



بیمارستان معتمدی-واحد آموزش

02334220071-2

جزوه آموزش

هرنی

تهیه کنندگان:

زهراکمالی (سوپروایزر آموزش)

مریم کاشانی (دانشجوی دکتری

پرستاری)

هرنی

جدار شکم از لایه های مختلف تشکیل شده که کاملاً محکم و روی هم می باشند. نقص این جدارها باعث می شود که احشاء شکمی به علت فشار داخل شکمی خارج شده و توسط پوست روی آن پوشیده و خود را به صورت توده نمایان کند. که ممکن است در هر قسمتی از بدن دیده شود. به عبارتی به بیرون زدگی احشاء شکم از جایگاه طبیعی خود به علت نقص در جدار شکم فتق گفته می شود.

فتق ها ممکن است مادرزادی، اکتسابی یا ترومایی باشند. فتق معمولاً از کیسه ی فتق یا ساک، محتویات فتقی و یک دریچه تشکیل شده است اما در برخی از موقعیت ها ساک وجود ندارد.

فتق به سه نوع خارجی، داخل جداری و داخلی تقسیم می شوند. در فتق خارجی کیسه ی فتق کاملاً از جدار شکم بیرون می زند. در فتق داخل جداری، کیسه در بین الیه های جدار شکم باقی می ماند و در نوع داخلی، ساک در داخل حفره ی دربرگیرنده ی احشا باقی می ماند. اغلب فتق ها در ناحیه ی اینگوینال یا فمورال ایجاد می شوند، اما فتق های نافی، شکمی و هیاتال نیز ممکن است بروز کنند. زمانی که محتویات فتقی امکان بازگشت به حفره ی طبیعی خود را با جا انداختن داشته باشند، ردیوسیبیل نامیده می شوند. اگر این امکان وجود نداشته باشد، فتق اینردیوسیبیل یا اینکارسیتید (احتباس یافته) خوانده می شود. روده ی موجود در یک فتق احتباس یافته نه تنها ممکن است دچار فقدان خون رسانی مناسب شود، بلکه همچنین ممکن است انسداد نیز پیدا کند. این حالت به عنوان فتق استرانگولیتید (دچار اختناق شده) مطرح می شود و اجرای یک فرایند جراحی برای پیشگیری از نکروز شدگی و گانگرن روده ی استرانگولیت شده ضروری خواهد بود.

اختناق بیشتر در فتق هایی مورد انتظار است که منفذ ورودی کوچک و ساک نسبتاً بزرگی دارند. اکثر فتق های مختنق از نوع اینگوینال غیر مستقیم هستند؛ اما در فتق های فمورال بیشترین میزان اختناق دیده می شود. به طور کلی تمام فتق ها باید ترمیم شوند مگر اینکه به دلیل وجود موارد موضعی یا سیستمیک پیش آگهی خوبی را برای دوره ی بعد از درمان نداشته باشیم

فتق اینگوینال یا کشاله ران:

این نوع فتق در مردان ۲ برابر زنان است و در جدار تحتانی شکم ایجاد میشود و بر دو نوع مستقیم و غیر مستقیم است. فتق مستقیم کشاله ران معمولاً بیشتر مخصوص آقایان است و در افرادی که سرفه‌های مزمن دارند، چاق هستند، دچار یبوست میشوند و در توالد زور میزنند، شایعتر است. این فتق بیشتر در دو طرف کشاله ران وجود دارد و باید جراحی شود زیرا در جدار شکم نوعی نقص آناتومی وجود دارد. در نوع غیر مستقیم که در زنان نیز ایجاد میشود، به صورت یک توده برآمده در کشاله ران به ویژه در هنگام سرفه زدن مشاهده میشود و در کودکان و جوانان گاهی مادرزادی بوده و میتواند هیدروسیل ایجاد کند. درمان فتق کشاله ران نوع غیر مستقیم هم جراحی است. فتق کشاله ران در نوزادان را به محض تشخیص باید جراحی کرد. فتق اینگوینال اغلب تحت بیهوشی عمومی ترمیم می شود. در اغلب موارد برای تقویت کردن نقص های بزرگ یا عود کننده استفاده از مش پروتز توصیه می شود. نوع ترمیم به مستقیم یا غیر مستقیم بودن فتق بستگی دارد.

