

سیستم تنفسی

- تعداد تنفس:
- زمان تولد 40
- 6 سالگی 16-20
- بلوغ 14-16
- .

سیستم قلبی و عروقی

- تعداد ضربان قلب:
- تولد 140 // یکسالگی 80-140
- فشار خون: در نوزاد 75/40 میلیمتر جیوه که به تدریج افزایش می یابد.

اندازه گیری علایم حیاتی

• قبل از عمل کنترل و ثبت علائم حیاتی به صورت پایه ضروری است

• **VS بر اساس اندازه و سن کودک متغیر است**

• نبض: در کمتر از 1 سال بررسی نبض اپیکال (آپکس قلب)

• نوزاد 120-150 ، زمان گریه 190 و زمان خواب 70

• تنفس: بررسی قبل از بیقراری و دراز کشیده

• شمارش حرکات شکم 30-50

• حرارت: مانند بزرگسالان حرارت 37°C

• زیر 4 سال بررسی از طریق زیر بغل و بعد از 4 سال دهانی

• بررسی مقعدی خطر آسیب مخاط

• فشار خون: اهمیت کم در نوزادان

• کاف فشار خون نباید از $2/3$ طول بازو بزرگتر و یا

کوچکتر از نصف طول آن باشد

ترس از بیهوشی

- داروهای قبل از عمل **premedication**
- استفاده جهت کاستن از ترس و اضطراب و نیز القای آسانتر بیهوشی
- مصرف خوراکی و داخل وریدی
- **داروهای رایج:**
- مرفین، میدازولام، دیازپام، متوهگزیتال و فنتانیل
- **اهداف استفاده:**
- کاهش اضطراب و تسهیل بیهوشی
- ایجاد فراموشی (**amnesia**) در دوره قبل از جراحی
- کاهش دردهای قبل و بعد از جراحی

مراقبت از کودک در اتاق عمل

- کنترل مشخصات و تشخیص کودک در زمان ورود به اتاق عمل
- کنترل جواب آزمایشات و اطمینان از آماده بودن خون
- آماده کردن همه نخها و وسایل
- باید به کودک کمک کرد که راحت باشد و به سوالات او پاسخ داده شود
- حفاظت از کودک در مقابل سقوط
- انحراف فکر کودک جهت کاهش ترس
- متخصص بیهوشی باید دستکشها، ماسکها، راههای هوایی، لوله های داخل نای لارنگوسکپی و داروهای بیهوشی را

مراقبت بعد از عمل

- پس از اتمام پروسیجر مراقبتهای جسمی و روانی متعددی به منظور پیشگیری از اثرات احتمالی بیهوشی انجام می شود
- باقی ماندن در اتاق عمل تا بهبود وضعیت تنفس و حفظ لوله داخل نای
- انتقال به اتاق بهبودی به پهلو و پیچیده در پتوی گرم
- کنترل مرتب علائم حیاتی
- بررسی شوک درد یا مشکلات تنفسی

آترزی مری و فیستول تراکئوزوفازیال

EA به همراه TEF (فیستول تراشه به مری) دیستال (نوع C) شایعترین نوع است. (85%)

