



۱۰۹

ماهنامه هدهد

خبرنامه انجمن جراحی دامپزشکی ایران



A large, leafless tree with a thick trunk and sprawling branches stands in a misty, foggy landscape. The tree is the central focus, with its intricate branch structure silhouetted against the light, hazy background. The ground is dark and appears to be covered in grass or low-lying vegetation. The overall atmosphere is somber and melancholic.

دل خون شد از این افسرده‌مانیز

از این افسرده‌مانیز غم انگیز

غروب‌ی سخت محنت بار دارد

همه درد است و بادل کار دارد

فریدون مشیری



مقالات علمی

بازگشت از بیهوشی : چگونه می توانیم عوارض را به حداقل برسانیم؟ (بخش دوم)

ترجمه و تنظیم: ملیکا کسائی

دانشجوی دکتری دامپزشکی دانشگاه فردوسی مشهد



- ارزیابی بیمار در دوره ی ریکاوری
- ثابت روندها در دوره ی ریکاوری نیز مانند دوره ی بیهوشی عمومی مهم است. TPR، رنگ غشای مخاطی (MM) و زمان پر شدن مجدد مویرگی (CRT) حداقل باید هر ۱۵ دقیقه، در ساعت اول ثبت شود. بیمار باید یک ساعت پس از پایان بیهوشی به محرک های خارجی پاسخ دهد. بسته به بیمار یا جراحی انجام شده، ثبت روند اشباع اکسیژن و فشار خون (BP) نیز ممکن است مورد نیاز باشد.
- در موارد زیر، می توان بیمار را با دقت کمتری تحت نظر داشت و به بخش ها بازگرداند:
- بیمار هوشیار باشد و بتواند سر خود را بلند کند.
- داشتن بلع
- TPR طبیعی یا ۲۰٪ مقادیر قبل از بیهوشی باشد
- قادر به راه رفتن باشد (به جز موارد شکستگی یا موارد بی حسی های موضعی که اندام های حرکتی را تحت تاثیر قرار می دهد).
- بی دردی کافی تا زمان ارزیابی بعدی داده شده باشد.
- در حالت ایده آل، بیمار باید با کاتتر داخل وریدی (IV) که هنوز در جای خود قرار دارد، ریکاور شود و سپس می توان کاتتر را خارج کرد.
- برخی از عوارض شایعی که ممکن است در مرحله بهبودی رخ



بیماری هایی که از قبل وجود دارند مانند کلپس نای یا فلج حنجره، اسپاسم حنجره، کاهش صدای حلق ناشی از داروهای بیهوشی و تورم یا ادم ناشی از جراحی یا ضربه.

داروهای بیهوشی مانند ایزوفلوران، سووفلوران، آرام بخش هایی مانند آسپرومازین، بنزودیازپین ها و بلوک های عصبی عضلانی، ساختارهای بافت نرم اطراف مجاری تنفسی را شل می کنند.

• حیوانی که دارای انسداد مجاری تنفسی فوقانی است، چه علائم بالینی را نشان می دهد؟

صدای خشن، صدای خرخر و خس خس، سیانوز، آپنه و خروپف نشان دهنده انسداد جزئی یا کامل مجاری تنفسی است. گشاد شدن سوراخ بینی و تنفس سخت نیز ممکن است با افزایش مقاومت مجاری تنفسی که فشار داخل قفسه سینه را برای کشیدن اکسیژن به داخل ریه ها افزایش می دهد، مشاهده شود.

• چه زمانی باید لوله داخل نایی در گربه ها و سگ ها برداشته شود؟

سگ ها: وقتی لوله داخل نایی را می بلعند یا دیگر آن را تحمل نمی کنند.

گربه ها: لیدوکائین موضعی که برای لوله گذاری روی حنجره استفاده می شود، ۱۵ دقیقه اثر دارد. بنابراین حنجره در پایان بیهوشی مجدداً حساس می شود. برای جلوگیری از اسپاسم حنجره، هنگامی که رفلکس کف دست یا انقباض گوش وجود دارد، لوله داخل نایی را خارج کنید.

اسپاسم حنجره معمولاً خود محدود شونده است که باعث کشیده شدن گردن و تقویت اکسیژن رسانی می شود.

• چگونه می توانم مجاری تنفسی بیمار را با وجود شل شدن بافت حلق باز نگه دارم؟

کشیدن سر و گردن به سمت جلو، بیرون کشیدن زبان از دهان، قرار دادن گگ بین دندان های بیمار برای باز نگه داشتن دهان (مثلاً با رول بانداژ)، قرار دادن بیمار در وضعیت جناغی.

شل شدن بافت حلق معمولاً در نتیجه داروهای بیهوشی مورد استفاده رخ می دهد، بنابراین در نظر بگیرید که آیا داروهای بیهوشی آنتاگونیست آن موجود هستند یا خیر.

