

تقييم المريض قبل العمل الجراحي 2

Preoperative Health Status Evaluation

الأستاذ الدكتور محمد سبيع العرب

اضطرابات الغدد الصم Endocrine Disorder

السكري: Diabetes Mellitus

● يحدث هذا المرض بسبب نقص إنتاج الأنسولين أو مقاومة مستقبلات الأنسولين في الأعضاء الانتهاية لتأثيرات الأنسولين أو كليهما.

● يقسم السكري بشكل عام إلى نوعين معتمد على الأنسولين وغير معتمد على الأنسولين .

● إن معدل سكر الدم الطبيعي 80-110 mg/dl

● إن معدل سكر الدم 120-200 mg/dl

يكون تحت السيطرة



المعتمد على الأنسولين

عادة يصيب الأطفال و الشباب و المشكلة الرئيسية في حدوثه هي **نقص إنتاج الأنسولين** و التي تؤثر على إمكانية استقلاب الجلوكوز.

يرتفع الجلوكوز في المصل فوق نسبه المعتادة و عندها تبدأ إعادة الإمتصاص الكلوي للجلوكوز مسببة بيلة سكرية.

إن التأثير التناضحي للمحلول السكري ينتج عنه **البوال المتكرر** مؤدياً إلى العطش والتجفاف (استهلاك مستمر للسوائل).

بالإضافة إلى أن استقلاب الكربوهيدرات يتبدل مؤدياً إلى تحطيم الدسم و إنتاج الأجسام الكيتونية و هذه تنتج حماض كيتوني و تسرع نفس مرافق مع نعاس و أخيراً الكوما (السبات).



❑ وإن الناس المصابين بالسكر المعتمد على الأنسولين يجب أن يحققوا التوازن بين مدخول الجسم من الحريات والجهود وكميات الأنسولين .

❑ إن أي نقص في مدخول الجسم من الحريات، أو زيادة في الجهد أو معدل الاستقلاب أو جرعة الأنسولين يمكن أن تؤدي إلى نقص سكر، والعكس بالعكس



المرضى غير المعتمدين على الأنسولين

⊙ عادة ينتجون الأنسولين و لكن بمقدار ليس كافي إما بسبب نقص فعالية الأنسولين أو مقاومة مستقبلات الأنسولين أو كليهما.

⊙ وهذا النوع من السكري الذي يحدث عند البالغين يتفقم بالسمنة، وغالباً لا يحتاجون إلى الأنسولين. حيث يعالجون بالسيطرة على الوزن و الحمية الغذائية و خافضات السكر الفموية.

تدبير مريض السكري المعتمد على الأنسولين :

١. تأجيل الجراحة حتى يتم السيطرة على معدل سكر الدم بشكل جيد مع استشارة من الطبيب المختص
٢. أن يكون الموعد في الصباح الباكر مع تجنب المواعيد الطويلة
٣. استخدام بروتكول انقاص القلق ولكن تتجنب التركيب العميق عند المرضى الخارجيين
٤. مراقبة النبض والتنفس والضغط قبل وأثناء وبعد العمل الجراحي
٥. المحافظة على التواصل الشفوي مع المريض أثناء العمل الجراحي
٦. إذا كان المريض لا يستطيع أن يأكل قبل العمل الجراحي وسيكون من الصعب أن يأكل بعد الجراحة يطلب من المريض أن يأخذ نصف الجرعة المعتادة من الأنسولين



٧. إذا سمح للمريض بأن يتناول وجبة فطور عادية فإنه يأخذ جرعة الأنسولين المعتادة.

٨. ينصح المريض ألا يستأنف جرعات الأنسولين المعتادة قبل أن يعود إلى نظامه الغذائي السابق .

٩. استشارة الطبيب المختص فيما يتعلق بتعديل جرعات الأنسولين

١٠. مراقبة علامات نقص السكر .

١١. معالجة الإلتانات بشكل فعال.



تدبير مريض السكري غير المعتمدين على الأنسولين

نفس الإجراءات السابقة ولكن:

✘ إذا كان المريض لا يستطيع أن يأكل قبل العمل الجراحي وسيكون من الصعب أن يأكل بعد الجراحة نطلب من المريض ألا يأخذ أية أدوية خافضة للسكر في ذلك اليوم

✘ إذا كان المريض يستطيع أن يأكل قبل و بعد الجراحة يطلب من المريض أن يتناول وجبة فطور عادية وبأخذ الجرعة المعتادة من خافضات السكر

تظاهرات نقص السكر الحاد



• الخفيف :

• الجوع - الغثيان تغير في المزاج - الوهن

• المتوسط :

• تسرع القلب - التعرق - الشحوب

• القلق - التغير في السلوك عدائي - خربطة - غير متعاون

• الشديد :

• انخفاض الضغط - فقدان الوعي - الصرع



• تدبير نقص السكر الحاد

١. إيقاف العمل فوراً

• الخفيف :

٢. اعطاء الغلوكوز للمريض مثل السكر أو عصير الفواكه عن طريق الفم

٣. مراقبة العلامات الحيوية

٤. استشارة الطبيب المختص

• المتوسط :

٢. اعطاء الغلوكوز للمريض مثل السكر أو عصير الفواكه عن طريق الفم

٣. مراقبة العلامات الحيوية

٤. إذا الأعراض لم تتحسن بسرعة نعطي 50ml من 50% غلوكوز أو 1mg

من الغلوكاغون IV أو IM

٥. استشارة الطبيب المختص





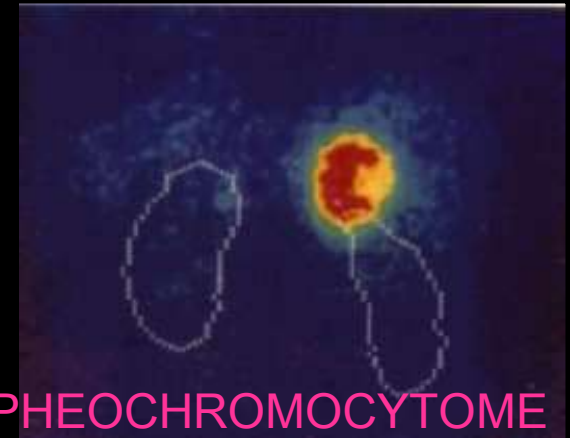
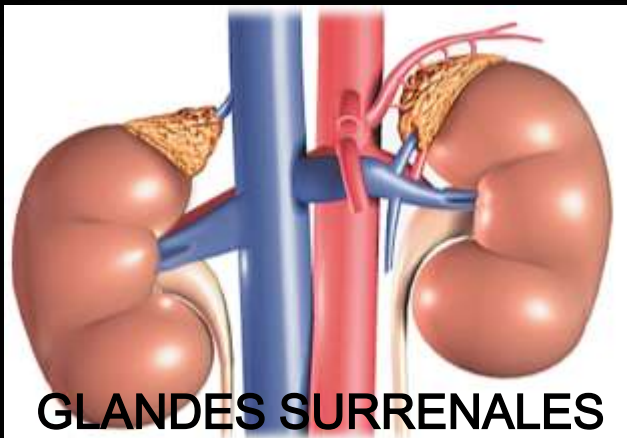
الشديد :