فتق مستقیم:

این نوع فتق عبارت است از یک برآمدگی که از ناحیه ای بین عضله ی رکتوس شکمی، لیگامان اینگوینال و مدیال به ورید اپی گاستریک تحتانی در دیواره ی شکمی که دارای ضعف است عبور می کند اما منطقه ی مذکور به عنوان یک لندمارک جراحی عنوان می شود و با نام مثلث هسلباخ شناخته می شود. همچنین این نوع فتق، بیشتر در افراد مسن تر به چشم میخورد. فتق اینگوینال مستقیم، به تدریج در یک ناحیه که به علت نقص مادرزادی در تعدادی از فیبرهایش، ضعیف است ایجاد میگردد. فتق اینگوینال مستقیم مشکل ترین فتق از نظر ترمیم است و بیشتر در بین مردان شایع می باشد. فتق اینگوینال مستقیم اغلب در اثر کشش، مانند بلند کردن اجسام سنگین، سرفه های مزمن، یا وارد آوردن فشار به عضالت هنگام دفع ادرار و مدفوع و یا ضعف اکتسابی در دیواره ی تحتانی شکم ایجاد می شود. ترمیم سریع جراحی، از ناراحتی های مورد انتظار و مواجهه با تهدیدات عوارض بعدی پیشگیری می کند

فتق غیر مستقیم:

در فتق غیر مستقیم که شایعتر از نوع مستقیم می باشد، ساک حاوی روده از رینگ اینگوینال داخلی بیرون زده و به سمت خارج آن حرکت می کند. در این روند ممکن است تا اسکروتوم نیز پیشروی کند. فتق

اینگونینال غیر مستقیم که از نقص های مادرزادی در قسمت فاشیایی کف کانال منشا می گیرد در بیماران مرد جوان شایعتر است اما در زنان نیز می تواند بروز کند. ترمیم الپاروسکوپي: برای ترمیم فتق های غیر مستقیم یا مستقیم ردیوسیل، می توان از فرایند لاپاروسکوپي با به کارگیری مش در پشت ناحیه ی آسیب دیده ی فتق استفاده کرد. این فرایند به طور ویژه ای در ترمیم فتق های دوطرفه یا عود کننده می تواند مفید واقع شود. الپاروسکوپي با دسترسی به موضع از راه های اینتراپریتونئال و یا اکستراپریتونئال اجرا می شود. برای تقویت دیواره ی کانال مش پلی پرولین در موضع عمل قرار می گیرد، به محل دوخته می شود و مانند یک زره عمل خواهد کرد .

فتق فمورال:

از طریق حلقه رانی حادث میگردد و در زنها نسبت به مردها شایعتر است. این فتق به شکل یک پالک چربی در کانال رانی ایجاد میگردد که بزرگ میشود و به تدریج پریتونئن و تقریباً به ناچار مثانه را به داخل ساک میکشد. در این نوع فتق گرفتار شدن و محتقن شدن فتق بسیار شایع میباشد. این فتق در طرف داخل ران و بیشتر در زنان مشاهده میشود اما در مردان و کودکان نیز وجود دارد. درمان این نوع فتق هم جراحی است زیرا میتواند سبب اختناق رودهها شود. فتق نافی: این نوع فتق اغلب در نوزادان و کودکان دیده می شود و یک نقص مادرزادی در صفاق را نشان می دهد که معمولاً قسمتی از یک نقطه ی ضعیف از ماهیچه های شکم و رینگ نافی بیرون زده است. بیشتر فتق های ناف به خودی خود بعد از دو سالگی بسته می شوند. برای پیشگیری از عوارض فتق های ناف که تا سن چهار الی پنج سالگی بسته نشوند و یا در سن بزرگسالی ایجاد شود احتیاج به ترمیم جراحی دارد. میزان شیوع این وضعیت در پسرها و دخترها برابر است. در بالغینی که دچار افزایش وزن زیاد می شوند و یا حاملگی های مکرر دارند خطر فتق ناف افزایش می یابد.