• اگر بیمار در دوره ریکاوری نشخوار یا استفراغ کرد، چه باید کرد؟

دهند، عبارتند از:

- کاهش دمای بدن
- انسداد مجاری تنفسی
- کاهش اکسیژن خون
- خونریزی
- ریکاوری سخت و تهییج
- تاخیر در ریکاوری
- بی دردی ناکافی
- افزایش دمای بدن

این موارد در زیر، همراه با پرسش ها و پاسخ های رایج در مورد نحوه عیب یابی آن ها فهرست شده است.

کاهش دمای بدن

• برخی از عوارض کاهش دمای بدن چیست؟

کاهش دمای بدن متوسط دمایی بین ۳۴ تا ۳۶٫۵ درجه سانتی گراد است و معمولاً در بیمارانی که پس از بیهوشی ریکاور می شوند، دیده می شود. این عارضه می تواند با کاهش سرعت متابولیسم در نتیجه کاهش متابولیسم و خروج دارو از بدن، ریکاوری را طولانی تر کند. همچنین می تواند انعقاد خون را مختل و عملکرد سیستم ایمنی را کاهش دهد.

• اقدامات لازم در زمان لرزیدن بیمار چیست؟

لرز فقط زمانی رخ می دهد که بیمار از آستانه تنظیم حرارت ۳۵ درجه سانتی گراد فراتر رود و معمولاً بین ۳۶٫۵ تا ۳۸٫۱ درجه سانتی گراد متوقف می شود (Steinbacher و همکاران، ۲۰۱۰).

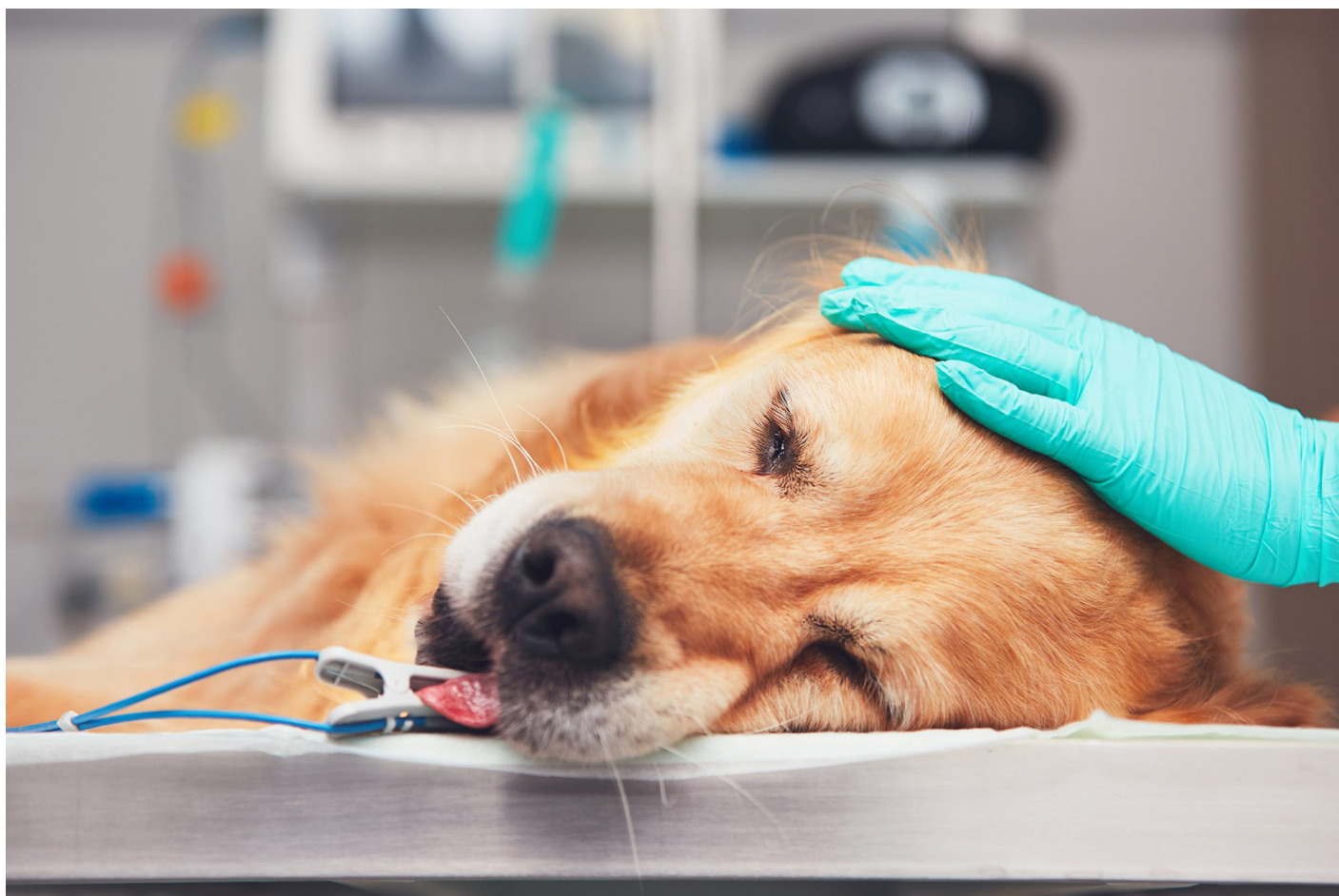
مصرف اکسیژن را تا ۴۰٪ افزایش می دهد. بنابراین ممکن است نیاز به حمایت اکسیژن باشد و باید اطمینان حاصل شود که بی دردی کافی داده شده است. لرز هم دردناک است و هم می تواند نشانه ی درد باشد.

