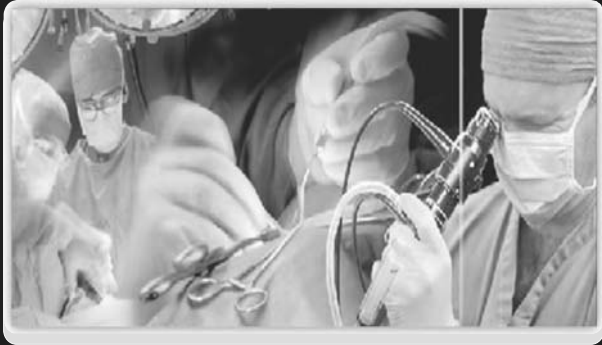




پوهنځی طب کند هار

امراض جراحی بطن و ملحقات آن



دوكتور عبدالخالق دوست



۱۳۹۰

امراض جراحی بطن و ملحقات آن

Abdominal Surgery

دوكتور عبدالخالق دوست



Kandahar Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. Abdul Khaliq Dost

Abdominal Surgery

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

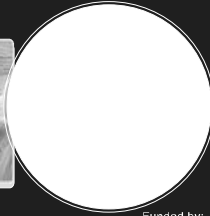


2011

امراض جراحی بطن و ملحقات آن

دوکتور عبدالخالق دوست

AFGHANIC



Kandahar Medical Faculty

پوهنځی طب کندهار

In Dori PDF
2011

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

Abdominal Surgery

Dr. Abdul Khaliq Dost

Download: www.ecampus-afghanistan.org





وزارت تحصیلات عالی

پوهنتون قندهار

معاونیت علمی

امراض جراحی بطن و ملحقیات آن

برای پوهنځی طب

پوهنمل دوکتور عبدالخالق دوست

استاد دیپارتمنت جراحی پوهنځی طب قندهار

سال ۱۳۹۰ هـ ش

نام کتاب	امراض جراحی بطن و ملحقات آن
مؤلف	دوکتور عبدالخالق دوست
ناشر	پوهنځی طب کندهار
وبسایت	www.kandahar-un.edu.af
چاپ	مطبعه سپهر ، کابل، افغانستان
تعداد نشر	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۰
دونلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه دولت فدرالی آلمان تمویل شده است. امور تخنیکي و اداری کتاب توسط انجمن عمومی پرسونل طبی در کشور آلمان (DAMF e.V.) و موسسه افغانیک (Afghanic.org) انجام یافته است. مسؤلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:
 داکتر یحیی وردک ، وزارت تحصیلات عالی، کابل
 دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
 موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴
 ایمیل: wardak@afghanic.org

ای اس بی ان: ISBN: 9789936201408

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

پیغام وزارت تحصیلات عالی

کتاب در طول تاریخ بشریت برای به دست آوردن علم و تکنالوژی نقش عمده را بازی کرده و جزء اساسی نصاب تحصیلی بوده و در بلند بردن کیفیت تحصیلات ارزش خاص دارد.

به همین خاطر باید کتب درسی با در نظر گرفتن ضروریات جامعه، معیار های ستندرد و معلومات جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

ما از استادان محترم سپاسگزاریم که سالهای متمادی زحمت کشیده و کتاب های درسی را تألیف و ترجمه نموده اند و از استادان محترم دیگر هم تقاضا می نمائیم که آنها هم در رشته های مربوطه مواد درسی را تهیه نمایند، تا در دسترس پوهنچی ها و محصلین قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند که برای بلند بردن سطح دانش محصلین عزیز مواد معیاری و جدید را تهیه نماید.

در اخیر از ادارات و اشخاصیکه زمینه چاپ کتب درسی را مهیا ساخته اند، بالخصوص از وزارت امور خارجه آلمان، مؤسسه DAAD و داکتر یحیی وردک تشکر میکنم و امیدوارم که این کار سودمند ادامه و به بخش های دیگر هم گسترش یابد.

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمده به شمار میرود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو هستند، آنها اکثرا به معلومات جدید دسترسی ندارند، از کتاب ها و چیپتر هایی استفاده مینمایند که کهنه و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردد.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنځی های طب، پوهنتون ها را شروع و تا اکنون ۶۰ عنوان کتب درسی را چاپ و به تمام پوهنځی های طب افغانستان ارسال نمودیم.

این در حالی است که پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای ریفورم در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشد. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

در سال ۲۰۱۱ میلادی ۳۳ کتب درسی را از پوهنتون طبی کابل (۹ عنوان) و از پوهنځی طب ننگرهار (۱۳ عنوان)، کندهار (۷ عنوان) و هرات (۴ عنوان) جمع آوری و چاپ کردیم که یک نمونه آن در اختیار شما میباشد.

به اثر درخواست پوهنتون ها و وزارت تحصیلات عالی افغانستان می خواهیم، این پروگرام را فعلا به پوهنتون ها و پوهنځی های دیگر هم توسعه دهیم.

اینکه مملکت ما به دوکتوران ورزیده و مسلکی ضرورت دارد، باید به پوهنځی های طب توجه زیادتر شود.

از آنجائیکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه اینها باشند:

۱. کتب درسی طبی: کتاب که در اختیار شما است، نمونه ای از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نمایم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه بدهیم.

۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته: در سال ۲۰۰۹ پوهنخی های طب بلخ و ننگرهار دارای یک پایه پروجیکتور بود و زیادترا استادان به شکل تیوریکی تدریس می دادند. در جریان سال ۲۰۱۰ توانیستیم در تمام صنوف درسی پوهنخی های طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجیکتورها را نصب نمایم.

۳. ماستری در طب بین المللی در هیدل برگ: در نظر داریم که استادان بخش صحت عامه پوهنخی های طب کشور را به پوهنتون هیدل برگ کشور جرمنی برای دوره ماستری معرفی نمایم.

۴. ارزیابی ضروریات: وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنجهای آینده) پوهنخی های طب باید بررسی گردد و به اساس این بررسی به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شود.

۵. کتابخانه های مسلکی: باید در تمام مضامین مهم و مسلکی کتب به معیار بین المللی به زبان انگلیسی خریداری و به دسترس کتابخانه های پوهنخی های طب قرار داده شود.

۶. لابراتوارها: در پوهنخی های طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارها وجود داشته باشد.

۷. شفاخانه های کدری: هر پوهنخی طب کشور باید دارای شفاخانه کدری باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای ترینینگ عملی محصلین طب آماده گردند.

۸. پلان ستراتیژیک: بسیار مفید خواهد بود که هر پوهنخی طب در چوکات پلان ستراتیژیک پوهنتون مربوطه خود دارای یک پلان ستراتیژیک پوهنخی باشد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید نوشته، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعداً در اختیار ما قرار دهند، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنخی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نقاط ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به ادرس ما شریک ساخته، تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.

از محصلین عزیز هم خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

از مؤسسه DAAD (همکاری های اکادمیک آلمان) تشکر می نمایم، که مصرف چاپ یک تعداد کتب و پروجیکتورها را به عهده گرفت و از پروگرام کاری ما حمایت نموده و وعده همکاری های بیشتر نموده است. از انجمن چتری دوکتوران افغان در کشور آلمان (DAMF) و مؤسسه افغانیک (Afghanic) تشکر میکنم که در امور اداری و تخنیکی چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

در افغانستان در پروسه چاپ کتب از همکاران عزیز در وزارت محترم تحصیلات عالی، سرپرست وزارت تحصیلات عالی قانونپوه سرور دانش، معین علمی وزارت تحصیلات عالی پوهنوال عثمان بابری، معین اداری و مالی پوهاند صابر خویشکی و روسای پوهنتون ها، پوهنخی ها و استادان گرامی متشکرم که پروسه چاپ کتب تدریسی را تشویق و حمایت نمودند.

داکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

فهرست عناوین

صفحه	عنوان
الف	مقدمه
	فصل اول: اپندکس
۱	اناتومی و امبریولوژی
۱	التهاب اپندکس
۱۸	نیوپلازم
۱۹	حالات miscellaneous
	فصل دوم: فتق
۲۲	وقوعات
۲۴	اناتومی
۲۸	طبقه بندی
۲۸	تشخیص
۳۰	تداوی غیر جراحی
۳۱	تداوی جراحی
۳۷	فتق تخذی
۳۸	فتق سروی
۳۹	فتق اپیگاستریک
۳۹	فتق incisional
۴۱	فتق های غیر معمول
۴۲	اختلالات
۴۶	Quality of life
	فصل سوم: مقعد
۴۷	تشوشتات انال کانال
۵۲	تشوشتات زمین حوصله
۵۳	امراض معمولی سلیم مقعدی
۶۷	امراض غیر معمولی سلیم مقعدی
۷۵	تومورها
	فصل چهارم: معده و اثناعشر
۸۱	اناتومی
۸۶	فزیولوژی
۹۹	امراض فرحوی معده
۱۲۴	التهات معده (Stress)
۱۲۷	تومورهای معده
۱۳۸	دیگر آفات معدوی
	فصل پنجم: امعای رقیقه
۱۴۷	امبریولوژی

۱۴۸	اناتومي
۱۵۰	فيزيولوژي
۱۵۲	حرکات
۱۵۳	وظايف اندوکراین
۱۵۴	وظايف معافيتي
۱۵۴	انسداد
۱۶۲	امراض التهابي
۱۷۳	توموها
۱۸۲	امراض رتجي
۱۸۹	miscellaneous حالات

فصل ششم: کولون و رکتوم

۱۹۵	امبريولوژي کولون و رکتوم
۱۹۵	اناتومي کولون و رکتوم
۲۰۴	فيزيولوژي کولون
۲۱۱	اماده کردن امعاء براي جراحي
۲۱۵	امراض رتجي
۲۲۲	تدور کولون
۲۲۵	انسداد کاذب
۲۲۷	امراض التهابي کولون
۲۴۲	اسکيميا کولون
۲۴۶	نيوپلازيا
۲۶۱	تشوشتات زمين حوصله و قضيت
۲۷۴	ريزکشن لاپراسکوپيک کولون

مقدمه

بنام خداوند بزرگ و مهربان قبل از همه باید یادآور شویم که کریکولوم درسی مکاتب طبی در سراسر دنیا به دو بخش تقسیم شده یعنی علم و عمل، که جراحی نیز متشکل ازین دو بخش اساسی یعنی علم و هنر است در عصر حاضر که در همه ساحات علمی پیشرفت های جدی نصیب بشر گردیده، جراحی نیز از دست آورده های علمی معاصر بی بهره نمانده بلکه انکشاف چشمگیری نموده است، پیشرفت طبابت همه ما را جراح بار می آورد بدین معنی که امروز باید دو کتوران سایر رشته های طبی بهر مند شود لذا با در نظر داشت چنین سیر سریع در دست آورده های علمی جهان ضرورت به تدوین کتابیکه جوابگویی حداقل نیازمندی های علمی محصلان طب و دو کتوران جوان در جراحی عمومی باشد محسوس بود، شورای علمی فاکولته طب پوهنتون کندهار با درک چنین ضرورت مبرم به نگارنده وظیفه سپرده تا کتاب درسی مضمون جراحی صنف چهارم این فاکولته را تألیف کنم،

برهیچ دانشمندی پوشیده نیست که نگارش یک اثر علمی که از هر حیث کامل و برابر بخواسته ها و سلیقه های گوناگون باشد کاری است ناممکن و یا حداقل دشوار، با آنهم با همه قلت بضاعت در این کتاب تلاش فراوان به خرج رفته تا موجگان عزیز فراهم گردد،

این کتاب که درشش فصل و () صفحه تحریر گردیده است در تألیف آن شیوه بکار رفته که اثر نه تنها برای محصلان طب بلکه برای جراحان تحت ترینینگ نیز مثمر ثمر واقع گردد،

با وجود سعی و تلاش جدی در تهیه این مجموع ممکن اغلاط و کوتاهی های در اثر پدیدار باشد آرزو مندیم خوانندگان عزیز بر چنین نارسایی های خورده نه گرفته بلکه جهت اصلاح ان از همکاری و رهنمایی خویش مرامحروم نسازد وظیفه خویش میدانم تا از رهنمایی و تشویق های محترم پوهاند دوکتور محمد معصوم (عزیزی) در تهیه این کتاب اظهار اطمینان نموده منت گزاری ایشان،

درفرجام از محترم پوهاند دوکتور نجیب الله (امرخیل) که در تدوین و ترتیب این مجموعه مرایاری رسانیده از صمیم قلب اظهار سپاس و امتنان مینمایم، و به همین ترتیب از محترم استاد میرویس که در تهیه مأخذ و مرکز

نوید کمپیوتر و در طبع این اثر مرا کمک نموده اند سپاس گذارم و مو موفقیت بیشتر ایشان را خواهانم،

پوهندوی داکتر عبدالخالق (دوست)

شف دیپارتمنت جراحی

شفاخانه کادری پوهنتون کندهار

نیوبلازم Miscellaneous حالات	اناتومی و امبریولوژی التهاب اپندکس
---------------------------------	---------------------------------------

اناتومی و امبریولوژی:

اپندکس همراه با ایوم و کولون صاعده از میدگت منشأ گرفته، سیکم ابتدا در ماه پنجم حیات داخل رحمی قابل دید بوده و در ماه هشتم حیات داخل رحمی به شکل پوچ خارج از سیکم دیده شده، اپندکس ابتداء از زوره سیکم بیرون شده و قاعده به صورت تدریجی به طرف انسی الیوسیکل دسام تدور میکند. در اثنای انکشاف و نشو و نما امعا متحمل چندین تدور که بالاخره سیکم در حفره حرقفی طرف راست تثبیت شده به خاطر اینکه فوچه اپندکس همیشه در محل تلاقی سیکم بوده و موقعیت نهایی اپندکس به واسطه موقعیت سیکم تعیین میشود شریان اپندکس یک شعبه از شریان الیوکولیک بوده و مطالعات هستولوژیک اپندکس نشان دهنده چندین فولیکول لمفاوی در تحت مخاط بوده که نودولهای لمفاوی در ماه هفتم حیات داخل رحمی آشکار شده و در سن بلوغ نسج لمفاوی به صورت تدریجی زیات زیاد شده که بعداً با گذشت زمان کاهش یافته لومین اپندکس نزد افراد مسن معمولاً بسته میشود، طول اپندکس در کاهلان مختلف بوده از 22-2 سانتی متر لکن به صورت متوسط تقریباً 9 سانتی متر بوده. گرچه قاعده اپندکس در محل تلاقی با تینیادر قاعده سیکم قرار داشته اما Tip اپندکس میتواند موقعیت های مختلف داشته باشد. شکل (1-47).

موقعیت نورمال اپندکس Retrocecal ولی داخل جوف پریتون بوده، زیرا که زیادترین قسمت سفلی سیکم داخل جوف پریتون قرار داشته، و این موقعیت در ۶۵٪ افراد تصادف میشود، موقعیت Pelvic یا حوصلی 30%، خلف پریتون 2% ولی Tip اپندکس میتواند Preileal یا Postileal بوده موقعیت های مختلفه زروه اپندکس بیانگر تعداد زیاد از اعراض است که میتواند در یک مریض همراه با التهاب حاد اپندکس موجود باشد.

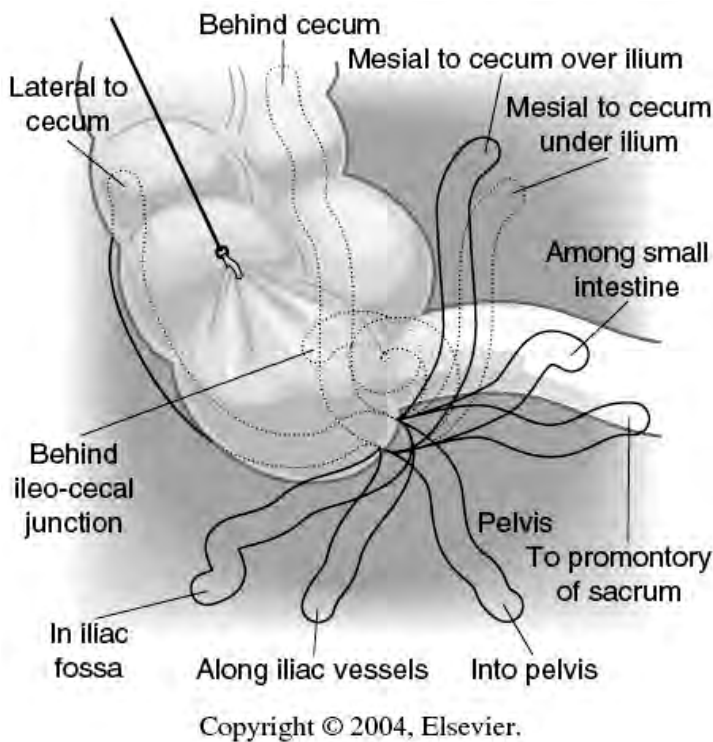
اپندیست:

تاریخچه:

گرچه التهاب حاد اپندکس برای قرن های یک پرابلم بوده، و حتی تا اوایل قرن 19m اپندکس یک عضو مؤلد مرض شناخته نشده بود، و در وسط قرن 18 مناظره دوامدار در باره اسباب التهابی حفره حرقفی راست با اصطلاح پیری تیفلیت و پاراتیفلیت موجود بوده، و در سال 1827، Melier بعد از مطالعه چندین واقعه اتوپسی اپندیست دلیل احتمالی آنرا التهاب حاد اپندکس بشمول پتوفزبولوژی آن که امروز قابل قبول است بصورت واضح اظهار داشت گرچه نظریه مطلقاً مخالف Dupuytren معروف ترین جراح آنوقت باعث شد تا نظریات Melier آنقدر اهمیت کسب نکند. کار انجام یافته در برتانیای و جرمنی به ارتباط اپندکس منجیث یک منبع وسیع امراض باعث آن شد تا تعداد نشریه ها به ارتباط اپندکس بشکل واضح افزایش یابد. و در سال 1880 Matterstock در جرمنی و اخبار دولتی Norway سبب التهاب حفره حرقفی راست اپندکس تأیید کرده و در سال ۱۸۸۲ Regional fitz سبب ابتدایی التهاب کوادرانت راست سفلی امراض اپندکس پیشنهاد کرد و به آن اصطلاح اپندیست نسبت داد، و تداوی بموقع

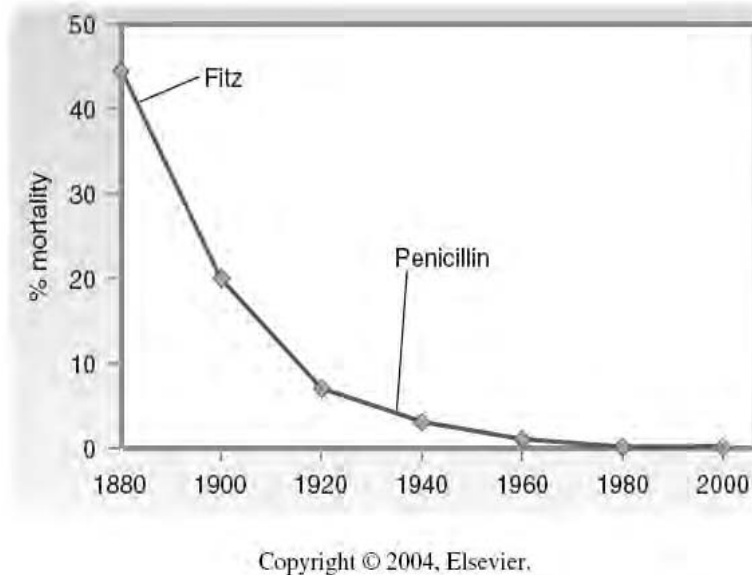
جراحی آنرا توصیه نمود. در سال 1886 با پیشرفت آنستیزی وانکشاف قابل قبول اتی سپسی با همکاری تیم جراحان امریکایی یک مرحله بلندتری جهت دسترسی اپندیسیت نایل آمد.

شکل (1-47)



در سال 1889 چستر مک. برنی (Chester McBurney) یک درد مهاجرتی را همراه با موضعی شدن درد بشکل نوک انگشت به اندازه 1.5 الی 2 اینچ به امتداد یک خط مایل از Ant. Iliac Spin تا به سره تشریح نمود. موصوف بصورت نادرست این را یک مشخصه ثابت التهاب حاد اپندکس قلمداد نمود. Mc. burney در نیویارک و Mc. Arthur در شیکاگو شق Right lower quadrant muscle splitting را جهت تدای جراحی تشریح نمود این قابل دلچسپی است که مریض خود را برای مدت چهار هفته بعد از جراحی بالای بستر نگهداشته MC. burney در سال 1905 بصورت واضحی وصف درد را به تعقیب

شکل (2-47)



دلبدی واستفراغ همراه باشدید حساسیت موضعی در ساحه موقعیت اپندکس اظهار نمود زمانیکه پنسیلین بشکل اولین آن در اواخر 1940 م قابل دسترس گردید از آن زمان اینسو Rate وفيات ناشی از التهاب حاد اپندکس به کمتر از 2% کاهش یافته و پیشرفت قابل ملاحظه در حیاتیت مریضان مشاهده شده است. پیشرفت بیشتر در تدای التهاب حاد اپندکس شامل تشخیص پولی

مایکروبیل فلورامطالعات تشخیصیه پیشرفته و مداخله رادیولوژیک جهت تدایوی آسبی میباشد امروزه با در نظر داشت مرض در تمام سنین اندازه و فیات %0.25 است اپندسیت در اطفال بسیار جوان و افراد مسن غیر معمول است. مرض دارای وقوعات بلند نزد مریضان در اخیر دهه دوم حیات (20) دارد. و نزد مرد هان نسبت به خانها و وقوعات آن بیشتر است. پتوفزیولوژی:

به صورت وسیع قبول شده که در بسیاری حالات اپندسیت، انسداد لومین اپندکس موجود بوده که میتواند ناشی از هایپیر پلازیا لمفوئید، مواد غایطه سخت شده و یا دیگر مواد اجنبی باشد. همچنان وقوعات اپندست مربوطه سن، سائز و تقسیم نسج لمفاوی بوده اسباب عمومی آن بندش لمفوئید یا بندش قسمی لومین اپندکس است. بندش لومین اپندکس باعث نشو نمای باکتری ها و افزاز دوامدار مخاط شده که بالاخره باعث توسع اپندکس، و از دیاد فشار داخل لومین گردیده در نتیجه باعث بندش جریان لمفاتیک و وریدی که بالاخره نشو نمای باکتری ها وازیما بوجود آمده و حادثه التهابی حاد، بعداً تاسس میکند اپندکس زیاد تر ازیمای واسکمیک شده نسبتاً، نکروز دیوار اپندکس همراه با هجرت باکتری ها از طریق جدار نکروتیک اپندکس که یک حالت گاتکرینوز اپندسیت است دیده میشود بالاخره اگر مداخله جراحی صورت نگیرد اپندکس گانگرینوز تشقب نموده و محتوی آن داخل جوف پریتون شده بناً اگر این پروسه به آهسته گی آغاز کند، اپندکس بواسطه عکس العمل التهابی و ثرب احاطه شده که منجر به پریتونیت موضعی و شکل آسبی اپندیسی شده میشود و اگر عضویت پروسه التهابی را احاطه نکند باعث یک پریتونیت منتشر نزد مریض خواهد شد

باکتریالوژی:

در اپندکس غیر التهابی فلورای آن مشابه به کولون است که شامل انواع مختلف باکتریهای هوازی و غیر هوازی است، و بنا بر این دلیل در اپندسیت باکتری های است که در دیگر امراض کولون موجود بوده، وقوعات کلچر مثبت که از جوف پریتون بدست آمده مربوطه به مرحله اپندسیت بوده که در آن دریافت شده است. واقعات دریافت شده کلچر مثبت از جوف پریتون ارتباط به مرحله اپندسیت دارد. که در حالات اپندسیت حاد غیر تشقبی کلچر مایع پریتوانی در کمتر از نصف وقوعات مثبت است در حالیکه کلچر مایع پریتوانی نزد مریضان با اپندکس گانگرینوز تشقبی در %85 وقوعات مثبت است. تفکیک پذیری نوع باکتری های کلچر شده ارتباط به کار محققین عرصه مربوطه دارد. که بعضی محققین بطور اوسط اضافه تراز 9 نوع را معرفی مینمایند در سال 1938 Altmeier طبیعت پولی مایکروبیل اپندسیت تشقبی را بیان نمود که از نظر پراکتیکی تغییرات بسیار کمی در آن رونما شده است عمده ترین باکتری های اختیاری ایروبیک و انیروبیک تفکیک شده در چارت 1-47 تصنیف شده است. استفاده از کلچر پریتوانی در حالات اپندکس تشقبی به نسبت اینکه فلورامعلوم بوده امانت نتیجه آن تا چندین روز نامعلوم میباشد مورد سوال بوده است و همیشه با وجود معلوم شدن نتیجه کلچر کدام تغییر در پلان تدایوی آورده شده است. پس بهتر خواهد بود تا از کلچر ساده جلوگیری شود و نزد اشخاص با حملات متکرر و اتان ناحیه عملیاتی اجرا شده.

تشخیص:

لوحه کلینیکی:

تشخیص اپندسیت حاد توسط تاریخچه و معاینات فیزیکی یکجا با معاینات لابراتواری و رادیولوژی صورت گرفته، در تاریخچه مریض درد منتشر بطن به تعقیب بی اشتهایی، دلبدی موجود بوده، بعداً درد در ناحیه شرفیه متباز شده، و به صورت تدریجی به طرف سره و بالاخره در ناحیه حرقفی راست موضعی میشود استفراق درین اثنا میتواند واضح شود در معاینه بطن معمولاً آواز های معایی کاهش یافته Tenderness و سپزم عضلات در ناحیه حفره حرقفی راست موجود بوده که در صورت پیشرفت پروسه مذکور سپزم عضلات با یکجا شدن شکل Rebound tenderness افزایش مییابد درجه حرارت

بکس (1-47). باکتریهایی که اکثراً در اپندیسیت تثقب شده

دریافت میشود

هواری

Escherichia colic
Viridans streptococci
Pseudomonas aeruginosa
Group D streptococci

غیری هواری

Bacteriodes fragilis
Other Bacteriodes species
Peptostreptococcus micros
Bilophila species
Lactobacillus species
Fusobacterium species

معمولاً تا 38 بلند رفته، و میتواند در حالات تثقبي بالاتراز این حد میرسد گرچه میتواند تغییرات قابل ملاحظه موجود باشد Direct tenderness در ناحیه حفره حرقفی راست و هم در دیگر قسمت های بطن موجود بوده، خصوصاً وقتیکه اپندکس تثقب کرده باشد.

اپندکس اکثراً در ناحیه MC.Burney's point یا اطراف آن قرار دارد گرچه اپندکس میتواند به دایره 360 درجه در اطراف قاعده سیکم موقعیت داشته باشد و این ساحه است که درد و Tenderness معمولاً اعظمی بوده، ولی موقعیت آن از یک مریض به مریض دیگر فرق میکند Rovsings sign که توسط فشار بالای حفره حرقفی چپ و درد با ناحیه حفره حرقفی راست منعکس شده ولی زیاد وصفی نیست، Psoas sing مثبت است، و در صورت که مریض به طرف چپ خوابیده باشد و ران طرف راست به حالت بسط قرار داده شود طوری که معاینه کننده ران طرف راست را بسط و باعث کشش عضلات پسواس که اپندکس التهابی بالای آن قرار دارد و در نتیجه درد اپندکس تحریک میشود.

Obturator sign نیز در صورتیکه مریض به حالت استجا ظهري باشد تدور منفعل مفصل Hip به وضعیت قبض میتواند مثبت باشد اجرای این مانوره دلالت به علامه مثبت مینماید معاینه ریکتل ارزش کمتر در تشخیص اپندسیت حاد داشته ولی برای موجودیت و یا عدم موجودیت یک کتله مفید است، در صورت که اپندکس ریچر کند درد بطن شدید، منتشر، سپزم عضلات زیاد شده و سرعت قلب زیاد میشود که با بلند رفتن درجه حرارت به 39-40 همراه مییابد و مریض درین حالت بشکل Quite ill معلوم شده و این واضح میشود که حالت کلینیکی خرابتر شده است. بصورت غیر معمول میتواند در صورت ریچر درد تا اندازه زیاد کاهش یابد که اغلباً ناشی از کاهش توسع اپندکس بوده اما صفحه واقعی بدون درد غیر معمول است.

راديوگرافي بطني

براي در دحا د بطني اخذ راديوگرافي بحالت ايستاده ، خوابيده وهمچنان راديوگرافي صدروصفي است که اين تحمل نزد مريضان بااعراض وعلايم غيروصفي قابل استفاده ميباشد گرچه راديوگرافي ساده بطن براي ارزيابي مريض با درد حاد بطن وصفي نميباشد تجمع هوادر جوف پريتوان با اخذ راديوگرافي در وضعيت upright دلالت به حالت غيرزاپنديست رامينمايد ، نادرآدره 2%-1واقعات تجمع هوادر جوف پريتوان در راديوگرافي دلالت بر اپنديستيت تشبهي مينمايد ، داديوگرافي بطني نشان دهنده کتله بطني اليوس موضعي وياضياع شحم پريتواني رامينمايد ، موجوديت گاز در جوف اپندکس کدام وصف براي اپنديکس نبوده نبايد درين حالت لپراتومي از باعث اپنديست اجراشود ،

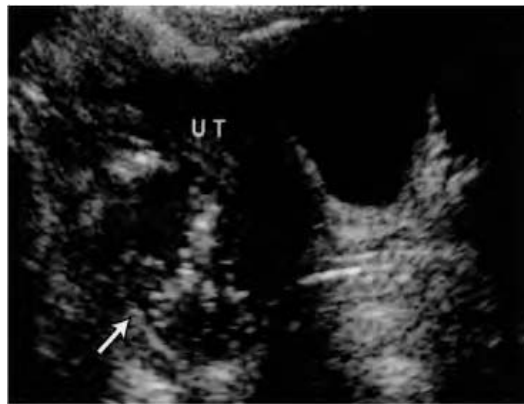
التراسوند:

در اشخاصي که تشخيص کلينيکي اپنديستيت نامعلوم باشد از معاينه بوده التراسوند بحيث وسيله ابتداييه تشخيصيه تصويري استفاده ميشود التراسوند يک ميتود Non invasive وبه اساني قابل دسترسي بوده واز مواجه شدن به شعاع جلوگيري ميکند ، بسياري مطالعات معاينات التراسوند بالاتراز Sensitivity 85% وبالاتراز Spicificity 90% رانشان ميبدهد. راپور التراسوند بصورت مؤثوق باعث کاهش قابل ملاحظه در مداخله استطباب جراحي شده است ، گرچه سونوگرام براي تشخيص اپنديستيت زياده تر رابطه به مطالعه شخصي مربوط است ، اوصاف تشخيصيه ومعاينه التراسوند براي اپنديستيت شامل قطر قدامي خلفي در حدود 7mm يابيشتر در اپندکس غير فشرده شده ، موجوديک اپنديکوليت ، برهم خوردن تسلسل ايکوجينيستي طبقه تحت مخاط ، وموجوديت مايع اطراف اپندکس وکتله مانند شکل (3A-47) ، موجوديت کتله غايطي همراه باموجوديت درد موضعي در حفره حرقفي راست تشخيص درد شق اپنديستيت را واضع ميسازد. مطالعات False positive ميتواند ناشي از التهاب اپندکس بصورت ثانوي از باعث امراض التهابي معايي ، التهاب نفيرها وياديگر عوامل باشد ، سونوگرافي False negative معمولاً ناشي از غير قابل رويت بودن اپندکس ريتروسیکل وسیکوم مملو از گاز بوده که باعث غير قابل رويت شدن اپندکس ميشود بر علاوه نيز باعث کاهش اطمینان در تشخيص اپنديستيت ، فشار تدریجي رامينمايد بنا بر اين تشخيص اولتراسونوگرافيک اپنديستيت تشبهي ارتباط به دريافت هاي ثانوي مانند موجوديت مايع اطراف اپندکس وضياع تماييت طبقه تحت مخاط دارد ، شکل (3B-47) در صورت لوپ معايي کوادرانت سفلي طرف راست ناشي از تجمع گاز وموجوديت اعراض براي مدت طولاني از معاينه (C.T) که يک معاينه ترجيح دهنده تصويري براي اطمینان بيشتر ويلان خوبتر براي مداخله جهت آسسه اپنديستيت ويافلگمون ميباشد

Computed Tomography

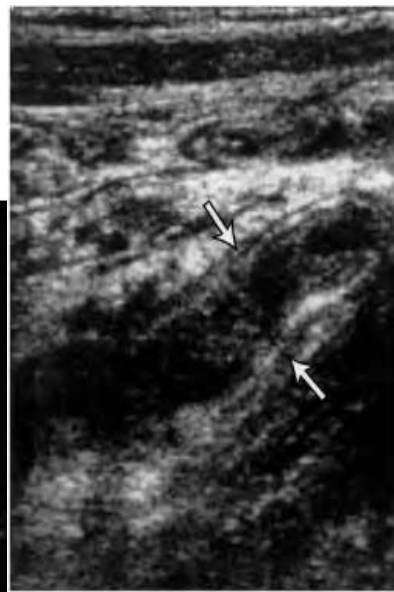
CT براي امراض التهابي بطن بسيار مفيد است خاصتاً براي اپنديستيت ، که در حالت نورمال اپندکس به شکل ساختمان تيوبولر در ناحيه حفره حرقفي راست ديده شده ولي ميتواند موجوديت اپنديکوليت. التهاب محيط اپندکس را اشکار سازد ، همچنان ابسي محيط اپندکس ، تجمع مايع ، ازما در ميزان تيریک شحم نيز ديده ميشود. وخامت تصويري بين 0.5-1cm باعث دقت در معاينه C.T شده است معاينه بصورت وصفي براي مريض باتاريخچه ومعاينات فزيکي ولاپراتواري نامعلوم اختصاص داده ميشود. C.T در مريضان تحت مشاهده و بطني ومريضان قايح التهابي بطني که مشاهدات اپنديستيت غيروصفي است مفيد ميباشد در صورتي که کوشش زياد جهت ديدن اپندکس به خرچ داده شود دقت C.T بلندترين خواهد بود برخلاف بعضي هابه عوض مواد کثيفه داخل وريدي تجويز مواد انستيتيک محدود شده داخل وريدي راترجيح داده که براي اين کار Opacification کامل امعاي رقيقه ضرور است.

اليوم ترمينل وسيكوم جهت شناسايي بهتر اپندكس نارمل ويا ابنا رمل بايد توسط مواد كشيده مملو شود تا اشتباه مغالطه لوپ هاي معايي (اليوم) غير مملو (unopacified) با اپندكس واضيح شود. مواد كشيده داخل وريدي حتماً بايد زرق شود مگر اينكه مضاد استطباب باشد تصاوير 5cc واضيح در ساحه اپندكس داخل شود. بصورت عموم شواهد معايه C.T در واقعات اپنديسيت با شدت مرض افزايش مييابد، يك اپندكس نورمال با معايه فوق به شكل يك ساختمان باريك تو بولدر كوادرانت راست سفلي معلوم شده كه ميتواند ذريعه مواد كشيده Opacify شود يا نشود اپنديكوليت به شكل كلسيفيكيشن هاي مشابه حلقوي ظاهر شده كه در تقريباً 25% افراد ديده ميشود. بصورت كلاسيك نكات تشخيصيه اپنديسيت حاد در معايه C.T شامل اپندكس ابنا رمل همراه بالتهاب اطراف اپندكس ميباشد شكل (47-4A). اپندكس زماني ابنا رمل گفته ميشود كه متوسع و ضخيم بوده و قطر قدامي خلفي آن بيشتر از 5-7mm باشد جدا ر اپندكس التهابي از لحاظ محيط ضخيم شده كه ميتواند به شكل (Halo or target) ظاهر شود. موجوديت التهاب اطراف اپندكس در معايه C.T نشان دهنده التهاب حاد اپندكس بوده كه شواهد C.T آن شامل آبي اطراف اپندكس، تجمع مايع، اذيما و فلكمون ميباشد. التهاب اطراف اپندكس و يا اذيما به شكل سايه يا ابر شحم ساحه ميزانتر كه بنام (Dirty fat) ياد شده و همچنان بشكل ضخامت صفاق سطحي و يا شناسايي غير مشخص كثافت انساج رخواه كوادرانت سفلي راست ديده ميشود. معايه پيشرفته ذريعه زرق مواد داخل وريدي كشيده در شناسايي التهاب اطراف اپندكس و انساج اطراف اپندكس كمك كننده است. معايه C.T بخصوص نزد آنغده اشخاص كه بصورت موخر (48-72h) بعداً مراجع نموده و نزدشان آبه يافلگمون تشكل نموده باشد بسيار مفيد است. كه در نتيجه باعث تغيير در پلان تداعي ميشود. حساسيت حقيقي معايه C.T جهت تشخيص اپنديسيت نامعلوم است مطالعات ريتروسپكتيف، مطالعات نزد مريضان پي در پي و مطالعه نزد اشخاص مشكوك دلالت به آن ميكند كه معايه C.T نزد اشخاص با اعراض و علايم غير واضيح مانند نزد اشخاصي كه معايه التراسونوگرافي بشكل غير تشخيصي صورت گرفته ارزيابي توسط جراح مجرب و يك دوره گذري معاينات متكرر صورت گيرد استفاده معايه C.T بعد از معرفي آن از ياد يافته است. بصورت تخميني معايه C.T 90% در كشف التهابات داخل بطني حساس بوده كه داراي (80-90%) ارزش در پيش بيني تشخيص دارد مطالعات تصويري اجرا شده فعلي در شكل (47-5) و مشابه مطالعات Wilson و همراه هاش بوده است. معايه C.T همراه معايه متكرر مريض و ارزيابي كلينيكي مريضان داراي اعراض و علايم غير واضيح افراد داراي High risk براي معاينات False positive (Negative Appendectomies) حساسيت بلند امراض يا اختلالات موخر كه ميتواند باعث بهتر تداعي ذريعه انتي بيوتيك و دريناز تحت الجلدي شود. با استفاده از اين ميتود تكرار و قايع Negative exploration بصورت قابل ملاحظه کاهش يافته است.



B

Copyright © 2004, Elsevier.



A

Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (3-47)



B

Copyright © 2004, Elsevier.



A

Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (4-47)

طب هستوي Nuclear Medicin

: معاینات طب هستوي جهت ارزیابی اشخاص مشکوک به اپنڈیسیت میتواند مورد استفاده قرار گیرد که در رابطه دو میتود معاینه قابل استفاده است. (Radolabled white blood cell TC99m WBC) و (Immunoglobuline G) CT99 IgG انجام این معاینات بعد از زرق بدون Labeling time کربوات سفید خون و دوره تفریح 1-3h رادبر گرفته که این تخنیک بالاي موقعیت گرفتن لوکوسیت های IgG در ساحه التهاب اپنڈکس استوار بوده است یا استفاده از Scintigraphy انساج التهابي در کوادرانت راست سفلي قابل مشاهده میباشد در حساسیت ، وصف ودقت این معاینات و افراد بصورت مشابه بامعایناتی التراسونوگرافي و C.T که جهت ارزیابی مریضان صورت گرفته کدام تفوق دیده .

لابراتوار:

اکثریت مریضان که تحت ارزیابی برای درد بطن حاد بوده برای معاینات مکمل خون ضرورت دارد که درین حالت تعداد کربوات سفید از 12000-18000 بوده بر علاوه از زیاد تعداد تروفیل هابه شکل (Lif shif) همچنان نورمال

بودن مجموعی تعداد لوکوسیت ها در تایید تشخیص کمک میکند. نورمال بودن تعداد لوکوسیت ها همراه با Differential count غیر معمول بوده اما میتواند نزدیک مریض اپنڈیسیت موجود باشد. ایندکس های لبر اتواری و دیگر التهابی جهت تشخیص نیز موجود است تست C - reactive protein نیز مطالعه شده و مترافق با دریافت های کلینیکی و پتالوژیکی میباشد که بصورت عموم این تست آنقدر مورد استفاده نبوده بخاطریکه غیروصفی میباشد. معاینه ادرار معمولاً جهت ارزیابی مریض برای تشخیص التهابات طرق بولی تناسلی مورد استفاده قرار میگیرد از باعث مجاورت حالب با پندکس التهابی معاینه ادرار میتواند یک Pyuria متوسط را نشان میدهد. از دیاد کثافت مخصوصه که همراه با هایپوولمین در تشخیص کمک میکند جهت ارزیابی اطفال با درد حاد بطني میتواند پروتین یوری ناشی از پربتونیت بکتریایی بشکل بنفسهی در نتیجه اختلاط نفروتیک سندروم موجود باشد.

تشخیص :

یک تعداد از پرابلم های دیگری وجود دارد که اکثراً به اپنڈیسیت مغالطه میشود و باید رد شود. که اکثریت این آفات به اساس تاریخچه و معاینات فیزیکی و معاینات لبر اتواری محدود شده رد میشوند. لپراسکوپي تشخیصیه یک تست مفید نزد اشخاص با تشخیص نامعلوم بالخصوص نزد خانم های بین سنین 15-45y میباشد لپراسکوپي همچنان جهت رد آفات دیگر نیز مفید است. کشیدن پندکس که در معاینه لپراسکوپي نورمال معلوم میشود تافعلاً تحت مباحثه است. گرچه این میتواند با داشتن کمترین تلفات انجام شود به نظر بعضی جراحان در صورتیکه پندکس نورمال باشد باید به حالت خود گذاشته شود. همچنان کدام موضوع در لیتراچورها نیز به این ارتباط موجود نیست و ما باید نزد این چنین اشخاص پندکس ذریعه عملیات بیرون نماییم گرچه در سیستم تشخیصیه فعلی ضرورت برای معاینه لپراسکوپي جهت تشخیص بسیار کم است با در نظر داشت دیگر عوامل درد بطني باید سن و جنس مریض در نظر باشد زیرا تشخیص تفریقی فرق میکند.

تشخیص تفریقی:

تشخیص اپنڈیسیت میتواند تمام اسباب درد بطن را تقریباً یکجا کند. Copes text book در تشخیص بطن حاد تعداد زیاد از حالات که مشابه با اپنڈیسیت و با اپنڈیسیت مغالطه میشود است جای داده که اینها نظر به جنس و سن متفاوت است :

اطفال قبل از سن مکتب (Preschool Children) :

در اطفال قبل از مکتب تشخیص امراض مانند التهاب حاد معدي معاي، تغلف، التهاب رتج میکل اهمیت زیاد دارد. در تغلف درد کولیکی در اطفال کمتر از 3 سالگی موجود بوده، طفل یک کتله در بطن داشته ولی پربتونیت حقیقی موجود نمیشد، التهاب رتج میکل نسبت به اپنڈیسیت بسیار کم معمول بوده، درد مشابه به اپنڈیسیت ولی موضعی بوده در ناحیه اطراف سره و معاینات تشخیصیه یک کتله التهابی در قسمت متوسط بطني را نشان میدهد گرچه تشخیص درست قبل از عملیات مشکل است تداوی جراحی مشابه اپنڈیسیت است. تشخیص تفریقی شاید در التهابات حاد معدي معاي مشکل شود زیرا مریض در این حالت اسهال و استفراغ داشته. بعضاً لوکوسیت ها در مواد غایطه دیده شده استفراغ مکرر بوده ولی علایم در پربتون موجود نیست اکثریت اطفال جوان با داشتن اپنڈیسیت حاد در ابتدا بصورت نادرست به لوجه التهاب معدي معاي تشخیص میشوند.

اطفال سن مکتب (School age children) :

در این حالت التهاب حاد معدی معیایی بصورت عموم منحیث یک حالت قابل تفریق باقی میماند درد وظیفوی معمول بوده این اطفال معمولاً از درد بطن شاکمی بوده ولی لوکوسیتوز یا انحراف چپ (Lef shift) موجود نبوده، علایم حقیقی پریتونیت همچنان موجود نبوده.

قبضیت نیز باعث درد بطن در اطفال شده هر چندیکه علایم سیستمیک مانند تب تخریش پریتون موجود نیست. واضحاً برای رسیدن تشخیص باید تاریخچه داشتن مواد غایطه بصورت غیر مکرر و علایم تاییدی در معاینه مقعدی باید موجود باشد.

احتشاثرب نیز در اطفال دیده شده که اعراض آن مشابه اپندیسیت بوده این مریضان اکثرأ دارای یک کتله قابل جس و درد و وصف مهاجرتیندارد. بادر نظر داشت Cretenia های تشخیصیه قبضیت ویالتهاب حاد معدی معیایی میتوان تشخیص را وضع کرد در غیر آن بهتر خواهد بود تا این درد را یک درد غیر قابل تشخیص یا غیر واضح تلقی نمود.

در سن جوانی و افراد کاهل جوان :

تشخیص تفریقی در این حالت دوباره تغییر میخورد. در این بچه هاسن امراض چون مرض کرون ، کولیت قرحوی و التهاب بریخ باید در نظر باشد معاینات فزیکمی سکروتوم در تشخیص التهاب بریخ کمک میکند که با معاینه مریض یک جاست بالایی ناحیه بریخ موجود میباشد.

دختران در سن جوانی و زنان کاهل جوان :

تشخیص تفریقی در خانمهای جوان بسیار وسیع بوده و شامل یک تعداد از حالات نسایی میباشد. بنابراین یک تشخیص واقعی میتواند در تعداد زیاد از مریضان وضع شود. امراض التهابی حوصلی در قسمت سفلی بطن آغاز شده در معمولاً دو طرفه بوده و با معاینه حوصلی تشدید میشود. گرچه مریضان بعضاً تب ولوکوسایتوز داشته اما با تاریخچه و معاینات دقیق معمولاً تشخیص وضع میگردد. همچنان کیست های مبیض معمول میباشد. یافته های فزیکمی کیست ریچریافته یا تدور مبیض میتواند لوحه واقعی اپندیسیت را تمثیل نماید. گرچه در تاریخچه آغاز مرض بصورت حاد در کوادرانت سفلی راست بوده و در تغییر اعراض و مهاجرت آن موجود نمی باشد. عدم موجودیت یک تاریخچه واضح و معاینات فزیکمی در خانمهای این سن زیاد معمول میباشد که تاریخچه و معاینات دقیق ادرار در یک تعداد زیاد مریضان در تشخیص تفریقی کمک میکند.

افراد مسن :

تشخیص اپندیسیت در این سن قبل از عملیات مشکل است. که جهت تشخیص تفریقی باید آفات خبیثه طرق معدی معیایی و سیستم تکثری و همچنان دایوریتو کولیتس، تثقب قرحات و التهاب کیسه صفرا در نظر باشد. آفات خبیثه معمولاً در معاینات C.T قابل دریافت است. که در این حالت مریض یک تاریخچه غیروصفی برای اپندیسیت داشته و اعراض اضافه چند ساعت کمتر دوام میکند. دایوریتو کولیت مخصوصاً در طرف راست نظریه موجودیت هر دو پروسه التهابی در طرف راست مشکل است که تشخیص شود. که سن و تاریخچه قلبی میتواند در تشخیص کمک کند در تاریخچه مریضان با قرحات تثقبی معمولاً حمله بصورت حاد بوده بدون آنکه درد وصف مهاجرتی داشته باشد و در دندرتاً در کوادرانت سفلی راست موجود میباشد. معاینات لابراتواری در تشخیص تفریقی بسیاری این آفات آنقدر مفید نموده بلکه معاینه C.T بسیار مفید میباشد.

اشکال تداوی:

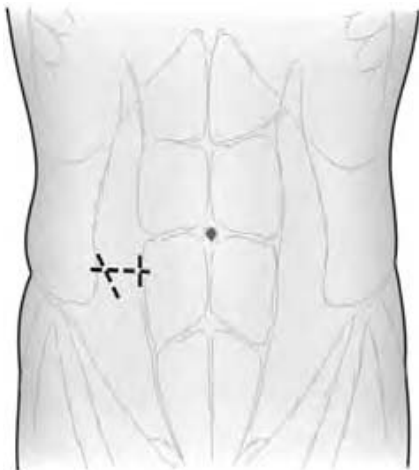
تداوی اپندیسیت مربوطه به مرحله مرض است به صورت عموم قبل از عملیه جراحی مایعات برای احیا کردن مریض که در حالت غیر تثقب شده ۱-۲ ساعت وقت را در بر گرفته ولی در شکل تثقب اپندیسیت وقت زیاد را در بر میگیرد بخاطر تکمیل حمله.

در شکل حاد:

تداوی طبی:

درواقعات حاد و اپندیسیت غیر تثقبي باید نزد مریض اپندکتومی بصورت عاجل اجرا شود یک تعداد کم از مطالعات وجود داشته که دادن انتی بیوتیک را بصورت تنهابه شکل امتحانی تایید میکند. Eriksson و Gronstrom برای تداوی اپندیسیت بصورت اتفاقی انتی بیوتیک تراپی را برخلاف تداوی جراحی انجام دادند در یک تعداد کم از مریضان با تداوی طبی مرضیت در حدود 85% بوده اما در حدود 35% واقعات بعد از یک Allow up کوتاه مدت نکس داشت تداوی با انتی بیوتیک بصورت تنهایی صرف ندرتاً نزد ملاح ها که سفرهای طولانی تحت البحری رادریش دارند صورت میگیرد و از باعث نکس بیشتر امروز تداوی ستندرد برای اپندیسیت حاد تداوی جراحی است. توافقات همگانی وجود دارد که انتی بیوتیک باید بصورت وقایوی قبل از اجرای عملیه جراحی به مریض تجویز شود اما در واقعات حاد ما تنهاده و زواحد تجویز میکنیم یک تعداد از انتی بیوتیک ها وجود دارد که قدرت رفع میکروب های معایی غیر هوازی و گرام منفی را دارد و میتواند استفاده شوند. و برای وقایه دوز واحد cefoxitine و Cefotentan استفاده میشود.

در گذشته کشیدن اپندکس نورمال برای ۲۰% قبول شده بود که بسیار کمتر از اندازه ذکر شده میباشد که با آمدن التراساوندو C.T این استکشاف منفی را حدود ۲۰% منحیث یک ستندرد قبول نمیشود. استکشاف بطنی بصورت منفی تا هنوز هم در نزد خانمها با داشتن امراض تیوب های نفیری و مبیض نسبت به مردان اندازه بیشتر را تشکیل میدهد.



شکل (6-47)

جراحی (Surgical):

درینجا دو طریقه به خاطر برداشتن اپندکس غیر تثقب شده موجود است یکی آن Open incision که معمولاً از طریق شق مستعرض جلدی در حفره حرقفی راست (Davis rocky) یا شق مایو (MC Arthur, MC Burney) Oblique که عضلات به امتداد الیاف آن جدا شده، یا شق Para median که به صورت روتین استعمال نشده، شق در قسمت Midclavicular line متمرکز است.

بعضی اوقات اگر تشخیص مشکوک باشد یک شق Periumblical midline بکار برده شده، وقتیکه پریتوان باز شد اپندکس در ساحه

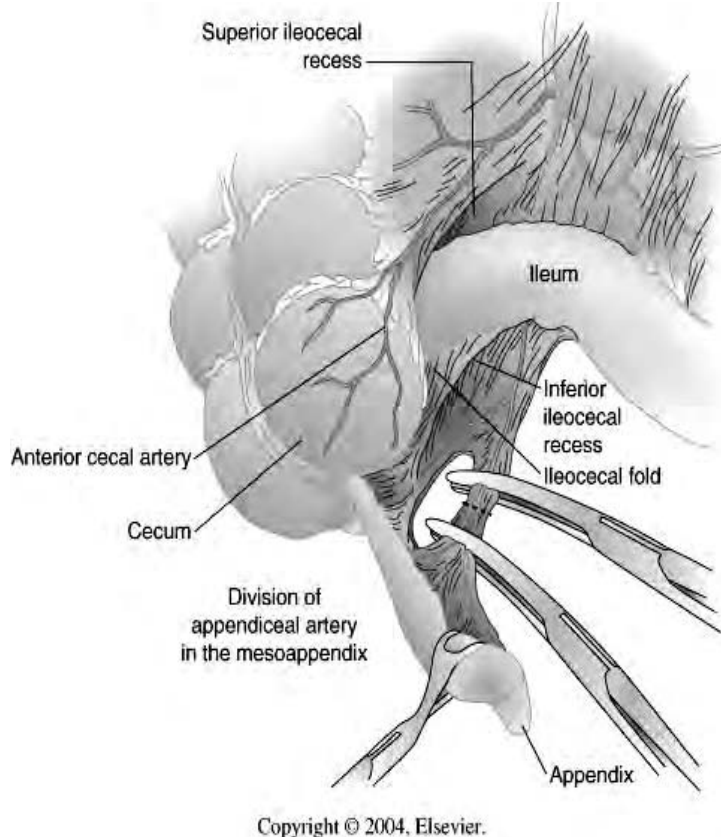
توسط مانوره انگشت کشیده شده. کشیدن اپندکس و سیکم به احتیاط انجام داده شده و کوشش شود که از تسلیخ کند وسیع پرهیز شود. در واقعات مشکل شق به اندازه 1-2cm وسیع شده تا پروسیجر را آسان سازد. وقتیکه اپندکس از جرحه عملیات بیرون کشیده شده، میزواپندکس و بین کلمپ و گره گرفته شده. شکل (7-47) درینجا چندین طریقه برای برداشتن اپندکس موجود است. بعضی جراحان قاعده اپندکس را سوچر ساده لایگیت و قطع کرده، بعضی

جراحان Purse string یا Stitch(Z) بالای سیکم اجرا و اپندکس را قطع کرده، ستمپ آن رادر سیکم Invert میکنند. شکل (8-47) و ما از هر دو طریقه استفاده کرده ایم.

وقتی که اپندکس برداشته شد سیکم داخل بطن شده و پریتون بسته شده و در صورت که اپندکس تثقب ننموده باشد در اکثریت مریضان به خاطر که خطر اتتان کم تر از 5% است. جرحه بسته میشود. اپندکس میتواند توسط عملیه لپراسکوپي برداشته شود. مطالعات زیادی وجود دارد که برتری طریقه لپراسکوپي رانسبت به طریقه بازتحت سوال قرار میدهد گرچه در این ارتباط نظرکلي وجود ندارد. این پروسیجر نزد کاهلان خوب بوده، گرچه مصارف پروسیجر لپراسکوپي به نسبت دربر گرفتن مدت طولانی و ضرورت وسایل بیشتر، زیاد بوده اما رویهمرفته به نسبت احساس درد کمتر توسط مریض میتواند مریض زودتر به وظیفه اش برگردد که در این صورت مصارف کمتر خواهد بود این بسیار مشکل است که اندازه این فواید را در اطفال کوچک تخمین نمود. اکثر علما برای برداشتن اپندکس سرساحه را ترجیح میدهند که یکی آن ساحه Umbilical بوده و در ساحه دیگر مربوط به جراح و وضعیت عضویت مریض میداند. اپندکس میتواند به طریقه Endo lous یا Endoscopic Stapeling device برداشته شود مصارف عمومی به نسبت استفاده از وسایل Disposable و یاستیلر بطور قابل ملاحظه فرق میکند بعد از برداشتن استتاله اپندکس به طریقه لپراسکوپي اپندکس دفن نمیشود همچنان اپندکس از طریقه ساحه که وسایل داخل شد برداشته و بیرون میشود صفاق که در مسافه 10mm ساحه دخول وسیله قرار دارد مانند جلد بسته میشود اکثر مریضان بعد از مدت ۲۴ ساعت بعد از عملیات میتوانند مرخص شوند.

شکل (7-47)

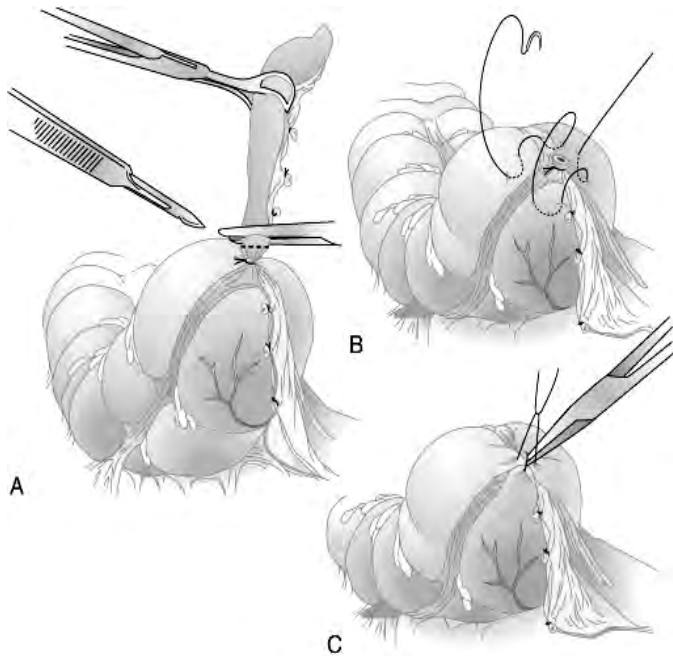
اپندکست تثقب شده:



Copyright © 2004, Elsevier.

تداوی اپندکس تثقب شده و گانکرینوز تا یک اندازه ی از اپندکس غیر تثقب شده تفاوت دارد. مداخله جراحی درین مریضان فوری نبوده، به خاطر که مریضان مصاب اپندکس تثقب شده دارای زمان طولانی اعراض، تب بلند و لوکوسیتوز بلند داشته و اکثر مریضان حجم دموی پائین داشته که ضرورت به گرفتن مایعات قبل از عملیات میداشته باشند این بسیار مهم است که مریض قبل از اجرای عمل جراحی بطور کافی احیای مجدد شود. درین مریضان پریتونیت موجود بوده و به خاطر آن از اتنی بیوتیک وسیع الساحه ائیروب و انیروب وریدی استفاده میشود. زمان

تداوی تحت مناقشه است. بعضی از علما نظریه تجربه شان از ۷-۱۰ روز تداوی را ترجیح میدهند و بعضی هاتداوی را تا زمانی که مریض بدون تب و کریوات سفید به اندازه نورمال برگردد ترجیح میدهند.



Copyright © 2004, Elsevier.

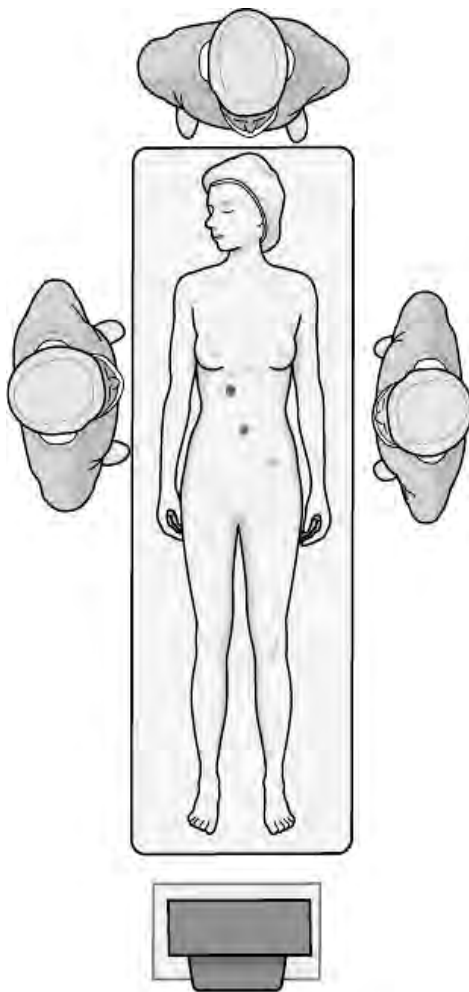
بعضی مطالعات در اشخاص کاهل و اطفال نشان داده که مداخله جراحی مقدم در واقعات تشقب اپندیسیت مترافق با اختلالات بعد از عملیات با مقایسه تداوی با اتی بیوتیک و اپندیکتومی Interval که نتیجه خوب داده. تجارب نشان داده که این میتود در آنعده میرضانیکه همراه با اپندیسیت تشقبی شواهدانسداد امعای رقیقه داشته آنقدر موفق نبوده اما بعضی پیشنهاد مینماید که این میتود موفق است. میتودها برای اپندیسیت تشقبی واختلاطی در جدول ۴۷-۱۲ واضح شده است. بعد از آن که عملیات پلان شد و دوطریقه ممکن در اینجا وجود دارد. لپراتومی

بازولپراسکوپي . طریقه لپراسکوپي نزد میرضان با امراض پیشرفته نظریه بروز شکل ابسی داخل بطني بعد از عملیات در اکثریت واقعات تحت مباحثه بوده و میتود بازترجیح داده میشود.

تشریح موخر با و یا بدون یک کتله:

در 2-5% میرضان اپندیسیت یک کتله قابل جس در R.L.Q موجود بوده و میتواند نماینده گی از یک ابسی جدا و یا فلگمون کند و تداوی این میرضان تحت مباحثه است. نظریه تجربه در این حالت معاینات تصویری نیز متحول بوده که نمیتواند هماهنگی معاینات فزیکي را با تخلیه آسه از طریق تحت الجلد نشان دهد درینجا تمایل زیاد به طرف برداشتن اپندکس مشقویه موجود است تا سپسس

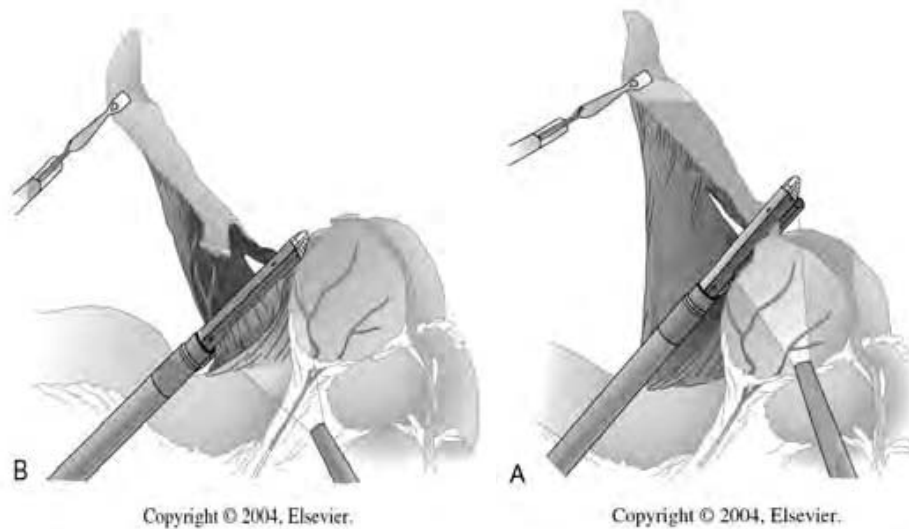
داخل بطن کنترل شود. و راه خوب برای تداوی appendiceal mass عبارت از دریناژ جلدی است تحت کنترل CT یا التراسوند، و توصیه اتی بیوتیک در مقابل باکتری های گرام منفی هوازی و غیر هوازی مطالعات زیاد تر صورت گرفته موثریت و مصونیت این میتود را نشان میدهد در اپندیسیت های اختلاطی و موخر اپندکتومی



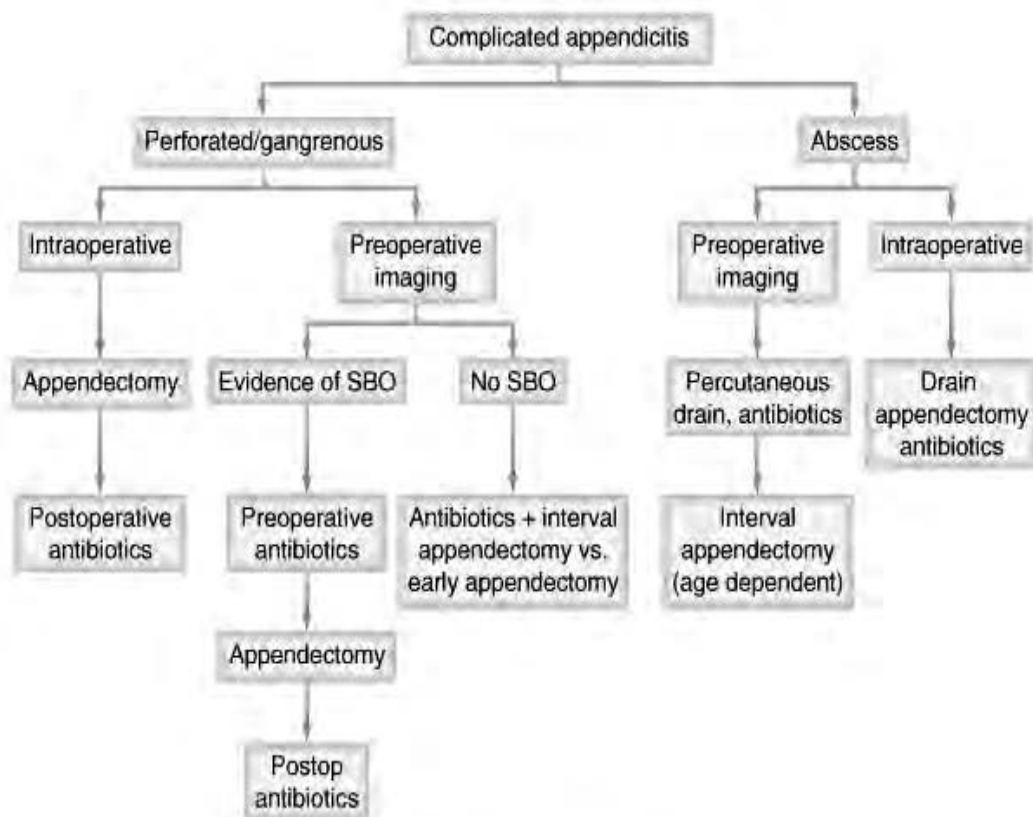
- 5-mm camera port
- 5-mm instrument port
- 12-mm umbilical port

Copyright © 2004, Elsevier.

خطرناک است و عملیه جراحی میتواند باعث منتشر شدن اتان و مجروح کردن احشا مجاور خصوصاً امعا التهابی و ازیمای شده، که باعث تشکل فستول میشود و ضرورت به پروسیجر وسیع پیدا کرده مانند Cecoectomy و یا Hemicolotomy.



شکل 10-47

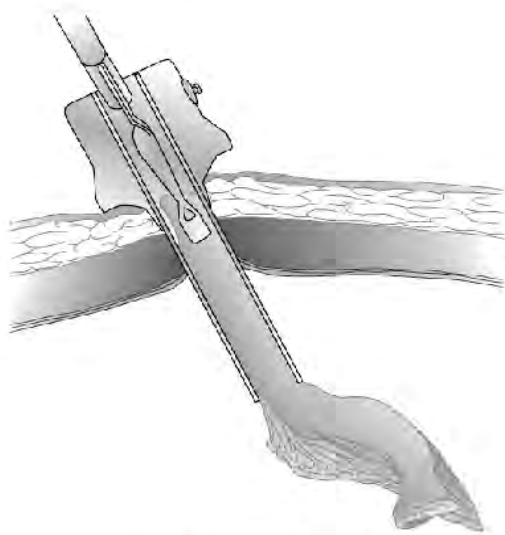


Copyright © 2004, Elsevier.

اپندکتومی با فاصله یا Interval:

درینجا یک توافق عمومی موجود است که ابسی موضعی اپندکس ناشی از اپندسیت مشقوبه رامیتوانیم تحت کنترل C.T از طریق تحت الجلدویا عملیه کوچک جراحی دریناژ نماییم. در صورتیکه مترافق بادریناژ برای مریض اتی

بیوتیک و مایعات بطور کافی توصیه شود اکثر مریضان به این نوع تداوی محافظه کارانه جواب داده که میتوانند بدون تب و درد بطن مریض شوند، این تحت مباحثه است که آیا نزد این مریضان اپندکتومی Interval (اپندکتومی انتخابی در بین حملات اپندیسیت) ضرور است تا از نکس حملات اپندیسیت جلوگیری شود. در یک



Copyright © 2004, Elsevier.

مطالعه که صورت گرفته در مقایسه اپندکتومی مقدم با اپندکتومی موخر بعد از تشکل آبی اپندیسیل، واضح شده که 15% مریضان گروه اپندکتومی موخر نکس حملات حاد در جریان زمان انتظار داشتند، علمابه این نتیجه رسیده اند که با وجود شیوع بالاتر اتان جرحه در گروه اپندکتومی مقدم این شکل مصرف و ارزان بوده نسبت به آنکه 6-10 هفته انتظار بکشیم یک مطالعه هستولوژیک نزد مریضان که نزدشان اپندکتومی اتروال صورت گرفته نشان داده که یک مریض با اپندکس دوگانگی مریض با اپندیسیت گرانولوماتوز و دو مریض با حملات متکرر اپندیسیت حاد. تمام اپندیسیت های که بشکل Interval اپندکتومی شده اند لومین واضح داشته که 15-17 در قسمت Tip آشکار بوده است.

زیادی از علما اپندکتومی Interval را در واقعات اپندیسیت تثبیتی ترجیح میدهند بعضی ها با این نظر موافق بوده و نظر دارند که اپندکس نورمال بوده و اپندکتومی صرف در صورت تکرر و نکس حملات، اجرا شود.

در یک مراقبت طولانی مدت مریضان کتله اپندیسیل که به شکل غیر عملیاتی تداوی شده اند تنها از جمله 10 تن یک تن آنها ضرورت به اپندکتومی پیدا کرده اند متباقی به شکل بدون اعراض با اپندکس سالم باقی مانده اند خطر نکس اپندیسیت باید با خطر اپندکتومی اتروال مقایسه شود. بصورت عموم مریضان جوان در خطر زیان نکس اپندیسیت مواجه بوده و خطر عملیات کم میباشد گرچه بسیاری از جراحان اطفال (بشمول ما) بشکل روتین در مدت 8-10 هفته اپندکتومی اتروال را نزد اطفال انجام میدهند و در مریضان بالاتر از 40-30 سال این میتواند نسبت به خطر آن تایید نشده است.

شکل مزمن و متکرر اپندیسیت:

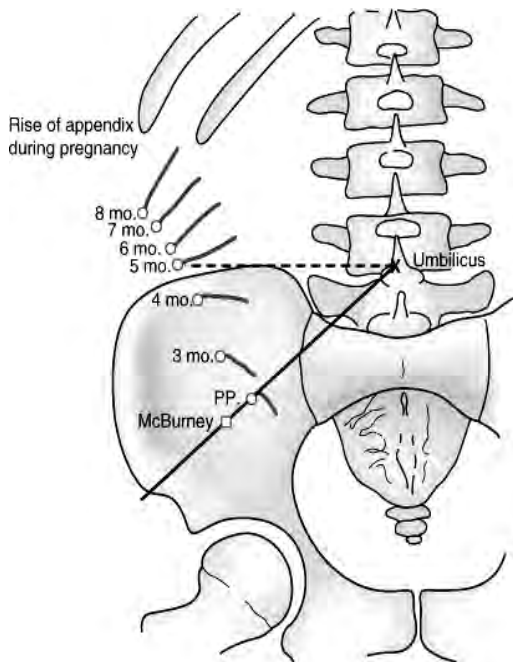
واقعات اپندیسیت مزمن و متکرر هنوز تحت مباحثه بوده گرچه واقعات آن نادر است اما میتواند موجود باشد و علت آن حملات متقاطع انسداد لومین اپندیسیت باشفایابی بنفسهی بوده التهاب موضعی متوسط بعد از حمله حاد اپندیسیت میتواند باعث ناراحتی مزمن حفره حرقی راست شده، منظره اپندیسیت مزمن و متکرر در CT مشابه اپندیسیت حاد بوده. مریضانیکه اپندکتومی شده به خاطر درد های مزمن قسمت سفلی بطنی اکثراً دارای هستولوژی غیر نورمال بوده وهم اعراض آن از بین رفته، در یک راپور 92% مریضان که اپندکس شان برداشته شده هستولوژیک ابنورمالیتی داشته، و 95% این مریضان به صورت مکمل شفا یافته است در اطفال راپور کولیک اپندکس از سبب بندش لومین اپندکس بدون التهاب داده شده است.

تشخیص آن توسط سه کریتیریا ذیل صورت گرفته تاریخچه طولانی یک ماهه درد بطنی حفره حرقی راست سه مرتبه یا اضافه تر tenderness موضعی در ناحیه حفره حرقی راست بدون علائم تخریش پریتون و یا التهاب علائم رادیو لوزیک باریم که در آن irregular filling اپندکس موجود بوده، مملو نشدن یا مملو شدن قسمی اپندکس بعد از 24h یا تخلیه نشدن اپندکس بعد از 72h. 26 طفل که به واسطه این کریتیریا تشخیص شده اپندکتومی شده، که

23.885% آن شفا یافته و تسکین درد در مرحله بعد از عملیات تجربه کرده اند و باقی مانده 23 آن 4 ماه بعد از اپندکتومی شفا یافته اند.

اپندسیت در دوران حاملگی:

اپندسیت و کولی ستیت اسباب عمده درد بطن در زمان حاملگی بوده، Tenderness بطنی علامه مهم در اپندسیت است ولی موقعیت آن در زمان حاملگی فرق میکند به خاطر که بعد از 5 ماه حاملگی موقعیت اپندکس به طرف علوی و بالای Iliac crest و زروه اپندکس به طرف انسی توسط رحم محمول بیجا شده، شماره لوکوسیت کدام فایده ندارد به خاطر که اکثراً در زمان حاملگی بلند میباشد اعراض عمومی مانند دلبدی، استفراغ، بی اشتها بی در زمان حاملگی معمول است که این ها اهمیت تشخیصی دارند.



Copyright © 2004, Elsevier.

التراسوند در تشخیص زیاد کمک میکند در صورتیکه اپندکس ضخیم و متوسع شناسایی شود مشکوک بودن اپندسیت باعث رهنمایی به طرف مداخله جراحی در تمام ترایمسترها شده، در نتیجه لاپراتومی Negative میتواند در کمتر واقعات ضایع شدن جنین دیده شود، ولی تاخیر در تشخیص و تثقب میتواند باعث وقوعات زیاد و فوایات مادران و جنین شود ولی در صورت به کار رفتن میتود لپراسکوپیی از دیاد در مرگ و میر مادر و جنین دیده نشده. بعضی اوقات در نزد مریضان حامله فوراً بعد از ولادت درد بطن با اپندکس Wall off گانگرنوز یا شکل ریچر آن دیده شود، که در صورت تقلص و برگشت سایز رحم به طرف نورمال باعث از بین رفتن پروسه Walling off و جنرال پریتونیت شده میتواند.

مراقبت اپندکس التهابی در اثنای عملیات:

بر علاوه مقایسه ارزیابی کلینیکی چون معاینات لابراتواری و تصویری بعد از باز نمودن بطن میتواند اپندکس غیرالتهابی باشد، بصورت وصفی از طریق شق کوادرانت راست سفلی بطن لپراسکوپیی یا بعضی اوقات شق Midline صورت میگیرد. در واقعات اپندکس نورمال بدون Succus Entricus یا مایع پریتونی قیچی احتمال کمتر پروسه های واضیح امراض جراحی دیده میشود. در این ناحیه ارزیابی انسداد شامل تفتیش الیوم نهایی و کولون صاعده برای دریافت شواهد امراض التهابی معایی یا میزاتریک ادینیت، و بیشتر برای دریافت Meckel diverticulum. کیسه صفرامیتواند در این مریضان جس و یادیده شود و تفتیش مریض میتواند نزد خانمها صورت گیرد. اتفاقاً Sigmoid diverticulite میتواند جس شود و یا قابل رویت باشد در نزد اطفال از باعث مایعات بطنی برهم خورده و عدم دریافت اناتومیکی آفت بخاطر دریافت Diplococci باید مایعات بطنی کلچر و Gram stain شوند پریتونیت ابتدایی در نتیجه یک اختلاط نفروتیک سندروم میتواند در این حالت موجود باشد. پانکریتیت ترومای واضیح بطنی همراه باتثقب اعضای مجوف و یا تثقب قرحه پیپتیک بعضی اوقات اپندسیت را تمثیل میکند و هرکیس معمولاً مترافق با مایعات بطنی انارمل میباشد. سر باید از لحاظ احتشا و تدور ارزیابی شود. برای این نوع تشخیص ها بعضاً ضرورت به بسته نمودن شق کوادرانت راست سفلی بطن و اجرای شق افقی Midline محسوس شده تا این پرابلم هاتداوی شود در این نوع مریضان مداخله لپراسکوپیک مفید است. طوری که قبلاً تذکیر یافت

منجمنت اپندکس که ظاهراً سالم به نظر میرسد در یک مداخله جراحی بعد از اینکه دیگر آفات رد شد تحت مباحثه است. اکثر جراحان نظر دارند که اپندکس باید برداشته شود که در این حالت اندازه اختلالات کمتر است. در این حالت اپندکس را می برداریم مگر این که پروسیجر مشکل شود امراض دیگر هم باید بصورت اختصاصی تداوی شود که بالای هر کدام آن در چپتر مربوطه بحث هم جانبه صورت گرفته است.

مرض کرون:

مریضانی که بخاطر این فکر میشود که اپندیسیت دارند و مداخله جراحی میشوند در صورتیکه شواهد مرض کرون داشته باشد اپندیکتومی نزدشان اجرا شود. گرچه از نظریه تشوش در مورد بروز فیستول معایی جلدی وجود دارد اما بسیار نادر است. بنابراین اپندکتومی شک در مورد تشخیص رادراینده جلوگیری خواهد نمود. اپندکتومی در آن عده اشخاصیکه التهاب قابل ملاحظه سیکوم دارند بسیار مشکل بوده و در صورتیکه اپندکس نورمال معلوم شود قضاوت خوبتر نیست تا اپندکس در جایش گذاشته شده و مداخله صورت نگیرد. راپورهای زیادی بروز خطر مرض کرون نزد آن عده اشخاصیکه بنا برداشتن اپندیسیت، اپندکتومی شده اند وجود دارد.

التهاب رتج میکل:

مداخله جراحی باعث دریافت تصادفی رتج میکل شده، در اکثر وقایع درباره برداشتن آن فکر نمیشود. در حالات چون، سن جوانی، عنق باریک دایورتیکل موجودیت مخاط معدوی و شواهد موجودیت التهابات قبلی با ذریعه عملیه جراحی برداشته شود.

اختلالات بعد از عملیات:

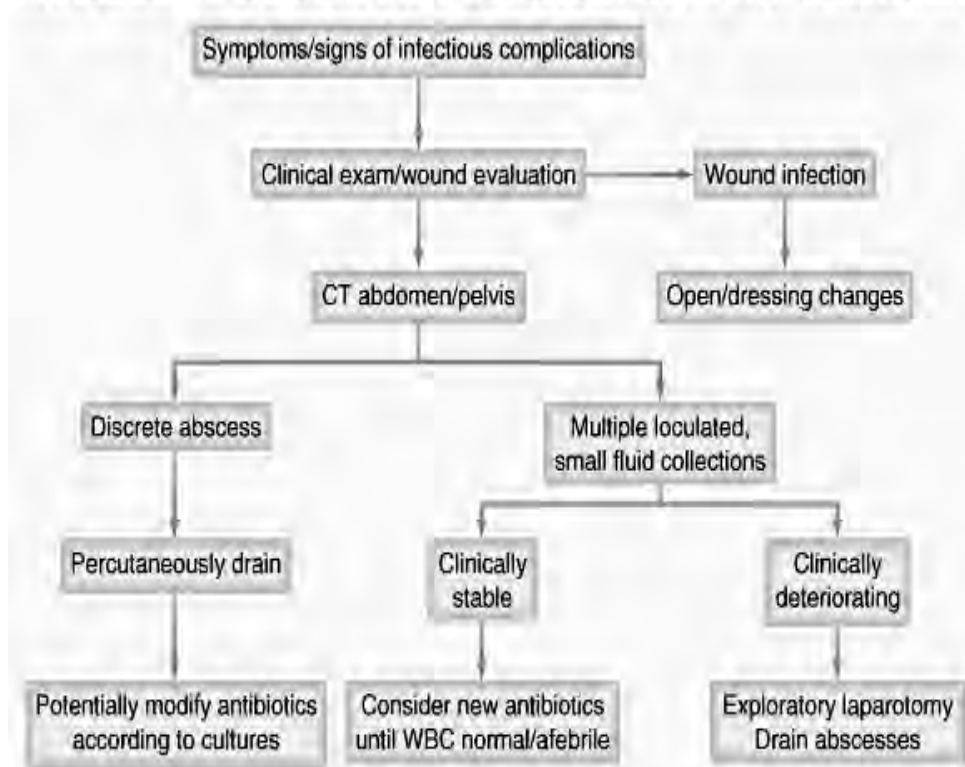
انتان عمده ترین اختلاط بعد از تداوی جراحی اپندیسیت بوده گرچه انتان در نواحی مختلف میتواند تاسس نماید اما انتان ناحیه عملیاتی معمول است. دوساچه که انتان میتواند در آن تاسس کند عبارت از ناحیه تحت الجلد جرحه و داخل جوف بطن است. شیوع هر دو اختلاط نظریه مرحله اپندیسیت، سن مریض حالت فزیولوژیک، نوع بسته نمودن ناحیه عملیاتی متفاوت است. بصورت عموم نزدیک مریض با اپندیسیت حاد غیر تشقی شیوع انتان جرحه کمتر از 5% و شیوع تشکل آسه داخل بطني باید کمتر از 1% باشد شیوع انتان تحت الجلدی جرحه با اپندکتومی لپراسکوپیک کاهش یافته است. میتود ارزیابی اختلالات انتانی بعد از عملیات نزد مریض از نظر ما در شکل 14-47 نشان داده شده است.

در اپندیسیت اختلاطی تداوی جرحه تحت مباحثه باقی میماند بعضی از مراکز در اپندیسیت پیشرفته ترجیح میدهند تا جرحه در ابتدانه بلکه بصورت موخر بسته میشود مطالعات دیگر نشان داده که بسته نمودن جرحه بشکل Subcutical همراه با استفاده اتی بیوتیک مناسب خطرات انتان جرحه را کاهش داده است. در یک لیتراتور از نظر مصارف دیده شده که بسته نمودن ابتدایی جرحه از نظر مصرف به مراتب خوبتر نسبت به بسته نمودن موخر یا بسته نمودن بشکل ثانوی میباشد. جهت ارزیابی این مطالعات کوشش زیاد به خرج داده شود شیوع متوقع در اطفال باید به مراتب کمتر از کاهلان باشد و اکثریت مطالعات بنا بر آن بسته نمودن جرحه بصورت ابتدایی در مریض اپندیسیت اختلاطی با Risk کمتر مناسب خواهد بود. شیوع انتان جرحه و تشکل سپسیس داخل بطني در یک مریض با اپندیسیت اختلاطی نسبت به مریض با اپندیسیت غیر تشقی بیشتر است، راپورهای زیادی در رابطه به تشکل ابسی نزد مریضانی که نزدشان اپندکتومی لپراسکوپیک صورت گرفته وجود دارد. که تا به فعلاً میکانیزم آن نامعلوم است. که مطالعات دیگر تداوی ابسی داخل بطني معمول دریناژ جلدی و توسعه اتی بیوتیک به شکل داخل وریدی با نتیجه بهتر است.

انسداد معای:

انسداد معای می‌تواند بعد از اپندکتومی لپراسکوپییک به وقوع بپیوندد درحقیقت شیوع طولانی مدت نامعلوم است، مگر خطر آن مانند حالتیست که مریض به کدام منظور دیگری لپراتومی میشود. دریک سلسله مطالعه شیوع آن تقریباً 1% و دردیگران 1.3% اکثراً شش ماه بعد از عملیات جراحی میباشد.

MANAGEMENT OF POST-OPERATIVE INFECTIOUS COMPLICATIONS OF APPENDICITIS



Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (47-14)

عقامت (Infertility):

خطر Tubel infertility در مریضان اناث بعد از اپندیسیت نامعلوم است. دریک مطالعه وسیع خطراقامت دریک مریض با اپندیسیت غیرتثقیبی نسبت به مریض با اپندیسیت تثقیبی کمتر بوده است. گرچه دریک مطالعه که توسط Pun و Collagens صورت گرفته کدام تفاوت بین هر دو گروه موجود نیست. خطر نزد مریضانیکه اپندیسیت داشته اند بسیار کم بوده و ضرورت به ارزیابی رانیز ندارد مگر اینکه کدام دلیل ثابت برای اقامت داشته باشد.

Miscellaneous:

مانند دیگر عملیات ها یک تعداد مشکلات دیگر بعد از کمتر عملیات اپندیسیت نیز میتواند دیده میشود مانند اتنانات طرق بولی پنومونیا و دیگر اتنانات شفاخانه. در اشخاص مسن میتواند بعد از عملیات فستول غایطی دیده شود، که بعد از التهاب اپندکس مثقوبه زیاد بوده شده و این مشکل میتواند اکثراً خود به خود بسته شود ولی بعضاً توسط جراحی بسته کردن آن ضرر بوده.

نیوپلازم:

ادینوکارسینوما:

نیوپلازم اپندکس بی نهایت نادر بوده و به شکل غیرمتکرر قبل از عملیات تشخیص می‌شود کارسینوئیدها از جمله معمول ترین انواع نیوپلازم اپندکس می‌باشد، ادینوکارسینوماي اپندکس کمتر از 0.5% تمام کنسرهای طرق معدي معايي راتشکیل میدهد در یک مطالعه 94 مریض همراه با ادینوکارسینوما اپندکس (55%) 52 نوع Mucinous داشته که از جمله Pseudomyxoma peritonei 22 داشته و 45% کولونیک و انواع ادینوکارسینوئید تومور داشته که معمول ترین عرض آن مانند اپندیسیت حاد بوده و نزدیک به مریض تشخیص قبل از عملیات صورت نگرفته بود. که مدت حیات برای کارسینوماي اپندکس در 5 سال 55% بوده و به اساس Stage تومور متفاوت است. مریضان نوع Mucinous نسبت به نوع کولونیک دارای انزایر بهتر بوده است. مدت حیاتی بعد از Hemicolecotomy طرف راست نسبت به اپندکتومی بصورت تنهایی (58%/20%) است. به درجه دوم خباثت ابتدایی در 33 مریض اتفاق افتیده که از جمله (35%) که 17 واقعه در طرق معدي معايي موقعیت داشته بصورت عموم Mucinous carcinoma و ادینوکارسینوماهاي اپندکس در مریضان مسن که اپندیسیت حاد داشته باشد دیده می‌شود بعضی اوقات تشخیص در جریان عملیات واضح شده مگر نه تا زمان کم در وقت تشخیص 35% غیر موضعی بوده که در آفات موضعی حیاتی برای مدت 5 سال در حدود 94% بوده و 85% به Invasion موضعی و 34% برای میتاستاز بعیده تقریباً 15% مریضان دارای تومورهای غیر کارسینوئید Synchronous در دیگر ساحات هم بوده است. میتاستاز بعیده به شکل سپورادیک از یک اپندیسیل کارسینوئید کوچک راپور داده شده است. اما فوق العاده نادر است. شکل کارسینوئید حجات گابلیت بیشتر مهاجم به پریتون و Rate بلند مرگ و میر راپور داده شده است. تداوی پیشرفته جراحی و Mutimedel ترجیح داده می‌شود گرچه ارزش این تداوی ها ثابت نشده است. نمونه آن از نظر هستولوژی معاینه شود، Hemicolecotomy طرف راست برای مریضان Invasive ادینوکارسینوما، تومور نزدیک به سیکوم، تومورهای تولید کننده Mucin، Invasion لمفاتیک ها، سیروزایا میزوی اپندکس و پلیومورفیزم حجروي همراه با درجه بلند مایتوتیک. ادینوکارسینوئید تومور اپندکس بشکل تومور Kruken berg یک طرفه یا دو طرفه راپور داده شده است. و در صورتیکه در جریان جراحی کدام ساحه ابتدایی دیگر برای این تومورها مشخص نشود در تمام این مریضان اپندکتومی ترجیح داده می‌شود. بصورت خلاصه این تومورهای نادر عموماً در اشخاص مسن بشکل اپندیسیت حاد ظاهر شده که تداوی آن هم بصورت ابتدایی و هم در Re exploration نیاز به Hemicolecotomy دارد. تومورهای Synchronous و Meta chronous ثانوی معمول بوده و باید در جریان مداخله جراحی و هم بعداً در زمان Follow up جستجو شوند در اکثریت امراض موضعی ناحیوی تداوی شعاعی بخاطر غیر معمول بودن نکس مرض مفید است. و ارزش شیموتیراپی واضح شده است و برای تداوی ادینوکارسینوماي کولون ترجیح داده می‌شود.

کارسینوئید تومور:

کارسینوئید تومور معمول ترین انواع آفات خبیث اپندکس راتشکیل میدهد که این همه ممکن از ساحه Neurral crest و از حجات Argentafine، Midgut مشتق شده که امعای کوچک و اپندکس از ساحات معمولی کارسینوئید تومور راپور داده شده است. در یک مطالعه 1570 واقعه کارسینوئید تومور سن متوسط در وقت بروز مرض 42.2 بوده که نزدیک به انات شیوع آن زیاد است. که این کارسینوئید تومورها 19% تمام کارسینوئید تومورهای مطالعه شده راتشکیل میدهد، کارسینوئید تومورهای اپندکس معمول ترین نوع آفات خبیثه طروق معدي معايي رانزد اطفال

تشکیل میدهد که این مریضان معمولاً با اعراض و علائم اپندیسیت حاد مراجعه نموده گرچه مطالعات دیگر برداشتن تصادفی اپندکس رابه برداشتن عرضی آن ترجیح میدهد. اکثریت تومورهای اپندکس بدون عرض بوده و بشکل تصادفی دریافت شده و کمتر از 1cm میباشد اپندکتومی ساده خوبترین تدابیر است. تومورهای بین 1 الی 2cm نظریه موقعیت آن بسیار خوب تدای می شوند. تومورهای که در قاعده اپندکس موقعیت داشته و حمله ور به میزانتیر بوده در این حالت Hemicolecotomy طرف راست توصیه میشود در صورتیکه تومور به اپندکتومی بصورت تنهایی برداشته شده بتواند این باید کافی باشد زیرا برای تومورهای کمتر از 1.5 الی 2cm میتاستاز بعیده بسیار نادر است. آفات زیاده تر از 2cm دارای شیوع بغیر میتاستاز بعیده بوده و جهت کاهش نکس Locoreginal باید ذریعه Hemicolecotomy طرف راست تدای شوند.

تغلف (Intussuception):

تغلف اپندکس و ستمپ اپندکس بعد از اپندکتومی یک حالت نادر است که تشخیص آن مشکل است به خاطر که اعراض آن غیر وصفی و علائم آن محدود است تغلف ستمپ اپندکس بعد از Inversion اپندکتومی معمولاً در ظرف دو هفته بعد از اپندکتومی دیده شده، درد بطن، استفراغ، موجودیت خون در رکتوم یا کتله قابل جس میتواند موجود باشد، تشخیص میتواند توسط باریوم اینمیا یا CT اجراء شود و تغلف اپندکس بسیار نادر است میتواند از سبب حالات خبیث یا سلیم بوجود آید. تدای آن سببی است.

Appendicostomy:

اپندکس معمولاً در جریان دیگر عملیات های بطني برداشته میشود 1 به بخش تعقیبیه مراجعه شود (اپندکتومی تصادفی) 1 که نه تنها در کمتر ترجیح داده شده بلکه میتواند در بعضی اشخاص باعث بعضی اختلالات شود در بسیاری از لیتراتورهای توضیح شده که اپندکس یک عضو ارزش در اکثر حالات کلینیکی بوده است، استفاده از اپندکس در عملیه های ترمیمی جراحی یورولوژی بخاطر ارزش آن جهت Appendo vesicostomy که مریض بخاطر تخلیه مثانه به یک کتیر طولانی مدت ضرورت میداشته باشد. با اهمیت است. که این پروسیجر Mitrofenoff ذریعه یورولوژیست بیشتر استفاده شده موثر میباشد. این میتود در آن اشخاصیکه مثانه ندارند و یا مثانه شان بسیار کوچک است استفاده میشود. Appendicostomy جایست که اپندکس در ساحه بدون تیوب سیکوم در ناحیه تینیا و یا کولون سیگموئید غرس میشود که این یک قسمت از مثانه جدید بوده و با خود مثانه در تماس میباشد این واضح شده که اپندکس میتواند در تشکیل Hepatoportoappendicolostomy منحیث خوبترین معبر باشد یک اپندکس Vascularized باشد میتواند بین شجر صفراوی و اثنا عشر بعد از برداشتن سیست کولیدوک جاگزین شود. که تجارت ابتدایی این تخنیک همراه با خوبترین جریان صفراو عدم تکرار Ascending cholengitis بوده است. استفاده از اپندکس بشکل یک کانال تیوب مانند جهت دیکا مپریشن بعد از عملیات جراحی کولون برای توسعه طولانی مدت ادویه جات یا حماله با نتایج خوب وظیفوی راپور داده شده است.

اپندکتومی تصادفی Incidental Appendectomy:

اپندکتومی تصادفی حتی اگر Save هم باشد در اکثر مریضان ضرور نیست. و تحت مباحثه است اپندکتومی تصادفی بشکل انتخابی در مریضان دارای Risk بلند برای اپندیسیت یا درد کوادرانت راست سفلی شایدرول داشته باشد. اپندکتومی تصادفی در جریان استریکتومی یا کولی سیستیک تومی منتج به افزایش اختلالات نشده اما از نظر مصارف ارزان نبوده بلکه میتواند مصارف را بلند سازد در صورتیکه مصرف زیاد باشد بخاطریکه اکثر وقایع اپندیسیت حاد در مریضان جوان تصادف میشود در حالیکه اپندکتومی تصادفی نزد افراد مسن انجام میشود،

اپندکتومی تصادفی بشکل روتین و کاهش بستری شدن واقعات اپنڈیسیت درشفاخانه کدام رول ندارد. گرچه اپندکتومی تصادفی درحالات خاص مضاداستطباب است اما به شکل خاص درافراد جوان 30-10 سالگی دارای صحت مناسب، اما در اشخاص دارای ریسک بلند مفید بوده و مصارف آن زیاد است. خانمهای جوان خصوصاً کسانی که امراض متکرر ناحیه حوصلي راسته شاید نزدشان اپندکتومی تصادفی مفید باشد. در صورتیکه شق کوادرانت سفلي راست به منظور دیگر چون کاهش تغلف معایي انجام شود ماهمیشه اپندکتومی تصادفی را انجام میدهم. جهت جلوگیری از گپیچ شدن مریض بخاطر بروز دردهای کوادرانت سفلي در آینده با این موضوع فهمانده شود که کدام روش خاصی بخاطر پشتیبانی از این موضوع وجود ندارد. اپندکتومی تصادفی در جریان بعضی از پروسیجرها چون برداشتن عقدا ت لمفاوي خلف پریتوان برای کانسرخصیه یا پیوندوعایی میتواند همراه با خطر بلند اتان مترافق باشد بنابراین در این حالات باید جلوگیری شود. در یک مطالعه اپندکتومی تصادفی در سال 1915 نزد 455 طفل که جهت کشیدن کلیه شان ناشی از Wilms tumors به عملیات گرفته شده بودند در این گروه خطراختلاط اتان بعد از عملیات و با انسداد مایع بیشتر نبوده است تنها از جمله 1455 طفل که نزدشان اپندکتومی تصادفی اجرا نشده بود بعد از مدت 7,2، 10 ماه بعد از نفریکتومی نزدشان اپنڈیسیت عاید شده بود استطببات دیگر اپندکتومی تصادفی میتواند شامل دردهای حاد و مزمن کوادرانت راست سفلي بوده که در مداخله جراحی اپندکس نورمال دریافت میشود. بر علاوه مریضانی که بعد از Exploration نزدشان مرض کرون دریافت میشود از باعث درد کوادرانت راست سفلي بطن و حساسیت نزدشان اپندکتومی اجرا میشود تا از اشتباه تشخیص در آینده جلوگیری شود.

فتق

(HERNIAS)

فتق سروی	وقوعات
فتق اپیگاستریک	اناتومی
فتق incisional	طبقه بندی
فتق های غیر معمولی	تشخیص
اختلالات	تداوی طبی
Quality of life	تداوی جراحی
	فتق فغذی

در ایالات متحده آمریکا سالانه اضافه از 600.000 فتق ترمیم میشود، و ترمیم کردن فتق یکی از معمول ترین عملیاتی است که توسط جراحان عمومی اجرا میشود. علاوه بر ازدیاد این عملیه جراحی، باز هم هیچکدام از جراحان نتایج مطلوب نداشته و اختلالات آن مانند درد بعد از عملیات، مجروح کردن عصب، اثنان و نکس بودن یک چالش برای جراح بوده است.

فتق (HERNIA) :

از کلمه لاتینی از ریچر گرفته شده و عبارت از برآمدن غیر نورمال یک اورگان یا یک نسج از بین یک دیفکت از Surrounding Wall یا جدار احاطه کننده آن میباشد.

فتق میتواند موقعیت های مختلف را اختیار کند که زیاده تر جدار بطن را اشغال کرده خصوصاً ناحیه مغبنی. فتق جدار بطن اکثراً در جا های دیده میشود که قسمت صفاق و اپونیوروزیز توسط عضلات مخطط پوشیده نباشد. این نواحی زیاده تر در ناحیه مغبنی، فخذی، سروی، خط سفید (Linea alba) قسمت سفلی خط Semilunar و نواحی که قبلاً شق عملیاتی اجرا شده واقع میشود.

عنق یا فوحه فتق در داخل ترین قسمت Musculo apponeurotic جدار قرار داشته در حالیکه کیسه بواسطه پریتون پوشیده شده و از عنق بطرف بیرون برآمده میباشد هیچکدام ارتباط ثابت بین ساحه فتقیه که در آن دیفکت وجود دارد و کیسه فتقیه وجود ندارد

اشکال فتق :

فتق قابل ارجاع (Reducible Hernia) :

یک فتق زمان قابل ارجاع گفته میشود که محتوی آن دوباره در ساختمان سفلی اطراف آن جایجا شده بتواند.

فتق غیر قابل ارجاع (Incarcerated Hernia) :

محتوی این نوع فتق ارجاع نمیشود و بنام ' Incarcerated ' نیز یاد شده

بکس (1-42) فتق های جدار بطن

مغبنی	حوصلی
Inguinal	Obturator
Indirect	Sciatic
Direct	Perineal
Combined	
Femoral	خلفی
	Lumbar
قدامی	Superior triangle
Umbilical	Inferior triangle
Epigastric	
Spigelian	

فتق مختنق (Strangulated Hernia):

درین نوع فتق جریان دوران دموی محتوی آن در مخاطره بوده که باعث اختلالات وخیم و کشنده میشود، زیادتر در فتق های کلان که فوحه خورد دارد دیده میشود، دراین حالت عنق کوچک فتق باعث انسداد جریان شریانی، دریناژوریدی ویا هر دوی آن به محتوی فتق شده ایجاد یک ناحیه tethring شده که باعث اختلال محتوی فتق شده وزمینه رابرای انسداد واختناق امعا مساعد میسازد.

Richter's Hernia:

معمولترین شکل فتق مختنق بوده وعبارت از فتق است که يك قسمت خورد اتی میزنتریک جدارى امعاء داخل فتق بند و مختنق شده و بدون موجودیت انسداد امعاء می باشد.

فتق خارجی:

یک فتق خارجی از بین تمام طبقات جدار بطن به خارج پروتروود می شود.

فتق داخلی:

عبارت از پروتروژن امعاء از طریق يك دیفکت داخل جوف پریتون می باشد.

فتق Interparietal:

درین نوع فتق کیسه فتقیه و محتوی آن داخل طبقه عضلی اپونیوروتیک جدار بطن قرار دارد.

فتق مغبنی:

فتق های مغبنی هم بشکل مستقیم وغیری مستقیم میباشند، درشکل غیر مستقیم کیسه از فوحه داخلی عبورنموده ومایل بطرف فوحه خارجی ودخالی سفن میشود برخلاف کیسه فتقیه درفتق مستقیم مغبنی پیشروینده بیرون آمده که درمتوسط فوحه داخلی مغبنی واوعیه ایی گاستریک سفلی قرار دارد بعضی اوقات تفکیک بین فتق مستقیم وغیر مستقیم مشکل شده اما این انقدر مهم نبوده زیا ترمیم جراحی هر دو نوع فتق مشابه است.

وقوعات (Incidence):

فتق يك مشکل عمومی است هر چندیکه وقوعات حقیقی آن معلوم نیست، به طور تخمینی در 5% از مردم میتواند فتق جدارى بطنی ظاهر شود مگر میتواند شیوع آن زیادتر باشد. که نزدیک به 75% تمام فتق ها در ناحیه مغبنی واقع شده که دو ثلث آن از شکل غیر مستقیم و باقی مانده از شکل مستقیم است که به اساس

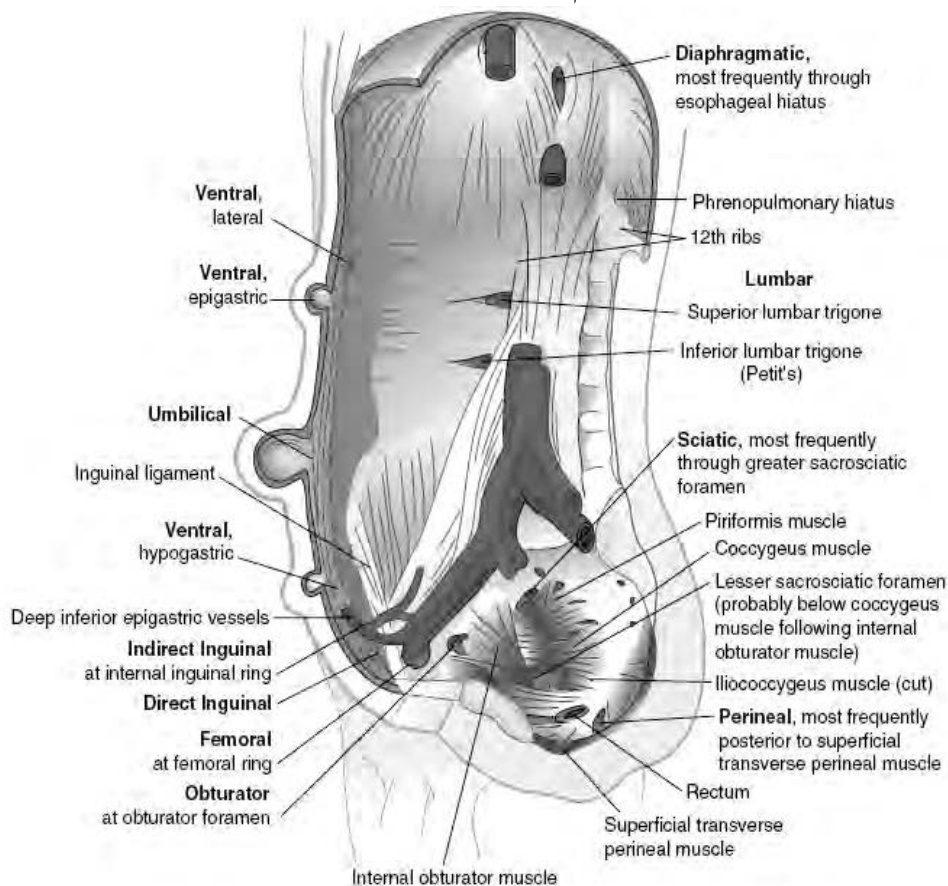
احصایه ملی جراحی Incisional Hernia 15-20% واقعات فتق جدار بطن را ساخته، فتق های سروی و Epigastric 10% فتق های جدار بطن را ساخته، فتق های فخذی تقریباً 5% و باقیمانده آن انواع غیر معمولی فتق ها است.

مرد ها 25 مرتبه زیاده تر به فتق های مغبنی نسبت به زن ها مصاب شده که زیاد ترین آنها شکل غیر مستقیم استبدون در نظر داشت جنسیت. در مرد هانسیبت فتق های غیر مستقیم مغبنی و مستقیم آن 2:1 می باشد. فتق های مستقیم مغبنی در زن ها غیر معمول است. ولی فتق های فخذی و سروی تقریباً 10:1 و 2:1 را تشکیل میدهد، گرچه فتق های فخذی اکثراً نزد زن ها نسبت به مرد ها دیده شده وفتق مغبنی نیمی از فتق های معمولی نزد خانم ها است و فتق های فخذی در نزد مرد ها نادر است. 10% از زنان و 50% از مردان که فتق فخذی دارد میتواند نزد شان فتق مغبنی ظاهر شود.

Incisional Hernia دو مرتبه در زنان نسبت به مرد ها دیده شده.

فتق های غیر مستقیم مغبنی و فخذی زیاده تر در طرف راست دیده میشود، بخاطریکه اتروفی Processus vaginalis به تعقیب پائین شدن خصیه طرف راست داخل صفن در حیات داخل رحمی دیرتر صورت گرفته و زیاد واقع شدن فتق فخذی در طرف راست فکر میشود که کانال فخذی طرف چپ توسط کولون سیگموئید تامپوناد شده است.

ازدیاد واقعات فتق زیاد تر مربوط به سن است خصوصاً مغبنی، سروی، فخذی. اختلالات عمده فتق ها زیاده تر در فتق مغبنی مربوط به سن پیشرفته است، وقوعات آن 1-3% بوده، که زیاد تر در شکل فتق مغبنی غیر مستقیم بوده. فتق فخذی سرعت بلند اختناق تمام فتق ها را ساخته (15-20%) و باید به یاد داشته باشیم که تمام فتق های فخذی در سن نشو نما ترمیم شود.



Copyright © 2004, Elsevier.

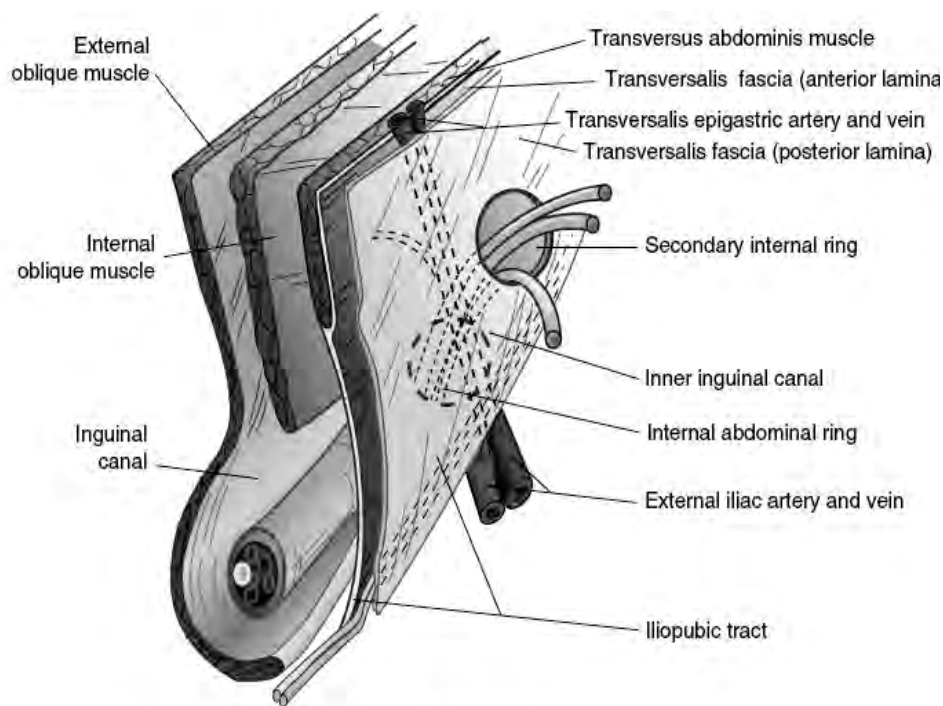
شکل (42-1)

اناتومی:

اناتومی ناحیه مغبنی: جراح باید به صورت مکمل و همه جانبه در باره اناتومی ناحیه مغبنی معلومات داشته باشد تا در باره ترمیم فتق از میتود های مختلف استفاده کند. و بر علاوه ارتباط عضلات، آپونیوروزیز، صفاق، اعصاب، اوعیه دموی، ساختمان های سپرماتیک کورد در قنات مغبنی باید فهمیده شود تا از وقوع فتق های نکس کننده و هم اختلالات آن جلوگیری شود.

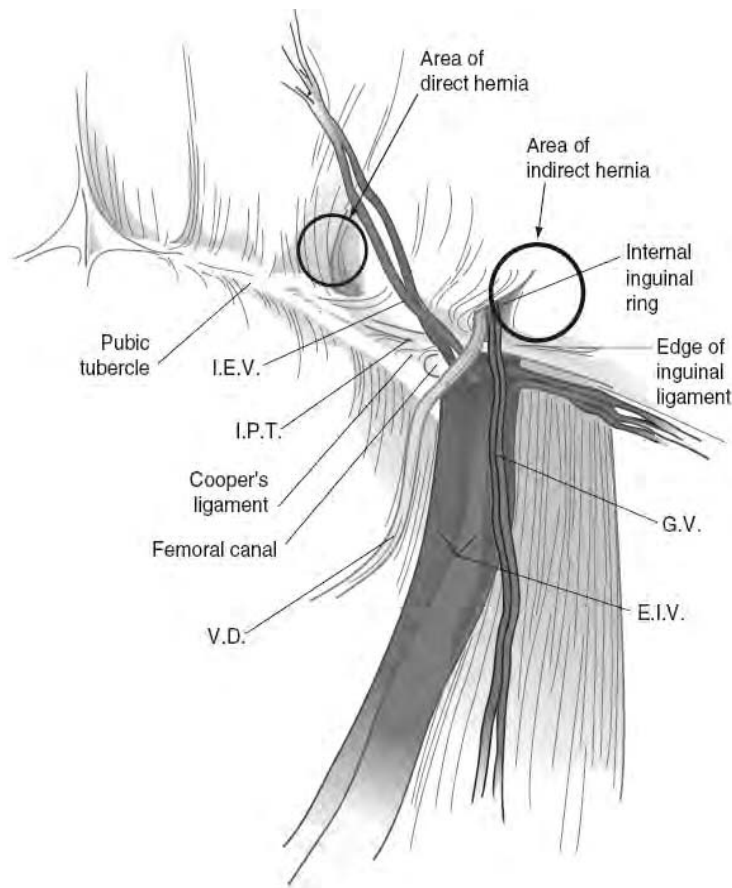
باید اناتومی این ناحیه از قدام و خلف فهمیده شود به خاطریکه هر دو طریق قدامی و خلفی در ترمیم فتق بسیار مهم است.

بخاطریکه فتق از طرف قدام ترمیم میشود و این کار بسیار مهم است تا اناتومی از جلد الی جوف پریتون بخاطریکه فتق از طرف قدام ترمیم میشود و نسج تحت الجلد و نسج تحت الجلدی، Superficial Circumflex iliac، ایپی گاستریک سطحی و شریان و ورید پودیندال خارجی قرار دارد که این اوعیه از قسمت پروکسیمال شریان فخذی و ورید فخذی منشه گرفته و در بین شریان و ورید فخذی تخلیه میشود و سیر علوی دارد، اگر در جریان عمل جراحی به آن صدمه وارد شود این اوعیه میتواند Retract شود و حتی تقسیم شود در صورت که ضرور باشد.



Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (42-2)



Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (42-3)

عضله منحره خارجي و صفاق ان

الياف عضله External Oblique به طرف سفلی و انسی سیر نموده و بالاخره در عمق انساج تحت الجلدی قرار دارد. آپونیوروزیز دووربکه یی عضله اوبلیک خارجي دو طبقه سطحی و عمیق ساخته شده که همراهی آپونیوروسیس عضله internal oblique و مستعرضه بطنی یکجا شیت قدامی رکتوس را ساخته و بالاخره به Inea Alba ختم میشود هم چنان آپونیوروزیز عضله اوبلیک خارجي سرحد سطحی قنات مغبني را میسازد کنار سفلی آپونیوروزیز عضله اوبلیک خارجي، روبات مغبني یاروبات پوپارط را ساخته که از Spina iliaca ant sup به Tubercle pubic وسعت پیدا کرده بعداً به طرف خلف دور خورده shelving lig رامیسازد و از داخل شدن رباط مغبني به lig lacunar pubis شکل مییابد و فوحه خارجي (سطحي) قنات مغبني که یک مجرای بیضوي شکل در صفاق عضله منحره خارجي بوده که در علوي و کمي وحشي تراز pubic tubercle قرار دارد، کورد سپرماتیک از طریق قنات مغبني ازوراي قنات مغبني خارجي بیرون میآید.

عضله منحره داخلي و صفاق ان:

الياف این عضله به طرف علوی و وحشی قسمت بالایی بطن سیر دارد گرچه این الياف بصورت مستعرض به طرف ناحیه مغبني سیر مینماید عضله منحره داخلي سرحد علوي کانال مغبني را ساخته و در قسمت انسی الياف عضله اوبلیک داخلي با الياف عضله مستعرضه یکجا شده تیندون مزدوج را ساخته که در 5-10% مریضان موجود بوده که در قسمت دخول این عضلات بالایی pubic tubercle زیاد متباز شده الياف عضله

cremasteric از عضله منحرفه داخلی منشأ گرفته و سپرماتیک کورد را میپوشاند الیاف این عضله برای cremaster reflux مهم بوده اما برای ترمیم فتق آنقدر ارزش ندارد یک تعداد الیاف عضله اوبلیک خارجی به طرف سپرماتیک کورد رفته و الیاف عضله کریماستر ساخته.

عضله مستعرضه بطن همراه با صفاق مستعرض و اپونیوروسیس :

الیاف این عضله به صورت مستعرض در جدار قدامی بطن قرار داشته ولی در ناحیه مغربی کمی مایل قرار داشته تقویت و امتداد این عضله و اپونیوروزیز آن جهت جلوگیری از فتق مغربی بسیار مهم است. اپونیوروزیز عضله مستعرضه بطن سطح قدامی و خلف را می پوشاند کنار سفلی الیاف عضلی مستعرض بطن با عضله اوبلیک در بالای فوحه داخلی قنات مغبن باعث تشکل قوس اپونیوروسیز عضله مستعرضه بطن شده، صفاق مستعرض یک طبقه نسج منظم که در تحت عضلات جدار بطن قرار داشته بعضاً به نام Endabdominal fascia یاد شده که زمین قنات مغربی را ساخته که زیاد تمایل به ضخیم بودن را در این ناحیه داشته اما یک اندازه نازک باقی میماند .

Iliopubic Tract از ادامه اپونیوروزیز عضله مستعرضه بطن و صفاق آن در بالای شیت فخذی بوجود آمده، Crus سفلی، Iliopubic Tract، فوحه سفلی عمیق قنات مغربی ساخته در حالیکه Crus علوی آن توسط قوس عضله مستعرضه بطن ساخته میشود الیویویک ترکت در خلف رباط مغربی قرار داشته که ازبالی اوعیه فخذی عبورنموده و در ant sup iliac spin در لبه داخلی داخل میشود که کنار سفلی برای ترمیم قدامی مهم است آن قسمت iliopubic که در قسمت جنبی ring داخلی داخلی مغربی قرار دارد که سرحد سفلی را دریابین ساخته باید جهت ترمیم فتق به طریقه پراسکوپیک استفاده نشود زیرا Lateral femoral cutaneous در قسمت سفلی Genetofemoral tract قرار دارد.

:Coopers Ligament

توسط پیرویست و صفاق که به امتداد Ramus Sup pubis قرار دارد ساخته شده این ساختمان درخلف Iliopubic tract قرار داشته و کنار خلفی کانال فخذی را میسازد.

کانال مغربی:

قنات مغربی تقریباً 4cm طول داشته و به اندازه 2-4cm در قسمت علوی لیگامنت مغربی قرار دارد، دو فوحه عمیق (داخلی) و سطحی (خارجی) قرار دارد محتوی این قنات سپرماتیک کورد در مرد ها و رباط مدوردر خانم ها میباشد، سپرماتیک کورد مرکب از الیاف عضلات کریماستیر، شریان و ورید خصیوی، شعبه جینییتال از عصب جینیتوفیمورال، Vas deferens، اوعیه کریماستریک، سیستم لمفاوی و Processus vaginalis بوده. عضله کریماسترازسفلی ترین الیاف عضله منحرفه داخلی منشه گرفته ودرقنات مابین مغربی سپرماتیک کوردرامیپوشاند. اوعیه کریماسترشعب اوعیه ایپی گاستریک سفلی بوده که درجدارخلفی قنات مغربی از طریق فوحات مربوطه آن سیرمینماید این اوعیه عضلات کریماسترااروانموده و میتواند تقسیم شوند که باعث Expose شدن زمین قنات مغربی در جریان ترمیم فتق شده بدون آنکه به خصیه کدام آسیب برسد کانال مغربی بصورت سطحی بواسطه صفاق عضله منحرفه خارجی احاطه شده است. عضله منحرفه داخلی و صفاق عضلی، عضله مستعرضه بطن سرحد علوی قنات رامیسازد. سرحد سفلی قنات مغربی توسط رباط مغربی و Lig lacunar تشکیل میشود، جدارخلفی یا فرش کانال مغربی توسط صفاق مستعرضه و صفاق عضله مستعرضه بطنی تشکیل میشود. کنارهای زمین قنات مغربی مثلث Hesselbach رامیسازد. که اوعیه ایپی گاستریک سفلی سرحد علوی وحشی Rectus sheat سرحدانی و رباط مغربی سرحد سفلی آن رامیسازد فتق مستقیم در مثلث Hesselbach در حالیکه فتق

غیرمستقیم مغربی در قسمت وحشی مثلث واقع میشود. گرچه برای فتق های غیرمستقیم مغربی بزرگ و متوسط که با بزرگ شدن فرش قنات رادربرگرفته این غیرمعمول نیست. اعصاب Ilio inguinal و Ilio hypogastric و شعبه جینیتل عصب جینیتوفیمورل اعصاب تلم ناحیه Groin میباشد. شکل (4-42). اعصاب Ilio hypogastric و Ilio inguinal حسییت جلدناحیه Groin، قاعده قضييب و ناحیه Ipsi lateral قسمت متوسط علوي ناحیه ران را تامین مینماید. اعصاب Ilio inguinal و Ilio hypogastric در تحت عضله منحرفه داخلی در قسمت علوي انسي Ant Sup Iliac قرار داشته که در این جابخویی داخل عضله منحرفه داخلی شده و در تحت صفاق عضله منحرفه خارجی قرار دارد. قسمت اساسی عصب Ilio hypogastric در سطح قدامی عضله صفاق عضله منحرفه داخلی، در علوي انسي فوحه داخلی سیر مینماید. عصب Ilio hypogastric دارای شعبات مغربی بوده که با عصب Ilio inguinal تفم مینماید. عصب Ilio inguinal در قنات مغربی در قدام سپر ماتیک کورد سیر نموده و باعث تشکل شبکه در فوحه مغربی سطحی میشود. عصب جینیتل عضله کریماستر جلد وحشی سکروتوم و حشفه هاراتعصیب میکند. این عصب بالای Ilio pubic tract واقع که همراه با او عیه کریماستر بندل و عایی عصبی رامی سازد.

فضای اطراف پریتون (peritoneal space):

محتوی این مسافه عبارت از نسج شحمی، او عیه لمفاوی، او عیه دموی و اعصاب است. اعصاب که برای یک جراح مهم است شامل عصب وحشی فخذی جلدی، و عصب جینیتو فیمورال میباشد. عصب فخذی جلدی وحشی از جذر L2 و L3 بعضاً مستقیماً از عصب فخذی منشه میگیرد. عصب مذکور در سطح قدام عضله Iliac در تحت Iliac fascia سیر نموده و هم تحت قسمت وحشی رباط مغربی را در حذائی Ant. Sup iliac عبور مینماید. عصب مذکور در تحت بعضاً در بین Ilio public tract در قسمت وحشی فوحه مغربی عبور میکند. عصب جینیتو فیمورال معمولاً از جذر L2 یا از L1 و L2 منشه گرفته، در قدام عضله پسواس به دو شعبه جینیتال و فخذی تقسیم میشود. شعبه جینیتل از طریق فوحه عمیق داخل قنات مغربی شده در حالیکه شعبه فخذی در وحشی شریان داخل شیت فخذی میشود. شریان و ورید ایپی گاستریک سفلی شعبات او عیه Illiac خارجی کرده که برای ترمیم فتق به طریقه لپراسکویی بسیار مهم است. این او عیه در انسي فوحه داخلی مغربی سیر نموده که در تحت عضله مستقیمه بطن در تحت صفاق مستعرضه قرار میگیرد، او عیه ایپی گاستریک سفلی یک مشعر خوب برای تفکیک نوعیت فتق میباشد فتق های غیرمستقیم مغربی در وحشی او عیه ایپی گاستریک سفلی واقع شده در حالیکه فتق های مستقیم در انسي این او عیه واقع میشود. Vas deferense در امتداد Peritoneal space از سفلی به علوي و از انسي به وحشی سیر نموده که در حذایی فوحه عمیق مغربی به سپر ماتیک کوردیک جامی شود.

کانال فخذی:

حدود این کانال در قدام Iliopubic tract، در خلف رباط کوپر در وحشی وریدی فخذی بوده، Pubic tubercle زوره مثلث کانال فخذی را ساخته، فتق فخذی در بین این مسافه واقع شده که در انسي او عیه فخذی قرار دارد.

اناتومی جدار قدامی بطن:

اناتومی جدار قدامی بطن نسبت به ناحیه مغربی بسیار ساده و آسان است. عضلات وحشی جدار قدامی بطن از سه طبقه ساخته شده و هر طبقه عضلات با صفاق آن که به صورت مایل با زاویه مختلف یکجا شده و باعث بوجود آوردن يك پکت قوی برای محتوی بطن شده، هر کدام از این عضلات باعث تشکل يك اپونیوروزیز که داخل Linea alba و در قسمت خط متوسط باعث یکجا شدن هر دو طرف جدار بطن شده. عضله اوبلک خارجی قسمت سطحی ترین عضلات وحشی جدار بطن ساخته، در تحت آن عضله اوبلیک خارجی میشود.

الیاف عضله اوبلیک خارجی به طرف سفلی و انسی سیر دارد. مانند که دست ها در جیب می باشد، و در حالیکه الیاف عضله اوبلیک داخلی در تحت آن خلاف حرکت الیاف عضله اوبلیک خارجی قرار داشته. عمیق ترین عضله عبارت از مستعرضه بطن است.

این سه عضله وحشی باعث تشکل طبقات اپونیوروتیک در وحشی رکتوس شده که در تشکل طبقات قدامی و شیت خلفی سهم گرفته امتداد متوسط عضله منحرفه سطحی باعث تشکل پوش قدامی رکتوس شیت میشود در خط متوسط هر دو رکتوس شیت قدامی باعث تشکل Tendinous linea alba میشود. در هر طرف Linea alba عضلات رکتوس بطن قرار دارد، طوریکه الیاف آن به صورت طولانی به امتداد محور طولانی جدار قدامی بطن قرار دارد. در تحت هر عضله رکتوس جدار خلفی رکتوس شیت قرار دارد که در تشکل Linea alba سهم میگیرد یک ساختمان مهم اناتومیک دیگر که در جدار قدامی بطن قرار دارد Arcuate line است که به اندازه 3-6cm پائین تر از سره قرار دارد. که باعث ترسیم ساحه بین شیت خلفی رکتوس در علوی و عدم موجودیت شیت خلفی در سفلی میشود.

اپونیوروزیز عضله اوبلیک خارجی همیشه شیت قدامی رکتوس را میسازد بالاتر از Aponeurosis arcuat line عضله عضله اولیک داخلی در تشکل هر دو رکتوس شیت قدامی و خلفی و اپونیوروزیز عضله مستعرضه بطنی که در خلف عضله رکتوس عبور کرده و شیت خلفی رکتوس را میسازد. در قسمت سفلی Arcuat line، اپونیوروزیز عضله اوبلیک داخلی و مستعرضه بطنی به صورت مکمل در قدام عضله رکتوس عبور کرده. عضله رکتوس بطنی در تحت Arcuat line صفاق عضله مستعرض بطنی در خلف آن یکجا شده که این وضعیت از نظر ترمیم فتق به میتود لاپراسکویی بسیار مهم است.

طبقه بندی:

چندین سیستم طبقه بندی برای فتق مغبنی موجود است. یک سیستم ساده و وسیع طبقه بندی برای فتق های مغبنی Nyhus طبقه بندی است. همچنان هدف آن توسعه دادن با لسان عادی و فهمیدن برای ارتباط دوکتوران و اجازه میدهد تا به شکل مناسب جهت انتخاب تداوی مقایسه شود. این طبقه بندی غیر ممکن و مورد اختلاف است، اکثر جراحان لازم میدانند که فتق ها به واسطه نوع موقعیت و حجم کیسه فتقیه تشریح شود.

تشخیص:

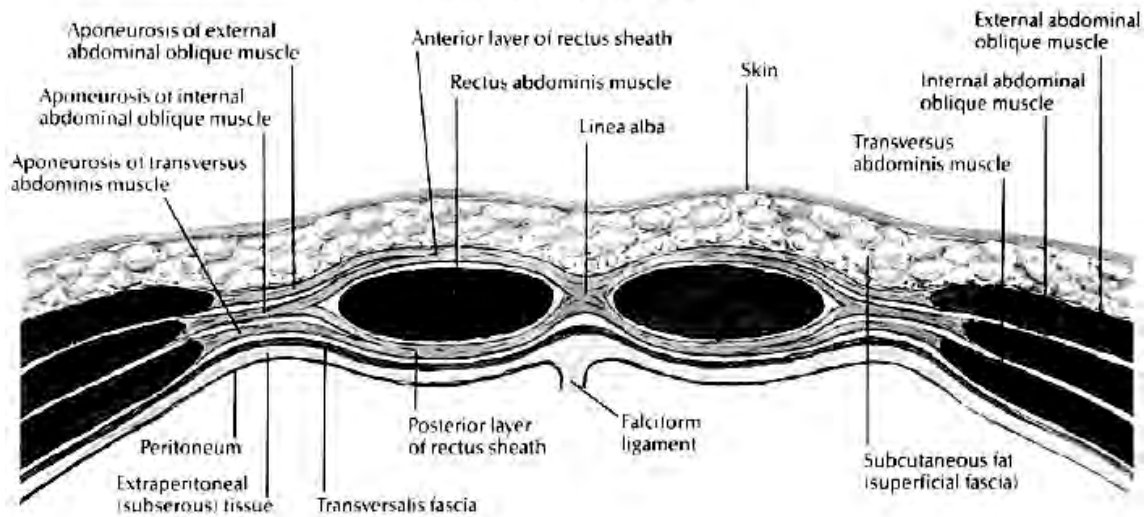
یک پندیده گی یا بلج در ناحیه مغبنی مهمترین علامه در تشخیص فتق های مغبنی بوده که میتواند همراهی درد یا ناراحتی مبهم در ناحیه مغبنی باشد. لکن فتق های مغبنی معمولاً نهایت دردناک نبوده به استثنای حالت که incarceration و اختناق واقع شود. در عدم موجودیت علایم فزیک، دیگر اسباب درد باید جستجو کرد. بعضاً مریضان پارستیزیا در اثر فشار و یا تخریش عصب مغبنی به واسطه فتق می داشته باشد. غیر از فتق میتواند کتلات در ناحیه مغبنی واقع شود. معاینات فزیک می تواند تشخیص تفریقی بین فتق مغبنی و این کتلات واضح کند. ناحیه مغبنی مریضان باید به وضعیت استجاء ظهری و استاده معاینات شود و معاینه کننده باید با چشم بارز ناحیه مغبنی را تفتیش و جس نموده و ناحیه راجهت عدم تناظر، پندیده گی و یا کتله ارزیابی کند. و با اجرا کردن سرفه و مانوره Valsalva میتوانیم فتق تشخیص کنیم.

بکس (۲-۴۲) طبقه بندی فتق های مغبنی	بکس (۳-۴۲) تشخیص تفریقی کتله های ناحیه مغبنی
Type I: Indirect inguinal hernia—internal inguinal ring normal (e.g., pediatric hernia) Type II: Indirect inguinal hernia—internal inguinal ring dilated but posterior inguinal wall intact; inferior deep epigastric vessels not displaced Type III: posterior wall defect Direct inguinal hernia Indirect inguinal hernia—internal inguinal ring dilated, medially encroaching on or destroying the transversalis fascia of Hesselbach’s triangle (e.g., massive scrotal, sliding, or pantaloon hernia) Femoral hernia Type IV: Recurrent hernia A. Direct B. Indirect C. Femoral D. Combined	Inguinal hernia Femoral hernia Hydrocele Inguinal adenitis Varicocele Ectopic testes Lipoma Hematoma Psoas abscess Femoral adenitis Lymphoma Metastatic neoplasm Epididymitis Testicular torsion Femoral artery aneurysm or pseudoaneurysm Sebaceous.cyst Hidradenitis of inguinal apocrine glands

معاینه کننده قسمت تایپ انگشت را بالای کانال مغبنی بصورت متکرر قرار داده معاینه کننده Tip انگشت را بالای قنات مغبنی قرار داده و بصورت متکرر معاینه میکند. در آخر Tip انگشت ذریعه Invagination صفن داخل قنات مغبنی شده تا فتق کوچک تشخیص شود. یک حرکت بلج از وحشی به طرف انسی در قنات مغبنی دلالت بر فتق غیر مستقیم کرده. اگر یک بلج از عمق به سطح از بین زمین قنات مغبنی حرکت کند دلالت بر فتق مستقیم کرده ولی این تشخیص آنقدر مهم نیست به خاطر که ترمیم آنها از عین راه بدون در نظر داشت به نوع آن صورت میگیرد یک بلج اگر در تحت لگامنت مغبنی قرار داشته باشد دلالت بر فتق فخذی کرده. اگر یک برآمده گی در ناحیه مغبنی به واسطه مریض تشریح شود و توسط معاینه کننده واضح نشده باشد یک مشکل به میان آورده مریض باید برای مدت ایستاده یا حرکت کند تا کتله فتقیه که قابل تشخیص و دید نبوده، جس و دیده شود.

