شود .



۱. توضیح مختصری درباره این بیماری بفرمایید .



فیبروم یک تومور خوش خیم رحمی است که در اطراف آن کپسول ایجاد شده و در اندازه و بخش های متفاوتی از رحم تشکیل می شود. معمولاً در سنین باروری ایجاد شده و شایع ترین آن ها ساب سروزال (خارج رحمی) ، ساب موکوزال (داخل حفره رحم) و اینترامورال (داخل عضله رحم) است. منوراژی یا خونریزی شدید قاعدگی از تظاهرات بالینی این بیماری است. برای تشخیص این که بیمار نیاز به جراحی دارد یا خیر ، به صورت ۶ ماه یکبار برای بیمار سونوگرافی تجویز می شود. اگر طی این ۶ ماه سونوگرافی بیمار تغییر خاصی نداشته باشد و بیمار اظهار مشکل خاصی نکند ، کاری نداریم. اما اگر فیبروم بزرگ شده باشد یا بیمار خونریزی داشته باشد و آنمیک شود و یا برای بارداری مشکلی ایجاد کند ، باید توده طی جراحی میومکتومی خارج شود.

۲. تشخیص قطعی نیاز بیمار به این جراحی چگونه است ؟

با معاینه و سونوگرافی متوجه وجود فیبروم می شویم .

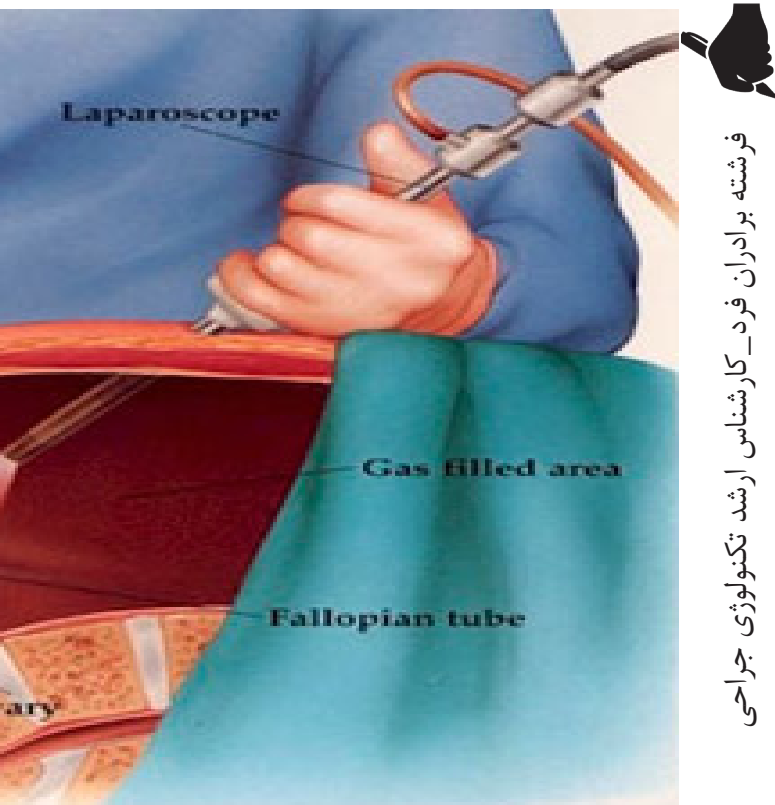
۳. عوارض پس از این جراحی چیست ؟

میومکتومی عوارض کمی دارد ؛ اما از جمله عوارض آن می توان به از دست رفتن خون زیاد حین جراحی ، ایجاد چسبندگی و عوارضی برای باردار یا زایمان اشاره کرد.

۴. نحوه زندگی چه تأثیری بر پیشگیری از این جراحی دارد ؟

این بیماری بیشتر به دنبال فعالیت های تخمدان هاست و نمی توان به طور قطع از آن پیشگیری کرد ؛ اما می توان با مصرف مکمل های آهن و ویتامین ها و درمان های هورمونی عوارض آن را کاهش داد.

در پایان از خانم دکتر خانی که جهت انجام این مصاحبه وقت خود را در اختیارمان قرار دادند ، کمال تشکر را داریم.



فرشته برادران فرد - کارشناس ارشد تکنولوژی جراحی

خروج توده ی پارائوبال سمت چپ به روش لاپاراسکوپی

بیمار خانم ف. پ ۳۶ ساله با تشخیص توده شکمی تحت جراحی لاپاراسکوپی قرار گرفت. بیمار از ۸ ساعت قبل NPO بوده و ۱ Lit سرم ۲/۳ ۱/۳ طی ۸ ساعت دریافت کرده و تا کنون عمل جراحی نشده بود. از لحظه ی ورود بیمار مانیتورینگ قلبی (به منظور حفظ و کنترل بیهوشی عمومی) آغاز شد. ابتدا بیمار روی تخت اتاق عمل در پوزیشن سوپاین قرار گرفت و پس از القای بیهوشی به درخواست پزشک جراح در پوزیشن لیتاتومی قرار داده شد. سونوگرافی بیمار نشانگر آن بود که در سمت چپ رحم توده ای وجود دارد و تومور مارکر این توده هم منفی گزارش شده بود.

وسایل مورد نیاز:

ست جراحی جنرال

بتادین سبز و قهوه ای، گاز، بیستوری ۱۱، نخ نایلون ۳/۰ کات

پس از اسکراب دست ها و پوشیدن گان و دستکش به روش استریل شروع به آماده کردن فیلد استریل نموده و وسایل مورد نیاز از جمله بیستوری، متر، پیکاپ، ۲ عدد هموستات، ۲ عدد کوخر، سوزنگیر، قیچی نخ چین، یک عدد گالی پات، ۵ عدد گاز خط دار، کاور لنز و یک ریسیور را روی میز چیده و بقیه ی وسایل داخل سینی را روی میز دوم گذاشتیم. (در حضور فرد سیرکولر گازها را شمردیم.) از فرد سیرکولر خواستیم که داخل یکی از گالی پات ها بتادین سبز بریزد (برای پرپ پوست).

به کمک سیرکولر وسایل لاپاروسکوپی را از داخل دیش حاوی قرص فرمالین برداشتم. این وسایل شامل موارد زیر بود:

- سوزن ورس
- یک عدد پورت و تروکار شماره ۱۰
- ۲ عدد پورت و تروکار شماره ۵
- یک عدد کوخر
- یک عدد مریلند
- یک عدد پنس لوله (پنس آتروماتیک) یا بیکاک
- یک عدد قیچی
- لنز ۳۰ درجه
- سیم کوتر بای پولار
- شلنگ رابط گاز
- کورد نوری
- رابط ساکشن-ایریگیشن

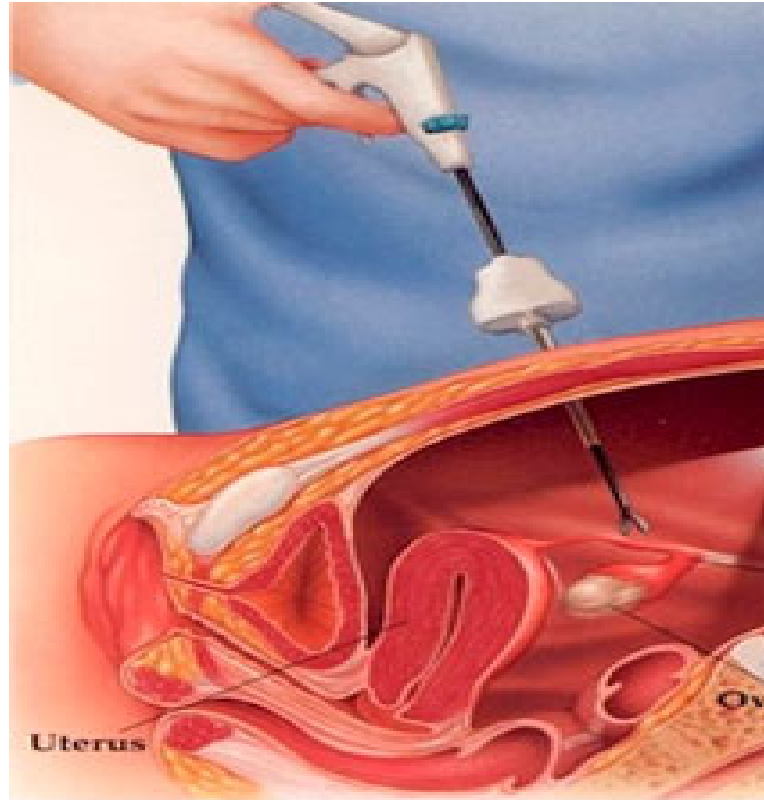
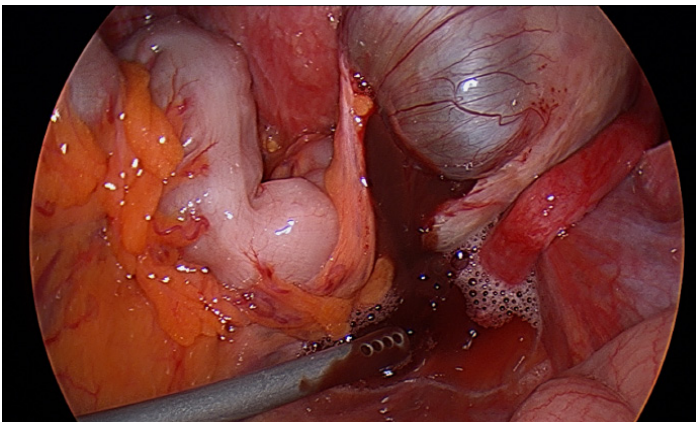
پس از چیدن این وسایل بر روی میز به طور صحیح یعنی به صورتی که سر آنها بیرون از میز قرار نگیرد، با یک عدد گاز آغشته به بتادین رزیدنت را در پرپ کردن بیمار کمک دادم. (بیمار قبلا در پوزیشن لیتاتومی قرار گرفته بود). بعد از پرپ بیمار، به وسیله ی ۶ عدد شان ۱۰۰×۱۰۰ و یک شان پرفوره همراه با رزیدنت جراحی فرایند درپ را انجام دادیم.

سپس بیستوری را تحویل دادم و جراح یک برش یک سانتی متری در ناحیه ی سوپراپوبیک ایجاد کرد، من پس از پس گرفتن بیستوری یک تروکار شماره ۵ را مسلح کردم و در اختیار جراح قرار دادم تا در ناحیه ی مورد نظر قرار دهد و پس از تعبیه ی تروکار ماندن تروکار را از جراح تحویل گرفته و یک پنس آتروماتیک در اختیار او قرار دادم.

بر اساس نوع جراحی محل قرار گرفتن تروکار سوم یا فرعی متفاوت می باشد و در این عمل تروکار ۵ در سمت چپ در ۱/۳ مدیال خط ASIS تا ناف در ناحیه ای بدون عروق قرار داده شد. (قبل از آن جراح نور را از داخل شکم به سمت پوست این ناحیه گرفت و انشعابات عروق زیر پوست به طور واضح مشخص بود)

در آخر همه ی تروکارهای گرفته شده را به همراه بیستوری بر روی میز دوم (منطقه خنثی) گذاشتم. متز را به جراح تحویل داده تا از داخل پورت فرعی وارد کند و به عنوان عضوی از تیم جراحی در کنار او قرار گرفتیم.

جراح شروع به جداسازی بافت ها کرد، رحم و لوله های رحمی را بررسی کرد، با پنس آتروماتیک لوله را گرفته و کنار زده و توده را پیدا کرده و چون یک توده ای بود که از نظر قوام سفت بود کوخر را از پورت سوپراپوبیک وارد کرده و با کمک قیچی لایه ی سروزی اطراف توده را دایسکت کرد. در این بین هر جایی که خونریزی می داد را نیز با یک پنس مریلند را که در اینجا به عنوان کوتر بای پولار از آن استفاده میشد را از داخل پورت فرعی عبور می داد و هموستاز انجام می شد.



کورد نور، رابط گاز، سیم کوتر و لوله های ساکشن ایریگیشن را به رزیدنت تحویل داده، سپس یک عدد گاز را از هم باز کرده و به شکل بند دور این سیم ها بسته و این گاز را به شان ها فیکس کردیم. (نکته: این گاز هم در شمارش گازها شامل می شود).

کاور استریل دوربین را به رزیدنت تحویل دادم تا با آن دوربین را که غیر استریل است از سیرکولر تحویل بگیرد، سپس لنز ۳۰ درجه را به رزیدنت دادم تا آن را به دوربین وصل کند، کورد نوری را هم به آن وصل کرد.

اتند جراحی پس از اسکراب دست ها در اتاق حاضر شده و من در پوشیدن گان و دستکش به او کمک کردم.

سوزن ورس را به او تحویل داده و جراح با جریان گاز ۱۲ mmHg گاز دی اکسید کربن را وارد شکم کرد پس از آن سوزن را تحویل گرفته و بیستوری را دادم، پس از پس گرفتن بیستوری، تروکار شماره ۱۰ را درون پورت آن جایگذاری کرده و تحویل دادم.

تروکارها ۱۰ در قسمت ناف قرار داده شد و جراح به اصطلاح یک explore داخل شکم و لگن انجام داد و از فرد بیهوشی خواست که بیمار را در پوزیشن ترندلنبرگ قرار دهد تا روده ها از دسترس خارج شوند و به سمت بالا روند.

در انتها وسایل و توکار ها خارج شدند و گاز داخل شکم تخلیه شد. در این مرحله برای بستن فاشیا در محل ناف نیاز به نخ ویکریل شماره ۲/۰ داشتیم که با توجه به راست دست بودن جراح آن را به سوزنگیر زده و تحویل جراح دادم. و پس از آن نیز با یک نخ نایلون ۳/۰ زیر نظر رزیدنت جراحی شروع به بخیه زدن کردم.

در پایان پوست بیمار را با یک گاز مرطوب پاک کردم و بعد از آن هر سه محل ورود تروکار را با چسب آماده پانسمان کردم.

در انتهای عمل تمام اتصالات از جمله سیم ها، رابط ها و کورد را از با دقت جدا کرده و وسایل را خود سیرکولر برداشته تا برای عمل بعدی آماده کند.