• چگونه می توان از کاهش دمای بدن جلوگیری کرد؟

گرم کردن بیمار را از زمان تجویز آرام بخشی شروع کنید، زمان بیهوشی را به حداقل برسانید و ترکیبات تمیز کننده ی پوست را قبل از استفاده گرم کنید. در صورت امکان بیمار را با پتو بپوشانید و از وسایل گرم کننده مناسب استفاده کنید.

انسداد مجاری تنفسی

• چه چیزی ممکن است باعث انسداد مجاری تنفسی حیوان شود؟



نفرین در ۵ میلی لیتر سالین استریل (نه آب) و اسپری کردن آن به مدت ۱۰ دقیقه هر ۶ ساعت به مدت ۲۴ ساعت، یک مورد انسداد مجاری تنفسی را در یک سگ پاگ مدیریت کنند.

منبع:

<http://alfaxan.co.uk/news/>

بسیاری از داروهای بیهوشی اسفنکتر مری را شل می کنند که ممکن است بیماران را مستعد رفلاکس معده به مری یا نشخوار کند. سر بیمار را در سطحی پایین تر از سطح معده قرار دهید تا مواد از دهان خارج شوند. سپس سر بیمار را بالاتر از سطح معده قرار دهید.

اگر بیمار در حین بیهوشی نشخوار کرده است، مری باید با آب شسته شود و ساکشن شود تا از آسپیراسیون تصادفی در ریکاوری جلوگیری شود و از ایجاد تنگی مری جلوگیری شود. بیمار همچنین باید با کاف لوله نایی که تا حدی باد شده اکستوبه شود تا موادی از نای خارج شود.

اگر بیمار در معرض خطر نشخوار یا استفراغ است، می توان او را پیش از بیهوشی با محافظ معده و ضد استفراغ مدیریت کرد.

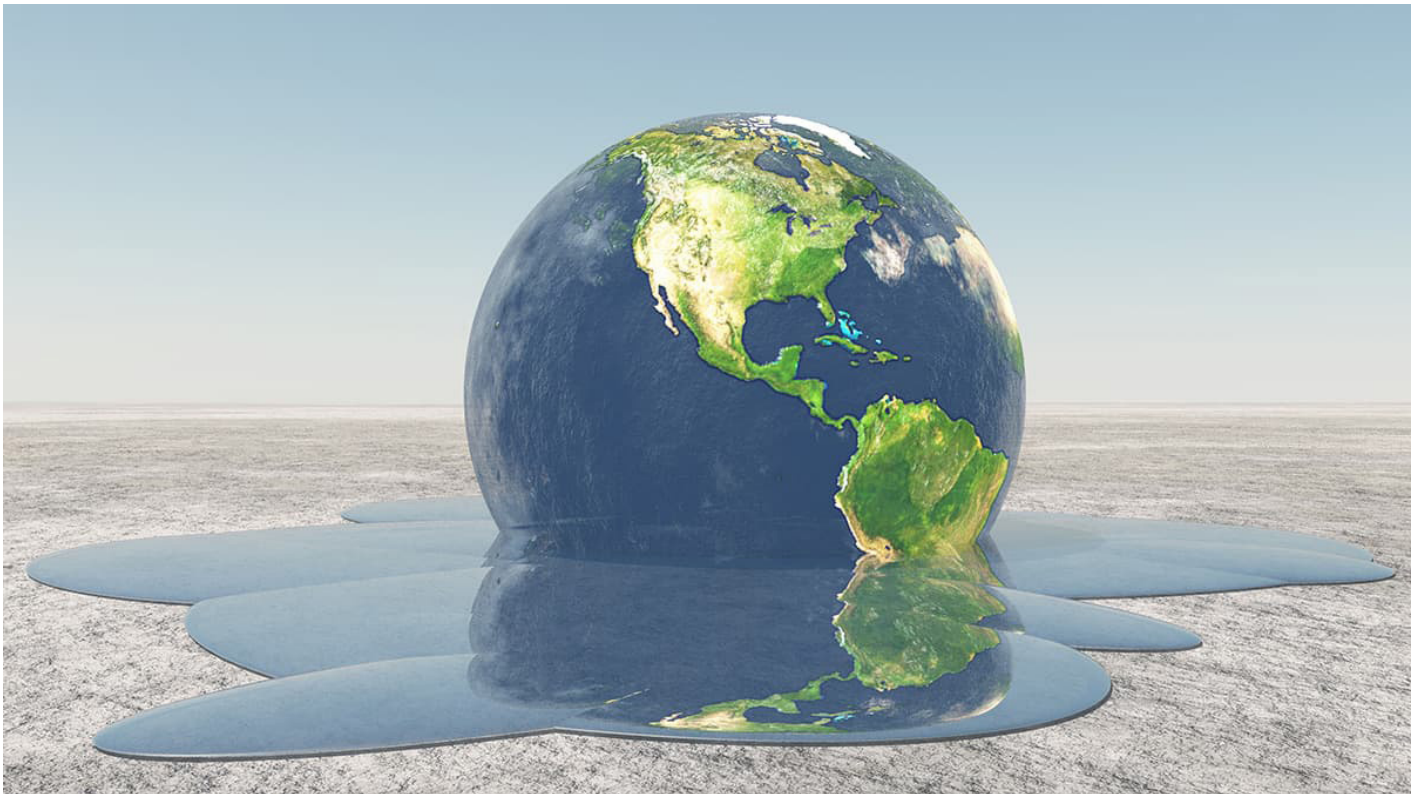
- چگونه می توان تورم یا ادم مجاری تنفسی را مدیریت کرد؟ می توان کورتیکواستروئیدها را تجویز کرد یا سالین را با اپی نفرین اسپری کرد.

