

امراض جراحی سیستم هضمی و ملحقات آن

پوهاند دوکتور عبدالوهاب نورا

AFGHANIC



In Dari PDF
2012



Kabul Medical University
پوهنتون طبي کابل

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

Abdominal Surgery

Prof. Dr. Abdul Wahab Noora

Download: www.ecampus-afghanistan.org



پوهنتون طبي کابل



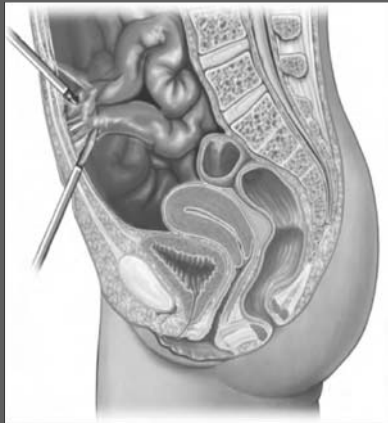
Kabul Medical University

AFGHANIC

Prof. Dr. Abdul Wahab Noora

امراض جراحی سیستم هضمی و ملحقات آن

امراض جراحی سیستم هضمی
و ملحقات آن



Abdominal Surgery

Abdominal Surgery

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

پوهاند دوکتور عبدالوهاب نورا

۱۳۹۱



پوهاند دوکتور عبدالوهاب نورا



2012

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پوهنتون طبي کابل

امراض جراحی سیستم هضمی و ملحقات آن

پوهاند دوکتور عبدالوهاب نورا

۱۳۹۱

| | |
|----------|------------------------------------|
| نام کتاب | امراض جراحی سیستم هضمی و ملحقات آن |
| مؤلف | پوهاند دوکتور عبدالوهاب نورا |
| ناشر | پوهنتون طبی کابل |
| وبسایت | www.kmu.edu.af |
| چاپ | مطبعه سهر، کابل، افغانستان |
| تیراژ | ۱۰۰۰ |
| سال | ۱۳۹۱ |
| داونلود | www.ecampus-afghanistan.org |

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه وزارت خارجه فدرالی آلمان تمویل شده است. امور اداری و تخنیکي کتاب توسط موسسه افغانیک 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
 ایمیل: wardak@afghanic.org

تمام حقوق نشر و چاپ همراهی نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان: 9789936200739



پیام وزارت تحصیلات عالی

در جریان تاریخ بشریت کتاب برای کسب علم و دانش نقش عمده را بازی کرده و جز اساسی پروسه درسی بوده که در ارتقای کیفیت تحصیلات دارای ارزش خاص میباشد. از اینرو باید با در نظر داشت ستندردها و معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

از اساتید محترم موسسات تحصیلات عالی کشور قلبا اظهار سپاس و قدردانی مینمایم که با تقبل زحمات در جریان سالهای متمادی با تالیف و ترجمه کتب درسی دین ملی خود را ادا نموده اند. از سایر اساتید و دانشمندان گرانقدر نیز صمیمانه تقاضا مینمایم که در رشته های مربوطه خود کتب و سایر مواد درسی را تهیه نمایند، تا بعد از چاپ در دسترس محصلین گرامی قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند تا جهت ارتقای سطح دانش محصلین عزیز کتب و مواد درسی جدید و معیاری را آماده نماید.

در اخیر از وزارت خارجه کشور آلمان، موسسه DAAD، سایر ادارات و اشخاصی که زمینه چاپ کتب طبی اساتید محترم پوهنخی های طب کشور را مهیا ساخته اند صمیمانه تشکر مینمایم.

امیدوارم که این کار سودمند ادامه یافته و به سایر بخش ها نیز گسترش یابد.

با احترام

پوهاند دوکتور عبیدالله عبید

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمیسیون و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمده به شمار می رود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو میباشند. آنها اکثراً به معلومات جدید دسترسی نداشته و از کتاب ها و چپترهای استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردند.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنځی های طب پوهنتون های کشور را آغاز نمودیم و تا اکنون ۲۰ عنوان کتب درسی را چاپ نموده و به تمام پوهنځی های طب افغانستان ارسال نموده ایم.

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 های 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.»

استادان و محصلین پوهنځی های طب با مشکلات زیاد مواجه اند. تدریس به میثود کهنه، عدم دسترسی به معلومات و مواد جدید درسی و استفاده از کتب و چپترهای که به کیفیت بسیار پایین در بازار دریافت میگردند از جمله مشکلات عمده در این راستا میباشد. باید آن عده از کتاب هاییکه توسط استادان تحریر گردیده اند جمع آوری و چاپ گردند. با در نظر داشت حالت بحرانی کشور جنگ زده، ما به دوکتوران ماهر و ورزیده نیاز داریم تا بتوانند در بهبود و ارتقای تحصیلات طبی و صحت عامه در کشور سهم فعال بگیرند. از اینرو باید توجه زیادتر برای پوهنځی های طب جلب گردد.

تا به حال ما به تعداد ۲۰ عنوان کتب مختلف طبی برای پوهنځی های طب ننگرهار، خوست، هرات، کندهار، بلخ هرات و کابل را چاپ نموده ایم و پروسه چاپ ۵۰ عنوان دیگر جریان دارد که یک نمونه آن همین کتابی است که فعلا در دسترس شما قرار دارد. قابل یاد آوری است که تمام کتب چاپ شده مذکور بصورت مجانی برای پوهنځی های طب کشور توزیع گردیده اند.

به اثر درخواست وزارت محترم تحصیلات عالی، پوهنتون ها، استادان محترم و محصلین عزیز در آینده می خواهیم این پروگرام را به بخش های غیر طبی (ساینس، انجینیری، زراعت و سایر بخش ها) و پوهنځی های دیگر هم توسعه دهیم و کتب مورد نیاز پوهنتون ها و پوهنځی های مختلف را چاپ نماییم.

از آنجاییکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه قرار ذیل اند:

۱ چاپ کتب درسی طبی

کتابی که در اختیار شما است، نمونه از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه دهیم و نیاز است تا برای موسسات تحصیلات عالی کشور سالانه به تعداد ۱۰۰ عنوان کتاب درسی چاپ گردد.

۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته

در جریان سال ۲۰۱۰ توانستیم در تمام صنوف درسی پوهنځی های طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجکتورها را نصب نماییم. برای ایجاد محیط مناسب درسی باید تلاش گردد که تمام اطاق های درسی و کنفرانس و لابراتوارها مجهز به مولتی میڈیا، پروجکتور و سایر وسایل سمعی و بصری گردند.

۳. ارزیابی ضروریات

وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنج های آینده) پوهنځی های طب باید بررسی گردد و به اساس آن به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شوند.

۴. کتابخانه های مسلکی

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

۵. لابراتوارها

در پوهنخی های طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارهای فعال وجود داشته باشد.

۶. شفاخانه های کدري

هر پوهنخی طب کشور باید دارای شفاخانه کدري باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای ترینگ عملی محصلین طب آماده گردد.

۷. 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 تحریر، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعدا 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 نکات ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به آدرس ما شریک ساخته تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.

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

از وزارت محترم خارجه آلمان و مؤسسه DAAD (همکاری های اکادمیک آلمان) اظهار سپاس و امتنان مینماییم که تا اکنون چاپ ۹۰ عنوان کتب طبی درسی را به عهده گرفته که از آن جمله پروسه چاپ ۵۰ عنوان آن جریان دارد. از پوهنخی طب پوهنتون ماینز آلمان (Mainz/Germany) و استاد پوهنخی مذکور دوکتور زلمی توریال، Dieter Hampel و موسسه افغانیک نیز تشکر میکنیم که در امور اداری و تخنیکی چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

بطور خاص از دفاتر جی آی زیت (GIZ) و CIM (Center for International Migration and Development) یا مرکز برای پناهنده گی بین المللی و انکشاف که برای من امکانات کاری را طی دو سال گذشته در افغانستان مهیا ساخته، است اظهار سپاس و امتنان مینمایم.

از دانشمند محترم پوهاند دوکتور عبید الله عبید وزیر تحصیلات عالی، محترم پوهنوال محمد عثمان بابر معین علمی وزارت، محترم پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی معین اداری و مالی، روسای محترم پوهنتون ها، پوهنخی های طب و استادان گرامی تشکر مینماییم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نمودند.

همچنان از همکاران محترم دفتر هر کدام دوکتور محمد یوسف مبارک، عبد المنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبی، سبحان الله و همت الله نیز تشکر مینمایم که در قسمت چاپ نمودن کتب همکاری نمودند.

داکتور یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی

کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org

textbooks@afghanic.org

صفحه
الف**فهرست عناوین**

مقدمه مولف

فصل اول : معده واثنا عشر

| | |
|----|---------------------|
| ۱ | اناتومی جراحی |
| ۵ | فزیولوژی جراحی معده |
| ۱۰ | قرحات پپتیک |
| ۱۱ | اختلالات قرحه پپتیک |
| ۲۱ | تثقب قرحه پپتیک |
| ۲۳ | تضیق پیلور |
| ۲۷ | نزف قرحه پپتیک |
| ۲۸ | تومورهای معده |
| ۳۵ | اجسام اجنبی معده |
| ۳۷ | توسع حاد معده |
| ۳۹ | تدور معده |
| ۴۰ | ماخذ |

فصل دوم : امعاء رقیقه

| | |
|----|--|
| ۴۳ | اناتومی جراحی |
| ۴۵ | هستولوژی |
| ۴۶ | فزیولوژی جراحی |
| ۵۰ | امراض التهابی امعاء رقیقه (مرض کرون) |
| ۵۸ | دیور نیکول میکل |
| ۶۰ | انسداد او عیه مساریقی |
| ۶۳ | تومورهای امعاء رقیقه |
| ۶۷ | ماخذ |

فصل سوم : انسداد امعاء

| | |
|----|------------------------|
| ۶۹ | انسداد میخا نیکی امعاء |
| ۷۵ | شکل مخصوص انسداد امعاء |
| ۸۲ | انسداد فلجی |
| ۸۳ | ماخذ |

فصل چهارم : اپندکس

| | |
|----|------------------|
| ۸۵ | اناتومی جراحی |
| ۸۶ | اپندیسیت حاد |
| ۸۹ | تظا هرات کلینیکی |
| ۹۱ | معاينات و تشخیص |
| ۹۲ | تداوی |
| ۹۴ | اختلالات |
| ۹۵ | تومورهای اپندکس |
| ۹۶ | ماخذ |

فصل پنجم : کولون

| | |
|-----|-------------------------------------|
| ۹۸ | انا تومی جراحی کولون |
| ۱۰۱ | آماده ساختن امعاء برای عملیات جراحی |
| ۱۰۴ | کولیت قرحوی |
| ۱۰۹ | امراض دیورتیکولیت کولون |
| ۱۱۳ | توبرکولوز الیوسیکل |
| ۱۱۶ | تومورهای کولون |
| ۱۲۶ | ماخذ |

فصل ششم : رکتوم وکانال انل

| | |
|-----|---------------------------|
| ۱۲۷ | انا تومی جراحی |
| ۱۳۰ | فزیولوژی جراحی |
| ۱۳۳ | معاینه یک واقعه مقعدی |
| ۱۳۴ | آبسی مقعدی |
| ۱۳۷ | فیستول مقعدی |
| ۱۴۰ | فیسور مقعدی |
| ۱۴۲ | هیموروئید |
| ۱۴۷ | پیلونوئیدل سا ینس |
| ۱۴۸ | خارش مقعدی |
| ۱۴۹ | پروپس رکتوم |
| ۱۵۱ | تومورهای رکتوم وکانال انل |
| ۱۵۶ | ماخذ |

فصل هفتم : امراض کبد

| | |
|-----|------------------------|
| ۱۵۹ | اناتومی جراحی کبد |
| ۱۷۰ | ترخیصات کبد |
| ۱۷۲ | آبسی های پیو جینیک کبد |
| ۱۷۴ | آبسی های آمیبیک کبد |
| ۱۷۶ | کیست هیدا تید کبد |
| ۱۸۰ | Portal hypertention |
| ۱۸۴ | تومورهای سلیم کبد |
| ۱۸۵ | تومورهای خبیث کبد |
| ۱۸۸ | ماخذ |

فصل هشتم: امراض طرق صفراوی

| | |
|-----|---------------------------------|
| ۱۹۰ | انا تومی جراحی |
| ۱۹۴ | سنگهای طرق صفراوی |
| ۱۹۶ | معاینات طرق صفراوی |
| ۲۰۳ | کولی سیستیت حاد |
| ۲۰۷ | کولی سیستیت مزمن |
| ۲۰۸ | کولی سیستیت بدون سنگ |
| ۲۰۹ | Cholangitis& chledocholitheasis |
| ۲۱۲ | کرسینوما ی طرق صفراوی خارج کبدی |

فصل نهم : امراض پانکراس

| | |
|-----|--------------------------|
| ۲۱۶ | انا تومی جراحی |
| ۲۱۹ | فزیولوژی جراحی پانکراس |
| ۲۱۹ | ترضيضات و جروحات پانکراس |
| ۲۲۱ | پانکریا تیت حاد |
| ۲۲۸ | پانکریا تیت مزمن |
| ۲۳۲ | کیست پانکراس |
| ۲۳۵ | تومورهای پانکراس |
| ۲۴۲ | ماخذ |

فصل دهم : امراض طحال

| | |
|-----|------------------------------|
| ۲۴۴ | اناتومی جراحی طحال |
| ۲۴۷ | فزیولوژی و پتو فزیولوژی |
| ۲۴۸ | ترضيضات طحال |
| ۲۵۱ | ضخامه طحال |
| ۲۵۵ | Splenectomy (برداشتن طحال) |
| ۲۵۷ | ماخذ |

فصل یازدهم : پریتوان

| | |
|-----|--------------------------------|
| ۲۵۹ | اناتومی و فزیولوژی پریتوان |
| ۲۶۱ | پریتونیت حاد (منتشر و موضعی) |
| ۲۶۸ | پریتونیت مزمن |
| ۲۷۰ | ماخذ |

فصل دوازدهم : فتقهای جدار بطن

| | |
|-----|--------------------|
| ۲۷۲ | عمومیات فتقها |
| ۲۷۴ | فتق قابل ارجاع |
| ۲۷۵ | فتق غیر قابل ارجاع |
| ۲۷۵ | فتق انسدادی |
| ۲۷۵ | فتق مختنق |
| ۲۷۸ | فتق مغبنی |
| ۲۸۷ | فتق لغزنده |
| ۲۹۰ | فتق فخذی |
| ۲۹۱ | فتق ندبه عملیاتی |
| ۲۹۳ | فتق سروی |
| ۲۹۳ | فتق اطراف سروی |
| ۲۹۴ | فتق شرثوفی |
| ۲۹۵ | فتق spigelion |
| ۲۹۵ | فتق obturator |
| ۲۹۷ | ماخذ |

مقدمه

از آنجائیکه علم طب به سرعت انکشاف می یابد و تغییرات چشم گیری در تمام عرصه های طبی به چشم می رسد، بناً ایجاب می نماید تا جهت همگام شدن درین عرصه غرض بلند بردن سویه محصلین طب درزمینه کسب دانش مطابق جوامع پیشرفته گام مهم و ارزنده برداشته و از منابع و ماخذ های جدید استفاده نمود، ازینرو ایجاب می نماید که جهت بلند بردن سطح دانش مسلکی محصلین طب کتاب ها و آثار علمی جدید مطابق کوریکولوم جدید درسی تألیف و هرچه زودتر به دسترس محصلین طب که دوکتوران جوان آینده جامعه ما می باشند قرار داد و درین زمینه کوشش بعمل آید که ادغام دسیلین پره کلینیک با کلینیک مطابق معیارات قبول شده جوامع پیشرفته صورت گیرد. این حرکت موثر برای پیشرفت نسل جوان زمینه را مساعد خواهند ساخت تا همگام با جوامع مترقی حرکت نموده و در عرصه خدمت به مردم و جامعه خویش آمادگی های هرچه خوبتر و بهتر داشته باشند. جهت رسیدن به این هدف ایجاب می نماید تا استادان دانشمند با استفاده از منابع علمی و تکنالوژی پیشرفته جدید جهت برآورده شدن این مطلب سعی و تلاش همه جا نبه به خرج دهند تا کتب و آثار علمی موثر تألیف نموده و بدسترس نسل جوان قرار دهند تا باشد که در آینده قشر جوان بتواند از آن استفاده موثر نماید.

بر مبنای این اصل دیپارتمنت جراحی برای اینجانب وظیفه سپردند تا غرض ترفیع علمی از رتبه پوهنوال به رتبه پوهاند کتاب جراحی سیستم هضمی مطابق کوریکولوم درسی برای صنف چهارم پوهنخی طب معالجوی تألیف نمایم، این فیصله دیپارتمنت جراحی از طرف شورای محترم علمی پوهنتون طبی کابل مورد تائید قرار گرفت.

این کتاب درسی شامل تمام امراض جراحی سیستم هضمی (از معده الی انوس و ملحقات جهاز هضمی فتقهای جدار بطن و بریتوان) و موضوعات جدیدتر مطابق کوریکولوم درسی صنف چهارم طب معالجوی می باشد.

اینجانب وقتی احساس خوشی خواهم نمود تا کتاب هذا در قسمت بلند رفتن سطح دانش در رشته جراحی به محصلین کمک نموده و مفید واقع شود.

قابل یاد آوری می باشد که از تمام استادان گرانقدر جراحی بخصوص محترم پوهاند دوکتور محمد فرید "عادل" که در قسمت ترتیب و تنظیم این کتاب مرا کمک و همکاری نموده اند اظها رسپاس نمایم.

با احترام

پوهنوال دوکتور عبدالوهاب "نورا"

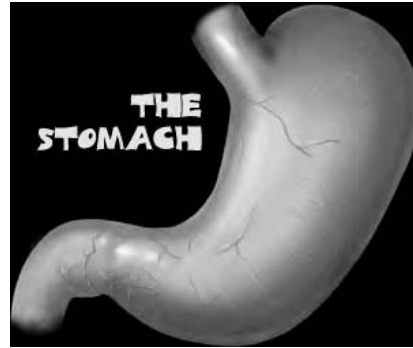
عضو دیپارتمنت جراحی بطنی

الف

فصل اول

امراض معده واثنا عشر (Diseases of Stomach & Duodenum)

| | |
|----|---------------------|
| ۱ | اناتومی جراحی |
| ۵ | فزیولوژی جراحی |
| ۱۰ | قرحه پپتیک |
| ۱۱ | اختلالات قرحه پپتیک |
| ۲۱ | تثقب قرحه پپتیک |
| ۲۳ | تضیق پیلور |
| ۲۸ | نزف قرحه پپتیک |
| ۲۸ | تومورهای معده |
| ۳۵ | اجسام اجنبی معده |
| ۳۷ | توسع حاد معده |
| ۳۹ | تدور معده |
| ۴۰ | ماخذ |

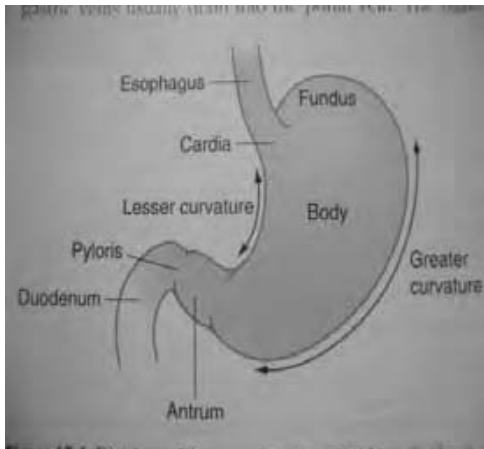


شکل (۱-۱) معده ماخذ (۱)

اناتومی جراحی

معده متوسع ترین قسمت سیستم هضمی میباشد.

موقعیت معده: معده در ربع علوی چپ (LUQ) در خلف و سفلی اضلاع جدار قدامی بطن موقعیت دارد که از ریه چپ و پلورا توسط دیا فراگم جدا میشود. معده عضو عضلی است که دارای دو سطح قدامی- خلفی بوده و



شکل - ۱-۲ اناتومی معده ماخذ (۳)

توسط کنارهای آن که بنام انحنای کبیروانحنای صغیر یاد میشوند، از هم جدا می گردند. انحنای کبیر معده محدب و انحنای صغیر معده شکل مقعر را دارد. سطح قدامی معده بطرف علوی و سطح خلفی بطرف سفلی متوجه می باشد، مری در طرف راست در حدود یک انچ سفلی تر از علوی ترین قسمت معده وارد آن می گردد.

معده از قسمت های ذیل تشکیل یافته است:

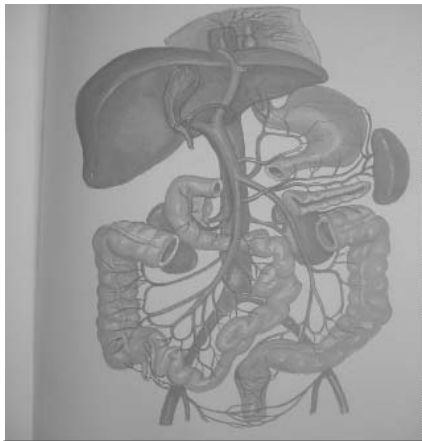
Fundus - قسمت پروگزیمال به مدخل مری یا قسمتی از معده که در فوق اتصال با مری قرار دارد می باشد.

جسم معده (Body) - از fundus الی انتر پیلوریک می باشد. کانال پیلوریک ۲.۵ سانتی متر طول داشته و انتروم وارد معصره پیلور می شود.

پیلور (Pylor) - فاصله بین جسم معده و اثنا عشر می باشد که تا به قسمت اول اثنا عشر ادامه می یابد و عضله ضخیمی دارد که بنام معصره پیلور یاد میشود.