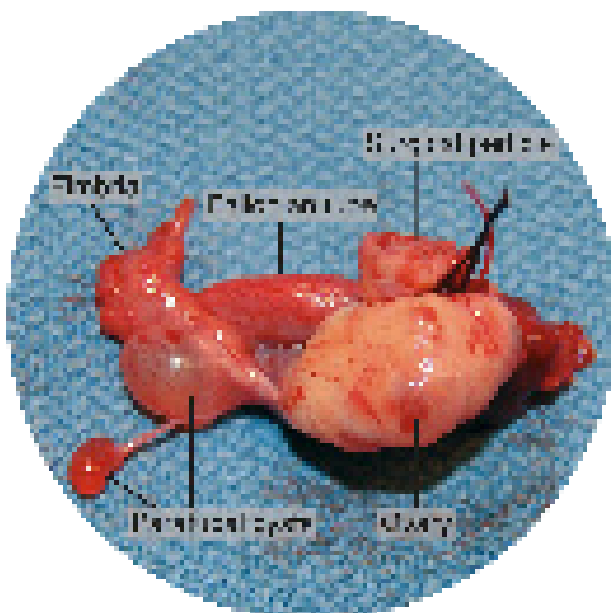
در واقع جراح به کمک یک پنس مریلند متصل به بای پولار و یک قیچی (که به ترتیب از داخل پورت فرعی عبور داده می شد) و یک پنس کوخر (از پورت سوپراپوبیک برای گرفتن توده به کار می رفت) توده را از محل خود جدا کرد.

پس از اینکه توده کاملاً جدا شد به دلیل اینکه توده بدخیم نبود داخل کیست تخلیه شد تا راحت تر از شکم خارج شود. برای تخلیه ی کیست جراح با کمک سر پنس مریلند یک سوراخ داخل آن ایجاد کرد و سپس با ساکشن محتویات داخل آن را خالی کرد(البته این کار با سوزن آسپیریشن باید انجام می شد ولی در دسترس نبود).

در این مرحله جراح جدار باقی مانده ی کیست را از داخل پورت سوپراپوبیک با کمک پنس کوخر خارج کرد و تحویل من داد و اعلام کرد که جدار کیست پاراتوبال سمت چپ می باشد.

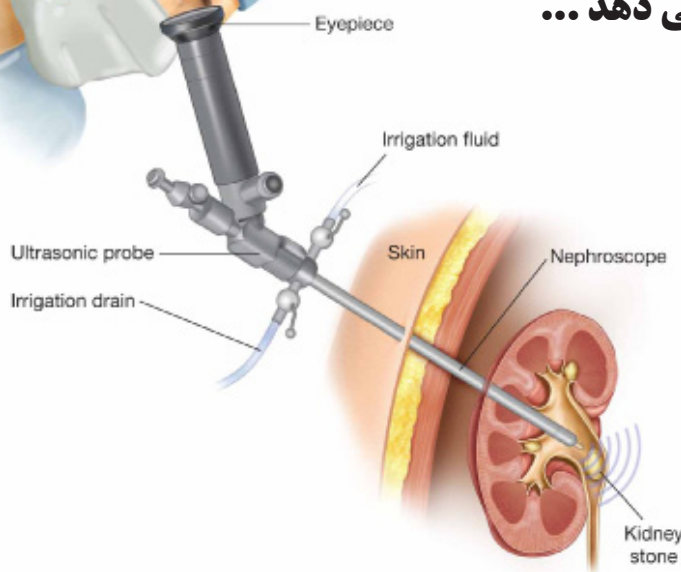
ظرف نمونه ی استریل را از فرد سیرکولر تحویل گرفتیم و با یک هموستات نمونه را داخل آن قرار دادیم و تا مراحل پایانی عمل در فیلد استریل نگه داشتیم.

سپس جراح یک بررسی کلی داخل شکم انجام داد و هر جایی را که خونریز می داد با کوتر هموستاز کرده و در آخر به وسیله ی ساکشن یک شست و شوی کامل داخل شکم انجام داد.



مبارزه با سنگ های سر سخت کلیه ؛

این بار PCNL درد را تسکین می دهد ...



PCNL یا Percutaneous NephroLithotomy یک روش جراحی کم تهاجمی جهت خارج کردن سنگ های کلیه و سنگ های لگنچه (شاخ گوزنی یا staghorn) محسوب می شود. موفقیت این روش، حدود ۹۵٪ می باشد.

✓ پوزیشن های مطلوب :

پرون و قرار دادن یک پد زیر کلیه مورد نظر، پوزیشن فلانک برای کلیه های نعل اسبی و کلیه پیوندی

✓ پروسیجر:

قبل از شروع پروسیجر اصلی، در وضعیت سوپاین و از طریق سیستوسکوپ، یک استنت یا کتتر درون حالب گذاشته می شود. پس از این مرحله، بیمار بیهوش شده و پوزیشن پرون یا فلانک داده می شود. جراح محل اولیه ورود به کلیه را از روی پوست مشخص می کند.

سپس باید کالیس مناسب را جهت ورود مشخص کرد؛ زیرا عروق خونی و بافت کلیه در ناحیه کالیس ها کمتر است. برای مشخص کردن کالیس، از تزریق ماده حاجب از طریق کتتر حالب کمک گرفته می شود. سپس سوزن شماره ۱۸ را وارد کرده و همزمان، برای کاهش خطا از فلوروسکوپ پیوسته (X-Ray) استفاده می کنیم.

✓ اندیکاسیون :

برای سنگ هایی که :
۱- دسترسی به آن ها دشوار باشد.
۲- خیلی بزرگ باشند (بزرگتر از ۲ سانتی متر)
۳- تراکم آن ها به قدری باشد که نتوان آن ها را با ESWL (امواج شوک) شکست .

✓ کنترا اندیکاسیون :

برای افرادی که دچار اختلالات زیر باشند :
۱- عفونت ادراری
۲- قرارگیری کولون در پشت کلیه
۳- اختلالات انعقادی
۴- همچنین حاملگی

✓ زمان پروسیجر :

۲ تا ۳ ساعت

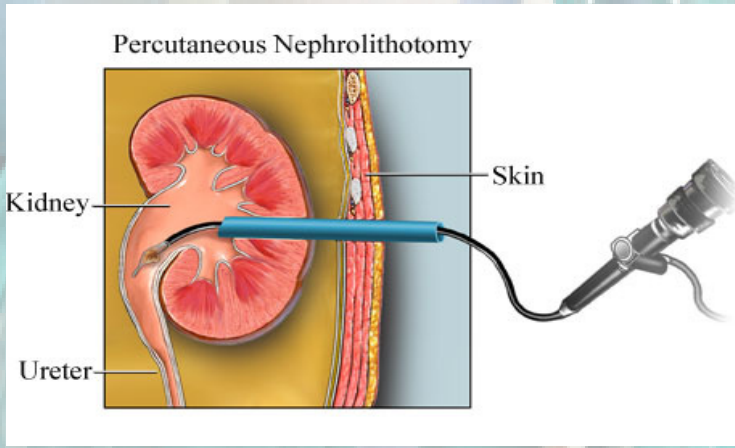
✓ بیهوشی :

عمومی، اسپینال، اپیدورال
بیهوشی عمومی نسبت به سایر بیهوشی ها، ارجحیت دارد .

پس از وارد کردن سوزن، اگر به درستی وارد سیستم ادراری شده باشیم، ادرار از سوزن خارج می شود .

در این مرحله، باید با فرستادن گاید وایر مسیر را باز نگه می داریم. پس از تعبیه گاید وایر، پوست به اندازه ۱ سانتی متر برش داده می شود. سپس باید پس از عبور آنتن، مسیر را دیلاته (گشاد) کرد. از دیلاتورها با سایزهای متفاوت استفاده می کنیم. سایز دیلاتورها از ۸ فرنچ شروع می شود و تا ۲۸ یا ۳۰ فرنچ ادامه می یابد. پس از ایجاد مسیر، باید گاید وایر را در محلی روی شان بیمار فیکس کرد و مراقب بود که گاید وایر تا انتهای عمل خارج نشود.

سپس شیت آمپلاتز را وارد مسیر می کنیم. نفروسکوپ را از طریق آمپلاتز وارد کرده و به مشاهده اولیه کلیه می پردازیم .



✓ سنگ های کوچک را می توان با استفاده از بسکت های مختلف خارج کرد که به آن "نفرولیتوتومی" گویند.

✓ سنگ های بزرگ را ابتدا باید با کمک دستگاه Lithoclast و ابزار Hand piece شکست و سپس خارج کرد که به آن "نفرولیتوتریپسی" گویند.

پس از خارج کردن تمام سنگ ها، از ماده حاجب و فلوروسکوپی استفاده می کنیم تا از عدم وجود سنگ در کلیه مطمئن شویم. در نهایت، در صورت اندیکاسیون تعبیه دابل جی، دابل جی زیر دید مستقیم به صورت antegrade تعبیه شده و برای اطمینان از قرار گیری صحیح دابل جی، طی فلوروسکوپ با دستگاه C-arm محل آن را چک می کنیم.

✓ **عوارض:**

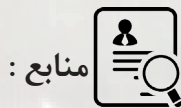
هماچوری، خونریزی از موضع عمل، هماتوم خلف صفاقی، عفونت، تب، تجمع ادرار در اطراف کلیه، آسیب به حالب و لگنچه، عدم تعادل الکترولیتی و باقی ماندن سنگ در کلیه.

سپس نفروسکوپ و آمپلاتز را خارج می کنیم. از آنجایی که نسج کلیه اسفنجی است، همانگونه که در ابتدا دیلاته شد، پس از خروج شیت بسته می شود. فقط ۰/۵ تا ۱ درصد بافت کلیه طی عمل جراحی آسیب می بیند. سپس پوست محل ورود را بخیه می زنیم.

✓ **نکته قابل توجه!**

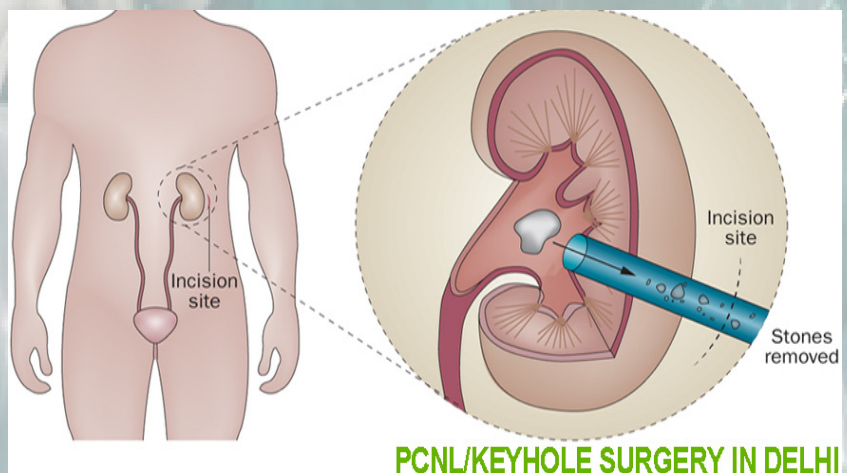
حداکثر زمان کل اشعه ای که در یک عمل PCNL استفاده می شود، کمتر از ۵ دقیقه است.

✓ بعد از عمل، ممکن است برای برخی بیماران، نفروستومی انجام شود تا ادرار و residual saddle stone (باقیمانده های شن ریزه و سنگ های کوچک زیر ۵ میلیمتر) از این طریق خارج شود.

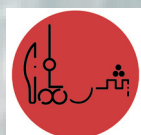


منابع :

- ۱- کتاب جامع ارولوژی ایران، دکتر ناصر سیم فروش
- ۲- تکنولوژی جراحی ارولوژی، لیلیا ساداتی
- ۳- کارگاه لاپاروسکوپی آبان ۹۶، بیمارستان الزهراء، دکتر مهرداد محمدی
- ۴- Patients.uroweb.org



PCNL/KEYHOLE SURGERY IN DELHI



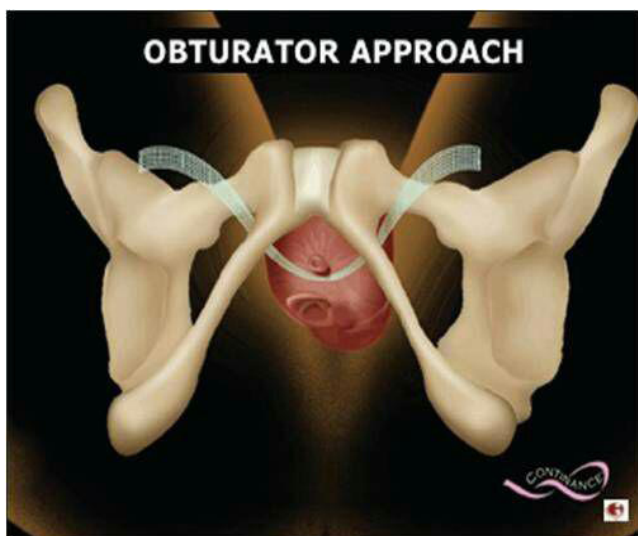


TOT یا TVT؟! مسئله اینست ... ! جراحی اسلینگ گذاری؛ درمان بی اختیاری ادرار

نخ ها به حفره کنار ران کشیده می شود. جراحی TVT استحکام بیشتری نسبت به TOT دارد و جراحان از روش TVT بیشتر استفاده می کنند.

تکنیک جراحی TVT:

در جراحی TVT بیمار در پوزیشن لیتاتومی و تحت بیهوشی عمومی قرار می گیرد. تجهیزات مورد نیاز این پروسیجر شامل: کوتر، ست جنرال بزرگ، انواع ابزار های جراحی در سائزهای بلند، رایت انگل، کلمپ پدیکل، اکارتور مثانه، کلمپ پنیس، ژل لغزنده یا لوبریکانت، انواع بوژی های پیشابراه. در بیماران معمولا از 4A soft Dyna Mesh PR استفاده می شود. و اسلینگ سایز: ۱cm × ۴۷cm استفاده می شود. یک اسپیکولوم داخل واژن گذاشته می شود، تا دیواره قدامی آن مشاهده گردد. با یک مارکر در محل سوپراپوبیک در دو نقطه به اندازه نیم سانتی متر با فاصله پنج سانتی متر نسبت به یکدیگر و قرینه از خط وسط نشانه گذاری می شود.



بی اختیاری ادراری استرسی (Stress Urinary Incontinence)، شایعترین بی اختیاری در زنان است. در این بی اختیاری با انجام فعالیت هایی که فشار داخل شکمی را بالا می برد مثل خندیدن، سرفه کردن، عطسه و زورزدن، به دلیل ضعف اسفنکتر پیشابراه، ادرار خارج می شود. یکی از در مان های این بیماری اسلینگ گذاری است که خود به دو روش انجام می شود:

الف) اسلینگ گذاری به روش Trans-TOT (Trans-Obturator Tape)
ب) اسلینگ گذاری به روش Trans-TVT (Trans-Vaginal Tape)

در روش TOT:

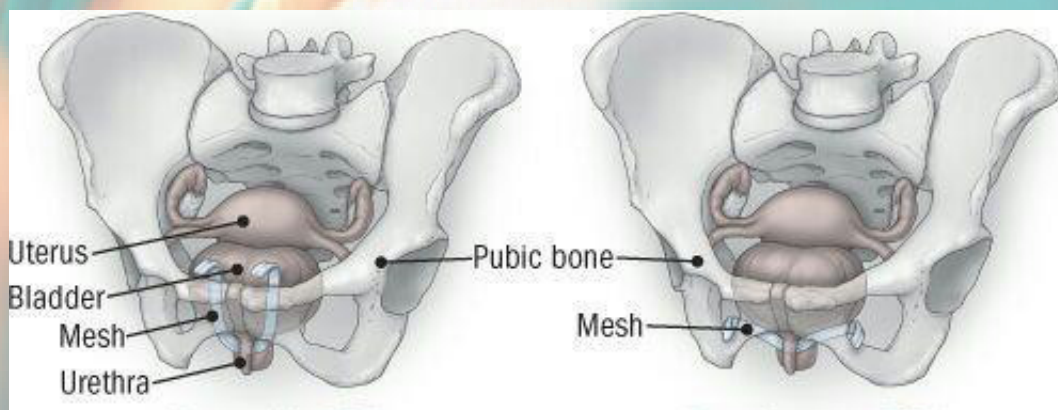
یک نوار که به اسلینگ SLING معروف است را دور پیشابراه قرار می دهیم تا با وارد کردن فشار به پیشابراه جلوی بی اختیاری گرفته شود دو سر این نوار از دیوار قدامی واژن وارد لگن شده و با گذر از سوراخ اوبتراتور از پوست ناحیه اینگوئینال خارج می شود.