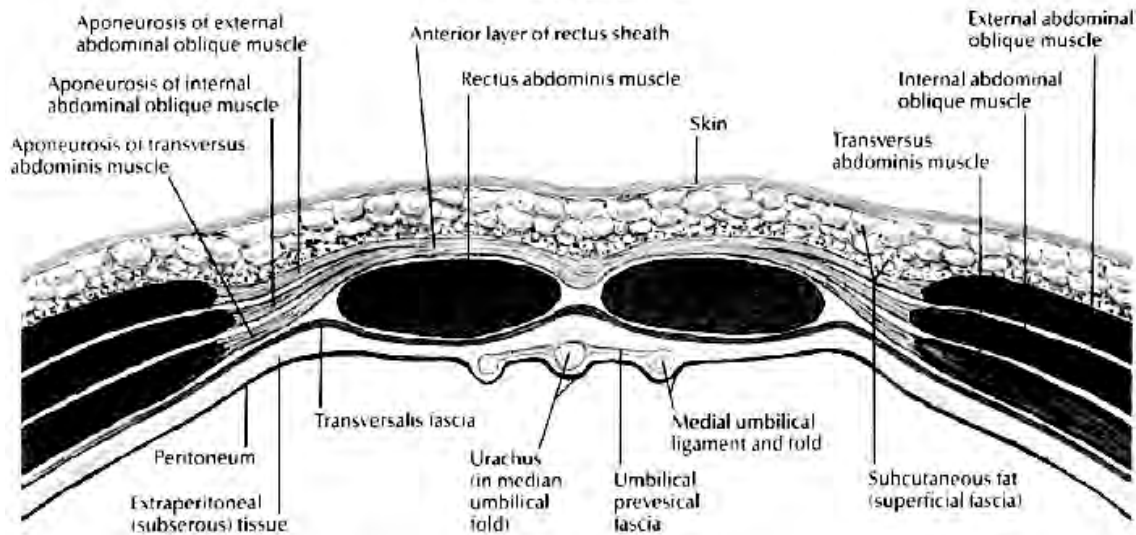
التراسونوگرافی هم چنان میتواند در تشخیص فتق کمک کند که یک درجه بلند حساسیت و وصفی بودن التراساوند در تشخیص فتق مستقیم، غیر مستقیم و فخذی وجود دارد. و همچنان دیگر معاینات مثل (CT) Computed tomography بطن و حوصله میتواند در تشخیص فتق های مخفی و غیر معمولی و هم کتلات غیر وصفی ناحیه مغبنی کمک کند. ارزیابی دیگر فتق های بطنی به معاینه فیزیکی خوب و دقیق ضرورت دارد. مانند ناحیه مغبنی و جداری قدامی بطن که باید برای دیگر فتق ها به وضعیت ایستاده و استجاء ظهري معاینه شود و هم مانوره Valsalva برای معلوم کردن موقعیت و سایز فتق مفید است. معاینات تصویری دیگری که رول بزرگتر را در تشخیص فتق های غیر معمولی جدار بطن بازی میکند.

Section above arcuate line



Aponeurosis of internal abdominal oblique muscle splits to form anterior and posterior layers of rectus sheath. Aponeurosis of external abdominal oblique muscle joins anterior layer of sheath; aponeurosis of transversus abdominis muscle joins posterior layer. Anterior and posterior layers of rectus sheath unite medially to form linea alba

Section below arcuate line



Aponeurosis of internal abdominal oblique muscle does not split at this level but passes completely anterior to rectus abdominis muscle and is fused there with both aponeurosis of external abdominal oblique muscle and that of transversus abdominis muscle. Thus posterior wall of rectus sheath is absent below arcuate line and rectus abdominis muscle lies on transversalis fascia

شکل (5-42)

تداوی غیر جراحی :

اکثر جراحان بعد از دریافت فتق مغبني عملیه جراحی را توسعه میکنند زیرا طبیعتاً فتق مغبني یک تاریخچه بزرگ شدن وضعی همراه با بروز بیشتر Incarceration و اختناق دارد. و همچنان از زیاد وقوع حادثات Incarceration و اختناق موجود میباشد، ولی مریضان که با امراض دیگر تهدید کننده حیات مواجه و از اعراض فتق شاکی اند استثنا موجود است. درینجا کدام مقایسه مستقیم بین عملیات و Observation موجود نیست، خصوصاً در مریضان بدون عرض موجود نیست، چوره بند یا Truss میتواند باعث آرام کردن

اعراض فتق شده و در اروپا زیاد مورد استعمال است اندازه درست و تطبیق درست بسیار مهم است. که نزدیک به 30% مریضان کنترل شده اند.

اختلالات چوره بند اتروفی خصیه، التهاب عصب الیوانگونیال، فخذی و Incarceration فتق توافق عمومی برای این است که فتق فخذی بخاطر متراف بودن با اختلالات خصوصاً اختناق نباید تداوی طبی شود.

تداوی جراحی :

ترمیم قدامی :

ترمیم قدام برای فتق مغبنی زیات مورد استفاده است. Tension free repair حال میتود ستندرد است و درینجا انواع مختلف آن موجود است که از شکل سابقه آن برای فتق های خورد استفاده میشود ولی در تمام میتود های قدامی بعضی تکنیک های معمولی موجود است. ترمیم فتق به شکل باز ذریعه شق مستعرض، خطی و خفیفاً منحنی به اندازه 2-3cm بالاتر موازی به لیگامنت مغبنی شروع شده شق در امتداد انساج تحت الجلدی و Scarpas fascia به امتداد داده شده صفاق عضله منحرفه سطحی و فوچه مغبنی خارجی باید شناسایی شود. صفاق عضله منحرفه سطحی از طریق فوچه مغبنی سطحی شق شده تا کانال مغبنی قابل رویت شود. اعصاب الیوانگونیال و الیو هایپو گاستریک باید تشخیص و موبیلایز شود تا از مجروح و قطع شدن آن جلوگیری شود، کورد سپرماتیک در قسمت Tubercle pubic به واسطه تسلیخ کند و تیز موبیلایز میشود. موبیلایزیشن نادرست کورد سپرماتیک در قسمت وحشی ترین Pubic tubercle باعث اشتباه در تشخیص پلان انساج و ساختمان های اساسی شده، و هم باعث تخریب شدن زمین قنات مغبنی میشود، الیاف عضلی کریماستیراز سپرماتیک کورد مبلایز شده و دیگر ساختمان های کورد جدا شده، شریان و ورید کریماستیر که با عضله کریماستیر در نزدیک فوچه مغبنی یکجا شده جدا و کوتیرایز یا لیگاتور میشوند. اگر فتق غیر مستقیم باشد کیسه فتقیه د عمق عضله کریماستیر و قدام و علوی ساختمان های کورد سپرماتیک قرار دارد. شق عضله کریماستیر به شق طولانی و جدا نمودن آن بشکل Circumferense نزدیک به فوچه داخلی مغبنی در آشکار ساختن کیسه فتقیه غیر مستقیم کمک میکند. کیسه فتقیه به بسیار احتیاط از ساختمان های کورد تحت آن الی فوچه داخلی مغبنی تسلیخ شده، اگر کیسه فتقیه کلان باشد باز و محتوی آن تفتیش شود و اگر کیسه خورد باشد، ضرورت به باز شدن نیست.

بالاخره کیسه در قسمت عنق در سویه فوچه داخل مغبنی لیگاتور شده، و قسمت اضافه برداشته، د اگر کیسه فتقیه کلان باشد، کیسته تسلیخ و الکتروکوتری شده تا لای گیشن آن آسان شود که درین حالت ضرور نیست که قسمت دیستال کیسه فتقیه برداشته شود. اگر کیسه فتقیه قاعده وسیع داشته باشد آسان خواهد بود تا داخل جوف پریتون بیجا شود نسبت به آن که لیگاتور شود، کیسه فتقیه مغبنی مستقیم که از زمین قنات مغبنی بر آمده میتوانیم دوباره در تحت صفاق مستعرض قبل از ترمیم ارجاع کرده لیپوما کورد که از شحم خلف پریتون نماینده گی میکند از فوچه داخل مغبنی تفتق کرده باید سوچر لیگاتور و برداشته شود.

اگر یک فتق Sliding موجود باشد یک قسمت از کیسه فتقیه را پریتون حشوی ساخته که یک قسمت از اعضا خلف پریتون را پوشانیده، معمولاً کولون و مثانه، درین حالت قسمت باقی مانده کیسه را اگر به صورت واضح قابل دید باشد قطع و پریتون دو باره بسته شده، احشاء مربوطه و کیسه دوباره در تحت صفاق مستعرض مانند یک فتق مستقیم ارجاع میشود.

Iliopubic tract repair

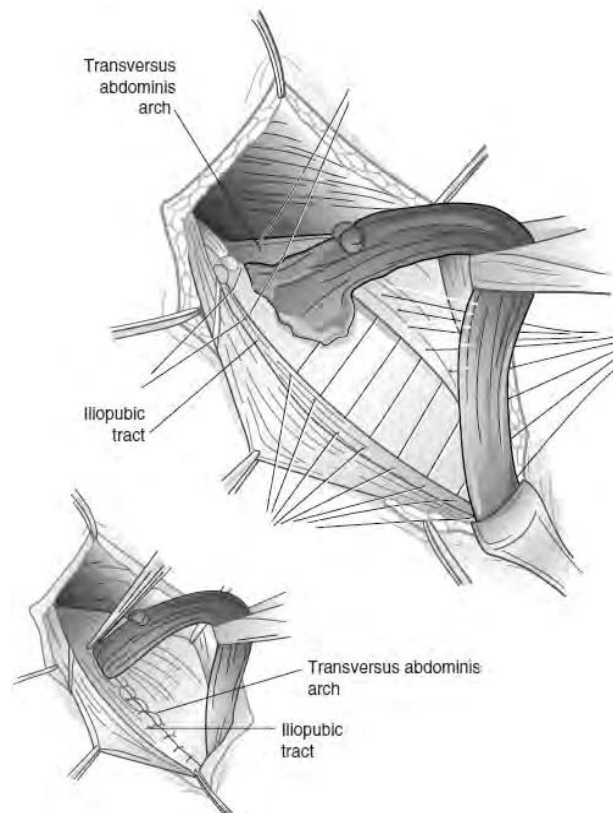
این عملیه ذریعه Condon منحيث یک جزاساسي ترميم اناتوميک فتق شناسايي شده است. این ساختمان در مجاورت قوس اپونیوروتیک مستعرضه بطن در اناتومی نورمال ناحیه مغبني قرار داشته ولی وقتیکه زمین قنات مغبني ضعيف شد از عضله ستعرضه بطني جدا میبشود. در این میتود قوس اپونیوروتیک مستعرضه بطن با iliopubic tract توسط سوچرهای متقاطع نزدیک شده و ترميم مذکور از Pubic tubercle شروع شده و به طرف وحشی الی فوحه داخلی مغبني وسعت یافته درین نوع ترميم ابتداء شق ریلکس استعمال شده ولی حال اکثر جراحان شق ریلکس استعمال نمیکنند.

ترميم به میتود shouldic :

میتود ترميم شولدیس بالاي ترميم چندین لایه بي جدار خلفي قنات مغبني ذریعه خیاطه های دوامدار تاکید میکند. بعد از اجرای شق جدار خلفي قنات مغبني ذریعه سوچرهای Super impose که از عمق به سطح دوام دارد. ترميم میشود سوچر ابتدایی صفاق عضله مستعرضه بطني را بشکل قوسي با Ilio pubic tract وصل میسازد. بعداً عضله منحرفه داخلی عضلات مستعرضه بطني و صفاق آن بارباط مغبني سوچر میشود. میتود شولدیس با فیصدی کم نکس و فیصدی بلند قناعت مریض میباشد. شرح اساسي میتود شولدیس شامل ترميم آن به شکل Stainless steel wire بصورت دوامدار بوده اما امروز این پرکتس ذریعه بعضي ها بواسطه استفاده از انواع دیگر سوچر دایمی صورت میگیرد.

ترميم به میتود Bassini :

درین میتود مستعرضه بطن و قوس اپونیوروتیک مستعرضه بطني یا تیندون مزدوج اگر موجود باشد همراهی رباط مغبني سوچر شده، یک تکنیک مشهور و اساسی برای ترميم فتق غیر اناتوميک و یک شکل بسیار مشهور قبل از ظهور Tension free repairs است.

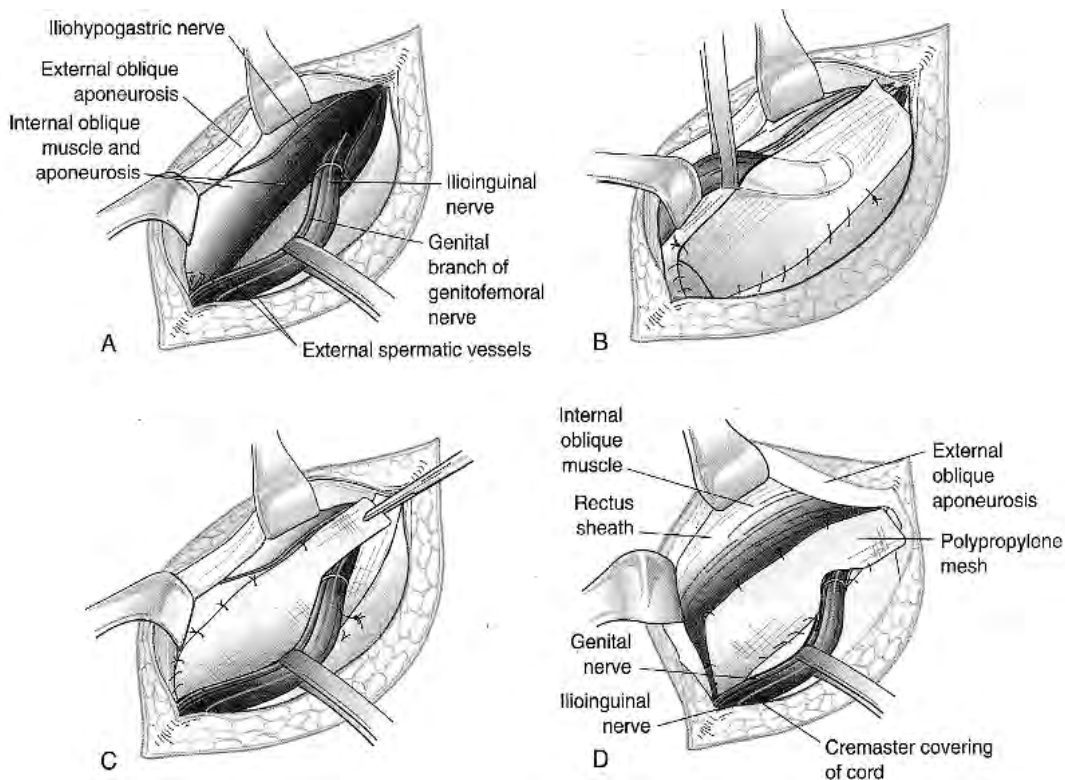


Cooper ligament (MC-VY) Repair

این میتود از سابق مشهور و برای تصحیح فتق های مستقیم مغبنی، فتق های بزرگ غیر مستقیم، فتق های مغبنی متکرر و فتق های فخذی به کار برده شده است. که ذریعه خیاطه های متقاطع غیرقابل جذب کنارصفاق عضله مستعرضه بطني با کوپر لیگامنت نزدیک میشود. وقتیکه به کانال فخذی رسیدیم يك Transition suture به کار برده شده تا لیگامنت کوپر و Iliopubic tract با هم یکجا شود. در وحشی این خیاطه انتقالی اپونیوروزیز مستعرض بطني همراه Ilio pubic tract محکم میشود. يك پرنسیپ مهم درین میتود ضرورت به شق ریلکس است. شق ریلکسینگ به واسطه ریفلکت یا سرچپه کردن اپونیوروزیز اوبلیک خارجی به علوی و متوسط تاشیت قدامی عضله رکتوس اشکار شود. بعداً شق به شکل منحنی به اندازه 1cm بالاتر از Pubic tubercle شروع شده و وسعت پیدا کرده در بین شیت قدامی که نزدیک شود به سرحد وحشی. این کار باعث کاهش کشش در خیاطه یا Suture line و در نتیجه باعث کاهش درد بعد از عملیات و نکس فتق میشود. دیفکت Fascial توسط ختم عضله ریکتوس که باعث محافظت تفتق در ساحة شق ریلکسانت پوش میشود

ترمیم با میتود tention free خوبترین میتود برای ترمیم فتق های مغبنی است. به خاطر که موجودیت کشش و تینشن باعث نکس فتق میشود. تمرین فعلی که در منجمنت فتق بکار برده میشود. استعمال میش مصنوعی ترکیبی است تا دیفکت را پر کند این میتود برای اولین بار ذریعه Lichtenstein وسعت داده شد میش غیر قابل جذب مصنوعی استفاده شده تا کانال را پر نماید و در نهایت دیستال و کنار وحشی میش سوراخ تاسپرماتیک کورد در آن تطابق کند، در بازار اشکال مختلف تجارتي آن موجود است سوچر غیر قابل جذب مونوپایلا مینت به شکل دوامدار که از Tubercle pubic شروع شده و به طول خیاطه در هر دو طرف و به طرف نمائی علوی فوحه داخلی مغبنی و زنب میش ادامه پیدا کرده و میش با نسج اپونیوزیز ورکه بالای عظم Pubic قرار دارد سوچر شده به طرف علوی در امتداد مستعر ضنه بطن یا تیندون مزدوج کنار سفلی و وحشی میش یا سوچر شده همراه Iliopubic tract یا لیگامنت مغبنی در يك نقطه وحشی فوحه داخلی مغبنی سوچر میشود. درین نقطه زنب که ساخته شده.

در اطراف کورد سپرماتیک با هم دیگر سوچر شده و يك فوحه داخلی مغبنی جدید ساخته میشود، و عصب الیوانگوبینال و شعبه جینیتال عصب جینیتوفیمورال همراهی محتوی سپرماتیک کورد از فوحه جدید مغبنی داخلی عبور داده میشود، ترمیم Tention Free میش توسط Lichtenstein، Modified شده، Gilbert راپور داده که استعمال يك پولي پرو پیلین میش به شکل مخروطی (پلگ) در فوحه داخل مغبنی که جدید ساخته شده مانند چتری سرچپه فتق را بسته و ترمیم میکند، این پلگ همراه انساج اطراف آن دوخته و توسط يك پارچه میش اضافی در بالاي آن درجای مناسب گذاشته میشود و این پارچه میش ضرور نیست، توسط خیاطه محکم شود.



شکل (42-7)

و ایجاب زیاد تسلیخ میکند تا فاصله زیاد و کافی بین اوبلیک خارجی و اوبلیک داخلی برای گذاشتن Path بالای قنات مغبنی تولید کند، این میتود patch و plug که توسعه original mesh repair توسط Lichtenstein بوده که یک میتود قابل اجرائی مشهور در ترمیم قدامی فتق بوده همچنان این میتود میتواند به واسطه جراحان با تجربه بدون تثبیت باخیاطه به کار برده شود ولی اکثراً هر دو Plug و Path توسط چندین مونوفیلامینت غیر قابل جذب سوچر مخصوصاً برای زمین مغبنی زیاد ضعیف استعمال گردیده است. یک انتخاب دیگر برای ترمیم Tension free mesh عبارت از میتود preperitoneal که در آن پلی پروپیلین استعمال شده، درین میتود یک جیب برای مسافه قدام پریتون به واسطه تسلیخ کند، ساخته شده و بعداً یک میس پیچ داخل دیفکت فتقیه شده تا ساحه مستقیم، غیر مستقیم و فخذی را پوش کند و پیچ همراه لیگامنت مغبنی موازی گذاشته شده و بدون تثبیت خیاطه بوده و یا با یک Tacking سوچر خورد میتواند به کار برده شود. اطلاعات و معلومات مقایسوی این تکنیک با دیگر میتود ها موجود نیست.

Preperitoneal Repair

طریقه پری پریتونیل باز برای ترمیم فتق های مغبنی متکرر، Sliding Hernia، فتق های مختنق و فتق فخذی استعمال میشود، یک شق مستعرض به طول 2cm بالاتر از فوحه داخل مغبنی الی سرحد انسی رکتوس شیت ادامه داده شده، عضلات جدار قدامی بطن به صورت مستعرض شق شده تا که مسافه قدامی پریتون شناخته شود و اگر اشکار کردن زیاد ضرور باشد، شیت قدامی عضله رکتوس میتواند شق شود و عضله رکتوس به طرف انسی ریترکت شده، انساج قدامی پریتون به طرف علوی ریترکت شده تا که جدار خلفی مغبنی و موقعیت فتق دیده شود.

شریان و ورید ایپی گاستریک سفلی به صورت عمومی در تحت قسمت متوسط شیت خلفی رکتوس قرار دارد و معمولاً لازم نیست تا جدا شود. و طریقه خلفی از موبلایزیشن کورد سپرماتیک و ترومای اعصاب حسی قنات مغبنی جلوگیری میکند. خصوصاً برای فتق های که قبلاً به میتود قدامی ترمیم شده، اگر پریتون شق و

باز شده باشد باید زود تر خیاطه شود تا از خارج شدن احشاء داخل پریتون و داخل شدن آن در ساحه عملیاتی جلوگیری شود.

بعداً صفاق مستعرض و اپونیوروزیز مستعرض بطني تشخیص و همراهی Iliopubic tract سوچر شده در ترمیم فتق فخذی به واسطه این میتود بسته کردن قنات فخذی، ترمیم و محکم کردن لیگامنت کوپر، سپس Prosthetic برای بسته نمودن کانال فخذی خصوصاً در صورتی که فتق بزرگ باشد زیاد استفاده میشود.

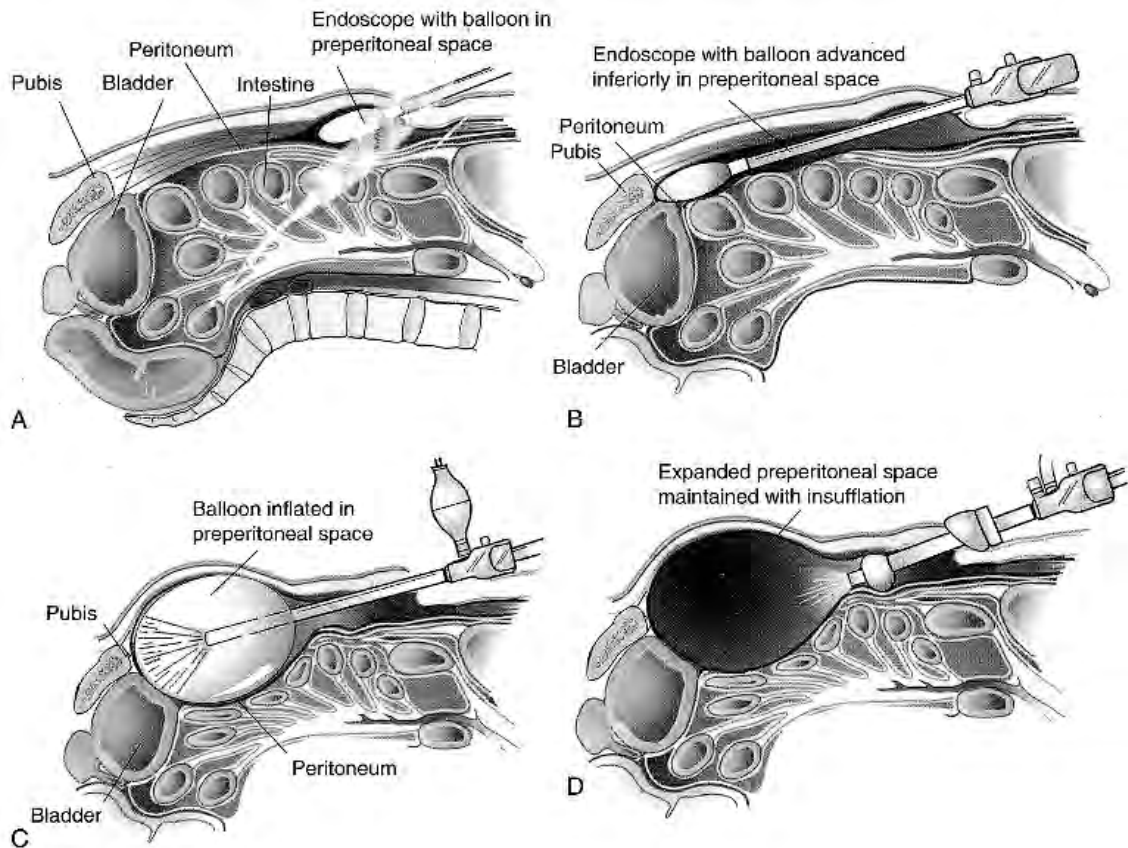
تداوی لاپراسکوپیک:

بکار بردن تکنیک های جراحی بامداخله کوچک برای ترمیم فتق های مغبنی، به Debt موجوده در مورد ترمیم خوب شق مغبنی افزوده است. میتود لاپراسکوپیک برای ترمیم فتق های مغبنی یک میتود دیگر Tension Free mesh repair است که بر اساس میتود Preperitoneal استوار است. استفاده از این میتود باعث زود شفا یافتن، درد کمتر و خوبتر دیدن اناتومی در وقت عملیات و کاهش انتانات جراحی است ولی در نواقص این میتود زیاد وقت گرفتن در اثنای عملیات، چیلنج تکنیک و مصرف زیاد است. و 700 واقعه راپوراز ترمیم لپراسکوپیک فتق های مغبنی راپور داده شده است. توافق عمومی به رهنمایی های که جهت انجام ترمیم فتق به میتود لپراسکوپیک موجود بوده در کنترل Cast کمک خواهد نمود اختلالات آن کمتر از 10% بوده و واقعات نکس آن 0-3% میباشد.

همچنان مباحثه در باره استفاده از لاپراسکوپیک تکنیک موجود است که برای فتق های مغبنی دو طرفه و متکرر مفید است. راپور جدید تائید میکند که میتود Transabdominal preperitoneal و خارج پریتوانی برای ترمیم فتق ها درین اواخر بسیار مشهور است. هر دو تکنیک در حقیقت با هم مشابه است لکن فرق آن در طریقه رسیدن به مسافه قدامی پریتوان است.

ترمیم به واسطه میتود (TAPP) که از مدت زیاد به این طرف استعمال میشود. باعث تولید فلپ پریتوانی شده تا جدار خلفی کانال مغبنی اشکار شود و در میتود TEP رسیدن خوب به مسافه قدامی پریتوانی است، بدون اینکه داخل جوف پریتوان شود. یک شق تحت السروی اجرا شود شیت قدامی ریکتوس شق شده، کنار Ipsilateral عضله رکتوس بطنی به طرف وحشی ریتراکت و توسط تسلیخ کند یک مسافه در تحت رکتوس ایجاد شده و یک Dissecting balloon عمیق در خلف شیت رکتوس داخل شده پیشرفته به طرف Pubic symphysis و منبسط شده در تحت دیدگاه مستقیم لپراسکوپیک وقتیکه باز شد، مسافه باز و مسافه بیشتر هوادار شده و تروکار اضافی داخل میشود.

لپراسکوپ به 30 درجه باعث خوبتر قابل رویت شدن ناحیه مغبنی میشود اوعیه ایپی گاستریک سفلی همراه با قسمت سفلی عضله ریکتوس شناسایی شده و بطرف قدام ریتراکت میشود کوپر لیگامنت باید از ارتفاع عانه به طرف انسی تا ساحه ورید الیاک خارجی صاف شود.



الیوپوبیک ترکت هم چنان شناخته شده زیاد احتیاط شود تا شعبه فخذی عصب جینیتو فیمورال و عصب فخذی جلدي وحشی. طوریکه در وحشی و پائینی iliopubic tract قرار داشته مجروح نشود.

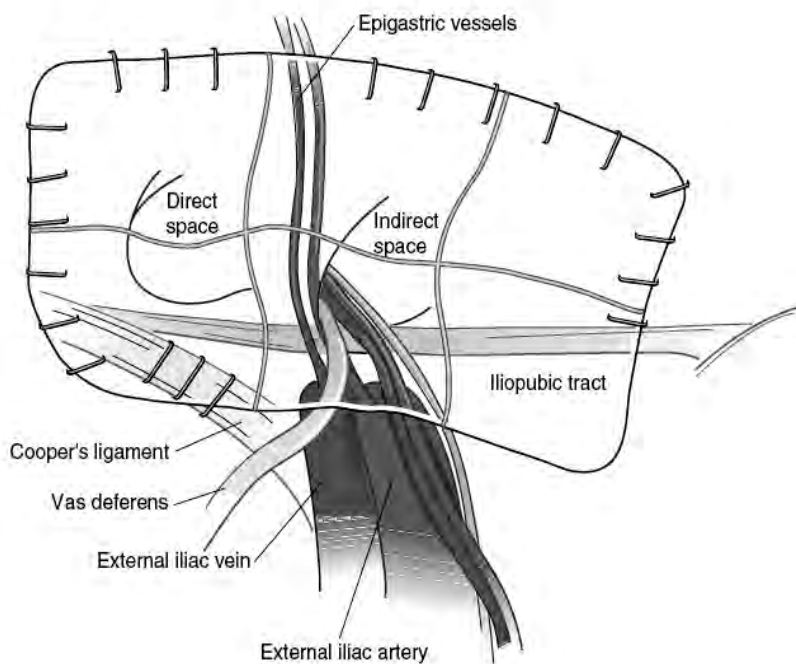
تسلیخ وحشی در Ant. Sup. Iliac spine اجرا شده بالاخره کورد سپرماتیک Skelitonized میشود. کیسه فتق مستقیم همراه باشحم قرب پریتوانی مربوطه که تا به حال ذریعه توسعه فضاي پریتوانی بواسطه بالون ارجاع نشده ذریعه ترکشن ارجاع میشود. کیسه فتقیه خورد غیر مستقیم از ساختمان های کورد جدا شده و داخل جوف پریتوان ارجاع شده و کیسه کلان و بزرگ مشکل است، ارجاع شود. درین حالت کیسه جدا شده به واسطه کوتری نزدیک فوجه داخلی مغربی و قسمت دستال کیسه در جای خود مانده و قسمت قریبه کیسه پریتوانی باید بسته شود، به واسطه Loop ligature تا از پنوموپریتوان جلوگیری شود.

وقتیکه يك فتق ارجاع شود به اندازه 10-15cm يك پارچه از پولي پروپیلین از بین تروکار داخل شده و قات هایش باز میشود و باید فتق های مستقیم، غیر مستقیم و مسافه فخذی را پوش و بالای ساختمان های کورد مانده شده میش به احتیاط به وسیله Tacking stapler همراهی کوپرلیگامینت محکم شده از Pubic tubercle الی External iliac vein، در قدام به عضله رکتوس خلفی و اپونیوروزیز مستعرض بطني به اندازه کمتر از 2cm بالاتر از دیفیکت فتق در وحشی به Ilio pubic tract میش باید وسعت داده شود در تحت Pubic symphysis، سپرماتیک کورد و پریتوان. ولی میش نباید درین ناحیه تثبیت شود و نباید آنقدر در قسمت سفلی و پائین External iliac artery گذاشته شود.

از گذاشتن Staples درین ناحیه میتواند باعث مجروح کردن شعبه فخذی عصب جینیتو فیمورال یا عصب جلدي وحشی فخذی شود و همچنان از گذاشتن Staple در مثلث doom پرهیز شود. که این مثلث محدود شده در انسی توسط قنات دیفیورینس و اوویه سپرماتیک در وحشی اوویه External iliac و عصب فخذی که میتواند مجروح شود.

فتق فخذی:

فتق فخذی در بین قنات فخذی واقع شده این قنات در علوی توسط Ilio public tract در سفلی توسط کوپرلیگامنت در وحشی به واسطه ورید فخذی، در انسی به واسطه اتصال لیگامنت کوپر و Ilio pubic tract محدود شده است. در فتق فخذی يك كتله در پائین لیگامنت مغبنی پیدا شده، بعضی اوقات فتق فخذی بالا تر از کانال مغبنی پیدا شده درین حالت کیسه فتقیه در قسمت سفلی لیگامنت مغبنی در بین قنات فخذی واقع بوده ولی به طرف علوی تمایل دارد فتق فخذی توسط عملیه جراحی یعنی کوپرلیگامنت ترمیم و تداوی شده به میتود قدیمی پریتوان و لپراسکوپیک نیز ترمیم میشود. چیز اساسی در ترمیم فتق فخذی عبارت از تسلیخ کردن کیسه فتقیه و از بین بردن دیفکت در کانال فخذی است. یا به واسطه نزدیک کردن Iliopubic tract به کوپرلیگامنت یا به واسطه گذاشتن میش پروستیتیک تا دیفکت کانال فخذی از بین برده شود. وقوع اختناق فتق فخذی بسیار بلند است، بنا بر این در فتق فخذی Incarcerate حتماً باید محتوی کیسه فتقیه بسیار خوب معاینه شود.



شکل (42-9)

Sliding Hernia

وقتی واقع میشود که یکی از اورگانهای داخلی يك قسمت از جدار کیسه فتقیه را میبناشد بوده لکن نوع احشاء داخلی که زیات مصاب میسازد، عبارت از کولون یا مثانه بوده اکثراً Sliding Hernia از نوع فتق غیر مستقیم مغبنی، فخذی و Direct sliding Hernia نیز میتواند واقع شود خطر

ابتدایی Sliding Hernia تشخیص نکردن محتوی کیسه فتقیه قبل از مجروح کردن آن که امعاء یا مثانه است می باشد. محتوی کیسه فتقیه داخل جوف پریتوان شده و کیسه فتقیه اضافی باید لیگاتور و جدا شود بعد از ارجاع کردن فتق توسط یکی از میتود های فتق مغبنی ترمیم میشود.

فتق های متکرر:

ترمیم فتق های مغبنی متکرر يك چلنج جراحی است و نتیجه آن همراه با وقوعات زیاد تکرارثانوی است. فتق های متکرر تقریباً همیشه ضرورت به استعمال پروستیسیس جهت ترمیم موفقانه دارد. نکس بعد از ترمیم قدیمی فتق، استعمال میش از طریق خلفی و گذاشتن يك پروستیسیس تالی نتیجه خوب میدهد.

فتق مختنق:

ترمیم يك فتق مختنق مشكوك توسط يك فتق مختنق مشكوك رامیتوان به بسیارآسانی به طریقه Peri peritoneal اجراشود. درین میتود محتوی کیسه فتقیه از نظر حیاتییت معاینه شود. فوحه فشار دهنده تشخیص و به احتیاط شق شده تا احشاء داخل کیسه با اورگان های اطراف آن، اوعیه دموی و اعصاب ارجاع شود. اگر ضرورت بود امعاء مختنق برداشته شده و میتوانیم پریتوان باز و ریزکشن را اجرا کنیم بدون اینکه ضرورت به شق تالی باشد.

فتق دو طرفه :

میتود که برای ترمیم فتق مغبنی دو طرفه است عبارت از وسعت دادن دیفیکت فتق ، ترمیم خود بخودی فتق دو طرفه از سابق همراه با سرعت نکس تقریباً دو مرتبه زیادتر نسبت به فتق يك طرفه بوده دوباره تقویه کردن کیسه فتقیه به واسطه استعمال کردن مواد مصنوعی بزرگ (Stoppa repair) یا ترمیم (TEP) لاپراسکوپیک يك تکنیک خوب برای ترمیم خودبخودی فتق دو طرفه مغبنی است. همچنان ترمیم قدامی دو طرفه از شق های جداگانه میتواند استعمال شود.

فتق سروی:

سره متشکل از يك فوحه ثروی خط ابیض که معمول ترین ناحیه برای فتق است در داخل بطن (Teres lig) رباط مدور و ورید Paraumbilical در علوی سره با هم یکجا شده و در انسی رباط سروی که از بقایای Urachus است داخل قسمت سفلی آن شده. فتق سروی در اطفال ولادی و معمولاً خاموش است و تا سن دو سالگی اکثراً خود به خود بسته میشود و آنهائیکه بعد از پنج سالگی ادامه پیدا کند ، اکثراً به واسطه جراح ترمیم شده و اختلالات آن در اطفال غیر معمول است، این فتق در اشخاص افریقایی کمتر است. در ایالات متحده امریکا وقوعات آن 8 مرتبه زیادتر است.

در اطفال سیاه پوست امریکایی نسبت به اطفال سفید پوست امریکایی فتق های سروی در اشخاص کاهل اکثراً کسبی است. این فتق اکثراً در زنان و هم در مریضانیکه فشار داخل بطن زیاد شده باشد دیده میشود مانند حاملگی، چاقی، حین و توسع بطنی.

فتق سروی بسیار معمول است در بین اشخاص که يك Single midline aponeuroic decussation دارد با مقایسه اشخاص که Normal triple decussation fiber الیاف دارد. اختناق غیر معمول است، لکن اختناق و ریچر فتق میتواند در اشخاص که حین مزمن دارد واقع شود. يك فتق سروی خورد و بدون اعراض به اندازه دانه جواری که توسط معاینه کننده دریافت شود ضرورت به ترمیم ندارد. ولی در اشخاص کاهل که دارای اعراض بوده و فتق بزرگ Incarceration جلد بالای آن نازک و یا حین غیر قابل کنترل داشته باشد باید فتق آن ترمیم شود.

ریچر بنفسهی فتق سروی در مریضانیکه حین دارد، باعث پریتونیت و مرگ مریض شده در ترمیم کلاسیک که مورد استفاده است عبارت از ترمیم Vest – Over Pants است که به واسطه Mayo پیشنهاد شده در به کار بردن این تکنیک Imbrication کنار علوی و سفلی صفاق صورت گرفته، ولی به خاطر ازدیاد کشش در پروسه ترمیم امروز استعمال نمیشود.

به عوض آن اگر دیفکت خورد باشد بعد از جدا کردن کیسه از سره بالای آن به صورت ابتدایی بسته شده و اگر دیفکت کلان باشد (3-4cm) باید ، با استعمال میش مصنوعی به شکل يك بریج در دیفکت یا دوباره تقویه کردن دیفکت با خیاطه بسته شده به خاطر که بعضی از اطلاعات پیشنهاد میکند که سرعت نکس واقعات

میتواند با مواد مصنوعی ترمیم کاهش یابد. فتق بزرگتر سروی میتواند با میتود لپراسکوپیک با گذاشتن میش داخل بطن نیز ترمیم شود. این میتود که در دیفکت سروی بزرگ و غیر معمول استعمال میشود میتواند نکس واقعات را کاهش داده و اختلاطات آن را کم میکند.

این فتق (2-3) مرتبه زیادتر نزد مرد ها دیده شده و موقعیت آن بین ذیل خنجرى عظم قص و سره بوده معمولاً 5-6cm بالاتر از سره بوده و مانند فتق سروی، فتق اپی گاستریک زیاد معمول است نزد اشخاص

EPIGASTRIC HERNIA

که Single aponeurotic decussation داشتند. دیفکت آن خورد و اکثراً باعث درد شده از سبب incarceration، شحم قدام پیریتوان که در خارج آن قرار دارد شده و در 20% از مریضان چندین عدد بوده و ترمیم دیفکت صفاق آن مانند فتق سروی Simple closure اجرا میشود.

Incisional and ventral Hernia

به تمام فتق های که روبرو میشویم فتق های Incisional یا Ventral مشکل است، تداوی شود. فتق انسیزنال در نتیجه کشش زیاد و یا شفا نا مکمل يك شق قبلی که اکثراً مترافق با اتانانات جراحی ناحیه مذکور بوده و این فتق با گذشت زمان کلان میشود و مترافق با درد و انسداد امعاء به شکل incarceration یا مختنق میباشد. فکتور های مساعد کننده آن چاقی، سنین پیشرفته، سو تغذی، جن، حاملگی که باعث ازدیاد فشار داخل بطن شده.

چاقی میتواند باعث فتق انسیزنال شده زیرا باعث ازدیاد کشش در جدار بطن به واسطه ازیاد قسمت عمده Pannus ضخیم و کتله بزرگ ثرب شده. امراض مزمن ریوی و دیابت برای انکشاف این فتق فکتور های وخیم کننده است، همچنان بعضی ادویه جات مانند کورتیکوستیروئید، ادویه ضد کانسر، اتانانان ناحیه جراحی، باعث به تعویق انداختن شفای جرحه و ازدیاد خطر بوجود آمدن فتق انسیزنال شده، فتق انسیزنال در 10% واقعات لپراتومی راپور داده شده است.

Ventral Hernia بزرگ میتواند باعث ازبین رفتن دومین بطن و محتوی بطنی دوباره در داخل بطن جابجا نشده، و این دیفکت بزرگ جدار بطن باعث میشود تا به شکل ابتدایی از خاطر ازیمایی امعاء، پک کردن بطن، پریتونیت و لپراتومی متکرر با از بین رفتن دومین بطن بسته نشود، Rigidity طبعی جدار بطن به مخاطره افتیده وعضلات بطن به حالت ریتراکت آمده مشکلات تنفسی نیز بوجود آمده به خاطر که این دیفکت بزرگ جدار بطن باعث حرکات پارادوکسیک تنفسی بطن شده از بین رفتن دومین بطن از سبب ازیما رکودت در سیستم وریدی Splanchnic احتباس ادرار و فبضیت بوجود میآید. ارجاع کردن احشا بیجا شده در جوف بطن در وقت ترمیم باعث ازدیات فشار داخل بطن. Compartment syndrome بطن و عدم کفایه حاد تنفسی شده، ترمیم ابتدایی فتق انسیزنال در صورت که دیفکت خورد تر از 4cm باشد اسان است. اگر دیفکت کلاتتر از 4cm باشد ترمیم ابتدایی باعث نکس آفت شده و باید توسط مواد مصنوعی ترمیم شود.

سرعت نکس آفت از 10-50% بوده ولی با استعمال مواد مصنوعی کمتر شده مواد پروستیک میتواند به شکل يك پچ گذاشته شود تا انساج ترمیم شده تقویه کند و در بین دیفکت صفاق داخل شده و یا به شکل ساندویچ بین پلان های انساج گذاشته شده اشکال مختلف میش های مصنوعی تهیه شده که پولي پروپیلین میش زیادتر استعمال میشود و اجازه میدهد برای نشو و نمای فیروبلاست های طبیعی و یکجا شدن با صفاق اطراف آن که نسبتاً سخت، لیفی و سوراخ دارد است و این بهتر خواهد بود که ثرب بین این میش و امعاء جا بجا شود که وقوعات فستول معایی جلدی را کم کند.

Polytetra Fluoroethylene نیز میتوانیم برای ترمیم و تترال فتق استعمال کنیم. و این شکل میش از دیگر اشکال آن فرق که دراد اینست که نرم، لشم و دارای سوراخ های میکروسکوپی است که تکثر فیروپلاستها در بین این سوراخ ها واقع شده، لکن PTFE برای عبور مایعات اجازه نمیدهد.

برخلاف پولي پروپیلین، (PTFE) همراهی انساج طبیعی یکجا و ترکیب نشده کپسول شدن آهسته آهسته واقع و اتتان نیز در پروسه کپسول شدن داخل شده و قتیکه منتن شود (PTFE) تقریباً همیشه باید برداشته شود. یک ترکیب جدید میش از یکجا شدن پولي پروپیلین و PTFE به شکل دو طبقه تشکیل کرده سطح PTFE برای نگاه سطحی امعا به کار برده شده، و سطحی جانبی پولي پروپیلین با انساج طبیعی صفاق یکجا شده حال مواد مصنوعی جدید که برای ترمیم فتق و تترال استعمال میشود، غیر مصنوعی یا میش انساج طبیعی است. تحت المخاط امعا خوک و انساج انسانی از بقایای درمیس برای ترمیم دیفکت بطني قابل دسترسی است. و تا حال کدام معلومات مقایسوی در باره تاثیر خوب این انساج طبیعی و میش مصنوعی به دسترس ما نیست. استعمال لپراسکوپي برای ترمیم فتق وینترال رو به افزایش است، خصوصاً برای دیفکت بزرگ.

تروکار در وحشی دیفکت فتق گذاشته شده، موقعیت سکوپ و تروکار ثابت نیست بلکه مربوط به اندازه و موقعیت فتق است. محتوی فتق ارجاع شده و التصافات آن آزاد یا لیز شده، سطح ساحه دیفکت اندازه شده و یک توته از میش که چندین سانتی متر بزرگتر از دیفکت است قطع شده میش دور داده و داخل بطن گذاشته شده، و خوبتر خواهد بود در جدار قدامی بطن از طریق شق های جدا گانه قبلاً Mattress suture تطبیق شود و Tacking staples بینی این خیاطه ها گذاشته تا میش را چندین سانتی متر در تحت دیفکت محافظه کند. فواید این میتود عبارتند از زمان زود شفا یابی و کمتر درد بعد از عملیات است. اختلاطات آن مانند میتود باز است. موجودیت فتق وینترال کتلوی یک چلنج خاص است.

میتود جدید که به صورت تدریجی باعث کشش جدار بطن شده استعمال میشود تا باعث اصلاح دومین بطن و بسته کردن آن میشود. و این کار به واسطه داخل کردن مقدار زیاد هوا داخل جوف بطن تا پنوموپریتوان وسیع را تولید کند، انجام داده شده و تکرار کردن توصیه مقدار زیاد هوا اضافه از 3-1 هفته اجازه میدهد برای عضلات جدار بطن تا به قدر کافی سست و بسته کردن ابتدایی دیفکت شود، درین تکنیک معمولاً ضرورت نیست با مواد مصنوعی ترمیم شود.

تقویه کردن جوف بطن بواسطه میش برای اولین مرتبه توسط Stoppa برای ترمیم فتق مغبنی دو طرفه تشریح شد. دیفکت های فتق مغبنی که بست نشده بود. لکن به عوض یک توته بزرگ میش غیر قابل جذب داخل شده در مسافه قدام پریتوان تا قسمت سفلی بطن تقویه کند. این پروسیجر راجع شده مانند Giant prosthetic reinforcement برای (GPRVS) کیسه حشوی و این میتود همچنان برای قفق و تترال کتلوی استعمال میشود. طوری که یک توته بزرگ میش در مسافه خلف عضلی در قسمت بالایی شیت خلفی عضلات رکتوس یا پریتوان گذاشته شده و این مسافه باید تسلیخ شود. در قسمت وحشی هر دو طرف Linea alba برای دیفکت خط متوسط به فاصله 8-10cm در تحت کنار علوی و سفلی میش مصنوعی باید توسعه داده. به اندازه 5-6cm در تحت کنار علوی و سفلی دیفکت و ضرورت ندارد سوچر شود، به خاطر این که توسط فشار داخل بطن در جای خود محکم گرفته شده (قانون پاسکال) و بلاخره با انساج محیط آن ترکیب و یکجا شده. در صورتیکه دیفکت اپونیوروتیک نتوانیم بسته کنیم میش را با سوچر در قسمت وحشی تثبیت میکنیم.

دیگر میتود جدید و انکشاف یافته که برای ترمیم کامپلکس یا و تترال دیفکت بزرگ استعمال میشود تکنیک جدا گانه و ترکیبی است و این میتود به شکل جدا گانه قسمت وحشی طبقات عضلی جدار بطن را اجازه میدهد تا افزایش یابد. بسته کردن ابتدایی صفاق در قسمت خط متوسط اکثراً امکان پذیر است و ضرورت داخل کردن میش را از بین

برده، شق های ریلکس اپونیوروزیز اوبلیک خارجی وحشی نیز ضرور است بالای طبقات اپونیوروزیز اوبلیک داخلی و مستعرض بطنی اجرا شود. این تکنیک نزد مریضانی که لپراتومی به خاطر کنترل نقصان اجرا شده یا دیفکت کلان فتق موجود باشد اجرا میشود.

فتق های غیر معمول:

Spigelian Hernia

عبارت از فتق است که در بین Spigelian fascia واقع شده طوری که ترکیب شده از طبقات اپونیوروتیک بین عضله رکتوس در انسی و semilunar line در وحشی. تقریباً تمام فتق های Spigelian در پائین خط Arcuate قرار دارد. عدم موجودیت صفاق خلفی رکتوس در ضعیفی این ناحیه کمک کرده، این فتق اکثراً inter parietal است. طوری که کیسه فتقیه در خلف اپونیوروزیز اوبلیک خارجی قرار دارد. اکثر فتق های Spigelian خورد است با قطر 1-2cm و در دهه 5-7 حیات انکشاف میکند. مریضان که اکثراً از درد موضعی ساحه بدون يك پندیدگی شاکی است. به خاطر که فتق در تحت اپونیوروزیز اوبلیک خارجی قرار دارد. برای تشخیص آن التراسوند و CT بطن مفید است. این فتق باید ترمیم شود زیرا خطر Incarceration از سبب عنق باریک آن زیاد است و موقعیت فتق قبل از عملیات باید علامه گذاری شود و از بین اپونیوروزیز اوبلیک خارجی اجرا شده. کیسه فتقیه باز الی عنق آن آزاد و تسلیخ که بعداً قطع و یا Invert شده و دیفکت بسته شده به شکل مستعرض به واسطه خیاطه ساده عضله مستعرضه و عضله مایل بطن ترمیم و بسته شده به تعقیب آن بسته کردن اپونیوروزیز اوبلیک خارجی صورت گرفته اگر دیفکت بزرگ باشد به واسطه میش مصنوعی ترمیم شده و نکس آن غیر معمول است.

Obturator Hernia

کانال Obturator از يك جا شدن عظم پوییک و ایسکیوم ساخته شده این کانال توسط يك غشا پوشیده شده که توسط عصب اوبتوراتور و اوغیه آن سوراخ شده. ضعیفی غشا اوبتوراتور میتواند باعث بزرگی کانال و تشکل کیسه فتقیه شده که باعث Incarceration و اختناق امعا شده و نزد مریض شواهد فشار عصب اوبتوراتور موجود میباشد که باعث درد در قسمت انسی ران شده تقریباً نصف از مریضان فتق اوبتوراتور با انسداد معایی مکمل یا قسمی یکجا بوده و توسط CT (How ship Romberg sign) بطن میتوانیم تشخیص را تأیید کنیم در صورت که ضرورت باشد.

طریقه خلفی یا باز یا لپراسکویی میتود ترجیح داده شده که توسط این میتود کمک مستقیم با فتق میشود. مریضانی که امعا آنها در مخاطره باشد باید ترمیم باز قدام پریتون شود. بعد از ارجاع کیسه فتقیه و محتوی آن و هم اگر شحم قدام پریتون داخل کانال اوبتوراتور موجود باشد نیز ارجاع شده، عصب اوبتوراتور به بسیار احتیاط محافظه و بعداً Obturator foramen توسط سوچر یا پارچه خورد میش مصنوعی ترمیم شود و در ترمیم آن احتیاط شود تا عصب اوبتوراتور. و اوغیه مجروح نشود.

Lumbar Hernia

این فتق میتواند ولادی یا کسبی باشد و در ناحیه قطنی خلف جدار بطن واقع شده فتق که در بین مثلث علوی قطنی است (Grynfelt's triangle) زیات معمول است. مثلث علوی قطنی محدود شده به واسطه ضلع دوازدهم عضلات پاراسپاینال و عضلات اوبلیک داخلی. و فتق که در بین مثلث سفلی (Petit's triangle) Lumbar واقع شده کمتر معمول است. این مثلث محدود شده به واسطه Iliac crest، عضله Latissimus dorsi و عضله اوبلیک خارجی ضعیفی در صفاق Lumbodorsal باعث

برآمدن شحم خارج پریتهوانی و کیسه فتقیه شده، فتق قطنی برای Incarceration آماده نیست. ترمیم قناعت بخش آن به واسطه سوچر از خاطر کنار عظام متحرك مشکل است ولی ترمیم آن به واسطه میش مصنوعی بهتر است. در آنجا معمولاً صفاق کافی بالای عظام موجود است تا میش بالای آن گذاشته شود.

Inter parietal Hernia

این فتق نادر است زمانی به وجود می آید که کیسه فتقیه در بین طبقات جدار بطن واقع شود این فتق اکثراً در شق های قبلی واقع شده، فتق Spigalian تقریباً همیشه Interparietal است. اکثر مریضان اختلاطی فتق انتریپاریتال

با انسداد معایی همراه بوده CT بطنی در تشخیص کم میکند.

فتق انتریپاریتال در صورت که بزرگ باشد معمولاً برای بستر کردن آنها به میش مصنوعی ضرورت است و اگر این عملیه آماده نباشد یک تکنیک جداگانه مرکب به کار برده شده تا برای نسج طبیعی زمینه مساعد ساخته و دیفکت را بسته میکند.

Sciatic Hernia

فوحه بزرگ سیاتیک میتواند موقعیت برای تشکل فتق باشد. این فتق ها نهایت غیر معمول و مشکل است تشخیص شود اکثراً بدون عرض بوده تا وقتیکه انسداد معایی بوجود آید. عرض عمده آن موجودیت یک کتله ناراحت کننده در ناحیه الیوی یا Intragluteal بوده درد عصب سیاتیک نیز موجود میباشد. ولی فتق های سیاتیک نادراً باعث نورالژی سیاتیک شده و اگر اشتباه انسداد معایی یا اختناق موجود باشد مداخله داخل پریتهوانی ترجیح میدهد، محتوی فتق به بسیار احتیاط ارجاع شده، میش مصنوعی معمولاً برای ترمیم آن ترجیح میدهد.

از طریق الیوی نیز میتوانیم استفاده کنیم. اگر تشخیص فتق واضح و یا فتق قابل ارجاع باشد و مریض آماده باشد یک شق بالای کتله فتقیه در کنار خلفی Trochanter major اجرا شده، عضله Gluteus maximas باز و کیسه دریافت شده کنار های عضلی دیفکت توسط سوچر های متقاطع دوباره نزدیک شده یا دیفکت توسط میش از بین برده میشود.

Perineal Hernia

این نوع فتق در اثر موجودیت دیفکت ولادی و یا کسبی بوجود می آید که غیر معمول میباشد. این نوع فتق ها بعد از Abdomino perineal resection و پروستاتیکتومی عجانی دیده میشود. کیسه فتقیه پروتروود شده از بین دیپراگم حوصلی، شکل ابتدایی فتق عجانی نادر است. زیادتر در اشخاص مسن و زنان که چندین ولادت کرده دیده میشود و بطور مخفی بزرگ شده اعراض آن مربوط پرکتله ازوتروژن بین دیفکت بوده که در حالت نشستن و ایستاده شدن وخیم شده. یک برآمده گی اکثراً با جس Bimanual از طریق معاینه مقعدی مهبلی تشخیص شده. ترمیم آن از طریق بطنی یا شکل مرکب بطنی و عجان صورت میگیرد. یعنی وقتیکه محتوی کیسه ارجاع شد دیفیکت خورد توسط سوچر غیر قابل جذب بسته شده و در صورت که دیفکت کلان باشد باید توسط میش مصنوعی ترمیم گردد.

اختلاطات :

درینجا اختلاطات زیاد موجود است که مربوط به ترمیم فتق است. بعضی آنها اختلاطات عمومی است که مربوط به بعضی امراض و تاثیرات انسستیزی است. و همچنان درینجا اختلاطات تکنیکی نیز موجود است که مستقیماً مربوط به ترمیم ناحیه است و مربوط تجارب جراح خصوصاً ترمیم فتق های متکرراست. در فتق های متکرر ندبه عملیاتی

زیاد و اناتومی مغلق موجود بوده که در وقت عملیات، شناخت ساختمان های مهم مشکل است. این است دلیل اساسی که چرا در فتق های متکرر از روش های مختلف استفاده میشود.

انتانات ساحه جراحی :

خطر انتانات جرحه عملیاتی بعد از ترمیم باز فتق های مغبنی در حدود 1-2% است و در ترمیم لپراسکوپیک کمتر است، آنها عملیات های پاك است و خطر انتانات مربوط به امراض ابتدایی مریض است. اکثراً به این موافق است که بعد از عملیات فتق به صورت روتین ادویه انتی میکروب به شکل وقایوی ضروری نیست. ولی مریضان که با امراض مهم مبتلا است میتوانیم به خاطر وقایه قبل از عملیات سیفازولین 1-2g داخل ورید در مدت 30-60 دقیقه قبل از اجرا کردن شق توصیه شده و یا 600mg Clindomycin وریدی، اریترومایسین 250mg iv توصیه شده که تنها دوز واحد انتی بیوتیک ضرور میباشد.

گذاشتن میش مصنوعی ازدیاد خطر انتان را زیاد نمیکند، و خطر انتان میتوانیم با تکنیک درست عملیات آماده کردن جلد توسط انتی سپتیک مناسب برای عملیات و برداشتن موی ساحه عملیات کاهش یابد، ولی مریضان که انتانات قبلی شق فتق، انتانات مزمن جلد، یا انتانات وسیع ناحیه دارد، خطر ازدیاد انتان موجود است و این انتانات باید تداوی شود قبل از عملیات انتخابی.

جدول (1-42) اختلاطات بعد از 4114 ترمیم فتقها بواسطه میتود Shouldic :		
% مریضان	No.	اختلاطات
0,58	24	انتان جرحه
0.43	18	هماتوم
0.07	30	آمبولی رپوی
0.02	1	خونریزی
0.16	25	اسکیمپا
0.34	14	اتروفی خصبه

جدول (2-42) اختلالات بعد از 867 واقعه فتق که توسط لاپراسکوپیک ترمیم شده	
اختلالات	NO(%)
درد گزری، ناحیه مغبنی	30(35)
درد دوامدار ناحیه مغبنی	14(1.6)
درد گزری، Leg	29(33)
درد دوامدار Leg	11(13)
درد خصیه گزری	8(0.9)
سپروما / آسپیریشن موجود نیست	21(2.4)
هما توم	13(1.5)
درد خصیه دوامدار	5(0.6)
التهاب خصیه / التهاب بربخ	8(0.9)
هاپروسپل	8(0.9)
اتتان incisional	2(0.2)
اتتان prosthesis	1(0.1)
ترانزکشن وازا دپفبر نس	1(0.1)
مجموع	148/160 فتقها (17.1)

مجروح شدن عصب (Nerve Injuries) :

مجروح شدن اعصاب در عملیات فتق مغبنی يك اختلاط غير معمول است و مجروح شدن آن در اثر ترکشن، الکتروکوتیر، ترانسیکشن و فشار به وجود می آید. استعمال میش مصنوعی در اثر عکس العمل التهابی باعث تشوش حسیت میشود. اعصاب که در جراحی باز فتق اکثراً مجروح میشود عبارت از ایوانگونیال، برانش جینیتال، عصب جینیتوفیمورال و ایو هیپوگاستریک است. در اثنای عملیه لاپراسکوپیک اعصاب که متاثر میشود عبارت اند از عصب جینیتوفیمورال و فخذی جلدي وحشی و نادراً جذع عمده عصب فخذی در اثنای جراحی بازو یا لاپراسکوپیک مجروح میشود.

نورالژی گذری میتواند بوجود آید ولی معمولاً خود بخود در مدت چندین هفته بعد از عملیات از بین رفته، نیورالژی دوامدار معمولاً به شکل درد و هایپرستیزیا در ناحیه عملیاتی نیز بوجود آمد اعراض آن اکثراً به واسطه جس بالایی نقطه که عصب حسی زیر فشار است، دیده شده که قطع کردن عصب حسی معمولاً باعث Numbness ساحه ماوفه شده.

طرق مختلف برای منجمنت نورالژی بعد از عملیات تشریح شده و اینها شامل انالجزیک، بلاک کردن عصب به واسطه انسستیزی موضعی، تنبه برق از طریق جلد و ادویه مختلف مریضان که Nerve entrapment syndrome یا عصب زیر فشار باشد بسیار خوب توسط اکسپلوریشن دوباره یا نوریکتیومی تداوی شده و هم برداشتن و دور کردن میش نیز ضرور است. مجروح شدن عصب در لاپراسکوپیک به واسطه نماندن Staples یا Tacks در تحت قسمت وحشی Ilio pubic tract کمتر شده، اگر عصب زیر فشار باشد دوباره عملیات و Tack یا Staple برداشته شده.

التهاب خصیوی اسکیمیک:

این نوع اوریشیت در اثر ترومبوز ورید ریوی خورد plexus pampiniform که داخل سپرماتیک کورد است بوجود آمده و در نتیجه احتقان وریدی خصیه ها بوجود آمده که باعث پندیده گی و Tender آن 5-2 روز بعد از عملیات شده، این پروسه برای 6-12 هفته دوام کرده و باعث اتروفی خصیه شده Orchedectomy نادراً ضرورت است. وقوعات اسکیمک اورشیت میتواند کاهش یابد در صورت که از تسلیخ غیر ضروری سپرماتیک کورد پرهیز شود. ولی وقوعات آن میتواند ازدیاد یابد به واسطه تسلیخ قسمت دیستال کیسه پریتنوی بزرگ، با استفاده از میتود قدامی در فتق های متکرر و یا برای پتالوژی سپرماتیک کورد درین حالت میتود خلفی را ترجیح میدهد.

مجروح شدن Vas Deferens و Viscera:

مجروح شدن وازادیفرینس و احشاء داخل بطن غیر معمول است، و مجروح شدن آن زیادتر در Sliding ing Hernia دیده شده زیرا شناخت موجودیت احشا داخل بطن در کیسه فتقیه مشکل است. هم چنان میتواند وازادیفرینس بیجا شده باشد. در فوچه مبعنی بزرگ شده قبل از اینکه داخل سپرماتیک کورد شود درین حالت باید وازادیفرینس تشخیص و محافظه کنیم.

فتق های متکرر:

سرعت نکس فتق ها متفاوت است، ولی میتواند کمتر از 3-1% بعد از یک دوره 10 ساله مراقبت شود اکثر فتق های ترمیم شده بعد از دو سال نکس میکند. به صورت عموم نکس فتق کمتر است با Tension free repair و زیاد است با ترمیم اناتومیکی. و نکس فتق معمولاً مربوط به فکتور های تخنیکی است. مثلاً کشش زیات در وقت ترمیم، فتق فراموش شده، عدم توانایی در موجودیت کافی کنار های عضلی اپونیوروزیزدر وقت ترمیم و سائز نادرست. میش در گذاشتن آن نکس فتق همچنان در عدم کفایه بسته کردن فوچه داخلی مبعنی وسیع بوجود می آید. دیگر فکتور های که باعث نکس فتق شده عبارت است از فشار بلند داخل بطن به صورت مزمن، سرفه مزمن، انتانات عمیق جرحه و تشکل مقداری کمی الیاف کولژن در جرحه.

نکس آفت زیادتر در مریضان فتق مستقیم دیده شده، معمولاً زمین قنات مبعنی نزدیک Pubic Tubercle در بر گرفته، طوریکه Suture line tension زیاد باشد، لذا به کار بردن شق ریلکسینگ در صورت که کشش زیاد موجود باشد در ترمیم ابتدایی فتق مفید و از نکس آفت جلوگیری میکند.

برای ترمیم موفقانه فتق های متکرر ضرورت به میش مصنوعی اکثرراً موجود است، انتخاب میتود خوب (معمولاً خلفی)، از تسلیخ نسج ندبوی پرهیز شود، دیفکت به صورت صحیح دریافت و هم ارجاع فتق باعث کاهش وقوعات اختلاطات، خصوصاً اسکیمیک اوریشیت و مجروح کردن عصب الیوانگوینال شده. نکس فتق بعد از ترمیم میش مصنوعی ابتدایی مربوط به بیجا شدن پروستیزیس یا استعمال پروستیز با سائز نا مناسب بوده نکس آفت میتوانیم با استعمال پروستیز تالی به طریقه های مختلف تداوی کنیم.

ترمیم به میتود Shouldic که قبلاً تشریح شده سرعت نکس آنها کمتر از 2% است و این کمترین سرعت نکس واقعات فتق است که بدون میتود Tension free به کار برده شده، مطالعات جدید Meta analysis که از راپورهای 58 به صورت مقایسوی داده شده، ترمیم تکنیک میش مصنوعی با تکنیک غیر از میش تقریباً 60% نشان دهنده کاهش در نکس واقعات که با میش ترمیم شیده به میان آمده و همچنان راپور که داده شده از لاپراسکوپیک و میتود باز که میش استعمال شده کدام تفاوت در سرعت نکس فتق دیده نشده، نکس واقعات زیادتر در فتق متکرر معمول است و زیادتر ارتباط دارد به کوشش

و توجه در وقت عملیات. واقعات دوباره نکس- زیادتر بین %4-5 بوده Tension free و ترمیم میش
سرعت واقعات ترمیم دوباره برای واقعات نکس تقریباً %60 کاهش داده نسبت به میتود های سابقه.

:Quality Of Life

رهنمایی خوب عملیات فتق از نظر کیفیت عبارت از درد بعد از عملیات و دوباره شروع کردن به کار است.
Tension free و لاپراسکوپیک میتود کمتر دردناک است. نسبت به ترمیم بدون میش -و هم میتواند زودتر به کار شروع
کند.

<p>تشوشت انال کانال تشوشت زمین حوصله امراض معمولی سلیم مقعدی</p>	<p>امراض غیر معمولی سلیم مقعدی نومورها</p>
---	---

تشوشت کانال انال:

کانال انال میتواند موقعیت آفات نادر باشد. بسیاری آفات که ازین ناحیه منشه گرفته، بسیار معمول و سلیم است، لکن میتواند زنده گی روزمره مریض را متاثر سازد و به صورت غلط تشخیص و تداوی شود. لذا فهمیدن درست اناتومی و وظیفوی، فزیولوژی کانال انال و زمین حوصله برای تشخیص صحیح آفات این ناحیه و تداوی آن کمک بیشتر میکند.

اناتومی:

انال کانال قسمت دیستال کانال هضمی بوده که طول آن 4cm از اسباب فوحه انوریکتل شروع الی قسمت جلد موی دارحوافی انال ادامه پیدا کرده. کانال انال در خلف عظم عصص در جوانب Ischiorectal Fossa و محتوی آن در قدام نزد خانم ها عجان و مهبل، در مرد ها توسط احلیل احاطه شده است. استرکانال انل وعضلات که خواص مهم دارد. که با ساختمان های زمین حوصله یک جادرتنظیم واقترارپروسه تغوط فعالته سهیم هستند.

استرکردن کانال مقعدی:

اپتیلیوم که کانال انال را فرش کرده در سطح مختلف تفاوت دارد. خط و صفحه دنداننه دار (Pectinate) Dental از Anal Valves ساخته شده که از نظر اناتومی قسمت Cephalad یا پروکسیمال کانال انال را ساخته را دارد و توسط مخاط انودرم فرش ده، قسمت پروکسیمال مخاط کانال انال به شکل Corrugated یا چین دار به تعداد 12-14 ستون های مورگانی را که در بین هر کدام آنها کریپت قرار دارد ساخته شده و در بین هر کریپت، غدوات انال باز شده که طبقه تحت مخاط عبور کرده داخل معصره داخلی و بالاخره به Intersphincteric Plane خاتمه مییابد.

انتانات این ساختمان های Cryptoglandular باعث تشکل فستول و به ناحیه Dentate line ارتباط پیدا کرده. مخاط قسمت علوی کانال انال مانند رکتیم توسط اپتیل استوانوی گلابی فرش شده در حالیکه مخاط ناحیه دیستال Dentate line خائف و توسط اپتیل هموار که سرحد بین موی و غدوات است فرش شده. فرق بین فرش ستونهای مخاطی مقعدی و خشت فرشی مقعدی بسیار مهم است. به طور مثال امراض که مخاط رکتیم متاثر ساخته مانند کولیت قرحوی میتواند داخل ساحه انتقالی لیکن تا ناحیه دیستال Dentate نرسیده.

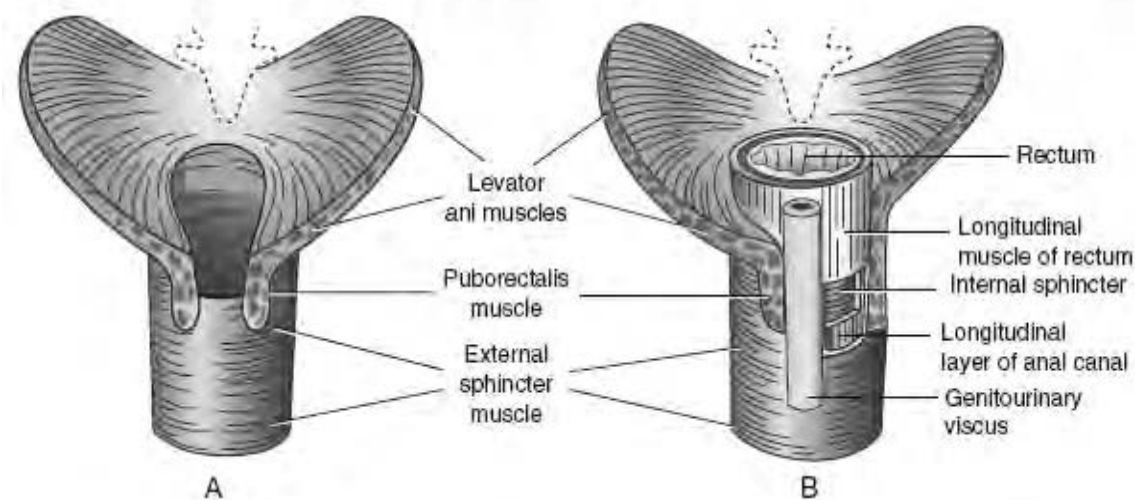
کانسر در قسمت پروکسیمال خط Dentate (ادینو کارسینوما) و در قسمت دیستال Squamous یا Cloagenic بوده، حوافی مقعدی وصف نورمال با غدوات اپوکراین داشته که در انتانات این ناحیه Hidradenite متقیح بوجود آمده و همچنان این ناحیه از نظر حسیت خصوصاً مداخله جراحی واقعات

انورکتوس اهمیت زیاد دارد. مثلاً هیموروئید داخلی که توسط Rubber Band Ligation بدون انستیزی موضعی تداوی شده و هم برداشتن هیموروئید خارجی برای انستیزی موضعی جلد پیری انال ضرورت دارد.

عضلات انال کانال :

عضلات کانال انال با جهاز معصروی قسمت نهایی عضلی طرق معدی معایی را ساخته که به شکل دو ساختمان تیوب مانند بالای یک دیگر واقع بوده، قسمت داخلی آن ادامه عضلات ملسا حلقوی رکتوم بوده که باعث تشکل معصره داخلی شده، 1.5cm پائین تر از Dentate line و کمی در علوی معصره خارجی قرار داشته (Inter Sphincter Groove).

قسمت خارجی آن ادامه شیت عضلات مخطط که باعث تشکل زمین حوصله شده و مرکب از عضله لیواتور انی، عضله پوبورکتالیس و معصره خارجی بوده.



شکل (49-1)

معصره خارجی به شکل بیضوی که کانال انال و معصره داخلی را فراه گرفته (Engulf) و در پائین با قسمت تحت الجلد ختم شده. دو قسمت دیگر آن به نام سطحی و عمیق یاد شده که به شکل ساختمان واحد عضلی به طرف علوی به نام عضلات پوبوریکتالیس و لیواتور انی ادامه پیدا کرده. معصره خارجی، Bulbospongiosus و عضلات مستعرض عجان در قسمت مرکزی عجان با هم یکجا و باعث تشکل Perineal body شده. عضلات لیواتور انی به شکل قیف مانند قسمت اعظم زمین حوصله را ساخته و الیاف آن در دو طرف جسم عجان پروستات یا مهبل را احاطه کرده.

معصره داخلی توسط سیستم عصبی اوتونومیک تعقیب شده و غیر ارادی است. در حالیکه معصره خارجی توسط شعبه سفلی رکتوم، عصب Internal Pudendal و Perineal Branch چهارم عجزی تعصیب شده، ارادی است.

فزیولوژی :

فزیولوژی کانال انال و زمین حوصله مغلق است و میتوانیم وظیفه آن توسط مانومیتتر، دیفیوگرافی، Evacuability Testing و الکترومیوگرافی ارزیابی کنیم. وظیفه اساسی کانال انال تنظیم فعل تغوط و نگهداری تونیسیتی آنست.

توانمندی کنترل فعل تغوط مربوط هم آهنگی وظایف حسی، فعالیت های عضلی مقعد، تون و قدرت تخلیوی رکتوم، فعالیت عضلی زمین حوصله، غلظت، وهمزمان حرکات کولونی تغوطی متاثر شدن یکی از وظایف فوق باعث عدم کنترل غایبی شده.

کانال انال که دارای طول 4cm بوده در وقت Squeezing یا فشار معصره خارجی طویل و در وقت زور زدن کوتاه شده (Resting pressure) تون که قسمت زیاد آن مربوط معصره داخلی بوده (90cm آب) که نزد زنان و اشخاص مسن نیست به مردان و اشخاص جوان کمتر بوده. و این ناحیه فشار بلند باعث ازدیاد مقاومت در مقابل عبور مواد غایبه شده فشار Squeeze به واسطه تقلصات معصره خارجی انال و عضله پوبورکتالیس اضافه از دو چند فشار داخل کانال انال Resting Pressure شده و ازدیاد این فشار برای یک دقیقه دوام کرده و در نتیجه تنها Squeeze فشار باقی مانده که از لیکاز و یا موجودیت محتوی رکتوم در قسمت پروکسیمال کانال انال در یک وقت نامناسب جلو گیری کرده. میکانیزم اساسی آن بوجود آوردن تفاوت فشار بین رکتوم (6cm آب) و کانال انال (90cm آب) بوده.

زاویه انوریکتل که به واسطه کشش قدامی عضله پوبوریکتل بوجود آمده در محیط رکتوم فوچه انوریکتل ساخته و از عدم کنترل غایبی جلو گیری کرده. این زاویه به شکل فلاپ والو عمل کرده که مانند معصره وظیفه انجام داده. حساسیت انوریکتل باعث تشخیص خصوصیات محتوی امعا (گاز، مایع، جامد) و آشکار ساختن ضرورت عبور مواد مذکور از ناحیه که دارای رستپورهای حسی بوده (جدار عضلی رکتوم و یا عضلات (زمین حوصله) می باشد. ولی این حساسیت بعد از پروکتیکتومی و الیوانال انستوموزیز ادامه پیدا کرده که دلالت بر موجودیت این رستپورها در زمین حوصله کرده. جهت تشخیص محتوی امعا که به کانال انال رسیده، معصره داخلی باید ریلکس و رکتوم متوسع و متقلص شود. که بنام ریکتل انل Inhibitor عکسه یاد میشود. این عکسه شامل نیورون های نهیه کننده Myentric plexus میباشد که معصره داخلی راتعصیب میکند و اعصاب Intra moral و نیوروترانسmitter میباشد استرخواوه معصره داخلی انل سبب آوردن محتوی ریکتوم به تماس موکوزاحساس درقنات انل پروکسیمال میگردد. که قابل شناخت است. فکتورهای دیگری که مهم است شامل ریکتل Compliance تون و ظرفیت، پر بودن و خالی بودن ریکتوم، حجم مواد غایبه و غلظت آن میباشد.

کتنوري	ميکانيزم	اسباب عمومي
وظیفوي	ايمپکشن غايطي، توسع معصره داخلي مقعدي اسهالات، ترازيت سريع باحجم زياد.	تشوشات زمين حوصله (مشکلات در ريلکس کردن معصره در اثناء تغوط) Irritable bowel سندروم، اسهالات انتاني و ميتابوليک، ډيمانس، سيکوزس، آلودگي زياد
ضعيفي معصروي	جرووحات عضلات معصروي مجروح شدن عصب پوديندل مجروح شدن سيستم عصبي مرکزي	ترضيضات نسايي ولادي، تصادمات ترافيکي، اجسام اجنبي ترضض نسايي ولادي، نيوروپتي محيطي ډيابيټيک، مولتي پل سکليروزس، ايديوپټيک جرووحات ترضضي سپاينل کورد، سپينا بيفيد، CVA، مولتيپي پل سکليروزس
از بين رفتن حسيت	جرووحات اعصاب موصله: پر بودن رکتيم احساس نمي کند.	نيوروپتي ډيابيټيک، مجروح شدن سپاينل کورد

ارزيابي تشخيصه مقعدي :

ارزيابي سيستمیک امراض انوريکتال شامل تاريخچه دقيق ، معاینات فزيکي کانال انل و معاینات لبراتوراري ميباشد.

تاريخچه :

اعراض مهم شامل خونريزی، درد، ديسچارج (مخاطی، قيحي، غايطي) و تغير عادات معايی ميباشد. همچنان فهمیدن در باره امراض که شخص به آن مبتلا بوده، تداوی تاريخچه فامیلی تمايل به خونريزی و مواجهه با سفر و تماس های جنسی نیز ضرور ميباشد.

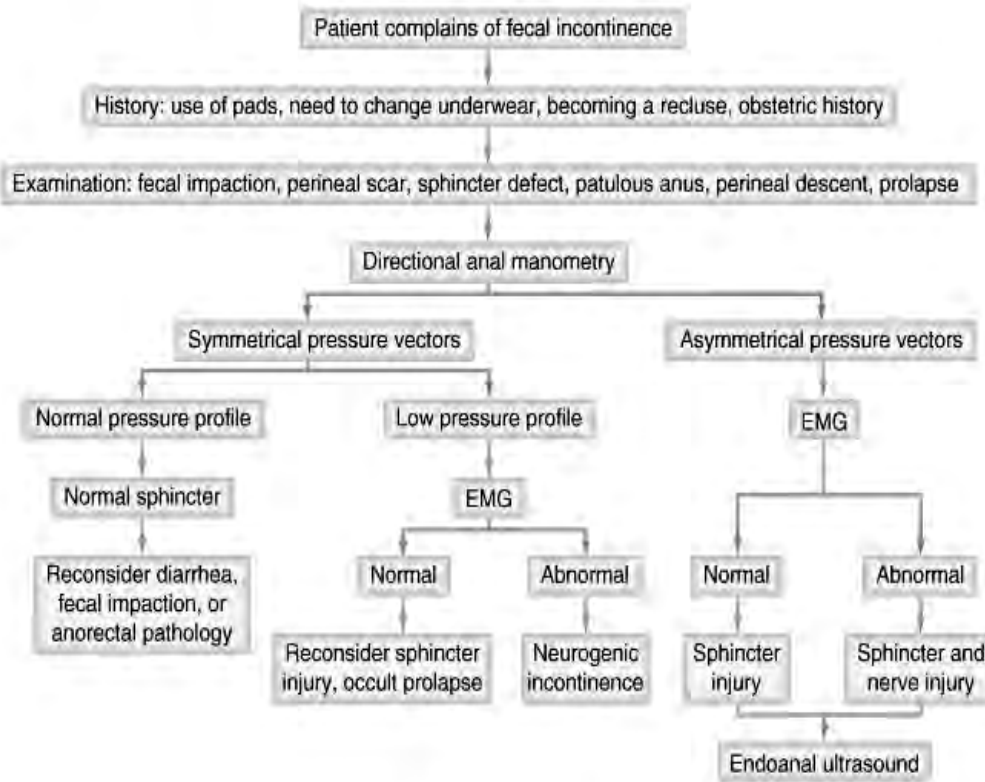
خونريزی يک عرض بسيار مهم آفات سليم و خبيث مقعدي و امعای غليظه است. فهمیدن نوع خونريزی برای تفریق امراض انوريکتال و امعا غليظه کمک ميکند. نوعيت خونريزی که تاريخک ياسرخ روشن است و يا مترافق با علقات، خونريزی مخلوط با غايطه و يا جدا از آن بوده، خونريزی به شکل قطرات بالاي Toilet Bowel يا تنها در کاغذ تشناب ظاهر شده.

خونريزی که به شکل قطرات، جدا از مواد غايطه و سرخ تازه بوده معمولاً مربوط به هيमوروئيد داخلي بوده. خون بالاي کاغذ تشناب ميتواند در امراض هيمورائيد کوچک ديده شود ولی ميتواند در فيسور مقعدي نیز موجود باشد. علقات يا ميلانا دلالت بر آفات کولون و خونريزی پروکسيمال کرده گرچه تاريخچه دقيق خونريزي سبب خاص خونريزي پيدا کرده ميتوانيم برای تشخيص آفات شديد طور مثال کانسر بايد متمرکزت زيات هميشه در ارزيابي قسمت قريبه امعاده شود و اين مخصوصاً وقتي توسط معاینات نتوانيم منبع خونريزي دريافت کرده بتوانيم خيلي مهم است. وقتي که مريض از نظر سن و تاريخچه فاميلي مساعد به کانسر باشد و وقتي که مريض بعد از تداوي منبع خونريزي جواب ندهد بايد قسمت پروکزيمل امعا ارزيابي شود. درد کانال انل که در جريان تغوط و يابعد از تغوط دفعتاً خون پيدا شود و شديد باشد بطور عموم مربوط انال فيسور ميباشد. درد که با تغوط ارتباط داشته يانداشته باشد و در طبيعت Throbbing باشد اکثراً در آبسي

و تخلیه نادرست فیستول دیده میشود و دردها که با تغوط ارتباط نداشته باشد اکثراً در Proctalgia fugax و Levator ani syndrome دیده میشود حالت که در آن یک دوره کوتاه درد (20-30min) که اکثراً در شب پیدا میشود و بالا رفتن و با Warm bath (نشستن در آب گرم) و یا با ماساژهای دیگر آرام میشود. تغییر در (Change ascertain) در عادات تغوط یا Bowel لازم است. که عادت Bowel سابقه را تفتیش کنیم، در حقیقت قبضیت در افراد مختلف به حالت مختلف دیده میتوانیم. و این ضرور است که بدانیم که شروع این حالت حادث است یا مزمن برای تعیین دوره معاینات

معاینات فیزیکی :

Left Lat Position یا Prone Jack Knife Position برای ارزیابی مقعدی مساعد است. با تفتیش و در روشنی معاینات دیگر نیز اجرا شود خوب میتوانیم معاینه تگ های جلدي، تخریش، سکار، تغییر رنگ جلد پیری انال انجام دهیم. مقعد Patulous یا وسیع دلالت بر عدم کنترل و پرولپس کرده. در وقت تفتیش زور زدن برای موجودیت هیمورئید، ریکتل پرولپس در زنان که چندین ولادت کرده زیاد کمک میکند. و مقعد بر آمده دلالت بر Descending Perineum Syndrome کرده.



Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (2-49)

معاینه جس معقدی با انگشت اشاره (Lubricated) به بسیار احتیاط داخل کانال انال شده که معاینه کننده موجودیت یک کتله، اندوریشن، تضیق، تون و اندازه کردن فشار Squeeze معصره مقعدی، در مرد ها پروستات نیز جس شده. در خانم ها جداری خلفی مهبل به قدام تیله شده تا موجودیت ریکتوسیل اشکار شود. وقت ارزیابی مقدماتی تکمیل شد، معاینات پروکتوسیگموئیدو سکوپي بعد از آماله و آماده کردن مریض برای دیدن ناحیه انوریکتم قناعت بخش است، دیدن علائم مقدم التهاب مخاطی، احمرار، گرانولهای شکنند و حتی قرحات و بعضی آفات مانند پولیپ، کارسینوما به آسانی تشخیص میشود نیز دیده شده. در صورت مشکوک بودن کدام ناحیه یا کتله میتوانیم بیوپسی بعد از اجازه مریض گرفته و جهت معاینات

هستوپیتالوژی فرستاده تا تشخیص مریضی تأیید شود. بعد از کشیدن سکوپ میتوانیم در ناحیه انورکتال مقعد پرولپس مخاطی هیموروئید، فیسور، پولیپ و آفات دیگر مشاهده کنیم. انوسکوپ نیز میتوانیم به عین مقعد استعمال کنیم. دیگر معاینات از قبیل باریوم انیما، سیگموئیدوسکوپی، کولونوسکوپی و مواد غایطه خصوصاً که اسهالات اتناتی یا امراض جنسی انتقالی (STD) موجود باشد نیز انجام داده. معاینات خصوصی دیگر از قبیل مانومتری، دیفیوگرافی، الکترومیوگرافی میتواند برای عدم کنترل انوریکتال، قبضیت یا دیگر تشوشات زمین حوصله التراسونوگرافی و MRI نیز قابل استعمال است.

تشوشات زمین حوصله:

Incontinence:

لوچه سریری:

در حالت نورمال فعل تغوط تحت کنترل و اداره شخص بوده ولی در عدم کنترل غایطی اکثراً فعل تغوط تحت اراده و کنترل نبوده دارای انواع مختلف بوده. برای تشخیص وسعت وطبیعت مریضی با True incontinence از Minor incontinence تشخیص تفریقی شود.

در شکل حقیقی Incontinence: ضایع شدن مکمل مواد غایطه جامد موجود بوده.

در **Minor Incontinence:** مریض از لکه شدن به واسطه Seepage یا Urgency شاکمی بوده. Seepage یا تراوش مخاط از هیموروئید پرولابی یا از افرازات زیاد ویلوس پولیپ بوجود آمده، ارجنسی از سبب کولایت یا پروکتیت بوجود آمده.

Overflow Incontinence: از سبب ایمپاکشن غایطی بوجود آمده. امکان دارد با عدم اقتدار مغالطه شود که بعد از T.Incontinence بوجود میآید و شدت مریضی کنترل شود. باید اتتفاخ، مایعات و مواد غایطه سخت معلومات داشته باشیم و همچنان تاثیرات آن بدوش زندگی و فعالیت هاداشته باشیم.

عدم کنترل غایطی دارای اسباب مختلف بوده و باید اسباب ممکنه و امراض Gastro enterite در تاریخچه مریض پالیده شود از قبل موجودیت دیفیکت در معصره بعد از ترخیص عملیات هیموروئید، فیسور، فستول، توسع زیاد کانال انال، ترخیصات ولادی که یا به صورت مستقیم در اثر پاره گی و ترمیم Episiotomy یا غیر مستقیم که عصب پودیندل در اثنای ولادت زیر کشش آمده. اسباب دیگر مانند شعاع، امراض ابتدایی انال، اشخاص مسن و نوروجنیک نیز باعث این آفت شده. و در اسباب نیوروجنیک اروپایی خصوصی نیوروجنیک باید اجرا شود. مرتبط امراض معدی معایی بطور مثال اسهال میتواند امراض Continenace را Aarevate (تشدید) میکند. در معاینه فزیک Resting Tone ضعیف، پائین بودن فشار Squeez، مقعد متوسع، موجودیت سکار، دیفیکت، Kelyhole ابنورمالیتی، دریافت شده. همچنان دیگر آفات از قبیل پولیپ هیموروئید نیز دریافت شده با معاینه اندوسکوپی تشخیص پروکتیت، ایمپکشن غایطی، کولیت، ریکتل پولیپ نیز دیده شده. مانومتری انال در تشخیص متاثر شدن و وظایف معصره داخلی و خارجی کمک کرده، اندوانال التراسوند در تشخیص موجودیت دیفیکت های ولادی کمک کرده. الکترومیوگرافی در تشخیص منشه آفت که اناتومییک یا نوروجنیک است کمک می نماید. و همچنان Monometry در تشخیص امراض مخفی Occult کمک میکند و Pudental nerve tendinal motor latency testing برای شخص ترمیم خوب و کامیاب استعمال میشود.

تداوی :

طبی :

درین تداوی کوشش میشود که ترانزیت آهسته و ازدیاد غلظت مواد غایطه، تصحیح غذا تمرینات معصره نیز اجرا شده ولی نتایج این طریقه محدود است. Bio Feedback ترینگ برای تقویه کردن عضلات انال و اصلاح کردن حساسیت ناحیه نیز به کار برده شده، خصوصاً در مریضان که ضعیفی عمومی موجود بوده و کدام دیفیکت اناتومیکی قابل ترمیم موجود نباشد. ازین تداوی نتایج مختلف بدست آمده. از Bio Feedback قبل از عملیه جراحی و بعد از ترمیم نیز استفاده میشود. همچنان از شیاف و اماله آب گرم روزانه استفاده میشود. و این یک طریقه دیگر غیر عملیاتی است که در آن تنظیم تخلیه رابه حداعظمی میرسانیم که در آن Accidental elimination به حداصغری میرسد و قتیکه Rectum درین Evacuation خالی باشد.

جراحی :

تعداد زیاد میتود های جراحی به خاطر اصلاح کردن عدم کنترل غایطی موجود است که شامل ترمیم مستقیم معصره به کار بردن معصره مصنوعی و کولوستومی است. برای ترمیم دیفیکت اناتومیکی از Overlapping sphincteroplasty استفاده شده طوری که نهاییات عضلات جدا شده تسلیخ، دو باره نزدیک و خیاطه شده.

Fecal Diversion درینجا ضرور نیست تنها در حالت که یک ساحه وسیع را در بر گرفته باشد یا Extenuating circumstance انجام داده خطر و فیات درین میتود کم است و نتایج عملیات از 50-68% بوده ولی ترمیم مستقیم در دیفیکت قدیمی معصره از سبب ترخیصات ولادت که باعث اصلاح عدم کنترل غایطی شده نتایج خوب در 59% در مریضان توقع برده شده. برای دیفیکت غیر ترخیصی از ترمیم Postanal استفاده شده به خاطر که نتایج این نوع ترمیم کمتر از 35% بوده.

از انجام دادن عملیه Anal Encirclement مانند Thiersch wire یا دیگر مواد مصنوعی منصرف شده و به عوض آن معصره مصنوعی و یا معصره مقعدی عضلی جدید استعمال شده مترافق با آن تنبیه. عصب عجزی به کار برده شده.

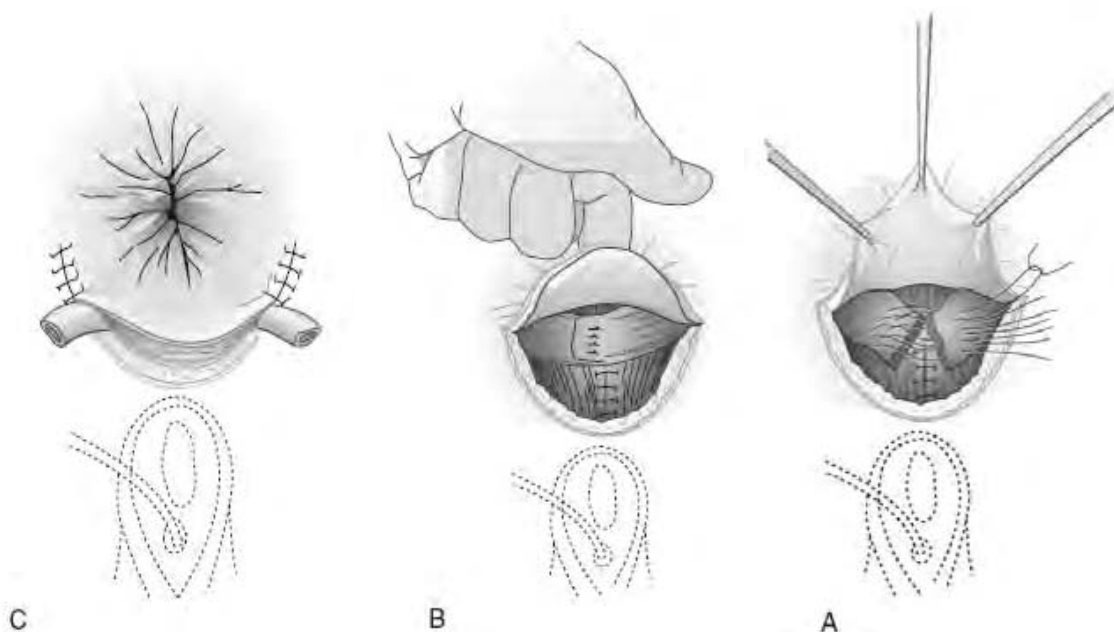
نتایج ابتدایی از این رسیده گی هامفید است. درواقعات نادر دیده میشود که یک مریض دوباره عدم اقتدار مبتلا شود و به تداوی طبی و جراحی رجوع کند که در آن حالت End colostomy قابل قبول است.

پرو لپس رکتوم :

پتوژنی و لوحه سریری :

پرو لپس رکتوم یا Procidentia عبارت از بر آمدن Full thickness Eversion جدار رکتوم از بین مقعد است. اسباب آن مبهم بوده و یک مریضی غیر معمول است ولی زیادتر در نزد خانم ها، کسانی که زیاد زور میزند یا کسانی که تشوشات مزمن دماغی دارد دیده میشود. حاملگی و ولادت مهم نیست، زیرا آفت میتواند در نزد مردان و خانم های که هیچ ولادت نه کرده باشد نیز دیده میشود. مطالعات که زیات تایید میکند پرو لپس رکتوم از سبب تغلف است. Ingolding رکتوم و رکتوسگمویید است. طوری که تغلف پیشرفت میکند قسمت Intususception بتدریج جدار علوی رکتوم را از اجزای Mooring وحشی () کش میکند این تسلسل فشار امعا (Bowel) را از داخل به خارج Roll میکند تا اینکه ابتداء رجنکشن Mucocutaneous و بالآخره جدار رکتوم بصورت مکمل Everd (سرچپه) میشود این فتوق پیشرونده میتوانیم تشریح کنیم. چرامیزانتر

سگموئید دراز می‌شود، Caldesac عمیق به نظر می‌رسد و عضلات از بین حوصله به شکل پیشرفته ضعیف می‌شود این دریافت هادرپرولیپس رکتوم اسباب آن شمرده می‌شود اکثر این نتیجه یک پروسه طویل و تدریجی پرولیپس رکتوم بوده



شکل (3-49)

در صورت پیشرفت تفلف، قسمت Intussuseptum به صورت آهسته قسمت علوی جدار رکتوم را از عجز و Lateral mooring بیرون رانده که به اثر زور زدن دوامدار امعا کوشش میکند که قسمت اتصال مخاطی جلدي ابتدایی بیرون تپله کند که بالاخره جدار رکتوم به صورت مکمل Evert شده. پیشرفت این حادثه اینرا واضح می‌سازد که چرا بعضی مریضان پرولیپس مخفی داشته و چرا می‌زاتر سیگموئید طویل بوده، Cul-de-sac میتواند عمیق باشد و عضلات زمین حوصله به شکل پیشرفته ضعیف شده که تمام این‌ها در اسباب آفت مذکور شامل بوده و هم گفته میتوانیم که تمام پروسه مذکور در نتیجه پرولیپس تدریجی رکتوم بوجود آمده.

اعراض پرولیپس مقعدي مبهم بوده و اعراض پرولیپس در ابتدا مبهم بوده میتواند شامل ناراحتی و یا احساس تخلیه نا مکمل رکتوم در اثنای تغوط، تاریخچه طولانی قبضیت و هم از زور زدن زیاد شاکی بوده، وقتیکه پرولیپس مکمل باشد پروتروژن رکتوم به شکل یک کتله در اثنای تغوط و یا بعد از تغوط قابل ذکر است. مریضان که پرولیپس مخفی دارد، احساس فشار و احساس تخلیه نا مکمل یگانه عرض آن میباشد.

ارزیابی قبل از عملیات :



Copyright © 2004, Elsevier.

در ارزیابی قبل از عملیات درباره وسعت پرولیپس زیاد تاکید شده، صحت عمومی مریض، موجودیت بعضی تشوشات معایی مانند قبضیت و اختلاط مانند عدم کنترل تغوط که بالای ستراتیژی عملیات تاثیر کرده، در تاریخچه مریضان اضافه از نصف آنها قبضیت و عدم کنترل غایبی داشته مشاهده کردن مریض در وقت زور زدن بالای کمود وسعت و موجودیت پرولیپس را آشکار ساخته که در شکل مکمل پرولیپس تمام طبقات رکتوم بیرون و Concentric Ring نیز دیده شده. در (اشخاص مسن)

مریض‌هایی که امراض مترافقه که ریسک بلند دارند و یا محدودیت زندگی باشد پروسیجر Perineal مناسب است و در اشخاص جوان خصوصاً که قبضیت و یا تشوشات تعوط داشته برای ریزکشن و تثبیت بهترین شیوه است که توسط Open یا لپراسکوپي اجرا میشود.

قسمت سفلی طرق معدی معایی در صورت که ایجاب کند باید معاینه شده در اندوسکوپي، سرخی قرحات بالای مخاط میتواند دیده شود. و یا یک قرحه به اندازه 6-8cm در قدام دیده شود.

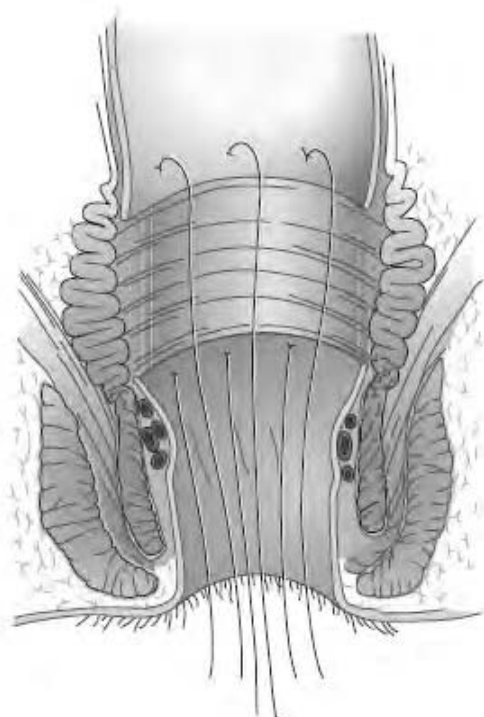
در مانومیتري موجودیت زیان در معصره و اینورمالتی حرکات مربوط عصب پودندال دارای ریسک بلند بعد از عملیات عدم اقتدار تعوط بوده، دیفیکوگرافي موجودیت وسعت پرولپس، قبضیت و تشوشات ترانزیت آشکار میسازد.

تداوی جراحی:

دو میتود عمومی برای تداوی جراحی رکتل پرولپس استعمال میشود: طریقه Perineal که در آن Delorme و Altemier شامل است. و رسیدگی دومي Abdominal approach میباشد. رسیدگی Perineal ارزان مگر تکرار در آن زیاد میباشد به این خاطر این طریقه برای مریضانی که ریسک با خطر بزرگ عملیاتی و در آخر عمر میباشد و طریقه بطنی برای مریضان جوان و صحت مند مناسب میباشد بخاطریکه این مریضان تحمل این پروسیجر را دارد و خطرشان نیز کم و تکرر مریضی نیز کم دیده میشود.

۱. پرسیجر Perenial:

- در میتود Delorme: پروکتکتومی مخاطی و تثبیت عضلی شکل (5-49) به کار برده شده. و این برای مریضان که 3-4cm پرولپس داشته به اندازه 15cm تیوب مخاطی شان ریزکت شده، زیادتر در اشخاص کاهل و سن بلند مورد استفاده بوده که سرعت و فیات آن کم و موربیتی آن 1-14%. عدم اقتدار غایبی در 69% مریضان اصلاح شده و نکس پرولپس غیر معمول نیست.



- میتود Altemier : مشابه Delorme بوده، درینجا تمام طبقات رکتل ریزکشن شده که به اندازه 1-2cm بالاتر از Dentate Line شروع شده، امعا و میزاتر آن نیز ریزکت شده از سبب که داخل جوف حوصله شده مجروح ساختن امعا رقیقه باید پرهیز شود. بعد از ریزکشن انستوموزیز انجام داده. مریضان که عدم اقتدار غایبی دارد لیواتور پلاستی همراهی ریزکشن اجرا شده و نتیجه آن مانند میتود Delorme بوده.

۲. پروسیجر بطنی:

انتخاب یا Option بطنی شامل ریزیکشن امعا و Rectopexy با ویابدون میس باشد که به تنهایی یک پروسیجر ویاهر دو اجرا میشود. در این پروسیجر

تحریکیت مکمل ریکتوم ضرور میباید. Debat exist که آیا Stalk وحشی نگهداشته شود. نگهداشتن Stalk نتایج عالی و وظیفوی دارد مگر با خطر بزرگ تکرریا Recurance همراه میباید. رکتوم تا سطح Devator مویلازمیشود. واگر ریزکشن واستموز اجرا میشود باید در قسمت علوی رکتوم اجراشودنه در سفلی تا که این خطراختلاط استموز را کم میکند یا میسازد. Rectopexy بطرف انساج Presacral اجرا میشود تا رکتوم نگهداشته شود. ریزکشن همای Rectopexy در این دو عملیه Recurrence بسیار کم 5-9% دیده میشود و بسیار محافظانه اجرا میشود، مصابیت و وفیات کم بدون ریزکشن امعای غلیظه اجرا میشود. قبضیت در نصف مریضان بهتر میشود و عدم اقتدار در اکثریت مریضان بهتر میشود. در بعضی مراکز Rectopexy همراه بامیش یک پروسیجر خوب شمرده میشود. که از خطرات ریزکشن و اناستوموز جلوگیری و Recurrence بصورت عموم کم میباید. اختلاط شده میتواند که دیده شود از سبب موجودیت جسم اجنبی اعراض قبضیت اکثراً شدید دیده میشود. پروسیجر بطنی توسط لپراتومی معیاری و تکنیک لپراسکوپیی اجرا میشود. نتایج بهبود بعد از عملیات توسط لپراسکوپیک ریزکشن همای Rectopexy بسیار زود دیده میشود. وهمچنان مصابیت، وفیات، نکس و بهبودی و وظیفوی در پروسیجر لپراسکوپیک و جراحی بازیگسان میباید.

عدم اقتدار غایبی و Bio Feedback:

عدم اقتدار غایبی که در نتیجه کشش مزمن بوجود آمده میتواند سبب ماوف دوامد ار عصب بودندال شده یا نشده. د ر بسیاری مریضان اصلاح عدم اقتدار غایبی بعد از ترمیم پرولپس دیده نشده. رول Bio Feedback برای تداوی عدم اقتدار غایبی د وامد ار بعد از عملیات و جلوگیری از پرولپس متکرر در مریضان که تشوش و وظیفوی زمین حوصله داشته و یا تماس زیاد به طرف زورزدن د ارد ثابت نیست. و برای مریضان مفید است که بدون تهاجم بوده.

ریکتوسیل (Rectocele):

ارزیابی سریری:

مریضان که ریکتوسیل دارد از موجودیت یک بر آمده گی یا پرولپس جدار قدامی رکتول در بین مهبل شاکی بوده اعراض آن شامل Vaginal Balge، عدم توانایی تخلیه رکتوم در اثنای تغوط، در بسیاری واقعات تخلیه کردن توسط انگشت از طریق مهبل، رکتوم، یا عجان صورت گرفته. اسباب آن واضح نیست و شاید چندین فکتور مسئول آن باشد که مترافق با تشوشات زمین حوصلی بوده و این ها عبارتند از قبضیت، تقلصات عضلی پارادوکسیکال و نوروپاتی یا تشوشات اناتومیکی زمان طفولیت. رکتوسیل میتواند یکجا با دیگر تشوشات دیفیکشن مانند ترانزیت اهسته، تشوشات زمین حوصله، پرولپس اعضا حوصله و دیگر فکتور ها (سن، ولادت ها، چاقی، قبضیت، عملیات های جراحی حوصله و یک تعداد حالات ریوی میدیکل میتواند رول بازی کند. مرتبط امراض باید معلوم شود تا اعراض بصورت مکمل تداوی شود. معاینات فزیکیی دقیق میتواند سبب دیفیکت که رکتوم از طریق آن داخل مهبل پرولپس شده آشکار سازد. دیفیکوگرافی میتواند معلومات دینامیک در باره پروسه تخلیه رکتوم بیان کند. و معاینه خاص برای تشخیص ریکتوسیل میباشد و ارزیابی معاینات دیگر Colorectal نظریه اعراض و امراض دیگر مترافقه توصیه میشود.

تداوی :

اصلاح کردن وظایف معایی توسط رژیم غذایی مناسب، و عادات معایی خوب، تداوی طبی خاصتاً، Bio Feedback که موفقیت های قسمی برای کمی مریضان داشته. و موقعیت های بزرگ در اقلیت یا کم مریضان دیده میشود.

تداوی جراحی :

اگر ریکتوسیل اضافه از 2cm و تغوط به همکاری انگشت داشته باشد توسط جراحی اصلاح شده. همچنان جراحان جینکولوژیک اکثراً از طریق مهبل دیفکت که بین مهبل و رکتوم قرار دارد ترمیم کرده، و هم میتوانیم از طریق عجان ترمیم کنیم (با میش یا بدون آن و هم لیواتورپلاستی یا از طریق انال ترمیم شده با فلاپ مخاطی با تکنیک بدون میش، ترمیم الی (7-10cm) قسمت بالایی کانال انال وسعت داده شده اگر رکتوسیل خورد و بدون شواهد Anismus باشد ترمیم از طریق عجان شده باشد تداوی آن نتیجه خوب داده.

هیموروئید (Hemorrhoids) :

اعراض سریری و ارزیابی تشخیصی :

داخل کانال انال نورمال صفحه خاص و بسیاروعایی یا Cushions موجود است که از کتلات جداگانه تحت المخاطی ساخته شده دارای اوعیه دموی عضلات ملسا، الاستیکی و انساج منضم بوده. و این ها در L.lat، R. Ant و R. Post کوادرنانت کانال قرار داشته که در اقتدار غایطی مقعدی کمک کرده.

اصطلاح هیموروئید وقتی به کار برده میشود که این Cushion غیر نورمال و باعث اعراض شود. اسباب هیموروئید معلوم نیست ولی Cushion Sliding انال به طرف پائین از سبب Gravity و یا زور زدن، عادت معایی غیر منظم اهمیت خاص دارد. هیموروئید به دو قسمت موجود است (داخلی و خارجی).

تشخیص آن به واسطه تاریخچه، معاینات فیزیکی و اندوسکوپی اجرا شده، هیموروئید خارجی توسط انودرم پوش شده و در قسمت دیستال Dentate Line قرار دارد. این ها میتوانند پندیده و سبب مشکلات صحتی شود و در صورت که ترومبوزی شود درد شدید پیدا کرده. هیموروئید داخلی باعث خونریزی روشن سرخ، بدون درد و در زمان تغوط پرولپس کرده، هیموروئید داخلی نظر به وسعت پرولپس درجه بندی شده. که انتخاب تداوی را تغییر میدهد.

مریضان از خونریزی به شکل قطره قطره یا Squirting در Toilet Bowel شاکمی بوده، خونریزی دوامدار و مزمن باعث کمخونی شده که نادر است. پرولپس میتواند پائین تر از خط Dentate واقع شود، خصوصاً در وقت زور زدن لیکاز مخاطی، غایطی و خارش نیز میتواند دیده شود. درد در شکل غیر اختلاطی هیموروئید موجود نبوده ولی زیادتر در فیسور، ابسی و هیموروئید خارجی ترومبوزی موجود بوده.

معاینات فیزیکی توسط تفتیش در اثنای زور زدن خاصتاً بالایی کمود صورت گرفته، معاینه جس مقعدی و انوسکوپی شکل (6-49)، نیز اجرا شده. معاینه با انگشت در تشخیص امراض هیموروئید داخلی، خارجی، تون کانال و آشکار کردن دیگر آفات کمک کرده خصوصاً نیوپلازم قسمت سفلی رکتوم و کانال انال بخاطریکه تمام امراض هیورویید از جانب مریض گفته میشود. باید دیگر امراض اپیتالوژی انورکتل در نظر باشد و معلوم میشود انوسکوپی معاینه خاص است مگر باید Flacible پروکتوسیگموییدوسکوپی برای تشخیص امراض پروکسیمل مثل التهاب و نیوپلازم ضروری میباشد کولونو سکوپ در صورتیکه مرض هیموروئید Uncompressive اجرا میشود. در صورتیکه تاریخچه غیروصفی باشد بامریض از 40 سالگی بلند باشد و یا فکتور مساعد برای کانسرکولون باشد مثل تاریخچه فامیلی درجه مریض و تداوی عموماً به

دو کته گوري غير جراحي و جراحي تقسيم شده و حماله باريوم نيز در تشخيص مرض کمک کرده. در صورت که تاريخچه غير وصفی، مريض کاهل و مسن باشد خطر کانسر کولون زياد است.

تداوی :

تداوی هيमوروئيد به دو گروه غير جراحي و هيموروئيد رکتومی تقسيم شده است.

تداوی طبي :

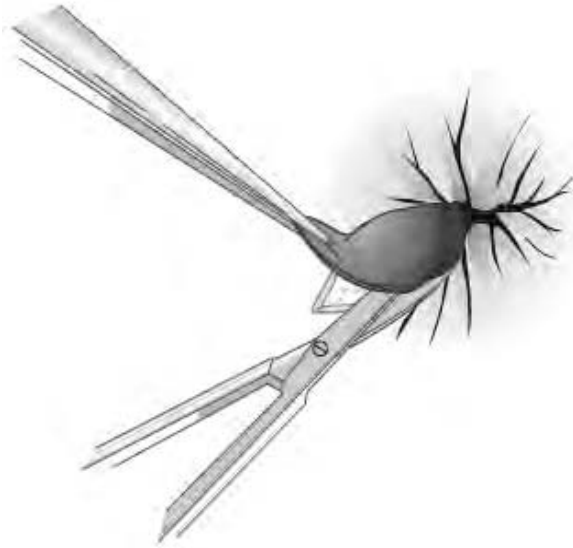
بسياری مريضان ميتوانند با تداوی ساده نتيجه دهد مانند حفظ الصحه موضعی، جلوگیری از زور زدن زياد و تغذيه خوب و مناسب درادويه که مواد غايظه مريض نرم و منظم شود. به مقدار زياد غذاهاي فايبردار نيز استعمال ميشود. اعراض خونريزي توسط غذاي ليفي در 30-45 روز بسيار کاهش مي يابد مگر بالاي پرولپس کدام تاثير خاص ندارد. حتي باتمام مريضان تغذيه خاص ليفي يافايبرتوصيه ميشود مريضانيکه پرولپس، هيموروئيد داخل و خارجي داشته باشد بايد مداخله ديگري اضاافي صورت گيرد.

جدول (2-49) هيموروئيد داخلي، درجه بندي و تداوي		
درجه	اعراض و علايم	تداوي
درجه اول	خونريزي بدون پرولپس	تغذي خاص
درجه دوم	پرولپس کرده ولي خود به خود ارجاع ميشود خونريزي، آلوده گي مقعد.	رابر باند ليگيشن کواگوليشن تغذي خاص
درجه سوم	پرولپس کرده و ضرورت به انگشت جهت ارجاع آن است، خونريزي، آلوده گي مقعد	هيموريديکتومي رابر باند ليگيشن تغذي خاص
درجه چهارم	پرولپس کرده ارجاع نميشود، اختناق کرده	هيموريديکتومي عاجل تغذي خاص

هيموروئيد خارجي بدون عرض و هيموروئيد داخلي درجه سوم توسط پروسيجر Office تداوی شده که غشای مخاطی تثبيت کرده همچنان سکليروتراپی Infrared coagulation، هيتر پروب و Bipolar الکتروکواگوليشن نيز استفاده شده.

پروسيجر بسيار ساده و موثر در Office، پروسيجر Rubber band ligation بدون انستيزی از طريق انوسکوپ اجرا شده که در یک وقت یک ناحيه ليگاتور شده ولی بعد از اين ميتود واقعات سيپسيس عجاني و فوت شدن مريض ديده شده که درين حالت سيپسيس مريض در دريپارتمنت عاجل بستر شده، خصوصاً اگر مريض درد، عدم توانایی در تخليه کردن و تب پيدا کرد. توسط یک باريازياد تطبيق باندا اعراض در 79% Alleviated (ميشود) بخاطر خونريزي و Sepsis مريض بايد Anti platelet وادويه رقيق کننده خون بايد توصيه شود. و بخاطر مريضانيکه خطر Sub acute باکتريال اندوکارد ايتيس داشته باشد بطور وقايوي توصيه شود. و اين ميتود در مريضان Immunodeficient بايد توصيه نشود.

تداوی جراحی :



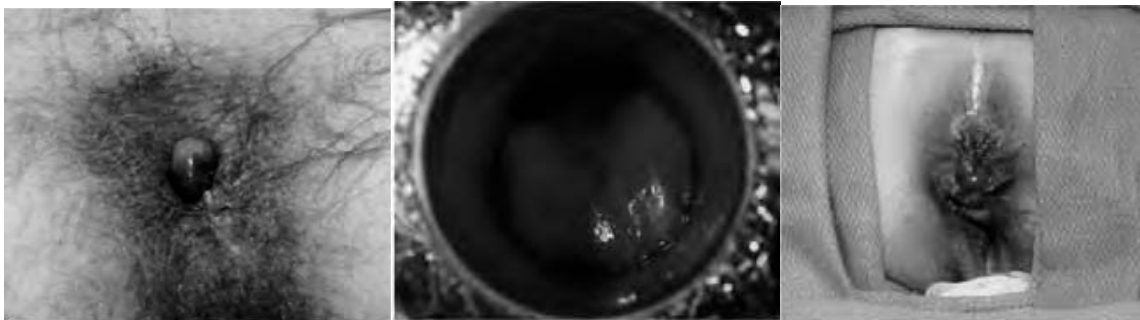
در صورتیکه مریض باگرفتن چندین دوز دوايي محافظه کار جواب ندهد هیموروئید اکتومي بهترین تداوی شمرده میشود. هیموروئید که شدیداً پرولپس شده باشد و ضرورت با Manual reduction باشد، هیموروئید که اختناق با مرتبط پتالوژی مثل تفرح فیسور، فیستول یا هیموروئید همراه با هیموروئید خارجی عرضي باشد با تگ های بزرگ انال باشد انتخاب اناستیزی مربوط به مریض Build و وضعیت صحي ارتباط دارد، و درزیاده ترواقعیات موضعي و Regional اناستیزی همراي Mild reduction خوب نتیجه میدهد. برای هیموروئید خارجی ترومبوتیک ساده که در حالت ابتدایی باشد

Excision در Office بهترین تداوی شمرده میشود. برای هیموروئید کامپلکس یعنی داخلی و خارجی هیموروئید اکتومي با زیبا بسته بطور Rout patient procedure اجرا میشود. در هیموروئید بسته هیموروئید داخلی و خارجی همزمان Excised میشود، قبل از عملیات و درجیان عملیات ارزیابی ساحه که Excised میشود تعداد و موقعیت هیموروئید نشان میدهد. 3 بندل در راست و قدام، راست و خلف و چپ و وحشی دیده میشود. با استعمال Large operative scope retractor بطور مثال Fansier که ساحه کافی انودرم نگاه شود که از اختلاط دوامدار انال ستینوز جلوگیری میکند، اختلاط بعد از عملیات شامل Fecal impaction، اتانات، احتباس ادرار و نادراً خونریزی شریانی، مریض در مدت یک الي دو هفته شفایاب و به کار خود دوباره برگشت میکند. پروسیجر متبادل تکنیک بسته، تکنیک باز است. که از درد بعد از عملیات جلوگیری شود از تجربه طریقه های Stapled و Harmonic scalpel و هیموروئید اکتومي نتیجه گرفته که بطریقه های جدید درد و وخت التیام بعد از عملیات را کم میکند.

فیسور انال :

لوحة سریری و ارزیابی تشخیصی:

فیسور انال عبارت از قرحه خطی قسمت سفلی کانال انال است و معمولاً در خط متوسط کومیسور خلفی قرار داشته و اکثراً نام غلط رکتل فیسور به کار برده شده.



این آفت باعث مصاب ساختن انساج انال شده و به آسانی توسط چشم با جدا کردن Gluteal cleft دیده میتوانیم موقعیت فیسور مختلف است. فیسور میتواند در خط متوسط قدامی خصوصاً خانم ها نیز دیده شود. گرچه



D

Copyright © 2004, Elsevier.

زیادفیسور درزن ها و مردها درخط متوسط خلفی دیده میشود. علائم وصفی آن Sentinel pile، tag خارجی و یک پاییل بزرگ داخلی بوده. در صورت که فیسور در ناحیه دیگر بدون این دو ناحیه دیده شد میتواند مترافق با امراض دیگر باشد مانند مرض کرون، Hidradenite متقیح به خاطر که اینها باعث مصاب ساختن اپتیل سکواموس حساس علوی شده. فیسور انال اکثراً یک حالت دردناک بوده خصوصاً در اثنای تغوط که باعث کشش قرحه، درد و خونریزی شده.



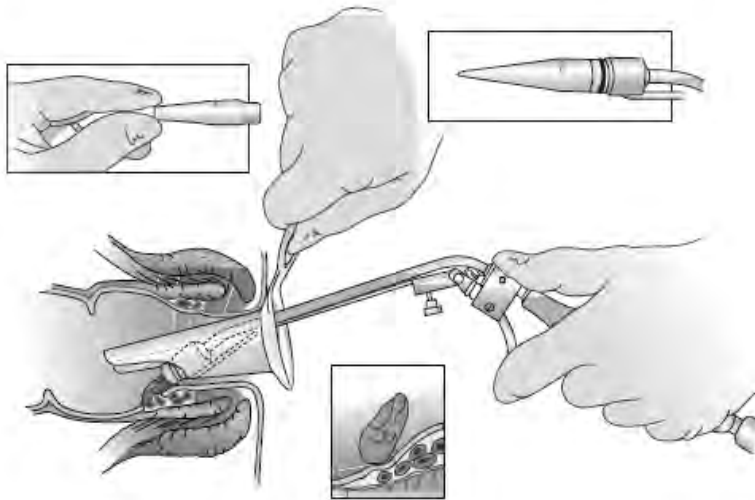
E

Copyright © 2004, Elsevier.

تشخیص مرض توسط تاریخچه درد و خونریزی با تغوط خصوصاً قبضیت صورت گرفته و با تفتیش موجودیت قرحه در قسمت خلفی مقعد دیده شده معاینه با انگشت و پروکتوسکوپی زیاد دردناک بوده و مانع دیدن قرحه شده، معاینه اندوسکوپی به صورت موخر بعد از تداوی 4-6 هفته اجرا شده تا که درد مریض توسط تداوی طبی آرام شود.

پنورنی:

سبب حقیقی انال فیسور معلوم نیست، ولی تعداد زیاد فکتور ها دخیل است مانند عبور مواد غایطه سخت و زیاد که از فکتورهای شروع کننده مرض شمرده میشود. غذای نامناسب، عملیات جراحی قبلی انال، طفولیت، استعمال مسهلات زیاد ترعالممان به این عقیده است که فشار بلند Resting کانال انل سبب کمبود جریان خون درخط متوسط خلفی میشود. به این



خاطر عقیده براینست که انال فیسور از سبب هایپرتونیای معصره انال و اسکیمیا میکوزاتالی میباشد. تحقیقات جدید در تداوی طبی که شامل تطبیق نایتریک اکساید، کلسیم چینل بلاکرو Botilium انجکشن که تمام این ها سبب استرخا معصره میشود.

تداوی:

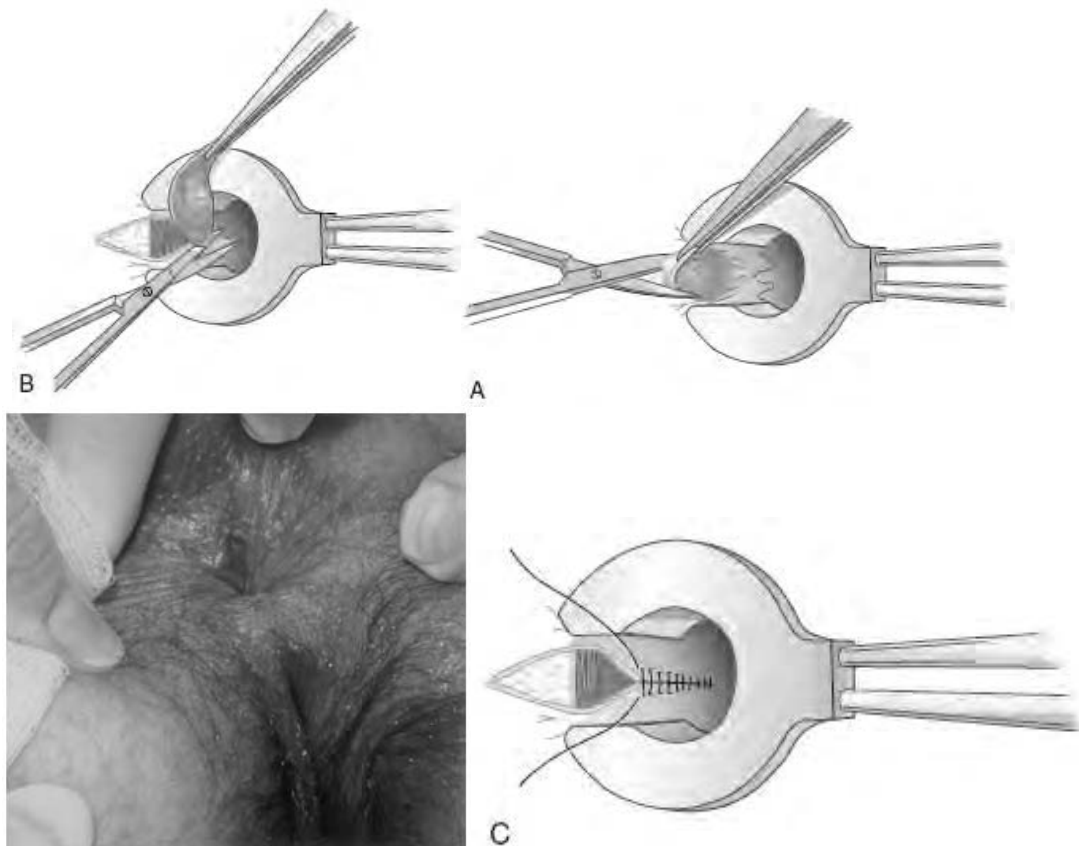
طبی:

تداوی طبی فیسور انال شکل حاد که از مدت 3-6 هفته بوجود آمده زیاد تر توصیه شده، توصیه کردن حمام یا نشستن در آب گرم و Bran یا سبوس Bulking Agent که باعث شفا یابی فیسور در 87% واقعات شده. هایدروکورتیزون همراهی لیدوکائین به صورت موضعی توصیه شده سبب استرخا معصره میشود. مگر مطالعات نشان داده که Sitz

Bath و Bran کدام فایده خاص ندارد بخاطریکه بهبودی در تغذیه و عادت تخلیه کردن امعایک استراتژی مفید و طولانی برای امراض کولون رکتوم و انال در مجموعه و برای کمبود ریسک فیسور خصوصاً مفید می باشد، تاکید بالایی غذا و تجارت Bulking agents همیشه استطباب دارد.

مریضان که فیسور انال مزمن دارد با توصیه رژیم فیسور حاد و ادویه دیگر مانند Nitroglycerin یا آیزو سوربید ، عوارض جانبی نایترو گلسیرین سر دردی، تاکی فلاکسیا که با توصیه استراحت به حالت خوابیده بعد از استعمال مرهم مذکور از بین رفته. استعمال موضعی 2% Diltiazem دارای تاثیرات مشابه به نایترو گلسیرین بوده.

با استعمال نایترو گلسیرین و Diltiazim در 70% مریضان فیسور انال مزمن شفا یابی یافته. سپینکتیروتومی کیمیاوی قابل ارجاع ذریعه زرق کردن توکسین بوتولینوم داخل معصره داخلی نیز اجرا که باعث دینرویشن عضلات مخطط به صورت گذری شده ولی سرعت نکس آن اضافه از 41% بوده، این میتود تداوی آنقدر زیاد مروج نیست.



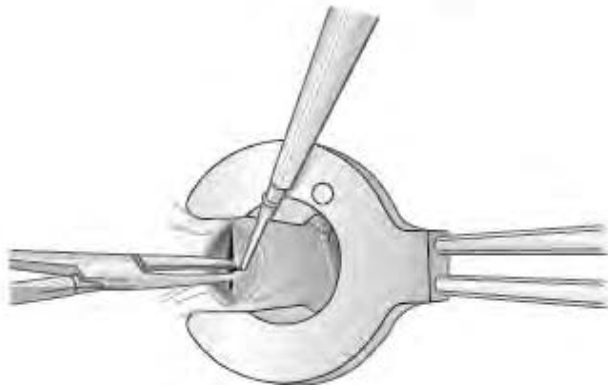
شکل (9-49 a, b, c)

شکل (10-49)

تداوی جراحی :

مریضان که فیسور مزمن داشته و تداوی طبی از سبب موجودیت امراض دوامدار و نکس کننده نتیجه ندهد ، و یا بوجود آمدن اختلالات آن از تداوی جراحی استفاده میشود ، پروسیجر انال Stretch یا پروسیجر Lord زیادتر مفید و فابل استفاده نبوده. پروسیجر که زیاد به کار برده میشود سپینکتیروتومی داخلی قسمی وحشی بوده رسیدگی تبادل جراحی Anorectal development flap میباشد که این پروسیجر برای مریضان که فشاریابین انل داشته باشد مفید است. و آنعده مریضانیکه سپینکتیروتومی قبلی بدون نتیجه باشد و برای مریضانیکه باشدیدانل ستینوز مبتلا باشد سپینکتیروتومی داخلی قسمی وحشی به شکل تکنیک بازوبسته

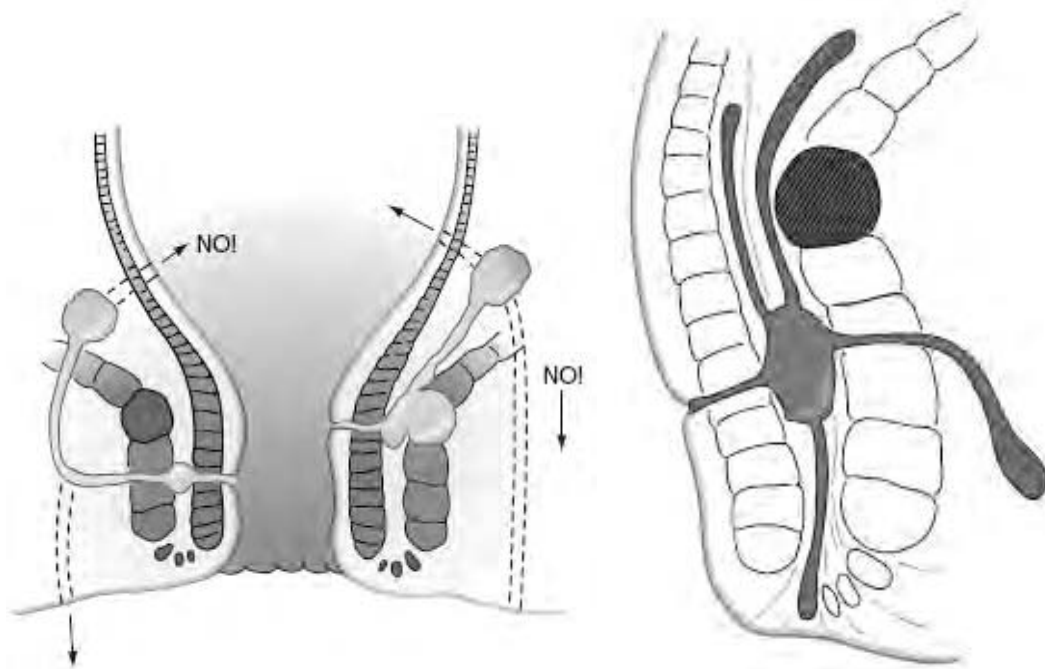
اجرا میشود. سپینکتیروتومی باز از لحاظ تریننگ طرفداران زیاد داشته و به خاطر که معصره داخلی به صورت واضح قابل دید بوده و ترانسیکشن معصره به اندازه میشود. ولی نتیجه لیتراتور سرعت شفا یابی خوبتر آنرا سپورت نکرده و هم دارای اختلاطات زیاد بوده. در گذشته برداشتن فیسور به شکل یک قسمت از پروسیجر سپینکتیروتومی بیان شده ولی فعلاً عقیده اینست که نسبت شفای مکمل فیسور excision اجرا میشود.



اگر سپینکتیروتومی باز و بسته یکجا اجرا شود نتیجه آن قناعت بخش بوده و سرعت عدم شفا یابی جرحه فیسور و نکس آن 0-10% بوده. اختلاطات مقدم و موخر بعد از سپینکتیروتومی داخلی وحشی شامل احتباس ادرار، خونریزی، ابسی یا تشکل فستول و نادراً عدم اقتدار غایطی و (Seepage) نیز دیده شده.

تقیحات انورکتال (Anorectal Suppuration):

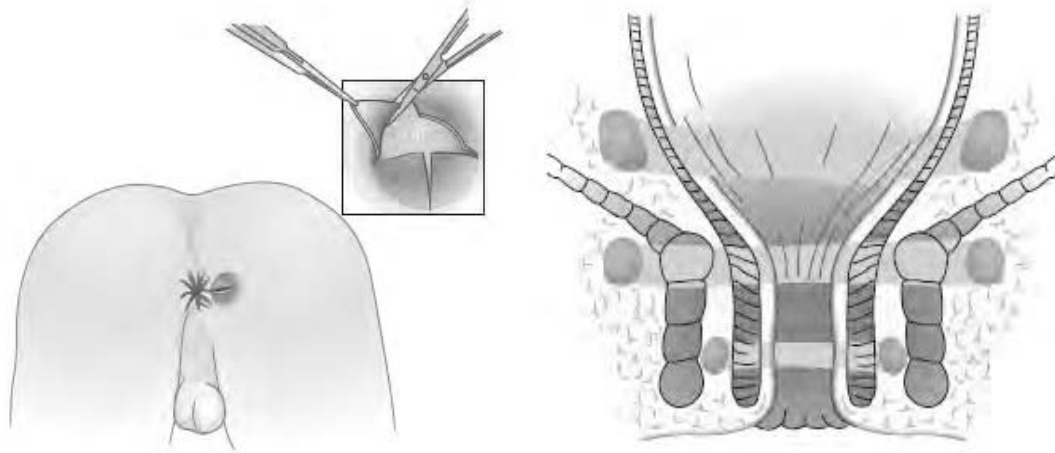
تقیحات انورکتال دارای چندین اسباب بوده که معمولترین آن اتانانات غیر وصفی Cryptoglandular بوده، اسباب دیگر آن نادر است. غیر از مرض کرون و التهاب تقیحی Hidradenitis. پتوژنی ابسی و فستول مشابه بوده لیکن در ابسی صفحه حاد و در فیستول صفحه مزمن مرض موجود است.



شکل (49-12, 13)

ابسی:

اتان از پلان بین المعصروی Inter sphincteric منشه گرفته اکثراً از غدوات انال که باعث ابسی ساده بین المعصروی شده میتواند به طرف علوی، سفلی، افقی و دایروی انتشار کند. در نتیجه تعداد اعراض سریری بوجود آمده.



شکل (15, 14-49)

اعراض سریری :

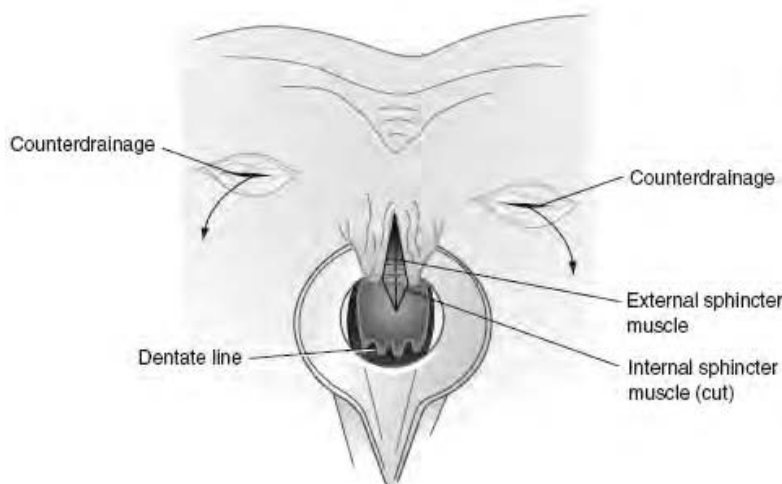
انواع ابسی :

یک ابسی بین المعصروی محدود به ناحیه بوده که از آن منشه گرفته بدون عرض بوده و یا با درد شدید Thrombing که مشابه به درد فیسور بوده بوجود آمده، درد مذکور مربوط ابسی بین المعصروی بوده که به غلط تشخیص و تحت تداوی فیسور قرار داشته. ابسی پیری انال در اثر انتشار انتان بین المعصروی که به طرف پائین الی حوافی انال رسیده بوجود آمده و به شکل پندیده گی دردناک موجود و نمایان شده که اشتباهاً هیموروئید خارجی ترومبوزی نام گذارش شده تشخیص شده بتواند.

اگر انتان به طرف علوی انتشار کرد باعث تشکل ابسی بین العضلی شده و در امتداد جدار رکتیم با ابسی و عضله سوپرالیاواتور واقع میشود. تشخیص این ابسی مشکل بوده زیرا مریض از نا راحتی مبهم شاکی بوده، و علایم خارجی موجود نیست، تنها با معاینه تحت انستیزی اندرویشن رکتل و پندیده گی تأیید شده میتواند.