سپس نوع EA خالص (بدون فیستول) (نوع A) با شیوع 8-10 درصد

TEF بدون EA (بدون آترزی) (نوع E) که به آن فیستول نوع H هم گفته می شود با شیوع 8%

نوع D (EA) به همراه فیستول بین نای و هر دو انتهای پروگزیمال و دیستال مری) 2%

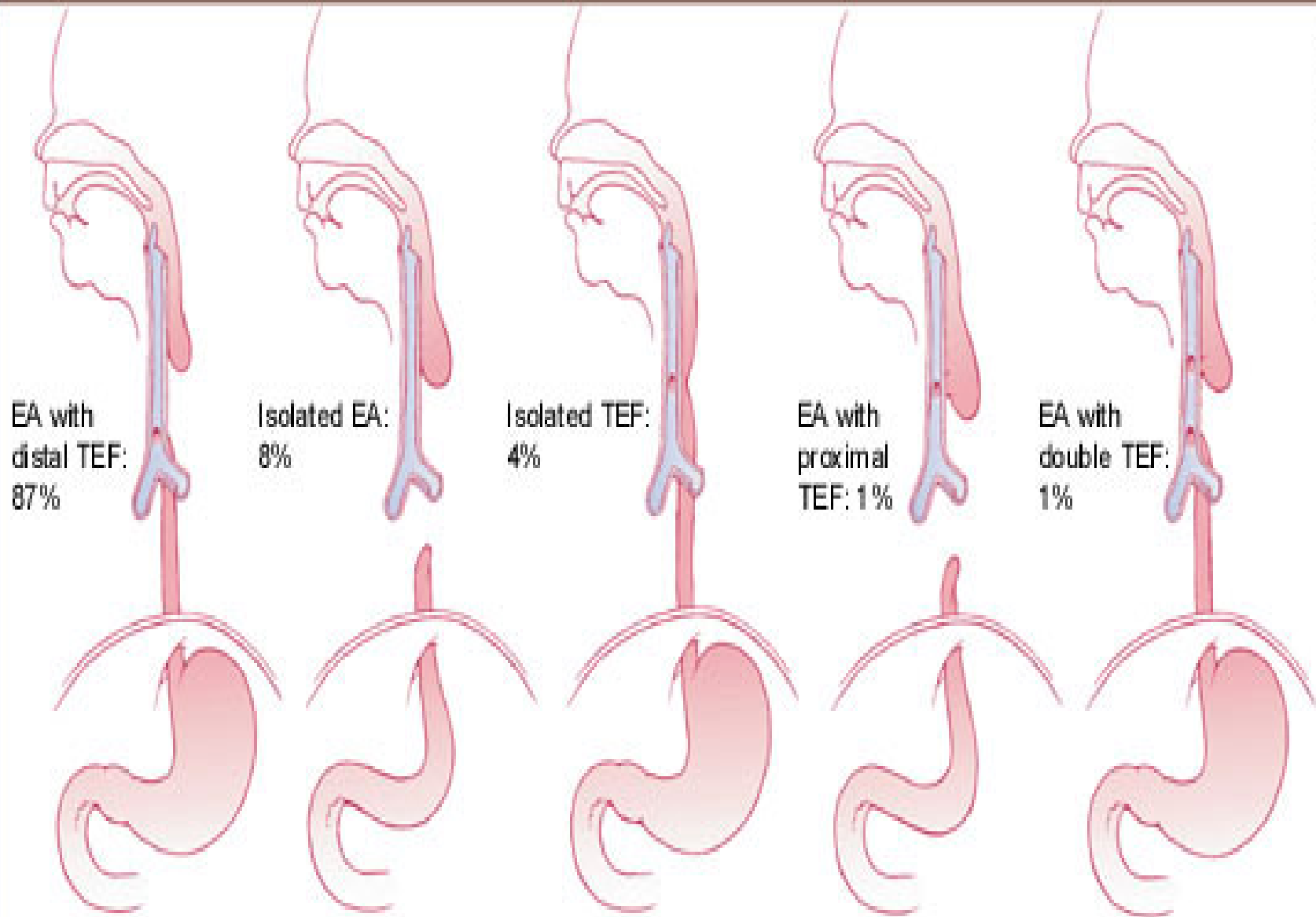
و نوع B (EA) به همراه فیستول مابین نای و انتهای پروگزیمال مری در 1 درصد موارد

EA-TEF معمولا با ناهنجاری های مادرزادی دیگر همراه است که با عنوان سندرم

VACTERL شناخته می شوند

ناهنجاری ستون فقرات، آنورکتوم (رکتوم بدون سوراخ) نقایص قلبی، فیستول تراکئوزوفازیال ،

ناهنجاریهای کلیه، دیسپلازی رادیوس



درمان

مراقبتهای اولیه

مراقبت از وضعیت تنفسی .