در روش نوارهای واژینال بدون کشش (TVT):

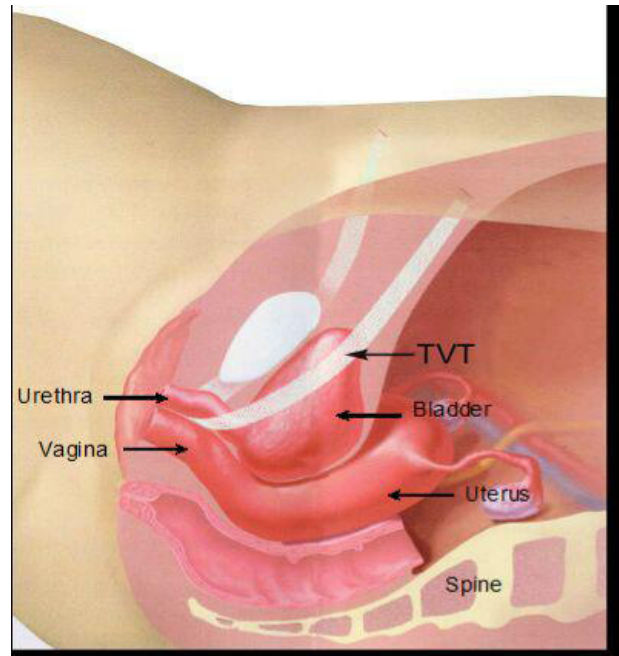
مراحل کار مشابه روش TOT است با این تفاوت که اسلینگ به جای عبور از سوراخ اوبتراتور از پشت سمفیزیس پوبیس و جلوی مثانه عبور کرده به سطح پوست می رسد. معمولا TOT نسبت به TVT به دلیل عدم آسیب به مثانه ترجیح داده می شود، اما احتمال آسیب به عروق و اعصاب اوبتراتور در روش TOT بالاست. در روش جراحی اسلینگ (TVT) درمان بی اختیاری ادراری از زیر مجرای ادرار با کمک وسیله ای شبیه سوزن به طول ۲۵ سانتی متر از اطراف شکم به بالا و قدام شکم آورده می شود و با نخ های مخصوص، مجرا و مثانه به محل طبیعی و بالاتر گردانده می شوند و در روش (TOT)

در این محل علامت گذاری شده، لیدوکائین با آدرنالین یا مارکائین با آدرنالین در فضای رترو پوبیک در طول سمفیز پوبیس برای کاهش مقدار خونریزی تزریق می شود. به همین ترتیب ماده بی حسی در زیر و اطراف یورترا نیز تزریق می گردد. یک سوند فولی شماره ۱۸ باید داخل مثانه قرار داده شده و ادرار تخلیه شود. گذاشتن کاتتر قبل از تزریق ممکن است موجب شود که بالون کاتتر به طور ناخواسته با سوزن، سوراخ شده و خالی شود و لذا نیاز به یک سوند فولی جدید خواهد بود. از چاقوی جراحی شماره ۱۴ کوچک برای دادن انسیزیون در محل علامت گذاری شده استفاده می شود. سپس با استفاده از چاقو، برشی عمودی در زیر یورترا در محل دیستال پیوستگاه یورترا به مثانه به طول ۳ سانتی متر داده می شود. سپس با استفاده از قیچی متزنهام تیز یا قیچی tenotomy باید به آرامی فلپ ها از سمت چپ و راست جدا شوند. باید توجه کافی مبذول گردد تا برش زیاد عمیق انجام نگردد و گرنه مثانه یا یورترا سوراخ خواهد شد. برش سطحی منجر به ایجاد سوراخی در اپیتلیوم واژن می شود که "Button hole" نامیده می شود. بدین ترتیب جایگذاری اسلینگ در اپیتلیوم واژن تسهیل شده و مش نیز با اپیتلوم پوشانده می شود. گاید غیر قابل انعطاف داخل سوند فولی قرار داده می شود و سوند به سمتی که اولین سوزن عبور داده خواهد شد کج می شود. فرض بر اینکه ابتدا سوزن سمت چپ وارد گردد. فولی به سمت چپ چرخانده می شود به علت محدودیت فضا، کاتتر و گاید داخل آن را میتوان در سطحی افقی کمی بالاتر از یورترا به درپ کلامپ نمود. گاید غیر قابل انعطاف در حین وارد نمودن سوزن TVT پیوستگاه یورتروویکال را از آن دور نگه می دارد. به این ترتیب احتمال آسیب به یورترا و مثانه کمتر می شود.

وسیله TVT از دو سوزن جداگانه تشکیل یافته است که با قسمتی از مش پرولن به هم اتصال یافته اند. روی این مش با غلاف پلاستیکی که لبه آنها در وسط بر روی یکدیگر قرار می گیرد پوشانده شده است. این قسمت را می توان با یک عدد هموستات کلامپ نمود تا از جدا شدن زودهنگام این پوشش جلوگیری شود با این کار از پیچ خوردگی و یا کشش مش ممانعت می شود و علاوه بر آن از آلوده شدن مش با فلور واژن جلوگیری شده و از احتمال بروز عفونت در بافت های اطراف اجتناب می گردد. سوزن TVT در یک سمت محکم به دسته TVT (چند بار مصرف) پیچ شده است. با استفاده از یک فورسپس دنداندار لبه بریده شده واژن در سمت چپ گرفته می شود و جراح باید با دست چپ دسته TVT را گرفته و آن را وارد شیار سمت چپ نماید و دو انگشت دست راست جراح نیز واژن را در محل خارج از فلپ نگه می دارد. با دست راست باید انحنای سوزن TVT طوری تنظیم شود که نوک آن در تماس با سمفیز پوبیس بوده و با زاویه ۴۵ درجه به سمت شانه چپ نشانه گیری شود و در حالی که دست راست جراح، سوزن را به سوی فضای رتروپوبیک هدایت می کند دست چپ جراح فشار ملایمی را به دسته TVT وارد می آورد. وقتی فاشیای پوبوسروویکال سوراخ گردید باید نوک سوزن از سمت بالا در لمس احساس شود و بدین ترتیب اطمینال حاصل گردد که سوزن در سمت قدام و لترال یورترا یا مثانه در محل بی خطری قرار دارد، سپس زاویه دسته TVT تغییر داده می شود تا به سمت سر بیمار (و نه شانه او) امتداد داشته باشد و به این ترتیب با تکنیک (لمس و سپس هل دادن) سوزن از سمت پشت سمفیز پوبیس به طرف بالا هدایت می شود.



سپس گاید مجدد وارد سوند شده و عمل در سمت راست به همان شکل تکرار می شود و فقط دست جراح عوض می شود و گاید فلزی به سمت راست نشانه گیری می گردد. وقتی هر دو سوزن به درستی از انسیزون روی شکم خارج شده و روی شکم قرار گرفتند، دستیار یا خود جراح می تواند هر دو طرف را با فشار مساوی بکشد تا غلاف در دو سانتی متری یورترا قرار گیرد. هموستات را می توان باز نموده و یک وسیله برای ایجاد فاصله در حد فاصل یورترا و غلاف جاگذاری می شود. از قسمت پهن یک متنزیم با دهانه بسته یا یک دیلاتاتور هگار می توان استفاده نمود. سوزن ها از مش و غلاف بریده و آزاد می شوند. سپس غلاف در هر طرف با کلامپ Kelly گرفته می شود و برای جلوگیری از آسیب مش یک بازوی کلامپ در سمت خارج و بازوی دیگر آن در سمت داخل غلاف قرار داده می شود. در حالیکه جراحی بین مش و یورترا فشار در جهت مخالف وارد می آورد کلامپ کلی نیز کشیده می شود تا بدون ایجاد کشش بر روی مش غلاف آن خارج گردد و مش در زیر یورترا قرار گیرد.



جراح باید محل انسیزون را، که در سمت چپ بر روی شکم بیمار ایجاد نموده است، یافته و سوزن را به آن سمت هدایت نماید. با اعمال فشار بسیار اندکی سوزن از محل انسیزون خارج شده و عمل خاتمه می یابد. گاید سفت داخل کاتتر باید خارج شده و سوند فولی ادرار را تخلیه نماید. بررسی رنگ ادرار اغلب به تشخیص وجود آسیب در مثانه کمک می کند. حتی در صورت وجود پرفوراسیون، ادرار معمولاً شفاف است زیرا جراحات اغلب کوچک می باشند و خونریزی نمی کنند. مثانه باید با ۳۰۰ میلی لیتر مایع پر شود، ولی حتی مقادیر بیشتر مایع نیز ارجح تر می باشد، زیرا سوراخ شدگی هایی که در اثر ورود و خروج سوزن ایجاد شده، بسیار ریز می باشند و ممکن است تشخیص داده نشوند. یک سیستوسکوپ ۷۰ درجه باید برای مشاهده یورترا و مثانه مورد استفاده قرار گیرد. بیشتر جراحات مثانه در ساعت ۲ و ۱۰ رخ می دهند، اگر آسیبی تشخیص داده شد. سوزن باید خارج شده و مثانه تخلیه گردد و تمام عمل در همان طرف از نو تکرار گردد. با تکان دادن آرام سوزن TVT باید در بافت اطراف خارج از مثانه بلغزد و اگر بافت نیز همراه آن حرکت نماید، احتمالاً سوزن بسیار نزدیک به مثانه قرار گرفته است و باید سوزن را خارج کرده و مجدداً وارد نمود. اگر سوزن به خوبی وارد شده بود مثانه توسط سوند فولی تخلیه شده و دسته TVT از سوزن جدا می گردد و سوزن به سمت بالا هل داده شده و از انسیزون شکمی خارج می شود.



در محل انسیزیون شکمی در حالیکه مش بطرف بالا کشیده می شود و با قیچی نخ به آرامی پوست به پایین فشار داده می شود، اضافه مش بریده می شود. به این ترتیب اطمینان حاصل می شود که مش، محل انسیزیون را تحریک نخواهد نمود. از داخل انسیزیون واژینال نیز مشاهده و لمس می شود تا مش زیاد سفت نباشد. سپس انسیزیون واژینال با نخ قابل جذب ۰-۲ به طریقه کانتینیوس سوچور می شود. انسیزیون شکم را می توان با چسب بست (Dermabond).



Refrence:

- ۱-Alexander's Care of The Patient in Surgery, ۱۵th EDITION, ۲۰۱۵
- ۲-Surgical Technology for the Surgical Technologist: A Positive Care Approach, ۴th Edition, ۲۰۱۴.
- ۳-<http://daneshnameh.roshd.ir/>
- ۴-<http://gynecology.blogspot.com/۲۰۱۴/۰۹/۱۳۸۷/>

۵-ساداتی لیلا، گلچینی احسان، ۱۳۹۴، تکنولوژی جراحی اورولوژی چاپ چهارم، انتشارات جامعه نگر، تهران صفحه ی ۱۳۱

سوند ادراری، در پایان عمل باقی مانده و مthane را با نرمال سالین پر می کنند سپس سوند خارج و باعمال فشار و درخواست سرفه و عطسه از مریض از صحت عمل اطمینان پیدا کرده و همچنین رنگ ادرار و حجم ادرار برای بررسی آسیب به مthane ارزیابی می شود.



کافه یادگیری



✓ بازگشت به زندگی
(توان بخشی پس از جراحی مفصل زانو)

✓ مقدماتی از CT-Scan
(جلسه اول)

✓ مشت نمونه خروار

✓ هپاتیت B از تشخیص تا
درمان

✓ ارتوپدی خاص
(ترمینولوژی ارتوپدی)

✓ آگه گفتی من چیم؟



توانبخشی پس از جراحی تعویض مفصل زانو

بازگشت به زندگی

تعویض زانو

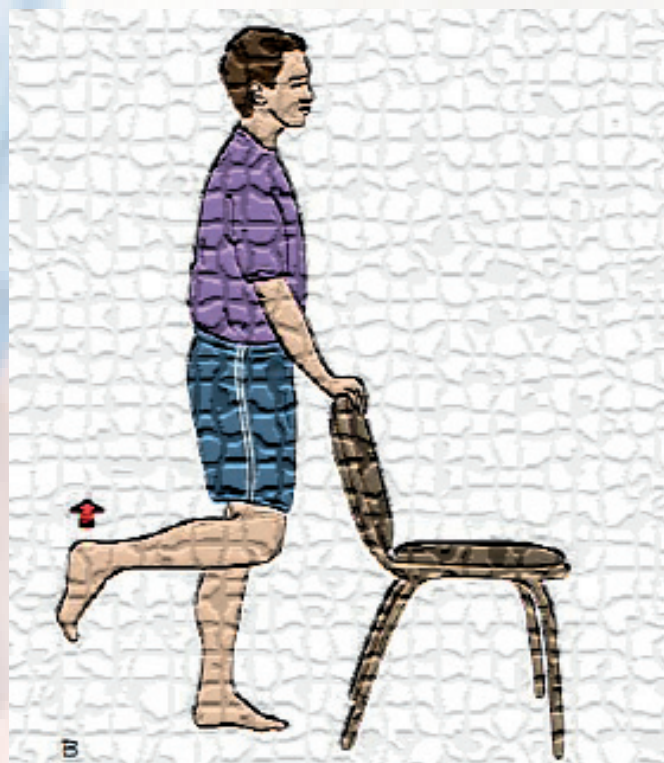
از جمله جراحی های مهمی که امروزه در دنیا فراگیر شده است، جراحی تعویض مفاصل و در راس آن ها، تعویض مفصل زانو است. مفصل زانو ساختاریست که از لحاظ ثبات استخوانی بسیار ضعیف است و تنها بافت نرم اطراف ثبات آن را تامین می کنند. از طرفی می دانیم شایع ترین مشکلی که در زانوی یک فرد ایجاد می شود، البته در سنین بالا، استئوآرتریت یا همان آرتروز خودمان است که در آن غضروف مفصلی از بین رفته و سطوح مفصلی مژرس و ناهموار می شوند. از طرفی زانو ممکن است به علت بیماری ها یا ضربات، دچار بی ثباتی های شدید شود و یا گاهی دردهای بسیار شدیدی داشته باشد که به درمان های معمولی پاسخ ندهد. اگر در فردی نشانه هایی که گفتیم وجود داشته باشد، جراح تصمیم به جراحی تعویض مفصل زانو می گیرد. این تعویض می تواند دو طرف سطح مفصلی یا تنها یک طرف

از جمله حیطه های مهم فیزیوتراپی، بازتوانی پس از جراحی هاست که در این میان فیزیوتراپی پس از جراحی های ارتوپدی، به دلیل ارتباط تنگاتنگ با استخوان ها، مفاصل، عضلات و به طور کلی حرکت فرد، از اهمیت بسیاری برخوردار هستند. به طور عمده افراد پس از جراحی های این چنینی، مستعد چسبندگی ساختارهای مختلف، عدم وزن اندازی، کاهش حرکت، ضعف و بر هم خوردن بالانس عضلانی و در نهایت ناتوانی در انجام کارهای روزمره می شوند. در این جاست که فیزیوتراپی وارد کار شده و با بررسی ساختارها و نحوه ی جراحی، با انجام مداخلاتی بازگشت فرد به زندگی را تسریع کرده و عوارض حرکتی ناشی از جراحی را به حداقل می رساند.