علل

- مادرزادی، که به علت نقص ژنتیکی ایجاد می شود. و در کودکان موقع تولد دیده می شود.
 - اکتسابی، استعمال سیگار، فعالیت سنگین، مشکلات ریوی و سرفه های مزمن، مشکلات عضلانی، سابقه جراحی ناحیه و... که بیشتر در سنین بالا دیده می شود.
- در زمان حاملگی بند ناف از طریق یک سوراخ کوچک از ماهیچه های شکم نوزاد می گذرد. سوراخ معمولاً قبل از تولد بسته می شود. اگر ماهیچه ها کاملاً متناسب باهم رشد نکنند، این ضعف در دیواره شکم ممکن است سبب ایجاد یک فتق ناف در هنگام تولد یا در طول زندگی شود. در بزرگسالان فشار شکمی زیاد می تواند موجب فتق شود. سایر عوامل احتمالی موثر عبارتند از: چاقی، بلند کردن وسایل سنگین، سرفه کردن، حاملگی های مکرر، وجود مایع در حفره شکمی، عوامل خطر زا فتق ناف با معاینه ی بالینی قابل تشخیص است. گاهی از اوقات تصویر برداری مانند سونوگرافی از شکم یا رادیوگرافی برای غربالگری عوارض استفاده می شود

علائم

علائمی که فتقها ایجاد میکنند به نوع فتق بستگی دارد. در موارد فتق نافی، توده های گرد از وسط ناف خارج میشود که میتواند از اندازه یک گردو تا اندازه یک توپ فوتبال باشد که بستگی به مراحل فتق و نقص جدار شکم دارد

بیشتر بیماران موقع ایستادن زیاد دچار درد مبهم کشاله ران میشوند که به علت فشار فتق میباشد. بعضی اوقات فتقها (بیشتر در کشاله ران) ممکن است خود را با درد مبهم ناحیه نشان دهد و در معاینه توده های لمس نشود

اصولاً فتقها تابع وضعیت بیمار، کوچک و بزرگ و داخل و خارج میشوند. در هنگام سرفه یا زور زدن، بیرون زده و هنگام خوابیدن داخل میرود

در مورد فتقهای کشاله ران ممکن است از یک توده کوچک شروع شده و یا تا داخل کیسه بیضه پیشرفت کرده و حتی باعث بزرگ شدن کیسه بیضه ها شده و گاهی تا اندازه یک توپ بزرگ شود که روده های بیمار را نیز در بر گیرد.

عوارض

۷ درد که ممکن است تا مدتی بعد از عمل ادامه یابد و باید از مسکن طبق صلاحدید پزشک معالج استفاده کرد.

۷ خونریزی و بزرگ شدن منطقه از عوارض دیررس جراحی می باشد.

۷ سوزش و خارش محل عمل که بتدریج از بین می رود.

۷ عود مجدد در صورت فعالیت سنگین بلا فاصله بعد از عمل

۷ عفونت ناحیه عمل

شایعترین عارضه جراحی فتق درد ناحیه میباشد که گاهی تا یک سال باقی میماند و آزار دهنده است که مصرف مسکنها و پوشیدن شورت های محکم که بیضه ها را بالا ببرد، میتواند کمک کننده باشد .

خونریزی و بزرگ شدن منطقه ممکن است از عوارض دیررس جراحی باشد که عموماً نیاز به انجام کار خاصی نبوده و با درمان علامتی (کمپرس آب گرم و مصرف مسکن) بهتر میشود

نکته مهم این است که بیمار نباید بلافاصله بعد از جراحی، انجام فعالیت های سنگین را شروع کند چرا که این امر احتمال عود فتق را افزایش میدهد. عفونتهای زخم هم مانند هر زخم دیگری ممکن است اتفاق بیفتد . از عوارض دیگر جراحی فتق، سوزش و خارش ناحیه میباشد. به طور کلی ورزش و وزنه بردن عضلات شکم از عود فتق ها جلوگیری میکند.