- ١- اعطاء 50ml من 50% غلوكوز IV أو IM أو 1mg من الغلوكاغون
- ٢- اطلب من شخص احضار المساعد الطبية
- ٣- مراقبة العلامات الحيوي
- ٤- اعطاء الأوكسجين
- ٥- تحضير المريض لنقله بسهولة عند حضور الاسعاف

اضطرابات غدة الكظر: (Adrenal Gland Disorder) لب الكظر: (Adrenal Medulla)

✘ هناك ورم يتطور على حساب هذه الغدة يدعى **ورم القواتم** (Pheochromocytoma) يؤدي هذا الورم إلى تحرر Catecholamines (الإدرينالين ومشتقاته) بكمية كبيرة محدثاً ارتفاع توتر مفاجئ ومتكرر مع تسرع قلبي شديد .

✘ يمكن للعمل الجراحي أن يسبب نوبة مفاجئة و دائماً خطيرة (ألم ، خوف ، قلق ، شحوب ، تعرق.....) تؤدي إلى إصابة المريض بأخطار دماغية و إكليلية وتحدث إصابة بالرئة على شكل وذمة حادة .



اضطرابات غدة الكظر: (Adrenal Gland Disorder)

قشر الكظر: (Adrenal Cortex)

• قصور قشر الكظر (داء أديسون):

• ان قصور قشر الكظر يمكن ان يحدث بسبب الامراض التي تصيب قشرة الكظر.

• أعراض قصور قشر الكظر الاولي تتضمن الوهن وفقدان الوزن، التعب، فرط تصبغ الجلد والأغشية المخاطية، على كل حال اكثر المسببات شيوعا لقصور قشر الكظر هي المعالجة طويلة الامد بالكورتيكوستيروئيد (قصور الكظر الثانوي) (مرضى الروماتيزم المزمن، أمراض الدم الخبيثة، المعالجة المضادة للمناعة).

Addison's Disease

Easy to diagnose and treat -- if you think of it.

normal adrenal



Addison's from TB



auto-immune Addison's



iron overload



hypotension
hyperkalemia

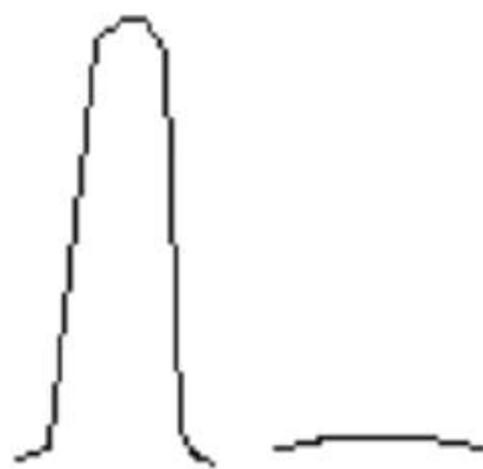
hyperpigmentation
"mental illness"
weakness

sudden death



ACTH stimulation test

Blood cortisol level
after ACTH injection



Normal Adrenal
insufficiency

Repeat: Improvement suggests pituitary disease ("secondary Addison's"); no improvement indicates primary adrenal disease.



Addison's disease:



- Note the generalised skin pigmentation (in a Caucasian patient) but especially the deposition in the palmar skin creases, nails and gums.

- She was treated many years ago for pulmonary TB. What are the other causes of this condition? www.sitamol.net

اختلاطات المعالجة المديدة بالكورتيزون :

1. إبتان عقب العمل الجراحي (جرثومي - فيروسي - فطري) لذلك نغطي المريض بالصادات الحيوية قبل وبعد العمل الجراحي
2. إمكانية حدوث توتر شرياني مرتفع
3. تخلخل عظمي يضعف الفك السفلي
4. انخفاض عتبة التحريض أو التنبه الدماغي و بالتالي تجنب الحقن الكبير للمخدرات الموضعية
5. عدم معاوضة حاد لقشر الكظر



• ان المرضى المصابين بقصور قشر الكظر الثانوي يتميزون **بالوجه البدرى**،
حذبة بوفالو، وقلة الوزن (النحالة) **والمهق**.

• ان عدم امكانية هؤلاء المرضى لزيادة افراز الكورتيكوستيروئيدات
الداخلية كاستجابة للشدة الفيزيولوجية يمكن ان تسبب لهم **هبوط في**
الضغط وغشي وغثيان وحمى خلال تعرضهم للعمل الجراحي.

• إذا كان المريض المصاب بقصور قشر كظر اولي او ثانوي بحاجة إلى
عمل جراحي يجب استشارة الطبيب المختص فيما يتعلق بحاجة
المريض إلى ستيروييدات داعمة.





• بشكل عام، في العمليات الجراحية الصغرى يستخدم فقط بروتوكول انقاص القلق.

• على كل حال، في العمليات الاكثر تعقيداً التي يحدث فيها نقص في مفرزات الكظر عادة نستخدم جرعات داعمة من كورتيكوستيروئيد باعطاء ضعفي الجرعة المعتادة قبل الجراحة، أو باعطاء ٦٠ ملغ من الهيدروكورتيزون قبل الجراحة، و ٤٠ ملغ في اليومين التاليين للجراحة، و ٢٠ ملغ في الايام الثلاثة التي تليها، وبعد ذلك نعطي الجرعة المعتادة.