پروسه انتانی میتواند به شکل افقی از یک طرف به طرف دیگر از Intersphenctric space, supralevator Ischaiorectal fossa و انتشار و ابسی Horse shoe complex بوجود می آورد

تداوی:



ابسی ساده و سطحی تحت انستیزی موضعی دریناژ شده ولی مریضانی که دیگر امراض مانند دیابت، AIDS یا مریضان که تحت تداوی کانسر بوده و مریضانی که با ابسی کامپلکس و یا اختلاطی باشد Intersphenctric ابسی دریناژ میشود با تقسیم کردن معصره داخلی در سطح ابسی Peri anal

abscess یک شق ساده کفایت میکند، هر دو Intermuscular و Supra lavator abscess و همچنان ابسی

Ischiorctal باید در سفلی رکتوم و علوی کانال اتل تخلیه میشود. اِبسی Ischiorectal بصورت عاجل یک شق وسیع و موضعی منحنی بالای جلد و انساج تحت الجلد که بالای ساحه منتن قرار دارد صورت میگیرد. بعضاً این اِبسی بسیار عمیق که با اسپیریشن سوزن ساحه تعیین میشود تا کدام اندازه عمیق و شق شود. جوف اِبسی با انگشت تمام Lacunar را باید شکستانده شود بی خبری اِبسی سبب Devasting () نکروتایزینگ اتتان عجان میشود و سبب مرگ شده میتواند، اِبسی های که با تداوی موضعی جواب ندهد و یا اِبسی تکرر کند باید به عدم تخلیه درست اِبسی که در آن چرک باقی مانده باشد فیستول موجود باشد و یا عدم کفایه معافیت داشته باشد دیده میشود که در این حالت توسعه انتی بیوتیک مفید میباشد و قتی که بعد از یک معاینه ابتدایی C.T حوصله و عجان تحت اناستیزی توصیه میشود. در اِبسی Horse shoe یک شق خلفی خط متوسط در ناحیه Deep post space اجرا میشود. اِبسی دریناژ شده که این شق از انساج تحت الجلدی معصره خارجی تا Tip حسس امتداد داده میشود. و معصره سطحی جدار جلد و ساحه خلفی Unroofing میشود اِبسی نل اسپ مانند میتوانیم توسط شق محیط مقعدی نیز دریناژ کنیم.

فستول های انال :

فستول های انال در نتیجه اختلالات اتورکتال سپس به میان آمده که تقریباً 25% مریضان در صفحه حاد سیپسیس بوده و یا میتواند 6 ماه بعد از صفحه حاد مرض بوجود آید. اکثر فستول ها از غدوات انال کانال در سویه Dentate منشه گرفته. پتالوژی فستول مربوط به اناتومی موضعی بوده اکثراً مسیر فستول در امتداد صفاق یا شحم مخصوصاً در مسافه بین معصره داخلی، خارجی و صفاق اسکيورکتال قرار دارد که به صورت مستقیم به جلد محیط انال رسیده در بعضی واقعات به صورت دایروی به طرف ناحیه اسکيورکتال منتشر شده که مسیر فستول از یک Fossa به طرف مقابل در خلف رکتوم عبور کرده. یک نوع فستول دیگر شناخته

شده که به نام Horsshoe یاد شده. فستول ها معمولاً تحت چهار کتگوری اناتومیک به واسطه پارک و Colleagues در سال 1976 بیان شده.

لوحة سریری :

انواع فستول ها :

فستول های Intersphincter

بکس (1-49) طبقه بندی فستول های مقعدی

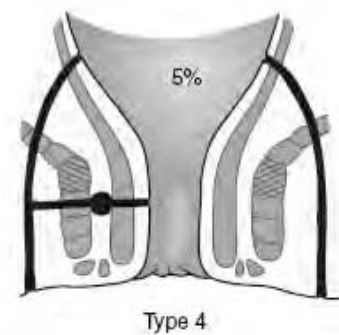
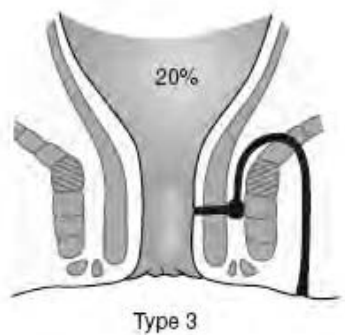
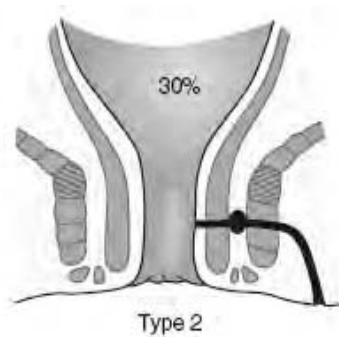
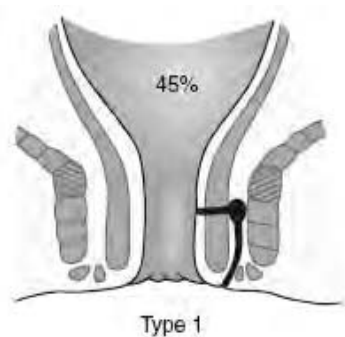
Intersphincter (که زیاد معمول است): مسیر فستول محدود به intersphincter plane بوده.
Transsphincter : - فستول intersphincter با ischiorectal fossa بواسطه مثقوب ساختن معصره خارجی ارتباط میدهد.
Supra-sphincter :- مشابه به Transsphincter لکن مسیر فستول در قسمت علوی معصره خارجی حلقه کرده و لپوا تورانی را سوراخ کرده.
Extra-sphincter :- مسیر فستول از رکتوم الی جلد پیری انال عبور کرده و بصورت مکمل از کامبلکس معصروی در خارج قرار دارد.

معمولترین فستول ها است و در بسیاری واقعات اتتان به صورت مستقیم به طرف پائین الی کنار مقعد رسیده. بعضاً فستول های مختلف که کم دیده میشود تداوی بسیار مغلق دارد. بعضی اوقات مسیر فستول به طرف بالای جدار رکتوم (Higher tract) رفته که میتواند در عجان فوحه خروجی موجود و یا موجود نباشد. نادراً فستول Intersphincter در حوصله از کولون منشه گرفته.

در فستول Trans-sphincter مسیر فستول معصره خارجی را عبور و از طریق Ischio Rectral Fosss به جلد عجان رسیده. و اگر مسیر فستول در قسمت پائین عضلات عبور کرد غیر اختلاطی و قابل تداوی بوده ولی در صورت عبور سیر فستول از قسمت علوی معصره مشکلات زیاد در تداوی به میان آمده. سیر فستول

میتوانیم توسط انگشت در جدار رکتوم جس کنیم و جراح باعث ارتباط مصنوعی توسط پروب با رکتوم شده که تصحیح کردن آن بسیار مشکل است.

فستول Supra sphincteric نادر است و تداوی آن مشکل است و رسیدن به آن توسط جراح بی تجربه خطرناک است. مسیر ابتدایی به طرف پلان Inter sphincteric قبل از اینکه به طرف وحشی و علوی پوبورکتال سیر کند موجود بوده که بالاخره به طرف پائین از طریق و Inschiorectal Fossa، به جلد عجان رسیده. به خاطر که مسیر آن بالاتر از تمام عضلات مهم قرار داشته لذا جدا کردن آن باعث عدم اقتدارغایطی میشود. علاوه از این فستول یک وسعت اضافی در حوصله موازی به رکتوم دارد که در این حالت یک ناحیه سخت در جدار رکتوم جس میشود.

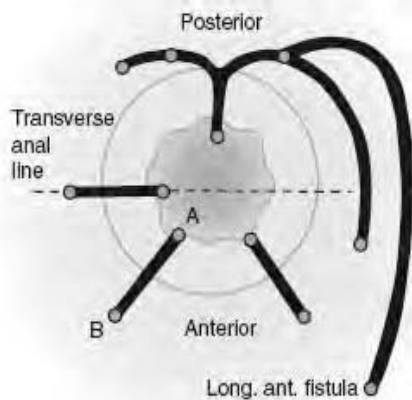


فستول های Extra sphincteric نادر است و تداوی آن نیز خطرناک است. سیر این فستول از جلد عجان بطرف جدار رکتوم بالای عضله لیواتور میباشد. مسیر کاملاً از سیستم معصروی خارج میباشد. بعضاً مسیر فستول عضلات لیواتور را سوراخ و به جلد عجان رسیده. اسباب آن ترضیضات که میتواند داخلی و یا خارجی باشد، عظم ماهی که یکی از جدار رکتوم عجان را عبور کرده

کارسینوما یا مرض کرون نیز بوده میتواند. تداوی آن مشکل و حتی ایجاب کولوستومی کرده.

تداوی :

موجودیت فستول در ابتدا مانند ابسی حاد یا که از طریق سینوس دریناژ شده ساده که باعث تخریش جلد عجان شده با معاینه اندوریشن تحت الجلدی از فوچه خارجی فستول الی کانال انال جس شده و با معاینه انگشت در جدار انال کانال به شکل نودول قابل جس شده که یک استطباب برای عملیات ابتدایی میباشد. و پروب میتوانیم به آهستگی از فوچه خارجی فستول جلدی داخل فوچه داخل فستول کانال انال سازیم.



تداوی فستول که در انل میباشد شامل نقاط ذیل است.



1. تحت انستیزی جس کردن اندروریشن، انوسکوپی برای تفتیش و پروب نیک آهسته (Probing) به امتداد Dentate Line برای فوچه داخلی فستول برای تشخیص اناتومی غیرنورمال نتیجه درست میدهد. قانون Goodsall شکل (49-18) برای پیشبینی اناتومی فستول های ساده مورد استفاده قرار گرفته اگر فوچه داخلی فستول توسط پروبینگ مستقیم تشخیص نشد باید توسط پروبینگ



فوچه خارجی یا زرق محلول میتلین بلو و پراوکساید داخل مسیر فستول به واسطه Feeding تیوب اطفال استفاده نمایم.

2. میتوانیم دریناژ ابتدایی اتانات Inter sphincteric تمام فستول ها استفاده نمایم. مسیر ابتدایی در معصره خارجی و مسیر ثانوی در انورکتل فوسایک کلیداست. برای فستول های سطحی که دارای تعداد کم عضلات



معصره است فستول تومی ابتدایی اجرا شده. فستول های قدامی در خانم ها و فستول که $\frac{1}{4}$ و یا $\frac{1}{2}$ حصیه عضلات معصره را در بر گرفته. گذاشتن Seton مورد استفاده قرار گرفته. در حالات نادر فستول های مغلق، عمیق و متکرر به میتود جدید به عوض فستول تومی به خاطر جلوگیری از عدم اقتدار غایطی استعمال میشود. زرق Fibrin glue در مسیر فستول و بسته کردن فوچه ابتدایی به واسطه فلپ که باعث شفا یابی 69% فستول ها شده.



3. تعقیب کردن مریض به واسطه تیم نرسنگ خوب تا جرحه عملیاتی پاک نگاه شود، حمام گرم و نشستن در بین آب گرم و پانسمان جرحه تا وقتی که جرحه از عمق به سطح شفا یابد Setone Monofilament نایلون در اطراف مسیر فستول Trans sphincter که بالای والو انل میباشد برای دریناژ Supra sphincter فستول استعمال میشود. که 2-3 ماه بعد Seton برداشته میشود. درین وقت مسیر فستول خود بخودی شفا یافته اگر التیام نکرده باشد سیر باید تقسیم شود بخاطر یک فیبروز سبب جدا شدن نهاییات قطع شده میگردد. برای فستول های که سیر مستقیم و Trans sphincter باشد یک Setone قطع شده تطبیق میشود. و مضبوط میشود این به تدریج سیر را در چند هفته تقسیم و دیفکت معصره را کم و از عدم اقتدار غایطی جلوگیری میکند. فستول های مشکل و بالا میتوانیم توسط Sliding Flap تداوی کنیم. این Flap از مخاط تحت المخاط و عضلات حلقوی ساخته شده که باعث پوش کردن فوچه داخلی شده قانون Good sall کمک جزئی در تشریح اناتومی فستول های مغلق و تکراری

میکنند. فستول های مغلق و متکررتوسط MRI و التراسوند داخل رکتیم تشخیص و توسط متخصص آن تداوی شده.

1. امراض Pilonidol :

انتانات پیلونیدال و سینوس های مزمن پیلونیدال در خط متوسط جلد Sacrococcygeal مرد های جوان دیده شده. پتوزنی آن معلوم نیست ولی موی رول مرکزی و دائمی در پروسه انتانی مذکور و نسج گرانولیشن سینوسها دارد. مریضان پیلونیدال اکثراً موی دار بوده و نادراً در اشخاص که موی ندارد دیده میشود. و با دیگر امراض ناحیه Sacrococcygeal به صورت غیر معمول اشتباه شده مانند انال فستول، تشوشات جلد، خباثت و یا سینوس های حقیقی.

تداوی مرحله حاد:

مریضانیکه به لوحه حادمرض باشدبایک ابسی Flactulent دردناک یا یک ساینوس منتن افزای دیده میشودهردو حالت در کلینیک (office) بصورت آسان تداوی میشود. همراي پروسیجرهاي خصوصي که برای مریضان Recurrence باشد استعمال میشود ابسی توسط اناستیزی موضعی دریناژ میشود. Flactulence تا Midline cleft هر دو طرف وسعت داشته میباشد و شق و دریناژ تا انساج تحت الجلدي اجرا میشود برای دریناژ خوب و التیام بهتر و زود در هر دو ابسی و ساینوس موی ناحیه برداشته میشود و در هر هفته تا که از داخل شدن موی در ناحیه جلوگیری میشود.

تداوی جراحی Operative management:

برای مریضانیکه تکرار منتن شده باشند پروسیجرهاي زیاد و خصوصي عملیاتی داریم که از یک شق ساده و دریناژ تایک مغلق پلاستیک پلپ برای Cleft obliteration میباشد برای بعضی مریضان Pilonidol disease رسیدگی ساده شق و کروتاج توسعه میشود. بعد از اینکه یک پروب در ساینوس مانده شود یک شق بالای پروب اجرا میشود. تا Pits زیرین و بعد از آن کروتاج نسج گرانولیشن صورت میگیرد مراقبت روزانه و پانسمان خش هفته و اجرا میشود معاینه مریض برای مراقبت بعد از عملیات ضرور میباشد التیام جرحه در مدت 4-7 هفته ضرورت دارد و فیصدي تکرار از 1-20% فرق میکند یک رسیدگی بسیار معمول و ساده برداشتن بدون ترمیم میباشد یعنی تمام Pilonidol برداشته و جرحه برای ترمیم ثانوی مانده میشود. عموماً 8-21 هفته در کار است. تکرار در این تکنیک کم یعنی از 2-3% دیده میشود اگر Excision همراه با ترمیم همزمان صورت گیرد التیام جرحه در 2-7 هفته صورت میگیرد مگر تکرار مرض از 11-29% دیده شده یک تکنیک متوسط مابین Excision همراي ترمیم یا بدون ترمیم Marsupialization است. که در آن کنار جرحه تا اندازه قاعده فیبروز Pilonidol دوخته میشود که در آن اندازه جرحه کم میشود و وخت التیام را کم میکند و تا 5 هفته التیام میشود و نکس در این تکنیک 1-4% میباشد اکثریت پروسیجر دیگر که برای Pilonidol ساینوس تشریح شده که زیاد تر به Midline پروسیجر مثلاً Buscon و Plastic flap reconstruction مثل Limberg و Karydakis. در Buscon پروسیجر Excision در Pit متوسط همراه باشق وحشی برای دریناژ ابسی اجرا میشود که مراقبت بعد از عملیات بسیار محدود است. این جرحه در 4 هفته التیام می یابد و نکس در آن کمتر از 10% است. Rhomboid excision و Limberg یک مثال عمده فلپ کلینیکی است. که در آن ساحه مریضی مکمل برداشته میشود و ترمیم انساج ابتدایی میشود. نقص در تکنیک فلپ این است که یک پروسیجر مغلق است و این مریضان در شفاخانه برای یک هفته میمانند و این حقیقتاً که نکس در 5 سال مریضان دیده میشود.

فستول مهبلی رکتوم:

فستول مهبلی رکتوم یک ارتباط بین سطوح اپتیل رکتوم و مهبل است و مریض از خارج شدن گاز، مخاط، خون و یا مواد غایبه از طریق مهبل شکایت میکند. این فستول ها میتواند ولادی یا کسبی باشد. سبب آن ترضیض، امراض التهابی امعاء، شعاع یا Radiation، نیوپلازم، اتانات و دیگر واقعات نادر بوده، مانومیتري، التراسوند داخل انال میتواند وخامت معصره و رهنمای خوب برای تداوی جراحی باشد. فستول های مهبلی و رکتوم به دو گروه تقسیم شده (High level و Low level) که منحصر به این که از طریق بطن یا عجان ترمیم شده.

تداوی جراحی:

فستول های رکتو واجینل ضرور نیست تا فوراً و عاجلاً تداوی شود و تاخیر در تداوی آن مربوط به امراض که مترافق با آن بوده می باشد و همچنان مربوط به سایز فستول، امراض التهابی حاد و وخامت اعراض بوده، بعضی فستول ها خود به خودی بسته شده و بعضاً با تداوی دوایی مثل امراض التهابی امعاء شفا یافته. فستول های High level از طریق بطن در حالیکه نوع Low level آن از طریق مهبل رکتوم، عجان و انال تداوی شده.

پروسیجر که برای تداوی فستول های Low lying زیادتر به کار برده میشود خصوصاً شکل معقدی مهبلی حقیقی True ano vaginal fistula اندورکتال فلاپ، Shpincteroplasty و Transperineal پروسیجر بوده. اندورکتال فلاپ از مخاط رکتل و یا معصره داخلی گرفته و فوچه فستول ابتدایی در رکتوم یا مقعد که خوب برداشته و عضلات تحتانی آن با هم نزدیک شده پوش می نماید که سرعت شفایابی آن 50% است.

در ترمیم Transperineal مسیر فستول کاملاً برداشته شده و تمام عضلات داخلی، خارجی لیتواتور باهم نزدیک شده که نتیجه آن در 85-100% واقعات در مریضانیکه همراه با دفکت معصره باشد و قبلاً هم تداوی نتیجه نداده باشد دیده میشود. دیده شده. برای فستول های رکتو واجینل (High level) از طریق بطن مداخله لازم است. آیا یک قسمت رکتوم از بین رفته منحصر به وضعیت و طبیعت امراض مربوط میباشد درین طریقه سیپتوم بین رکتوم و مهبل موبیلایز شده، جدا کردن فستول و دیفیکت که در رکتوم وسیر مهبل موجود است، در یک طبقه ترمیم میشود در بعضی واقعات ریزکشن رکتوم ضرور نبوده و یک پیدیکل نسج زنده در بین ناحیه انستوموز جابجا شده.

در صورت که نسج رکتوم توسط بعضی امراض مانند شعاع، امراض التهابی امعاء نیوپلازم اشغال شده باشد رکتل Excision ضروری است. در صورت که Low ant ریزکشن و انستوموزیز کولوانال اجرا شده باشد باید معصره محافظه شود. نتیجه عملیات مربوط به امراض مترافق با فستول انتخاب کردن مریض و تجربه جراح بوده. در مرض کرون Low انوجینل فستول یک Challenge بزرگ است. ترمیم ابتدایی از Stoma دایمی جلوگیری میکنند و 68% نتیجه خوب با استعمال فلپ های افقی، خطی و Sleeve advancement بوجود می آید

کاندیلوما اکومیناتا:

عبارت از یک حالت مرضی وارت (Wart) عجان است که از سبب Papillomavirus انسانی (HPV) بوجود آمده. بعضی انواع آنها توسط تماس جنسی انتقال یافته و بعضی آنها مانند HPV-6 و HPV-11 در وارت سلیم یافت شده در حالیکه HVP-16 و HVP-18 بسیار وخیم و مترافق با دیسپلازیا و خبائت بوده و وقوعات آن بعد از سال

1960 رو به ازدیاد بوده. اکثر مریضان کوندیلوما تاریخچه مقاربت جنسی انال داشته. واقعات اتان HPV انال مربوط به ویروس عدم کفایه معافیتی انسان است که مترافق با Immanosuppression بوده.

لوحة سریری:

اعراض آن که معمولاً دیده میشود عبارتند از خارش مقعدی، خونریزی، درد، دیسپارچ و مقعد مرطوب بوده با معاینه وارت فولادی سفید رنگ با سایز مختلف موجود بوده که از یکجاشدن آن یک کتله بوجود می آید که اکثراً بوی بد میدهد انوسکوپ می تواند وسعت آفت در کانال انال نشان دهد که شکل کلان آن نادراً دیده شده (Buschke – Lowenstein Disease). و این آفات تهاجمی و فستولیزی مترافق با Verrucous کارسینوما و Squamous Cell کارسینوما بوده. تشخیص آفت توسط تفتیش عجان و اعضای تناسلی صورت گرفته انوسکوپ و پروکتوسکوئیدوسکوپ باید اجرا شود.



به خاطر که مرض می تواند داخل انوس نیز وسعت پیدا کند تشخیص توسط هستولوژی تأیید شده، انال وارتز باید از Condylomata molluscum سفلیس تالی و پاپیل انال تشخیص تفریقی شود.

تداوی:

تمام تداوی که پیشنهاد و استعمال شده هیچکدام آن مانع پروسه مرض نشده، Podophyllin که ادویه سایتوتوکسیک کوندیلوماتا است و مخرش برای جلد نورمال است برای وارتز استعمال میکند. ولی استعمال آن فعلاً محدود به اشکال کوچک مرض و وارتز خارج مقعدی بوده و اختلاطات موضعی و توکسیتی سپتیمیک نباید تکرار شود به خاطر اختلاطات موضعی و توکسیسیتی عمومی. دای کلورواسیتیک اسید (بای کلورواسیتیک اسید) که می تواند وارتز محیط انال و داخل انال تخریب کند لیکن تخریش آن نسبت پودوفیلین کمتر بوده، و نکس مرض بعد از تداوی دواپی نسبت



تداوی جراحی Excision، زیادتر دیده شده، β Inter Feron داخل عضلی و داخل ناحیه مرضی موثر است ولی اختلاطات عمومی و Influenza Like Syndrome. شکل (21-49) سبب میشود

الکتروکوتیرایزیشن به واسطه Tip سوزن نیز موثر و به شکل وسیع استعمال شده و اکثراً با قطع کردن یکجا بوده تحت انستیزی موضعی ریژونال و جنرال انجام داده شده، کاربن دای اکساید (Laser) نیز موثر لیکن غیر اقتصادی است. قطع کردن با قیچی کوچک ترجیح داده شده به خاطر که زیاد آسان و تشخیص انساج آماده ساخته، تخریبات جلد کم بوده و هم برای آفات کلان نیز قابل استعمال بوده. انستیزی جنرال یا موضعی ضرور است. هیچکدام تداوی های فوق قناعت بخش نبوده چانس نکس آفت زیاد است.

امراض که توسط مقاربت های جنسی انتقال مینماید (Sexually Transmitted Disease):

STDS در سابق به امراض زهرویی مربوط میشود STDS از جمله امراض جنسی بوده که توسط Common Cold و انفلوانزا ازدیاد یافته و خطر آن در multiple pastness کسانی که مقاربت جنسی انال انجام میدهد زیاد بوده اسباب آن باکتریایی، ویروسی و پارازیتی بوده.

لوحة سریری :

بکس (2-49) میکرو ارگانیزم‌های که سبب انتقال امراض جنسی میشود

باکتریال

Neisseria gonorrhoeae
Treponema pallidum
Haemophilus ducreyi
Chlamydia species
Shigella flexneri
Campylobacter species

وایرال

Herpes simplex
Human papillomavirus
Molluscum contagiosum

پرازیتیک

Entamoeba histolytica
Giardia lamblia
Cryptococcus species
Isospora

مریضان که STDS باکتریایی دارد بدون اعراض یا اعراض به شکل خارش، دیسچارج با سیلان‌های مقعدی خوندار و مخاطی قیچی، tenesmus، درد عجان و رکتوم، اسهالات و تب داشته، در پرکتوسکوپی التهاب رکتوم و دیسچارج (مخاطی قیچی در گونوریا خوندار در اتانان *Chlamydia*) موجود بوده، اَبسی‌های انال و قرحات نیز قابل دید بوده. تشخیص توسط لوحة سریری و معاینات فیزیکی مانند اندوسکوپی، کلچر مواد غایطه یا نمونه دیسچارج معقدی صورت گرفته، تداوی نظر به عامل سببی اجرا شده. مریضان STDS ویروسی از درد ناحیه انورکتال، دیسچارج، خونریزی و خارش شاکی بوده، در Molluscum

contagiosum مریض دارای آفات جلدی پهن، مدور و Umblicated بدون درد بوده، اندوسکوپی و یزیکول، قرحات و ترکیده گی‌های منتشر مانند Herpes یا انال و ارتز در کاندیلوماتا نشان داده. تشخیص آن بالاوی کلچر تراشیدن و بیوپسی استناد دارد.

شکل Herpes آن توسط Acyclovir به خوبی تداوی اجرا میشود و اشکال دیگر آن توسط Excision تداوی شده. مریضان STDS پرازیتیک دارای اعراض تب، گرامپ‌های بطنی و اسهالات خوندار بوده، قرحات که مربوط آمیب هستولایتیک بوده به شکل Hourglass Shape، و قرحات مربوط به *Giardia Lamblia* بسیار منتشر بوده تشخیص مربوط به نمونه بیوپسی یا Scrapin و Stains های خصوصی میباشد. تداوی شکل آمیب هستالوتیک و *Lambila* به تداوی آن توسط میترونیدازول و شکل ایزوسپور توسط کوتری موکسازول تداوی شده.

سندروم عدم کفایه معافیتی کسبی :

در مریضان که HIV مثبت است پتالوژی انورکتال زیاد معمول بوده و یک 1/3 مریضان رامتاثرمیسازد شکایت عمده مریضان درد انورکتال، موجودیت یک کتله و خونریزی رکتوم بوده و در 260 مریضان HIV مثبت مطالعات که انجام یافته مریضی کاندیلوماتا 42%، فستول 34% و فیسور 32% نمایان شده امراض غیرانتانی سلیم امراض فیسور و قرحات معمول بوده این ا زمریضان که HIV ندارد فرق دارد که در آن درابتدا تشخیص توسط هیموروییدو Tag های جلدی میشود مریضانی که HIV دارند این مهم است که تشخیص تفریقی بین فیسور که باتداوی طبي Sphencterotomy داخلی وحشی و انل السرکه باتداوی های جراحی، بیوپسی Debridment Viral culture و تداوی موضعی با اتی و ایرل جواب میدهد. Herpes، Cytomegalo virus و Chlamydia اکثریت الیاف آن شمرده میشود. آفات نیوپلاستیک که در HIV مثبت

مریضان شامل کانیدیلوما Kaposi و Epidaroid carcinoma ، Anal intra epithelial neo plasm و sarcoma و این امراض در مریضانی که HIV مثبت است نسبت به HIV منفی زیاد دیده میشود. برای تداوی Insitu و Squamus cell carcinoma invasive به تداوی انتی وایرل و Excision , radiation شیموتراپی هریک نتیجه خوب میدهد بهترین ستراتیژی عملی برای انورکتل آفات در مریضان HIV ارزیابی میباشد. تداوی آن قطع کردن موضعی، تداوی شعاعی و شیموتراپی بوده ولی ریت نکس مرض در مریضان که HIV مثبت دارد زیاد است.

Hidradenite تقیحی:

Hidradenite تقیحی یک التهاب مزمن غدوات اپوکرین ناحیه پیری انال است که متصف با تشکل ابسی و سنیوس بوده، درین اواخر در ماتولوژجست ها آنرا به نام Spongiform Infundibulo Folliculitis نیز مسمی کرده. اتانات تقیحی داخلی غدوات بعد از ریچر آن به طرف انساج محیطی تحت الجلدی منتشر شده که باعث ساختن چندین مسیر و جوف شده و انساج در اثر التهاب دوامدار فبروتیک ضخیم شده. یک تعداد زیاد فکتور ها در بوجود آوردن آن رول دارد مانند استعمال موبر، تراشیدن موی، عدم مراعات حفظ الصحه، پوشیدن Tight Fitting، باکتری های مسئول آن زیادتر ستا فلوکوک اوریوس، ستروفوکوک Milleri ستا فیلوکوک اپیدرمس بوده.

لوحه سریری:

مریضان اکثرأ سوزش، خارش و هیایپرهایدروزیز شاکمی بوده، آفت زیادتر در نواحی جلد سیبوریکی و هم نواحی که غدوات عرقی اپوکراین قرار دارد، دیده شده مانند ابط، تحت ثدیة، مغبنی و تناسلی. ناحیه متاثره رنگ بنفشوی همراه با افزات قیحی آبگین میباشد.



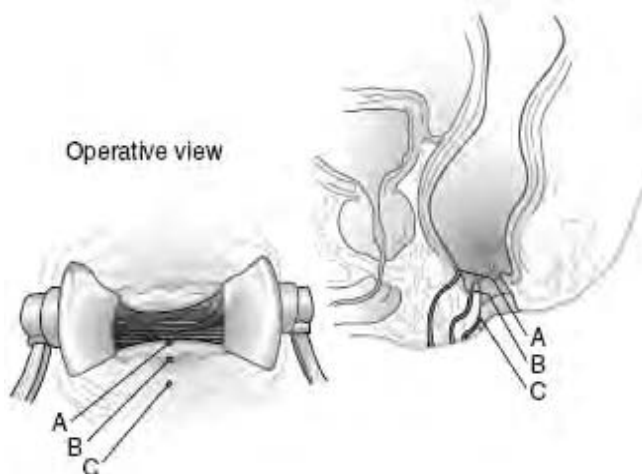
در حالت پیشرفته و چندین مسیر فستول در ناحیه Perianal موجود بوده. در حالت ابتدایی فستول های محدود در انساج انل و Peri anal دیده میشود که با Hidradenitis با فستول دیگر که از سبب مرض کرون و یا Crypt های مزمن بوجود می آید فستول های Hidradenitis پیتال، دتیت در انل جلد قرار دارد که از همین سبب از کریتوگلا ندولر فستول تشخیص تفریقی میشود. که

در کریتوگلا ندولر Fast با Dentate line در ارتباط میباشد و مرض کرون یا فستولا که به Dentate در قسمت پروکسیمال سیر داشته میباشد Hidradenitis بسیار معمول در زن ها و سیاه پوست دیده میشود و Peri anal hidradenitis در مرد ها دیده میشود.

تداوی:

Perianal Hidradenite میتواند از مرحله ابتدایی حاد یا مزمن موخر خود تنها یا با اختلاطات آن موجود بوده مانند فبروز و خیم، عدم اقتدار غایطی یا آفات خبیثه. برای تشخیص خباثت بیوپسی در صورت استطباب اجرامیشود. در صورتیکه مرض در مرحله ابتدایی و محدود باشد Impaches باید در شق مانده شود برای دریناژ اتان و جلوگیری از تکرر Erythromycin از طریق فمی توصیه میشود. که نتیجه خوب نمیدهد تا حال معلوم نشده مگر زود زود پاک کردن ساحه با Warm water, souking جلوگیری از پوشیدن لباس تنگ از مخرش های کیمیای جلوگیری از پیشرفت مرض میکند. وقتیکه Hidradenitis ساینوس سطحی

باشد باید Unroofed و بازمانده میشود بخاطریکه سیرتوسط ایپیتلیوم پوشیده شده و فرش سیرنگهداشته میشود این برای التیام زود کمک میکند و از کار بزرگ جلوگیری میکند برای مریضی که وسیع و عمیق باشد شق وسیع اجرامیشود گرچه شق وسیع در واقعات پیشرفته موثرشمرده میشود اما نکس در 50% واقعات دیده میشود. در جراحات بزرگ یک شق تهاجمی بزرگ، فلپ و یا پیوند جلدی همراهی التیام موخر اجرامیشود. و شق باید در وقت مناسب نظریه مریض دوخته شود. خوبی پیوند جلدی این است که زود التیام میشود در کم میاشد مگر مراقبت جلدی بعد از عملیات میخواهد.



شکل (49-23)



شکل (49-24A,B)

مرض کرون انورکتیم:

لوحه سریری:

تظاهر سریری مقعدی مرض کرون تخریب کننده بوده زیرا باعث تهدید کنترل مریض و درد شدید میباشد و در 20% واقعات مترافق با مرض کرون بوده، مریضان از موجودیت اَبسی ها، فستول ها و فیسور شاکی بوده اعراض و علائم آن عبارت از درد، پندیده گی، خونریزی، تب و عدم اقتدار غایطی اشکار بوده. درد مریض مربوط تخریش جلد، هموروئید فیسور و فستول بوده همچنان یک تگ ازیمایی و کبودیک وصف این مرض بوده خونریزی از سبب پروکتیت دیستال، فیسور، هموروئید یا فستول بوده Soilage یا مرطوب شدن مقعد و لباس مریض از سبب پرولپس غشای مخاطی رکتیم (See page) مایعات، مواد غایطه، دریناژ اَبسی یا Incontinence بوجود آمده. این عدم توانایی کنترل میتواند مربوط به اختلالات جراحی، فستول، Anoperineal و ریکتو و اجینل فستول بوده.

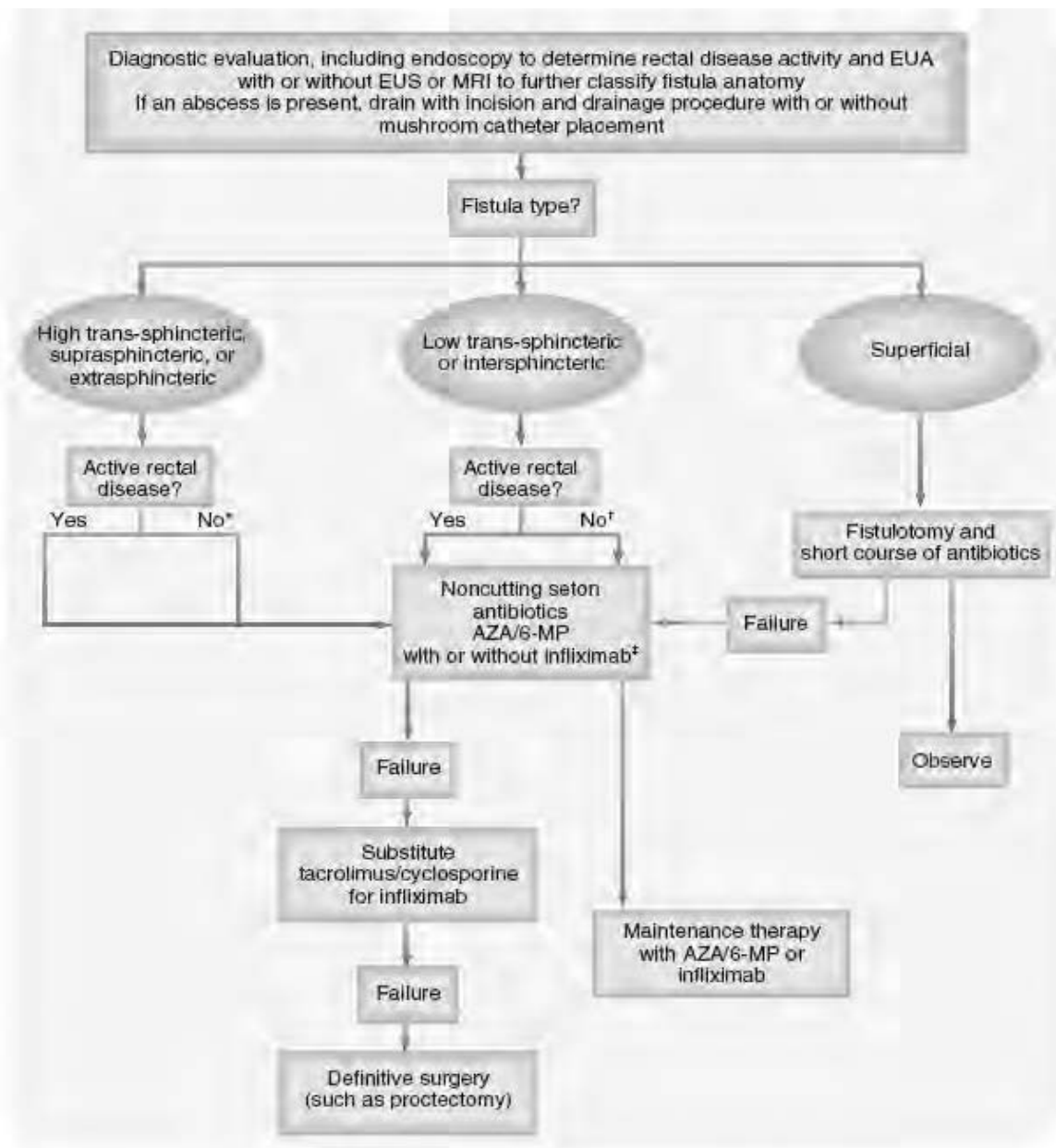
ارزیابی و تداوی :

معاینات انورکتال شامل تفتیش، جس مقعدی، انوسکوپی و پرکتوسگموئیدوسکوپی بوده. اگر از سبب درد داشتن معاینه کردن مریض مشکل باشد تحت انستیزی میتوانیم معاینه کنیم. در پهلوی آن معاینات طرق معدی معایی نیز باید اجرا شود.

در تداوی این مریضان باید بسیار محتاط و محافظه کار باشیم. مریضان میتوانند درد از سبب دریناژ کم ابسی و یا تداوی نادرست داشته باشد، عملیات جراحی برای از بین بردن آن کمک میکند. فسیور مربوط مرض کرون در اکثراً چندین عدد و در خط متوسط قرار داشته با تداوی محافظه کار نتیجه خوب داده مانند نشستن در آب گرم، ادویه که مواد غایطه را نرم میکند، انالجزیک از طریق دهن توصیه شده. بعضاً قطع تگ جلدی با قرحه عمیق اطراف آن انجام داده تا دریناژ خوبتر به میان آید و هم کشش آهسته نیز کافی بوده، در صورت موجودیت مرض کرون Perianal از انجام دادن فسیوراکتومی و سپینکتیروتومی پرهیز شود.

میترونیدازول و ادویه Immunosuppressive مانند ستروئید، Mercaptopurine ، Azathioprine و Cyclosporin نتیجه خوب داده. در بعضی مریضان پروتکتومی نیز توصیه شده و تسلیخ کردن آن در پلان داخل معصره اجرا شده تا شفاشدن عجان بهتر و ریسک کم شدن وظایف جنسی کاهش یابد. موجودیت فستول یک چیلینج خاص مرض کرون بوده.

برای مریضان که فستول های سطحی دارند و امراض فعال رکتوم موجود نباشد فستولوتومی ابتدایی استطباب دارد. ولی در صورت موجودیت فستول های مغلق که دارای پروکتیت حاد باشد از تداوی مرکب جراحی، (Non cutting seton) و تداوی طبی، بسیار مناسب است. در صورت که تداوی های فوق نتیجه نداد از Proctectomy استفاده شده.



شكل (49-25)

امراض نیوپلاستیک :

نیوپلازم ناحیه انال نادر است و میتواند به شکل سلیم و خبیث ظاهر شود. آفات سلیم به شکل مرض Bowen's و آفات خبیث به شکل Squamous cell کانسر کنار انال ، ادینوکارسینوما انال کانال و میلانوما ظاهر شده و برای داکتر جراحی مهم است تا در باره موقعیت تومور و Land mark آن مانند Anal Verge خط

Dentate ، فوحه
انورکتال و هم چنان
اناتومی مقعد
معلومات کافی داشته
باشد. از نظر اناتومی
مقعد به دو قسمت جدا
شده کنار انال و انال
کانال. همچنان معمولاً
این کار مشکل است تا
منشه حقیقی اناتومیکی
تومور کلان تفکیک
شود تا تومور مربوط
کنار و یا کانال انال
است.

بکس (3-49) نتایج تومورهای مقعدی و تداوی آنها

تومورهای انال مارجین
امراض Bowens:
طرح صحیح و دقیق آفات
Excision موضعی وسیع با ترمیم Flap استتباب دارد
موجود بت تهاجم موضعی مترافق با آفات خبیث جنبه کولوژیک بوده
مرض پاچیت:-
طرح خوب آفات
Excision وسیع موضعی با ترمیم Flap استتباب داشته
خارج از آفات خبیث ذیل
APR و شیموتبرایی در آفاتیکه انداز خوب نداشته و یا غیر کانسری بوده
بازال سبل و انال مارجن سکوامس سبل کارسینوما:
Excision موضعی با حوافی واضح
تداوی شعایی و شیموتبرایی در آفات که انداز خراب داشته و یا نکس کرده باشد استتباب
دارد
Verrucous کارسینوما:
Excision موضعی وسیع: APR در صورتیکه آفت وسیع باشد ،
در صورتیکه آفت تبدبل به سکوامس سبل کانسر تبدبل شده باشد
تداوی Combined-modality ايجاب میکند .
تومورهای انل کانال:
کانسرهاي اپي در موبید:
در صورتیکه تومور در مرحله (T1) باشد Excision موضعی ايجاب میکند
تداوی مرکب از شعاعی و 5-Fu+mitomycin .
در صورتیکه APR بی تاثیر باشد با تداوی موضعی کافی نباشد
با آفت بعد از شیموتبرایی نکس کند ، تداوی شعاعی استتباب دارد .
در صورتیکه تومور در مرحله T3 ، T4 باشد تداوی Triple استتباب دارد .
ادینوکارسینوما:
APR همراه با 5-Fu و تداوی شعاعی استتباب دارد .

طورمثال یک
Squamous cell
تومور که در کنار باشد
Excise میشود همچنان
برای تومور جلدی
اجرا میشود .
Squamous تومورانل
توسط شعاع
و شیموتبرایی تداوی
میشود دو خط تاریخی
بین انل کانال و کنار انل
تشریح شده برای کانال
اناتومیکی Dentate
line انل کانال از کف
جدامی سازد. که اساس

این تقسیم بندی نظریه تقسیم و فرق هستولوژیکی و لمفاتیک دریناژ شده Peritoneal به Dentate line
ایپیتیلیوم ترانزیشنل میباشد. لمفاتیک از هیمورویید علوی به هیمورویید سفلی دریناژ میکند و Distal به
Dentate ایپیتیلیوم سکومس میباشد و دریناژ لمفاتیک به اینگونه لمفاتیک میباشد. در کانال جراحی

جدامیکنند از نظر عملی
 کانال جراحی به آسانی
 عملی میشود. و بعضی
 انل تومور تشخیص به
 آسانی میشود. و به
 سیستم TNM تقسیم
 بندی موافق میباشد.
 گرچه برای تقسیم بندی
 تومور سیستم های
 زیاد وجود دارد مگر
 TNM
 بسیار مشهور است.

لوحة سریری:

قبل از عملیات،
 ارزیابی مریض به
 صورت مکمل اجرا شده
 که شامل تاریخچه
 مکمل، معاینات
 فیزیکی، اعراض
 موضعی، طبیعت و
 زمان آن موجودیت یک
 کتله، خونریزی، خارش
 و اعراض عمومی مانند
 ضیاع وزن شاکی بوده
 باید گفته شود در ساحه

بکس (49-4) طبقه بندی مراحل TNM برای افات خبیثه مقعدی.

		تومورهای ابتدای (T)
		تومور ابتدای تشخیص نمیشود TX
		شواهد تومور ابتدای موجود نمی باشد T0
		Tis Carcinoma in situ
T1		Tumor > 2.0 cm in greatest dimension
T2		Tumor > 2.0 cm but not > 5.0 cm
	T3	Tumor > 5.0 cm
	T4	اندازه تومور فرق میکند و اورگانهای مجاور اشغال کرده .
		عقدات لمفاوی ناحیوی (N)
		عقدات لمفاوی ناحیوی تشخیص نمیشود Tx
		به عقدات لمفاوی ناحیوی مبتلا تا ز نداده . N 0
	N1	مبتلا تا ز در عقدات لمفاوی محیط رکتوم موجود میباشد .
	N2	مبتلا تا ز در عقدات لمفاوی اوعبه حرقفی داخلی یک طرفه یا مغبنی .
	(N3)	مبتلا تا ز در عقدات لمفاوی محیط رکتل و ناحیه مغبنی موجود می باشد
		مبتلا تا ز بعیده (M)
	Mx	مبتلا تا ز بعیده قابل تشخیص نمیشود
	M0	مبتلا تا ز بعیده موجود نمیشود
	M1	مبتلا تا ز بعیده موجود است

Stage Grouping

Stage 0	Tis, NO, MO
Stage I	T1, NO, MO
Stage II	T2, NO, MO
	T3, NO, MO
Stage IIIA	T1, N1, MO
	T2, N1, MO
	T3, N1, MO
Stage IIIB	T4, N1, MO
	Any T, N2, MO
	Any T, N3, MO
Stage IV	Any T, any N, M1

عجان از نظر تغییرات جلدی خوب تفتیش شود با جس مقعدی تثبیت کردن تومور موقعیت، متحرک بودن و غیر متحرک بودن موقعیت معصره تعیین شده با معاینه انوسکوپی و پروکتوسگموئیدوسکوپی میتوانیم سائز و موقعیت تومور، ارتباط آن با Dentate Line، انال verge، انورکتال رینگ تعیین کنیم. معاینه اورگانومیگالی و ادینوپاتی مغبنی، هم چنان تکمیل کردن معاینات دیگر از قبیل CT، اکسری صدر نیز ضروری است.

تومور های Anal Margin :

:Bowen's Disease

یک In situ intraepithelial squamous cell carcinoma است که در کمتر از 5% واقعات میتازتاز داده، مریض کدام اعراض نداشته و یا بسیار جزئی بوده مانند سوزش، خارش، با معاینه جلد ناحیه Perianal سرخ ضخیم و با فسیور یکجا بوده یک پلک یا نودول نصولاری سرخ رنگ دیده میشود ولی میتواند که ظاهر نشود، زیرا ظاهر شدن Bowen's Disease میتواند بسیار متغیر باشد.

تشخیص تفریقی آن با امراض متعدد جلدی مانند پسوریازیز، اگزیما و لوکوپلاکیا و امراض اتناتی مانند انتانات Monilial صورت گرفته تشخیص مرض توسط چندین عدد بیوپسی punch تأیید شده. نظر به اینکه Bowen's Disease اکثراً با امراض خبیث داخلی یکجا بوده ایجاب معاینات دقیق و زیاد کرده خصوصاً نزد خانم ها که با امراض تناسلی یکجا بوده.

تداوی :

در عدم موجودیت Under lying invasive component مرض بایک شق وسیع و تهاجمی بالای جلد که متاثر شده اجرا میشود تعیین وسعت مریضی به طرف وحشی معلوم کردن توسط زیاد Mapping , biopsy نمونه در جریان عملیات Frozen section استعمال میشود Advanced V.Y.Flap برای اکثریت دیفکت خوب است مریضانی که معصره خراب دارد برای Abdominal perineal resection (A.P.R) اکثریت دیفکت خوب است مریضانی که کاندید هستند مراقبت بعد از عملیات برای شناخت نکس مرض و پایشرفت مریض ضرور میباشد.



:Paget's disease

مرض Paget's خارج شدن انوس را نادراق مصاب ساخته و یک ادینوکار سینوما داخل جلد است. تومور مذکور از غدوات اپوکرین یا غدوات عرقیه و یا از میتازتاز ادینوکار سینوما انساج تحتانی منشه گرفته، بر خلاف مرض Bowen's، مرض Paget's در نزد اشخاص کاهل و مسن زیاد معمول است و معمولاً مترافق با کارسینوما انساج تحتانی در 50-86% واقعات یکجا بوده و دارای انذار وخیم است. مرض به شکل پلک آگزیماتوز با قرحات سفید خاکی یا پایپلری نمایان شده. Extra memory paget s disease انوس یک ادینوکار سینوما داخل ایپیتلیوم نادراً دیده میشود یک تعداد نظریات داده شده که شامل این که از Apocrine یا Sweat gland و یا میتاستاز ادینوکار سینوما ی Underlying شده میتواند Paget و Bawmen زیاد تر در مریضان کلان سن دیده میشود که به کار سینوما ارتباط داشته انزار بسیار ضعیف دارد کلنیک Paget موجودیت یک پلگ همراهی یک قرحه Whitish gray و یا آفات پایپلری دیده میشود و این برای مرض برون، پجیت یک قسم میباشد. که به امراض جلدی دیگر تشخیص تفریقی شود مثل هیپرکیراتوزیس، اگزیما، Lichen sclerosis اتروفیکوس



شکل (49-27 a, b,c,d)

تشخیص تفریقی مرض با دیگر امراض جلدی مانند هایپرکیراتوز، اگزیما و یا Linchen sclerosus مانند Atrophicus انجام داده. در هستولوژی موجودیت Acid - Schiff positive pagit cell تشخیص را تأیید کرده.

تداوی آن مربوط به وسعت آفت است. به صورت عموم مرض پاژیت به صورت وسیع برداشته و دیفیکت به شکل ابتدایی بسته شده یا از Flap به شکل V - Y استفاده به عمل آمده، بیوپسی از قسمت پروکسیمال انال کانال و دیستال کنار جلد گرفته شده. مریض اگر رکتال ادینوکارسینوما یا دیگر شکل اپیدرموئید کانسر انال کانال داشته باشد توسط تداوی شعاعی و شیموتراپی نیز تداوی شده، سرعت حیاتیات مریضان 5 سال در 54% واقعات پیشبینی شده.



:Basal Cell Carcinoma

این نوع تومور کانال انال بسیار نادر است. از نظر میکروسکوپ مانند دیگر B.C.C جلد دارای حوافی Pearly با ناحیه مرکزی فرو رفته بوده.

تشخیص تفریقی Cloacogenic یا Basuloid کارسینوما که از Transitional Zone منشه گرفته از Basal cell cancer که از جلد انال منشه گرفته یک کار مشکل است. تداوی آن برداشتن وسیع تومور است، تعقیب کردن مریض از سبب نکس آفت بسیار مهم است.

:Squamous Cell Carcinoma

تومور های مذکور نظر به عقیده اونکولوجی مشابه Squamas cell carcinoma جلد بوده، اعراض آن عبارت از موجودیت یک کتله، خارش مزمن، خونریزی، درد مترافق با فستول ها و کاندیلوما بوده.

تداوی آن در مراحل مقدم مرض برداشتن موضعی بوده نتیجه آن بسیار خوب ولی در صورت نکس آفت Re- excision یا APR شود Lymph adenectomy برای مریضانیکه موضعی Regiolymphnode میتاستاز داده باشد

Verrucous Carcinoma

این تومور ها همچنان مربوط به کوندیلوما اکومیناتا بزرگ یا Buschke – low enstenin tumor که یک حالت متوسط بین کاندربیلوما اکومیناتا و Squamus cell کارسینوما که اساس ایتولوژی آن HPV بوده. شکل و ارتز کلان، نرم که دارای نشو نما بطنی بوده که به صورت تالی می تواند فستولیز و منتن شود.



تداوی آن برداشتن موضعی وسیع یا APR بوده ، انذار آن خراب ولی با استعمال تداوی شعاعی و شیموتراپی امیدوار کننده میباشد.

نیوپلازم انال کانال :

اپیدرموئید کارسینوما :

تومور های فوق از انال کانال یا زون انتقالی که دارای Saumeas، Basuloid، Cloacogenic یا Mucoepidermoid اپتلیوم بوده، منشه گرفته. از نظر لوحه سریری، جواب با تداوی و انذار با هم مشابه بوده. آفت به شکل یک کتله بعضاً با خونریزی و خارش یکجا بوده. در وقت تشخیص نزدیک به ¼ آن سطحی، نصف آن دارای سایز 3cm و نصف دیگر آن بزرگ بوده، تقریباً 71% تومور ها عمیق بوده، 25% دارای نود مثبت و 6% آنها دارای میتازتاز وسیع بوده.



تداوی آن جراحی یا رادیوتراپی است. در صورت که تومور سطحی و

محدود به اپتلیل یا سب اپتلیل باشد تداوی آن برداشتن موضعی و در صورت که آفت وسیع و پیشرفت کرده باشد، APR و یا میتوانیم یکجا با رادیوتراپی و شیموتراپی ادامه دهیم، از کولوستومی اجتناب شود. در شیموتراپی از 5-Fluoro uracil (5-Fu) ، $1000\text{mg}/\text{m}^2$ برای 24 ساعت یا به شکل انفیوژن دوامدار برای چهار روز استفاده شده شروع آن در روز اول و دوباره در روز 28 (مجموعاً دو سایکل توصیه شده (میتومایسین داخل وریدی $15\text{mg}/\text{m}^2$ در روز اول شروع شده و بعضاً توصیه دوامدار 5-Fu و میتومایسین توصیه کرده.

میلانوما :

میلانوما در کانال انال به شکل یک کتله، درد و یا خونریزی ظاهر شده. دور نمای این مریضان خوب نبوده سرعت حیاتیت آنها 5 سال در 10-26% واقعات بوده که مربوط به مرحله آفت بوده. تداوی آنها جراحی یا محافظه کار بوده. در واقعات پیشرفته ریزکشن مکمل را انجام داده نتیجه آن مانند برداشتن موضعی و APR بوده، تسلیخ کردن عقدات ناحیه مغبنی و قیوی کد ام فایده ندارد.

ادینوکارسینوما :

ادینوکارسینوما ی حقیقی انال کانال زیاد نادر است. از قنات های انال منشه گرفته و خارج از مخاط قرار دارد. او لحاظ اینکه این تومور ها نادراً یافت شده تشخیص آن موخر صورت گرفته، مانند میلانوما، تومور مذکور به شکل تصادفی در زمان هیموروئید کتومی دریافت شده.

تداوی آن قطع کردن و یا به شکل وسیع به واسطه APR برداشته شده. انذار آن خوب نبوده زیرا بعضی ادینوکارسینوما از رکت م منشه گرفته و در قسمت انال ظاهر شده. تداوی آن جراحی همراه با رادیوتراپی و شیموتراپی بوده.

دیگر تومور ها :

تومور های دیگر از قبیل سارکوما، Leiomyosarcoma، Rhabdomyosarcoma، میلوبلاستوما بسیار نادر در انال کانال دیده شده. لمفوما انال کانال غیر معمول بوده. کارسینوئید تومور معمولاً از حجرات اندوکراین انال کانال منشه گرفته. تداوی آن در صورت که سایز تومور اضافه از 2cm باشد APR بوده.



<p>التهاب معدده (Stress)</p> <p>تومورهاي معدده</p> <p>ديکرافات معددوي</p>	<p>اناتومي</p> <p>فيزيولوژي</p> <p>امراض قرحوي معدده</p>
--	---

اناتومي (Anatomy):

Gross Anatomy:

Walace P. Ritchie Jr. گفته بود معدده يك عضو با سلیقه بوده فکر ميشود چوكي رومي است و ميزيست كه هميشه براي آوردن غذا آماده ميشود معدده را يك عضو بسيار مهم و حياتي دانسته و يك وقت فكر ميشد كه معدده عضو بسيار مهم و حياتي يك سیت است. معدده مثل يك توسع از تيوب معايي رشيبي در هفته پنجم بعد از القاح منشه گرفته و در هفته هفتم حيات ريشمي پائين و نزول نموده و بيشر متوسع و به امتداد انحناء كبير طويل و دراز شده كه شكل و موقعيت نورمال بعد از تولد به خود مي گيرد

معدده به تعقيب تولد اكثر ايك عضو قسمت قريبه طرق هضمي داخل بطن است بطن است، كه قسمت پروكسيمال معدده را متجانس مي ماند و به امتداد انحناء كبيريشتر متوسع و با كارديا يا مري ارتباط دارد، قسمت پروكسيمال كارديا معصره فزيولوژيك مري قرار دارد. در قسمت ديستال معدده پيلور قرار دارد كه قسمت ديستال معدده يا انتروم يا قسمت پروكسيمال اثنا عشر ارتباط ميدهد. هم چنان معدده در قسمت اتصال مري معددوي و پيلور تثبيت است و قسمت متوسط و بزرگ آن متحرك است.

غور معدده كه قسمت بلندترين معدده آزاد و قابل توسع است كه در علوي بوسيله حجاب حاجز در وحشي بوسيله طحال محدود شده است. قسمت جسم معدده كه قسمت بزرگ معدده است و داراي حجرات جداري ميشود. در طرف راست آن انحناء صغير و در طرف چپ آن انحناء كبير است. زاويه مهم كه بين کنار چپ مري و غور معدده موجود است به نام زاويه His ياده شده. قسمت زياد معدده در كوادرانت علوي چپ بطن قرار دارد.

در قدام سگمنت چپ و وحشي كبد معمولاً قسمت زياد معدده را پوشانيده و قسمت باقي مانده آن توسط حجاب حاجز، صدر، جدار بطن قسمت باقي مانده معدده را پوشانيده، در سفلي با كولون مستعرض، طحال، لوب Caudate كبد، Diaphragmatic crura، اعصاب و اوعيه خلف پريتوان مجاورت دارد.

در علوي اتصال مري معددوي تقريباً 2-3cm پائين تر از هياتوس حجاب حاجزي مري در پلان افقي هفت مفصل غضروفي قصي كه درين پلان قسمت پيلور معدده قرار داشته، رباط معددي طحالي قسمت پروكسيمال انحناء كبير معدده با طحال در تماس بوده.

اوعیه دموی (Blood Supply):

طوریکه در شکل (2-45) نشان داده شده اروا معده از شریان سیلیاک منشه گرفته، در آنجا چهار شریان اساسی موجود است. دو شریان چپ و راست معدوی به امتداد انحنا صغیر معده و شریان چپ و راست Gastroepiploic به امتداد انحنا کبیر قرار دارد. علاوه‌تاً مقداری اساسی خونیکه به قسمت پروکسیمال معده میرسد به واسطه شریان حجاب حاجزی سفلی و Short gastric arteries طحال تامین میگردد کلاترین شریان معده Left gastric art است و غیرمعمول نیست (در 15-20%) که یک شعبه اضافی شریان چپ کبدي از آن منشه گرفته در نتیجه بسته نمودن قسمت پروکسیمال شریان چپ معدوی اسیکمی حاد لوب چپ کبد بوجود میآید زیراشعبه اضافی شریان چپ کبدي. گاهی یگانه شریان اروا کننده لوب چپ است شریان معدوی راست از شریان کبدي منشه میگردد یا از شریان معدوی اثنا عشری.

شریان چپ Gastroepiploic از شریان طحالی منشه میگیرد، شریان راست Gastroepiploic از شریان معدوی اثنا عشری منشه میگیرد ارتباط وسیع انستیمو تیک اوعیه بزرگ رخ میدهد و معده در صورت بسته کردن سه شریان از جمله چهار شریان بزرگ حیاتی خود را حفظ میکند به شرط که قوس های انحنا کبیر و انحنا صغیر متاثر نشود. بصورت عمومی

ورید های معده موازی با شراین سیر کرده ورید معدوی چپ و راست معمولاً داخل ورید باب میریزد، ورید راست Gastro epiploic داخل ورید مساریقوی علوی و ورید چپ Gastro epiploic داخل ورید طحالی میریزد.

دریناژ لمفاوی :

به صورت عموم دریناژ لمفاوی معده موازی با اوعیه در چهار زون عقدات لمفاوی که در شکل (3-45) نشان داده شده صورت میگیرد.

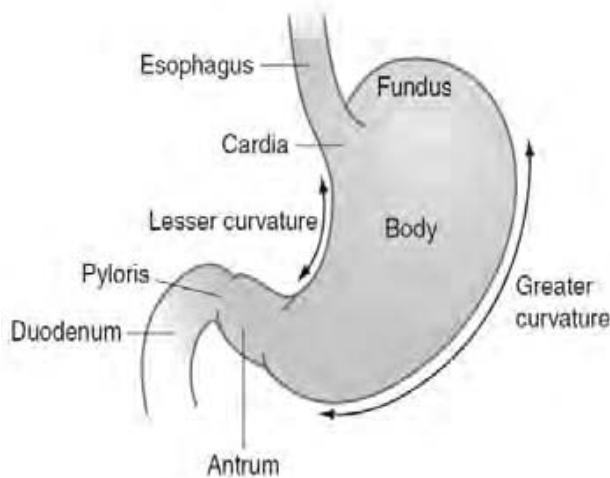
گروپ معدوی علوی

گروپ علوی معدوی لمف قسمت علوی انحنای صغیر معدوی را به عقدات لمفاوی معدوی چپ و paracardial تخلیه می نماید supra pyloric

گروپ عقدات داشته که باعث دریناژ قطعه قدامی انحنای صغیر معده به عقدات لمفاوی supra pancreatic می شوند گروپ پانکریاتیکولینال عقدات اند که باعث تخلیه لمف قسمت بالای انحنای کبیر معدوی به عقدات لمفاوی Gastro epiploic و طحال میشوند Inferior Gastric Subpyloric عقدات اند که باعث تخلیه لمف به امتداد جزراوعیه گاسترواپی پلویک راست میشوند

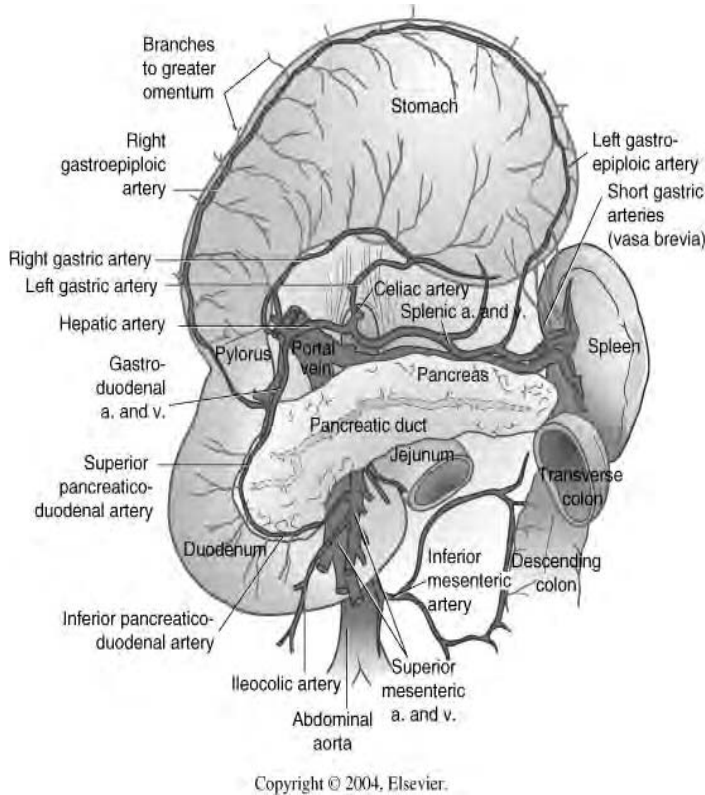
گروپ پیلوریک علوی

باعث دریناژ لمف اتترال سگمنت در قسمت انحنا صغیر داخل تمام Right supra pancreatic nodes شده. گروپ Pancreatico lienal لمف قسمت انحنا کبیر داخل Left gastro epiploic و عقدات طحالی کرده.



گروپ سب پابلوریک معدوي سفلي:

این عقدا ت لمفاوی، لمف که به امتداد Right gastro epiploic قرار دارد دریناژ کرده.

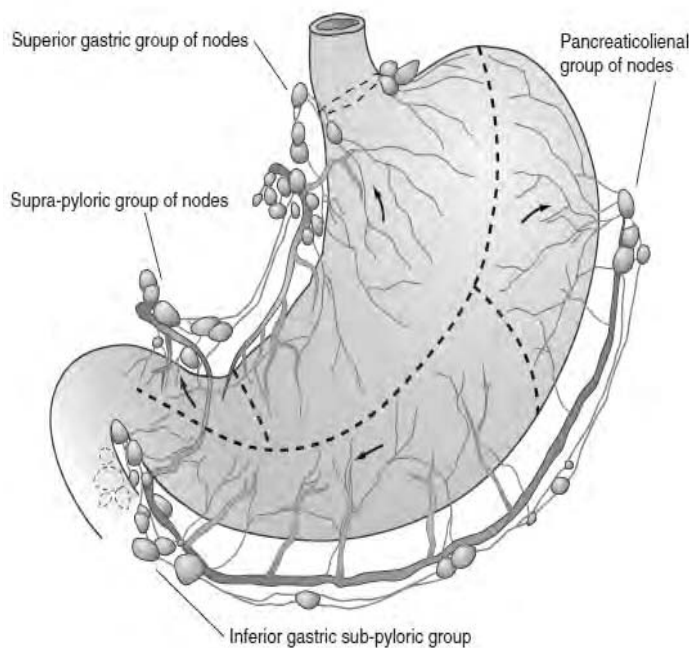


Copyright © 2004, Elsevier.

تمام چهار ناحیه عقدا ت لمفاوی داخل گروپ سلیاک و قنا ت صدري تخلیه میشوند عقدا ت لمفاوی فوق از نظر موقعیت و اشغال کردن ساحه ماوفه توسط حوادث خبیث اهمیت خاص دارد. هر چند عقدا ت لمفاوی قبلاً ذکر شده باعث تخلیه ساحات مختلف معده می گردند ولی به صورت وسیع دانسته شده است که کانسر معدوي به هر یک از چهار ساحه فوق میتاز تاز داده میتواند البته بدون توجه به موقعیت کانسر، بر علاوه انتشار Plexus وسیع تحت المخاطی لمفاوی به این حقیقت استوار است که واقعات متکرر و میکروسکوپی حجات خبیثه چندین سانتی متر دورتر از کنار قطع شده که مرض بصورت واضح دیده می شود دریافت می گردد

تعصیب (Innervation):

طوریکه در شکل (5-45) دیده میشود تعصیب خارجی معده توسط دو قسمت عصبی پاراسپماتیک که از عصب و اگوس و سیستم سپماتیک که از ضفیره سلیاک منشه گرفته صورت میگیرد. عصب و اگوس از هسته و اگوس که در زمین بطین چهارم قرار دارد منشه گرفته و بعد از



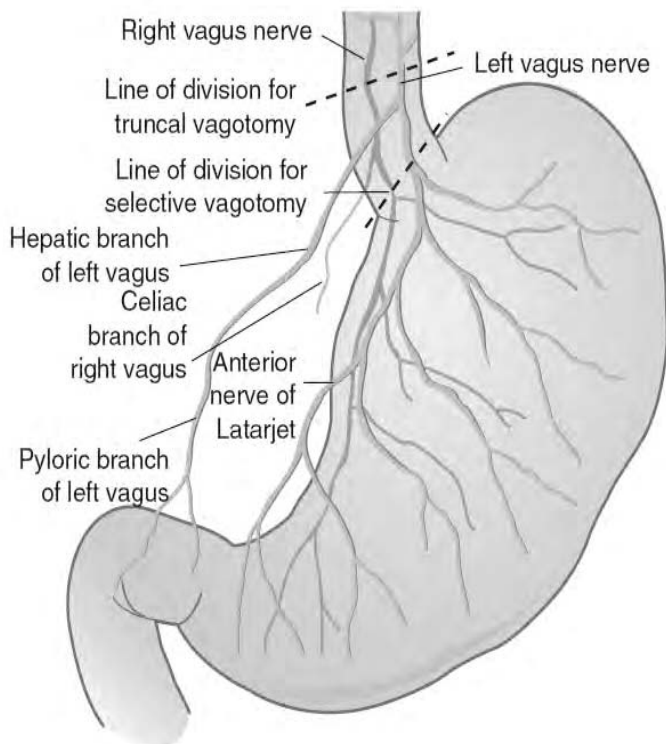
گذشتن از عنق تحت شیت کاروتید داخل منصف شده و در اطراف مری به چندین شعبه تقسیم میگردد و این شعبات در قسمت علوی هیاتوس مری بهم پیوسته باعث تشکل دو شعبه راست و چپ عصب و اگوس میگردد هر چند غیر معمول نیست که بیشتر از دو جذر عصب و اگوس را در قسمت دیستال مری دریافت نمود

چنانچه در شکل (4-45) نشان داده شده است، و در قسمت اتصال مری معدوی، عصب واگوس چپ در قدام و عصب واگوس راست در خلف قرار دارد (LARP). درحافظه بسپارید

واگوس چپ یک شعبه کبدي به کبد و متباقی انحناي صغير معده را تعصیب نموده شعبه Later jet را میسازد باوجودیکه نشان داده است عصب Criminal، شعبه اولی عصب واگوس که راست یا خلفی بوده و یک سبب عمده قرحات متکرر را میسازد همچنان Right N یا خلفی یک شعبه به ضفیره سلیاک داده و بعد از آن انحنا صغير را از خلف تعصیب می نماید چنانچه شرح شده است یک Truncal vagotomy اجرا میشود و بالاتر از شعبه سلیاک و کبدي عصب واگوس در حالیکه یک Selectiv و اگوتومی در تحت آن اجرا میشود که پنجه قاز در قسمت قریبه به منظور محافظه تعصیب که اتترال بخش های پایلوریک معده حفظ میشود، اضافه از 90% الیاف واگوس مؤصله است که تنبهات را از امعا به دماغ انتقال مینماید.

الیاف مرسله واگوس از Dorsal nuclei قسمت میدولا منشه گرفته و با نیورون های ضفیره مسارقوی و میاتریک سینپس میگرده که تحت مخاط قرار دارد. این نورونها استیل کولین را که یک نیورو ترانسmitter و تاثیر بالایی و ظایف حرکی و افزای معدوی دارد. بر خلاف سمپاتیک از T5-T10 منشه گرفته همراهی Splanchnic N یکجا سیر کرده به سلیاک گانگلیون ختم میگرده، الیاف Postganglionic همراهی سیستم شریانی سیر کرده داخل معده میشوند.

سیستم عصبی داخلی یا Interinsic معده شامل نورون در Auerbach's ضفیره اوتونومیک Meissner's اند درین موقعیت نیورونهای کولیزجیک Serotonergic و peptidergic موجود اند هر چند وظایف این نورونها کمتر دانسته شده است باآنها یک تعداد از نورو پتیدها درین نورونها موقیعت گرفته که شامل و شامل اسیتایل کولین سیروتونین، Substance P، Calcitonin generelated peptid، Bombesin، کولین سیتوکنین (CCK) و ستوماتوستاتین اند در نتیجه خلاصه نموده میتوانیم که معده دارای تعصیب پارا سمپاتیک (کولزجیک Input و سمپاتیک ادرینزجیک Input) میباشد سیستم عصبی پاراسمپاتیک حاوی نیورون های ادرینزجیک و سیستم عصبی سمپاتیک حاوی کولیزجیک نیورون اند.



شکل (45-4)

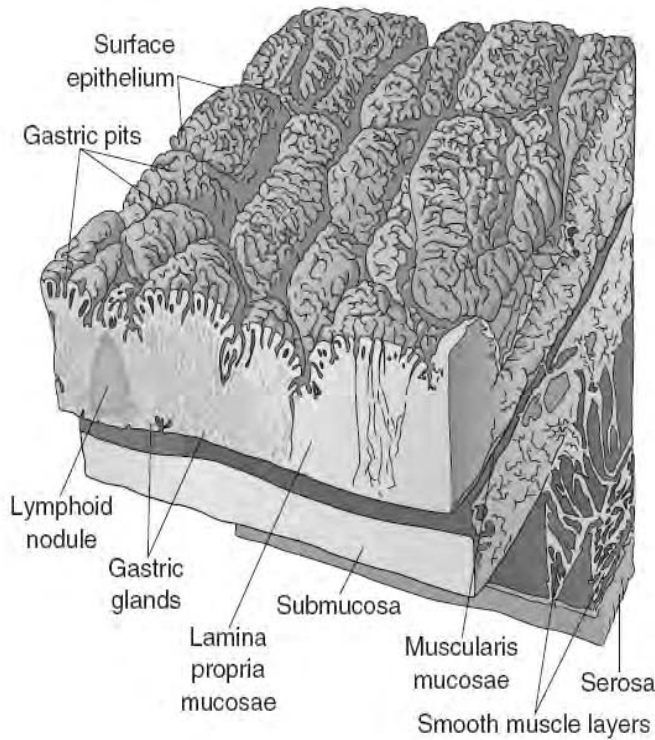
مورفولوژی معده:

به استثنا یک ناحیه خوردخلفی در قسمت پروکسیمال کاردیا و دیستال آتروم پیلوریک، معده توسط پریتون پوش شده است، پریتون سیروزائی خارجی معده را ساخته است، در تحت آن طبقه ضخیم که Muscularis Propria و

Muscularis externa میباشد که از سه طبقه عضلات ملساء شده است شکل 5-45 طبقه متوسط از عضلنت ملساء که دایروی است و یگانه طبقه عضلی مکمل جدار

معدوی میباشد ساخته شده است که در قسمت پیلوراین طبقه متوسط عضلی ملساء دایروی بصورت پیشرونده ضخیم ووظیفه معصره حقیقی اناتومیکی را اجرا مینماید . طبقه خارجی عضلات طولانی است با طبقه عضلی ملساء مری ادامه پیدا کرده. در داخل طبقات عضلی خارجی ، ضفیره غنی عصبی خودکار که بنام Auerbachs myenteric Plexus یدمیشود میزاتریک قرار دارد. در بین طبقه عضلی و مخاطی طبقه تحت مخاطی قرار دارد، که غنی از الیاف کولژن نسج ارتباطی میباشد.

شکل (5-45)



ترتیب غدوات معدوی:

مخاط معدوی دارای اپیتل غدوی استوانوی است. وظایف غدوات و حجرات مربوط به موقعیت آن در معده است. حجرات اندوکراین مانند حجرات گاسترین یا سستوماتوستاتین و یا میتواند بسته یا باز باشد.

نوع باز حجرات اندوکراین دارای میکرو ویلی در غشای Apical طوریکه تماس مستقیم با محتوی معده داشته. ساختمان های میکرو ویلی دارای اخذه های کیمیای و PH بوده که باعث افزایش Presteral peptid شده، بر خلاف نوع بسته حجرات

اندوکراین دارای ساختمان های میکروویلی نبوده تا که به تماس لومین معده باشد.

در قسمت انتروم معده حجرات G و D موجود بوده که از شکل باز بوده، بر خلاف D-cells که در غور و جسم معده قرار داشته و از شکل بسته بوده که به تماس مستقیم حجرات جداری معده بوده، و اسید افزایش میکند. در قسمت کاردیا معده غدوات که مخاط افزایش میکند تنظیم شده و قسمت حفره آن کوتاه است. در قسمت غور و جسم معده غدوات تیوبولر و حفره آن طویل است.

و در قسمت انتروم غدوات زیادتر به شکل برانش است، نهایت لومینال غدوات معدوی و حفرات آن توسط یک سطح اپیتل مخاطی افزایشی فرش شده که تا عنق غدوات ادامه پیدا کرده، در قسمت کاردیا غدوات به شکل بارز مخاط افزایش کرده، در قسمت جسم معده غدوات از عنق الی قاعده توسط حجرات جداری و حجرات اساسی فرش شده. در حالیکه تعداد حجرات جداری در قسمت غور و پروکسیمال انتروم کم بوده ولی در قسمت کاردیا و Prepyloric انتروم موجود نبوده، نمونه بیوشیمی که از معده گرفته شده نشان داده که تعداد حجرات جداری 13% ، حجرات اساسی 44%، حجرات مخاطی 40% و حجرات اندوکراین 3% را تشکیل داده.

انواع حجرات معده ، موقعت ، ووظائف			جدول (1-45)
وظائف	موقعت	حجرات	
Parietal	Body	Secretion of acid and intrinsic factor	
Mucus	Body, antrum	Mucus	
Chief	Body	Pepsin	
Surface epithelial	Diffuse	Mucus, bicarbonate, prostaglandins (?)	
ECL	Body	Histamin	
G	Antrum	Gastrin	
D	Body, antrum	Somatostatin	
Gastric mucosal interneurons	Body, antrum	Gastrin-releasing peptide	
Enteric neurons	Diffuse	GGRP, others	

فزیولوژی معده

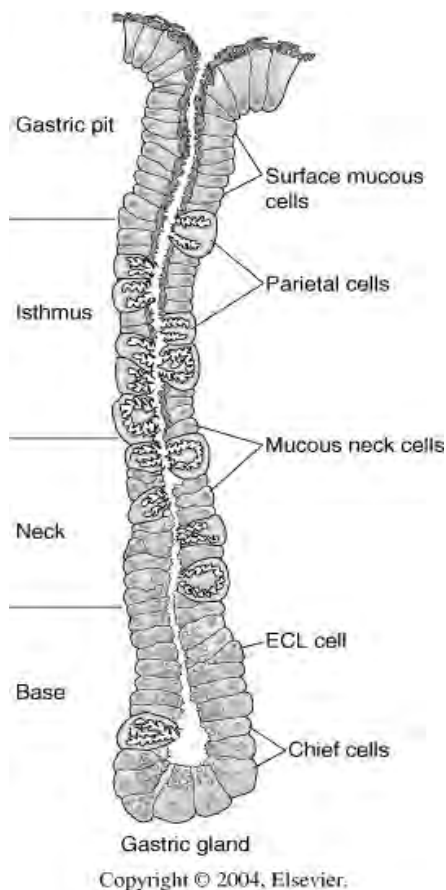
بررسی عمومی:

وظیفه اساسی معده عبارت از آماده کردن غذا صرف شده برای هضم و جذب آن و هم سوق دادن آن به امعای رقیقه می باشد، در مراحل ابتدایی هضم ضرورت به اینست که غذای جامد برای چند ساعت در معده ذخیره شده و از لحاظ سایز آن کم شده و به ترکیبات اساسی میتابولیک میشکند، استرخای پذیرفتن قسمت پروکسیمال معده اجازه میدهد تا معده به شکل اورگان ذخیره ایفا وظیفه کند. و هم چنان این استرخاء باعث عبور مایعات در داخل معده به امتداد انحنای صغیر معده در حالیکه مواد غذایی جامد به امتداد انحنای کبیر در غور معده ذخیره میشود و بر خلاف مایعات غذایی جامد توسط انتروم معده آسان میشود که باعث پمپ محتوی غذایی جامد به طرف پیلور میگردد و در نتیجه هم آهنگی وظایف انتروم و پیلور معده محتوی معده اجازه میدهد تا داخل اثنا عشر شود.

علاوه بر اینکه معده وظیفه ذخیره غذا دارد معده وظیفه هضم مواد غذایی به عهده دارد. به طور مثال نشایسته که تحت تاثیر انترایم امیلاز لعاب دهن قرار گرفته باشد. همچنان PH داخل Gastric bolus ضرور است اضافه از 5 باشد. هضم پپتید مواد غذایی را میتابولیزم میکند مانند شحم، پروتین، کاربوهایدریت تا از دیوال حجروی به آسانی عبور کند.

اثنا عشر و قسمت پروکسیمال امعایی رقیقه مسئول ابتدایی هضم غذا بوده که معده عمل این پروسه آسان میسازد.

تنظیم کردن و وظایف معده:



وظایف معدوی تحت کنترل عصبی و هورمونی بوده، تحت تاثیر کنترل هورمونی معمولاً پپتید و آمین ها بوده، که از طریق یک یا دو طریق ذیل عمل کرده، اندوکراین، پاراکراین یا نورو کراین. حجات اندوکراین پپتید آزاد کرده که از طریق دوران خون به ساحه موثر خود رسیده، بر خلاف حجات پاراکراین پپتید آزاد کرده و به صورت لوکال از طریق دیفیوژن په ساحه موثر خود رسیده. بالاخره نورو کراین از نهایت عصبی آزاد شده و به شکل دیفیوژن به سینپس عصبی رسیده و ناحیه موثر خود تاثیر کرده، بعضی پپتید ها مانند سوماتوستاتین به شکل اندوکراین و پاراکراین عمل کرده.

پپتید های معدوی:

گاسترین:

ترکیب و تاثیر آن:

گاسترین توسط حجات یا G-cell که در انتروم معده قرار دارد تولید شده. Table (45-1). سنتیز آن در ابتداء به شکل Pre propeptide بوده بعداً ذریعه پروسه Post translation به شکل فعال و بیولوژیک گاسترین پپتید تبدیل شده، چندین شکل مالیکولی آن موجود است، که شامل G-34 یا big gastrin، G-17 (little gastrin) و G-14 (گاسترین کم) که تمام آنها قابل تشخیص است.

تقریباً 90% انترال گاسترین به شک ۱۷ امینواسید پپتید آزاد شده همچنان G-34 به شکل متباز داخل دوران بوده، بخاطریکه میتابولیک مدت تاثیر آن طولانی نسبت به $G-17^2$. پپتاید پپتید اخرین ترکیب بیولوژیک گاسترین است که در قسمت امعابا دیگر پپتید ها قابل تشخیص است. آزاد شدن گاسترین به واسطه مواد غذایی مانند پروتین تنبیه شده و توسط لومینال اسید نهی شده.

سوماتوستاتین یک تاثیر پاراکراین بالای انترال G-cell دارد و آزاد کردن گاسترین نهی میکند. و در قسمت انترال آزاد شدن سوماتوستاتین و گاسترین به صورت وظیفوی ارتباط دارد. گاسترین یک هورمونال دیگولاتور بزرگ صفحه گاستریک افراز اسید است به تعقیب غذا، همچنان حجات پاریتال دارای رسپتور های است که گاسترین و اگزوجن گاسترین باعث افراز گاستریک اسید شده، و مانند هستامین از اینتیروکروماتین حجات آزاد شده شواهد که موجود است به این عقیده است که افرازات گاستریک اسید به واسطه گاسترین تنبیه شده با توصیه H_2 receptor انتاگونیست کم شده. هر دو اگزوجن و اندوجن گاسترین لومین معده را از تخریش نگاه میکند. و همچنان گاسترین در سیستم دفاعی گاسترین مخاطی Intrinsic رول دارد.

همچنان گاسترین تاثیر تروفیک قابل ملاحظه بالای حجات پاریتال و حجات گاستریک ECL دارد. هایپر گاسترینیمیا دوامدار از هر سبب که باشد باعث هایپرپلاز یا مخاطی شده، با ازدیاد تعداد حجات ECL در بعضی حالات مانند گاستریک کارسینوئید تومور.

هایپرگاسترینیمیا :

این حالت در نتیجه اسباب مختلف به وجود می آید. هایپرگاسترینیمیا که در نتیجه توصیه عوامل ضد افراز بوجود می آید یک عکس العمل مناسب به واسطه نهی Feed back آزاد شدن گاسترین در لومینال اسید بوده، عدم موجودیت اسید باعث کمی در آزاد شدن سوماتوستاتین شده که در نتیجه باعث ازدیاد گاسترین از G-cell، انترال شده، هایپرگاسترینیمیا همچنان در انیمیا خبیث یا یوریمیا یا به تعقیب پروسیجر جراحی مانند واگوتومی یا باقی گذاشتن قسمت انتروم معده بعد از گاستریکتومی شده. بر خلاف سویه گاسترین به صورت غیر مناسب ازدیاد یافته در مریضان گاسترینوما، Zollinger – Ellison Syndrome.

این تومور در انتروم معده واقع نبوده سه پایه کلینیکی Zollinger Ellison Syndrome عبارت از هایپرسیکریشن گاستریک اسید، امراض وخیم پیتیک السر، Non – beta islet cell tumor پانکراس.

سوماتوستاتین:

ترکیب و تاثیران :

سوماتوستاتین توسط حجات D تولید شده و دارای 14-18 امینواسید پپتید بوده، که شکل بارز آن در معده Somatostatin -14 است که توسط حجات نورو اندوکراین تولید شده، که در قسمت انتروم و غور معده واقع شده و نظر به وسعت سایتوپلازمیک تماس بین حجات پاریتال و G-cell موجود است که تاثیرات آن مانند پاراکراین بالای افراز اسید و آزاد کردن گاسترین بوده.

سوماتوستاتین به صورت مستقیم حجات پاریتال و به صورت غیر مستقیم افراز اسیدی آن نهیه میکند و باعث کاهش آزاد شدن هستامین و ECL و Down Regulation شده. تنبیه اساسی برای سوماتوستاتین. گذاشت آزاد اسیدیفیکیشن انترال طوری مثال اسیتایل کولین از الیاف واگال نیز قابل تذکر است.

تاثیرات هلیکوباکتر بالای سوماتوستاتین :-

غلظت گاسترین اساسی و تنبیه شده در نزد مریضانیکه با هلیکوباکتر منتن شده باشد زیاد است. اتان هلیکوباکتری باعث کاهش حجات D انترال شده که در نتیجه باعث کاهش سویه سوماتوستاتین شده، کاهش در سوماتوستاتین باعث تنبه حجات انترال و ازدیاد آزاد شدن هورمون گاسترین شده.

از بین بردن H-pylori باعث دوباره ذخیره انترال D-cell شده، که در نتیجه باعث ازدیاد انترال سوماتوستاتین و کاهش سویه گاسترین شده، این حقایق تائید میکند که اتان H-pylori باعث کاهش انترال D-cell و سویه سوماتوستاتین و باعث ازدیاد آزاد شدن گاسترین شده که باعث ازدیاد افرازات اسیدی معده شده. چنانچه در مریضان متن شده H-pylori با امراض قرحوی اثنا عشر معمولاً دارای مقدار زیاد افرازات اسید بوده.

در آنجا یک تعداد اشخاص صحت مند (+) H-pylori موجود است ولی امراض قرحوی معدوی ندارد. و هم دارای مقداری کم و یا هیچ افراز اسید نبوده و مقایسه کردن آنها با اشخاص که (-) H-pylori است. با وجود تداوی انتانات در مریض که قرحه اثنا عشر دارد کاهش در اسید معدوی ضروری است.

Gastrin releasing peptide

به واسطه Bombesin بیست سال قبل کشف شده. از یک خلاصه که از جلد *Amphibion bombina* تهیه شده در پستانداران هم مثل ان Gastrin releasing peptide است. عکس العمل معافیتی GRP-Staining مخصوصاً در نهاییات عصبی که اسید افزا می‌کند و در معده قسمت که گاسترین افزا می‌کند و هم طبقه حلقوی عضلی. در قسمت مخاطی انتروم GRP تنبیه می‌کند، آزاد کردن گاسترین و سوماتوستاتین په واسطه رسپتور های که در G و D-cell قرار دارد و از طریق دوران خون توسط اندیپتیداز- طبعی به سرعت پاک شده، و دارای-تاثیر تقریباً در حدود 1.4 دقیقه بوده.

توصیه اگزوجن GRP محیطی تنبیه می‌کند افرازات معدوی، در حالیکه توصیه مرکزی داخل بطینات باعث نهی افرازات اسیدی و این تاثیر نهی ان مربوط هومورال فکتور نبوده که توسط واگوتومی متاثر نشده و باعث مصاب کردن سیستم عصبی سیماتیک شده.

هستامین :

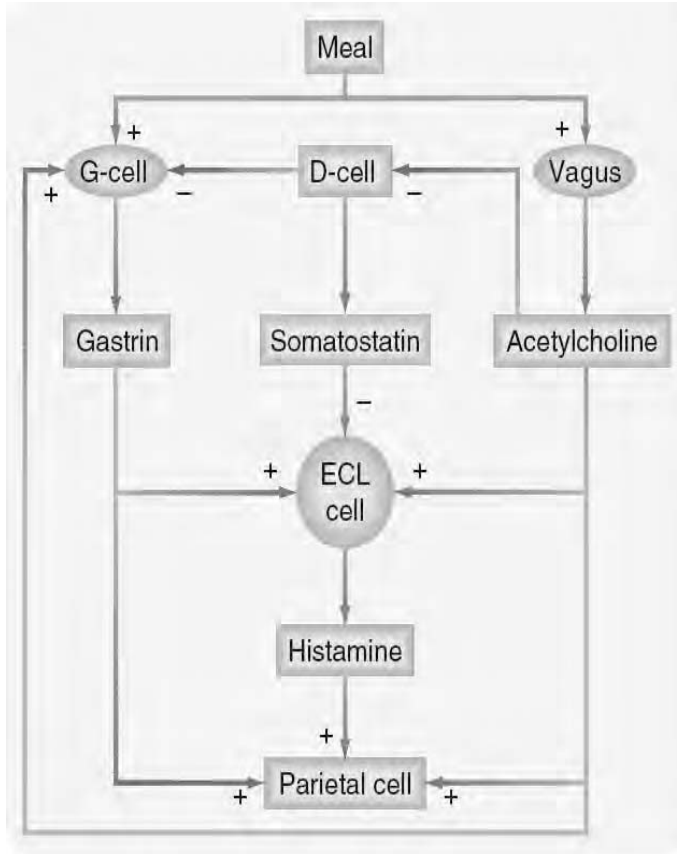
هستامین یک تاثیر متبازز تنبیه کننده بالای حجات پاریتال دارد. توصیه کردن اتاگونیسست H2-receptor تقریباً به صورت مکمل باعث از بین بردن افرازات اسیدی معدوی به واسطه عکس العمل آن با گاسترین و اسیتایل کولین شده. و این موضوع واضح می‌سازد که هستامین یک وسط ضروری گاسترین و اسیتایل کولین برای تنبیه کردن افرازات اسیدی بوده.

هستامین در گرانول های اسید یک ECL cells، مست سیل ذخیره میشود و آزاد کردن آن تنبیه شده به واسطه گاسریتن اسیتایل کولین و اپینیپیرین به تعقیب عکس العمل Receptor ligand در ECL cell. بر خلاف نهی سوماتوستاتین و گاسترین که توسط هستامین تنبه شده آزاد شده، به واسطه عمل متقابل آنها با رسپتور های سوماتوستاتین که در ECL cell قرار دارد. چنانچه حجات ECL در فعالیت حجات پاریتال رول اساسی بازی می‌کند که در تنبیه و نهی Feed back میکانیزم رول مهم دارد که بالاخره باعث آزاد شدن هستامین و افراز اسید میشود.

افراز اسید معدوی:

افراز این اسید به واسطه حجات جداری توسط تنبیه موضعی تنظیم شده، اسیتایل کولین یک ترانسمیتر عصبی برای عیار کردن که افراز اسید و از عصب واگوس و پاراسمپتاتیک حجات گانگلیونآزاد شده. الیاف واگوس نه تنها حجات جداری تنبیه می‌کند، بلکه G. cell و ECL cells برای آزاد کردن پبتید های آن نیز تنبیه می‌کند. هورمون گاسترین باعث تنبیه حجات پاریتال و آزاد کردن هستامین شده، هستامین مانند پاراکراین تاثیر بالای حجات پاریتال و در شکل (7-45) یک رول مرکزی در تنظیم افراز اسید به واسطه حجات جداری به تعقیب آزاد شدن آنها از ECL cells داشته، چنانچه قبلاً یاد آوری شد که سوماتوستاتین دارای تاثیر نهی کننده بالای افرازات اسید معدوی داشته.

آزاد کردن سوماتوستاتین از اترال D-cells که تنبیه شده به واسطه موجودیت (PH ≤ 3) اسید داخل لومین. به تعقیب آزاد شدن آن سوماتوستاتین نهی میکند، آزاد شدن گاسترین به واسطه تاثیر پاراکراین و همچنان شکل



Modifies هستامین از حجات ECL آزاد شده، در بعضی مریضان پپتیک السر این عکس العمل feedback منفي نامکمل میباشد. حالت صحیح و درست افزاز اسید به واسطه حجات جداری مربوط به تاثیر بیشتر تنبیهات مثبت و منفي است.

افراز اساسی اسید:

در عدم موجودیت مواد غذایی حالت نورمال افزازات حجات جداری مربوط به نوع آن است. در نزد انسانها همیشه سوبه اساسی افزاز معدوی تقریباً 10% دهنه اعظمی اسید بوده (MAO).

افراز اساسی اسید همیشه یک تفاوت دایروی نشان میدهد و در هنگام شب افزازات اسیدی زیاد میباشد، نسبت به

افرازات روز، در حالت نورمال 1-5mmol هایدروکلوریک اسید افزاز شده که به 75-90% کاهش یافته، بعد از تطبیق اتروپین یا واگوتومی. بدین لحاظ استیایل کولین یک رول قابل ملاحظه در افزاز اساسی اسیدبازی کرده در حالیکه H2-receptor اندازه کاهش افزاز اسید بلاگ کرده به 90%، در حالیکه هستامین یک رول بین البینی را درین پروسه بازی کرده. پس اینطور معلوم میشود که افزاز اساسی اسید مربوط به تاثیر مشترک کولیزجیک و هستامینرچک میباشد.

افراز اسید تنبیه شده :

Cephalic phase

هضم مواد غذایی یک تنبیه فزیولوژیک برای افزاز اسید است که سه صفحه افزاز اسید در هضم مواد غذایی دخیل است معای معدوی . سیفالیک . این سه صفحه یکی پا دیگر ارتباز دارد که در عین وقت واقع شده، صفحه سیفالیک مربوط به دیدن، بوی کردن، فکر کردن یا مزه مواد غذایی است که تنبیه میکند مرکز عصبی در قشر دماغ و هایپوتلاموس، همچنان میکانیزم حقیقی که به واسطه حواس افزاز اسید تنبیه میکند به صورت مکمل تشریح شده این یک فرضیه است که چندین ناحیه در دماغ تنبیه شده و محدود به این مرکز حسی نبوده بلکه Dorsal vagal complex, Dorsal motor nucleus و Nucleus tract solitarius، میتواند آزاد شدن TRH را مصاب کند. این مراکز سگنل انتقال میدهد توسط عصب واگوس به معده، طوریکه استیایل کولین آزاد کرده و فعال میسازد Muscarinic receptors که در target cell قرار دارد.

اسیتایل کولین په صورت مستقیم زیاد میسازد افزایش اسیدی به واسطه حشرات جداری و میتواند هر دو نهی و تنبیه آزاد کردن گاسترین بوجود می آید و تاثیر خالص آن باعث آزاد کردن مقدار کمی گاسترین شده، تنبیه واگوس به واسطه (جویدن و تو کردن) در نزد انسانها باعث افزایش اسید میشود.

صفحه معدوی:

این صفحه افزایش اسیدی وقتی شروع میشود که مواد غذایی داخل لومین معده شود. محصولات غذایی که از هضم مواد غذایی و عمل متقابل میکروویلی انترال G-cell آزاد شدن گاسریتن تنبیه میکنند. اجزا ترکیبی و امینو اسیدها تاثیر به خصوص بالایی تنبیه آزاد شدن گاسترین دارد. با امینو اسیدهای اروماتیک فینایل الانین، تریپتوفان، مواد غذایی تنبیه میکنند افزایش اسیدی به واسطه توسعه مکانیکی معده، توسعه معدوی باعث فعال شدن Stretch ریسپتور در معده شده در نتیجه ریفلکس وازوواگول بوجود آمده و توسط تقریباً واگوتومی معدوی پروکسیمال از بین رفته همچنان انترال توسعه نزد انسانها باعث آزاد شدن گاسترین شده و این عکسه به نام Pyloro – oxyntic یاد شده.

نزد انسانها توسعه میخانیکی معده تقریباً 30-40% افزایش اسیدی به مقابل peptone meal شده، و باقی مانده آن مربوط آزاد شدن گاسترین شده، لذا تمام صفحه معدوی تقریباً 60-70% با تنبیهات غذایی دهنه اسید دارد.

صفحه معایی:

صفحه افزایشات معدوی باقی مانده بسیار کم شناخته شده، ولی با داخل شدن شایم داخل امعا رقیقه شروع شده یعنی وقتی که معده خالی شود غذا هضم شده و اجزا ترکیبی آن به داخل قسمت پروکسیمال امعا رقیقه میشود تقریباً 10% افزایش اسیدی عکس العمل نشان داده به مقابل مواد غذایی. و یک فرضیه است که هورمون (Entero-oxyntin) که از مخاط امعا رقیقه آزاد شده و یکی از اسباب صفحه معایی برای افزایش اسید میباشد.

اساسات حجروی افزایشات اسیدی :

گاسترین ریسپتور:

گاسترین فعالیت بیولوژیک خود به واسطه ریسپتورهای سطحی غشایی شروع کرده، این ریسپتورها عضو از Classic-G-protein یک جوره از 7-Transmembran spanning receptor بوده و طبقه بندی شده با type A و CCK . type B ریسپتور گاسترین یا CCK B ریسپتور نزدیکی زیاد با گاسترین دارد. در حالیکه CCK ، type A ، ریسپتور نزدیک با Sulfated CCK analogues و نزدیکی کم با گاسترین داشته.

ریسپتور Muscarinic:

اسیتایل کولین تاثیر خود را بالایی حشرات جداری به واسطه عمل متقابل M3 subtype و فامیل موسکارینیک ریسپتور بکار میبرد ، این ریسپتور یکجا شده تا زیاد کند سویه کلسیم داخل الحجروی به واسطه فوسپولیفاز که محصول اینوسیتول تراي فوسفات میباشد.

ریسپتورهای هستامین :

ریسپتورهای هستامین عضوفامیل G-protein که یکجا شده با 7-transmembrane spanning ریسپتور. در بالایی حشرات پاریتال، H2 – sub type binds هستامین، که فعال میسازد Adenylatecyclas که باعث از زیاد لیول ادینوزین مونوفوسفات سیکل داخل الحجروی شده.

سوماتوستاتین:

ریسپتور های سوماتوستاتین همچنان 7-transmembrane spanning receptor است و در آنجا حد اقل پنج نوع مختلف موجود است، یکجا شدن سوماتوستاتین با ریسپتور های آن یک جوهره از یک یا چند - Guanine nucleotide binding protein نهی کننده بوده، ریسپتور های سوماتوستاتین مختلف همچنان نشان داده که دارای تاثیرات فارمولوژیک یک متفاوت است. چنانچه یک سوماتوستاتین ریسپتور همراه با یک G پروتین نهی کننده بوده، در حالیکه دیگر آن میتواند نباشد.

ریسپتور های سوماتوستاتین حجات پاریتال میتواند به شکل یک گلایکوپروتین واحد ظاهر شود، که دارای وزن مالیکولی 99KD با نزدیکی زیاد سوماتوستاتین بوده. سوماتوستاتین میتواند نهی کند افزایشات حجات پاریتال به واسطه میکانیزم هر دو G-protein مستقل و غیر مستقل باشد. هر چندیکه قدرت نشان دادن inhibitor سوماتوستاتین، به واسطه نهی Adenylate cyclase با نتیجه کاهش در سوپیه Cyclic AMP.

:Second Messenger

اساساً دو Messengers تالی در تنبیه افزای اسیدی به واسطه حجات تالی عبارت از سیکل AMP داخل حجروی و کلسیم بوده، سنتز این دو مسینجر فعال میشود به شکل پروتین کینازو Phosphorylation cuscards. همچنان این پروتین کیناز فعال و فوسفوریلیت به اشکال مختلف پروتین حجات جداری به اندازه کم فهمیده شده، در باره شکل صحیح طریقه فوسفوریلیشن که در نتیجه باعث فعالیت پروتین پمپ که مسئولیت افزای اسید را به عهده دارد شده، با وجود اینکه موضوع داخل الحجروی په تعقیب Ligated binding با ریسپتور های حجات پاریتال در شکل (8-45) تشریح شده.

چنانچه در شکل دیده شده که هستامین باعث ازدیاد سیکل AMP داخل حجروی که باعث فعالیت پروتین کیناز. طوریکه شروع شده از موضوع فوسفوریلیشن که منجر به فعالیت برای فوسفات ادینوزین ATP pase ∞ و برخلاف استایل کولین و گاسترین فوسفوریلیشن 5-c تنبیه میکند.

طوریکه تبدیل میکند Membrane bound phospholipids به (IP3) اینوزیتول برای فوسفات که باعث تغییر کلسیم از ذخیره داخل حجروی شده. افزایش کلسیم داخل الحجروی باعث فعالیت دگر پروتین کینازبالاخره باعث فعالیت H/K ATPase که افزای هایدروکلوریک اسید شروع میکند.

فعالیت و افزای حجات جداری:

H/K ATPase یک راه اخری و معمولی افزای اسید معدوی به واسطه حجات جداری بوده که از دو واحد فرعی ساخته شده. یکی آن Alpha catalytic (100-KD) و دیگر Glycoprotein beta (60-KD) میباشد.

در اثنای استراحت یا غیر افزای حجات پاریتال معدوی H/K ATPase ذخیره میکند. دربین عناصر داخل الحجروی Tabulobesicular دو باره جا بجا شدن Protein pump sub unite به واسطه دوباره تنظیم کردن سایتوسکلیتون برای افزای اسیدی واقع شده تا زیاد کند عکس العمل به مقابل فکتور های تنبیه کننده.

داخل شدن دوباره و اسامبلی مختلف H/K ATPase داخل میکرو ویلی، کانال های افزای سبب ازدیاد در افزای اسیدی معدوی شده، راه جریان KCl شامل تهیه کردن پوتاشیم از قسمت خارج سایتوپلازم پمپ هایدروجن Cytosolic افزای شده به واسطه H/K ATPase در عوض سایتوپلازمیک پوتاسیم. شکل (8-45).

طوری که یک تبادلۀ برقی عصبی و بنا برین در انتقال از غشای حجرات پاریتال سهم نگرفته، افزاز کلوراید به چینل کلوراید خاتمه یافته و کلوراید از سایتوپلازم حجرات پاریتال به لومین معدوی حرکت کرده. تبادلۀ افزازات هایدروجن برای پوتاشیم ضرورت به انرژی در شکل ATP نبوده، به خاطر که هایدروجن افزاز شده در مقابل یک درجه پائین نسبت به یک میلیون فولد داشته میباشد.

به خاطر ضرورت زیاد انرژی حجرات پاریتال دارای میتوکاندریا بزرگ نسبت به کمی از حجرات ماملیان بوده، با اجزای میتوکاندریا که 34% والیوم حجروی را نشان داده، و عکس العمل آن مانند سیکریتاگوگ. حجرات پاریتال تغییرات از نظر شکل و هم چندین فولد زیات نشان داده در سطحی قنات ها چندین فولد واقع شده شکل (9-45).

و بر خلاف تنبیه کردن افزاز اسید و توقف دادن افزاز اسیدی ضرورت به اندوسایتوزیس H/K ATPase با Regeneration سایتوپلازمیک، tubulovesicles که دارای سب یونیت بوده و این در بین یک سیگنال اساسی تایروزیین واقع شده.

نتیجه محتوی تایروزیین در ذنب بیتاسب یونیت واقع شده و بسیار زیاد هومولوگوز از نظر عکس العمل ظاهری برای مداخله ریسپتور ترانسپیرین بوده، اضافه از یک بیلین حجرات جداری در معده انسان نورمال موجود بوده و مسئول 20m mol هایدروکلوریک اسید در یک ساعت و مسئول یک غذایی پروتون است.

حجرات پاریتال هر شخص در هر ثانیه 3.3 بیلین هایدروجن ایون و درینجا یک ارتباط خطی بین MAO و تعداد حجرات پاریتال موجود است. هر چندیکه سرعت افزازات اسید معدوی میتواند در مریضان که امراض طرق معدوی معایی علوی دارد.

به طور مثال اسیدی معدوی اکثراً زیاد شده در مریضان قرحه اثناعضری یا گاسترینوما. در حالیکه کاهش یافته در مریضان که مبتلا به کم خونی خبیث، گاستریک اتروفی، گاستریک السری یا گاستریک کانسر بوده. سرعت پائین افزازی در مریضان قرحه معده و خاصتاً برای قرحه معدوی پروکسیمال بوده، در حالیکه قسمت دیستل انترال یا قرحات پری پیلوریک مترافق با ازدیاد در اسید معدوی بوده.

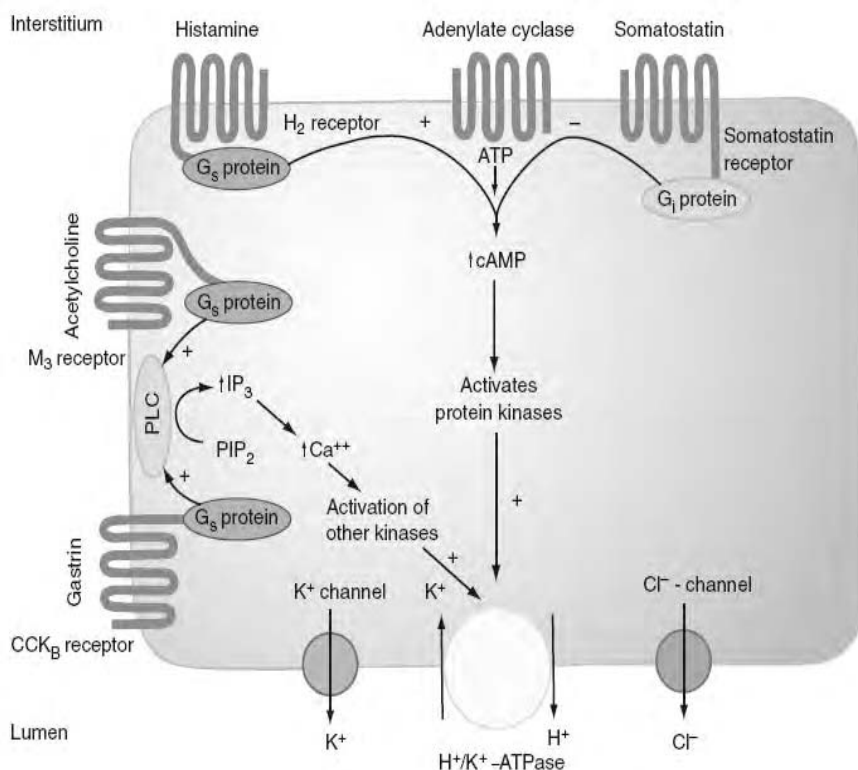
تنظیم فارمکولوژیک افزازات اسید معدوی:

ریسپتور های اتاگونیسست برای هستامین، گاسترین و اسیتایل کولین که نهی میکند افزازات اسیدی معده با مقایسه ریسپتورنهیکننده، بهترین اتاگونیسست شناخته شده عبارت از H2 Receptor antagonist است که موثرترین آن، و رانیتیدین، فموتیدین، است و دوام تأثیر آن برای فاموتیدین تقریباً سه ساعت و برای دیگر آن 1.5 ساعت، که میتابولیزم آنها در کبد و اطراح شده به واسطه کلیه. و نماینده کلاس جدید ضد افزاز عبارت از بیندایمیدازول که مثال ابتدایی آن اومپرازول است و این عامل که افزاز اسید نهی میکند زیات مکمل است، به خاطریکه اینها به صورت غیر قابل ارجاع پروتون پمپ نهی میکند. و این نهی کننده پروتون پمپت یک اسید ضعیف با 4.0 PKa و بنا برین موقعیت آن به صورت انتخابی در کانال های افزازی حجرات جداری قرار داشته و یگانه ساختمان در عضویت است که PH آن کمتر از 4 است.

به تعقیب توصیه از طریق دهن این عامل جذب شده داخل دوران خون مانند Prodrug و بعداً به صورت انتخابی در کانال های افزازی جمع شده، در PH پائین اینها ایونایز و فعال شده با تشکیل یک گروپ فعال سلفر، به خاطریکه پروتون پمپ در بالای سطحی جوف داخل قرار دارد.

ترانس میمبران پمپ پروتون به مقابل مواجه شدن با اسید و یا PH پائین باقی مانده سیتین در بالای شکل فرعی الفارابطه کو ولانت دای سولفات با شکل فعال بنزایمیدازول که پرتون پمپ به شکل غیر قابل ارجاع نهی کرده، به خاطر طبعت رابطه کو ولانت این پروتون پمپ inhibitor یک تاثیر طویل و دوامدار نهی کننده افزاز اسید معدوی داشته، نسبت به H2-blocker .

به خاطر دو باره ارجاع افزاز اسیدی که باید واقع شود، یک پروتون پمپ جدید ضرورت است تشکیل کند. در نتیجه این عوامل دارای تاثیر دوامدار نسبت به دوام تاثیر پلازما میباشد با PH داخل معده به صورت دامدار بلندتر از 3-18 ساعت یا اضافه تر از آن بوده، یک تاثیر سوء قابل ملاحظه برای نهی کننده پروتون پمپ بارت از بلند رفتن سوپه گاسترین در سیروم است.



هم چنان یک تاثیر در مقابل دیگر عوامل ضد افزاز پیدا شده هر چندیکه سوپه گاسترین پلازما 24 ساعت به تعقیب نهی کننده پروتون پمپ نسبت به H2 receptor اتاگونیسست زیاد میباشد، و این تاثیر همرا با هایپرپلازیا G- cell و ECL cells بوده اگر این عوامل به صورت دوامدار توصیه شود.

توصیه دوامدار اومپرازول در حقیقت باعث ECL هایپرپلازیا و کارسینوئید تومور شده که زیاد معمول است در نزد زنان نسبت به مردان و زیادتر در قسمت اخر سن دیده شده. این حادثه تنها در مقابل اومپرازول دیده نشده بلکه تمام عوامل که تاثیر دوامدار نهی کننده افزازات معدوی و هایپرگاسترینمیادارد، تاثیر این مواد بالای اسید معدوی بعد از قطع کردن آن دو باره عود کرده و اسید معدوی به حالت سوپه نورمال رجعت کرده.

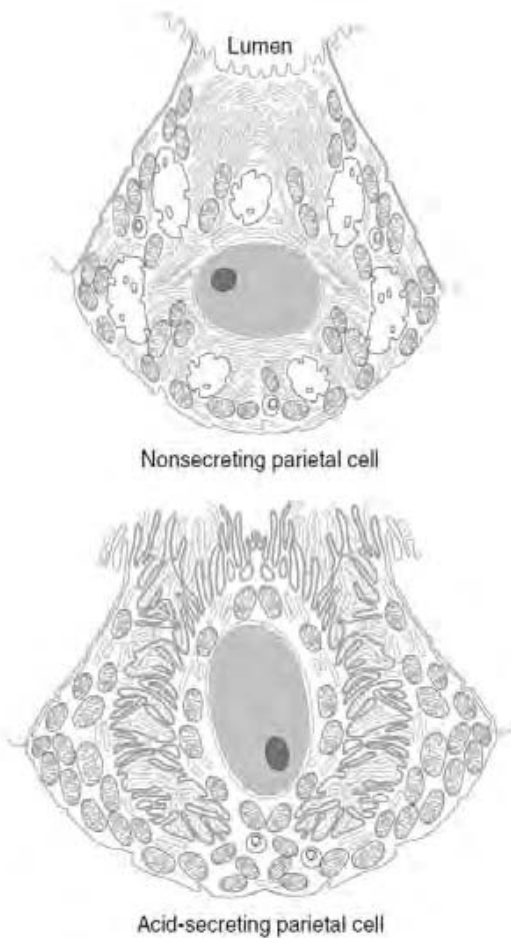
وظایف اسید معدوی:

اسید معدوی یک رول مهم در هضم مواد غذایی بازی میکند و این ضرور است تا پپسینوچن به پپسین تبدیل کند، تا پروتین به پولی پپتاید هایدرولیز کند. اسید معدوی هم چنان باعث آزاد شدن افزازات در اثنا عشر و در نتیجه باعث افزاز بیکاربونات پانفراص شده، همچنان وظیفه اسید معدوی اینست که طرق معدوی معایی علوی را از کولونایزیشن به واسطه باکتیریا جلو گیری میکند.

کولونایزیشن معده و اثنا عشر در مریضان که اکلورهدیدریادارد یا مریضانیکه از ضد افزاز استفاده میکند دیده شده. درینجا شواهد برای اسباب بین کولونایزیشن معدوی و Nosocomial پنومونیادار ICU دیده شده.

الکلینایزیشن معده باعث کاهش تاثیر باکتریا سیدال اسید معدوی شده که در نتیجه باعث نشو نمای باکتریها شده که بهترین مثال آن نوزوکومیال پنومونیا بوده، اتانات اساسی مریضان Multiple Organ dysfunction syndrome که در ICU بوده و اکثراً در اسپایریشن معدوی پیدا شده که باعث کولونایز شدن معده قبل از انکشاف پنومونیا شده.

انالایز معدوی:



درینجا چندین میتود برای اندازه کردن افرازات معدوی موجود است، اسپریشن محتوی معده په واسطه نازوگاستریک تیوب یک میتود دقیق است. برای مطالعه کردن آن تخلیه کردن محتوی معده به تعقیب آن 50ml سالین تزریق میکند، بعداً معده تخلیه شده هر 5 دقیقه برای یک ساعت، محتوی اسپریشن در یک ظرف برای 15 دقیقه جمع شده و در اخیر یک ساعت معده تنبیه شده که اسید افراز کند. به واسطه توصیه داخل وریدی Secretagogue مانند هستامین $2\mu\text{g}/\text{kg}$ یا پنتا کاسترین $6\mu\text{g}/\text{kg}$.

اسپریشن معده برای چهار 15 دقیقه ادامه داده شده و مواد جمع شده برای پریرود یک ساعت بوده، حجم محتوی معده جمع شده اندازه و در بین ان ایون های دروجن تعیین میشود، سرعت افرازات به واسطه ملی ایکولاتت در فی ساعت حالت نورمال و در اثنای اعظمی یا (MAO) Peak acid output توضیح شده. بدست آوردن MAO به واسطه

دهنه متوسط دو 15 دقیقه پریرود اخیری تعیین شده. دهنه اعظمی اسیدمقداری زیاد افرازات اسید بدست آمده در اثنای 15 دقیقه به تعقیب تنبیه Secretagogue بوده، BAO Basal acid Output به صورت عموم تقریباً $2-3\text{mg}/\text{h}$ و اندازه MAO $10-15\text{mg}/\text{h}$ بوده.

دیگر محصولات افرازی معده:

عصاره معدوی:

جوس معدوی نتیجه و محصولات حجرات جداری، حجرات اساسی، مخاطی و همچنان بلعیدن لعاب دهن و عکسات اثناعشری است. ترکیب الکترولیت پاریتال و غیري جداری افرازات معدوی نظر به مقدار افرازات معدوی فرق میکند. حجرات پاریتال محلول الکترولیت افراز میکنند که همراه پلازما ایزوتونیک بوده و به اندازه $160\text{m mol}/\text{L}$ میباشد. PH این محلول 0.8. PH کمتر معده معمولاً که اندازه شده 2 و مربوط به رقیق شدن افرازات حجرات پاریتال بوده، و از طرف دیگر افرازات معدوی دارای Na، K و بای کاربونات میباشد.

Intrinsic factor

این فکتور یک میوکوپروتین 60000 دالتون که توسط حجرات پاریتال افراز شده و یک فکتور اساسی برای جذب Vit B12 در الیوم ترمینال است و مقدار افراز آن مربوط به ضرورت جذب Vit B12 است. به صورت عموم افراز آن برابر با افراز اسید معدوی بوده، تا حال عکس العمل افرازی ارتباط ضروری با افراز اسید ندارد. به طور مثال Protein pump inhibition در نزد انسان ها افراز Intrinsic factor بلاگ نمیکند. عدم کفایه فکتور Intrinsic در کمخونی خبیث و یا مریضانی که گاستریکتومی تام شده و هر دو گروه مریضان ضرورت به تکمیل کردن ویتامین B12 دارد.

پپسینوجن:

یک پروتئولایتیک پرو انزیم است که دارای وزن مالیکولی 42KD بوده و توسط غدوات مخاطی معدوی اثنا عشری افراز شده، دو تیپ پپسینوجن موجود است. گروه اول توسط حجرات اساسی و حجرات مخاطی که در غدوات معدوی که اسید افراز میکند موقعیت دارد.

گروه دوم پپسینوجن به واسطه حجرات اپیتیلیل سطحی که اسید افراز میکند و در قسمت انتروم معده و اثنا عشر قرار دارد. گروه اول پپسینوجن به واسطه غدوات افراز میشود که اسید افراز کرده، در حالیکه گروه دوم پپسینوجن به واسطه غدوات که اسید و گاسترین افراز میکند افراز شده. در موجودیت اسید هر دو شکل پپسینوجن به پپسین تبدیل شده پپسین در موجودیت PH زیادتر از 5% غیر فعال بوده، در حالیکه گروه پپسینوجن در PH بلندتر از گروه اول فعال بوده در نتیجه گروه دوم پپسینوجن در مریضان Peptic digestion که PH معدوی زیاد دارد خصوصاً مریضان که ستریس و قرحه معده دارد.

مخاط و بای کاربونات:

مخاط و بای کاربونات یکجا باعث خنثی کردن اسید معده در سطح مخاطی معده میشود و اینها توسط حجرات مخاطی سطحی و Mucus neck cells افراز میشود که در قسمت افرازی انتروم معدوی قرار دارد، مخاط یک جیل Viscoelastic که تقریباً 85% آب و 15% گلیکوپروتین دارد، باعث تولید مانعه به مقابل جروحات در سطح مخاط معدوی شده، و هم باعث تشکیل یک مانعه به مقابل حرکت ایون از لومین به غشایی Apical cell و نسبتاً غیر قابل نفوذیه پپسین است. مخاط به صورت دوامدار توسط حجرات مخاطی افراز شده و هم توسط Lamina pepsin منحل شده، تولید مخاط تنبیه شده توسط عصب واگوس، کولیزجیک آگونیست، پروستاگلاندین و بعضی توکسین های باکتریایی. و برخلاف دوا های اتی کولینر جیک و دوا های ضد التهابی غیر ستیروئیدال که باعث نهی افراز آن شده.

H-pylori باعث تولید اشکال مختلف پروتیاژیس و لیپاز شده که باعث تنبیه تخریب میوسین و وظیفه محافظی متاثر شده و در قسمت افراز اسیدی معده افراز بیکاربونات یک پروسه فعال است. در حالیکه انتروم معدوی هر دو شکل فعال و غیر فعال افراز بیکاربونات واقع شده و افراز بیکاربونات نسبت به افراز اسید کمتر است.

اگرچه PH لومینال 21 است، و PH سطح حجرات اپیتیلیل 7 است در حقیقت PH سطح حجرات معدوی بلند از 5 بوده، در حالیکه PH لومینال کمتر از 1.5 است. PH لومینال در مریضان که قرحه اثنا عشر دارد اکثراً کمتر از 1.4 بوده لذا سطح حجرات این مریضان با PH پائین مواجه بوده، کاهش در PH میتواند باعث کمبود افراز

بیکاربونات معده و اثنا عشر شود. و این موضوع واضح میسازد اینکه چرا مریضان قرحات اثنا عشر به تعقیب تداوی سرعت نکس آن زیاد است.

حرکات معدوی (Motility):

حرکات معدوی توسط میکانیزم عصبی انترازیکی و اکسترانزیکی مانند میوچینیک کنترل که میکانیزم اکسترانزیکی توسط عصب واگوس و سمپاتیک کنترل شده، در حالیکه میکانیزم انترازیکی توسط سیستم عصبی معای که در بحث اناتومی تشریح شده.

بر خلاف، کنترل میوچینیک در داخل غشایی Excitatory حجات عضلات ملسا معده قرار دارد. وقتیکه پوتانسیال غشایی حجروي باعث ازدیاد پوتانسیال مدخل آن شده یک عمل پوتانسیال معمولی است. و باعث تقلص عضلات شده و پوتانسیال استراحت به درجه پوتانسیال 48mv در حجات Pacemaker Cajal معده تبدیل شده که موقعیت آن در قسمت پروکسیمال معده به $Residing\ gradient - 75\text{mv}$ پایلور قرار دارد و این تغییر در Resting پوتانسیال میتواند مسئول کاهش عضلات در قسمت دیستال معده با مقایسه در قسمت پروکسیمال معده باشد.

حرکات معدوی در حالت (گرسنگی):

اساس الکتریکی حرکات معدوی از دیپولرایزیشن حجات Pace maker که در قسمت متوسط جسم معده په امتداد انحنای کبیر معده قرار دارد شروع شده در ابتدا شروع آن آهسته و به شکل موجی به سه سایکل در یک دقیقه از محیط و به شکل آنتیگراد طرف پایلور بوده، علاوه بر این حرکات موج مانند آهسته آهسته حجات عضلات ملسا معدوی قابل تولید پوتانسیال فعال شده که مترافق با تغییرات زیاد پوتانسیال غشایی نسبت به حرکات موج مانند آهسته و با مقایسه این حرکات آهسته موج مانند که مترافق با تقلصات معدوی نبوده و پوتانسیال فعال مترافق با تقلصات عضلات فعال بوده.

در اثنای گرسنگی معده به واسطه فعالیت الکتریکی به شکل سیکلیکال که از حرکات موج مانند آهسته آهسته ترکیب شده و به نام myo electrical migrating complex یاد شده و هر سیکل MMC از 90-120 دقیقه را در بر گرفته و دارای چهار صفحه فعال برقی بوده صفحه یک MMC، یک صفحه غیر فعال است، طوریکه حرکات موج مانند آهسته موجود بوده بدون پوتانسیال فعال، بنابراین در نتیجه باعث ازدیاد تون معدوی و تقلص معدوی موجود نبوده، در صفحه دوم MMC حرکات موجود مانند آهسته ولی بعضاً تقلصات معدوی موجود است. در اثنای صفحه سوم حرکات موجی آهسته ولی تقلصات معدوی که هر 15 و 20 ثانیه دوام کرده تاثیر خاص صفحه سوم MMC بالای هضم مواد غذایی معدوی دارد.

متصف با یک مدت کوتاه فعالیت معدوی و پیشقدم سیکل MMC آینده بوده.

تاثیرات خاص MMC عبارت از تصفیه کردن محتوی معده در اثنای گرسنگی بوده و در حقیقت میکانیزم فعالیت MMC فهمیده صفحه چهارم نشده و این فعالیت ها به تعقیب قطع کردن واگوس به شکل سالم باقی مانده.

حرکات معدوی Post Prandial:

هضم مواد غذایی باعث کاهش Resting tone قسمت پروکسیمال و غور معده. مربوط به تخفیف پذیرفتن معده است، به خاطر که این ریفلکس ها مربوط به مداخله کردن عصب واگوس در قسمت پروکسیمال معده است. چنانچه با ترانکل واکوتومی و یا واکوتومی پروکسیمال معدوی میتوانیم این ریفلکس ها را از بین ببریم و در

نتیجه تخلیه کردن محتوی معدوی سریع و زیاد شده. علاوه بر وظایف ذخیره‌ی معده، معده مسئول مخلوط کردن و میده کردن توت‌های غذایی جامد است، و این فعالیت در نتیجه تقلصات قسمت متوسط و انتزاع معده بوده که سبب تیله کردن پارچه‌های مواد غذایی به طرف پیلور بسته بوده که در نتیجه Retropulsion مواد غذایی جامد و مایع و مخلوط کردن آنها که در نتیجه سائز پارچه‌های مواد غذایی کمتر از یک میلی‌متر شده. تخلیه محتوی معده تحت تاثیر و هماهنگی عصبی و هورمونال بوده، فکتورهای سیستمیک مانند اضطراب، ترس، حالت دیپریشن و تمرین میتواند در حرکات معدوی و تخلیه آن تاثیر داشته باشد. همچنان فکتورهای کیمیاوی میخانیک و حرارتی محتوی داخل جوف معده در تخلیه کردن آن رول مهم دارد، نا گفته نماند که مایعات نسبت به جامدات و کاربوهایدریت نسبت به شحم به زودی تخلیه شده، و همچنان غلظت و اسیدی‌تی مواد غذایی مایع سبب تاخیر در تخلیه معده شده و این عکس العمل داخل لومین معده به واسطه سیستم عصبی معایی تنظیم شده همچنان اوسمورسپتور و ریسپتورهای حساس PH در قسمت پروکسیمال امعایی رقیقه در فعالیت نهی Feedback تخلیه معده رول مهم دارد. پپتیدهای نهی کننده مانند CCK، گلوکاگون، پپتید معایی وازواکتیو در فعالیت‌های معدوی رول مهم دارد.

حرکات غیر نورمال معدوی :

اعراض حرکات غیر نورمال معده، دل‌بدي، احساس پر بودن، زود سیر شدن، درد بطن و ناراحتی بوده، همچنان انسداد میخانیک می‌تواند در اندوسکوپي علوی و رادیوگرافی با مواد کثیفه دیده شود. تشوش حرکات معدوی زیادتر به تعقیب واگوتومی مریضان شکر و مریضان که اتان H. Pylori داشته باشد موجود بوده در مریضان واگوتومی ریسپتور ریلکسیشن و هم‌آهنگی معده در جواب آن که غذا را هضم کند از بین رفته و در نتیجه مریضان احساس زود سیر شدن، انتفاخ بطني و زود تخلیه شده مایعات از معده و تاخیر در تخلیه مواد جامد به وجود آمده. اعراض سریری دیابیتیک کاستروپتی مشابه به لوحه سریری پاریزی معدوی بعد از واگوتومی میباشد، و همچنان تغییرات ساختمانی در عصب واگوس مریضان دیابیت قابل مشاهده بوده که مسئول نورویاتی در این مریضان بوده. هایبرگلیسمیا مریضان شکر باعث کاهش تقلصات انتروم معدوی میباشد و افزایش تقلصات پیلور و هم نهی فعالیت‌های صفحه MMC III شده، بر خلاف هایپرانسولینیمیا که اکثراً مترافق Non insulin dependent diabete بوده باعث کاستروپریزیا و نهی صفحه MMC III میشود. مریضان منتن با H-pylori که دارای دیس پپسی غیر قرحوی بوده نیز دارای مشکلات در تخلیه معده که تداوی آن شامل ادویه Prokinetic بوده مانند میتوکلورپراماید و اریترومایسین.

مطالعات تخلیه معدوی:

درینجا چندین میتود تخلیه معدوی موجود است که ساده ترین آن Salin load test است که ذریعه انداختن یک مقدار معین سالین داخل معده و تخلیه کردن مقدار باقی مانده در یک وقت معین است. به طور مثال به اندازه 750ml سالین داخل معده و بعداً در مدت 30 دقیقه اسپری شده اگر مقداری اسپری شده کمتر از 200ml باشد دلالت بر وظایف نورمال معده کرده و بر خلاف اگر مقدار آن از 400ml اضافه باشد دلالت به خرابی وظایف معدوی کرده. همچنان پروسیجر فلوروسکوپي می‌تواند معلومات در باره تخلیه معده و همان اسباب میخانیک که می‌تواند باعث تاخیر در تخلیه معده مانند انسداد در Outlet معدوی ارائه کند. همچنان Computed radio

nucleatid scans نیز در تخلیه کردن معده کمک کرده و این پروسیجر زیادت در مریضان که اتونی معده از سبب دیابیت یا مریضان بعد از گاستریکتومی دارد، کمک میکند.

وظایف جدار معدوی (Gastric Barrier Function):

G.B.F مربوط به یک تعداد فکتور های فزیولوژیک و اناتومیک بوده، و اینها محدود به غشای حجروی نبوده عبارت اند از، tight junction، پروسه Renewal cell، افزایش مخاطی، افزایش القلی و PH شریانی.

جریان خون همچنان در مقاومت مخاط معدوی رول بازی کرده تا تغذی و اکسیجن برای پروسه داخل حجروی که تحت مخاط قرار داشته و مقاومت به مقابل ترخیص کرده تهیه میکند، کاهش در جریان خون مخاط معدوی تاثیر بسیار کم در تولید زخم داشته تا وقتی که به اندازه تقریباً 50 برسد، و اگر جریان خون از 75% کم شد، زخم قابل ملاحظه مخاطی بوجود می آید و این حالت در موجودیت اسید شدید شده در نتیجه یک نقصان بوجود می آید. سطح حجرات اپتیلیل زخم شده به واسطه حجرات مخاطی به سرعت معاوضه شده و این حادثه در ظرف چند دقیقه واقع شده و ضرورت به تقسیم حجروی ندارد.

مواجه شدن معده با مواد مضر سبب کاهش تفاوت پوتانشیل مخاط معدوی شده، در حالت نورمال مخاط معدوی دارای تفاوت پوتانشیل 30-50mv بوده که در نتیجه آن انتقال کلوراید به داخل لومین و سودیم به داخل دوران خون که درین حالت Na/K .ATP ase فعالیت خاص دارد.

پیدا شدن آفت در tight junction حجرات مخاطی باعث لیکاز ابتیلیوم به مقابل ایونهای (Na⁺, Cl⁻) شده. در نتیجه مقاومت برقی ترانس اپیتیلیل که در مخاط معدوی موجود است از بین رفته. همچنان بعضی عوامل زیان آورو اسبرین که دارای کرب کاربوکسیل غیر ایونیز با ضعیف اسیدی و منحل در شحم بوده. غشای حجروی مخاطی معدوی را عبور کرده.

پپتیک السر بواسطه ازدیاد یک تعداد فکتور های سوء و یا کاهش در فکتورهای مدافعوی به وجود می آید که در ابتدا مخاط متضررو بعداً قرحه تشکل میکند.

فکتورهای محافظه کننده و تدافعی عبارت از افزایش مخاطی بیکاربونات، تولید مخاط، جریان خون، فکتور های نشو نما، Cell renewal و اندوزن پروستاگلاندین. افزایش هایدرولکلوریک اسید، پپسین، اسیکیمی، NSAID، هیپوکسی و اتانات H-pylori.

امراض قرحات پپتیک :

اپیدیمولوژی:

مرض قرحه پپتیک یکی از شایع ترین و پرمصرف ترین امراض معدی معایی باقی مانده است، واقعات سالانه قرحه فعال (قرحه معده و قرحه اثناعشر) در ایالات متحده امریکا در حدود 19% است یا تقریباً 500000 واقعات جدید فی سال میباشد، زیرا امراض قرحات پپتیک از جمله امراض مزمن و نکس کننده بوده، از اینرو شیوع آن بلند تر بوده نسبت به واقعات جدید آن، در دودهده آخربستر شدن واقعات electiv بصورت دراماتیک پایین شده در حالیکه برای اختلالات مرض قرحوی تغییرات جزئی را نشان می دهد و هر سال 3-4 میلیون توسط داکتر داخله تشخیص و تداوی شده و تقریباً 130000 عملیات برای قرحات پپتیک سالانه اجرا شده و تقریباً 9000 مریض از اختلالات قرحات پپتیک فوت کرده.