درمان

درمان و کنترل طبی

فتق هایی که گرفتار یا محتقن نشده اند میتوانند از طریق مکانیکی به جای خود بازگردند. یک فتق بند شامل یک پد نرم که توسط یک کمر بند روی محل فتق که به جای خود بازگردانده شده است، مورد استفاده قرار میگیرد .

بعد از بازگرداندن فتق، پد بر روی آن گذاشته شده و جهت جلوگیری از عود فتق، در آنجا نگه داشته میشود. به بیمار آموزش داده میشود که هر روز قبل از بلند شدن، فتق بند را بر روی محل بگذارد. بیمار باید پوست زیر فتق بند را از نظر علایم خراشیدگی و اختلال پوستی به دقت بررسی کند .

در افراد پیر که حال عمومی مناسب و شرایط عمل جراحی را ندارند میتوان محافظه کارانه رفتار نمود و بیمار را جراحی نکرد اما در موارد اورژانس، باید این بیماران نیز جراحی شوند

درمان و کنترل جراحی:

مسأله ای که مهم است این است که تا وقتی که این تودهها متحرک هستند مشکلی ندارند ولی گاهی این توده ها گیر افتاده و باعث درد شدید میشود که جزء اورژانسهای پزشکی بوده و حتماً باید جا انداخته شود (باید توده بیرون زده را به محل اصلی خود بازگرداند).

البته جا اندازی فتق فقط در فتق های کشاله ران جایز است و تا دو بار ممانعتی ندارد اما فتقهای دیگر، باید تحت عمل جراحی قرار گیرند و جا اندازی جایز نمیباشد. علایم ایسکمی و کم خونی و احتمال پارگی روده شامل درد کل شکم، تب، تهوع و استفراغ شدید (عالیم انسداد روده) و عفونت خونی (سپتیمی) میباشد که بیمار حتماً باید تحت جراحی قرار گیرد .

معمولاً زمانی که داروها و تغییر در شیوه زندگی برای رهایی از نشانه های شدید بیماری شکست بخورد، جراحی انجام میشود. ترمیم جراحی فتق (هرنیورافی) تحت بیهوشی عمومی و یا بی حسی نخاعی و از طریق برش شکمی و یا لاپاراسکوپي انجام می گیرد. البته روش لاپاروسکوپي در همه انواع هرניהا (فتقها) استفاده نمیشود.

فرایند پرستاری

اقدامات قبل از عمل جراحی

- آزمایشات روتین خونی و آنالیز ادرار (طبق صالح دید پزشک) و معاینه بالینی بیمار توسط پزشک
- اخذ شرح حال دقیق از بیمار در زمینه محل درد، بیماری های زمینه ای قبلی و سابقه مصرف سیگار و مخدرها و حساسیت های غذایی و دارویی
- اخذ رضایت عمل از بیمار و خانواده او
- آموزش به بیمار در خصوص فرایند عمل جراحی و آماده کردن او جهت کاهش استرس قبل از عمل
- آموزش در خصوص تنفس عمیق و تغییر مرتب وضعیت بدن پس از عمل جراحی جهت جلوگیری از پنومونی و آتلکتازی
- NPO بودن از 8 ساعت قبل از عمل
- سایر آمادگی های قبل از عمل از جمله نداشتن وسیله فلزی، مصنوعی و لباس های زیر
- شروع محلولهای وریدی یا سرم تزریقی و درمان آنتی بیوتیکی طبق صلاحدید پزشک
- ثبت تمام شرایط و حالت در گزارش پرستاری
- چک علایم حیاتی و دیورز بیمار قبل انتقال به اتاق عمل

اقدامات بعد از عمل جراحی:

- ✓ چک علایم حیاتی (تا یک ساعت هر 15 دقیقه و ساعت دوم هر نیم ساعت و هر یک ساعت تا دو ساعت و سپس براساس روتین)
- ✓ چک دیورز بیمار
- ✓ ادامه سرم تراپی و آنتی بیوتیک درمانی و تزریق مسکن نظیر مرفین جهت تسکین درد 3
- ✓ شروع رژیم آب و چای و مایعات 12-24 ساعت بعد از عمل و پس از بازگشت صداهای روده ای
- ✓ چک محل عمل از نظر خونریزی و هماتوم
- ✓ چک کردن درن ها متصل به بیمار و ثبت ترشحات