آن را شامل شود و نیز بر حسب پروتزیهای که به کار می رود به انواع گوناگونی تقسیم می شود.

روند فیزیوتراپی

صرف نظراً از نوع جراحی، روند فیزیوتراپی در این افراد روند خاص خودش را دارد. البته فیزیوتراپیست حتماً باید نوع پروتز به کار گرفته شده، شرح عمل، گرافی زانوی بیمار و سایر موارد پزشکی را بداند تا بتواند در مداخلاتش تصمیم گیری کند. با دانستن این موارد و نیز انجام دادن معاینات فیزیکی فیزیوتراپیست اهداف درمانی اش را ترسیم می کند. بدیهی است هر چه بیمار زودتر به بخش فیزیوتراپی ارجاع داده شود، به نفعش خواهد بود!



برنامه ها و پروتکل های مختلفی برای فیزیوتراپی پس از جراحی تعویض مفصل زانو وجود دارند که تقریباً همگی بر پایه ی فازبندی زمان پس از جراحی استوارند. اما واضح است که ما باید بر اساس شرایط بیمارمان تصمیم بگیریم، نه صرفاً از روی یکسری برنامه ی از پیش نوشته شده.

برنامه ی هفتگی!

به طور کلی می گویند بهتر است بیمار یک تا دو روز پس از جراحی به فیزیوتراپی مراجعه کند. انتظار داریم دامنه حرکتی زانوی این بیمار در ۴ هفته اول پس از جراحی حدود ۶۰ درجه باشد. در این زمان ما به میزان درد، وجود هم آرتروز، دامنه حرکتی، حرکت کشکک، توانایی کنترل عضلانی و نیز وضعیت بافت نرم بیمار توجه می کنیم.

در این زمان سعی داریم از درد و تورم جلوگیری کنیم، دامنه حرکتی خم شدن زانو را تا ۹۰ درجه برسانیم و بیمار را با کمک وسایل کمکی راه بیندازیم. در این راه از الکتروتراپی برای کاهش درد، compression wrap و بانداژ برای کاهش تورم، تمرین های خاصی برای کاهش تورم و نیز جلوگیری از آتروفی عضلات اطراف زانو و خصوصاً عضله ی کوادریسپس در جلوی زانو می دهیم. همچنین در این مرحله ممکن است روی ثبات تنه و لگن هم کار کنیم تا راه رفتن را بهبود ببخشیم.

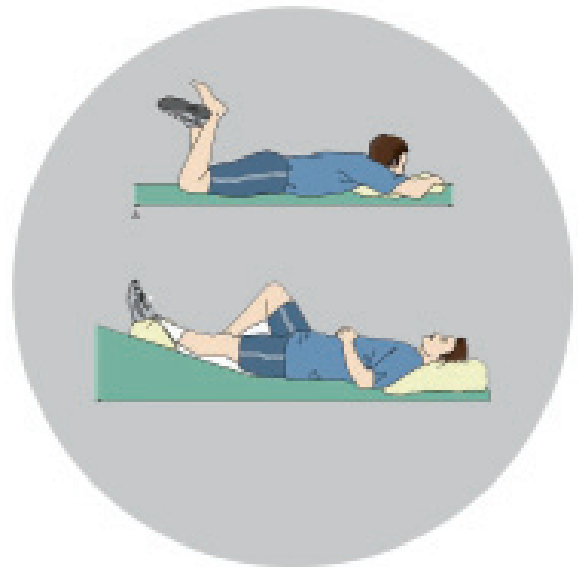
در فاز دوم که عمدتاً هفته های ۴-۸ پس از جراحی را شامل می شود، انتظار داریم درد بیمار بسیار کم باشد، بتواند کامل روی اندمش وزن بیندازد، تورم در مفصلش نداشته باشد و قدرت عضلاتش کاهش پیدا کرده باشند. در این مرحله از بین بردن درد و تورم، حفظ دامنه حرکتی زانو و کشکک و نیز نحوی ی راه رفتن بیمار برایمان مهمند. در این فاز تمریناتی برای افزایش حرکت کشکک می دهیم، عضلات اندام تحتانی را بنابر شرایط موجود کشش می دهیم و روی ثبات و تعادل بیمار کار می کنیم.

در فاز سوم و مرحله ی آخر توانبخشی که از هفته ۸ شروع می شود، دیگر انتظار داریم قدرت عضلات سمت درگیر ۷۰ درصد عضلات سمت سالم شده باشد، هیچ گونه درد و تورمی در مفصل نبینیم و فعالیت های روزمره فرد مشکل پیدا کرده باشد. بدیهی است در این فاز تمرین های پیشرفته تر برای بازگشت زندگی فرد به حالت عادی و نیز تمرین هایی برای بهبود وضعیت قلبی و عروقی بیمار تجویز می شود.

توجه کنید

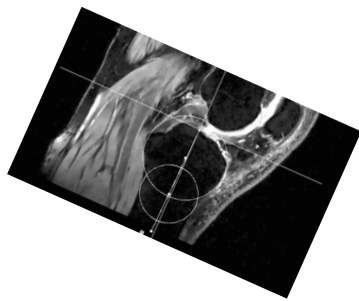
دقت کنید اگر بیمار عمل تعویض مفصل انجام داده است، فشار زیادی به مفصل او وارد نشود، چرا که می تواند پروتز کار گذاشته شده را شل کند و عمل شکست بخورد. چنین فردی باید بسیار دقت کند تا با زانویش زمین نخورد و وزن اندازی مناسب داشته باشد. این فرد باید بداند که دامنه ی خم شدن زانویش دیگر مثل قبل کامل نیست و باید از فعالیت هایی که نیاز به خم شدن زیاد زانو دارند بپرهیزد. چنین فردی نباید نمازی راستی بخواند، چهارزانو بنشیند، دستشویی ایرانی استفاده کند یا دو زانو قرار بگیرد!

تجویز تمرین در این بیماران باید با احتیاط بسیار صورت بگیرد. فیزیوتراپیست بر حسب نوع متد جراحی و شرایط بیمار تصمیم می گیرد چه تمرینی به شما بدهد. اگر بی مهابا حرکتی را انجام دهید، ممکن است فشار زیادی به مفصل وارد شود. به طور کلی در مراحل اولیه می توانید با حرکت دادن مفصل مچ پایتان، از تورم زانوهایتان کم کنید. در روزهای اول سعی کنید با استفاده از عصا راه بروید. در حالت نشسته زانوهایتان را صاف کنید و آن ها را به زمین فشار دهید تا عضله ی جلوی رانتان سفت شود. تا مدت ها از بلند کردن پایتان در حالتی که به پهلو خوابیده اید، بپرهیزید. برای سایر مشاوره ها هم به فیزیوتراپیست خود مراجعه کنید!



Reference:

- ۱- Rehabilitation for postsurgical orthopaedic patients, ۳rd edition, Lisa Maxy PT and colleagues
- ۲- Therapeutic exercises foundations for rehabilitation, Caroline Kisner, ۴th edition, ۲۰۱۵
- ۳- Management of common musculoskeletal disorders, Kessler and Hertling, ۲nd edition, ۲۰۱۴



مقدماتی از

تاریخچه توموگرافی کامپیوتری

روش توموگرافی کامپیوتری یا سی تی اسکن از روش های مهم تشخیصی؛ نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در زنی مشکوک به ضایعه ی مغزی به کار برده شد. گادفری نیوبلد هانسفیلد متولد سال ۱۹۱۹ در انگلستان و دارای مدرک تحصیلی در رشته هایی چون مکانیک، مهندسی برق و الکترونیک به همراه تیمی تحقیقاتی زمینه ساز ابداع این روش و تحولی عظیم در علم پزشکی بودند. او پس از انجام تحقیقات گسترده در حوزه کار بر روی سیستم های رادار و سپس تکنولوژی کامپیوتر که به پیشرفت های عظیمی منتهی شد در سال ۱۹۶۷ در رابطه با تشخیص الگو و روش های بازسازی با استفاده از کامپیوتر به تحقیق پرداخت.

نتیجه ی مطالعات وی در این زمینه اثبات کرد که اگر پرتو ایکس از طریق یک شی از همه ی جهت ها عبور نماید و اندازه گیری ها از همه ی اشعه های ایکس عبوری صورت گیرد می توان اطلاعاتی درباره ی ساختار های درونی بدن به دست آورد. با تشویق وزارت بهداشت، درمان و تامین اجتماعی بریتانیا یک دستگاه آزمایشی به منظور بررسی امکان بالینی از همین روش ساخته شد.

برای ارزیابی بهره ی این دستگاه، دکتر جیمز آمبروز رادیولوژیستی در بیمارستان اتکینسون-مورلی این آزمایشات را ادامه داد و نتیجه ی کار هانسفیلد و آمبروز به بیان نظریه هایی در مورد نمونه ای از مغز انسان انجامید.

در سال ۱۹۷۴ دکتر رابرت لدلی از دانشگاه جورج تاون نخستین اسکنر سی تی کل بدن را ساخت. در سال ۱۹۷۵ اولین سی تی اسکنر با سرعت بالا و با قابلیت بازسازی فضایی دینامیک برای تصویر برداری از ارگان های متحرک بدن ابداع گردید. پیشرفت سیستم های سی تی اسکن به این دوره محدود نشد و تا به امروز سیر صعودی را از



ابداع سی تی اسکن دو چشمه ای، حجمی و پرتابل تا ساخت سی تی اسکن های مولتی اسلایس طی کرده است.

به طور کلی در این روش باریکه نازکی از اشعه ایکس (مانند باریکه اشعه لیزر) به عضو موردنظر بیمار تابانده می شود؛ این اشعه از تمامی بافت هایی که سر راه آن قرار دارند عبور کرده و مقداری از آن از سمت مخالف عضو خارج می شود و توسط آشکارسازها (دکتورها) دریافت می گردد. دکتورها اشعه را به جریان الکتریکی تبدیل می کنند بدین ترتیب تعداد زیادی اطلاعات به صورت جریان الکتریکی که متناسب با جذب آن در بدن و شدت اشعه است گردآوری شده و به کامپیوتر مرکزی سی تی اسکن ارسال می شود؛ این کامپیوتر اطلاعات را پردازش کرده و نتیجه آن به صورت تصاویر متعددی که سطح مقطع اندام را نشان می دهند، بر روی مانیتور دستگاه مشخص می شود.

ضروریات سی تی اسکن

آنچه در ابتدا و قبل از هر چیز در بخش تصویربرداری پزشکی به ویژه سی تی اسکن باید به آن توجه داشت برقراری صحیح ارتباط با بیمار است. از این رو لازم است تا در ابتدا قبل از انجام سی تی اسکن نکاتی برای بیمار توضیح داده شود از جمله: استفاده از این روش تصویربرداری در سه ماهه اول بارداری به علت شرایط نسبتا بالایی از تابش اشعه ایکس ممکن است مشکلاتی را برای جنین به وجود آورد از این رو اطمینان از عدم بارداری زنان در سن باروری قبل از انجام آزمون ضروری است.



باید به خاطر داشت اطلاع از تمامی نکات گفته شده از این جهت اهمیت دارد که سلامت و جان بیماران بر اثر دانش ناکافی از هر قسمت به شدت در معرض خطر قرار می گیرد. خط مشی تمامی پرتوکاران در تمامی بخش های تصویربرداری پزشکی توسط قانون ALARA مشخص شده است. قانونی که تاکید می کند تکنولوژیست رادیولوژی موظف به دریافت تصویری با وضوح بالا و کمترین دز تابشی از بیماران است.

ادامه دارد...

آزمون های سی تی اسکن در اتاق مخصوصی انجام می شوند. این اتاق دارای شرایط ویژه ای است از جمله: سرب کوبی اتاق و سقف و در و تمامی دیوارها که بر اساس بیشترین ولتاژ تولید شده در دستگاه حفاظت به کار برده می شود. شیشه ای معادل با سرب که اجازه ی عبور هیچ گونه پرتو اولیه و پرتو اسکن را به اتاق اپراتور نمیدهد به منظور نظارت اپراتور بر اتاق آزمون، در جلوی میز اپراتور تعبیه شده است.

سیستم کامپیوتری که تکنولوژیست رادیولوژی فرآیند دریافت تصاویر، بهبود کیفیت و بازسازی تصاویر را اعمال می کند در اتاق اپراتور واقع شده است.

در فرآیند مطالعه ی سی تی اسکن اطلاع از دو اصل ضرورت می یابد: نخست اطلاع از فیزیک و نحوه ی کار سیستم ها

دوم آگاهی صحیح از تکنیک های مورد تصویربرداری که با توجه به فیزیک دستگاه اندکی متفاوت هستند.

در حین عکسبرداری منبع اشعه ایکس در داخل حلقه می چرخد این گردش با صدایی همراه است که طبیعی است و باعث آسیب رسی به بیمار نمی شود اما پیش از شروع تصویربرداری باید این نکته برای بیمار توضیح داده شود و در شرایط اضطرار چون تصویربرداری از نوزادان و اطفال و تصویربرداری از افرادی که از تعادل کافی برخوردار نیستند حضور یکی از همراهان بیمار و ترجیحا مرد و با رعایت شیلدینگ مناسب در طی آزمون ضروری است.

ممکن است قبل از انجام سی تی اسکن دارویی به بیمار تزریق شود اگر بیمار به بعضی داروها حساسیت دارد، حتما قبل از تزریق دارو باید آن را به اطلاع کارکنان حاضر در اتاق سی تی اسکن برساند و قبل از هرگونه تزریق از بیمار رضایت نامه دریافت شود...