پایین آمدن تعداد بستر برای قرحات اثناعشری نمایندگی حقیقی در تخفیف واقعات رسامی نماید و نشان میدهد که چراتعدادبستر شدن elective پایین آمده است بست ر شدن مریضان قرحات پیتیک اثنا عشری کمتر شده در حالیکه از قرحات معدوی ثابت مانده، بر خلاف مریضان گاستریک السر در اشخاص مسن زیادتر دیده شده و مریضان بستر شده از سبب خونریزی گاستریک السر رو به ازدیاد است. درین سال های اخیر قرحات پیتیک در ایالات متحده امری کال در نزد مردان کمتر و زنان زیاد شده می رود که سبب آن معلوم نیست ولی فکر میشود ه در دو دهه اخیر سگرت کشیدن کم شده، علت ازدیاد گاستریک السر در نزد زنان زیادت در سگرت کشیدن و استعمال NSAID است. H-pylori ممکن عامل قوی تغییرات در ساحه مرض قرحه پیتیک است. داکتر متخصص به این عقیده است که مرض قرحوی حقیقتاً یک مرض اتناتی است در سال 1990 به صورت غلط فکر میشد یوریا که بوسیله انسانها تولید میشود رول جلوگیری کننده دارد، در سال 1950 این باکتری که قبلاً دریافت شده در شکل ملوث کننده از نظر افتاد، اما در سال 1970 باکتری معدوی دوباره کشف گردید و دریافت شد که با التهاب همراه میباشد 17 سال بعد اولین کلچر مرض این باکتری بوسیله مارشال و warne انجام شد و اسم آنرا Compylo bacter pylori گذاشت بعداً در سال 1907 راپور داده شد که از بین بردن این اورگانیزم باعث تخفیف رجعت قرحات اثناعشری میگردد به تعقیب تصنیف دوباره اورگانیزم H pylori در سال 1989 صورت گرفت (N.I.H) انستیتوت ملی صحت رهنمای تداوی مرض قرحوی را تهیه نمود

انتان H-pylori در سال 1900 کشف و تغییرات قابل ملاحظه در اسباب پیتیک السر بوجود آورد. پیشرفت قابل ملاحظه در تداوی میدیکل برای نهی افرازات معدوی و از بین رفتن انتان H-pylori رول جراحی هنوز بسیار مهم بود و بر جا مانده، در دو دهه اخیر ازدیاد قابل ملاحظه در عملیات های عاجل اختلاطی پیتیک السر و یک کاهش قابل ملاحظه برای واقعات انتخابی به مشاهده میرسد. و سرعت واقعات نکس قرحات پیتیک بعد از قطع تداوی آن نیز دیده شده و همچنان رول جراح درین دو دهه اخیر بصورت قابل ملاحظه خصوصاً اختلاط قرحات معدوی مانند خونریزی، تثقب و انسداد افزایش یافته، پروسیجر جراحی که به کار برده میشود سبب توتال گاستریکتومی. و برداشتن حجرات پاریتال و نهی کردن تاثیرات عصب و آگوس به واسطه واکتومی بوده.

موقعیت و نوع قرحات :

مرض قرحه پیتیک به قرحات معدوی و قرحات اثنا عشری میتواند تصنیف میگردد هر دو نوع قرحات کوشش میکند نزدیک اتصال مخاطی واقع شود. طور مثال، قرحات اثنا عشری معمولاً نزدیک اتصال پیلور اثناعشر واقع شده. در حالیکه قرحات معدوی کوشش میکند نزدیک Oxyntic antral junction با اتصال آنترال پیلورو یا اتصال مری معدوی واقع شود. به اساس تعریف یک قرحه برخلاف ایروژن به داخل عضلی مخاطی توسعه مینماید که از قرحه سطحی تابه عضلی مخاطی رادر برمیگیرد

مرض قرحه اثنا عشری از جمله امراض است که دارای اسباب مختلف است. یگانه ضرورت حقیقی را موجودیت اسید، پپسین و یکجا شدن آن با انتان H-pyloric و استعمال NSAIDs تشکیل میدهد. و بصورت مقایسوی گاستریک السر به چهار شکل موجود میباشد:

Type I: قرحه معده بسیار معمول است 60-70% مجموع عمومی را تشکیل داده، به صورت خاص در انحنای ضعیف و یا قسمت پروکسیمال Incisura واقع شده، اکثراً مترافق با گاستریت منتشر آنترال یا گاستریت اتروفیک مولتی فوکال بوده.

Type II: قرحات معدوی 15% آن در عین موقعیت Type I قرار دارد ولی مترافق با شکل فعال و مزمن امراض قرحات اثنا عشر بوده.

Type III: قرحات معدوی این نوع 20% را تشکیل داده که در 2cm بیلور قرار دارد.

Type IV: قرحات معدوی که در قسمت پروکسیمال و یا کاردیا معدوی قرار داشته در ایالات متحده امریکا و یورپ نادر است، ولی معمول است در امریکای لاتین، Type II, III قرحات معدوی مانند قرحات اثنا عشر مترافق با مقداری زیاد اسید بوده، در حالیکه Type IV, I زیاد معمول نبوده و اکثراً سبب آن اسید نمی باشد، کانسر میتواند متفرح و مشابه گاستریک السر باشد و میتواند اسباب آن دیگر امراض مانند مرض کرون، پانکراس، سفلیس، اتانات کاندیدا، امراض خبیث و غیره بوده.

پتوزنی:

انانات هلیکو باکتر بیلوری:

فعالاً عقیده بر این است که 90% قرحات اثنا عشر و تقریباً 75% قرحات معدوی مترافق با اتان H-pylori بوده اگر از بین بردن این اتان شامل تداوی شود چانس نکس السربی نهایت نادر است.

Warren و مارشال اولین اشخاصی بودند که اتان فوق را تحریر و تشخیص کردند و اینها اولین اشخاصی بودند که ارتباط این اتان با گاستریت التهابی که در معده رخ میدهد یادداشت نمودند را شناخت. اورگانیزم مذکور به شکل Spiral یا Helical گرام منفی دارای 4-6 فلاجیل در داخل اپتلیوم نوع معدوی در تحت و یا داخل طبقه مخاطی قرار دارد که از اسید و اتی بیوتیک وی را محافظه میکند.

فلاجیلا و شکل آن حرکات اورگانیزم را داخل طبقه مخاطی کمک میکند و همچنان دریافت گردید که سبب تولید انزایم های مختلف گردیده تطابق آن با محیط میزبان کمک مینماید این انزایم ها قادر به تبدیل یوریا به امونیا و کاربن دای اکساید میباشد، و هم باعث تولید الکلین شده که یک محیط مایکروسکوپی در ساحه miler اسیدی معدوی میسازد، همچنان موجودیت کمک بزرگ در تشخیص این اورگانیزم بوسیله تست های مختلف لابر توار می نماید این اورگانیزم مایکروایروفیلیک بوده و درجه حرارت دلخواه برای تحری آن 35-37 درجه سانتی گراد بوده که در مدت 2-4 روز در آن نشونما مینماید H-pylori در اپیتل معدوی زندگی نماید زیرا تنها اپیتل معدوی دارای رسپتور های مخصوص جهت اتصال *invivo* برای ان اورگانیزم بوده که بوسیله وی شناخته میشود در حالیکه این اورگانیزم را میتوان مخاط معدوی *Hetrotopic* در قسمت پروکسیمال مری، مری بارت، میتاپلازی معدوی و اثنا عشر، دایورتیکول میکل، و مخاط هیتروتروفیک معدوی در رکت دریافت نمود.

میکانیزم که مسئول پیدایش زخم طرق معدی معایباز باعث H-pylori بوده، تا حال به صورت مکمل توضیح شده، سه میکانیزم قوی برای H-pyloric که باعث تولید زخم طرق معدی معایب میگردند پیشنهاد شده:

۱. تولید مواد توکسیک که باعث آفت موضعی انساج شده

۲. استقرار عکس العمل معافیتی موضعی مخاطی

۳. ازدیاد گاسترین که باعث ازدیاد افراز اسید میگردد.

بعضی از مواد موضعی بعضاً باعث تولید میانجی های سمی شده که شامل تولیدات تهیه شده از فعالیت پارچه کننده یوریا (از قبیل امونیا) سایتوتوس ها و میوسیناز بوده که باعث تجزیه مخاط و Glycoprotien ها میشود

فوسفولیپاز ها که باعث آفت حجرات اپیتل وحجرات مخاطي ميگردد ، وفکتور فعال کننده صفيحات دمويه که باعث جروحات مخاطي وتوليد ترومبوز در مايکروسرکوليشن ميگردد . برخلاف عکس العمل معافيتي حاصله از H-pylori نيکمک نمايد ، دانسته شده است که H-pylori سبب عکس العمل التهابي موضعي در غشامخاطي معده شده وباعث توليد فکتورهاي گ Chemotactic گرديده که باعث جذب نيوتروفيل ها ومونوسيت ها ميگردد فعال شدن نيوتروفيل ها ومونوسيتها در حقيقت باعث توليد يک تعداد سايتوکين پيشقدم التهابي وتوليدات عکس العمل اوکسيجن ميگردد H-pylori بصورت مستقيم باعث توليد انتر لوكين ها بوسيله حجرات اپیتل معدوي ميگردد که پيش قدم التهابي است سبب تحريک CD4 نیز رهنماي توليد سايتوکسين هاي مختليف است اين حجرات سبب تحريک T-cell بيشر حجرات B شده که حجرات توليد کننده انتي بادي هاي بخصوص اند که به تعقيب آن Ig M ، Ig G ، Ig A ، توليد ميگردد ، بر علاوه H-pylori ، سبب ارتشاح حجرات مونونوکلير ونوتروفيل مخاطي گرديده که باعث آفت اپیتل وتوليد فولکولهاي لمفاوي ميگردد که بصورت نارمل در مخاط معدوي موجود نيست افزايش سويه گاسترين سيروم يکجا با قرحه اثنا عشر ي بوده که بصورت ثانوي از باعث اتان H-pylori توليد ميشود در مريضان مصاب اتان H-pylori سويه گاسترين تحريکي و Basal واضحاً بلند ميگردد واضح شده که ميکانيزم اين افزايش ثانوي بوده که از باعث کم شدن حجرات D بوسيله اتان H-pylori بوجود مي آيد .

NSAIDs:

بعد از اتانات H-pylori هضم مواد NSAIDs از جمله اسباب معمولی قرحات پیتیک است. که زیادتر در زنان مسن (50 ساله) دیده شده که باعث خونریزی شدید قرحات معدوی شده. استعمال NSAIDs نه تنها باعث زخم طرق معدی معایی شده بلکه همیشه مترافق با آفات مزمن طرق معایی بوده. خطر ماوف شدن مخاط و قرحات با استعمال ادويه های ضد التهابي بيشر شده ، همچنان درد ناحيه صوفيه در صفحه حاد مرض موجود بوده.

افات معدي اثنا عشر حاد در مدت ۲-۱ هفته بعد از استعمال NSAID به شکل هايپريميامخاطي و ايروژن سطحي معدوي ظاهر شده. در حالیکه افات مزمن ان بعد از يك ماه به شکل قرهات و ايروژن در معده و اثنا عشر ديده شده که با قطع کردن ادويه مذکور قرهات نکس نميکند.

اسيدها:

و هر چندیکه يک ارتباط بين MAO و تعداد حجرات پاريتال موجود است و از طرف ديگر سرعت افزايات اسيد معدوی

بکس(1-45) ازده باد در انورمالتي- افزايات مر بضان قرحه اثنا عشر

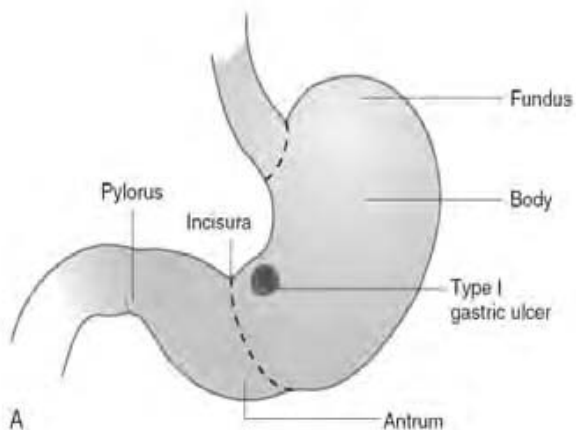
کاهش در افزاز بیکار بونات اثنا عشر	70%
ازدپاد در افزاز اسپد شبانه	70%
ازدپاد در مقدار اسپد اثنا عشر	65%
ازدپاد در افزاز اسپد روزانه	50%
ازدياد در تنبه پنتا گاسترين MAO	40%
ازديا حساسيت با گاسترين	35%
ازدياد گاسترين اساسي	35%
ازدياد در تخليه معدوي	30%

در مريضان مصاب به امراض طرق معدوی معاي در حال تغير است. افزاز اساسي اسيد به حالت نورمال 1-8mmol/h است. و اندازه عکس العمل پنتاگاسترين از 40-6 ملي مول در يک ساعت است. در امراض مانند کمخوني خبيث، گاستريک اتروفي، نوع I و IV قرحات معدوی، گاستريک کانسر، دهنه هر دوي انها کاهش

یافته بر خلاف سرعت افزایش معدوی در مریضان قرحات اثنا عشر و گاستروینوما ازدیاد یافته، در حقیقت مقداری کافی افزایش اسیدی شرط لازمی برای قرحات اثنا عشر است. و موجودیت آن نادر است. در مریضان که MAO دارد و کمتر از 12-15 ملی مول در یک ساعت است. برای Type I ، IV قرحات معدوی که با افزایش زیاد اسید مترافی نبوده ولی مریضان Type II ، III قرحات معدوی فرط افزایش اسید رول مهم را بازی کرده.

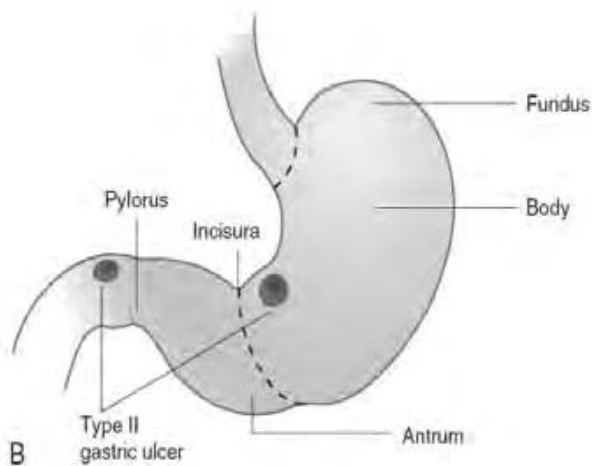
فزیوپاتولوژی قرحه اثنا عشر:

قرحه اثنا عشر یک مرض است که دارای اسباب مختلف بوده ضرورت به موجودیت اسید و پپسین ، یکجا با اتتان H-pylori و خوردن NSAIDs لادارد. آن اینارمالیتی های افزایشی در مریضان قرحات اثنا عشری رخ میدهد ولی میشود که هر مریض عین انومالی نداشته باشد. طوریکه در شکل 1-45 دیده شده، انومالی بسیار معمول افزایش عبارت از کاهش بیکاربونات و ازدیاد در افزایش اسیدی شبانه، ازدیاد اسید اثنا عشری



ازدیاد افزایش اسیدی روزانه. و بعضی انومالی های افزایشی که کمتر معمول است مانند ازدیاد تحریکات پنتاگاستری ، ازدیاد حساسیت به مقابل گاسترین. ازدیاد اندازه گاسترین اساسی، ازدیاد در تخلیه معدوی ، تخفیف در نهمی آزاد شدن گاسترین و ازدیاد افزایش گاسترین بعد از غذا. با توجه به موضوعات قبلی یک ارتباط قبلی بین تعداد حجرات پاریتال و MAO موجود است. به این معنی که تعداد حجرات پاریتال در مریضان قرحه

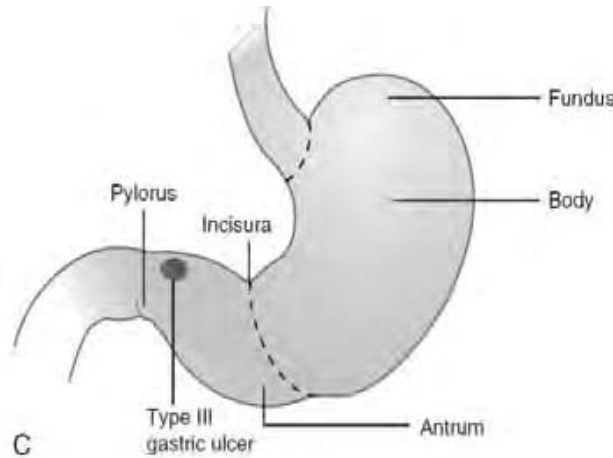
اثنا عشری ازدیاد مینماید ، ولی در مریضان قرحات معدوی موجود نیست هر چندیکه کمتر از 2/3 مریضان قرحات اثنا عشری و مریضان قرحات معدوی در اندازه نورمال بوده، علاوه درینجا در افزایش اسید معدوی Over lap قابل ملاحظه بین مریضان قرحه اثنا عشر و مریضان نورمال بدون امراض قرحوی موجود است. همچنان در مریضان قرحات اثنا عشری MAO زیاد است نسبت به اشخاص نورمال. تقریباً 70% مریضان قرحات اثنا



عشری در اندازه نورمال بوده، به خاطر که Over lap بین مریضان قرحات اثنا عشر و حالت نورمال زیاد است. تیست افزایش اسید برای تأیید تشخیص قرحات اثنا عشر ارزش کمتر دارد یعنی اگر افزایش اعظمی اسید در یک ساعت کمتر از 10 ملی مول باشد ، چانس انکشاف قرحات اثنا عشر کمتر موجود است.

فزیوپتالوژی قرحه معدوی :

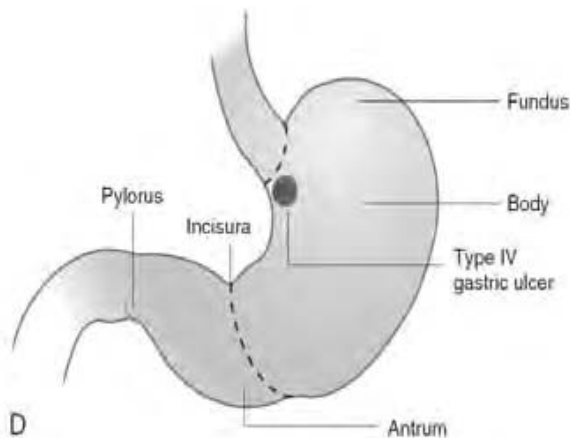
قرحات معدوی میتواند در هر قسمت معده واقع شود، و هم چنان این ها معمولاً در انخنا صغیر معده نزدیک Incisura angularis قسمیکه که در شکل (10-45) نشان داده شده، واقع میشود. تقریباً 60% قرحات درین موقعیت قرار دارد و درتصنیف بندی Type I. قرحات معدوی قرارمیگیرد این قرحات به صورت عموم مترافق با افرازات زیاد اسید نبوده، در حقیقت دهنه اسیدی کم یا نورمال بوده. و اکثراً در داخل 1.5cm ناحیه انتقالی هستولوژیک بین غور و انترال قرار دارد و مترافق با اثنا عشر، پیلوریک یا Pre-pyloric ابنورمالیتی نبوده، بر خلاف Type II قرحات معدوی در جسم معده قرار داشته و همراه با قرحات اثنا عشری بوده، و این نوع از قرحات معمولاً مترافق با افرازات زیاد معدوی میباشد .



Type III گاستریک السر Pre-pyloric ulcer است که تقریباً 20% این آفات را تشکیل داده، و این قرحات مانند قرحات اثنا عشر مترافق با افرازات زیاد اسید بوده.

Type IV گاستریک السر در قسمت علوی انخنا صغیر معده نزدیک GE junction قرار دارد و 10% واقعات را تشکیل داده و این ها مترافق با افرازات زیاد اسید نبوده، بالاخره بعضی از قرحات بالای انخنا کبیر معده موجود بوده ولی واقعات ان کمتر از 5% اند .

قرحات معدوی نادراً قبل از سن 40 سالگی دیده شده و قوعات زیاد آن در سنین بین 55-65 سالگی دیده میشود ، و زیادتیر در اشخاص که اقتصاد پائین دارند و هم در سیاه پوستان نسبت به سفید پوستان بیشتر دیده میشود پتوژنی حقیقی قرحات سلیم معدوی درست معلوم نیست. بعضی فکتور های مساعد کننده مانند سنین پیشرفته یعنی بالاتر از 40 سالگی و نسبت زن و مرد 2:1 و هم استعمال NSAIDs و آسپرین را ذکر مینماید .



ابنورمالتی در افرازات اسیدی و پیپسین، تاخیر در تخلیه معدوی، موجودیت قرحه اثنا عشر، ریفلکس سصفراوی معدوی اثنا عشری، گاستریت و اتان H-pylori بیشتر ذکر گردیده بعضی حالات سریری میتواند فکتور های مساعد کننده برای قرحات معدوی باشد مانند گرفتن دوامدار الکول، سگرت کشیدن، تداوی دوامدار یا کورتیکوستیروئید.

لوحه سریری :

قرحه اثناعشر :

درد بطن :

مریضان که دارای امراض قرحات اثنا عشری اند دارای درد بطن در ناحیه متوسط ایپی گاستریک بوده يك درد موضعی و قابل تحمل است که با مواد غذایی تسکین یافته. درد به شکل حملوي بوده و میتواند موسمي باشد یعنی در فصل بهار و خزان واقع شود و در زمان یک سترس رواني دوره آن عود کرده، وقت که درد ثابت باشد فکر به طرف عمیق بودن و نفوذ قرحه باید شود، مریض درد در کمر خود داشته، و تخریش عمومی پریتنون معمولاً علامه تثقب معده در جوف آزاد بطن است

تثقب :

در تقریباً 5% واقعات یک قرحه نافذه که از بین اثنا عشر داخل جوف پریتنون نفوذ کرده باعث پریتنونیت کیمیای شده، مریض از درد بطني شکایت داشت که همراه با ، تب، تاکی کاردی، دیهای دریشن و الیوس میباشد ، با معاینه بطن حساس، سخت و Rebound tenderness نیز موجود بوده، در اکسری به حالت ایستاده در تحت حجاب حاجز Free air موجود میباشد .

خونریزی :

سبب عمده مرگ مریضان که پیپتیک السر دارد، خونریزی است، خصوصاً در سن بالاتر از 65 سالگی به خاطریکه اثنا عشر دارای اوعیه دموي زیاد بوده و شریان معدوي اثناعشري مستقیماً در خلف بصله اثنا عشر واقع شده است. خونریزی طرق معدی معایی از قرحه اثنا عشری بسیار معمول است و این خونریزی به صورت ثانوي بعد از نفوذ قرحه اثنا عشر به داخل شریان معدوي اثناعشري بوجود می آید، خوشبختانه اکثر قرحات سطحی بوده و در قسمت های از اثنا عشر قرار دارد که نزدیک شریان معدوي اثناعشري و یا شعبات آن نمیباشد. در نتیجه بسیاری از قرحات اثنا عشر دارای Melanotic test یا Guaic positive test بوده و تمام مریضان که از سبب خونریزی طرق معدی معایی در شفاخانه بیستر است 23% را ساخته اند

انسداد (Obstruction) :

التهاب حاد اثنا عشر باعث انسداد میخانیکي و انسداد وظیفوي Outlet معدوي و تاخیر در تخلیه معدوی شده در نتیجه بی اشتهای، دلبدی، استفراق بوجود آمده که اگر استفراق دوامدار شد مریض دیهایدري و بالاخره هایپوکالیمیک، هایپوکلوریمیک، هایپوکالیمیک شده میتابولیک الکلووز و به صورت تالی باعث ضایع شدن افزادات معدوی شده که دارای مقداري زیاد هایدروجن، کلوراید و ایون پوتاشیم است.

درین حالت معاوضه کردن مایعات ضروري، کلوراید، پوتاشیم جمع ضایعات مایعات که توسط تیوب انفی معدوی به خاطر رفع انسداد معده ضایع شده تطبیق شدن ضروري میباشد ، التهاب حاد و مزمن اثنا عشر باعث حملات متکرر شفایابی و بعداً ترمیم ناحیه به واسطه نسج فبروز و سکار، بلعث تضیق لومن اثنا عشر شده درین حالت انسداد مترافق با استفراق زیاد محتوی معده بدون درد بوده همراي آن ابنورمالیتی میتابولیک نیز موجود بوده، معده درین حالت بسیار متوسع بوده و سرعت تون عضلي خود را از دست داده باختن وزن و سؤ تغذي نیز نزد مریض موجود موجود میباشد .

قرحه معده (Gastric Ulcer):

قرحه معده‌ی یک چلنج کلینیکی است ازین لحاظ تفریق بین گاستریک کارسینوما و قرحه سلیم معده‌ی مشکل است مانند قرحه اثنا عشر، قرحه معده‌ی متصف با حملات متکرر بهبودی و عود بوده، اینها همچنان باعث درد، خونریزی، انسداد و تثقب شده و بعضاً قرحه سلیم معده‌ی بسبب گاستروکولیک فستول شده و در 8-20% واقعات که مریضان قرحه معده‌ی باعث اختلاط شده باشد ایجاب مداخله جراحی رامینما ید.

35-45% واقعات اسید معده‌ی باعث خونریزی شدید شده که مرگ و میر این مریضان نسبت به قرحات اثنا عشر زیاد است. خونریزی قرحات معده‌ی Type II, III قرحات معده‌ی زیاد است و در Type IV با تهدید حیات مریض یکجا بوده، اختلاط عمدقرحات معده‌ی تثقب معده است که در وجه قدامی انحناء صغیر معده زیادتیر دیده شده، و نوع II و III قرحات معده‌ی مانند قرحات اثنا عشری باعث انسداد فوحه خروجی معده‌ی شده، که به صورت تالی باعث اتترال کارسینوما شده. میتواند

Zollinger Ellison Syndrome

این سندروم دارای سه پایه کلینیکی است که شامل فرط افراز اسید معده‌ی، قرحه پپتیک و خیم و تومور Non Beta Islet Cell پانکراس میباشد، این تومور باعث تولید گاسترین (G17-G34) شده و به گاسترینوما عطف میگردد این تومورهایدورانی پانکریاز، جدار اثنا عشر و عقدات لمفاوی ناحیوی موقیعت دارد، تقریباً 1/2 این تومورهای معده‌ی Multiple Endocrin Neoplasia (MEN) سندروم و 2/3 آن خبیث، و تقریباً 1/4 ان Pancereatic Islet Cells یکجا میباشد

فزیوپتالوژی Zollinger Ellison سندروم که باید از قرحات اثنا عشر تفریق شود مربوط به گاسترین بوده که افراز اسید معده‌ی و غدوات مخاطی را تنبیه میکند، مترافق با آن باعث تولید هورمون MEN سندروم شده به صورت عموم Zollinger Ellison Synd مترافق با اسهالات بوده که به صورت تالی باعث ازدیاد تولید افرازات اسید معده‌ی شده، در نتیجه ضیاع وزن بدن به وجود میآید. اسهالات شحمی ثانوی که باعث کاهش PH اثنا عشر و Jejunal و غیر فعال شدن لیپاز شده و در اثر تاثیرات تروفیک گاسترین التوات کلان معده‌ی قابل مشاهده بوده، و از طرف دیگر ازدیاد گاسترین باعث افراز زیاد مقدار اسید معده‌ی شده، در مریضان MEN اکثراً یک تاریخچه فامیلی تومورهای اندوکراین یا هایپرکلسمیما موجود است.

همچنان در مریضان Ellison zolling Synd امراض قرحوی نکس کننده و دوامدار در اثر افراز زیاد اسید معده‌ی به واسطه Gastrin Secreting Tumor موجود بوده، تست های تحریک کننده نادراً ضرورت است. برای تأیید تشخیص کاسترینوما به خاطر که در گرسنگی گاسترین پلازمای تنبیه شده، دارای حدود بلند است، Secriting Test یک تیئت بسیار حساس و خاص است برای E.Z.S، و تداوی که مربوط به اعراض سریری بوده، و اگر تومور جدار اثنا عشر در CT، توموگرافی احشاو آنجیوگرافی موجود باشد. ریزکشن جراحی به تعقیب اندازه کردن افرازات اسید معده‌ی صورت گرفته اگر شواهد تومور یا امتیازتاز تومور موجود نباشد، Proton Pump inhibitor، H2 Receptor اتتاگونیسست توصیه شده تا دهانه اسید زمان گرسنگی را کمتر از 10mmol در یک ساعت محافظه مینماید. تعقیب مریض برای هر سه ماه ضرور است. توتال گاستروتومی به صورت عموم متروک شده.

تشخیص :

تاریخچه و معاینات فیزیکی ارزش محدود برای تشخیص تفریقی قرحات معدوی و اثنا عشری داشته، معاینات روتین لابراتواری شامل کربوات سفید، معاینات کبدی، سیروم کرباتین، سیروم کلسیم، همچنان سویه گاسترین سیروم نیز در مریضان که قرحه آن با تداوی دوايي و یا جراحی عکس العمل نشان ندهد یا تداوی جراحی ضرورت داشته باشد مبهم است. در صورت که اشتباه در باره تثقب موجود باشد اکسری صدر به حالت ایستاده توصیه میشود.

دو اصل عمده و اساسی برای تشخیص قرحه پپتیک عبارت از اکسری طرق معدی معایی، اندوسکوپیک فیروتیک، است رادیوگرافی با مواد کثیفه ارزان است و در 90% واقعات تشخیص را دقیق میسازد، و تقریباً در 5% واقعات رادیوگرافی سلیم یا خبیث بودن قرحه را واضح ساخته و در صورت مشکوک بودن قرحه معدوی اجرای تست H-Pylori Test نیز اجرا شود.

رادیوگرافی قسمت علوی طرق معدی معایی:

تشخیص پپتیک السر به واسطه رادیوگرافی طریق معدی معایی با مواد کثیفه باریوم به شکل Ulcer Crater معمولاً مدور یا بیضوی بوده و میتواند توسط ازیما احاطه و یا نشده باشد. توسط این اکسری موقعیت قرحه و هم عمیق بودن Penetration و سؤ شکل به واسطه نسج فبروز مزمن اشکار گردد که در شکل 45-11 واضح شده است. در رادیوگرافی باریوم ساده 50% قرحات اثنا عشری اشتباه شده شده و در شکل Double Contraste آن 80-90% Ulcer Creater تعیین شده و هم ساده بودن و خبیث بودن جرحه معلوم شده.



اندوسکوپي فیروتیک:

اندوسکوپي یک میتود خوبی برای تشخیص السر معدوی است که تقریباً 97% واقعات را تأیید میکند. همچنان برای بیوپسی و Brushing جهت معاینات سایتولوژی به کار برده میشود. برای تفریق واقعات سلیم و خبیث معدوی مفید است. در قرحات سلیم، قرحه لشم، منظم، کنارهای مدور با یک قاعده لشم هموار بوده. در قرحات خبیث یک کتله که داخل لومین معدوی متباز شده یا Ulcer crater توسط فولد ها و نودولیر کنار احاطه شده، در

مریضان که اعراض و علائم آن ایجاب اندوسکوپي میکند. مثلاً ضایع کردن وزن، اعراض انسدادی outlet معدوی یک کتله قابل جس در بطن، Guaiac تیست در غایطه مثبت یا کم خونی در اثر ضایع شدن خون ایجاب اندوسکوپي میکند.

تداوی:

طبی:

دوا میتواند قرحه را به میکانیزم های مختلف شفا یابد. بعضی از ادویه ها به خاطر از بین بردن اتنان H-Pylori خنثی کردن افرازات معدوی و دیگر میکانیزم ها استعمال میشود، منع کردن مریض از سگرت کشیدن به خاطریکه باعث به تعویق انداختن شفا یابی قرحه شده. قطع کردن اسپرین و NSAIDs در صورت که

امکان داشته باشد، پرهیز از کافی بخاطر که باعث تنبیه افراز اسید معده شده، الکل، بخاطریکه باعث آفت میوکوزا شده. اکثر مواد که قرحات را تداوی میکنند کوشش میکند اسید را نهی یا خنثی سازد. یا اتان H-Pylori را از بین ببرد.

انتی اسید:

انتی اسید یک میتود کهنه و قدیمی تداوی قرحات پپتیک است. انتی اسید باعث کاهش اسیدیته معدوی به واسطه تحت تاثیر قرار گرفتن HCl و تشکل نمک و آب شده تا فعالیت پپتیک آن به واسطه بلند کردن PH نهی کند. انتی اسید ها یک فرق زیاد در قابلیت بفرینگ، جذب، Side Effect Test خود دارد. و اینها خیلی موثر اند وقتیکه یک ساعت قبل از غذا به معده خالی گرفته شود.

انتی اسید به سرعت تخلیه و دارای تاثیر بفرنگ گذری بوده و اگر بعد از غذا گرفته شود در معده باقی مانده و عمل بفرنگ آن برای مدت زیاد دوام مینماید. دوز کمی انتی اسید تا باعث شفا سریع شود ضرورت به چندین تابلیت یا مایع روزانه موجود است که معمولاً دوز آن 200-1000mmol/day بوده و دارای تاثیرات سو کم بوده و در ظرف یک ماه باعث 80% بهبودی قرحه شده که میکانیزم شفای قرحه به دوز کمی دوام معلوم نیست. بخاطریکه اسید معدوی را در یک مدت کوتاه خنثی کرده انتی اسید مگنیزیم کوشش میکند تا بهترین بفر باشد ولی باعث اسهالات قابل ملاحظه میشود. المونیم اسید توسط فاسفورس باعث ترسوب و هایپو فسفاتیمی و بعضاً قبضیت میشود. در نتیجه انتی اسید باعث شفا یابی قرحه اثنا عشر با مقایسه H2 receptor انتاگونیست شده.

H2 Receptor انتاگونیست:

انتاگونیست H2 Receptor او نظر ساختمان مشابه هستامین است، با تفاوت ساختمان حلقوی و زنجیر جانبی دارای تاثیر سوء و پوتانسی مختلف میباشد. معمولاً این H2 ریسپتور انتاگونیست دارای تاثیرات مختلف بوده ولی دارای مدت تاثیر متوسط و تاثیر زنده ماندن است و متابولیزم آن در کبد انجام یافته و از طریق کلیه خارج شده. فاموتیدین دارای تاثیر قوی و سیمیتیدین دارای تاثیر کم بوده، توصیه کردن انتاگونیست H2 receptor به شکل دوامدار و انفوزن وریدی دارای تاثیر نهی اسید خوبتر نسبت به توصیه آن به شکل متقاطع بوده. توصیه متقاطع انتاگونیست H2 Receptor دارائی مدت تاثیر کوتاه بوده که از 3-1.5 ساعت است، توصیه تمام دوا های انتاگونیست H2 ریسپتور در قرحات اثنا عشر باعث شفای قرحه از 70-80% در 4 هفته و 80-90% بعد از 8 هفته بوده، دوز نیمایی در وقت دیگر یا شام موثر بوده، ولی دوز دوامدار و انفوزن وریدی باعث تاثیر ثابت نهی اسید معدوی شده.

Proton Pump Inhibitor:

یک کلاس موثر و قوی ضد افرازی عبارت از Proton pump inhibitor یا جانشین ان بنزایمیدازول است. جای تعجب نیست که پروتون پمپ Inhibitor نسبت به انتاگونیست H2 receptor تاثیر مکمل و طولانی نهی افراز اسید معدوی دارد. بخاطریکه تاثیر نهی غیر قابل ارجاع انزایم از باعث رابطه کوولانت پروتون پمپ بوده، تاثیر آن تقریباً 18 ساعت دوام میکند. Proton pump inhibitor نه تنها افرازات اسیدی اساسی را نهی میکند بلکه اسید معدوی که توسط غذا تنبه شده و هم افرازات اسیدی که در اثر secretagogous تنبه شده نهی میکند. هر دو H2 receptor انتاگونیست و H/K ATPase inhibitor در اثنای شب موثر است، لکن H/K ATPase زیادتر موثر است. در اثنای روز به واسطه Proton pump inhibitor سویه گاسترین پلازما ۲۴ ساعته به تعقیب نهی افرازات

اسید بلند رفته نسبت به H2 receptor انتاگونیست. همچنان پروتون پمپ Inhibitor باعث شفا یابی سریع قرحه نسبت به H2 receptor انتاگونیست شده، در حقیقت نتیجه که بدست آمده از 14% اومیرازول 20mg در مدت دو هفته، و از 9% سیمیتیدین 300mg در مدت چهار هفته، سرعت شفا یابی قرحه اثنا عشر پروتون پمپ Inhibitor 85% در چهار هفته و 96% در هشت هفته بوده.

پروتون پمپ Inhibitor ضرورت به یک محیط اسیدی داخل لومین معدوی داشته تا فعال و همراهی پروتون پمپ داخل فنیوات افزای شده، به اینطور استفاده از انتی اسید یا H2 ریسپتور انتاگونیست یا ترکیب آن با پروتون پمپ Inhibitor امکان دارد دارای تاثیر خراب به واسطه بوجود آمدن محیط القلی شده بنا برین باعث جلوگیری از فعالیت پروتون پمپ Inhibitor شده، در نتیجه انتی اسید و H2 receptor انتاگونیست به شکل ترکیب همراهی پروتون پمپ Inhibitor استعمال نشده.

Sucralfate

این مواد از لحاظ ساختمان ارتباط با هپارین داشته ولی کدام تاثیر انتی کواگلانت ندارد و دارای یک تاثیر مخفی که میکانیزم آن تا هنوز معلوم نیست بالای امراض قرحوی داشته. مواد مذکور نمک المونیم سلفاتید سکروز است که در حالت اسیدی معده منحل شده، و فکر میشود که بولی میراز سکروز ترکیب آن پروتین در Crater قرحه باعث تولید یک پوش محافظه کار شده که برای شش ساعت دوام کرده و همچنان فکر میشود که باعث نشو و نما فکتور فبروبلاست اندوژن شده که در شفامخاطی رول مهم دارد. شفای مخاطی قرحات اثنا عشر بعد از 4-6 هفته تداوی با Sucralfat (یک گرم، روز چهار مرتبه، یا دو گرم روز دو مرتبه، 30 دقیقه قبل از غذا توصیه شده.

تداوی انتانات (Helicobacter):

داکتر وقتی که با مریضان امراض قرحوی مقابل میشود، سه هدف عمده دارد:

- آرام کردن اعراض مریض
- ضرور است تا قرحه شفا یابد.
- از نکس قرحه جلوگیری شود.

مواد ضد افزازات با تاثیر نهی کردن اسید اولین دو هدف تداوی در ارتباط NSAIDs قرحه است. قطع کردن NSAIDs رسیدن به هدف سومی است. ولی در قرحات Non NSAIDs که معمولاً به صورت تالی در نتیجه انتان H-pylori بوجود می آید، از بین بردن و تداوی آن از نکس قرحه جلوگیری میکند. اگر یک مریض تنها با H2 receptor انتاگونیست به صورت دوامدار تداوی شود در نزد مریض چانس نکس قرحه 25% ولی اگر انتان H-pylori از بین برده شود تنها 2% از مریضان چانس نکس قرحه دارد که ستندرد خوب تداوی برای مدت دو هفته است. این تداوی توسط تیترا اسکلین بوده که نتیجه آن 95% است.

تداوی ستندرد برای دو هفته توسط بیبتوسمول دو تابلیت چهار مرتبه روزانه یکجا با میترونیدازول به دوز 500mg چهار مرتبه روزانه و هم چنان تیترا اسکلین به دوز 500mg چهار مرتبه روزانه توصیه شده، برای قرحه حاد H2 receptor انتاگونیست یا پروتون پمپ Inhibitor دو هفته اضافه بعد از تکمیل تداوی ستندرد بیسموت (چهار هفته) توصیه شده، برای تداوی انتان H-pylori از رژیم Triple استفاده شده، مثلاً به کار بردن پروتون پمپ Inhibitor یکجا با انتی بیوتیک مانند مترونیدازول، کلوریترومایسین یا اموکسی سیلین و مدت آن یک الی

دو هفته است و نتیجه این تداوی سه گانه تقریباً 80-95% است. برای قرحات حاد تمام سه ادویه فوق برای یک هفته گرفته شده و بعداً دو هفته اضافه تنها پروتون پمپ Inhibitor و یا برای 4-6 هفته تداوی با H2 receptor انتاگونیست ادامه داده شده.

رسیدن به خونریزی مریضان که مصاب امراض قرحه پپتیک است تقریباً 80% خونریزی قسمت علوی طرق معدی معایی خود بخود توقف کرده و تقریباً 8-10% مریضان که خونریزی دوام کرده و یا دو باره نکس کند مورتالیتی موجود است. در مرحله اول تداوی مریضان که خونریزی قسمت علوی طرق معدی معایی دارد به تعقیب احیا محدد اندوسکوپی اجرا شده که سبب وخامت خونریزی معلوم شده، چندین فکتور یکجا با خونریزی دوامدار و متکرر موجود بوده که باعث ازدیاد مرگ میر مریضان شده.

بسیاری مطالعات واضح کرده که ازدیاد مرگ میر با سن مریض ارتباط داشته چنانچه در جامعه امریکا مطالعه اندوسکوپی طرق معدی معایی نشان داده که مرگ میر مریضان 60 ساله یا جوانتر 8.7% و برای اشخاص اضافه از 60 سالگی 13.4% بوده، وخامت خونریزی ابتدایی مترافق با بعضی فکتور های مانند موجودیت شوک ضرورت زیاد ترانسفوزیون، موجودیت خون تازه در تیوب انفی معدوی یا مواد غایبه دلالت به حالت خراب مریض کرده، خونریزی متکرر باعث ازدیاد سرعت و فیات از 8% به 30% در یک مطالعه و از 7% به 44% در دیگر مطالعه نشان داده شده.

و در مطالعات ASGE نشان داده شده که وفیات مریضان داخل شفاخانه که خونریزی شروع کند اضافه از 33% با مقایسه مریضان خارج از شفاخانه و یا قبل از بستر کردن 7% بوده، در مطالعات ASGE هشت کتگوری مرض دیده شده که در وفیات مریضان خونریزی قسمت علوی معایی کمک کرده و این امراض شامل قلبی، سیستم عصبی مرکزی، طرق معدی معایی، نیوپلاستیک، کبدی، ریوی، کلیوی و سترس بوده.

ولی در عدم موجودیت امراض ضمیموی سرعت مرگ و میر 2.5% است. هر چندیکه درینجا سه مرض ضمیموی موجود باشد، سرعت وفیات مریضان 14.6% بوده و با شش مرض ضمیموی سرعت وفیات مریضان 66.7% بوده، علامه خونریزی تازه در قرحات پپتیک پیشگویی در باره انذار مرض میکند. و این علایم عبارت از دیدن اوغیه در قاعده قرحه توسط اندوسکوپی، و دیدن Oozing و خونریزی منتشر، سرخ تازه یا کهنه به شکل علقه در قاعده قرحه بوده، و قتیکه اوغیه در قاعده قرحه دیده شود، امکان 50% دوباره خونریزی موجود است.

در مطالعات ASGE نشان داده شده که اوزینگ و پمپینگ دارای وفیات تقریباً 16% و ضرورت به جراحی 25% و در صورت که مقایسه با علقه یا No blood شود (سرعت وفیات 6.7%) جراحی 11% بوده، و در مریضان که جراحی عاجل شده باشد 30% ریت مرگ و میر داشته، پا مقایسه مریضان که جراحی انتخابی شده 10% بوده، و همچنان وفیات مریضان در صورت بلند میرود که خونریزی وخیم و زیاد با ضرورت بیشتر ترانسفوزیون موجود بوده، اگر کدام یونت ترانسفوزیون نشود وفیات مریض به 2% رسیده، اگر مریض ترانسفوزیون نشود Rate مرگ و میر مریضان 1-2% برای 1-3 یونت تقریباً 5% و برای 4-6 ساعت تقریباً 12% بوده اندوسکوپی یک عملیه تشخیصی انتخابی برای خونریزی طرق معدی معایی علوی بوده و نه تنها برای تشخیص به کار برده شده بلکه برای تداوی نیز اهمیت دارد.

ترمو تراپی یک میتود خوب هیموستاتیک بوده و همچنان زرق کردن ایتانول محلول Epinephrin نیز برای کنترل خونریزی به کار برده شده، بعداً تداوی طبی برای مدت دوامدار که شامل مواد ضد افزای بوده، که

معمولاً Proton pump inhibitor همراه تیست H-pylori که در صورت مثبت بودن تداوی دوام داده شده و در صورت خونریزی دوامدار و نکس ان عملیه جراحی نیز استتباب دارد.

تداوی جراحی قرحات پپتیک:

چهار استتباب کلاسیک جراحی موجود است که عبارت اند از:

۱. قرحات پپتیک غیر قابل علاج
۲. خونریزی
۳. تشقب
۴. انسداد

هدف عملیه جراحی قرحه جلو گیری از افزایش اسیدی معدوی است، به واسطه سب توتال گاستریکتومی همراه با واگوتومی که تقریباً 50% دهنه اسید کم کرده و یا واگوتومی با انترکتومی باعث بر داشتن قسمت افزای گاسترین شده در معده و تقریباً 85% دهانه اسید کم ساخته.

ترانکل واگوتومی:

طوریکه در شکل 4-45 ترانکل واگوتومی نشان داده شده، بواسطه جدا کردن عصب واگوس طرف راست و چپ در قسمت کبدي وشعبه سیلیاک فقط در بالای اتصال GE اجرا شده ترانکل واگوتومی یک عملیه معمولی است که برای امراض قرحوی اثنا عشری به کار برده میشود و بعضی جراحان یک دریناژ پروسیجر همراي آن یکجا اجرا کرده، ترانکل واگوتومی یکجا با Heineke mikulicz پایلوروپلاستی که در شکل 12-45 نشان داده شده، وقتیکه بصله اثنا عشر ندبوی باشد Finney پایلوروپلاستی یا Jaboulet گاسترودودینوستومی بکار برده شده به صورت عموم درینجا یک تفاوت بسیار کم در تاثیر سواین دریناژ پروسیجر موجود است، همچنان ریفلوکس صفراوی بعد از گاسترودودینوستومی زیاد معمول است و اسهالات بعد از پایلوروپلاستی زیاد دیده شده، وقوعات دمپینگ برای هر دو عملیه برابر است. واگوتومی و پایلوروپلاستی هر دو عملیه بدون اختلاط و برای مریضان که از نظر هیمودینامیک ثابت نیست مناسب است.

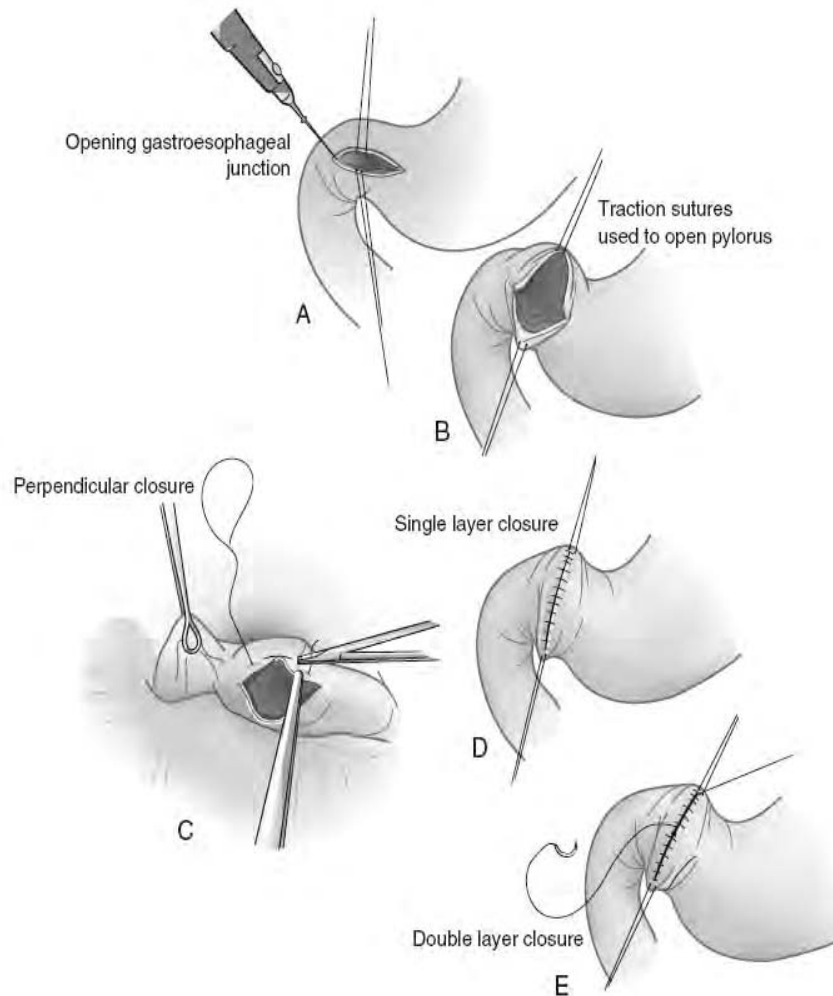
Highly Selective Vagotomy و واگوتومی حجرات جداری:

Highly selective واگوتومی به نام واگوتومی حجرات جداری یا واگوتومی پروکسیمال معدوی نیز یاد شده، و این پروسیجر وقت پیشرفت کرد که فهمیده شد پروسیجر ترانکل واگوتومی با دریناژ پروسیجر یا ریزکشن معده باعث متاثر شدن وظایف Pyloral antral pump شده، درین پروسیجر تنها رشته های عصبی واگوس همان قسمت از معده که باعث تولید اسید شده جدا و قطع میشود، و آن عده رشته های عصبی که باعث تعصیب اتروم میشود، محافظه کرده بنا بر این ضرورت به دریناژ پروسیجر نیست، و اختلاط بعد از این پروسیجر کاهش یافته.

به صورت عموم اعصاب Laterjet در قدام و خلف شناخته شده، و قسمت Crvos feet که باعث تعصیب غور و جسم معده شده جدا کرده این اعصاب در نقطه که 7 سانتی متر قسمت پروکسیمال پیلور و نزدیک اتروم معدوی قرار دارد، جدا شده و در علوی جدا کردن اعصاب در نقطه که تقریباً 5cm در ناحیه پروکسیمال اتصال GE که در شکل 13-45 نشان داده شده صورت گرفته، و به صورت ادیال دو و سه برانش اتروم و پیلور باید محافظه شود. Criminal N. of grassi که یک شعبه پروکسیمال جذع خلفی عصبی واگوس است، و احتیاط زیاد شود که این برانش در پروسه جدا کردن فراموش نشود. زیرا اکثراً باعث آماده ساختن زمینه برای نکس قرحه شده و سرعت

نکس قرحه به تعقیب Highly selective vagotomy فرق میکند و مربوط به مهارت جراح است، و مریض باید به صورت دوامدار تعقیب تا نتیجه این پروسیجر معلوم شود.

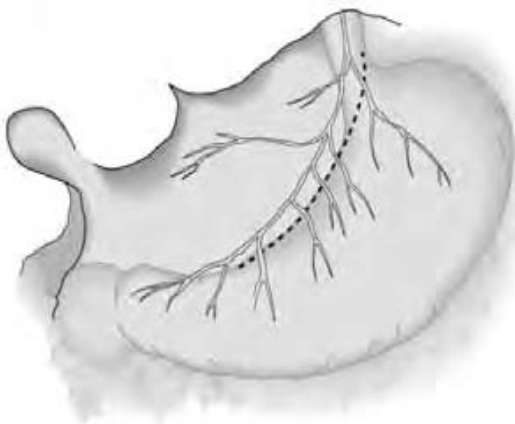
10-15% سرعت نکس واقعات راپور داده شده به شرط آنکه توسط اوپراتور خوب و با تجربه عملیات شده و نتایج آن نسبت به اینکه ترانکل واگوتومی با پایلوروپلاستی یکجا اجرا شده خوبتر است. چنانچه ترانکل واگوتومی با پایلوروپلاستی معمولاً مترافق با ډمپینگ سندروم بعد از واگوتومی و اسهالات بعد از واگوتومی بوده، و نکس قرحات بعد از Highly selective vagotomy توسط بسیاری جراحان قبول شده و توسط تداوی طبی یا پروتون پمپ Inhibitor خوب جواب داده. و این قرحات زیادتر در قسمت پری پایلوریک نسبت به قرحه اثنا عشر دیده شده که سبب آن معلوم نیست ازین لحاظ یک پروسیجر انتخابی برای قرحات پری پایلوریک نیست.



شکل (45-13)

ترانکل واگوتومی انترکتومی :-

معمول ترین استئطباب انترکتومی یا دیستال گاستریکتومی در امراض قرحات اثنا عشر، قرحات معدوی و تومور های بزرگ سلیم معدوی میباشد و مضاد استئطباب نسبی آن در واقعات سیروز، موجودیت زیاد سکار در قسمت اثنا عشر که باعث مشکلات زیاد



در بسته کردن آن شده و موجودیت عملیات قبلی مانند کولیدو کو دودینوستومی بوده، و قتیکه این عملیه یکجا با ترانکل واگوتومی اجرا شود، بسیار موثر بوده که باعث کاهش افزایشات معدوی و نکس مرض نسبت اجرا ترانکل واگوتومی یکجا با دریناژ پروسیجر یا Highly selective واگوتومی شده، در حقیقت سرعت نکس قرحات بعد از ترانکل واگوتومی و انتریکتومی تقریباً 0.2% بوده. انتریکتومی یا گاستریکتومی و یا ضرورت به دو باره اعمارهمرای طرق معدی معایی دارد که یا به شکل Gostro doudenostomy billroth I شکل (14-45) یا Gastro jejunostomy billroth II بوده، برای امراض سلیم از گاسترو جیجیونوستومی معمولاً استفاده شده، به خاطر که از سندروم Retained antrum جلو گیری میکند.

به تعقیب ریزکشن و گاسترو جیجیونوستومی امکان بوجود آمدن لیکاز ستمپ اثنا عشر و انسداد عروه مؤصله موجود بوده و هم اگر در اثنا عشر سکار موجود باشد مشکلات در اجرا گاسترو جیجیونوستومی موجود بوده، ولی اگر گاسترو جیجیونوستومی اجرا شود لوپ جیجونوم برای انسٹوموز انتخاب شده و از بین میزوکولون مستعرض در نمایی اریتروکولیک قرار گرفته.

انسٹوموز ریتروکولیک طول عروه مؤصله و هم از قات شدن آن جلو گیری کرده زیرا قات کردن لوپ باعث انسداد عروه مؤصله و زمینه را برای لیکاز اثنا عشر مساعد ساخته، پس واگوتومی و انتریکتومی یک تاثیر خوب در تداوی قرحات دارد ولی در مریضان قرحات معدوی غیر معمول است و مرگ میر انتریکتومی تقریباً 2% در مریضان که امراض ضمیموی دارند مانند دیابیت یا امراض که باعث میشود تقریباً 2% بوده و 20% مریضان با اختلاطات بعد از گاستریکتومی و بعد از واگوتومی روبرو شده.

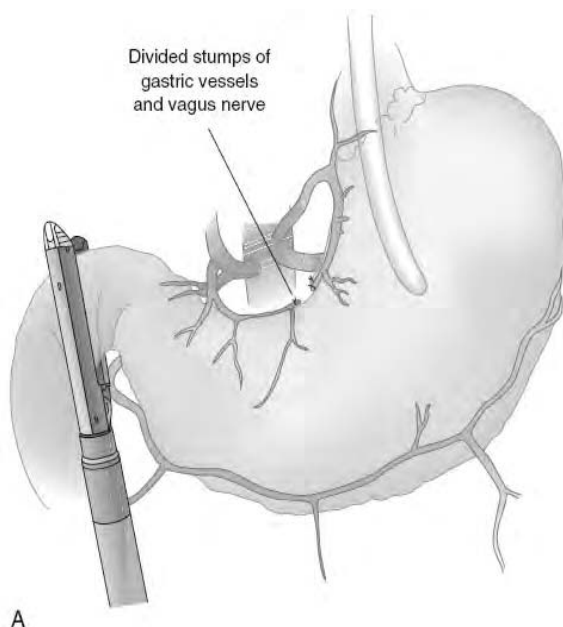
سب توتال گاستریکتومی :

این عملیه نادراً برای تداوی مریضان پپتیک السر به کار برده میشود و معمولاً نزد مریضانیکه امراض خبیث معدوی و یا نکس قرحات که بعد از ترانکل وگوتومی و انتریکتومی بوجود آمده باشد به کار برده میشود، زیرا در قرحات نکس کننده تداوی طبی نتیجه نمیدهد. درین عملیه بعد از سب توتال گاستریکتومی دوباره اعاده کردن تمادی معدی معایی به میتود بیلروت II یا به طریقه Gastro jejunostomy, Roax-en-y اجرا میشود.

پروسیجر لاپراسکوپیک :

قابل تعجب نیست از قتیکه لاپراسکوپیک کولی سیستمیکتومی بوجود آمده بیساری جراحان از میتود های بسیار خورد و ساده جهت جراحی معدوی استفاده میکند. هر دو ترانکل واگوتومی و Parietal cell vagotomy خلفی با seromyotomy قدامی (پروسیجر تایلر) میتوانیم توسط لاپراسکوپیی اجرا کنیم که دارای تاثیر ضد قرحوی بوده، هر چندیکه نتیجه دوامدار و طولانی آن تا حال با مقایسه عملیه باز قابل مقایسه نیست.

پوست واگوتومی اسهالات و Dumping سندروم مشابه به Highly selective vagotomy بوده.



بسیاری فکر میکنند که این عملیه باعث جلوگیری از تشکیل قرحات مکرر شده زیرا تعشیب نامکمل باعث زمینه مساعد برای قرحات به تعقیب Highly selective vagotomy شده. سیرومایوتومی قدیمی باعث خطر نکس قرحه از سبب عدم قطع کردن مکمل حجرات پاریتال است. پروسیجر لاپراسکوپیک میتواند در ترمیم تثقب ساده نیز به کار برده شود.

استطباب جراحی :

تداوی جراحی به خاطر چندین مقصد استعمال شده و مریضان که تحت تهدید اختلالات مترافق با تثقب ، خونریزی و بندش Out let گاستریک بوده نجات میدهد. و باعث بهبودی مرض و محافظه از نکس مرض و خبائث در قرحات معدوی شده، استطباب عملیه جراحی درد بطن غیر قابل علاج با ادویه، خونریزی، تثقب و انسداد است، برای تمام قرحات که ایجاب مداخله جراحی کرده تداوی ضد افزای برای ۷۲ ساعت قبل از عملیات قطع شده تا اسیدیته معدوی با حالت نورمال خود رجعت کند تا نشنماء باکتیریا و وسعت ملوث بودن معده کم شود.

قرحه اثنا عشر غیر قابل علاج:

عبارت از قرحات که بعد از یک دوره امتحانی ابتدایی تداوی برای 12-8 هفته شفا نشده، و یا مریضان که تداوی را قبلاً قطع کرده باشد تکرار کند و این غیر معمول است برای امراض قرحات اثنا عشری در عصر H-pylori. در حالیکه این حالت برای قرحات سلیم معده که امکانات خبائث زیات است معمول بوده ولی امروز این حالت نادراً دیده شده. قرحات اثنا عشری غیر قابل تداوی باید توسط Parietal cell vagotomy که این کار به شکل باز اجرا شده ولی بسیاری میتود لاپراسکوپیک ترجیح میدهد. در تکنیک لاپراسکوپیک کنونی و جدید واگوتومی حجرات پاریتال اجرا شده ولی به صورت باز بسیار خوب دیده شده.

پروکسیمال واگوتومی همراه مریضی کمتر از 1% و وفیات کمتر از 0.5% بوده و بد بختانه چانس نکس 5-25% بوده، بعضی از جراحان پروسیجر تایلرترجیح داده که Post ترانکل واگوتومی ذریعه لاپراسکوپیک و بعداً اندوسکوپیک Gastro intestinal stapler استعمال شده تا سیرومیوتومی از طریق قسمت قدیمی معده تا تمام لیاف واگوس که در تحت طبقه مصلی مخاطی سیر دارد جدا شده همچنان بعضی جراحان به ارتباط جدا کردن تعصیب واگوس از سیلیاک گانگلیون و موقعیت آن در احشا فکر میکنند.

درینجا شواهد قابل ملاحظه موجود است که محافظه تعصیب واگوس سلیاک Axis و امعای رقیقه باعث کاهش تاثیرات جانبی واگوتومی شده، در حالیکه در پروسیجر تایلر معلوم میشود که مشابه با واگوتومی حجرات پاریتال بوده و تاثیر سوء آن آنقدر زیاد نیست. عملیه تایلر که در دسترس همه قرار دارد و تأیید میکند که سیرومیوتومی در قدام انحنای صغیر معده و واگوتومی خلفی باعث نهی افزای اسید به اندازه Highly selective vagotomy یا ترانکل واگوتومی با دریناژ بوده، تخلیه معدوی در پروسیجر تایلر مشابه Highly selective vagotomy یعنی ازدیاد در تخلیه مایعات و نورمال بودن تخلیه مواد جامد و هم چنان Dumping و دیاریا آن کمتر است نسبت به ترانکل واگوتومی و دریناژ پروسیجر.

قرحات معدوی غیر قابل تداوی:

قرحات معدوی Type I:

در طیف I السر معدوی امکانات خبائث زیاد موجود است که برداشتن قرحه ضروری است و برای این حالت کلینیکی دیستال گاستریکتومی بهترین عملیات است و برای اعاده کردن دوباره امتداد معدوی با امعا از بیلرو

I و II استفاده شده ولی عملیه انتخابی بیلروت I است. موربیدیته با دیستال گاستریکتومی بدون واگوتومی و بیلروت I (3-5%) برای تداوی انتخابی طیف I قرحات معدوی، و فیات (1-2%) و نکس آفت کمتر از 2% و این بسیار مهم است تا به یاد داشته باشیم که موجودیت قرحه معدوی همراه با انتان H-pylori امکان خباثت تقریباً زیاد است. اگر با خباثت مواجه شدیم، سب توتال گاستریکتومی با بیلروت II گاستروچیجونوستومی یا Roax - eny gastro jejunostomy به کار برده شده.

واگوتومی معمولاً برای طیف I گاستریک السر ضرور نیست، به خاطریکه ارتباط اسید معدوی ندارد، همچنان از نظر تکنیکی مشکل است یک واگوتومی حجات پاریتال با قطع قرحه باید اجرا شود، به خاطر که امراض قرحوی غیر قابل علاج بیشتر غیر معمول است و بسیار مهم است تا برای مدت زیاد مراقبت کنیم و تداوی درست و صحیح را توصیه کنیم تا شفا قرحه واقع شود. یعنی از بین بردن انتان H-pylori، پرهیز از استعمال NSAIDs، اکثر مریضان طیف I گاستریک السر در حقیقت با تداوی درست طبی بهبودی یافته.

قرحات معدوی Type-2, Type-3:

قبول شده انگونه مریضان که وقت کافی دارد برای شفای قرحات معدوی تایپ 2، 3 و انتان H-pylori از بین برده میشود. دیستال گاستریکتومی همراهی واگوتومی باید اجرا شود. چندین مطالعات نشان داده مریضان که Highly selective vagotomy برای قرحات معدوی تایف 2، 3 دارای نتیجه نا چیز نسبت به کسانیکه تحت عملیه ریزکشن قرار گرفته، واگوتومی که با ریزکشن یکجا اجرا شده میتواند انتخابی یا ترانکل باشد. هر چند مریضان لپراسکوپیک واگوتومی حجات جداری و ریزکشن اجرا شده که نکس قرحه موجود باشد.

خونریزی قرحه اثناعشر:

در نتیجه ازدیاد تداوی اندوسکوپیک یک کاهش قابل ملاحظه در تعداد مریضان که دارای خونریزی قرحه اثنا عشری بوده ب ضرورت به جراحی دارد تا خونریزی را کنترل کند، و این مریضان که کاندید جراحی بوده معمولاً ناجور، مسن و اختلاطی بوده.

Peterson و Latine تشریح کرده که تداوی با اندوسکوپی درین مریضان که صورت گرفته کمتر از یک واقعه متکرر خونریزی، و بدون کدام ازدیاد و فیات و مریضی بوده. و این مریضان باید تحت مشاهده باشد تا توسط گاسترو انترولوژیست خونریزی دوباره توقف و تداوی کند. همچنان تداوی با Proton pump inhibitor و H-pylori بعد از تست اجرا شده و برای این گونه مریضان که خونریزی دوامدار داشته و دوباره به اندوسکوپی مراجعه کند باید به میتود باز توسط یک خیاطه به شکل U بالای اوعیه اثنا عشر اجرا شود که معمولاً Pancreatico duodenal یا Gastro duodenal artery بوده. این مریضان اکثراً مسن و دارای فشار پائین بوده و اکثراً واگوتومی حجات جداری اجرا نشده که به عوض ان ترانکل واگوتومی و پیلوروپلاستی اجرا شده و اکثراً درین مریضان اثنا عشر باز شده و لیگاتور شریان گاسترودودینال و اثنا عشر صورت گرفته و در صورت که انتان H-pylori تداوی شد تنها پروسیجر کم کردن اسید به کار برده شده.

خونریزی قرحه معده:

برای قرحات معدوی Type I دیستال گاستریکتومی با بیلروت I انستونوزیز معمولاً قابل اجرا است، بعضاً کسانیکه NSAIDs استعمال میکنند واگوتومی اجرا شده و اگر برای آرام کردن مریض به NSAIDs ضرورت باشد برای اینها باید Misoprostol و پروستاگلاندین توصیه شود. که این حالت 40% کاهش در اختلاط و خیم

معدی معایی بوجود آمده و هم چنان به شکل اختیاری از Selective COX-2 inhibitor نیز استفاده میشود، برای طیف II و III قرحات معدوی، گاستریکتومی دیستال یکجا با واگوتومی استتباب دارد.

قرحه اثناعشری مثقوبه:

شواهد به دست آمده تأیید میکنند که ترمیم ساده قرحات اثناعشری تثقب شده توسط تداوی H-pylori تعقیب شده، و آنعده مریضان که به صورت تالی با امراض پپتیک السر و تثقب اثناعشر مبتلاً شود اثناعشر H-pylori بعد از تداوی مثبت است. اگر در مریضان که H-pylori منفی است و بعداً یک پروسیجر کاهش اسید مانند ترانکل واگوتومی با پیلوروپلاستی اجرا شده باشد، (Patch closure) در اثناعشر به واسطه لپراسکوپی یا میتود باز به کار برده میشود.

در بعضی واقعات مریضان که یک Sealed perforation داشته و مطالعه این مریضان برای اولین مرتبه در یک گروه از مریضان هانگانگ صورت گرفته که این گروه از مریضان به صورت موفقانه با تداوی طبی نتیجه داده. این مریضان یک حالت ثابت هیمودینامیک و بدن علایم توکسیسمیتی بوده بد بختانه مریضان که با تداوی طبی یا غیر جراحی نتیجه نداده شده مثلاً مریضان مسن و زیاد ill درین حالت رادیوگرافی طرق معدی معایی علوی ضرور است تا واضح سازاد که قرحه بدرستی Sealed یا پوش شده که توسط Berne و Ponovan پیشنهاد شده. تداوی طبی عبارت از تداوی H-pylori و نهی اسید معدوی است. برای تمام مریضان که قرحه متکرر اثناعشر دارد و H-pylori مثبت است. مدارک بدست آمده از تداوی H-pylori یا Urea breth test که مریضان شاکي از تداوی آنها باید به شکل جراحی یا طبی تداوی شود.

قرحه معدوی مثقوبه:

برای قرحات معدوی Type I تثقب شده که از نظر هیمودینامیک مریضان ثابت است، دیستال گاستریکتومی با بیروت I، دوباره انستوموزس بکار برده شده. هر چندیکه برای قرحات معدوی Simpe patching اجرا کردن تیست برای H-pylori و در صورت مثبت بودن باید تداوی شود. و در صورت که خطر خباثت موجود باشد بیوپسی قرحه اخذ در صورت که منفی باشد توسط اندوسکوپی دوباره بیوپسی قرحه اجرا شده، در صورت عدم موجودیت بهبودی واگوتومی برای گاستریک السر مثقوبه Type I اجرا شده و برای Type II و III گاستریک السر اینها مانند قرحات اثناعشر میتوانیم با Simple patch closure تداوی کنیم. به تعقیب آن H-pylori تداوی شده.

انسداد outlet معدوی:

این حالت زیادتر در قرحات اثناعشر و Type III گاستریک السر معمول است ولی در مریضان قرحات Type II نیز معمول است. انسداد برای Type I گاستریک السر غیر معمول است و موجودیت آن اشتباه به طرف خباثت بوده، تمام مریضان انسداد outlet معدوی ضرورت به دی کومپریشن قبل عملیات توسط تیوب انفی معدوی برای چند روز و تصحیح کردن بلانس مایعات و الکترولیت ها داشته. ولی قبل از مداخله جراحی ایجاب اندوسکوپی و بیوپسی میکند. ابتدا مریضان را بدو کتگوری حاد و مزمن انسداد تقسیم کرده، اگر مریض به صورت حاد انسداد شده باشد، مریض تداوی طبی شده توسط تیوب انفی معدوی دی کومپریشن، مایعات داخل وریدی، و تغذی کردن درست مریض و نهی کردن اسید معدوی. تست H-pylori برای تداوی کردن آن ضرور است. اگر مریض به صورت مزمن انسداد outlet معدوی داشته باشد مانند واقعه قرحه اثناعشر مزمن با فبروزس تداوی میشود، عملیه جراحی معمولاً استتباب دارد تا گاستریک اوت لیت بر طرف کند. علاوه بر آن پروسیجر به خاطر

کاهش اسید معدوی نیز ضرورت است. گاستریکتومی میتواند اجرا شود اگر تکنیک آن عملی باشد. همچنان میتواند گاستروجیجیونوستومی با ترانکل واگوتومی نیز اجرا کنیم. به صورت امتحانی اولین مرتبه توسط Scends و همکارانش تداوی عملیاتی برای انسداد outlet معدوی اجرا کرده. اینها دریافت که گاستروودینوستومی همراه Highly selective vagotomy نتیجه کم بدست آمده، در حالیکه Selective vagotomy با انتیریکتومی و Highly selective vagotomy با گاستروانتیروستومی باعث آرام کردن اعراض مریض شده و همچنان اندوسکوپی با لون دیلاتیشن زیادتر در واقعات انسدادحاد اوتلیت معدوی مورد استفاده قرار گرفته ولی در واقعات انسداد مزمن اوتلیت معدوی نتیجه نداده پروسیجر خوب واگوتومی حجرات پاریتال است، که یکجا با گاستروجیجیونوستومی اجرا شده، علاوه بر آن این مریضان به تداوی H-pylori ضرورت دارد.

دلایل فزیولوژیک برای اجرا کردن واگوتومی حجرات جداری یکجا با Gastro jejunostomy مخالف ترانکل واگوتومی بوده که در اثر تعصیب دوامدار آن انسداد مزمن اتروم بوجود آمده در نتیجه مریض میتواند مشکلات کم در تخلیه معده با مقایسه ترانکل واگوتومی داشته باشد.

قرحات معدوی Type 4 :

موجودیت تیپ چهارم قرحات معدوی یک مشکل زیاد تداوی را ساخته و تداوی جراحی مربوط به اندازه قرحه، فاصله از اتصال GE، و درجه التهاب دورادور محیط قرحه بوده و در صورت امکان میتوانیم قرحه برداشته شود. و هم میتوانیم یک طریقه وسیع دیستال گاستریکتومی که یک قسمت کم در دیوار مری، و قرحه به شکل Roux - eny esophago gastro jujunostomy تا نگهداری شود ادامه امعاء برای السر معدوی تیپ چهارم که در 2- 5cm GE junction قرار داشته دیستال گاستریکتومی و بعداً End to end gastro doudenostomy اجرا میکنیم. بعضی اوقات برداشتن موضعی قرحه و Pyloroplasty + truncal vagotomy اجرا میکنیم.

قرحات بزرگ معدوی:

وقتی که قرحه دارای قطر اضافه از 3cm داشته باشد قرحه بزرگ معدوی گفته شده و اکثراً در انحنا صغیر معده، و 4% در انحنائ کبیر موجود بوده و غیر معمول نمی باشد.

در صورت که قرحات داخل ساختمان های مجاور پپینتریت شود مانند طحال، پانکراس، کبد و کولون مستعرض و تشخیص غلط با افت خبیث غیر قابل ریزکشن علاوه بر نتیجه نورمال بیوبسی. وقوعات خباثت از 30-6% زیاد شده، قرحات بزرگ معدوی دارای اختلاطات زیاد و وخیم مانند تشقب و خونریزی بوده، تا هر چه مقدم تر و زودتر عملیات و برداشته شود یعنی برداشتن بستر قرحه با واگوتومی و نگاه کردن آن مانند تیپ 2 و 3 قرحات معدوی بوده، ولی در صورت خطر زیاد و حالت خراب مریض Local exision با واگوتومی پایلورپلاستی اجرا شده و هم چنان ریزکشن آن نتیجه خوب به بار آورده.

Post Gastrectomy Syndrome

اختلاطات بعد از عملیات برای مریض قرحات معدوی:

سرعت مرک و میر برای واگوتومی و پیلوروپلاستی یا واگوتومی با اتترکتومی تقریباً 1% یا کمتر از آن بوده و برای Highly selective vagotomy تقریباً 0.05%.

اختلالات بعد از عملیات شامل خونریزی، انتانات و دیر تخلیه کردن معده، که تقریباً 5% بعد از عملیات واگوتومی، پیلوروپلاستی و یا واگوتومی + انتریکتومی دیده شده که در Highly selective vagotomy کمتر دیده شده و تقریباً 1% واقعات را تشکیل داده. علاوه بر اختلالات مقدم آن، در اثر عملیه جراحی از بین رفتن وظیفه ذخیره معده و از بین رفتن میکانیزم معصره پیلور مربوط به دوباره ترمیم معده و ترانزکشن عصب واگوس است که تمام این تشویشات تحت عنوان Post gastrectomy syndrome جمع شده که در تقریباً 25% از مریضان که عملیات جراحی شده دیده شده ولی در Highly selective vagotomy تقریباً 1% است. Post gastrectomy syndrome که به صورت تالی بعد از ریزکشن معده دیده شده.

:Dumping Syndrome

کامپلکس از اعراض است که بعد از هضم مواد غذایی در اثر بر داشتن یک قسمت از معده و یا خراب شدن میکانیزم پیلور بوجود آمده، این سندروم میتواند مقدم و یا موخر باشد.

1. مقدم Dumping

شکل مقدم Dumping syndrome معمولاً در جریان 30-20 دقیقه هضم مواد غذایی که مترافق با اعراض معدی معایی و وعایی بوده و عبارت از دلبدی، استفراغ، احساس Fullness در ناحیه شرفویه، اروق زدن، درد های کرمپ مانند بطن، اسهالات شدید، تاکی کادری، تپش قلب، عرق زیاد، احساس ضعیفی، گیج، بی قراری، سرخی وجه تشوش رویت. اعراض در وقت غذا خوردن یا کمی بعد از آن بوجود می آید. این اعراض بعد از هر عملیات که بالایی معده اجرا شده باشد، دیده شده، خصوصاً بعد از عملیات پاریتال گاستریکتومی یا Billroth II که در تقریباً 50-60% این مریضان اختلالات مذکور دیده شده، خصوصاً وقتی که 2/3 قسمت معده برداشته شود، و کمتر معمول است به تعقیب بیلروت I گاستریکتومی یا واگوتومی همراه با دریناژ پروسیجر.

به صورت عمومی قبول کرده که سندروم مذکور از سبب عبور سریع مواد غذایی با اوسمولیتهی زیاد از معده به امعایی رقیقه بوده، و این از سبب است که در گاستریکتومی میکانیزم مصره پیلور که مانع عبور مواد از معده به امعایی رقیقه شده. و محتوی معده که داخل قسمت علوی امعاء رقیقه شده به شکل بارجه های خورد داخل محلول ایزوتونیک بوده در نتیجه مایعات خارج الحجروی داخل لومین امعایی رقیقه و شکل ایزوتونوسیتی به خود گرفته، به تعقیب تغییر مایعات خارج الحجروی، باعث توسع لومین امعاء و عکس العمل اوتونومیک به صورت مقدم شده.

اعراض آن همراه با Early dumping سندروم بوده که به صورت تالی باعث آزاد شدن چندین فکتور های هومورال مانند سیروتونین، برادی کینین، نوروتینسین و انتیروگلوکاکگون شده، معمولاً اعراض دمپینگ به صورت مکمل واضح بوده که تشخیص را آسان میسازد ولی اگر مشکوک باشد توسط Gastric emptying scan تشخیص را واضح ساخته. یک Test provocative توسط 200ml از محلول گلوکوز 50% و آب نیز اجرا شده، در صورت موجودیت دمپینگ سندروم مقدم اعراض مرض بعد از هضم محلول گلوکوز ظاهر شده. اکثر مریضان که متحمل جراحی معدوی شده شاکي از اعراض مانند دمپینگ بوده که بعد از چند وقت به صورت خود بخود شفا یافته و به کدام تداوی ضرورت ندارد. ولی اگر اعراض دوامدار باشد رژیم غذایی خاص آنرا تداوی میکند که شامل غذایی

است که شکر به مقدار زیاد نداشته، خوردن غذا به دفعات زیاده ولی مقدار کم که دارای مقدار زیاد پروتئین و شحم است و جدا کردن غذای مایع از جامد.

در گذشته سیرتونین اتاگونیسیت توصیه می‌کرد که دارای فایده قسمی بوده و فعلاً ساندوستاتین که یک long acting somatostatin analogue octreotide acetate است که توصیه کردن آن از بروز اعراض مرض که وازوموتور معدي معايي است جلوگیری می‌کند. توصیه کردن این انالوک ترکیبی باعث نهی عکس العمل هورمونال که مترافق با این سندروم است و به صورت مکمل اسهالات را از بین برده این پیتید نه تنها تخلیه معده را نهی می‌کند، بلکه باعث گرسنگی یا طولانی شدن هضم مواد غذایی در امعاء رقیقه شده. در کمتر از 1% مریضان که با تداوی محافظه کار نتیجه ندهد، مداخله جراحی را ایجاب می‌کند و هدف جراحی اصلاح کردن وظایف ذخیره معده و کاهش سرعت تخلیه معده است و همچنان یک نوع پروسیجر جراحی دیگر نیز استعمال میشود که Early dumping سندروم تداوی کند.

که به این مقصد استعمال ایزوپریستالتیک یا اتی پریستالتیک سگمنت جیجونال به کار برده شده و این پروسیجر به واسطه استعمال یک لوپ جیجونوم به اندازه 10-20cm بین معده و امعاء رقیقه به حالت ایزوپریستالزیس صورت گرفته لوپ مذکور آهسته آهسته متوسع و وظیفه ذخیره را گرفته، در میتود اتی پریستالتیک یک جیجونال سگمنت به طول 10cm استعمال شده و جیجونوم در بالایی میزانتیر خود تدور داده تا که نهایت دیستال آن با معده و نهایت پروکسیمال هم‌رای امعاء رقیقه انستوموز گردد، درین عملیه که حرکات اشتدادی معکوس شده اجازه داده تا لوپ معای به شکل پیلور عمل نموده و سرعت تخلیه کردن معده را به تاخیر اندازد. تکنیک دیگر عبارت از بوجود آوردن Roux en y anastomosis است که باعث تاخیر در تخلیه کردن معده شده، این میتود نسبت به میتود اتی پریستالزیس و ایزوپریستالزیس زیاد استعمال شده.

2. مؤخر dumping:

این سندروم 2-3 ساعت بعد از خوردن غذا ظاهر شده و نسبت به Early dumping کمتر دیده شده و دیفیکت اساسی درین تشوش تخلیه سریع معده است که مربوط به مقدار کاربوهایدریت که بسرعت در قسمت پروکسیمال امعاء رقیقه داخل شده که به سرعت جذب و باعث هایپرگلیسمی و آزاد شدن مقدار زیاد انسولین تا گلوکوز مذکور را در خون کنترل کند. در نتیجه افزایش انسولین هایپوگلیسمی بوجود آمده این حات باعث فعال کردن غده ادرینال و آزاد کردن کتکول امین ها شده. که باعث عرق زیاد، لرزش، گیچی، بی فکری، تکی کادری و معشوش شده. کامپلکس اعراض آن از انسولین یا هایپوگلیسمی شوک فرق می‌کند. درین مریضان باید مقداری غذای کم به دفعات زیاد ولی کم کردن گرفتن کاربوهایدریت.

بعضی مریضان با استعمال پیکتین فایده دیده که به صورت تنهائی و یا مرکب با یک Acarbose، یک A-gluco side Hydrolese inhibitor که باعث به تاخیر انداختن جذب کاربوهایدریت در بین لومین امعاء و سکروز هضم شده اگر تداوی محافظه کار نتیجه نداد، استعمال لوپ اتی پریستالتیک جیجونوم در بین Residual gastric pauch و امعاء که به صورت درست این پرابلم کنترل می‌کند. این قسمت اتی پریستالزیس باعث تاخیر در تخلیه معده و هموار کردن Glucose tolerance curve و تسکین اعراض هایپوگلیسمیک.

تشوشت میتابولیک:

یک تعداد از نتایج میتابولیک بعد از پروسیجر معدوی Partial gastrectomy و واگوتومی بسیار معمول و وخیم بوده، وقوعات آن بعد از گاستریکتومی خصوصاً وقتی که عملیه بیلروت II به بیلروت یک برای ډمپینگ سندروم استعمال شود زیاد است. وخامت این تشوشت مستقیماً مربوط به وسعت ریزکشن معده است. تشوشت میتابولیک که بسیار معمول است عبارت از کم خونی و انیمیا است. دو نوع آن قابل تشخیص است. یکی آن مربوط به کمبود آهن و دیگر آن مربوط به متاثر شدن میتابولیزم ویتامین B12. که شکل اولی آن نسبت به شکل دومی بسیار معمول است.

در اضافه از 30% مریضان که گاستریکتومی شده مبتلا به انیمی کمبود آهن بوده. سبب حقیقی آن مربوط به کاهش در گرقتن آهن و یا تشوش در جذب آن است و در شکل مزمن آن ضایع کردن خون به صورت تالی از مخاط معدوی که هایپریمیک و شکنند بوده، و هم به شکل ابتدایی از کنار های ستوما که معده را با امعا رقیقه ارتباط میدهد، و علاوه کردن آهن در غذای مریض باعث اصلاح تشوشت میتابولیک شده، کم خونی میگالوبلاستیک نیز میتواند به تعقیب گاستریکتومی بوجود می آید. خصوصاً وقتی که اضافه از 50% معده برداشته شود.

کمخونی میگالوبلاستیک در اثر عدم کفایه ویتامین B12 و به صورت نادر به تعقیب گاستریکتومی قسمی مانند انتریکتومی نیز دیده شده، عدم کفایه ویتامین B12 به صورت تالی در اثر کمی جذب شدن در عدم موجودیت افرازات Intrinsic factor در عصاره معدوی به وجود آمده. اگر سویه ویتامین B12 ابنورمال باشد مریض توسط زرق کوبال امین در هر سه یا چهار ماه تداوی شود ولی توصیه کردن از طریق دهن قابل اطمینان نبوده. سبب دیگر کمخونی Macrocytic عدم کفایه فولیک اسید که نادراً به تعقیب گاستریکتومی دیده شده ولی در اثر کمبود آهن و ویتامین B12 بوجود آمده، کمبود Folate توسط مواد غذایی اصلاح شده، دیگر تشوشت معمولی که به تعقیب ریزکشن معده بوجود می آید متاثر شدن جذب شحم است.

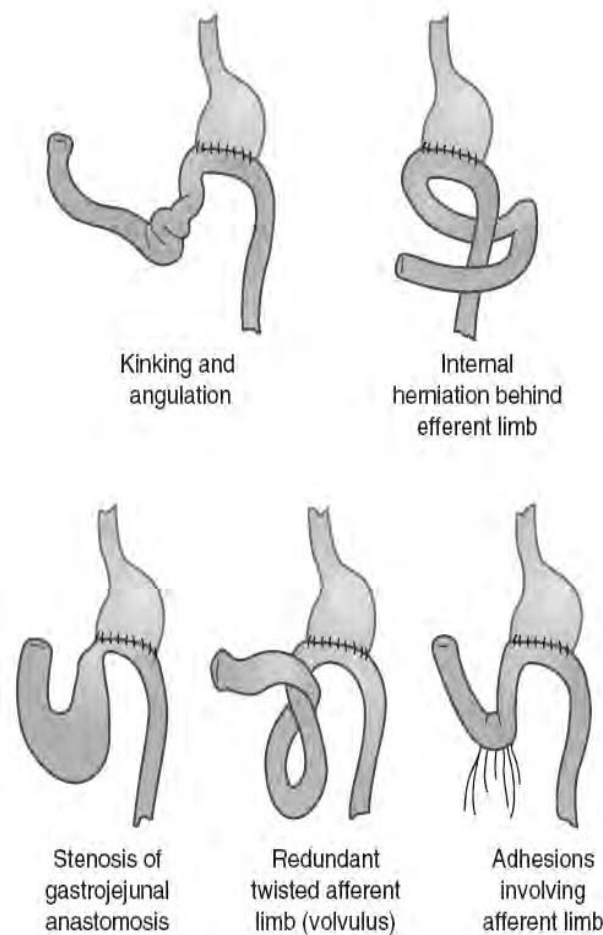
و بعضاً ستیاتوری بعد از گاستریکتومی و بیلروت II که در اثر مخلوط نا درست نمک های صفراوی و لیپازپانکراس با شحم هضم شده بخاطر bypass اثنا عشر به وجود آمده، اگر این تشوش واقع شود، عدم کفایه ویتامین های منحل در شحم نیز واقع شده درین حالت ستیاتوری، توصیه کردن انزایم های پانکراس اکثراً موثر است و باعث کاهش ضایعات شحم شده.

اوستیوپوروزیزو اوستیومالاسیاهمچنان بعد از ریزکشن معده بوجود آمده که باعث کمبود کلسیم شده اگر سوهاضمه شحم موجود باشد سوهاضمه کلسیوم شدید و اسید هی شحمی با کلسیم یکجا شده. وقوعات این شکل همچنان ازدیاد یافته با وسعت عملیه ریزکشن معده، که مترافق با بیلروت II گاستریکتومی بوده. انکشاف امراض استخوان به صورت عموم تقریباً 4-5 سال بعد از جراحی بوجود آمده تداوی با توصیه کردن کلسیم 1-2g روزانه و ترکیب آن با ویتامین D به اندازه روزانه 500-5000 واحد.

Post gastrectomy syndrome که مربوط به دوباره ترمیم معده است:

یک تعداد از تشوشت میتواند بعد از ریزکشن معده بوجود آید، خصوصاً مریضان که عملیه بیلروت II متحمل شده و همچنان عروه موصله و Retained antrum syndrome در این نوع مریضان دیده میشود.

سندروم عروه مؤصله:



این سندروم از سبب انسداد قسمی عروه مؤصله بوجود می آید که نمیتواند محتوی خود را تخلیه کند، در اثر اسباب مختلف بوجود می آید. و همچنان میتواند به صورت ثانوی در اثر کینگ شدن و زاویه دار شدن عروه مؤصله، فتق داخلی در خلف عروه مؤصله، تضییق ناحیه انستوموزیس Gasrto jejunal، در نتیجه تدور قسمت زیاد و طول عروه مؤصله و یا در اثر التصاق آفیرینت لیمب ماوف بوجود می آید.

این سندروم معمولاً وقت بوجود می آید که عروه مؤصله طول اضافه از 30-40cm و انستوموز همراهی قسمت باقی مانده در قسمت ante colic شده باشد. همچنان میتواند سندروم حاد عروه مؤصله نیز واقع شود، ولی معمولاً به شکل مزمن بوجود آمده، به تعقیب انسداد عروه مؤصله درینجا تجمع افرازات پانکراتیک و هیپاتوبیلیری بوجود آمده در نتیجه باعث توسع آن شده

افرازات پانکراتیک و کبدي صفراوي باعث هضم مواد غذایی در قسمت باقی مانده معده و عبور آن به عروه مرسله شده، در نتیجه تجمع افرازات و توسع ناراحتی در ناحیه شرفوفیه و کرمپینگ بوجود آمده، در ناحیه که انسداد قسمی موجود است، ازدیاد فشار داخل لومین باعث تخلیه محتوی آن در معده شده، در نتیجه استفراغ صفراوی به صورت فورانی ولی به صورت آنی اعراض آن تسکین شده و در استفراغ مواد غذایی موجود نبوده در حالیکه غذایی هضم همیشه داخل عروه مرسله شده و در صورت موجودیت انسداد تام نکروز و تشقب لوپ میتواند واقع شود. به خاطر که انسداد Closed loop بوده به خاطر که در عملیه بیلروت II گاستریک تومی قسمت پروکسیمال اثنا عشر همیشه بسته بوده.

درین حالت حالت مریض که یک درد در ناحیه RUQ بیان میکند. و انتشار آن در فاصله بین دو کتف بوده، و مانند دیگر انسداد های معایی مکمل ضرورت به توجه عاجل و خاص داشته، در بسیاری مریضان سندروم عروه مؤصله، انسداد تنها قسمی بوده که کدام تداوی خاص ضرورت نداشته، ولی اگر انسداد به صورت طولانی موجود باشد میتواند توسط Blind loop syndrome شدت اختیار کند. درین موقعیت نشو نمای باکتری واقع شده و پاکتری همراهی ویتامین B12 یکجا و اسید های صفراوی غیرمزدوج شده که باعث کمبود ویتامین B12 و انکشاف میگالوبلاستیک انیمیا شده.

شکل حاد انسداد عروه مؤصله نادر است که میتواند در مدت چند روز اول عملیات یا چند سال بعد از گاستریکتومی بلیروت II دیده شود و هر دو حالت در نتیجه بلاک عروه مؤصله بوجود آمده مثلاً در اثر تدور و

تفتق نوع closed loop بوجود آمده و ضرورت به مداخله عملیات فوری دارد. یک کتله قابل جس بطني در 1/3 مریضان موجود بوده که مترافق با درد و حساسیت وخیم بوده که دلالت به مداخله عاجل جراحی کرده. تشخیص تفریقی بین شکل حاد Afferent obstruction و شکل مزمن Afferent loop obstruction بسیار مشکل است ولی توسط اعراض میتوانیم تشخیص را تأیید کنیم بعضی اوقات این کار مشکل است و توسط اکسری میتوانیم لوپ متوسع مؤصله را دیده و کمک کند. همچنان با اندوسکوپی میتوانیم تشخیص را واضح کنیم.

برای هر دو شکل سندروم عروه مؤصله چه حاد و یا مزمن باشد، عملیات استتباب دارد به خاطر که یک مشکل میخانیکي است نه وظیفوي. در صورت که عروه مؤصله طویل باشد تداوی آن از بین بردن این لوپ است. بعضاً تبدیل کردن پروسیجر بیلروت II به بیلروت I توصیه شده، بعضی اوقات توصیه Entero enterostomy در تحت ستوما یا Roux - eny انستوموزیز توصیه شده، بنا برین در صورت که Roux - eny انستوموزیز اجرا شد به خاطر جلوگیری از Marginal ulcer واگتومی نیز اجرا شده.

انسداد عروه مرسله:

بندش Efferent limb معمولاً نادر است. معمولاً سبب آن تفتق عروه در خلف ناحیه انستوموزیز از راست به طرف چپ، و این حالت میتواند در آنتی کولیک و ریترو کولیک گاسترو جیجیونوستومی دیده شود. میلانی زیاد تفتق از سمت راست به چپ شاید یک دلیل واضح باشد برای اینکه گاسترو جیجیونوستومی در طرف چپ کتله امعایی رقیقه قرار داشته و به صورت میخانیکي بسیار آسان است تا تفتق تشکل کند از راست به چپ. که این نوع تفتق باعث بندش عروه مرسله که در نتیجه باعث فشار بالای میزاتر عروه مرسله و مختل شدن اوعیه دموي و بندش عروه مؤصله شده، انسداد عروه مرسله میتواند هر وقت بعد از جراحی واقع شود، اضافه از 50% مریضان در ماه اول بعد از عملیات مسدود شده شده، ثابت کردن تشخیص مشکل است.

همچنان اعراض ابتدایی شامل درد بطن در ناحیه LUQ به شکل کولیکي، استفراغ صفراوی و توسع بطني بوده، تشخیص معمولاً توسط مواد کثیفه با ریوم معده که داخل عروه مرسله نمیتواند عبور کند. مداخله جراحی همیشه ضرور است و شامل ارجاع کردن فتنق خلف انستوموز و بسته کردن ساحه خلف انستوموز میباشد تا از نکس آن جلوگیری کند.

التهاب معدوي الکالین ریفلو کس:

په تعقیب گاستریکتومی ریفلو کس صفرا بسیار معمول است، در یک تعداد فیصدي کم مریضان این ریفلو کس مترافق با درد شدید بطن در ناحیه شرفیه، استفراغات صفراوی و ضیاع وزن بوده و این درد معمولاً با غذا و آنتی اسید آرام نشده، استفراغ در هر وقت شب یا روز بوده و مریض را از خواب بیدار میکند. تشخیص مرض با گرفتن تاریخچه درست وضع شده. HIDA scan معمولاً تشخیصی است و واضح مسیازد افراغات صفراوی داخل معده و در واقعات وخیم داخل مری شده، اندوسکوپی قسمت علوی با گرفتن چندین بیوپسی از قسمت ستوما نیز به کار برده شده. و مایعات معدوی برای غلظت اسید های صفراوی نیز آنالیز شده. در اندوسکوپی طبقه مخاطی اکثراً شکنند سرخ روشن و قرحات سطحی در میکروسکوپ موجود بوده، کمخونی آهن و ضیاع وزن هم جنان معمول است. اکثراً مریضان که بیلروت II گاستریکتومی شده از الکالین ریفلو کس گاستریت شکایت میکند.

اعراض میتواند بعد از عملیات هر وقت واقع شود. همچنان ریفلوکس صفراوی بعد از حوادث تحریک کننده بمیان آمده که تا حال رول صفرا وپتوزنی آن درینجا معلوم نیست. به طور مثال بسیاری مریضان ریفلوکس صفرا داخل معده به تعقیب گاستریکتومی داشته بدون کدام اعراض. درینجا کدام ارتباط واضح بین حجم صفرا یا ترکیب آن و انکشاف تالی الکلین ریفلوکس گاستریت موجود نیست.

وقتیکه تشخیص صورت گرفت تداوی شروع تا اعراض آرام شود. بدبختانه بسیاری از تداوی طبی که استعمال شده کدام نتیجه به خاطر رفع الکلین ریفلوکس گاستریت بدست نه آمده، درین گونه مریضان که تداوی میدیکل نتیجه نداد، جراحی توصیه شده، که عملیه بیروت II به Roex - eny gastro jejunostomy که Roux - limb ان. طول 41-46cm داشته.

Retained antrum Syndrome

به خاطر که مخاط اتروم میتواند به اندازه 0.5cm به طرف عضلات پیلوریک و سعت پیدا کند سندروم احتباسی اتروم معدوی میتواند بعد از گاستریکتومی قسمی طوریکه ریزکشن در خلف معصره پیلور اجرا شود. انستوموزیز بیروت II میتواند منتج به انکشاف سندروم احتباسی اتروم معدوی شده به شرط که بقایای اتروم در ستمپ اثنا عشر قرار داشته باشد. در این حالت اتروم احتباسی به صورت دوامدار توسط PH القلی از افرازا اثنا عشر. پانکراس و افرازا صفراوی شسته شود، طوریکه باعث تنبه و آزاد شدن مقدار زیاد گاسترین و ازدیاد افرازا اسیدی شده، و این حالت Ulcerogenic در تقریباً 9% واقعات مسئول نکس قرحات په تعقیب عملیات جراحی که بخاطر پیتیک السر شده می باشد. و مترافق با وقوعات اضافه از 80% نکس قرحات بوده که بعد از گرفتن بیوپسی مخاط اثنا عشر و ریزکشن قسمت پروکسیمال اثنا عشر در میتود بیروت II تأیید شده.

برای تشخیص اتروم احتباسی، Technetium scan کمک کرده و وقت که انروم احتباسی تشخیص شد توصیه H2 Receptor antagonist و یا Proton pump inhibitor میتواند فرط افراز اسید را کنترل کند اگر این تداوی نتیجه نداد تبدیل کردن بیروت II به بیروت I انستوموز یا برداشتن نسج اتروم احتباسی و ستمپ اثنا عشر استطباب دارد.

Post Vagotomy Syndrome

: اسهالات

تقریباً 30% مریضان که عملیه جراحی معدوی شده از اسهالات شاکی بوده، در اکثر مریضان اسهالات وخیم نبوده و معمولاً 3-4 ماه بعد از بین رفته، برای بعضی مریضان اسهالات یک قسمت از ډمپینگ سندروم بوده که قبلاً تشریح شده، هرچندیکه واگوتومی همیشه مترافق با تغییرات در تعداد تغوط بوده، چنانچه در 30-70% مریضان که ترانکل واگوتومی شده باشد ازدیاد در حرکات معایی دیده شده و بعضی اوقات اسهالات دو یا سه مرتبه در هفته یا یک دو مرتبه در ماه دیده شده ولی بعضاً فورانی شکل دارد.

بسیاری مریضان که بعد او واگوتومی اسهالات و اعراض مربوط پیدا کرده در وقت زیاد رفع شده، ولی اگر اعراض رفع نشد کولیسستیرامین توصیه میشود که باعث تغییرات ایونیک و جذب نمک های صفراوی و کاهش اسهالات شده. توصیه کولیسستیرامین در مت 1-4 هفته علایم خود را نشان داده، دوز ابتدایی 4g کولیسستیرامین همراه غذا روز سه مرتبه توصیه شده، و دوز تعقیبیه آن یک یا دو مرتبه روزانه بوده که باعث کاهش حرکات معایی شده و نادراً تداوی جراحی برای اینگونه اسهالات توصیه شده. یعنی یک سال بعد از عملیه جراحی معدوی اگر اسهالات

با کولسیتیرامین نتیجه نداد، جراحی استتباب دارد. درین عملیه جراحی داخل کردن یک سگمنت 10cm جیجونوم به شکل معکوس به اندازه 70-100cm لیگامینت treitz صورت گرفته و اسهالات را کم کرده.

اتونی معده:

به تعقیب واگوتومی تخلیه معده به تعویق اکتیده و یک حقیقت است برای ترانکل واگوتومی و Selective واگوتومی، ولی در واقع Highly selective واگوتومی یا پاریتال واگوتومی دیده نشده. در میضان که Selective یا ترانکل واگوتومی شده وظایف پمپ کردن اتروم از بین رفته و نمیتواند معده مواد جامد را پمپ و تخلیه کند. ولی تخلیه مایعات سرعت یافته به خاطر از بین رفتن Receptive relaxation در قسمت پروکسیمال معده که تخلیته مایعات را تنظیم میکنند.

همچنان اکثر میضان که پروسیجر واگوتومی و دریناژ را جهت تخلیه معده متحمل شده یک رکودت دوامدار معدوی پیدا کرده که باعث احتباس مواد غذایی داخل معده و برای چندین ساعت باعث احساس پر خوری و درد بطن شده. تشخیص گاستروپاریزیس به واسطه Scintigraphic که با تخلیه کردن معده همراه بود صورت گرفته و در تخلیه معده کمک کرده همچنان دیگر اسباب به تاخیر افتیدن تخلیه معده مانند دیابیت، تشوش الکتروولایت، تسمم ادویه و تشوشات عصبی عضلی نیز شامل است. علاوه بر آن اسباب میخانیکي بندش اوتلیت معدوی مانند التصاقات بعد از عملیات انسداد عروه مرسله، فتق داخلی نیز رول دارد.

معاینات اندوسکوپیک معده نیز ضرور است تا کدام بندش انستوموتیک را رد کند. و این میضان که بندش اوتلیت معدوی وظیفوی و کاستروپریزی دارد، فارمکو تراپی معمولاً به کار برده شده که به این منظور از ادویه Prokinetic مانند میتوکلوفراماید و اریترومایسین استفاده شده. میتوکلوفراماید مانند دوپامین اتاگونیست که باعث آزاد شدن نورون های کولیزجیک معایی شده تاثیر میکند. بر خلاف اریترومایسین باعث سرعت تخلیه معده به واسطه ارتباط آن با Motilin receptors حجات عضلات ملسا طرق معدوی معایی شده که به طور Agonist motilin عمل کرده، یکی ازین دو عامل معمولاً باعث از دیاد تون معدوی و اصلاح تخلیه معده شده.

قطع کردن نا مکمل واگوس:

بعد از اجرای واگوتومی این مهم است که قسمت افزای معده بدون عصب شود ولی اگر به صورت صحیح اجرا نشود یک فکتور مساعد کننده برای تشکل قرحات نکس کننده است. در High selective vagotomy ، واگوتومی نا مکمل نادراً یک مشکل است، به خاطر که درین عملیه تسخلیخ بسیار دقیق ضرور است. بر خلاف ترانکل واگوتومی مترافق با ترانسکشن نا مکمل بوده. به خاطریکه اندازه و موقعیت اناتومیک این ترانکس مختلف بوده و همچنان عصب واگوس راست نسبت به چپ در اثنای واگوتومی نا مکمل ترانسکشن شده، بر خلاف عصب واگوس چپ معمولاً در قدام سطحی مری موقعیت داشته در حالیکه عصب واگوس راست اکثراً در انساج محیط مری پنهان بوده و از نظر هستولوژی ترانسکشن عصب واگوس وقوعات واگوتومی نامکمل کاهش داده.

ستریس گاستریت:

ستریس گاستریک بالاخره به قرحات ستریس ، Stress erosive gastritis و هیموراژیک کاستریک تبدیل شده که باعث خونریزی شدید معدوی و تهدید حیات مریض شده و از نظر تعریف در اثر تروما فزیکي، شوک، سپسس، هموراژ، عدم کفایه تنفس و سوختگی وخیم بوجود آمده، متصف با چندین عدد ایروسین سطحی که از قسمت پروکسیمال یا افزاز اسیدی معده شروع و به طرف دیستال پیشرفت کرده. اینها میتواند در امراض سیستم عصبی

مرکزی واقع شود مانند Cushing ulcer و یا سوختگی که اضافه از 30% سطح وجود را مصاب ساخته باعث Curling ulcer شده.

آفت سترس کاستریت نظر به وقت تغییرات وصفی نشان داده و میتواند چند دانه بی، سطحی، در یک ناحیه احمراری با خونریزی موضعی یا علقات التصاقی موجود بوده، در صورت که آفت یا ایروژن طبقه تحت المخاط را که حاوی اوعیه های دموی است اشغال کند باعث خونریزی روشن میشود.

در مایکروسکوپ آفت به شکل خونریزی مخاطی Wedge shaped با لخته نکروزی شده حجات مخاطی سطحی نمایان شده و همیشه در غور معدوی دیده شده ولی نادراً در قسمت دیستال معده دیده شده، شکل حاد ستریس گاستریت میتواند به شکل موخر که در آن عکس العمل انساج اورکنایز در اطراف علقه یا اکزودات التهابی دیده شده، و این تصویر در تحت مایکروسکوپ در ظرف (72-25) ساعت دیده شده. آفت موخر به شکل ظاهر شده که مخاط ترمیمی توسط قرحه معدوی شفا شده محدود شده و هر دو تایپ آفت توسط اندوسکوپی دیده میشود.

فزیوپتالوژی :

همچنان میکانیزم واضح که مسئول پیشرفت ستریس گاستریت شده، شواهد جدید نشان داده که دارای اسباب مختلف بوده و برای بوجود آوردن این سترس کاستریت موجودیت اسید ضروری است. دیگر فکتور های مساعد کننده برای بوجود آمدن این آفت متاثر شدن میکانیزم دفاعی طبقه مخاطی در مقابل اسید و در نتیجه کاهش جریان خون در ساحه شده. کاهش در مخاط، کاهش در افرازات بیکاربونات به واسطه حجات مخاطی و کاهش در پروستا گلاندین اندوژن. تمام این فکتور ها معده را زیاد حساس ساخته که معده به مقابل اسید متاثر و در نتیجه گاستریت هیموراژیک یا سترس که باعث سپسس، هایپوکسی و عدم کفایه عضو میشود،

وقتی که سترس موجود باشد اسکیمیا میوکوزا فکر میشود که فکتور عمده برای از بین بردن این میکانیزم مدافعوی نورمال است که بالاخره درین ناحیه اسید لومینال باعث تخریب در طبقه مخاطی شده در اینجا شواهد کم موجود است که افراز زیاد اسید معدوی در این نواحی واقع شده. چنانچه خنثی کردن اسید لومینال یا تداوی ضد افرازی باعث مانع انکشاف سترس شده. کثرت وقوعات خونریزی تهدید کننده در سترس کاستریت به خاطر منجمنت درست آن کم شده.

مطالعات که اجرا شده نشان داده که تعداد این مریضان محدود شده و به واسطه کنترل فکتور های رسکی یا مساعد کننده که شامل Adult respiratory syndrome، مولتیبل تروما و سوختگی اضافه از 35% سطحی وجود را ماوف کرده. عدم کفایه کلیوی، اوایگیوری، ضرورت به ترانسفوزیون زیاد تشوش و ظایف کبدی، هایپتوتانسیون، عملیه جراحی طویل و سپسس است و باید ارتباط مستقیم بین خونریزی حاد قسمت علوی معدی معای هیموراژ و خامت امراض دیگر طرق معدی معایی اجرا شود. بسیاری مطالعات احتمال وقوعات حقیقی ستریس گاستریت بدون اندوسکوری کم نشان داده، به خاطریکه ایروژن گاستریک در تمام مریضان موجود بوده و بزرگترین فکتور مساعد کننده عبارت از سپسس و سوختگی وسیع است که باعث انکشاف و پیشرفت سترس کاستریت شده. یکی از مطالعات نشان داده که در مریضان سوختگی وخیم گاستریک ایروژن در 93% این مریضان با اندوسکوپی دیده شود، ولی واقعات خونریزی حاد طرق معدوی معایی علوی وخیم در حدود 25-50% بوده.

تشخیص:

اضافه از 50% در مدت 1-2 روز بعد یک حادثه ترضیض سترس کاستریت بوجود آمده میتواند. یگانه علامه سریری آن خونریزی طرق معدی معایی علوی بدون درد بوده، خونریزی آهسته و متقاطع بوده و میتوانیم تنها به شکل خطوط خون در تیوب انفی معدوی مشاهده کرد و یک کاهش غیر واضح در هیموگلوبین دیده شده و یا میتواند به شکل خونریزی فراوان طرق معدی معایی علوی که مترافق با هایپوتانسیون و هیماتیمیزس بوده دیده شود، در مواد غایطه Test gaiac مثبت، و همچنان میلانا و Hematochezia نادر است. اندوسکوپی به خاطر تأیید تشخیص و تفریق آن از دیگر منابع خونریزی طرق معدی معایی به کار برده شده و معمولاً منشه خونریزی در 90% از حادثات دیگر بصورت درست تشخیص شده.

تداوی:

هر مریض که خونریزی طرق معدی معایی علوی داشته باشد ضررت به احیا کردن دوباره مایعات و اصلاح کردن کواکولیشن و صفیحات دمویه غیر نورمال دارد. و اگر خون ضرور باشد بدون معطلی توصیه شده، اگر ابنورمالتی Clotting یا کمبود صفیحات دمویه موجود باشد Fresh frozen plasma و صفحات دمویه توصیه شده اگر مریض حالت سپسس داشته باشد انتی بیوتیک وسیع الساحه توصیه شده، لواژ معده با سالیین از طریق تیوب معدی معایی تا خون معدوی برداشته که از توسع معدوی و از آزاد شدن گاسترین معدوی جلوگیری کند. تیوب انفی معدوی باعث دی کومپریشن و بر داشتن مواد مضر و خراب مانند صفرا و عصاه پانکراس شده و تقریباً اضافه از 80% مریضان که دارای خونریزی طرق معدی معایی علوی است توقف کرده یعنی در صورت که اسپریشن تیوب انفی معدوی صاف شده خونریزی توقف کرده، PH داخل معده باید توسط مواد ضد افزازی اضافه از 5 محافظه شود که این مواد عبارت از پروتون پمپ Inhibitor یا H2-receptor انتاگونیست با یا بدون انتی اسید تراپی است. شواهد موجود است که اندوسکوپی با الکتروکوتری یا Heater probe در خونریزی سترس کاستریت فایده زیاد دارد.

هر چرندیکه بعضی مطالعات نشان داده که خونریزی حاد میتوانیم با انفورژن وازوپریسن داخل Left gastric Art به دوران Splanchnic کنترل کنیم. وازوپریسن به شکل انفورژن از طریق کتیتر به سرعت 0.2-0.4 Iu/min برای 48-72 ساعت تطبیق شده. اگر مریض تکلیف قلبی و کبدی داشته باشد وازوپریسن توصیه نشده وازوپریسن هم چنان ضایع شدن خون کم کرده ولی نشان داده نشده که باعث اصلاح حیاتیات مریض شود.

دیگر تکنیک های انجورافی که په کاربرده میشود باعث امبولی شریان معدوی چپ شده، در صورت که خونریزی دوامدار و اضافه از 6 یونیت یا 3000ml ضرورت باشد، استطباب عملیات موجود است، به خاطر که اکثراً آفت در قسمت پروکسیمال معده و غور معده بوده و یک گاسترومی طولانی قدامی باید اجرا شود. لومین معده از خون پاک شده و مخاط معده برای نقاط خونریزی تفتیش شود. ساحه خونریزی به واسطه خیاطه بشکل هشت دوخته شده، و دیگر تمام ایروژن ها که خونریزی فعال ندارد و در قاعده آن اوعیه دموی دیده نمیشود ضرورت به لیگاتور ندارد، عملیات به واسطه بسته کردن گاستروتومی قدامی، ترانکل واگوتومی و پیلور پلاستی که باعث کاهش افزازات اسید شده خاتمه یافته. وقوعات دو باره خونریزی 5% است. بر خلاف دیگر جراحان گاستریکتومی قسمی و یکجا با واگوتمی ترجیح داده شده، نادراً در صورت خونریزی شدید و کشنده Total gastrectomy استطباب دارد.

وقایه :

به خاطر وفیات زیاد مریضان با کاستریت حاد سترس که باعث خونریزی معدی معایی طرق علوی شده، مریضان که خطر بلند دارد به صورت وقایوی تداوی شده، زیرا اسیکمی مخاطی باعث کاهش میکانیزم مدافعوی مخاط شده که نمیتواند در مقابل تخریسات لومینل و دیگر افات محافظه کند. و باید کوشش شود تا عدم کفایه پرفیوژن در وقت شوک اصلاح شود. سپسس توسط انتی بیوتیک و هم منشا ان کنترول شود

سبورت کردن تهویه، اصلاح کردن اسید بیس بلانس و الکترولیت ها، و تغذیه مریضان از طریق وریدی توصیه شده. جندين نوع تداوي طبي بخاطر خنثي کردن افزازات اسیدی مورد استفاده قرار گرفته. مریضان ICU که خطر ستریس گاستریت داشته با عدم کفایه تنفس و خطر کواگولوپتی مواجه بوده، انتی اسید به صورت وقایوی در مریضان سترس کاستریت توصیه و دارای 96% موثریت مثبت بوده. که 6-30ml/hr از طرق تیوب انفی معدوی توصیه شده تا PH داخل معده در حدود اضافه از 3.5 محافظه کند. در صورت PH بتوانیم اضافه از 5.0 محافظه کنیم. در 99.9% واقعات اسید خنثی و پیسن غیر فعال میسازد.

مطالعات که در بالایی 2133 مریض صورت گرفته از جمله 3.7% مریضان که انتی اسید گرفته شواهد Blood loss versus موجود بوده، 17.4% Cimetidine به خاطر وقایه بر ضد سترس کاستریت و 27.3% به خاطر Placebo گرفته ولی کدام برتری قابل ملاحظه H2 blocker بالایی انتی اسید موجود نبوده، در حقیقت بسیاری مطالعات نشان داده که PH معدوی را اضافه تر از 5 با انتی اسید نگاه کنیم. نسبت به دوز متقاطع و ستاندرد H2 ریسپتور اتاگونیسست. در حالیکه مطالعات جدید نشان داده که توصیه انفیوژن دوامدان H2 ریسپتور اتاگونیسست باعث نگاه کردن PH معدوی نسبت به ستاندرد انفوژن متقاطع شده.

اتاگونیسست H2 ریسپتور تقریباً 97% تاثیر وقایوی خوب در سترس کاستریت دارد. Sucralfate نیز تاثیر خوب وقایوی برای سترس گاستریت مانند انتی اسید و H2 receptor اتاگونیسست دارد که اندازه موثریت آن تقریباً 90-97% است. Sucralfat به اندازه 1g هر شش ساعت بعد استعمال شده این ادویه علاوه بر اینکه PH معده نورمال نگاه کرده از نشو نمای باکتری های نیز جلو گیری میکند. این تاثیر خوب اخر بسیار موثر است به خاطر که مطالعات جدید نشان داده که برای الکلی کردن معده زمینه مساعد برای نشو نمای باکتری ها را ساخته و در نتیجه Nosocomial pneumonia تالی بوجود آمده، اکزوجن پروستاگلاندین به حیث عامل وقایوی ستریس گاستریت مورد استفاده قرار گرفته ولی تاثیر شان نسبت به دیگر عوامل بسیار کمتر است.

تومور های معده:

تومور های سلیم معده:

پولیپ های معدوی :

پولیپ های معده به صورت تصادفی د اندوسکویی دریافت شده که تقریباً در 2-3% گاستروسکویی دیده شده.

Fundic gland polyps:

تقریباً 47% تمام پولیپ های معدی را ساخته که هیچ خباثت دیده نشده. اینها به شکل چندین عدد که دارای 2-3mm (Sessile) در بین جسم وغور معده موجود بوده و اکثراً در مخاط سالم معده دیده شده. اکثر واقعات به شکل سپورادیک ولی در 53% مریضان به شکل سندروم پولیپهای فامیلی یاسندروم گاردنر دیده شده و پولیپ

های مذکور غیر نیوپلاستیک بوده ولی در مطالعات سابقه نشان داده شده که نیوپلازم کولوریکتل در اضافه از 60% مریضان با پولیپ های غور معدوی یکجا بوده، هایپرپلاستیک پولیپ معمولترین پولیپ ها است که 28-75% تمام پولیپ های معده را ساخته.

این پولیپ ها کمتر از (1.5cm) بوده و در گاستریت اتریوپیک مزمن دیده شده که سبب این گاستریت به صورت تالی از سبب انتان H-pylori بوده که تداوی آن باعث کاهش پولیپ شده و همچنان غیر نیوپلاستیک است. ولی تغییرات دیسپلاستیک میتواند در پولیپ دیده شود. در 2% واقعات ادینوکارسینوما در هایپرپلاستیک پولیپ دیده شده، که استتباب ایدوسکوپیک پولیپیکتومی برای معاینات هستولوژی موجود است. در پولیپ های ادینوماتوز خطر خباثت موجود است و این ها اکثراً Solitary، Sessile، و Eroded بوده.

اکتویک پانکراس:

ادینوما مذکور میتواند تیوبولر، Tubulo villous یا Villous مانند بوده ادینوکارسینوما معدوی میتواند در 21% واقعات دریافت شود که دارای خطر زیاد، سایز بزرگ و Villous هستولوژی بوده، و پولیپ کلان تر با اضافه از قطر اضافه از 4cm میتواند جای خوب برای کارسینوما در 40% واقعات باشد. اندوسکوپیک پولیپیکتومی تداوی خوب است، به شرط که تمام پولیپ کاملاً کشیده و کدام آثار تهجم کانسر موجود نباشد. در صورت که قاعده پولیپ بزرگتر از 2cm و Sessile باشد توسط عملیه جراحی برداشته شده.

نسج اکتویک پانکراس در اثنای نشو نما جنینی وقت که فیورن قسمت دورسال و وینترال Pancreatic buds صورت میگیرد بوجود آمده. نسج اکتویک پانکراس در دیوار امعا غرس شده که بالاخره به طرف موقعیت آخری رسیده در اتوپسی 1-2% واقعات نسج اکتویک پانکراس دیده شده و 70% واقعات آن در معده، اثنا عشر و چیجونوم دیده شده، اکثر مریضان که نسج اکتویک پانکراس دارد بدون اعراض بوده ولی در بعضی مریضان اعراض مشابه به پیتیکالسر موجود بوده، که معمولترین آنها درد بطن 45%، ناراحتی ناحیه اپی گاستریک 2%، دلبدی استفراق 10% و خونریزی 8% بوده، و با اندوسکوپیک یک کتله در قسمت علوی معدی معایی موجود بوده و تشخیص نسجی آن در صورت که آفت موقعیت تحت المخاط داشته باشد مشکل است. اندوسکوپیک التراسونوگرافی برای بیوپسی بسیار مفید است. در صورت که موجودیت اکتویک پانکراس در معده مترافق با اعراض باشد توسط قطع کردن جراحی تداوی شده.

تومور های خبیث معده:

ادینوکارسینوما:

اپیدیمولوژی:

کارسینوما معده معمولترین کانسر در دنیا تا 1980 بوده ولی حال وقوعات کانسر ریه برتری پیدا کرده. در ایالات متحده امریکا کانسر معده دهمین کانسر معمولی است، ولی وقوعات آن در 70 سال اخر کم شده رفته، و کانسر معده در مرتبه زیادتر نزد مرد ها دیده شده نسبت به زن ها. واقعات در اشخاص مسن زیاد بوده، در بوجود آوردن مرض مذکور آفت ارثی زیاد رول داشته ولی الکھول و سگرت کشیدن هم رول دارد.

Risk Factors

مطالعات زیاد ابیدیمولوجیک نشان داده که رول مواد غذایی در کانسر معده که دارای مقدار کم پروتین حیوانی و شحم است، کاربوهایدریت زیات، مقدار زیاد گوشت نمکی، ماهی و همچنان مقدار زیاد نایتريت با H-pylori در آب نوشیدنی یک ریسک زیاد برای کانسر معدوی بوده، و ناستريت زیاد تر در غذای خشک، سوخته و نمکی به واسطه باکتری ها په نایتريت کار سینوجینیک تبدیل شده بر خلاف استعمال ترکاری خام، میوه جات لیمویی و غذای با High fiber برای کانسر معده ریسک کم داشته. به خاطر که اسکوربیک اسید و B caroten در میوه جات و تراکاری یافت شده و دارای تاثیر اتی اکسیدانت بوده، و همچنان اسکوربیک اسید باعث جلو گیری از تبدیل شدن نایتريت به نایتريت بوده. دیگر فکتور های که باعث بلند بردن ریسک کانسر معدوی شده شامل حالت اجتماعی پائین، سگرت کشیدن، جنس مذکر، انتانات H-pylori. در سال 1922 مریضان که از سبب آفات سلیم معدوی عملیات شده، گاستریک کانسر به صورت ثانوی دیده شده، مریضانیکه کم خونی خبیث دارد ریسک کانسر معدوی در آنها زیاد است به خاطر که کمخونی یک گاستريت اوتوایمون مخاط Oxyntic ازدیاد ریسک کانسر معدوی شده و همچنان خطر التهاب مزمن معده نیز موجود بوده.

بکس (2-45) فکتورها همراه با ازدیاد خطر نشونما: کانسر معده

مصرف کمی شحم و پروتین

گوشت نمکی یا ماهی

مصرف نایتريت زیاد

مصرف زیاد کومپلیکس کاربوهایدریت

محیط

تحیه غذا ناتوان (سگرت کشیدن، نمکی)

بیدون یخچال

آب نوشیدنی کم (آب صحیح)

سگرت کشیدن

اجتماع

در صنف پایین اجتماع

طبی

قبلاً جراحی معده شده

انتان هیلیکوباکتیر پیلوری

گاستريت و گاستریک اتروپی

پولیپ های ادینوماتوز

مذکر، انتانات H-pylori. در سال 1922 مریضان که از سبب آفات سلیم معدوی عملیات شده، گاستریک کانسر به صورت ثانوی دیده شده، مریضانیکه کم خونی خبیث دارد ریسک کانسر معدوی در آنها زیاد است به خاطر که کمخونی یک گاستريت اوتوایمون مخاط Oxyntic ازدیاد ریسک کانسر معدوی شده و همچنان خطر التهاب مزمن معده نیز موجود بوده.

Achlohydria از سبب انیمیا خبیث نیز بوجود آمده، زیرا عکس العمل اتو ایمیون باعث تخریب حجات پاریتال و اسای شده موجودیت پولیپ های معدوی باعث ازدیاد ریسک کانسر معدوی شده خصوصاً هایپرپلاستیک پولیپ و ادینوماتوز پولیپ و در کانسر معدوی فکتور های ارثی نیز رول دارد.

پتالوزی:

95% تمام تومور های خبیث معدوی ادینوکارسینوما بوده، و دیگر اشکال هستولوژیک عبارت از Squamous cell carcinoma، Adenocanthoma، کارسینوئید تومور، معدي معاي و لمفوما بوده، چندین طبقه بندی

پتالوزیک کانسر معدوی پیشنهاد شده. Borrmann classification system در سال 1926 بوجود آمده که کارسینوما معدوی په 5 طیف تقسیم کرده:

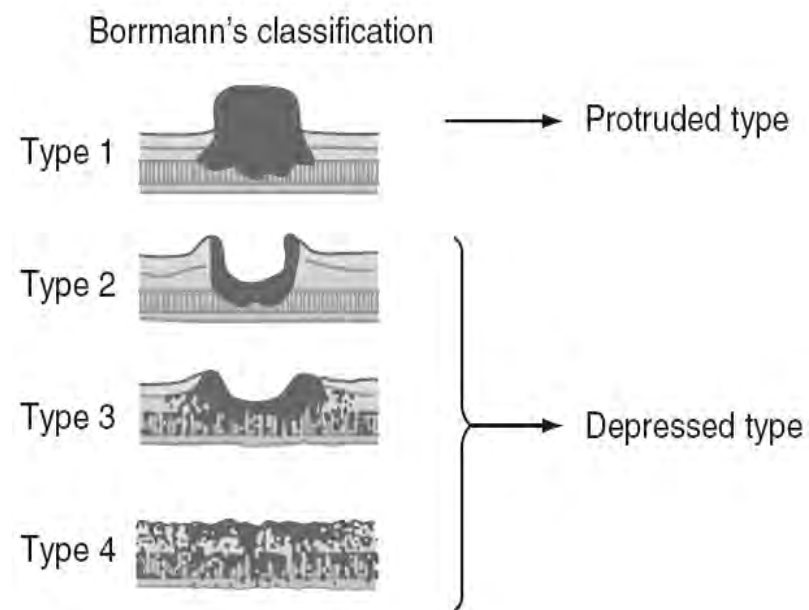
Type I: آفت به شکل Polypoid یا Fungating بوده.

Type II: آفت قرحوی که توسط یک بوردر بلند محدود شده.

Type III: آفت قرحوی و منتشر داخل دیوار معده.

Type IV: آفت به صورت منتشر موجود بوده.

Type V: آفت در حالت قرار دارد که در هیچ نوع کتگوری نه آمده.



شکل (16-45)

جدول (2-52)	طبقه بندی Luren سیستم
امعا	انتشار
محیط	فامیل
اتروفی معده و میتاپلازیا امعا	خون نوع A
مرد < زن ازدیاد وقوعات نظر به سن	زن < مرد جوانان

تشکل غده	Poorly differentiated signet ring cell
انتشار هیماتوژن	انتشار از طریق ترانس‌مورل و سیستم لمفاتیک
بی‌ثباتی مایکروستلایت	کاهش در E-cadherin
غیر فعال بودن p53, p16	غیر فعال بودن p53, p16

Linitis plastica اصطلاح است که در Type IV کارسینوما شامل بوده و کارسینوما تمام معده را اشغال کرده. Border طبقه بندی در سال 1942 بوجود آمده. بوردر کارسینوما معده را نظر به درجه Cellular differentiation, Independent of Morphology و اندازه از Well differentiated یك الي Anaplastic چهار. و دیگر سیستم های طبقه بندی نیز پیشنهاد شده مانند Laurence system که در سال 1965، ادینوکارسینوما معده را به اساس هستولوژی به شکل معای و منتشر جدا کرده. و این دو نوع ادینوکارسینوما معده که دارای پتالوژی، اپیدیمولوژی، پتورنی و انداز مختلف بوده. شکل (2-45).

در سال 1990 سازمان صحتی جهان یک سیستم طبقه بندی برای کانسر معده بوجود آورده که بر اساس اشکال موفولوژیک استوار بوده.

درین سیستم کانسر معده به پنج کتگوری جدا شده:

۱. Adeno carcinoma
۲. Adenosquamous cell carcinoma
۳. Undifferented carcinoma
۴. Squamous cell carcinoma
۵. Unclassified carcinoma

Adeno carcinoma به چهار نوع دیگر تقسیم شده:

۱. Papillary
۲. Tubular
۳. Mucinous

۴. Signet ring هر نوع آن به درجات مختلف جدا شده و همچنان توسط American joint commission on

cancer (AJCC) یک سیستم طبقه بندی Tumor node metastases پیشنهاد شده.

جدول (3-45) طبقه بندی کارسینوما معده به میتود TNM

علائم	کتگوری
	تومور ابتدای (T)
تومور ابتدای قابل تشخیص نبوده	TX
شواهد تومور ابتدای موجود نمی باشد	T0
کارسینوما insitu: تومور داخل اپیتلیل و بدون تهاجم در لمینا پروپریا	Ts
تومور لمینا پروپریا و تحت المخاط را اشغال کرده	T1

لوحة سریری:

T2	تومور Muscularis propria را اشغال کرده (تحت سیروز)		
T2a	تومور طبقه عضلي اشغال کرده		
T2b	تومور تحت سیروز را اشغال کرده		
T3	تومور به سیروز نفوذ کرده ولی ساختمان مجاور اشغال نکرده		
T3	تومور ساختمان های مجاور اشغال کرده		
عقدات لمفاوي ناحیوي (N)			
NX	عقدات لمفاوي ناحیوي قابل تشخیص نبوده		
NO	به عقدات لمفاوي ناحیوي میتاستاز داده		
N1	میتاستاز به ۱-۶ عقدات لمفاوي ناحیوي داده		
N2	میتاستاز به ۷-۱۵ عقدات لمفاوي ناحیوي داده		
N3	میتاستاز به ۱۵ عقده لمفاوي میدهد		
(M) میتاستاز بعیده			
(MX)	میتاستاز بعیده قابل تشخیص نیست		
(M0)	میتاستاز بعیده موجود نیست		
(M1)	میتاستاز بعیده موجود است		
STAGE GROUPING			
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T1	N1	MO
	T2a/b	N0	MO
Stage II	T1	N2	MO
	T2a/b	N1	MO
	T3	N0	MO
Stage IIIA	T2a/b	N2	MO
	T3	N1	MO
	T4	N0	MO
	T3	N2	MO
Stage IIIB	T3	N2	MO
Stage IV	T4	N1-3	MO
	T1-3	N3	MO

ادینوکارسینوما معده کدام اعراض مخصوص مقدم در سیر خود نداشته و مریضان ناراحتی ناحیه ایپی گاستریک و سوء هاضمه که اکثراً فراموش کرده و با گاستریت اشتباه شده و برای 6-12 ماه تداوی عرضی شده بدون آن که مرض تشخیص شود درد ناحیه شرفیه مشابه درد قرچه سلیم و یا مشابه خناق صدري بوده، ولی به صورت خاص درد مذکور ثابت، غیر منتشر و با خوردن غذا آرام نشده در شکل پیشرفته مرض، مریض لاغر، بی اشتها، ضعیف و استفراغ داشته، اعراض اکثراً موقعیت و منشأ تومور را واضح میسازد.

تومور در قسمت پروکسیمال اتصال GE دارای عسرت بلع بوده

در حالیکه تومور در قسمت دیستال انترال معده باعث انسداد outlet معدوی شده. در صورت موجودیت تومور به شکل Lineitis plastica که ظرفیت معدوی کم شده و مریضان از زود سیر شدن شاکی بوده، خونریزی معدی معایی نادر است. ولی در 15% مریضان هیپاتیمیزس و 40% مریضان کم خون بوده، تومور بسیار کلان باعث تخریب معده شده و داخل کولون مستعرض و انسداد امعا غلیظه شده.

علائم فزیکه در سیر مرض بسیار مؤخر بوجود آمده، که به صورت موضعی پیشرفت کرده یا میتاز تاز داده، مریض یک کتله قابل جس در بطن داشته، عقده لمفاوی فوق الترقوی یا Virchow's node و هم در ناحیه محیط سروي، (Sister mary joseph's) قابل جس بوده. میتاز تاز پریتوانی از طریق معاینه مقعدی قابل جس بوده، Blumers shelf یا کتله مبیض قابل جس یا Krukenberg's tumor موجود بوده. در صورت پیشرفت مرض مریضان هیپاتومیگالی، از سبب میتاز تاز تالی پیدا کرده، زردی، حبن، لاغری نیز موجود بوده.

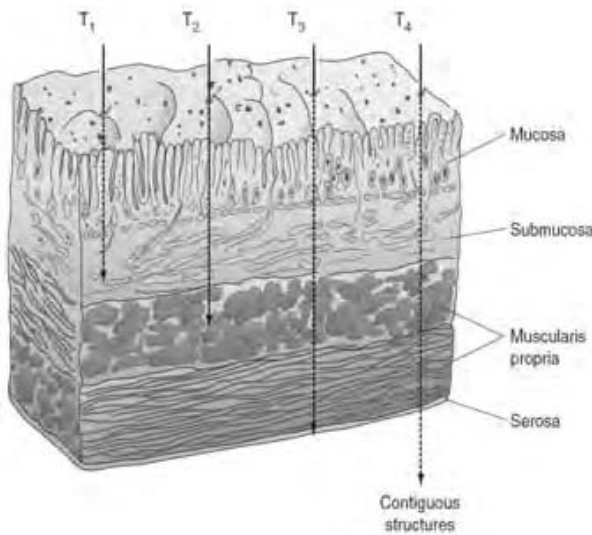
ارزیابی قبل از عملیات:

وقت که اشتباه کانسر معده موجود باشد توسط تاریخچه، معاینات فزیکه، اندوسکوپی جهت تشخیص درست اجرا شده و همچنان اکسری معدی معایی با باریوم به شکل Double contrast. برای تشخیص تفریقی قرحات

معدوی خبیث و سلیم باید اندوسکوپی اجرا شود و چندین بیوپسی (حتی تا 7) گرفته شده و هم از اطراف Crater قرحوی بیوپسی اخذ تا تشخیص هستولوژیک آسان شود.

وقت که تشخیص کانسر معده تأیید شد دیگر معاینات از قبیل کربوات، معاینات بیوشیمی خون، تست وظایف کبدی، معاینات کواگولیشن، اکسری صدر، CT scan بطن، در نزد زنان حوصلی CT scan یا التراسوند بطنی نیز توصیه شده، CT صدر از خاطر کانسر معده در قسمت پروکسیمال نیز ضرور است. CT باید در باره امراض میتازتاتیک حشوی و حبن Maligant مفید است. فواید خوب CT برای ارزیابی و تعیین کردن میتاز تاز خورد حتی کوچکتر از 5mm در کبد یا سطح پریتوان قابل یاد اوری است.

لاپراسکوپی نیز میتواند در باره امراض میتازتاتیک معلوماد داده و همچنان لاپراسکوپی التراسوند نیز قابل اهمیت است که در باره مرحله کانسر معده و یا دیگر آفات خبیث بطنی معلومات داده. معاینات سایتولوجیک مایعات پریتوان موجودیت حجات کانسر معده داخل پریتوان آشکار ساخته در صورت مثبت بودن پریتونیال سایتولوژی مریض انذار خراب داشته و در صورت که نتیجه آن False positive باشد انذار آن محدود است. دیگر میتود های که موجودیت حجات کانسری معده در داخل پریتوان ثابت میسازد مانند Immunostaining و Rverse – transcriptase polymeras chain reaction برای Carcino embrionic اتی ژن mRNA تحت مطالعه است.



Staging

بسیاری سیستم های Staging برای ادینو کارسینوما معده پیشنهاد شده، سیستم پتالوژیک Staging یا TNM که دلالت بر تومور، Node و میتاز تاز کرده، سیستم Staging که حال از آن استفاده میکند کمتر از 15 عقدهات ارزیابی شده برای یک Staging صحیح و درست.