• مظاهر قصور قشر الكظر الحاد :

١. وهن.
٢. شعور بتعب شديد.
٣. تشوش.
٤. هبوط في الضغط.
٥. غثيان.
٦. ألم بطني.
٧. ألم عضلي.
٨. فقدان جزئي أو كلي للوعي.

تدبير قصور الكظر الحاد:



١. إيقاف العمل فوراً.

٢. وضع المريض **بوضعية الجلوس** ورفع القدمين لمستوى أعلى من الرأس.

٣. إرسال شخص لاستدعاء الإسعاف.

٤. اعطاء المريض (100 mg من الهيدروكورتيزون أو ما يشابهه).

٥. إعطاء الأوكسجين.

٦. مراقبة العلامات الحيوية.

٧. فتح خط وريدي وإعطاء محلول بللوري.

٨. ابدأ بـ **BLS (basic life support)** أو الإنعاش القلبي الرئوي) إذا كان ذلك ضرورياً.


٩. نقله الى غرفة العناية المشددة .



الغدد نظائر الدرقي: (Parathyroid Glands) نقص نشاط نظائر الدرقي: (Hypoparathyroid)

- ✘ إن القصور الوظيفي لهذه الغدد يؤدي إلى نقص كالسيوم الدم ويتظاهر ذلك غالباً بواسطة نوبة تكثر (Crisis tetanus) هذه النوبة ممكن ان تحدث خلال عملية القلع.
- ✘ وتبدأ هذه النوبة بارتخاء وتتمل الأطراف ويمكن ان يحدث ذلك في مستوى الوجه أيضا، كما تحدث تقلصات عضلية وخصوصا في اليدين (يد المولد).
- ✘ أحيانا يحدث تقلصات بوضع الأصابع مقبوضة أو مبسوطة مع خوف شديد عند المريض تؤدي الى إيقاف عملية القلع.





✘ هذه التقلصات تحدث خصوصاً في الأطراف العلوية ويمكن أن تحدث في الشفاه وبالعضلات الرافعة للفك السفلي مؤدية لحدوث الصزز وكذلك تمتد للقدمين.

✘ ملاحظة:

يتشابه مع نوبة التكرز بنقص نشاط مجاورات الدرق نوبة أخرى عند الأشخاص السريعى التشنج **Spasmophilie** ولكن بدون نقص كالسيوم الدم وهذه النوبة تحدث خصوصاً عند النساء، وسبب هذه النوبة غير معروف بشكل صحيح ويعتقد أنها تعزى إلى نقص الكالسيوم داخل الخلوي - نقص مغنيزيوم الدم - عدم التوازن العصبي الانباتي الموجود مسبقاً....



crise de spasmophilie

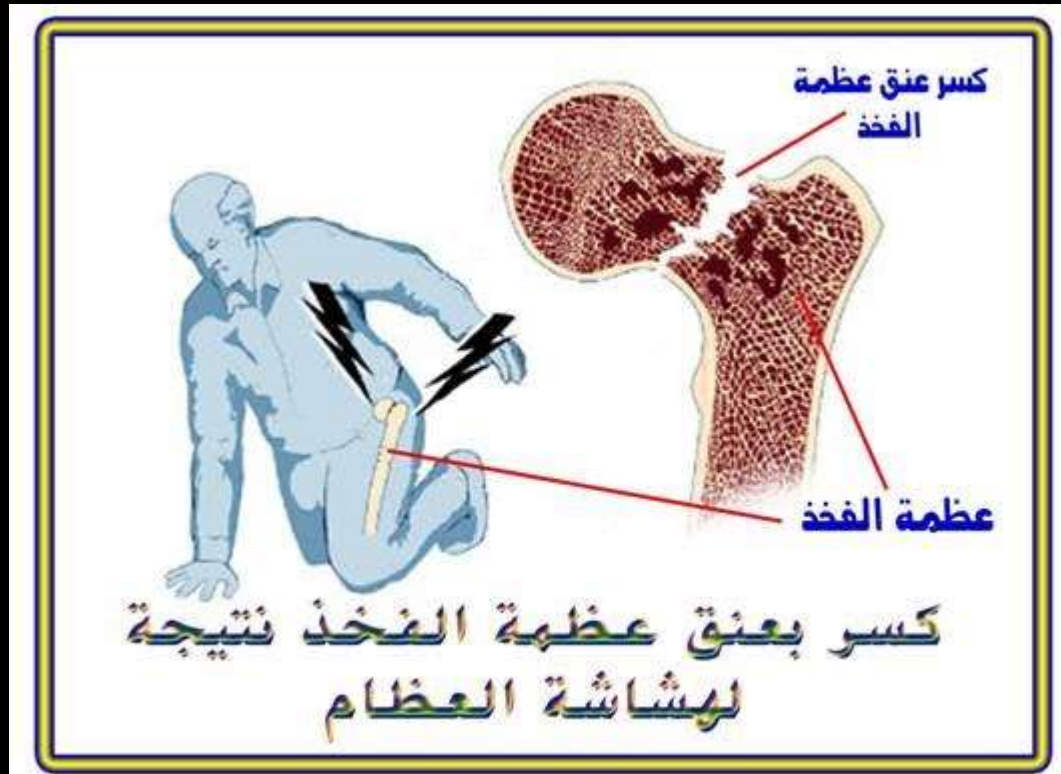
الوقاية في هذه النوبات تكون بإعطاء تحضير دوائي مضاد للخوف (مهدئ) وكالسيوم عن طريق الفم قبل العمل الجراحي أو القلع.

عندما تحدث النوبة فإنه يجب إيقاف العمل الجراحي مباشرة واللجوء إلى الهدوء وقد نضطر إلى حقن ملح يحتوي على الكالسيوم مثل (غليكونات الكالسيوم) والاسم التجاري *Calcebronat بطريق الوريد أو نحقن مهدئ كالفاليوم عن طريق العضل والذي يؤدي إلى إيقاف التقلصات العضلية.



فرط نشاط نظائر الدرق:

يطرح مشكلة ارتفاع التوتر الشرياني - ومشاكل اضطراب
نظم القلب مع هشاشة عظمية.....