گرم نمودن نوزاد

بالا آوردن سر به میزان 30 درجه

قرا دادن کاتتر ساکشن در بن بست فوقانی مری

درمان ضد اسید برای کاهش تحریک شیمیایی حاصل از ریفلاکس

شروع آنتی بیوتیک داخل وریدی و محلول الکتrolیتی گرم

از دست راست رگ نگیریم

ترمیم قطعی این مشکل اورژانس جراحی نیست

تا ایجاد وضعیت همودینامیک و اکسیژناسیون مناسب 1-2 روز

می توان عمل جراحی را به تأخیر انداخت

علايم باليني

انواع A تا D آبريزش از دهان (**drooling**) و متعاقبا با ايجاد حالت خفگی و سرفه بلافاصله پس از تغذيه شيرخوار (**Chocking**) (آسپيراسيون از طريق فيستول) در نوع C هنگامي گريه نوزاد وارد معده شده باعث اتساع شکم و در نتيجه موجب سخت تر شدن تنفس و نهايتا آتلکتازی می شود

در انواع C و D شيره معده وارد نای و معده شده و موجب پنومونی می شود

عکس قفسه سينه با گذاشتن سوند معده حاجب (پيچ خوردگي سوند معده در بن بست فوقاني)

در صورت تردید بررسی بوسيله ماده حاجب (خطر آسپيراسيون مجدد دارد)

تنگی هیپرتروفیک پیلور HPS

نوزاد پسر و فرزند اول خانواده
در سن 3-6 هفته بروز می کند
با استفراغ غیر صفراوی، جهنده، پیشرونده،
در سن 3-6 هفته

نهایتاً باعث انسداد کامل خروجی معده می
شود

عدم تحمل مایعات صاف
اشتهای کودک علیرغم استفراغ های مکرر خوب
است

این باعث چرخه غذا خوردن و استفراغ کردن می شود که باعث
دهیدراتاسیون و اختلالات الکترولیتی شدید می شود

HPS باعث کالوز متابولیک هیپوکلرمیک -

تشخیص

از طریق معاینه بالینی و با لمس توده زیتونی
در RUQ

سونوگرافی (با دقت 95 درصد)

تنگی پیلور اورژانس جراحی
نیست

انسداد روده در نوزاد

علامت اصلی انسداد روده استفراغ صفاوی است

انسداد پروگزیمال به صورت استفراغ صفاوی و با حداقل اتساع شکم تظاهر پیدا می کند

انسداد کامل پروگزیمال باعث عدم دفع گاز و عدم مشاهده هوا در نواحی دیستال (در گرافی شکم) می شود

انسداد دیستال با استفراغ صفاوی و اتساع شکم همراه است

انسداد دئودنوم

علل:

آترزی، تنگی یا دوپلیکاسیون دئودنوم و
پانکراس حلقوی

علامت:

استفراغ صفاوی (ورودی مجرای صفاوی در 85
درصد موارد قبل از محل انسداد قرار دارد)
، عدم اتساع شکم

تشخیص:

وجود حباب دو تایی کلاسیک در رادیو گرافی
شکم (نمایانگر اتساع معده و دودنوم)

در صورت تردید به تشخیص ، بویژه در موارد
شک¹⁴ به انسداد نسبی بررسی قسمت فوقانی

آترزی روده

انسداد ناشی از آن در هر نقطه ای از روده امکان پذیر است

اکثر موارد آترزی روده (مجز دودنوم) به دلیل **حوادث عروقی مزانتز** در داخل رحم ایجاد می شود (فقدان قطعه ای از مجرای روده)

آترزی ژژنوم یا ایلئوم با استفراغ صغراوی و اتساع پیشرونده شکم تظاهر می یابد

هر چه انسداد روده **پایینتر** باشد میزان **اتساع شکم** و تعداد قوس های متسع روده در عکس ایستاده شکم **افزایش** می یابد

تشخیص:

عکس ساده شکم

در صورت شک به تشخیص یا انسداد در مناطق دیستال

انواع آترزی روده

نوع I که شامل آترزی مخاطی و لایه عضلانی سالم

نوع II دو سر آترزی بوسیله یک نوار فیبرو از یکدیگر جدا می شوند

نوع III توسط یک نقص V شکل در مزانتر از هم جدا می شوند

نوع IIIB یک دفورمیتی پوست سیب (apple-peel) یا دفورمیتی درخت کریسمس وجود دارد

نوع IV آترزی های متعددی به صورت رشته سوسیس یا رشته تسبیح وجود دارد

ولولوس میان روده (Midgut Volvulus)

ولولوس حول شریان مزانتریک باعث انسداد پروگزیمال
ژوژنوم و قطع خونرسانی میان روده می شود
اگر از طریق جراحی اصلاح نشود موجب انسداد روده و انفارکتوس کامل میان
روده خواهد شد

در هر سنی ایجاد می شود ولی بیشتر در چند هفته اول زندگی
استفراغ صفاوی اولین نشانه است

در همه شیرخواران مبتلا به استفراغ صفاوی بایستی
ولولوس میان روده را رد کرد
(مخصوصا اگر تحریک پذیر هم باشند)

نارسایی عروقی میان روده در ابتدا باعث خونی شدن مدفوع و نهایتا منجر به
کلاپس عروقی می گردد.