Leece و Ellis (۲۰۱۷) توانستند ترکیبی با رقت ۰/۳ میلی گرم اپی



داروهای بیهوشی استنشاقی و خطرات زیست محیطی (بخش دوم)

ترجمه و تنظیم: فاطمه کهنسال | DVM.



جهان می‌باشد و اخیراً اعلام کرده که این گاز را برای بیهوشی در کلینیک‌های Linnaeus خود در بریتانیا حذف کرده است.

دسفلوران به دلیل توانایی جذب گرما در جو، گاز گلخانه‌ای قوی‌تری نسبت به اکسید نیتروژن، ایزوفلوران یا سووفلوران است. استفاده از دسفلوران در دامپزشکی تا حدی به دلیل چالش‌های فنی و نگرانی‌های مربوط به اثرات زیست‌محیطی آن محدود می‌باشد، تا جایی که معمولاً برای اهداف آموزشی استفاده می‌شود.

مک میلان گفته است: «دسفلوران بدترین گاز بیهوشی است، پس از آن ایزوفلوران و سپس سووفلوران. اکسید نیتروژن نیز بسیار بد است.»

بر اساس مقاله‌ای که در سال ۲۰۱۹ توسط وست و دکتر رونالد اس. جونز منتشر شد، دامپزشکی که از دسفلوران به مدت یک ساعت با جریان اکسیژن یک لیتر در دقیقه استفاده می‌کند، دی اکسید

در شماره ی قبل مقدمه ای راجع به داروهای مورد استفاده در بیهوشی استنشاقی و اثرات آن بر محیط زیست ارائه شد. در این شماره به ادامه ی این مطلب می پردازیم

خیلی بد، بد و نه چندان بد

برخی از IAA ها نسبت به برخی دیگر برای محیط زیست بدتر هستند. به عنوان مثال، تعداد کمی از آنها برای چندین دهه در جو باقی می‌مانند. طبق مقاله منتشر شده در اکتبر، طول عمر اتمسفری اکسید نیتروژن ۱۱۴ سال است (و یک عامل قوی تخریب کننده لایه ازن می‌باشد)، در حالیکه دسفلوران ۹ تا ۲۱ سال، ایزوفلوران ۳ تا ۶ سال و سووفلوران یک تا پنج سال در اتمسفر باقی می‌مانند.

طبق اظهارات موشر Mars در حال تلاش برای کاهش استفاده از اکسید نیتروژن در حدود ۲۵۰۰ مرکز دامپزشکی خود در سراسر



کربنی معادل ۳۴۸ مایل رانندگی با یک خودروی بنزینی متوسط در بریتانیا را آزاد می‌کند. این مقدار برای اکسید نیتروژن در ترکیب با سووفلوران با دوزی با قدرت برابر، ۱۴۰ مایل است. برای ایزوفلوران، ۱۲ مایل و برای سووفلوران به تنهایی، چهار مایل می‌باشد.

با این حال، سووفلوران لزوماً برای هر شرایطی مناسب نیست. به گفته مک میلان این گاز در حال حاضر گرانتر از ایزوفلوران است. همچنین وست اضافه کرد که ملاحظات بالینی‌ای نیز در مورد آن وجود دارد، و پیشنهاد کرد که پزشکان ممکن است بخواهند در مورد انتخاب‌های خود با یک متخصص بیهوشی مشورت کنند. به عنوان مثال،

سووفلوران روی بیماران سریع‌تر عمل می‌کند، هشدارهایی درباره تجمع محصولات جانبی سمی در صورت استفاده از آن با جریان پایین وجود دارد و استفاده از آن ممکن است مشمول محدودیت‌های صدور مجوز در برخی از حوزه‌های قضایی باشد. انتخاب تجهیزات

به غیر از نوع IAA مورد استفاده، بیهوشی بخش‌های دیگری نیز دارد که بر انتشار گازهای گلخانه‌ای تأثیر می‌گذارد. یکی از این بخش‌ها خود سیستم بیهوشی می‌باشد که به دو صورت سیستم‌های باز یا سیستم‌های بسته وجود دارد.