Nodal staging به واسطه موجودیت تعداد Node ارزیابی میشود، PN1 دلالت بر (1-6) نود کرده،

PN2 به (Positive node 7-15) به PN3، اضافه از 15 (Positive node) اصطلاح R. status توسط Hermameic

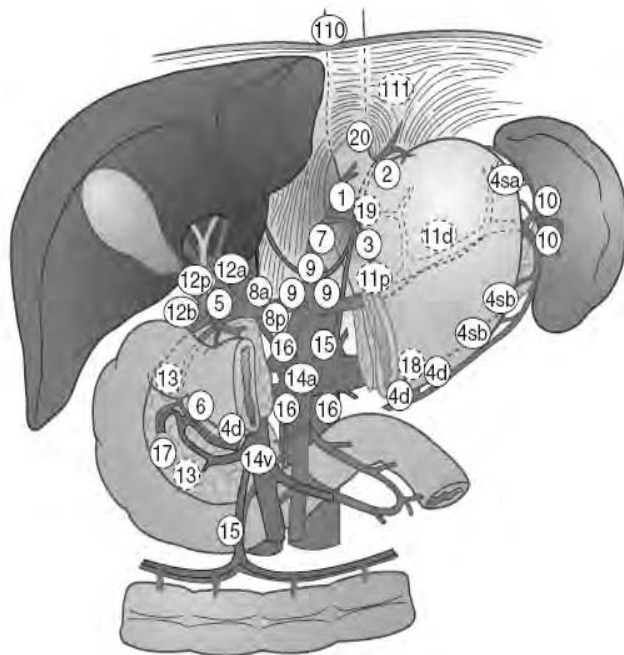
در سال 1994 تشریح شده و حالت تومور بعد از ریزکشن تشریح کرده.

اصطلاح R0 یک ریزکشن Microscopically margin negative تشریح کرده که تومور نه از لحاظ میکروسکوپ و نه از لحاظ Gross باقی مانده، اصطلاح R1 دلالت بر برداشتن تمام امراض Macroscopic کرده ولی Microscopic margins مثبت است. اصطلاح R2 دلالت بر Gross residual disease کرده که درین حالت ریزکشن وسیع میتواند در حیات مریض موثر باشد. توقع حیات طویل المدت میتواند بعد از ریزکشن R0 موجود باشد. بنا برین کوشش زیاد شود که از R1 و R2 ریزکشن جلوگیری شود.

در سال 1982 (Unit International Contre le Cancer) UICC و AJCC توافق کردند به اینکه PN1 محدود به 3cm یا کمتر از شکل ابتدای و PN2 بزرگتر از 3cm شکل ابتدای یا Nodal metastases به امتداد اوعیه دموی قرار داشته. Japanese classification برای کارسینوما معدوی (JCGC) Staging سیستم برای موقعیت

اناتومی یک عقده که در وقت گاستریکتومی برداشته میشود طرح شده. 60 موقعیت اناتومی یک عقدهات لمفاوی در شکل (19-45) تشریح شده.

شکل (19-45)



تداوی جراحی:

تداوی خوب جراحی کانسر معده مربوط به برداشتن وسعت و موقعیت مرض است، در صورت عدم موجودیت میتاز تاز منتشر ریزکشن اساسی تومور معده قناعت بخش است و ریزکشن معده طوری اجراء شود که از نظر میکروسکوپی یک مرض در حوافی معده موجود نبوده، به خاطر این کار از کنار معده به اندازه 6cm از تومور دورتر ریزکشن و انستوموز اجراء شده تا که نکس مرض کمتر شود.

تومورها کاردیا و قسمت پروکسیمال معده که

تقریباً (35-50%) ادینو کارسینوما معده میباشد. به صورت عموم در تومور های پروکسیمال معده Total Gastrectomy (شکل 20-45)، پروکسیمال گاستریک ریزکشن استطباب دارد. و کدام برتری در بین این دو عملیات موجود نیست.

جدول (4-45) گروه عقدهات لمفاوی ناحیوی (گروه ۱-۳) بواسطه موقعیت تومور ابتدای و

کارسینوما معدوی توسط طبقه بندی Japanese

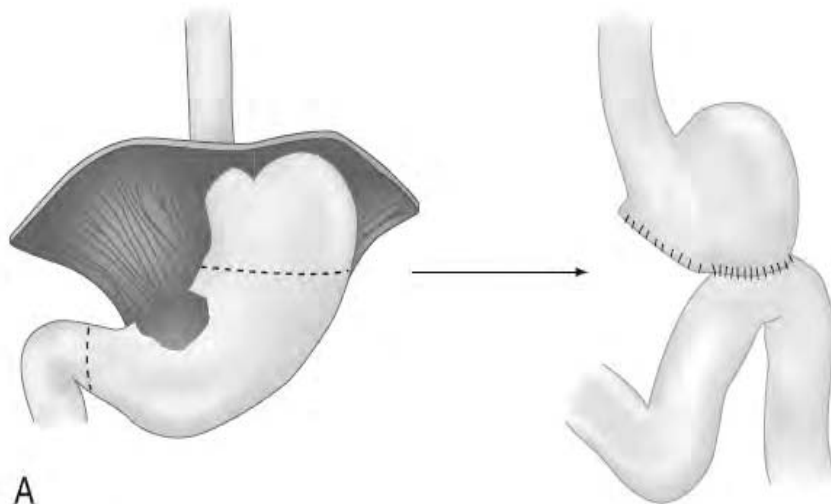
محل عقدهات لمفاوی (No.)	تشریح	موقعیت تومور ابتدای در معده		
		ثلث علوی	ثلث متوسط	سفلی
1	R.t paracardial	1	1	2
2	L.t paracardial	1	3	M
3	Lesser curvature	1	1	1
4sa	Short gastric	1	3	M
4sb	L.t gastroepiploic	1	1	3
4d	R.gastroepiploic	2	1	1
5	Supraphyloric	3	1	1

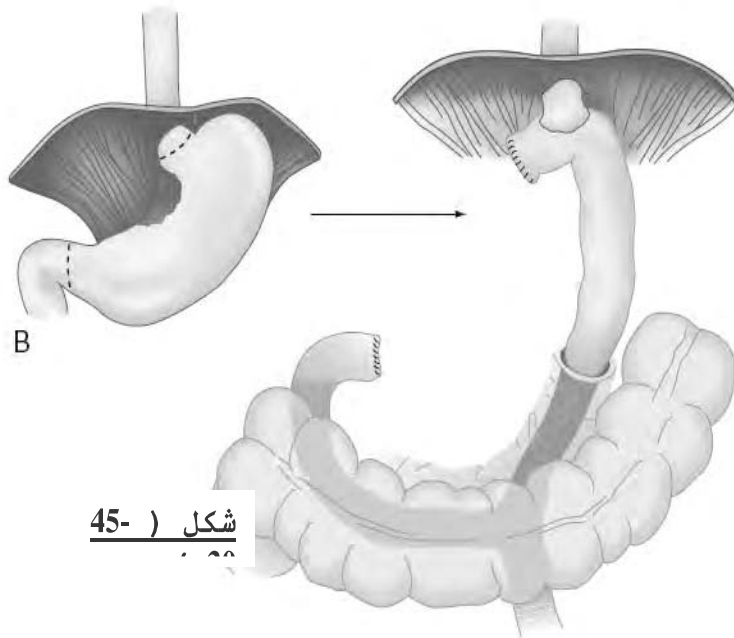
6	Infraphyloric	3	1	1
7	L.t gastric artery	2	2	2
8a	Ant. comm. Hepatic	2	2	2
8p	Post. comm. hepatic	3	3	3
9	Celiac artery	2	2	2
10	Splenic hilum	2	3	M
11p	Proximal splenic	2	2	2
11d	Distal splenic	2	3	M
12a	L.t hepatoduodenal	3	2	2
12b,p	Post, hepatoduodenal	3	3	3
13	Retropancreatic	M	3	3
14v	Sup. mesenteric v.	M	3	2
14a	Sup. mesenteric a.	M	M	M
15	Middle colic	M	M	M
16al	Aortic hiatus	M	M	M
16a2,b1	Para-aortic, middle	3	3	3
16b2	Para-aortic, caudal	M	M	M

ولی شواهد مرگ و میر بعد از عملیات پروکسیمال گاستریک ریزکشن نسبت به توتال گاستریکتومی زیاد است و هم شواهد Dumping ، Heart burn و بی اشتهاي زیاد است. در صورت موجودیت تومور در قسمت دیستال معده Sub توتال گاستریکتومی با Frozen section analysis خصوصاً آدینو کارسینوما اجرا شده. در قسمت برداشتن عقدات لمفاوی نظریات مختلف موجود است و نظر به هر طبقه بندی فرق میکند. که بهترین میتود تسلیخ برای تداوی آن توسط Japanese تشریح و (JCGC) کتگوری به کار برده شده.

درین سیستم عقدات لمفاوی نمبر زده شده و بعداً گروپ بندی نظر به موقعیت ابتدایی اجراء شده که در جدول (45-4) ترتیب شده، D1 ریزکشن دلالت بر برداشتن گروپ اول لمف نود کرده، در D2 ریزکشن برداشتن گروپ اول و دوم لمف نود است. D3 ریزکشن برای D2 ریزکشن جمع برداشتن عقدات لمفاوی محیطی ابحر، جراحان جاپانی ترجیح داده Splenectomy و Partial pancreatectomy در اثنای D2 ریزکشن.

ولی جراحان غربی نسبت و فیات زیاد عملیه مدکور طحال و پانکراس ریزیکت نکرده تا وقتیکه توسط تومور (T4) به صورت مستقیم اشغال شود.





شکل () 45-

تداوی Palliative:

به خاطر که مریضان کانسر معده 20-30% در Stage IV مرض مراجعه کرده، داکتر کوشش میکند که از میتود های مختلف موقتی استفاده کند. هدف تداوی موقتی بهبود بخشیدن اعراض مرض و کم کردن وفيات آن است. جراحی موقتی در کانسر معدوی پیشرفته شامل ریزکشن یا تنها By pass و یا از یکجا کردن تکنیک های با اندوسکوپییک جلدي و رادیو تراپی استفاده شود. و در صورت Complete staging ضرور است تا از میتود خوب و مناسب موقتی برای مریضان مشخص انتخاب شود.

در موجودیت امراض پریتوانی، میتاز تاز کبدی، میتاز تاز در عقدات لمفاوی یا حبن، خونریزی، بندش در قسمت پروکسیمال معدوی خوب خواهد بود. که بدون جراحی تداوی شود که شامل Laser recanalization و اندوسکوپییک Dilation با یا بدون موجودیت ماندن Stent و مریضان که Stent استعمال کرده برای بندش معدوی قابلیت و تحمل غذایی جامد دارد و به کدام مداخله اضافی ضرورت نیست.

Adjuvant Therapy (تداوی کمک) کننده

در سال 1999 یک نظر اندازی بالای مرکز بین المللی کانسراجرا شده و این ها در راپور خود تنها 29% مریضان که گاستریکتومی شده برای ادینو کارسینوما معده تحت تداوی بعضی انواع تداوی کمک کننده قرار گرفته، در حالیکه 71% آن تنها توسط جراحی تداوی شده، بدون استعمال شیموتراپی و تداوی شعاعی، در حالیکه اکثر محقیقن عقیده دارند که این ستندرد در مرکز اونکولوژی کانسر

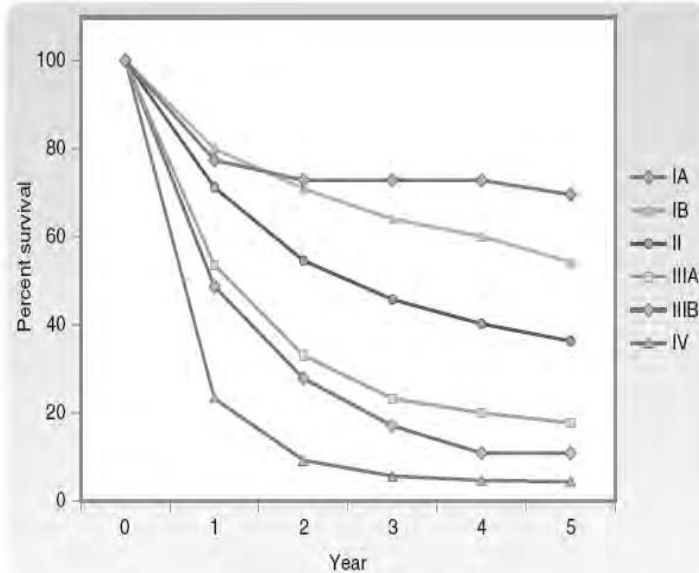
شمال غرب از گروه Trial (INT 00116) ارزیابی شده یعنی دو سیکل از 5-Fluoro uracite و Leucovorin رادیو تراپی استفاده شده.

حیاتییت متوسط برای جراحی تنها 27 ماه با مقایسه 36 ماه (P < 0.005) برای کروپ شیمو تراپی و رادیو تراپی، و سرعت حیاتییت سه ساله 41% در مریضان که تنها جراحی شده و 50% شیموتراپی و رادیو تراپی (P < 0.005) و این مسئله سپورت میکند شیموتراپی و رادیو تراپی بعد از عملیات مریضان ادینو کارسینوما قابل برداشتن معده.

شیموترابی جدید تحت مطالعه و جستجو قرار دارد و نتایج قابل ملاحظه به دست آمده ولی توکسیستی مکمل آن در مریضان مطالعه و دیده شده.

نتایج (Out comes):

در تمام حالات 5 سال حیاتی بعد از تشخیص کانسر معدوی از 10-21% بوده، و این سرعت حیاتی در مریضان بوده که تحت تداوی جراحی قرار گرفته که در شکل (21-45) و (22-45) نشان داده شده و نکس مرض بعد از گاستریکتومی از 40-80% بوده و اکثراً در سه سال اول دیده شده. اندازه سرعت عدم کفایه ناحیوی موضعی 38-45% بوده، در حالیکه انتشار پریٹونی مترافق با عدم کفایه 54% بوده. میتازتاز جداگانه وسیع غیر معمول است. معمولترین موقعیت نکس ناحیوی موضعی در قسمت باقی مانده معده در ساحه انسٹوموز و بستر معدوی



Copyright © 2004, Elsevier.

است و هم انتشار تومور از طریق خون، کبد، شش و عظم بوده.

مراقبت:

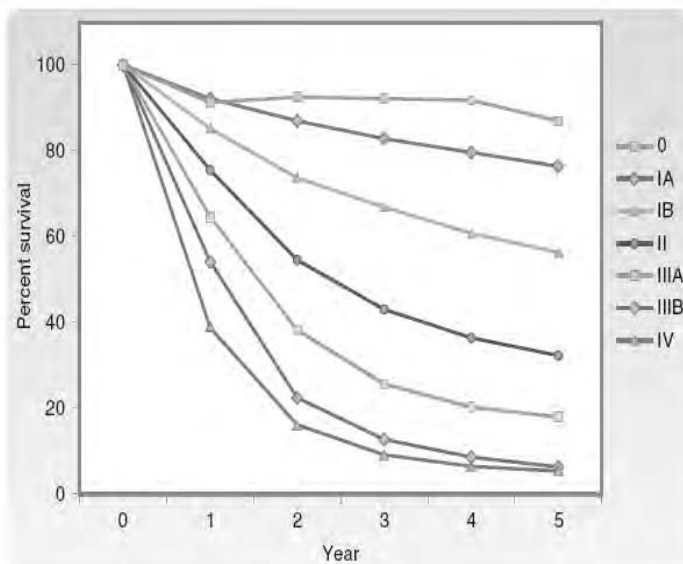
تمام مریضان پاید به صورت سیستماتیک تعقیب شود، به خاطریکه اکثر واقعات متکرر در سه سال اول واقع شده که مراقبت مریضان درین سال ها اول صورت گرفته مراقبت مریضان شامل تاریخچه مکمل و معاینات فزیک مریض که هر چهار ماه برای یک سال اجرا شده و بعداً هر شش ماه برای دو سال و بعداً

به شکل سالانه اجرا شده. معاینات لابراتواری شامل شمارمکمل خون، معاینات کبدی اجرا شده بعضی دوکتوران اکسری صدر و CT scan بطن، حوصله به صورت روتین اجرا کرده و حتی اندوسکوپی در مریضان که Sub total gastrectomy سالانه اجرا کرده.

گاستریک لیفوما:

اپیدیمولوژی:

معدده جای معول و زیات لیفوما در سیستم معدوی معایی است، هر چندیکه انومالی معدوی ابتدایی نسبتاً غیر معمول است و در کمتر از 15% آفات خبیث معده و 2% آن لیفوما بوده. مریضان اکثراً اعراض مبهم داشته، بعضاً درد ناحیه شرفوفیه. سیری مقدم، ضعیفی ولی خونریزی غیر معمول



Copyright © 2004, Elsevier.

است. اضافه از نصف مریضان انمیا داشته، لمفوما اکثراً در مریضان مسن دیده شده، خصوصاً در دهه ششم و هفتم حیات. در مرد ها نسبت مرد و زن 2:1 است. لمفوهای معدوی مانند کارسینوما در اتروم معدوی زیاد واقع شده ولی میتواند در هر قسمت معده دیده شود.

پتالوژی :

تداوی لمفوهای معدوه مانند نودل لیمفوفا بوده ولی مهم این است که نه تنها مرحله مرض تعیین شود، بلکه شکل فرعی لمفوفا نیز تعیین شود. درینجا چندین سیستم طبقه بندی برای لمفوفا موجود است. معمولترین و زیادترین لمفوهای معدوی (55%) Diffuse Large B cell Lymphoma و به تعقیب آن Extranodal marginal cell lymphoma (40%)، Burkittis lymphoma (30%) و Mantle cell lymphoma، لمفوهای فولیکولر هر یک کمتر از (1%) است. لمفوهای منتشر کلان B cell که بسیار معمول است آفت ابتدایی است. هرچندیکه اینها از پیشرفت لمفوهای کمتر وخیم مانند لمفاتیک لوسیمیا مزمن، لمفوفا لمفوسیتیک خورد، لمفوهای فولیکولر یا MALT lymphoma بوجود آمده. عدم کفایه معافیتی مانند اتانات H-pylori ریسک فکتور است برای انکشاف لمفوهای منتشر و ابتدایی B-cell.

در سال 1983 Isaacson و Wright یادداشت کرد که هستولوژی لمفوهای B-cell ابتدایی و درجه پائین مشابه با MALT بوده و به صورت تالی میتواند وسعت پیدا کرده مانند Extra nodul low grade B cell lymphoma، (غذوات لعابیه، ریه، تائروئید).

این اعضا نسج لمفاوی طبیعی ندارد، لمفوهای این موقعیت ها از MALT به صورت کسبی منشه گرفته که در نتیجه یک التهاب مزمن بوجود آمده. لمفوهای معدوی معمولاً از سبب H-pylori گاستریت بوجود آمده، Burkitt's lymphoma معده مترافق با اتان ویروسی Epstein بوده این لمفوفا بسیار مهاجم و کوشش میکند اشخاص جوان را مبتلا سازد و معمولاً در قسمت کاردیا و جسم معده دریافت شده.

ارزیابی :

اندوسکوپی به صورت عموم گاستریت غیر وصفی یا قهوهی معدوی را نشان داده ولی موجودیت آفت کتلوی غیر معمول است. بعضی اوقات یک کتله تحت الخاطی بعد از اندوسکوپییک بیوپسی غیر قابل تشخیص بوده EUS برای تعیین کردن آفت در عمق دیوار معدوی مفید است که در صورت اشغال کردن تمام دیوار معدوی خطر تثقب آن موجود است. برای شواهد وسعت مرض معاینه کردن قسمت علوی طرق هوای، بیوپسی مخ عظم، CT صدر و بطن تالف ادینوپاتی تعیین شود. گرفتن بیوپسی از عقده لمفاوی بزرگ تیست H-pylori به واسطه هستولوژی، و اگر منفی باشد به واسطه سیرولوژی تائید شده.

Staging :

بهترین سیستم Staging تحت مناقشه است و تا حال باقی مانده TNM Staging system نیز برای کارسینوما معدوی پیشنهاد شده و چندین سیستم دیگر Staging برای Primary gastric non hodgkins lymphoma نیز قابل دسترسی است.

تداوی:

بسیار مراکز پروگرام تداوی Multimodality برای لمفمای معدوی به کار برده و رول ریزکشن لمفومای معدوی تا هنوز زیر مباحثه است. و اکثر مریضان تحت تداوی شیموتیرایی و رادیوتیرایی بوده، خطر تثقب در مریضان که تحت تداوی شیموتیرایی قرار دارد به طور مبالغه آمیز در گذشته 5% بوده، معمولترین ترکیب شیموتیرایی CHOP - Cyclophosphamid hydroxyl daunomycin ، Oncovin ، پریدنیزون است. حیاتیت مریض در مرحله مقدم مرض (Stage IE, IIE). که توسط جراحی، شیموتیرایی و رادیوتیرایی صورت گرفته 5 سال است. اختلالات موخر رادیوتیرایی تضیق، التهاب امعا و تشکل دوباره تومور است. مریضان که در مراحل موخر مرض مراجعه کند تنها شیموتیرایی استطباب داشته، تداوی جراحی مرض در (Stage IIE, IE) چانس خوب برای مریض است، ولی در صورت که آفت منتشر و وسیع باشد از ناحیه مرضی نسج به قدری کافی برای تشخیص برداشته شده و ناحیه مشکوبه ترمیم شده و برای معاینه Frozen section ، Fluorescence ، Immunohistochemistry فرستاده شود.

TABLE 45-6. Staging systems for Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin's Lymphoma

Ann Arbor*	Rao et al	Musshoff	Description	Relative Incidence (%)
IE	IE	IE	Tumor confined to gastrointestinal tract	26
IIE	IIE	IIE	Tumor with spread to regional lymph nodes	26
IIE	IIE	IIE	Tumor with nodal involvement beyond regional lymph nodes (para-aortic, iliac)	17
IIIE-IV	IVE	IIIE-IV	Tumor with spread to other intra-abdominal organs (liver, Spleen) or beyond abdomen (chest, bone marrow)	31

سارکوما معده:

اپیدیمولوژی:

سارکوما معده از حجات میزانشمیل جدار معده منشه گرفته و تقریباً 3% آفت خبیث معدوی را میسازد. GISTs زیادتیرین و معمولترین تومور طرق معدی معایی است که اکثراً در معده دریافت شده 60-70%. اکثراً در دهه چهارم زنده گی دیده شده و در 60 سالگی تشخیص شده.

پتالوژی:

ابتدا فکر میکرد که از حجات عضلات ملسا منشه میگیرد و قبلاً GISTs طبقه بندی شده بود به لیومیوما و لیومیوسرکوما. از نظر هستولوژی اینها از Muscularis propria و اکثراً از حجات Cagal منشه گرفته و از حجات عصبی و اتونومیک طرق معدی معایی که حرکات آنها را تنظیم میکند، منشه گرفته. GISTs یک تومور Cellular ، Spindle cell و بعضی اوقات پلیومورفیک میزانشمیل که در طرق معدی معایی قرار داشته و توسط Kit تشریح شده و (CD.117 stem cell factor receptor) بروتین.

Kit یک Transmembran tyrosin kinase ریسپتور است. پروتین Kit به واسطه Immunohistochemistry اشکار، و GISTs را از نیوپلازم عضلات ملسا حقیقی تشخیص کرد. اکثر GISTs (70-80%) همیشه مثبت برای CD-34، یک آنتی ژن هیماتوپوئیتیک حجات Progenitor. درین اواخر یک موتیشن جدید فعال در GISTs دیده شده و Sub set GISTs فاقد C. Kit Mutation بوده و دارای میوتیشن فعال داخل جن مربوط به ریسپتورهای تایروکیناز بوده.

Staging:

کدام سیستم Staging برای GISTs موجود نیست، در حالیکه چندین فکتور تشخیص شده که مربوط به وضع کلینیکی است. تومور های که فریکونسی پائین مایتوتیک یعنی (High powered field $\leq 5/50$ مایتوتیک) نشان میدهد معمولاً دارای وضع خوب بوده و تومور های که اضافه از 5/50 HPF مایتوتیک counts دارد به طوری واضح خبیث بوده. تومور های خبیث همچنان سائز بزرگتر از 5cm، Cellular atypia، نکروزیز و تهاجم موضعی بوده. C-kit mutation به صورت متباز در Malignant GISTs که انذار خراب داشته واقع شده و میوتیشن c-kit در exon II واقع شده که نتیجه فعالیت c-kit است. و اضافه از 80% GISTs معدوی طبقه بندی شده به سلیم یا سلیم که مترافق با این کریتیریا بوده، هر چندیکه بسیار آفات خبیث هستولوژیک هیچ وقت میتازتاتیک نبوده، در حالیکه نادراً آفات سلیم میتازتاتیک بوده، تومور های سلیم GISTs معدوی زیات معمول است نسبت به آفات خبیث (1:3-5).

اعراض سریری و ارزیابی:

اکتراً GISTs معدوی با عث خونریزی معدی معایی، درد و سوهاضمه شده، اگر مریض خونریزی داشته باشد اولین تیست تشخیصی اندوسکوپی است ولی اگر مریض خونریزی داشته باشد و موقعیت تومور داخل لومین، توسط CT وسعت تومور شناخته میشود. در معاینات Double contrast قسمت علوی معدی معایی Felling defect دیده میشود، و بیوپسی اندوسکوپییک باعث تشخیص 50% از واقعات شده و این کار وقت صورت میگیرد که عملیه جراحی ضرورت باشد.

تداوی:

هدف جراحی Margin negative resection شامل En-block resection اعضای مجاور که به صورت مستقیم مصاب باشد، اگر در وقت ریزکشن جراحی معاینات هستولوژی مطمئن نباشد، Frozen section باید اجرا شود، به خاطریکه تشخیص ارینوکارسینوما یا لمفوما میتواند منجمنت جراحی را تغییر دهد، ریچر تومور را باید احتیاط کرد زیرا از Inoculation حجات توموری در جوف پریتون باید جلوگیری کرد بخاطر که میتازتاز در لمف نادر است و ضرورت به Lymphadenectomy نکرده. نکس زیادتر مرض در اولین دوسال دیده شده و در کبد زیادتر میتازتاز مشاهده شده و همچنان واقعات نکس مرض در پریتون دیده شده.

جراحی Salvage که باعث ریزکشن امراض متکرر پریتون شود بعد از عملیه جراحی حیاتیات اصلاح نمی سازد. حیاتیات 5 ساله برای گاستریت GISTs 48% بوده، و حیاتیات بعد از ریزکشن جراحی مکمل از 32-63% بوده، رادیو تراپی کدام موثریت خاص ندارد و شیموتراپی تنها در 5% تومور ها توسط Doxorubion جواب داده.

التهاب معدوی هایپرتروپیک (Menier's Disease):

گاستروپاتی هایپروتروپیک هایپروتروپیک یا مینیرنادرآ دیده شده و یک مرض کسبی premalignant است. متصف با التوات زیات معدوی در قسمت غور و جسم که در نتیجه غشای مخاطی معده به شکل Cobblestone یا Cerebriform ظاهر شده، معاینات هستولوژیک هایپریپلازیا خصوصاً حجرات مخاطی سطحی را نشان داده با عدم موجودیت حجرات جداری، و این حالت مترافق با ضایع شدن پروتین از طریق معده و تولید زیاد مخاط یا هایپوکلوریدریا یا اکلوریدریا بوده سبب این مرضی نا معلوم بوده لکن اکثراً مترافق با اتسانات cytomegalo virus در اطفال و اتسانات H-pylori در اشخاص کاهل بوده، مریضان اکثراً درد ناحیه شرف صوفیه، استفراغ، ضیاع وزن، بی اشتها و ازیمای اطراف داشته، تغییرات مخاطی معدوی در اندوسکوپی و رادیوگرافی دیده شده. و بیوپسی به خاطر تشخیص تفریقی کارسینوما معدوی و لمفاوی ضروری است.

PH (۲۴) ساعته هایپوکلوریدریا یا اکلوریدریا نشان داده در حالیکه تست Chromium Labeled ضایع شدن پروتین طرق معدوی معایی را نشان داده تداوی طبی آن شامل ادویه اتی کولیزجیک، نهی کردن اسید، Octreotide و از بین رفتن اتتان H-pylori. ولی تداوی جراحی آن در صورت که مریض به صورت کتلوی پروتین ضایع کند و یا اشتباه دیسپلازیا، کارسینوما موجود باشد، توتال گاستریکتومی توصیه شده.

Mallory Weiss Tear:

این آفت د اثر استفراقات فورانی و شدید بوجود می آید. اسباب آن اروغ زدن، سرفه، زور زدن که در نتیجه باعث تخریب مخاط معدوی در قسمت علوی اتصال GE شده و تقریباً 15% خونریزی طرق معدی معایی را ساخته که نادراً باعث خونریزی شدید شده و باعث 3-4% مرگ و میر خصوصاً مریضان الکولیک که قبلاً فرط فشار ورید باب داشته و اکثر مریضان توسط اندسکوپی میتود مثلاً Multi polar electric coagulation کنترل شده. زرق اپنیپرین، Endoscopic homeclipping, Endoscopic band ligation، انجیوگرافی زرق وازوپریسین به شکل انفیوژن یا Transcatherter embolization در واقعات بسیار وخیم تطبیق شده، ضرورت به عملیه جراحی نادر است. در صورت که عملیه جراحی ضرور باشد آفت GE junction از طریق گاستروتومی قدامی و نقاط خون دهنده توسط 2-0 silk به صورت عمیق کنترل میشود.

افات معدوی Dieulafoys:

یک آفت تقریباً 6.3-7% Non variceal خونریزی طرق معدی معایی را ساخته، خونریزی این آفت از سبب Trochus غیر نورمال شریانی به اندازه 1-3mm در تحت مخاط بوجود آمده. ایروژن مخاط سطحی در بالای شریان که دارای نبضان قوی بوده بوجود آمده، در نتیجه شریان با محتوی معده مواجه شده که باعث خونریزی شدید شده، دیفیکت مخاط به اندازه 2-5mm بوده که توسط نورمال مخاط معدوی احاطه شده، و این آفت به فاصله 6-10cm از اتصال مری معدوی واقع شده. عموماً در غور معده نزدیک کاردیا بوده، زیادتر نزد مرد ها دیده شده (2:1) و اکثراً در دهه پنجم حیات دیده شده. در اکثر مریضان هیما تیمیزس موجود بوده که شکل کتلوی و بدون درد، نکس کننده، مترافق با تفریط فشار خون بوده. تشخیص Dieula Foy's افت بسیار مشکل است.

Esophagogastroduodenoscopy در 80% مریضان باعث تشخیص مرض شده و در صورت که اندوسکوپی تشخیص مرض نتوانست انجیوگرافی نیز مفید است که رکودت و معوج بودن در قسمت Left gastric artery با

برامدن مواد کثیفه در ناحیه خونریزی حاد نشان داده. تداوی توقف خونریزی توسط اندوسکوپی و الکتروکواگولیشن تزریق Band ligation sclerotherapy انجام میابد. Gelfoam Emboliation در کنترل خونریزی موفقانه رول بازی میکند. عملیه جراحی در صورت که دیگر میتود های تداوی نتیجه ندهد مورد استعمال میباشد که عبارت از گاستریک Wedge ریزکشن که اوعیه خون دهنده در بر افته، مشکل عمده در زمان عملیه جراحی دریافت آفت خون دهنده بوده، ولی میتوانیم با کمک اندوسکوپی نتیجه خوب بدست آوریم میتود سابقه لپراتومی و گاستروتومی تا موقعیت خوب برای ویج ریزکشن پیدا کنیم. درین اواخر از لپراسکوپی و اندوسکوپی ویج ریزکشن استفاده میشود.

واریس های معده:

واریس های معدوی بوسیله Sania و kumur به دو نوع تقسیم شده است:

۱. واریس مری معدوی

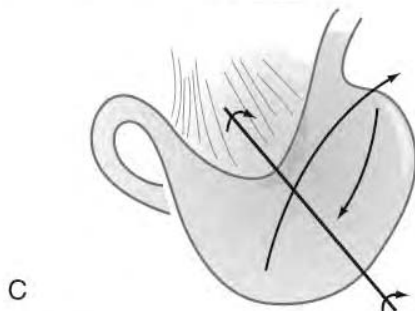
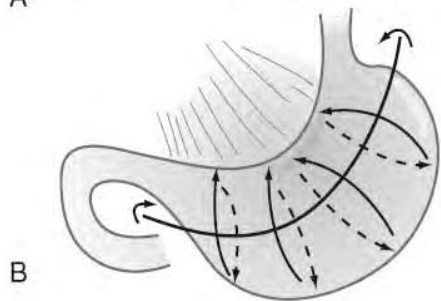
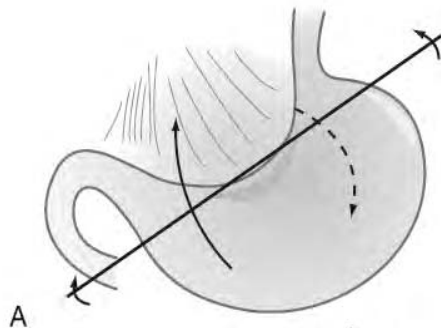
۲. واریس معدوی

۳. دومی آن به دو نوع (Type I , Type II) تقسیم شده.

• نوع اول در غور معدوی قرار داشته.

• نوع دوم به شکل ایکتوپیک در هر قسمت معده قرار داشته.

واریس معدوی بصورت ثانوی در نتیجه فرط فشار ورید باب انکشاف مینماید که مترافق با واریس مری بوده و هم به صورت تالی در فرط فشار ورید طحالی ترومبوتیک بوجود می آید. به صورت عموم در فرط فشار ورید باب، این فشار زیاد ورید باب توسط ورید معدوی چپ به وریس مری انتقال شده، و از طریق کوتا و ورید معدوی خلفی به Fundic plexus و اوریده کاردیا انتقال شده و واریس معدوی که به صورت تالی از سبب ورید طحالی ترومبوتیک بوجود آمده.



جریان خون طحالی به شکل ریتروگراد به short و ورید معدوی خلفی داخل واریس شده. جریان ریتروگراد چپ و راست از طریق ورید Gastro epiploic به ورید میزانتربیک علوی میتواند به وجود آمدن وریس ایکتوپیک معدوی را اشکار سازد. وقوعات خونریزی واریس معدوی بین 3-30% بوده، ولی وقوعات آن در مریضان که ترومبوز ورید طحالی و Fundic varices دارد به 76% رسیده، ولی وقوعات خونریزی و ریسک فکتور در واریس های معدوی که دارای سایز زیاد است بیشتر بوده، در اطفال خطر خونریزی زیاد است.

واریس معدوی که در اثر ورید ترومبوتیک طحالی بوجود می آید توسط Splenectomy تداوی شده. مریضان

واریس معده که خونریزی داشته باشد ضرورت به التراسوند بطنی دارد تا که ترومبوز ورید طحالی را قبل از مداخله جراحی معلوم کند. به خاطر که واریس معدوی اکثراً مترافق با فرط فشار ورید باب بوده، واریس معدوی از سبب فرط فشار ورید مثل واریس مری تداوی شده ابتدا مریض Volume resuscitated شده و کوشش شود که علقه شدن غیر نورمال اصلاح کند. تامپوناد موقت توسط تیوب Sengstaken blakemore صورت گرفته اندوسکوپی به خاطر تشخیص و تداوی به کار برده شده.

تداوی موفقانه واریس مری توسط Banding یا سکلیروتیراپی در از بین بردن واریس معدوی هم نتیجه داده، به خاطر واریس معدوی از ناحیه تحت المخاط منشا گرفته و اختلاط معمولی آن با سکلیروتیراپی السریشن است. مشکل عمده در واریس معده خونریزی متکرر است که 50% آن به صورت تالی باعث قرحات شده. Endoscopic variceal band لیگاتور تقریباً در 89% مریضان باعث هموستازیز شده ولی نسبت اختلاط تثقب معده ازین تکنیک کمتر استفاده کرده. Transjugular intrahepatic portosystemic shunting نیز در کنترل خونریزی واریس معدوی موثر است که 30% امکان خونریزی متکرر موجود است.

یک شنت معدوی کلیوی بین واریس معدوی و ورید کلیوی چپ در 85% مریضان واریس معدوی موجود است، و این شنت خود به خودی باعث دی کومپریس پورتال سیستم و کاهش موثریت TIPS شده. یک بالون کتیتر میتوانیم داخل شنت معدوی کلیوی از طریق ورید کلیوی چپ کنیم و شنت توسط متوسع کردن بالون بسته شده و یک سلکیروزانت (Ethanolin oleate) بعداً زرق شده تا وقتیکه علقه در واریس تشکیل کند در آنجا باقی مانده. رابور که داده شده Ballon occluded retrograde transvenous obliteration دارای نتیجه 100% بوده و دوباره نکس خونریزی (0-5%) است.

اختلاط مهم این پروسیجر بیشرفت واریس های ثانوی و بلند کردن فشار باب که در نتیجه باعث بسته شدن شنت گاسترو رینال شده، علاوه بر آن Ethanol aminoleat باعث هیمولیز که توسط توصیه هیپاتوگلوبین تداوی شده ولی میتواند باعث ماوف شدن تالی کلیه شود.

تدور معده:

یک حالت غیر معمول است، تدور معده به امتداد محور طولانی Organo axial که تقریباً 2/3 واقعات و به امتداد Vertical Axis (Mesentero axial) 1/3 واقعات را تشکیل داده.

معمولاً تدور معده (Oragno Axial) به شکل حاد واقع شده و مترافق با دیفیکت حجاب حاجز بوده، در حالیکه Mesentero axial volvulus قسمی بوده و (کمتر از 180 درجه) و مترافق با دیفیکت حجاب حاجز نبوده، در اشخاص کاهل دیفیکت حجاب حاجز معمولاً ترضیضی یا Para esophageal hernia. طوریکه در اطفال دیفیکت ولادی مانند Foramen of bochdalek یا Eventration مصاب ساخته. اعراض برجسته آن درد بطن به شکل حاد بوده استفراق و توسع بطنی، و خونریزی طریق معدی معایی عمومی بوده، موجودیت یک درد ثابت، ناگهانی و وخیم قسمت علوی بطن اروغ متکرر و استفراقات کم و عدم توانایی در داخل کردن NGT به معده که Borchardt's tried را ساخته. در اکسری بطنی احشایی مملو از گاز در داخل صدر یا قسمت علوی بطنی نشان داده، تشخیص با مواد کثیفه باریوم یا اندوسکوپی قسمت علوی طرق معدی معایی تأیید شده. شکل حاد تدور

تداوی عاجل جراحی ایجاب میکند. که از طریق بطن مداخله و تدور معده ارجاع میشود دیفکت حجاب حاجز ترمیم شده و در واقعه Fundoplication ، Paraesophageal hernia اجرا شده و در صورت که اختناق معده واقع شده باشد
5-28% همان قسمت معده ریسکت شده و بدون موجودیت دیفکت حجاب حاجز معده دیتورشن و تثبیت معده بواسطه Gastropexy یا Tube gastrostomy صورت گرفته.

:Bezoars

Bezoars عبارت از تجمع مواد غیر هضم شده که معمولاً منشه نباتی داشته یا فیتوبیزواراکن میتواند موی باشد (تریکوبیزوار). فیتوبیزواراکثراً در مریضان یافت شده که جراحی معده شده و تخلیه معدوی متاثر بوده. مریضان دیابت که اوتونومیک نوروپاتی دارد خطر این مرض موجود است. اعراض بیزوارمعدوی عبارت از سیر شدن زود مریض، دلبدی، استفراق، و لاغری بوده با معاینه فیزیکی یک کتله بزرگ قابل جس بوده، و تشخیص مرض توسط اندوسکوپی و باریوم تائید میشود. Dan و Coworker در سال 1959 برای اول دفعه تداوی انزایماتیک به خاطر تجزیه و حل بیزوار پیشنهاد کرده، Papain در Adolph's Meat Tenderizer (AMT) دریافت، به دوز 1.tsp در 150-300cc آب چندین مرتبه در روز توصیه کرد.

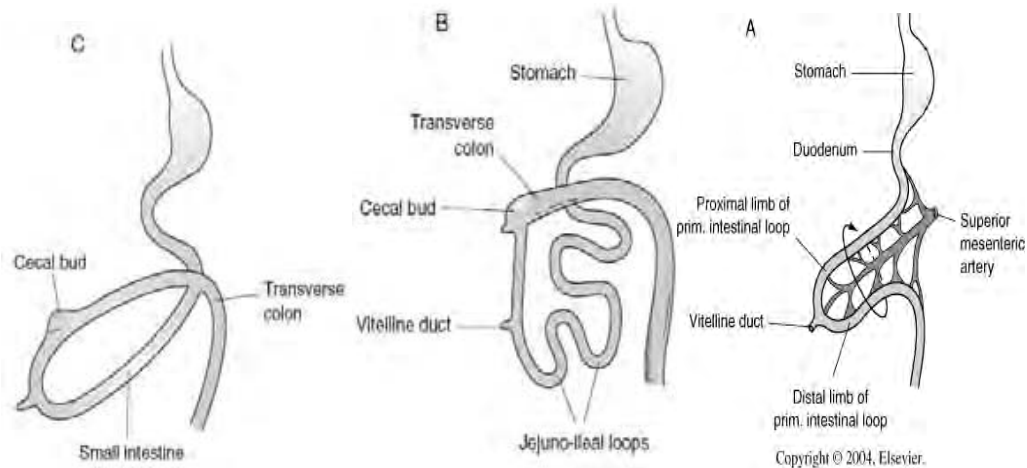
غلظت سودیم در AMT بلند است، لذا میتواند هاپرناتریمیا در نتیجه توصیه دوز بلند سودیم بوجود آمده. انزایم انتخابی مانند سلولاز در بعضی واقعات نتیجه خوب داده، و به صورت عموم دیریدمانت انزایماتیک توسط Ewald tube lavage یا اندوسکوپی فرگمینتیشن نیز توصیه شده، تریکوبیزوار عبارت از کتله از موی است. معمولاً در نژد دختران که موهای دراز دارد دیده شده، که زیادتر شان تریکوفازی داشته و اعراض شامل درد از سبب قرحات معدوی، fullness از سبب بندش دهانه معدوی که بعضاً با تثقب معدوی و انسداد امعایی رقیقه یکجا بوده. تریکوبیزوار کوشش میکند که یک کست معده ساخته، و تارهای موی در قسمت دیستال معده مانند کولون مستعرض دیده شده تریکوبیزوارخورد با اندوسکوپی فرگمینتیشن، لواژ زیاد و متکرر و تداوی انزایماتیک جواب داده و تریکوبیزواربزرگ ضرورت به تداوی جراحی و مراقبت روانی از سبب نکس مرض دارد.

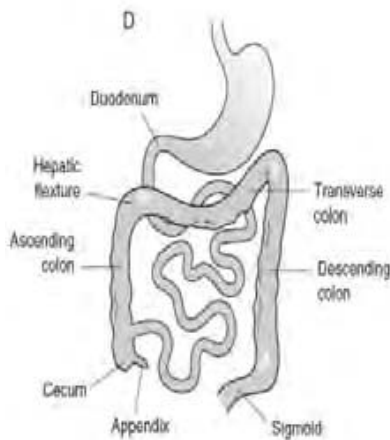
امعای رقیقه

(Small Intestine)

انسداد	امبریولوژی
امراض التهابی	اناتومی
تومورها	فیزیولوژی
امراض رتجی	حرکات
حالات miscellaneous	وظایف اندوکرین
	وظایف معافیتی

امعای رقیقه یک ترکیب شگفت‌انگیز و با کفایت است و رول ابتدایی امعای رقیقه جذب و هضم آن محتویات غذایی است که معده را ترک نموده اند و این پروسه مربوط است به یک گروه از فکتورهای ساختمان، فزیولوژی، اندوکرین و کیمیاوی. افرازات خارجی کبد و بانکریاز قادر به هضم کامل غذا اند. ساحه وسیع سطح مخاطی امعای رقیقه بعد از آن مواد غذایی را جذب مینماید بر علاوه اهمیت آن در هضم و جذب امعای رقیقه یک عضو اندوکرین بزرگ در وجود انسان است و یکی از اورگانهای معافیتی است با وجود دادن نقش اساسی و پیچیدگی امعای رقیقه بصورت تعجب آور امراض امعای رقیقه بسیار شایع نیستند درین بخش اناتومی و فزیولوژی نارمل امعای رقیقه تشریح شد بر علاوه آن پرسه های مرضی که امعای رقیقه را مصاب میسازد از قبیل انسداد، امراض التهابی، نیوپلازم ها، امراض دایورتیکولر، و پرابلم های مختلف و گوناگون توضیح گردیده است.





شکل (46-1-a,b,c,d)

امبریولوژی:

امعاء ابتدایی در هفته چهارم حیات داخل رحمی تشکیل می‌کند، طبقه اپتیل که طرق هضمی را پوشانیده از طبقه اندو درمل منشا گرفته و دیگر طبقات عضلی و انساج منظم از میزودرم و اندودرم منشا گرفته است، به استثنای اثنا عشر که یک ساختمان ابتدایی امعای قدامی است، و امعای رقیقه از میدگت منشا گرفته. در جریان هفته پنجم نشو و نمای جنین زمان که طول امعاء به سرعت از زیاد یافته تفتق و قسمت Midgut داخل سره می‌گردد.

این حلقه میدگت دارای کرانیال Caudal Limb میباشد عضو کرانیال قسمت دیستال اثنا عشر، جیجونوم و پروکسیمال الیوم پیشرفت می‌کند و Caudal Limb در قسمت دیستال الیوم و 2/3 پروکسیمال کولون را تشکیل می‌دهد، در قسمت که اتصال تقریباً، کودال و عضو کرانیال قنات ویتیلین همراهی کیسه زرد یکجا شده، که در حالت نورمال قبل از تولد از بین رفته و یا در 2% واقعات باعث تشکل رتج می‌کند شده این تفتق میدگت تقریباً الی هفته 10 حیات جنین دوام کرده و قتیکه امعاء به طرف جوف بطن رجعت کند و 270 درجه از نقطه ابتدایی شروع خود تدور کرده. قسمت پروکسیمال جیجونوم دوباره داخل بطن شده که به طرف چپ آن قرار گرفته و لوپ‌های باقی مانده به طرف راست واقع شده و سکیم در آخر داخل شده، و به صورت موقت در کوادرانت علوی راست که با گذشت زمان پائین و در R.L.Q قرار گرفته، که در انومالی ولادی گت می‌تواند Malrotation و تثبیت دیده شود.

امعای رقیقه ابتدایی در هفته نهم حاملگی توسط حجرات مکعبی فرش شده، و قتیکه در قسمت پروکسیمال امعاء رقیقه ساختمان‌های Villi شروع به تشکل کند، آهسته آهسته به طرف تمام امعاء رقیقه و بالاخره کولون پیشرفت کرده، تشکل کریپت‌ها در هفته دهم و دوازدهم حاملگی شروع شده.

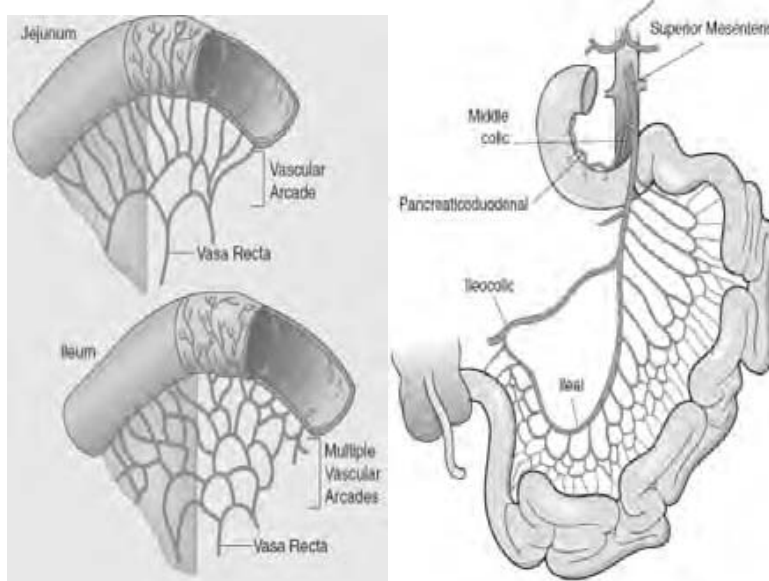
طبقه کریپت امعای رقیقه جای Continual cell که باعث تکثر این طبقه شده، این حجرات باعث بالارفتن کریپت، Villus Axis و ازدیاد تکثر حجرات شده که باعث جدا شدن آن به چهار نوع حجرات مهم مانند Absorptive انتروسیایت که 95% حجرات را ساخته، حجرات گوبلیت، Paneth cells و حجرات اندوکرانین شده، که این‌ها بالاخره داخل لومین امعاء شده که تمام این پروسه در مدت یک هفته نزد انسان تکمیل شده.

اناتومي:

(Gross Anatomy):

تشریح عمومی:

تمام امعای رقیقه که از پیلور الی سکیم امتداد دارد بهاندازه 270-290cm میباشد که طول اثنا عشر تقریباً 20cm، طول جیوجینال (100-110cm) و طول Ileal (150-160cm) است. جیجونوم از زاویه Doudenoejunal Angle شروع میشود که حمایه میشود توسط التواء پریتونانی به غضروف Treitz و درینجا کدام علامه واضح بین جیجونوم و الیوم نمیباشد. جیجونوم باعث تشکل 2/5 حصه قریبه امعاء رقیقه والیوم باقی 3/5 را تشکیل میدهد جیجونوم دارای محیط کلان و هم جدار آن ضخیم نسبت به الیوم که در زمان جراحی به واسطه معاینه کردن او عیه مسارقه شناخته میشود. در جیجونوم یک یا دو قوس طولانی، مستقیم میباشد، وازارکتابه طرف کنار مسارقه رفته، در حالیکه او عیه دموی الیوم به واسطه چهار یا پنج قوس کوتاه وازارکتا صورت گرفته، طبقه مخاطی امعای رقیقه متصف با التوات مستعرض بوده که در قسمت دیستال اثنا عشر و جیوجونوم متبازر است.



شکل (3-46)

شکل (2-46)

او عیه دموی، لمفاوی و اعصاب:

تمام امعای رقیقه به واسطه شبکه وسیع وعایی، عصبی و لمفاتیک ارواشده و تمام آنها به صورت مستعرض داخل میزانتیر شده، قاعده میزانتیر با جدار بطن به طرف چپ فقره قطنی دوم در تماس بوده، و منحرف به طرف راست و سفلی عبور کرده و در راست مفصل Sacroiliac قرار گرفته.

ارواء امعای رقیقه به استثناء قسمت پروکسیمال اثنا عشر توسط Celiac Axis که از شریان میزانتیریک علوی منشه گرفته صورت گرفته. شریان میزانتیریک علوی به طرف قدام پانکراس و سوم حصه اثنا عشر سیر کرده، و آنها را ارواء کرده به شمول امعای رقیقه، کولون صاعده و مستعرض.

دریناژ وریدی امعاء رقیقه که موازی با شرین سیر میکند که بالاخره در وریدی میزاتریک علوی دریناژ شده که با ورید رحالی در خلف عنق پانکراس ورید باب را میسازد

تعصیب امعای رقیقه به واسطه اعصاب سمپاتیک و پاراسمپاتیک صورت میگیرد، اعصاب پاراسمپاتیک از واگوس منشا گرفته و به طرف Celiac ganglion رفته و باعث وظایف افزایی، حرکی و تمام فعالیت های معایی میشود، اعصاب پاراسمپاتیک باعث انتقال سیاله درد نشده، اعصاب سمپاتیک از Splanchnic nerves منشا گرفته و به طرف ضفیره که در اطراف او عیه میزاتریک علوی قرار دارد، سیر میکند. سیاله حرکی بالای حرکات او عیه دموی و هم بالای افرازا ت هضمی و حرکات آن تاثیر دارد.

دریناژ لمفاتیک امعای رقیقه از Peyer Patches که در طبقه مخاطی امعا قرار داشته به عقدات لمفاوی میزاتریک و بالاخره قنات صدري و سیستم وریدی که در عنق قرار دارد صورت میگیرد. و از طریق جریان لمفاتیک مواد لیپید جذب و انتقال یافته به داخل دوران خون و هم در سیستم معافیت و انتشار حجات کانسری رول مهم بازی میکند.

اناتومی میکروسکوپی:

جدار امعای رقیقه دارای چهار طبقه بوده:

- مصلي: طبقه سیروزا طبقه خارجی جدار امعای رقیقه است که متشکل از پریتون حشوی میباشد.
- عضلي: طبقه Muscularis propria شامل دو طبقه عضلات است (عضلات طولانی در خارج و عضلات حلقوی در داخل و حجات Ganglionic ضفیره Auerbach درینجا قرار دارد.
- تجت المخاط: این طبقه دارای او عیه دموی و اعصاب بوده.
- مخاطي: طبقه مخاطی که دارای سه طبقه مخاطی عضلي بوده. درین طبقه مهمترین آن حجات اپیتل که کریپت های امعا و ساختمان های ویلی را پوشانیده و وظیفه جذب و هضم به عهده دارد.

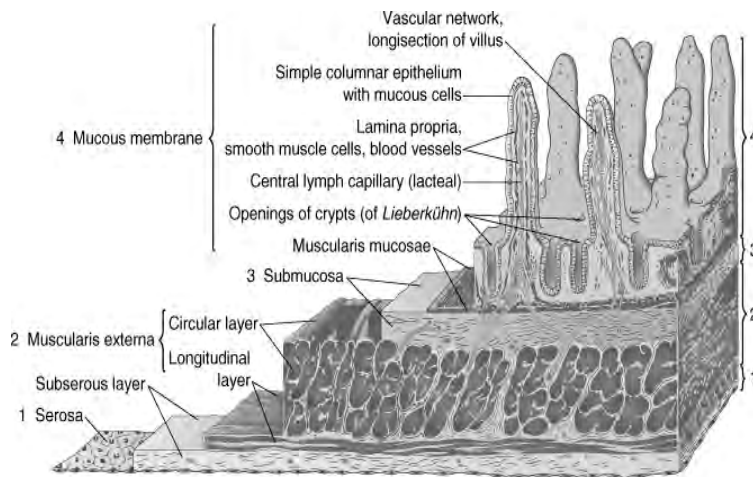
چهار نوع حجات مهم در طبقه مخاطی قرار دارد که عبارت از:

۱. حجات گابلیت که مخاط افزاز کرده

حجات پانیت که باعث افزاز لایروزایم، نیکروز تومور فکتور و Cryptidine شده که وظیفه سیستم دفاعی به عهده دارد.

۲. Absorptive Enterocyte

۳. Entero endocrine cell که باعث افزاز هورمون معدی معایی شده.



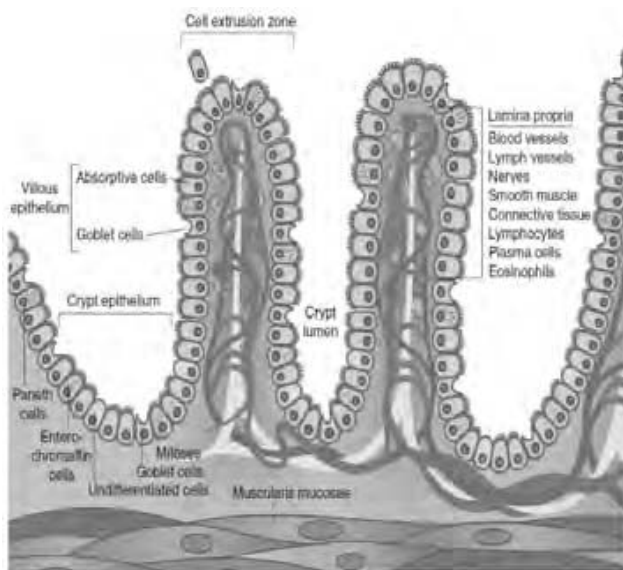
Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (4-46)

فریولوژی

جذب و هضم:

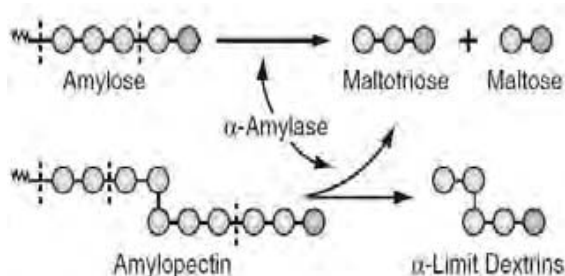
وظیفه اساسی امعای رقیقه پروسه مغلق هضم و جذب مواد غذایی، آب، الکترولیت و منرال ها است. چندین لیتر آب و صدها گرام مواد غذایی روزانه داخل امعای رقیقه شده که قابل ملاحظه آنها جذب به استثنای سلولوز که غیر قابل جذب است. معده اولین قسمت است که پروسه هضم در آن شروع شده مواد غذایی جامد به اندازه 1mm خورد کده که بعداً داخل اثنا عشر شده توسط انزایم های پانکراتیک و پروتین و شحم به شکل ایون، ویتامین و آب میباشد.



صفرآ هضم شده و توسط جدارهای امعای رقیقه جذب میشود و طبقه ابتدای امعاء رقیقه ابتدا جذب کاربوهایدریت پروتین و شحم به شکل ایون، ویتامین و آب میباشد.

کاربوهایدریت:

مصرف یک شخص کاهل روزانه درغذای غربی از 35g الي 300 کاربوهایدریت میباشد که تقریباً 50% آن را نشایسته، 30% سکرروز، 6% لکتوز و باقی مانده مالتوز، تری هالا ز، گلوکوز، فرکتوز، سوربیتول، سلولوز و پیکتین به مصرف میرسد نشایسته که یک پولی سکراید است. جهت پایدار بودن مالیکولهای گلوکوز میباشد



امیلاز تقریباً 20% نشایسته را ساخته توسط لعاب دهن یا پتیالین و پانکراتیک امیلاز به Maltotriose و مالتوز تبدیل میشود. شکل (6-46)

امیلوپیکتین تقریباً 80% نشایسته مواد غذایی را ساخته که توسط هضم امیلوز هضم شده. به صورت عموم تمام نشایسته قبل از اینکه داخل اثنای عشر و قسمت علوی جیجونوم شود به مالتوز و پولی میرهای خورد گلوکوز تبدیل شده و در امعای رقیقه انزایم های لکتوز، مالتاز، ایزومالتاز، سکروز و تری هالا ز دارد که دای سکراید ها را به مونوسکراید ها تبدیل کرده. لکتاز به لکتوز، مالتاز به مالتوز، سکرز به سکروز و بالاخره گلوکوز و فرکتوز تبدیل کرده و تمام کاربوهایدریت ها به شکل مونوسکراید ها جذب میشود.

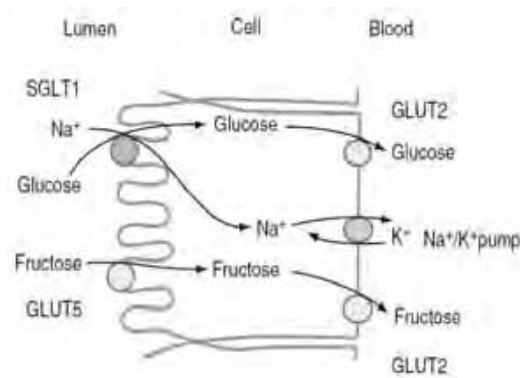
Table 46-1.Characteristics of Brush Border Membrane Carbohydrases

Enzyme	Substrate	Products
Lactase	Lactose	Glucose Galactose
Maltase (glucoamylase)	α -1, 4 linked oligosaccharides Up to nine residues	Glucose
Sucrase-isomaltase (sucrose- α -dextrinase)		
Sucrase	Surose	Glucose Fructose
Isomaltase	α -Limit dextrin	Glucose
Both enzymes	α -Limit dextrin α -1,4 linked at nonreducing end	Glucose
Trehalase	Trchalose	Glucose

جدول (2-46) اساسات پانکراتیک پروستیاژز

انزایم	فعالیت ابتدایی
اندوپیتیداز	هایدرولیز پیتیدها پولی پیتیدها و پروتین ها
تریپسین	بالای زنجیر پیتیدها تاثیر کرده و تعداد زیاد امینواسید تولید میکند
شیموتریپسین	بالای زنجیر پیتیدها تاثیر کرده که شامل اروماتیک امینواسید مانند لوسین، گلوتامین
و میتونین بوده الاستاز	بالای زنجیر پیتیدها تاثیر کرده که دارای امینواسیدهای الفاتیک میباشد
اگزوپیتیداز	بالای زنجیر پیتیدهای پولی پیتید و پروتین تاثیر کرده
کاربوکسی پیتیداز A	بالای پیتیدهای که دارای امینواسیدهای اروماتیک و الفاتیک بوده تاثیر میکند
کاربوکسی پیتیداز B	بالای پیتیدهای تاثیر کرده که دارای امینواسیدهای اساسی میباشد

پروتین:

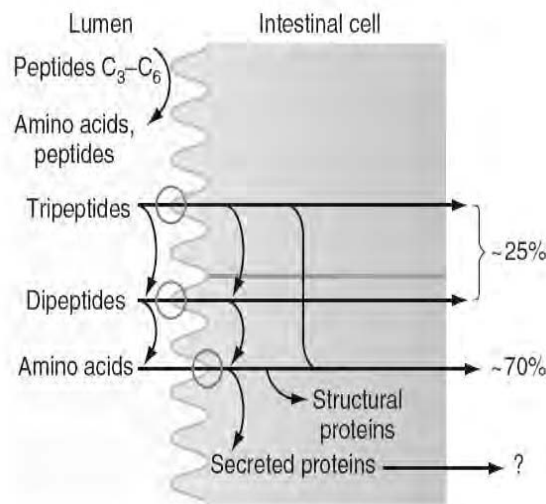


هضم پروتین در ابتدا در معده شروع شده در انجای که گاستریک اسید به پروتین تبدیل میشود و در امعای رقیقه ادامه پیدا کرده. در معده توسط اسید معدوی و در امعای رقیقه توسط پانکریاتیک پانکریاز، پانکریاتیک تریپسینوجن که توسط انتیروکیناز فعال شده و همچنان اندوپپتیدازها که شامل تریپسین، شیموتریپسین و لاستاز است، بالای قسمت داخل مالیکول های پروتین تاثیر کرده و

آماده تاثیر اگزوپپتیدازگریده که امینواسید ها جدا و پروتین های مربوطه به پپتید ، ترايگلسرید و بعضی پروتین های بزرگ تبدیل

کرده و بالاخره از طریق لومین امعا جذب شده.

شحم:



اکثر اشخاص کاهل در امریکای شمالی روزانه 60-100g شحم مصرف میکنند. برای گلسرید ها و شحم اکثراً مرکب از گلیسیرول، Nucleus و سه اسید های شحمی و مقداری کم از فوسفولیپید ها، کولسترول و استرکولسترول میباشد. و هضم تمام مواد شحمی داخل امعای رقیقه صورت میگیرد.

Emulsification عبارت از پروسه است که اولین گلوب

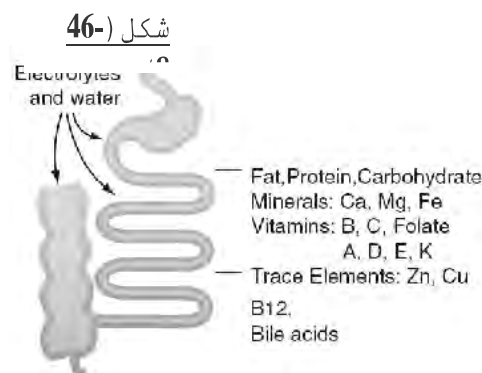
ول های شحمی به واسطه انزایم های منحل در شحم، پارچه پارچه شده و این پروسه به واسطه صفرا کبدی که دارای نمک های صفراوی میباشد صورت میگیرد و همچنان پانکریاتیک لیپاز نیز در هضم برای گلسرید ها رول دارد.

اب ، الکترولیت ها و ویتامین ها:

روزانه 8-10 لیتر آب داخل امعای رقیقه شده که مقداری زیاد آن جذب و تقریباً 500ml یا کمتر از آن در الیوم باقی مانده داخل کولون میشود (شکل 9-46) آب توسط عملیه ساده دیفیوژن جذب میشود و همچنان داخل شدن و خارج شدن آب ذریعه فشار اوسموتیک صورت گرفته که در نتیجه ترانسپورت فعال سودیم، گلوکوز یا امینو اسید داخل حجرات صورت میگیرد

الکترولیت ها در امعای رقیقه به شکل ترانسپورت فعال جذب شده مانند Ca ، H^+ ، HCO_3^- ، Cl^- ، Na^+ و ویتامین D و غیره.

ویتامین ها یا در شحم منحل است مانند (A, D, E, K) و یا در آب منحل است. ویتامین C، ویتامین B1، ویتامین B6، ویتامین B12 در امعای رقیقه جذب شده.



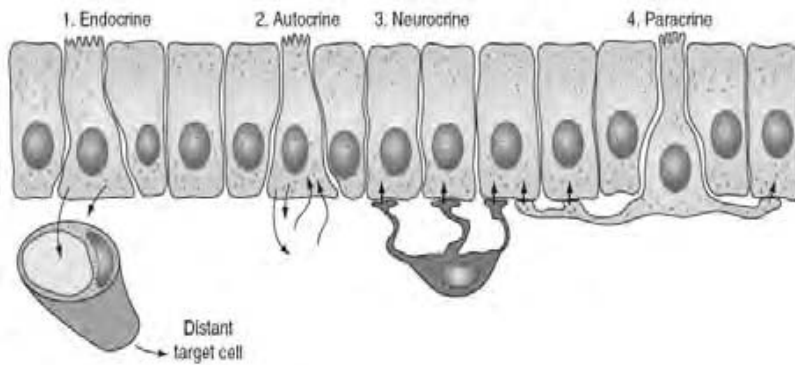
حرکات امعاء:

مواد غذایی در بین امعاء رقیقه به واسطه انواع مختلف تقلص عضلات پیش می‌رود. حرکات اشتدادی که در هر ثانیه به سرعت 1-2cm بوجود می‌آید و وظیفه مهم آن حرکت دادن غذای هضم شده معده در بین امعاء است و حرکات در امعاء رقیقه در حالت گرسنگی و غذا خوردن فرق می‌کند در زمان خوردن مواد غذایی را در امعایی رقیقه به پیش می‌برد در زمان گرسنگی که پیروی بین غذا است تقلصات حلقوی امعاء بصورت منظم پاک کرده که در هر 75-90 دقیقه تکرار می‌شود، و این حرکات تحت تاثیر عصبی و هومورال بوده. اعصاب آن سمپاتیک و پاراسمپاتیک یا واگوس است. الیاف واگوس دو تاثیر وظیفوی دارد. یکی آن کولینرژیک، تنبه و دیگر آن Peptidergic و نهیه کننده است. اعصاب سمپاتیک حرکات معایی را نهی کرده، ولی پاراسمپاتیک آنها را تنبه کرده. هورمون معایی همچنان باعث تنبه کردن حرکات معایی شده که عبارت از موتیلین می‌باشد.

وظایف اندوکرین:

جدول (4-46) استعمال تشخیصی و تداوی هورمونهای معدی معای	
هورمونها	استعمال تشخیصی و تداوی
مقدار گاسترین	پنتاگاسترین به خاطر افزایش اعظمی اسید معدوی
کولی سیستو کینین	بخاطر تقلص کیسه صفرا
سکریتین	تست تنبه کننده برای گاسترینوما و اندازه کردن افزایش اعظمی پانکراس
گلوکاگون	نهی کردن حرکات معایی برای سپازم اندوکرینی و از بین بردن سپازم معصره اودی تست تنبه کننده برای انسولین، کاتیکول امین و آزاد کردن هورمون نشونما
سوماتوستاتین	تداوی اسهالات کارسینوید کاهش دادن افزایش فستول پانکراتیک و معایی تداوی خونریزی واریس های مری

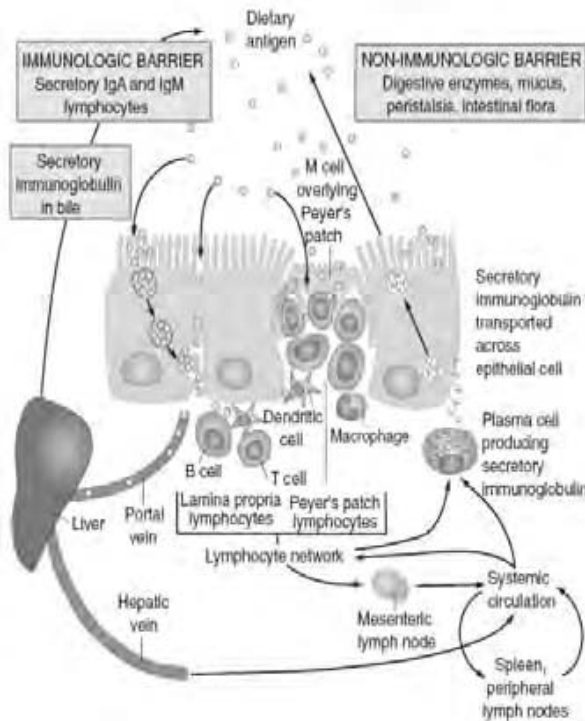
هورمون های معدی معایی:



هورمون های معدی معایی به امتداد طول امعای رقیقه قرار داشته و در حقیقت امعای رقیقه یک عضو بزرگ اندوکراین است اگرچه بعضی اوقات اینها در صف هورمونها طبقه بندی

میشود و این هورمون ها همیشه مانند سیستم اندوکراین حقیقی وظیفه نداشته، به این معنی که دیسچارج داخل دوران خون شده ولی تاثیر آن در بعضی موقعیت ها تولید شده.

این پیتاید ها که دیسچارج شده به صورت موضعی پاراکراین یا اتوکراین عمل میکنند. بعضاً این پیتاید ها به شکل نیوروترانسمیتر تاثیر کرده، هورمون معدی معایی یک رول مهم در Pancreaticobiliary افزایشات و حرکات معایی داشته، علاوه بر آن هورمون های معدی معایی معین تاثیرات تروپیک در بالای نورمال و نیوپلاستیک مخاط معایی و پانکراس دارد



وظایف معافیتی:

در اثنا سیر نورمال روزمره، ما یک تعداد باکتریها، پرازیت ها و ویروس ها را هضم میکنیم و سطح بزرگ امعای رقیقه یک دروازه دخولی این پتورژن ها است و امعای رقیقه به حیث یک مانعه ایمونولوژیک علاوه بر وظایف هضم و اندوکراین رول مهم بازی میکند. در نتیجه مواجه شدن با انتی ژن امعا دارای تعداد زیاد حجرات لمفوئید و T لمفوسیت و حجرات میالوئید مکروفاژها، نیوتروفیل ها، ایزونوفیل ها و مست سیل میباشد که حد امکان باعث مانع جذب توکسین ها و انتی ژن ها شده. نسج لمفاوی درین ناحیه موقیعت دارد در Peyer patches، Lamina propria و لمفوسایت داخل اپیتل

انسداد:

تشریح مریضان که انسداد امعای رقیقه داشته در قرن سوم و چهارم طوریکه Proxagorus با ساختن فستول Enterocutaneous مربوط به امعاء که انسداد امعای رقیقه رافع کرد، علاوه بر این موقیعت توسط عملیه جراحی، تداوی غیر جراحی، با استعمال ادویه مسهل و برداشتن مواد توکسیک از خون یک رول عمومی تا سال 1800 برای این

افات خارج جدار معای

Adhesions (usually postoperative)

Hernia

External (e.g., inguinal, femoral, umbilical, or vertral hernias)

Interna (e.g., congenital defects such as paraduodenal, Foramen of Winslow, and diaphragmatic hernias or Postoperative secondary to mesenteric defects)

Neoplastic

Carcinomatosis

Extraintestinal neoplasms

Intra-abdominal abscess

افات داخل جدار معای

Congenital

Malrotation

Duplication/cysts

Inflammatory

Crohn's disease

Infections

بکس (1-46) اسباب میخانیکی انسداد معای درگاهلان

Diverticulitis

Neoplastic

Primary neoplasms

Metastatic neoplasms

Traumatic

Hematoma

Ischemic stricture

Miscellaneous

Intussusception

Endometriosis

Radiation enteropathy/stricture

I افات داخل لومین معای

Gallstone

Enterolith

Bezoar

مريضان بوده ولي اسپسي و اتی سپس تکنیک جراحی، مداخله جراحی راساده محفوظ و قابل اجرا ساخت. همچنان پا دانستن فزیوپتالوژی انسداد امعا و استعمال مایعات ایزوتونیک، تیوب معایی دیگومپریسیون و انتی

بیوتیک باعث کاهش و فیات مريضان شد. ولی فعلاً دوکتوران جراحی با یک تعداد مشکلات مواجه است مانند تشخیص و تداوی مقدم تا از اختلالات مرض جلوگیری شود اگرچه تاحال دوکتوران جراح همراه مريضان در تشخیص اسناد امعاء رقیقه باسختی ها و مشکلات زیاد مواجه اند.

اسباب :

اسباب انسداد امعای رقیقه به سه کتگوری تقسیم شده:

1 انسداد از سبب فشار بالای

قسمت خارجی لومین امعای

رقیقه مانند التصاقات، فتق،

کارسینوما و ابسی. میباشد

2 موجودیت آفت داخل دیوار امعا

مانند تومورهای ابتدایی.

3 موجودیت آفت داخل لومین

مانند سنگ های صفراوی،

سنگ غایبی، اجسام اجنبی

ویزوار.

اسباب انسداد امعای رقیقه به شکل

قابل ملاحظه در اواخر قرن 20 تغییر کرده مثلاً فتق اضافه از نصف اسباب انسداد را میسازد. التصاقات بعد از عملیات اسباب دومی انسداد امعای رقیقه را ساخته، خصوصاً بعد از عملیات های نسایی، اپنڈیکتومی، رزکشن کولوریکتل 60% اسباب انسداد امعا را در ایالات متحده میباشند و علت پروسیجر های که در قسمت سفلی بطن اجرا شده و باعث التصاقات و انسداد شده اینست که امعا در حوصله ریاد متحرک است، و در قسمت علوی بطن زیاد محدود میباشند. تومور های خبیث تقریباً 20% اسباب انسداد امعاء رقیقه را میسازد که میتواند تالی یا میتازتاتیک باشد. مثلاً تومور های مبیض، پانکراس، معده، کولون یا تومور های ابتدایی خصوصاً کولون، (سکیم و کولون صاعده) میتواند باعث انسداد امعاء رقیقه شود.

فتق که تقریباً 10% سبب سومی انسداد امعاء رقیقه رامیسازد که اکثراً فتق مغبني و Ventral hernia بعد از عملیات های جراحی بطن بوجود می آید باعث انسداد میشود. همچنان فتق فخذی، اوبتورتور، قطني و سیاتیک باعث انسداد امعاء رقیقه میشود

مرض کرون سبب چهارمی انسداد امعای رقیقه شده که تقریباً 5% اسباب آنرا میسازد. سبب مهم آن ابسی داخل بطن است که در اثر ریچر اپندکس دایورتیکولوم یا Dehiscence انستوموز امعای رقیقه بوجود آمده و همچنان انسداد در اثر الیس موضعی امعا که در مجاورت ابسی قرار دارد نیز بوجود آمده و همچنان امعای رقیقه میتواند یک قسمت از دیوار جوف ابسی را ساخته و Kinking باعث انسداد درین نقطه میگردد درین نقطه امعا کینگ و باعث انسداد شده و بعضی اسباب دیگر مانند تغلف امعا به صورت ابتدایی یا تالی بالای پولیپ، تومور، سنگ صفاوی که داخل لومین امعا میشود، از طریق فستول معایی صفاوی باعث انسداد شده. انتیروکولیت که از جیجونل دایورتیکول اجسام اجنبی و فیتوبیزوارنیز باعث انسداد میشود.

پتوفزیولوژی:

چنانچه میدانیم در مراحل مقدم انسداد، حرکات معایی و تقلصات آن زیاد شده و کوشش میشود تا محتوی امعا در نقطه انسدادی به قدام تیله شود و از سبب ازدیاد حرکات اشتدادی در نقطه بالای و پائین در مرحله مقدم انسداد اسهالات نیز موجود میباشند، در مراحل موخر حرکات معایی کم و ضعیف شده امعا متوسع میشود آب، والکترولیت در دیوار امعا جمع شده که باعث هایپوالیمیا شده و تاثیرات میتابولیک این ضایع شدن مایعات و الکترولیت مربوط به موقعیت و زمان انسداد است. اگر انسداد در قسمت پروکسیمال امعای رقیقه باشد دی هایدریشن مترافق با هایپوکلوریمیا، هایپوکلیمیا، میتابولیک الکلوئیز و استفراقات زیاد موجود میباشند

اگر انسداد در قسمت دیستال امعای رقیقه باشد، مقدار زیاد مایع داخل لومین امعا ضایع شده و ضایعات الکترولیت سیروم کمتر بوده ازوتیمیا، اولیگوریا و غلظت خون مترافق با دیهایدریشن میباشند. هایپوتانسیون و شوک میتواند واقع شود. دیگر تغییرات انسداد امعا ازدیاد فشار داخل بطن، کاهش در رجعت وریدی و بلند رفتن حجاب حاجز و تغییر در تهویه مریض، این فکتور ها نیز باعث ازدیاد تاثیرات هایپووالمی شده، ازدیاد در فشار داخل لومینال امعا باعث کاهش جریان خون مخاط شده و خصوصاً در شکل Closed Loop Obstruction، که در اثر تدور امعا بوجود می آید در صورت پیشرفت آفت بندش شریان و اسکیمی که بالاخره باعث تشقب و پرتونیت میگردد

در حالت نورمال جیجونوم و پروکسیمال الیوم ستیریل است. ولی در حالت انسداد فلورا امعای رقیقه تغییر کرده و هر دو طیف اورگانیزم ها معمولاً E-coli، ستریپتوکوک فیکالیس، Klebsiella و به تعداد

10⁹ - 10¹⁰ ml رسیده و همچنان مطالعات نشان داده که ازدیاد در تعداد باکتریهای سوهاضمه در عقدهات لمفاوی میزانتیر و اعضای سیستمیک میشود.

اعراض سریری و تشخیص:

یک تاریخچه صحیح، معاینات فزیک و رادیوگرافی بطن برای تشخیص و تدای انسداد امعا کمک زیاد میکند.

تاریخچه:

اعراض مهم انسداد عبارت از درد های کولیکی بطن، دلبدی، استفراق، توسع بطنی و توقف گاز، مواد غایطه است. این اعراض نظر به موقعیت و زمان انسداد فرق میکند. درد های بطنی کرمپ مانند که هر 4-5 دقیقه بعد تکرار میشود. دلبدی، استفراق در انسداد قسمت علوی زیاد معمول است. ولی در صورت موجودیت انسداد در قسمت دیستال استفراق کمتر دیده میشود.

انتفاخ بطنی در مراحل پیشرفته انسداد نیز دیده شده که قسمت پروکسیمال امعا متوسع شده. قبضیت در مراحل اخر انسداد دیده شده، در مراحل ابتدایی نزد مریض اسهالات از سبب ازدیاد حرکات اشتدادی بوجود آمده، و در مراحل اخري حرکات اشتدادی از بین رفته. وصف استفراق نیز مهم است. اگر انسداد مکمل باشد با نشو نمای باکتریها، استفراق غایطی یا غایطی بوده که دلالت به مرحله اخیر و تأیید انسداد امعا میشود.

معاینات فزیک :

مریضان انسداد معایی با تاکی کاردی، فشار پایین دلالت بر دیهایدریشن و خیم کرده، تب دلالت بر مختنق کرده. با معاینه بطن متوسع بوده، میتواند سکار جراحی سابقه موجود باشد. در مراحل مقدم انسداد حرکات اشتدادی خصوصاً در مریضان لاغر قابل مشاهده بوده و با اصغا آواز های معایی هایپراکتیویه شکل Borborygmia موجود میباشد، در مراحل موخر آواز های معایی موجود نبوده. با جس حساسیت متوسط یا بدون موجودیت کتله قابل جس، در حالیکه تندرینس موضعی، Rebound و Guarding دلالت بر پریتونیت و مختنق کرده و مریض به بسیار احتیاط معاینه شود، خصوصاً نواحی فتقیه مثلاً مغبني مثلث فخذی، فوحه اوبتوراتور. معاینه رکتیم نیز از سبب موجودیت کتله بطنی و هم موجودیت خون در مواد غایطه دلالت بر خباثت، تفلف و احتشا میکند.

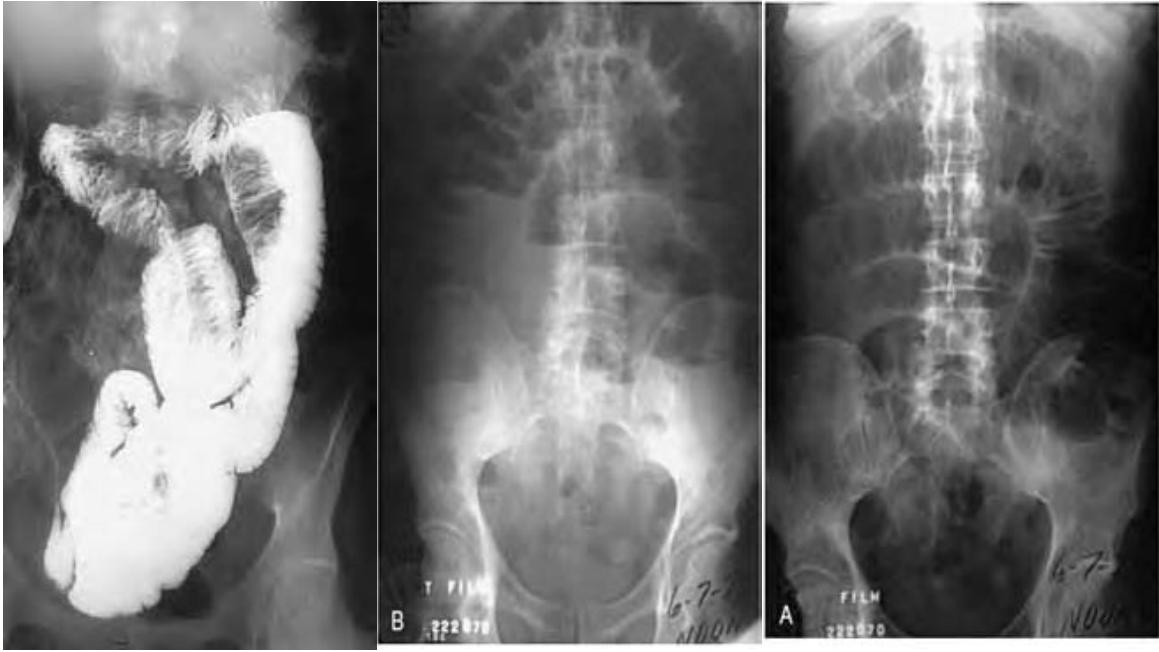
رادیولوژی و معاینات لابراتواری:

تشخیص انسداد امعا رقیقه توسط اعراض سریری، معاینات فزیک و رادیولوژی صورت گرفته در رادیولوژی بطن به وضعیت Plain در انسداد امعا رقیقه موقعیت انسداد را نشان داده و تشخیص را تأیید میکند. در رادیوگرافی به شکل استجاع ظهري لوپ های معایی متوسع دیده شده بدون توسع کولون در رادیوگرافی وضعیت استاده چندین سویه Air Fluid دیده شده، در کلیشه بطن به وضعیت Plain عامل انسداد میتواند دیده شود مانند اجسام اجنبی یا سنگ صفاوي.

در یک مریض مغلق که تشخیص واضح نباشد CT مفید است که میتواند موقعیت و سبب انسداد را واضح کند. مثلاً تومور های بطنی، امراض التهابی یا اسی. و هم میتواند مختنق امعا را واضح کند که موجودیت اسکیمی و نکروز را نشان داده، اکسری با باریوم نیز کمک میکند. التراسوند نزد مریضان حامله نیز قابل استفاده بوده MRI نیز در انسداد

امعا قابل استفاده بوده میتواند. معاینات لابراتواری برای تشخیص انسداد، موقعیت و سبب آن کمک نمیکند تنها برای موجودیت دیهایدریشن و درجه آن کمک میکند.

اندازه کردن الکترولیت های سیروم مانند سدیم، پتاشیم، کلوراید، بیکاربونات و کریاتینین برای احیا کردن دیهایدریشن ضروری میباشد دیهایدریشن باعث غلظت خون و بلند رفتن هیماتوکریت شده و همچنان توحید زیاد مایعات باعث کاهش HCT شده، ازین لحاظ مریضان که تومور های معایی دارد قبل از جراحی باید خون برای شان تطبیق شود. موجودیت لوکوستیوز دلالت بر اختناق کرده، و عدم موجودیت لوکوستیوز باعث از بین رفتن امکان اختناق نمیشود



شکل (46-13A,B)

شکل (46-17)



شکل (46-14)

انسداد اختناقي ساده:

اکثراً انسداد امعاء رقیقه به دو کتگوری طبقه بندی شده ، یکی آن انسداد ساده است که تنها به صورت میکانیکی جریان محتوی امعاء بلاک شده بدون کدام تغییر قابل ملاحظه در دیوار امعاء. بر خلاف شکل دیگر آن انسداد اختناقي است که معمولاً به شکل Closed Loop Obstruction است که جریان خون یک سگمنت امعاء خراب و بالاخره احتشا امعاء بوجود آورده که این شکل انسداد اختناقي مترافق با ازدیاد مرگ و میر بوده، لذا تشخیص مقدم و تفریق آن از شکل انسداد ساده بسیار مهم است.

علایم کلاسیک آن تاکی کاردی تب لوکوسایتوز و درد بطنی بدون کرمپ می باشد. معاینات CT در مراحل موخر و غیر قابل ارجاع اسکیمی مفید است. تعیین کردن الکترولیت های سیروم و دیگر معاینات از قبیل لکتات دیهایدروجنیز، امیلاز، الکلین فسفاتاز و سویه امونیا. علاوه بر معاینات فوق رادیو گرافی نیز در تشخیص مرض کمک میکند.

تداوی:

توصیه مایعات و انتی بیوتیک:

مریضان انسداد امعاء رقیقه معمولاً دیهایدری بوده و مقدار Cl، K، Na کم بوده و احیا کردن آنها را ذریعه محلول ایزوتونیک سالین و رنگر لکتات صورت میگیرد و دهانه ادرار ذریعه انداخته فولی کتیتر تعیین و در صورت که مقدار ادرار کافی نبود پتاشیم کلوراید نیز علاوه شده، تعیین کردن الکترولیت، هیماتوکریت و کریوات سفید بعد از تطبیق مایعات و الکترولیت نیز ضروری می باشد ، خصوصاً مریضان کاهل و مسن که باید CVP آنها نیز تعیین شود. انتی بیوتیک وسیع الساحه در انسداد ساده میخانیکی به شکل وقایوی و یا انسداد پیشرفته مختنق جهت اجرا کردن ریزکشن یا اینتیریکتومی نیز توصیه میشود.

Tube Decompression:

علاوه بر احیا و معاوضه کردن مایعات و الکترولیت ها، توصیه کردن سکشن انفی معدوی می باشد سکشن انفی معدوی با Levin Tube ذریعه تخلیه کردن معده نیز مفید است و هم از آسپریشن ریوی ذریعه محتوی استفراق، و کم کردن توسع امعاء از هوای که قبل از عملیات بلع شده، جلوگیری میکند. استعمال تیوب های طویل امعاء یا Baker Tube نیز استعمال میشود.

تداوی مریضان بدون عملیات جراحی و هم کم کردن سرعت و فیات بعد از مداخله جراحی مربوط به کامیابی استتباب NGT است که میتواند از بودن زیاد مریضان در شفاخانه، کم کردن زمان ایس بعد از عملیات و دیگر اختلالات بعد از عملیات جلوگیری کند. مریضان که انسداد معایی قسمی دارد، نیز میتواند ذریعه احیای مجدد و تیوب کامپرسیون تداوی شوند

تداوی جراحی:

به صورت عموم مریضان که انسداد مکمل امعاء رقیقه داشته باشد ضرورت به مداخله جراحی دارد. اما مریضان انسداد امعاء رقیقه عملیات نمیشود در صورت که علایم تب، تاکی کاردی، تندر نیس با لوکوسیتوز نزدشان موجود نباشد و در صورت اعراض و علایم فوق دلالت بر موجودیت اختناق کرده که باید به صورت مقدم تداوی جراحی شود و در صورت تاخیر بوجود آمدن ریسک انسداد مختنق زیاد بوده.

در صورت که سبب انسداد باند التصاقی باشد به بسیار احتیاط التصاقات لیز شده و کوشش شود از ترضیض سیروز، تسلیخ و اینتیروتومی بیجای و بی مورد جلوگیری شود. در صورت موجودیت Incarcerated Hernia تداوی جراحی و سگمنت معایی فتقیه ارجاع و دیفکت بسته میشود. در صورت موجودیت تومور های خبیث که باعث انسداد شده میتازتاز منتشر موجود باشد و مریض در مراحل اخر باشد تداوی بدون جراحی توصیه شده و در صورت که انسداد مکمل باشد بای پاس ساده در ناحیه ماوفه و یا ریزکشن میتوانیم اجرا کنیم. در صورت موجودیت مرض کرون به شکل حاد که باعث انسداد شده باشد باید توسط تداوی محافظه کار رفع شود ولی در شکل مزمن که تضیق فبروتیک باعث انسداد شده باشد ریزکشن معایی یا Stricture Plasty نیز ضرور است. مریضان که ابسی داخل بطن دارد و توسط CT تشخیص شده باید دریناژ ابسی از طریق جلد اجرا شود.

Radiation enteropathy یک اختلاط تداوی شعاعی است که به خاطر امراض خبیث حوصلي اجرا شده، میتواند باعث انسداد امعا شود که در شکل حاد آن تداوی غیر جراحی یا تیوب دي کامپرسیون و کورتیکوسترئید ولی در صفحه مزمن تداوی غیر جراحی نادراً نتیجه داده و ضرورت به لاپراتومی موجود است که ریزکشن سگمنت ماوفه و بای پاس آن اجرا شود.

در زمان Exploration از ریایی حیاتیات امعا بسیار مشکل است در صورت که سگمنت اختناقي آزاد شود. به خاطر این کار سگمنت معایی مختنق شده کاملاً آزاد و در بین سپونج مرطوب با سالین گرم برای 15-20 دقیقه گذاشته شده و بعداً دوباره معاینه شده، اگر رنگ آن نورمال و حرکات پرستالتیک پیدا شده، سگمنت مذکور داخل بطن شده که بعد از عملیات معاینه حیاتیات سگمنت ماوفه توسط Doppler Probe و یا Second Look لاپراتومی اجرا شده خصوصاً در مریضان که بعد از عملیات ابتدایی وضعیت عمومی آن خراب شود. یک گروپ از دوکتوران تداوی لاپراسکوپیک در شکل حاد انسداد امعا رقیقه توصیه میکنند زیرا مریض برای مدت کوتاه در شفاخانه بستر شده، مریضان که برای لاپراسکوپي آماده است:

۱. انتفاخ بطني متوسط : که برای تفتیش بطن خوبتر اجازه داده.

۲. انسداد پروکسیمال

۳. انسداد قسمی

۴. انسداد پیشبینی شده باند برید

ولی در صورت که مریض مکمل و پیشرفته انسداد قسمت دیستال امعای رقیقه داشته باشد برای لاپراسکوپي کاندید و مساعد نیست.

تداوی بعضی حالات خاص و مشکل:

۱. انسداد معایی متکرر :

تمام جراحان په این موافق است که در مریضان اختلاطی که چندین مرتبه عملیات بطني شده و به نام Forzen Abdomen یاد شده ابتدا کوشش میکنند که بدون جراحی تداوی شود ولی اگر تداوی محافظه کار نتیجه نداد دوباره عملیات شود که یک پروسیجر مغلق و طولانی بوده و بسیار احتیاط شود که از اینتیروتومی جلوگیری شود. و درین مریضان مغلق از پروسیجر جراحی مختلف و ادویه های فارمکولوژیک استفاده شود تا از التصاقات و انسداد دوباره جلوگیری شود.

در صورت اجرا کردن یک پروسیجر بالای امعای رقیقه یا میزاتر آن باعث بوجود آمدن اختلالات از قبیل لیکازفستول، پریتونیت، و مرگ مریض میشود که با تیوب طویل معایی از طریق انف، Jejunostomy، گاستروستومی گذاشتن آن برای دو هفته یا زیادتر ولی اختلالات این تیوب شامل دریناژ دوامدار محتوی امعا، تغلف و مشکلات در برداشتن تیوب که ضرورت به عملیه جراحی Re Exploration است. استعمال بعضی ادویه جات مانند کورتیکوستروئید و دیگر ادویه جات ضد التهابی، ادویه سایتوتوکسین، انتی هستامین با موقعیت کمتر صورت گرفته، همچنان ادویه انتی کولگولات مانند هیپارین، محلول دکستران، dicumarol و سودیم سستیرات که باعث وسعت تشکل التصاقات شده که برای از بین بردن تاثیر آنها زرق داخل پریتنانی پروتیناز های مختلف مانند Papain، تریپسین و پپسین که باعث هضم انزایماتیک پروتین های خارج الحجروی و تاثیر هیالورونیداز نیز قابل سوالیه است. ولی نتایج دیگر فبرینولایتیک مانند ستریتوکیناز، یوروکیناز و Fibrinolytic Snake Venuome خوب است.

۲. انسداد حاد بعد از عملیات:

انسداد امعای رقیقه که فوراً بعد از عملیات واقع میشود یک چلینج برای طبیب از لحاظ تشخیص و تداوی میباشد تشخیص اکثرأ مشکل است زیرا اعراض ابتدایی آن درد بطن، دلبدی میتواند همراهی الیوس بعد از عملیات کمک کند و همچنان کمبود الکتروولیت خصوصاً هایپوکلیمیا نیز میتواند سبب الیوس شود که دوباره تداوی میشود. اکسری ساده بطن معمولاً در تشخیص تفریقی مرض کمک کرده نمیتواند، ولی CT میتواند کمک کند. تداوی محافظه کارانه در انسداد قسمی کمک میکند و در انسداد مکمل ضرورت به دوباره عملیات است و اصلاح کردن آن مشکل خاص است.

۳. Ileus:

درین حالت نزد مریض توسع معایی و عبور محتوی معایی وجود ندارد بدون آنها مانع میخانیکی که اسباب آن مختلف است و شامل ادویه جات، تشوشات میتابولیک، نیوروجنیک و اتانات. (2-46) Box میباشد از جمله ادویه جات، انتی کولیزجیک، اوتوایمونیک بلاکر، انتی هستامین و اشکال مختلف Opiate.Psychotropic از جمله ادویه جات است که در مریضان عملیاتی باعث الیوس میشود، مانند مورفین یا Meperidine. اسباب میتابولیک آن هایپوکالمی، هایپوناتریمی، هایپومگنیزیمیا و هم آفات میتابولیک دیگر از قبیل یوریمیا، کوما دیابتیک، هایپویاراتاایروئیدیزم میباشد اسباب نیورجنیک آنها مجروح شدن نخاع، تخریش خلف پریتنان، و مداخله اورتوپدیک بالای نخاع و حوصله است که باعث الیوس میشود.

بگس (2-46) اسباب Ileus

بعد از اپراتومی:

تشوشات میتابولیک و الکتروولیت ها مانند هایپوکلیمیا، هایپوتریمیا، یوریمیا کومادیابتیک.

ادویه جات:

ادویه انتی کولیزجیک، ادویه خواب آور وغیره.

التهابات داخل بطنی:

خونریزی خلف پریتنان ویاالتهاب:

اسکیمیا معایی:

سپس عمومی

یک تعداد اتانات نیز باعث الیوس شده میتواند خصوصاً پنومونیا، پریتونیت و سپس عمومی که منشه خارج بطنی داشته. مریضان الیوس اکثرأ توسع بطن بدون درد های کولیکی بطن داشته باشد، دلبدی، استفراق میتواند موجود باشد ولی ممکن نباشد. مریضان الیوس از

عبور کردن گاز و اسهالات شاکمی بوده، که توسط آن میتوانیم از انسداد میخانیک تفریق کنیم. توسط رادیو لوژی میتوانیم الیوس را از انسداد امعایی رقیقه تفریق کنیم. در اکسری بطنی به وضعیت هموار ، امعاء رقیقه متوسع مانند امعای غلیظه نشان داده در واقعات مغلق که غیر قابل تشخیص باشد از اکسری با باریوم استفاده شده میتواند.

تداوی الیوس توسط نازوگاستریک دیکومپرسیون و مایعات داخل وریدی صورت گرفته، ولی تداوی اساسی آن تداوی سببی است. یعنی تداوی سپسس، اصلاح کردن الکترولیت ها، تشوشات میتابولیزم و هم از بین رفتن تاثیر ادویه جات که باعث الیوس شده مانند ادویه که باعث بلاک کردن Sympathetic input شده مانند گوانیتیدین یا تنبیه کردن فعالیت پاراسمپا تیتیک مانند بیتانیکول یا نیوستیگمین.

امراض التهابی امعا:

Crohn's Disease:

کرون یک مرض التهابی مزمن اتترامورل طرق معایی است با سبب نامعلوم. این مرض تمام قسمت های امعای رقیقه از جوف دهن الی مقعد میتواند مصاب کند ولی زیادتر امعای رقیقه و کولون مصاب ساخته اعراض سریری مرض درد بطن، اسهالات، ضیاع وزن است و میتواند مرض به شکل اختلاطی مانند انسداد امعا و فستول تظاهر کند. تداوی طبی و جراحی هر دو موقت است.

تاریخچه:

اولین واقعه مرض کرون توسط Morgagni در سال 1761 تشریح شده، و در سال 1913 جراح Scottish به نام Dalziel حدود 9 واقعه این مرض را تشریح کرد. در سال 1932 توسط Crohn's و Oppenheimer جزئیات مرض مانند پتالوژی، اعراض سریری آن در یک شخص کاهل به صورت مفصل تشریح شد.

وقوعات اپیدیمولوژی:

مرض کرون یک مرضی جراحی ابتدایی عام امعای رقیقه است که وقوعات آن در 100000 مردم عام به 3-7 واقعه رسیده، وقوعات آن در امریکای شمالی و اروپا زیاد است. حمله ابتدایی مرض کرون در اشخاص جوان کاهل در دهه دوم و سوم حیات دیده شده.

مرض کرون در ساکنین عرب زیاد معمول است که زیادتر آن زنان دیده شده و ریسک زیاد آن در اشخاص سگرت کش دیده میشود ، وقوعات مرض کرون زیادتر در زنان که از ادویه ضد حاملگی استفاده کرده دیده شده و در سیاه پوستان افریقایی نیز معمول است. اما در سیاه پوستان ایالات متحده امریکا مانند سفید پوستان است.

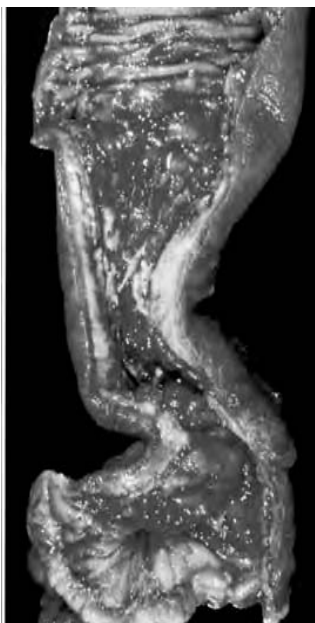
اسباب:

اسباب مرض کرون معلوم نیست ولی یک تعداد اسباب پیشنهاد شده مانند اتنانات مایکوباکتریال خصوصاً پاراتوبرکلوزیس و ویروس سرخکان فکتور های ایمونولوژیک ، جنتیک و همچنان عوامل محیطی، غذایی، سگرت و فکتور های روانی در زمینه رول دارد.

پتولوژی:

وقوعات مرض کرون زیادتر در امعای رقیقه و کولون دیده شده که تقریباً 55% مریضان را مصاب ساخته که از جمله 30% آن در امعای رقیقه و 15% آن در امعای غلیظه دیده شده. آفت مذکور سگمنتل بوده. در مریضان که آفت در کولون موجود باشد وصف آن ضایعات رکتوم است که برای تشخیص تفریقی از کولیت قرحوی کمک میکند. در 1/3 واقعات آفت در اطراف رکتوم و اطراف مقعد ناحیه دیده شده. مرض کرون میتواند در مری، معده، اثنا عشر و اپندکس دیده شود که میتواند با مصاب شدن امعای رقیقه و کولون یکجا باشد.

علائم پتالوزیک Gross:

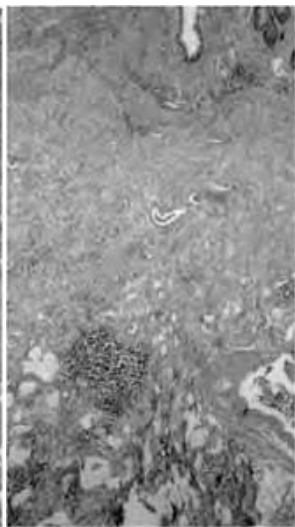


در صورت بازکردن، لوپ معایی ضخیم، خاکی، گلابی یا سرخ ارغوانی بوده یا یک ساحه ضخیم، سفید خاکی اگزوداتیف یا طبقه سیروزا فیروتیک و ساحه ماوفه امعا از امعا نورمال توسط Skip Area جدا شده، در مرحله ابتدایی مرض کرون در بالای جدار امعا طبقه وسیع ضخیم موجود بوده و در مراحل پیشرفته جدار امعا ضخیم نرم بوده و قسمت قریبه امعا که ماوف نشده متوسع و سگمنت ماوفه با عروه معایی مجاور التصاقی دارد و یاهم با دیگر احشا مجاورالتصاق مینماید که باعث تشکل فستول شده، مساریقه



قسمت ماوفه معایی ضخیم و عقدات لمفاوی کلان بوده.

در صورت باز کردن امعاء آفت پتالوزی مقدم از نظر گروس یک قرچه سطحی افتوس در طبقه مخاطی موجود بوده، در صورت پیشرفت آفت قرچه کلان، عمیق و مکمل التهاب ترانس مورل میسازد، قرچه به شکل خطی و coalesce که باعث تولید سنوس های مستعرض به شکل ایسلیند در بین مخاط نورمال قرار داشته، که وصف Cobblestone داشته.



از نظر مطالعه مایکر و سکوی

مخاط و تحت المخاط ازیمایی بوده و یک حادثه التهابی مزمن به صورت منتشر در مخاط و تحت المخاط بوجود آمده و میتواند ترانس مورل باشد. عکس العمل التهابی عبارت از ازیمای منتشر، هایپرایمیا، Lymphangiectasia و ارتشاح حجرات مونو نوکلیر و هایپرپلازیا لمفویید، حجرات عظما، لانگرهانس نیز موجود میباشد

اعراض سریری :

مرض کرون میتواند در هر سن واقع شود ولی زیادتراً در دهه دوهم و سوم حیات واقع شده . حمله مرض اکثرأ مخفی بوده و به صورت تدریجی و آهسته درد بطن اسهالات به شکل پریودیک بوجود می آید ، درد بطن اکثرأ در قسمت سفلی بطن قرار داشته به شکل کولیکی ، یک حالت مشابه اپنڈیست دارد اسهالات عرضی است که بسیار معمول بوده و تقریباً در 85% مریضان موجود بوده، بر خلاف کولیت قرهوی، مریضان کرون حرکات معایی کمتر داشته و مواد غایطه نادراً مخاط، قیح یا خون داشته. اعراض سیستمیک غیر وصفی آن شامل تب خفیف، ضیاع وزن و ضعیفی است. اختلاط عمدہ مرض کرون عبارت از انسداد و تثقب است، انسداد در اثر آفت و فایبروز مزمن بوجود آمده که باعث تضیق

لومن امعا و در نتیجه باعث انسداد قسمی و حتی مکمل شده و تثقب در جوف پریتوان باعث پریتونیت شده، ولی معمولاً در موقعیت تثقب فستول تشکل کرده با احشا مجاور مثلاً لوپ امعای رقیقه، کولون، مثانه، مهبل، معده و بعضاً جلد خصوصاً ناحیه لپراتومی سابقه و هم میتواند ابسی موضعی نزدیک تصقب واقع شود. در مریضان کولیت کرون میتواند توکسیک میگاکولون تشکل کند که متصف با توسع کولون، Tenderness بطن، تب و لوکوستیوز است.

مرض کرون دوامدار باعث فکتور مساعد کننده کانسر امعای رقیقه و کولون شده خصوصاً ادینوکارسینوما که زیادتراً در قسمت ایوم دیده شده و الی مراحل آخری تشخیص نشده و انذار آن خراب است. همچنان کانسر های خارج از امعا مانند Squamus Cell

بکس (3-46) اعراض خارج معای مرض کرون	
جلد	کبد
Erythema multiforme	Nonspecific
Erythema nodosum	Sclerosing cholangitis
Pyoderma gangrenosum	
چشم	کلیه
Iritis	Nephrotic syndrome
Uveitis	Amyloidosis
Conjunctivitis	
مفصل	پانکراس
Peripheral arthritis	Pancreatitis
Ankylosing spondylitis	
خون	عمومی
Anemia	Amyloidosis
Thrombocytosis	
Phlebothrombosis	
Arterial thrombosis	

Carcinoma، مهبل، کانال انال و مرض هوجکن و Non H Lymphoma در مریضان کرون زیادتراً دیده میشود . امراض پیری انال مانند فیسور، فستول، تضیق و ابسی در 25% مریضان کرون دیده شده 41%، مریضان ایوکولیت 48% مریضان تنها کولون مصاب ساخته و همچنان مرض کرون میتواند اکثرأ با فستول های متعدد پیری انال یکجا

باشد. در 30% مریضان کرون اعراض خارج امعا موجود بوده از قبیل آفات جلدی (ایریتیمانودوزوم، پیودرمیاگانگرینوزوم، ارتریت، ارترالجیا، Iritis، Uveitis، هیپاتیت وستوماتیت افتوس) و همچنان امیلوئیدوزس بانکراتیت و نفروتیک سندروم نیز درین مریضان دیده شده میتواند.

تشخیص:

تشخیص مرض کرون توسط حملات درد های بطنی، اسهالات و ضایع وزن صورت میگیرد. ولی تشخیص توسط باریوم و اندوسکوپی میتواند تأیید شود که غشای مخاطی امعا به شکل قرحات خطی دیده شده که منظره Cobblestone داشته، ولی در شکل مزمن مرض الیوم نهایی طویل، متضیق یعنی علامه Kantor String Sign موجود می باشد. شکل (46-20).



فستول بین لوپ های مجاور موجود بوده، CT برای تشخیص نیز مفید است ولی التراسوند ارزش خاص ندارد. در صورت مصاب کردن کولون، کولونوسکوپی نیز مفید است. که قرحات افتوس دیده شده که مشکل است از کولیت قرحوی تفریق شود و توسط کولونوسکوپ

میتوانیم بیوپسی گرفته و جهت تیست های سیرولوژی فرستاده شود.



شکل (46-20,21,22)

تشخیص کولیت کرون و کولیت قرحوی		جدول (5-46)
کولیت قرحوی	کولیت کرون	اعراض و علائم:
عام	عام	اسهالات
تقریباً همیشه	کمتر معمول	خونریزی مقعدی
ساده الی متوسط	متوسط الی وخیم	درد بطن
موجود نمی باشد (تنها در کانسر کلان)	موجود می باشد	کته قابل جس
کمتر (<20%)	اکثراً (>50%)	شکایات مقعدی
		معاینات رادیولوژیک:
نادر است	عام	امراض الیوس
بلی	نیست	نودولیریتی
در ریکتوم	در جلد	توضیحات
دکمه کالر	خطی ، فیسور	قرحات
غیر معمول	نادر	توسع توکسیک
		علائم
نادر	معمول	پروکتوسکوپیک:
نادر	معمول	فیسورانال ، فیستول ،
بلی	نیست	اسی
سطحی و عموم	خطی ، عمیق	رکتال Spring
		مخاط گرانولر
		قرحات

تداوی:

کدام تداوی شفا بخش برای مرض کرون موجود نیست، لذا هر دو تداوی طبی و جراحی، تداوی موقتی است که حملات حاد و اختلالات مرض کرون تسکین بخشیده، ادویه که استعمال میشود قرار ذیل است:

۱. امینوسالیسیلات : مانند سولفاسالازین به شکل فمی استفاده میشود یک تاثیر خوب در واقعات کولیت و الیوکولیت داشته.

۲. کورتیکو استروئید خصوصاً پریدینزلون برای خاموش کردن حمله حاد مرض کرون مفید است. ولی به صورت دوامدار برای خاموش کردن مرض کدام تاثیر ندارد. استعمال کورتیکو استروئید یکجا با سولفاسالازین برای مدت کوتاه جهت از بین بردن حملات حاد مرض کرون استعمال شده.

۳. انتی بیوتیک : استعمال انتی بیوتیک خصوصاً میترونیدازول در مراحل ابتدایی مرض مفید است همچنان دیگر انتی بیوتیک مانند Ciprofloxacin، تتراسکلین، امپی سیلین ، Clindamycin میتواند استعمال شود خصوصاً در امراض پیری انال فستول های معایی جلدی و غیره.

ادویه نهیه کننده معافیت:

این ادویه که شامل Azathioprine و 6-Mercaptopurine بوده در مرض کرون موثر است و همچنان Methotrexate، Cyclosporin نیز استعمال میشود ولی تاثیرات جانبی معمولی آن پانکراتیت، هیپاتیت، تب و رش جلدی بوده و زیاده‌تر باعث نهیه مخ‌عظم میشود.

تداوی با Cytokine و Anti Cytokine:

این ادویه در بعضی امراض باعث عکس‌العمل شده مانند توبرکلوز، حملات فنگل و دیگر انتانات، همچنان Demyelinating آفات در سیستم عصبی مرکزی شده و هم فعال شدن محرقات مخفی سکلیروز بوجود آمده.

تداوی تغذیوی:

رول مواد کیمیای در تغذی مریض از فعالیت مرض کاسته و همچنان برای سنتیز پروتین امعا و شفا یابی آن زیاد رول بازی میکند.

تداوی جراحی:

تداوی در مرحله حاد مرض استتباب دارد و در مرحله مزمن مرض تداوی جراحی ضرور است. استتباب عملیات در صرت اختلاط مرض مانند انسداد امعا، تثقب امعا با تشکل فستول و ابسی، خونریزی معدی معایی، اختلاط بولی، کانسر و امراض پیری انال موجود است. اطفال مبتلا به مرض کرون که اعراض عمومی و سیستمیک داشته باشد مانند به تعویق انداختن نشو نما، ریزکشن بسیار مفید است. در عملیه جراحی سگمنت امعا که مصاب مرض است ریزکت شده و کوشش شود تا از Short Bowel Syndrome جلوگیری شود. رول لپراسکوپی جراحی در مریضان کرون به صورت روشن واضح نیست خصوصاً در مریضان که ابسی موضعی یا فستول داخل بطن داشته.

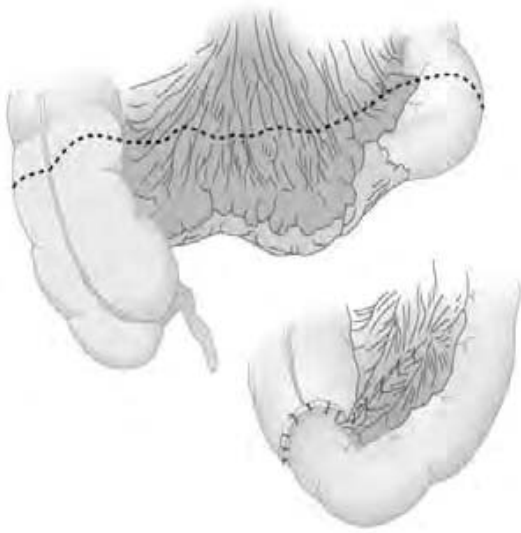
تداوی پرابلم های وصفی:

التهاب حاد الیوم:

اینگونه مریضان درد بطن که در ناحیه R.L.Q متوضع بوده اعراض و علایم مشابه با اپندیست حاد داشته. در صورت بازکردن اپندکس نورمال بوده، ولی ترمینال الیوم ازیمای و سرخ بوده با میزانتیر ضخیم و عقدات لمفاوی بزرگ ولی این گونه اعراض و علایم در مراحل ابتدایی مرض کرون نیز دیده شده. عوامل مختلف مرض مانند Compylo Bacter یا Yersenia میتواند باعث مرض شود و فعلاً به این نظر است در صورت که التهاب حاد اپندکس و سیکم موجود نباشد، باید اپندکتومی اجرا شود.

انسداد:

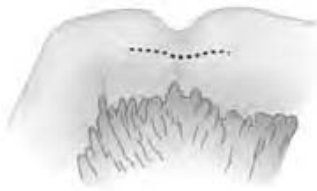
در مریضان کرون موجودیت انسدادی معایی استتباب تداوی جراحی دارد، این انسداد اکثراً قسمی بوده که در ابتدا تداوی غیر جراحی را ایجاب میکند. ولی در صورت موجودیت انسداد مکمل تداوی جراحی را ایجاب کرده در تداوی جراحی ریزکشن سگمنت معایی مصاب شده و انستوموز ابتدایی را ایجاب کرده و در صورت که الیوم ترمینل نزدیک سیکوم و خود سیکم توسط مرض کرون مصاب و بند باشد، برداشتن الیوم نهایی و سیکم و الیوم همراهی کولون صاعده و یا مستعرض انستوموز داده میشود.



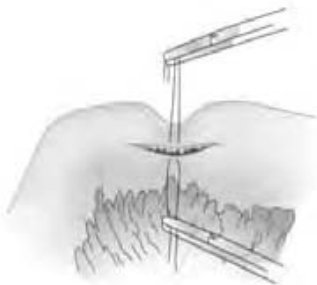
در بعضی مریضان که تضییق باعث انسداد شده باشد میتوانیم بدون ریزکشن امعا Stricture plasty یا Finny pyloroplasty اجرا کنیم. این عملیه یا به شکل Heinecke Mikulic Pyroplasty که طولانی شق اجرا شده و مستعرض دوباره ترمیم میشود تا لومین امعا وسیع شود. اگر تضییق از 10cm طول باشد Side to Side Isoperistatic Stricture Plasty اجرا شود. و در صورت که واقعات نکس کند و نسج فیروز تشکل کرده باشد ریزکشن سگمنت ماوفه و دوباره انستوموزیس اجرا شده، و در اخر میتوانیم عملیه بایپاس نیز اجرا کنیم و در حالات استتباب داد که مریض مسن، مریض خطر کمتر و یا چندین مرتبه ریزکشن اجرا و یا ابسی موجود باشد.

فستول:

فستول در مرض کرون که اکثراً با امعای رقیقه مجاور، کولون و احشا مجاور مثلاً مثانه موجود بوده و رادیوگرافی فستول Enteroenteral را بدون موجودیت علایم سپسس و یا دیگر اختلالات میتوانیم عملیه جراحی تداوی کنیم. درین

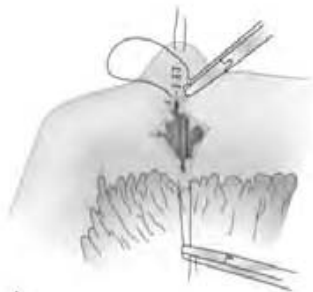


مرضان ریزکشن ضرور است و بعضاً فستول معایی جلدی موجود بوده که به تعقیب ریزکشن امعا و انستوموز یا دریناژ ابسی جدار بطن بوجود آمده که تداوی آن برداشتن مسیر فستول به امتداد سگمنت امعا و اجرا کردن دوباره انستوموز ابتدایی میباشد.



اگر فستول بین دو یا چندین لوپ مجاور امعا تشکل کرده باشد سگمنت ماوفه امعا نیز برداشته شده، اگر فستول با مثانه یا کولون باشد، ریزکشن مسیر فستول و سگمنت معایی ماوفه و ترمیم دیفیکت مثانه یا کولون اجرا شده. بعضاً الیوسگموئید فستول موجود بوده که اگر آفت در امعای رقیقه باشد ضرورت به ریزکشن سگموئید سگمنت نبوده ولی اگر آفت در کولون دریاف شد، ریزکشن سگمنت سگموئید ضرور میباشد.

ثقب ازاد:

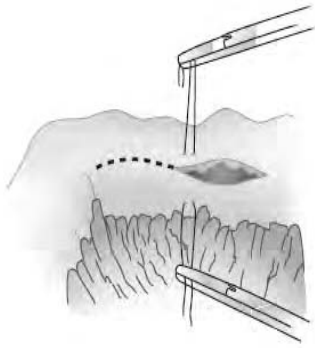


بعضی اوقات ثقب در جوف پريتوان واقع شده ولی در مرض کرون معمول نیست ولی اگر واقع شد سگمنت امعا ماوفه ریزکشن و در صورت که پريتوان کمتر ملوث باشد انستوموز ابتدایی اجرا شده ولی اگر پريتونیت عمومی موجود باشد Enterostomies اجرا شده و بعد از کنترل دوباره انستوموز امعا اجرا میشود.

A

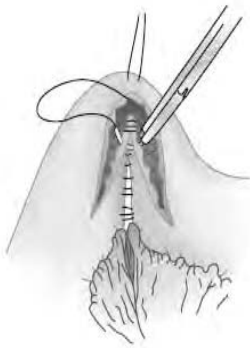
خونریزی طرق معدی معایی :

کمزونی در اثر خونریزی مزمن مرض کرون معمول است، ولی خونریزی طرق معدی معایی که حیات مریض را تهدید کند نادر است. وقوعات هموراژ در مرض کرون کولون نسبت به امعای رقیقه بیشتر است که سگمنت مذکور ریزکشن و انستوموز ابتدایی اجرا شده ارتیریوگرافی زیاد مفید است. و باید قبل از علیه جراحی اجرا شود تا موقعیت هموراژ را معلوم کند.



اختلالات یورولوژی :

در 4-35% مریضان کرون اختلالات طرق بولی موجود است که اختلاط معمولی آن بندش غالب است که به صورت ثانوی بعد از امراض الیو کولیک و ابسی خلف پریتون بوجود آمده که در اکثر مریضان مصاب آفت ابتدایی امعا تداوی جراحی کافی است. و در بعضی حالات فبروز محیط غالب میتواند موجود باشد که ضرورت به Ureterolysis دارد.



کانسر :

نزد مریضان مصاب به مرض کرون امعای رقیقه خصوصاً کولون وقوعات کانسر بیشتر است که تداوی آن ریزکشن قسمت ماوفه امعا و برداشتن عقداات لمفاوی ناحیوی است. مریضان که کانسر و مرض کرون امعا داشته باشد انذار آنها خراب است زیرا تشخیص درست مرض به تاخر افتیده.

امراض کولوریکتل :

در مریضان که مبتلا به مرض کرون امعای رقیقه و یا امعای غلیظه بوده تداوی جراحی وقت استطبیب دارد که با تداوی طبی نتیجه نداده و یا باعث اختلاط مرض میشود که عبارت از انسداد، هموراژ، تثقب و توکسیک میگاکولون است. پروسیجر که بالای سگمنت ماوفه اجرا میشود یا کولیکتومی قطعوی با انستوموز Colocolonic و یا سب توتال کولیکتومی با Ileoproctostomy اجرا شده.

B



در مریضان که امراض وسیع پیری انال و ریکتل موجود باشد نزد شان توتال پروکتوکولیکتومی با Brook Ileostomy اجرا شده و مریضان که توکسیک میگا

کولون داشته باشد نزد شان کولکتومی اجرا میشود، قسمت پروکسیمال رکتیم بسته و End Ileostomy اجرا میشود. مشکلات عمده که بعد از پروکتوکولیکتومی نزد مریضان کرون دیده شده عبارت از شفایابی موعخر جروحات پیری انال است.

راپور که داده شده 25-60% جروحات پیری انال برای شش ماه بعد از جراحی باز مانده که در صورت دوام آنها ضرورت به قطع کردن و بسته کردن تالی داشته. جوف های بزرگ و سینوس ها توسط پیدیکل های عضلی که خوب اروا داشته باشد مملو شده مانند عضلات Semi Membranosous. Gracilis، عضله مستقیمه بطن، ثرب و یا Inferior Gluteal

Myocutaneous Graft، همچنان اجرای عملیات های مانند Ileoanal Pouch Anastomosis یا ایوستومی دوامدار (Koch Pouch) که در السیراتیف کولایتس استعمال شده در مریضان کرون کولیتس توصیه نمیشود زیرا خطر نکس مرض کرون در پوچ فستول، ناحیه انستوموز و هم ابسی Peripouch موجود بوده.

امراض پیری انال:

امراض که ساحه پیریانال مصاب میسازد عبارت است از فیسور و فستول است که زیادتر در مرض کرون معمول است، خصوصاً که کولون را مصاب ساخته باشد. تداوی امراض پیری انال محافظه کار است. اتی بیوتیک و ادویه Immunosuppressive مانند Azathioprin، 6-Merceptopurin با موفقیت های مختلف استعمال شده. خارج کردن وسیع ابسی و فستول استتباب ندارد، ولی مداخله محافظه کار توصیه میشود. مانند گذاشتن دریناز کتیتز و Non Cutting Seton، فستولوتومی در اکثر مریضان که ترانسفینکتر پاین وسطی و اتتر سفینکتریک پاین فستول دارد استتباب دارد، لکن در صورت موجودیت التهاب مزمن در ساحه تضیق مقعدی میتواند دیده شود.

ترانس سفینکتر، سوپراسفینکتر، واکستراسفینکتر و فستول میتوانیم توسط Non Cutting Setones تداوی کنیم. فیسور معمولاً وحشی نسبتاً بدون درد، وسیع و Indolent که معمولاً با تداوی محافظه کار جواب داده ولی برداشتن وسیع انساج باید اجرا نشود. و میتوانیم پیری انال فستول ذریعه Flap در بعضی حالات معین بسته کنیم، و برای خاموش کردن التهاب Diverting Stoma نتیجه خوب داده یکجا با تداوی طبی. پروکتکتومی در مریضان که با تداوی محافظه کار طبی و جراحی نتیجه ندهد نیز توصیه میشود.

امراض اثنا عشر:

در 2-4% مریضان کرون میتواند امراض اثنا عشر دیده شود، مداخله جراحی غیر معمول است. استتباب ابتدایی جراحی در مریضان که انسداد یا بندش اثنا عشر داشته و با تداوی طبی جواب ندهد موجود است، که تداوی مناسب و خوب آن Bypass Gastrojejunostomy است و نسبت به ریزکشن اثنا عشر برتری دارد، و در بعضی مریضان انتخابی Stricture Plasties باید اجرا شود.

انذار:

عملیات در مرض کرون شفا بخش نیست ولی باعث از بین رفتن اکثر اعراض مهم مرض شده. واقعات نکس مرض دارای سرعت مختلف است. شواهد اندوسکوپی نشان داده که تقریباً 70% مریضان در مدت یک سال بعد از جراحی و 85% بعد از 39 سال نکس کرده که اکثریت آنها بدون عرض بوده و ضرورت به دوباره عملیات داشته و نکس آن در 25-30% واقعات دیده شده در (5 سال) و 40-50% نکس آن در 20 سال دیده شده. سرعت و فیات مرض در مریضان کرون وقت زیاد است که مرض قبل از سن 20 دیده و یا اضافه از 13 سال نزد شان مرض موجود باشد و اکثراً کانسر طرقت معدی معایی سبب مرگ مریض شده دیگر اسباب مرگ مریض عبارت انداز سپسس، ترومبوفلبت و تشوش الکترولیت ها،

تب محرقة:

تب محرقة یک مشکل عمده در ممالک روبه انکشاف و واقعات آن از باعث استفاده بهتر از ذخایر آب ملوث میباشد اطفال و اشخاص جوان زیادتر مصاب میسازد، ولی در ممالک صنعتی با اصلاح کردن وضع صحی مردم و جامعه وقوعات آن کم شده. در ایالات متحده امریکا سالانه 500 واقعه راپور داده شده.

تب محرقة یک اتان حاد سیستمیک چندین هفته بی است که سبب آن Salmonella Typhosa است. آفت ابتدایی پتالوزیک تب محرقة در طرق معایی بعد از داخل شدن باسیل تیفوئید از طریق دهن شروع شده. اورگانیزم مرضی مخاط امعا رقیقه را نفوذ کرده و داخل سیستم لمفاتیک و دوران شده و باعث هایپرپلازی سیستم ریکتولواندوتیلیوم که عبارت از عقدات لمفاوی، کبد و طحال است. Peyer Patches در امعا رقیقه هایپرپلازیک و تفرح کرده که باعث اختلالات آن که هیموراژ و تثقب است منجر شده.

تشخیص مرض ذریعه جدا کردن اورگانیزم از دوران خون در هفته اول مرض 90% واقعات مثبت است. همچنان در مخ عظم و کلچر مواد غایطه نیز تحری میگردد. تیتربلند اگلوتینین مقابل انتی ژن O و H ، تب محرقة را تأیید میکند. تداوی تب محرقة در شکل غیر اختلاطی انتی بیوتیک است مانند کلورامفنیکول، امپیسیلین، اموکسی سیلین، کوتریمیکسازول، و همچنان کورس کوتاه جنیریشن سوم سیفالوسفورین. و در اختلاط محرقة که شامل هیموراژ و تثقب امعا است مداخله جراحی توصیه شده. در هیموراژ توصیه ترانسفوزن خون و در صورت هیموراژ شدید لاپراتومی توصیه میشود.

تثقب امعا در قرحات Peyer Patch تقریباً در 2% واقعات واقع شده، که به صورت وصفی تثقب یک عدد بوده در ایوم ترمینل و Simple closure تداوی انتخابی است. در صورت که تثقب چندین عدد باشد ریزکشن و انستوموز ابتدایی یا Exteriorsation توصیه میشود.

التهاب معای در اشخاص تشوش معافیتی:

اپیدیمی AIDS یک عامل از بین بردن معافیت وسیع خصوصاً بعد از پیوند یک عضو و اتانان طرق معدی معای بوده، تقریباً تمام مریضان AIDS اعراض طرق معای در اثنا مریضی خود خصوصاً اسهالات داشته، جراح مریضان که تشوش معافیت داشته سبب درد بطن یا یک بطن حاد و مترافق با آن خونریزی طرق معدی معای داشته باشد، علاقه دارد ارزیابی کند. میتواند مسئول درد بطن مرض باکتریا ویروس و فنگس باشد.

پروتوزوا:

پروتوزوا مانند کریپتوسپورییدیوم، ایزوپورا، میکروسپورییدیوم اکثر سبب اسهالات در مریضان AIDS است. امعای رقیقه معمولترین قسمت اتان است. تشخیص به واسطه تلون اسیدی مواد غایطه و افرازات اثنا عشر اجرا شده، اعراض اکثرأ مربوط اسهالات است که به مقابل تداوی مقاوم است.

باکتریا:

اتانان انتیریک باکتریا زیاد معمول بوده و ویرولانت آن در اشخاص که با (HIV) منتن است نسبت به اشخاص نورمال زیاد بوده. سلمونیا، شیگیلا، کومپیلوباکتراکترأ سرعت بلند سبب باکترایمیا و مقاوم در مقابل انتی بیوتیک شده زیادتر در اشخاص که تشوش معافیت داشته، تشخیص شیگیلا و سلمونیا به واسطه کلچر مواد غایطه صورت میگیرد ولی تشخیص کومپیلوباکترمشکل بوده و کلچر مواد غایطه، منفی میباشد.

اعراض اتانان معایی عبارت از تب بلند، درد بطن، اسهالات خونی، درد بطن مشابه بطن حاد بوده و باکتریمیا میتوانیم به واسطه توصیه انتی بیوتیک داخل ورید تداوی کنیم. سپروفلوکساسین ادویه موثر است. اسهالات از سبب

کلوسترییدیوم نسبت به اشخاص صحتمند در مریضان AIDS زیاد معمول است. و تشخیص آن به واسطه معاینات و کلچر مواد غایطه برای C.difficile enterotoxine صورت گرفته. تداوی با میترونیدازول و وانکومایسین موثر است.

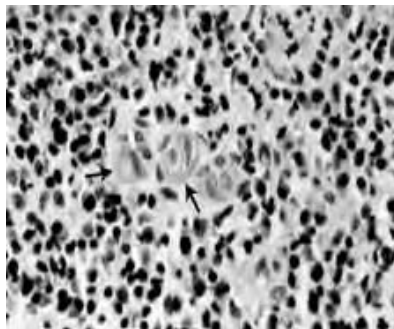
مایکوباکتیریا:

انتان مایکوباکتیریا زیادتر سبب امراض معای در اشخاص دیده میشود که مبتلا به تشوش معافیت است که میتواند و میتواند په صورت تالی توسط مایکوباکتیری توبرکلوز یا مایکوباکتیری Avium کامپلکس (MAC) متن شود. یا توسط شکل غیر وصفی مایکوباکتریوم که سبب ادینیت رقیبی (Scrofula) به وجود آید. انتان معمولاً از طریق جوف دهن داخل امعا رقیقه که به صورت مستقیم مخاط امعا را عبور کرده، لومین طرق معدی معایی توسط MAC اشغال یا مصاب شده و در نتیجه قسمت پروکسیمال امعا رقیقه به صورت وسیع ضخیم شده. شکل (25-46)

از نظر سریری مریان مصاب به MAC دارای اسهالات، تب، بی اشتهاهی بوده و به صورت تدریجی لاغر شده. انتان مایکوباکتریوم توبرکلوز باعث مصاب شدن الیوم دیستال و سیکم شده که %85-90 مریضان ازین ناحیه شاکی بوده. از نظر گروس ناحیه مذکور قرحوی و هایپرتروفیک بوده جدار امعا ضخیم و اکثرأ کتله التهابی ناحیه الیوسیکال را احاطه کرده، و حادثه التهابی حاد به شکل تضیق و تشکل فستول ظاهر شده، سطح سیروزا توسط چندین توبرکل پوشیده و عقدات لمفاوی میزانتریک بزرگ و ضخیم میباشد و در مقطع نکرورتجینی موجود بوده، طبقه مخاطی احمرای ازیمایی و در بعضی واقعات قرحوی بوده. از نظر هستولوژی آفت تشخیصه گرانولوما بوده و گرانولوماتجینی در عقدات لمفاوی موجود بوده. تشخیص انتان مایکوباکتیریا توسط دریافت اورگانیزم در انساج است توسط تلون اسیدی یا کلچر کردن مقطع انساج و هم تکنیک PCR صورت میگردد.

در رادیوگرافی مخاط امعا ضخیم و التوات مخاطی معوج و قرحوی بوده. CT میتواند دسام الیوسیکال و سکیم را ضخیم نشان دهد. تداوی مایکوباکتریوم مشابه تشوش معافیت یا میزبان بدون تشوش معافیت بوده. اورگانیزم معمولاً به مقابل چندین ادویه انتی میکروب جواب داده. تداوی به مقابل انتانات MAC شامل ادویه که به شکل Invitro و Invivo موثر است امیکاسین، سپروفلوکساسین، سیکلوزیرین و ایتینون امید است. کلاریترومایسین موفقانه همراهی دیگر انتی بیوتیک به شکل ترکیبی استعمال میشود.