قرمزی و ادم جدار شکم نشانه دیگری از ایسکمی پیشرفته
روده است

تشخیص

رادیوگرافی شکم نشاندهنده کاهش گاز روده و
تعدادی سطح مایع و هواست

در این شرایط اقدام به احیاء و جایگزینی مایعات
و به دنبال آن **لاپاروتومی تجسسی** صورت گیرد

بهترین راه تشخیص ولولوس Upper GI Series

در صورت شک به ولولوس بایستی مداخله جراحی زود
رس صورت گیرد

تاخیر در تشخیص باعث افزایش میزان مرگ و میر و
سندرم روده کوتاه می شود در غیر اینصورت

انواژیناسیون

علت اصلی انسداد روده در کودکان زیر دو سال

معمولا از ایلئوم شروع و به سمت دیستال به داخل کولون صعودی، عرضی یا نزولی گسترش می یابد

انواژیناسیون ایدیوپاتیک در محدوده سنی 6-24 ماه رخ می دهد در خارج از این طیف سنی عوامل همچون پولیپ ها، تومورهای بدخیم، دوپلیکاسیون روده یا دیورتیکول مکل ایجاد کننده انواژیناسیون است

انواژیناسیون در این موارد به ندرت با انمای هوا یا ماده حاجب جا می رود لذا باید به روش جراحی جا انداخته شود

علایم

چون به دنبال عفونتها و ویروسی است ممکنه زمان شروع آن مشخص نباشد
شیرخوار دچار **حملات درد کرامپی شکم و استفراغ متناوب** می شود

کودک در فاصله بین حملات ممکنه طبیعی به نظر برسد

دفع موکوس خونی موسوم به مدفوع ژله تمشکی رخ می دهد
چنانچه انواژیناسیون جا انداخته نشود نهایتا باعث گانگرن و پرفوراسیون خواهد شد

مشخصه انواژیناسیون در معاینه بالینی عبارت است از لمس یک توده سوسیس
مانند در RUQ یا اپی گاستر و عدم حضور روده در RLQ (Dance sign)

بهترین روش تشخیصی سونوگرافی است

درمان

پس از احیای بیمار و تجویز آنتی بیوتیک های وریدی جا انداختن به روش غیر جراحی یا جراحی انجام می شود
در غیاب پریتونیت جا اندازی به روش غیر جراحی (انمای هوا) که روش ارجح است

درمان جراحی:

اگر پریتونیت وجود داشته باشد جراحی باز (برش RLQ) یا لاپاروسکوپی صورت می گیرد

جا انداختن انواژیناسیون در جراحی باز از طریق دوشیدن روده ها (نه کشیدن آنها) صورت می گیرد

درمان

میزان عود هر دو روش جا اندازی 10-5 درصد است

تکرار انمای هوا در اکثر موارد با موفقیت همراه است

چنانچه انواژیناسیون **3 بار یا بیشتر** تکرار شود باید به وجود یک پاتولوژی به عنوان نقطه شروع انواژیناسیون شک کرد و اقدام به بررسی دقیق با ماده حاجب نمود

بسیاری از جراحان اطفال پس از نوبت سوم انواژیناسیون ، جهت جا انداختن روده و رزکسیون پاتولوژی مربوطه اقدام به لاپاروتومی تجسسی می کنند

دیورتیکول مکمل

باقی مانده بخشی از مجرای امفالومزانتریک (مجرای ویتلین) است و به فاصله 60 سانتی از دریچه ایلئوسکال قرار دارد

به طور اتفاقی در حین جراحی یا اینکه ملتهب شود و به شکل آپاندیسیت تظاهر نماید همچنین ممکنه پرفوراسیون شود

گاهی نوارهایی از دیورتیکول مکمل به سمت جدار قدامی شکم کشیده می شود که می تواند به عنوان نقطه شروع فتق داخلی عمل می کند