هر دو نوع این سیستم‌ها شامل افزودن یک مایع بیهوشی به یک بخارساز است که مایع را به گازی تبدیل می‌کند تا با جریانی از اکسیژن مخلوط شود. سپس گازها از طریق لوله نایی یا از طریق ماسک استنشاق می‌شوند.

استفاده از سیستم‌های باز آسان‌تر است، اما ضایعات بیشتری ایجاد می‌کنند. مک میلان توضیح می‌دهد: «اساساً بیمار با تنفس خود در هر بار گاز تازه را مستقیماً از دستگاه بیهوشی استنشاق کرده و دی‌اکسید کربن همراه با گاز بیهوشی را حین بازدم خارج می‌سازد، بنابراین نمی‌تواند مجدداً آن را استنشاق کند»

در مقابل، سیستم‌های بسته، دی‌اکسید کربن حاصل از بازدم بیمار را، با استفاده از ماده‌ای به نام سودولایم حذف کرده و بیمار را قادر می‌سازد تا گاز بیهوشی باقی‌مانده را دوباره تنفس کند. مک میلان افزود: «میزان گازهای حاصل از بازدم بیمار بسیار کم است، بنابراین در تئوری، فقط باید این مقدار را به سیستم اضافه کنید تا تعادل حفظ شود.»

معمولاً سیستم‌های بسته برای بیماران با جثه کوچک مناسب در نظر گرفته نمی‌شوند، زیرا چنین بیمارانی ممکن است در استنشاق هوای آنها دچار مشکل شوند. وست سیستم‌های بسته را برای بیمارانی با وزن بیش از ۵ تا ۱۰ کیلوگرم (۱۱ تا ۲۲ پوند)، بسته به سیستم خاص توصیه می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد که برخی از سیستم‌ها را می‌توان به طور ایمن در حیواناتی با وزن کمتر از ۳ کیلوگرم (۶/۶ پوند) با استفاده از شیلنگ‌های تنفسی باریک‌تر مورد استفاده قرار داد.

مداخله فرضی مک میلان برای کاهش انتشار IAA تا ۶۳ درصد شامل استفاده از سیستم‌های بسته برای حیواناتی با وزن بیش از ۵ کیلوگرم بود. او برای حیواناتی که وزن کمتری داشتند، از سیستم‌های Lack یا Humphrey استفاده کرد که به‌عنوان مدل‌های کارآمدی از سیستم‌های باز در نظر گرفته می‌شوند.

مک میلان و وست اذعان دارند که ممکن است هزینه‌های اولیه مرتبط با سرمایه‌گذاری در تجهیزات، بعلاوه هزینه‌های جاری برای سودا لیم و نیاز به نظارت بالقوه‌ای وجود داشته باشد. اما آنها معتقدند که این هزینه‌ها نسبت به خسارات وارده جبران پذیرترند.

منبع:

<https://news.vin.com/doc/?id=10700741>



دشمنان ابزارهای جراحی دامپزشکی

ترجمه و تنظیم: سیدعلیرضا رضایی

دانشجوی دکتری دامپزشکی دانشگاه تهران



اغلب اوقات، نگهداری درست ابزار جراحی نادیده گرفته می شود. تعمیرات و تعویض ابزار جراحی پر هزینه است و معمولاً به دلیل مراقبت نادرست از آن‌ها اتفاق می افتد. اگر از ابزار جراحی به درستی مراقبت شود معمولاً تا پایان دوره‌ی کاری دوام می‌آورد.

اولین قدم برای نگهداری درست از وسایل جراحی، تمیز کردن آنها در اسرع وقت (۲۰ دقیقه پس از عمل) است.

خون خشک شده بزرگترین دشمن ابزار جراحی است. حتی اگر ابزار شما بلافاصله پس از انجام عمل استریل نشود، شستشوی ابزار بعد از جراحی از خشک شدن خون روی آنها جلوگیری می کند. اگر از ماده مرطوب کننده ی ابزار جراحی استفاده نمی کنید، بهترین دفاع شما در برابر لکه، سوراخ شدن و خوردگی شستشو سریع آنها است.



یکی از رایج‌ترین مشکلاتی که تکنسین‌ها با آن مواجه می‌شوند، آسیب ناشی از بار میکروبی و استفاده از محلول‌های تمیزکننده نامناسب بر روی ابزارهای جراحی دامپزشکی است. موارد زیر باعث لکه شدن و آسیب به ابزار می‌شوند:

۱. پاک کننده ها و شوینده های خانگی
۲. مایع ظرفشویی
۳. محلول های بر پایه کلر هگزیدین
۴. شوینده های لباس
۵. اسکراب دست جراح

پاک کننده ها باید PH خنثی داشته باشند و حتما برای فولاد جراحی یا تجهیزات پزشکی جراحی ساخته شده باشند. استفاده از برس های مخصوص شستشو برای مناطقی مانند دندانها و لولاها که به سختی تمیز می شوند نیز مفید است. اگر برای استفاده دوباره از وسایل عجله دارید یکی دیگر از راه های تمیز کردن موثر استفاده از پاک کننده های اولترا سونیک است. این محلول می تواند زمان تمیز کردن را قبل از استریل کردن به طور چشمگیری کاهش دهد.