مداخله جراحی برای توبرکلوز امعا نیز ضرور است، خصوصاً مایکوباکتریوم توبرکلوزیز. در انسداد و تشکل فستول استتباب جراحی موجود است. در حالیکه در تداوی جدید اکثر فستول ها به تداوی جراحی ضرورت ندارد و با منجمنت



دوایی جواب داده. در اختلالات قرحوی وقت که تثقب داده باشد جراحی نیز ضرورت است. تثقب همراهی اسی و هیموراژ کتلوی معمولاً توسط ریزکشن با انستوموز تداوی میشود.

ویروس ها:

Cytomegalovirus (CMV) معمولترین سبب ویروسی اسهالات در مریضان مصاب تشوش معافیتی میباشد و از نظر کلینیکی مریضان به صورت

متقاطع اسهالات همراه با تب، ضیاع وزن و درد بطن داشته، اعراض انتان معایی CMV که در نتیجه قرحات اسیکمیک مخاط و سرعت بلند تثقب بوجود می آید. مریضان درد بطن، پریتونیت یا Hematochezia داشته.

تشخیص CMV به واسطه موجودیت وایروس صورت گرفته، کلچر برای CMV نیز مثبت است. تداوی برای CMV معمولاً به واسطه Ganciclovirus و یا Foscarnet صورت گرفته. دیگر اتانات ویروسی که راپور داده شده شامل Adeanovirus Rotavirus و Novel Enteric Virus بوده.

فنجی:

اتانات فنگسی طرق معایی در مریضان تشخیص میگردد که مبتلا به AIDS بوده و هستوپلازموزیز طرق معدی معایی در موقع اتانات سیستمیک واقع شده اکثراً مترافق با امراض ریوی و کبدی بوده، تشخیص توسط Fungal Smear و کلچر انساج متن یا خون صورت میگیرد. اتان معمولاً توسط توصیه Amphotericin B صورت گرفته، Coccidioidomycosis طرق معایی نادر است و مانند هستوپلازموزیز به شکل اتان سیستمیک ظاهر شده.

نیوپلازم:

نیوپلازم امعا رقیقه نهایت نادر است. در حقیقت طول امعا رقیقه تقریباً 80% تمام طرق معدی معایی ساخته و 90% تمام سطح مخاط را ساخته. از 5% تمام نیوپلازم طرق معدی معایی 1-2% تمام تومورهای خبیث در امعا رقیقه واقع شده. تقریباً 5300 واقعات ابتدایی کانسر در ایالات متحده امریکا که 2300 به صورت مساویانه بین مرد و زن دیده شده با 1100 واقعات فوت شده، دلیل کم واقعات کارسینوجن عبارت از الکی بودن نیز در زمینه دخیل است محتوی معایی رقیقه، سویه بلند Ig A در جدار امعا و موجودیت تعداد کم باکتریا در امعا رقیقه میباشد.

سن مساعد برای تومورهای سلیم تقریباً 62 سال و برای آفات خبیثه 57 سالگی میباشد. وقوعات تومورهای امعا رقیقه تفاوت قابل ملاحظه دارد. نیوپلازم خبیثه که 75% واقعات را تشکیل داده عرضی بوده و ضرورت به جراحی دارد. بر خلاف تومورهای سلیم که بدون عرض بوده که از جمله آنها لیومیوما و ادینوما زیادتر یافت شده و همچنان تومورهای سلیم در قسمت دیستال امعا رقیقه زیاد دریافت شده ولی بعضاً میتواند در اثنا عشر دیده شود.

از جمله تومورهای خبیث که زیاد معمول است ادینوکارسینوما است که در قسمت پروکسیمال امعا رقیقه زیاد دریافت شده و در حالیکه دیگر تومورهای خبیث در قسمت دیستال امعا رقیقه است زیاد معمول است. مریضان مرض کرون و پولیپهای ادینوماتوز فامیلی یک خطر بزرگ برای نیوپلازم امعا رقیقه و همچنان دیگر رسک فکتورها عبارتند از کانسر کولوریکتال پولیپوزیس غیر ارثی، ، Peutz - Jeghers Syndrom کولی سستکتومی قبلی، سگرت کشیدن، الکول، مصرف کردن گوشت سرخ شده میباشد.



تشخیص:

تشخیص نیوپلازم معایی توسط اعراض و علائم مرض همچنان ا ندوسکوپی، اکسری، CT و بیوپسی نیز استفاده با عمل می آید.

تومورهای سلیم:

معمولترین تومورهای سلیم عبارت اند از GISTs، ادینوما، لیپوما که از جمله ادینوما معمولترین و زیادترین تومور در راپور اتوپسی ذکر شده لیکن GITS تومور سلیم امعا رقیقه است که باعث تولید اعراض شده.

اعراض سریری :



اعراض نیوپلازم امعای رقیقه اکثراً مبهم و غیر وصفی بوده و عبارت از ضعیفی، بی اشتهايي، سوءهاضمه و درد بطن مبهم که اکثراً متقاطع و کولیکی بوده و این اعراض برای ماه ها و سال ها قبل از جراحی موجود بوده. اکثر مریضان نیوپلازم سلیم بدون عرض مانده، که در زمان اتوپسی، لاپراتومی و رادیوگرافی قسمت علوی طرق معدی معایی آشکار شده. در صورت موجودیت درد مزمن اکثراً انسداد موجود بوده که این انسداد اکثراً از سبب تغلف امعا و تومور سلیم امعای رقیقه بوجود آمده. مریضان تومور های سلیم امعای رقیقه اکثراً هیموراژ داشته که به شکل مخفی بوده هیماتیمیزس Hematomchezia نیز موجود بوده ولی هیموراژ که باعث تهدید حیات مریض شود، غیر معمول است.

تداوی :

جراحی یگانه استتباب تومور های سلیم است. به خاطر خطر اختلالات بعدی آن که عبارت از خونریزی و انسداد است. ریزکشن سگمنتل و انستوموز ابتدایی به استثنا واقعات که آفت بسیار کوچک باشد، اجرا شده، آفت که خورد باشد از طریق انتیروتومی قطع شده، در وقت عملیات جراحی تمام امعای رقیقه نفتیش شود به خاطر که آفت اکثراً چندین عدد بوده.

پتالوژی :

لیومیوما تومور سلیم است که از عضلات ملسا منشه گرفته و اکثراً عرضی است. لیومیوما به نام سترومال تومور یاد شده مانند GISTs و این تومور ها از حجات بین الخلالي، Cajal منشه گرفته. ادینوما که تقریباً 15% تمام تومور های سلیم امعای رقیقه را ساخته و سه شکل ابتدایی دارد که ادینوما حقیقی، ویلوس ادینوما و ادینوماي غدوات برونر است و 20% ادینوما در اثنا عشر، 30% آن در جیجیونوم، 50% آن در ایوم دریافت شده و اکثریت آنها بدون عرض و در اتوپسی دریافت شده.

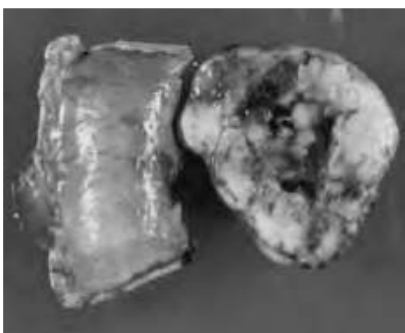
اعراض عمده و معمولی آن خونریزی و انسداد است. ویلوس ادینوما معای رقیقه نادر است و اکثراً در اثنا عشر پیدا شده و مترافق با سندروم بولیپوزیرفامیلی بوده و یک زمینه خوب برای خباثت بوده تومور نسبتاً بزرگ و اضافه از 5cm قطر داشته و به صورت تالی باعث درد بطن، خونریزی و انسداد شده. تداوی آن سگمنتل ریزکشن و اگر آفت در اثنا عشر باشد و از نظر هستولوژی پولیپیکتومی اجرا شده ولی در صورت خباثت Pancreateoduodenectomy اجرا شده. برونر ادینوما از غدوات برونر منشه گرفته و زیادتر در قسمت پروکسیمال اثنا عشر واقع شده. و اعراض آن مشابه به قرحه پبیتیک بوده و تشخیص آن به واسطه اندوسکوپي و بیوپسی صورت گرفته و تداوی آن در صورت سلیم بودن Simple Excision است.

لییوما زیادتر در ایوم در تحت مخاط دیده شده و زیادتر در دهه ششم و هفتم حیات دیده شده و زیادتر در مرد ها دیده شده. 1/3 این تومور ها بدون عرض بوده و اکثراً باعث خونریزی و انسداد شده. تداوی انتخابی آن اکسیزیون است.

همارتوما که در امعای رقیقه دیده شده و یک قسمت از سندروم ارثی را تشکیل می‌دهد. Peutz – Jeghers Syndrome. نزد مریض صباغات میلانوتیک جلدي مخاطي و پولیپ‌های طرق معدی معایی موجود می‌باشد. آفت صباغي به شکل نقاط نسواري یا سیا کوچکتر از (1-2mm) در وجه، مخاط ناحیه Buccal، ساعد، کف دست، انگشتان و ناحیه پیری انال دیده شده، همارتوما زیادت‌تر در جیجیونوم و ایوم دیده شده. اعراض عمده آن درد های بطني کولیکی متکرر که در 1/3 مریضان کتله قابل جس نیز موجود می‌باشد. هیموراژ از سبب قطع خودبخودي پولیپ واقع شده که باعث کم خوني مریض شده.

تداوی اختلالات آن که انسداد و خونریزی است عبارت از ریزکشن محدود سگمنت معایی است، ولی نسبت موجودیت آفت به صورت وسیع نمیتوانیم ریزکشن وسیع اجرا کنیم. هیمانژیوما عبارت از تکثراوعیه دموی در تحت مخاط است و میتواند در تمام قسمت های طرق معدی معایی دیده شده و 3-4% تومور های امعا رقیقه را ساخته و در 60% واقعات چندین عدد بوده. هیمانژیوم میتواند در ریه، کبد و در غشای مخاطی دیده شود. اعراض عمده آن خونریزی معایی است. تشخیص آن به واسطه انجیوگرافی، CT صورت گرفته، اگر آفت موضعی باشد تداوی آن ریزکشن سگمنت ماوف می‌باشد.

تومور های خبیث:

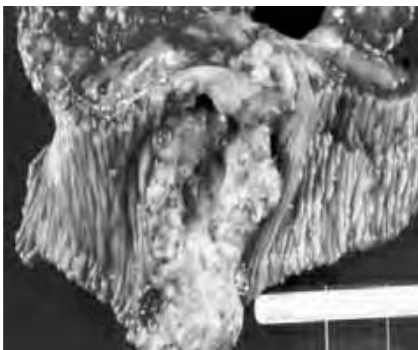


معمولترین نیوپلازم خبیث امعا رقیقه که به کثرت دیده میشود شامل ادینوکارسینوما، تومور کارسینوئید، GISTs خبیث، لیمفوما می‌باشد. ولی نظر به لوحه سریری، تشخیص، تداوی از هم متفاوت می‌باشد.

لوحه سریری:

برخلاف تومور های سلیم، تومور های خبیث باعث تولید اعراض شده و عبارتند از درد، ضیاع وزن یا لاغری و در 15-35% واقعات انسداد دیده شده و برخلاف تفلف امعا که در نتیجه آفات سلیم تولید شده، معمولاً در نتیجه ارتشاح تومور و التثاقات بوجود آمده. اسهالات همراه تینیزم و پساژ مقداری زیاد مخاط موجود بوده.

ادینوکارسینوما باعث تولید تضیق وصفی به شکل مابین سیب یا Apple Core شده، در نتیجه خونریزی طرق معدی معایی انیمیا موجود و مریض میلانا، Hematochezia و در مواد غایطه Test Guaiac مثبت داشته و این اعراض زیادت‌تر در لیومیوسرکوما شدید است. و در 10-15% مریضان یک کتله قابل جس موجود بوده و 10% واقعات تثقب موجود بوده.



پتالوژی:

ادینوکارسینوما تقریباق 50% تمام تومور های خبیث امعای رقیقه را ساخته، در دهه هفتم حیات وقوعات آن زیاد بوده زیادت‌تر در نزد مرده ها دیده شده. واقعات زیاد آن در اثنا عشر و قسمت پروکسیمال جیجیونوم دیده شده.

و در اشخاص جوان اکثراً مترافق با امراض کرون بوده و 70% واقعات در الیوم دیده شده. تومور که در اثنا عشر دیده میشود مترافق با

زردی و خونریزی مزمن بوده و ادینوکارسینوما ی جیجونوم و الیوم معمولاً باعث اعراض غیر وصفی شده که مریض درد بطن مبهم و ضیاع وزن داشته، انسداد امعا و خونریزی مزمن داشته، تثقب غیر معمول است. و حیانت مریضان مربوط به مرحله و تشخیص مرض است که بدبختانه تشخیص آن اکثراً موخر و در مرحله اخیر صورت گرفته.



Malignant GISTs که از انساج میزانشیمال منشه گرفته و 20% تمام تومور های خبیث امعای رقیقه را ساخته. شکل (30-46) این تومور ها در جیجونوم و الیوم معمول است و زیادت در دهه پنجم و ششم حیات تشخیص شده و در مرد ها زیادت دیده شده. Malignant GISTs از 5cm زیادت کلان شده در وقت تشخیص و در 80% واقعات از Muscularis Propria منشه گرفته و به طرف اکسترامورال نشو نما کرده. استتباب جراحی در واقعات که آفت به شکل اختلاطات آن یعنی انسداد، هیموراژ و تثقب ظاهر شود دارد.



تومور GISTs به شکل موضعی و هم منتشر به انساج مجاور و دور مانند کبد، شش، عظم از طریق مستقیم و هم دوران خون وسعت پیدا کرده، متاستاز لمفاوی آن غیر معمول است. حیانت مریض و ریسک تومور مربوط به اندازه تومور و میتاستاز تومور است.

لیمفوما خبیث:

میتواند یا به شکل ابتدایی امعای رقیقه مصاب سازد و یا به شکل اعراض سیستمیک ظاهر شود. لمفوما ی طرق معدی معایی که 1/3

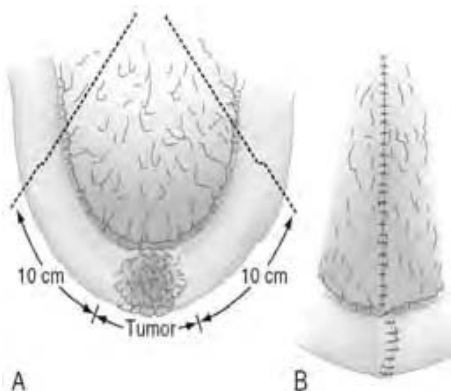
حصه آن در امعای رقیقه واقع شده 5% تمام لیمفوما را ساخته. لیمفوما 7-25% تومور های خبیث امعای رقیقه را تشکیل می دهد در اشخاص کاهل و اطفال جوان نسبت به سن 10 سالگی زیاد دیده شده. لیمفوما زیادت در الیوم امعا دیده شده آنها از باعث افزایش نسج لمفاوی درین ناحیه است خطر این مرض در مریضان مصاب به مرض سلیاک و عدم کفایه معافیت مانند AIDS زیاد بوده. از نظر گروس لیمفوما امعای رقیقه معمولاً بزرگ بوده که تا 5cm رسیده و الی طبقه مخاطی وسعت پیدا کرده. شکل (31-46)

از نظر میکروسکوپی ارتشاح منتشر در جدار امعا موجود بوده اعراض آن شامل درد، ضیاع وزن، دلبدی، استفراغ و تغییرات عادت معایی میباشد. در 25% واقعات تثقب موجود بوده، شکل (32-46). تب عرض غیر معمول است.

تداوی:

تداوی ادینوکارسینوما و لمفوما ی امعای رقیقه ریزکشن وسیع یکجا به عقدات لمفاوی ناحیوی میباشد شکل (33-46) و اگر آفت اثنا عشر را مصاب کرده باشد Pancreaticoduodenectomy (Wipple Operation) ضرور است. اکثراً در تداوی جراحی ریزکشن شفایاب نبوده، بنا برین از ریزکشن موقتی استفاده شده تا از اختلاطات مرض که خونریزی،

تشقب و انسداد است جلوگیری شود، و در صورت عدم امکان آن، بایپاس سگمنت ماوف اجرا شده تا اعراض مرض تسکین شود. برای GISTs ریزکشن سگمنت امعا ضرور است ولی تسلیخ عقداات لمفاوی وسیع ضرور نیست. رادیوتیراپی و شیموتیراپی در تداوی اذینوکارسینوماای امعاای رقیقه رول خاص ندارد. برای لمفوما تداوی شیموتیراپی، رادیوتیراپی و برداشتن جراحی توصیه شده و برای تداوی GISTs از تایروزین کیناز Inhibitor استفاده میشود.



انذار :

نصف از مریضان عملیات شده تومور های خبیث امعاای رقیقه که ریزکشن شده شفابخش بوده و 1/3 مریضان میتاستاز وسیع در زمان جراحی ابتدایی موجود بوده و حیاتییت 5 ساله بعد از تداوی جراحی نزد تومور های خبیث 25% است. اذینوکارسینوما دارای انذار خراب بوده با حیاتییت 15-20% و در GISTs حیاتییت 5 ساله بین 56%-7% فرق میکند.

تومور های کارسینوئید:

کارسینوئید امعاای رقیقه از حجرات انتیروکروماتین یا Kulchitsky منشه گرفته، و در کریت های Lieberkuhn دریافت شده. این حجرات مانند حجرات ارجنتافین شناخته شده به خاطر تلونین آنها با مرکب سیلور ضرورت است این تومور ها اولین مرتبه توسط Lubarsch در سال 1888 بیان شده و در سال 1907 Oberndorfer اصطلاح Karcinoiede که دلالت بر نمای ظاهری کارسینوما و عدم موجودیت پوتانسیل خبیث میکند. راپور تومورهای کارسینوئید در چندین اورگان داده شده مانند ریه ها، برانش و طرق معدی معایی، و نزد اکثر مریضان کارسینوئید امعاای رقیقه در دهه پنجم حیات خود بوجود آمده. کارسینوئید میتواند از نظر منشه موقعیت امبریولوژیک و افزادات طبقه بندی شود.

تومور های کارسینوئید میتواند از فورگت منشه گیرد مانند طرق تنفسی و تایموس و هم میدگت مانند جیجونوم، الیوم، کولون راست، معده و قسمت پروکسیمال اثنا عشر. و هیندگت مانند دیستال کولون و رکت. کارسینوئید فورگت به صورت وصفی مقداری کم سیروتونین یا 5-Hydroxy Tryptamine تولید میکند لکن میتواند 5-Hydroxytryptophan یا هورمون اذینوکورتیکوتروپیک تولید کند. میدگت کارسینوئید متصف با تولید کردن زیاد سیروتونین است. هیندگت کارسینوئید نادراً باعث تولید سیروتونین شده ولی میتواند دیگر هورمون ها را تولید کند مانند سوماتوستاتستین و پپتید طرق معدی معایی معمولترین ناحیه برای تومور های کارسینوئید است که بعد از اپندکس، امعاای رقیقه را زیات متاثر میسازد و خاصتاً ناحیه که در ۲ فوت الیوم قرار دارد.

تومور های کارسینوئید علاوه بر سیروتونین دیگر مواد نیز افزاز کرده مانند کورتیکوتروپین، هستامین، دوپامین، نیوروتینسین، پروستاگلاندین، کینین، گاسترین، سوماتوستاتین، بانکراتیک پولی پپتید، Calcitonine و نیورون خاصتاً اینولاز میباشد. اهمیت اولی تومور های کارسینوئید عبارت از پوتانسیل تومورهای خبیث برای خود و هم سندروم کارسینوئید است که متصف با حملات جلدی جلا دار، برانکوسپزم، اسهالات و کولپس و ازو تومور است که با فیصدی کم در مریضان کارسینوئید خبیث دیده میشود.

پتالوژی:

تومور های کارسینوئید مربوط اورگان های است که از آنها منشه گرفته مانند فورگت، میدگت، هیندگت، و 80% کارسینوئید ها بدون عرض و به صورت تصادفی در وقت جراحی دریافت میشود. و 90% کارسینوئید که در طرق معدی معایی دریافت شده در سه ناحیه یعنی اپندکس 45%، ایوم 28% و رکتوم 16% دریافت میشود پوتانشیال خباثت یعنی قدرت ممتازتاز مربوط به موقعیت، اندازه، عمق، تهاجم و نشو نما بوده. تنها 3% کارسینوئید اپندکس ممتازتاز و تقریباً 35% ایلپال کارسینوئید ممتازتاز داده، و اضافه از 75% کارسینوئید طرق معدی معایی قطر کمتر از 1cm داشته ولی برخلاف کارسینوئید تومور با قطر 1-2cm مترافق با ممتازتاز 50% و 80-90% بوده. از نظر گروس این تومور ها خورد، نرم و به شکل نودول تحت مخاط بوده که معمولاً دارای سطح مقطوعه زرد بوده.

محصولات افرازی تومورهای کارسینوئید			جدول (6-46)
امین ها	تکی نین	پپتید	و غیره
5-HT	Kallikrein	Pancreatic polypeptide (40%)	Prostaglandins
5-HIAA (88%)	Substance P (32%)	Chromogranins (100%)	
5-HTP	Neuropeptide K (67%)	Neurotensin (91%)	
Histamine		HGG α (28%)	
Dopamine		HGG β	
		Motilin (14%)	

و این ها میل دارد به شکل آهسته نشو نما کند، ولی بعد از اشغال شدن طبقه سیروزا در اثر عکس العمل دیسموپلاستیک باعث تولید فیروز میزاتریک، گینگ و انسداد متقاطع امعا باشد. کارسینوئید امعای رقیقه در 20-30% مریضان چندین محراقه بوده.

جدول (7-46) تشریح کردن کارسینوئید های طرق معدي معاي و قوعات متاز تاز و سندروم کارسینوئید			
موقعیت	واقعات	اندازه متاز تاز	واقعات سندروم کارسینوئید
مري	1		0
معدہ	93 (2%)	23	8
اثنا عشر	135 (4%)	20	4
جيجونو اليوم	1032 (28%)	34	91
رتج ميکل	42 (1%)	19	3
اپند کس	1686 (45%)	2	6
کولون	91 (2%)	60	5
رکتوم	592 (16%)	18	1
مبيض	34	6	17
طرق صفراوي	10	30	0
بانکراس	2		1
مجموع	3718		136

لوحة سريري :

تومور های کارسینوئید در عدم موجودیت سندروم های کارسینوئید اعراض کارسینوئید تومور امعای رقيقه مشابه با تومور های امعای رقيقه از نوع هستولوژیک دیگر بوده اعراض که زیاد معمول است درد بطن که مترافق با انسداد امعای رقيقه مکمل یا قسمی بوده. انسداد اکثراً از سبب تغلف بوجود آمده ولی میتواند به صورت تالی از سبب عکس العمل دیسموپلاستیک موضعی بوجود آید. اسهالات و لاغری نیز موجود بوده که اسهالات در نتیجه انسداد قسمی امعا بوده و یا به صورت تالی در سندروم کارسینوئید خبیث بوده.

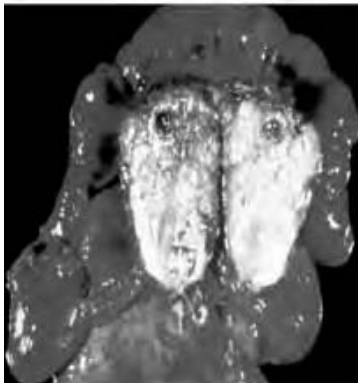
Malignant Carcinoid Syndrome این سندروم نسبتاً یک مرض نادر بوده که در کمتر از 10% مریضان کارسینوئید تومور دیده شده. و این سندروم اکثراً با کارسینوئید تومور طرق معدی معایی یکجا بوده، خصوصاً امعای رقيقه، ولی کارسینوئید در دیگر نواحی مانند برونش، پانکراس، تخمدان و خصیه نیز با کارسینوئید سندروم یکجا بوده. کارسینوئید سندروم شامل اعراض وازوموتور، قلبی و معدی معایی بوده، کارسینوئید تومور باعث تولید یک تعداد فکتور های هومورال شده لیکن تنها هورمون های که در سندروم کارسینوئید اشتراک میکند عبارتند از سیروتونین، هستامین، دوپامین، Kallikarein، پروستاگلاندین، Neuropeptid K. مریضان که مصاب کارسینوئید سندروم است تمام کبد توسط امراض میتازتاتیک معاوضه شده. اعراض و علایم معمولی آن عبارت از جلدی جلا دار 80%، اسهالات 76%، هیپاتومیگالی 71%، آفات قلبی خصوصاً امراض دسامی قلب راست 41-76%، آستما 25%. و جلدی جلا دار در کارسینوئید سندروم به چهار شکل مختلف یعنی سرخی منتشر در وجه، عنق، قسمت علوی صدر، و در مدت چند روز تمام قسمت های عضویت را اشغال کرده، چشمان مریض خواب الود منضمه مریض سرخ و پندیده میباشد

مریض اشکریزی، فشار پائین و ازیما وجه داشته، مترافق با جلایی سرخ روشن بوده، اسهالات در سندروم کارسینوئید حملوی بوده و اکثراً بعد از غذا بوجود آمده و سبب آن ازدیاد سیروتونین دوران خون است و سیروتونین یک تاثیر اتاگونست Methysergide دارد. در آفات قلبی، قسمت راست قلب خصوصاً دسام برای کسپید و ریوی ماوف ساخته که باعث تضیق دسام ریوی 90%، عدم کفایه برای کوسپید 42% میگردد.

حملات استماتیک معمولاً دیده شده و هر دو سیروتونین و برادی کنین باعث اعراض سوءهاضمه و پیلاگرا یعنی (اسهالات، درماتیت، دیمونسیا) میشود

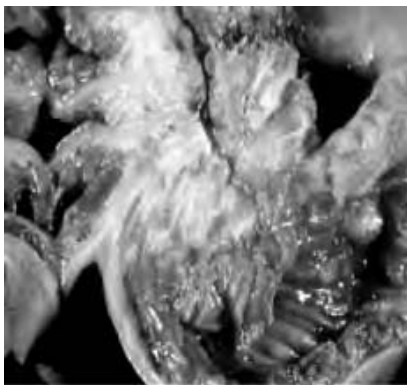
تشخیص:

تعیین کردن فکتور های هومورال مختلف، تیست های تشخیصی تومور های کارسینوئید و کارسینوئید سندروم است. تومور های کارسینوئید باعث تولید سیروتونین شده که در کبد و ریه میتابولایز شده و از نگاه فارماکولوژی 5-hydroxyindole Acetic Acid غیر فعال بوده. پس تعیین کردن آن در ادرار بسیار وصفی است. اندازه کردن سیروتونین پلازما، مواد، نیورتنسن، نیوروکینین A و نیوروپپتید K نیز قابل اهمیت است ولی این پپتیدها در تمام مریضان اندازه نمیشود.



تیست های Provocative به واسطه پنتاگاسترین، کلسیم یا اپنیپرین نیز میتوانیم استعمال کنیم تا باعث تولید اعراض، کارسینوئید تومور شود. تومور های کارسینوئید امعای رقیقه قبل از عملیات نادراً قابل تشخیص است. رادیوگرافی با باریوم امعای رقیقه چندین Filling Defect از سبب فیروزس و کینگ امعای رقیقه نشان داده. اثریوگرافی و التراسونوگرافی نیز دس تشخیص آفت کمک میکند. CT نیز برای میتاستاز در کبد و عقدات لمفاوی کمک کرده

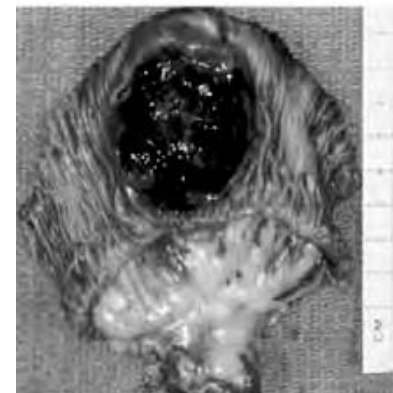
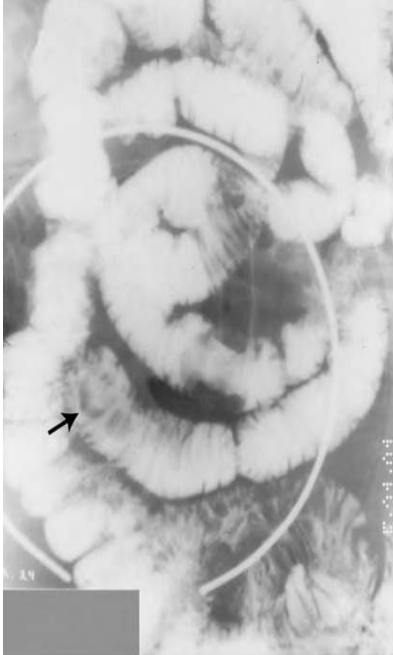
میتواند.



شکل (46-34A,B)

تداوی:

تداوی تومور های کارسینوئید امعای رقیقه مربوط به اندازه، موقعیت و میتاستاز تومور است. در صورت که اندازه تومور با قطر کمتر از 1cm، بدون شواهد موجودیت میتاستاز در عقدات لمفاوی ریزکشن سگمنت امعا کافی است و در صورت که قطر تومور از 1cm کلاتتر و عقدات لمفاوی ناحیوی دخاموی و چندین تومور موجود باشد برداشتن وسیع با عقدات لمفاوی میزانتریک توصیه شده. و در صورت موجودیت آفت در الیوم نهایی همیکولیکتومی طرف راست توصیه شده. تومور اثنا عشر خورد نیز به صورت موضعی برداشته شده و در صورت موجودیت تومور وسیع Pancereaticodudenectomy ضرور است.



در مریضان کارسینوئید تومور مراقبت انستیزی باید احتیاط شود. زیرا انستیزی بوجود آمدن حمله کارسینوئید شده که متصف با تفریط فشار، برانکوسپزم، جلادار شدن جلد و تاکی کادریا است. که تداوی آن Octreotide داخل وریدی به مقدار 50-100mg به شکل Bolus که بعداً به شکل انفوزن 50mg/hr توصیه میشود. توصیه کردن انتی هستامین و هایدروکورتیزون از طریق ورید نیز مفید است. در صورت که تومور کارسینوئید با اندازه بزرگ و امراض میتاستاتیک وسیع موجود باشد، استطباب تداوی جراحی محدود است. ریزکشن کبدی به شکل لوبیکتومی و لیگاتور کردن شریان کبدی توصیه میشود.

تداوی طبی در مریضان کارسینوئید سندروم Malignant که در نتیجه تولید زیاد فکتور های هومورال بوجود میآید توصیه شده که باعث خاموش کردن

اعراض سندروم میشود، Octreotide باعث تداوی اسهالات و جلای جلدی این سندروم شده، Ketanserin و Cyproheptain برای کنترل کردن بعضی اعراض استعمال میشود. شیموتیراپی سایتوتوکسیک در مریضان که میتازتاز وسیع موجود و به مقابل تداوی دیگر جواب ندهد مانند Streptozotocin و Cyclophosphamide نیز استعمال میشود.

انذار :

در صورت تومور کارسینوئید امعای رقیقه کوچک و موضعی که میتازتاز موجود نباشد انذار مرض خوب است و توقع حیاتی 100% موجود است. در صورت که تومور با امراض ناحیوی موجود باشد حیاتی 5 ساله تقریباً 65% و در صورت موجودیت میتاستاز بعیده 25-35% است. در صورت موجودیت میتازتاز وسیع به خاطر تداوی موقتی ریزکشن وسیع استطباب دارد و انذار آن خوب نیست.

میتازتاتیک نیوپلازم :

تومور های میتازتاتیک که امعای رقیقه را مصاب ساخته نسبت به نیوپلازم ابتدایی زیاد معمول است. تومور های میتازتاتیک امعای رقیقه اکثراً از دیگر احشا داخل بطن منشه گرفته مانند رحم، عنق رحم، مبيض، کلیه ها، معده، کولون، پانکراس که امعای رقیقه را به صورت انتشارمستقیم یا غرس حجرات توموری مصاب میسازد ولی میتازتاز تومور های خارج بطنی

نادر است اما میتواند دیده شود مانند ادینوکارسینوما ثدید، کارسینوما ریه ها، میلانوما جلدی. اعراض آن مانند بی اشتها، لاغری، کمخونی، خونریزی و انسداد قسمی معایی میباشد.

تداوی آن ریزکشن موقتی و آرام کردن اعراض مرض ولی اگر میتازتاز وسیع باشد بای پاس اجرا شده.

امراض رتجی :

امراض دایورتیکولر امعای رقیقه نسبتاً معمول است و این دایورتیکولر میتواند کاذب یا حقیقی باشد. دایورتیکولر حقیقی دارای تمام طبقات جدار امعا بوده و معمولاً ولادی بوده و دایورتیکولر کاذب شامل مخاط و تحت المخاط است که دیفکت طبقه عضلی جدار امعا را پروتروود کرده و اکثراً کسبی است.

دایورتیکولر امعای رقیقه میتواند در هر قسمت امعای رقیقه واقع شود. رتج اثنا عشر معمولترین و شکل کسبی دایورتیکولر امعای رقیقه است. و رتج میکل معمولترین شکل ولادی و حقیقی امعای رقیقه میباشد.

رتج اثنا عشر :

اسباب و وقوعات :

برای اولین بار توسط Chomel یک پتالوژیست فرانسوی در سال 1710 تشریح شده. رتج اثنا عشر نسبتاً معمول است و بعد از کولون واقعات بیشتر دارد. وقوعات آن نظر به سن و میتود های تشخیص فرق میکنند.

در رادیوگرافی طرق معدی معایی علوی 5-1% دایورتیکولر اثنا عشر موجود بوده و در مطالعات اتوپسی 15-20% راپور داده شده. رتج اثنا عشر دو مرتبه زیادت در زنان واقع شده و هم زیادت در مریضان جوان نسبت به 40 سالگی دیده شده و به دو گروه تقسیم شده (ولادی و کسبی ، حقیقی و کاذب) داخل لومین و خارج لومین. 2/3 الی 3/4 رتج اثنا عشر در Periampullary Region دیده میشود.

لوچه سریری :



اکثراً دایورتیکولر اثنا عشر بدون عرض بوده و به صورت تصادفی در مطالعات طرق معدی معایی دریافت شده مثلاً اندوسکوپیی یا رادیوگرافی بطنی که حباب گازات به شکل غیر وصفی دیده شده. CT میتواند در تشخیص دایورتیکولر کلان کمک کند. و کمتر از 5% دایورتیکولر اثنا عشر ضرورت به عملیه جراحی جهت جلوگیری از اختلالات آن دارد. اختلالات عمده دایورتیکولر عبارت از انسداد قنات صفراوی و پانکراتیک است که باعث کولائزیت و پانکراتیت شده و همچنان هیموراژی، تشقب و نادراً Blind Loop سندروم نیز دیده شده. تنها وقت که دایورتیکولر در امپولواتر واقع شود باعث اختلالات کولائزیت و پانکراتیت شده.

هیموراژ که واقع شده از سبب التهاب و ایروژن یک شعبه شریان مسارقه علوی بوده، تشقب دایورتیکولر اثنا عشر میتواند واقع شود ولی نادر است. از طرف دیگر رکودت محتوی امعا در داخل دایورتیکولر متوسع باعث نشو نمای باکتری ها، سوءهاضمه، اسهالات شحمی و کمخونی میگالوبلاستیک (Blind Loop Syndrome) میشود.

اعراض دایورتیکول اثنا عشر مربوط به موجودیت امراض دیگر در ناحیه بوده مریض از ناراحتی ناحیه شری صوفیه شاکمی بوده، اگر به صورت محافظه کار تدای شود نتیجه خوب دارد. شکل (38-46)

تدای :

اکثر دایورتیکول های اثنا عشر بدون عرض و سلیم بوده ولی وقت که په صورت تصادفی دریافت شده، باید به حالت خودش گذاشته شود. در صورت که باعث اعراض شود چندین پروسیجر تدای موجود است. معمولاً از تدای دایورتیکولیکتومی استفاده شده که توسط مانوره کوخر اثنا عشر اشکار شده، دایورتیکول قطع و اثنا عشر به شکل طولانی یا مستعرض بسته شده تا از بندش لومین جلوگیری شود.

تشخیص کردن امپولا و اتر و مجروح شدن Common Bile Duct و قنات پانکریاتیک جلوگیری شود. Duodenotomy و Invagination قاعده دایورتیکول داخل لومین بعداً قطع رتج و جدار اثنا عشر بسته شده ولی در صورت که رتج امپولا را اشغال کرده باشد شکل وسیع Shpincteroplasty از طریق جدار Common امپولا در داخل رتج اجرا شده. تدای تثقب دایورتیکول نیز ضرورت است که از سبب ترومای شدید بوجود آمده تثقب برداشته و اثنا عشر با Serosal Patch لوب جیجونل ترمیم شده ولی در صورت که التهاب وخیم باشد نزد مریض Gastrojejunostomy یا Duodenojejunostomy اجرا میشود. ولی در صورت مسدود شدن امپولا و اتر احتیاط جدی صورت گیرد.

و در صورت که دایورتیکول داخل لومین باشد و اعراض موجود باشد به صورت مکمل برداشته شده، اگر امپول و اتر را مصاب کرده باشد ریزکشن سب توتال دایورتیکول صورت گرفته اما قنات های صفاوی و پانکراتیک محافظه شود.

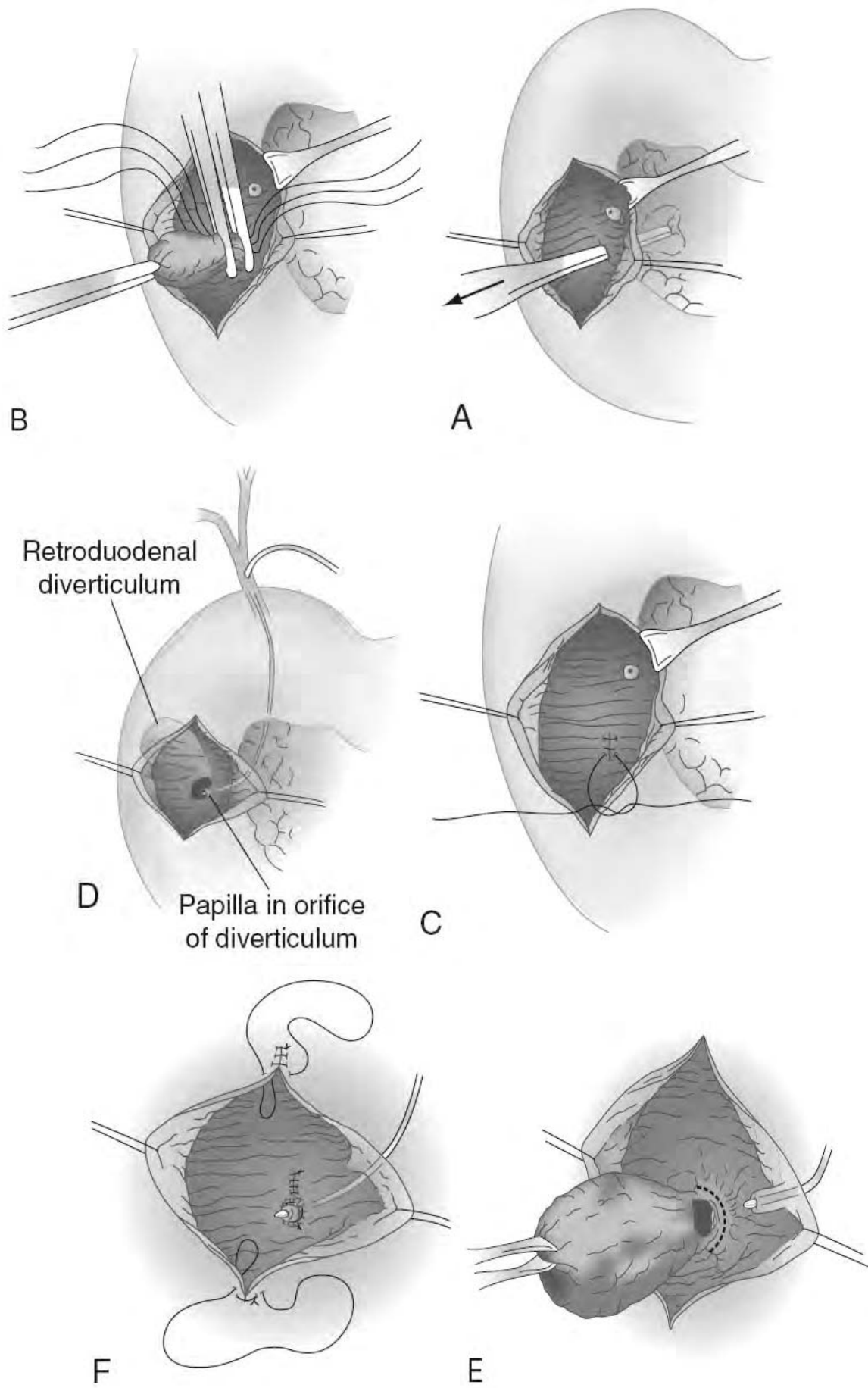
رتج الیال و جیجونال :

اسباب، وقوعات :

رتج امعای رقیقه کمتر نسبت به دایورتیکول اثنا عشر دیده شده که در مطالعات اوتوبسی واقعات آن 0.1-0.4% و در مطالعات تشخیصی طرق معدی معایی علوی 0.1-1.5% یادداشت شده.

دایورتیکول جیجونال زیاد معمول و زیاد کلان است نسبت به الیوم. این رتج کاذب زیادتر در اشخاص مسن دیده شده خصوصاً بعد از دهه ششم حیات، این رتج چندین عدد و معمولاً از طریق سرحد میزانتریک امعا Protrude شده.

سبب جیجونو الیال دایورتیکولوزیس فکر میشود تشوش حرکی عضلات ملسا و یا Plexus Myenteric باشد که باعث تشوش در تقلصات امعای رقیقه ازدیاد فشار داخل لومین و در نتیجه تفتق مخاط و تحت المخاط از قسمت ضعیف امعا شده (Mesenteric Side).



لوحة سریری :

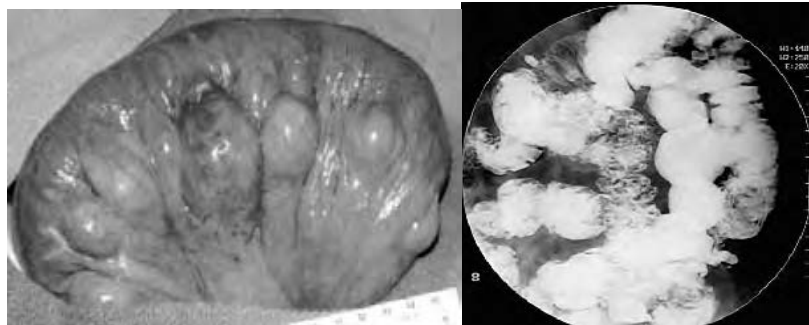
دایورتیکول جیجونو الیال معمولاً به صورت تصادفی در لاپراتومی یا در اثنا مطالعه طرق معدی معایی علوی دریافت شده. اکثراً این دایورتیکول های بدون عرض بوده، اختلالات حاد به شکل انسداد معایی، هیموراژ و تشقب بوده ولی نادر است.

مریضان از نظر اعراض دارای درد بطنی مبهم، سوءهاضمه، انسداد وظیفوی کاذب و هیموراژ کم معدی معایی بوده. اختلالات حاد آن دایورتیکولایتس با یا بدون اسی یا تشقب خونریزی معدی معایی و انسداد معایی است. رکودت در محتوی معایی باعث نشو نمای باکتریا شده (Blind Loop Syndrume) در اثر Jejunal Dyskenesia که باعث غیری مزدوج شدن نمک های معایی و گرفتن ویتامین B12 به واسطه فلورای باکتریایی باعث اسهالات شحمی و کمخونی میگالوبلاستیک با یا بدون نیوروباتی میشود.

تداوی :

اگر به صورت تصادفی جیجونوالیال رتج دیده شد و کدام اعراض موجود نباشد، تداوی نمیشود. تداوی اختلالات آن انسداد، خونریزی، تشقب به واسطه ریزکشن معایی و End to End انسٹوموز صورت گرفته. مریضان که سوءهاضمه تالی از سبب Blind Loop و نشو نمای باکتری ها در داخل دایورتیکول بوجود آمده انتی بیوتیک توصیه شده، انسداد میتواند در اثر سنگ های غایطی که باعث تشکل دایورتیکول و بالاخره بیجای شده و انسداد قسمت دیستال امعا بوجود آورده این حالت میتواند به واسطه انتیروتومی و برداشتن سنگ غایطی و یا بعضاً انتیروولیت میتواند به طرف سیکم Milked شود.

در صورت که انتیروولیت سبب انسداد در سویه دایورتیکول باشد ریزکشن امعا ضرور است. در صورت که تشقب در دایورتیکول جیجونوالیال واقع شود ریزکشن و دوباره انسٹوموز انجام داده. به خاطر که پروسیجر دیگر مانند Simple Closure، Excision یا Invagination آن مترافق با مرگ و میر زیاد بوده و در صورت موجودیت پریتونیت منتشر اگر خطر لیکاز انسٹوموز موجود باشد باید Enterostomies اجرا شود.



شکل (46-41)

شکل (46-40)

رتج میکل (Meckel's Diverticular) :

میکل دایورتیکول که زیاد معمول است یک انومالی ولادی امعای رقیقه است و در تقریباً 2% مردم دیده شده. برای اولین بار در سال 1598 توسط Hidanus و بعداً توسط Johann Meckle در سال 1809 با جزئیات آن تشریح شده. میکل دایورتیکول در کنار انتی میزانتیک الیوم به اندازه 45-60cm قسمت پروکسیمال الیوسیکل دسام



قرار دارد. میکل دایورتیکول در نتیجه نا مکمل بسته شدن Omphalomesenteric یا قنات ویتیلین بوجود آمده. در مرد ها و زن ها به صورت مساویانه دریافت شده.

این دایورتیکول به اشکال مختلف موجود بوده. Ranging (Bump) Form که توسط کورد لیفی با سره ارتباط دارد. یا به شکل Patent Fistula بوده، شکل معمولی آن با دهن نسبتاً وسیع به اندازه تقریباً

5cm طول داشته و قطر 2cm داشته، حجرات که قنات ویتیلین را پوشانیده Pluripotent و غیر معمول نیست که نسج هیتیروتروپیک در داخل میکل دایورتیکول دریافت شده و زیادتر مخاط معدوی در اضافه از 50% تمام میکل دایورتیکول، مخاط پانکراس در تقریباً 5% دایورتیکول موجود بوده ولی میتواند مخاط کولون نیز داشته باشد.

اعراض سریری :

اکثر میکل دایورتیکول سلیم و به صورت تصادفی در اثنا اوتوپسی لاپراتومی یا باریوم ظاهر شده و اعراض عمده آن خونریزی معدی معایی که در 25-50%



واقعات دیده شده و اکثراً در اطفال دوساله و یا جوانتر دیده شده و خونریزی آن میتواند به شکل کتلوی یا مزمن باشد که باعث کم خونی میشود. منشه خونریزی اسید مزمن که از مخاط معدوی داخل دایورتیکول قرار دارد، میباشد. عرض دیگر آن در اطراف دایورتیکول که مترافق با باند لیفی بوده و تماس جدار بطن دارد. تغلف یا نادراً Incarceration دایورتیکول در فتق مغبنی (Litters Hernia) میتواند دیده شود.



تدور معمولاً در شکل حاد آن بوده و اگر پیشرفت کند میتواند اختناق لوپ معایی مصاب شده واقع شود. در تغلف یک رتج با قاعده وسیع میتواند Invaginate و توسط حرکات اشتدادی به قدام رفته که میتواند به شکل Ileoileal و یا Ileocolic باشد و لوجه انسداد حاد که مترافق با مشکلات در تغوط و استفراقات بوده و بعضی اوقات از پساج مواد غایطه Current jelly شاکمی بوده. یک کتله قابل جس نیز موجود بوده و میتوانیم تغلف که از سبب میکل دایورتیکول بوجود آمده توسط اماله باریوم ارجاع کنیم. و نزد مریض میتوانیم ریزکشن دایورتیکول اجرا کنیم تا از نکس واقعه جلوگیری کنیم. در 10-20% مریضان میتوانیم به شکل التهاب رتج دیده شود که در اشخاص کاهل زیاد دیده شده.



التهاب رتج میکل که از نظر سریری میتوانیم با اپندیست حاد خصوصاً مریضان که درد بطن حفره حرقفی راست دارد تشخیص تفریقی کنیم. در صورت پیشرفت التهاب رتج میتواند تشقب و پریتونیت بوجود آید. ولی این باید به یاد داشته باشیم که در صورت دریافت اپندکس نورمال در زمان Exploration برای تأیید اپندیست میتوانیم قسمت دیستال ایوم برای دریافت میکل دایورتیکول التهابی تفتیش کنیم. و بالاخره اختلاط نادر میکل دایورتیکول نیو پلازم است. که تومور های سلیم زیاد معمول لیومیوما، انجیوما، لیپوما بوده و تومور های خبیث که شامل ادینوکارسینوما است و از مخاط معدوی منشه گرفته، همچنان سرکوما و کارسینوئید تومور نیز معمول است.

تشخیص :

تشخیص میکل دایورتیکول مشکل است. رادیوگرافی بطن، CT و التراسونو گرافی نادراً کمک میکند. در اطفال یگانه تیست تشخیصی میکل دایورتیکول Scintigraphy با سویدیم TC-Pertechnetat است. درین تیست حجات افزای مخاط از مخاط معدوی و نسج اکتوییک معدوی از دایورتیکولیوم گرفته شده و حساسیت تشخیصی این Scan بلند تر از 85% بوده و در اطفال 90% میباشد. در اشخاص کاهل حساسیت تشخیصی کمتر بوده به خاطر که اکتوییک مخاط معدوی در داخل دایورتیکول کاهش یافته و حساسیت تشخیصی فوق میتوانیم با توصیه بعضی مواد فارمکولوژیک اصلاح کنیم، مانند پنتاگاسترین، گلوکاکون و اتاگونیسیت H2-Receptor مانند Cimetidin. پنتاگاسترین به صورت غیر مستقیم میتابولیزم حجات که مخاط تولید میکند، زیاد ساخته، در حالیکه گلوکاکون نهی میکند Peristaltic Dilution و Wash Out رادیونوکلید داخل لومین. Cimetidine نیز استعمال میشود به خاطر که حساسیت Scintigraphy به واسطه کاهش افزای پتیک از دیاد بخشیده.

تداوی :

میکل دایورتیکول عرضی ایجاب تداوی جراحی که در آن ریزکشن دایورتیکول و یا سگمنت که دایورتیکول در آن قرار دارد نمیکند. ریزکشن سگمنت معایی در دایورتیکول خون دهنده استطباب دارد. و در صورت که خونریزی نداشته باشد ریزکشن دایورتیکول استطباب دارد. برای میکل دایورتیکول میتوانیم یک Handsewan تکنیک یا Stapling به امتداد قاعده دایورتیکول در یک خط مستعرض یا Diagonal استعمال کنیم تا از تضیق ناحیه جلوگیری شود. راپور که داده شده Diverticulectomy از طریق لپراسکوبی آسان و نتیجه خوب داده.

به صورت عموم قابل یاد آوریست در اطفال وقت که لپراتومی اجرا شود و اگر به صورت تصادفی رتج میکل بدون عرض دیده شد باید ریزکت شود ولی در اشخاص کاهل به حالت خودش گذاشته شده و مطالعات جدید نشان داده که دایورتیکولیکتومی وقایوی در اشخاص کاهل مفید و محفوظ است.

جدول (8-46) اسباب قرحات امعاء رقیقه	
انتانات	Tuberculosis, syphilis, cytomegalovirus, tryphoid, parasites, <i>strongyloides</i> hyperinfection, <i>campylobacter</i> , yersiniosis
التهابات	Crohn's disease, systemic lupus erythematosus, celiac disease, ulcerative
اسکیمیا	عدم کفایه مصاریقه
ایدیوپاتییک	قرحات ابتدایی, behcet's syndrome
ادویه جات	Potassium, indomethacin, phenylbutazone, salicylates, antimetabolites
شعایی	Therapeutic, accidental
وعایی	Vasculitis, giant cell arteritis, amyloidosis (ischemic lesion), angiocentric Lymphoma
میتابولیک	Uremia
ازدیاد اسیدیته	Zollinger-Ellison syndrome, Meckel's diverticulum, stomal ulceration
نیوپلازیک	Lymphoma, adenocarcinoma, melanoma
توکسیک	Acute jejunitis (β -toxin-producing <i>clostridium perfringens</i>), arsenic
آفات مخاطی	Lymphocytic enterocolitis



قرحات امعای رقیقه :

قرحات امعای رقیقه نسبتاً غیر معمول است و میتواند یکجا با امراض کرون، تب محرقة، توبرکلوز، لیمفوما و گاسترینوما باشد. این قرحات میتواند در اثر ادویه بوجود آید تابلیت پوتاشیم کلوراید، کورتیکوکوستروئید، ادویه غیر ستیروئید نیز باعث تولید قرحات خصوصاً الیوم شده که میتواند یک یا چندین عدد باشد و بعضاً اسباب قرحات معلوم نبوده.

اختلالات آن مانند خونریزی، تشقب و انسداد است که ایجاب مداخله جراحی کرده. NSAIDs علاوه بر این که باعث قرحات معایی شده، انتیروپتی که باعث ازدیاد قابل نفوذیه امعا، ضایع شدن پروتین ها، هایپوالبومینیمیا، سوءهاضمه و کمخونی نیز بوجود آورده. تداوی اختلالات قرحات امعای رقیقه ریزکشن سگمنت و دوباره انستاموزیز میباشند.

بلع کردن اجسام اجنبی :

بگس (4-46) فکتورهای که مانع بسته کردن خودبخودی فستول میشود

دهانه بلند (>500ml/24h)

ازبین رفتن ساحه وسیع در محیط امعا (>50%)

امراض التهاب حاد سگمنت معایی

کنسر

التهاب معایی شعایی

انسداد در قسمت دیستال

جوف اسی که دریناژ نشده

موجودیت جسم اجنبی در مسیر فستول

طول مسیر فستول >2.5 سانتی

اپیتلازیشن مسیر فستول

اجسام اجنبی میتواند نزد اشخاص کاهل و یا اطفال به صورت تصادفی بلع و باعث تثقب و انسداد طرق معدی معایی شده. این اجسام مانند شیشه، پارچه فلزی، سنجاق، سوزن، دندان مصنوعی، استخوان ماهی و غیره.

این مریضان به خاطر تداوی تحت مشاهده قرار گرفته که یا به صورت نورمال پساج پیدا کرده و اگر جسم اجنبی مذکور رادیوپک باشد، سیر آن توسط اکسری بطنی تعقیب شده و باید به خاطر باشد که مواد مسهل مضاد استتباب است. بعضاً

اجسام اجنبی تیز مانند سوزن، تیغه کارد، یا استخوان ماهی جدار امعا را سوراخ کرده. اگر مریض درد بطن Tenderness، تب، لوکوسیتور پیدا کرد، لاپراتومی عاجل اجرا شده و ذریعه عملیه جراحی برداشته شده و همچنان اگر انسداد امعا موجود بود لاپراتومی استتباب دارد.

فستول های امعای رقیقه:

فستول های معایی جلدی معمولاً Iatrogenic یا بدون سبب بوده و اکثراً در نتیجه اختلالات جراحی بوجود آمده مانند لیکاز ناحیه انستوموز مجروح شدن امعا و اوغیه دموی، پارگی امعا به واسطه Wire mesh و یا Retention Suture. فستول میتواند در نتیجه ایروژن امعا به واسطه سکشن کتیتر، اسی های مجاور و یا تروما بوجود می آید، و فکتورهای که زمینه را برای شکل فستول مساعد میسازد عبارتند از تداوی شعاعی قبلی، انسداد امعا، امراض التهابی امعا، امراض وعایی میزانتربیک یا سپسس داخل بطن بوجود آید. کمتر از 2% فستول های معایی جلدی خودبخودی و در نتیجه امراض کرون به وجود می آید

تشخیص فستول های جلدی معمولاً مشکل نبوده، و به صورت وصفی مریضان تب دار و بعد از عملیات جرحه عملیاتی احمراری و Erythematous بوده، وقتیکه چند خیاطه جلدی برداشته شود سیلانات قیحی و خوندار موجود بوده که بعداً در مدت یک یا دو روز به محتوی امعا تبدیل شده و اگر تشخیص فستول مشکوک باشیم تأیید آن به واسطه توصیه کردن مواد غیر قابل جذب و نشانی شده مانند Charcoal یا Congo Red و یا زرق کردن مواد کثیفه منحل در آب داخل فستول صورت گرفته.

فستول های معایی جلدی نظر به موقعیت و حجم دهانه طبقه بندی شده، که نظر به این فکتور ها تداوی و وفيات آنها تعیین شده. فستول های که در قسمت پروکسیمال امعای رقیقه قرار دارد بسیار وخیم بوده و مقدار زیاد مایعات و الکترولیت ها ضایع کرده، ازین طریق مقدار زیاد مایع که توانایی هضم آن برای مواد غذایی زیاد بوده که دیستال

سگمنت قابلیت جذب مواد غذایی نداشته. فستول های دهانه بلند دارای سیلان 500ml در 24 ساعت بوده، فکتور های که باعث مانع بسته شدن خود به خودی فستول شده در جدول (4-46) نشان داده شده. رادیو گرافی بعد از زرق مواد کثیفه منحل در آب داخل فستول باید در مراحل مقدم اجرا شود تا از موجودیت و وسعت جوف اسی، طول مسیر فستول، وسعت تخریب جدار امعا، موقعیت فستول و تعیین کردن بندش در قسمت دیستال فستول نشان دهد. CT تعیین کردن تجمع مایع یا قیح در قسمت تحتانی فستول کمک میکند که اکثراً این تجمع از طریق جلد دریناژ شده.

اختلالات عمده فستول امعای رقیقه شامل سپسیس، ضایع شدن مایعات و الکترولیت، نکروز جلد اطراف دریناژ خارجی و سوء تغذی. فیصدی و فیات مریضان فستول معایی جلدی بلند بوده (20-15%).

تداوی:

تداوی موفقانه فستول های معایی شامل کنترل کردن دریناژ که معمولاً سکشن Sump استعمال شده، تداوی حالت سپسیس جلوگیری از ضایع شدن مایعات و الکترولیت ها، محافظه کردن جلد اطراف فستول و اصلاح کردن تغذی، کنترل کردن دهانه فستول به واسطه اتوبشین مسیر فستول، و محافظه کردن جلد اطراف فستول به خاطر تخریش و تخریب آن به واسطه زینک اکساید، مرهم Kary - Aluminium Paste پودر نیز ضرور میباشد.

به خاطر کنترل کردن ضایعات و حجم آن برای مریض Somatostatin Analogue Octreotide توصیه شده و این مواد همچنان باعث بلند بردن سرعت بسته کردن فستول نیز شده. در صورت که سپسیس کنترل و تغذی مریض اصلاح شود. ادامه آن برای سه ماه میتواند به شکل محافظه کارانه باعث بسته شدن فستول شود. و در حالیکه فستول در مدت 3 ماه بسته نشد، میتوانیم با میتود های فوق یکجا با تداوی جراحی به کار ببریم.

در مداخله جراحی از طریق جرحه عملیاتی قبلی داخل بطن شده با بسیار احتیاط که با جدا کردن التصاقات امعا مجروح نشود، بعداً برداشتن مسیر فستول و ریزکشن سگمنت امعا دوباره انستوموزیز امعا اجرا شده. اگر تنها Simple Closure فستول بعد از برداشتن میسر فستول اجرا شود تقریباً همیشه باعث نکس فستول شده. ولی در صورت که جدار امعا سخت التهابی و لوپ امعا متوسع و اسی متعدد در ناحیه موجود باشد انستوموز ابتدایی غیر محفوظ بوده، لذا Exteriorization هر دو نهایت لوپ امعا استطباب دارد. میتوانیم چندین پروسیجر Bypass نیز اجرا کنیم.

Pneumatosis معایی :

یک حالت غیر معمول است به شکل چندین عدد سیست مملو از گاز در طرق معدی معایی دیده شده، سیست های مذکور تحت طبقه سیروز، تحت المخاط، و نادراً طبقه عضد واقع بوده. اندازه آن فرق میکند از اندازه میکروسکوپیکی الی قطر چندین سانتی متر. بوده میتواند و میتواند در هر قسمت طرق معدی معایی واقع شود از مری الی رکتوم. طوریکه در ناحیه جیجونوم بسیار معمول بوده، اما میتواند ناحیه ایوسیکل و کولون. و ساختمان های دیگر خارج از امعا مانند میزاتر، پریتوان و لیگامنت Falicform نیز اشغال کند. به صورت مساویانه در مرد و زن دیده شده و این حالت زیادتیر در دهه چهارم و هفتم حیات واقع شده. پونوماتوزیز در اطفال معمولاً مترافق با Necrotizing enterocolitis بوده، سبب این مرض به صورت مکمل معلوم نیست و صرف یک تعداد نظریات پیشنهاد شده که عبارت از تیوری میکانیکی ضیاع مخاطی، باکتریایی و تیوری ریوی می باشد.

اکثر واقعات پونوماتوزیز معایبی مترافق با امراض مزمن ریوی، انسدادی و یا حالت تشوش معافیت مانند AIDS، بعد از پیوند اعضا، لوکیمیا، لیمفوما، التهاب وعایی، یا امراض کولاجن معایی و هم می‌باشد که شیموترایی و کورتیکوستیروئید گرفته، یکجا موجود بوده، از نظر گروس سیست ها مشابه کیستیک لمف اتریوما، یا هایداتید سیست بوده، و از نظر هستولوژیک ناحیه مصاب شده نمایی Honey comb داشته جدار سیست نازک و شکننده بوده که ریچر خود بخودی آن باعث پنوموپریتون شده.

اعراض آن غیر وصفی بوده که معمولاً مریضان اسهالات، درد بطن، توسع بطنی، دلبدی، استفراقات، ضیاع وزن و مخاط در غایطه، همچنان Hematochezia و قبضیت نیز موجود بوده. اختلالات که همراهی پونوماتوزیز معایی یکجا بوده عبارت از تدور، انسداد معایی، خونریزی و تشقب معایی بوده و اکثراً پنوموپریتون درین مریضان موجود بوده و زیاتر در امعای رقیقه نسبت به امعای غلیظه دیده شده ولی بوجود آمدن پریتونیت غیر معمول است. تشخیص توسط رادیوگرافی ساده بطنی و یا باریوم اکسری صورت گرفته پونوماتوزیز معایی در کلیشه ساده اکسری یک ساحه Radiolucent را در جدار امعا نشان داده که باید از گاز داخل لومین امعا فرق شود.



خیال Radiolucent به شکل خطی یا منحنی یا Grapelike Cluster دیده شده. اکسری با باریوم و CT تشخیص را تأیید میکند. التراسوند نیز با دیدن سیست های معایی کمک میکند. تداوی بدون اختلالات آن که نادراً دیده شده، ضرور نیست. مانند خونریزی رگم، تدور و Tention Pneumopertoneum تداوی آن سببی است که مترافق با امراض مختلفه میباشد.

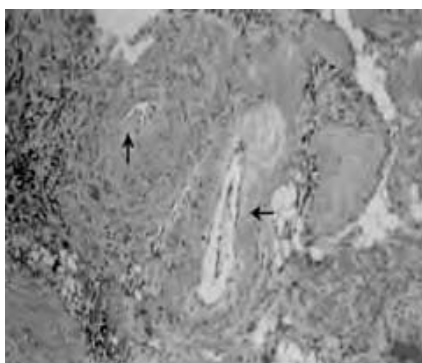
Blind Loop Syndrome

یک حالت نادر است و این سندروم دارای اعراض از قبیل اسهالات شحمی، کم خونی میگالوبلاستیک، لاغری، درد بطن و کمبود ویتامین های منحل در شحم (Vit. A, D, E, K) و تشوشات عصبی میباشد. سبب این سندروم نشو نما تعداد زیاد باکتریها در ناحیه Stagnant امعای رقیقه که از سبب تضیق، فستول یا دایورتیکول (جیجونالیال یا رتج میکل) محتوی خود را تشکیل میدهد. در حالت نورمال محتوی قسمت علوی طرق معدی معایی دارای کمتر از 10^5 باکتریها در هر ml بوده، که اکثر آنها گرام مثبت هوازی و غیر هوازی بوده، و در صورت رکودت تعداد باکتریها در نتیجه ازدیاد تکثرتزیاید یافته، مانند باکتریوئید، لکتوباسیل غیرهوازی، کولی فورم - انتروکوک. این باکتری ها برای کمبود ویتامین B₁₂ کافی بوده که سبب کمخونی میگالوبلاستیک شده تشخیص توسط معاینات لاپراتومی تأیید میگردد.

نشو نما زیاد باکتری ها توسط کلچر یا تست های غیر مستقیم مانند C-Xylose یا C-Cholylglycine breath test، مورد اجرا قرار گرفته. استعمال زیاد باکتری های C-Substrate باعث ازدیاد CO₂ شده و در حالت نشو نما زیاد باکتری ها اسهالات شحمی را تأیید میکند. Schilling Test (Co.Labeled Vit B₁₂ Obsorption) میتواند اجرا شود که باعث اشکار ساختن اطراح در ادرار شده ویتامین B₁₂ و مشابه به کم خونی خبیث ضایع شدن ادرار 0-6% ویتامین B₁₂ با مقایسه حالت نورمال آن 25%-7% میباشد.

در مریضان Blind Loop سندروم افزایش ویتامین B₁₂ با علاوه کردن Intrinsic Factor تغییر نکرده ولی با یک کورس اتی بیوتیک وسیع الساحه مانند (تیتراسیکلین) جذب ویتامین B₁₂ به حالت نورمال رجعت کرده. تداوی این سندروم توسط توصیه زرقی ویتامین B₁₂ و اتی بیوتیک وسیع الساحه که زیاده تر تیتراسیکلین و اوگومینتین است صورت گرفته و هم میتوانیم سفالیکسین همراهی میترونیدازول یکجا استعمال شود. کلورمفینیکول نیز قابل استفاده است. کورس تداوی برای 7-10 روز بوده و در مدت چند ماه اعراض مریض از بین رفته. در تداوی جراحی اصلاح کردن حالت که باعث Stagnation و Blind Syndrome شده نتیجه آن دایمی است.

التهاب امعا توسط تداوی شعاعی (Radiation Enteritis):



مانند دیگر تداوی ها برای کانسر های مختلف بطن و حوصله استعمال شده، که در پهلوی حجرات تومورال بالای حجرات انساج نورمال دیگر نیز تاثیر کرده. خصوصاً اپتیلیوم امعای رقیقه که به شکل وخیم، حاد یا مزمن تاثیرات سؤ را بار آورده. مقدار و زمان رادیوتراپی در بوجود آوردن و انکشاف Radiation Enteritis رول خاص دارد.

اختلالات وخیم غیر معمول بوده آنهم در صورت که دوز رادیوتراپی مجموعی کمتر از 4000cGy باشد، در حالیکه خطر وفیات مریضان از دیاد یافته در صورت که دوز مجموعی شعاع اضافه از 5000cGy باشد.

دیگر فکتور ها مانند عملیات های بطنی، امراض وعایی قبلی، فرط فشار خون مرض دیابیت، شیموتراپی توسط 5-Fluorouracil، Doxorubicin، Dectinomycin و Methotrexate در بوجود آوردن التهاب امعا بعد از رادیوتراپی کمک کرده. آفات شعاعی میتواند به شکل حاد با یک لوحه سریری اسهالات درد بطن و سوءهاضمه ظاهر شود. و تاثیرات موخر آفات رادیوتراپی که از سبب مجروح شدن اوعیه دموی خورد تحت مخاط به شکل ارتربت و فبروزس تحت مخاط که در نتیجه ترومبوز و عدم کفایه اوعیه بوجود آمده و در نتیجه نکروز و تشقب این ناحیه امعا تولید میشود ولی اکثراً باعث تضیق، اعراض انسداد یا فستول امعای رقیقه شده. تداوی شعاعی میتواند با گذاشتن Radio Pagueinar marker و دوز کم که شعاع جلوگیری و یا به وقوعات آن کاهش داده. مانند Titanium Clips که میتود در اثنا عملیات جهت تداوی شعاعی به کار برده شود تا انساج مجاور امعا رقیقه محافظه شود عبارتند از Reperitonealization، پیوند ثرب و گذاشتن Mesh slings قابل جذب، و چندین ادویه موجود است که از تاثیرات سؤ تداوی شعاعی جلوگیری کند مانند Sucralfate، Gluthathion، اتی اوکسیدانت مانند ویتامین A، ویتامین E، B - Carotene و هستامین انتاگونیست.

تداوی شکل حاد التهاب معایی شعاعی کنترل کردن اعراض توسط استعمال اتی سپزموذیک و انالجزیک که اسهالات و درد بطن را کنترل شده، ادویه ضداسهالات و Opiat نیز نتیجه داده. کورتیکواستروئید ها کدام ارزش خاص درین مرض ندارد. Dietary Manipulation که شامل Oral elemental Diet است نیز در التهاب معایی شعاعی نتیجه خوب داده. مداخله جراحی در مریضان سب گروپ که 2-3% مجموع از مریضان که رادیشن بطنی یا حوصلی شده ساخته، استطبای عملیات شامل واقعات انسداد، تشقب، فستول و خونریزی است.

در واقعات انسدادی پروسیجر عملیات بای پاس یا ریزکشن با دوباره انستوموز به کار برده شده که پروسیجر بای پازیک پروسیجر محفوظ و بسیار است خوب اعراض مرض را کنترل کرده و سرعت و فیات آن کمتر است. از طرف دیگر در واقعات انسدادی از لیز وسیع التصاقات پرهیز شود. در صورت موجودیت تثقب امعا ریزکشن و انستوموز اجرا شده. اگر دوباره انستوموز غیر محفوظ باشد نهایت پروکسیمال Exteriorized شده.

Short Bowel Sendrome

این سندروم در نتیجه کاهش طول امعای رقیقه بوجود آمده که برای ترانسپورت تغذی غیر کافی بوده، 75% واقعات این سندروم در اثر ریزکشن کتلوی امعا بوجود آمده و در اشخاص کاهل اسباب عمده آن بندش اوئیه مساریقه، تدور مید گت و پاره شدن اوئیه مساریقه علوی توسط ترضیضات، میباشد ریزکشن تالی در مرض کرون که چندین مرتبه نکس کرده باشد 25% مریضان را میسازد. در اطفال نوزاد اسباب عمده Short Bowel Syndrome ریزکشن مقعدی تالی امعا بعد از نکروتایزینگ انتیرو کولیت میباشد.

لوحه سریری برای سندروم عبارتند از اسهالات، کمبود مایعات الکترولیت و سؤ تغذی بوده. اختلالات آن سنگ های صفراوی که از اثر بر هم خوردن دوران انتیروهیپاتیک و سنگ های کلیوی که از سبب هایپراوگزال یوریا بوجود آمده. کمبود بعضی مواد خاص از قبیل آهن، مگنیزیم، جست، مس و ویتامین نیزول دارد قابل یادآوریست که امعا دارای ظرفیت و توانایی قابل ملاحظه تطابق بعد از ریزکشن وسیع است که به نام هایپرپلازیا معاوضی یاد شده که به صورت قابل ملاحظه از اختلالات وخیم که از سبب کمبود سطح ساحت جذب و هضم بوجود آمده جلوگیری کرده ولی اگر مقدار زیاد امعا رقیقه ریزکت شده باشد خصوصاً 70% از ایوم ترمینال و ایوسیکال دسام این میکانیزم غیر کافی بوده. زیرا



با برداشتن ایوم ترمینال در جذب نمک های صفراوی و ویتامین B12 حالت غیر نارمل بوجود آمده که باعث اسهالات و کم خونی شده از طرف دیگر برداشتن قسمت پروکسیمال امعا رقیقه نسبت به قسمت دیستال آن قابل تحمل بوده زیرا ایوم میتواند تطابق و توانایی قابل جذب را زیاد ساخته و در جیجونوم این قابلیت کمتر است.

تداوی :

در تداوی این سندروم مهم ترین اقدام که قابل یاد آوریت، عبارت از وقایه است یعنی در مریضان کرون و یا امراض اسکیمیک امعا که ریزکشن وسیع ضرور باشد، زیاد احتیاط شود. و بعد از ریزکشن کتلوی و وسیع امعای رقیقه کورس تداوی به دو قسمت تقسیم شده (مقدم و موخر).

در مرحله مقدم تداوی کنترل کردن اسهالات، احیا کردن مایعات و الکترولیت های ضایع شده و مونیاتور صحیح Intake و Output مریض اجرا شود. و از طرف دیگر بعد از ریزکشن

قسمت زیاد امعای رقیقه هایپرگاسترینمیا و فرط افزاز معدوی بوجود آمده که در تشدید اسهالات مریض کمک کرده لذا برای مریض H2-Receptor Antagonist و یا Proton Pump Blocker مانند اومپرازول توصیه شده همچنان برای اسهالات مریض Cholestyramin و کودیین توصیه شده تا از تاثیرات Cathartic نمک های صفراوی غیر قابل جذب که

داخل کولون شده و هم مانع حرکات زیاد معایی میشود. همچنان استعمال Octreotide که یک Long – Acting Somatostatin است استفاده شده تا مقدار اسهالات را کاهش دهد.

یک تعداد مطالعات نشان داده که Octreotide باعث نهمی تطابق معایی شده ولی این موضوع چندان مورد تایید نیست. وقت که مریض از صفحه حاد مرض برآمد برای مریض تغذی معایی شروع شود تا تطابق امعا نیز هر چه مقدم تر شروع شود. انواع مختلف تغذی از طریق وریدی عبارت از Vivonex، Flexical، یا Polymeric (Ensure, Isocal) میباشد.

برای مریضان در ابتدا بهترین غذا کاربوهایدریت و پروتین زیاد بوده تا جذب امعا را زیاد سازد ولی شیر برای مریض توصیه نشده و غذای که شروع شده به مقدار کم - ایزواوسمولر بوده تا که امعا با اوسمولریتی، حجم و کالوری مواد غذایی تطابق کند. همچنان برای مریض روزانه 100g شحم، ویتامین ها خصوصاً ویتامین های که در شحم منحل است، کلسیم، مگنیزیم و زنک نیز توصیه شده. توصیه هورمون ها نیز قابل یاد آوری است مانند گلوتامین، نیوروتنسنین، بومی سین و کلوکاگون. بعضی اوقات در واقعات مزمن از میتود های جراحی استفاده میشود تا کاهش ترانزیت امعا و ازدیاد ساحه جذب بوجود آید که از پیوند امعاریقیه، ساختن دسام های مختلف و معصره نتایج خوب گرفته شده ولی اختلاطات این پروسیجر های جراحی مانند نکروز و لیکاز ساحه انستوموز نیز قابل ذکر است

:Vascular Compression of Duodenum

این سندروم به نام سندروم شریان مسارقه علوی یا سندروم Wilkie's یاد شده، یک حالت نادر است که از اثر فشار بالای قطعه سوم اثنا عشر توسط شریان میزاتریک علوی بوجود آمده، اعراض آن دلبدی، استفراقات، توسع بطنی، لاغری و درد Post prandial ناحیه شرفیه که میتواند متقاطع یا ثابت باشد. و مربوط به وخامت بندش اثنا عشر است،

ضیاع وزن یا لاغری قبل از اعراض سندروم موجود بوده این سندروم زیادتر در اشخاص جوان و ضعیف دیده شده، زنان نسبت به مردان زیادتر مصاب ساخته. فکتور های مساعد کننده فشاروعایی اثنا عشر عبارتند از غیرمتحرک ساختن مریض بوضعیت استجاء ظهري، سکولیوز، و گذاشتن Body Cast که بعضاً به نام کاست سندروم یاد شده و همچنان یک ارتباط بین فشاروعایی اثنا عشر و قرحات پپتیک مشاهده شده همچنان فشاروعایی اثنا عشر میتواند یکجا با بی اشتهایی عصبی و پروکتوکولیکتومی، ریزکشن سوشکل وریدی شریانی، کورد رقبی ترمیم انیوریزم ابهر بطنی و پروسیجر اورتوپیدیک نیز دیده شود، همچنان تاریخچه فامیلی نیز موجود بوده. تشخیص توسط اکسری با باریوم طرق معدی معایی یا هایپوتونیک دودینوگرافی صورت گرفته، CT هم در تشخیص مرض کمک میکند.

تداوی این سندروم متفاوت است که ابتدا تداوی محافظه کار نتیجه خوب داده و تداوی جراحی آن دودینو جیجیونوستومی میباشد.

کولون و ریکتوم

Colon & Rectum

انسداد کاذب	امبریولوژی کولون و ریکتم
امراض التهابی کولون	اناتومی کولون و ریکتم
اسکیمیا کولون	فیزیولوژی کولون
نیوپلازیا	آماده کردن امعاء برای جراحی
تشوشتات زمین حوصله و قبضیت	امراض رتجی
ریزکشن لاپراسکوپیک کولون	تدور کولون

امبریولوژی:

برای اینکه معلومات جامع در باره اناتومی کولون و ریکتم داشته باشیم ضرور است تا آغاز نشو نما طرق معدی معایی فهمیده شود. همچنان معلومات در مورد اناتومی انکشافی Foregut، Midgut و Hindgut بنیاد ارتباطی اناتومیک و وظیفوی و ساختمانی این سیستم را تشکیل میدهد.

سقف اندو درمال کیسه زرد از تیوب معای ابتدای منشه گرفته، در شروع هفته سوم نشو نما، تیوب معای به سه ناحیه تقسیم شده. میدگت که به صورت عمود باز شده در بین فورگت و Head fold قرار گرفته و هیندگت در Tail fold. سیر نشو نما در مراحل تفتق فزیولوژیک (بازگشت به بطن) و (تشبیت) صورت گرفته.

و در همین مدت تشکل، اروا دموی و لمفاوی نیز تامین میگردد. ساختمانی مشتق شده از درفورگت قطعه دوم اثنا عشر ختم میشود و جریان دموی آن مربوط شریان سیلیاک میباشد. میدگت از امپولای اثنا عشر به طرف قسمت بعیده کولون مستعرض وسعت یافته و توسط شریان مساریقه علوی اروا میشود. سوم حصه کولون مستعرض، کولون نازله و ریکتم از التواء هندگت منشه گرفته و توسط شریان مساریقوی سفلی اروا میشود. جریان لمفاوی و وریدی موازی با سیستم شریانی بوده و عین امبریولوژیک سیر را تعقیب میکند. در سویه خط Dentate انساج مشتق شده اندو درم با انساج مشتق شده اکتودرم تشبیت شده و یا از (Anal pit) به طرف داخل نشو نما کرده، نشو نما قسمت بعیده ریکتم مغلق است.

(Cloaca) یک ساحه مخصوص قسمت ابتدایی دیستال ریکتم است که مرکب از انساج اندو درم و اکتودرم میباشد و این ساحه داخل ساحه اتقالی معقدی غیر مناسب میباشد، که در اشخاص کاهل Dentate line احاطه میکند.

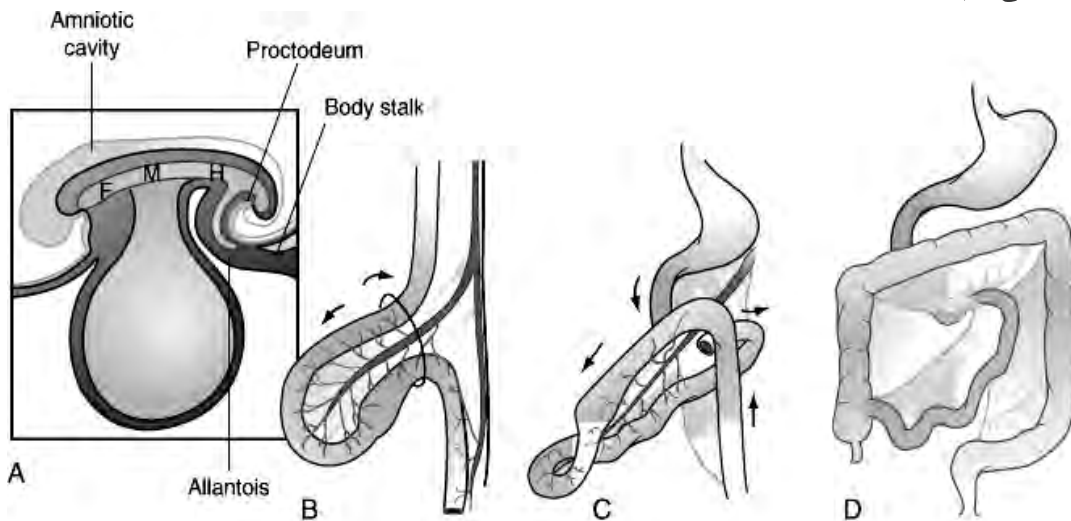
کلوواک از دوام هندگت به وجود آمده، لیکن در هفته ششم به دو قسمت تقسیم شده یوروجینییتال قدیمی، انال خلفی و ساختمان های معصروی، همزمان طرق بولی تناسلی و معدی معایی توسط کودال میگریشن حجاب بولی تناسلی از هم جدا شده. در اثناى هفته دهم نشو نما معصره خارجی مقعدی از کلوواک خلفی تشکل کرده و معصره داخلی مقعدی در هفته دوازدهم از طبقه عضلی کلان حلقوی ریکتم بوجود آمده.

اناتومی کولون، ریکتم و زمین حوصله:

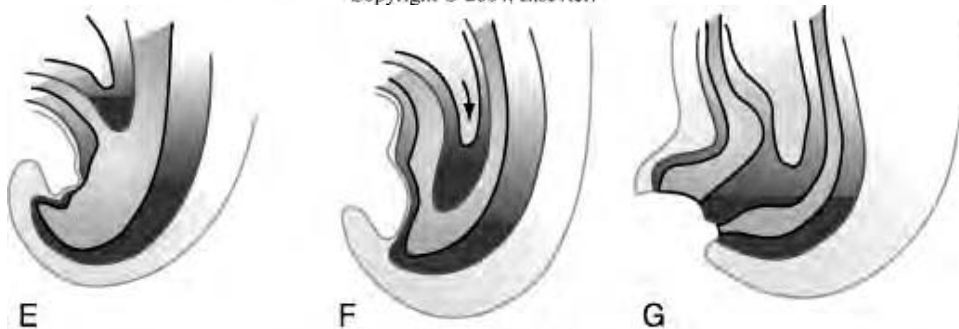
کولون و ریکتم ساختمان های تیوب مانند است که قطر متغیر و طول تقریباً 150 سانتی متر داشته. ایلیم نهایى توسط ساختمان های ضخیم Nipple مانند به نام دسام ایوسیکال در سیکم باز شده، سیکم یک ساختمان کیسه مانند است که قسمت قریبه کولون را تشکیل میدهد. قطر آن 7.5 سانتی متر و طول آن

10 سانتی متر می باشد، و قابلیت توسع زیاد دارد که در توسع حاد قطر آن به 12 سانتی متر تزائید میکند. باید یاد آور شویم که این حالت توسط رادیو گرافی ساده اندازه میشود که عموماً منتج به نکروز اسکیمیک و تشق جدار معایی میشود. و در صورت که توسع فوق از باعث انسداد یا انسداد کاذب به میان آید، ایجاب مداخله جراحی میکند.

اپندکس از سیکم منشا گرفته و تقریباً به اندازه 3 سانتی متر از دسام الیوسیکال پائین قرار دارد. قسمت قریبه اپندکس تقریباً در موقعیت خود ثابت لیکن قسمت نهایی در حالات مختلف فرق میکند که مربوط به سیکم و الیوم نهایی می باشد.



Copyright © 2004, Elsevier.



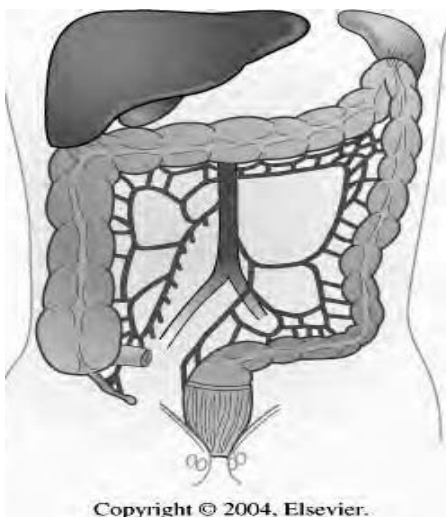
Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (1-48)

اپندکس موقعیت های ذیل میتواند داشته باشد:

۱. Retrocecal : بسیار عام است (65%)
۲. Subcecal
۳. : 23%
۴. Retro ileal : 0.4%
۵. Pre ileal : 1.0%
۶. Pelvic : 31%

از نظر سریری اپندکس در قسمت تقارب هر سه تنیاکولی قرار دارد. برای دریافت اپندکس از یک شق بطنی کوچک شناختن



Copyright © 2004, Elsevier.

Fold of travers . در حالت نورمال انتی میزانتریک اپنیدیج در جنگشن الیوم و سیکم قرار دارد. کولون صاعده که طول 15 سانتی متر دارد طرف راست بطن الی کبد امتداد دارد و مانند کولون نازله وجه خلفی با قسمت ریتروپریتون بطن تثبیت میباشد.

در حالیکه وجه قدامی و جنبی آن داخل جوف بطن قرار دارد. موجودیت White line of toldt دلالت بر التصاق میزانتربا وجه خلفی پریتون میکند. که یک رهنما خوب برای جراح جهت موبیلاز کردن کولون و میزانتربا از خلف پریتون میکند. کولون مستعرض تقریباً 45 سانتی متر طول دارد در میان زاویه کبدی و طحالی به شکل اویزان قرار دارد به شکل مکمل توسط پریتون حشوی پوشانیده میشود و رباط نفرو کولیک کبدی، فلپکسور را محافظه میکند و مستقیماً بالای کلیه راست، اثنا عشر و Porta hepatic قرار دارد.

لیگامنت Phreno colic در قدام طحال قرار داشته و فلپکسور طحالی در ناحیه کوادرانت علوی چپ تثبیت میکند. و این فلپکسور نسبت به فلپکسور کبدی علوی عمیق قرار دارد. ثرب کبیر به طرف علوی کولون مستعرض تماس داشته که از دو صفحات پریتون حشوی و جداری ساخته شده، و در مجموع از چهار صفحه تشکیل گردیده که دارای نسج شحمی بیشتر میباشد. از نظر سریری اهمیت زیاد دارد زیرا از التصاق میان جروحات بطن و امعا تحتانی جلو گیری میکند و اکثراً برای پوشانیدن محتوی داخل پریتون در اثنای که شق بسته میشود ایفای وظیفه مینماید.

ثرب بعد از ترمیم فستول های رکتو واجینل در بین مهبل و رکتوم جا به جا میشود و هم بعد از برداشتن رکتوم مساقه مذکور حوصله و عجان پر میکند و هم نسج زنده ثرب به حیث پاچ در موقعیت های که بسته کردن و سوچر کردن آن مشکل باشد و هم تداوی تشقب اثنا عشر استعمال میشود.

کولون نازله به اندازه 25 سانتی متر از فلپکسور طحالی پائینتر از کلیه چپ قرار دارد، قطر آن نسبت به کولون صاعده خورد است. به تعقیب کولون نازله، کولون سگموئید قرار دارد که طول آن بین 50-15 سانتی متر بوده بسیار متحرک و قطر آن خورد است. یک تیوب عضلی که دارای میزانتربا طویل و Floppy بوده که به شکل لوپ اومیگا داخل حوصله قرار دارد، میزوی سگموئید کولون اکثراً به جداری چپ حوصله تماس داشته، و در تحت میزوی فوق حالب چپ قرار دارد.

رکتوم که به امتداد کولون سیگموئید قرار دارد، دارای وظیفه ذخیروی میباشد، و درینجا اختلاف بین قسمت بعیده و قریبه رکتوم موجود است. بعضاً عقیده بر این است که قسمت اتصالی رکتوم و سیگموئید در سویه پروماتتور عجز قرار دارد و بعضی ها فکر میکند که قسمت اتصالی در نقطه قرار دارد که تنیا با هم یکجا شده، و بعضی اناتومیستان خط Dentate را وسعت بعیده رکتوم میدانند، در حالیکه جراحان این قسمت را به حیث اتصال اپیتل استوانوی و هموار فکر میکنند که داخل انال کانال قرار دارد، که قسمت نهایی رکتوم و قسمت قریبه سرحد معصره مقعدی میسازد.

ریکتوم از 12-15 سانتی متر طول داشته و در طول خود تینیاکولی و اپندبسس اپیپیلوبکا ندارد و در حوصله حقیقی انحنای عجز را اشغال میکند. سطح خلف آن کاملاً خارج پریتون بوده و با انساج نرم پری سکرال التصاق داشته که بیرون از جوف پریتون واقع میباشد، و سوم حصه سطح قدامی قسمت قریبه رکتوم توسط پریتون حشوی پوشانیده شده.

ریفلکشن پریتون از کتار انال به اندازه 7-9 سانتی متر نزد مرد ها و به اندازه 5-7.5 سانتی متر نزد خانم ها قرار دارد، قسمت قدامی ساحه پریتون به نام جوف دوگلاس یا cul-de-sac حوصلی. یاده شده که برای تومور

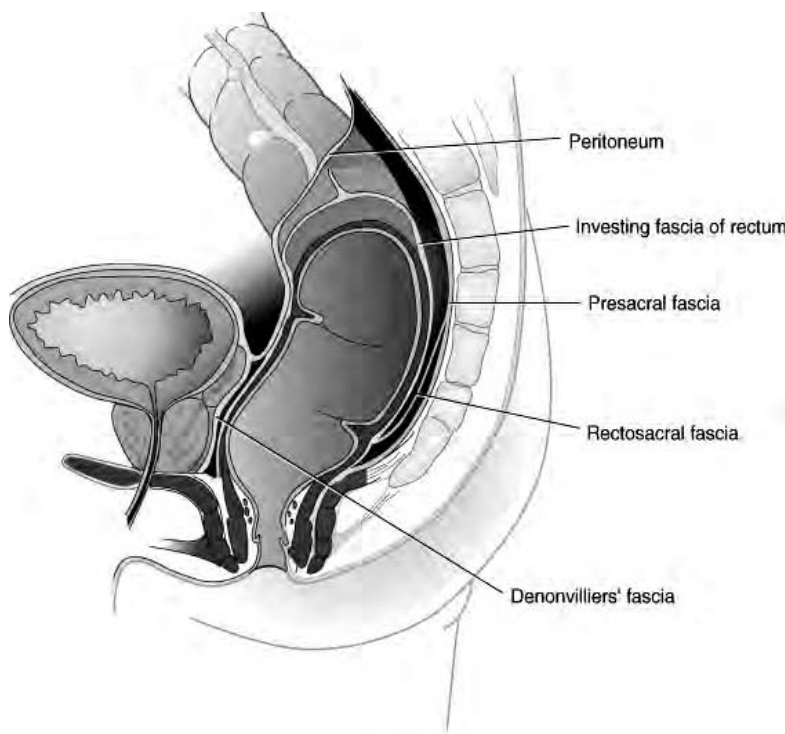
های حشوی ناحیه دراپ میتازتازیز است که این میتازتاز پریوانی باعث تشکل کتله در جوف دوگلاس شده (Bloomer's shelf) که توسط معاینه مقعدی با انگشت تعیین میشود .

سیر رکتوم دارای سه انحنا میباشد که به شکل Valves of Houston بوده و این والوها به نام التواء یاد کرده ، و کدام وظیفه خاص که مانع در جریان شود نداشته که در زمان موبیلازیشن جراحی رکتوم از بین رفته و مانور است که تا 5 سانتی متر طول رکتوم را زیاد ساخته و انستوموز عمیق در حوصله را آسان میسازد . قسمت خلفی رکتوم با میزوی ضخیم رکتوم پوشانیده شده و توسط طبقه نازک صفاق پروپریا پوشانیده شده و این صفاق در اثنای موبیلازیشن رکتوم به خاطر رکتل کانسر پروکتکتو می را آسان میسازد و برداشتن مکمل سیستم لمفاوی و اوعیه دموی از وقوعات نکس رکتل کانسر جلو گیری میکند .

صفاق پارا رکتال :

این صفاق یک طبقه ضخیم پریوان جداری بوده که جدار و فرش حوصله را پوشانیده ، آن قسمت که با پریوسیت جدار قدامی عجزز در تماس بوده به نام صفاق پری سکرال یاد شده ، Fascia propria رکتوم یک طبقه نازک صفاق اندویلیویک است که در اطراف میزورکتوم یک لفافه را ساخته و به طرف قسمت بعیده رکتوم سیر کرده که در تشکل -ستالک وحشی رکتوم کمک میکند . این لیگامنت دارای شریان متوسط رکتل ، و اعصاب مختلط اوتونوم سیماتیک و پارا سیماتیک بوده که در اثنای تسلیخ کردن احشا حوصلی اعصاب مذکور مجروح و باعث ناتوانی جنسی و تشوشات وظیفوی مثانه میشود . صفاق ریکتوسکرال یا صفاق Waldeyer's یک صفاق ضخیم از اندویلیویک صفاق بوده و باعث ارتباط صفاق پری سکرال با صفاق پروپریا شده در سویه S4 و به طرف حلق انورکتل وسعت پیدا کرده و یک علامه خوب در اثنای مداخله جراحی از طریق بطنی و داخل شدن در ناحیه عمیق خلف رکتوم حوصلی میباشد که باید خطر مجروح کردن اعصاب و اوعیه کم شود و پاره کردن صفاق پری سکرال باعث مجروح کردن صفیره وریدی Basivertebral میشود و خونریزی کتلوی بوجود می آید .

شکل (3-48)



Copyright © 2004, Elsevier.

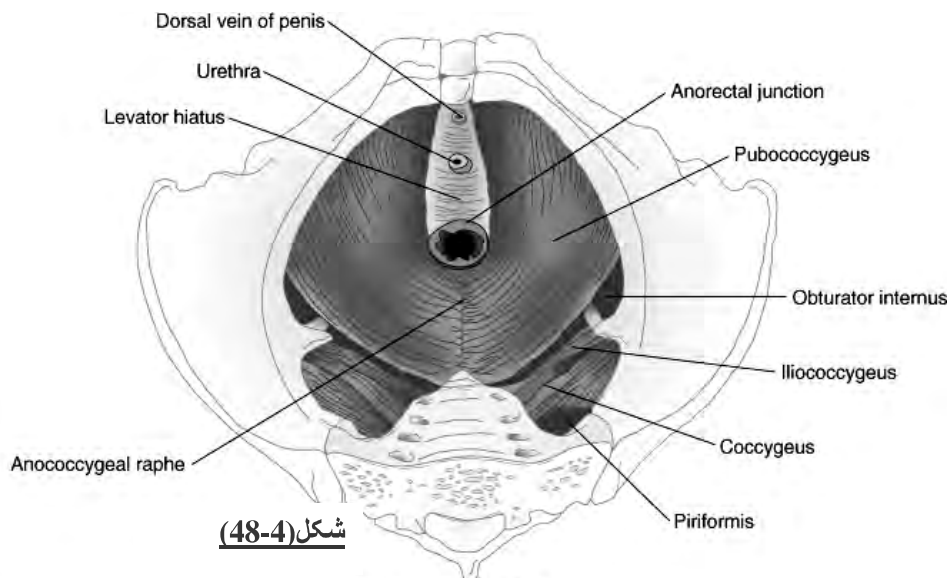
همچنان پاره کردن صفاق پروپریا در اثنای عملیات رکتل کانسر باعث ازدیاد وقوعات نکس کانسر در حوصله شده ، فرش حوصله ، عضلات فرش حوصله مانند میکانیزم معصروی مقعدی از کولوک ابتدایی منشا گرفته ، فرش حوصله یا دیپراگم دارای گروه عضلات Pubococ cygeus ، Iliococ cygeus و پوبو ریکتال بوده که با هم یکجا شده و لیواتورانی را میسازد . دیپراگم حوصلی در میان عجز صفاق اوبتوراتور ، Ischial spine و Pubis قرار دارد .

زمین حوصله :The Pelvic Floor

عضلات فرش حوصله مانند میکانترم معصره مقعدی از کولواک ابتدائی منشأ میگیرد. فرش حوصله دارای گروه عضلات Pubococcygeus، iliococcygeus، و پوبورکتال بوده که این همه يك جا گردیده لپواتورانی را میسازد. حجاب حوصله در میان عجز، صفاق اوبتوراتورو اسکیال سپاین و پوبیس قرار میگیرد، يك فرش محکم را میسازد که برای اعضاي حوصله استناد میبخشد. همچنان تغوط را در قسمت معصره مقعدی خارجی تنظیم مینماید. لپراتورهپاتوس در میان Pubococcygeus و Decussating fiber يك مجرا میسازد که در آن درذکور کانال انال، ورید ظهري و احلیل و در اناث انال کانال، مهبل و احلیل عبور میکند. پوبوریکتالیس يك U-Shaped sling قوی عضلات مخطط بوده که در قسمت علوي معصره مقعدی در دور ریکتوم توضع نموده. استرخا این عضله قابلیت این را دارد که زاویه ریکتوم را از بین ببرد یعنی ریکتوم مستقیم گردیده و مواد غایطه پائین میشود لیکن تقلص آن، عمل بر عکس را اجرا میکند. این عضله در حالت تقلص دوام دار میباشد که در حفاظت کنترل غایطی و وظیفه حیاتی وبا اهمیت دارد. تشوشات وظیفوی این عضله علت اساسی تشوشات تغوط است. از قسمت جنبی عضلات Iliococcygeus و Pubococcygeus بالای لپواتورهپاتوس فشار وارد مینماید و به این ترتیب در حفظ کنترل غایطی سهم میگیرد.

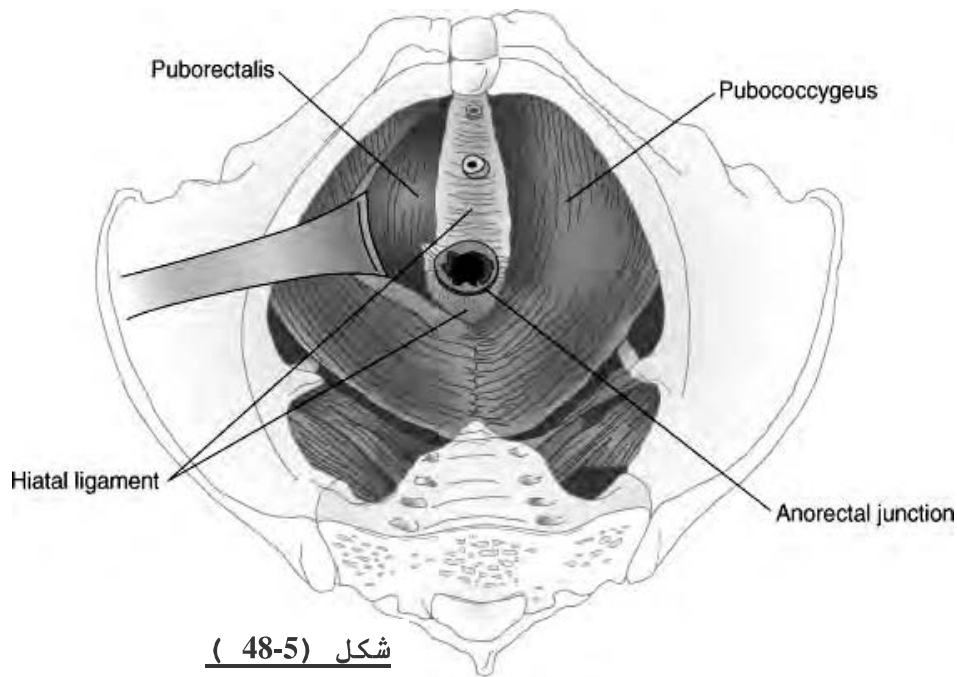
اوعیه دموي و جریان لمفاوي:

امبریولوژی قنات معائی معلومات مکمل را در باره سیستم اروائی اناتومیك میدهد، به این ترتیب که فورگت توسط شریان سیلیاک و مبدگت توسط شریان مشاریقه علوي و هبندگت را شریان مشاریقه سفلي اروا میشود. در اروا قنات معایی ارتباط بین کولاتبرال شراین کبیر زیات قابل فهم است.



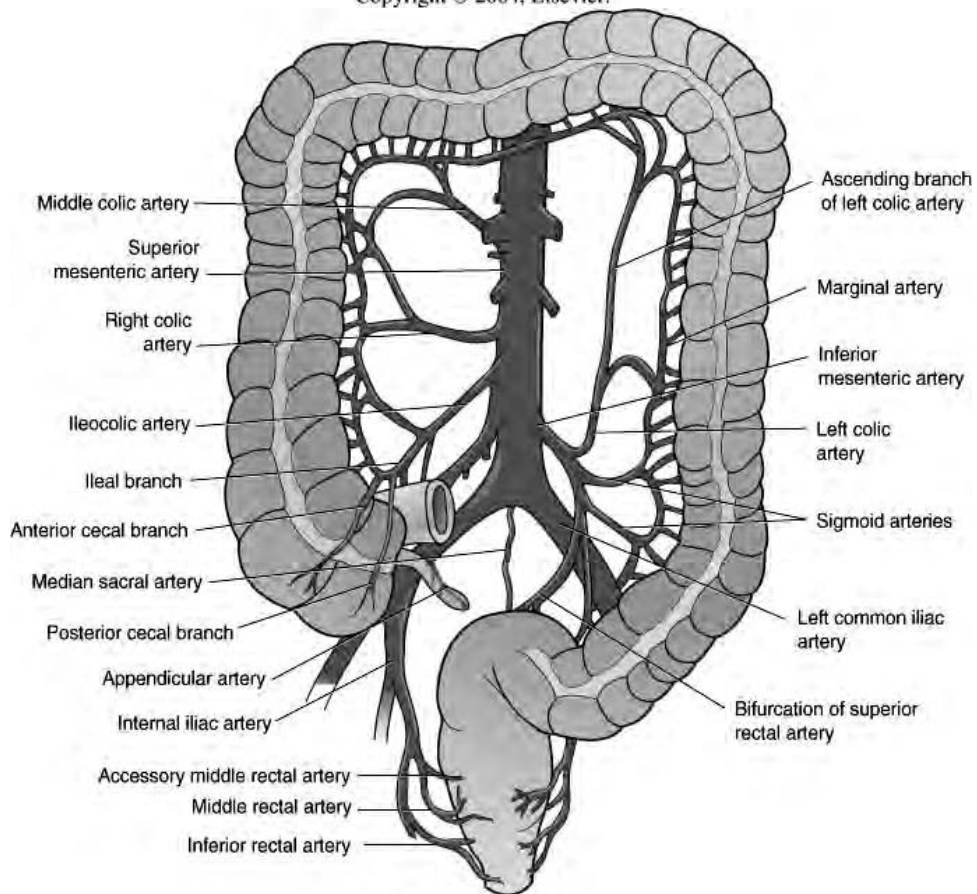
شکل (4-48)

Copyright © 2004, Elsevier.



شکل (48-5)

Copyright © 2004, Elsevier.



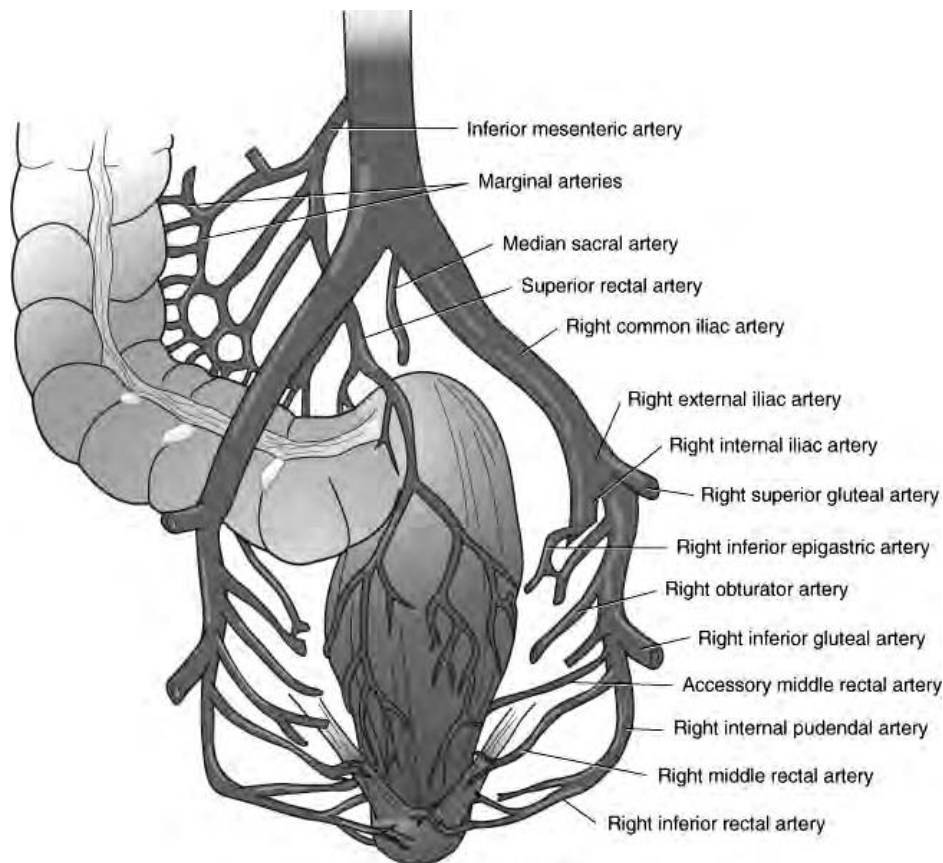
Copyright © 2004, Elsevier.

شکل (48-6)

ساحه اروا شریان مشاریقه علوی تا قسمت دیستال کولون مستعرض میرسد به همین ترتیب سه اروا شریان مشاریقه سفلی از زاویه طحالی شروع میشود و این دو شریانها توسط یک شریان کولاتبرال بزرگ که بنام شریان مارچینال یاد میگردد اتصال پیدا میکنند و به این ترتیب یک ساختمان شبکوی در امتداد سرحد مصارقوی کولون به وجود میآورد. از این شبکه شعبات بنام وازا ریکتاجدا میگردد و بطور مستقیم جدار امعا را اروا میکند. شریان

مشاریقوی علوی تمام امعاء کوچک را اروا میکند به این طور که (20-12) شعبات بطرف چپ به جیجونم و ایلوم و تا حدود (3) شعبات کولونی به طرف راست میدهد. از این شعبات شریان ایلوکولیک ثابت ترین شعبه است که ایلوم نهایی، سیکوم و اپندیکس را اروا میکند. در (2-18%) واقعات بعضی از انسانها شریان کولیک راست نداشته و در آنها که وجود دارد شریان مشاریقوی علوی منشاء میگیرد و یا هم بطور یک شعبه شریان ایلوکولیک و یا شریان کولیک متوسط وظیفه اجرا میکند. شریان مذکور بعد از اروا نمودن فلکسور کبدی و کولون ساعده توسط شبکه شریان مارجینال به شریان کولونی متوسط ارتباط پیدا میکند. خود شریان کولونی متوسط یک شعبه قریبه شریان مشاریقہ علوی است که این شعبه به صورت عموم به شعبات چپ و راست تقسیم میگردد و بدین ترتیب کولون مستعرض قریبه و بعیده را اروا میکند.

شریان متوسط کولیک در بعض انسانها (20-4%) وجود ندارد. به همین ترتیب در 10% انسانها شریان متوسط کولونی فرعی وجود دارد. شعبه چپ شریان متوسط کولیک آن ساحه را اروا میکند که توسط Collateral Marginal Artery که یک شعبه شریان کولونی چپ است اروا میگردد. این دوران کولاترال در قسمت فلکسورطحالی بسیار بی ثبات میباشد و در صورت فشار پائین زمینہ را برای اسکیمیا مساعد میسازد. در بعضی مطالعات اضافه از 50% انواع از انسانها یک سگمنت کوچک کولون به کمبود شریان روبرو میباشد.



Copyright © 2004, Elsevier.

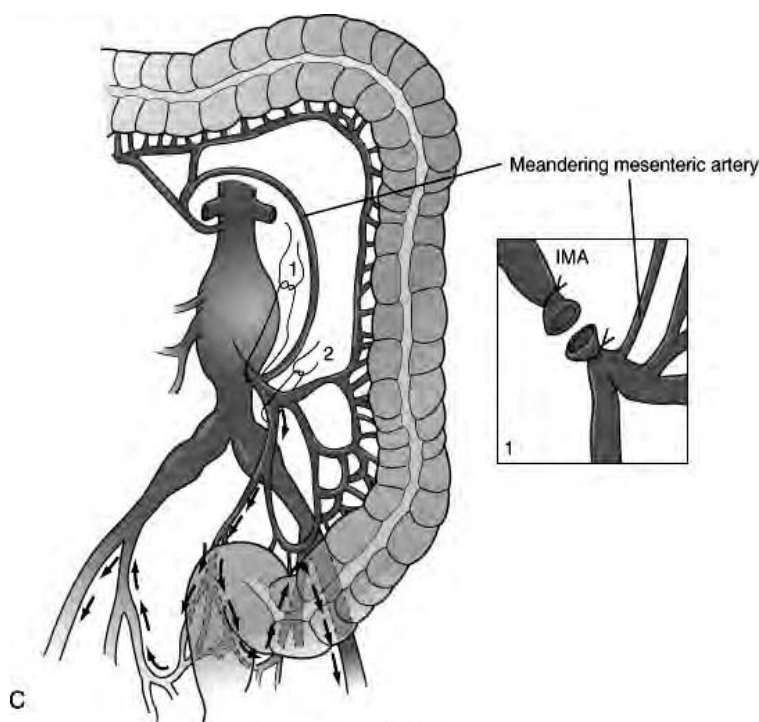
شکل (7-48)

این اروا کردن عموماً مربوط به هپندگت و مبدگت میباشد این اشخاص بصورت عموم توسط شعبات وازارکتا، اروا شریانی ناحیه مذکور جدار کولون را تامین میکند. جراحان در کارهای عملی در قسمت

فلکسورطحالی از اناستوموز جلوگیری میکند زیرا در این قسمت جریان خون کم است و در ساحه اناستوموز التیام به تاخیر روبرو میشود. در نتیجه در ساحه اناستوموزس باعث سپس و لیکاز میشود.

شریان مشاریقوی سفلی در سویه L2-L3 از ابهر منشاء میگیرد که این ساحه تقریباً 3 cm از دوشاخه ابهر علوی قرار دارد. شریان کولیکی چپ قریبترین شعبه این شریان است که قسمت دیستال کولون مستعرض، فلکسورطحالی و نازله کولون را اروا میکند از (2-6) شعبات همراه با شریان کولیک چپ

کولاترلايز ميشود و يك شبکه را بوجود ميآورد که بدین ترتیب کولون سیگموئید را اروا میکند و با شریان مارچینال کمک میکند. قوس Riolan يك شريان جا نبي است که بار اول توسط Jean Riolan کشف گردید (1580-1657) م این شريان جا نبي بطور مستقیم قسمت پروکسیمال شريان مثاریقوي علوي را به قسمت پرکسیمال شريان مثاریقوي سفلي وصل مینماید هنگامیکه یکی از این شرايين بند شود در آن وقت قوس Meandering Mesenteric Artery این قوس بنام میگردد. این قوس کمک میکند. اگر هم یاد میگردد و اندازه آن متغیر است. جریان خون در این شريان مربوط به موقعیت بندش است. اگر تضیق در شريان مثاریقوي سفلي موجود بود پس جریان بقدام میآید و اگر تضیق در شريان مثاریقوي علوي بود پس جریان به خلف میآید در صورت بندش اندازه شريان مساربهقه میند پرننگ ترائد و معوجیت میآید که توسط ارتیریوگرافي واضحاً معلوم میشود. شريان مصارقوي سفلي توسط شريان ریکتال علوي (هیموروئید علوي) به پائین میرسد که این شريان به نوبت خود در خلف ریکتوم به مثاریقه ریکتوم سیر میکند و در آنجا شعبات از آن جدا میگردد و خود را به تحت المخاط رکتوم میرساند و در این قسمت اوئیه شعریه یکجا میگردد و در قسمت دیستال ریکتوم که در سویه ستون انال قرار دارد يك ضفیره تحت المخاط میسازد.



Copyright © 2004, Elsevier.

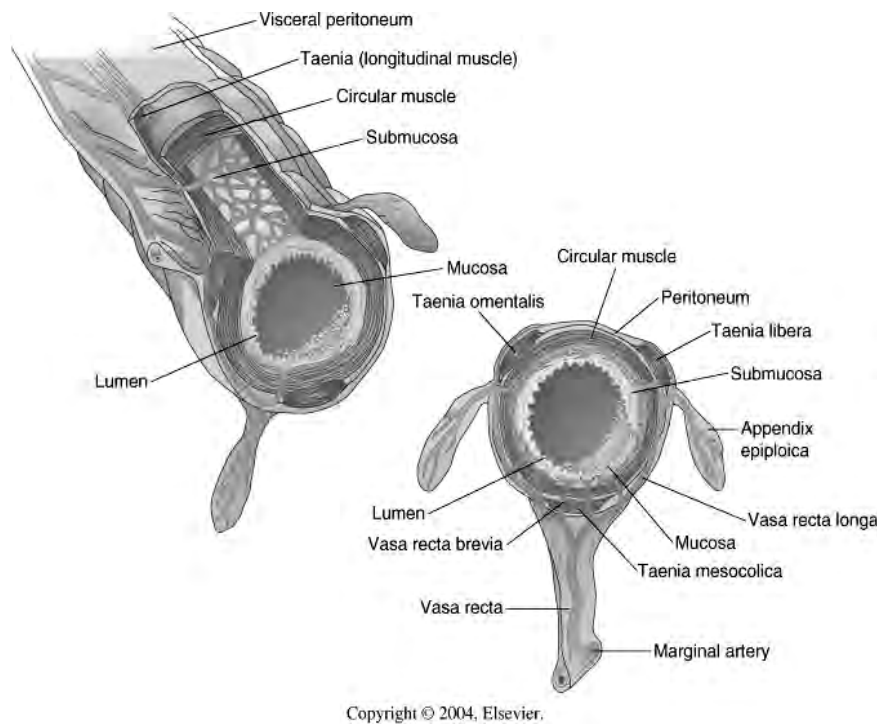
کانال مقعدي خون شريانی خود را از شريان متوسط ریکتوم و شريان سفلي ریکتوم اخذ مینماید. شريان متوسط ریکتال متوسط، خودش يك شعبه شريان الياک سفلي است. اندازه این شعبه متغیر است و در ریکتوم بشکل قدامی خلفی داخل میگردد و سیر خود را بشکل قدامی یاالبکامنت وحشی رگتم. ادامه میدهد. این شعبه در (40-80%) انسانها وجود ندارد. شريان ریکتال سفلي يك شعبه شريان پودندال است که از قسمت دیستال Internal Iliac Artery جدا میگردد. این

شريان از کانال اوبتوراتور به صفاق ایسکیو ریکتال، صفاق اوبتوراتور و معصره مقعدي خارجي عبور میکند، سپس به کانال مقعدي میرسد. این شريان در وقت Abdomino Perineal ریژگشن مداخله میکند. سیستم وریدی ریکتوم و کولون مشابه سیستم شريانی است. دریناژ وریدی کولون مستعرض طرف راست و قریبه به ورید مثاریقه علوي تخلیه میگردد. که این ورید به نوبه خود باورید طحالی یکجا میشود و ورید باب را تشکیل میدهد. دریناژ وریدی قسمت بعیده کولون مستعرض، کولون نازل، کولون سیگموئید و قسمت اعظم ریکتوم به ورید مثاریقه سفلي که در قسمت چپ ابهر به ورید طحالی تخلیه میشود صورت میگردد. دریناژ وریدی کانال مقعدي بوسیله ورید متوسط و سفلي ریکتوم که بعداً به Inf Vena Cava تخلیه میشود به پایان میرسد. دریناژ وریدی دو طرفه کانال مقعدي برای بوجود آمدن میتاتاز تومورهای گوناگون نا حیه مذکور زمینه را فراهم میکند.

جریان لمفاوی ، سیرشیرانی را تعقیب مینماید جدار امعاء بزرگ از شبکه گپیلری های لمفاوی غنی میباشد که شبکه های فوق به چینل های خارج جداری (Extramural) که با اوعیه شریانی سیر موازی دارند تخلیه میشود. دریناژ لمفاوی قسمت ۲/۳ کولون قریبه وریکتوم به زنجیر لمفاوی اطراف ابهر صورت میگردد که بعداً به Cisternal Chyli تخلیه میشود. دریناژ لمفاوی قسمت دیستال ریکتوم و کانال مقعدی میتواند به عقدات محیطی ابهرویا به طرف وحشی از طریق Internal Iliac System به عقدات لمفاوی مغربی سطحی صورت میگردد.

مطالعات کلاسیک که توسط Block و Enquist بوسیله زرق مواد کثیفه بدست آمده چنین نشان میدهد که اگر مواد رنگه به فاصله 10 cm نزدیک به Dentate line زرق شود بناءً کانال لمفاتیکی اعضاء مجاور حوصلی مانند مهبل و Broad lig. به طور واضح دیده میشود.

عقدات لمفاوی نظر به موقعیت خود به چند گروه تقسیم میشود. نود های Epicolic به امتداد جدار امعاء در اپی کولیک قرار دارد. عقدات لمفاوی که با شریان مارجهنال مجاورت دارد به نام Para Colic Nodes یاد



Copyright © 2004, Elsevier.

میشود. عقدات لمفاوی

Intermediate بالای

شریان مسارقه علوی و یا

بالای شریان مسارقه

سلفی قرار دارد.

کسانیکه به کانسر کولو

ریکتال مصاب باشد

مصابت عقدات لمفاوی

به حیث یک فکتور انزار

مهم شمرده میشود.

مطالعه دقیق و اساسی

پتالوژی عقدات لمفاوی

در مرحله کانسر فوق

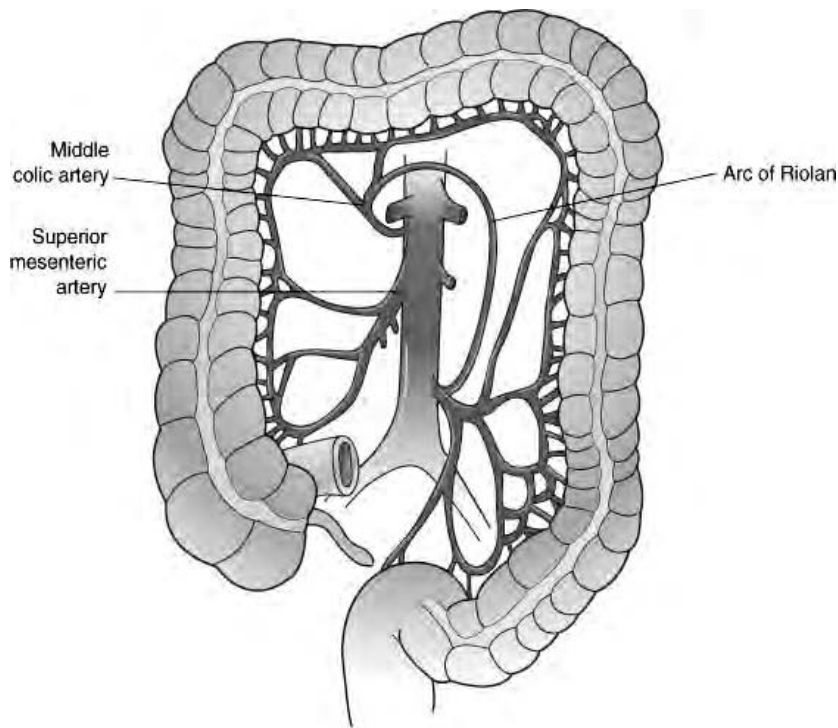
کومک مینماید و به این

ترتیب پلان تداوی چنین بیماران سنجیده میشود.

اعصاب (Nerve):

اعصاب Preganglionic sympathetic از T6-T12 و در Preaortic-Ganglia با هم ساینپس میسازد. بعداً الیاف پوست سمپاتیکی به امتداد اوعیه های دموی خود را به کولون صاعده و مستعرض میرساند. اعصاب پاراسمپاتیکی کولونهای صاعده و مستعرض از عصب واگوس راست منشا میگردد. این اعصاب PS شعبات شریان مسارقه علوی تعصیب نموده و در جدار امعاء ساینپس میسازد.

همینطور اروای سمپاتیکی کولون چپ و ریکتوم توسط قطنی Preganglionic Splanchnic (L1-L3) صورت میگردد این اعصاب در ذفیره Preaortic که از قسمت دو شاخه ابهر بالاتر موقعیت دارد با هم ساینپس میسازند و به این ترتیب کولون چپ، کولون سیگموئید و ریکتوم را تعصیب مینماید.



Copyright © 2004, Elsevier.

باید ذکر شود که به این قسمت سفلی ریکتوم، فرش حوصله و کانال انال اعصاب سمپاتیک Postganglionic از ذفیره حوصلی میاید که این ذفیره در جدار جنبی حوصله که بالیگامینتهای وحشی مجاورت دارد واقع است. به این ذفیره اعصاب سمپاتیک از فلپکسورپرسکراال که به سویه Promontory عجزی در عصب هیپوگاستریک . چپ و راست تجمع مینماید ، میرسد .

این اعصاب سمپاتیک در سویه ظهری -حوصلی- به شریان علوی ریکتوم میاید مسئولیت انتقال سبمین را به احلیل خلفی دارد. در جریان تسلیخ ریکتوم که یکی از این اعصاب هایپوگاستریک متضرر شود سبب تشوش وظیفوی،دفع درجنس مذکر میشود .

اعصاب PΣ حوصله از (S2-S4) خارج میشود. این الیاف عضلی از طریق ذفیره حوصلی، پروستات، احلیل، کیسه منوی، مثانه و فرش حوصله را تعصیب مینماید. امکان دارد تسلیخ ریکتوم سبب متاثر شدن ذفیره حوصلی شود که در نتیجه مثانه نپوروچنپک ،و مختل شدن وظایف جنسی به میان میآید. بعد از عملیات جراحی ریکتوم، تشوشات وظیفوی مثانه و انتعاذ در 45% واقعات مصادف میشود و درجه زیان وارده مطابق درجه ترضیض اعصاب میباشد.

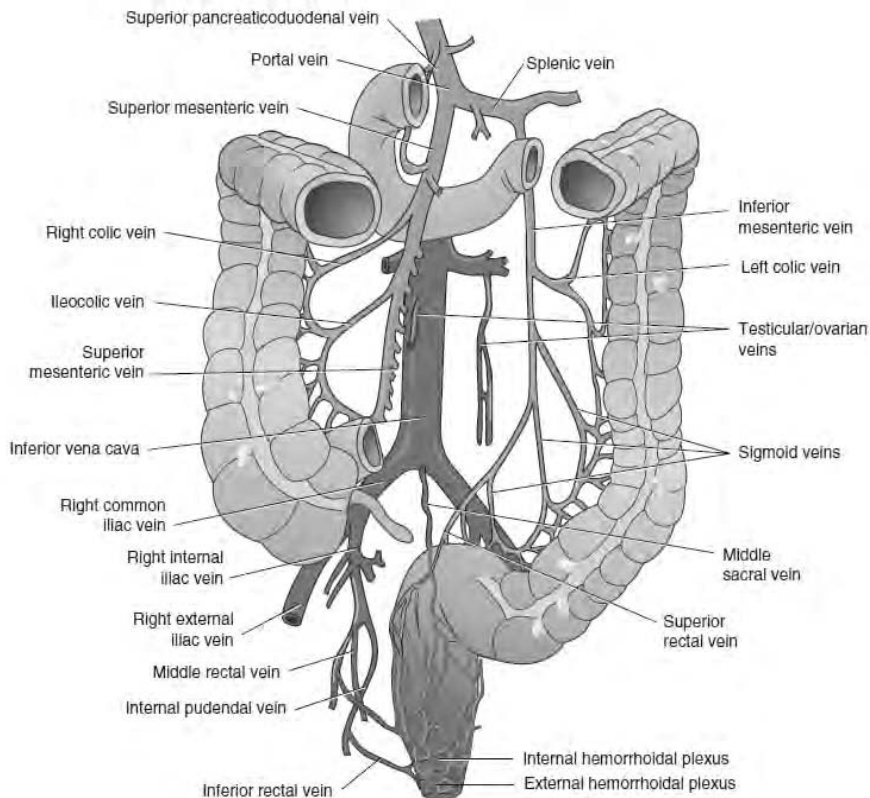
لیگاتور اعصاب مسارقه سفلی در نزدیک Promontory- عجزی سبب متاثر شدن اعصاب هایپوگاستریک میشود که در نتیجه تشوش وظیفوی اعصاب سمپاتیک، دفع- ریتروگرادو تشوش مثانه به میان میاید. اگر ترضیض اعصاب PΣ و Σ به طور همزمان به میان آید، در اینصورت سبب ناتوانی و اتونی مثانه میشود.

فریولوژی کولون :

به طور اساسی وظیفه کولون پروسه Recycling مواد غذائی را دربر میگیرد. در حالیکه وظیفه اساسی ریکتوم تخلیه مواد غایطه را احتواء میکند. پروسه رپسایکل مواد غذائی مربوط به فعالیت میتابولیک فلورا کولونی، تحرکیت کولون، جذب و افراز طبقه مخاطی میباشد. از محتوی کولون آب جذب گردیده و پروسه تغوط بوجود میآید.

پروسه Recycling مواد غذائی:

در اثنای پروسه هضم، مواد غذائی هضم شده در لومین امعاء به واسطه افرازات صفراوی، پانقراس و معدی معائی رقیق میگردد. در امعاء رقیقه مقدار زیادی از مواد غذائی که هضم شده و بعضی از مایعات و نمک های صفراوی که به لومن امعاء افراز میگردد جذب میشود.



شکل (11-48)

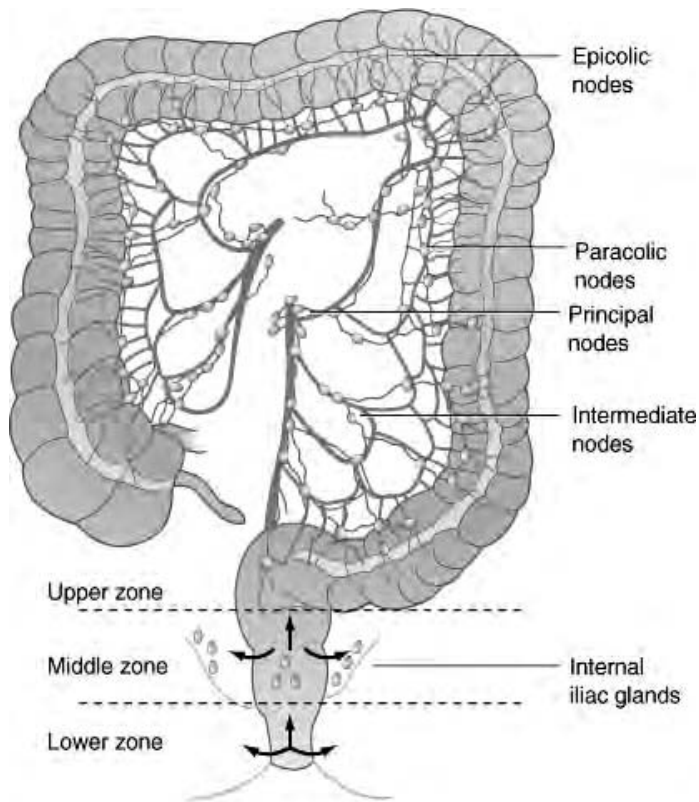
با وجود آن باز هم محتوی الیوم از مایعات، الکترولیت و مواد غذایی که در مقابل هضم مقاوم اند، غنی

میباشد. وظیفه کولون این است که مواد غذایی که از ایلیم آمده اجزاء مهم آنرا جذب نماید تا و از ضایع شدن مایعات اضافی، الکترولیت، نایتروجن و انرژی جلوگیری میکند. در اجراء این وظایف فلوراء کولونی رول اساسی را بازی میکند.

فلورای کولون:

در فزیولوژی انسانی فلوار کولونی در ساحات مختلف رول مهم را بازی میکند. مایکروارگانیزم های مذکور توسط فعالیت تدریجی خویش در کولون استعداد و قابلیت میتابولیکی را به اندازه زیات بوجود میآورد.

به صدهانوع مختلف این مایکرو ارگانیزم ها موجود بوده که از روی فزیولوژی و بیوشیمی از همدیگر فرق دارد و در حصه مختلف کولون مثلاً: در لومین طبقه میوسین و در سطح مخاط قرار دارد.



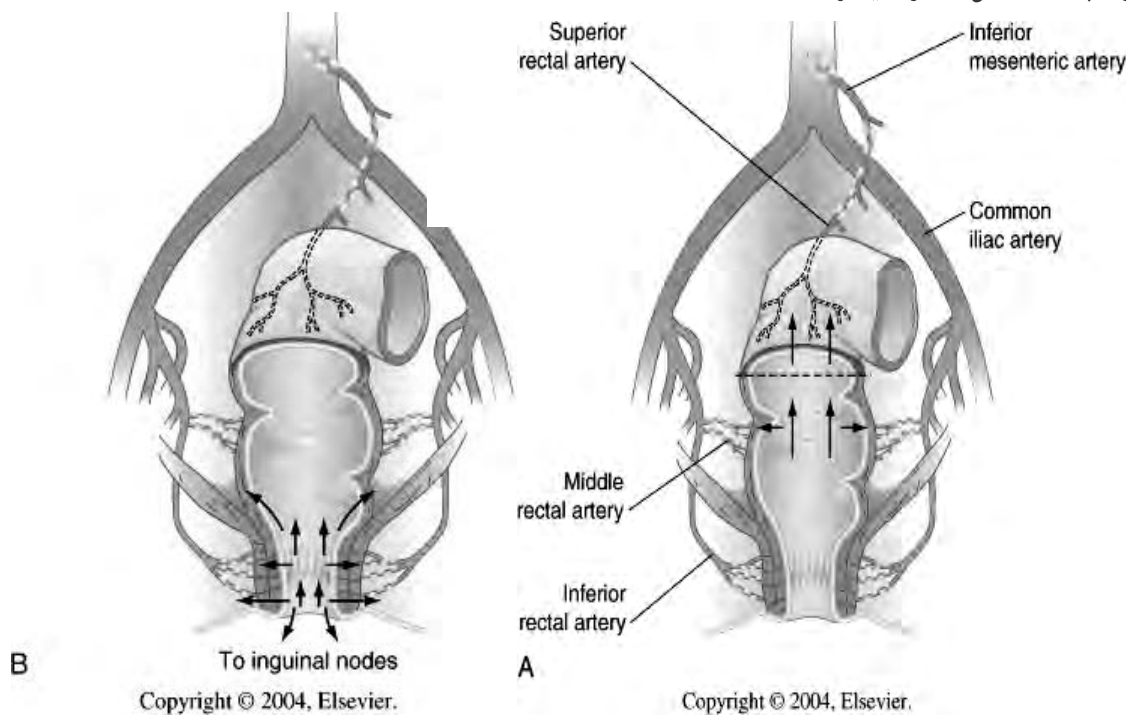
Copyright © 2004, Elsevier.