مجاورتهای معده

در قدام - با لوب چپ کبد و دیا فراگم مجاورت دارد، که جدار قدامی بطن معده را احاطه مینماید. در خلف با جسم پانقراس و قسمتی از کلیه چپ و فوق کلیه چپ و شریان طحالی معده در مجاورت است. شکل (۱-۳)

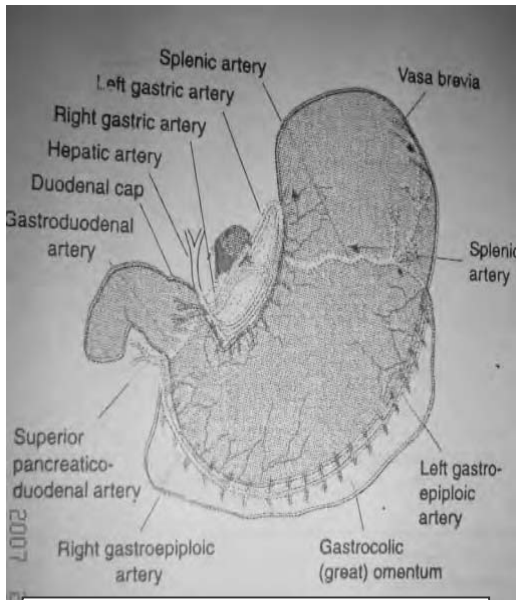


شکل (۱-۳) مجاورت معده با دیگر اجزای بطنی مآخذ (۷)

اروای معده

شریان معدوی چپ از محور سلیاک منشه می گیرد
شکل (۱-۴)

شریان معدوی راست از شریان کبدی شروع میشود. شریان Gastro-duodenal از شریان کبدی منشه می گیرد. شریان Gastro-epiploic چپ از شریان طحالی شروع میشود. شریان گاستریک کوتا (Shortgastricarteries) از شریان گاسترو دودینال منشه می گیرد.



شکل (۱-۴) اروای معده مآخذ ۵

اورده معده

ورید راست و چپ معدوی راساً به ورید باب می ریزد. اورده کوچک Gastroepiploic راست به ورید مساریقی علوی دریناژ میگردد.

دریناژ لمفاوی معده

دریناژ لمفاوی معده به عقدات اطراف کاردیا، ثرب صغیر، ثرب کبیر و پانکراس به امتداد شراین و قسمتهای اول و دوم اثنا عشر صورت می گیرد. آنعده تومورها ی خبیث که سیستم لمفاوی معده را ماوف می سازند اغلباً از محدوده دریناژ اولیه عقدات لمفاوی فرا تر می روند، قسمت پروگزیمال انحای صغیر توسط عقدات لمفاوی معدوی علوی (مجاور GEJ) و ناحیه پروگزیمال انحای کبیر توسط عقدات لمفاوی طحالی و اومینتال دریناژ می شود.

قسمت دیستل معده لmf خویش را به عقدات سوپرا پیلوریک و سب پیلوریک تخلیه می نماید. نواحی عقدات ثانویه شامل محور سلیاک وپانکراس می باشد. حین گاسترکتومی جهت تداوی کانسر معده هر قدر تسلیخ عقدات لمفاوی گسترده باشد احتمال بقای مریض بیشتر خواهد بود.

سیستم لمفاوی معده به چهارگروپ تقسیم می گردد:

۱- عقدات لمفاوی Subpyloric

۲- عقدات لمفاوی Superior gastrics

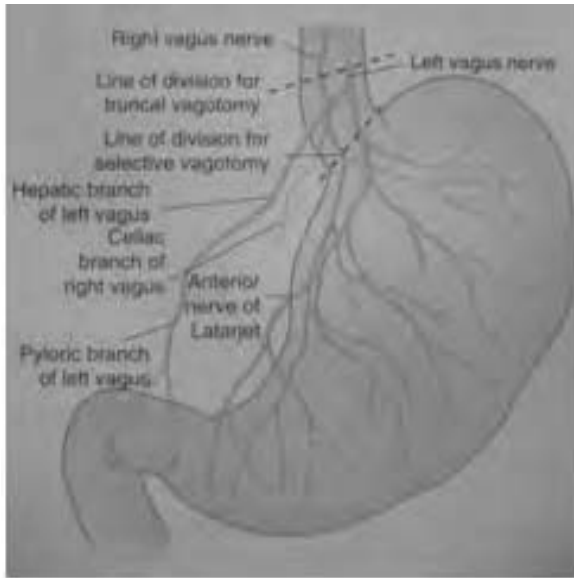
۳- عقدات لمفاوی Suprapyloric

۴- عقدات لمفاوی Gastric and Omental



شکل ۵-۱ سیستم لمفاوی ماخذ ۵

تعصیب معده - سیستم عصبی اوتونوم نقش مهمی در کنترل ترشحات و حرکات معده ایفای کند. عصب

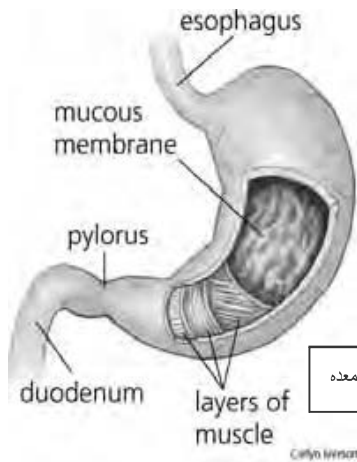


واگوس چپ(قدامی) و عصب واگوس راست(خلفی)بزرگترودر فاصله بین مری و ابهر موقعیت دارد.شعبات کوچکتری از جسم اصلی عصب حجرات افزازکننده اسید قسمت پروگزیمل واگوس در ناحیه سفلی مری جدا شده و تعصیب معده رابرعده می گیرد شکل (۷-۱).

Fundus وجسم معده تعصیب خویش را از عصب واگوس پروگزیمل می گیرند. انتروم به وسیله اعصاب قدامی و خلفی Latarjet از واگوس تعصیب میشوند.

شکا، ۶ - ۱ - تعصیب معده مأخذ (۹)

عصب Grassi (criminal) یکی از این الیاف عصبی است که از قسمت خلفی عصب واگوس جدا شده و احتمالاً در پیدایش قرحات راجعه بعد از واگوتومی دخیل است. Crowfoot عنوان الیا ف عصبی دیسنل موجود در انتروم است که عضلات ناحیه انتروپیلوریک را تعصیب می کند. عصب سمپاتیک نیز از



طریق شبکه سلایاک در تعصیب معده شرکت می کنند. این الیا ف عصبی توام با او عیه اصلی وارد جدار معده می شوند (۱). جدار معده از چهار طبقه ذیل تشکیل شده است:

مخاط، تحت مخاط، عضلات و سیروزا، حجرات اپیتیلیل در پوشاندن سطح مخاط نقش محافظی داشته و مسئول ترشح مخاط و بایکاربونات است.

شکل ۷-۱ طبقات مخلف جدار معده

غداوت و حجرات معده: معده دارای سه قسمت وظیفوی است که هر کدام آن دارای غداوت معدی مخصوص خویش می باشند. کاردیا ناحیه انتقالی (transition zone) بین اپیتیلیوم سنگرشی مری و اپیتیلیوم ساده استوانه ای معده است که غداوت معدی آن توسط حجرات شفاف که موکس افزاز می کنند پوشانیده شده اند. غداوت oxyntic موجود در Fundus وجسم معده توسط حجرات جداری (parietal) که اسید افزاز می نمایند و حجرات اصلی (chief) افزازکننده پپسینوجن اند پوشیده شده اند، آنها همچنین معده را که حاوی حجرات تغیر یافته انواع حجرات اندوکترین argentaffin و

حجرات مخاطی هستند می پوشانند. غدوات پیلور و انتروم توسط حجرات افراز کننده موکس و حجرات G تولید کننده گاسترین مستور شده اند. حجرات سطحی حفاظت اپیتلیوم را در برابر هضم کننده ها و اسید معده به عهده دارند و علاوه بر این منبع ترشحات قلوی غنی از سودیم نیز میباشند. حجرات اصلی منبع تولید پپسینوژن می باشند، این آنزیم پروتئو لیتیک به شکل فعال خویش به پپسین تبدیل می شود. حجرات جداری با داشتن میتوکاندریها و مصرف انرژی زیاد قادر به ترشح هایپرورجن و فکتور داخلی (intrinsic factor) می باشند. حجرات اصلی (واقع در غدوات معدی) دارای گرانولهای زیموژن می باشند. این گرانولها حاوی پپسینوژن غیر فعال بوده که آنرا از طریق آگزوسیتوز به داخل مجرا ترشح می کنند. تحت المخاط معده دارای شبکه غنی شریانی، وریدی، لمفاوی و عصبی می باشد. عضلات معده از داخل به خارج شامل سه طبقه مایل، حلقوی و طولانی می باشند. در قسمت اول معده این سه طبقه به آسانی قابل تفریق هستند و بعد از صرف غذا توسعه می یابند. طبقه عضلی حلقوی در ناحیه پیلور و انتروم متباز تر بوده و به مخلوط شدن غذا و خروج منظم آن از معده کمک می کند.

فیزیولوژی معده

از نظر فیزیولوژی معده دارای وظایف ذیل می باشد :

- ذخیره موقتی غذا

- هضم غذا

- تولید فکتور های داخلی (Intrinsic factor).

برای شروع هضم مواد غذایی جامد در معده مدت طولانی (۴ ساعت) ضرورت است تا غذا به پارچه های خورد تر مبدل شوند. غذاهای جامد بصورت طبقه طبقه بروی انحنای بزرگ فوندوس قرار می گیرند درحالیکه مایعات طول معده را به سرعت از طریق انحنای صغیر طی می کنند. بدین ترتیب غذاهای جامد و مایع با هم مخلوط نمی شوند. هضم salivary پارچه های غذا از قست متوسط و هضم معدی از محیط آغاز میشود. پارچه های غذا توسط انتروم خورد شده و ترشحات معده آنها را به شکل محلول مبدل می سازد. ناحیه انتروپیلوریک تا آماده شدن کیموس (chyme) جهت دخول آن به اثناعشر غذا را بطور مداوم به نواحی پروکسیمال معده باز می گرداند.

ترشحات معده

ترشح اسید- اسید هیدروکلوریک توام با آب جز اصلی افرازات معده را شامل می شوند. اسید معده توسط حجرات جداری غدوات فوندوس و جسم معده ترشح می شود^(۱۱).

افراز اسید پدیده ای پیچیده است که میکانیزم های اندوکراین و عصبی در تنظیم آن رول دارند. گاسترین توسط حجرات انتروم و شروع اثنا عشر افراز شده و از طریق جریان خون به حجرات جداری می رسد، اسیتیل کولین از نهایت عصب کولینرژیک در مجاورت به مخاط حجرات افراز کننده اسید آزاد می شود. هستامین توسط حجرات لامینا پروپریا واقع در فوندوس معده افراز شده و به شکل پارا کرین عمل می کند.

عکس العمل به مقابل غذا را میتوان به سه مرحله سفالیک، گاستریک و معایی تقسیم کرد.

مرحله سفالیک - توسط دیدن، بو و طعم غذا تحریک شده و افراز اسید با تحریک عصب واگوس صورت می گیرد. اسیتیل کولین موجب تحریک مستقیم حجرات جداری و حجرات G انتروم (افراز گاسترین) و جلوگیری از آزاد شدن سوما تو ستا تین می شود. در مرحله سفالیک حدود 10 mEq اسید افراز می شود.

مرحله کاستریک- با ورود غذا به معده (که گاسترین مهمترین واسطه آن است) شروع می شود. اتساع انتروم، امینواسید ها، پپتیدهای کوچک و افزایش pH مجرا ء افراز گاسترین را افزایش می دهد. G34 نوع گاسترین موجود در جریان خون می باشد در حالی که بیشترین تحریک افراز توسط G17 صورت می گیرد. در مرحله گاستریک حدود 15-25 mEq/h اسید افراز می شود. اسیدی شدن محیط و اتساع معده (ازاد سازی سوماتوستاتین) افراز گاسترین را مانع میشود. با pH قنوات تا حدود ۲ ازاد شدن گاسترین بطور کامل متوقف می شود.

مرحله معایی - با ورود کیموس به اثنا عشر مرحله افراز معایی آغاز میگردد (مسؤل ۵٪ افرازات بعد از غذا). احتمالاً این مرحله در پاسخ به امینو اسید های جذب شده و گاسترین افراز شده در اثنا عشر رخ می دهد. انواع هورمونها شامل سکرترین، پپتید نهیه کننده معده (GIP) و نوروتنسنین بالای این نتایج تاثیر می گذارند. افراز معده اثرات مهم دیگری نیز دارد. محیط اسیدی در شروع سیستم هضمی سبب می شود که تنها باکتری های محدودی همچون هلیکو باکتیری پیلور قادر به زندگی باشند. معده در جذب آهن و کلسیم نیز اهمیت دارد چنانچه بعد از عملیات گاسترکتومی بروز انیمیا از فقدان آهن و آفات عظام غیر معمول نیست. به نظر می رسد که اسید معده در جذب و هضم آهن و کلسیم رژیم غذایی نقش مهمی داشته باشد. تبدیل آهن به شکل فیر و (بهترین نوع آهن برای جذب در اثنا عشر) در محیط اسیدی بهتر صورت می گیرد (B₁₂ ویتامین).

سایر افزایشات معده: حجرات جداری علاوه بر اسید هایدروکلوریک قادر به افزایش فاکتورهای داخلی در جواب به بسیاری از محرکهای مشابه می باشند. میزان افزایش فاکتورهای داخلی فوق العاده زیاد است تقریباً ۱۰۰ برابر مقدار مورد ضرورت برای جذب کوبالامین (ویتامین B₁₂) در اپیتلیوم معده می باشد بناً گاسترکتومی و گاستریت آتروفیک موجب بروز قلت ویتامین B₁₂ و انیمی میگا لوبلاستیک می شوند. حجرات اصلی پپسینوژن را در پاسخ به بسیاری از محرکهای مشابهی که بالای حجرات جداری تاثیر می گذارند (از جمله استیل کولین) افزایش می کنند به نظر میرسد، سوماتوستاتین افزایش پپسینوژن را هم مانند افزایش اسید جلوگیری مینماید. پپسینوژن در شرایط اسیدی (pH حدود ۲/۵) به شکل فعال خود یعنی پپسین تبدیل گشته و در pH بالاتر از ۷ دینا یتری می شود. پپسین با داشتن دوشکل مجزا (PG I و II)، در شروع هضم کلاجن و سایر پروتئینها را برعهده دارد. باید گفت هیچگونه شواهدی مبنی بر ارتباط میان پپسین و امراض معده وجود ندارد. حجرات اپیتلیال سطحی مخاط را که ترکیبی از مخاط و بایکاربنات است افزایش می کنند، این ترکیب نقش مهمی در حفاظت مخاط در برابر اسید دارد. مخاط در سطح قنوات حالت اسیدی دارد ولی با انتشار ایونهای H⁺ از داخل طبقه مخاطی به سمت اپی تلیوم بایکاربنات آنها را خنثی می نماید.

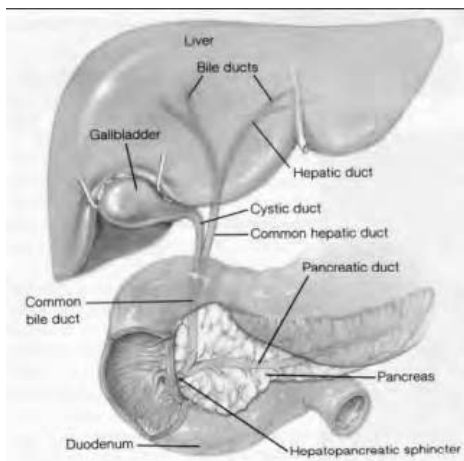
حرکات و تخلیه معده

حرکات معده دارای دوشکل آناتومیک و وظیفوی می باشد. شکل اول مربوط به عضلات ملسا (smooth) ثلث اولی معده است. حجرات عضلی این ناحیه فاقد هر گونه فعالیت میو الکتریک بنفسهی بوده و در جواب به افزایش حجم معده توسعه کسب می نماید. استرخای معده (از طریق رفلکس عصب واگوس) ذخیره شدن غذا را بدون افزایش محسوس فشار داخل معده امکان پذیر می سازد، تدریجاً فعالیت انقباضی نواحی پروکسیمال معده افزایش یافته و غذا به سمت دیستال رانده می شود.

تحریکیت در ناحیه دیستال معده کاملاً متفاوت است. Pacemaker معده در انحنای کبیر دسته از کمپلکس های میو الکتریک را با سرعت سه مرتبه در فی دقیقه روانه قسمت دیستال معده می کند. تفاوت پتانسیل فعالیت روی این دیپالریزیشن های بنفسهی سبب ایجاد امواج پیریستا لئیک (peristaltic) و هدایت آنها به سمت دیستال می گردد. تعداد فعالیت پتانسیل توسط عصب واگوس گاسترین و موتیلین از دید یافته و توسط سکرترین و گلوکا گون کاهش می یابد.

سیستم معصروی معده

معصره سفلی مری (LES): در ناحیه دیستل مری مشخصاً قبل از کاردیا موقعیت دارد. این معصره در حالت طبیعی تنها در پاسخ به امواج پریستالتیک مری استرخا می یابد. معصره پیلور: برعکس معصره LES که آناتومی خاص ندارد عضله smooth ضخیم شده ای است که تخلیه معده را تنظیم کرده و از برگشت محتویات اثنا عشر به داخل معده جلوگیری می نماید^(۹).



شکل ۸-۱) آناتومی duodenum واحشای مجاور آن مأخذ (۱۳) (۱۴)

آناتومی جراحی اثنا عشر

اثنا عشر قسمت اول امعاء رقیقه را می سازد و دارای ۲۰- ۳۰ سانتی متر طول می باشد. اثنا عشر از حذای پیلور معده الی Flexura duodenojejunalis تمادی دارد. اثنا عشر شکل حرف C را دارد و راس پانکراس در بین آن قرار دارد. اثنا عشر از چهار قسمت ذیل تشکیل گردیده است:

۱- قطعه اول اثنا عشر نظریه دیگر قسمت های آن بزرگتر و شکل ناک را دارد و بنام بصله یاد می گردد و در صورت تأسس قرحه در اثنا عشر شکل آن تغییر می نماید.

۲- قطعه دوم Pars descendens duodenalis

۳- قطعه سوم Parshorizontalis duodeni

۴- قطعه چهارم Pars ascendens duodeni این قطعه از جیجونوم توسط flexura duodenojejunalis جدا می گردد و بالای این flexura ligament Treitz ارتکاز دارد. جدار اثنا عشر از چهار طبقه ذیل تشکیل شده است:

- طبقه مصلی (Tunica serosa)- که وجه قدامی اثنا عشر را به صورت تام می پوشاند.

- طبقه عضلی (Tunica muscularis)- از دو طبقه یعنی سطحی { Longitudinalis } و عمیق { Circularis } تشکیل شده است.

- طبقه تحت المخاط - طبقه فیروالاستیک بوده و مقاوم ترین طبقه جدار امعاء را ساخته و در حین انستوموز این طبقه نیز باید در خیاطه گرفته شود. طبقه مخاطی (Tunicamucosa)- سطح داخل اثنا عشر را ساخته و وظیفه جذب را به عهده دارد. در قسمت خلفی انسی قطعه دوم اثنا عشر یک بارزه مخاطی موجود است که

بنام *Papilla duodeni major* یاد میشود و در بین آن قنات کولیدوک و پانکراس باز میشود شکل (۹-۱). در تحت این طبقه مخاطی طبقه عضلی حلقوی ضخامت کسب کرده و بنام معصره *Oddi* یاد می شود، در مجموع این بارزه بنام امپول و ترپسین می گردد. ۲۵٪ اشخاص در جوار *Papilla duodeni major* یک بارزه دیگر بنام *Papilla duodeni minor* موجود می باشد که در بین آن قنات اضافی پانکراس باز می گردد. در کنار وحشی قطعه چهارم اثنا عشر یک تعداد فرورفتگی ها وجود دارد که مهمترین آن عبارت از *Recessus duodenojejunalis* میباشد، این حفرات میتوانند باعث فتق داخلی شوند.

اروا اثنا عشر

اثنا عشر توسط دو قوس شریانی اروا می گردد که عبارتند از:

Arcus pancreaticoduodenalis anterior -

Arcus pancreaticoduodenalis posterior-

آورده اثنا عشر

آورده اثنا عشر هم نام شرا ئین آن بوده و به ورید مساریقی علوی میریزند.

درینا ژ لمفاوی اثنا عشر

جریان لمفاوی اثنا عشر به عقدات لمفاوی پانکراس قدامی و خلفی میریزند (۶).

تعصیب اثنا عشر

اعصاب اثنا عشر منشه خود را از *Plexus coeliacus* و *Plexus mesentericus* می گیرد.

فزیولوژی اثنا عشر

حجرات اندوکرین اثنا عشر کولی سیستو کینین و سکرترین افراز می کنند. در نتیجه افرازات ایونهای بای کاربنات از اثنا عشر و پانکراس محیط اثنا عشر قلووی می باشد که این محیط باعث خنثا نمودن محتوی اسیدی (*chime*) معدوی می گردد و باعث *adjusts* آسمولریتی پلا زما نیز می شود (۳). افراز کولی سیستو کینین باعث تقویه پانکراس در افراز ترپسین و همچنان باعث تقلص حویصل صفرا می گردد. قابل تذکر است که توسط حجرات اندوکرین اثنا عشر سکرترین نیز افراز می گردد که این هورمون باعث جلوگیری افراز اسید معدوی گردیده و سبب بلند رفتن افراز بای کاربنات توسط پانکراس می شود.