منبع:

<https://www.sterisanimalhealth.com/news/inspection-points-for-care-and-handling/>



درمورد ملاحظات کاربردی داروهای پیش بیهوشی چه می دانید؟ (بخش اول)

ترجمه و تنظیم: مهشیدرجبی

دانشجوی دکتری دامپزشکی دانشگاه فردوسی مشهد



تقریباً تمام بیمارانی که برای انجام عمل جراحی تحت بیهوشی عمومی قرار می گیرند، نوعی داروی پیش بیهوشی دریافت می کنند. با این وجود اهمیت و تأثیر مثبت یک روش مناسب برای پیش بیهوشی بر روی بیمار می تواند نادیده گرفته شود. باید در نظر داشته باشیم مرحله قبل از بیهوشی نباید کم اهمیت جلوه کند و فقط جهت تیک خوردن در لیست انجام شود. استدلال بالینی مناسب، توجه به بیمار و نیازهای آن و همچنین در نظر گرفتن فارماکولوژی دارو(های) مورد تجویز باید در هر بیمار انجام شود. درک اساسی از فارماکولوژی داروهای مورد استفاده در پیش بیهوشی اغلب برای به حداکثر رساندن تأثیر بالینی مثبت آن ها حیاتی است.

روش های پیش بیهوشی

واضح است که هیچ دارویی وجود ندارد که به تنهایی قادر به انجام تمام اهداف مورد انتظار در پیش

بیهوشی باشد در نتیجه، داروهایی با خواص بالینی متفاوت به طور مکرر و به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار می گیرند. مرحله قبل از بیهوشی باید به عنوان فرصتی برای «شخصی سازی» داروی بیهوشی برای هر بیمار در نظر گرفته شود. انتخاب دارو باید براساس نیازهای بالینی بیمار و پس از در نظر گرفتن علائم بیمار، شرح حال، بیماری های زمینه ای، معاینه فیزیکی، درجه بندی ASA و ماهیت روش جراحی برنامه ریزی شده، انتخاب شود. با توجه به متغیر بودن این موارد در هر بیمار، باید از پروتکل بیهوشی از پیش تعیین شده برای استفاده برای همه بیماران پرهیز شود.

اجرای یک «پروتکل تمرینی» که بر اساس طبقه بندی ASA است می تواند به یکنواختی رویکرد در یک کلینیک شلوغ کمک کند. با این حال، ضروری است که این موارد به اندازه کافی انعطاف پذیر و قابل تغییر باقی بمانند تا اطمینان حاصل شود که نیازهای خاص هر بیمار برآورده می شود.

هدف استفاده از داروی پیش بیهوشی

۱- داروی پیش بیهوشی باید به آرام سازی و کاهش اضطراب بیمار کمک کند. دارو باید به اندازه کافی بیمار را آرام یا بی حرکت کند تا



امکان دست زدن برای معاینه بالینی یا زدن آنژیوکت فراهم شود. این مزیت نه تنها باعث ایمنی بیمار و پرسنل دامپزشکی در هنگام کار می شود بلکه به محدود کردن تولید کوئیکول آمین های مضر هم کمک می کند.

۲- داروی پیش بیهوشی باید شرایطی را فراهم کند که با نام «بی دردی پیشگیرانه» شناخته می شود. بی دردی پیشگیرانه، باعث از بین رفتن درد در زمان بیهوشی یا جراحی بیمار می شود. هدف بی دردی پیشگیرانه نه تنها مدیریت درد در حین و بعد از عمل است، بلکه تلاش می کند تا حساسیت اولیه مسیرهای درد را به حداقل برساند و به نوبه خود ایجاد درد را در مرحله اول محدود کند. به منظور دستیابی به این هدف، مهم است که داروهای پیش بیهوشی درست انتخاب شده و در زمان مناسب تزریق شوند تا در زمان شروع جراحی، بی دردی مؤثری از خود نشان دهند. دارو(ها) همچنین باید سطحی از بی دردی که مناسب جراحی است ارائه دهند و مدت اثر آنها قابل توجه باشد، به طوری که در صورت نیاز بتوان مقادیر بیشتری دارو تزریق کرد. از آنجایی که درد یک احساس پیچیده ی چند بعدی است که منابع متعددی دارد و با توجه به مقالات منتشر شده بعید است که استفاده از یک دارو یا دسته ی دارویی برای تسکین درد کافی باشد. بنابراین استفاده از رویکرد «بی دردی چندوجهی» روش بهتری است. این رویکرد به معنی استفاده از داروهای ضد درد متعدد به منظور کاهش یا حذف درد در مکان ها یا منابع مختلف ایجاد مسیر درد است. استفاده از یک داروی ضد التهاب که فعالیت گیرنده درد را کاهش می دهد، یک بی حس کننده موضعی که انتقال سیگنال درد را مسدود می کند در کنار یک مسکن مخدر برای کاهش پاسخ گیرنده در سیستم عصبی مرکزی می تواند نمونه ای از این رویکرد باشد.