در حین کار کردن دستگاه بیمار باید بی حرکت باشد تا تصاویر با وضوح بالا تهیه شود.



Reference:

- ۱-British journal of radiology
- ۲-Indian journal of radiology
- ۳-کتاب اصول توموگرافی کامپیوتری -سیرام - دکتر کیوان جباری- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ۴-radiologyclub.ir



انواع بیوپسی

بافت برداری یا بیوپسی که در حالت معمول به آن تکه برداری نیز می گویند ، یک آزمایش پزشکی است که در طی آن جراح به برداشتن بخشی از یک بافت (پوست ، استخوان، احشاء داخلی و ...) اقدام می نماید.
 نمونه ی تهیه شده پس از انتقال به واحد پاتولوژی جهت بافت شناسی و سلول شناسی ارسال می شود. گزارش دریافتی به پزشک در شناسایی نوع و مرحله ی بیماری و همچنین انتخاب روش درمانی کمک می نماید

۱

آسپیراسیون بیوپسی (Fine needle biopsy)

مایع موجود در کیست یا حفره داخلی بدن و مفاصل با استفاده از سر سوزن شماره ۲۲-۲۵ تخلیه می شود. برای نمونه برداری از بافت های جامد مثل تیروئید، پرست، غدد لنفاوی و یا بافت های نرم از سرسوزن های ظریف تر استفاده می شود .

۲

سر سوزن در توده مورد نظر وارد شده و با استفاده از پیستون سرنگ محتویات سلولی ساکشن می شود. به منظور افزایش دقت نمونه برداری می توان این پروسیجر را تحت توموگرافی کامپیوتری CT یا سونوگرافی با بیهوشی موضعی انجام داد.

۳

مشیت نمونه ی خروار

پانچ بیوپسی (Punch biopsy)

ابزاری ۳ تا ۴ میلیمتری با نوک تیز، توخالی و چرخان برای نمونه برداری از ضایعه ی روی پوست استفاده می شود. زخم ایجاد شده در ناحیه ای که از آن بیوپسی گرفته شده است با نخ ۴ صفر سوچور می گردد و بدون مشکل خاصی التیام می یابد.

۵

بیوپسی

با سوزن زیر پوستی (Core needle biopsy)

در این روش سوزن از طریق پوست وارد یک ارگان یا توده ی توپر شده و نمونه برداری می کند. (تفاوت این روش با آسپیراسیون در این است که سوزن زیر پوستی برای توده توپر ولی آسپیراسیون برای مایعات به کار می رود.)

۴

بیوپسی شکافی (Excisional biopsy)

یک توده یا ساختار داخلی بدن، به صورت کامل بریده و برداشته می شود. گاهی از طریق آندوسکوپی این بیوپسی را نیز می توان تهیه کرد. کاربرد این روش در برخی از ارگان ها مانند طحال بر سایر روش های بیوپسی ارجح تر است.

۷

بیوپسی با استفاده از برس (Brush biopsy)

از برس های نایلونی یا فلزی برای نمونه برداری مجاری تنفسی و ادراری از طریق جوارو کردن یا برس کشیدن روی بافت هدف بیوپسی تهیه می شود. نمونه روی لام های شیشه ای منتقل و در محیط دارای فرمالین به مدت یک ساعت نگهداری می گردد تا پس از فیکس شدن مورد مطالعه قرار گیرد.

۶

بیوپسی برشی

(Incisional biopsy)

در این نوع بیوپسی بخشی از یک توده برداشته می شود. توده های موجود در بافت نرم مثل ماهیچه و چربی و یا بافت همبند به این صورت برداشته می شوند.

*در پایان توجه کنید که کلیه ی بیوپسی ها باید توسط فرد سیرکولر مستند سازی و به واحد پاتولوژی بیمارستان ارسال شود.

۸



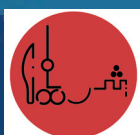
Reference:

۱- Hershita Sing . Shalini, Nancy charaya. Monika Poonia, Supreet Kaur Sidhu, Sandeep Singh Sihmar, Monika. Biopsy- A vision of life. International Journal of Contemporary Medical Research ۱۷۳۷-۱۷۳۴:(۶)۳;۲۰۱۶.

۲- Nancy Phillips. Berry & Kohn s Operating Room Technique. ۱۳th ed. [جامعه] نگر. ۲۰۱۷.

۳- رضا پور دست گردان. روشهای بیوپسی. ۱۳۹۲

فاطمه نیک بخت
سال چهارم تکنولوژی جراحی





از تشخیص تا درمان هپاتیت B

اندکی راجع به هپاتیت B

هپاتیت (HBV) (B) یک بیماری نسبتاً شایع ویروسی است که در مدت کوتاهی می تواند سبب عوارض چشم گیری از جمله بی اشتهایی، یرقان، اسهال و استفراغ، درد مفاصل و... شود و در دراز مدت، سیروز کبدی، سرطان و در نهایت مرگ را برای فرد بیمار به دنبال دارد. هدف این ویروس کبد است و سبب ایجاد التهاب در آن می شود و علائم و نشانه های ناشی از آن را نشان می دهد. انتقال ویروس از طریق مایعات بدن بوده و میلیون ها نفر در سراسر جهان به نوع مزمن این بیماری مبتلا هستند. عامل بیماری یک ویروس و انتقال آن از طریق مایعات بدن صورت می گیرد.

ایجاد یک مصونیت نسبت به عفونت های مکرر بعدی می شود. این قابلیت سیستم ایمنی، راه را برای تشخیص عوامل خارجی و همچنین درمان موثر علیه آن هموار می کند. واکنش آنتی ژن و آنتی بادی در مورد بیماری هپاتیت نیز صادق است؛ از این رو آنتی ژن ناشی از این ویروس را HbsAg و آنتی بادی را که بر علیه آن ترشح می شود HbsAb می نامند. اساس ایمونولوژیک این بیماری، یاور ایمونولوژیست ها در تشخیص و درمان بوده است.

آنتی ژن و آنتی بادی

یکی از مهم ترین و کارآمدترین سیستم ها در بدن انسان سیستم ایمنی است که پایه و اساس آن واکنشی است که بین آنتی ژن و آنتی بادی شکل می گیرد. طی این واکنش، بدن پاسخ مناسبی به آنتی ژن مورد نظر می دهد و علاوه بر آن سبب

تشخیص هپاتیت B

درصد قابل توجهی (۹۰-۸۰ درصد) از روند درمانی این بیماری به تشخیص صحیح آن باز می گردد.



رایج ترین راه تشخیص این بیماری، آزمایش خون و اندازه گیری آنتی ژن سطحی این ویروس (HbsAg) می باشد. مدت ۶ ماهه ی وجود این آنتی ژن در بدن نشان دهنده ی مزمن شدن عفونت است و فرد آلوده می تواند این بیماری را به دیگران منتقل کند!

البته ردیابی تخصصی تر آنتی ژن های دیگر نیز کمک مهمی در امر تشخیص است مثلا وجود آنتی ژن پروتئینی e یا HbeAg نشان دهنده ی مسری بودن بیماری است؛ همچنین آزمایش HBVDNA نیز به بررسی ماده ی ژنتیک ویروس می پردازد و افزایش آن نشان دهنده ی تکثیر زیاد ویروس در بدن است و اینکه فرد آلوده ناقل هیپاتیت است.

واکسن علیه هیپاتیت B

به طور کلی واکسن در ایمونولوژی به دنبال دو هدف مهم است: ۱- تحریک تولید آنتی بادی ۲-تولید سلول های خاخره. در واکنش با ویروس HBV به دنبال هدفی هستیم که با تولید آنتی بادی علیه HbsAg ها ایجاد مصونیت کرده باشیم. همان طور که ذکر شد HbsAb علیه HbsAg ترشح شده و ایجاد مصونیت می کند. این برخورد اولیه سبب تولید سلول های خاخره ای می شود که در برخورد بعدی با قدرت بیشتری علیه هیپاتیت B قد علم کنند.

زمانبندی تزریق واکسن در نوزادان در بدو تولد، دوماهگی و ۶ ماهگی است و در بزرگسالان، هر زمان که نوبت اول تزریق شد، نوبت های دوم و سوم به ترتیب یک ماه بعد و ۵ ماه بعد تزریق می شوند.

افرادی که باید واکسن را دریافت کنند عبارت اند از:
• تمام افراد ۱۸ سال و زیر ۱۸ سال (کودکان، نوجوانان و جوانان)، بزرگسالان بالای ۱۸ سال که در خطر ابتلا به این بیماری هستند،

• افرادی که سابقه ابتلا به بیماریهای مقاربتی را دارند، افرادی که تماس جنسی با مبتلایان آلوده به هیپاتیت B دارند،

• کادر بهداشتی درمانگاه ها و بیمارستانها که با خون و مایعات بدن آلوده در تماس می باشند مانند پزشکان، پرستاران، کارکنان بخش همودیالیز، تکنسین های آزمایشگاه ها، بانک خون و سازمان انتقال خون، دندانپزشکان و دستیاران آنها

• بیمارانی که همودیالیز میشوند،

• افرادی که همراه با یک شخص مبتلا به هیپاتیت B زندگی می کنند،

• تمام معنادان تزریقی

• افرادی که قصد مسافرت به سایر کشورها را دارند؛ البته چنانچه در گروه پر خطر نیز قرار ندارید، توصیه می گردد واکسن هیپاتیت را تزریق کنید.



با مراجعه به مراکز بهداشت استان و مراکز بهداشت شهرستانها می توان این واکسن را دریافت کرد. دانشجویان نیز می توانند با مراجعه به مرکز بهداشت دانشگاه و یا این سینا این واکسن را دریافت کنند.

ناگفتنی های هپاتیت B

افرادی هستند که پس از تزریق واکسن هپاتیت دچار آلرژی شده و در مواردی ممکن است تبدیل به آنافیلاکسی شود! البته این عارضه بسیار نادر است. بنابراین این افراد نباید واکسن هپاتیت B را دریافت کنند؛ همچنین کسانی که هنگام دریافت واکسن، مبتلا به یک بیماری متوسط و شدید هستند باید زمان تزریق واکسن را تا بهبودی کامل به تعویق اندازند. نکته ی قابل توجه دیگر این است که اگر فردی نسبت به دیگر عوامل بیماری زا واکسینه شده باشد، واکسیناسیون هپاتیت B بلامانع است. تزریق همزمان واکسیناسیون هپاتیت B با سایر واکسن ها نیز مجاز است.

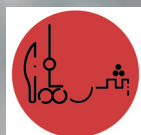


Refrence:

۱-<http://www.mardoman.net/health/hbv>

۲-<http://www.noskhe.com>

۳- ایمونولوژی سلولی مولکولی / ابول. ک عباس /
ترجمه دکتر عبدالحسین کیهانی

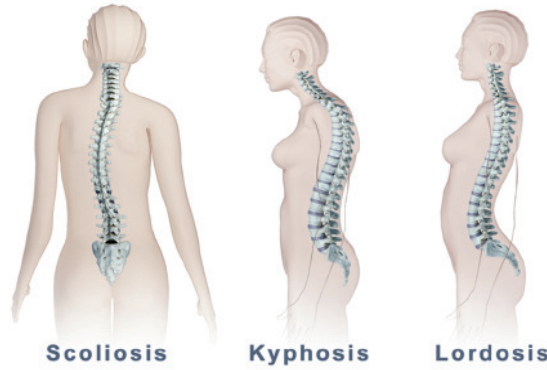


ارتوپدی هم دنیایی داره ها !!



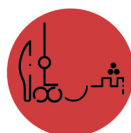
مهدی امیدی
سال سوم تکنولوژی جراحی

سلام. اگر اتاق عمل ارتوپدی رفته باشین میبینین که یه سری کلمات بین رزیدنت و جراح رد و بدل میشه که آدم هاج و واج میمونه، بعد که به خودش میاد عمل دیگه تموم شده. به خاطر همین تصمیم گرفتیم که هر بار شما رو با یکسری از این اصطلاحات آشنا کنیم.



اختصارات

| معنی و مفهوم | عبارت کامل | اختصار |
|----------------------|-----------------------------|--------|
| رباط صلیبی قدامی | anterior cruciate ligament | ACL |
| سندروم کانال کارپال | Carpal tunnel syndrom | CTS |
| شکستگی | fracture | Fx |
| رباط صلیبی خلفی | Posterior cruciate ligament | PCL |
| تعویض مفصل هیپ | Total hip arthroplasty | THR |
| تعویض کامل مفصل زانو | Total knee replacement | TKR |



| اصطلاح - آلمت | معنی و مفهوم |
|-----------------------------|---|
| CTS (carpa tunnel syndrome) | بی حسی و ضعف دست که در اثر فشار به عصب مدین و فشار ناشی از تاندون فلگسور رتیناکولوم موجب می شود |
| Kyphosis | انحنای بیش از حد مهره های سینه ای به سمت خلف (شکل شماره ۱) |
| Lordosis | انحنای بیش از حد مهره های کمری به سمت جلو (شکل شماره ۱) |
| Scoliosis | انحنای ستون فقرات به طرفین (شکل شماره ۱) |
| Laminectomy | برداشت لامینای مهره ای |
| Hallux valgus | انحراف شست پا به سمت خارج (شکل شماره ۲) |
| Hallux varus | انحراف شست پا به سمت داخل (شکل شماره ۳) |
| Malunion | جوش خوردگی نامناسب استخوان |
| Nonunion | عدم جوش خوردگی استخوان |
| Union | جوش خوردگی |
| Osteoporosis | پوکی استخوان |
| Osteotomy | بریدن و آره کردن استخوان |
| Reduction | جا اندازی |
| Sprain | پیچ خوردگی مفصل |
| Strain | کشش عضلانی |



Refrence:

۱-www.orthoinfo.aaos.org

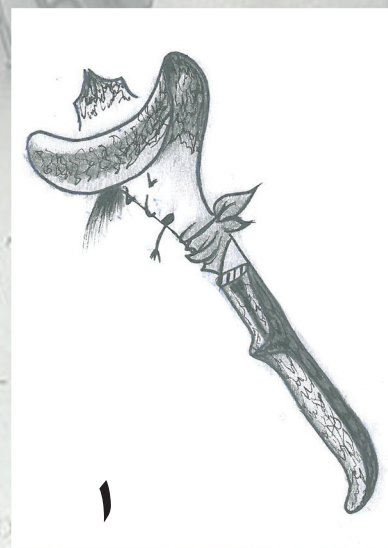
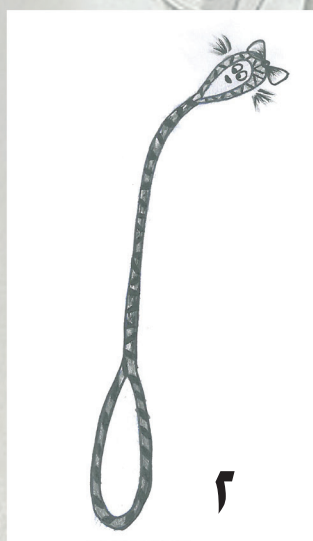
۲-www.wikipedia.org

