

تب بعد از عمل

تب بعد از عمل: شایع و حدود ۱۵ - ۴۵٪ موارد می‌باشد. در صورت وجود دو بار $T > 38.5$ در ۲۴ ساعت تب اطلاق می‌شود. میزان کشت خون مثبت در شب بعد از عمل ناچیز و ۰-۳٪ می‌باشد ولی مرگ و میر در صورت باکتری می تا ۳۵٪ و در بیمار شدیداً بدحال تا ۶۰٪ می‌رسد. بیشترین احتمال مثبت شدن کشت خون وقتی است که ۷۲ ساعت بعد از جراحی خون گرفته شود. عفونت زخم را افزایش نداده ولی در صورت ایجاد شدت آن را افزایش می‌دهد. درخواست آزمایشات و تصویربرداری باید براساس شرح حال و معاینات کلینیکی درخواست شود و نه به طور روتین. اکثر موارد تب بعد از عمل، غیرعفونی و خود محدود شونده هستند. تب بیش از ۳۹ درجه در ۴۸ ساعت اولیه نیازمند معاینه فوری محل عمل برای احتمال وجود فاشییت نکروزان^۱ می‌باشد.

فاشییت نکروزان خطرناکترین عفونت عمقی است که باعث مرگ و میر بالا به ویژه در افراد مسن می‌شود. این بیماری یک فرآیند تهاجمی است که فاسیا را درگیر نموده، باعث عفونت ثانویه پوست می‌شود و از نظر پاتوفیزیولوژیک یک ترومبوز سپتیک عروق در فاصله بین پوست و لایه‌های عمقی

1 Necrotizing fasciitis

است. پوست تاولهای هموراژیک و متعاقب آن نکروز واضح را همراه با نواحی احاطه کننده التهاب و ادم نشان می دهد. نکروز فاسیا عموماً وسیعتر از درگیری پوستی یا میزانی است که جراح بر پایه مشاهدات بالینی تخمین می زند. بیمار بدحال است، تب بالایی دارد، تاکی کارد است و هایپوولمی قابل توجهی دارد که در صورت عدم توجه، به سوی نارسایی قلبی-ریوی پیشرفت خواهد کرد. از نظر باکتریولوژیک یک عفونت مختلط است و باید نمونه گیری برای اسمیر گرم و کشت جهت کمک به تشخیص و درمان انجام شود. بلافاصله پس از ارسال نمونه ها باید درمان با پنی سیلین دوز بالا آغاز شود (۲۰ تا ۴۰ میلیون واحد روزانه داخل وریدی). احیای قلبی-عروقی با مایعات الکترولیتی، خون، و یا پلاسما باید سریع و موثر قبل از القای بیهوشی انجام شود. هدف از درمان جراحی، برداشت تمام پوست و فاسیای نکروزه است. در صورتی که پوست قابل حیات فاسیای نکروز شده را پوشانده باشد می توان با برشهای سطحی طولی متعدد، شرایط خارج نمودن فاسیای غیر قابل حیات را ایجاد نمود. اگرچه خارج نمودن تمام بافت نکروتیک هدف اولین مداخله جراحی است، ولی افتراق بین بافت نکروتیک و بافت فقط ادماتو اغلب مشکل است. مشاهده دقیق هر ۱۲ تا ۲۴ ساعت مناطق جدید نکروز و نیز نیاز به درمان و دبریدمان بیشتر را مشخص خواهد نمود. زمانی که تمام بافت نکروتیک خارج شده و عفونت کنترل گردید زخمها باید با پیوند همونوع یا غیر همونوع تا زمان بازسازی دائمی و ایجاد پیوند خودی، پوشانده شوند (شوارتز).

خروج ترشحات در ۳ تا ۵ روز بعد از عمل ممکن است نشانه جدا شدگی^۱ زخم باشد.

خروج ترشح چرکی از محل برش جراحی نشانه عفونت بوده که باید سوچورها باز شده و شستشو صورت گیرد و محل برش باز گذاشته و پانسمان شود.

در تب بعد از عمل در شرح حال و معاینه فیزیکی باید به موارد زیر دقت شود:

- ۱- دیابت
 - ۲- انتقال خون
 - ۳- داروهای مصرفی
 - ۴- آیا بیمار دچار نقص ایمنی است؟
 - ۵- آیا بدخیمی داشته است؟
 - ۶- وجود سوند فولی
 - ۷- وجود کاتتر وریدی مرکزی
 - ۸- نارسایی کلیه
- آنتی بیوتیک در عفونت زخم در شرایط زیر تجویز می‌شود:
- وجود تب و علائم سیستمیک
 - سلولیت اطراف محل برش
 - داشتن دریچه مصنوعی قلب
 - در شرایط کاهش ایمنی بیمار
- تجمع مایع در داخل حفره شکم و لگن معمولاً بعد از ۵ تا ۷ روز ایجاد می‌شود که انجام CT اسکن یا سونوگرافی به تشخیص آن کمک می‌کند.
- ۹- سوء مصرف مواد
 - ۱۰- وجود سوء تغذیه
 - ۱۱- معاینه انسیزیون و محل عمل و اطراف آن از نظر وجود (سلولیت، ترشح، گرمی)
 - ۱۲- آیا بیمار دارای کارکرد طبیعی تیروئید بوده است؟
 - ۱۳- آیا فشار خون بیمار نرمال است؟

پلورال افیوژن و آمپیم

(1)

- تاریخچه و معاینه فیزیکی
- تنگی نفس
- درد قفسه سینه
- تب
- سرفه
- خاط خونریزی
- سرکوب ایمنی
- سیگار

پلورال افیوژن

(3) توراکوستمی یا
توراکوستومی اولیه ای

(5) درناژ (تخلیه شده)

عود

بهبودی

پلوژن در کنار تخت یا VATS

(11)

تشخیص سریع

(۱۴ روز <)

دکورتیکاسیون VATS

دکورتیکاسیون
باز (توراکوتومی)

(12)

تشخیص دیرهنگام
(۱۴ روز >)

دکورتیکاسیون

رژیم دهنده به همراه
Packing یا جابجاری اولیه
برای آمپیم

(13)

ارزیابی برای
دکورتیکاسیون

تشخیص دیرهنگام

High risk بیمار

عمل درناژ ثانویه

استرل

جمع یافته

عفونی

عود

بهبودی

پلوژن در کنار تخت یا VATS

تشخیص سریع

(۱۴ روز <)

دکورتیکاسیون VATS

دکورتیکاسیون

باز (توراکوتومی)

رژیم دهنده به همراه

Packing یا جابجاری اولیه

برای آمپیم

آزمایشات
CXR (2)

فیستول برونکوپلورال

(4)

(9)

(13)

(12)

(11)

(7)

(5)

(3)