یک علت مهم انسداد روده در کودکانی که سابقه جراحی و اسکار شکمی را ندارند

مخاط نابجای معده باعث ایجاد زخم در ایلئوم، خونریزی و دفع مدفوع قرمز آلبالویی شود

در صورت خونریزی تشخیص بوسیله اسکن

بیماری هیرشپرونگ

نوعی مگاکولون مادرزادی که در اثر فقدان یا مالفورماسیون سیستم عصبی روده ایجاد می شود

رشته های عصبی نیز بزرگ و پر تعداد می شوند (هیپرتروفی تته های عصبی)

علت آن: وجود اختلال در مهاجرت سلول های سنتیغ عصبی (تا هفته دوازدهم حاملگی)

اما مهاجرت این سلول ها از قسمت میانی کولون عرضی تا مقعد 4 هفته طول می کشد در همین دوره بیشترین احتمال بروز اختلال وجود دارد

اکثر موارد آگانگلیونوز در رکتوم و رکتوسیگموئید رخ می دهند

یک بیماری ژنتیکی و ارثی می باشد

هیرشپرونگ

کولون آگانگلیونیک اجازه پیشرفت طبیعی به موج پریستالیتیک نمی دهد
لذا بیماری هیرشپرونگ با **انسداد عملکردی** انتهای روده تظاهر پیدا می کند
شایعترین علایم:

اتساع شکم، عدم دفع مکونیوم و استفراغ صفر اوی

معاینه رکتوم باعث خروج ناگهانی و تحت فشار مدفوع مایع متعفن می شود
که نمایانگر تجمع مدفوع در انتهای مسدود کولون است

درمان ابتدایی شامل:

هیدراتاسیون، آنتی بیوتیک سیستمیک، شستشوی رکتوم

هیرشپرونگ

باریم انما

مانومتري انو رکتال

تشخیص قطعی هیرشپرونگ با بیوپسی رکتوم صورت می گیرد

در مورد عمل محدودیت سنی وجود ندارد

درمان بیماری در همه موارد مستلزم عمل جراحی که به طور کلاسیک طی چند مرحله صورت می گیرد.

ابتدا در دوره نوزادی یک کولوستومی ایجاد می گردد و سپس زمانی که وزن کودک به 10 کیلوگرم رسید درمان قطعی Pull-through صورت می گیرد.

بدین صورت: تعیین محل ناحیه انتقالی، رزکسیون سگمان آگانگلیونیک روده و آناستوموز روده گانگلیون دار به مقعد یا رکتوم

در کودکان دچار اتساع چشمگیر کولون بهتر است تا یک دوره رفع فشار با استفاده از رکتال تیوب و انمای نرمال سالین و یا کوستومی صورت گیرد

مالفور ماسیون آنورکتوم

طیفی از ناهنجاریها از انوس قدامی تا انومالی کلواک را شامل می شود.
شیوعش در هر دو جنس برابر است

در اثر عدم نزول سپتوم اورورکتال ایجاد می شود
و نوع ناهنجاری حاصله نیز بستگی به این دارد که سپتوم اورورکتال تا چه سطحی
نزول نکرده باشد

در بیماران مبتلا به مقعد بدون سوراخ رکتوم تا اسفنگتر خارجی نزول نمی کند
بلکه انتهای کور رکتوم ممکن است در بالا یا پایین عضله بالابرنده مقعد در لگن
خاتمه می یابد

به همین دلیل این انومالی به انواع **بالا یا پایین** طبقه بندی می شود
انتهای کور رکتوم از طریق یک فیستول با سیستم ادراری - تناسلی و یا از طریق
یک فیستول با ناحیه پرینه ارتباط دارد

مالفور ماسیون آنورکتوم

شایعترین نقیصه در جنس مذکر به صورت **مقعد بدون سوراخ با فیستول رکتو اورترال** می باشد

شایعترین نقیصه در جنس مونث به صورت فیستول **رکتو وستیبولار** است

در کلواک پابرجا رکتوم، واژن، مجرای ادراری به **یکدیگر** ملحق شده یک مجرای مشترک به وجود می آورند