کلچر یا بیوپسی، کولونوسکوپی، تعداد ایروبیک (اورگانیسم‌های اختیاری و ابروبیک) را نشان می‌دهد که اندازه آن از 2.4×10^3 تا 1.3×10^6 CFU (colony forming units) در یک نمونه بیوپسی می‌رسد. همچنان اندازه انایروبیک از 10^2 تا 10^7 CFU/Sample مرتبه به 1.4×10^5 to 10^7 CFU/Sample که نفوذ و اندازه نوع باکتریوئید در کولون زیاد بوده که به 1.4×10^7 CFU/Sample تا 8.6×10^4 برسد، که بدین حساب تعداد مجموعی را در کولون قریباً 66% و در رکتوم 68.5% تشکیل می‌دهد.

تخمیر یا Fermentation:

فلورائی کولونی و میزبان انسانی به طور مشترک یک تعداد دست آوری‌های دارد. میزبان از مواد غذایی و Desquamated cellular debris انرژی خود را بدست می‌آورد و به طور مشترک برای تکثیر باکتری‌ها یک محیط ثابت را تامین می‌کند و باکتری‌ها به نوبه خود برای میزبان خویش (Butyrate) را می‌سازد که این مرکب یک محصول تخمیری بکتریائی می‌باشد، که برای حجرات اپیتل کولون به طور مواد سوخت کار می‌کند. برعلاوه محصولات تخمیری بکتریائی جذب گردیده و به طور سیستمیک از آن به حیث ذخایر انرژی استفاده می‌گردد. مریضانی که مصاب Short Bowel Syndrome اند ممکن از انرژی جذب شده کولون استفاده نماید. کولون این مریضان روزانه تقریباً 0.8 MJ (Megajoul) و یا اضافه تر از آن انرژی تولید مینماید و اطراح کاربوهایدریت که توسط پنچ فولد صورت می‌گیرد کاهش یافته. منبع اساسی انرژی برای باکتری‌های معائی کاربوهایدریت مرکب است.

پولی سکرایدهای نشایستوی و غیر نشایستوی نیز به حیث فایبر غذایی شناخته شده اند. میتابولیزم کاربوهایدریت در کولون دارای اهمیت زیاد بوده زیرا اکثریت مایکرو اورگانیزم‌ها از نظر نسل برای تخمیر باکتری‌ها پولی سکرایدهای غیر نشایستوی را در کولون مواد خاصی را تشکیل می‌دهد. اگر تمام این نوع مواد به یک شکل تخمیر نمی‌گردد.



شکل (13-48)

لگنین یک مرکب غیر کاربوهایدریتی بوده که از نبات بدست می‌آید. در کولون انسانی توسط فلوراء تخمیر نگردیده و به اندازه زیات آب را جذب نموده و حجم مواد غایطه را زیات می‌سازد. سلولوز یک مرکب دیگری است که در سبزیجات برگ‌دار پیدا شده و قسماً توسط فلوراء کولونی به تخمیر می‌رسد. در حالیکه پیکتین میوه

دار بصورت تام توسط بکتریاهای کولونی تخمر می‌گردد. وقت ترانزیت کولون مربوطه به قابلیت تخمر کاربوهایدریت های غیر نشایستوی مختلف النوع میباشد. موادی که قابلیت تخمر را نداشته باشد و یا به اندازه کم به تخمر برسد وقت ترانزیت کولون را زیاد نموده و حجم مواد غایطه را از دیاد میبخشد. مرکبات که قابلیت تخمر آن زیاد است به اندازه کم در تولید مواد غایطه رول داشته و وقت ترانزیت کولون را کم میسازد. به این ترتیب کاربوهایدریت های غیر نشایستوی در بوجود آمدن بعضی از امراض کولون و در تداوی بعضی از امراض کولون مؤثر میباشد. مثلاً فایبر منحل در اب به منظور تداوی قبضیت استعمال می‌گردد برخلاف آن غیر منحل، کاربوهایدریت های غیر نشایستوی به اسانی توسط باکتریاهای کولونی تخمر می‌گردد و در نتیجه اسیدهای شحمی زنجیر کوتاه بوجود می‌آید. طوریکه عدم موجودیت اسیدهای شحمی زنجیر کوتاه در لومن کولون با جذب ناکافی ارتباط دارد زیرا مواد مذکور در تداوی اسهالات استعمال می‌گردد.

باکتریاهای کولونی علاوه بر پولي سکراید های غیر نشایستوی پروتین و نشایسته ناهضم شده را نیز تخمر مینماید. آن قسمت نشایسته کی در طروق علوی معدی معائی هضم و جذب نگرده بنام نشایسته مقاوم یا یاد می‌گردد که از این طریق نشایسته هضم نشده به اسیدهای شحمی که دارای زنجیر کوتاه است تبدیل شده که بعداً از طریق کولون جذب شده و منبع تولید انرژی را میسازد.

تحقیقات نشان داده که در يك شخص نارمل از انرژی بدست آمده، روزانه تقریباً ۱۰٪ ان از اسید های شحمی که دارای زنجیر کوتاه است و توسط کولون جذب می‌گردد بدست می‌آید. ارزش و اهمیت نشایسته مقاوم که در فزیولوژی کولون دارد از رابطه مطالعات و اقدامات مختلف صورت گرفته که یکی از این اقدامات اندازه کردن نشایسته مقاوم در محتوی ایلوم مریضانیکه نزد آنها الیوستومی اجراء شده است میباشد.

هرگاه يك سیستم تخمري Vitro جابجا می‌گردد پس محتوی ایلوم که نشایسته مقاوم دارد نسبت به اینکه نشایسته موجود نباشد مقدار زیادی بیوتیرات و مقدار کم آمونیا تولید مینماید. در اشخاصیکه کولون سالم دارد او از مواد نشایستوی مقاوم تغذی می‌گردد نزد آنها دهانه مواد غایطه و اطراح Acetate butyrate زیاد می‌گردد. همچنان در مواد غایطه اطراح پولي سکرایدهای غیر نشایستوی نیز زیاد می‌گردد که علت آن موجودیت نشایسته مقاوم در کولون است که تخمر پولي سکرایدهای غیر نشایستوی را متاثر میسازد.

اقدام یا دست آورد دیگر محاسبه درجه تخمر نشایسته مقاوم میباشد که از اندازه نایتروجن تنفسی و اسیدهای شحمی کوتاه در خون به دست می‌آید. هایدروجن که تولید ثانوی کاربوهایدرتها بوده به جریان وریدی امعاء منتشر گردیده پس به الویول ها رسیده او از طریق تنفس اطراح می‌گردد.

اشخاصیکه به اندازه زیاد توسط مواد نشایستوی مقاوم تغذی می‌گردد نسبت به اشخاصیکه توسط مقدار کم از مواد نشایستوی مقاوم تغذی می‌گردد هایدروجن تنفسی و اسیدهای شحمی زنجیر کوتاه سیروم خون آنها بلند میباشد. گازات دیگر که در اثر تخمر بکتريا ها بوجود می‌آید عبارت اند از CO_2 , CH_4 , N و غیره. مثلاً گازات خوش بوي سلفري. گازاتی که در اثر تخمر باکتريا ها بوجود می‌آید تقریباً ۷۴٪ آن در ترکیب گاز حصه می‌گیرد. تولید مقدار زیاد گازات که از تخمر فایبرهای مصرف شده بدست می‌آید میتواند احساس بلوتینگ را ظاهر نماید. گرچه بلوتینگ علایم مهم تخریش امعاء میباشد و در امراض تخریشی امعاء زیاد میباشد. اندازه و تولیدات تخمري که توسط بکتريا های کولون بوجود می‌آید مربوط به مقدار ماده، ساختمان کیمیای آن و اهداف تخمري بکتري ها مثل اوصاف بیوکیمیکل و میکانیزم تنظیم کننده کتابلولیک میباشد. تخمر پروتین ها سبب بوجود آمدن يك تعداد میتابولیت های زهري قوي می‌گردد که این میتابولیت های زهري عبارت است از فینول، اندول و امین ها. تولید مواد فوق الذکر سبب جلوگیری تخمر منابع کاربوهایدریت در لومن

امعا می‌گردد. از روی فزیولوژی و آناتومی کولون پروسه گنده شدن (Putrefactive Process) در کولون بعیده بطور ملاحظه قابل رویت میباشد زیرا که در این قسمت کولون کاربوهایدریت ها بسیار محدود میباشد. موجودیت کانسر در قسمت های نهایی کولون به احتمال زیاد توسط مواد کارسینوجنیک که از گنده شدن پروتین ها بوجود می‌آید.

گرچه کاربوهایدرایت ها و پروتین ها که به کولون می‌آید ممکن توسط بکتریاهای کولونی کنترل گردد و برای میزبان به مواد مفید تبدیل گردد مگر میتابولیزم باکتریایی شحم ناهضم شده ممکن برای میزبان مضر واقع شود زیرا که مطالعات نشان داده که میتابولیت های بکتریایی شحمی در کولون وظیفه دیترجانت را اجرا مینماید و به این ترتیب غشاء مخاطی را تخریب و زخم ها را بوجود می‌آورد که در نتیجه تکثر زیاد عکسوی بوجود می‌آید که این تکثر بی حد حجروی به نوبه خود پیشرفت تومور را تحریک مینماید.

اسیدهای شحمی که دارای زنجیر کوتاه اند (Short Chain Fatty acids):

اسیدهای شحمی که زنجیر کوتاه دارد غلظت انیون $2/3$ (70-130mmol/L) کولون را تشکیل داده که تعداد زیاد آن، اسیتات، فروفیونات و بیوتیرات میباشد. علاوه بر مورفولوژی و وظیفه امعاء در تحریک GI نیز تاثیر دارد. همچنان در تامین Ileocolonic Brake نیز وظیفه دارد یعنی از تخلیه معده تا زمانی جلوگیری میکند که مواد غذایی به جنگش الپوکولیک می‌رسد. در تامین وظیفه آنها ممکن فکتورهای ذیل شامل باشد.

• هورمونال مانند Peptide YY

• عصبی

• عکسات موضعی

• عکس العمل های میوجینیک

بیوتیرات بالایی کولونوسایت نارمل تاثیرات تروپیک دارد لکن برخلاف نشو و نما حجرات نیوپلاستیک را متوقف نموده و همچنان توسط بعضی تومور از تکثر زیاد کولونوسایت پری نیوپلاستیک جلوگیری مینماید. تاثیرات انتخابی آنها بالایی فعالیت Promotor invetro، G-Protein استناد داشته میباشد.

حجرات کارسینوما کولون انسان در مقابل بیوتیرات در یک وقت تحت تاثیر سایکل حجروی G1-G0، G2 و M می‌آید. در جریان انتقال که از G1-G0 و G2-N1 میباشد قابلیت انتقال الکترون مایتو کاندریا متوقف می‌گردد.

تغیراتیکه در فعالیت مایتوکاندریا بوجود می‌آید سبب آن تغییرات در پوتانشیل غشایی و توقف نشو نمای حجروی میباشد. علاوه از این مالیکول های بیوتیرات که سبب التصاقات حجرات کولون می‌گردد تنظیم مینماید به این شکل که تشخیص بیوتیرات تنبیه شده، تکثر حجروی کولاجن، VI، کولاجن I و لامپنین را نهی مینماید. همچنان B1، $\alpha 1$ و $\alpha 2$ اتگرین را کم مینماید.

جذب Absorption:

تمام ساحة جذب کننده کولون تقریباً در حدود 900 cm^2 تخمین شده است. روزانه در حدود 1000-1500 ml مایع توسط محتوی ایلیموم په سیکم میریزد. حجم مجموعی آب در مواد غایطه به 100-150 ml/day میرسد. جذب شبکوی سودیم در این ساحة زیات میباشد، گرچه محتوی ایلیموم که به کولون می‌آید در ترکیب خود 200 meq/L سودیم دارد مگر در مواد غایطه تنها 25-50 meq/L سودیم موجود میباشد. فرق بین جذب سودیم و آب که در کولون صورت می‌گیرد این است که آب به شکل منفع و سودیم به شکل فعال جذب می‌گردد. سودیم در مقابل مواد کیمیایی و برقی با مصرف انرژی انتقال می‌گردد.

اپیتیلیوم کولونی برای سوخت، مواد مختلف را استعمال مینماید که در آن نارمل بیوتیرات - به مقایسه گلوتامین، گلوکوز و کیتون بادی به شکل انتخابی به احتراق میرسد. این واضح گردیده است که حجرات پستانداران قابلیت تولید نارمل بیوتیرات - را ندارند مگر این حجرات کولونی از آن نارمل بیوتیرات - که توسط بکتری های که در داخل لومین کولون قرار دارد تولید میشود استفاده مینماید و ماده مذکور از تخمر مواد غذایی فایبرنی حاصل میگردد. فقدان نارمل بیوتیرات - که عموماً توسط انتی بیوتیک های وسیع الساحه که با عث تخمر میگردد بوجود میاید. جذب سودیم و آب را کم نموده و در نتیجه اسهال بوجود میاید. برعکس نهی ازدیاد نارمل بیوتیرات - جذب سودیم و آب را زیاد مینماید اسیتات، بیوتیرات، و پروپیونات در اصل اسیدهای شحمی اند که دارائی زنجیرهای کوتاه میباشد و از تخمر بکتريا ها بوجود میاید این مواد در مواد غایطه انیون اصلی و اساسی را تشکیل میدهد.

وظایف فزیولوژیک دیگر اسید های شحمی که دارائی زنجیر کوتاه اند بالایی کولون عبارت از تحریک جریان خون، تجدید حجرات غشاء مخاطی و بکتريا های فلورا جهت هیموستاسیس تنظیم PH لومین داخلی میباشد.

علاوه بر جذب آب و سودیم، کولون اسیدهای صفراوی که از جذب الیوم نهی فرار نموده نیز جذب مینماید. به این ترتیب کولون در دوران داخل کبدی نیز سهم میگیرد. اسیدهای صفراوی توسط دیفیوژن غیر برقی از اپیتیلیوم کولون به شکل منفعل انتقال میگردد. وقتی که ظرفیت جذب کولون بسیار زیاد گردد بعد از آن بکتريا های کولون اسیدهای صفراوی را غیري مزدوج میکند که این مزدوج اسیدهای صفراوی در جذب سودیم و آب مداخله نموده و در نتیجه اسهال افزای و کولریتیک بوجود میاورد. اسهال کولریتیک به طور مقدم بعد از هیمی کولیکتومی و به شکل دائمی از ریزکشن الیوم متوسیع بوجود میاید.

افراز (Secretion):

رول فزیولوژیک افرازات کولون در بیمارانی که مصاب عدم کفایه کلیوی اند انگشت نما گردیده است. آن عده مریضانیکه به اندازه نارمل پوتاشیم اخذ مینماید قبل از ضرورت عملیه دیلیزنوموکالیمیک مینماید این حادثه با تضاید جبران کننده پوتاشیم که در افرازات کولونی و غایطی اطراح میگردد بوجود میاید یکجا میباشد. تاثیرات مذکور توسط Spironolactone بلاک میگردد، که این سپیرونولکتون تاثیر الیوستیرون را بالایی افراز پوتاشیم کولون تمثیل مینماید.

افراز پوتاشیم ضرورت به Na^+, K^+, Na^+, K^+ ATPase cotransport و بالایی غشای بازولائیرال و چینل های پوتاشیم دارد. اشکال زیاتر کولیت با ازدیاد افراز پوتاشیم همراه میباشد مانند Inflammatory (IBD) Bowel disease، کولرا و شیگیلوزیز.

در پهلوی آن بعضی از اشکال کولیت جذب کولون را کم نموده و یا افرازات کلوراید را تولید مینماید مانند کولاجیناز و کولیت میکروسکوپیک و همچنان Chloridorrhea ولادی. کلوراید توسط اپتل کولون به یک مقدار خاص افراز میگردد که در بعضی از حالات پتالوژیک مقدار این افرازات زیات میگردد که این حالات مانند سیستیک فیبروز و اسهالات افزای. افراز کلوراید نیز به کو ترانسپورت Na^+, K^+ ATPase و Na^+ $K^+, 2Cl$ که از غشای آیبیکال به شکل مثبت خارج میگردد ضرورت دارد.

کلسیم و سبستیک ادینوزین مونوفوسفات هر دو افراز کلوراید را تنبه میکند مگر بای کاربونیات و اسیدهای شحمی که زنجیر کوتاه دارد افراز کلوراید را نهی مینماید H^+ و بای کاربونات با جذب Na^+ و Cl همراه میباشد.

این پروسه عموماً در حفظ اسید بیز بیلانسی سیستمک رول دارد. برای این پروسه H^+ و بای کاربونیت از دیهایدریشن CO که توسط کاربونیک آنهایدراز کولونیک کتالیز می‌گردد بدست می‌آید. اگر تغییرات در PH سیستمک بوجود آید پس تغییرات در فعالیت کاربونیک آنهایدراز تحریک می‌گردد و به اندازه ضرورت H^+ و بای کاربونیت از بین رفته تا PH سیستمک دوباره به حالت نارمل برگردد.

حرکات (Motility):

تخمیر که در کولون واقع می‌گردد نظر به مورفولوژی خاص کولون بوجود می‌آید. کولون بر ۳ سیگمنت اناتومیکی تقسیم گردیده است که عبارت است از کولون راست، کولون چپ و رکتوم، کولون راست در قنات معدی معائی انسان یک محل اساسی برای تخمیر بکتریائی است. سیکوم یگانه موقعیتی است جای که بکتریایها به طور متابولیک فوق العاده فعال می‌باشند. کولون چپ محل اساسی برای ذخیره مواد غایطه و دیهایدریشن مواد غایطه بوده سرعت ترانزیت کولونی مربوط به غلظت اسیدهای شحمی که زنجیرهای کوتاه دارد می‌باشد که در ترکیب خود بیوتیرات و قسمت دیستال کولون می‌باشد.

این پروسه ممکن ارتباط بین کانسر کولونی، اخذ فایبر غذایی، اطراح مواد غایطی و PH مواد غایطه داشته باشد. ترانزیت محتوی کولونی از کولون ذریعه سیستم عصبی اوتونومیک کنترل می‌گردد.

الیاف عصبی پاراسمپاتیک کولون را از طریق اعصاب واگوس و حوصلی تعصیب مینماید. این الیاف زمانی که به کولون میرسد خود را در ضفیره های مختلف تنظیم میکند که این ضفیره ها عبارت اند از تحت سیروزا، Myentric (Auerbach)، Myentric (Meisener)، تحت المخاط و ضفیره مخاطی. نورون ضفیره Myentric در امتداد تینیا با هم جمع می‌گردد. الیاف عصبی سمپاتیک منشاء خود را از گانگلیا مصاریقه علوی و سلفی گرفته و از طریق ضفیره محیط اوعیه به کولون میرسد.

حرکات کولون در سه سگمنت اناتومیکی مختلف می‌باشد. در کولون راست امواج انتی پریستالتیک یا Retropulsive بوجود می‌آید و محتوی کولون را دوباره به سیکم انتقال مینماید. در کولون چپ محتوی کولون توسط تقلصات تونیک به جلو برده میشود. این حرکات توسط یک سلسله کتلات حلقوی جدا میشود.

نوع سوم حرکات بنام اشتیدادی کتلوی یاد میشود و از تقلصات Propulsive و Retropulsive تشکیل گردیده است. این حرکات در قسمت های مختلف بوجود می‌آید. هر تقلص حرکات اشتیدادی کتلوی میتواند محتوی کولون را به اندازه 1/3 طول کولون برساند.

عکس العمل کولون به اندازه مقدار غذا اخذ شده بوجود می‌آید که بعد از اخذ غذا تقریباً 15 دقیقه به حد عظمی خود میرسد. این تریاید فعالیت برقی به تعقیب تریاید تون کولونی بوجود می‌آید.

تولید مواد غایطه (Formation of Stool):

فریکونسی عمل تغوط بین اشخاص متفاوت می‌باشد اشخاصیکه اضافه تر از ۳ بار در روز مواد غایطه آبیگین اطراح مینماید گفته میشود که شخص مذکور مبتلا به اسهال است. مگر اشخاصیکه کمتر از ۳ بار در هفته مواد غایطه اطراح نماید به قبضیت یا قبضیت اطلاق می‌گردد. حالتی که بین این دو پروسه غیر نورمال موجود است بنام فریکونسی غایطی نورمال یاد می‌گردد. طوری که قبلاً ذکر شد ممکن بعضی اشخاص در این حالت نارمل از عرض اسهال و یا قبضیت نیز نزد داکتر مراجعه نمایند.

بعضی فکتورها سرعت ترانزیت کولونی را متاثر می‌سازد که این سرعت نزد زنهانسبت به مردها طویل می‌باشد. همچنان نزد خانم های قبل از مینوپوزنسبت به خانم های بعد از مینوپوز زیاد می‌باشد. برعکس این سرعت ترانزیتی نزد اشخاص سگرت کش کوتاه می‌باشد. اشخاص نارمل که پولی سکرایدهای غیر نشایستوی اخذ مینماید وقت ترانزیت کولونی را کوتاه نمیکند لکن وزن مواد غایطه را زیاد نموده مگر مریضانیکه

قبضیت ادیوپاتییک دارد پولی سکراید های غیر نشایستوی به شکل دانه های Psyllium توصیه می‌گردد که وقت ترانزیت کولون را کوتاه نموده و در پهلوی آن وزن مواد غایطه نیز زیاد میشود.

تغوط (Defecation) :

ترانزیت کولون به وقت کافی، سخت شدن مواد غایطی و کنترل غایطی ضرورت دارد. کنترل غایطی بر تاخر در اطراح مواد غایطه اطلاق می‌گردد که بین گاز، مایع و مواد غایطه جامد فرق دارد و بشکل انتخابی بر اخراج قبل از مواد غایطه زمینه را مساعد مینماید و بحث بر رول اساسی و وظیفوی ریکتوم در حالت استراحت جریان دارد.

بعضی ها ادعا دارند که ریکتوم مانند يك نل یا مجراء وظیفه اجراء میکند که تحت شرایط استراحتی باید تخلیه گردد.

زمانیکه مواد غایطه به ریکتوم برسد عکسات نهی کننده انورکتل تحریک گردیده و شخص مجبور به اطراح مواد غایطه میگردد تا تحت تقلصات ارادی معصره خارجی عملیه تغوط اجرا گردد. بر علاوه از این هر جراح که عملیه عادی پروکتوسگماید و سکوبی سخت را اجراء مینماید اطمینان کامل دارد که ریکتوم شخص از مواد غایطه مملو میباشد مگر شخص هیچ نوع آگاهی ندارد. پس خلاف نظر به فوق ریکتوم در ذخیره مواد غایطه نیز وظیفه اجراء مینماید. مواد غایطه عکسات انورکتل را تحریک مینماید همچنان عکسات ریکتوکولیک را نیز تحریک مینماید. این پرشدن ریکتوم از مواد غایطه تا زمانی ادامه میابد تا کولون خالی گردد.

میکانیزم هائی که در کنترل غایطی موجوداند تا حال به شکل مکمل واضح نگردیده. برای این که کنترل غایطی به شکل واقعی آن بوجود آید پس به يك ظرفیت ذخیروی داخل ریکتوم ضرورت است. ریکتوم که سخت بوده قابلیت توسع را نداشته باشد مانند التهاب رکتوم شعای ممکن عدم کنترل غایطی بوجود آید. گرچه ایاف عضلی معصره به اندازه کافی قوی میباشد،

ایاف کافی معصره خارجی و داخلی و مقویت آن برای کنترل غایطی ضرور میباشد. لکن در حالات کنونی معلوم گردیده که این پروسه زیاتر مربوط ایاف نمیشد مثلاً بیمارانیکه در فیستول ایکتومی ایاف معصره خود را از دست میدهد باز هم آنها توانای غایطی داشته میباشد. ممکن یگانه عملی که در بوجود آمدن کنترل غایطی رول دارد تعصیب معصره میباشد. باید یادآور شد که تنها اعصاب حرکی که تقلصات معصروی را بوجود می آورد مؤثر نمی باشد بلکه ایاف اعصاب حسی که تخلیه ریکتوم را اجراء می نماید لازم است.

آماده کردن امعاء قبل از عملیات :

پاک کردن مجراء کولون از مواد غایطه سبب کم شدن غلظت باکتیریا گردیده به این اساس پروسه مذکور قبل از عملیات اجراء گردیده و اصول اساسی جراحی شمرده میشود. در کولون نورمال مایکروم اورگانیزم ۹۰٪ وزن خشک مواد غایطه کولون را تشکیل میدهد که بدین حساب غلظت مایکرو ارگانیزم های مواد غایطه ۱۰ ارگانیزم در هر سی سی مواد غایطه شده است. باکتیریا های غیر هوازی يك قسم عام مایکرو اورگانیزم های کولون را تشکیل میدهد در حالیکه مایرکو اروگانیزم هوازی که شامل E-coli زیات قابل توجه است. مکروبهای دیگری به تعداد زیات وجود دارد که عبارت است از Klipsella، پسودوموناز، انواع اتیروکوکها و پروتئوس و انواع ستریتوکوک ها است. همان پروسه های که برای آماده کردن عملیات های انتخابی کولون ها استعمال میشود به طوری عام دو فکتوری مهم را احتواء میکند. اول پاک کردن مواد غایطه که بنام آماده کردن میگانیکی یاد میشود. ثانیاً استعمال آن عده انتی بیوتیک که بالای باکتیریا های کولون تاثیر موثر

داشته باشد. و تجارب نشان داده است که عملیات های کولون که بغیر از آماده کردن به ناکامی التیام اناستوموزس می انجامد. زیرا که داخل لومن کولون مواد غایبه به اندازه زیاد باکتریاراحتوا کرده است. در ترمیم ترخیصات ابتدائی کولون که توسط جراحان اروپائی صورت گرفته نشان میدهد که عملیاتیهای انتخابی که بغیر تدابیر قبل از عملیات به طور محفوظ صورت گرفته برای جراحی کولون يك اندازه اندیشه ها برای اجرا پاك کردن کولون را بوجود آورده زیرا اینها چنین نظریه دارد که حجرات کولونی تغذی خود را از اسیدهای شحمی آزاد که از پروسه تخمر بکتریاهای کولونی بوجود میاید میگیرد. پس اگر کولون پاك گردد بکتریاهای از بین رفته در نتیجه اناستوموزس اجراء شده با نواقص مواجه میگردد. باوجود نظریه فوق تا امروز جراحان آمریکائی در عملیاتیهای جراحی کولون آماده کردن قبل از عملیات مکمل کولون را توصیه کرده است و همچنان در اماله باریوم و کولونواسکوپي پاك کردن نیز توصیه شده است. گرچه قبل از عملیات انتی بیوتیک زرقي بطور خوب تاثیر کرده مگر استعمال انتی بیوتیک فمي تا فعلاً تأیید نگردیده است و تحت مباحثه میباشد. آماده کردن امعا و استعمال انتی بیوتیک بصورت مشترك صورت میگیرد و تا فعلاً معلوم نگردیده که کدام پروسه تا پروسه دیگر مفید است. گرچه در بعضی اشخاص پروسه آماده کردن امعاء يك اندازه نتایج خراب فزیولوژیک را بوجود میاورد. برای آماده کردن امعاء باید يك اندازه فکتورهای جدي مد نظر داشته باشیم که عبارت اند از تاریخچه قبل از آماده کردن، مباحثه فعلی و سوابق فعلی. تدابیر مکانیکی صفائی امعاء در کولونوسکوپي و جراحی انتخابی استعمال میگردد لکن این تدابیر در بندش و تدور مکمل امعاء مضاد استطباب است. در صورت کولونوسکوپي کدام تدابیر که صورت میگیرد قبل از اجراء آن باید مصونیت و مؤثریت آن در برابر مریض مد نظر گرفته شود.

در گذشته ها به منظور آماده کردن امعاء از طریق های ذیل کار گرفته میشود.

۱- مایعات همراه با مسهلات (Bisacodyl, Castor oil, Senna)

۲- تمام امعاء به واسطه تیوب انفی معدوی لوازمیشود

۳- اماله های متکرر

لکن تحمل مریضان به مقابل این میتود ها کمزور بوده و همراهی با دیهایدریشن تشوشات الکترولایت ها و کرمپ های بطنی وخیم بوده نیز واقع میگردد. و به صورت عموم در مریضان مسن و ضعیف قابل تحمل نمیباشد.

در سالهای ۱۹۸۰ محلول Polyethylene glycol که يك مایع سودیم سلفات غیر قابل جذب بوده و به منظور آماده کردن میخانیکي امعاء از طریق فمي مورد استعمال قرار گرفت و مریضان محلول فوق را به اندازه 2-4L همراه با مایعات دیگر ضرورت دارد. عوارض جانبی آن عبارت از دلبدی، استفراق و کرمپهای بطني است. لذا همرا با مواد فوق ادویه ضد استفراق یکجا توصیه میگردد. بیمارانیکه تحمل مایعات زیاد را نداشته و پولی ایتیلین گلایکول در مقابل آن مؤثر نباشد در این صورت از مستحضر دیگر بنام محلول سودیم فاسفیت همراهی مقدار زیاد آب استفاده میگردد. مستحضر فوق برای بیماران قابل تحمل و به اندازه زیات قناعت بخش میباشد. عوارض جانبی مستحضر فوق با عوارض جانبی محلول بولي ایتیلین گلایکول یکسان بوده لکن فایده اساسی آن در مقدار بوده یعنی مقدار این مواد به اندازه 45 ml دو وقت توصیه میشود.

در حال حاضر سودیوم فوسفات (Visicol) به شکل تابلیت معرفی گردیده که رژیم آن 40 تابلیت که هر ۱۵ دقیقه بعد ۳ تابلیت همراه با 8 oz مایعات اخذ میگردد تهیه گردیده است. سودیم فاسفیت اگر بشکل تابلیت

یا مایع باشد نسبت به پولي ایتیلین گلایکول در ضایعات الکترولیت‌ها کمبود آورده لکن باز هم به اندازه زیات الکترولیت‌ها ضایع می‌گردد.

بیمارانی که وظایف کلیوی کافی نداشته ممکن دچار هایپرناتریمی، هایپرفوسفاتیمی، هایپوکلسیمی، هایپوکالیمیا گردد، لذا بولي ایتیلین گلایکول محلول در بیمارانی که مصاب عدم کفایه کلیوی، سیروز، حبن و یا C.H.F باشد در آماده کردن قبل از عملیات امعاء ترجیح داده می‌شود.

تحقیقاتی فعلی بین سودیم فاسفیت و پولي ایتیلین گلایکول چند فرق را بطور مقایسوی انگشت نما نموده که ذیلاً خلاصه می‌گردد.

کوهن (Cohen) و همکارانش نشان داده امعائی که تدابیر قبل از عملیات توسط سودیم فاسفیت صورت گرفته ۹۰٪ برتری دارد لکن توسط 4L محلول پولي ایتیلین گلایکول 70٪ می‌باشد.

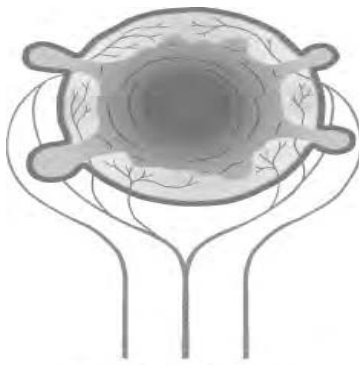
پون و همکارانش در سال 2002 به اثبات رساند که اگر حجم PEG کم گردد یعنی به 2L برسد و حجم سودیم 90 ml باشد پس قابلیت صفای هردوی آن مساوی می‌باشد. مریضانی که برای آنها کولونوسکوپی اجراء می‌گردد بخاطر اینکه نتیجه خوب و دقیق بدست آید پس آماده کردن قبل از عملیات اهمیت زیاد دارد. در ریزکشن سیگمنتال آماده کردن پیش از عملیات تحت مشاهده قرار دارد.

راپور تهیه شده توسط Meittinen و همکارانش نشان میدهد که اختلالات انتانی به شکل مقایسوی در بیمارانی که امعاء آنها توسط PEG آماده شده نسبت به بیمارانی که امعاء آنها پاک نگردیده باشد به منظور ریزکشن سیگمنتال عملیات اجراء گردیده باشد کدام فرق قابل ملاحظه در آن موجود نمی‌باشد، این در صورتی که بیماران هر دو گروه انتی بیوتیک را از طریق زرقی اخذ مینمایند.

Zmora و همکارانش بر بنیاد انستوموزیز طرف چپ ادعا میکنند که اگر امعاء صفا شده باشد سرعت انتان به 72.5٪ میرسد. در صورتی که صفائی اجراء نشده باشد این فیصدي به 13.2٪ میرسد که به شکل مقایسوی کدام تفاوت خاص ندارد با وجود آن سرعت انتان جرحه کدام تفاوت خاص را بوجود نمی‌آورد یعنی در امعاء صفا شده فیصدي این ۲.۲ و در امعاء نا صفا شده این فیصدي به 10٪ صعود مینماید. گرچه این مطالعات به اندازه کم و بسیار قوی نمی‌باشد مگر بر اساس احتمالات آینده که جلوگیری از ناراحتی و بی نظمی الکترولیت‌ها و دیهایدریشن توسط آماده کردن امعاء زیادتر مفیدتر است.

استعمال انتی بیوتیک که در عملیات جراحی کولو ریکتال استعمال می‌گردد بسیار مروج است و فیصدي اختلالات انتانی را به اندازه زیاد کاهش میدهد. این انتی بیوتیک برای واقعات ملوث پاک 30 دقیقه قبل از شق به شکل زرقی به دوز واحد توصیه می‌شود.

وقتی که عملیات تکمیل شود توصیه انتی بیوتیک بعد از عملیات در واقعات ملوث پاک مانند ریزکشن سیگمنتال روتین وسیله کم شدن اختلالات انتانی دیگری نمی‌گردد و برعلاوه از این ممکن است به سوی Clostridium deficit colitis و انتان کاندیدا پیشرفت نماید. همچنان مقاومت بکتریایها در مقابل انتی بیوتیک‌ها بلند می‌رود. مطالعات Polk و Lopez-mayor واضح ساخته اگر انتی بیوتیک به شکل زرقی توصیه گردد فیصدي انتانی را بعد از عملیات از 30٪ به 8٪ پائین می‌آورد. استعمال انتی بیوتیک‌های ضد ایروب و غیر هوازی مانند سیفالوسپورین، میترونیدازول یا Clindamycin یکجا استعمال شده. مطالعات که در سال 1995 توسط جراح پروکتولوگ انجام داده شده، توصیه انتی بیوتیک‌های فمی و زرقی را به شکل روتین در عملیات‌های کولون توصیه کرده.



Copyright © 2004, Elsevier.

نتایج فوق توسط Gomes Alonso و همکارانش نیز تکرار گردیده است و بعد از آن انتی بیوتیک‌هایی که بالایی اتنانات هوازی و غیر هوازی تاثیرات وسیع دارد عبارت اند از سفا لوسفورین (جنریشن تالی و سومی) به تنهایی و یا Metronidazol + Fluraquinolons یا Clindamycin به شکل ترکیبی. توصیه انتی بیوتیک‌های اضافی فمی به شکل تیوریک بود و بکتریها را کم ساخته قابل قبول بود لیکن فعلاً تصدیق نشده.



Copyright © 2004, Elsevier.

سروری که توسط جراحان در سال ۱۹۹۵ اجراء گردیده چنین نشان میدهد. انتی بیوتیک‌هایی که در عملیات‌های پروکتولوژی به منظور آماده کردن استعمال میگردد ۸۷٪ استطباب دارد. آن انتی بیوتیک‌ها که به این منظور استعمال میگردد عبارت اند از Erythromycin 1gr و Neomycin 1gr که یک یوم قبل از عملیات به ۳ دوز داده میشود. باید یادآور شد که این رژیم با یک تعداد عوارض جانبی همراه میباشد مانند دل‌بندی و کرمپهای بطنی. بعضی جراحان Ciprofloxacin و یا میترونیدازول فمی را ترجیح میدهد.



Copyright © 2004, Elsevier.

مطالعاتیکه به شکل مقایسوی بالایی انتی بیوتیک فمی و زرقی اجراء گردیده است نشان میدهد که مریضانیکه انتی بیوتیک را از طریق وریدی اخذ مینماید سرعت انتان را از ۳۲٪ به ۲.۵٪ پائین می‌آورد و بیمارانیکه انتی بیوتیک فمی و انتی بیوتیک زرقی را نیز اخذ مینماید فیصدی اختلالات انتانی به نصف یعنی از ۲۲٪ به ۱۱٪ نسبت به بیمارانیکه تنها انتی بیوتیک فمی اخذ مینماید پائین می‌آورد. برای تأیید این موضوع کدام دلیل خاص به اثبات نه رسیده است مگر تنها این به اثبات رسیده که انتی بیوتیک به شکل زرقی به منظور آماده کردن قبل از عملیات به فیصدی اتنانات جرحه کاهش میدهد لیکن به شکل فمی استعمال انتی بیوتیک به شکل واضح و روشن بر تقلیل انتان جرحه و ابسی‌های داخل بطنی رول مؤثر را وارد نه نموده است.

تشکل ابسی‌های بطنی نسبت به انتی بیوتیک‌های وقایوی بر آن عده فکتورهای تکنیکی زیادتر در ارتباط است که پروسه تکامل انستوموتیک را متاثر می‌سازد.

امراض رتجی (Diverticular disease):

رتج يك كيسه يا Pouch غير نورمال بوده كه عموماً از جدار يك اورگان مجوف بيرون ميآيد. عموماً رتج ها به دو شكل ديده ميشود.

۱. رتج حقيقي يا True Diverticulum: به رتج اطلاق ميگردد كه در آن تمام طبقات امعاء شركت نموده باشد.

۲. رتج كاذب يا False diverticulum يا Pseudodiverticulum: به رتج اطلاق ميگردد كه تمام طبقات معاني در آن موجود نباشد.

به طور عموم كدام رتج هاي كه در كولون انسان بوجود ميآيد كاذب اند و صرف طبقه مخاطی و طبقه عضلی از يك خاليگاه بيرون ميآيد. بيماري هاي رتجي عبارت از حادثه است كه بر موجوديت رتج كولون دلالت ميكند. اين بيماري در اجتماع غربي عموميت زياد دارد و چنين نمايان ميگردد كه بيماري مذكور با انقلابهاي صنعتي رابطه نزديك دارد. خبر جالب اين است كه قبل از انقلابات صنعتي به اساس تاريخچه اناتومي هيچ نوع رتج شناخته نشده است. بيماري رتجي ۲۵ سال بعد از وجود آمدن اسباب چرخنده گندم در اروپا بوجود آمد كه براي بار اول واقعه ابتدائي آن در اول قرن بيستم مشاهده شد.

فكتورهاي بزرگ كه در وجود آمدن بيماري رتجي سهم دارد عبارت اند از مصرف كم حبوبات و تزايد مواد قندي و گوشت. از 75 سال بدینسو در امريكاي شمالي و اروپای غربي مصرف غذاهاي فايبري كم شده در مقابل در مناطق مذكور فيصدي بيماري هاي رتجي نيز اضافه گرديده است. فكتور ديگري كه در وجود آمدن رتج سهم دارد سن است. در اشخاصيكه سن ايشان از ۳۰ سال كم اند موجوديت رتج در آنها نادر است ليكن 2/3 نفوس امريكائي كه به عمر 80 سالگي ميرسد رتج در آنها تشكيل ميكند.

شواهد ديگري در مورد مصرف كم غذاهاي فايبري و مصرف زياد گوشت و مواد قندي و ارتباط آن با وجود آمدن رتج را به اثبات ميرساند سروي بعضی از بيماريهاي رتجي در بعضی از مناطق جغرافيايي است. اين سروي ها نشان ميدهد كه Sub-saharan Africa كه فايبرهاي غذائي را به اندازه زياد مصرف مينمايد پس واقعات رتج نيز در آن كم ميباشد لکن در Johumerbug كه مردم از تعداد كم غذا های فايبري استفاده مينمايد مانند سفيد پوستان امريكائي جنوبي واقعات رتج در آن كشف شده است.

پتوجني (Pathogenesis):

رتج در حقيقت تفتق طبقه مخاطی از جدار كولون است كه جدار عضلی از سوراخ هائي كه از اين شرايين به كولون داخل ميگردد خارج ميشود. اين سوراخ ها در پهلوی تينيا اتتي ميژاتريك قرار دارد. در بعضي از مناطق سوراخهاي نفوذيه شرايين توسط قبه رتج بي جا ميگردد. اين ارتباط بين شرايين و رتج سبب خونريزي كتلوی خاص را تشكيل ميدهد كه عموماً بر يك اختلاط رتج اطلاق ميگردد.

عموماً همراه با دايورتيكوليت هايپرتروفي طبقه عضلي جدار كولون نيز موجود ميباشد كه اين هايپرتروپی سبب ضخامت جدار كولون ميگردد. اين ضخامه اكثرأ سيگموئيد كولون را مصاب نموده و ممكن در پيشرفت شكل رتج سهم داشته باشد. رتج ها عموماً در سيگموئيد كولون بوجود ميآيد و مريضانيكه به امراض رتجي مصاب اند تقريباً نصف آنها در سيگموئيد كولون رتج دارد.

ساحاتي كه براي رتج بسيار مساعد است عبارت از كولون نازله است كه تقريباً 40% رتجهاي كولوني را تشكيل ميدهد.

صرف در 5-10% واقعات در تمام کولون رتج دیده میشود. باید یاد آور شد اگر در تمام ساحات کولون رتج موجود باشد باوجود آن ضخامت طبقه عضلي صرف به کولون سیگموئید محدود میباشد. برعلاوه از این که کولون سیگموئید موقعیت عام رتج ها را تشکیل میدهد، آن قسمت از کولون است که قطر آن نسبت به سایر قسمت های کولون کم میباشد.

اگر در لومن کولون موادي موجود باشد که مواد فایبري در آن زیاد باشد پس فشار تقلصي که باید مواد فوق را به پیش ببرد کم میباشد. در این واقعات در کولون سیگموئید فشار به اندازه کم نسبت به فشار اتموسفیریک زیاد بوده و رتج بوجود نیاید مگر اگر در محتوي کولون موادي موجود باشد که مواد فایبري آن کم باشد پس حجم محتوي کولون کم بوده و برای پیش بردن مواد مذکور به فشار زیاد ضرورت است. در این حادثات در نتیجه تقلصات لومن کولون سگموئید از 90mmHg اضافه تر فشار را تولید مینماید که این فشار بلند به نوبه خود از نقاط ضعیف اناتومیك جدار کولون به طبقه مخاطي تفتق میکند.

التهاب رتج (Diverticulitis):

التهاب رتج در نتیجه تثقب دایورتیکول کولوني به وجود مي آید این مرض در حقیقت یک حادثه اتناني پیریودیک خارج لومینال می باشد که در نتیجه تغییر مسیر مواد غائطه که بوسیله تثقب رتج صورت میگیرد بوجود می آید. Peridiverticulitis عبارت از حالت است که به وضاحت زیاد پروسه اتناني مورد تأیید باشد. اتنان که بوسیله تثقب کولون بوجود می آید به پیمانیه زیاد توسط پروسه دفاعي عضويت کنترل میشود.

چنانچه پیشتر ذکر گردید که سگموئید کولون عبارت از آن حصه است که در آن واقعات زیاد رتج دیده می شود همچنان در همین قسمت نسبت به دیگر قسمت های کولون التهاب رتج زیاد دیده می شود. مریضانیکه دارای التهاب رتج می باشد عموماً از درد حفره حرقی چپ که نواحی شرفیه-مغنی چپ و خلف انتشار می کند شاکی میباشد. یک شکایت مروج عبارت است از تغییرات در عادات امعاء می باشد. به همین ترتیب مریضان فوق از تب- لرزه و احساس تبول فوري نیز شاکی می باشد. دایورتیکولیت یک حادثه اتناني است که در این حادثه خونریزی ریکتوم معمول نمیشود.

علائم فزیکي التهاب رتج به موقعیت تثقب به اندازه ملوئیت و به موجودیت و نه موجودیت اتنان ثانوي اعضاي مجاور ارتباط میگیرد. علامه عمومی فزیکي عبارت از حساسیت طرف چپ سفلي بطن می باشد. امکان دارد که guarding عضلات همین ناحیه محسوس شود. اگر در همین ناحیه کدام tenderness دیده شود به موجودیت فلیگمون یا ابسی دلالت می کند. اگر اتتفاخ بطني بوجود آمده باشد به انسداد الیوم ویا امعائي کوچک که طور ثانوي به تعقیب پروسه التهاب بوجود آمده تلاش بعمل می آید. واگر در معائنه ریکتومي ومهبلي کدام كتله tender fluctuant احساس شود از ابسي حوصله نمایندگی می کند.

التهاب رتجي کولون سیگموئید باید از کنسر یکتوسگموئید کولون تشخیص تفریقی شود اما در حالت عاجل تفریق فوق نادرا ضروري می باشد مداخله جراحی که برای دایورتیکولیت ضروري می باشد به اندازه زیاد با کنسر تثقبي کولون فرق می نماید. با ان هم اگر کدام عملیات فوري اجرا شود باید در چنین حالت موجودیت و یا نه موجودیت کنسر را تشخیص کنیم. در چنین حالت میتواند که یک معاینه محدود سگموئیدوسکوپ مفید واقع شود اما باید هوا داخل نشود زیرا که این هوا توسع کولون را بمیان می آورد وفشار کولون زیاد می شود در نتیجه تعداد زیاد باکتری از طریق تثقب به پریتون داخل می شود.

سگموئیدسکوپ باید نادرا در مریضانیکه دارای التهاب رتج می باشد اضافه تر از 12cm داخل شود. این معائنه وقتي مفید می باشد که کنسر ریکتوم سبب اعراض نباشد.

برای تشخیص التهاب رتج باید تاریخچه دقیق و معائنات فیزیکی اجرا گردد و به اساس شواهد در تداوی آن صرف اتی بیوتیک استعمال می شود و اگر با وجود پروسه های تشخیصیه فوق التهاب رتج مشکوک باشد پس میتوانیم از چهار عملیه تشخیصیه دیگر استفاده کرد که آنها قرار ذیل اند.

- ۱- CT) توموگرافی بطنی
- ۲- Magnetic resonance imaging (MRI)
- ۳- التراسوند بطن
- ۴- اماله بامواد کثیفه

MRI و CT هر دو ی شان معلومات یکسائین ضرور را جمع اوری می نمایند CT در چنین حالات مروج می باشد و در مراکز مختلف توسط جراحان مختلف برای حالات مشکوک التهاب رتج استعمال می شود. توسط این معائنه موقعیت انتان وسعت وتیره التهابی ومصابت سمپاتیک اعضاء را با اختلالات ثانوی چون vertebral obstruction و فستول مثانه تشخیص میگردد. بر علاوه ان تخلیه ابسی کشف شده که از طریق جلد توسط وسیله تشخیصیه فوق اجرا میگردد صورت میگردد. بوسیله التراسوند هم آن مقاصد ی بدست آورده می شود که توسط CT حاصل می شود

به شمول اینکه تخلیه ابسه از طریق جلد توسط این آله اجرا میگردد .
برای اینکه کدام آله از MRI - CT و التراسوند استعمال شود ارتباط به مراکز انستیتوت دارد با ان هم الات مذکور میتواند که دست آورد های یکسانی را در تشخیص دایورتیکولیت بدست آورد . خصوصاً در حالات که ابسه چنین آفت را اختلاطی کرده باشد. استعمال اماله با مواد کثیفه برای ارزیابی مریضانیکه به دایورتیکولیت مشکوک باشد کاهش یافته. زیرا با تطبیق اماله خطر بلند رفتن فشار کولونی زیاد می شود و خارج شدن مواد غائطه را از رتج تثقب شده زیاد می کند. یگانه اهمیت اماله که توسط یک تعداد مطالعات تثبیت شده، تشخیص تفریقی میان التهاب حاد رتجی و کنسر تثقبی می باشد. اما اکثر جراحان از استعمال اماله فوق ترسی را اظهار می کند، اگر چنین اماله کثیفه استعمال می شود باید محتوای شان در آب منحل گردد زیرا که این مواد منحل خطر پریتونیت باریوم غایبطی را کمتر ساخته، با آن هم خروج مواد کثیفه از کولون میتواند پروسه انتانی را پیش برده و پریتونیت را وسیع میکند.

التهاب رتجی به طریقه های گوناگون به شکل منظره وسیع و وخیم بوجود می آید. میتواند به شکل یک واقعه mild self limited و یا به شکل تکرار واقعه که اختلاط تهدید کننده حیات یعنی سپسس را بمیان میاورد بوجود می آید .

Henely و همکاران وی یک سیستم تقسیم بندی عملی را برای امراض التهاب رتجی ساخته اند که منظره کلینیکی وسیع مرض را واضح می نمایند.

مرحله اول: ابسی های مساریقه و یا پیری کولیک

مرحله دوم: ابسی های محدود در حوصله

مرحله سوم: پریتونیت قیچی عمومی

مرحله چهارم: پریتونیت غایطی عمومی

پلان تداوی به اساس شدت به هر نوع تعیین شود

التهاب رتجی غیر اختلاطی :

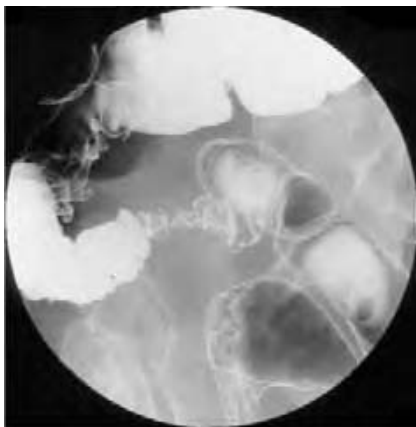
دایورتیکولیتس غیر اختلاطی یعنی التهاب رتجی که بدون تثقب در جوف آزاد پریتون، تشکل فستول و یا انسداد موجود باشد. چنین حائنه التهابی بیرون از شفاخانه توسط اتی بیوتیک تداوی می شود. اگر چنین

مریضان دارای درد های باشد که به پریتونیت موضعی وصفی باشد باید بستر شود و از طریق وریدی آنتی بیوتیک اخذ نمایند .

مورفین باید در چنین مریضان استعمال نشود زیرا که فشار داخلی کولون را افزایش میدهد و سبب وخامت پروسه رتجی میگردد . بنابراین یک آنالجزیک دیگری که بنام Meperidone یاد می شود که فشار کولونی را پائین میآورد توصیه میشود . مریضانیکه دایورتیکولیت غیر اختلاطی دارد به بسیار سرعت به تداوی آنتی بیوتیک جواب میدهد صرف یک تعداد کم اعراض برای ۴۸ ساعت باقی مانده میتواند . پس از آن که اعراض خاموش شود باید تجسس های تحقیقاتی را حد اقل تا سه هفته وسعت داده شود تا موجودیت رتج ثابت و موجودیت کنسر که تقلید رتج را می نماید رد شود .

در این مورد معاینه بسیار ساده عبارت از استعمال کولونسکوپ که بوسیله آن کولون قابل دید می شود و موجودیت رتج های متعدد تثبیت میگردد . اماله باریوم وسعت امراض رتجی را بما نشان میدهد اما کنسر سیگموئید کولون توسط مواد کثیفه که رتج های کولون مذکور را پر می نماید میتواند مخفی باقی بماند . بنابراین در تحقیقات این امراض اهمیت اماله مواد کثیفه کم است .

حمله ابتدائی دایورتیکولیت غیر اختلاطی که در مقابل آنتی بیوتیک جواب میدهد به طور غیر مداخلوی



Copyright © 2004, Elsevier.

توسط غذائی که از فایبر غنی باشد تداوی می شود . چانس بوجود آمدن حمله ثانوی نسبتا کم می باشد یعنی وقوعات آن تا 25% کم می باشد . پروسه تداوی مریضانیکه سن آن از 45 سال کم باشد و به التهاب غیر اختلاطی رتجی مبتلا باشد تحت مباحثه است . اکثراً جراحان بعد از ریکوری در چنین مریضان توصیه سیگموئیدکتومی انتخابی را ترجیح داده است زیرا که در جوانان تاریخچه طبیعی دایورتیکولیت خوب شناخته نشده و خطر بزرگ در جوانان نکس مرض می باشد . اما به اساس مطالعات Vignati و همکاران وی ۴۰ نفر از اشخاصیکه که به مرور زمان به التهاب

رتجی مصاب بودند و سنین شان از ۵۰ سال کم بود تا ۹ سال تعقیب شدند در جریان این مدت ۴۳ مریضان نیاز به عملیات جراحی پیدا نکردند . چنین نتایج به مریضانی مشابه است که سنین شان از ۵۰ سال زیاد باشد و به امراض رتجی مصاب باشد .

بنابر این تحلیل گران چنین تصمیم را اتخاذ می نمایند که اشخاص جوان باید به اشخاص که سنین شان از ۵۰ سال اضافه باشد و به حمله ابتدائی التهاب رتجی مصاب باشد یکسان تداوی شود .

اگر مریض به التهاب رتجی نکس مصاب باشد باید تداوی جراحی در نظر گرفته شود . پس از وقوع دوم دایورتیکولیتس چانس حادثه سوم ۵۰% زیاد ترمی باشد و پس از هر حمله واقعات حملات دیگر زیاد می شود . در هر حادثه غیر اختلاطی دایورتیکولیتس توصیه آنتی بیوتیک که اتتان حاد را رشف نمائید ضروری می باشد . بعد از رشف التهاب یعنی ۶-۴ هفته بعد از واقعه ریزکشن انتخابی قسمت مصاب کولون باید اجرا شود . در مریضانیکه سیستم معافیتی شان پائین باشد مواجه می سازد . جراحان باوردارد که در چنین مریضان باید بعد از اولین حمله یک سیگموئیدکتومی انتخابی در نظر گرفته شود زیرا که توانائی این را ندارد که با اتتان مبارزه نماید به اساس پیشنهادات در چنین مریضان تداوی طبی موثریت کم را دارا می باشد . اما متا سفانه بعد از جراحی اندازه تلفات نظر به اشخاصیکه دارای سیستم کامل معافیتی باشد بسیار زیاد می باشد .

یک تخنیک دلخواه که در امراض رتجی به منظور جراحی انتخابی استعمال میشود عبارت از دست رسی لپراسکوپییک می باشد. مطالعات زیاد نشان داده است که مریضانی که توسط لپراسکوپی برای ایشان سیگموئید اکتومی اجرا شده نسبت به مریضانی که از طریق شق متوسط عملیات فوق اجر می شود ۲-۳ روز قبل از شفاخانه خارج میشود. توسط بعضی جراحان به پروسیجر لپراسکوپییک ترجیح داده می شود زیرا که آنان به این باور هستند که از طریق این تخنیک مامیتوانیم که انساج التصاقی شده را جدا و راهای فستولی را از بین ببریم.

التهابات رتجی اختلاطی :

1. اَبسی (Abscess) :

چنانچه پیشتر هم یاد آوری شد که اَبسه یک اختلاط التهابی رتجی می باشد که معمولاً در حوصله دریافت میگردد. مریضان مصاب اَبسه حوصلی از باعث دیورتیکولیت دارای درد وصفی، تب و لوکوسایتوزیز می باشد. معاینات بطن، حوصله و یا رکتوم مکن یک



شکل (18-48)

کنله ئی tender-fluctuant را واضح سازد و CT، MRI و یا ال ترا ساوند تشخیص و موقعیت اَبسه را تأیید می نماید. به جزا اَبسه های کاملاً کوچک (قطر کمتر از 2cm) باید تخلیه شود. برای تخلیه آن تخنیک خوب ذریعه رهنمائی ال ترا ساوند و CT از طریق جلد اجرا می شود. گاهی اَبسی حوصلی از طریق ترانس انال به ریکتوم تخلیه شود. این طریقه مناسب ترین طریقه نسبت به طریقه Transabdominal که

لپراتومی است، زیرا ریسک انتشار محتویات اَبسه را به داخل بطن کاهش میدهد. شکل 18-48 زیرا که تخلیه اَبسه ذریعه لپراتومی مانع انتشار به جوف پریتون میشود. تخلیه کافی اَبسی که با تکمیل انتی بیوتیک داخل وریدی یکجا باشد یک نتیجه خوب و سریع را بمیان می آورد. اگر چه در سیگموئید کولون جائیکه کتیتر از طریق جلد بمنظور تخلیه اَبسی جابجا شده ممکن فستول بوجود بیاید اما این فستول در وقت جراحی انتخابی که اتان داخل بطني فروکش نماید به آسانی از بین میرود.

جراحی انتخابی در صورت اجرا می شود که مریض به طور کامل از اتان شفا حاصل نماید. معمولاً ۶ هفته بعد از تخلیه اَبسه. در این وقت کولون مصاب شده قطع و یک تفم در بین کولون نازله و رکتوم تأمین شود و به این ترتیب از کولوستومی جلوگیری می شود. در صورتیکه کولون به طور غیر نورمال ضخیم شده باشد میتوانیم که تمام کولون را خارج نمائیم و ریکتوم که ضخیم شده باشد میتوانیم که به قسمت دیستال تفم کرد. بعد از سگموئید اکتومی سبب نکس دایورتیکولیت وقتی به وجود می آید که امعاء ضخیم و مصاب به این مرض به طور کامل خارج نشود. اگر قسمت بعیده کولون سیگموئید قطع نشود سرعت باز بوجود آمدن دایورتیکولیت بلند میرود.

به اساس دست آورد هاي Benn و همکاران وی اگر قسمت بعیده سیگموئید کولون قطع نشود سرعت نکس دایورتیکولیت به ۱۲٪ میرسد. اگر تفمم با قسمت علوي ریکتوم صورت گیرد یعنی سگموئید کولون مکمل خارج شود پس فیصدي نکس التهاب رتج به ۶٪ میرسد. بسیار کم ضرورت احساس میشود که ریکتوم را اضافه تر از 2cm از پروماتتور عجزی پائین تر برسانیم تا آنکه یک تفمم معائی قناعت بخش اجرا شود. اگر رتج ها در تمام کولون موجود باشد ضرور نیست تمام کولون را قطع نماییم، صرف در صورتیکه در سگموئید کولون ضخامت غیر نورمال بوجود آمده باشد و خاصیت شکننده را بخود گرفته باشد تماماً قطع میشود.

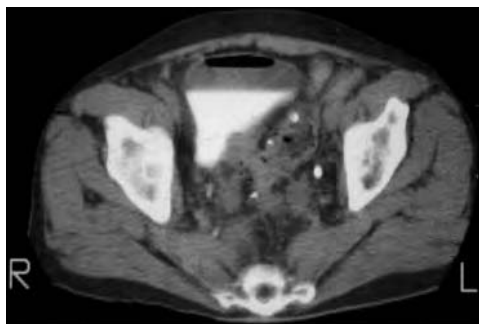
2. فستول (Fistula):

در بین کولون سیگموئید و جلد (ممکن در نتیجه دریناژ از طریق جلدی یک ابسه) مثانه، مهبل و امعاء رقیقه بمیان آمدن فستول یک اختلاط عام و مکرر و التهاب رتجی می باشد. در بین جلد و کولون سیگموئید آن وقت فستول بوجود می آید که ابسه بشکل جلدی تخلیه شود. و یا عضو مجاور جلد را مصاب سازد. منشه انتان تاوقتی فستول را تقویه می کند تا آنکه کولون سیگموئید مصاب قطع نشود.

التهاب رتجی نسبت به امراض کرون و کانسر بیشتر باعث فستول کولون و مثانه بازي میگردد فستول سگموئید مثانی در مردان نسبت به خانم ها زیاد می باشد زیرا که در خانم ها رحم از التصاقات مثانه و کولون تا حد زیاد جلوگیری می نماید. خانم هائیکه دارای فستول سگموئید کولون می باشد اکثر آنها هیستریکتومی شده اند.

اعراض فستول سگموئید مثانی عبارت اند از pneumaturia, fecaluria (تخلیه هوا از طریق احلیل که بصورت کلاسیک در اخیر ادراجه وقوع میرسد) و انتانات تکراری طروق بولی می باشد. این فستول ها در مردان ممکن urosepsis را بمیان آورد که این حالت به نوبه خود ضخامه پروستات را بمیان می آورد و سبب بندش احلیل خلفی میگردد.

تبست خوب که فستول های امعاء و مثانه را تشخیص می نماید عبارت از CT میباشد که در مثانه هوا را تأیید می نماید. شکل 19-48 در نیم از واقعات اماله باریوم در تشخیص فستول به ناکامی مواجه می شود پیالوگرافی کمتر قابل استفاده بوده. همچنان بوسیله سیستوسکوپی التهاب مثانه و مقدار زیاد اذیما (bullous edema) در ناحیه فستول تثبیت می شود، اما تست مذکور در تشخیص کنسر کولون یا مثانه که سبب فستول گردیده باشد مفید می باشد و کمک می کند.



Copyright © 2004, Elsevier.

تداوی ابتدائی فستول که از التهاب رتج بوجود آمده باشد کنترل منشه انتان و کم کردن التهاب می باشد. فستول که از کولون منشاء میگیرد نادراً به یک عمل جراحی عاجل ضرورت پیدا کرده. اگر این فستول از تخلیه ابسه بوجود آمده باشد وضع مریض بزودی خوب می شود. در این حالات باید انتی بیوتیک توصیه شود تا خطر سیلولیت اعضای مجاور کم شود. با این هم اقدامات تشخیصیه قبل از عملیات که سبب فستول را واضح میسازد باید اجرا شود. برای اینکه فستول

کانسر سیگموئید و مرض کرون رد شود باید از کولوسکوپی استفاده شود. تمام اقدامات که رد بودن کانسر را نشان میدهد باید اجرا شود. زیرا که مداخله عملیاتی که برای رفع فستول سگموئید مثانی اجرا میشود به یک عملیات وسیع نیاز دارد و یک قسمت وسیع عضو مصاب قطع میگردد. اما در فستول های سالم چنین عملیات که از دایورتیکولیت بوجود آمده باشد ساده و کم وسعت می باشد.

فستول هائیکه توسط دایورتیکولیت بوجود آمده باشد معمولاً توسط عملیات one stage خارج می‌گردد و سیگموئید کولون قطع می‌گردد و بعداً در بین کولون نازله با ریکتوم تفمم تامین می‌شود. اعضائیکه بطور ثانوی مصاب می‌شود چون مثانه با از بین بردن منشه اتتان و برداشتن سگموئید کولون مصاب شده التیام خودرا کسب می‌نماید. نقیصه موجود در مثانه که بوسیله فستول بوجود می‌آید معمولاً کوچک بوده و به کوک زدن ضرورت احساس نمی‌کند و التیام آن وقتی صورت می‌گیرد که بعد از عملیات یک سوند یا suprapubic cystostom به منظور تخلیه مثانه برای هفت روز ایجاد شود. اگر این نقیصه بزرگ باشد باید توسط تارهای قابل جذب کرومیک بسته شود و هم دریناژ آن تامین شود و اگر در بطن یا حوصله التهاب وصفی موجود باشد باوجود مرحله ئی (cooling off) قبل از عملیات ureteral stent جابجا شود. موثریت این کار این است که در وقت عملیات موقعیت حالین را واضح می‌سازد و تا اندازه زیاد از مجروح شدن آن جلوگیری می‌نماید.

3. پریتونیت عمومی (Peritonitis) :

پریتونیت عمومی که از اثر اختلاط دایورتیکولیت بمیان می‌آید بدو طریقہ واقع می‌گردد.

۱. شاید یک رتج تشقب نماید و محتوی آن به جوف پرایتون داخل شود و این تشقب توسط سیستم دفاعی عضویت محافظه نگرده.

۲. یک ابسی که به شکل مقدم موضعی بوده، توسع نماید و دفعتاً بمیان می‌آید شاید بعداً به جوف پریتونانی ریچر نماید و حادثه پریتونیت را بار آورد.

در مرحله اولی جوف عمومی پریتونان با مواد غایطه ملوث میشود در حالیکه در مرحله بعدی جوف پریتونانی را قیح اشغال می‌نماید که باکتریها هم در آن شامل بوده ملوث می‌شود.

در این هردو مرحله پروسه انتانی پیشرفت نموده و در نتیجه به مداخله عاجل جراحی ضرورت پیدامی گرداما خوشبختانه این دو حوادث کم واقع می‌گردد.

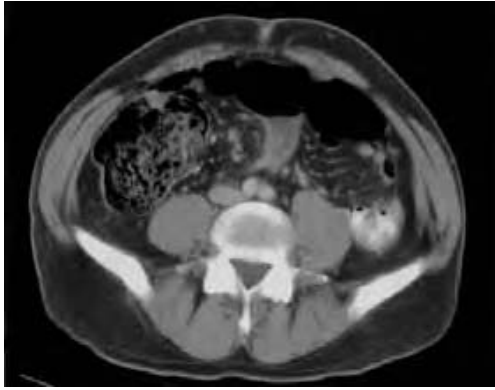
آن عده مریضان که پریتونیت عمومی آنها توسط تشقب رتج واقع شده باشد در تمام بطن حساسیت منتشر بطن همرا با guarding ارادی و غیر ارادی یکجا می‌داشته باشد.

رادیو گرافی بطنی و CT scanning می‌تواند هوایی آزاد داخل پریتونانی را تثبیت نماید. اما عدم موجودیت هوایی خارج امعا تشخیص پریتونیت را رد نمی‌نماید.

علائم سپسیس عمومی عبارت است از بلند رفتن کریوات سفید، تب، تاکی کاردی و فشار پائین لپراتومی عاجل ضرور است که اجرا شود تا آن حصه کولون که تشقب دارد شناخته شود و قطع گردد. تحت این شرایط ترمیم شدن امعاء محفوظ نمی‌باشد زیرا در این شرایط انتانات زیاد در محل موجود می‌باشد و التیام تفمم صورت نمی‌گیرد.

در شرایط فوق راه محافظه کار این می‌باشد که سگمنت مصاب شده کولون قطع و کولون نازله بخاطر کولوستومی خارج شود. همرا با آن همان نهایت قطع شده





ریکتوم دوخته شود. این پروسه بنام عملیات Hartman's یاد می‌گردد که یکی از جراحان فرانسوی در سال ۱۹۱۲ م تقدیم نمود.

گرچه این عملیات در ابتداء در تداوی کانسر استعمال شده اما این یک تخنیک عمومی می‌باشد که در عملیتهای التهاب رتج که به تعقیب آن به خاطر جلوگیری از اتانانات صورت می‌گیرد . بواسطه قطع نمودن سگموئید کولون (که تثقب نموده) از

بین بردن منبع اتانانی ، وبه واسطه کولوستومی تغیر سیر مواد غایطه ، و به واسطه شستن جوف پریتون می‌توانیم اتان را از بین ببریم و به واسطه انتی بیوتیک داخل وریدی همرا با استعمال غذائی مناسب و عمومی جهت از بین بردن اتان نتیجه مثبت می‌دهد . وقتیکه مریض شفا یاب شود ۱۰ هفته بعد باید دو باره مرا جعه نماید . کولوستومی آن بسته می‌گردد وبه خاطر جریانات ، دوباره بین کولون نازله وریکتوم انستوموزیز صورت می‌گیرد .

تدور امعاء غلیظه (Colonic Volvulus):

تدور آن حادثه را می‌گویند که در آن امعاء بر محور مصارقوی خود دورمیخورد ودر نتیجه آن بندش تام ویا قسمی بوجود می‌آید و همچنان جریان دموی به در جات مختلف بر هم می‌خورد . این حادثه عموماً معائنی غلیظه را مصاب می‌سازد . واقعات تدور امعاء غلیظه در امریکا به تعقیب کنسر و التهاب رتجی قرار دارد. تنها انسداد امعائنی غلیظه 5% تشکیل می‌دهد اما در روسیه این واقعات زیاد تر می‌باشد و تقریباً از نیم زیاد واقعات انسداد امعاء غلیظه را تشکیل می‌دهد . وهمچنان در ایران ، هندوستان ، و بعضی مناطق افریقائی علت عمومی انسداد امعاء غلیظه را تشکیل می‌دهد .

هر قسمت امعاء غلیظه یی که با یک مسارقه طویل و Floppy که بالای پریتون خلفی باقاعده باریک استناد داشته باشد به تدور مصاب شده می‌تواند .

اما به اساس مشاهده اناتومی امعائنی غلیظه این حادثه اکثراً در کولون سیگموئید بوقوع می‌پیوندد . ولی بامعمولیت کمتر این واقعه در کولون راست ، ترمینال الیوم و در کولون مستعرض کم می‌باشد هم رخ میدهد . همبشه عطف میشود ، به والولوس ، اگر تنها سیکم مصاب این حادثه شود عموماً در این حالت سیکم زیاد متحرک می‌باشد و این حالت بنام cecal bascule یاد می‌گردد . تحرکیت عموماً از طرف زنب به طرف راس می‌باشد . که در کولون معرض بسیارنادراست بمیان آمدن تدور سیگموئید نسبت به تدور قسمت های دیگر امعائنی غلیظه 2/3 الی 3/4 واقعات تشکیل میدهد . علت اساسی تدور را یک سگمنت طویل که به مسارقه طولانی بایک ارتباط باریک جداری همراه باشد موجود است ، که در این حالت دو نهایات سگمنت آزاد به آسانی به یک دیگر نزدیک می‌شود وبه محور باریک مصارقوی خویش تدور می‌نماید . فکتور های همراهی کننده تدور عبارت است از قبضیت مزمن و زیاد شدن عمر (آن سن وسال کی این حادثه در آن زیاد واقع می‌گردد) از 70-80 سال می‌باشد .

همچنان مریضانی که به امراض روحی و عصبی مصاب می باشد و توسط ادویه psychiatric تداوی میگردد زیاد تر آن تدرور را نشان می دهد، چرا که این تداوی بر حرکات معائی تاثیر می گزارد و زمینه را به تدرور معائی مساعد می نماید.



افزایش واقعات والولوس را در ممالک جهان سوم موجودیت فیبرهای زیاد و سبزیجات در غذای آن می دهند آن عده مریضانی که تدرور سیگموئید دارد شاید به شکل انسداد معائی حاد و تحت الحاد تظاهرات نماید که اعراض و علایم آن به انسداد که از سبب کنسر دیستال کولون بمیان می آید مشابه باشد. این مریضان معمولاً حمله ناگهانی، درد بطني، استفراغ و قبضیت را دارا می باشد. بطن عموماً tympanic و منتفخ می باشد. اگر انتفاخ بطن واضح و دراماتیک باشد به اسباب دیگر انسداد دلالت می نماید. در حادثه تدرور احتمال اسکیمیا زیاد می باشد که ممکن به شکل mural ischemia که از سبب انتفاخ زیادی جدار امعاء (از سبب تشنج) و یا هم از سبب انسداد شراین که از تدرور شراین مصارقوی بوجود میاید واقع گردد.

پس درین صورت درد شدید بطني، Rebound tenderness و تاکی کاردیا علایم وخیم می باشد. مریضان در تاریخچه خویش از یک سابقه تدرور حاد که خود بخود شفا یاب میگردد و از مقدار کم انتفاخ و حساسیت همرا می باشد شکایت می کند.

معاینات رادیولوژیک در این مریضی فوق العاده مفید می باشد و تشخیص را واضح می کند. در این معاینه مشاهده میگردد که کولون سیگموئید به اندازه کم متوسع شده و قسمی منظره می دهد که قسمت داخل تیوب bent inner tube و زروه آن به طرف R,u,c بوده کج شده باشد. در لوپ متوسع کولون سویه air-fluid دیده میشود و گاز ریکتوم معمولاً معدوم می باشد. توسط CT scan خصوصیت تدرور مصارقه مشاهده میگردد اما به هر صورت رادیوگرافی ساده بطن و منظره کلینیکی اساس تشخیص را تشکیل می دهد. توسط مواد کثیفه ساحه انسداد مشخص شده می تواند. این ساحه عموماً شکل (bird's beak) را داشته می باشد و این شکل غیر نورمال تا و پیچ را مشخص می سازد که لومین سگموئید کولون را مسدود می سازد.

تداوی

تداوی والولوس کولون سگموئید با حیای مجدد شروع می گردد و در اکثر مواقع به دیکامپرسیون غیر عملیاتی ضرورت محسوس می گردد. با آرام کردن شکل حاد کمک می کند تا ریزکشن به شکل پروسیجر انتخابی بدون کدام تلفات اجرا گردد. لیکن قابل یاد آوری میباشد که آن عده مریضانی که علایم نکروز کولون داشته باشد باید دیکامپرسیون غیر عملیاتی اجرا نکرده.

برای اینکه دیکامپرسیون اجرا گردد باید ریکتال تیوب به واسطه پروکتوسکوپ و یا کولونوسکوپ جابجا گردد. تیوب نامبرده باید خیلی نرم باشد و این کار باید در یک دیپارتمنت عاجل صورت گیرد. در عملیه دیکامپریشن مایعات و گازات خارج می گردد و انتفاخ را کاهش می دهد. این کاهش باید بواسطه رادیو گرافی تأیید گردد. ریکتال تیوب باید با رانها تثبیت گردد و ۲-۱ روز نگهداشته شود تا مکمل دیکامپریشن

اجرا گردد و از نکس فوري جلوگیری شود. بعداً امعاء پاک می شود و معاینات مکمل کولونوسکوپی اجرا می گردد. اگر در عملیه مذکور ریکتال تیوب داخل نه شود پس به خاطر رفع تدوراز کولونوسکوپی استفاده به عمل می آید.

اگر اصلاح تدور یا به واسطه ریکتال تیوب ویا توسط کولونوسکوپ رفع نگردد در این صورت لپراتومی و ریزکشن کولون سگموئید استفاده به عمل می آید.

با وجودیکه رفع تدورسگموئید به کامیابی اجرا گردد اما باید ریزکشن سیگموئید انتخابی اجرا گردد



بخاطریکه اندازه ریزکشن تدوربه اندازه ۵۰% می رسد. برای عملیات باید یک شق کوچک به قوادرات سفلی چپ اجرا گردد تا موجودیت نیو پلازم رد شود. باوجودیکه اصطلاح تدورسیکوم ریشه دیرینه در لیتراتور دارد.

تدورحقیقی سیکم نادراً رخ میدهد اما یگانه حادثه که سیکم به طرف راس به طور قدامی بر کولون صاعده تثبیت می شود شناخته شده. امکان دارد که گانگرن واقع گردد اما طوریکه درین جا انسداد اوعیه های کبیر صورت نمی گیرد لذا واقعات گانگرن هم نادر است. درد های نوبتی بطن در آن صورت بمیان می آید که انسداد این سیکم متحرک رفع می گردد. این انسداد به قسم بنفسهی دران صورت اصلاح می گردد که سیکم قاط شده دوباره به موقعیت نورمال خویش قرار بیگیرد.

این حالت عموماً اطلاق می گردد که به Cecal.v که درحقیقت تدور v Cecocolic است که در مجموعه تدور الیوم نهایی، سیکم و کولون صاعده به میان می آید که همایش بعضاً مسارقه هم تاب می خورد. این حادثه واقعه نادر ودر ایالات متحده امریکا چهارمین سبب بوده که در کاهلان انسدادهای امعای غلیظه رامیسازد 2% واقعات مجموعی انسدادامعاری تشکیل می دهدوالولوس سیکم امکان پذیراست زیرا فقدان تثبیت سیکوم در خلف پریتون موجود است. آن مطالعات که بر جسد ها اجرا گردیده معلوم می شود که تقریباً (22- 11%) اشخاص وجود دارد که کولون راست آنها به اندازه کافی متحرک ویا زمینه را به وقوع تدور مساعد می سازد. فکتور های مساعد کننده تدورسیکوم عبارت است از عملیات جراحی سابقه، حمل malrotation آفات انسداد کولون چپ آفات Cecocolic.v در جنس مونث نسبت به مذکر زیاد می باشد در حالیکه تدورسگموئید هر دو جنس مساوی می باشد تدورسیکو کولیک در سنین جوانی (عمومیت دارد در سنین بالاتر از 40 سالگی) موازی به تدور کولون سگموئید است.

تظاهرات وصفی در آن عده مریضانی که به تدورسگموئید مصاب می باشد عبارت است از حملات تصادفی آنی، درد های بطني و توسع بطن است. در مرحله مقدم تدور سیکو کولیک درد بطني از شدت خفیف الی متوسط می داشته باشد. اگر این تدور رفع نگردد اسکیمیا بوجود آید که درد بطني به شکل وصفی شدت اختیار می نماید.

در معاینات فیزیکی انتفاخ غیرمتناظر بطن مشاهده می‌گردد و در قوادرات راست علوی بطن و یا در قسمت متوسط یک کتله tympanic جس گردد. در کلیشه اکسری ساده بطن سیکم متوسع مشاهده می‌گردد که عموماً به طرف چپ بطن بی‌جاه گردیده می‌باشد.

این سیکم متوسع معمولاً شکل (کوما) را اختیار می‌نماید که از گاز مملو می‌باشد و انحنای آن از سفلی به طرف راست می‌باشد. بعضاً این متوسع سیکم به یک شکل مدور که به شکل کثافت مثلثی می‌باشد مشاهده می‌گردد. این کثافت از علوی به طرف راسته مشاهده می‌گردد.

در لوپ متوسع موجودیت haustral marking در امعایی غلیظه مشاهده می‌گردد. آن تدور که انسداد امعایی کوچک را بار می‌آورد عموماً بواسطه رادیوگرافی مشکلات تشخیص را بمیان می‌آورد.

اگر چه اکثراً را پور ها نشان داده که اصلاح تدور سیکو کولیک بواسطه کولونوسکوپ اجرا شده می‌تواند. اما در اکثر واقعات ایجاب عملیات را مینماید تا تدور اصلاح و از اسکیما جلوگیری شود. اگر اسکیما قبلاً واقع شده باشد درین حالات باید مداخله جراحی عاجل صورت گیرد. اماله مواد کثیفه در تائید تشخیص رول زیاد دارد تا موجودیت کانسر قسمت دیستال امعاء رد گردد. به منظور تدای پروسه انتخابی کولکتومی راست می‌باشد. در آن صورت اگر تدور امعاء سبب گانگرن نشده باشد پس به تفم ابتدایی ترجیح داده میشود. قسمت گانگرن امعاء ریزکشن و ایوستومی انجام داده، و در تدوی سیکو کولیک، سیکو فکسی اجرا تا از اختلاط انسٹوموز جلوگیری شود و همچنان تثبیت کردن سیکم بسیار کم اجرا شده. اما این پروسه قسمت اویزان پریتون بلا می‌گردد و با سیکم و کولون صاعده به تماس آورده می‌شود. به این سبب جراحان زیاد به right colectomy ترجیح میدهند و چانس دوباره پیدا شدن واقعه و نکس سیکو فکسی زیاد است.

واقعات تدور کولون مستعرض فوق العاده نادر است و در آن وقت بمیان می‌آید وقتی که انومالی های دیگر موجود باشد مثلاً سوء تشکلات ولادی، افات انسدادی قسمت بعیده امعاء همچنان حمل. تظاهرات کلینیکی که امراض انسدادی امعاء غلیظه قابل تفریق نمی‌باشد. معاینات رادیولوژیکی در تشخیص اهمیت زیاد ندارد.

اماله مواد کثیفه می‌تواند در ناحیه انسدادی مانند bird's beak مشاهده شود. که برای تدور علامه وصفی می‌باشد در این واقعات کولونوسکوپیی به خاطر از بین بردن و در ارجاع تدور کمک می‌نماید. ریزکشن انتخابی بخاطر جلوگیری از نکس ترجیح داده میشود.

انسداد کاذب:

انسداد کاذب کولون یا pseudo obstruction به نام Ogillivies syndrome هم یاد می‌گردد. به خاطریکه بار اول به واسطه wiliam Hengonigilivie در سال ۱۹۴۳ تشریح گردید. حالت است که کولون منتفخ شده یکجباب موجودیت امراض واعراض وعلایم انسداد کولون در عدم موجودیت اسباب واقعی فیزیکی سبب انتشار ارتشاح خبیثه به گانگلیای سمپاتیک نسبت داده میشود. دو مریض را زیر تحقیق گرفت که دارای اعراض وعلایم انسدادی بود. مگر معاینات (باریم اماله) نورمال داشتند. هر دو مریض تحت عملیه لاپراتومی آمدند مگر بعداً معلوم گردید که یک از آنها هم کدام انسداد میخانیکی خاص نداشتند. هر دوی آنها ها غیر مشکوک و امراض خبیثه بودند که محور celiac و semilunar ganglion را مصاب کرده است. علت توسع ارتشاح خبیثه و ثانیاً حوادث مختلف به میان آمده که بغیر از کدام انسداد میخانیکی و یا هم از مصابیت اعصاب حشوی خودکار توسع کولون در میان آمد.

در واقعات بسیار کم مصابیت اعصاب خود کار از ارتشاح خبیثه به میان می‌آید. پتو جنیز حقیقی این سندروم تا این حال معلوم نه گردیده همراه (هیتیروجینیسیس) گروپ یک جا موجود می‌باشد.

انسداد ابتدائي کاذب یک تشوش حرکي است. که این بي نظمي ها به نام میو پتي حشوي فاميلي (Hollow visceral myopathy syndrome) یاد میگردد. و یا هم از سبب بي نظمي هاي حرکي منتشر که تعصیب اوتونومیک جدار امعاء را مصاب میسازد بوجود می آید. حادثه اخیر میتواند از سبب هور مونهاي معايي ویا هم از بي نظمي سیستم عصبي خود کار بوجود می آید.

انسداد کاذب ثانوي بسیار عام می باشد. که یکجباتوصیه ادویه نورولپتیک ، امراض شدید میتابولیک ، مگزودیم ، دیابت ، یوریمیا، هایپر پاراتایروایدیزم ، مرض پارکنسون ، هیماٹوم ترضیضي خلف پربتوان بوقوع میرسد. در پتوجنیز این حادثه یک میخانیکیت رول مهم دارد که عبارت است از فرط فعالیت اعصاب سیمپاتیک برجسته تراز اعصاب پارا سیمپاتیک میگردد. تقویه کننده غیرمستقیم این تیوري راتداوي موفقانه این سندروم بوسیله بیوشمیکي وموادبلاي سمپاتیکومیمیتیک است. تقویه کننده نسبت هاي تیوري راپورهاي اندکه انحلال آن این سندروم بعدازتطبيق انستیتیک هاي این دوران است که باعث بلاک سمپاتیک میشود اگر مواد اپیدورل انستیتیک به مریض داده شود به طور فوري در این سندروم فعالیت میکند و . انسداد کاذب میتواند به شکل حاد یا مزمن باشد. شکل حاد عموماً در آن مریضان پیدا میشود که امراض قلبی وعایوي ود ماغي داشته باشد و درین شکل تنها کولون مصاب می شود مگر در شکل مزمن با وجود از کولون طروق معدی معائی نیز متضرر می شود . همیشه به انسدادهاي تحت الحاد وجداري همراه بوده وتمایل به صحت یابی پیرودیك دارد.

انسداد حاد کاذب کولون باید آن وقت در نظر گرفته شود وکه در یک مریض مصاب امراض داخله به شکل تصادفي توسع بطن پشرفت کند. بطن tympanic بوده و معمولاًحساسیت ندارد صداهاي امعاء نیز موجود می باشد که رادیوگرافي ساده بطني کولون متوسع معلوم میگردد وکولون راسته ومستعرض زیاد متاثر می باشد . منظره رادیوگرافيک منظره انسداد امعاء غلیظه را آشکار میسازد، در انسداد کاذب از همه مهمتر معاینه تحقیقي عبارت از مواد کثیفه که در آب منحل باشد به شکل اماله باید در واقعات مشکوک تطبيق گردد.

به واسطه اماله Contrast فرق بین انسداد کاذب ومیخانیکي واضح و به این طریق پلان تداوي تطبيق میگردد. کولونوسکوپي در تشخیص کومک می کند و در تداوي نیز استفاده می شود، مگر در این وقت استفاده از مواد کثیفه که در آب منحل می باشد اکثر جراحان ترجیح میدهد. هر وقت که انسداد حاد کاذب مشکوک تشخیص شود ارزشهاي تداوي نیز در نظر گرفته شود

در تداوي مقدم دیکامیریشن بوسیله تیوب انفي معدوي، اصلاح مایعات خارج الحجروي و الکترولیت ها توصیه می شود. تمام ادویه که حرکت امعاء را نهیه میکند مانند Opiate باید استعمال آن متوقف گردد.

عکس العمل مریض توسط معاینات بطني رادیوگرافي مشاهده می شود . اکثریت بیماران توسط تداوي فوق صحت مند می شود. تااواسط سال 1990 این تداوي همیشه بکار میرفت در صورتیکه اتفاح کولون باتداوي هاي فوق ناموفق بود تداوي هاي تقویه کننده از قبیل تخلیه کولون بوسیله کولونوسکوپي صورت میگرفت. اجرای این معاینه به اشخاص مجرب و پرسونل خوب ضرورت داشته تا از خطرات تثقب کولون نیز جلوگیری شود. در حال حاضر براي تداوي انسداد کاذب از نیوستگمین و parasymphomimetic استفاده میشود.

قبل از تطبيق این دوا باید انسداد میخانیکي رد شود (توسط باریوم، اماله یا کولوسکوپي) و بعد از آن این دوا تطبيق گردد. در صورتیکه انسداد میخانیکي موجود باشد و نیوستگمین تطبيق گردد تثقب کولون می شود. نیوستگمین فعالیت اعصاب پاراسمپاتیک را بیشتر می سازد. به خاطر انسداد کاذب کولون 2,5 mg زرق داخل وریدی نیوستگمین برای 3 دقیقه توصیه میشود و تاثیرات آن در ظرف 10 min همراه با خارج شدن مواد غائطه وگازات یک جاي بوجود می آید . انسدادکاذب انسداد کاذب بعد از تطبيق نیوستگمین

نسبت به کولوسکوپي دیکامپريشن کم میباشد. در انسداد کاذب در یک مطالعه قناعت بخش کولوسکوپي دیکامپريشن که در سال ۱۹۹۵ بوجود آمد این را نشان داد که تنها در ۱۲-۱۱ مريضان صحت مند شدند مگر تحقیقات trevisoni و دوست هاي آن که در سال ۲۰۰۰ اجرا گردید این را نشان داد که یک دوز واحد نیو ستگمین در ۲۸-۲۶ مريضان کامیاب شده است. یک تاثیر سو بسیار مهم نیو ستگمین عبارت از برادي کاردی است و هر وقت که این دوا را تطبیق می کنید باید مريض زیر مشاهده باشد. در تطبیق این دوا باید اتروپین موجود ولس اشخاص که امراض قلبي دارد این دوا را استعمال نکند.

امراض التهابي کولون :

بیماري التهابي معایي (IBD) اصطلاح است که در حقیقت دو پروسه مرضي معایي کولیت قرحوي crohn's disease. را توضیح مینماید هر دو این بیماری دارای اسباب نامعلوم بوده لوحه کلینیکی مشترک داشته و بروی اشکال هستولوژیک استوار اند چون تداوی جراحي و داخله آن کاملاً فرق دارد. از اینرو بصورت جداگانه بحث میشود.

کولیت قرحوي (Uclerative colitis) :

کولیت قرحوي یک مرض التهابي غیروصفي است که غشامخاطي کولون و رکتوم را مصاب می سازد و کدام تداوی خاص طبي ندارد و تقریباً ۳/۱ این بیماران کاندید تداوی جراحي میباشد. تداوی جراحي به علت افزایش تشدید مريضی ، اختلالات مرض ، Pre malignant بودن مرض اجرا شود اگر کولون و ریکتم این مريضان برداشته شود (U.C.) تداوی میگردد. و همچنان تمام تداوی طبي باید با تداوی جراحي مقایسه شود و همچنان تداوی جراحي از نشو و نمای امراض خبیث کولو ریکتل و استعمال دوامدار ادویه ضد التهابي مانند کورتیکوستیروئید و نهيه کردن معافيتي جلو گیری میکند ، بالاخره توصیه عملیات ایوستومي دایمي یا Sphincter-saving ترجیح میدهد و در تقریباً 90% واقعات نتیجه خوب میدهد.

پتوزني، ایتولوژی و اپیدیمولوژی :

واقعات کولیت قرحوي در جهان به شکل متغیر می باشد. واقعات این نوع بیماری در جهان پیشرفته نسبت به جهان که در حال رشدیست است. اگر چه علت این واقعه تا هنوز معلوم نیست مگر میتواند تفاوت در رژیم غذایی موجود باشد. در سال هاي گذشته واقعات U.C. نسبتاً ثابت مانده. در ایالات متحده امریکا واقعات این بیماری به 5-6/100000 نفر می رسد که در یک سال 50-70/100000 حادثه را به میان می آورد. واقعات این بیماری در جنس مذکر و مونث مساوي می باشد و در هر عمر دیده میشود. و همچنان واقعات آن در ۱۰ سال دومي و چهارمي به اوج میرسد. و واقعات این بیماری در یهودان نسبت به غیر یهودان بیشتر است و در سیاه پوستان نسبت به سفید پوستان بیشتر است. سبب اساسي این بیماری تا حال معلوم نشده است مگر یک تعداد معلومات ارایه شده که یک تعداد فکتور ها ي رسک به شکل مشترک باعث بي نظمي هاي سیستم معافيتي جدار امعا شده که در نتیجه (U.C.) بوجود می آید که این فکتور ها عبارت است از رژیم غذایی، فکتور هاي مساعد کننده ارثي و در جدار امعا در حالت نورمال تنظیم کننده (imbalance) بوده. فکتور هاي مساعد کننده این بیماری عبارت است از الرژی غذایی، مواد غذایی، فایبراین پرهیز غذایی، استفاده کمتر از شیر مادر و اتانات است. سگرت کشیدن، و به همین شکل اشخاص کي سگرت میکشند نظریه اشخاص که سگرت نمی کشند بسیار زیاد مصاب این بیماری میگردد (5-15). تاریخچه فامیلی نیز در این بیماری رول فوق العاده دارد مثلاً در والدین مصاب مرض ، شیوع بیماری عام است نسبت خویشاوندان دور این فامیل.

دو اَبنورمالتی جنتیک مترافق با السراتیف کولایت بوده که یکی آن تغییر در ترمیم جین DNA و دیگر آن class II. major histocompatibility جین کامپلکس میباشد

آن اشخاص که به بیماری (U.C.) مصاب شده اند جین های خاصی HLA و DR2 را نشان میدهد که به لوحه کلینیکی (U.C.) ارتباط خاص دارد. یعنی در شکل سلیم (U.C.) DR1501 و در شکل وخیم مرض DR1502 است. آن عده تجارب که حالت غیر نورمال (U.C.) را ظاهر میکند عبارت است از داخل شدن نیتروفیل در لامینا پروپریا است. تقریباً از ۷۵٪ زیاد بیماران که مصاب به (U.C.) است (P.A.N.C.A) در آن مثبت میباشد.

Perinuclear anti neutrophil cytoplasmic antibodies (PANCA) اتی بادی ها در وسعت بیماری (U.C.) کدام رول خاص ندارد. مگر این علائم خاص برای شناخت (U.C.) می باشد که به شکل یک معاینه تشخیصیه بوده که (U.C.) را از crohn's disease تفریق میکند. مریضان مصاب (U.C.) کثراً دارای سویه بلند اتترلوکین ، I.L.4, I.L.5, I.L.6, I.L.10 و I.L.B میباشد. ملاحظه این ها اسباب اتانی مرض را تقویه میکند میکانیزم التهابی از قبیل سایتوکین ها به تنهایی در IBD وصفی نمی باشد. همچنان مطالعات ایمونولوژیک به طوری تاکید واضح نموده که (U.C.) یک مریضی اوتوآمیون نمی باشد و یا مطالعات و مشاهدات نشان



داده که سیستم و عایی (U.C.) مزمن به شکل یک میدیاتور مهم می باشد. به لحاظ کلینیکی شدت این مرض در امعاء التهابی با حجرات معافیتی ارتباط دارد. باوجود این تظاهرات خارج امعاء هم با تشوشات ایمونوکامپلکس ارتباط دارد. بالاخره از روی تجارب ادویه نهیه کننده معافیتی در کنترل (U.C.) موثر می باشد.

تظاهرات پتالوژیک :

لوحات گروس و میکروسکوپیکی واضح مشخصه آن استاین تظاهرات پتالوژیک ممکن در مرض کرون نیز دیده شود اما در U.C. زیاد عمومیت دارد.

منظره خارجی :

در (U.C.) عام ترین پروسه پتالوژیک، التهاب غشا مخاطی ریکتوم می باشد که به اندازه های مختلف به کولون انتشار می نماید. و تیره مرض در ریکتوم نسبت به کولون سگموئید زیاد دارد. تنها در آن صورت که مریض بوسیله کورتیکوستیروئید تداوی میشود شدت مرض در ریکتوم نسبت به کولون خفیف می باشد چرا که اماله در رکتوم نسبت به کولون زیاد تاثیر دارد. طبقات مخاطی دانه دار، پندیده و شکنند می باشد این تظاهرات گروس وصف مرض را واضح مینماید. در حالات پیشرفته مرض، در طبقه مخاطی قرحات عمیق بمیان می آید. با سپری شدن مدت غشای مخاطی شدیداً تخریب می شود.

عمومیت

در معاینه اندوسکوپی تعداد زیاد پولیپها به مشاهده میرسد که از استحاله طبقه مخاطی التهابی به میان می آیند. این پولیپها به اسمهای پولیپ های کاذب و یا هم پولیپ های التهابی نیز یاد میگردند، طوریکه قبلاً واضح گردید U.C. همیشه ریکتوم را مصاب می سازد، لکن این بیماری کثراً مربوط کولون چپ است در کنار قریبه زاویه طحالی دیمارکیشن متکرر به میان می آورد.

ممکن در شکل وسیع این مرض تمام کولون مصاب شود که در اینصورت آنرا پان کولیت می نامند ، التهاب در U.C. به طور دوامدار و غیر متقطع به وجود می آید طوریکه از ریکتوم بعیده شروع شده و به طور قریبه و فاصله های متغیر وسعت پیدا میکند که این حالت با Crohn's Colitis متفاوت است زیرا التهاب کولونی در کولیت کرون در سگمنت های جداگانه موجود میباشد و در بین سگمنت های مصاب سگمنت های نورمال و غیر التهابی نیز موجود است (Shipped Area) و این حالت بین U.C. و مرض کرون یک نقطه تشخیصیه است در 5%-12% مریضان طویل المدت U.C. تضیقات به وجود می آید که به دو شکل است سالم و خبیث تضیقات سالم معمولاً از هایپرتروفی طبقه عضلی مخاطی به میان می آید تضیقاتی که در کولون به وجود می آید درباره آن چنین نظریه وجود دارد: هر تضیق که در U.C. به وجود می آید تاوخت تشخیص دقیق بطور خبیث

یا تضیق خبیث باید در نظر گرفته شود سه علامه مهم بین تضیقات سلیم و خبیث که در تشخیص کمک می کند قرار ذیل است:



۱- تضیقات خبیث در مراحل اخیر مرض به وجود می آید "تقریباً ۲۰ سال بعد از وقوع بیماری ۶۰ فیصد واقعات را می سازد" ولی تضیقات سلیم در مراحل ابتدایی یا اول بیماری به میان می آید "۱۰ سال بعد از وقوع بیماری ۵ % واقعات را تشکیل میدهد.

۲- در 86% واقعات تضیقات خبیث نزدیک زاویه طحالی واقع میشود

۳- قرحات خبیثه سبب انسداد امعاء غلیظه میگردد.

تظاهرات میکروسکوپی :

التهاب در U.C. از روی معاینات مایکروسکوپی تنها مربوط طبقه مخاطی و تخت المخاطی بوده حالانکه التهاب در مرض کرون تمام طبقه های امعاء را مصاب می سازد یعنی ترانس مورال می باشد .

مقایسه کولیت قرحوی و کولیت کرون		جدول (1-48)
کولیت کرون	کولیت قرحوی	
		منظره گروس
4+	0	جدار ضخیم
3+	0	میزانتهبر ضخیم
4+	0	طبقه سیروزا با شحم پوشیده شده
4+	0	امراض سگمنتل
		منظره مایکروسکوپی
4+	0	ترانس مورال
4+	0	تجمع لمفوبیدها
3+	0	گرانولوما

		علائم کلینیکی	تظاهرات مهم مایکروسکوپی که در U.C. به مشاهده می رسد عبارت از ارتشاح پولی مورفو نوکلیوسایت و حجرات مدور است که به سوی crypt of Liberktin صورت میگیرد، اگر تفتیش به طور دقیق صورت گیرد در قاعده طبقه مخاطی تعداد زیاد ابسه هادیده خواهد شد که به نام کریپت ابسی یاد میگردد که در اینصورت در اوعیه ها معوج به طور اشکار به ملاحظه میرسد که مسئولیت خونریزی ریکتومی را عهده دار می باشد در کریپتها تعداد حجرات گابلیت تنقیص می نماید در شکل پیشرفته این بیماری ابسه های کریپتی با هم یکجا می شوند و از سوی دیگر
1+	3+	خونریزی رکتوم	Desquamation حجرات Overlying صورت میگیرد و قرحه را به وجود می آورد که این قرحه تنها به طبقات مخاطی و تحت مخاطی
3+	3+	اسهالات	
3+	1+	اعراض انسدادی	
4+	نادراً	امراض انال و پیری انال	
3+	2+	خطر کانسر	
4+	0	امراض امعاء رقیقه	
		علائم کولونوسکوپی	
به طور متقاطع	به طور مسلسل	توزیع کردن	
1+	4+	امراض رکتل	
1+	4+	قابل خورد شدن	
4+	0	قرحات افتوس	
4+	0	قرحات عمیق طولانی	
4+	0	کوبلی ستون	
2+	2+	پسودوپولپ	
		تداوی عملیاتی	
امراض مرکب کولون و ریکتوم	شفا یابی	توتل پروکتوکولیک تومی	
عدم موجودیت امراض انورکتل	نادر	ریزکشن قطعوی	
مضاد استندباب است	توسط اکثر مریضان ترجیح داده شده	پوچ الیل	
		اختلالات	
4+	0	نکس بعد از عملیات	
4+	Rare	فستول	
Rare	1+	کولائزیت سکلیروزنگ	
2+		سنگ کیسه صفرا	
2+	00	سنگ کلیه	

محدود بوده و یا که این دست آورد تنها به U.C. محدود نبوده بلکه ممکن در کولیت اتانانی نیز به ملاحظه برسد. زمانیکه کولیت اتانانی رد شود تشخیص U.C. تأیید میشود

التهاب محدود به طبقات داخلی جدار امعاء یک خصوصیت مهم U.C. بوده اما التهاب زیاد و پیشرفته یک وصف توکسیک میگا کولون می باشد که در این حالت ممکن تمام ضخامت جدار امعاء به التهاب مبتلا شود و در پایان منجر به تثقب و نکروز کولون گردد.

تظاهرات سریری :

A: اعراض :

اسهال و خونریزی ریکتل اعراض عمومی U.C. را تشکیل میدهد وسعت اسهال مربوط وخامت مرض بوده و ممکن به شکل وقفوی به میان آید وقوع اسهال از طرف شب یک عرض وصفی این بیماری می باشد موجودیت خون و مخاط در ریکتوم دلالت بر وخامت مرض می نماید. از دست دادن وزن بدن و کمخونی دلالت بر کولیت قرحوی مزمن می نماید. خونریزی کتلوی و شک هایپو والیومیگ در U.C. غیر معمول است.

B: علائم فزیکی :

علائم فزیکی ارتباط با وخامت مرض دارد. حساسیت بطنی خصوصاً در طرف چپ عام است، اتفاح بطنی که با تب، تاکی کاردی و لوکوسیتوز یکجا باشد دلالت بر توکسیک میگا کولون می نماید. Urgency،

Tenesmus و عدم توانایی درتغوط ممکن در مریضانی موجود باشد که به السراتیف پروکتو سگموئیدیت وخیم و پیشرفته مصاب باشند.

تظاهرات خارج معای

تظاهرات عمومی خارج معای U.C. عبارتند از التهاب مفاصل اطراف و انگیلوزینگ سپانڈیلیت که بعد از کولیکتومی شفا می یابند می باشد. التهاب مفاصل اطراف در حدود 15-20% مریضانی که مصاب U.C. اند به وجود می آید و اکثراً در مفصل زانو و عنق القدم رخ میدهد در این بیماری Sacrolitis نیز ممکن به وجود آید.



کولانجیت ابتدای سکلیروزی (PSC) یک تظاهر وخیم خارج المعای U.C. بوده که بعد از اجراء کولیکتومی شفا پیدا نمیکند، مریضانی که مصاب PSC و U.C. بوده طبقه مخاطی امعاء آنها فوق العاده مصاب بوده و در این بیماران واقعات کانسرنسبت به مریضانی که تنها مصاب U.C. اند ۵ برابر بیشتر است و در یکعه از مریضان PSC لوحه مشابه کلنیکي U.C. را نشان می دهد.

تشخیص :

در تشخیص U.C. کولونوسکوپي نسبت به دیگر معاینات بهتر بوده چون در مرحله حاد تمام جدار را مصاب می سازد بنا بر این اگر کولونوسکوپي بطور مکمل اجراء شود خطر تثقب زیاد است، بنا بر این در اثنای پروکتوسکوپي و سیگموئیدوسکوپي نرم زیاد احتیاط شود.

در وقت اجراء معاینات تظاهرات طبقه مخاطی متغیر بوده

که به شکل گرانولیر، شکنند، اذیمایی، قرحوی و خونریزی در مرحله حاد مرض دیده میشود. برای اینکه کانسر و دسپلازیا شناخته شود باید از قسمتهای مختلف بیوپسی گرفته شود و این بیوپسیها در مریضانی که برای ۱۰ سال و یا زیاد تر از آن U.C. داشته دارای اهمیت زیاد است برای تمام مریضان U.C. رادیوگرافی قسمت علوی جهاز هاضمی و یا هم کولونوسکوپیک انتوبیشن ایلیوم اجراء شود تا که وضعیت امعاء کوچک واضح گردد و Crohn's disease رد گردد.

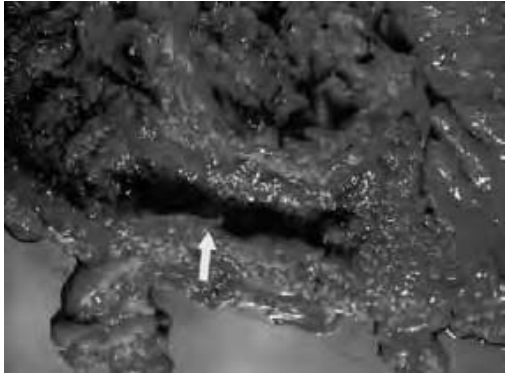
تشخیص تفریقی :

عوامل مختلف اسهال و خونریزی وجود دارد که اشتباه آن با U.C. موجود است طوری که رژیم تدای U.C. با دیگر واقعات تفاوت دارد بنا بر این باید یک تعداد معاینات اجراء گردد تا تشخیص وضع شود در این معاینات باید مواد غایطه جهت تحری بکتریا های پتالوژیک و پرازیت ها و تخمه پرازیت دیده شود و معاینات اندوسکوپي نیز اجراء شده تا از حالت دیگری که با السراتیف کولایت مغالطه میگردد تفریق شود مانند: مرض کرون، Clostridium difficile کولایت، کولیت اتنایی، امیبیازیز، کولیت کولاجینز.

U.C. در ابتداء ریکتوم را مصاب می سازد و تظاهرات آن ممکن با مرض کرون ریکتوم مشابه و یا متفاوت باشد امراض پیری انال در کولیت کرون نسبت به U.C. کمتر معمول است.

علاوه از این در بیشتر واقعات کولیت کرون ریکتوم نورمال بوده ولی در U.C. همیشه مصاب می باشد تشخیص و تظاهرات تفریقی کولیت کرون در بخش مرض کرون مطالعه خواهد شد. کولوستروئیدم مایکرو اورگانیزمهای گرام مثبت، سازنده سپور و غیر هوازی بوده که سبب به میان آمدن اسهال، تب و لوکوسیتوز میگردد.

Clostridium Difficile colitis از اثر توصیه انتی بیوتیکهای قبلی به میان آمده، در ابتداء چنین فکر می شد که Clindamycin در به میان آوردن این مرض رول خاص دارد ولی در اصل چنین است که هر انتی بیوتیک می تواند به مثل عوامل سببی در تولید این مرض رول داشته باشد معمولاً در این حالت خونریزی ریکتوم وجود نداشته و ممکن انتفاخ بطنی را به وجود آورده و توکسیک میگا کولون را تقلید کند.



Latex Agglutination Test می تواند در مدت کمتر از یک دقیقه انتی جن Clostridium Difficile را در مواد غایطه تثبیت کند و اگر باز هم تشخیص وضع نشود از پروکتوسکوپی و یا از سیگموئیدوسکوپی استفاده صورت میگیرد. بطور مایکروسکوپی یک طبقه مخاطی نورمال بوده و یا هم به اندازه کم در آن التهاب وجود داشته و بعضاً بروی

مخاط التهابی مثل پلک زرد رنگ یک غشاء به مشاهده میرسد و امکان دارد پسودوموناز کولیت را به میان آورد. مصابیت کولونی در این مرض به شکل نقطوی و یا سگمنتل است.

سلمونیلیا انتیرو کولایتس، campylobacter enteritis و امیبیازیز نیز در کولیت اتانی شامل بوده و تشخیص آنها به وسیله کلچر مواد غایطه صورت میگیرد و در تداوی آنها از انتی بیوتیک و یا انتی امیبیک مناسب استفاده صورت میگیرد.

کولاجن کولایتس یک شکل نادر ایدیوپاتیک بوده و در زنان شیوع زیاد دارد. تقریباً در حدود 80% این مرض در سن 50 سالگی به میان می آید و عموماً با حالات اوتوایمیون و روماتولوژی همراه می باشد و در این مرض اسهال آبگین مروج است تشخیص آن به وسیله بیوپسی اندسکوپی صورت میگیرد که ضخامت طبقه سب اپیتلیوم کولاجن را نشان می دهد (در حالت نورمال ضخامت طبقه کولاجنی 2.5μ بوده ولی در این بیماری قطر آن به 15μ افزون میگردد).

بروی سطح اپیتل نقاط متغیر منتشر لمفوسایت دیده می شود و در کریپت ممکن داخل اپیتیلبل لیمفوسایت دیده شود لکن کدام تغییرات استحالوی دیده نمیشود. اکثریت مریضان کولایتیک کولاجن توسط اذداسهالات جواب مثبت می دهد.

خطر کارسینوما :

دیسپلازیا و کنسر نتایج بسیار خطرناک U.C. است. این خطرات با وجودیکه چه مریض کدام اعراض نداشته باشد هم واقع میشود. وقوع کارسینوما مربوط به وخامت دیسپلازیا میباشد یعنی اگر دیسپلازیا به درجه خفیف موجود باشد احتمال وقوع کنسر 10% و اگر دیسپلازیا به



درجه بلند موجود باشد احتمال وقوع کنسر در حدود 30-40% بلند می‌رود، و اگر همراه دیسپلازیا یک کتله و یا آفت هم موجود بوده یعنی (DALM) در اینصورت وقوع کنسر در حدود ۵۰% و یا بیشتر از آن می‌باشد. عوامل که برای به میان آمدن کنسر زمینه را مساعد می‌سازد طور ذیل است:

- مدت مرض.
- عمر
- وسعت مصابیت کولون.

مریضان مصاب U.C. در کولون خود آفت نیوپلازیک به شکل دیسپلازی یکجایا کتله و یا هم به شکل ادینوما دارد. خطر کارسینوما در مریضانی مصاب پانکولایت مستقیماً ارتباط دارد با جریان مرض. یعنی اگر در این بیماران دوره مریضی بیشتر از 5-10 سال باشد خطر احتمال کنسر در آنها از 3-10% است و اگر مدت آن از 30-40 سال باشد در اینصورت خطر احتمال کنسر در این بیماران از 50-75% تخمین شده است.

معاینات کولونوسکوپی:

معاینات کولونوسکوپی معاینات مهم در بیماری U.C. تلقی می‌شود. در مریضانی که U.C. طولی‌المدت دارند تعقیب کولونوسکوپی در این مریضان یک بخش مهم در کنترل و تنظیم بیماری آنها به شمار می‌رود.

انجمن تحقیقاتی در بخش کنسر در آمریکا در مورد سرویلانس کولونوسکوپی چنین می‌گوید:

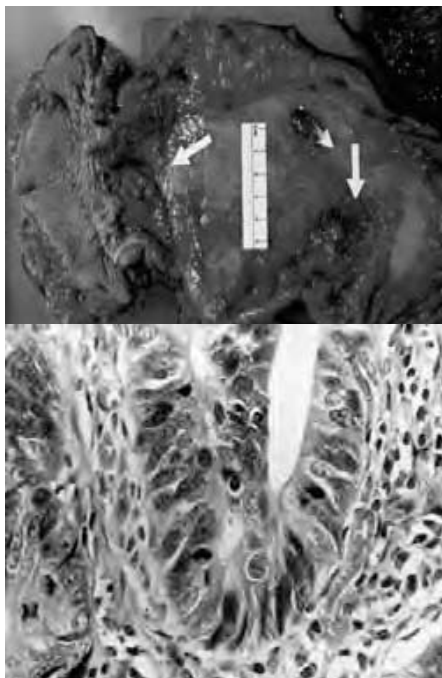
ارزیابی کولونوسکوپی باید در مریضانی مصاب پانکولایتس بعد از هشت سالگی در هر یک یا دو سال اجرا شود و اگر تنها کولیت طرف چپ موجود باشد بعد از 12-15 سالگی اجراء شود.

این تحقیقات همراه ما کمک می‌کند تا در نقاط مختلف کولون پیش از آن که کنسر به وجود آید و در مرحله دیسپلازی باشد دیده شود. از روی مطالعات انجام شده معلوم شده که در مریضان مصاب U.C. در حدود 25% کنسر بغیر از موجودیت دیسپلازی تشخیص شده است. باید گفته شود تشخیص دیسپلازی کار ساده نیست خصوصاً وقتی که دیسپلازی درجه پائین موجود باشد، حتی در مراکز خاص برای این که تشخیص دقیق وضع شود باید از یک متخصص پتالوژی مشوره گرفته شود.

از روی مطالعات انجام شده بالای 1225 مریض معلوم شده که اگر دیسپلازی درجه بلند موجود باشد و کولیکتومی اجراء شود باز هم در حدود 42% در این مریضان کنسر به وجود می‌آید. بنا بر این در صورتیکه اجراء کولیکتومی تا وقتی به میان آمدن دیسپلازی درجه بلند به تعویق انداخته شود شاید برای عملی نمودن تداوی جراحی بسیار ناوقت باشد. در مریضان که مصاب به دیسپلازی درجه پائین اند و کولیکتومی برای ایشان اجراء شده باشد تقریباً در حدود 8% این مریضان مصاب کنسر میشوند.

وقتی که دیسپلازی درجه بلند دیده شود برای تأیید آن باید توسط یک پتالوجست مجرب دیگر هم مطالعه گردد. وقتی که تشخیص دقیق وضع شد بعد از آن برای مریض باید کولیکتومی اجراء گردد و اگر این یک دیسپلازی درجه پائین باشد باید اقدام جدی و شدید برای اجراء کولیکتومی اتخاذ گردد زیرا طوریکه قبلاً تذکر داده شد بعد از اجراء کولیکتومی در دیسپلازی درجه بلند باز هم در حدود ۴۲% این مریضان مصاب کنسر می‌شوند.

استطباب عملیات:



طوری‌که قبلاً ذکر گردید یگانه تداوی U.C. بطور کامل قطع کردن کولون و ریکتوم میباشد. اکثریت مریضانی که مراجعه میکنند بطور عموم آنها برای مدت طولانی تداوی طبی را تعقیب کرده اند و بیماری آنها به مقابل دوا مقاوم شده و به مقابل تداوی طبی هیچ جواب نمیدهد، بنا بر این بهترین و با معیارترین تداوی در این بیماران به مقایسه دیگر تداویها تداوی جراحی است و این تداوی در صورتی استتباب دارد که بیمار با حالات ذیل روبرو گردد: غیر قابل تداوی، کارسینوما دیسپلازیک، خونریزی کتلوی، توکسیک میگا کولون.

1. واقعات غیر قابل علاج:

بکس (1-48)	کولیت قرحوی- استتباب جراحی
غیر قابل تداوی	
دیسپلازیا - کارسینوما	
خونریزی کتلوی کولون	
توکسیک میگا کولون	

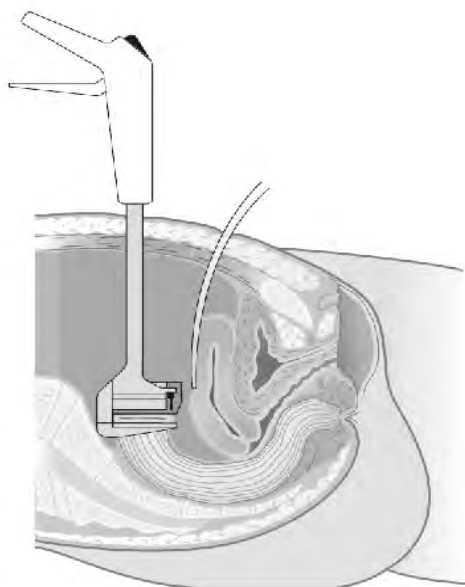
غیر قابل تداوی عبارت از کولیت است که به مقابل تداوی طبی مقاوم بوده و معمولاً استتباب عملیه جراحی داشته در عصر حاضر که میتودها و سیستمهای فوق العاده

مفید به میان آمده مثل Iliac-anal pouch پروسیجره مقایسه میتودهای قبلی که ستومادایمی را به میان می آورد در مریضانی که به مقابل تداوی طبی مقاوم بوده برای آنها خوش آیند و قابل قبول است. مریضان U.C. که به مقابل تداوی طبی مقاوم اند اکثراً رژیمهای طویل المدت طبی را تعقیب می نمایند، که در بعضی از بیماران اعراض مقاوم شده و در بعضی از مریضان از اثر تأثیرات جانبی ادویه جات نتیجه قابل تشویش به میان می آید.

بعضاً نزد بیماران کولیت حادیه وجود می آید که متصف با اسهالات وصفی، دردهای بطني غیر قابل تحمل، و خرابی حالت کلینیکی وی میباشد. اگر این حالت بیشتر از چهار روز ادامه پیدا کند باید به طور مقدم عملیات اجرا شود.

2. دیسپلازیا کارسینوما

دیسپلازیا درجه بلند یک استتباب مکمل کولیکتومی را تشکیل می دهد، حتی بعضی از جراحان در دیسپلازیا درجه پائین هم کولیکتومی را توصیه میکنند، ولی تا حالا تحت تحقیق و بررسی قرار دارد. تشخیص موجودیت التهاب فعال با دیسپلازیا آسان نبوده و اکثریت علماء به این نظر اند که باید تشخیص دیسپلازیا توسط دو نفر پتالوجست بطور جدا گانه تأیید شود. اگر کانسر در کولون موجود باشد باز هم از پروسه Ileo-anal pouch استفاده صورت میگیرد، خصوصاً برای آفات T2 و آفات T3. اگر مریضان آفت T4 داشته باشند آنها توسط subtotal colostomy، End ileostomy و Hartman's closure of the rectum تداوی میگردند.



3. خونریزی کتلوی کولون:

نزف کتلوی کولون استتبابات کمتر مداخلات جراحی را کمتر تشکیل میدهد. بخاطریکه اکثریت این مریضان توسط میتودهای محافظوی جواب میدهند. بطور خلاصه

باید گفته شود در مریضان U.C. که نرف کنلوی داشته باشند کمتر از 5% کولیکتومی را تشکیل میدهد.

4. توکسیک میگا کولون:

یک حالت کلینیکی است که در آن التهاب حاد کولون مترافق با توسع کولون بوده. این بیماران از تب بلند، درد های شدید بطني، حساسیت، تاکی کاردی و لوکوسایتوزیز شاک میباشند. علایم وصفی آن عبارت از اتفاح بطني میباشد که از توسع کولون به وجود می آید. و آن ممکن برای تثقب کولون زمینه را مساعد بسازد. برای این مریضان باید احیا مجدد و مایعات داخل وریدی تطبیق شود. در کولون، توسع توکسیک کوتاه مدت یا گذری کولون ایجاب عملیات را نمیکند. لکن اگر حالت کلینیکی آن خراب و به مقابل تداوی محافظوی مانند مایعات داخل وریدی، انتی بیوتیک وسیع الساحه، کورتیکوستروئید و ادویه جات نهیه کننده معافیت جواب ندهد در آنصورت استطباب عملیات عاجل بوجود میآورد. اکثریت جراحان درباره تداوی جراحی توکسیک میگا کولون باور دارند که کولیکتومی همراه الیوستومی یک طریقه درست و صحیح میباشد. نهایتاً قریبه ریکتوم جدا شده به مثل یک فستول مخاطی نمایان میگردد و یا هم توسط خیاطه بسته میشود که این طریقه تقریباً یکنوع عملیات Hartman's میباشد. قطع نمودن کولون متوسع شده برای بیماران این توانایی را می دهد تا از تاثیرات کولیت حاد نجات یابد. بعد از ریکوری که ممکن چند ماه را در بر بگیرد، ریکتوم برداشته شده والیوستومی که قبلاً اجرا شده دوباره داخل می شود، به این ترتیب تسلسل جریان معایی توسط Ilead pouch anal anastomosis تأمین میشود.

در موجودیت توکسیک میگا کولون اجراء نمودن پروکتکتومی مدت زمان عملیات را به درازا میکشاند و در مریضان وخیم خطرات سپسس حوصلی را زیاد می سازد. همچنان از لحاظ تخنیکي در Ilead pouch anal anastomosis مشکلات را ایجاد می نماید. اگر در فستول مخاطی قسمت پروکسیمل ریکتوم مشکلات موجود باشد باید در مرحله مقدم بعد از عملیات در انوس یک درن از طریق ریکتوم جابه جا گردد تا از توسع ریکتوم و تثقب داخل پریتوانی جلوگیری به عمل آید.

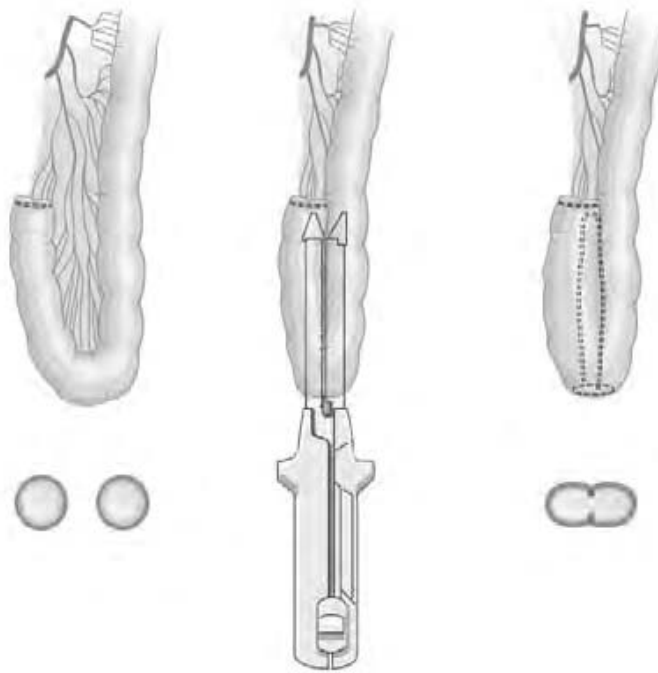
عملیات (Operation) :

آماده کردن مریض قبل از عملیات :

مریضانیکه عملیات کولون ضرورت دارد قبل از عملیات باید آماده شود. برای مریضان قبل از شق جلدی انتی بیوتیک توصیه شده، مریض به اطاق عملیات انتقال، فولی کتیتر قبل از شروع عملیات تطبیق و برای 3-4 روز بعد از عملیات گذاشته میشود. نازوگاستریک تیوب به خاطر تخلیه معده نیز تطبیق میشود که بعد از عملیات در ریکوری روم خارج میشود.

Total Proctocolectomy with End- Ileostomy :

درین عملیات تمام کولون، رکتوم و مقعد برداشته میشود و نزد مریض Permanent stoma بوجود آورده و احتیاط شود ستوما مذکور نزدیک Iliac crest، سره و خط متوسط بطن نباشد.

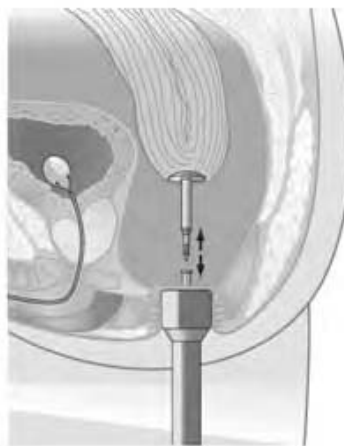
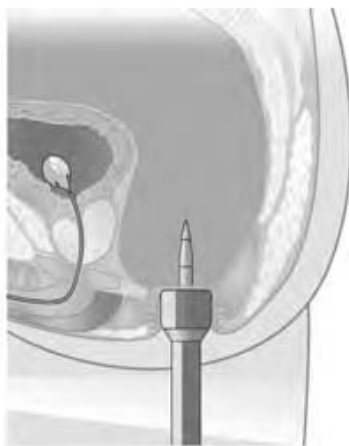


شکل (33-48)

Colectomy with Hartmann's closure of the rectum or mucous fistula

Total abdominal colectomy با Hartmann's closure رکتوم یا distal mucous fistula درین پروسیجر کولون در قسمت علوی رکتوم یا دیستال کولون سگموئید برداشته میشود. نقص این عملیات گرفتن وقت زیاد و احتباس قسمت ماوف رکتوم و قسمت دیستال سگموئید است. این پروسیجر در مریضان که وضعیت عمومی آنها از سبب توکسیک میگاکولون یا کولایتس حاد خراب بوده انجام داده میشود.

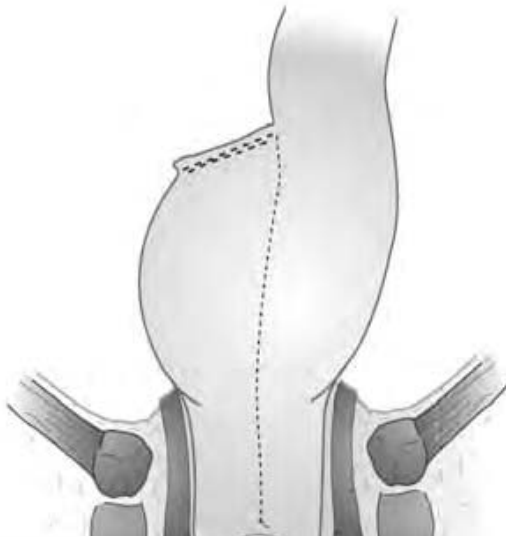
: Total proctocolectomy with ileal pouch – anal anostomosis



زیادتر در مریضان که السیراتیف کولیت دارد قابل استفاده میباشد. اختلاط این عملیات مربوط به کیسه، انستوموزیز و سپس حوصلي میباشد.

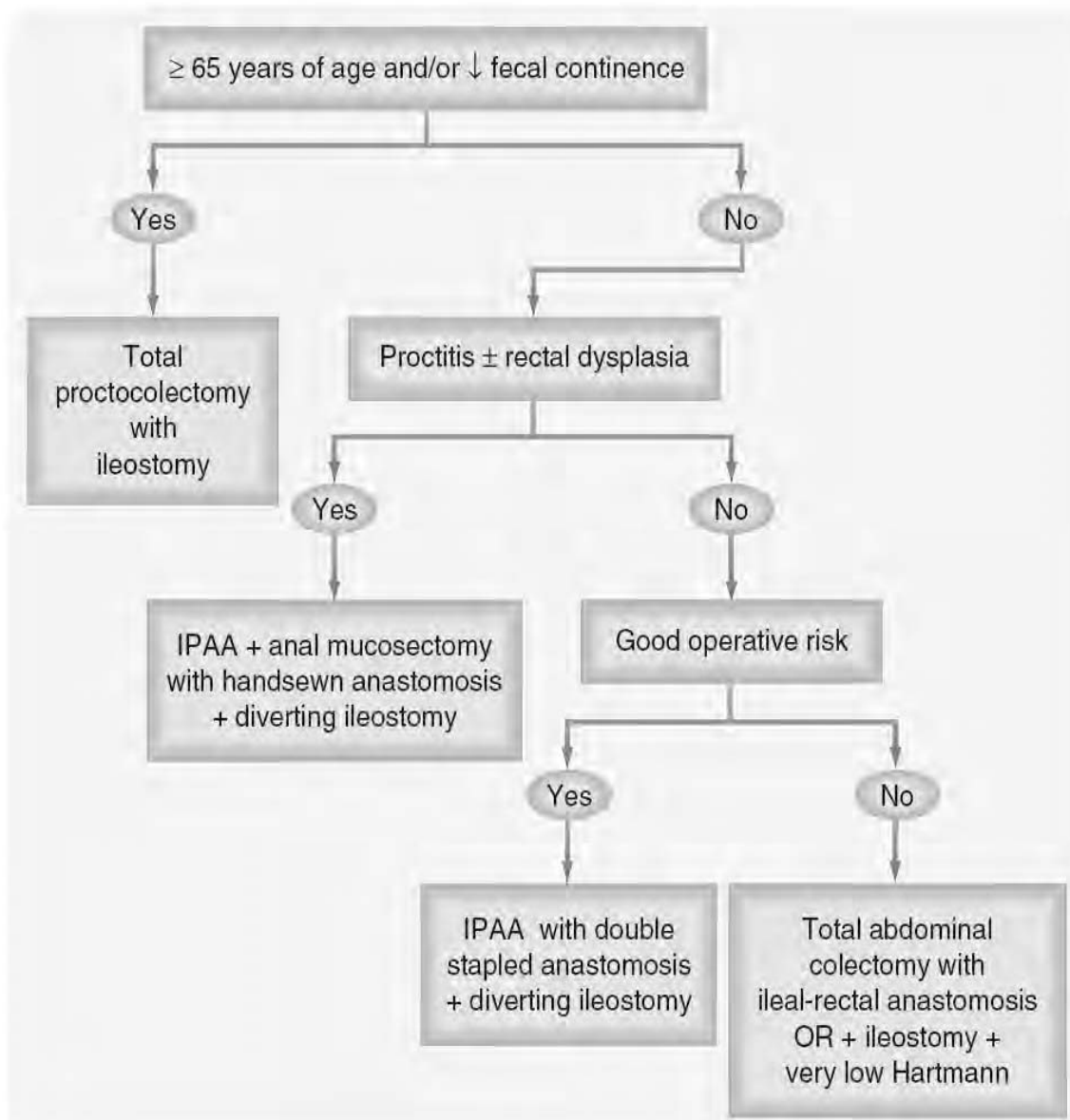
شکل (34-48)

مراقبت بعد از عملیات : مراقبت مریضان بعد از عملیات پروکتوکولیکتومی مانند دیگر عملیات های



بطنی میباشد. تیوب انفی معدوی در اطاق ریکوری و یا یک روز بعد از عملیات برداشته شده ، کتیتز Epidural برای 48-72 ساعت گذاشته و رژیم غذایی مایع 48 ساعت بعد از عملیات شروع شده و بعداً رژیم غذایی توصیه میشود. فولی کتیتز برای سه روز باقی مانده و مربوط به تسلیخ حوصلي بوده، درن حوصلي بعد از 48 ساعت کشیده میشود و کوشش شود هر چه زودتر مریض بعد از عملیات حرکت کند. و مریض به روز پنجم و ششم بعد از عملیات رخصت میشود.

شکل (48-35)



شکل (48-36)

رادیوگرافی با مواد کثیفه برای Pouch (Pouchgram) که 10 هفته بعد از عملیات اجرا شده که اگر این Pouchgram قناعت بخش باشد ایوستومی بسته میشود. اگر کمی لیکاژ پوچ موجود باشد رادیوگرافی تکرار شده بعد از شش هفته که در 96% واقعات لیکاژ پوچ بسته میشود. در صورت که کدام اتان مزمن حوصله یا سپسس موجود نباشد.

کرون کولیت (Crohn's colitis):

مرض کرون یک مرض التهابی است که هر سگمنت طرق معدی معایی را مصاب میسازد 15% محدود به کولون میباشد مرض تمام کولون را اشغال کرده و برخلاف السراتیف کولیت چوکات کولون به شکل قطعی یا سگمنتال مصاب میسازد.

اپیدمیولوژی، اتیولوژی و پتوزنی:

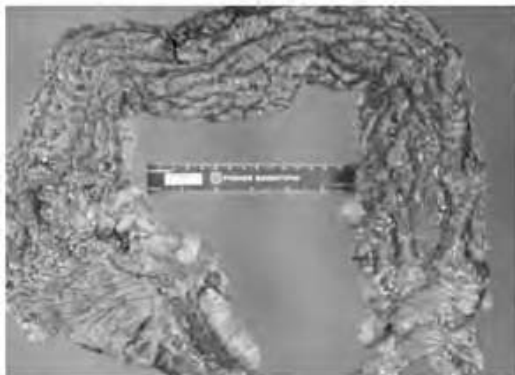


وقوعات مرض کرون به صورت دوامدار وبه آهستگی درحال افزایش است. که ارتباط به بهبودوسا یل تشخیصیه دارد و اندازه وقوعات آن 1-6/100000 مردم جامعه که ارتباط به موقعیت جغرافیایی داشته و تعداد واقعات در سکاندنویا و سکاتلند زیاد است. سن مساعد آن بین سنین 15-30 سالگی بوده، ولی میتواند الي 55-80 سالگی نیز دیده شود.

بعد از ریزکشن امعا ریسک کلینکی، اندوسکوپیک و نکس بعد از عملیات به صورت قابل ملاحظه در اشخاص سگرت کش با مقایسه اشخاص غیر سگرت کش ازدیادیافته، و همچنان یک ارتباط قابل ملاحظه بین تابلیت های ضد حاملگی و مرض کرون موجود است.

ایتولوژی مرض کولون فهمیده نشده، و تیوری قابل قبول عبارت از یکجا شدن چندین عوامل میباشد که شامل عوامل

اتنایی، موجودیت دیفکت در غشایی مخاطی و تماس زیاد آن با اتنی ژن و عکس العمل غیر نورمال عضویت به مقابل محتوی امعا.



کروموزوم 16 و ناحیه HLA کروموزوم 6 دلالت به حساس بودن مینماید. به صورت خلاصه یک زمینه ارثی حساس بودن ناحیه به مقابل مرض کرون موجود بوده.