قرحات پپتیک (Peptic ulcers)

قرحه پپتیک ناشی از اثر تخریبی اسید معده بالای اپیتیل آن می باشند که ارتباط به موقعیت قرحات در مری، اثناعش، معده، بعد از گاسترو جیجونوستومی در جیجونوم و یا به علت موجودیت مخاط اکتوپیک معده در دیورتیکول میکل والیوم ایجاد می شوند. این قرحات در نواحی از جهاز هضمی بوجود می آیند که عملیه هضم توسط اسید و پپسین صورت می گیرد. در قرحات معده و اثناعشر قبل از تخریب مخاط توسط اسید معده هلیکوباکتری پیلوری در مخاط تجمع نموده تا دفاع مخاطی را تضعیف نماید، لذا تداوی در جهت مقابله به این باکتریها تاثیر قطعی بالای مرض دارد. طبقه ذکور سه مرتبه بیشتر نسبت به طبقه اناث به این مرض دچار می شوند. در نزد اشخاص جوان قرحات اثناعشر ده مرتبه بیشتر از قرحات معده می باشد ولی در نزد اشخاص کهن سال شیوع این دو تقریباً یکسان می باشد.

اسباب قرحات پپتیک

ضیاع مادی حادغشای مخاطی معده که از سبب استعمال زیاد ادویه جات اولسروجن مانند انتی روماتیکها، آسپرین، فنیلپوتا زون، اندومیتاسین، نوشیدن الکهول، تداوی باستروئیدها، stress، عملیاتهای بزرگ، سوختگی های شدید و انتان با هلیکوباکتری پیلوری بمیان می آید که قرحات مذکور با نزف ظاهر می شوند.

پتولوژی

قرحه پپتیک - نتیجه عدم تعادل در بین فعالیت تهاجمی اسید و پپسین و میکانیزم های دفاعی مخاط است. انتان H پیلوری باعث کاهش مقاومت مخاط در مقابل نفوذ اسید می شود (Hydrophobicity). قرحات پپتیک اکثراً متعدد می باشند و در نواحی مختلف معده بمشاهده می رسد اما در اثناعشر منحصر به قطعه اول آن می باشد. قرحه شکل بیضوی را داشته و اندازه قرحه از یک ملی متر الی یک سانتی متر و بیشتر از آن بوده میتواند. سطح قرحه از داخل بخارج فرورفته می باشد. موقعیت قرحه معده در انحنای ضغیر، قسمت وسط معده و نزدیک پیلور می باشد. قرحات مزمن اثنا عشر ندبه ای متبارز از خود بجا گذاشته که در تشخیص تفریقی قرحات حاد و مزمن کمک شایان می نماید.

تظاهرات سریری

دردناشی از قرحه پپتیک معمولاً مزمن و عود کننده است. قرحه معده و اثناعشر بر مبنای کلینیکی از یکدیگر قابل تفریق نیستند مگر این واقعیت است که زخم معده ۱۰ سال دیرتر از آفت اثناعشر ایجاد می شود. بروز قرحات معده در سن ۵۰-۶۵ سالگی به اوج خود می رسد، درحالی که اغلب قرحات اثناعشر در دهه چهارم حیات بوجود می آیند. دلبدی، کاهش وزن و حساسیت خفیف ناحیه اپی گاستریک از دیگر علایم قرحه پپتیک می باشد.

معاینات تشخیصیه

رادیوگرافی معده و اندوسکوپی از روشهای مهم در تشخیص قرحه پپتیک می باشد. رادیوگرافی با مواد کثیفه قادر به تشخیص بیش از ۹۰٪ قرحات معده و اثناعشر می باشد. درکلیشه رادیوگرافی با مواد کثیفه باریوم در جدار قدامی و خلفی قرحه باقی مانده و غشای مخاطی ناحیه قرحه به شکل درخشنده خیال میدهد همچنان تغییر بصله اثناعشر، تضیق پیلور و توسع معده را میتوان با رادیوگرافی تشخیص نمود، گرفتن بایوپسی حین اندوسکوپی باعث تشخیص تفریقی بین قرحه و کانسر می گردد.

اختلالات قرحات پپتیک

با موجودیت اختلالات قرحات پپتیک میتوان استنطباب عملیات جراحی را گذاشت و اختلالات ان قرار ذیل اند:

- ۱- **تثقب** : عبارت از باز شدن ناحیه نکروزی قرحه در داخل جوف بطن است که باعث درد شدید ناحیه اپی گاستریک، سقوط فشار خون، تکی کاردی، عرق سرد و شاک میباید.
- ۲- **نزف** (haemorrhage): نزف کتلوی حا د معده به شکل استفراغ خونی و اعراض شاک شروع می گردد.
- ۳- **تضیق** : تضیق پیلور در اثر فیروز و ندبه قرحه بمیان می آید، درین حالت مریضان اکثراً بعد از صرف غذا از استفراغ شاک می باشد.
- ۴- **تحول به کانسر** : نشونما قرحه به سرطان معده در قرحات پپتیک معده نسبت به اثناعشر سریع تر است.
- ۵- **مزمن شدن قرحه پپتیک**

تداوی قرحه پپتیک

نتیجه تداوی طبی درنزد ۵۰ فیصد از مریضان بعد از ۴-۶ هفته قناعت بخش است. در حدود ۲۵ فیصد مریضان دوباره به مرض مبتلا می گردند.

عامل سببی مرض باید برطرف گردد، در صورتیکه Hematemesis موجود باشد نقل الدم صورت گیرد.

قرحه معده (Gastric Ulcer)

قرحه معده نوع از قرحات پپتیک میا شد که میلان به تندب ندارد. قرحه عمیقاً در مخاط نفوذ نموده و از نظر هستولوژی مشابه قرحه اثنا عشر میباشد اما در قرحه معده اطراف قرحه بزرگتر بوده و در نواحی از جهاز هضمی بوجود می آید که عملیه هضم توسط اسید و پپسین صورت می گیرد.

اسباب قرحات - عبارت اند از:

۱- تیوری اسید معده .

۲- تیوری کم شدن مقاومت غشای مخاطی معده در مقابل Hydrochloric acid.

۳- تیوری رفلکس صفراوی، عدم کفایه معصره پیلور و گستریت مزمن.

۴- تیوری برهم خوردن افرازات معده.

۵- تیوری ادویه جات از قبیل کورتیکوئید ها، اسپرین، فنیل بوتازون. الکول، نیکوتین و غیره.

پتولوژی

جسامت قرحات معده مختلف بوده بستر قرحه در طبقه عضلی قرار داشته و به تدریج تمام جدار خلفی معده را اشغال نموده بالاخره به پانکراس نفوذ می نماید، این قرحات نظریه قرحات مزمن اثنا عشر اکثراً بزرگتر می باشند.

تظاهرات سریری

مریض لاغر وضعیف بوده و معمولاً در سنین متوسط قرار دارند. در ضمن از کاهش اشتها، ضیاع وزن و موجودیت درد شاکمی بوده که اکثراً بعد از صرف غذا بوجود می آید. مریض با گرفتن ادویه انتی

اسید و استراحت به استجاع ظهري احساس راحتی کسب میکند (درین وضعیت محتوی معده از قرحه فاصله پیدا میکند)، بعضاً مرض باهیماتمز و میلنا بروز میکند. با معاینه ممکن حساسیت (Tenderness) در هیپوکاندرچپ موجود باشد.

معاینات تشخیصیه

تشخیص با گرفتن تاریخچه دقیق قرحوی اهمیت خاص داشته جهت تشخیص قطعی از رادیوگرافی و اندوسکوپی استفاده بعمل می آید.

Barium meal : تشخیص مرض باید به اجرای باریم میل ثابت شود. درباریم میل قرحه بصورت Niche برجسته از انحای صغیر معده دیده می شود.

اندوسکوپی: همه مریضان مشکوک به قرحه معده باید اندوسکوپی شوند تا از قرحه بیوپسی بعمل آید، زیرا خطر خبانت قرحه وجود دارد. در اندوسکوپی موقعیت قرحه بخوبی تشخیص می گردد.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی با امراض ذیل صورت می گیرد:

- قرحه اثنا عشر
- کارسینوما معده
- کولی سستیت حاد
- ازوفجایتس
- گسترایتس
- امراض التهابی معایی (IBS)
- امراض اسکمیک قلب

اختلالات مرض

- 1 - Haemorrhag - نزف کتلوی حاد معده به شکل استفراغ خونی و اعراض شاک شروع میشود.
- 2 - Perforation/Penetration - تنقب ناحیه نکروزی قرحه در داخل جوف بطن و یا penetration ناحیه نکروزی قرحه به احشای مجاور (پانکراس، کبد و کولون) می باشد.

۳- Stenosis - تضیق پیلور در اثر تصلب و ند به قرحه بمیان می آید، درچنین حالت مریضان اکثراً بعد از صرف غذا استفراغ داشته می باشند.

۴- تحول قرحه به کانسر - نشونمای کانسر معده در سطح یک قرحه مزمن معده است.

۵- مزمن شدن قرحه-از اثر بوجود آمدن نسج لیفی در حذای قاعده قرحه می باشد.

تداوی قرحات معده

- تداوی طبی

- تداوی جراحی

تداوی طبی

در نزد اشخاص کاهل [Aluminium Mg . Tab. 480mg. susp.540mg/m]

۵-۱۰ ملی لیتر از SUSP. یا ۲-۱ تابلیت درحین صرف غذا گرفته می شود و قابل تذکر است که تابلیت ها قبل از بلعیدن جویده شود.

Tab. Pepto-Bismot 262mg.

Susp. Pepto-Bismot.262ml/5ml

دوز ادویه فوق در قرحات پپتیک نزدکاهلان عبارت است از دو تابلیت ۵۲۵ ملی گرامه و سوسپنشن هر شش ساعت، یک ساعت قبل از غذا گرفته شود.

قطع NSAID's

جهت ازبین بردن H. pyloric با ید از ادویه Omeprozole یک هفته و Clarithromycin 500mg دو هفته ،مترا نیدا زول با اموکسی سلین .

Omeprazole (Prilosec;Cap 20mg) 20mg/d po

Clarithromycine(Bixin;Tab 500mgPO tid

Metronidazole (Flagyl; Tab 250mg) 250-500mg PO tid

Amoxycillin (Amoxil; Cap 250,500mg) 500mg PO, qid

خطر اصلی تداوی طبی قرحه معده چشم پوشی از خبائثت آن میبا شد بنا درچنین موارد اندوسکوپیی مکرر ضرورت میباشند، در صورتیکه قرحه مکمل التیام نیابد تداوی جراحی استطبیب دارد^(۱).

تداوی جراحی در موارد ذیل صورت می گیرد:

- عدم التیام کامل قرحه با تداوی طبی.

- مشکوک بودن به خباثت قرحه در بیوپسی.

- نرف مکرر و ناراحت کننده مریض.

- تنقب قرحه.

جراحی انتخابی عبارت از گسترکتومی قسمی (Partial) میباشد.

تعدادی از جراحان قرحه سلیم معده را با H.S.Vagotomy توام با برداشتن قرحه تداوی می نمایند.

احتمالات قبل از عملیات جراحی

ازینکه مریضان قرحات معده اکثراً گاستریت شدید دارند بناً ممکن Gastric stasis نیز وجود داشته باشد، در چنین موارد قبل از عملیات معده شستو شو گردد.

به شکل وقایوی برای مریض انتی بیو تیک توصیه گردمانند Cefotaxime به مقدار 500.mg روز دو مرتبه .

Cefotaxime در پروفلاکسی قبل از عملیات نزد این کتگوری مریضان از طریق وریدی چند دقیقه قبل از عملیات توصیه می گردد.

تداوی جراحی

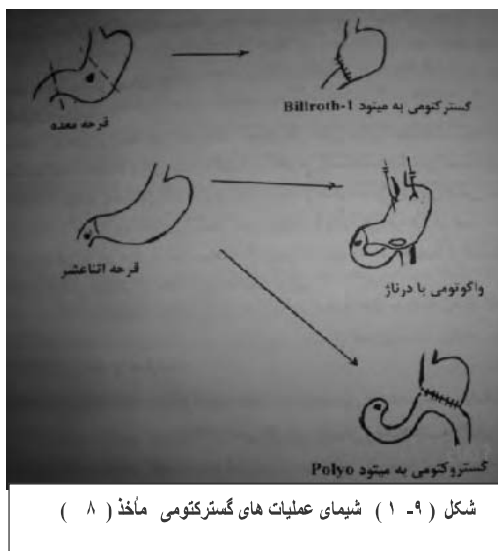
گا سترکتومی قسمی - درین عملیات پیلور، انتروم و انحنای صغیر معده حاوی قرحه برداشته میشود .

دو طریقه جهت Reconstruction وجود دارد شکل (۹-۱).

Billroth-I : قسمت فوقانی معده باقیمانده دوباره به انتهای قطع شده اثنا عشر تفعم داده میشود.

Billroth- II : قسمت باقیمانده اثنا عشر بسته میشود

ونهایت پروگسیمیل معده به لوپ از جیجونوم تفعم داده



شکل (۹-۱) شیمای عملیات های گسترکتومی مأخذ (۸)

میشود. این لوپ را میتوان از قدام کولون ویا ازخلف کولون به با لایبرد که درطریقه خلف کولون لوپ جیجونوم را از فوحه که در میزوی کولون مستعرض ایجاد گردیده به معده انستوموز داده می شود. درحالات عادی مریض ۷-۱۰ روز بعد از عملیات مرخص میشود و خیاطه هابعد از روز هفتم برداشته می شود.

اهتمات قبل از عملیات

معده را باید کاملاً خالی نگهداشت. تا وقتی که تخلیه کافی معده رخ دهد، در هر ساعت N.G.T. (سند انفی معدی) را باید آسپری نمود. جهت دریناژ خوب لازم است به مریض هر ساعت ۳۰ ملی لیتر آب نوشانیده شود، این مسئله باعث می شود که دهان و گلو مریض مرطوب و راحت باشد

عملیات جراحی

عملیات Billroth – I نسبت به Billroth – II زمان بیشتری برای تخلیه معده بکار دارد زیرا معده کوچکتر است.

تخلیه معده وقتی قابل توجه می باشد که آسپریشن معده کاهش یافته و ترانزیت مریض برقرار گردد، در چنین موارد مایعات را از طریق فمی به مریض توصیه و N.G.T. را خارج نمود. مدت کمی بعد از این میتوان مایعات وریدی را نیز قطع نمود.

اختلالات بعد از عملیات

نزف از ناحیه تقم در ساعات اول بعد از عملیات جراحی یا در روز های ۷-۸ ممکن اتفاق افتد که اکثراً بهبود می یابد، در چنین موارد باید خون جهت نقل الدم موجود باشد.

دریناژ زیاد محتوی معده از طریق N.G.T. (سند انفی معدی) نسبت عبور تیوب از ناحیه انستوموز به اثنا عشر می باشد که در چنین موارد N.G.T. باید کوتاه گردد. در صورتیکه یک هفته و یا بیشتر بعد از عملیات جراحی تخلیه معده صورت نگیرد Barium meal جهت تشخیص استنطاب دارد. ممکن تضیق موجود باشد که بعد از بین رفتن اذیما بهبودی کسب نماید بنا در چنین موارد باید کمی انتظار کشید. توصیه می شود که پراماید می تواند به تخلیه معده کمک نماید. وقتی که تخلیه معده شروع شد یک رژیم غذایی نیمه جامد را میتوان شروع کرد که در چنین موارد معمولاً مریض بطرف بهبودی میرود. اختلالات دیگر بعد از عملیات عبارت از استفراغات صفراوی، دامپنگ سندروم و اسهال میباشد. مریض ممکن به کم خونی دچار شود که ناشی از فقدان ویتامین B₁₂ و یا آهن می باشد. قابل تذکر است تا نزد مریضانی که نزد ایشان گاسترکتومی صورت گرفته است باید تداوی با آهن و ویتامین B₁₂ بشکل زرقی صورت گیرد.

Total Gastrectomy - در موارد ذیل استنطاب دارد:

- ۱- کار سینومای قسمت پروگزیمال معده .
- ۲- کار سینوما در نواحی مختلف معده .
- ۳ - Zollinger Ellison Syndrom

اختلاطات گاسترکتومی - اختلاطات گاسترکتومی بدونوع مقدم و موخر تقسیم می گردند:

اختلاطات مقدم (Early complications) :

۱ - نرف

۲ - لیکاز انستمتیک (تا ۳ روز بعد از عملیات)

۳ - انتفاخ معده

اختلاطات موخر (Late complications)

۱ - تشوشات میتا بولیک

۲ - سندرومهای بعد از گسترکتومی

۳ - سندروم معده کوچک

۴ - استفراغات صفراوی

۵ - کمخونی

۶ - Dumping

۷ - اسهالات شحمی

۸ - قرحه ناحیه ترممی

قرحات اثنا عشر (Duodenal Ulcer)

قرحات اثنا عشر با هایپر اسید تی معده همراه میباشند. قرحه اثنا عشر معمولاً با تداوی طبی اسید معده با تجویز انتی اسید و H₂ بلوکرها بهبود می یابد.

اعراض و علائم مرض: حمله مرض در فصل بهار و خزان مشاهده شده و در اثر جهد ، کار زیاد و

اضطراب تشدید می گردد، صفحه خاموشی و شفایابی می تواند از ۱-۶ ماه باشد.

۱ - درد - درد شدید بوده و یک الی دو نیم ساعت بعد از صرف غذا عاید می گردد و با گرفتن غذا تسکین می گردد لذا بنام درد گرسنگی یاد می گردد.

۲ - استفراغ - استفراغ در قرحات اثنا عشر در صورت عدم موجودت تضیق نادر بوده و با زگشت مایع ترش و سوزنده بداخل دهن و یا پرآب شدن آنی دهن با درد عمیق قص (Heart burn) از شکایات معمول نزد این مریضان می باشد .

۳- اشتهای خوب بوده مگر بعضاً این مریضان در اثنای مرض از گرفتن مواد غذایی جامد خود داری می نمایند.

۴- غذای مریضان - این مریضان بمقایسه مریضان قرحات مزمن معده هر نوع غذا را صرف نموده مگر بعضی آنها از خوردن غذای سرخ شده اجتناب می کنند.

۵- **Hematemesis - Melaena** - این اعراض در قرحات اثنا عشر و معده ۶۰:۴۰ مشاهده شده اما بعضاً این دو عرض در قرحات اثنا عشری نظریه قرحات معدوی زیاده تر دیده میشود.

تظاهرات کلینیکی

مریض معمولاً جوان بوده ومرض نزد طبقه نکور نسبت به اناث بیشتر دیده می شود. مریضان قرحه اثنا عشری برعکس قرحه معده تمایل به افزایش وزن دارند زیرا صرف غذا به تسکین درد کمک می نمایند. قرحه اثنا عشر در نزد اشخاص معتاد به سگرت شایعتر میباشد. نزد مریض قرحه اثنا عشر درد در ناحیه اپی گاستر قرار دارد و ممکن است به خلف انتشار نماید. یک الی دو ساعت بعد از صرف غذا مریض در ناحیه اپی گاستریک احساس درد میکند، و همچنان حین گرسنگی مریض در ناحیه معدوی احساس درد داشته می باشد. درد مریض را در اوان صبح حینی که اسیدتی معده بلند میباشد و معده درین موقع بحالت تخلیه قرار دارد، مریض را از خواب بیدار می کند. درد بشکل پیروی یک بوده و این حالت اغلباً هفته ها طول میکشد (وقتی که قرحه فعال و دردناک است) و به تعقیب آن صفحات فقدان علایم بوجود می آیند که غالباً ماه ها طول می کشد. قرحه اثنا عشر بطور مشخص در فصل بهار و خزان تشدید میگردد و در موسم تابستان بهتر میباشد. اگر قرحه مزمن باشد امکان دارد علایم تنقب یا فبروز باعث تضیق پیلور گردد، بعضاً باعث نرف میشوند که بشکل هیما تمز و میلانا تظاهر می کند. با معاینه در جس عمیق بطن حساسیت (Tenderness) در سمت راست و بالای ثره وجود دارد.

معاینات تشخیصیه

معاینات ذیل جهت تشخیص مرض اجرا میگردد:

Barium meal-

-اندوسکوپی

- تست های وظیفوی معده (Insulin stress test -Pentagastrin test) این تست ها نشاندهنده تولید بیشتر اسید از حالت نورمال است.

- اجرای تست **H. Pylori** - اگر این تست مثبت باشد باید تداوی آن صورت گیرد. Barium meal و اندوسکوپی در تشخیص مرض رول مهم داشته که میتواند موجودیت تضیق پیلورویا عدم آنرا مشخص نمود.

تشخیص تفریقی

Reflux Esophagitis-

- گاستریت

- پانکریاتیت

- کولیسیستیت

- قرحه معده

Zollinger Ellison Syndrom -

-اسکیمی قلب (IHD)

تداوی طبی

تداوی قرحه حاد اثنا عشر طبی است. به مریض توصیه شود که از کشیدن سگرت و سایر فکتورهای تشدید کننده مرض اجتناب کند و در ضمن از ادویه جات proton pump inhibitors (PPI) از قبیل Nixeme یا Pantoprozole, برای یک ماه توصیه گردد.

استطباب تداوی جراحی قرار ذیل می باشد:

- عدم موثریت تداوی طبی

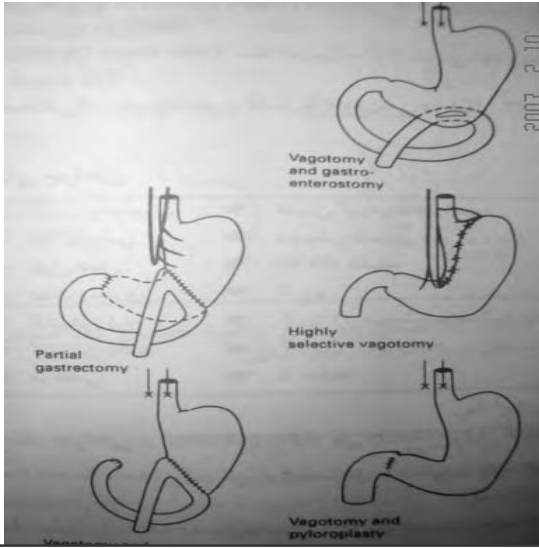
- بروز نرف شدید

- تنقب قرحه اثنا عشر

- تضیق پیلور

عملیات جراحی عبارتند از:

- گاسترکتومی قسمی.