۳- یکی از اهداف کلی بیهوشی باید استفاده از داروهای در دسترس

باشد تا به موضوعی که با نام «رویکرد بیهوشی متعادل» شناخته می شود عمل کند. داروهای مورد استفاده در پیش بیهوشی نقش کلیدی در کمک به رسیدن به این موضوع دارد.

بیهوشی متعادل به معنی استفاده از دوزهای کمتر از داروهای مختلف بیهوشی و ترکیب آنها برای دستیابی به اجزای مختلف و مطلوب بیهوشی است، بنابراین معایب و ایراداتی که ممکن است مرتبط با استفاده از دوزهای بیشتر دارو باشد را کاهش می دهد. به عنوان مثال، یک داروی مناسب قبل از بیهوشی ممکن است کاهش دوز عامل القای بیهوشی و عامل نگهدارنده بیهوشی مورد نیاز در طول فرآیند بیهوشی بعدی را در پی داشته باشد، بنابراین به محدود کردن عوارض جانبی مرتبط با این داروها کمک می کند.

۴- اگر لازم باشد، ممکن است از داروهای پیش بیهوشی برای مقابله با اثرات منفی عوامل بیهوشی استفاده شود.

به عنوان مثال، آنتی کولینرژیک هایی مانند آتروپین را می توان برای مقابله با کاهش ضربان قلب ناشی از عصب واگ که ممکن است پس از استفاده از اپیوئیدها ایجاد شود، تجویز کرد. با این حال، ذکر این نکته که اپیوئیدها در دوزهای بالینی به عنوان داروهای «دوست قلبی و عروق» در نظر گرفته می شوند مهم است بنابراین امروزه از آتروپین برای از بین بردن اثرات اپیوئیدها فقط زمانی که کاملاً ضروری باشد استفاده می شود. در نهایت، می توان از عوامل پیش دارنده نیز برای کاهش انقباض عضلانی بیمار استفاده کرد که به جراح در موقعیت یابی در طول عمل جراحی کمک می کند.

اکنون که اهداف کلیدی از داروهای قبل از بیهوشی را بیان کردیم، باید واضح باشد که این فرآیند هرگز نباید به عنوان یک کار ساده در نظر گرفته شود. انتخاب و استفاده مناسب از داروهای پیش بیهوشی در تمام مراحل بیهوشی و جراحی بیمار کمک می کند و به نوبه خود می تواند به شدت بر نتایج بیهوشی و جراحی تأثیر بگذارد.

ادامه دارد...

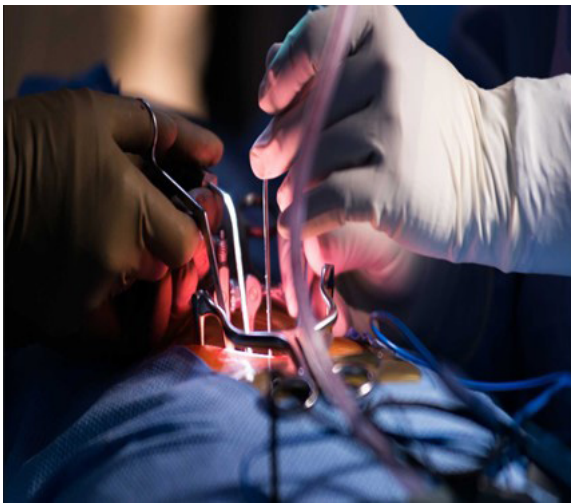
منبع:

<http://alfaxan.co.uk/news/practical-considerations-of-pre-anaesthetic-medication>



نکاتی برای مراقبت بهتر از ابزارهای جراحی

ترجمه و تنظیم: نشاط رساله پور
دانشجوی دکتری دامپزشکی دانشگاه تهران



ابزارهای جراحی از مهم ترین وسایل یک جراح هستند چراکه توسط جراح؛ مرتباً مورد استفاده قرار می گیرند. اگر چه ابزارهای جراحی طوری طراحی و ساخته می شوند که استحکام کافی و لازم را برای انجام اتوکلاو و استریلیزاسیون مکرر داشته باشند ولی همچنان می توانند شکننده بود و در نتیجه ی عدم استفاده ی صحیح، هزینه های غیر ضروری را به همراه داشته باشند.

در این خبرنامه به بررسی و پیشنهاد ۵ راهکار سریع جهت ارزیابی و مراقبت از ابزارهای جراحی می پردازیم:

۱. همواره پیش از قرار دادن ابزارها در ست جراحی، آنها را از نظر وجود ترک، حفره و مشکلات هم ترازای بررسی کنید.
 ۲. از باز بودن قفل و ضامن ابزارهای جراحی حین اتوکلاو و فرآیند استریلیزاسیون اطمینان حاصل نمایید.
 ۳. به خاطر داشته باشید که پیش از استفاده ی مجدد از ابزارها، تمام قسمتهای متحرک را به لوبریکنت آغشته نمایید.
 ۴. برای مراقبت از ابزارهای کوچک و ظریف، از سینی های سرپوش دار (سیلیکونی) استفاده نمایید.
 ۵. برای مراقبت از لبه های تیز ابزارهایی مانند استئوتوم ها، گیج ها و اسکنه ها؛ از محافظ های مخصوص استفاده کنید.
- امیدواریم نکات گفته شده قابل اجرا و مفید واقع شود.