اضطرابات الغدة الدرقية:

✘ أكثر الفحوص المخبرية شيوعاً لمعرفة وظيفة الدرق هو قياس معدل الهرمون الدرقي بواسطة المقايسة المناعية الشعاعية radioimmunoassay

✘ المعدل الطبيعي 5.012 pg/dl (pico gram/dl)

✘ القيمة المرتفعة تكون أمام فرط نشاط الدرق أما القيمة المنخفضة تكون أمام نقص نشاط الدرق

• فرط نشاط الدرق: Hyperthyroidism

- من بين امراض الغدة الدرقية يعتبر **التسمم الدرقي** هو الالهـم في الجراحة الفموية لانه المرض الدرقي الوحيد الذي يحدث فيه نوبة حادة.
- ينتج التسمم الدرقي عن زيادة في thyronine **التيروين ثلاثي اليود (T3) والتيروين (T4)**، والتي تنتج غالباً في :

➤ مرض Graves

➤ والدراق متعدد العقيدات.

➤ أو ورم غدي درقي.

• فرط نشاط الدرق: Hyperthyroidism

• إن الاعراض المبكرة لزيادة انتاج الهرمون الدرقي هي

• الشعر المتقصف الناعم

• فرط تصبغ الجلد

• التعرق الزائد

• تسرع القلب، خفقان.

• فقدان الوزن.

• هؤلاء المرضى يعانون بشكل متكرر من تطور جحوظ بالعينين،

ولو ان ذلك غير ثابت.





❶ إذا لم يشخص فرط الدرق باكراً يمكن ان يتطور عند المريض **قصور في القلب.**

❷ التشخيص يتم بالتحاليل المخبرية المباشرة وغير المباشرة لكشف ارتفاع هرمونات الدرق في الدوران الدموي.

❸ ان مرضى **التسمم الدرقي** يعالجون عادة بأدوية توقف تصنيع وتحرير هرمون الدرق، أو باستئصال جزء من الدرق، او كليهما.

❹ على كل حال، ان المرضى غير المعالجين او المعالجين بشكل غير كامل يمكن ان تتطور لديهم نوبات من التسمم الدرقي ناتجة عن التحرير المفاجئ لكميات كبيرة من هرمونات الدرق المصنعة مسبقاً.

• ان الاعراض المبكرة لنويات تسمم الدرق تتضمن :

✱ الملل

✱ الغثيان

✱ مغص بطني.

• وان الأعراض المتأخرة تكون:

✱ حمى شديدة

✱ تعرق غزير

✱ تسرع قلب، وأخيرا عدم معاوضة قلبية،

✱ ويصبح المريض في حالة ذهول وانخفاض في الضغط
ويمكن ان يحدث الموت اذا لم يتم التدخل.



❖ قد يتمكن للطبيب من تشخيص فرط الدرق غير المشخص مسبقاً بأخذ التاريخ الطبي الكامل والفحص الدقيق للمريض متضمناً معاينة الغدة الدرقية وجسها.

❖ إذا شك الطبيب بوجود فرط درق شديد من التاريخ الطبي والمعاينة فعندئذ يجب عدم جس الغدة حيث ان ذلك لوحدة يمكن ان يحرض نوبة.

❖ ان المرضى الذين يشك باصابتهم بالاضطرابات في الغدة الدرقية يجب ان يحالوا إلى تقييم طبي قبل البدء باي جراحة فموية.

❖ ان المرضى الخاضعين للمعالجة يمكن ان تجرى لهم جراحة فموية اسعافية بامان.

● الجراحة الإسعافية للأشخاص غير المعالجين :

➤ إن ضوادر بيتا الودية **B-SYMPATHETIC ANTAGONISTS**

يمكن استخدامها للمساعدة في السيطرة على تأثيرات هرمونات الدرق على القلب بينما حقن يود الصوديوم الوريدي يمكن أن يعطى للمساعدة في إيقاف تحرير الهرمون من الغدة الدرقية

➤ على كل حال، اذا وجد اثنان فموية يجب ان يبلغ الطبيب المختص وخصوصا اذا كانت علامات فرط الدرق واضحة. ا

➤ ن الاترويين والكميات الزائدة من الادرينالين في المخدر يجب تجنبها، وذلك اذا اعتقد ان المريض لديه فرط درق غير معالج بشكل كامل.



❖ قد يتعرض المريض لنوبة حادة من ارتفاع هرمون الدرق تدعى هذه الحالة بالعاصفة الدرقية (thyroid storm)

★ **تظاهرات العاصفة الدرقية :**

١. ارتفاع شديد بدرجة الحرارة
٢. تسرع القلب
٣. عصبية وهياج
٤. رعاش
٥. وهن
٦. خفقان بالقلب
٧. عدم انتظام القلب
٨. غثيان وإقياء
٩. آلام بطنية
١٠. غياب جزئي أو كامل للوعي

★ تدير العاصفة الدرقية:



١. إيقاف العمل الجراحي
٢. إرسال شخص ما لإحضار المساعدة الطبية
٣. إعطاء الأوكسيجين
٤. مراقبة العلامات الحيوية
٥. خفض حرارة المريض
٦. إعطاء الأندرال (حاصر B قلبي ٤٠ mg كل ٨ ساعات
٧. إبدأ بتطبيق **BLS (basic life support)** في حال الضرورة
٨. إعطاء محلول سيروم شبه بلوري تقطير وريدي (150 ml/hr)
٩. نقل المريض إلى غرفة العناية المشددة

نقص نشاط الدرق: Hypothyroidism

يمكن للطبيب ان يلعب دورا في التشخيص الاولي لنقص نشاط الدرق.

وتتضمن الاعراض المبكرة:

التعب، الامسك، زيادة الوزن، بحة الصوت، الم في الرأس، ألم مفصلي، اضطرابات في الطمث، وذمة، جفاف جلد، تقصف في الاظافر والشعر،

وإذا كانت اعراض نقص الدرق خفيفة فلا يوجد أي تعديل على المعالجة

السنية





• إن قصور هرمونات الدرق **في الحالات الشديدة** يسبب بطء بالقلب و بطء بالتنفس مع ضعف في عضلات التنفس مع نقص صوديوم الدم مع امسك و مشاكل عصبية مع فقدان الذاكرة و اكتئاب و العديد من المشاكل الاستقلابية الأخرى .

• إن **المشاكل الجراحية الكامنة** في هؤلاء المرضى تتضمن فشل القلب خلال أو بعد المعالجة ، هبوط بالضغط ، انسداد الأمعاء ، تشوش عقلي ، تأخر في شفاء الجروح لذلك فإن المعالجة المعاوضة للدرق التي ينصح بها قبل الجراحة الإختيارية .