مالفور ماسیون آنورکتوم

ناهنجاریها همراه در 60 درصد بیماران وجود دارند

شایعترین آنها وجود نقص در سیستم ادراری است

نقایص اسکلتی، ناهنجاری طناب نخاعی، آترزی مری، ناهنجاری قلبی هم
ممکنه دیده شود

دفورمیتی جدار شکم

فتق ناف:

بسته نشدن حلقه ناف باعث ایجاد یک نقص مرکزی در خط سفید و در نتیجه موجب ایجاد فتق ناف می شود که توسط پوست و بافت زیر جلدی طبیعی پوشیده شده

اما نقص فاشیا باعث بیرون زدن محتویات شکم می شود
فتق های زمان تولد **کوچکتر از 1 سانتیمتر معمولاً طی 4 سال** خودبخود بسته می شوند

فتق های نافی عموماً به صورت بیرون زدگی بدون علامت جدار شکم بروز می کنند

دفورمیتی جدار شکم

علایم اورژانس بودن هرنی نافی

درد شکم

استفراغ صفر اوی

بیرون زدگی سفت و حساس در ناحیه ناف

وجود مجموعه این علایم مستلزم اکسیپلوراسیون فوری و ترمیم فتق است

چنانچه فتق تا 4-5 سالگی خودبخود بسته نشود بایستی ترمیم شود

در صورت وجود فتق بزرگ در سنین پایین تر یا کودک و خانواده اش

نگران ظاهر آن باشند نیز ترمیم صورت می گیرد

اوراکوس باز

- اوراکوس باز باقیمانده ی مجرای است که از ناف تا مثانه کشیده می شود. در زمان جنینی که مثانه به سوی لگن پایین می رود بتدریج باریک و رفته رفته فیروزه می شود (The urachal remnant)

- اولین علامت آن رطوبت و جریان ادرار از ناف است که می تواند منجر به عفونت ادراری راجعه شود

امفالوسل

- آمفالوسل یک عیب مادرزادی است که احشاء شکمی به مقادیر مختلف، داخل طناب نافی می شوند. همچنانکه جنین در ساک حاملگی رشد می کند، روده ها رشد می کند، و درازتر می شوند و از شکم به داخل طناب نافی می ریزند (برآمدگی پیدا می کند)، این رشد در 6-10 هفته اول بارداری اتفاق می افتد.
- بطور معمول روده ها در یازدهمین هفته بارداری به داخل شکم بر می گردند. اگر این اتفاق رخ ندهد، آمفالوسل بوجود آمده است. بهر حال بیشتر از نصف همه کودکانی که با آمفالوسل بدنیا می آیند ممکنست عیبهای زمان تولد (مادرزادی) دیگری نیز داشته باشند. تعدادی از این نقصها ممکنست جدی باشند.

درمان

پوشاندن اومفالوسل را با گاز آغشته به سالین

و از اعمال فشار بر روی اومفاصل به قصد جا انداختن آن اجتناب کرد

در صورت وقوع پارگی بایستی آنتی بیوتیک بصورت پروفیلاکسی تجویز شود

حتی الامکان بایستی اومفالوسل را به صورت اولیه ترمیم نمود (رزکسیون پرده اومفالوسل و بستن فاشیا ممکنه به یک لایه پروتز نیاز باشد)

گاستروشنزیس

نقص مادرزادی در جدار قدامی شکم که از طریق آن محتویات روده آزادانه از شکم بیرون می‌زنند

برخلاف آمفالوسل فاقد ساک پوشاننده است و اندازه آن نیز کوچکتر می‌باشد (کوچکتر از 4 سانتیمتر)

نقص جدار شکم در محل پیوستن ناف به پوست سالم و تقریباً همیشه در سمت راست ناف قرار دارد

ناف تا حدودی از محل خود جدا شده و امکان ارتباط آزاد با حفره شکم را به وجود می‌آورد

اگر روده ظاهر طبیعی داشته باشد نشان می‌دهد پارگی در اواخر حاملگی رخ داده است

روده معمولاً ضخیم، ادماتو، رنگ پریده و پوشیده از اگزودا باشد نشان‌دهنده اینکه زمان زیادی از پارگی گذشته است