شکل (۱-۱۰) وگوتومی وپیلوروپلاستی وگسترکتومی قسمی ماخذ (۸)

- واگو تومی تام با درینا ژ معدوی شکل (۱-۱۰).

-Pyloroplasty ویا Gastro-entrostomy.

- Highly selective Vagotomy (واگو تومی

حجرات پریتل) درمرا کز پیشرفته ومدرن جراحی

تکنیک واگو تومی Highly selective را انجام می

دهند، زیرا عوارض ندارد .

Truncle vagotomy & Gastric Drainage

عصب واگوس (Vagus nerve) - درحالیکه از هیئا

توس مری داخل بطن می گردند قطع میشوند چون

Total Vagal Denervation باعث رکودت معده شده و به همین دلیل دریناژ ضرورت دارد.

- انواع مختلف پیلوروپلاستی و گستر و جیجونوستومی در شکل (۱-۱۰) نشان داده شده است.

Truncle Vagotomy: این واگو تومی در تحت دیافراگم صورت گرفته وشعبات Truncus vagalis

Anterior sinistra Truncus vagalis و posterior

عصب واگوس که کبد، حویصل صفرا، پانکراس و امعاء را تعصیب می نماید قطع می گردد. اختلالات این عملیات

عبارت از تنقیص افرازات کبدی، صفراوی، پانکراسی و تا خیر تخلیه معده (از سبب سپزم پیلور) واسهالات

می باشد .

Selective total vagotomy: درین حالت تمام شعبات عصب واگوس که معده را تعصیب مینماید قطع

گردیده وشاخه های بعدی عصب واگوس که احشای دیگر بطنی مانند کبد، حویصل صفرا و پانکراس را

تعصیب مینماید به حالت خودش باقی می ماند .

Selective Proximal vagotomy: درین حالت شعبات عصب واگوس که ناحیه پروگزیمیل معده را

تعصیب می نماید (Funduss & Corpus) قطع گردیده وشعباتی که ناحیه آنتروم معده را تعصیب مینماید به

حالت خودش باقی می ماند که بهترین میتود برای تداوی قرحات اثنا عشر بشمار میرود.

Pyloroplasty: برای توسع کانال پیلور وبهتر ساختن تخلیه معده پیلوروپلاستی اجرا می گردد. درین

نوع عملیات ابتدا در بالای پیلور شق طولانی اجرا وبعداً بصورت عرضانی خیاطه گذاری می گردد، میتود

های متعدد پیلوروپلاستی وجود دارند از قبیل میتود Mikulicz, Finny, Jaboulay و غیره، این عملیاتها

عموماً همراه با واگو تومی های Truncal & selective در تضیق پیلور اجرا می گردد.

- Gastro- entrostomy : انستوموز پهلو به پهلو ی معده به قسمت علوی امعاء رقیقه (Jejunum) می باشد.

تثقب قرحه پپتیک (Perforated Peptic Ulcer)

قرحه معده و یا اثنا عشر ممکن تثقب نماید اما تثقب قرحه اثنا عشر شایعتر میباشد، ازینکه قرحات معده اغلباً خلفی هستند ممکن است بداخل Lesser sac باز شوند. قرحات قدامی اثنا عشر مستقیماً بداخل جوف کبیر پریتون باز می شوند.

انا تومو پتا لوژی

تثقب اکثرأ دروجه قدامی پیلور اثنا عشر و معده قرار داشته و نادراً دروجه خلفی مشاهده می شود. فوحه داخلی دارای قطر بزرگ و فوحه خارجی دارای قطر کوچکتر می باشد و تثقب در قرحاتی بوجود می آید که مزمن بوده و در جوار ناحیه مثقوبه ارتشاح و تصلب وجود دارد. در اثر تثقب محتوی معده و گازات داخل جوف کبیر پریتون شده و گازات در تحت حجاب حاجز تجمع نموده که برای تشخیص پریتونیت رهنمای خوب می باشد.

تظاهرات سریری

درد شدید در ناحیه اپی گاستریک بطور ناگهانی بوجود می آید، مریض اغلباً وقت دقیق شروع انرا بیاد دارد و به مرور زمان به ناحیه حرقی راست و بعداً در تمام بطن انتشار می یابد. در مواردیکه قرحه معده به Lessersac تثقب نماید علایم موضعی می باشند و تا وقتیکه محتویات معده از فوحه Winslow خارج نه شود پریتونیت طرف راست را بوجود نمی آورد، این لوحه کلینیکی ممکن است با ایندیسیت حاد اشتباه شود. با معاینه بطور وصفی حساسیت متباز در تمام جدار بطن وجود داشته و Rigidity واضح موجود می باشد.

معاینات تشخیصیه

- رادیوگرافی بطن : تشخیص تثقب با اجرای رادیوگرافی بوضعیت ایستاده اجرا میگردد و در کلیشه رادیوگرافی گاز آزاد در تحت حجاب حاجز طرف راست بمشاهده می رسد.
- اجرای معاینات لابراتواری - در معاینه روتین خون Leukocystosis موجود می باشد.

تشخیص تفریقی

- شایعترین علل درد بطنی حاد
- گاسترو انتریت حاد
- امراض التهابی احشای بطنی
- پانکریاتیت حاد
- دیورتیکولیت
- ایندیسیت حاد
- سلپنژیت حاد
- پریتونیت حاد
- کولیک کلیوی
- کولیک صفراوی
- انسداد امعاء
- تنقب احشای بطنی

تداوی طبی

تداوی تنقب قرحات پپتیک معمولاً جراحی است اما بعضاً نظریه استطباب تداوی ان بطور Conservative نیز امکان دارد که در قدم اول N.G.T به مریض تطبیق و مرتباً آسپری گردد، معده بحالت تخلیه نگهداشته شود. مایعات وریدی به مریض تطبیق شود زیرا نسبت خارج شدن مایعات به جوف کبیر پریتون مریض دیهپادری می شود و در ضمن انتی بیوتیک وسیع ال تاثير به مریض تجویز می گردد (میتود Taylor).

تداوی جراحی:

- بطن مریض توسط شق خط متوسط باز می گردد.
- خیاطه های عمیق در کنار های تنقب زده میشود و ثرب کبیر در ناحیه تثبیت میگردد (Oversewing) تا محل تنقب را بپوشاند یعنی نزد مریض Samplesuturing + omentoplasty اجرا می شود.
- جوف پریتون بدقت شستشو میشود.
- در محل تنقب درن گذاشته میشود، اگر بطن بسیار ملوث شده باشد نواحی Subperinic نیز دریناژ میگردد.

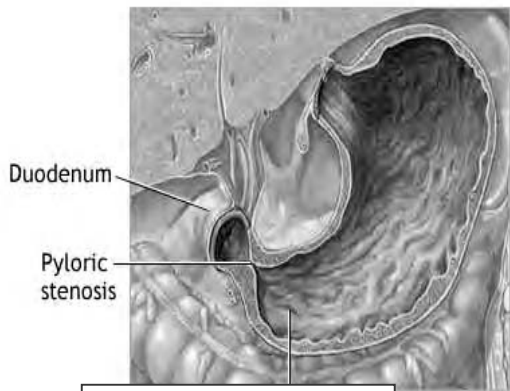
تداوی جراحی توسط لیره سکوپ در صورتیکه جراح تجربه کافی داشته باشد نیز اجرا شده می تواند (۱).

تضیق پیلور (Pyloric Stenosis)

تضیق پیلور عبارت از پتالوژی است که در اثر قرحات مزمن و فبروز ناحیه پیلوریک در نزد کاهلان بوجود می آید.

تظاهرات کلینیکی

تضیق پیلور ممکن است در نزداکثر مریضان مبتلا به قرحات مزمن ناحیه پیلوریک بوجود آید و معمولاً شروع استفراغ حاکی از انسداد در ناحیه می باشد.



شکل (۱۰۰) تضیق پیلور ماخذ (۹)

ADAM.

- بطور مشخص این استفراغات مکرر بوده و حاوی غذا های هضم ناشده یک یا دو روز قبل می باشد.
- در تضیق پیلور مدت زیادی از آن سپری شده باشد ممکن است مریض نا آرام، بی حال و لاغر باشد.
- در بعضی مریضان مسن سابقه بسیار اندکی از سوء هاضمه قبلی در مرحله قبل از تضیق پیلور وجود دارد. اگر استفراغ دوامدار شود مریض دیها پدیری، ضعیف و مصاب قبضیت می گردد.
- ممکن است در ناحیه اپیگاستریک Tenderness وجود داشته باشد .
- تشخیص مرض توسط رادیوگرافی و فیبروسکوپ می گیرد.
- رادیوگرافی معده بامواد کثیفه: لازم است تا از باریوم یا گستر و گرافین بسیار رقیق استفاده گردد. در رادیوگرافی توسعه معده و تضیق پیلور تا خیر در تخلیه معده به نظر می رسد.
- فیبروسکوپ پی: اثنا عشر معمولاً متضیق دیده می شود و فیبروسکوپ را نمیتوان از آن عبور داد، غذا های با قیما نده در معده باعث مشکلات در رویت معده می شود.

تداوی طبی

- قبل از اجرای عملیه جراحی تشوشات الکترو لایتی و تغذیوی با ید رفع گردد، جهت رسیدن به هدف فوق الذکر چند روز تداوی طبی ضرورت است.
- اساسات تداوی طبی عبارتند از:
 - تطبیق N.G.T تا معده بحالت تخلیه قرار گیرد.

- تجویز Cimetidine از طریق وریدی به مقدار ۳۰۰ میلی گرام بعد از هر ۶-۸ ساعت .
- برای زرق وریدی متناوب ۳۰۰ میلی گرام Cimetidine را با ۵۰ میلی لیتر سیروم رقیق کرده و طی ۱۵-۳۰ دقیقه تطبیق می گردد.
- تطبیق مایعات و الکترو لایت ها از طریق وریدی، باچنین تداوی در بعضی موارد معده شروع به تخلیه مجدد می نماید ولی اگر انسداد تام وجود داشته باشد بعد از اهتماتمات لازمه طبی تداوی جراحی استطبیب دارد.

تداوی جراحی

قبل از عملیات معده برای ۲-۳ روز از طریق سند انفی معدوی توسط سیروم شست شو میگردد. عملیات جراحی برای تضیق پیلور عبارت از Truncle Vagotomy همراه با پیلورو پلاستی گاسترو جیجونوستومی و یا Partial Gastrectomy میباشد. برخی جراحان ترجیح می دهند که عملیات Highlyselective vagotomy انجام دهند و درین صورت تضیق با پیلورو پلاستی (شق طولانی پیلور و ترمیم بشکل عرضانی) رفع می گردد.

نزف معدی- معایی

نزف معدی معایی تحت عناوین Haematemesis & Melaena مطالعه میشود.
Haematemesis - عبارت از استفراغ خون روشن و یا قهوه بی می باشد.
Melaena - عبارت از دفع مواد غایطه سیاه رنگ قیر مانند می باشد.
Haematemesis & Melaena میتواند همزمان با نزف قسمت های علوی سیستم هضمی صورت گیرد.
اسباب

- نزف از سیستم هضمی علوی ممکن است از نواحی ذیل باشد :
- حلقوم - مثل استفراغ خون بلعیده شده ناشی از نزف انف.
- مری - Esophagitis با تقرح ثانوی فتق حجاب حاجزی واریس های مری ثانوی از اثر Portal Hypertension.
- معده - گاستریت ، قرحه معده، تومورهای سلیم ، کارسینوما و مرض - Mallory - Weiss.
- اثنا عشر - قرحه اثنا عشر

بصورت عموم شایعترین علل نزف قسمت های علوی جهاز هضمی عبارتند از:

- گاسترایت اروزو هیموژیک
- قرحه معده
- قرحه اثنا عشر

- سندروم Mallory- Weiss

- واریس های ناشی از پورتل ها پیر تنشن (1).

معاینات تشخیصیه

- در شروع نرف موارد ذیل باید در نظر گرفته شود:
- تعیین مقدار خون ضایع شده با استفاده از تعیین فشار خون ، نبض ، جریان خون محیطی و شعور مریض میتوان مقدار خون ضایع شده را تخمین نمود.
- مریضانی که نرف شدید داشته باشند احتمال آن می رود که بار دیگر نرف کشنده نزدشان بوجود آید، در نزد مریضی که شعور خویش را از دست داده فشار خون بسیار پائین، نبض سریع و ضعیف، اطراف سرد و مرطوب باشد احتمالاً مریض ۱،۵-۲ لیتر خون ضایع کرده است.
- مریض که شعورش خوب و مصاب شاک ضعیف است، فشار خون پائین و نبض سریع دارد، امکان دارد در حدود یک لیتر خون ضایع کرده باشد .
- اگر نزد مریض علایم شاک وجود نداشته باشد ضیاع خون ممکن کمتر از ۵۰۰ میلی لیتر باشد.
- سرعت نرف - ارزیابی سرعت نرف را میتوان بعد از بررسی منظم و احیای مریض انجام داد.
- وضعیت عمومی مریض : وضعیت عمومی مریض نشان میدهد که چه مقدار خون را ضایع نموده است .
- احیاء (Resusciation) : بعد از ارزیابی مقدم مریض شدت نرف مشخص می گردد.

اهتمامات احیاء

- دو ورید مریض با سوزنهای گیج ۱۴ باز نگهداشته شود.
- گرفتن خون برای اجرای Cross Matching.
- ۸ واحد خون باید Cross Matching شده و خون جهت ارزیابی Hb حجم Packed cell فرستاده شود .
- تطبیق خون به مریض .
- نوع مایعات وریدی: برای مریضی که حالت شاک نداشته باشد، ۵۰۰ سی سی سیروم فزیولوژیک از طریق وریدی در طی ۴ ساعت الی رسیدن خون داده می شود.

- مریضانی که در حالت شاک باشند ما یعات از طریق وریدی داده شود و خون برای مریض ترانسفوژن گردد.

- برای مریضی که در حالت شاک باشد هر نوع انفوژن وریدی مناسب (مثلاً سیروم فزیولوژیک) است. محلولهای کلونیدی (دکستروز) از محلولهای الکترولایتی بهتر هستند. خون کامل (Whole Blood) از محلول کلونیدی بهتر است.

مقدار مایع وریدی: انفوژن باید به مقدار و سرعت کافی صورت گیرد تا میزان فشار خون مریض به سطح قابل قبول (فشار سیستولیک ۱۲۰-۱۰۰) در نزد مریضان مسن و ناتوان ممکن است برقرار نمودن CVP Line در زمان نقل الدم ضروری باشد تا از overload شدن مریض و ظهور نارسایی قلبی جلوگیری بعمل آید.

تطبیق کتیر مثنی: Dyures: استطباب خوبی در پر فیزیون ارگانهای مرکزی در حالت شاک می باشد. Dyures باید بیش از 0,5ml/kg/h حفظ گردد.

Dyures کمتر از 25ml/h دلالت به پر فیزیون نا کافی کلیه مینماید.

Monitoring منظم مریض قرار ذیل صورت می گیرد:

- نبض فشار خون، سطح C.V.P. در ۱۵ دقیقه کنترل گردد.

- کنترل Dyures در هر ساعت صورت گیرد. وقتی حالت مریض بهبود یا فت تا ریخچه کامل مریض گرفته شود.

- تاریخچه کامل از مریض و یا متعلقین مریض گرفته میشود.

- علت نرف دریا فت گردد.

- به مواردی چون سوء ها ضمه سوزش معده یا رفلکس، درد بطنی، اعتیاد به الکل یا مصرف ادویه جات درین اواخر خاصاً NSAID's، توجه خاص معطوف گردد. مریض باید ارزیابی عمومی صحی شود.

- جهت تا ئید تشخیص اندوسکوپی صورت گیرد.

تداوی طبی

تداوی طبی در - Upper GIB - نزد اکثر مریضان بشکل ذیل صورت می گیرد:

- خون ضایع شده دوباره اعاده گردد.

- مریض تسکین گردد و استراحت کامل نماید.
- تداوی اندوسکوپی جهت توقف نزف.
- توصیه انتی اسید و دیگر ادویه جات مورد نظر.
- مریض باید بستر شده و تحت Observation دقیق قرار گیرد.

تداوی جراحی

در صورتیکه تداوی طبی موثر واقع نشود و نزف ادامه یابد و یا نزف عود نماید، ایجاب مداخله جراحی را می نماید.

نزف قرحات پپتیک

Hematemesis & Melana

- وضعیت هر مریض مبتلا به GIB باید به اطلاع داکتر جراح رسانیده شود و هر مریض که شرایط ذیل را داشته باشد باید توسط دوکتور جراح مراقبت گردد:
- در صورت ضایع نمودن بیش از ۶ واحد خون.
 - Hematemesis شدید.
 - نزف مکرر حین تداوی طبی.
 - شواهد اندوسکوپی مبین به High risk بودن مریض از نظر نزف مثلاً اوعیه خوندهنده قابل دیدن یا نزف قاعده قرحه.
- **Mallory Weiss Tear:** این آفت در محل اتصال معده با مری (G.E.J.) در اثر استفراغات بوجود می آید.
- مریض اغلباً سابقه استفراغ را داشته میباشد.
 - این پتالوژی در اندوسکوپی تشخیص میگردد و معمولاً به تداوی طبی جواب میدهد.

گاستریت حاد

- گاستریت حاد منبع شایع برای نزف معدوی میباشد.

- ممکن مریض ادویه جات از قبیل فینیل بوتازون - اندو میتا سین - ستروئیدها - ترکیبات آسپرین را مورد استفاده قرار داده باشد.
- گاستریت حاد ممکن در سپتا سیمی اتفاق افتد.
- در اغلب موارد مرض با تداوی طبی و قطع ادویه جات رفع می گردد.

تداوی جراحی نرف قرچه پپتیک

- در صورتیکه نرف از قرچه معده ادامه یا بد ایجاب تداوی جراحی را می نماید که تداوی جراحی آن عبارت از Emergency Partial Gastrectomy می باشد. این قرچه معده ممکن است از خلف به پانکراس چسبیده باشد و باعث تخریب شریان طحالی شود، در این صورت نرف ممکن است زیاد باشد و حد اقل ۱۰ واحد خون برای نرف خلفی قرچه باید Cross-Match گردد.
- نرف از قرچه اثنا عشر معمولاً با Vagotomy و Pyloroplasty تداوی میگردد.
- بعضی از جراحان گاسترکتومی قسمی را بر علاوه اکسیزیون قرچه اثنا عشر ترجیح میدهند.
- جراحانی که باهای سلکتیف و گوتومی (HSV) موافق اند، این عملیات جراحی را بصورت Emergency انجام می دهند.
- احتمالات بعد از عملیات جراحی (Post OP. Order).
- خطر تکرار نرف زیاد است و مریض باید بدقت ازین نگاه مراقبت گردد.

کارسینوما ی معده (Carcinoma of the Stomach)

- ادینوکرسینوما ی معده عبارت از تومور خبیث می باشد که با علائم ذیل مشخص می گردد:
- علائم سویها ضمه (Dyspepsia) توام با کاهش وزن در سنین بالاتر از ۴۰ سال میباشند.
- کمخونی به نسبت کمبود آهن .
- نرف مخفی (Occult Blood) در مواد غایبه.
- انساج غیر طبیعی در اندوسکوپی Upper GI.

اسباب

- بنظر می رسد که بعضاً ادینوکرسینوما ی معده از گاستریت و قرچه سلیم معده که قبلاً وجود داشته است منشاء می گیرد.

- شکل میکروسکوپی کارسینومای معده از یک قرحه تا کتله غیر منظم و یا شکل منتشران Leather Bottle stomach متفاوت بوده میتواند.
- کارسینومای معده در نزد افرادی که گروپ خون A دارند بعضاً دیده می شود.
- ۶۴٪ کتلات تومورل در ناحیه Prepyloric قرار دارند.

انتشار مرض

- انتشار مستقیم به اعضای مجاور
- انتشار لمفاوی
- انتشار از طریق دموی
- انتشار از طریق پریتون که سبب Krukenberg tumor می گردد.

تظاهرات کلینیکی

- مرض در سنین بین ۴۰الی ۶۰- سالگی نزد طبقه ذکور شیوع بیشتر دارد. ممکن کارسینومای معده با یا بدون سابقه سوء هاضمه ناشی از قرحه معده بروز کند. مریض از اعراض چون دلبدی، بی اشتها یی و درد اپی گاستریک حکا یه می نماید. در اوایل درد بعد از صرف غذا تشدید میشود ولی بعداً دوامدار شده و مریض را شبانه از خواب بیدار می کند، ممکن نزد مریض ضیاع وزن وجود داشته باشد^(۱).
- در معاینه کتله ای در هیپوکاندر چپ جس می شود.
- علایم انتشار مرض با ید مورد جستجو قرار گیرند که از جمله بزرگ شدن عقدات لمفاوی فوق الترقوی چپ (Troisier,s Sign)، عنق و بزرگی کبد می باشد.
- مریض معمولاً لاغر و ممکن دچار یرقان باشد.
- کرسینومای معده ممکن است با Hematemesis&Melana تظا هر نماید.

معاینات تشخیصیه

۱- باریوم میل

۲- فیبروسکوپ، بیوپسی

۳- معاینات خون

باریوم میل: در Barium Meal - Filling Defect نامنظم دیده میشود.

- فیبرو سکوپي ، بیوپسی : اجرای این معاینه حتمی می باشد واکثرأ تشخیص را واضح می سازد.
- کارسینومای خیلی کوچک معده ممکن است با فیبروسکوپي بیوپسی برداشته و تشخیص نمود، این پتالوژی از جمله آفاتی هستند که نتایج بعد از تداوی آن قناعت بخش است.
- معاینه خون : اکثر مریضان مصاب به سرطان معده ضعیف و ناتوان میباشند.
- قبل از عملیات باید هیموگلوبین و البومین سیروم خون تعیین گردد.
- تشخیص تفریقی معده
 - گاستریت
 - باقرحه سلیم
 - IBS (سندروم التهاب امعاء)
 - دیگر تومورهای معده از قبیل لیومیوسارکوما و لیومیوما می باشد.