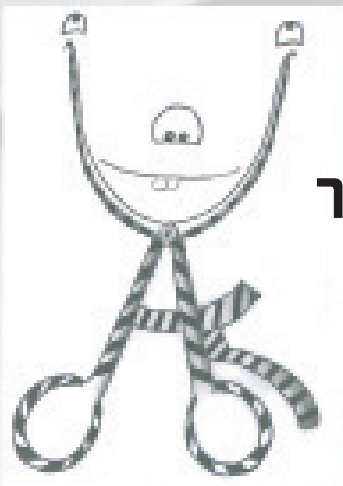
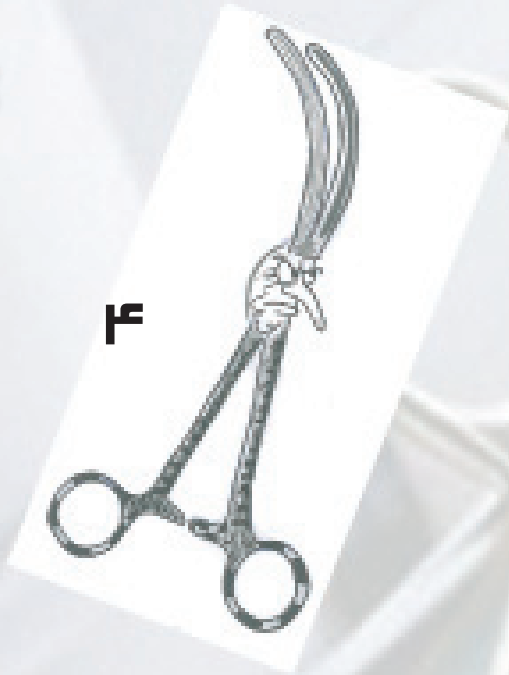
۳- تکنولوژی جراحی ارتوپدی، لیلیا ساداتی، چاپ ۱۳۹۱، بخش ترمینولوژی



ا گ ه گ ا ت ی م ن م ی م ؟

با سلام و عرض ادب بنابر اظهارات بچه های بالا و پایین به استمضارتان می رسونیم ضیافت مجلی در آدرس sharyanmagazine@gmail.com به صرف هدایای نقدی برپا شده و از شما دعوت نماییده مضور شریف فوتون رو به هم برسونید!
: لازم به ذکر است قبل از ورود به مجلس دم در آزمون ورودی ای با موضوع مدس نام تصاویر کاریکاتور شده ی ضمیمه شده گرفته می شود که باید به اون آدرس بفرستین تا بتونین بیاین ضیافتمون.
و نیز پیشاپیش مقدماتون گرامی داشته شده :





و اتفاق عمل

دانشکده پرستاری و مامائی
FACULTY OF NURSING & MIDWIFERY

کافه خبری

✓ یادداشت مهمان

✓ مصاحبه ای از جنس دانشجو

✓ دانشکده پرستاری و مامائی
اصفهان ۵۰ ساله شد!

✓ کنگره ای جهانی در نصف جهان

✓ بالاخره طلسم برگزاری جشن
برای رشته "تکنولوژی جراحی"
شکسته شد!

✓ شریان در مجازستان

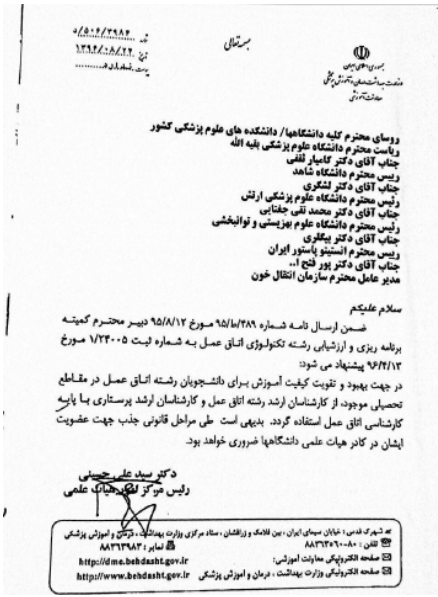


یادداشت مرصیح

جسغ فرهنگند

باسلام و احترام

فرهمنده هستم: تدوین کننده رشته کارشناسی و کارشناسی ارشد تکنولوژیست اتاق عمل و دبیر اسبق و عضو فعلی بورد اتاق عمل، داور مدرک کارشناسی پرستار از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ارشد بیوشناسی علوم پزشکی تبریز. داور اسبق اجرائی منجبه مدیرکل آموزش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدیر تحصیلات تکمیلی، قائم مقام معاونت آموزش و مدیریت گروه اتاق عمل دانشگاه پرستار اصفهان. نزدیک به ۲۰ سال در اتاق عمل هم بصورت فردی هم بصورت آموزش با دانشجویان اتاق عمل و پ پرستار انجام وظیفه نمودم. در سال ۸۷ با همکاری اساتید گروه اتاق عمل پس از تلاش فراوان و ترجمه کریکولم Ast موفق به تصویب رشته کارشناسی اتاق عمل در شورای عالی برنامه ریزی شدم. سپس طبق دستور معاون آموزش وزارت متبوعه، کمیته برنامه ریزی و ارزشیابی رشته اتاق عمل تشکیل شد و به عنوان دبیر این کمیته بیست و پنج نفر از ۴۰ دانشگاه را مورد بازدید قرار داده و نتیجه آنج، که اغلب کمبود هیئت علمی متخصص و متبصر بود، به دبیر شورای آموزش علوم پایه پزشکی و تخصصی گزارش شد و پس از ۵ سال تلاش بروقفه موفق به دریافت مجوز ارشد اتاق عمل برادر دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان، شیراز و ایلان شدم. در ادامه تلاش های پیشین، امسال با لطف خدا مجوز ارشد را برادر دانشگاه های کرمانشاه، همدان، یزد و مازندران گرفتیم. با مکاتبات پیگیر ریاست محترم هیئت علمی وزارت به کلیه دانشگاه ها اعلام نمود از کارشناسی ارشد اتاق عمل و کارشناسی ارشد پرستار را لیسانس اتاق عمل مر توانند بعنوان هیئت علمی گروه اتاق عمل استفاده نمایند؛ که با توجه به کمبود حدود ۴۰۰ نفر نیروی هیئت علمی برادر این رشته در کشور، تا ۱۰ سال آینده کارشناسی ارشد در صورت دانش شایستگی ها لازم مر توانند بعنوان هیئت علمی مشغول شوند. با پیشرفت تکنولوژی در این رشته، روز به روز آئنده روشنر برادر این دانشجویان آرزو مر کنم؛ که البته لازم آنج تلاش مضاعف علمی و مهارت تراست. سربلند و پیروز باشید.



مصاحبه ای از جنس زنانه

شاید همه ی شما احساسات و نظراتی در مورد رشته ی تمصیلتان داشته باشید ، این نظرات در اوایل تمصیل و اواخر آن می توانند با هم متفاوت باشند. در این گفت و گو بر آن شدیم تا با جمعی دانشجویان رشته اتاق عمل (دو تن از دانشجویان ترم ۱ و دو تن از دانشجویان ترم ۷) مصاحبه ای داشته باشیم تا از تفاوت نگرش آن ها در طول چهار سال تمصیلی اطلاع پیدا کنیم.

۱- زمانی که در این رشته و دانشگاه پذیرفته

شدید چه احساسی داشتید؟

ترمک ۱: خوشحال نبودم چون سه رشته اول مورد علاقه ام نبود، ناراحت هم نبودم به خاطر دانشگاه و این که اولین انتخابم پس از سه رشته بود.

ترمک ۲: راجع به رشته اش اصلا خوشحال نبودم، ولی راجع به شهرش چون نزدیک بود خوشحال بودم.

عرصه ۱: خب خیلی خوشحال بودم هم اینکه تو شهر خودم و یک دانشگاه خوب دولتی آوردم و هم اینکه ریشتم یکی از رشته های پیراپزشکی بود و با اینکه پزشکی که دوست داشتم نیوردم ولی خب همینم خوب بود

عرصه ۲: در زمان انتخاب رشته و شهر تحصیل، آشنایی چندانی از رشته ها و دانشگاه ها نداشتم و بر اساس تجربیات افراد و شنیده ها انتخاب ها رو انجام

دادم. زمان اعلام نتایج نهایی نه رشته اتاق عمل رو می شناختم و نه شهر اصفهان رو، و تنها حسی که داشتم حس انتظاری

بود که بیام و ببینم چه چیزی قراره بخونم و کجا قراره زندگی کنم.



جراحی
ملیکا ذکریا- سال دوم تکنولوژی
تکنولوژی جراحی
مهسا نیک نفس- سال چهارم



۲- هدف تحصیلی تان چیست ؟

ترمک ۱: اتمام کامل تحصیل (گرفتن ارشد) و کارکردن در بیمارستان؛ بیشتر به بالین فکر می کنم.

ترمک ۲: ادامه تحصیل، ارشد و حتی دکتری در رشته نزدیک؛ علاقه ای به بالین ندارم و اگر شد چند سال تدریس می کنم .

عرصه ۱: در حال حاضر هدفم اینه که انشالله امسال کنکور ارشد بدهم، اگر آوردم برم بخونم و اگر نیوردم برم طرح و سال دیگه دوباره کنکور ارشد بدم.

عرصه ۲: در حال حاضر هدفم از تحصیل پیدا کردن کار مناسب با درآمد کافی است. یادگیری و خدمت به خلق که مهم ترین هدف های تحصیل به شمار می آیند متأسفانه به حاشیه رانده شده اند و با این حال تا جای که امکان داشته از آن ها غافل نشده ام و ان شاء الله نخواهم شد.



۳- رشته خود را برای دیگران چگونه توصیف می کنید؟

ترمک ۱: یک گروهی در اتاق عمل گروه بیهوشی هستند یک

گروهی هم تیم جراحی ... ما عضو تیم جراحی هستیم! /:

ترمک ۲: در بیمارستان بخشی به نام اتاق عمل هست که ما آن جا کار خواهیم کرد!

عرصه ۱: اول همه می پرسند که کار شما صرفاً پنس دادن

است؟! برای آن ها توضیح می دهیم که کارمان تخصصی تر است و با جراح در جراحی کمک می کنیم.

عرصه ۲: در توصیف اتاق عمل به آشنایان بیشتر از همه چیز نقش

تکنولوژیست های اتاق عمل را برایشان شفاف سازی می کنم چون اکثر افراد

از کار ما با خبر نیستند حتی گاهی با تمسخر و اهانت هم رو به رو شده ام

اما همیشه با سخنی سرشار از رضایت و قاطعیت از نقش خود دفاع کرده ام

چون متأسفانه خیلی اوقات شاهد این بوده ام که پیش کسوتان

رشته هم از مدح رشته ابا دارند.



۴- آیا رشته تحصیلی خود را دوست دارید؟

ترمک ۱: رشته را دوست دارم ولی ماکسیممی که می خواستم نیست.

ترمک ۲: نه؛ رشته مورد علاقه ام نیست و به امید تدریس آمده ام.

عرصه ۱: اوایلش رشتمو دوست داشتم ولی ترم های ۳ تا ۵ بدم

میومد ازش، ولی الان که سال آخرم دوست دارم!

عرصه ۲: جواب دادن به این سوال سخته. اتاق عمل رو دوست داشتن

ملزوماتی داره؛ مثلاً باید کارش رو دوست داشته باشی، این که هر روز با چند نفر تو یک

تیم کار کنی رو دوست داشته باشی. حالا جدای از این حرفا یه تکنولوژیست اتاق عمل

بعد از دست کم ۱۶ سال تحصیل باید بتونه از این رشته در آمد کافی هم به دست بیاره

تا بهش دل ببندد با بعضی از موردهای رشته ام مشکل دارم اما کار در اتاق عمل رو

دوست دارم. رشته ی اتاق عمل خیلی خوب میتونه به نیازای یک فرد کنجکاو و کسی

که سرش برای استرس و موقعیت های حساس و نفس گیر درد می کنه جواب

بده و اینکه هر روز یه چیز جدیدی برای یاد گیری داره و مهمتر از همه

اینکه بهت می فهمونه که هنوز هیچی نمیفهمی و یاد میده

که باید تو کارات نظم داشته باشی.

۵ - کار بالینی و بیمارستان چقدر با روحیه شما سازگار است ؟

ترمک ۱: خیلی، بسیار علاقه مند هستم .
 ترمک ۲: اصلا به بیمارستان علاقه ندارم .
 عرصه ۱: در کل دیدن ناراحتی مردم و درد آن ها خیلی اذیتم می کنه ولی همیشه خودمو اینجوری دلداری میدم که ماها سعی می کنیم حال مریض رو بهتر کنیم.
 عرصه ۲: از کمک کردن لذت میبرم و در مقابل کاری که می کنم اگه لبخند رضایت رو در صورت طرف مقابل ببینم خستگی از یاد می ره و کار بالینی هم جدای از این چارچوب نیست به غیر از این که داری در روند بهبود بهترین نعمت الهی یک فرد کمک رسانی میکنی.



۶- تا چه اندازه درباره آینده شغلی رشته اطلاع دارید ؟

ترمک ۱: از چند آشنای پزشک که پرسیده ام گفته اند خوب است :)
 ترمک ۲: این طور که همکلاسی ها، اساتید و ... گفته اند خوب است. کار دارد و درآمدش بد نیست!
 عرصه ۱: امسال که عرصه ایم بهتر از آینده اش خبر دارم، ببین کلا آیندمون ۳ دسته اس ک خودت انتخاب میکنی بری تو کدوم گروه؛ اول؛ استخدام پرسنل بیمارستانی و کار در اتاق عمل / دوم؛ ادامه تحصیل و تلاش برای هیئت علمی شدن / سوم؛ استخدام شرکتی بشی ... که هرکدومش معایب مزایای خودشو داره.
 عرصه ۲: اتاق عمل رشته ای نو پا هست و قطعاً آینده آن فاصله ای حداقل چند ساله با مدرک به دستان بی کار دارد .

با تشکر از زهره صالحی، ژاله سرافرازیان، کاوه چولی، مهشاد ایزدان و نیما بابایی که ما را در تهیه این مصاحبه یاری نمودند.





فرانک رحمانی - سال چهارم تکنولوژی جراحی
مهسا نیک نفس - سال چهارم تکنولوژی جراحی



دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان ۵۰ ساله شد!

کمیته اطلاع رسانی و تشریفات، کمیته ثبت نام، کمیته دیدار با هم دوره ای ها، کمیته گالری اسناد و مدارک، کمیته دانشکده گردی، کمیته تجدید خاطرات، کمیته تندیس، کمیته ثبت خاطرات و کمیته تدارکات .