• **في الحالات الإسعافية** يجب على الجراح أن يبقى متنبه للمشاكل الناتجة عن قصور الدرق ويعاوض النقص إذا حدث.

المشاكل الدموية hematologic problems

اعتلال التخثر الوراثي: Hereditary Coagulopathies

- ان مرضى اضطراب التخثر الوراثي عادة يعرفون مشكلتهم، وبذلك يستطيع الطبيب اتخاذ الاحتياطات الضرورية قبل أي عمل جراحي.
- على أي حال، في العديد من المرضى يمكن ان يكون **تطاول زمن النزف عند قلع احد الاسنان** الدليل الاول على وجود اضطراب في النزف، لذلك يجب ان يستجوب المريض عن التخثر في جراحة او اصابة سابقة.





• ان حادثة سابقة عن :

• نزف انفي .

• او حدوث كدمات بسهولة .

• او بيبة دموية .

• او نزف طمئي غزير او نزف عفوي يمكن ان ينبه الطبيب إلى الحاجة

إلى اجراء **اختبارات التخثر** قبل العمل الجراحي.




• PT يستخدم لكشف عوامل التخثر بالسييل الخارجي **extrinsic** (٢ - ٥ - ٧ - ١٠) .

• بينما يستخدم PTT للتحرري عن عوامل السييل الداخلي **intrinsic** .

• ان عدم كفاية الصفائح الدموية عادة يظهر بسهولة عند حدوث الكدمات، ومن خلال تقييم زمن النزف وتعداد الصفائح.

• اذا شك الطبيب بوجود اعتلال في التخثر يجب ان يستشير اختصاصي الامراض الدموية باجراء الاختبارات الدقيقة لمعرفة السبب الحقيقية لاضطرابات النزف وللمساعدة في تدير المريض خلال العمل الجراحي.



• ان تدبير مرضى اعتلال التخثر الذين يحتاجون لجراحة فموية يعتمد على طبيعة اضطراب النزف، ان عوز عوامل محددة كما في **الناعور A,B,C** ، او مرض **Von Wilbrand** عادة يتم تدبيرهم بتقديم العوامل الناقصة واستخدام مواد مضادة لانحلال الليفين مثل حمض **امينوكاربويك (* Amicar)**

• ان اختصاصي الامراض الدموية يقرر الصيغة التي نعطي بها العوامل الناقصة معتمداً على درجة عوز هذه العوامل وتاريخ المريض بما يتعلق بتلقي العوامل سابقاً.

• ان المرضى الذين يتلقون هذه العوامل يمكن ان يكونوا في بعض الاحيان مصابين بفيروس التهاب الكبد او فيروس الايدز، ولذلك يجب اتخاذ الاحتياطات المناسبة خلال العمل الجراحي.

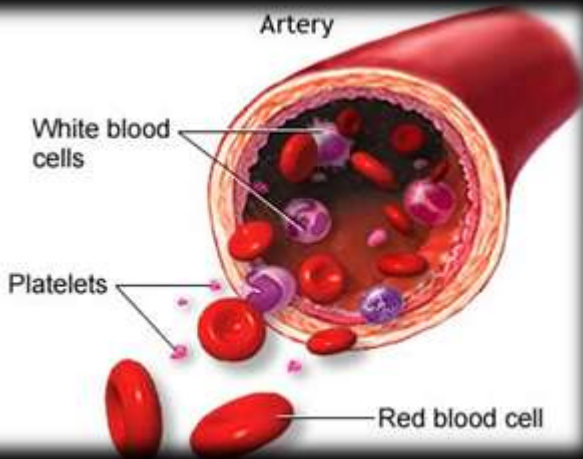
مشاكل الصفائح الدموية

يمكن ان يكون اما من حيث العدد او من حيث النوعية.

ان الاضطراب العددي للصفائح يمكن ان يكون مشكلة دورانية، وبامكان اختصاصي الامراض الدموية ان يساعد في تحديد الوقت المناسب للجراحة.

ان المرضى الذين يعانون من نقص في عدد الصفائح بشكل مزمن يمكن ان يتم نقل الصفائح لهم.

تتخفض اعداد الصفائح عادة تحت ٥٠٠٠٠ قبل حدوث النزف غير الطبيعي التالي للعمل الجراحي





● قد يرى اختصاصي الامراض الدموية انه من المناسب عدم اعطاء الصفائح للمريض حتى يصبح النزف التالي للعمل الجراحي مشكلة، وذلك اذا كان تعداد الصفائح بين ٢٠٠٠٠ و ٥٠٠٠٠.

● على كل حال ان نقل الصفائح يمكن ان يتم لمرضى يكون تعداد صفائحهم **أكثر من ٥٠٠٠٠** ولكن لديهم مشكلة في نوعية الصفائح.

● عندما يكون تعداد الصفائح **أقل من ٢٠٠٠٠** عندها يحتاج المريض الى نقل الصفائح قبل العمل الجراحي.



● إن التخدير الموضعي يفضل على التخدير الناحي وذلك
لتقليل احتمال تخرّب الأوعية الدموية الذي يمكن أن يؤدي
إلى نزف وتشكل ورم دموي.

● يجب أن نأخذ بعين الاعتبار استخدام المواد المرقّنة
للنزف في الجروح الفموية، كما يجب توجيه المريض
لتجنب نزع الخثرة عندما تتشكل.

المرضى المعالجين بمميعات الدم

THERAPEUTIC ANTICOAGULATION

تستطب المعالجة بمميعات الدم عند المرضى الذين يحملون أجهزة مسببة للخرثرة مثل الصمامات الصناعية للقلب، الذين لديهم مشاكل قلبية وعائية مسببة للتخثر مثل التليف الشرياني أو بعد الإصابة باحتشاء العضلة القلبية، أو عند المرضى الذين يحتاجون في معالجتهم إلى اخراج الدم من الجسم وإعادةه مثل عملية تنقية الدم.

كما قد توصف المميعات الدموية للمرضى المضطرين للجلوس في السرير لمدة طويلة.

كما أن بعض المرضى يأخذون أدوية ذات تأثيرات جانبية ممیعة

(كالأسبرين).