تداوی جراحی

عملیات جراحی عبارت از برداشتن تومور توام با عقدا ت لمفاوی موضعی یعنی گاسترکتومی قسمی امکان پذیر میباشد و بعضا ایجاب گاسترکتومی تام رامی نماید. در صورتیکه تداوی جراحی امکان پذیر نباشد جهت بهبود علایم موضعی از قبیل درد دوامدار و یا انسداد توام با استفراغ استطباً ب دارد که 5-Fluoruracil برای مریض توصیه گردد. IV 12mg /kg (5-FU, Adrucil, Efudex; Inj 50mg) این تداوی برای چهارروز صورت گیرد و بعداً اگر سمیت ایجاد نشود 6mg/kg IV در روزهای ۶-۸-۱۰ و ۱۲ ادامه داده شود و تداوی دوامدار عبارت از تکرار دورهای تداوی در هر ۳۰ روز می باشد.

اهتمامات قبل از عملیات جراحی

- مریض ممکن است برای چند روز قبل از جراحی نیاز به نقل الدم خون یا تغذیه وریدی داشته باشد.
- اگر مریض قادر باشد که مایعات را از طریق فمی دریافت نماید ، میتوان از High Oral Nutrition Diet استفاده کرد.
- ویتامین کافی از جمله ویتامین C باید به مریض تجویز گردد.
- اگر ستاز معده یا انسداد خروجی آن وجود داشته باشد، مریض باید به رژیم Clear Fluids برای ۴۸ ساعت گذاشته شود و معده مریض قبل از عملیات شستوشو شود.

انواع گاسترکتومی در سرطان معده

گاسترکتومی سرطان معده بر اساس میزان جذری (Radical) بودن آن تقسیم بندی می شوند :

- Radical 1 - شامل رزکشن عقدا ت لمفاوی در امتداد انحنای صغیر و کبیر معده اغلباً رزکشنهای که انجام می گیرند گاسترکتومی های R1 هستند .
- Radical 2 - شامل رزکشن عقدا ت لمفاوی در امتداد شرابین معده، طحال (سپلنکتومی) و عقدا ت لمفاوی خلف پریتون (پانکراتکتومی دیستل) می باشد.
- Radical 3 - شامل برداشتن عقدا ت لمفاوی در پورتا هپا تیک، عقدا ت لمفاوی رتروپانکریا تیک، نواحی جذر میزانتیر و لوبکتومی کبد نیز می گردد.

عملیات جراحی Total Gastrectomy

- در این عملیات معده بصورت مکمل برداشته میشود، عملیات متذکره معمولاً در موارد سرطان ناحیه انحنای صغیر یا جسم معده صورت می گیرد.
- مری به لویی از جیجونوم ویا ندرتاً با اثنا عشر تفم داده میشود.
- تفم مری با جیجونوم (EJA) آسیب پذیر میباشد ازینرو جراح ممکن است یک NGT را از انستومز بداخل جیجونوم عبور دهد.

عملیات Thoracoabdominal Gastrectomy

- این عملیات وقتی صورت می گیرد که کار سینومای معده قسمت سفلی مری را نیز اشغال نموده باشد.
- در کار سینومای معده یک شق ما یل در طول بستر ضلع هشتم اجرا و صدر را ز می گردد. بعد از برداشتن آفت انستومز با مری در داخل قفسه صدر انجام می شود.

اهتمامات بعد از عملیات جراحی

مریض تا ۷ روز باید NPO باشد و هیچ مایع از طریق فمی دریافت نکند، درختم این مدت رادیوگرافی با مواد کثیفه (باریوم) صورت می گیرد. در صورتیکه انستومز سالم باشد تغذیه مریض با مایعات شروع میشود و در غیر آن از طریق NGT ویا وریدی تغذیه صورت گیرد.

سندروم های بعد از گاسترکتومی (Postgastrectomy Syndrome)

سندرومهای بعد از گاسترکتومی عبارتند از:

- استفراغ صفراوی

- Dumping syndrome

- اسهالات (مثل اسهال بعد از واگوتومی)

- درد عود کننده است که ممکن ناشی از سندروم دامپنگ، قرحه پپتیک عود کننده، انسداد امعاء به علت التصاقات، گاستریت ناشی از التهاب هیلیکو باکتری و یا دیگر پنا لوژی باشد.

استفراغ صفراوی (Bilious Vomiting):

استفراغ صفراوی عبارت از استفراغ صفراوی خالص بوده که ۱۰ فیصد مریضان بتعقیب گاسترکتومی به آن مبتلا میشوند. علت استفراغ صفراوی واضحاً معلوم نیست اما در عملیاتی که در اثر آن پیلور By pass شده باشد استفراغ ممکن بوجود آید. بعد از عملیات Polyo Type II یا بعد از گاسترو انتروستومی استفراغات صفراوی نیز دیده می شود.

- استفراغ صفراوی با گاستریت صفراوی (Biliary gastritis) در اندوسکوپی یکجا قابل رویت میباشد.

- ممکن است استفراغ صفراوی با علائم درد بطن و دمپنگ سندروم توام باشد.

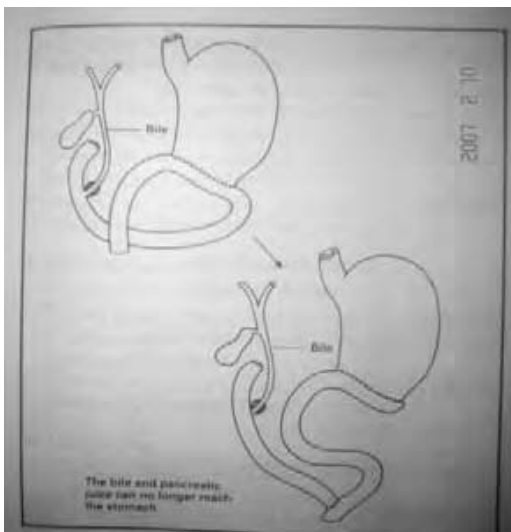
- سابقه حملات ناگهانی متناوب استفراغ ۱۵ الی ۳۰ دقیقه بعد از غذا وجود دارد.

- محتوی استفراغ شده بطور تیبیک حاوی صفراوی خالص است و مواد غذایی در آن موجود نمی باشد.

- ممکن قبلاً درد کرامپی معده وجود داشته باشد که با استفراغ بهبود حاصل می کند.

تداوی طبی

تداوی طبی عبارت از تجویز ادویه جاتی است که با نمکهای صفراوی ملحق میشوند، از قبیل انتی اسید میتوکلوپراماید و غیره.



شکل (۱۱-۱) عملیات Roux - en Y مأخذ (11)

تداوی جراحی

اگر علائم مرض مقاوم باشند نوع By pass صفرای (Bile Diversion) یا نوسازی معده (Gastric Reconstruction) انجام می‌گیرد.

استفراغ صفرای:

اگر جراحی واگوتومی ترانکل و گاسترو جیجونوستومی باشد در آن صورت میتوان گاسترو جیجونوستومی را بسته نمود و عملیات پیلوروپلاستی نزد مریض انجام نمود.

انحراف صفرای را میتوان به بهترین وجهی با منحرف نمودن لوپ انتروستومی ستندرد به میتود

Rou-en Y انجام داد شکل (۱۱-۱).

اهتمامات بعد از عملیات

وقتی معده به فعالیت آغاز نمود (کاهش اسپرله مواد از معده و دفع گاز توسط مریض) میتوان مایعات را به مریض شروع کرد.

دامپینگ (Dumping)

دامپینگ عبارت از توسع امعاء، کولیک بطنی، و اختلال وازوموتور می باشد که بعد از صرف غذا اتفاق می افتد و متعاقب گاسترکتومی یا عملیات جراحی دریناژ دیده می شود.

انواع دامپینگ

دو نوع دامپینگ وجود دارد^(۱).

۱- دامپینگ مقدم (Early Dumping) - این حالت ناشی از تخلیه سریع معده و بلند رفتن فشار اسموتیک در امعاء رقیقه و افزایش جریان دموی حشوی میباشد که باعث بیجا شدن مایع از سیستم وعایی به لومن امعاء می گردد. این حالت خاص با غذای داغ، غذای شیرین یا غذای زیاد توام با مایعات بنظر می رسد.

۲- دامپینگ موخر (late Dumping)

این مرض ناشی از هایپوگلاسیمی و عکس العمل در مقابل افزایش انسولین در پاسخ به هایپوگلاسیمی مقدم اتفاق می افتد.

هایپوگلاسیمی در اثر تخلیه سریع معده بوجود می آید.

تظاهرات سریری

- دامپنگ مقدم- دفعتاً بعد از صرف غذا رخ میدهد که نزد مریض عرق، سرعت نبض، تپش قلب، بعضاً درد کولیکی بطن، استفراغ و اسهال دیده میشود.
- دامپنگ موخر- ۱-۲ ساعت بعد از صرف غذا اتفاق می افتد، باید نزد مریض شکر خون تعیین گردد.
- تنظیم رژیم غذایی - به مریض توصیه گردد که گرفتن غذا را کم نماید تا سرعت تخلیه معده از مواد غذایی به حد اقل برسد.
- به مریض اطمینان داده شود که این حالت به مرور زمان برطرف می گردد. مریضان دامپنگ باید غذای کم و توام با رژیم غذایی حاوی چربی و پروتئین و محدودیت کاربوهایدریت را رعایت نماید. نوشیدن مایعات قبل از صرف غذا و یا بعد از آن صورت گیرد نه در وقت صرف غذا.
- دامپنگ موخر با فعالیت فیزیکی بعد از صرف غذا شدیدتر میگردد بناً لا زم است چنین مریضان بعد از صرف غذا الی یکساعت استراحت نمایند.

تداوی جراحی دامپنگ

دامپنگ مقاوم را میتوان با بسته نمودن گاستروانتروستومی یا اجرای پیلورو پلاستی تداوی نمود.

اسهال (Diarrhea)

Truncle Vagotomy نه تنها افرا زات معده را کاهش می دهد بلکه در نتیجه تخلیه معده را به تاخیر می اندازد. امعاء متوسع شده و تا ۵۰ فیصد از مریضان بعد از واگوتومی ترانکل از افزایش دفعات تغوط شاکی میباشند و ۵۰ فیصد ضرورت به تداوی دارند، معمولاً اسهال نزد این مریضان بشکل حملوی میباشد. میکانیزم این حالت واضح نیست و فکتورهای متعددی ممکن در آن نقش داشته باشند.

تخلیه سریع معده که در اثر عملیات جراحی دریناژ معده بوجود می آید منجر به رسیدن محتویات با اسمولاریتی بلند به داخل امعاء رقیقه می شود، وقتی که امعاء به سرعت این محتویات را رقیق میسازد حرکات استداری شدید رخ میدهد و باعث علایم دامپینگ مقدم و اسهال میگردد.

در موارد واگوتومی Highly selective اسهال دیده نمی شود.

تظاهرات کلینیکی

مریض از افزایش تغوط شاکی است که در موارد شدید ممکن حملاتی از اسهال رقیق غیر قابل کنترل وجود داشته باشد، این حملات نادر و غیر قابل پیش بینی میباشند.

تداوی طبی

مرض با توصیه نمودن ادویه جات از قبیل Diphenoxylat، Codeine Phosphate و Loperamide جواب میدهد.

Codeine Phosphate (Tab 15mg, Inj 30) 45-120 mg/d in 3-6 divided doses

Di phenoxylate (Lomotil; ta 2.5mg Di phenoxylate & 0.025m

Atropine Sulfate) 5mg Di phenoxylate PO qid, then adjust

each Loperamide (Imodium; Tab, Cap 2mg) Initially, 4mg PO, then 2mg

unformed stool, Max 16mg/d.

تداوی کوتاه مدت با Neomycin باعث بهبود طولانی مدت می گردد.

Neomycin (Neo-Tabs; tab 500mg) 50mg / kg /d PO in four divided doses for 2-3 days.

تداوی جراحی

در موارد شدید عملیات جراحی مجدد معده و قرار دادن یک سگمنت معکوس در ۱۰ سانتی متری جیجی نوم در قسمت خروجی معده ممکن باعث بهبود علایم گردد.

اجسام اجنبی معده

ایتیولوژی و پاتا جینز

اجسام اجنبی می تواند از طریق فمی داخل معده شوند و یا اینکه در معده تشکل نمایند. اکثراً اجسام اجنبی معده نزد کسانی دیده میشود که به مریضی روانی دچار شده باشند. نزد اشخاص محتاط به الکول و اطفال خورد سال نیز اجسام اجنبی معده دیده میشود.

اجسام اجنبی که در معده تشکیل می شوند بنام Bezoar نامیده میشوند. Bezoar به تجمع و تراکم مواد غیر قابل هضم داخل معده اطلاق می گردد. انواع بزور ها عبارتند از: تریکوبزور (که از موی تشکیل یافته می باشد)، فیتو بزور (از مواد گیاهی تشکیل یافته میباشند)، سیبو بزور (از شحمیات حیوانی تشکیل یافته می باشد) و هیماتو بزور (از علقات خون تشکیل شده میباشند).

اعراض سریری

نزد مریض درد ناحیه اپی گاستریک، احساس کشش و پری معده موجود بوده و عارق بابوی ناخوشایند و سوزش معده موجود می باشد، بعضاً استفراغ و کسالت عمومی و باختن وزن بدن دیده میشود. با جس ناحیه اپی گاستریک دردناک بوده و در صورت موجودیت بزور کتله سخت بدون درد متحرک قابل جس میباشند. در بعضی موارد اعراض کلینیکی واضحی دیده نمی شود. تشخیص با رادیو سکویی، رادیوگرافی با مواد کثیفه و یا اندوسکوپي صورت می گیرد.

اختلالات

موجودیت اختلالات و ظایف حرکی و تخلیوی معده، تخریش غشای مخاطی، نزف، فلگمون جدار معده و حتی تنقب معده بنظر میرسد. در صورت موجودیت دوامدار جسم اجنبی در معده اختلالات از قبیل ایجاد گاستریت، انیمی، پولیپ و قرحة معده دیده میشود.

تداوی

اجسام اجنبی که طول آن از ۷ سانتی متر کمتر و بدون اعراض پریتونیت باشد عملیات عاجل ایجاب نمی کند. اجسام اجنبی خورد را میتوان توسط فایبروگستروسکوپي خارج نمود. اگر جسم اجنبی از اشیای نوک تیز باشد و طول آن بالاتر از ۷ سانتی متر باشد و تمایل به حرکت در مدت ۳-۵ روز نداشته باشد درین صورت تداوی جراحی گستروتومی (Gastrotomy) و خارج نمودن اجسام اجنبی از معده و ترمیم دوباره معده صورت می گیرد. مداخله عاجل جراحی در صورتی ایجاب می نماید که اعراض پریتونیت موجود باشد (۹).

توسع حاد معده

توسع حاد معده عبارت از انسداد شکل خاص ناحیه معدی معالی می باشد که باعث اتونی شدید معده می گردد این نوع مریضی نادر اما فوق العاده وخیم می باشد.

ایتو لوژی وپتا جینز

در ایجاد مرض تغییرات فکتورهای نیوروجنیک رول عمده بازی می کند.

توسع معده از نظر اکثر علمای عبارت از برهم خوردن هم آهنگی بین سیستم عصب سمپا تیک وپره سمپا تیک می باشد که این حالت باعث اتونی معده می گردد، در چنین موارد معده از گاز و مایعات مملو شده و بالای عرووات امعاء رقیقه فشار وارد نموده که باعث کشش و تحت فشار آمدن میزوی امعاء رقیقه میگردد. در قسمت دیستل اثنا عشر بین معده متوسع وستون فقرات تحت فشار شدید قرار می گیرد. محتوی معده از طریق اثنا عشر عبور نکرده که باعث توسع بیشتر معده و اثنا عشر می شود، چنین حالت باعث برهم خوردن دوران خون می گردد.

نزد مریض استفراغات شدید موجود می باشد که این حالت باعث ضیاع مایعات عضویت و برهم خوردن تعادل الکترولایت ها، غلظت خون، اولیگوری، ازوتیمی، هایپوکلوریمی، الکلوز، اتونی معدوی و اختلالات قلبی و عایی می گردد.

توسع حاد معده از باعث تضیق احشای جوف بطن، قرحه معده و اثنا عشر، سرطان معده، لردوز ستون فقرات ناحیه قطنی و عملیاتهای احشای بطنی بوجود می آید.

اعراض کلینیکی

علائم عمده مرض عبارت اند از درد بطن، استفراغ دوامدار و انتفاخ بطن میبا شد، مرض ناگهانی بوجود می آید که باعث اعراض کلینیکی می شود. در مواردیکه نزد مریض تاریخچه ترخیصات بطن، مصمومیت و عملیات های جراحی قبلی موجود باشد به تعقیب این مریضی ها دردهای دوامدار با اعراض خفیف مرض دیده میشود.

درد دفعتاً عاید گردیده و دوامدار می باشد که در قسمت علوی یا تمام بطن انتشار داشته می باشد.

استفراغ دفعتهاً بوجود می آید که محتوی آن افزایشات معده، صفرا و عصاره پانکراس میباشد. در ابتدا محتوی مواد استفراغ زرد رنگ و بعداً رنگ نسواری را بخود می گیرد. در موارد نادر در اثر فلج تام معده ممکن استفراغ وجود نداشته باشد که درین صورت تطبیق سندانفی معدی و اسپریشن محتوی معده به تشخیص کمک می نماید.

مریض خاسف بوده و نزدش عرق سرد موجودمی باشد. نبض مریض سریع وخیطی، فشارخون پائین اکراسیا نوزوسردی اطراف بنظر میرسد.

انتفاخ بطن مقدم بوجود می آید که درابتدا قسمت فوقانی بطن و بعداً قسمت های سفلی بطن را نیز دربرمی گیرد. زبان مریض خشک و احساس تشنگی می نماید. نزد مریض انسداد تام با تغییرات الکترولایتها، ازوتیمی، اولیگوری و انوری دیده می شود. در اثر تغییرات سیستم عصبی تیتانی معده وبتعقیب آن تیتانی اطراف علوی و سفلی بوجود می آید، همیچنان درمعاینه خون WBC بلند میباشد. در رادیو گرافی بطن خیال توسع معده تا سرحد حوصله دیده میشود که درقسمت علوی بطن بشکل مستعرض تمام قسمت های تحت حجاب حاجز طرف چپ را احتوا می کند، درین ناحیه خیال بزرگ گاز و مایع بمشاهده می رسد. حرکات پیریستا لتیزم معده شنیده نمی شود. حالت عمومی مریض بسیار زود به وخامت می گراید، بعضاً توسع معده باعث انفجار معده شده ودرنتیجه شاک وپریتونیت بوجود می آید.

تشخیص مرض

توسع حاد معده شروع آنی داشته و نزد مریض استفراغات شدید بوجود می آید که بزودی حالت کولیس و انتفاخ بطن دیده میشود.

تشخیص تفریقی

این مرض با انسداد وظیفوی و انسداد میخانیکی، اتونی معده بعد از عملیاتها تشخیص تفریقی می گردد.

تداوی

مريضان توسع حاد معده که نزد ایشان تضيق معده و اثنا عشر موجود نباشد، در ابتدا تداوی طبی صورت می گیرد. نزد مريض تعادل الکترولایت ها برقرار و دیکا مپریشن معده توسط تطبیق سند انفی معدی صورت می گیرد.

تداوی جراحی

بخا طراز بین بردن موانع از قبیل تضيق، دیکا مپریشن معده، گستر و انتروستومی اجرا می شود (۲).

تدور معده (Volvulus of the stomach)

تدور معده حالت غیر معمول است که اکثراً در امتداد محور معده و توام با یک فتق پره ازوفجیل رخ میدهد. در رادیوگرافی با مواد کثیفه معده به صورت معکوس دیده می شود. ممکن است تدور معده بشکل حاد رخ دهد و منجر به انسداد کامل یا اختناق معده شود. تدور معده معمولاً در نتیجه امراض مزمن بوجود می آید. تدور حاد با درد شدید اپی گاستریک توام با ناتوانی در استفراغ کردن تظاً هر می کند و ممکن است عبور دادن سند انفی معدی (NGT) مشکل و یا غیر ممکن باشد. حالات مزمن سبب درد و توسع متناوب اپی گاستر می شود.

تداوی

اگر معده قابلیت حیات داشته باشد تدور رفع و فتق حجاب حاجزی ترمیم و معده را به جدار قدامی بطن تثبیت نمود. اغلباً ضرورت به تطبیق تیوب گاستر و ستومی می باشد. در صورت موجودیت نکروز رزکشن معده ضروری است (۸).