گاستروشنزیس

گاستروشنزی به راحتی از طریق سونوگرافی قبل از زایمان قابل شناسایی است

ناهنجاری های همراه با گاستروشنزی عمدتاً شامل آترزی روده است

تمام نوزادان مبتلا به گاستروشنزی نیازمند عمل جراحی اورژانس هستند

به دلیل اتلاف قابل ملاحظه مایع از طریق تبخیر ، احیای مایعات به میزان روزانه 160-190 ml/kg به اندازه جراحی اورژانس حائز اهمیت است

فتق اینگوینال

در جنس مذکر بیشتر و در سمت راست شایعتر از سمت چپ
خطر گیر افتادن فتق اینگوینال در شیر خواران بالا است (به دلیل کوچک بودن حلقه
اینگوینال)

وجود فتق اینگوینال معمولا با مشاهده یک برجستگی در ناحیه کشاله ران به هنگام
تعویض پوشک بچه مورد توجه قرار می گیرد

با فشار دادن قسمت تحتانی شکم معمولا وجود فتق در سمت مبتلا آشکار می شود
فتق گیر افتاده به صورت برجستگی سفتی تظاهر پیدا می کند که خود به خود جانی
رود و با بهانه گیری و تحریک پذیری کودک همراه است

فتق اینگوینال

فتق اینگوینال مختق به صورت یک برجستگی حساس و ادماتو در ناحیه کشاله ران تظاهر پیدا می کند که گاهی با تغییرات پوستی همراه است و نهایتاً باعث انسداد روده، پریتونیت و توکسیسمیته سیستمیک می شود

فتق گیر افتاده را با اعمال فشار ملایم بر پایین ساک فتق در راستای حلقه داخلی اینگوینال می توان جا انداخت

پس از جا انداختن فتق، بیمار بستری شده و تحت نظر گرفته می شود و پس از 24 ساعت هر نیورافی صورت می گیرد

چنانچه نتوان فتق را جا انداخت یا اگر شواهدی از اختناق فتق وجود داشته باشد بایستی عمل جراحی اورژانس صورت گیرد (لاپاروتومی و رزکسیون روده)

این فتق در جنس مونث معمولاً به جای روده حاوی تخمدان است

اگر جراحی نشود مدام به داخل و خارج شکم پرو لاپس پیدا می کند

گاهی یک دیواره ساک فتق از تخمدان و لوله فالوپ تشکیل شده (فتق لغزنده) که در این موارد فقط در حین عمل جراحی می توان تخمدان را جا انداخت

چنانچه هیدروسل تشخیص داده شود و شواهدی دال بر وجود فتق وجود نداشته باشد تا 12 ماهگی تحت نظر گرفته می شود

باقی ماندن هیدروسل تا این زمان به معنای باز بودن زائده واژینالیس و مستلزم عمل جراحی هیدروسلکتومی به همراه اکسیزیون زائده واژینالیس می باشد

چنانچه هیدروسل برای اولین بار پس از سن 12 ماهگی مشاهده و بایستی به صورت الکتیو تحت عمل هیدروسلکتومی با برش کشاله ران قرار گیرد

هیدروسل ارتباطی مجدداً عود می کنند و نهایتاً بایستی از طریق جراحی ترمیم شوند

فتق مادرزادی دیافراگم (فتق بوخداک)

فتق مادرزادی دیافراگم (فتق بوخداک)

نقص در تشکیل دیافراگم در سمت خلفی جانبی

که احشاء شکمی از طریق آن وارد فضای قسه سینه می شود

در سمت چپ شایعتر

این بیمار ان دارای شکم کوچک و توسعه نیافته، ریه های هیپوپلاستیک با شاخه

های شریانی و برونش توسعه نیافته، ریه کم حجم و کم وزن

ناهنجاریهای همراه درگیری قلب، مغز، سیستم ادراری، جمجمه،

در حوالی هفته 15 جنینی با سونوگرافی می توان تشخیص داد

تشخیص بعد از زایمان با رادیولوژیکی صورت می گیرد

این نوزادان بسرعت دچار زجر تنفسی می شوند که علل آن عبارتند از:

1. جابجایی مدیاستن به سمت مقابل در اثر فشار روده که باعث اختلال تبادل هوا در

ریه سمت مقابل می شود

فتق مادرزادی دیافراگم (فتق بوخداک)

بروز هیپرتانسیون ریوی که باعث باقی ماندن گردش خون جنینی و کاهش پرفیوژن ریه می شود 3. هیپوپلازی ریه