• عندما تكون الجراحة ضرورية فإن الحاجة إلى استمرار تميع الدم يجب أن تتم مقارنتها بالحاجة إلى تخثر الدم بعد الجراحة هذا القرار يجب أن يناقش مع طبيب المريض.

• عادة يكون إيقاف بعض الأدوية مثل الأسبرين بشكل مؤقت آمناً لإجراء الجراحة بشكل عام يتلاشى تأثير الأسبرين على الصفائح بعد أسبوع من إيقافه (contemporary 1993)





• يمكن تأجيل العمل الجراحي للمرضى المعتمدين على الهيبارين لمدة ٦ ساعات اذا كان معطى عضلياً ولمدة ٢٤ ساعة اذا كان يعطى تحت الجلد، حيث يصبح الهيبارين غير فعالاً.

• يمكن استخدام **سلفات البروتامين** - التي تعاكس الهيبارين - في الحالات الاسعافية التي لا تحمل تأجيل الجراحة لما بعد زوال فعل الهيبارين.



من المفيد حدوث تعاون بين طبيب المريض والجراح عندما يحتاج المرضى الذين يستخدمون **الكومادين** لتميع الدم إلى عمل جراحي.



إن هذا الدواء **يحتاج ٢ إلى ٣ أيام** ليبدأ فعله في الجسم، وبذلك، وعند تغيير الجرعة للمميع الكومادين، فإن التأثيرات تكون متأخرة عدة أيام بعد التغيير.

إن زمن الـ PT يستخدم لقياس تأثير الكومادين، ويفضل معظم الأطباء الحصول على زمن الـ PT بمقدار ضعف ونصف الطبيعي قبل العمل الجراحي .



• يجب أن يتوقف المرضى عن أخذ الكومادين قبل ٢ إلى ٣ أيام من العمل الجراحي.

• في صباح العمل الجراحي يجب أن يفحص ال PT ، فإذا كان بين ١.٥ و ٢ ضعفاً من الحد الطبيعي فعندها يمكن إجراء الجراحة.

• تؤجل الجراحة إذا كان زمن ال PT ٢ ضعفاً.

• يجب دك الجرح الناتج عن الجراحة بمواد مرقئة، كما يجب إعطاء التعليمات للمريض بحيث يحافظ على تثبيت الخثرة. ويمكن العودة لإعطاء الكومادين في نفس يوم الجراحة.

الإضطرابات العصبية: (Neurologic Disorder)

الصرع: (Seizure Disorder)

- يجب استجواب المرضى ذوي تاريخ الإصابة بالصرع فيما يتعلق بالتكرار، النموذج، المدة، والعقائل الناتجة عن الصرع.
- يمكن أن تحدث النوبة نتيجة الإقلاع عن الكحول أو حمى شديدة أو نقص سكر أو تلف في الدماغ ناتج عن رض أو يمكن أن تكون مجهولة السبب.
- يجب على الطبيب أن يستعلم عن الأدوية المستخدمة للسيطرة على النوبة وخصوصاً عن شكاوي المرضى وعن أي فحوصات مصلية أجريت مؤخراً.



• يجب استشارة طبيب المريض حول تاريخ الحالة ومناقشة فيما إذا كان هناك أي سبب لتأجيل الجراحة.

• إذا كان المريض تحت سيطرة جيدة فيمكن إجراء العمل الجراحي دون أي احتياطات أخرى فيما عدا استخدام بروتوكول انقاص القلق.

• أما إذا لم تكن هناك سيطرة جيدة فيمكن إجراء الجراحة عندئذ في المشفى تحت التخدير العام.



نوبة الصرع:

التظاهرات :

- ١- حركات إرتجاجية في الجذع والأطراف
- ٢- فقدان الوعي
- ٣- إقياء
- ٤- انسداد المجاري التنفسية
- ٥- فقدان السيطرة على المصبرات بعد النوبة البولية والشرجية



Tonic phase



Clonic phase





التدبير :

- ١- إيقاف العمل فوراً
- ٢- وضع المريض في وضعية قائمة
- ٣- حماية المريض من الأدوات القريبة

بعد النوبة :

المريض واعى



- مص السوائل إذا كان ضرورياً
- مراقبة العلامات الحيوية
- إعطاء الأوكسجين
- استشارة الطبيب المختص
- إبقاء المريض ساعة تقريباً للمراقبة
- إرسال المريض إلى البيت مع المرافقة



المريض غير واعي :

ارسال شخص لإحضار المساعدة الطبية 

وضع المريض على جنبه لإزالة السوائل 

مراقبة العلامات الحيوية 

ابدأ ب BLS 

إعطاء الأوكسجين 

نقله إلى غرفة الإسعاف 



حالة صرعية مستديمة أو متكررة :

Diazepam 5 mg/min I.V. up to 10 mg or Midazolam 3 mg/min I.V. or I.M. up to 6mg

٢- إرسال شخص لإحضار المساعدة الطبية

٣- حماية المريض من الأدوات القريبة



الكحوليون (Ethanolism)

• هناك اعتبارات خاصة يجب اتباعها عند المرضى الذين يصرحون بإدمانهم، أو الذين يشك بأنهم مدمنون ثم يثبت إدمانهم بالوسائل المختلفة عن التاريخ الطبي.

• إن المشاكل الأساسية لدى هؤلاء المرضى فيما يتعلق بالجراحة الفموية هي سوء وظيفة الكبد، التداخلات بين الكحول والمعالجة الدوائية، وظاهرة الحرمان.

• سوء وظيفة الكبد ناقشناها سابقا.

• يتداخل الكحول مع العديد من المسكنات المستخدمة من أجل السيطرة على القلق خلال الجراحة الفموية. التداخل عادة يقوي التسكين ويقلل المنعكس البلعومي.



• من الممكن ان يتعرض المدمنون على الكحول **لظاهرة الحرمان** في الفترات السابقة والتالية للعملية وذلك إذا قللوا جرعاتهم الكحولية اليومية بشكل حاد. وذلك يتظاهر :

➤ بهياج خفيف

➤ رعاش

➤ نوبة صرع

➤ تعرق غزير، أو حتى إلى أكثر ندرة مثل الرعاش الهذيانى مع هلوسة هياج ملحوظ و وهط دورانى .

• إن المرضى المحتاجين لجراحة فموية الذين يظهرون أعراض شديدة لأمراض الكبد الكحولية و علامات الحرمان الكحولى يجب أن يعالجوا في المشفى .