تمرینات فصل اول معده

- ۱- در مورد اناتومی معده معلومات لازمه ارایه نماید؟
- ۲- معده دارای کدام وظایف عمده می باشد؟
- ۳- در مورد فزیولوژی معده چه می دانید؟
- ۴- اثنا عشر از چند قسمت تشکیل گردیده است معلومات ارایه نمائید؟
- ۵- قرحه پپتیک چیست و میکانیزم بروز آنرا توضیح نمائید؟
- ۶- پتولوژی قرحه پپتیک را تشریح نمائید؟

- ۷- اختلالات قرحه پپتیک از چه قرار می باشد؟
- ۸- بتولوژی قرحه پپتیک را توضیح نمایید؟
- ۹- اختلالات قرحه پپتیک کدام اند؟
- ۱۰- قرحه معده اکثراً در کدام قسمت معده بوجود می آید و اسباب آن کدام است؟
- ۱۱- چند نوع تداوی قرحه معده وجود دارد بیان نماید؟
- ۱۲- تثقب قرحه پپتیک چطور صورت می گیرد، معاینات تشخیصه آن کدام است؟
- ۱۳- تداوی تثقب قرحه پپتیک کدام است، تشریح نمائید؟
- ۱۴- تضیق پیلور چطور بوجود می آید و اسباب آن کدام است؟
- ۱۵- اسباب نرف معدی معای چیست توضیح نماید؟
- ۱۶- در صورت نرف معدی معای کدام اهمات لازم است؟
- ۱۷- نرف معدی معای چطور تداوی می گردد؟
- ۱۸- انتشار کرسینومای معده از کدام طریق صورت می گیرد؟
- ۱۹- جهت تشخیص کرسینومای معده کدام معاینات تشخیصیه ضرور است؟
- ۲۰- احتمات قبل از عملیات جراحی کرسینومای معده کدام است؟
- ۲۱- اکثراً اجسام اجنبی معده نزد کدام اشخاص دیده می شود، اعراض و علایم آن کدام است؟
- ۲۲- در صورت موجودیت اجسام اجنبی معده کدام اختلالات به نظر می رسد؟
- ۲۳- اعراض و علایم عمده توسع حاد معده کدام اند؟
- ۲۴- تدور معده چیست و چطور تشخیص می گردد؟

References:

مآخذ:

1. Ali Tavakkolizadeh, Joel E. Goldberg, et al. Gastrointestinal hemorrhage. In: Sabiston David W. Emily K; Robsbert D. Text book of surgery Biological bases of modern surgical practice. 18th edition. Texas 2008 p.1129-1222
2. Daniel T; Dempsy Stomach; In: F. Charies Brunicearde, Dana K. Anderson... et al, editors Schwarte`s Manual of Surgery, 8th ed. USA McGraw- HILL ;2006.p.650-84.

3. David , Mercer Emily, R . Robinson . Surgical Disease of the stomach. In: Sabistan David W. Emily k; Robert D.Tesxt book of Surgery , Biological basis of modern surgical practice.18th edition published by Saunder` s an imprint of Elsevier Inc , Texas 2008 p1223-1330..
4. Edward H.Livingston,Stomach and duodenum , In :Jeffrey A.Norton, R.Randal Ballinger, Alfred E. Chang... et al,editors Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence:USA ; Springer; 2003P.184-93.
5. Franl H Netter. Atlas of Human Anatomy , 3th ed.USA:Icon Larning Systems, Teterboro, New Jersey 2003. P.180-
6. Franck G. and Jams MC Greevy .Surgery of the stomach. In:Schwartz SI Sheres GI Spencer F.C. Principals of Surgery. Companian 7th edition MC,Grow Hill Book Company. New York 1999 p.380-415,
- 7.G.W. Astapenka; Malnikov N.H,Surgical disease. 2th edition Published ; Minsk 2000. p. 32-258
- 8.Harold Ellis ,Sir Roy Calny Christopher Watson,Lecture Notes On General Surgery 10th ed.Great Britain:Blackwell publishing; 2004 .
9. James O. Garden, Stomach and duodenum. Russel RCG Viliams NS .Editor; In: Baily &Lave Short practice of surgery. 24th edition,Arnold publication London 2004 p.10024-10061.
10. John Norman, Primorse, Stimach and Duodenum, In;RCG Russel,Norman, Williams ,Christopher J.K.Bulsrod, Editors,Bailey&Love`s Short Practice of Surgery ,24th ed. Great Britain: Hodder Arnold;2004 p.1030-56.
- 11 . Kovanova V. V . Operative Surgery. 2th edition . Moscow Medicine, 2002 p.301-324.
12. Lawrence W,Way Duadenum. In LawrenceWay editors Current: Surgical Diagnosis & Duodenum.In Applton&Longe; 2004 p.430-64.

13. S. Peterson- Brown. Stomach and Duodenum.In: Braifllis,Simon Paterson-
editors.Hmilton Baily`s
Emergency Surgery.13th ed.Great Britan,Arnold;2000.p.340-61.
- 14.Stomach illustration[online]2007[cited2007] available from: www medicine
net.

فصل دوم

امعاء رقیقه (Small intestine)

| | |
|----|--|
| ۴۳ | اناتومی جراحی |
| ۴۵ | هستولوژی |
| ۴۶ | فزیولوژی جراحی |
| ۵۰ | امراض التهابی امعاء رقیقه (مرض کرون) |
| ۵۸ | دیورتیکول میکل |
| ۶۰ | انسداد او عیه مساریقی |
| ۶۳ | تومورهای امعاء رقیقه |
| ۶۷ | ماخذ |

اناتومی جراحی

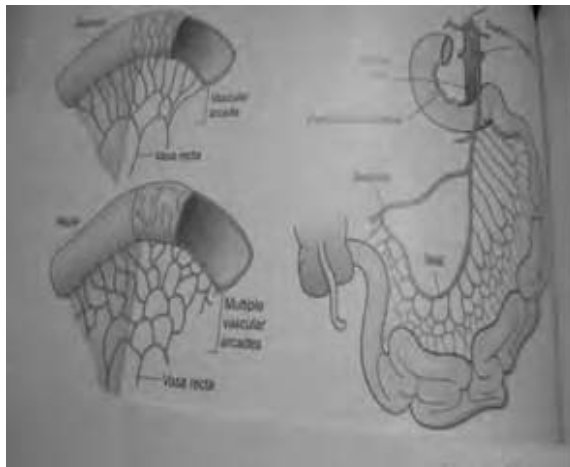
امعاء رقیقه از حدای Lig treitz الی دسام الیوسیکل نزد یک شخص کاهل ۵-۶ متر طول دارد و علاوه

بر وظایف حیاتی در تغذیه به عنوان بزرگترین عضو اندوکراین بدن ایفای وظیفه می نماید و یکی از مهمترین اعضای دخیل در سیستم معافیتی عضویت است.

طول امعاء رقیقه ارتباط به وضعیت فزیولوژیک ان در زمان اندازه گیری دارد. طول قسمتهای مختلف امعاء رقیقه به این ترتیب است: اثناعشر ۲۰ سانتی متر جیجونوم ۱۰۰-۱۱۰ سانتی متر و

الیوم

۱۵۰-۱۶۰ سانتی متر است^(۱).



شکل ۱-۲ اناتومی جراحی امعاء رقیقه مأخذ^(۵)

جیجو نوم در قسمت علوی وچپ بطن در مجاورت پانکراس ،طحال ،کولون ،کلیه و غده فوق الکلیه چپ قرار می گیرد. آفات اعضای متذکره ممکن جیجونوم رانیز اشغال نماید، به طور مثال پانکریا تیت می تواند باعث ایجاد انسداد فلجی موضعی (sentinel loop) در جیجونوم گردد. ضخامت و قطر جیجو نوم بیشتر از الیوم است. او عیه میزانتریک جیجونوم معمولا یک یا دو قوس رانتشکیل میدهند و اغلبا بصورت او عیه مستقیم (vasa recta) به وجه میزانتریک جیجو نوم داخل می شود،

بر عکس اروای الیوم از طریق ۴-۵ قوس جدا گانه تامین می شود و او عیه مستقیم در این قسمت کوتاه تر بوده و مهم تر اینکه میزوی الیوم حاوی شحم بیشتری است. الیوم در قسمت تحتانی و راست بطن وجوف حوصله قرار می گیرد. الیوم قطر کوچکتر داشته و تحرکیت آن نیز بیشتر از جیجونوم است شکل (۲-۱). امعاء رقیقه بجز قسمت اثناعشر توسط پریتون حشوی پوشانیده شده است. میزوی امعاء در فاصله بین دومین فقره قطنی تا مفصل سا کرو ایلیل راست به جدار خلفی بطن چسپیده است پریتون میزانتیریک در حالت طبیعی به جایی چسپیدگی ندارد اما به تعقیب وارد شدن ترضیض (خارجی، کیمای، انتانی یا جراحی) ممکن است به سطوح هم دیگر چسپیده و حرکات امعاء را به شکل بارزی محدود نماید.

اروا امعاء رقیقه

به استثنای اثناعشر که توسط شعبات Truncus cealicus اروا می شود اروا تمام امعاء رقیقه به عهده شریان مساریقی علوی، می کند. با وجود او عیه کولتیرال فراوان انسداد شریان مساریقی علوی یا یکی از شعبات اصلی آن سریعاً منجر به گانکرن امعاء خواهد شد.

دریناژ وریدی

سیر آورده امعاء رقیقه موازی به شریان ان صورت می گیرد.

ورید میزانتیریک علوی در قسمت خلف عنق پانکراس به ورید طحالی ملحق شده و ورید باب را تشکیل میدهد (۵).

در صورت عدم موجودیت ارتشاح شدید شحمی در میزوی امعاء ویاالتصاقات ان، امعاء رقیقه فوق العاده متحرک است تا حدیکه در بعضی از مریضان می توان سگمنت های جیجونوم را جاه گزین مری نمود.

دریناژ لمفاوی

امعاء رقیقه حاوی انساج لمفاوی فراوانی است که عمدتاً در پلاکهای پایر الیوم واقع شده اند. امعاء رقیقه دارای یک دریناژ لمفاوی غنی است که در جذب شحم نقش عمده ای ایفا می نماید. لمف امعاء رقیقه وارد عقدات لمفاوی ناحیوی واقع در نزدیکی او عیه میزانتیریک علوی و سپس وارد صدر

می شود. او عیه لمفاوی امعاء نقش مهمی در دفاع عضویت و همچنین انتشار حجرات نیوپلاستیک دارند.

مخاط امعاء رقیقه بجز در بصله اثنا عشر و نهایت الیوم دارای التواتات عرضانی خاصی به نام Plica circulares می باشند. این التواتات در اخیر اثنا عشر و جیجونوم برجسته تر بوده و ارتفاع آنها به یک سانتی متر می رسد.

تعصیب امعاء رقیقه

امعاء رقیقه توسط هر دو سیستم سمپا تیک و پره سمپا تیک تعصیب می شود. الیاف پره سمپا تیک از عصب واگوس منشه گرفته و از گانگلیون سلیاک عبور می کند. این الیاف بالای افرا زات، حرکت و احتمالاً کلیه فعالیت های امعاء رقیقه تا تیر می گذارد. الیاف سمپا تیک از سه نوع عصب حشوی منشه گرفته که حجرات گانگلیونی آنها معمولاً در شبکه ای اطراف شریان مساریقی علوی قرار گرفته اند.

امپولس های حرکتی الیاف سمپا تیک روی او عیه دموی و خاصتاً افرا زات و حرکات امعاء تا تیر می کند.

هستولوژی

جدار امعاء رقیقه از چهار طبقه، سیروزا، عضلی، تحت مخاط و مخاط تشکیل شده است. سیروزا طبقه خارجی و در حقیقت قسمتی از پریتون حشوی است که جیجونوم، الیوم و بخش قدامی اثنا عشر را می پوشاند. طبقه عضلاتی شامل عضلات طولانی خارجی (نازک) و حلقوی داخلی (ضخیم) می باشد، حجرات گانگلیونی شبکه میزانتریک (Auerbach) در بین این دو طبقه قرار داشته و الیافی را به سمت آنها می فرستند. طبقه تحت مخاطی از نسج فبرو الاستیک حاوی او عیه و عصب تشکیل گردیده و قویترین جزء امعاء رقیقه محسوب می گردد بناً حین ترمیم امعاء رقیقه خیاطه ها باید ازین طبقه بگذرد، تحت مخاط حاوی شبکه از او عیه لمفاوی، ارتیریولها، وینولها و الیاف عصبی و حجرات گانگلیونی (شبکه Meissner) میباشد. مخاط امعاء رقیقه نسبت داشتن التواتات عرضانی بارزه های انگشت مانند که سطح جذب بسیار وسیع را فراهم می سازد، ساختمان های انگشت مانند از قسمت اخیر اثنا عشر به سمت الیوم کاهش می یابد، این بارزه ها سطح قابلیت جذب امعاء رقیقه را تا ۳۰ برابر افزایش می دهد. وظایف اصلی اپیتیل کرپتها عبارت است از ساخت حجرات جدید تولید

افرازات اکزوکراین و اندوکراین و افراز آب والکترولایت ها عملیه هضم و جذب را برعهده دارد. کریبت ها حداقل دارای دونوع حجرات مجزا هستند.

۱- حجرات goblet افراز موکس رابه عهده دارد.

۲- حجرات آنترواند و کرین (حجرات انتروکرومافین یا ارژنتا فین) که اضافه از ده نوع مختلف داشته و هورمونهای هضمی شامل گاسترین، سکرترین، کولی سیستوکینین، سوماتو ستاتین، انتروگلوکاگون، موتلین، نوروتنسنین و پپتید های جلوگیری کننده معده را افراز می کنند.

امبریولوژی

امعاء رقیقه در طی چهارمین هفته زندگی جنینی شکل می گیرد. اپیتیل و غدوات طرق هضمی از طبقه اندودرم و طبقات دیگر جدار طرق هضمی از میزودرم حشوی منشه می گیرد. در اوایل هفته چهارم تشکل اثناعشر از قسمت اخیر foregut و قسمت شروع midgut آغاز می گردد، سایر قسمت های امعاء رقیقه از midgut تشکل می شوند.

مجرای ویتلین بطور طبیعی الی قبل از تولد بسته می شود ولی بعضاً این حالت رخ نداده و باعث بوجود آمدن دیورتیکول میکل می گردد. در هفته دهم midgut پس از یک تدور ۲۷۰ درجه به جوف بطن باز می گردد. سیکوم بطور موقت طی ماهای سوم الی پنجم جنینی در ناحیه RUQ قرار می گیرد ولی بعد از آن به محل اصلی خویش یعنی RLQ نزول میکند.

فزیولوژی

حرکات امعاء رقیقه - حرکات امعاء رقیقه بشکل انقباض segmental و انقباض peristalsis صورت میگیرند. انقباضات قطعه یی توسط عضلات حلقوی ایجاد شده و حدود ۴۰٪ انقباضات امعاء رقیقه را شامل می شوند، حرکات پیریستالتیک نیز توسط عضلات حلقوی شروع شده و رفلکس پیریستالتیک مستقل از اعصاب خارجی عمل می کند.

ممکن است در جریان دوره های انترایت امواج غیر طبیعی ناشی از انقباضات قوی (حملات پیریستالتیزم) به سرعت مسیر امعاء رقیقه را طی نماید. در فاصله بین اوقات صرف غذا امعاء توسط نوعی از انقباضات پاکسازی می شود، تقلصات عضلی تحت کنترل عصبی، هورمونی قرار داشته و نوعی از انقباضات سه مرحله یی را بوجود می آورد.

مرحله I (استراحت)، مرحله II (انقباضات بین البینی) و مرحله III (امواج فشار بلند کوتاه) .
 افزایش غلظت سیرومی موتلین قادر به تحریک تقلصات عضلی می باشد.
 درامعاء رقیقه الیاف عصب واگوس دارای تا ثیرات کولینرژیک (تحریکی) وپپتیدرژیک (جلوگیری
 کننده) می باشد.

هضم و جذب

شحمیات -هضم شحمیات در امعاء رقیقه توسط لیپاز پانکراسی صورت می گیرد. نمکهای
 صفراوی در اواخر الیوم جذب شده و داخل انتروپاتیک می شوند. ذخیره مجموعی نمکهای
 صفراوی در عضویت در حدود ۵ گرام است که در هر ۲۴ ساعت شش مراتب سیر انتروپاتیک را
 طی میکند، روزانه صرف ۰.۵ گرام نمکهای صفراوی از طریق مواد غایبه دفع می گردد که آنهم
 با استفاده از کولسترول بازسازی و جاه گزین می گردد. معمولاً تمام شحمیات صرف شده جذب
 می شود^(۸).

پروتین - هضم پروتین توسط پپسین معده آغاز شده و در اثناعشر و قسمت فوقانی جیجیو نوم تحت
 تاثیر پروتینازهای پانکراسی تکمیل می گردد. تریپسینوژن پانکراس تحت تاثیر انترو کیناز
 افزاودر مخاط اثناعشر تبدیل به تریپسین می شود که این انزایم به نوبه خویش همه پروتینسازها را
 فعال می سازد.

کاربوهیدریت- در حدود نصف کالوری یومیه از کاربوهیدریت ها فراهم می شود، به اندازه زیاد
 امیلاز پانکراسی سبب می شود تا نشا یسته داخل اثناعشر قبل از ورود به جیجونوم به طور کامل
 هضم شود.

آب و الکترولیت ها - علاوه بر آب اشامیده شده افزایمات غدوات لعابیه، معدوی، صفراوی و معایبی
 روزانه در حدود ۸-۱۰ لیتر می باشد که همه آن به جز نیم لیتر قبل از معصره الیوسیکل دوباره جذب
 می شود. جذب آب از طریق انتشار ساده یا به واسطه فشار های اسموتیک و هیدروستاتیک صورت
 می گیرد.

جذب کلسیم عمدتاً در اثناعشر صورت می گیرد. محیط اسیدی، ویتامین D و parathormone جذب
 کلسیم را آسان مسازد.

فعالیت اندوکراین امعاء رقیقه

مخاط امعاء رقیقه منبع اصلی تنظیم کننده پپتید های امعاء بوده و عضلات آن دارای یک شبکه غنی از اعصاب نورواندوکراین می باشد. اگرچه ما تمام این مواد را هورمون می نامیم اما بعضی از آنها به صورت پاراکرین (مثل bombesin {پپتید از ادکننده گاسترین} و سوماتوستاتین) یا نوروترانسمیتر عمل می کنند.

سکرتین - حجرات خاصی در مخاط امعاء رقیقه حاوی سکرتین بوده و آنرا در جواب تماس با اسید، صفرا و احتمالاً شحم آزاد می کنند. این هورمون افراز آب و بای کاربنات را از حجرات قنوات پانکراس تحریک می نماید، همچنان باعث تحریک جریان صفرا و مانع آزاد نمودن گاسترین، افراز اسید معده و حرکات جهاز هضمی می شود.

سکرتین توانایی بخصوص خویشرا در آزاد نمودن گاسترین از گاسترینوما دارد و از نوع داخل وریدی آن به عنوان تست تشخیصی در نزد مریضان مشکوک به سندروم Zollinger – Ellison استفاده می شود.

کولی سیستم کینین (Cholecistokinin): CCK از مخاط امعاء رقیقه در اثر تماس با امینواسید

های مخصوص و اسید های شحمی آزاد می شود.

افزایش غلظت داخل قنوات ترپسین و اسیدهای صفراوی افراز کولی سیستم کینین را مانع می کند، کولی سیستم کینین دارای تاثيرات عمده ذیل است:

۱- تحریک تقلصیت حویصل صفرا و رخاوت معصره Oddi.

۲- تحریک افراز انزایم های حجرات Acinar پانکراس .

CCK همچنین قادر به تحریک رشد مخاط امعاء و پانکراس بوده و حرکات امعاء، آزاد ساختن انسولین را بیشتر می سازد. Cholecistokinin و گاسترین شباهت ساختمانی و تاثير زیاد ی بایکدیگر دارند.

پپتید های امعاء رقیقه : پپتیدهای امعاء یک هورمون واقعی از جمله سکرتین، گلوکاگون بوده و

در پاسخ به شحمیات و سطوح بالای گلوکوز آزاد می شوند (تحریک انسولین) و به همین دلیل است که مقادیر بیشتری از انسولین در مقابله با گلوکوز از طریق فمی در مقایسه با گلوکوز داخل وریدی آزاد میشود .

انتروگلوکاکون - پپتیدی است که از مخاط امعاء رقیقه آزاد شده و حرکات آنرا مانع میشود.

پپتید مشابه گلوکاگون یک عامل انتروتروفیک قوی محسوب می شود. peptid-vasaactive معایبی از نوع سکرترین و گلوکاگون به عنوان یک توسع دهنده و عایی قوی عمل می کند، ضمن اینکه افزایش افرازات معایی راتحریک و افزایش اسید معده را مانع می شود، پپتید های Vasoactive معایی عامل اصلی سندروم اسهال ناشی از تومور های اندوکراین پانکراس است. موتلین موجب انقباض عضلات ملسا (smooth m.) و حویصل صفر می شود. bombisin میتواند باعث آزاد ساختن تمام پپتید های امعاء بجز سکرترین گردد.

سوماتو ستاتین : به عنوان عامل جلوگیری کننده افرازات هورمونی طرق هضمی عمل می کند. نوروتنسنین به مقدار زیاد توسط حجرات اندوکراین مخاط ایلیوم تولید شده و افزایش آب و با یکاربنات را از پانکراس تحریک و افزایش معده رمانع میشود، ضمن اینکه دارای اثرات تروفیک روی مخاط امعاء رقیقه و غلیظه می باشد، پپتید موجود در ایوم نهایی و کولون علاوه بر داشتن اثرات تروفیک بالایی مخاط امعاء رقیقه موجب ممانعت افزایش معده و پانکراس نیز می شود. پپتید ها در جواب به ورود شحم به داخل کولون آزاد می گردند.

وظایف معافیتی : امعاء رقیقه یکی از منابع عمده Ig A محسوب می شود. پلازما سل های موجود در لامینه پروپریا وظیفه تولی IgG می باشد. عبور باکتریهای زنده از مخاط طرق هضمی و دخول آنها به عقدات لمفاوی میزان تحریک می تواند بیانگر آفات التهابی و عدم کفایه اعضای متعدد مریضان دچار سوختگی یا تروما باشد، یک پارچگی و تاثیر مخاط امعاء رقیقه عمیقاً تحت تاثیر عوارض سیستمیک قرار دارد. سوختگی های جلدی سپس موجب اتروپی مقدم مخاط و ایجاد عارضه در مخاط امعاء می شود. طرح های تداوی برای مقابله با این پدیده عبارت است از تحریک رشد مخاط امعاء و حفظ تمامیت آن در طول مراحل اولیه می باشد. عارضه سیستمیک پپتید های معایی متعددی می باشد که دارای اثرات تروفیک بالایی مخاط امعاء رقیقه هستند از جمله گاسترین، نوروتنسنین bombeson و عامل رشد اپیدرم علاوه بر این پولی امین ها نیز در تنظیم رشد و تفریق حجرات هضمی نقش اساسی ایفا می نمایند^(۸).