روز اول مراسم، در دانشکده برگزار شد. دانشجویان قدیم در کلاس های دسته بندی شده با ورودی های خود گپ و گفتگو داشتند. همچنین از گالری مربوط به اسناد گذشته و قسمت های مختلف دانشکده که در سال های اخیر تغییرات زیادی کرده بود، دیدن نمودند. همان شب، ضیافتی مقابل دانشکده برپا گردید که شامل اجرای موسیقی زنده گروه ساربانگ به رهبری استاد الله دادیان، به هوا فرستادن ۵۰ بالن آرزو به نشانه ۵۰ سالگی دانشکده و آتش بازی که تحت عنوان سورپرایز ویژه از آن یاد می شد؛ بود. در آن شب، شام بی نظیری نیز سرو شد .

جشن نکوداشت نیم قرن افتخار دانشکده پرستاری و مامایی در حالی برگزار شد که هیچ یک از دانشجویان همین دوره دعوت نشده بودند!

جشن نکوداشت پنجاهمین سال تأسیس دانشکده پرستاری و مامایی طی دو روز مورخ ۲۳ و ۲۴ ام شهریورماه ۱۳۹۶ توسط مسئولین دانشکده در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بسیار با شکوه برگزار شد. مسئولینی که بانی این جشن بودند عبارتند از : سرکارخانم دکتر طالقانی ریاست دانشکده، جناب دکتر شهریاری معاون مالی دانشکده و جناب دکتر یزدان نیک، ریاست محترم نظام پرستاری استان اصفهان.

مدعوین از دانشجویان ورودی سال ۴۴ تا ۹۰ بودند . کادر اجرایی جشنواره به چند کمیته تقسیم شده بودند که شامل :



surgical technologist

surgical technologist



لوگوی نقوداشت : در نگاه اول مخاطب با تصویر گرافیکی و واضحی از عدد «۵۰» مواجه می گردد. دو هلال فیروزه ای به سان دو بازوی اصلی در طرح ، نمایانگر دو رشته ی پرستاری و مامایی هستند که قلب را در بر گرفته اند. رنگ لگو «آبی فیروزه ای» انتخاب شده که رنگ آرامش بخش مورد استفاده در بیمارستان و برگرفته از کاشی گنبدهای فیروزه ای اصفهان است.

surgical technologist

surgical technologist

روز دوم مراسم، در تالار فیروزه دانشگاه برگزار شد. آغاز مراسم با سخنرانی رئیس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سرکار خانم چنگیزی بود و در ادامه رئیس دانشکده پرستاری و مامایی، سرکار خانم دکتر طالقانی سخنرانی کرده و گروه موسیقی نغمه اجرا داشتند. همچنین اولین دانشجویان فارغ التحصیل دانشکده، مجددا بطور نمادین لباس فارغ التحصیلی بر تن نموده و به یاد گذشته سوگند یاد کردند. نهار نیز به رسم گذشته و با توزیع کوبن های همان زمان، در سلف دانشگاه سرو گردید.

ادامه مراسم به روایت تصویر:



کارگاه گپ ورودی ها



کمیته اجرایی



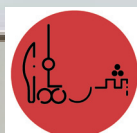
دانشجویان قدیم در کنار عکس قدیمی شان در گالری اسناد



خاطره تعریف کردن اولین مدیر گروه اتاق عمل دانشکده در جمع ورودی های قدیم



اولین ورودی اتاق عمل دانشکده در تالار شهید حیدری



surgical technologist



تندیس نکوداشت : نمای کلی تندیس ، نمایش فرم ساده شده و نمادین انسانی ایستاده است که حالت مایل سر و صورت و نوع ایستایی اش نشان از مهر و عواطف انسانی دارد . در طراحی

تندیس نمایش ویژگی های بصری و مفاهیم لوگوی نکوداشت مد نظر بوده است . از شکل ظاهری عدد پنج در پایین بصورت پایه ای در حال رشد و به نشانه ی پنج دهه شکوفایی و بالندگی استفاده شده که بصورت چرخان با حرکت و شکل بصری قلب در بالا ایجاد انعکاس، تعادل و توازن نموده اند. پایه ی تندیس دایره ی سیاه و بدنه ی آن از نیم قوس طلایی به تاسی از مفهوم نصف جهان طراحی شده است .

surgical technologist

surgical technologist

surgical technologist



اجرای گروه موسیقی ساربانگ در ضیافت شام



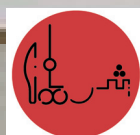
آتش بازی در شب اول مراسم



پوشیدن لباس فارغ التحصیلی توسط دانشجویان قدیم



اجرای موسیقی توسط گروه سنتی نغمه در روز دوم مراسم اجرای موسیقی توسط گروه سنتی نغمه در روز دوم مراسم



کنگره ای جهانی در نصف جهان



با تشکر از آقای محمد حسین حاتمی
فرانک رحمانی سال چهارم تکنولوژی جراحی
سید عباس داتلی بیگی سال سوم تکنولوژی جراحی



کنگره بین المللی جراحی های کم تهاجمی (لاپاراسکوپی) در تاریخ ۲۷-۲۵ اکتبر (۳-۵ آبان ماه) در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد
برای آشنایی بیشتر با این کنگره ، مصاحبه ای با سرکارخانم مژده انجام شد .



کنگره از چه بخش هایی تشکیل شده بود و برای هرکدام از بخش ها چندروز را در نظر گرفته شده بود ؟

می شود گفت کل کنگره و ورک شاپ ها حدود یک هفته طول کشید . سه روز کارگاه پزشکی ، دو روز کارگاه پرستاری و سه روز کنگره اصلی بود.

ورک شاپ ها و کنگره در مورد چه موضوعاتی بودند؟

کنگره و ورک شاپ ها درباره جراحی های کم تهاجمی یا همان لاپاراسکوپی در حوزه های مختلف مانند مغز و اعصاب ، زنان ، جراحی های عمومی و ... برگزار شد.

سرکار خانم مژده ، عضو هیئت علمی گروه اتاق عمل دانشگاه اصفهان هستند و مدیر کمیته اجرایی کنگره بودند .

لطفا کلیاتی درباره برگزاری کنگره بفرمایید .

از سال پیش بحث برگزاری کنگره مطرح شد؛ به همین منظور جلساتی را بصورت ماهانه داشتیم . در سال ۹۶ این جلسات هفتگی و هر چه به برگزاری جشن نزدیک تر می شدیم تعداد جلسات بیشتر شد ؛ به طوری که بالغ بر ۵۰ جلسه برگزار شد .

دبیران کنگره چه کسانی بودند ؟

دبیر علمی کنگره جناب آقای دکتر محمودی ، دبیر اجرایی جناب آقای دکتر کلیدری ، دبیر ورک شاپ های پزشکی جناب آقای دکتر صیادی و دبیر ورک شاپ های پرستاری بنده بودم.





کنگره نزدیک می شدیم ، ابعاد کنگره نیز بزرگ تر می شد . در این کنگره حدود ۱۵ کشور از هر ۵ قاره شرکت داشتند . مهمانان کنگره از کشورهای نظیر انگلستان ، فرانسه ، ایتالیا ، الجزایر ، سوریه ، گرجستان و... بودند .
اساتید بزرگی از خود ایران حضور داشتند که از کل کشور گرد هم آمده بودند . هماهنگ کردن حضور اساتید و مهمان های خارجی کار آسانی نبود ؛ ولی با پیگیری کارگروه های فعال ، این کار به نحو احسن انجام شد .

در پایان تشکر می کنم از بچه های گروه اتاق عمل که برای برگزاری این کنگره و ورک شاپ ها در بخش های مختلف زحمت بسیار کشیدند .



کنگره در چه سطحی برگزار شد ؟

در ابتدای کار فکر نمی کردیم که کنگره به این اندازه بزرگ و مهم شود ؛ ولی هر چه به تاریخ برگزاری

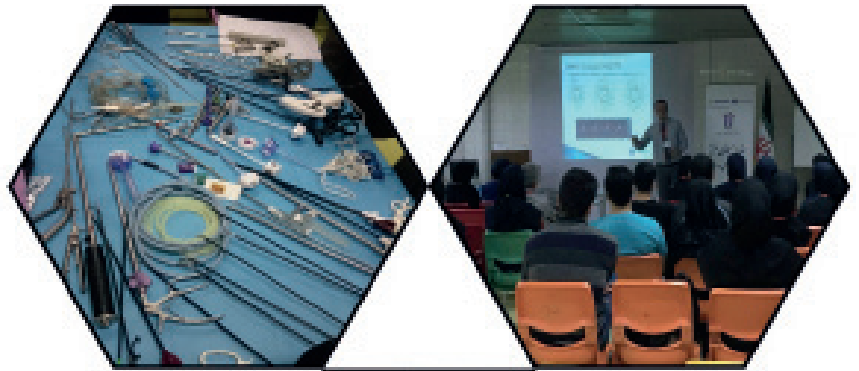


ورک شاپ پرستاری :

این ورک شاپ طی مدت دو روز در تاریخ اول و دوم آبان ماه ، در اتاق عمل بیمارستان الزهرا (س) برگزار شد. نزدیک به ۳۰ نفر از دانشجویان و پرسنل اتاق عمل از بیمارستان ها و شهرهای مختلف در این کارگاه حضور داشتند . سرکارخانم مزده دبیر این کارگاه بودند . مدرسین نیز از بین اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، رابطین آموزشی در بیمارستان ها و نمایندگان شرکت های مختلف تجهیزات لاپاروسکوپی انتخاب شده بودند و بصورت عملی نحوه عملکرد تجهیزات مختلف اعمال لاپاروسکوپی را بیان کردند .

کنگره :

کنگره در روزهای سوم ، چهارم و پنجم آبان ماه در مجموعه تالارهای ساختمان گسترش برگزار شد . در این کنگره بالغ بر ۱۳۰ سخنران حضور داشتند که به بحث و تبادل روش های خویش در جراحی های لاپاروسکوپی پرداختند . کنگره اسپانسر های زیادی داشت و از شرکت های مختلف هم حضور داشته و به تبلیغ محصولات خودشان پرداختند. از بخش های جذاب این کنگره ، می توان به پخش لایو عمل های جراحی در سالن همایش گسترش اشاره کرد . این عمل های جراحی در بیمارستان الزهرا (س) انجام می شد و به صورت زنده برای حضار پخش شد .





بالاخره طلسم برگزاری جشن برای رشته "تکنولوژی جراحی" شکسته شد!

همچنین دکتر اکبری اقدم، متخصص و جراح ارتوپدی با حضور و سخنرانی خود در جشن، شکوه بیشتری به جشن داد.

از برنامه های دیگر این جشن می توان به اجرای بسیار زیبای گروهی موسیقی زنده به سرپرستی آقای محمد سعیدی ، پخش کلیپ های جذاب دانشجویان تکنولوژی جراحی، استندآپ کمدی و اجرای دابسمش اشاره نمود.

امید است که این جشن پایه ای برای برگزاری جشن هایی بهتر و هیجان انگیزتر در سال های آتی باشد...!/:

جشن بزرگداشت تکنولوژیست های جراحی در روز دوشنبه ۱۳ ام آذر ماه در تالار شهید حیدری دانشکده پرستاری-مامایی با استقبال بی نظیر دانشجویان، اساتید و معاونین دانشکده برگزار شد. در ابتدا جشن با سخنرانی دکتر احمدرضا یزدان نیک، ریاست محترم سازمان نظام پرستاری استان اصفهان آغاز شد و با سخنرانی دکتر اکرم اعرابی، مدیر گروه فعلی تکنولوژی جراحی و مصاحبه ای به صورت پرسش و پاسخ با دکتر حسن فرهمند، مدیر گروه و مدیر بورد اسبق تکنولوژی جراحی و عضو کمیته ارزشیابی و برنامه ریزی فعلی گروه تکنولوژی جراحی؛ در رابطه با رشته تکنولوژی جراحی ادامه یافت.

دکتر فرهمند، با بیان ضرورت تدوین دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد این رشته، نامه ی مدیر امور هیات علمی در دانشگاه های علوم پزشکی وزارت مبنی بر لزوم به کارگیری کارشناسان ارشد تکنولوژی جراحی به عنوان هیات علمی را قرائت کرد؛ که موجبات خرسندی دانشجویان تکنولوژی جراحی را بیش از پیش فراهم کرد.

به روایت تصویر



حضور اساتید و معاونین در جشن

سخنرانی دکتر اعرابی، فرهمند و اکبری اقدم



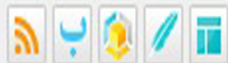
اجرای موسیقی زنده

کادر اجرایی جشن

فشریم شریان

SHARYANMAGAZINE

فصل نامه علمی-صنفي تکنولوژیست های جراحی



ساخت وبلاگ در بلاگ بیان، رسانه متخصصان و اهل قلم

هو...

به خانه ای دیگر نقل مکان کردیم!
تا بهتر میزبان تان باشیم.
آدرس؟

sharyanmagazine.blog.ir

منتظر تان هستیم.

قدم تاچ ها و کلیک های تان روی چشم!

خانه

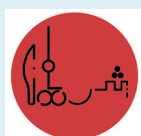
درباره من

سراآغاز

تماس با من

خلاصه آمار

| | |
|----|----------------------|
| ۶۳ | مجموع نمایش ها |
| ۲۰ | مجموع بازدیدکننده ها |
| ۱ | نمایش های امروز |
| ۹ | نمایش های دیروز |
| ۰ | مجموع مطالب |
| ۰ | مجموع نظرات |
| ۱ | حاضرین در سایت |



کافه خودمونی



✓ هیچ وقت برای شروع دیر نیست ...

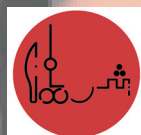
✓ بهانه سبز

✓ شرح گسسته ای از و هم یک عشق

✓ کمر بزدگان

✓ عشق عملی

✓ به فاصله یک تکرار





هیچ وقت نیست ~~همیشه~~ برای شروع دیر است ...

گاهی لحظاتی در زندگی پیش می آید که ناگهان به خودت می آیی و می بینی درست همان جایی ایستاده ای که پنج سال پیش ایستاده بودی. راکد شده ای درون یک برکه و جلبک هایی که دست و پایت را دوخته اند به محدودیت ها و بال و پرت را بسته اند. هرچه بیشتر تقلا می کنی گرفتارتر می شوی، خسته تر می شوی و هربار به بهانه ی خستگی دست از تلاش برمی داری و در قس عادت زندگی می گذرانی. بی خبر از دور و برت هرروز تکرار می شوی و تکرار...

عادت به تکرار شجاعت تغییر را از تو می گیرد و نتیجه اش می شود پنهان شدن لا به لای همان جلبک ها به خیال اینکه آن ها از تو محافظت می کنند و غافل از این که حضور این جلبک ها خیانت به آزادی توست. خیانت آن ها را باور نمی کنی چون به تکرار شدن عادت کرده ای .