درمان:

پیشگیری و یا اصلاح هیپرتانسیون ریوی و اکسیژن رسانی مناسب
بعلت هیپوکسی، هیپر کاپنی و اسیدوز متابولیک دچار عدم تثبیت قلبی -
عروقی می شود

ونتیلایسیون نوزاد

زمانی که وضعیت همودینامیک بیمار به بهترین حالت ممکن رسید بایستی
ترمیم صورت گیرد

ترمیم جراحی از طریق برش شکمی ارجح است

آمفیژم مادرزادی لوبار

اختلال پیشرونده به صورت اتساع بیش از حد یک یا چند لوب ریه در ماههای اول زندگی

در نوزادان ممکن است کشنده باشد

علت آن عدم توانایی تخلیه لوب در هنگام بازدم که باعث آتلکتازی لوب های مجاور و نهایتاً موجب شیفت مدیاستن به سمت مقابل و به خطر افتادن سمت مقابل

علت آن انسداد برونش بعلت نارسایی غضروف یا فشار خارجی در بعضی بیماران دهلیز چپ بزرگ بعنوان عامل فشار روی برونش وجود دارد

علائم مبتلایان از زجر تنفسی خفیف تا نارسایی تنفسی شدید (تا کی پنه، تنگی نفس، سرفه، سیانوز دیر رس)

آمفیژم مادرزادی لوبار

تشخیص از طریق عکس رادیو لوژیک

۱

انجام سی تی اسکن در شرایط پایدار بیمار

درمان:

رزکسیون لوب درگیر از طریق جراحی باز یا توراکوسکوپی

سکسترسیون ریه

این اختلال به توده ریوی جدا افتاده از عروق ریوی و برونش ها اطلاق می گردد که مستقیماً از آئورت خونگیری می کند و بیشتر در ناحیه تحتانی سمت چپ سینه دیده می شود

در نوع خارج لوبی یک ناحیه کوچک فاقد هوا که از خونرسانی سیستمیک برخوردار و درست بالای دیافراگم چپ

نوع داخل لوبی بیشتر در داخل پارانشیم لوب تحتانی چپ و ارتباطی با درخت برونشیا ل ندارد

درناژ هر دو نوع می تواند ریوی یا سیستمیک باشد

نوع خارج لوبی بدون علامت در عکس رادیولوژیک بطور اتفاقی دیده می شود با سی تی تشخیص قطعی می شود

در صورت علامت دار شدن باید رزکسیون شود

سکستر اسیون ریه

سونوگرافی و داپلر در ماههای اول زندگی کمک می کند در سکستر اسیون داخل لوبی اغلب رزکسیون کامل لوب تحتانی چپ لازم است ولی گاهی می توان فقط خود ضایعه را برداشت (رزکسیون سگمنتال)

برونشکتازی

این کودکان دچار یک ناهنجاری زمینه ای مادرزادی ریه ، فیبروز کیستیک یا نقص ایمنی می باشند

عفونت مزمن ناشی از جسم خارجی می تواند مسئول ضایعه باشد برونشکتازی با سرفه مزمن همراه ترشحات چرکی فراوان، عفونت های ریوی مکرر و هموپتیزی تظاهر می کند

در عکس رادیولوژیکی نشانه های برونکوواسکولر در لوب درگیر برجسته تر می شود

جسم خارجی راههای هوایی

آسپیراسیون جسم خارجی معمولاً در نوپا رخ می‌دهد
اجسام خارجی جامد موجب احتباس هوا در ریه درگیر بویژه در بازدم
دانه‌های روغنی بسیار متحرکند و ممکنه باعث ایجاد پنومونی شوند
تاخیر در تشخیص ممکنه منجر به آتلکتازی و عفونت گردد
برونش اصلی راست و لوب تحتانی راست شایعترین محل گیر افتادن جسم خارجی
متعاقب آسپیراسیون جسم خارجی ابتدا کودک دچار سرفه و احساس خفگی می‌کند
و وجود ویزیکطرفه
تشخیص از طریق **CXR** (اجسام خارجی حاجب اشعه)
تشخیص قطعی و خارج کردن آن با برونکوسکوپی
در صورت به تعویق افتادن تشخیص جهت درمان باید اقدام به رزکسیون نسبی یا
کامل لوب گرفتار