- ✓ معمولاً 7-12 روز بعد عمل درن و سیستم تخلیه خارج می شوند، اگر طبق نظر پزشک بیمار با درن ها ترخیص گردید آموزش مراقبت در منزل و آموزش تعویض پانسمان و خالی کردن درن داده شود.
- ✓ پانسمان ناحیه عمل قبل از ترخیص از بیمارستان تعویض شده و ناحیه عمل توسط پزشک و پرستار کنترل شود و در صورت نیاز چگونگی پانسمان در منزل آموزش داده شود.
- ✓ درد محل برش جراحی عمل باز ممکن است مانع از چرخش و حرکت بیمار شود به گونه ای که وی سعی دارد با بی حرکتی و تنفس سطحی درد خود را کاهش دهد بنابراین جهت جلوگیری از عوارض پس از عمل:

الف) به بیمار آموزش دهید حین حرکت، تنفس عمیق و سرفه از بالش بر روی محل جراحی استفاده کند

- ب) پس از تجویز مسکن به کمک همراه بیمار، با نظارت خود بیمار را راه ببرید.
- ✓ آموزش فعالیت های مجاز و غیر مجاز به بیمار :
- ✓ به محض اجازه پزشک پس از عمل با کمک از تخت خارج گردید و قدم بزنید .
- ✓ فعالیت های خود را کم کم و برحسب تحمل افزایش دهید و پیاده روی کنید .
- ✓ از انجام فعالیت های سنگین و بلند کردن اجسام سنگین، سرفه بدون حمایت و زور زدن محل عمل تا 4-6 هفته بعد عمل اجتناب کنید)
- ✓ در عمل لاپاراسکوپیک این زمان نصف می شود. روز بعد از عمل می توانید دوش بگیرید .
- ✓ پس از ترخیص در صورت نداشتن درد ممانعتی در فعالیت جنسی وجود ندارد .
- ✓ در صورت ترخیص با درن در صورت نیاز و کثیفی پانسمان با به صورت استریل تعویض کنید و طبق آموزش پرستارتان درن را خالی کنید.
- ✓ در صورت درد ، از ضد دردهای تجویزی پزشکتان استفاده کنید .

در مردان به منظور کاهش ناراحتی بیضه ها، می توانید از کیسه یخ یا فتق بند (محافظ) استفاده نمود .
رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز:

● بعد از شروع حرکات دودی روده و دفع گاز از مقعد، طبق نظر پزشک ابتدا مایعات روشن مثل چای کم رنگ، آب کمپوت و سپس مایعات کامل (سوپ) شروع می شود و بعد به مرور رژیم نرم و به تدریج رژیم

معمولی جایگزین می شود. بعد از شروع مایعات جهت کمک به شروع حرکات روده ها مرتباً در بخش یا منزل قدم بزنید

• در روز های اول جراحی، مایعات فراوان 2 تا 3 لیتر بخورید تا مطمئن شوید شکم تان کار می کند. سعی کنید از مسکن های تزریقی به علت تاثیری که بر روی حرکات روده ها داشته و آن را کند میکند کمتر استفاده کنید

• در روزهای اول بعد از عمل، از مصرف مواد غذایی نفاخ (آب میوه های خام و مصنوعی، ذرت، کلم، لوبیا، نخود، تربچه، خیار، نوشابه های گاز دار) خودداری کنید

• با استفاده از رژیم غذایی پر فیبر (سبزیجات و میوه جات) و یا ملین طبق تجویز پزشک، سعی کنید دچار یبوست نشوید.

• رژیم غذایی باید حاوی مقدار کافی پروتئین (گوشت کم چرب، تخم مرغ، لبنیات و...) و مواد سرشار از ویتامین ث مثل مرکبات، آب آناناس و پرتقال باشد

• بهتر است وعده های غذایی مختصر و مکرر داشته باشید

• از نوشیدن مشروبات الکلی و کشیدن سیگار خودداری کنید