مرض کرون

Crohn's Disease

مرض کرون یک آفت گرانولوما توز مزمن سیستم هضمی می باشد که علت آن نامعلوم است. خصوصیت آن دوره های متناوب شفا و نکس از جمله علائم مرض میباشد. در گذشته مرض کرون تحت عناوین دیگری از قبیل الیت نا حیوی، انتریت تمام جدار امعاء ویا انترایت گرانولوما توز یاد می گردیدند^(۲).

مرض کرون شایعترین پتالوژی جراحی امعاء رقیقه میا شد. میزان بروز همه ساله^۳ این مرض تا ۶ واقعه در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است که این میزان در دهه سوم حیات به حد اعظم خود می رسد، در دهه ششم حیات نیز میزان بروز آن خفیفاً افزایش می یابد. مرض کرون در جوامع شهری زیادتر است، زنان بیشتر نسبت به مردان در معرض ابتلاء به آن قرار دارند.

خطر بروز مرض کرون در نزد کسانیکه به سگرت عادت دارند دوبرابر بیشتر نسبت به کسانیکه عادت سگرت کشیدن را ندارند می باشد.

خطر بروز مرض کرون در نزد خواهر و برادر شخص مبتلا ۳۰ برابر و در نزد متعلقین نزدیک ایشان ۱۳ برابر افزایش می یابد^(۸).

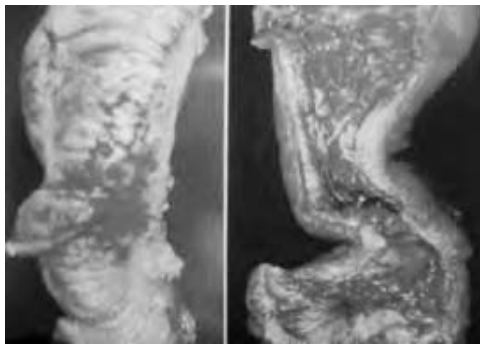
اسباب

برای مریضان کرون علل متعدد انتانی، ایمونولوژیکی، محیطی و جنیتیکی تذکر یافته است. در مورد علل التهابی بیشترین توجه به آنها با ت مایکوباکتریایی، بخصوص انتان توبرکلوز معطوف می گردد. انتانات فوق در بیوپسی امعاء مریضان مبتلا یافت شده اند.

انتانات دیگر مانند ویروس های مقاوم سرخکان نیز در ابتلای مرض کرون دخیل شمرده شده است. موجودیت تشوشات ایمونولوژیک در مریضان مبتلا به کرون مبین اتیولوژی اوتوایمیون این مرض است.

عوامل محیطی، رژیم غذایی، کشیدن سگرت و علل سایکو سوما تیک بعنوان علت مرض مطرح شده، ولی هرگز به اثبات نرسیده اند. وراثت قوی ترین عامل در ابتلابه مرض کرون می باشد.

پتولوژی



الف

ب

مرض کرون یک آفت التهابی با ماهیت تمام جداري (Transmural) و با درجات مختلفی از فیروزاست. مرض کرون میتواند قسمتهای مختلف سیستم هضمی را مآوف سازد و در ۹۰٪ مریضان stricture و التهاب قسمت الیوم نهایی را اشغال می کند.

الف - سطح سیروزا توسط شحم مستور گردیده و با التهاب شدید توام می باشد.

ب - در رزکشن جدار امعاء fibrosis به نظر می رسد. شکل (۲-۳) مرض کرون

ممکن است قبل از تاسس مرض اذیمای شدیدی در مخاط و تحت مخاط در معاینه میکروسکوپی دیده شود. مقدمترین عارضه پتالوزیک عبارت از تظا هریک قرحه سطحی است. با پیشرفت مرض قرحات عمیق تر شده و التهاب تمام جدار را اشغال میکند. عکس العمل التهابی با اذیمای شدید و ارتشاح شدید جدار امعاء مشخص می گردد. قرحات مشخصا بصورت خطی بوده و با پیوستن یکدیگر فوحت و سینوسهای عرضی منظره خاص Cobble stone را به وجود می آورند. هایپر تروفی و افزایش ضخامت تحت المخاط و عضلات سبب تضیق لومن امعاء و اذیمای شدید جدار امعاء و ایجاد لفا نجات انسدادی می گردد. نزد ۶۰-۷۰ فیصد از مریضان در سیر مرض گرانولوما در جدار امعاء و عقدات لفاوی ناحیوی بوجود می آید.

منظره میکروسکوپی: در هنگام عملیات میتوان قسمتهای ضخیم امعاء را به رنگ سرخ ارغوانی و اطراف آن را مایع اگسوداتیف اشغال نموده است و ظاهراً نواحی مبتلا به مرض توسط نواحی سالم (skip area) از یکدیگر جدا شده اند و یک خصوصیت برجسته مرض کرون موجودیت لفاقه شحمی به دور جدار امعاء است که در اثر رشد شحم محیطی میزانتیر به وجود می آید (شکل ۲-۳). جدار امعاء مرضی ضخیم، سخت و الاستیکیت خویش را از دست داده می باشد. امعاء سالم قبل از محل تضیق دچار توسعه می شود. سگمنت های مآوفه غالباً به قسمت های دیگر امعاء و یا احتشای مجاور چسبیده و ممکن است چندین عروه در پهلوی همدیگر قرار گرفته و یک کتله مدور را تشکیل دهند.

بوجود آمدن فیستولهای داخلی در این نواحی دیده می شود. عقدهات لمفاوی به قطر ۳-۴ سانتی متر می باشد.

نظا هرات کلینکی

گرچه مرض کرون می تواند در هر سنی رخ دهد، لیکن معمولاً مریض شخص جوانی است که هنوز به سن ۴۰ سالگی نرسیده است. مرض کرون شروع تدریجی و سیر آهسته و طولانی دارد. علائم مرض عبارت از درد بطن و اسهال در فواصل شفا رخ می دهد اما به مرور زمان دوره های شدید تر و طولانی تر می شوند. درد بطن به عنوان شایعترین عرض، اکثراً متناوب بوده و درد ابتدا شکل کرمپی دارد، اما ممکن است مرض بصورت دوامدار و مبهم سیر نماید. مریض معمولاً درد را در نواحی سفلی بطن حس می کند. اسهال از لحاظ شیوع در قدمه بعدی قرار داشته و ۸۵ فیصد مریضان از آن شکایت دارند.

در مقایسه با کولیت قرحوی اسهال در مریضان مبتلا به مرض کرون کمتر دیده میشود (رورانه ۲-۵ مراتبه) و به ندرت حاوی بلغم می باشد، کاهش وزن، ناتوانی جسمی و احساس کسالت در نزد ۵۰ فیصد مریضان دیده می شود.

اختلالات مرض

انسداد معایی و تنقب امعا از مهمترین اختلالات مرض کرون می باشد.

انسداد امعا در مرحله مزمن مرض که همراه با فیروز و تضیق روبه ازدیاد لومن امعا به نظرمی رسد که ممکن است قسمی و یا تام باشد. بعضاً امعاء در جوف کبیر پریتون تنقب می نماید و باعث پریتونیت منتشر می شود اما بروز فیستول و آبسه های داخل بطنی شایعتر است. فیستول می تواند بین سگمنت مبتلابه مرض و اعضای مجاور مانند امعاء رقیقه یا غلیظه، مثانه، مهبل، معده در سیر مرض بوجود آید.

کولیت ناشی از مرض کرون ممکن است تا سرحد میگا کولون توکسیک پیشرفت کرده و میتواند با توسع شدید کولون، حساسیت بطنی، تب و لیکوسیتوز تظا هر نماید. احتمال وقوع کانسر در سگمنت مبتلابه مرض کرون مزمن ممکن شش مرتبه افزایش یابد.

کانسر نزد این مریضان در مراحل پیشرفته تر تشخیص داده شده و انذار آن خوب نیست.

در موجودیت مرض کرون ناحیه پیری انل فیسور، فیستول، تضیق و آبسه در پنج فیصد موارد بوجود آمده می تواند. هرگاه مریض دچار فیستول های متعدد مزمن و عود کننده پیری انل باشد لازم است تا به مرض کرون فکر نمود.

در ۳۰ فیصد مریضان مصاب به مرض کرون علایم غیر وصفی از قبیل ارتزیت و ارترالژی، ایریت، هیپاتیت و پیری کولانژیت و پیودرمی گانگرنوز دیده میشود.

تشخیص

لازم است نزد مریضانیکه مصاب به حملات مزمن و عود کننده درد بطن، اسهال و کاهش وزن بدن می شوند ارزیابی های مربوطه به مرض کرون (اندوسکوپی و رادیوگرافی) کولونوسکوپی منظره بخصوصی قرحات با گرانولیشن و مخاط سالم اطراف آن را مشاهده نمود. در مراحل پیشرفته تر مرض قرحات لومن امعاء را زیاده تر مآوف نموده که درین مرحله تشخیص تفریقی آن از کولایت قرحوی مشکل خواهد بود.

علایمی که در را دیو گرافی امعاء رقیقه دیده میشوند عبارتند از حوafi نودولیر تضیق منتشر لومن، سینوسها با قرحات و فیستولها بوده که اعضای مجاور رانیز دربر گرفته می باشند. ممکن scan CT با نشان دادن کتله ای (مانند آبسه) و جدا بودن و یا یکجا بودن سگمنت های امعاء رقیقه را نشان دهد.

تداوی طبی

تداوی مرض عمدتاً عرضی میباشد و معمولاً دوره های شفا یابی و عود مرض دیده میشود. هدف از تداوی طبی عبارت از تسکین درد بطنی، کنترل اسهال و التهاب و جلوگیری از کمبود غذایی میباشد. آنتی بیوتیک های طرق هضمی بخصوص سولفا سالازین ((Azulfidine)) اثرات مفیدی در نزد بعضی از مریضان دارند. همچنان کورتیکوستیروئیدها مانند پردنیزون یا ادویه جدید Budesomide قادر به کنترل دوره های حاد ایلیت بوده و میتوان از ترکیب سولفا سالازین با ستیروئیدها برای حفظ دوره های شفا استفاده کرد. تداوی متداوم با استفاده از ادویه متذکره از نکس مرض جلوگیری نمی کند.

آنتی بیوتیک های سیستمیک در تداوی اختلالات انتانی مفید هستند اما به هیچ وجه تاثیر روی سیر طبیعی مرض ندارند.

فواید رژیم غذایی خاص در تداوی مرحله حاد مرض کرون و جلوگیری از اختلالات آن از قبیل فیستول معایی و جلدی توجه را به سوی خود جلب کرده است، با وجود آن تا ثیرات مثبت هیچ یک از رژیم های غذایی نشان داده نشده است. اهمیت تغذیه کافی در آمادگی مریض جهت عملیات جراحی بسیار مهم است.

تداوی جراحی

تداوی جراحی در موارد انسداد، آبسه، فیستول، تنقب، اختلالات بولی، نزف، تحول به کانسر و امراض ناحیه مقعدی استتباب دارد. در مرض کرون امعاء ما و فیه برداشته شود. در صورت پریتونیت منتشر باید از انجام تفهم مقدم خود داری نمود زیرا که احتمال چلیدن خیاطه ها در چنین موارد زیاد است و ایجاب الیوستومی را می نماید.

تداوی جراحی نظریه اختلاط مرض

الئیت حاد: علت دقیق الئیت حاد معلوم نیست. تعدادی از مریضان با علایم بطن حاد مراجعه نموده و قبل از عملیات بالای این مریضان تشخیص اپندیسیت حاد گذاشته می شود اما حین عملیات دیده میشود که اپندکس سالم بوده اما الیوم انیمایی و سرخ رنگ میباشد که دارای میزوی ضخیم و عقدا ت لمفاوی متورم می باشند، این حالت را الئیت حاد می نامند و یک آفتی است که به مرض کرون تحول نخواهد کرد.

در مواردیکه بطن به اشتباه اپندیسیت حاد باز شده باشد و اپندکس سالم با شدایجا ب می نماید اپندکتومی اجرا گردد تا در آینده اشتباه صورت نگیرد، اما بعضاً در چنین وقایع باعث بروز فیستول بعد از اپندکتومی می شوند.

انسداد امعاء رقیقه: باید قطعه مبتلا به مرض بر انسداد امعاء رقیقه استتباب عملیات جراحی را در نزد مریضان مبتلا به مرض کرون دارد.

انسداد درین مریضان اغلباً قسمی بوده و در ابتدا صرف به تداوی های طبی ضرورت دارد. **فیستول:** در مرض کرون فیستول معمولاً فی ما بین لوپ های معایی و یا معایی جلدی می باشد، مشاهده فیستول فی ما بین لوپهای معایی در رادیوگرافی بجز علایم سپیس یا اختلاطات دیگر استتباب عملیات جراحی را ندارند. اکثر این مریضان بعد ها دچار اختلاطات (معمولاً سپیس) شده و ضرورت به رزکشن فیستول خواهد داشت، فیستول معایی جلدی ندرتاً خود به خود بوجود می آید.

تشکیل فستول لویهای معایی بین هم و فیستول امعاء و مثانه معمولاً در محل تنقب امعاء رخ میدهد، درچنین موارد تمام سگمنت های امعاء مبتلا به مرض را برداشته و مسیر فیستول و نقیصه عایده را در عضو سالم نیز بسته نمود. اگر در مسیر فیستول الیو سگموئید قطعه مبتلا به مرض کرون باشد باید علاوه بر فیستول و الیوم ما و فیه قطعه سگموئید را نیز برداشت.

تنقب آزاد: تنقب به داخل جوف پریتونانی کمتر دیده می شود و معمولاً در اثر تنقب سگمنت مبتلا به مرض رخ میدهد، اما ممکن است در نواحی قبل از انسداد نیز اتفاق افتد، در صورت موجودیت پریتونیت منتشر باید از انجام انستوموزمقدم خود داری نمود زیرا احتمال لیکاز آن در چنین موارد زیاد است و لازم است تا زمان کنترول سپسیس داخل بطنی از ایلیو ستومی استفاده کرد.

اختلالات بولی: انسداد حالب شایعترین آنها بوده و معمولاً در نتیجه مریضان ایلیو کولیک همراه با آسبه خلف پریتونانی رخ می دهد. در اغلب مریضان رزکشن قطعه ماوفه امعاء کفایت می کند ولی در صورت وجود فیروز در اطراف حالب باید آنها را نیز آزاد کرد.

نزف: اگرچه انیمی در نزف مزمن نقیصه شایعی درین مریضان است اما وقوع نزف کشنده نادر می باشد. میزان بروز نزف در موارد مبتلا شدن کولون شایعتر است. در چنین موارد شیوع نزف به اندازه نزف ناشی از کولیت قرحوی است. در صورت وقوع نزف کشنده باید سگمنت ماوفه را برداشت. ارتیریو گرافی می تواند به تعیین محل نزف قبل از عملیات جراحی کمک کند.

تاخیر در رشد: اطفال مبتلا به مرض کرون احتمالاً در اثرنا رسایی های غذایی دچار تاخیر در رشد و نمو می شوند که این آفت ممکن است حتی قبل از مریضی فعال دفعتاً تظا هر نماید. در نزد این اطفال رزکشن امعاء استطباب دارد. در نزد کودکان مصاب مرض کرون در نواحی کولون و رکتوم مرض سیر شدید تر داشته و ممکن ضرورت به پروکتو کولکتومی باشد.

بروز کانسر: بروز کانسر در این مریضان به اندازه مبتلایان به کولیت قرحوی نیست. میتود تداوی جراحی کانسر در مریضان کرون تفاوتی با موارد معمول کانسر ندارد، البته وقایه این مریضان موثریت ندارد (احتمالاً به دلیل تاخیر در شروع تداوی مناسب).

مرض کرون اثنا عشر: مرض کرون اثنا عشر بندرت ضرورت به مداخله جراحی پیدا می کند، استطباب اصلی جراحی در نزد این مریضان انسداد اثنا عشر و عدم موثریت به تداوی طبی است. گاسترو جیجونو ستومی و by pass قطعه ماوفه نسبت به رزکشن اثنا عشر ترجیح داده می شود.

آفات انورکتل: تداوی آفات پری انل محافظه کارانه بوده و نیا زی به اکسیزیون وسیع آبه یا فیستول نیست. در اکثر موارد به برداشتن فیستول ضرورت دارد اما به دلیل وجود التهاب مزمن ممکن است یک اندازه تضیق انوس اتفاق افتد. آبه ها را باید بدون اکسیزیون وسیع انساج دریناژ نمود.

فیسور: ناشی از مرض کرون معمولاً در قسمت جنبی مقعد قرار داشته و نسبتاً بدون درد شدید هستند و به تداوی جواب می دهند.

جهت تداوی مرض کرون هیچ تداوی طبی یا جراحی قطعی شناخته نشده است. تعداد زیادی از مریضان پس از عملیات جراحی اول به عملیتهای بعدی نیز ضرورت خواهند داشت، عود مرض قابل پیش بینی نیست، سن و جنس مریض، طول رزکشن امعاء مبتلا به مرض، مدت مریضی، وجود گرانولوم و فیستول در نکس مرض تاثیر دارد. شایعترین محل نکس قسمت پروکسیمال ناحیه رزکشن امعاء رقیقه است. مریضان مبتلا به الیو کولیک احتمال عود و اشغال کولون مجاور ویا دورتر از ناحیه ماوفه پنج مراتب بیشتر از مریضان دچار ایلئیت است. در ۱/۳ موارد ایلیو کولیت یا کولیت ضرورت به ایلیوستومی دایمی میا شد.

هر قدر سن بلند باشد مرض کمتر دیده می شود. مرض فعال در سنین ۵۰-۵۵ سالگی غیر معمول است اما احتمال دارد که ندبه ناشی از التیام مرض موجب انسداد امعاء در نزد این مریضان گردد.

انترایت توبرکلوزیک

توبر کلوز سیستم هضمی دو نوع می باشد :

۱- انتان مقدم (کمتر از ۱۰٪) معمولاً ناشی از نوع حیوانی و در اثر صرف نمودن شیر منتن به وجود می آید.

۲- انتان ثانویه که در اثر بلع با سیل فعال ریوی رخ میدهد. تداوی موثر در نزد مریضان مبتلا به توبر کلوز سبب شده است تا انترایت توبرکلوزیک ثانوی صرف ۱٪ مریضان را مبتلا نماید.

انترایت توبرکلوزیک در ۸۵٪ مریضان ناحیه ایلیو سیکل را ماوف می سازد (شاید به دلیل نسج لمفاوی فراوان در این ناحیه).

علائم مرض: عبارتند از هایپر تروفی قرحه میباشد و هایپر تروفی بعضی اوقات باعث عکس العمل هایپر تروفیک و جمع شدگی و تضیق مجرای الیوم دیستل می شود که ضرورت به رزکشن دارد. این مرض اکثراً پیش از عملیات جراحی تشخیص نمی گردد. ۵۰٪ مریضان علائم توبرکلوز فعال

ریوی را نشان داده و نتیجه تست جلدی در ۴۵٪ مریض منفی است. تشخیص قطعی با کلچر میسر بوده که ممکن است ۴ هفته وقت ضرورت داشته باشد.

اگر در زمان عملیات جراحی توبرکلوز تشخیص نشود ایجاب می کند تا مداوی طبی توبرکلوز شروع گردد، مداوی طبی الی بر طرف شدن علایم مرض ادامه می یابد.

مداوی جراحی بجز در موارد انسداد توصیه نمی شود.

نوع انتریت تقریحی توبرکلوزیک شایع بوده و علایم آن عبارتند از دوره های اسهال و قبضیت توام با درد غیر مشخص بطن بشکل کولیک ها می باشد. اسهالات دوامدار، کم خونی و باختن وزن پیشرونده می باشد.

مداوی جراحی در صورت تنقب، انسداد و نرف صورت می گیرد.

تیفوئید انترایت

انتریت تیفوئید یک انتان سیستمیک حاد ناشی از *Salmonella Typhosa* بوده که هفته ها طول می کشد. درین مریضی هایپر پلازی و تقرح پلکهای پاییر توام با لمفو ادینو پتی میزانتیر، سپلنو میگالی و تغیرات پرانشیمتوز کبد دیده میشود.

در کلچر خون و مواد غایطه *S. Typhosa* دریافت میگردد.

بعد از تطبیق کلورمفنیکول میزان مرگ میردر اثر مبتلا شدن به تب محرقه در حدود دو فیصد کاهش یافته است، بعضاً نسبت مقاوم بودن انتان مقابل ادویه متذکره از تریمیتاپریم سولفامتکسازول استفاده میشود، همچنان اموکسی سلین (وریدی یا عضلی) نیز با دوز یک گرام هر شش ساعت (به مدت دو هفته) مداوی موثری میباشد.

۲۰-۱۰٪ مریضان داخل بستر با وجود مداوی کافی دچار نرف اشکار می شوند. در نزد این مریضان ترانسفوزیون استطباب داشته و تا حد امکان باید از عملیات جراحی اجتناب کرد زیرا منشأ نرف معمولاً قرحات متعددی بوده و مخاط امعاء فوق العاده شکنند است. بندرت وقوع نرف شدید و کشنده انجام لپره تومی را ضروری می سازد.

۲٪ مریضان دچار تنقب در محل پلکهای پاییر قرحوی می شوند، معمولاً این تنقب منفرد بوده و در الیوم نهایی رخ میدهد. از آنجا نیکه موضعی و محصور شدن تنقب معمول نیست. مداوی جراحی (ترمیم ساده تنقب) استطباب دارد، مگر مواردی که مریض در حالت خراب باشد تنقبات متعدد در

۱/۴ مریضان رخداده و تداوی انتخابی آن رزکشن امعاء توام با انستوموز مقدم یا اجرای ایلئوستومی موقت است.