منبع:

<https://www.sterisanimalhealth.com/news/inspection-points-for-care-and-handling/>



با هم بدانیم

ترجمه و تنظیم: مرضیه فائزی | DVM.

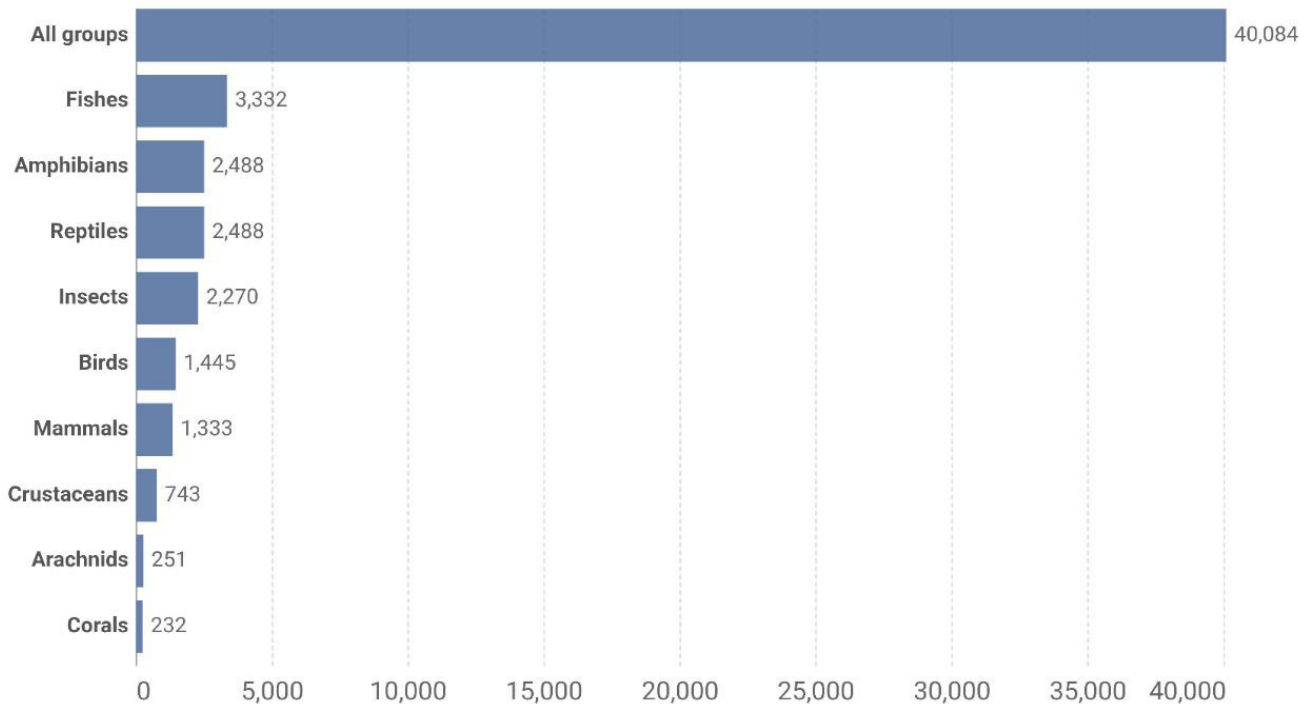
چه تعداد گونه در جهان در خطر انقراض هستند؟

بر اساس اطلاعات IUCN، تعداد گونه های در خطر انقراض در سال ۲۰۲۱ به ۴۰۰۸۴ مورد رسیده است. با این که این رقم، عدد بزرگی است اما از دید ارگان های رسمی عدد بسیار از برآورد اصلی کمتر است، زیرا این ارزیابی در مورد بسیاری از گونه ها انجام نشده است. در نمودار زیر تعداد گونه های در حال انقراض در هر رده نشان داده شده است. از آنجایی که پرندگان، پستانداران و دوزیستان بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته اند، اعدادی که در مورد آن ها بیان شده است، دقیق تر از سایرین است. در مقابل، گروه هایی مانند پرندگان، قارچها و حشرات به دلیل اطلاعات کمتر، اعداد غیردقیق تری دارند.

Number of species threatened with extinction



The IUCN Red List has assessed only a small share of the total known species in the world. This means the number of species threatened with extinction is likely to be a significant underestimate of the total number of species at risk.



Source: IUCN Red List (2021)

OurWorldInData.org/biodiversity • CC BY

Note: 'Threatened' species are those that are categorized as 'Critically endangered', 'Endangered' or 'Vulnerable' on the IUCN Red List.

منبع:

<https://ourworldindata.org/extinctions>





مدد
مادی شده
مرحبا ای بدبد