این جا یک جرعه لازم است تا جایی وسط خیال و واقعیت درمرزی از زمان شعله ی شجاعتت را روشن کند و تورا از سرازیری عادت به جاده ی پردست انداز تغییر بیاندازد و این می شود نقطه ی خواستن و ساختن!

نقطه ی از پيله درآمدن و پروانه شدن...

و تو دوباره شروع می شوی!

غنچه ی وجودت شروع به شکفتن می کند و چیزی درون تو تغییر می کند.

وقتی تصمیم می گیری دوباره شروع کنی، هجومی از شک و تردیدهاست که امانت نمی دهند، می توانم؟! ارزشش را دارد؟! اگر موفق نشوم؟! و کلی سوال بی معنای دیگر که همین طور بی هدف در سرت به گردش درمی آیند. اما پاسخ به آن ها ساده است!
بله می توانی!

توانستن هیچ گاه دلیل نمی خواهد اما نتوانستن یک چرای بزرگ در پی دارد. پیدا کردن دلیل نتوانستن پیدا کردن نقطه ضعف است و پیدا کردن نقطه ضعف، نقطه ی عطف یک شروع دوباره است.

شروع ، سرآغاز یک جاده ی پرفرازونشیب است. سقوط یا صعود در این جاده بستگی به مهارت من و شما دارد. اگر صعود کنی یک قدم به هدف نزدیک تر می شوی و اگر سقوط کنی چیزی را از دست نداده ای فقط کمی زمان صرف کسب تجربه کرده ای. باکسب این تجربه می فهمی که هرچه پیش آید خوش آید، ماکه خندان می رویم !))

چند جمله ی زیبا در یک کتاب خواندم که خیلی خوب حق مطلب را ادا کرده بود و شما هم بخوانید خالی از لطف نیست :

« آنقدر زمین خورده ام که بدانم برای برخاستن نه دستی از برون که همتی از درون لازم است. حالا اما نمی خواهم برخیزم، می خواهم اندکی بیاسایم فردا برمی خیزم وقتی که فهمیده باشم چرا زمین خورده ام...زمانی که انسان های شاد برای شاد زیستن، به روی خوشی و شادی آغوش می گشایند انسان های غمگین و ناراحت خودشان را با انجام دادن کارهایی که ناراحتشان می کند، مشغول می کنند. نخستین علامت داشتن زندگی سالم چیست؟! یک برنامه ریزی صحیح وسالم». خلاصه اینکه هیچ وقت برای یک شروع دیر نیست. پدیده ی شروع در هر زمان و مکانی می تواند رخ دهد تنها عزم جزم می خواهد و مرد راه!

ترم بعد، شنبه ی هفته آینده یا فردا هم برای شروع دیرنیستند امان همین الان خیلی بهتر است. گاهی انسان باید خودش را به خودش ثابت کند، یک شروع نو سند خوبی برای تضمین شایستگی است.

شروع یک رابطه جدید، شروع یک شغل جدید، شروع یک لبخند، شروع یک رفتار متفاوت، شروع نگاه های مهربان، شروع یک ذهن خلاق و هر شروعی که تا به حال به آن فکر کرده اید اما عمل نکرده اید. هر شروعی که روح شما رازنده می کند، از مرز احساساتتان عبور می کند و تا ناکجای وجودتان پیش می رود. هر شروعی که بتواند به باغ قشنگ آرزوهایتان طراوت ببخشد و یک زندگی جدید به شما هدیه کند. تغییر را از همین لحظه شروع کن!





بهانه سبز

سبز مثل بهار اول سال
زندگی بخش ، این لباس تنم

میچکد عرق ز دلسوزی
گاهی از گوشه گوشه بدنم

گره ای باز میشود شاید
گره بر زخم هر کسی بزنم

تا خدا خواهد او نفس بکشد
شاید این بار هم بهانه منم

به سفید بختی تمام شهر
سبز باشد خدا کند کفنم



تشریح یک سال از و هم یک عشق

بدنم رو کش و قوسی میدم تا خستگی این کابوس رو از تنم بیرون کنم. تمام این ۱۰ شب
 باهمین کابوس، به صبح رسیدم...
 با رخوت بلند میشم تا زودتر به کارم برسم.
 توی راه تمام مدت جلوی چشمم بود.
 باصدای راننده به خودم میام و کرایه رو حساب میکنم.
 با سرعت، خط قرمز رو دنبال میکنم و میرسم پشت در...
 رنگ پریده ام، گواه حال بدمه...
 برای عمل اول آماده میشم؛
 وسایلوچک میکنم، همه چی مرتبه
 پزشک کارشو شروع میکنه
 سعی میکنم همه حواسمو بدم به دکتر و حرفاش...
 باصدای فریاد از بیرون و اسمی که مدام تکرار می کنن
 پنس از دستم میفته
 نگاه سرزنشگر همه رو روی خودم حس میکنم. دنبال یه پنس دیگه میگردم که بخیه
 هاش تموم میشه و بیمار رو میفرستن ریکاوری...
 تو همون حین که برای عمل اورژانسی آماده میشیم، بیمار رو میارن داخل...
 همه اطرافش جمع میشن.
 صورتش غرق خون شده اما مثل روز اول برام اشناست...
 حتی باچشمای بسته هم، معصومیتشو می شد حس کرد...
 اون ده شب کابوس، به یکباره، تعبیر شده بود...
 صدای گریه های بیرون در، هنوز میاد...
 خوشحالم که اندازه من، نگرانسه...
 لرزش دست و اشک چشمم دست از سرم بر نمیداره، اما تمام حواسم توی دستام جمع
 شده که سریع باشم و لحظه ای رو از دست ندم...



ذهنم مدام بین گذشته و حال حرکت میکنه
چشمام نگران به صفحه مانیتور خیره میشه ...
صدای نفس بی جونش، به من جون میده...
— قیچی لطفا...

— آقای دکتر، نبض مریض ضعیف شده.
قیچی از دستم میفته، که صدای بوق ممتد دستگاه، ناقوس مرگ رو میزنه...
— کد ۹۹ رو اعلام کنین و دستگاه شوک رو بیارین
— اپی نفرین ۱ میلی گرم لطفا...

تزریش میکنن
— ۳۲۰ تنظیمش کنین، ۳۲۱
۳۲۱ ۳۳۰

— آخرین درجه اش بزارین...
۳۲۱ ۳۶۰

بوق ممتد دستگاه قطع نشد و همچنان روحم رو میخراشه...
متاسفم

— دستگاه ها رو جدا کنید...

بعد از این همه سال و به این شکل، آخرین بار ببینمش...
— خانم بهرامی، لطفا به همراهان بیمار اطلاع بدین...

باید برم و پیام مرگ بدم...

از در خارج میشم که با یک جفت چشم عاشق خیس روبرو میشم...
نمیدوم باید به خودم تسلیت بگم یا به اون...

متاسفم خانوم، کاری از ما برنیومد...

صدای شکستنشو میشنوم

— لعنتیااااا کشتینش... من اونو سالم از تون میخوام...

ای کاش میشد بهت بگم که منم اندازه تو عزادارم...

ای کاش میشد بگم به اندازه تو آرزو داشتم چشماش رو بازبینم...

ای کاش منم میتونستم شکستنمو داد بزنم...



نویسنده مهمان، حسین عسگری نژاد، سال چهارم تکنولوژی جراحی



جراحی

از من پرسید در چه رشته ای تحصیل خواهی کرد؟؟؟
 با فوشالی جواب دادم ، اتاق عمل
 با یک پوزفندی که گویی از دماغ فیله اقتاده است گفت : تکنپسین؟ قرار است عرق پاک کنیدی؟
 هیچ چیز نگفتم!
 کاملا کرکه ی منبره را پایین کشیدم تا ارتعاش تارهای صوتی ام در فضا عزرا بگیرند.
 بانفدم بارها مرور کردم، مگر برای عرق پاک کردن هم درس میتوانند؟ سستی می کشند؟ نابود
 می شوند؟
 مگر برای عرق پاک کردن صبح تا ظهر کارآموزی می روند و ظهر تا شب کلاس؟
 یا چه کسی برای عرق پاک کردن دیسک گرفته ، نیدل استیک شده یا هیپاتیت گرفته است؟؟؟
 در اتاق عمل آنقدر خم و راست شده ام که لولای زنگ زده ی زانوهایم به صدا در آمده اند ...
 نیلی ها این خم شدن ها را ، از فاکتی بودنمان می پندارند.
 پییزی که نمی دانند این است، ما کمر بریدگانیم!
 آری ... به سر شما نیامده است.
 برفی از تماشای یک بیمار واهمه دارند.
 وای به حال روزی که سر عمل باشی و بیمار ت ایدز ، سل یا ... داشته باشد.
 آن وقت باید برای شانسه به مقدار زیادی قربان صدقه رفت و خدا خدا کنان التماس کرد که تا
 پایان عمل فراموشی بر اندامتان وارد نشود در غیر این صورت ، انا لله و انا الیه راجعون....
 شما که عرق پاک نمی کنید ایا برای شما مقدور است حتی تصور چنین لفظه ای؟
 ایا برای شما مقدور است نظاره کردن فردی که پنبه در پنبه با زندگی درگیر است برای ساعتی
 بیشتر زیستن؟



کمانم برای جنایتان توهمی بیش نیست....

توهمی شیشه ای که هر لحظه ، احتمال شکسته شدنش پرده ی گوشتان را به لرزه در می آورد.

تنها چیزی که نیازمند آن می باشید، مقداری تفکر است.

آری من یک اتاق عملی ام...

مرا به تیک تاک ساعت های سر عمل بودنم،

مرا به ریچ ریچ زانوهای از کار افتاده ام،

مرا به سفتی کار و ریسک های به جان خریدم ام، نمیشناسند.

مرا صدا میزنند نادانی که نان شب مغزش جهل است همراه با کمی مفلکات .

کافیست گاهی به اتاق عمل گام نهند،

تا انبار داشته هایمان را به رخ حضرات بکشیم.

هنگامی که وارد اتاق عمل می شوید ، به مانند شخص بی دفاعی می مانند که کلید روشن و خاموشنتان در کف دستتان ماست.

حال چگونه است کسی که از اتاق عمل تنها اسمی شنیده است!!!!

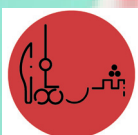
باشد که بدانید نمیتوان گفت در رفت.

ما می مانیم و روزی هم شما، به میهمانی ما می آید، آن هنگام است که پذیرایی مفصلی از شما خواهیم کرد.

آری، من یک اتاق عملی ام...

مرا به زحمت های کشیده ام بشناسید.

ما فقط اسکرابمان پروسه ای دارد به قدمت یک عمر، تفکر...





عشق عملی!

أَلَا يَا أَيُّهَا السَّاقِي أَدْر كَأْسًا و نَاولِهَا
 که حافظ گشته بود عاشق ولیکن داشت مشکل ها
 منم اکنون کنم شرح کتاب و درس و کنکورم
 همان غول سیه چرده که کرده فتنه در دل ها
 من از دوران خردسالی دمامم با نخ و سوزن
 بُدم مشغول دکتربازی و بشکافتن دل ها
 به عشق دکتری خواندم ولی آخر شدم شوکه
 منی که وصف آن هوشم بشد خود نُقل محفل ها
 گرفتم رتبه و دیدم نباشد جای من در طب
 همه فامیل بکردند سُور کنم الِ ها کنم بلِ ها
 زدم دل را به دریا آمدم سوی همین رشته
 گسستم رشته ی قایق بکندم دل ز ساحل ها
 شدم شاگرد اول از همان اول زمان تا ته
 حسابی کف بکردند و شدم جا در کفِ دل ها!
 بُشد ساقیم استادم ، هالوتان شد شراب من
 گالی پاتم بُشد باده چیتل فورسپس ز خوش دل ها
 چو روزی خون و خون ریزی ز عنوان های اصلی بود
 منم بیخود ز خود گشتم شدم بهرش چو بیدل ها
 شتابان استریل کردم همه ابزار و پنست ها
 پوزیشن دادم و یک ماسک ازان جینگول و خوشگل ها
 بگشتم اسکراب ناگه بگرد غش دختری آنجا
 بگفت استاد که در این ره نباشد جای بیدل ها
 شب تاریک و بیم درس و امراضی چنین هایل
 چنین عشقی پر است از این همه اَشکالِ مشکل ها
 خلاصه کل این دوران بشد معشوق من این درس
 لگد بر لذت دنیا و غافل از همه عشاق و این رلِ ها
 چه خوش گفت حضرت حافظ کنون همدرد او گشتم
 مَتَى مَا تَلَقَ مَنْ تَهْوَى دَعِ الدُّنْيَا و أَهْلِهَا

به فاصله یک تکرار

سرم گیج می رود وقتی چشمم به نوارهای رنگی راهنمای کف راه روهایش می افتد
بزرگ و بی سر و ته! ضعف آدم را دو چندان می کند ...
مادربزرگم را در همین بیمارستان از دست دادم...
اینجا را دوست ندارم
دلم میگیرد

نبودن همیشه هم بد نیست! کاش میشد «نبود» جایی که قلب آدم میگیرد
نبود و ندید و بیاد نیاورد ...
«تسلیم»

تنها پاسخی ست که به منطق همیشه حاضر در گوشه ی ذهنم می رسد!
«دلیل» برای یک ادم منطقی شبیه دلگرمیست برای یک ادم احساسی
که من برای ماندن هر دو را نیاز دارم!



علاقه
مدرک
نمره

امروز همگی ناکافی به نظر می آیند
یک لیوان چای داغ
شاید...

«یک پیرزن مضطرب در اتاق سه منتظر بیهوشی»
عجیب شبیه اوست...

چای را بیخیال میشوم!

: «مادر جان. چیزی نیست بخدا روزی ده نفر میان همین عمل رو انجام میدن و به سلامتی میرن بیرون
... بسم الله بگو الان راحت میخوابی ...» چشم هایش را میبندد میرویم برای دست شستن ...

نمی دانم انگار یک لحظه آرامش را در چهره اش دیدم شاید هم اشتباه می کنم ... به هر حال آرام شده ام
این همان «یک از بین هزاران» ی است که به دنبالش بودم

رسالت من همین است و تنها دلگرمی و دلپلم برای ماندن

گاهی گمش میکنم؛ گیج میشوم، اما باز مرا پیدا میکند، خودش را نشانم میدهد کنار راهروها، توی
همین اتاقها...

یک مادربزرگ

یک دختر بچه

یک لبخند

جشنواره وقایع نگاری در نشریات دانشجویی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه اصفهان

اسفندماه ۱۳۹۶

مهلت ارسال آثار: یکم تا سی ام دی ماه ۱۳۹۶

بخش های جشنواره

- آثار برگزیده
- فضای مجازی
- نشریات برگزیده
- بخش های ویژه

دبیر خانه:

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
مجموعه ساختمان های گسترش
ساختمان شماره ۴ - طبقه اول - اتاق ۲۰۷
تلفن: ۳۷۹۲۳۰۵۲



معاونت فرهنگی



معاونت دانشجویی فرهنگی