اشکال پتالوزیک:

از نظر میکروسکوپیک متصف با جدار ضخیم کولون و موجودیت مخاط نشان دهنده قرحات عمیق باسرخط مشکوک، سنگ فرشی شکنند، تضیقی و قرحات Aphthoid میباشد. یک و یا چندین عدد در تضیقات

کولون و امعا رقیقه موجود میباشد. قرحات مخاطی باخطوط طولانی به صورت ثانوی (خط ریل) یا پنجه خرس دیده میشود. شکل 38-48

التهاب ترانسمو رال ازیما تحت المخاط، تراکم لمفویید، گرانولوما و فبروز موجود میباشد. علامه پتوگنومونیک مایکروسکوپییک مرض کرون غیري تجبني گرانولوما میباشد و عبارت از اپیتیلوید هستوسایت به شکل موضعی بوده که توسط لمفوسایت و Gaint cell احاطه شده اند 2/3 مریضان کرون گرانولوما داشته ولی به صورت نادر توسط بیوپسی کولونوسکوپی قابل تشخیص میباشد.

مشخصات کلینیکی:

حمله مرض کرون اکثراً مخفی و اعراض آن کم بوده و تشخیص آن به صورت مقدم نادر است. موجودیت کرمپ های بطنی و اسهالات اکثراً با گاستروانتریت و ریدی و سندروم Irritable bowel اشتباه شده. اعراض مرض پیشرفت کرده و مریض لاغر میباشد.

مریضان که کرون کولیت دارد 2/3 تمام کولون ودر 50-75% واقعات رکتوم مصاب میباشد. و برخلاف السراتیف کولیت ک 100% رکتوم ماوف میباشد. همچنان نزد مریضان کرون با مقایسه السراتیف کولیت امراض انال زیاد واقع میشود، امراض انال به شکل فستول، فیسور و تگ های جلدی ازیمایی و ایروژن انودرم دیده میشود. مرض کرون کولون زیادتربه شکل Ilio colic دیده میشود.

تشخیصی :



اکثریت مریضان تا وقت به داکتر جراحی مراجعه نمیکند که تشخیص مرض کرون تایید شود و معاینات به خاطر تشخیص عبارت اند از کولونوسکوپی، رادیوگرافی و پتالوژی میباشد. در کولونوسکوپی قرحات افتوس، ازیما مخاط و تضیقات فبروتیک و بعضی اوقات مشکل است تا مرض کرون کولیت از السراتیف کولیت تشخیص تفریقی شود خصوصاً وقت که التهاب به صورت وسیع رکتوم را مصاب ساخته باشد.

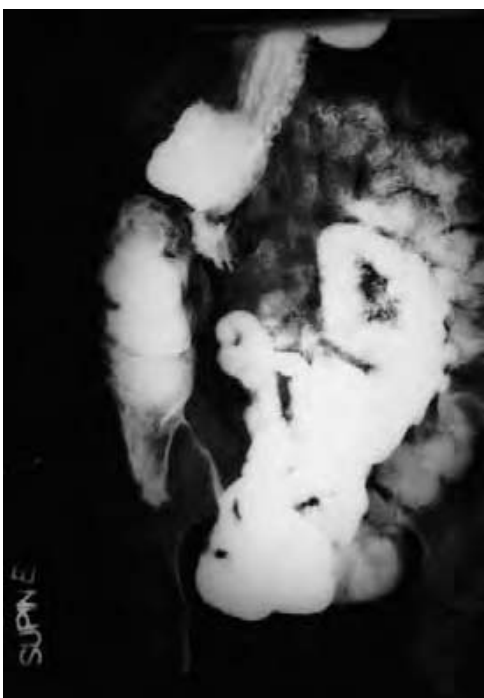
بیوپسی تا وقت که گرانولوما موجود نباشد نتیجه نمیدهد. اوصاف رادیوگرافی به شکل قرحات طولانی مستعرض و Cobblestone مانند موجود میباشد، CT بطنی نیز در تشخیص کمک میکند.

تشخیص تفریقی :

تشخیص تفریقی کرون کولیت شامل کولیت اتتانی و کولیت السراتیف میباشد. در تمام مریضان باید کلچر مواد غایطه به خاطر اورگانیزم های معایی و معاینه برای تخمه و پرازیت نیز اجرا میشود مانند Yersinia، Camphylobacter، شیگلا و سلمونیل.

استطباب عملیات :

بر خلاف کولیت قرحوی ، تداوی مرض کرون موء قتي میباشد و هدف تداوی آن تسکین ساختن اعراض و اصلاح کردن اختلالات و جلوگیری از کانسر میباشد.



تداوی مرض کرون به وسیله عملیه جراحی فعلاً تحت مباحثه میباشد و عاجلاً باعث از بین رفتن اعراض و بهبودی در زنده گی مریض شده و هم میتواند باعث جلوگیری از اختلالات مرض مانند تشقب، ابسی، انسداد و فستول معایی میباشد. عملیات که بالای 166 مریض کرون کولیت در کلینیک Cleveland اجرا شده، 25% فستول داخلی و ابسی و 23% امراض پیری انال، امراض مزمن 21%، توکسیک میگا کولون 19% و انسداد معایی 12% دیده شده.

استطباب عملیات برای کرون کولیت شامل واقعات مقام به مقابل تداوی طبی، انسدادی معایی، ابسی داخل بطنی، فستول، توکسیک میگا کولون، خونریزی کتلوی، کانسر و تاخیر نشو نما میباشد.

بکس (2-48) کولیت کرون استطباب جراحی
<p>غیر قابل تداوی انسداد معایی ابسی داخل بطن فستول کولیت تهدید کننده توکسیک میگا کولون کانسر که خونریزی کتلوی میدهد تاءخیر در نشو نما</p>

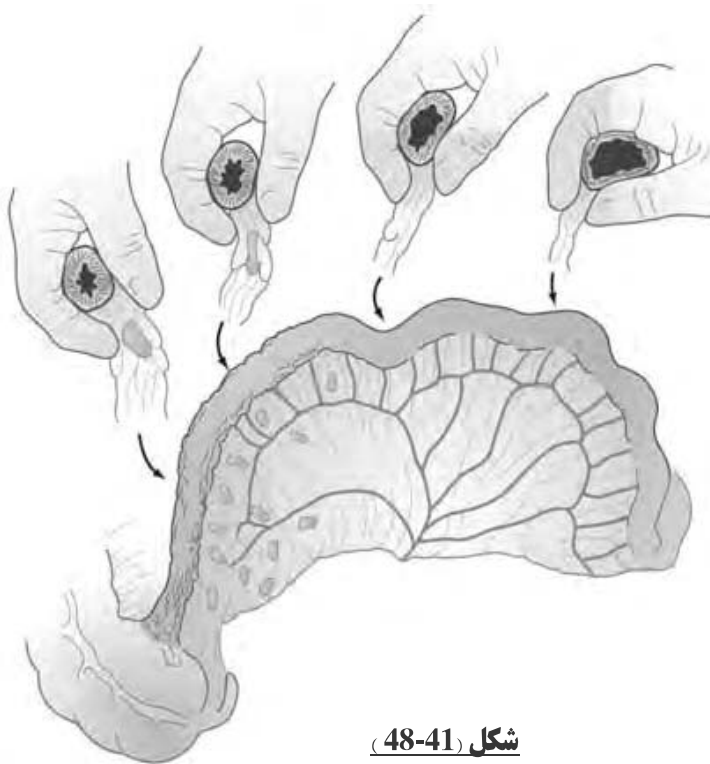
عملیات :

Ileal cecal ریزکشن:

استطباب این عملیات شامل انسداد، تشقب الیوم نهایی میباشد که فواید این عملیات عبارت از تسکین اعراض فوری مریض میباشد و نقص این عملیات لیکاز ناحیه انستوموز و باز کردن دوباره مریض میباشد.

Ileostomy + Total proctocolectomy :

درین عملیات تمام کولون، رکتوم و مقعد برداشته میشود. فایده این عملیات شامل برداشتن تمام کولون مرض میباشد و نقص عملیات تشوش در بهبودی جرحه محیط انال میباشد.

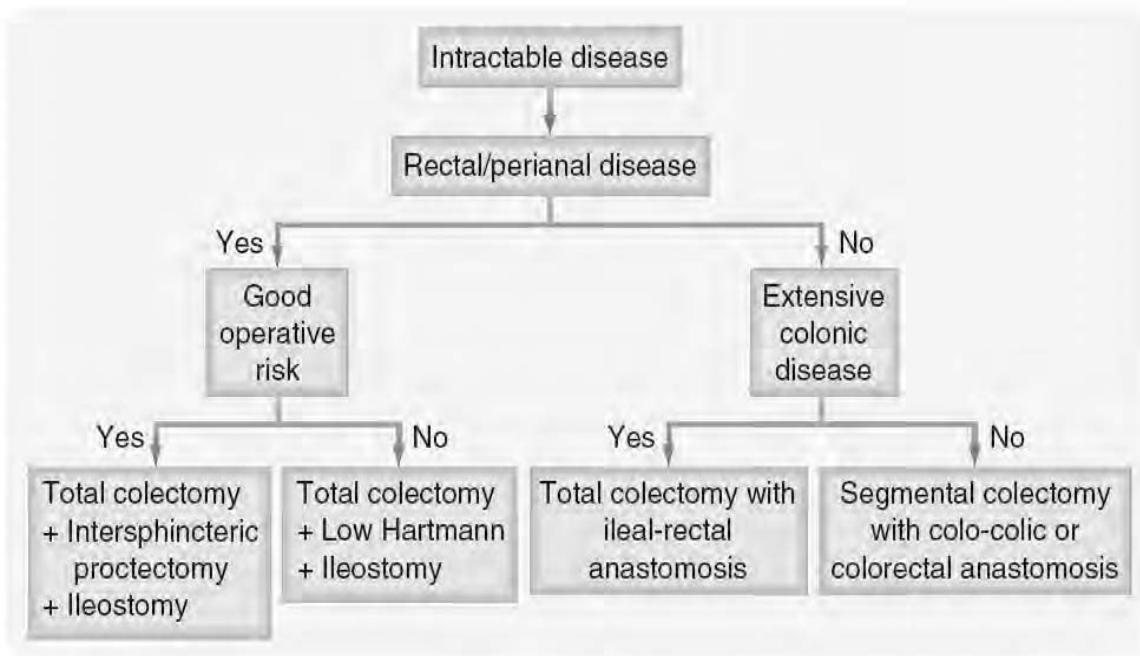


شکل (41-48)

- Total abdominal colectomy + ileal rectal anastomosis
- Sub total colectomy + Hartmann's closure of rectum and ileostomy of mucous fistula
- Segmental colectomy + colocolic anastomosis

نکس بعد از عملیات :

ریت دوباره عملیات 4-5% واقعات دیده شده که مربوط به وضعیت عمومی مریض و میتود عملیات میباشد.



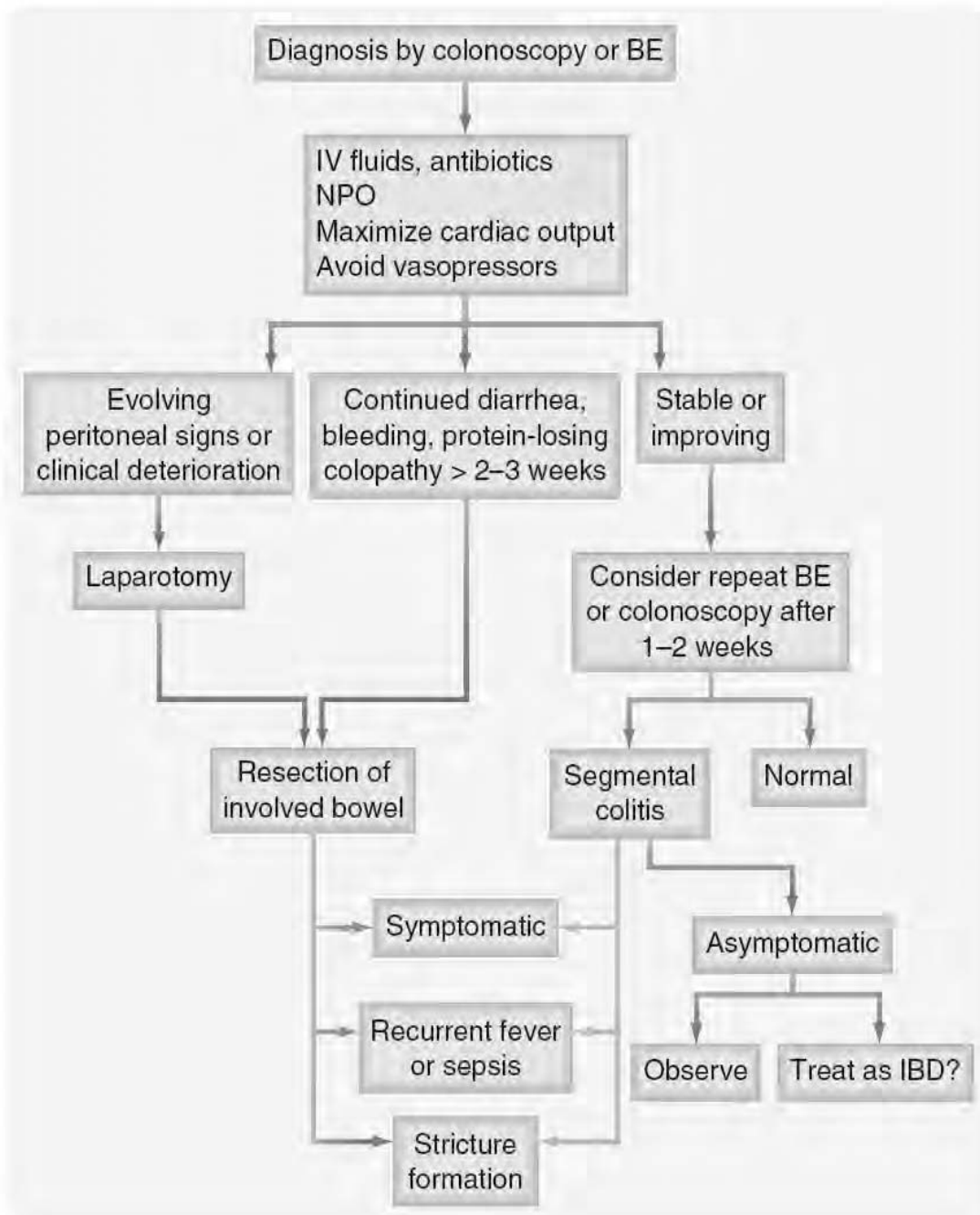
شکل (42-48)

اسکیمیای امعای غلیظه (Colonic Ischemia):

اسکیمیای امعای غلیظه (CI) شکل بسیار معمول اسکیمیای معایی است. که اکثراً حملات آن گذری بوده و خود بخود بهبودی میابد. بدین جهت اکثراً غلط تشخیص و یا تشخیص نشده. با وجودیکه اسباب مرض مبهم است ولی بازمی‌باشد. امراض ارتیریوسکلیروتیک، جراحی ابهر و حالاتیکه باعث فشار خون پایینی به شکل گذری میشود در آن دخیل اند. فکتورهای دیگرکه بامرض مذکوریکجامیباشد شامل ادویه ضد حاملگی، اعتیاد باکوکایین تشوشات ارثی خون، دویدن به فاصله‌های زیاد، باکتریال پتوزن مثل Ecoli و Cytomegalovirus.

چنانچه قبلاً یاد آور شدیم که کولون توسط شریان مسار قوی علوی و شریان مسار قوی سفلی ارواء میگردد. اوعیه جانبی در بین این دو شرائین بزرگ انکشاف نموده است. در صورتیکه شریان مسار قوی کولون چپ بطور تدریجی توسط اتیرو سکلیرز به انسداد معروض شود، قوس Riolon کولاترال جریان آن را دو باره برقرار میسازد. هنگامیکه ابهر نیاز به عمل جراحی پیدا میکند شریان مسار قوی سفلی اکثراً به انسداد معروض میشود که در این صورت شریان مسار قوی سفلی نیاز به Reimplantation ندارد. در این حالات به کولون چپ توسط کولاتیرال خون رسانیده میشود. همچنان تفریط فشار خون به صورت گذری در اثنا پروسیجر و عایی یا فوراً بعد از عملیات میتواند باعث اسکیمیای مخاط کولون شود.

اسکیمیای کولون میتواند به اشکال ذیل واقع گردد: (اسکیمیای گذری، اسکیمیای مزمن و گانگرن).



شکل (43-48)

اسکیمیای کولون معمولاً سیگمینتال میباشد. اگر این اسکیمیای کولون تنها مربوط یک طبقه امعاء (مخاط) بوده باشد به نام اسکیمیای گذری یاد میشود و احیا آن تام میباشد. اگر علاوه بر طبقه مخاطی طبقه عضلی را هم مصاب نماید در نتیجه ندبه و تضیق مزمن واقع میگردد. در صورتیکه ضخامت تمام جدار امعاء به اسکیمیای معروض شود گانگرن، تثقب و پریتونیت غایبی به وجود می آورد.

اعراض و علائم اسکیمیای کولون عبارت اند از درد بطن، هیمتوشیزیا و تب میباشد.

بکس (3-48) ایسکیمیا کولون استتباب عملیات

استتباب حاد

علایم پریتون

خونریزی کتلوی

توکسیک میگا کولون با کولیت تهدید کننده

استتباب تحت الحاد

عدم توانایی در یک کولیت اسکیمیک قطعی حاد تا عکس العمل نشان دهد

در مدت ۲ و یا ۳ هفته با اعراض دوامدار و یا کولوپتی با ضایع شدن پروتین.

ظاهر شدن شفا یابی با حملات متکرر سپس.

استتباب مزمن

تضیق کولون عرضی

کولیت اسکیمیک قطعی عرضی

این اعراض و علایم
خاصاً مربوط است به
وخامت اسکیمیا دوام
وضخامت کولون
مصاب شده.

اگر اسکیمیا در یک
سگمنت کوچک کولون
موجود باشد، باعث
درد های بطني به شکل
کرمپ مانند، تخلیه
مقدار کم خون اسکیمی
شدید مخاطی باعث
درد های بطني فوق
العاده شدید بوده و در
قسمت بالایی سگمنت

مصاب شده حساسیت موجود بوده و علاوه بر آن باکتریال ترانسلوکیشن، تب، لوکوسایتوزیز و اسیدوزیز هم موجود میباشد.

بعد از تشخیص دقیق و عاجل، قطع نمودن بعضی داروها مثل ضد حاملگی شاید بتواند جلو پیشرفت اسکیمیای مخاطی را بگیرد و خطر گانگرین ترانسمورال را دفع کند. اگر مریض - دردهای بطني ساده یا متوسط داشته باشد، تب و اسهالات خوندار موجود باشد، باید CI از نظر دور نماند.

تحقیقات رادیولوژیکی عموماً از رادیوگرافی ساده بطن شروع میشود. مگر تصویر بدست آمده معمولاً خاص و مشخص نمیباشد لکن برای اسکیمیای کولون میتوانیم علایم ذیل دریافت کنیم، مانند الیوس، درسگمنت های جدا گانه کولون متوسع.

Thumb printing sign که از اذیما جدار امعا یا خونریزی تحت المخاط به وجود میاید نیز دیده شده. هوای آزاد جوف پریتون از اثر تثقب گانگرین به وجود آمده میتواند.

اماله باریوم در تشخیص اسکیمیای حاد کولون اکنون مورد استعمال نیست زیرا که بعضی خطرات آن از قبیل تثقب و پریتونیت باریوم به اندازه زیاد واقع میگردد. همینطور مواد کثیفه منحل در آب هم مریضان را باخطر تثقب روبرو میسازد و باید در حالات حاد از آن جلوگیری شود. باز هم اماله باریوم برای تجسس آن تضیقاتی که از سبب اسکیمیا به وجود میاید مفید میباشد.

سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی برای دیدن مستقیم مکوزای کولون کمک میکند و همینطور به واسطه آن کلچر باکتریایی یا ویروسی بدست آمده و بیوپسی هم گرفته میشود. اما بدبختانه بیوپسی این حالت غیر مشخص بوده و کدام جنبه معلوماتی ندارد. آن قسمت از امعای بزرگ که به اسکیمیا بیشتر مساعد میباشد عبارت از کولون سگموئید است. گر چه چند راپور پروکتیت اسکیمیک جدا گانه داده شده مگر واقعات آن نادر میباشد.

تمام سگمنت های کولون میتواند به اسکیمیا مصاب شود لیکن نادراً برای تائید تشخیص مرض ضرور است در قسمت خلفی کولون که به سویه زاویه طحالی دیده شود. در صورت اسکیمیا طبقه مخاطی همیوراژیک و

تیره رنگ می باشد، میتواند التهابات نقطوی بطور منتشر وجود داشته و مخاط شکل سالم داشته باشد. بزرگترین نقص معاینات کولونوسکوپی در تشخیص CI اینست که در بین مخاط و ترانسومورال گانگرن فرق واضح کرده نمیتواند.

CT که همراه مواد کثیفه یکجا از طریق داخل وریدی تطبیق میگردد به اندازه متوسط مفید می باشد. این آله میتواند تمام ارواء شریانی امعا را ظاهر نماید. تا زمانی که بطور کامل باور حاصل نمائیم که اسکیمی مسارقه حاد امعای کوچک را گرفته است تا آن زمان ارتیریوگرافی استتباب ندارد.

تداوی CI نظر به شدت اعراض و علایم آن ترتیب میشود. تدابیر ذیل برای اسکیمیای مخاطی جنبه معالجوی کافی دارد. بستر کردن مریض در شفاخانه، توصیه مایعات داخل وریدی، استراحت امعا و دیگر معیارهای حمایتی عمومی تا وقتی ادامه داده میشود که درد مریض رفع شود.

به سبب از بین رفتن تمامیت مخاط باکتری ها مداخله خواهد کرد. اتی بیوتیک وسیع الساحه در تداوی CI باید دخیل باشد. بعد از عملیات های بطنی ابهر، خطر واضح CI شناسائی شده است. و در صورتیکه مریض درد بطن، تب، لوکوسایتوز و اسیدوز بعد از این عملیه پیدا کرد تشخیص آنرا واضح میسازد.

به منظور تشخیص از سیگموئیدوسکوپی نرم استفاده میشود. مراقبت مریض شامل معاینات بطنی، نظارت مکرر از علایم حیاتی، دهانه ادرار، PH خون و حجات سفید خون می باشد.

اگر در مورد گانگرن ترانسومورال مشکوک شدیم مداخله عاجل جراحی استتباب دارد. گر چه برای CI مداخلات جراحی عمومیت ندارد، اگر استتباب آن موجود باشد بطور قسمی یا تام کولیکتومی با ستوما یا بغیر ستوما صورت میگیرد. اسکیمی مسارقه که امعای رقیقه را در بر میگیرد پروسه ترمیم اروا که برای اروای کولون زمینه را فراهم میسازد استتباب ندارد. در تثقب کولون به لاپراتومی و قطع نمودن سگمنت اسکیمی با Endileostomy و یا کولوستومی استتباب واضح موجود است. کولبت تهدیدی و یا توکسیک میگا کولون تقلید مینماید که تداوی اینگونه واقعات توتال کولیکتومی و یا Endileostomy را ایجاب میکند

واقعات اسکیمیای تام کولون نادر بوده مگر باز هم راپورهایی آن موجود می باشد، که در صورت موجودیت عموماً از.

اگر چه در کولیت اسکیمیک حاد نادراً خونریزی کتلوی به میان می آید که زیاد شدید و تهدید کننده حیات می باشد، برای دفع این واقعه سب توتال کولیکتومی همراه با Endileostomy استتباب پیدا میکند. در حالات تحت الحاد استتباب عملیات غیر معمول است، مگر در صورتیکه مریض سمپاتوماتیک باشد تب، ترف، اسهال و حملات مکرر همراه با سپسس به مدت 2-3 هفته بدون شفا یابی داشته باشد ممکن ضرورت به عملیات پیدا کند، لیکن انجام دادن انستوموزیز واضح نی باشد.

طبیعت این مرض و اختلاطات جدی سپتیک ساختن ستوما را به مباحثه انداخته است. شکل مزمن CI تضیقات و کولیت سگمنتال مزمن را به میان می آورد که تضیقات عرضی بوده و شدت آن مربوط به موقعیت قطعه مصاب شده آن می باشد. اکثراً این حالات کولون سیگموئید را مصاب میکند.

استتباب تداوی عملیات در حالات ذیل موجود بوده:

اعراض انسدادی، تشخیص مشکوک، (خصوصاً واقعات کانسر که باعث تضیق شده)

و ممانعت در معاینات اندوسکوپی که قسمت پروکسیمال تضیق دیده نمیشود. تضیقات به میان آمده توسط اسکیمیا بواسطه تکنیک اندوسکوپی و Stents به آسانی متوسع میگردد. مگر برای آن عده

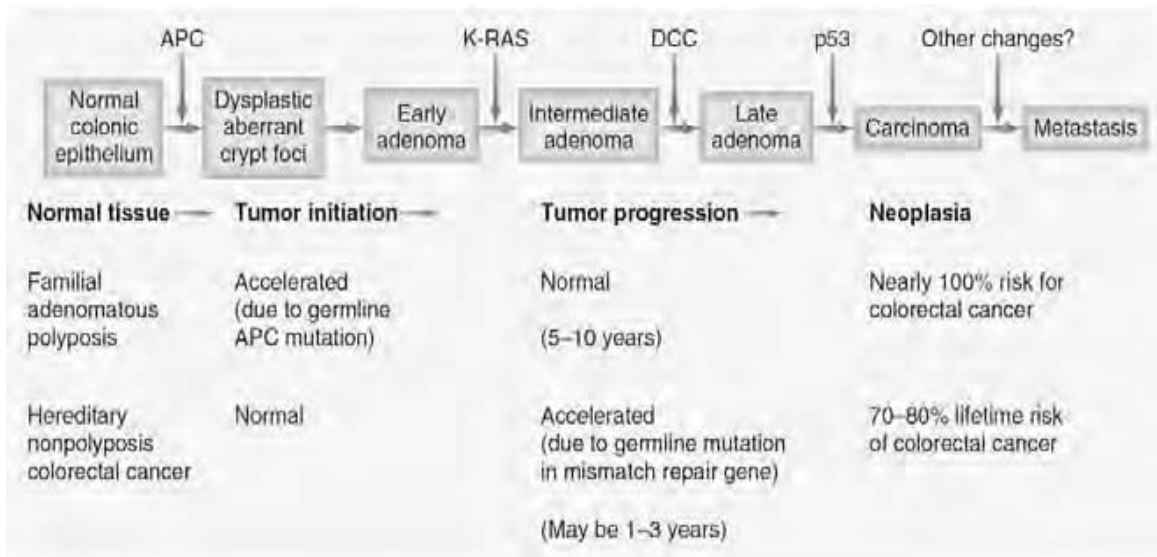
مریضانیکه صحتمند هستند سگمنت متضیق آن توسط ریزکشن و انستوموز ابتدایی نتیجه خوب میدهد. مریضان کولیت سگمنتال مزمن بطور وصفی دارای اعراض درد، تب و خونریزی متقاطع میباشد. با معاینات اندوسکوپییک التهاب که به یک سگمنت خاص (معمولاً نازله و کولون سگموئید) مربوط بوده، دیده میشود. بیوپسی که از قسمت مصاب شده گرفته میشود زیاد واضح نمیشد، لکن میتواند اسباب اتتانی آن را رد نماید. معاینات تکراری کولونوسکوپییک، مخاط نورمال را نشان میدهد. باید گفت که نکس حملات مرض به شکل متقاطع بسیار نادر است و ضرورت به تداوی جراحی داشته میباشد.

نیوپلازیا:

ادینوکارسینوما کولون و ریکتوم سومین سبب مرگ و میر واقعات جدید کنسری را تشکیل میدهد که در مرد و زن در آیالات متحده امریکا تشکیل میدهد در سال 2002 م تخمین واقعات جدید به حدود 148300 رسیده بود که 56600 واقعه مرگ بهمره داشت.

در تداوم حیات خطرات کنسر کولو ریکتال در دوران حیات در ایالات متحده امریکا 6% بوده که اینهابعدازسن 50 سالگی رخ می دهدشمار مرگ ومیر از سال 1992 تا سال 1998 --8.1% کم شده است.

تومور کولوریکتال به اشکال ارثی، سیورادیک، فامیلی رخ می دهد:



شکل (44-48)

جدول (2-48) خطر فامیلی کانسر کولون		شکل ارثی آن به پیمانۀ وسیع توضیح شده و متصف با تاریخچه فامیلی، سن جوانی در وقت حمله و موجودیت دیگر تومورهای وصفی و دیفکت هاست.
وضعیت فامیلی	خطر کانسر کولون	
مردم عمومی امریکا	6%	Familial adenomatous polyposis (FAP) و Hereditary nonpolyposis colorectal cancer
یک ارتباط درجه یک با کانسر کولون	۲-۳ مرتبه ازدیاد عکس العمل	
۲ ارتباط درجه یک با کانسر کولون	۳-۴ مرتبه ازدیاد عکس العمل	
ارتباط درجه سوم با کانسر کولون تشخیص شده <50yr	۳-۴ مرتبه ازدیاد در عکس العمل	
ارتباط درجه دوم یا سوم با کانسر کولون	۱-۵ مرتبه ازدیاد عکس العمل	
ارتباط دومی یا درجه سومی با کانسر کولون	۲-۳ مرتبه ازدیاد در عکس العمل	
یک ارتباط درجه یک* با پولیپ ادینوکارسینوماتوز	۲ مرتبه ازدیاد در عکس العمل	در تحقیقات جدید موضوعات نو است

و اینها در شناسایی پتوجنیسیس تومور کولوریکتال زمینه را مساعد میکند. شکل سپورادیک کولوریکتال با کدام تاریخچه فامیلی ارتباطی ندارد. عموماً آن اشخاص مبتلا میشوند که سن بلند و عمر زیاد دارند (60 – 80yr) و معمولاً آفات کولون و ریکتوم را بطور جداگانه به میان می‌آورد.

آن تغییرات جنیتیک که با کانسر همراه است به خود تومور محدود میباشد. پیشرفت و شروع ارثی کانسر کولوریکتال به هر دو اشکال ارثی و سپورادیک بطور مساوی از طریق مشابه به میان می‌آید. مطالعات این مریضی ارثی کمتر شکل سپورادیک عمومی آن را نشان میدهد.

مفکوره نوع فامیلی کولوریکتال کانسر یک نظریه نسبتاً جدید است که در طول زنده گی خطرات کولوریکتال در بین اعضای خانواده زیاد میشود و عموماً طبقه جوان را مصاب مینماید (از ۵۰ سالگی پائین) و در درجه اول قریبان بسیار نزدیک را مصاب میسازد. هر قدر فیصدي واقعات کانسر کولوریکتال زیات میشود به همان اندازه خطرات در بین اعضای خانواده زیاد میشود. نزدیکترین درجه قریب (First Degree Relative) مریض که از ۵۰ سالگی کمتر تشخیص کانسر کولوریکتال آن ثابت شده نسبت به شخص عادی دو برابر به خطر مصابیت روبرو است. این شکل مخفی ارثیت در تحقیقات فعلی موضوع خاص را تشکیل میدهد. در اشکال فامیلی کولوریکتال کانسر، فکتورهای ذیل دخیل پنداشته میشوند: (پولی مورفیزم جنیتیک، Gen modifiers، Defect Intyrosin، Kinase)

جینتک کانسر کولوریکتال :

در ساحه جینتک کانسر کولوریکتال در سال 1988 انقلاب بوجود آمده بوسیله توضیح تغییرات جنیتک در سیکم یک پولیپ ادینوماتوز سلیم به کارسینوما تهاجمی تحول مینماید بعد از آن زیات تعداد معلومات اضافی در مورد پتوی جنیتیک و مولیکیولر کانسر کولوریکتال بدست آمد.

آوردن هر دو شکل سپورادیک و ارثی، کولوریکتال نیوپلازم کمک میکند. مدل چند مرحله ای Vearon Vogelstein (ادینوما، کارسینوما) کولوریکتال نیو پلازم بهترین مودل شناخته شده کارسینوجنیز است.

این کارسینوجنیز به شکل نمونه عمل نموده واضح میسازد که چگونه میوتیشن های مشخص ابتدایی در به میان آوردن نیوپلازیا رول بازی میکند. تغییرات حمایه کننده و صفی میوتیشن جین مثل APC بخوبی مطالعه گردیده است جدول (3-48)

تغییرات و صفی جنیتک :

جین های انحطاطی تومور (Tumor Suppressor genes) :



جین های انحطاطی تومور پروتین های را تولید میکند که شکل تومور را بواسطه تنظیم فعالیت میتوتیک و کنترل نهی کننده سیکل حجروي نهی میسازد

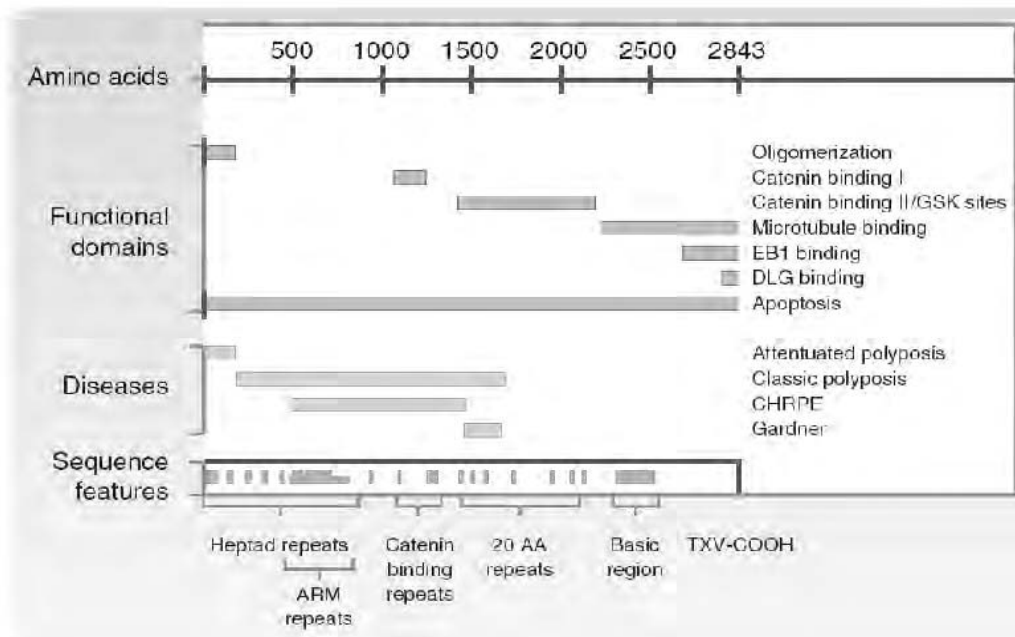
وقتی که این میکائیزم های نهی کننده به واسطه میوتیشن غیر منظم گردد آن وقت تومور تشکیل میگردد تغییرات جنیتکی ها که سبب عدم توانایی جین های نهی کننده تومور میگردد عبارت اند از:

۱. Point Mutations
۲. Loss of heterozygosis (LOH)
۳. Frame Shift mutation
۴. Promoter hypermethylation

جین های انحطاطی تومور بنام (gate keeper genes) هم یاد میگردد زیرا که آنها در هر Check Point کنترل و تنظیم انقسام حجروي کنترل نهی کننده سیکل حجروي را فراهم میسازد، ناتوانی در تنظیم وظیفه نارمل حجروي توسط جینهای انحطاطی بنام عدم کفایه وظیفوی مسمی میگردد. برای آغاز شکل تومور هر دو الیل جین باید غیر فعال باشد.

جین ادینوماتوز پولیپوزیز کولی یک جین انحطاطی تومور است که بالایی 5q21 chromosome قرار دارد که در طول آن 2843 آمینواسید وجود دارد و یک مغلق سایتوپلازمیک (GSK-3 β (A serine-threonin kinase) و β -Catenin و اکسین را میسازد. β -Catenin که یک پروتین چند وظیفوی است در قسمت اتصال (Junction) حجرات اپتیل و در Actin cytoskeleton به حیث جزء ساختمانی آن قرار دارد. همینطور در سایتوپلازم همراه با ToF/Lef رابطه پیدا میکند. بعد از آن به هسته انتقال گردیده و در آنجا دیگر ترانسکریپشن ها را فعال میسازد و بدین ترتیب سبب نشو نمای حجروي و تکثر میگردد. پروتین های سیگنال دهنده Wnt همراه APC/ β -Catenin Pathway ارتباط نزدیک میداشته باشد. APC به واسطه Wnt تنظیم و تکثر سیکل حجروي را متأثر میسازد. تولیدات جن Wnt مالیکول های سیگنال دهنده خارج الحجروي است که پیشرفت نسج را تنظیم مینماید. در حالات نارمل سویه پایین B-Catenin داخل سایتوپلازم Wnt Expression را نهی مینماید. هنگامیکه تغییرات APC به میان بیاید سویه B-Catenin اضافه گردیده و در نتیجه Wnt فعال

میشود. فعال شدن زیاد Wnt سبب فعالیت Target genes مثل Cyclin D1 و MYC میگردد که این به نوبه خود تکثیر حجروییو تومور را به میان میآورد.



شکل (46-48)

میوتیشن مقدم سلسله ادینوکارسینوما در جین APC واقع میشود. موجودیت مقدم این تغییر فینوتایپ به حیث تشکل کریبت منحرف شناخته شده است و از همه با ثبات تر انحرافات جنتیکی در این حجرات پروتین های کوتاه میباشد که به حیث APC traction شناخته شده است. بی نظمی کلینیکی زیاد APC اصلاً یک ترکشن میوتیشن میباشد که به طرز ترانسکریپشن نامناسب کودکان نهایی پریماچور ایجاد میشود.

پولیپ های ادینوماتوز فامیلی که یک مریضی ارثی اوتوزومال دومینانت بوده مسئول اساسی در پیدایش آن یک Germline APC Traction میباشد. در حدود 20% میوتیشن از این پولیپ های ادینوماتوز فامیلی de-novo germline است که بدین خاطر مریضان بدون تاریخچه فامیلی حاضر میشوند. پولیپ های ادینوماتوز فامیلی بسیار نادر بوده و در ایالات متحده امریکا وقوعات آن 1/8000 میرسد و در مرد و زن وقوعات یکسان دارد. بطور کلاسیک زیادتراز ۱۰۰ پولیپ ادینوماتوز بصورت وصفی در قسمت کولون ورکتم موجود میباشد.

این پولیپ ها در آواخر دهه دوم و آوائل دهه سوم زندگی تظاهر مینماید بعضی از این پولیپ ها به سلسله ادینوکارسینوما پیشرفت میکنند. اکثر مریضانی که به FAP مصاب هستند در دهه پنجم زندگی بدون ملاحظات جراحی به مرگ معروض میشوند.

اکثر Traction mutation (APC) در ساحه Mutational Cluster جین که مسئولیت β -Catenin binding را به عهده دارد واقع میشود مگر ارتباط فینوتایپ-جینوتایپ در ساحه دیگری جین بوجود میآید. بطور مثال آن میوتیشن که در نهایت پنجم جین نزدیک است یک ترکشن پروتین کوتاه تولید مینماید و یک سندروم را به میان میآورد که بنام (Attenuated FAP) یاد میگردد این مریضان کمتر از 100 پولیپ دارد و معمولاً با FAP یکجا میباشد و خصوصیت مرض اینست که رکتم را اشغال مینماید. خصوصیت FAP کلاسیک این است که ترکشن میوتیشن در جین بین کودون ۲۵۰-۱۶۲۴ به میان میآید. میوتیشن که در نهایت سوم جین به میان میآید نادر است که در نتیجه یا هیچ

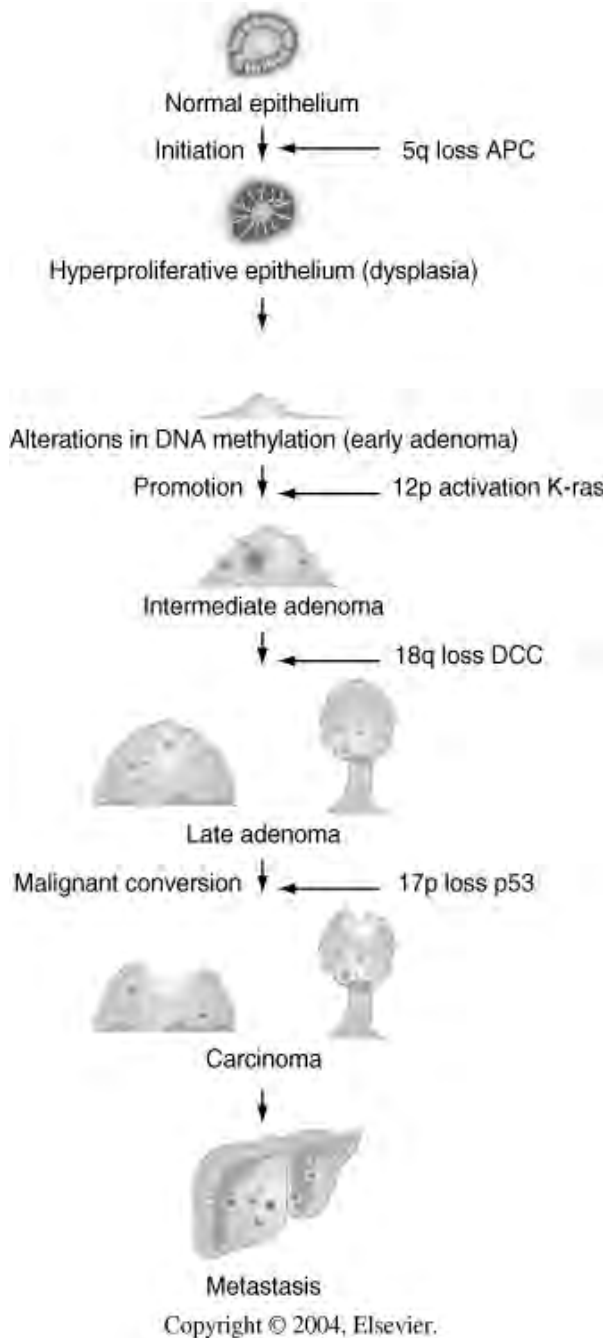
جدول (۴۸-۳)		جن موتیشن که سبب کانسر کولون میشود
نوع از امراض سببی	جن های مصاب شده	نوع موتیشن
پولیپ های ادینوماتوز فامیلی HNPCC (Lynch syndrome)	APC MMR	جرملا بن
امراض سپورادیک	اونکو جن Myc Ras Src Erb B2 جین های نهیه کننده تومور: TP53 DCC APC MMR genes: bMSH2 bMLH1 bPMS1 bPMS2 bMSH6 bMSH3	سوماتیک
کانسر کولون در فامیل Ashkenazi jewish	APC	جینیستیک با چندین مورفولوژی

ابنورمالیتی قابل ملاحظه دیده نمیشود و یا اینکه اختلافات فینوتایپ بسیار ضعیف به میان میآید. اختلافات فینوتایپ FAP با موجودیت یا عدم موجودیت تظاهرات خارج معائی میباشد. در گذشته ها استعمال اصطلاح Gardener's Syndrome که به تعداد زیاد توسط کولونیک ادینوماتس پولیپ همراه با آن بعضی حالات دیگر مثل اوستیومای قحف و فک سفلی و

همچنان تومور دیسموئید مساریقه و نیوپلازم محیط امپولایبان شده. بعدها بعضی حالات دیگر هم به این سندروم

تومور پاپیلری تایروئید ، پولیپ معدوی هایپرپلاستیک ، میدولوبلاستوما و Iris صباغی، ضخامه ولادی اپتیل، ریتینا ، این تظاهرات خارج المعائی FAP مربوط به موقعیت میوتیشن میباشد. اکثریت این علایم مربوط به موقعیت موتیشن بوده به میان میآید که ترانکیشن به یک ساحه کوچک میوتیشن کلاستر به میان آید. یک قسم دیگری APC Mutation که در 25% واقعات سبب کولوریکتال کانسر میگردد هم زیاد قابل اهمیت است این حالت در خانواده Ashkenzi یهودی ها بسیار زیاد دیده میشود.

این یک میوتیشن نقطوی 11,307 است که علت اساسی آن تعویض Iso-leucin بجای lysin در کودون 1307 میباشد در ابتدا اینطور فکر میشد که این یک فلیومورفیزم جنیتک است یعنی یک حالتی است که ساختمان پروتین را متأثر نمیسازد مگر حالاً این حالت در این خانواده سبب اساسی کانسر کولوریکتال فامیلی شناخته شده است.



از همه زیادتر جین موتیشن کننده انحطاطی توموردر نیوپلازیای انسانی عبارت از TP53 (P53) است که بر کروموزوم 17p قرار دارد. میوتیشن در P53 در حدود 75% کانسرکولوریکتال به میان میآید البته چند مدت بعد به سلسله ادینوکارسینوما واقع میگردد.

در حالت نارمل P 53 به جواب تخریب حجروی و یا در جواب apoptosis, GI cell Cycle arrest را تنبیه میکند که در نتیجه میکانیزم ترمیم DNA به میان میآید. P53 میوتیشن قابلیت این را ندارد که BAX جین را فعال و اپوپتوسیس را تنبیه کند. بخاطریکه P53 در تنظیم اپوبتوسیس حصه میگیرد بنام محافظ جنوم شناخته میشود. تعداد کمی از مریضان کنسری کولون که P 53 آن در تومورها سالم باشد میتواند که نجات پیدا کند.

مطالعات امروزی نشان داده است که انزار مریضان به حالت P53 مربوط است. یک تعداد جین ها که بالایی 189 قرار دارند نیزدر به میان آوردن کنسر کولوریکتال رول دارد مثلاً SMAD4, SMAD2 و DCC. پروتینهای SMAD در TGFβ شمولیت دارد.

SMAD2 و SMAD4 در واقعات کانسر کولوریکتال سپورادیک در حدود 10-15% میوتیتید میشوند. DCC بواسطه یک جین بزرگ کود میشود و از حجره به حجره (cell – cell) یا در عمل متقابل ماتریکس - حجروی مشتمل است.

این باید واضح گردد که این تا هنوز معلوم نیست که DCC چگونه بطور مستقیم در به میان آوردن کولوریکتال نیوپلازی رول دارد. DPC4 یک جین است که با DCC مجاورت دارد و شاید این یک جین نهیه کننده تومور باشد که توسط میوتیشن 189 بیجا گردیده.

Mismatch Repair Gen

MMR جین ها بنام جینهای Caretaker نیز یاد میگردد زیرا که اینها یک رول مهم تنظیم کننده رادر انتیگریتی جینوم و دوچند شدن D.N.A ایفا می نماید .. این جین ها از طریق انکشاف ولادی تومور برای کارسینوجینیزم زمینه را مساعد میسازد.

در جینهایی MMR، میوتیشن از bPMS1، bMCHS، bMLH2، bMLH1، bPMS2 و bMSH6 به شمول Hereditary nonpolyposis noncolorectal cancer سندروم (ANPCC) به میان می‌آورد. در ایالات متحده آمریکا 3% واقعات کولوریکتال کانسر را HNPCC تشکیل می‌دهد. میوتیشن در جین های MMR بی ثباتی میکروستلایت را تولید کرده.

این مایکروستلایت سلسله یا ردیف تکراری DNA بوده که به جینوم به شکل بی نوبت واقع می‌شود. ثبات این جینها در انتیگریتی آنها رول خاص دارند. میوتیشن این جین ها در مرحله (S) غلطی یا اشتباه را به میان می‌آورد البته هنگامی که ساختن و کاپی DNA صورت بگیرد. بی ثباتی تومور سپورادیک، مایکروستلایت 10-15% و 95% وقوعات HNPCC را در بر میگیرد. از این مریضان تنها 50% به میوتیشن بطی MMR تشخیص می‌گردد.

اونکو جین :

پروتو اونکو جین (Proto oncogenes) جین هایی است که برای نشو و نماي حجروي و تکثر آن پروتین تهیه مینماید. میوتیشن به طور وصفی سبب ایجاد (حصول وظیفه) می آید و به واسطه آن میوتیشن میتواند که دو الیل آن واقع شود. بعد از میوتیشن جین مذکور را (اونکو جین) میگویند. تولید زیاد این نوع جین سبب ازدیاد حجرات کانسری و تکثر غیر قابل کنترل می‌گردد. تولیدات اونکو جین میتواند بر چند کتگوری تقسیم شود، به طور مثال:

- (T.GFB, EGF, inculinlike growth f) Growth Factor
- (erb B2) Growth Factor receptors
- (SRC. ABI. AR. S) Signal Transducers
- (MYC) Nuclear Proton cogenes and transcription factors

موادیکه فوقاً ذکر گردید تماماً تولیدات اوکو جین ها بوده که در پیشرفت نیوپلازم کولوریکتال رول دارد. در RAS پروتون کوجن بر کروموزوم ۱۲ قرار دارد و فکر میشود که در سلسله ادینوکارسینوما بطور مقدم میوتیشن به میان می‌آید.

پولیپ های کولو رکتل :

پولیپ رکتل یک کتله بر آمده داخل لومن امعا که در بالای سطح اپتلیوم امعا قرار داشته، پولیپ از مخاط امعا منشه گرفته، به صورت عموم از نظر گروس دو نوع میباشد pedunculated و Sessile و طبقه بندی آن از نظر هستولوژی عبارت از Tubular adenoma، Villous adenoma و Tubulo villous adnoma . اکثر پولیپ های سلیم به شکل Tubular adenoma میباشد،

تداوی :

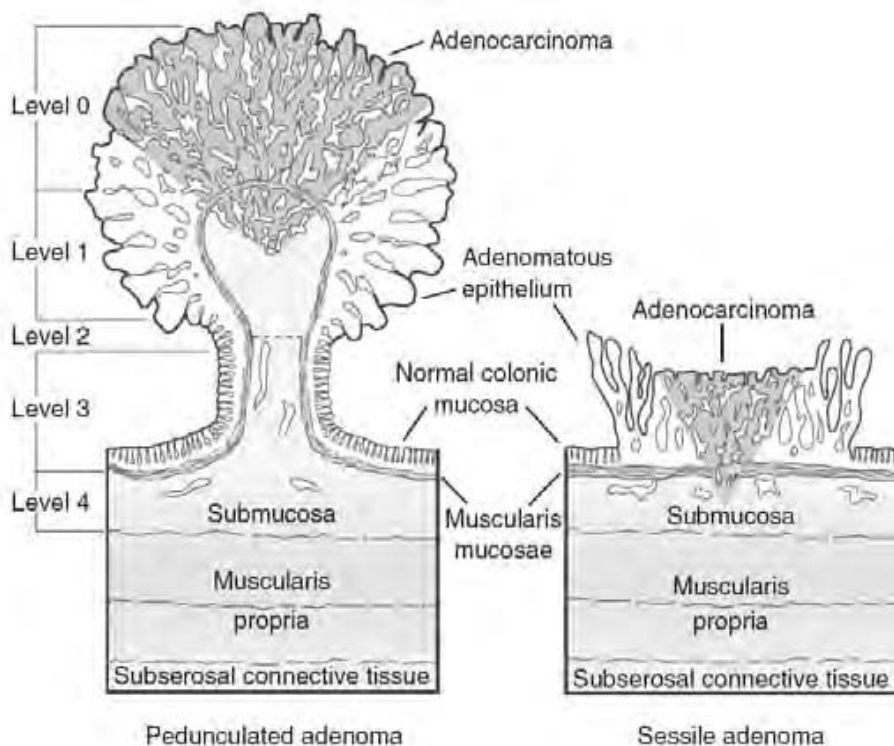
تداوی ادینوما توس یا ویلوس پولیپ توسط کولونوسکوپی برداشته میشود ولی این میتود تداوی در شکل pedunculated آسان ولی در شکل sessile مشکل میباشد و خطر تشقب موجود است، لذا در شکل sessile ابتدا سالین در قاعده پولیپ زرق شده تا از طبقه عضلی بلند شود بعداً توسط اندوسکوپ خارج میگردد اجرا میشود و در صورت ضرورت باید یک قسمت از کولون نیز برداشته شود.

شکل ادینوماتوز پولیپ اکثراً به کارسینوما تحول کرده که میتواند طبقه مخاطی، عضلی و حتی عقدات لمفاوی را اشغال نماید در سال 1965 Haggit و همراهان شان یک تصنیف را برای پولیپ های که کانسر دارند نظر به عمق کانسر طوری زیل پیشنهاد نمود:

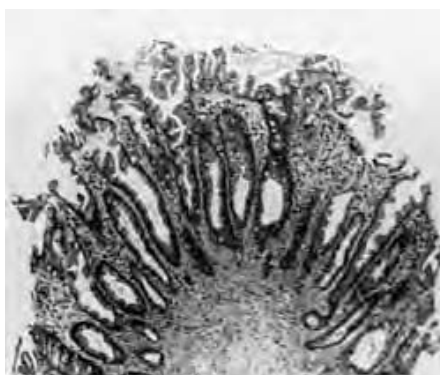
Level 0: (Carcinoma. in . situ) که طبقه مخاطی عضلی توسط کارسینوما اشغال نشده.

Level 1: کارسینوما طبقه مخاطی عضلی الی تحت المخاط اشغال کرده ولی محدود به راس پولیپ میباشد.
 Level 2: کارسینوما در سویه عنق پولیپ یعنی بین راس و جزع محدود میباشد.
 Level 3: کارسینوما تمام قسمت جزع پولیپ را اشغال کرده می باشد.
 Level 4: کارسینوما تحت المخاط جدار امعا که در تحت جزع پولیپ قرار دارد اشغال میکند ولی در فوق Muscularis propria قرار داشته.

در شکل پولیپ Pedunculated که در سطح 1, 2, 3 قرار دارد خطر میتازتاز به عقدات لمفاوی کمتر بوده، تداوی آن برداشتن مکمل پولیپ میباشد. و در صورت شکل sessile پولیپ و موجودیت میتازتاز به عقدات لمفاوی مکمل برداشته و یا برداشتن سگمنت ماوفه توصیه میشود.



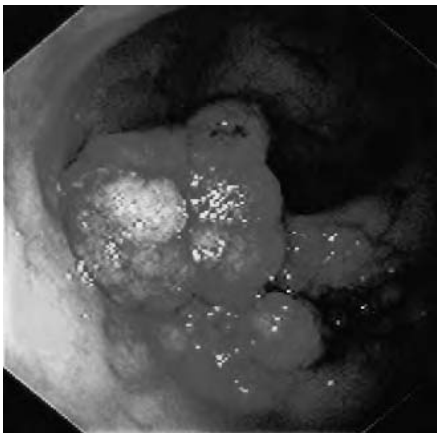
شکل (53-48)



سندروم های کانسری ارثی :

سندروم Peutz jegher یک سندروم بارز اوتوزومال است که مرکب از پولیپ هامارتوماتوز طرق معایی و هایپرپگمنت مخاط ناحیه رخسار، لب ها و انگشتان میباشد. سبب آن موجودیت دیفکت در کروموزوم های اوتوزوم میباشد. این سندروم مترافق با 10-2% خطر کانسر طرق معایی بوده که از

معده الی رکتد دیده میشود و هم ازدیاد خطر آفات خبیثه خارج معایی نیز موجود میباشد، مانند کانسر ثدییه مبیض، تیوب های نفیری، ریه، تایروئید، کیسه صفرا و پانقراس. این سندروم اولین مرتبه توسط Hutchinson در 1896 تشریح شده و بعداً در سال 1940، توسط Peutz و Jephher بیشتر تشریح گردیده و حالت بهتر واضحی گردید.

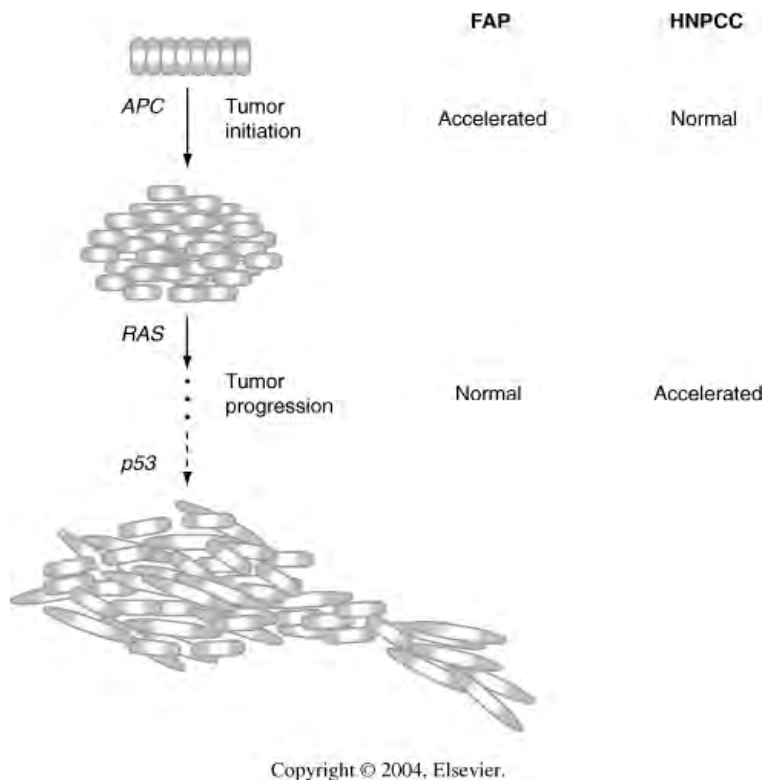


پولیپ باعث خونریزی یا انسداد معایی از سبب تغلف شده، تداوی آن جراحی که بعد از کولونوسکوپی اجرا شده و تمام پولیپ‌های که کلاتر از 1.5 سانتی متر باشد، برداشته میشود. بعد از عملیه جراحی برای هر دو سال بعد معاینات اندوسکوپیک اجرا میشود

و هم مریض به خاطر امراض خبیثه خارج معایی مانند ثدیه، عنق رحم، مبیض، خصیه، پانکراس تعقیب شود. پولیپ‌های Juvenile سلیم است و متشکل از توسع سیستیک ساختمان‌های غدوی میباشد که در داخل آن ستروما فبروبلاستیک Lamina propria قرار دارد که باعث خونریزی و تغلف میشود ازین لحاظ باید توسط اندوسکوپیک برداشته شود، پولیپ جووینایل اکثراً هامارتوما بوده ولی میتواند پولیپ‌های ادینوماتوز نیز دیده شود.

در مریضان که تعداد کمی از پولیپ‌های Juvenile داشته باشد اندوسکوپیک پولیپ اکتومی اجرا شده و اگر مریض چندین پولیپ داشته باشد کولیکتومی از طریق بطنی و انستوموز الیورکتل اجرا میشود. اگر غشای مخاطی رکتوم را اشغال کرده باشد پروکتوکولیکتومی و انستوموز Ileal pouch اجرا میشود.

سندروم مذکور اکثراً با چندین پولیپ کولون یکجا بوده ولی زیادتر در معده، اثنا عشر و ناحیه



Copyright © 2004, Elsevier.

Periampullary واقع شده که مترافق با اعراض خارج معایی میباشد مانند سیست‌های اپیدرموئید، تومورهای دیسموئید در بطن، اوستیوما و تومورهای دماغی.

اکثراً پولیپ‌های معدوی به شکل هایپرپلازیا غدوات ناحیه

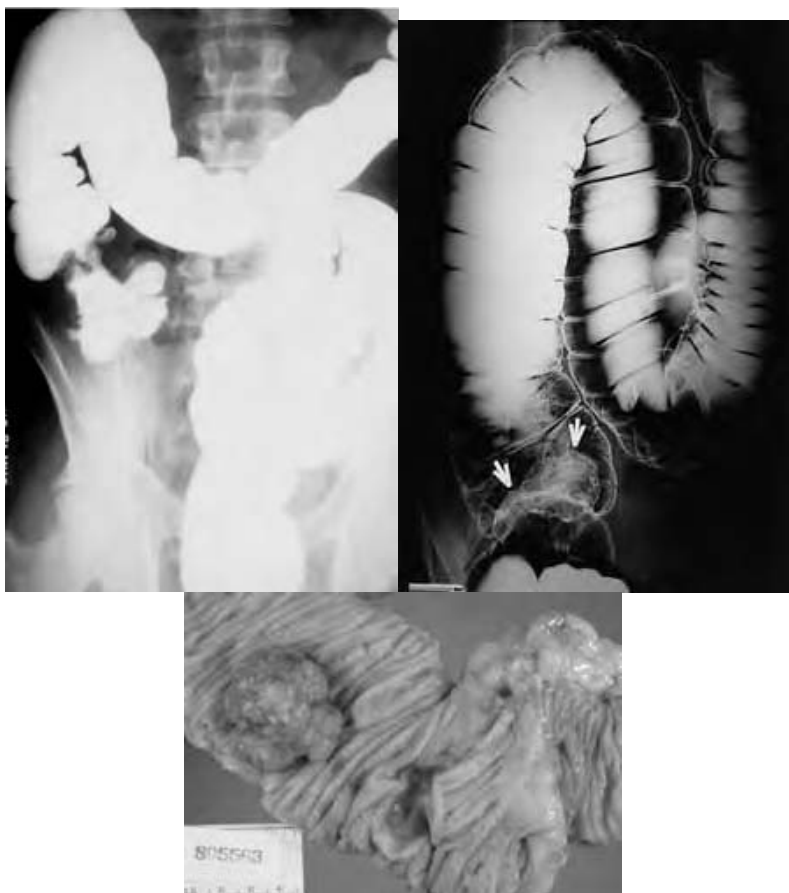
Fundus معده بوده که نسبت به پولیپ‌های ادینوماتوز بیشتر دیده میشود و خبثت نیز در آن کم بوده، در حالکه پولیپ‌های اثنا عشر ادینوماتوز و درین Premalignant بوده، سندروم نادراً آفات خبیث خارج معایی موجود بوده مانند کانسر طرق صفراوی خارج کبدی، کیسه

صفرا، پانکراس، ادرینال تائروئید و کبد. بعضی اوقات هایپرتروفی ولادی اپتلیوم صباغی ریتینای چشم موجود بوده که توسط افتالموسکوپی تشخیص میشود.

کanser سپورادیک کولون :

بسیار مهم است تا خطر روبه افزایش کanser در مریضان سندروم کانسراشی شناسایی گردد. ولی شکل که در کانسر کولورکتال زیادتر معمول است شکل سپورادیک آن بوده که بدون موجودیت تاریخچه فامیلی موجود میباشد. همچنان اسباب و پتوزنی ادینوکارسینوما امعا غلیظه با هم مشابه بوده اما تفاوت های قابل ملاحظه در ویش های تشخیصی و تداوی کانسر های کولون را از کانسر های رکتیم جدا میسازد

توصیه کردن معاینات برای fAp و HNPCC		جدول (5-48)
توصیه معاینات		خطر کانسر برای دوره حیات
		بولب های ادنوماتوز فامیلی (FAP)
کولورکتال کانسر	100% 5%-10%	کولونوسکوپی سالانه که در سن ۱۰-۱۲ سالگی شروع شده اندوسکوپی قسمت علوی GI هر ۱-۳ سال و در سن ۲۰-۳۰ سالگی شروع میشود
کانسر اثنا عشر یا پیری امپولپر	2%	سالگی شرع میشود
کانسر پانکراس	2%	التراسوند بطنی تکراری
کانسر تاپروید	<1%	معاینات تاپروید سالانه
کانسر معده	<1%	اندوسکوپی قسمت علوی GI
کانسر CNS		معاینات فزبکی سالانه
کولورکتال کانسر	80%	کولونوسکوپی هر ۲ سال که در ۲۰ سالگی شروع شده سالانه بعد از سن ۴۰ لگی
کانسر اندومتر بال	40%-60%	معاینات حوصلی ، التراسوند از طریق مهبل ، اسپرشن اندومتر بال هر ۱-۲ yr در سن ۲۵-۳۵ سالگی شروع شده
کانسر قسمت علوی طرق بولی	4%-10%	
کانسر کبسه صفرا و طرق صفراوی	2%-18%	التراسوند و معاینات ادرار هر ۱-۲ yr در سن ۳۰-۴۰ سالگی شروع شده
کانسر CNS	<5%	کدام توصیه موجود نیست ،
	<5%	کدام توصیه موجود نیست
کانسر امعاریقه		کدام پیشنهاد موجود نیست



علائم و اعراض کانسر کولون مختلف است و مربوط به موقعیت تومور و اندازه تضییق لومن توسط کانسر میباشد. درین اواخر وقوعات کانسر در کولون طرف راست نسبت به طرف چپ و رکتوم زیاد بوده. کانس کولون ممکن سبب خونریزی گردد، که موجودیت خون سرخ روشن در مواد غایطه بنام Hematochesia یاد شده اما خونریزیهایی که از تومور کولون طرف راست منشاء میگیرد سبب مواد غایطه تاریک قیرگونه شده که بنام Melana یاد می گردد و خونریزی مذکور بدون کدام اعراض بوده و توسط کمخونی مریض تشخیص شده ولی در 1/3 مریضان هیموگلوبین نورمال و معاینه مواد غایطه منفی میباشد. کانسر که در کولون طرف چپ موجود بوده اکثراً فشار دهنده و متضییق میباشد. این مریضان تشوش عادت معایی داشته اکثراً به شکل قبضیت میباشد.

کانسر سیگموئید لوحه مشابه التهاب دایورتیکول مانند درد، تب و اعراض انسدادی داشته و در کمتر از 20% مریضان امراض دایورتیکول دیده میشود، که باعث مشکلات در تشخیص صحیح مرض میشود. کانسر سیگموئید باعث فستولهای کولونی مثانی یا کولونی مهبل میشود که این فستولها توسط التهاب دایورتیکول نیز بوجود می آید و هر دوی آنها باید به صورت صحیح تشخیص شود زیرا تداوی هر دوی آنها از هم فرق دارد.

کانسر کولون راست اکثراً به شکل میلانا، ضعفی و کمخونی همراه بوده و در شکل پیشرفته تومور درد بطن نیز موجود میباشد ولی کانسر کولون چپ اکثراً اعراض انسدادی و تشوش عادت معایی داشته. تشخیص مرض توسط کولونوسکوپی صورت میگیرد و بیوپسی در صورت امکان برای تشخیص تفریقی مرض خصوصاً پولیپ بسیار مفید است،

کولونوسکوپی بعد از اماله باریوم اجرا میشود. در مریضانی که تومور باعث انسداد مکمل شود تشخیص مرض توسط ریزکشن تومور قبل از اجرا کولونوسکوپی صورت گرفته لیکن اماله باریوم درین حالت برای

تعیین کردن موقعیت اناتومیکی انسداد مفید است. انستوموز ابتدایی بین نهایت پروکسیمال و دیستال کولون استتباب نه داشته زیرا خطر لیکاژ موجود میباشد ریزکشن سیگمنتال که محتوی آن تومور است اجرا شده نهایت دیستال کولون یا رکتیم بسته شده و نهایت پروکسیمال به شکل کولوستومی Hartmann's به خارج ارتباط داده و بعد از مدت هر دو نهایت کولون رامیتوانیم دوباره یکجانمایم

بکس (4-48) معیارات کلبنکی. برای کانسر کولون و رکتیم بدون پولپ ارثی

Amsterdam Criteria

در کانسر کولورکتال کمتر از سه عضو ارتباطی و تماماً با ذبلاً:
 یک شخص متأثر شده عضو ارتباطی. درجه یک نسبت به دو شخص دیگر بوده
 دو جنریشن موفق متأثر شده
 کمتر از یک سبب کانسر کولون تشخیص شده قبل از سن ۵۰ سالگی.
 خارج از پولپ های ادینوماتوز فامیلی. بوده
Amsterdam Criteria بلخا صه

مانند علائم امستردام، به استثنا کانسر اکثر مترافق با HNPCC (کولون، اندومتريوم، امعا رقیقه، حالب و حویضه کلیه) به عوض کانسر کولون مشخص شده.

Bethesda Criteria

علائم امستردام یا یکی از علائم ذیل:
 دو واقعه HNPCC مترافق با کانسر در یک مریض شامل سنکرونس و یا میتا کرونس کانسر.
 کانسر کولون و عضو ارتباطی درجه یک با HNPCC همراه با کانسر وی یا ادینوما کولون (یک واقعه کانسر قبل از ۴۵ سالگی تشخیص شده و ادینوما قبل از ۴۰ سالگی تشخیص شده).
 کانسر کولون و اندومتريول قبل از ۴۵ سالگی تشخیص شده.
 کولون طرف راست که از شکل undifferentiated (Solid Cribiform) یا Signet Cell هستو پتالوژیک خصوصیت دارد قبل از ۴۵ سالگی تشخیص شده.
 ادینوما قبل ۴۰ سالگی تشخیص شده

در صورت که تومور در کولون طرف چپ باشد بعد از ریزکشن کولون چپ و شستن توسط سالین از طریق داخل کردن کتیتدر اپندکس و الیوم به سیکوم، میتوانیم انستوموز ابتدایی را بین کولون لواز شده و رکتیم بدون کولوستومی موقتی اجرا کنیم، میتود دیگر که به کار برده میشود برای کانسر سیگموئید کولون عبارت از Subtotal colectomy ilio sigmoid anastomosis میباشد که قسمت پروکسیمال کولون که بالا تر تومور قرار دارد برداشته شده و الیوم نیز همراه قسمت دیستال کولون سیگموئید انستوموز داده میشود.
 در اکثر مریضان که

وضعیت عمومی آنها مساعد نبوده میتوانیم ذریعه اندوسکوپی با گذاشتن یک Stent در ناحیه انسدادی و بوجود آوردن لومین در بین ناحیه تومورال انسداد مریض رفع میشود که بعداً پریپ کردن امعا و به شکل انتخابی کولورکتال انستوموزیز ابتدایی اجرا میشود.

در تومور های کولون راست و سیکوم انسداد مکمل کمتر واقع میشود. این مریضان اکثراً با اعراض و علائم لوحه انسدادی امعا رقیقه ظاهر شده که بعد از به کار بردن مواد کثیفه منحل در آب و تشخیص کردن آفات دیگر نزد مریض کولیکتومی راست و انستوموزیز ابتدایی بین الیوم و کولون مستعرض اجرا میشود. مریضانیکه اعراض انسدادی نداشته ولی میتازتاز موجود باشد برای معاینات دقیق فزیک، اکسری صدر،

تیست های وظایف کبدی، کارسینوما بریونیک انتیژن (CEA) ضروری میباشد همچنان CT و MRI نیز توصیه میشود.

جدول ۴۸-۶ AJCC TNM stagings سیستم برای کانسر کولون رکتوم

تومور ابتدای (T)	
TX	تومور ابتدای قابل ارزیابی نمی باشد
T0	کدام شواهد تومور ابتدایی موجود نمی باشد
Tis	کارسینوما insitu: داخل اپیتل و لامینا پروپریا اشغال کرده
T1	تومور تحت المخاط ز اشغال کرده
T2	تومور Muscularis propria اشغال کرده
T3	تومور از طریق Muscularis propria داخل تحت سپروزا شده
T4	تومور ساختمانهای مجاور اشغال کرده
عقدات لمفاوی ناحیوی (N)	
NX	عقدات لمفاوی ناحیوی قابل ارزش نبوده
N0	عقدات لمفاوی ناحیوی مبتلا تا نزداده
N1	مبتلا تا تازیه ۱-۳ عقده لمفاوی ناحیوی
N2	مبتلا تا تاز اضافه از ۴ عقده لمفاوی ناحیوی اشغال کرد
مبتلا تا تاز بعیده (M)	
MX	مبتلا تا تاز بعیده قابل ارزش نبوده
M0	مبتلا تا تاز بعیده موجود نبوده
M1	مبتلا تا تاز بعیده موجود بوده

Stage Grouping

Stage	T	N	M	Dukes§	MAC§
0	Tis	No	M0		
1	T1	No	M0	A	A
	T2	No	M0	A	B1
IIA	T3	No	M0	B	B2
IIB	T4	No	M0	B	B3
IIIA	T1-T2	N1	M0	C	C1
IIIB	T3-T4	N1	M0	C	C2/C3
IIIC	Any T	N2	M0	C	C1/C2/C3
IV	Any T	Any N	M1		D
Histological grade (G)					
GX	Grade cannot be assessed				
G1	Moderately differentiated				
G3	Poorly differentiated				
G4	Undifferentia				

در حال حاضر برای تداوی عملیاتی مریضان کانسر رکتوم و کولون و از ریابی آن از طبقه بندی American joint committee on cancer (AJCC) که در تمام شفاخانه های امریکا مورد استفاده است کار گرفته میشود. این سیستم به نام سیستم Tumor, Node, Metastase یاد میشود.

چهار مرحله کولورکتال کانسر موجود است در:

Stage I: میتازتاز به عقدات لمفاوی موجود نبوده و تومور T1 و T2 (بالاتر از طبقه عضلی propria تداوی آن ریزکشن مکمل تومور و حیاتییت پنج ساله مریض در 90% واقعات مییاشد.

Stage II: این مرحله بدو صفحه دیگر فرعی تقسیم شده است:

II a: تومور ابتدایی T3

II b: تومور T4 که میتازتاز در عقدات لمفاوی موجود نبوده تداوی آن ریزکشن توسط عملیه جراحی و حیاتییت آن پنج سال در 75% واقعات.

Stage III: درین حالت میتازتاز تومور در عقدات لمفاوی موجود بوده و تقسیم شده به:

III a: (to T2 N1 Mo\T)

III b: (to T4 N1 Mo\T)

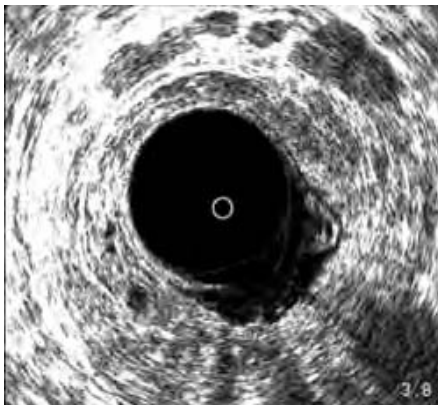
III c: (Any T1N2, Mo)

حیاتییت مریض بعد از تداوی جراحی 50% با موجودیت میتازتاز بعیده.

Stage IV: حیاتییت مریض پنج سال در کمتر از 5% واقعات.

مریضان Stage III بعد از عملیه جراحی با 5-fluorouracil / leukovorin حیاتییت پنج ساله 67% ولی در ستیج I و II شیموتراپی کانسر کولون به صورت واضح معلوم نبوده.

کانسر رکتوم :



اعراض که زیات معمول است در کانسر رکتوم Hematochezia مییاشد و بد بختانه اکثرأ به هیموروئید فکر میشود و در تشخیص مرض تاخیر آمده تا که خوب پیشرفت کند. اعراض دیگر آن سیلانات مخاطی، تینیزم و تغیر در عادت معایی. تشخیص تفریقی کانسر رکتوم با السراتیف کولیت، کرون پروکتوکولیت شعای پروکتیت و پرولپس رکتوم.

بعضأ رکتال پرولپس مخفی یا تغلف داخلی سیگموئید داخل رکتوم

باعث تولید یک قرحه واحد رکتوم که شباهت به قرحه کانسر داشته میشود و همچنان بعضأ در اثر ترضیض مخاط تغلف colitis cystica profunda بوجود آمده و همچنان توسط معاینات هستولوژیک واقعات خبیث

ادینوکارسینوما از آفات سلیم و التهاب غشایی مخاطی میتوانیم تفریق کنیم. ارزیابی و تکمیل کردن معاینات مریضا کانسررکتیم مشابه به کانسر کولون میباشد ولی تفاوت که دارد اینست که :

۱. نزدیکی و اشغال کردن معصره معقدی توسط کانسررکتیم.

۲. همچنان اشغال کردن و نفوذ کانسر در جدار امعا و انتشار به عقدات لمفاوی مجاور.

موقعیت تومور توسط کولونوسکوپی و پروکتوسیگموئیدوسکوپی و هم فاصله تومور از معصره معقدی تعیین شود. عمق تومور توسط معاینه انگشت صورت میگردد که تومور های سطحی متحرک میباشد در حالیکه تومور های عمیق غیر متحرک بوده، التراسوند اندو رکتل و MRI در تشخیص و مصاب ساختن جدار امعا و میتازتاز به عقدات لمفاوی مجاور کمک میکند.

تداوی :

در صورت که تومور در قسمت دیستال 3-5 سانتی متر رکتیم قرار داشته باشد یک چلنج کلان برای داکتر جراحی است. انتشار تومور به احشا حوصلی و اناتومی مغلق حوصله و احشا مجاور آن مانند مثانه، حویصل منوی، مهبل، عنق رحم، پروستات و احلیل میباشد. تصمیم جراح در باره تداوی تومور و ریزکشن آن نگهداشتن معصره معقدی، تداوی شعاعی، شیموتراپی بسیار مهم است.

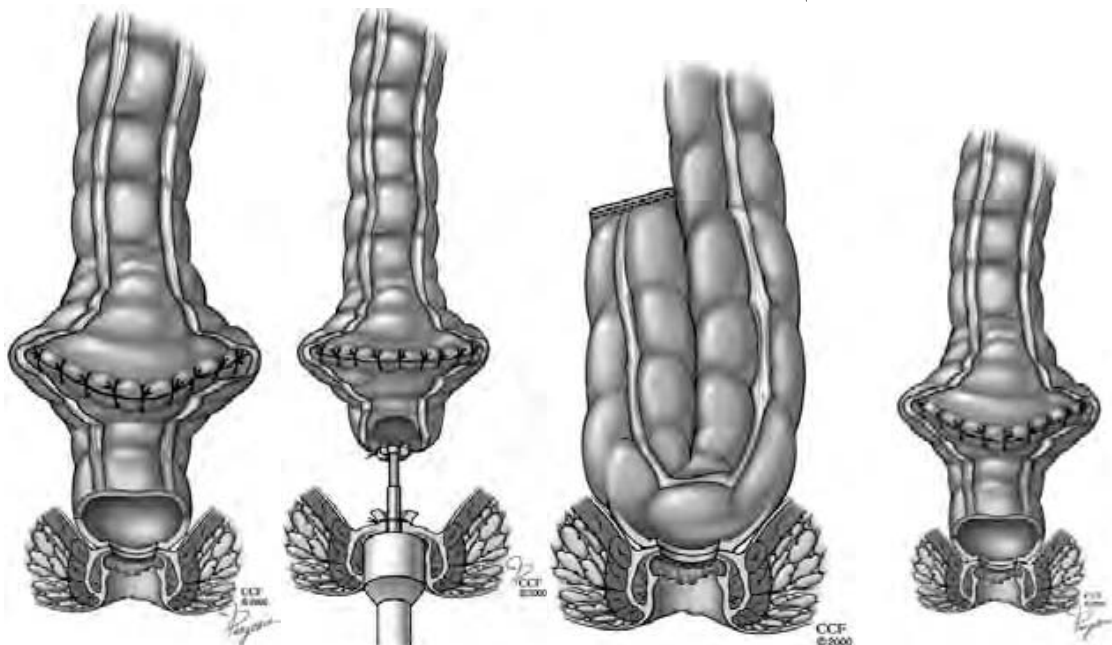
در اروپا قبل از مداخله جراحی تداوی شعاعی به خاطر کم کردن سایز تومور برای پنج روز توصیه میشود. به تعقیب آن Low anterior resection یا Abdominal perineal resection و کولو انال انستوموزیز اجرا میشود.

:Local Excision

Excision موضعی در صورت که تومور T1 و T2 و قطر آن کمتر از 4 سانتی متر باشد، استطباب دارد که از طریق مقعد اجرا میشود.

: Fulguration

درین تکنیک تومور و تمام جدار رکتیم توسط الکتروکوتیر تخریب میشود. اختلالات آن خونریزی، تب که 10 روز بعد از عملیات میتواند دوام کند.



شکل 48-61,62,63,64

تشوشتات زمین حوصله و قبضیت (Pelvic floor disorder and constipation) :

آفات فرش حوصله بطور ابتدایی به اشکال ذیل تقسیم بندی میشود.

- کولوریکتل
- یورولوژیک
- جینیکولوژیک.

تشوشتات این ناحیه حضور چندین متخصص را ایجاب مینماید که بصورت مشترک کار کنند که نمونه آن Complex است، آن عده از بینظمی های حوصله را که عموماً جراحان تداوی مینمایند عبارتند از ریکتل پرولپس، اینتیروسیل و تشوشتات وظیفوی عضلات فرش حوصله (anismus و یا سپزم عضله لیواتور). باید گفته شود که تشوشتات وظیفوی به آن حالتی گفته میشود که در ساختمان های اناتومیک کدام نقیصه موجود نباشد بلکه تنها تشوشتات وظیفوی موجود باشد. این مشکلات معمولاً به مداخلات جراحی ضرورت ندارند مگر به هر حال این مشکلات از اعراض و علایم امراض جراحی تقلید مینمایند و برای اینکه به صورت صحیح تشخیص و تداوی شوند باید بطور کامل معلومات بدست آید. گرچه قبضیت مزمن یک تشوش وظیفوی میباشد مگر وقتیکه تداوی طبی نتیجه ندهد یک تعداد افراد نیاز به عمل جراحی پیدا مینمایند. باید گفت که برای معاینات و جراحی این قبیل آفات در ذیل بیان شده:

ارزیابی و معاینات :

فزیولوژی لابراتواری انوریکتل :

معاینات وظیفوی انوریکتل نقاط ذیل را در بر میگیرند:

- معاینات سیستمتایک انوریکتل بشمول حالت استراحت و یاتحت فشار Squeeze
- عکسات مقعدی
- سرعت انتقال سیاله عصب پودندال
- الکترومایوگرافی الیاف عضلی

برای اندازه گیری فشار انال کانال (مونومیتري) از یک بالون پراز آب که با سوند و ترانسدوسر ارتباط داشته و در انال کانال جایجا میشود استفاده مینمائیم. اندازه کردن فشار های squeeze resting, در نقاط مختلف کانال انال وظایف، تون و مقویت معصره های داخلی و خارجی را نشان میدهد. اندازه نورمال آن (40-80 mmHg) میباشد.

فشار resting وظایف معصره داخلی و فشار squeezing وظایف معصره خارجی را نشان میدهد. معلوم نمودن فشار کانال انال ما را از عدم توانایی درتغوط تا تغوط انسدادی کمک مینماید. پروسه E.M.G. برای معلوم نمودن فعالیت حرکی عضلات پوبو ریکتل کمک و مقایسه فشار , rest

push و squeeze کردن (تغوط تنبه شده) ازدیاد recruitment الیاف عضلی در اثناي زور زدن براي سندروم پارادوکسیک پوبوریکتالیس پتالوژیک میباشد و یا تقلص غیر مناسب پوبوریکتالیس. زمان حرکي عصب پودیندل توسط یک ترانسدوسر مخصوص اندازه میشود. در معاینات جس مقعدي که به واسطه گذاشتن انگشت الکتروود در طرف راست و چپ لیواتور کامپلکس به تماس میآید. 1,8-2,2msec حالت نورمال آن میباشد. اگر از این حالت زیادت به میان آید به آفات ترضیضي مهبل، کانال انال، sacral root یا به یک آفت مزمن مانند دیابیت دلالت میکند.

دیفیکوگرافي:

این یک طریقه بسیار مفید است که برای معلوم نمودن کیفیت تشوشات مختلف زمین حوصله استفاده میگردد در این طریقه بعد از این که مریض مواد کثیفه منحل در اب رابلع نماید تا امعای رقیقه مشاهده گردد باریوم Past در مهبل و ریکتوم گذاشته میشود و قتیکه مریض در هنگام فعل تغوط باریوم اطراح نماید همان تشوشات که در وقت عملیه تغوط به وجود میآید به واسطه فلوروسکویی ثبت میگردد. توسط این معاینات معلومات وظیفوی و اناتومیک بدست میآید همچنان در مورد یک تعداد ابنارملیتی مثل ریکتوسیل، اتیروسیل و پروپس مهلبی معلومات بدست میآید.

پروپس ریکتم:

اسباب:

Alexis Moschcowity در سال 1912 پیشنهاد نمود که پروپس ریکتوم از sliding hernia جوف دو گلاس که بین صفاق زمین حوصله به داخل جدار قدامی ریکتوم صورت میگیرد به میان می آید. ادعای مذکور به این اساس بود که فرش حوصلی اشخاص مصاب به پروپس متحرک و بدون حمایه میباشد همینطور بعضی اوقات میتواند اعضای مجاور همراي پروپس دیده شود. با استفاده از دیفیکو گرافي در سال 1968م Broden و Sneliman توانستند واضح نمایند که پروپس عبارت از تغلف ضخامت مکمل جدار ریکتوم میباشد که 3- انچ بالاتر از dentate line شروع شده و به طرف سفلی الي کنار انال وسعت پیدا میکند. یگانه علت مهم در توضیح فوق که سبب به میان آمدن پروپس میگردد ضعیفی فرش حوصلی میباشد.

خانم هاي که سن شان 50 ساله یا اضافه تر از آن باشد 6 برابر نسبت به مرد ها چانس مصابیت به این آفت را دارند. باید گفت که وقوعات اعظمی این حادثه در زنها عموماً در دهه هفتم زندگی به میان میآید. لیکن بعضا این آفت در سن 40 سالگی نیز به میان میآید.



در میان مردان جوان پروپس اکثراً به تعقیب تشوشات روانی واقع میگردد. مردان جوان که به پروپس مصاب میباشند زیاد ترمایل به ادویه ضد قبضیت دارند و در اعراض قابل ملاحظه مربوط به وظایف امعا را پور داده اند.

اناتومی و پتوفیزیولوژی:

مریضانی که به پرولپس مصاب میباشند اکثراً در بین آنها خصوصیات وصفی ذیل موجود میباشد. دیاستاز عضلات لیواتورانی، عمیق بودن غیر نورمال جوف دو گلاس، معصره مقعدي (apatalous)، از بین رفتن تماس ریکتوم با عجز.

برای فکتورهای مساعد کننده آن، تحقیقات زیادی صورت گرفته است. قبضیت دوامدار که با زور زدن همراه باشد در بین 50% مریضان موجود میباشد. همینطور 15% مریضان از اسهالات شاکی میباشند ریکتل پرولپس در نتیجه مولتی پاریتی به میان آمده و 35% آن مترافق با nuleparous میباشد و قتیکه پرولپس به میان آمد عدم توانایی در تغوط یک عرض بسیار بارز است که در 50 - 75% مریضان موجود میباشد. مریضانی که به incontinent پرولپس مصاب میباشند. در آنها نیوروتی پروکسیمل بای لاتیرل پودندال موجود است که این به نوبه خود سبب به میان آمدن اتروفی بدون عصبی معصره خارجی میگردد. تخریب عصب پودندال سبب ضعیفی، معصره مقعدي و فرش حوصلي گردیده و سبب عمده تشوشات زمین حوصله را تشکیل میدهد. باید گفت که تخریب عصب پودندال میتواند به واسطه ضربه مستقیم، امراض مزمن مثل دیابت و یا هم توسط پروسه نیوپلاستیک که سبب تخریب جذر عصب عجزی میگردد به میان بیاید. اعراض پرولپس همراه با تشکل و توسع آفت مساویانه پیشرفت مینماید که در ابتدا پرولپس توسط زور زدن و تغوط پائین میآید مریض از یک کتله شکایت دارد این شکایت میتواند سه سال موجود باشد و هم میتواند با عدم توانایی غایطی همراه باشد. در ابتدا پرولپس بطور بنفسهی خود بخود ارجاع گردیده مگر در صورت که به پرولپس مزمن تبدیل گردید، توسط انگشتان به ارجاع ضرورت پیدا میکند. غشای مخاطی پرولپس مزمن میتواند ضخیم، تقرحی و یا زیاد خون دهنده باشد، و یا بعضاً ریکتل پرولپس از سویه معصره مقعدي پائین تر به میان میآید که این حالت بتداوی عاجل جراحی ضرورت دارد.

معاینات و تشخیص تفریقی:

یک شکل عام که از پرولپس ریکتوم باید تشخیص تفریقی گردد عبارت از هیموروئید داخلی غیر قابل ارجاع پرولپس شده میباشد. این کار عموماً توسط تفتیش عمیق صورت میگردد که در آن به التوات نسج پرولپس شده نگاه میشود. در حالت پرولپس ریکتوم این التوات همیشه متمرکز میباشند. لکن التوات بواسیریه شکل invagination شعاعی تظاهر مینماید. همینطور هیموروئید پرولپس شده غیر قابل ارجاع پرولپس شده باعث درد شدید، تب و احتباس ادرار میشود. لکن ریکتل پرولپس غیر قابل ارجاع به آسانی ارجاع گردیده و درد نمیداشته باشد. اخذ تاریخچه دقیق، معاینات فزیک، و کولونوسکوپی باید قبل از مداخله جراحی صورت گیرد. 35% مریضان که ریکتل پرولپس دارند هم از عدم اقتدار بولی شکایت دارند و 15% دیگر از پرولپس مهبلی شاکی هستند. اگر از نگاه تاریخچه بر تشخیص آن شک موجود باشد و هم در معاینه فزیک کد ام آفت تشخیص نه گردد در این صورت باید از مریض تقاضا گردد که در وقت فعل تغوط برای تأیید آن توسط زور زدن پرولپس بسازد. باید گفت که معاینه عجان در حالت نشسته و یا در حالت squatting زیاد مفید میباشد. همچنان عملیه دیفکوگرافی هم برای حل مشکل رول به مهم دارد. همانطوریکه مریضان

مسن برای نیوپلازم کولوریکتل زیاد مساعد میباشند از این جهت باید کولونوسکوپی و یا اماله باریوم قبل از عملیات اجراء گردد.

برای ارزیابی اعراض عدم توانایی تغوط معاینات دیگر به شکل قبل از عملیات اجرا میشود مانند مونومتری مقعدی و pudental nerve terminal motor latency هم توصیه میگردد مگر نتایج این معاینات در واقعات بسیار کم ستراتیژی عملیات را تغییر میدهد. آن مریضانیکه شواهد تشوش عصب دارند بعد از تداوی پرولپس دارای سرعت بلند وقوعات عدم اقتدار غایطی میباشند.

تداوی جراحی:

اضافه از 50 نوع ترمیم ثبت گردیده که اکثر آنها تنها از لحاظ تاریخی قابل یاد آوری بوده و این ها عبارتند از:

۱. Anal encirclement

۲. Mucosal resection

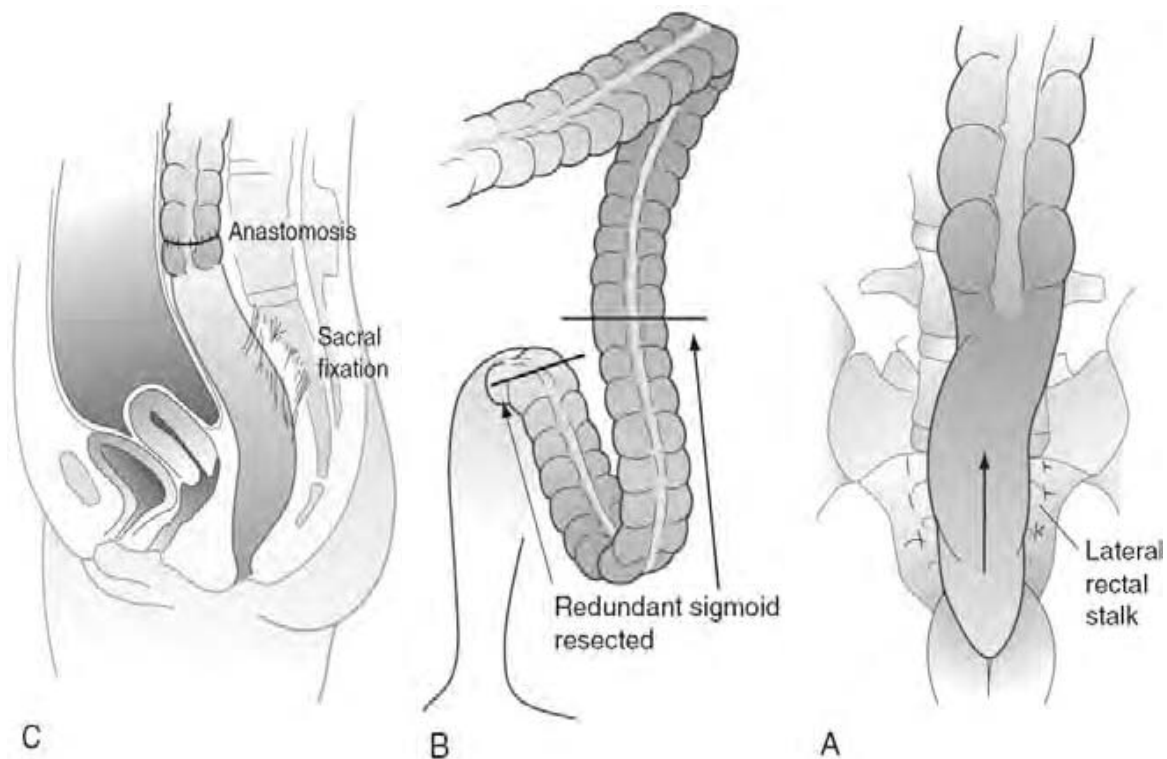
۳. Perineal Proctosigmoidectomy

۴. ریزکشن قدامی با یا بدون ریکتوپیکسی و یا تنها ریکتوپیکسی

دو میتود جراحی که زیاد به کار برده میشود مداخله از طریق بطن و یا عجان میباشد. انتخاب میتود جراحی مربوط به همکاری مریض و داکتر، تجربه جراح و عمر مریض میباشد. این طور نظریه موجود است که در مداخله عجانی مرگ و میر مریضان، درد و همینطور ماندن مریض در شفاخانه کمتر میباشد. علاوه بر فواید فوق چانس نکس واقعات نیز موجود است.

در ترمیم Ripstein، پروستیتک میش در اطراف ریکتوم متحرک گذاشته شده. میش به تماس صفاق قدامی عجز که در ناحیه Promantory عجز قرار دارد، میآید، سرعت نکس این عملیه در حدود 2.3 - 5% میباشد. برای این عملیه امعا به شکل میخانیکی به واسطه محلول پولی ایتلین گلایکول و سودیم فاسفیت آماده میگردد. در این عملیه موبلایز کردن ریکتوم را در هر دو طرف در بر میگیرد (در خلف الی قسمت سفلی عصص).

Ripstein جدا کردن قسمت علوی رباط وحشی رکتوم را تو ضیح نموده لکن علمای دیگر آنرا در جای خود باقی گذاشته زیرا که به قول آنها در مریضان که قسمت وحشی لیگامنت جدا گردیده بعد از عملیات فیصدی قبضیت در آنها به 50% میرسد.



شکل (66-48)

زمانیکه ریکتوم موبلایز شود به اندازه 5 سانتی متر میشد در اطراف قسمت قدامی آن در سویه ریفلکت بریتوان قرار داده میشود.

بعد از آن هر دو طرف میشد توسط تار غیر قابل جذب همراه صفاق قدام عجزتقريباً به فاصله یک سانتی متر از خط متوسط خیاطه میشود. البته این عملیه برای محکم شدن میشد صورت میگیرد تا اینکه از بی جا شدن آن جلوگیری به عمل آید. نکته ای که قابل ذکر است و آن اینکه در قسمت انتخاب میشد مباحثاتی زیادی موجود است که بعضی انواع آن قرار ذیل اند:

1- Autologus fascia lata

2- محصولات غیر قابل جذب مصنوعی مثل تیفلون، ایوالون

و چانس نکس مرض در تمام تکنیک های فوق کمتر از 10% میباشد. اختلالات اینها عبارت از انسداد امعای غلیظه، ایروژن میشد در بین امعا، جروحات حالب و فبروزیز، انسداد امعای رقیقه، فستول مهبلی رکتوم و ایمپکشن مواد غایظه. وفیات بعد از عملیات 20% و یا کمتر از آن بوده. همچنان میشد ریکتوپکسی باعث اصلاح کنترل تغوط شده (50%). فایبر، مایعات و نرم کننده مواد غایظه بعد از ترمیم پروپس رکتوم برای تنظیم قبضیت مفید تمام میشود.

بعضی اوقات مسهلات ضعیف مثل Magnesium citrate, milk of magnesia یا تداوی اساسی پولیتیلین گلایکول هم برای مدت کوتاه ضروری و مفید تلقی میشود.

در حال حاضر برای قبضیت یک تداوی جدید به میان آمده که عبارت است از 5HT4 receptor agonist فمی مثل Tegaserod maleate که به منظور تداوی قبضیت قصیر المدت استعمال میگردد.

یک طریقه دیگر که میشد در آن استعمال میشود پروسیجر خوب است. در این طریقه میشد اول به قسمت خلفی Rectal fascia propria وصل گردیده بعد از آن به شکل طریقه قبلی همراه صفاق قدام عجز تشبیهت میگردد. درین میتود اختلاط بندش ریکتوم کم است. در استعمال سنتیتیک میشد غیر قابل جذب نکس واقعات و تشوشات تخلیه کمتر بوده، لکن بدین طریقه اندازه وقوع اسی حوصلی زیاد میباشد.

یک نقطه دیگر که باید در نظر گرفته شود اینست که پولی وینایل الکول در موشها مؤلده سارکوما شناخته شده لکن در انسانها تا حال این موضوع ثابت نه گردیده است. یک تخنیک دیگر که زیاد مروج است پروسه ریزکشن ریکتوپیکسی است.

این پروسه برای بار اول توسط Frykman و Goldbery در سال 1969م ایجاد گردید. این طریقه در ایالات متحده امریکا در طی سی سال گذشته زیاد عمومیت پیدا نموده است. فقدان میشد مصنوعی، آسانی عملیات، کاهش قسمت اضافی کولون سیگموئید عوامل اساسی برای اجرا این پروسه است. اندازه نکس آن کم بوده که فیصدی آن تا حدود 5-2% میرسد. و اختلاطات آن در حدود 0-20% بوده که اختلاطات عمده آن انسداد و لیکاز ناحیه انستوموز میباشد. در این طریقه کولون سیگموئید و ریکتوم تا عضله لیواتور آزاد میگردد. اوتار وحشی لیگامینت از عمق حوصله با لاتر جدا گردیده و به صفاق پری سکرال دوخته میشود. بعد از آن مساریقه کولون سیگموئید جدا گردیده طوریکه که شریان سفلی مساریقوی نگهداشته شده یک tension free anastomosis قائم گردد. یک تخنیک اصلاح شده دیگر اینست که باید اوتار وحشی نگهداشته شود و اتصال یک طرفه میزانتیر ریکتوم با عجز در سویه پروماتتور عجزی انجام شود. در این پروسه قطع کردن سیگموئید تحت مباحثه است. در این طریقه قبضیت در آن عده مریضانی که قبلاً از قبضیت شاکی بودند الی 50% کاهش میابد.

طریقه perineal proctosigmoidectomy برای اولین بار توسط Mikuliez در سال 1989م معرفی گردید و در اروپا از سالها قبل تا حال به عنوان یک طریقه دلچسپ قبول گردیده، این پروسه توسط Miles در UK و توسط Altmeier در ایالات متحده امریکا نشر گردید. چنانچه در پروسه های بطنی کمتر مشاهده میگردد نکس دارند بنا بر این طرفداران زیاد دارند و طریقه عجانی صرف برای مریضانی که زیادترین خطرات عملیاتی متوجه آنهاست استعمال میشود.

مطالعات جدید نشان داده است که جراحان باید در این تخنیک توجه زیاد نمایند، بالخصوص در مریضان جوان تا اینکه جروحات اعصاب اوتونومیک به میان نیاید که سبب عقامت میگردد. پروسه perineal proctosigmoidectomy را با لیواتور پلاستی قدامی یکجا دربر میگیرد. پروسه اخیر برای تدای لیواتور دیاستازیز که اکثراً با این شکل همراه است اجراء میگردد. به عنوان یک نظر کنترل غایبی توسط این مانوره بهبود میابد زیرا همیشه امعای بزرگ به شکل میخانیک پک میشود. به مریض وضعیت Pronejak Knife داده شده و فولی کتیر برای تطبیق میگردد. بعد از آن مخاط ریکتوم توسط باب کاک و ایس کلمپ گرفته شده تا اینکه تمام ضخامت پروپس به صورت صحیح آشکار گردد. سپس یک شق مدور به اندازه 1.5 سانتی متر در قسمت قریبه dentate line اجراء میگردد. پیریتونیا ریفلکت سفلی را میتوانیم در قدام باز و داخل جوف پیریتون شویم.

مسارقه ریکتوم و سیگموئید را به ترتیب کلمپ نموده میبندیم تا اینکه هیچ امعای برآمده باقی نماند. بعد از آن کولون درهمن نقطه ترانزیکت گردیده و دربین کولون و انال کانال تفمم صورت میگیرد که میتواند توسط سوچر و یا staples اجراء شود. مریضانیکه perineal proctosigmoidectomy برای آنها اجراء میشود عموماً داری عمر زیاد و فیات آنها زیاد میباشد نظر به مریضانیکه برای ترمیم بطنی انتخاب شده. اندازه اختلاطات این پروسیجر کم بوده و اندازه عود آن به 16% افزایش میا بد که اختلاطات عمده آن قرار ذیل است:

۱. خونریزی staple یا خیاطه

۲. اسی حوصله

۳. بازشدن suture line

۴. Perineal evisceration

فواید این تکنیک قرار ذیل است:

۱. کمبود درد

۲. عدم موجودیت شق بطنی

۳. ماندن مریض در شفاخانه برای مدت کوتاه

Encirclement انال برای پرولپس رکتوم یک تخنیک جراحی بسیار قدیمی بوده که در این تخنیک برای اولین بار در سال 1891م silver wire توسط Theirsch معرفی گردید. مگر بعد ها مواد مختلف دیگر مثل stainless steel wire، میش غیرقابل جذب، Small silastic bands، نیلون و پولی پروپیلین به میان آمدند. این تخنیک زمانی استعمال میشود که نزد آنها خطری عملیات موجود باشد زیرا که در این تخنیک عملیات زیر انستیزی موضعی صورت میگیرد. در این طریقه به مریض وضعیت pronejak knife و یا به شکل لیتوتومی داده میشود. ساحه انال تعقیم گردیده و بعد از آن دوشق کوچک وحشی اجراء میشود. و ایریا خیاطه توسط یک سوزن منحنی داخل یک شق گردیده و از شق دیگر خارج میگردد. این عملیه چندین بار تکرار میگردد و بعد از آن گره داده شده و این گره در قسمت وحشی غرض میشود. فوهه ئی که به میان میآید باید به انگشت شهادت اجازه دخول بدهد. در این طریقه عدم اقتدار غایطی که با پرولپس ریکتوم همراه است اصلاح نمیگردد و همینطور اندازه عود (نکس) هم زیاد است (<30%). علاوه بر این اگرچه اندازه و فیات آن کم است (0%) مگر اندازه مریضی آن زیاد است. در این میتود موجودیت واقعات ذیل زیاد عمومیت دارد.

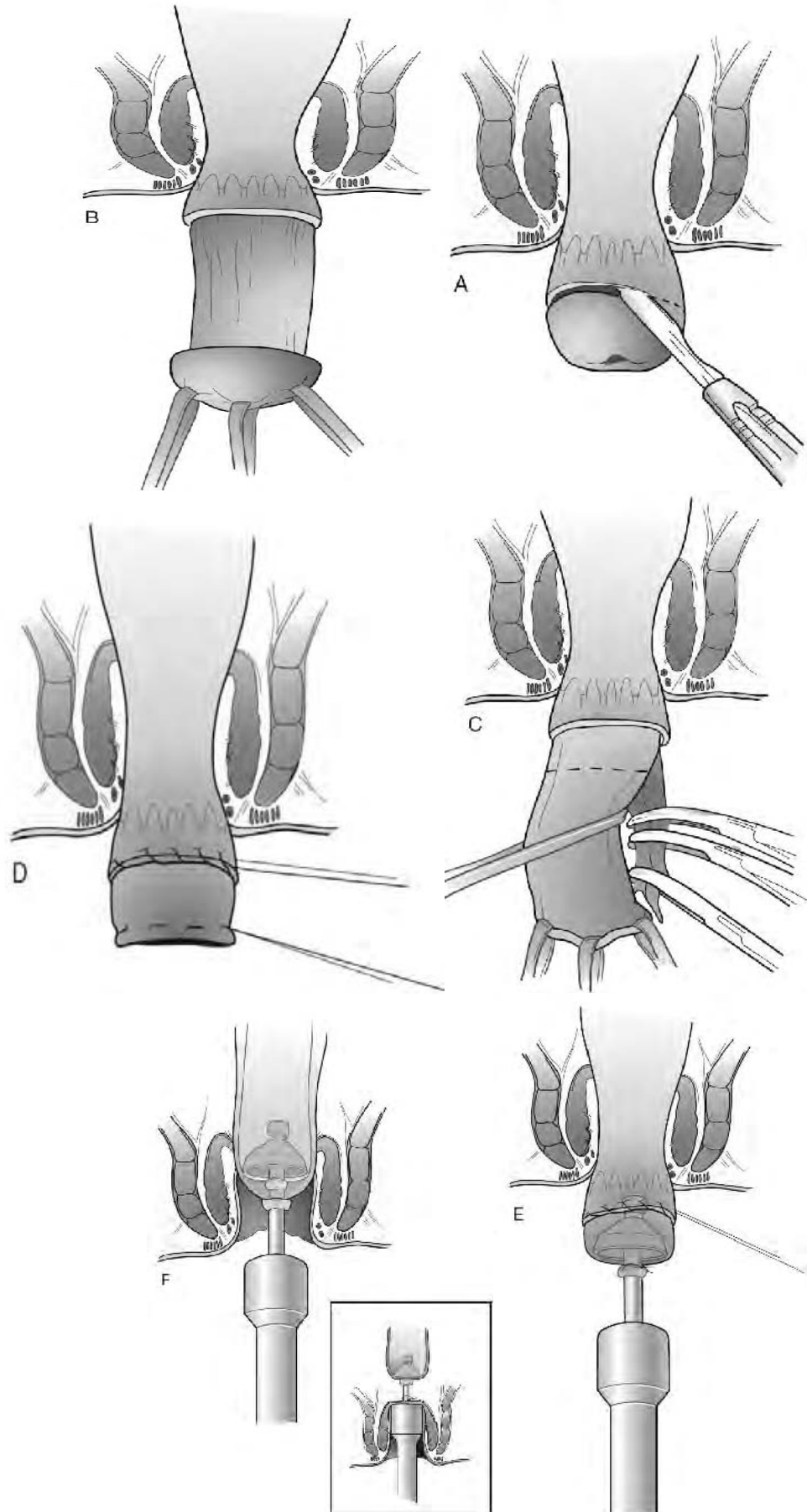
۱- زخمهای معصره از بابت وایر

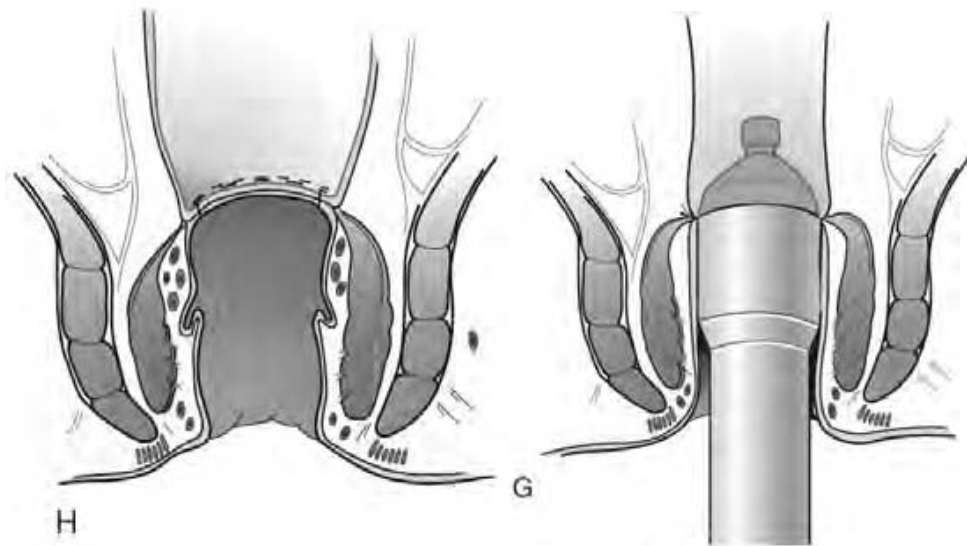
۲- فستول مقعدی مهبلی

۳- سخت شدن مواد غایطه

۴- اتانان ریکتل پرولپس و غیرقابل ارجاع

وقوعات عملیات دوباره 7-59% در لیتراتور راپور داده شده است.

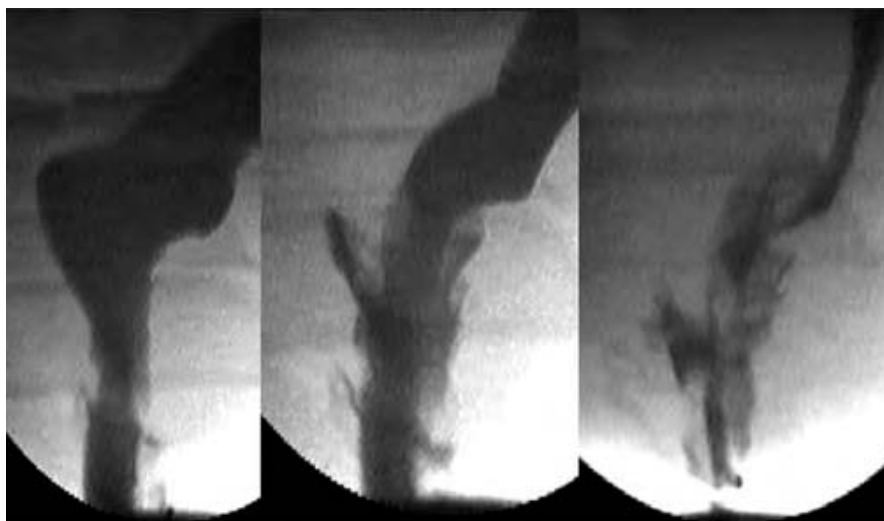




شکل (67-48)

:Internal prolapsed and solitary rectal ulcer syndrome

دو بخش قابل مباحثه که توسط ریکتال پرولپس اشغال شده موجود است. یکی آن تداوی سندروم قرحه واحد ریکتوم (SrUS) و دیگر آن تغلف داخلی مخاطی ریکتوم. میباید ساختار این SRUS از نظر گراس پتالوژی تشریح گردیده که دارای ساختار قرحه با یک مرکز عمیق فیبرینی بوده که میتواند شباهت با آفت polypoid داشته باشد. موقعیت این آفت از کنار مقعدی به اندازه 4-12cm بوده که در قسمت قدامی ریکتوم موقعیت دارد که میتواند به شکل یک تغلف داخلی و یا به شکل ضخیم به میان آید. این مریضان معمولاً جوان و خانم ها بوده و بطور اوسط دارای 25 سال عمر میباشند. مریضان معمولاً تاریخچه زور زدن و مشکلات در تخلیه تغوط را دارند.



شکل (68-48)

این قرحه ریکتوم معمولاً به واسطه پروکتوسکوپی و یاسیگموئیدوسکوپی معلوم میشود که معمولاً با خونریزی، زور زدن، و قبضیت همراه میباشد. گرچه سبب اساسی SRUS تا هنوز مبهم است مگر نظریات زیاد تر بالای اسکیمیا تمرکز دارد. آن التواکه دارای قرحه میباشد اساس تغلف راتشکیل



میدهد. موجودیت تاریخچه زور زدن مزمن تکراری و یا نقطه اساسی تغلف پرولپس سبب اسکیمیا، تخریب انساج، و به میان آمدن قرحات میگردد. از نظر هستولوژی یک طبقه ضخیم فبروز و ایگزودات فیبرینی مرکزی موجود میباشد. دیگر دست آورد های پتالوژیک عبارتند از غدوات مملومخاط که بر موقعیت غیر نورمال طبقه تحت المخاطی قرار دارد و توسط اپیتلیوم نورمال کولونی استر گردیده مثل (colitis cystica profunda) .

SRUS باید با اتان، حالات خبیثه، و مریضی کرون تشخیص تفریقی گردد و اکثراً زیاد آسان میباشد. که در این حالت در پهلوی اعراض کلاسیک موقعیت قدیمی و لوحه پتالوژیک رول عمده را بازی مینماید .

ارزیابی تشخیصی ذریعه دیفیوگرافی عبارت است از پروسیجر رادیولوژیک انتخابی و تقریباً همیشه باعث نشان دادن تشوشات این ناحیه شده مانند :

۱- پرولپس ریکتومی دارنده ضخامت تام

۲- پرولپس داخلی

۳- paradoxic puborectal syndrome (که در وقت زور زدن عدم کفایه استرخای بستر عضلی فرش حوصله موجود میباشد)

۴- فولدهای ضخیم ریکتومی

ترمیم این آفت از طریق بطن صورت گرفته که 80% نتیجه خوب داده، توصیه تغذیه مناسب و استفاده از ادویه ضد التهاب نیز اهمیت خاص دارد، Excision موضعی در تداوی آن نیز نتیجه مطلوب داده، در صورت که جرحه بسیار کلان، درد، خونریزی و خیم و سپرم موجود باشد، ضرورت به سیگموئید کولستومی موقتی داشته میباشد، تغلف داخلی برای اولین مرتبه در آخر سال 1960 تشریح شده که دیفیوگرافی تازه شروع به استعمال کرده بود و این حالت به نام پرولپس داخلی یا مخفی یاد میشود و محدود به غشای مخاطی و تحت مخاط بوده که از طبقه عضلی مخاطی جدا و به طرف انال کانال پائین میگردد (Slides). این مریضان اکثراً از تشوش وظیفوی تغوط شاکی بوده تداوی آن جراحی با میتود دیلورم است که از طریق انال ریزکشن مخاطی اضافی صورت گرفته و یا به میتود Ripstin از طریق بطن ترمیم میگردد.

ریکتوسیل :

ریکتوسیل به شکل یک کیسه در قدام رکتوم بر آمده و از قسمت دیستال رکتوم به قسمت دیستال انال کانال وسعت پیدا کرده و معمولاً در قسمت علوی مغلق معصره قرار داشته می باشد.

اسباب :

اسباب شامل چندین فکتور است که باعث کشش صفاق اندوپیلویک و ضعیفی پیلویک فلور توسط ازدیاد فشار مزمن داخل بطني شد. در نتیجه باعث تفتق رکتوم داخل مهبل میشود.



اعراض و علائم :

اعراض عمده رکتوسل (Stool trapping) یک بندش در تغوط است، و زنان اکثراً احساس فشار یک برآمده گی در قدام رکتوم کرده که فعل تغوط را مشکل ساخته. با معاینه جس معقدی تخلیه مقدار زیاد غایطه، و یا موجودیت برآمده گی ریکتوسیل که غشای مخاطی مهبل را به قدام تپله کرده، بعضاً قرحات خشک و نا راحت کننده موجود بوده، بعضاً رکتوسیل بسیار خورد موجود بوده که کمتر از 2cm می باشد.

تداوی :

تداوی ریکتوسیل جراحی بوده دو طریقه مهم موجود است از طریق مقعدی و از طریق مهبل که توسط جراح انتخاب میشود. ولی ترمیم آن از طریق رکتوم باعث کاهش در نکس مرض شده و در 45% مریضان که نزد آنها ترمیم ریکتوسیل انجام داده شده، اعراض انسدادی تغوط رفع شده، ولی پارادوکسیک Puborectalis سندروم بعد از عملیات میتواند مد نظر باشد که توسط تداوی Bio feedback مناسب اصلاح میشود. دیکوگرافی برای ارزیابی این نوع مشکلات قبل از عملیات بسیار مهم است.

قبضیت :

قبضیت یک عرض است و اکثراً توسط مریضان به خاطر بیان کردن مشکلات مختلف استعمال میشود. و اکثراً در اشخاص مسن واقع شده، در یک راپور دیده شده که 50% زنان و 30% مردان مسن بالاتر از 65 سالگی متاثر شده، همچنان قبضیت وظیفوی نیز در اشخاص مسن زیادتر دیده میشود، لیکن میتواند در اشخاص جوان نیز دیده شود.

اکثر اشخاص قبضیت را به مفهوم کاهش در تعداد تغوط بیان میکنند که در اضافه از 25% مریضان زور زدن و احساس نا مکمل تغوط را حکایه میکنند در حالت نورمال تعداد تغوط روزانه سه مرتبه یا هفته سه مرتبه میباشد.

اسباب قبضیت متعدد است و در ارزیابی قبضیت حاد موجودیت اعراض تعداد تغوط، تغیر در شکل غایطه، اخذ تداوی جدید، موجودیت یا عدم خون در غایطه، قابل یاد آوری میباشد.

در معاینات فزیکي معاینات رکتوم و پروکتوسکوپی شامل است.

درین اواخر قبضیت به چندین کتگوری تقسیم شده که عبارتند از دپیریشن یا اشخاص دیبیل، دوا های جدید، حالات اندوکرین مانند هایپوتایروئیدیزم و تغوط انسدادی می باشد. لیکن اکثراً قبضیت ها مزمن و وظیفوی میباشد، که توسط توصیه مایعات و رژیم غذایی فایرتداوی میشود.

مریضان که اعراض آن مرکب از زور زدن و تغوط غیر مکمل با فریکونسی غایطی نور مال در جمله تغوط انسدادی ارزیابی میشود. معاینات فزیکي و دیفیوگرافی معلومات زیاد ارایه مینماید. رکتوسل عرضی حالتی است که در جریان دیفیوگرافی مواد غایطه بصورت مکمل تخلیه شده میتواند. همچنان میتواند

پروپس عنق رحم با ریکتوسیل یکجا موجود باشد. مانومیتري انال با الکترومیوگرافي در قسمت تشوشات اناتومیك ناحیه و تشخیص پارادوکسیك Puborectalis سندروم کمک میکند. تداوي bio feedback درین واقعات استطباب دارد و همچنان ریکتوسیل یا تشوشات وظیفوي ناحیه نیز اصلاح میشود. همچنان برای تشخیص آفات نیوپلاستیك امعا غلیظه، خصوصاً مریضانیكه تشوش عادت معایي دارد از معاینات کولونوسکوپي، سیگموئیدوسکوپي Test gaiac غایطه استفاده میشود.

در صورت که کولونوسکوپي نورمال باشد برای مریض ارژیم تراپی شروع شده، گرفتن معاینات زیاد روزانه الي دو لیتر، فایبر تراپی نیز توصیه شده، در صورت قبضیت وظیفوي از مسهلات برای مدت کوتاه استفاده شده و در صورت که با تداوي فوق نتیجه مطلوب بدست نیامد از معاینات دیگر استفاده میشود.

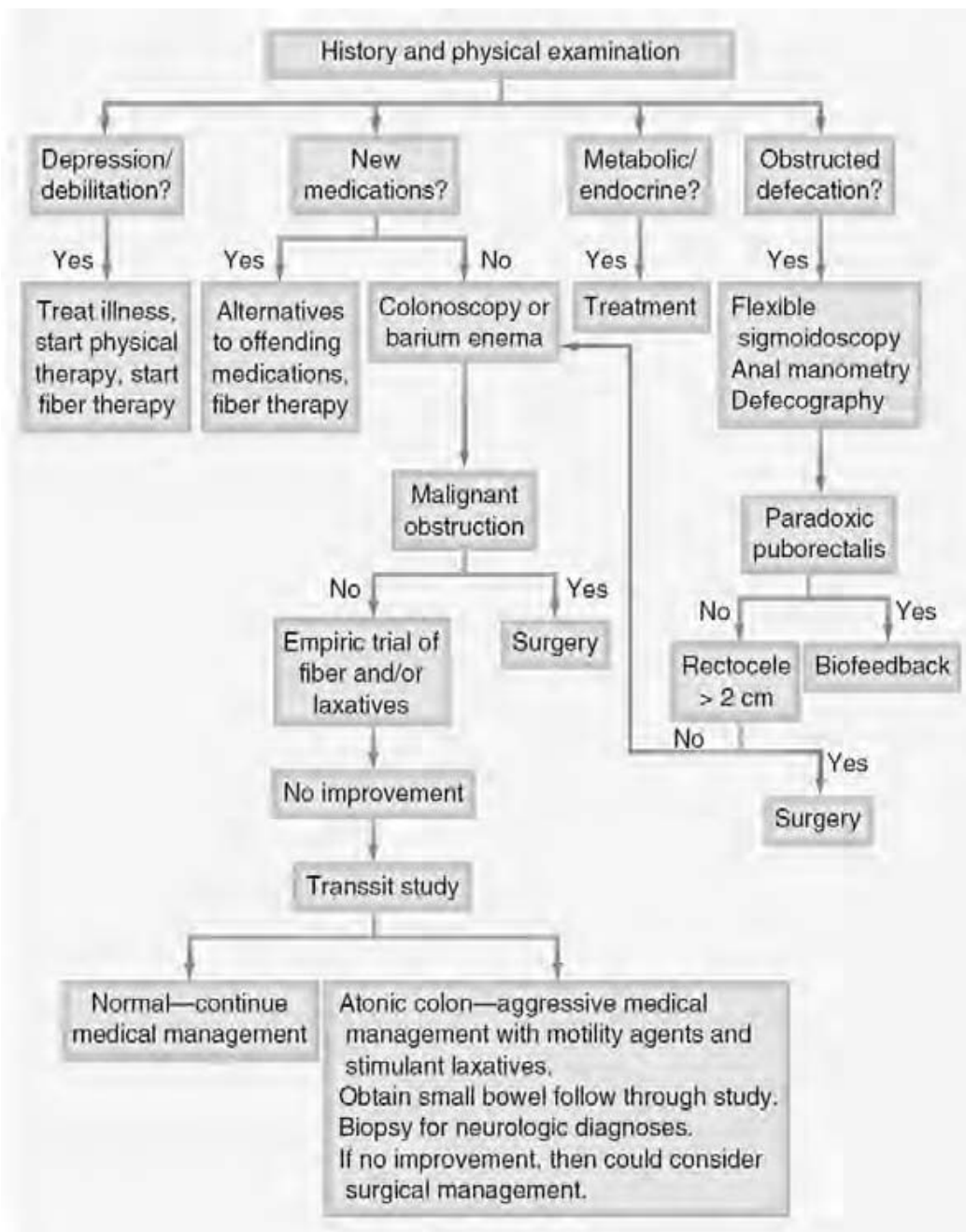
مطالعه ترانزیت امعا غیظه:

اندازه کردن ترانزیت کولون کمک زیاد در تشخیص Slow transit قبضیت میکند، تکنیک های بسیار زیاد موجود است تا وقت ترانزیت کولون را اندازه کند. دو هدف عمده در اندازه کردن آن موجود است، یکی آن Whole gut، دیگر آن سیگمنتال می باشد.

یک تیست بسیار آسان که توسط Martelli بیان شده برای مریض توصیه مواد لگراتیویا ادویه قبضتي مانند مستحضرات آهن سه یا چهار روز قبل از تیست منع قرار داده، مریض یک کپسول که دارای 20 رادیوپیک مارکر بوده بلع کرده رادیوگرافي بطن هر دو روز بعد مجموعاً برای 7 روز گرفته شده تا که کپسول رادیوپیک نشانی شده خارج شود. و در 3 ناحیه کولون خوب Quantified می باشد (راست، چپ و رکتوسیگموئید). در حالت نورمال 80% مواد نشانی شده در مدت پنج روز بعد از هضم خارج میشود ولی در ترانزیت آهسته و قبضیت این حالت موجود نمی باشد.

قبضیت ترانزیت آهسته:

2% مردم جامعه همیشه از قبضیت مزمن وظیفوي شکایت می داشته باشد و اکثریت این مریضان خانم های جوان را تشکیل میدهد و این مریضان از سن طفولیت تاریخچه قبضیت داشته. فریکونسی حرکات امعا بسیار متفاوت می باشد، هفته یک یا دو مرتبه و یا یک مرتبه در هر دو و سه هفته.



مریضان درد بطن، بطن بزرگ و بادی، دلبدی همراه با قبضیت داشته، مریض از استعمال دوامدار مسهلات، اماله و همچنان امراض روانی خصوصاً دپریشن نیز شاکی بوده، آفات خبیث درین گروپ مریضان نادر است. استعمال باریوم برای معاینات این گونه مریضان مفید است که ذریعه آن مورفولوژی کولون و توسع واضح شده، بیوپسی استتباب ندارد تا وقت که در باره نیوروپاتیک قبضیت زیاد مشکوک باشیم.

اسباب قبضیت ترانزیت آهسته نا معلوم بوده، ولی مطالعات که در (29 - 39) مریض که سب توتال کولیکتومی انجام داده یک ضعیفی قابل ملاحظه و یا عدم موجودیت ضفیره میزاتریک در تلوین ایمونوهستوکمیکال نشان داده، با توصیه رژیم غذایی فعال میتوانیم قبضیت ترانزیت آهسته را تشخیص کنیم.

و همچنان یکجا کردن آن با مسهلات، فایبر و محلول القلی پولی ایتلین گلایکول نیز کمک میکند. جراحی برای (کولونیک Inertia) ایدیوپاتیک تحت مباحثه است که معمولاً پروسیجر سب توتال کولیکتومی با ایوریکتال انستوموزیز توصیه میشود.

قبضیت ترانزیت آهسته با میگا کولون :

یک شکل بسیار مهم و کوچک قبضیت منشه عصبی داشته و بر خلاف کولونیک Inertia، کولون نورمال می باشد. 50% این مریضان مردان، تداوی جراحی همیشه توصیه شده زیرا تداوی طبی نتیجه نداده، امراض که شامل اینهاست، مریضی Chagas، Hirschsprung و دیسپلازیا معایی عصبی میباشد. تمام اسباب قبضیت ترانزیت آهسته در آن دخیل بوده، موجودیت رکتوم متوسع یک علامه غیر ثابت بوده وبصورت مشخص در مرض Hirschsprungs دیده نمیشود

مرض Hirschsprung زیادتر در اشخاص جوان تشخیص شده که از تشوش تخلیه شاکی بوده معمولاً درین مریضان قسمت دیستال رکتوم مصاب میباشد. و باقی مانده قسمت کولون از سبب انسداد قسمی و مزمن متوسع بوده و غایطه به صورت وصفی در قسمت دیستال رکتوم موجود نبوده، علایم فیزیکی آن اطفال مشابه بوده، در اماله باریوم قسمت دیستال رکتوم ضخیم بوده با پروکسیمال کولون متوسع، در مانومتری مقعدی عکسه رکتوانال نهی شده، که دلالت بر عدم موجودیت توانایی نیوپولوژیک در ریلکس کردن کولون میکند. تشخیص هستولوژیک توسط بیوپسی از قسمت دیستال مخاطی رکتوم انجام میدهد، تداوی آن جراحی میباشد.

میگا کولون معمولترین اختلاط تریپانوزوما می باشد. سبب آن تریپانوزوما می Cruze بوده، و په شکل اندیمیک در امریکای شمالی دیده شده، این آفت از سبب نقصان عصبی میگاکولون بوجود آمده، ایمیا کشن غایطی و تدور معمولترین اختلاط بوده، تداوی آن جراحی و عملیات (Pull through) با قطع کولون و رکتوم با ایجاد (Ileal-j-pouch) یا (Park's pouch) انجام پذیرفته.

دیسپلازیا معایی عصبی در دیفکت ولادی وسیع معایی Mural ganglia بیان میکند. شکل اولی آن زیادتر در اطفال دیده شده و شامل هایپوپلازیا اعصاب سمپاتیک بوده، شکل B در اطفال و اشخاص کاهل دیده شده و متصف با دیسپلازیا ضفیره تحت مخاط میباشد که باعث کاهش در حرکات Propulsion غایطه میشود. تشخیص توسط هستولوژی صورت گرفته،

تداوی طبی با مسهلات برای مدت کوتاه توصیه شده ولی تداوی انتخابی آن جراحی است. (ریزکشن، ایورکتل انستوموزیس).

ریزکشن کولون توسط لاپراسکوپي :

در سال 1919 برای اولین مرتبه ریزکشن کولون ذریعه لاپراسکوپي اجرا شده، که مربوط به تجارب جراحی بوده، کسانیکه متحمل لاپراسکوپیک عملیه شده، شق کوچک، درد کمی بعد از عملیات، مدت سپری کردن در شفاخانه کم بوده و هم زودتر به کار خود آغاز کرده، همچنان بعضی عملیات های دیگر کولون و رکتوم نیز توسط لاپراسکوپي اجرا میشود مانند Ileocectomy برای مرض کرون، ریزکشن کولون راست و چپ برای کانسر کولون و پولیپ نیز توسط لاپراسکوپي اجرا میشود.

Book Name Abdominal Surgery
Author Dr. Abdul Khaliq Dost
Publisher Kandahar Medical Faculty
Website www.kandahar-un.edu.af
Number 1000
Published 2011
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affairs of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936201408

Printed in Afghanistan. 2011

Abstract:

Abdominal Surgery is an important and basic subject, which is explain the human body all systems and organs microscopic normal structure. In this book, the students will know about the short History of surgery, and common abdominal diseases which are need to threat by surgical process. In this book we tried for best knowing of medical students the procedures of surgical operations. In other part, the student will know the structure of human tissues, organs, and systems.

For medical students that is most important to learn surgery for knowing the body normal structures and then he will understand the disease due changes in tissues, organs and systems, which we call pathology,

The Abdominal Surgery book is published according the new curriculum of credit system of Kabul Medical University, Medicine Faculty. And we tried hardly to collect new and update materials, illustrated images and tables for best knowing the medical students.

Assistant Prof

Dr. Abdul Khaliq (Dost)



د پوهندوي دكتور عبدالخالق (دوست) د كندهار پوهنتون د طب
پوهنځي د جراحي د څانگې استاد لڼډه پيژندنه:

پوهندوي دكتور عبدالخالق (دوست) د عبدالباقي زوى په ۱۳۳۸ كال كې د كندهار ښار په څلورمه ناحيه كې زيږيدلى دى. نوموړى خپلى زده كړى د كندهار د احمدشاه بابا په عالي لېسه كې په ۱۳۵۴ كال كې پايله رسولى دى. چې په ۱۳۵۴ كال كې د احمدشاه بابا د عالي لېسى څخه په اعلي درجه فارغ سويدى، بيا يې په ۱۳۵۴ كال كې د دولسم ټولگيو د فارغانو د كانكور په آزموينه كې گډون كړى وو، چې د ښو نمره په لاسته راوړلو په ۱۳۵۵ كال كې د كابل په طب پوهنځي كې شامل سو نوموړى د تحصيل په جريان كې د يو ممتاز محصل په توگه وځليد، او په ۱۳۶۲ كې د كابل د طب پوهنځي څخه په اعلي درجه فارغ او د لسانس د درجي ديپلوم ورته وركړل سويدى.

نوموړى د په ۱۳۶۶ كال كې د كابل د جمهوريت روغتون په جراحي سرويس كې تر ۱۳۷۳ كال پورې د جراحي د ترينر متخصص په صفت د ځوريدلى ولس خدمت ترسره كړ.

د لوړو زده كړو د وزارت د لويو مطابق د كادر د شمول د شرايطو د پوره كولو په اساس په ۱۳۷۴ كال كې د كندهار پوهنتون د طب پوهنځي د جراحي په څانگه كې د پوهيالى استاد په حيث مقرر شو. نوموړى د استادى په جريان كې د لوړو زده كړو د وزارت د لويو او قوانينو په مطابق د علمي ترفيعاتو د ټولو شرايطو د پوره كولو، او د مختلفو علمي آثارو او كتابونو تاليف او ترجمه، او علمي څيړنو په اساس په ترتيب او تدريج د پوهندوي علمي رتبي ته رسيدلى دى.