• كما يفضل إجراء فحوصات وظيفة الكبد و الفحوصات الدموية و الاستشارة الطبية قبل الجراحة .

• في المرضى المؤهلين للمعالجة على أسس إسعافية فإنه يجب **استبدال جرعات الأدوية المستقلبة كبديا** كما يجب مراقبة علامات فرط التركيز عندهم عن قرب .

• يجب تغطية هؤلاء المرضى **بالصادات** وقائياً من التهاب شغاف القلب

الاضطرابات الأخرى:

الحمى الرثوية:

مرض التهابي ناجم عن آلية تحسسية اتجاه العقيدات الحالة للدم عند بعض الأشخاص الذين لديهم استعداد لهذا المرض .



المعايير الكبرى :

١-الالتهاب المفصلي المتعدد

٢-التهاب شغاف القلب

٣-عقيدات تحت الجلد

٤-**الحمى الهامشية**:طفح له أشكال متعددة ذو أطراف حمراء ومركز شاحب ويتوضع بشكل عام على الجذع والأطراف السفلية

٥-حركات عفوية لإرادية تزول خلال شهر

المعايير الصغرى :



١- الحرارة

٢- ارتفاع سرعة التثفل

٣- تغيرات في مخطط القلب

٤- الألم المفصلي

٥- ايجابية البروتين C .CRP



التدبير :

١ - استشارة الطبيب المختص

٢ - اعطاء الصادات الحيوية للوقاية من التهاب شغاف القلب

(1g من البنسيلينات قبل ساعتين من العمل الجراحي)

٣ - يجب الانتباه إلى أدوية المريض



التهاب المفاصل الروماتيزمية :

الأعراض : بشكل عام

١- ألم المفصل

٢- يبوسة

٣- الانتباج

٤- الاحمرار

٥- تحدد الحركة

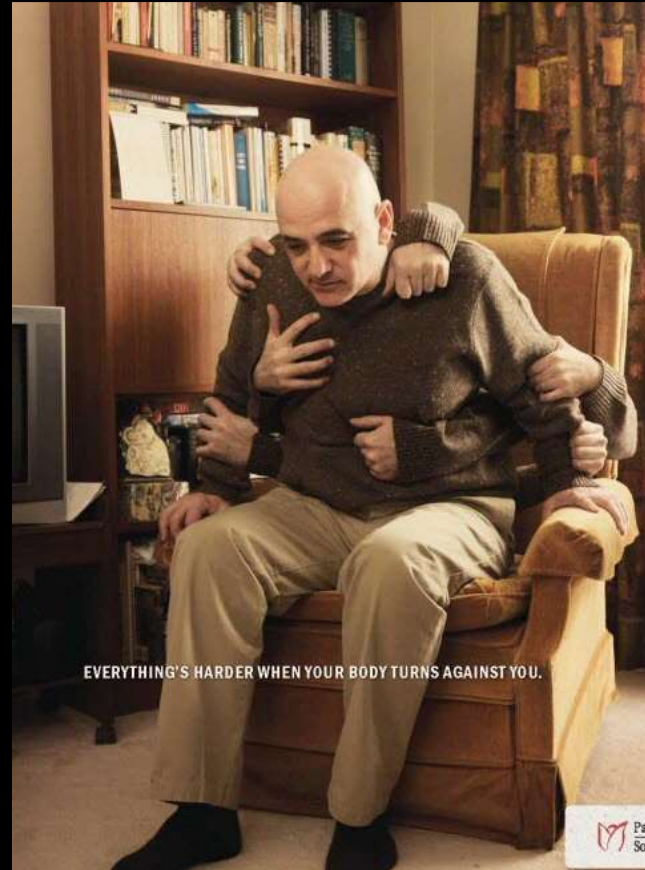
التدبير :

يعامل في الجراحة معاملة مريض خمجي

داء Parkinson :

المشاكل الناتجة عن هذا المرض:

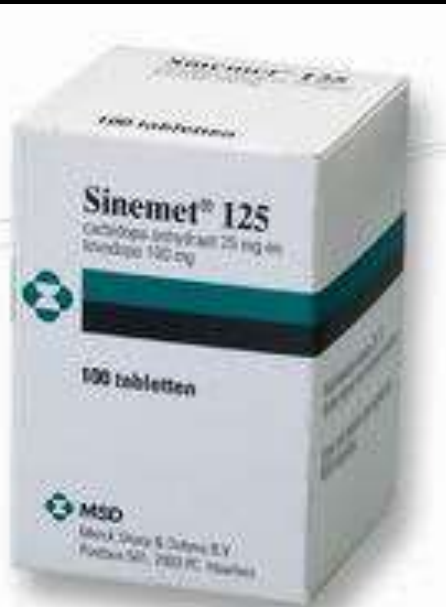
١- الحركات الغير إرادية للأطراف مع أحياناً حركات غير موزونة للسان والشفاه والفك السفلي هذه الأعراض تعرض المريض عند القلع إلى رضوض متعددة



داء Parkinson :

المشاكل الناتجة عن هذا المرض:

- ٢- يتعاطى هؤلاء المرضى معالجة أساسها ال **Levodopa** الذي يؤثر على الصلابة العضلية التي تؤدي إلى تحدد فتحة الفم
- - عدم إعطاء الأدرينالين مع المخدر لأن هذا الدواء يزيد من فعل الأدرينالين ويحدث تموت في الغشاء المخاطي
 - - يحدث انخفاض بالتوتر الشرياني
- يؤدي إلى خطر على المريض خصوصاً عندما يقف بعد انتهاء العمل





٣- مرضى داء باركنسون ذو دفاع ضعيف اتجاه اللتان لذلك
يجب تغطيتهم بالصادات الحيوية قبل وأثناء وبعد العمل

٤- يجب عدم إعطاء فيتامين B6



داء باجيت : (Paget Disease)

١- إن **التصلب العظمي** الحاد في هذا المرض يجعل القلع صعباً و يتطلب غالباً قطع للعظم (أو قلع جراحي).

من جهة أخرى يمكن أن يكون العظم عند مرضى داء باجيت موعى بشدة و هذا ما يؤدي إلى **اختلاطات نزفية** إضافة إلى **فرط توتر مزمن** يمكن أن تغير من شروط العمل الجراحي أو القلع .

أخيراً فإن الشكل الخطر و المؤلم لداء باجيت يعالج بواسطة ال **MITRAMYCINE** و هو سام للخلايا و له نفس اختلاطات المعالجة الكيميائية

داء باجيت : (Paget Disease)



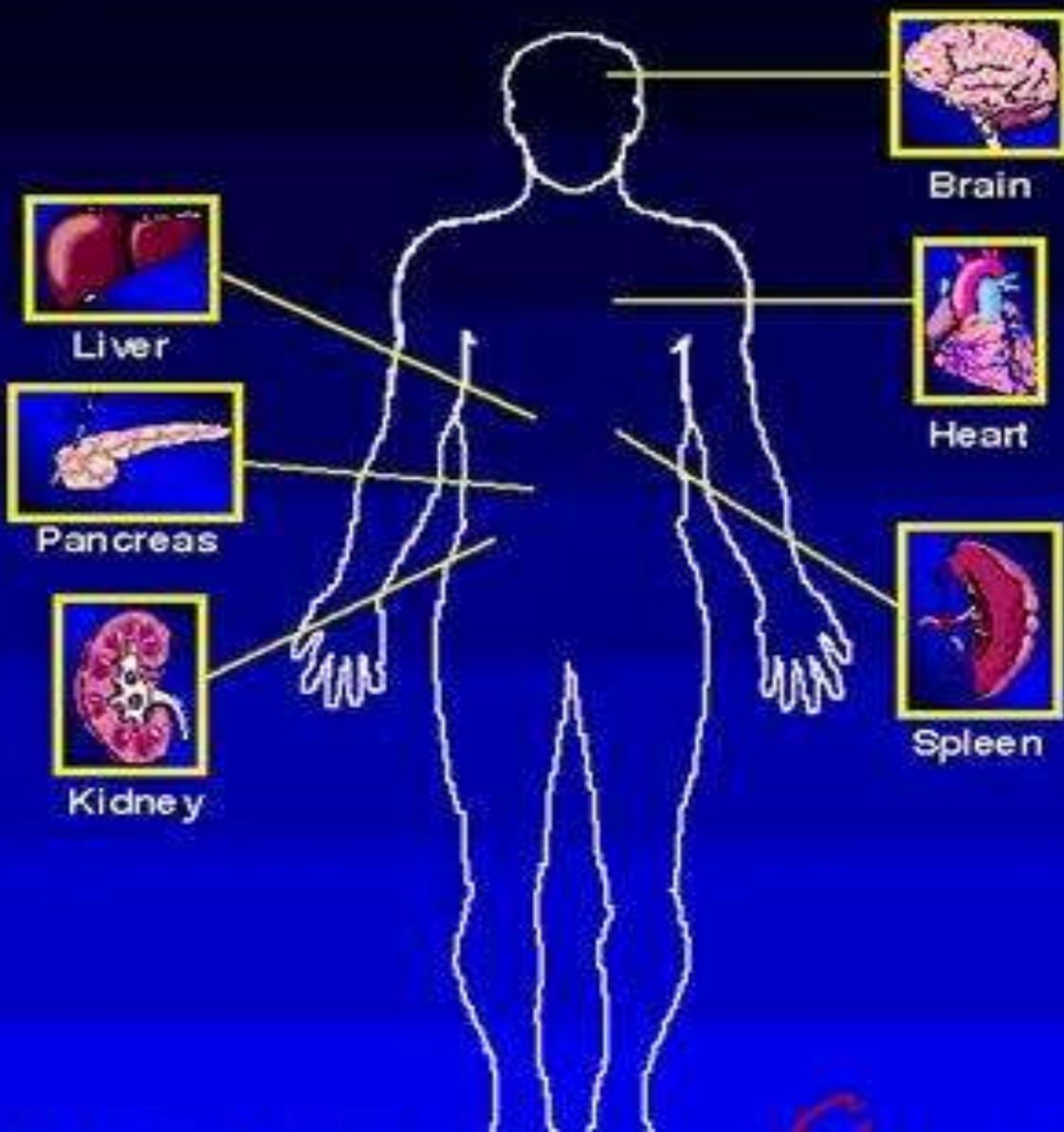
الداء النشواني : (Amylose)

التسمية اللاتينية للمرض هي بمعنى النشاء أو السيللوز وهو مرض له أعراض وعلامات يسببها ترسب لبيفات شاذة من مادة بروتينية هي البروتين النشواني وهو اختلاط لعدد من الأمراض وهو حالة نادرة المشاهدة بشكل عام. هناك **خطر نزفي و انتاني** في هذا الداء عند إجراء القلع. كما أن هناك ضخامة في اللسان تعيق عملية التخدير والقلع.



ضخامة اللسان

أهم الأعضاء المتأثرة بالداء النشواني



تصلب الأدمة : (Sclerodermie)

يجعل هذا الداء من الصعب فتح الفم أثناء القلع بسبب ضيق الفتحة الفموية و يعرض المريض إلى آفات تصيب الصوار عند الشد على الشفاه .



Sclérodemie





المشاكل الهضمية :

إن القرحة الهضمية والتهاب المعدة من أكثر المشاكل التي يعاني منها البالغين .

١- يجب الانتباه إلى عدم إعطاء مضادات الالتهاب الغير ستيررويدية (Non-Steroidal Anti-Inflammatory)

٢- يجب الانتباه إلى المداخلات الدوائية بين ال **Cimetidine** والمخدر

المعالجة الشعاعية الوجهية العنقية :

- ١- الأوعية الدموية تصاب بتموت مجهري واستخدام المقبض الوعائي يؤدي إلى التمثوت العظمي الذي يسمى التهاب العظم الشعاعي
- ٢- إضافة إلى نقص في إفراز الغدد اللعابية و حدوث جفاف في الأغشية المخاطية الفموية مما يؤهب لحدوث اللتان .

لذلك يجب :

تغطية هؤلاء المرضى بالصادات الحيوية قبل و أثناء و بعد العمل الجراحي

تؤجل المعالجة الشعاعية أسبوعين

بعد العمل الجراحي



A close-up photograph of a butterfly with yellow wings and black stripes, perched on a pink flower. The butterfly's proboscis is extended into the flower's center. The background is a soft-focus field of similar pink flowers and green leaves. In the top right corner, there is a pink thought bubble containing the text "THANK YOU".

THANK YOU