تثقب ازاد منجر به مرگ ۱۰٪ مریضان می گردد.

دیورتیکول میکل (Meckel's Divrtculum)

دیورتیکول میکل عبارت از یک نقیصه ولادی (امبریونیک embryonic) ویا om phalomesentric duct vitellin است که در بین ۳-۱ فیصد انسانها موجود می باشد و مردان چهار مراتبه زیادتر نسبت به زنان به مرض مبتلا می گردند. اکثراً موقعیت دیورتیکولها در حدود ۳۵-۱۰۰ سانتی متر علوی تر از دسام الیوسیکل دروجه انتی میزانتریک قرار داشته وبصورت عموم به دو قسم می باشد:

۱- دیورتیکولهای ولادی (حقیقی) که درین حالت جدار دیورتیکول متشکل از تمام طبقات امعاء می باشد.

۲ - دیورتیکولهای کسبی (کاذب) جدار آنها فاقد طبقه عضلی امعاء است. ممکن است بقایای همه انواع مخاط امعاء (از جمله مخاط معدوی افزازکننده اسید) را داشته باشد.

تظاهرات کلینیکی

- مرض در هر سنی ممکن است بوجود آید اما در نزد کودکان شایعتر است.

- ممکن است این آفت در تمام عمر مریض بدون علایم باقی بماند.

در صورت بوجود آمدن اعراض تظاهرات سریری آن به سه نوع ذیل بوجود می آید:

۱- **لوحه کلینیکی اپنڈیسیت حاد** - این امر ناشی از انسداد لومن دیورتیکول است ودقیقاً به همان لوحه سریری که در اپنڈیسیت دیده شده اتفاق می افتد.

۲ - **لوحه انسداد امعاء** - این امر اغلباً بدین علت است که دیورتیکول میکل دارای بانندی است که با ثره ارتباط داشته می باشد وهمین باند ممکن قسمت دیگر لویهای معایی را مسدود ویا تحت فشار قرار دهد و یا اینکه دیورتیکول سبب تغلف امعاء گردد.

۳- **نزف معایی**- اگر دیورتیکول میکول حاوی مخاط معدی باشد، قرحه پپتیک ممکن در ایلیوم بوجود آید. این قرحه نزف داده و از رکتوم مریض خون تازه خارج میشود. نزف معایی احتمالاً شایعترین علامه دیورتیکول میکول در نزد کودکان است.

معاینات تشخیصیه

سکن با تکنیتیوم رادیواکتیف: معمولاً تشخیص دیورتیکول مکل مشکل است و اغلباً لپره تومی ضروری است. باید تلاش کرد تا دیورتیکول را با استفاده از سکن تکنیتیوم رادیواکتیف نشان داد ولی چنین اقدامات همیشه قابل اعتماد نیستند.

باریوم میل یا باریوم انیما: ممکن آفت را با باریوم میل و یا 'Follow - Through' یا حتی باریوم انیما نشان داد ولی این نتایج هم قابل اعتماد نیستند.

لپره تومی: به دلایل فوق اگر شک قوی به موجودیت دیورتیکول میکول باشد لپره تومی صورت می گیرد.

تداوی جراحی

دیورتیکول میکول با رزکشن جراحی برادشته می شود.

انواع تداوی جراحی دیورتیکول میکول

رزکشن دیورتیکول (Diverticulectomy)

- دیورتیکول رزکشن شده و امعاء تفعم داده میشود.

- اگر قرحه در ایلیوم موجود باشد این سگمنت از ایلیوم همراه با دیورتیکول رزکشن میگردد.

- برای جلوگیری از اشتباه تشخیص بعد ها اپندکس ممکن کشیده شود.

- این عملیات جراحی را میتوان از طریق لپره سکوپیک انجام داد که بسیار مشابه به اپندکتومی لپره سکوپیک است.

- برای رزکشن دیورتیکول میکول می توان از شق MC-Burney یا Lanz (یک لپره تومی خط متوسط سفلی وقتی که تشخیص مشکوک است) استفاده کرد.

انسداد او عیه مساریقی

بندش و تضیق شریان مساریقی از سبب ترومبوزهای بنفسهی زیاده ترشایع بوده واکثراً شریان مساریقی علوی به آفت مبتلا می گردد ولی میتوان امبولی از نواحی ابهر، ریتان نیز سبب بندش شریان مساریقی گردد.

اگر امبولی و ترومبوز در شریان ویا ورید مساریقی بوجود آید سبب احتشاء امعاء شده که در مراحل بعدی باعث نکروز در ناحیه می شود.

امعاء اسکیمیک ممکن است به طور ثانوی نسبت به بعضی عوامل انسداد امعاء از باعث قطع جریان خون شریانی یا وریدی به وجود آید.

معمولاً اسکیمی امعاء ناشی از امبولی قلبی یا او عیه بزرگ یا به علت ترومبوز می باشد.

احتشای امعاء یک وضعیت مهلک است و لپره تومی عاجل حتمی است.

یک علت جدید تر نکروز امعاء گا نگرن گا زی (Gasgangrene) امعاء ی رقیقه است، در این قسمت به بحث درباره اسکیمی مقدم امعاء می پردازیم.

اسباب

۱- امبولی او عیه مساریقی - امبولی ممکن است از اذین چپ در مریضان مصاب فبریلیشن اذینی یا از داخل قلب از ناحیه که مصاب احتشاء شده جدا شود، همچنان تنبئات دسامات قلبی و صفیحات atheromatous ابهر نیز باعث امبولی شده می تواند.

۲- ترومبوز شریان مساریقی - اکثر ادر نتیجه atheroma .

۳- ترومبوز ورید مساریقی - علت این نوع ترومبوز فرط فشار ورید باب، Pyaemia

sickle cell disease بلند رفتن ترومبوسیتها بعد از splenectomy به

منظور تداوی، thrombocytopenic purpura، فشار تومور بالای او عیه مساریقی علوی

Thrombophlebitis و در نزد خانم ها گرفتن ادویه contraceptive می باشد.

۴- احتشاء معانی بدون انسداد وعائی - این حادثه ممکن در نزد مریضانی مشاهده شود که دهانه قلبی و جریان دموی مساریقی بسیار پائین از باعث احتشای قلبی و یا عدم کفایه احتقانی قلب دارند.

بصورت ثانوی و Thromboangitis obliterans بوجود می آید.

پتولوژی

احتشای امعاء باعث انسداد او عیه مساریقی بوجود آمده و با نرف جدار و داخل لومن توام می باشد. ماوف شدن جریان دموی باعث گانگرن و تنقب امعاء شده و این حادثه اگر باعث احتشاء امعاء نشود ممکن اعراض angin معائی (Intestinal angina) را بوجود آورد که درین صورت مریض بعداز گرفتن غذا از درد شدید بطنی شاکی بوده و ترس از گرفتن غذا نسبت بوجود آمدن درد شدید باعث ضیاع سریع وزن نزد مریض می گردد.

تظاهرات کلینیکی

مریض معمولاً سا لخورده است و ممکن است علایم دیگری از مرض قلبی یا وعایی رانیز داشته باشد.

- وجود مایع در جوف بطن.
- مریض از شروع ناگهانی درد بطنی شاکی است که بسرعت بسیار شدید می شود.
- مریض مشکلات تنفسی زیادی دارد و نزد مریض شک بوجود می آید.
- ممکن است سابقه احتشای میو کارد یا اریتمی موجود باشد.
- با معاینه به نظر نمی رسد که علایم با شدت درد نزد مریض همزمان باشند.
- معمولاً تا حدی حساسیت موضعی وجود دارد ولی نه تا حد حساسیت مراحل اولیه که منجر به تقلصیت شود.
- معاینه مقعدی ممکن است خون را نشان دهد.

معاینات تشخیصیه

رادیو گرافی بطن در وضعیت استاده: (Straight Abdominal X-Ray)، ممکن است تا اندازه^۱ لومن متوسع امعاء ضخیم شدن جدار های امعاء را نشان دهد. مهمترین نکته این است که احتمال ایسکیمی امعاء وجود دارد. مریض ممکن است فیبریلیشن اذینی داشته باشد.

تشخیص تفریقی با امراض ذیل صورت می گیرد:

- دیورتیکولیت

- فیستول آورت به امعاء

- ایندیسیت

- امراض التهابی امعاء (IBD)

- افات خبیث GI

- واسکولیت

امیلاز سیروم: امیلاز سیرم را غرض تفکیک پانکریاتیت باید تعیین نمود. توجه شود که احتشای مساریقی می تواند باعث افزایش نسبی امیلاز (۶۰۰-۹۰۰ واحد سومو جی) گردد.

اهتمامات قبل از عملیات

قبل از عملیات اقدامات ذیل ضروری است:

- زرق انتی بیوتیکهای وسیع التاثير .

- احیای مریض درحالت شاک .

تداوی جراحی

Laparotomy برای اسکیمی امعاء: عملیات در جهت برقرار نمودن مجدد جریان خون امعاء

و خارج کردن امعاء نکروتیک صورت می گیرد.

- پس از لپره تومی لوپ اسکیمیک امعاء مشخص می شود.

- ممکن است علل مختلفی موجود باشد از قبیل اسکیمی امعاء، و تدوریا انسداد اوعیه میزانتریک به

نسبت باند (Band). در چنین موارد تداوی سببی منجر به پرفیزیون کافی سگمنت اسکیمیک می

گردد.

علت احتمالی دیگر امبولی یا ترمبوز یکی از شراین اصلی تغذیه کننده امعاء است. اگر امعاء

هنوز حیاتییت دارد امبولکتومی یا جراحی بای پاس برای برقرار نمودن جریان خون صورت می

گیرد. هر قسمت امعاء که حیاتییت خویش را از دست داده باشد باید رزکشن شود.

اهتمامات بعد از عملیات

تا زمان دفع گاز توسط مریض و اعاده وظایف امعاء تجویز مایعات وریدی و سکشن از طریق

NGT ادامه یابد (۱).

تومورهای امعاء رقیقه (Small Bowel tumors)

یکی از مسائلی بسیار اسرار آمیز درتشکل تومور نادر بودن آن در امعاء رقیقه از حذای پیلورالی دسام الیوسیکل می باشد.

تصنیف

۱- تومود سلیم

۲- تومور خبیث

تومورهای سلیم

الف - پولیپ ادینوماتوز (adenomatos polyps)

ب - لیومیوما یا فیروما.

ج - لییوما

د - انژیوما

ه- نوروفیروما

Multiple polyposis در صورت همراه بودن با صباغات جلدی در نواحی وجه، غشای مخاطی

جوف دهن و لب ها بنام سندروم Peutz- jegher's یا د می شود.

تومورهای خبیث

۱- تومورهای خبیث ابتدائی.

الف- ادینوکارسینوما.

ب- لنفوسرکوما.

ج - کارسینوئید

د- لیومیوسرکوما

۲ - تومورهای خبیث ثانوی

درچنین موارد تومورهای خبیث معده، کولونها، مثانه ویا لمفوما امعاء رقیقه را مورد حمله قرار می دهد.

تظاهرات کلینیکی

- تومورهای امعاء رقیقه نادر می باشند.
- تومورهای سلیم - ممکن است سبب نرف، میلنا و کم خونی شوند. این تومورها می توانند باعث تغلف گردند. پولیپهای همارتوما توزمولتیپل (MHP) امعاء رقیقه همراه با پگمنتیشن میلانین لبها و مخاط دهن به عنوان بخشی از سندروم Peutz-Jeghers اتفاق می افتد تحول به خباثت نادر می باشد.
- تومورهای خبیث مقدم- باعلایم نرف یعنی میلانا وانیمی بروز می کنند و باعث انسدادامعاء یا کرسینوماتوز منتشر می شوند. جدار امعاء ممکن است تنقب نماید و باعث پریتونیت حاد گردد.

تومور کارسینوئید (Carcinoid tumor)

یک کتله خبیث حجات Kulchutsky است. ۶۵٪ از آنها دراپندکس و ۲۵٪ در ایلوم ظاهر میشوند، بقیه قسمت های اولیه ان عبارتند از امعاء، نادرآ برونش، خصیه، ومیبض می باشند. این تومور ممکن است سیروتونین وکینین ها (احتمالاً پروستا گلندین ها وهستامین) را افزاز کند ومنجر به سندروم کارسینوئید (Carcinoid Syndrom) گردد.

تظاهرات سریری

حملات اسهال، برونکو سپزم اپیزودیک و تضیق ریوی می باشد، این حالت تنها زمانی اتفاق می افتد که میتا ستاز کبدی وجود داشته باشد زیرا هورمونهای که از امعاء افزاز می شوند توسط جریان خون کبدی دیتوکسیفای می شوند.

معاینات تشخیصیه

لپره تومی اتفاقی: تومور های امعاء رقیقه اغلبا تنها در لپره تومی اتفاقی (تغلف ویا نرف) دیده می شوند.

- باریوم میل : بعضا BariumMeal ممکن است دفکت اثنا عشر یا جیجونوم علوی را نشان دهد.

5-HIAA ادرار: سندروم کارسینوئید را می توان با اندازه نمودن سطوح بالای ۵ هایدروکسی ایندول اسیتیک اسید (5-HIAA)، محصول شکست سیروتونین در ادرار ثابت کرد. میزان نورمال 2-20mg در ۲۴ ساعت است.

CTscan: درمورد سندروم کارسینوئید CTscan شواهدی از وجود میتاستازهای کبدی را نشان خواهد داد.

تداوی طبی

با وجود تداوی های فوق به علت رشد بسیار آهسته تومور امعاء رقیقه ممکن است مریض را با تداوی طبی برای سالها ی متمادی تحت نظر داشت و تداوی کرد. ادویه جاتی که برای کنترل سندروم کارسینوئید به کار میروند عبارتند از Methylsergid انتی هستامین ها و الفا – میتیل دوپا می باشد، لتر ناتیف دیگر عبارت است از امبولیزاسیون سلکتیف

Tab. (Methylsergide(sansert; 2mg) یا انفوزیون ۵ فلور اوراسیل درشریان هیپاتیک می باشد. دوز این ادویه در کنترل اسهال مریضان مبتلا به مرض کرسینوئید نزد کاهلان عبارت از Methylsergide 2mg PO tid که براساس نیاز و تحمل مریض تنظیم میگردد، دوزاژ معمول عبارتست از 4-16mg PO tid.

عملیات جراحی امعاء رقیقه :

- قسمتی از امعاء را که رزکشن می شود انتخاب شود و به ملایمت بلندگردد.
- امعاء به سمت روشنی نگهداشته شود تا اوعیه آن به خوبی قابل دید شده و خطر رزکشن انتخاب گردد.
- اگر رزکشن برای مریض تومور سلیم باشد می توان اوعیه را در نزدیکی امعاء قطع ولیگاتور نمود.
- در صورت رزکشن تومور خبیث یک بخش زیادی از مساریقه به شکل V با سگمنت ماوفه رزکشن گردد.

استطباب رزکشن و انستوموز امعاء رقیقه

- انسداد کولون پروکسیمال
- اتریزی ولادی، تضیق، و تغلف - دیورتیکولهای که به طور معمول باعث تنقب یا نرف می شوند. ترومای کند بطن که باعث مصدومیت امعاء مساریقه می گردد.
- حالت های انتانی مرض سلمونیا، یا TB که منجر به انسداد، تضیق، تنقب، یا نرف می شوند.
- مرض نیو پلاستیک (نادر).
- آفات و عایی به تعقیب فتق مختنق، تدوریا امبولی مساریقی.
- فیستول ناشی از جراحی نا موفق.

استطباب الیوستومی

- الیوستومی الیوم ترمینال بشکل یک لوپ در سطح جلد و در Iliac fossa راست ظاهر میگردد.
- الیوستومی درپتالوژی های ذیل صورت می گیرد :
- مرض التها بی امعاء (IBD).
- پولیپوز ادینوماتوز فامیلی (FAP).

تمرینات فصل دوم امعاء رقیقه

- ۱ - اناتومی جراحی امعاء رقیقه را توضیح نمائید؟
- ۲ - وظایف عمده امعاء رقیقه را بیان کنید ؟
- ۳ - مرض کرون چیست اعراض و علایم آن کدام است ؟
- ۴ - اختلاطات مرض کرون را تشریح نمائید ؟
- ۵ - تداوی مرض کرون چطور صورت می گیرد ؟
- ۶ - دیورتیکول میکل چیست واکثرا در کدام قسمت از جهاز هضمی به نظر می رسد؟
- ۷ - انسداد او عیه مساریقی چیست، تشریح نمائید ؟
- ۸ - تداوی جراحی انسداد او عیه مساریقی چطور صورت می گیرد؟
- ۹ - تصنیف تومورهای امعاء رقیقه از چه قرار است ؟
- ۱۰ - معاینات تشخیصیه تومورهای امعاء رقیقه کدام اند ؟
- ۱۱ - تداوی تومورهای امعاء رقیقه چطور صورت می گیرد ؟

References:

مأخذ:

1. B,Mark Evers. Small Intestine Townsend Beauchamp.Evwsr, Mattox editors,Sabiston Textbook of Surgery 17th ed.USA;sender2004.p.1320-78.
2. Edward E.Whang Stanley W .Ashley and Micheal J.Zinner small Intestine In: F. Charles Brunicarde, Dana K.Anderson...et al, editors Schwartz`s Manual of Surgery. 8th ed.USA 2006,p.698-34.
3. EdIward H.Storer ; Surgery of the small intestine . Sheres GI. Spancers F.C; principale of surgery .7th edition, MC Grow Hilf book company ,New York . 1999 p. 404-421.
- 4 . Harold Ellis ,Sir Calne, Christo pherwatson, Lecture Notes On General Surgery10th ed Great Britain: Blackwell publishing ; 2004 p-132-34.
- 5 . Mark B Evers, Surgery of small intestine .In:Sabistan David W Emily ,K Robert.Text book of Surgery Biological bases of modern surgical practice. 18th edition ,Sunders an imprint of Elsevier INC Texas, 2008 p.1278-1330
6. Newil J.MC. Mortensen and Oliver Jones. The Small and Large Intestine. In; R.C.G. Russel, Norman.Willeamanas,Christo pher J.K Bulstrode , editors,Bailey & Love`sShort practice of Surgery, 24th ed.Great Britain:Holdder; Arnold; 2004 p,1145-73
- 7 . Robert J.C Steele . Disorder of the Small Intestine and Vermiform Appendix In: SIR Alfred Cuschieri, Robert J.C.Steele,Abdool Rahim Moosa,editors, Essential Surgical Practice: Higher Surgical

Practice:Higher Surgical Training in General Surgery 4th ed. UK:
Arnold:2002.p.531-59.

8. Theodore R.Schrock, Small Intestine In:Lawrence
W.way,editor.Current:Surgical Diagnosis&Treatment. USA:Apleton&
Lange;2004,p. 565-71.
9. Obstruction ,Small bowel last update ,July 12[online]2006[cited
2006]available from: <http://WWW.medicin helth>.
10. Leads to the small intestine [online]2007 [cited2007]
available from: www.medconsult.com
- 11 . Larg intestine[online]2007[cited2007] available from:
www.nlm.nih.gov
12. Crohn's disease [online]2007[cited2007] Available from:
[www. Medconsult.com](http://www.Medconsult.com).

فصل سوم

انسداد امعاء (Intestinal obstruction)

| | |
|----|--------------------------|
| ۶۹ | انسداد میخانیکی امعاء |
| ۷۵ | اشکال مخصوص انسداد امعاء |
| ۸۲ | انسداد فلجی |
| ۸۳ | ماخذ |

انسداد امعاء: عبارت است از قطع سیر حرکت محتوی معایی در مسیر معده بطرف رکتوم بوده و از جمله سندرومهای بسیار وخیم می باشد که در جراحی بطنی بمشاهده میرسد، بعباره دیگر سندرومی است که از باعث توقف تام گاز و مواد غایطه بوجود می آید. انسداد امعاء ۲.۱٪ الی ۴.۹٪ تمام واقعات امراض حاد جراحی بطنی را تشکیل می دهد. مرگ و میر انسداد امعاء در حدود ۹٪ می باشد.

پتولوژی

انسداد امعاء باعث تغییرات پتولوژیک در امعاء، مساریقه و جدار آن می گردد. این تغییرات باعث تشوشات و ظیفوی و مورفولوژیک در امعاء می شود. انسداد به نسبت بندش لومن امعاء اکثراً از باعث تحت فشار قرار گرفتن امعاء توسط تومور، بندش توسط مواد غایطه سخت، سنگهای صفاوی، کرم اسکاریز و غیره دیده میشود. در انسداد امعاء استفراغات مکرر و از بین رفتن خصوصیت جذب امعاء که باعث برهم خوردن تعادل آب و الکترولایت ها می شود سبب غلظت خون و کلوریمی می گردد. از طریق جدار تغییر یافته امعاء مواد توکسیک که در اثر احتباس فلور انتانی تشکیل می شود باعث انتوکسیکیشن عضویت می گردد. خصوصیت جذب جدار امعاء برهم خورده و بعداً باعث تغییرات در سیستم دوران خون باب توام با انتوکسیکیشن و تاثیرات منفی با لای و ظایف کبدی می گردد. در اثر انسداد امعاء تغییرات بارزی هیمودینا میک و میتا بولیزم کاربوهایدریت و پروتین به نظر می رسد. امعاء علویتر از مانعه متوسع و مملو از گاز و مایع می باشد، در حذای مانعه رنگ امعاء تغییر نموده و امعاء در ناحیه متذکره معروض به نکروز و گانگرن می شود، سفلی تر از مانعه امعاء حالت طبیعی راداشته و به حالت تخلیه به نظر می رسد.

تصنيف انسداد امعاء

انسداد امعاء نظریه میکا نیزم بروز ان به اشکال ذیل تقسیم بندی می گردد:

- انسداد میخانیکی
- انسداد وظیفوی که بنوبه خویش به انسداد سپستیک و پره لاتیک تقسیم میشود (۲).

انواع انسداد میخانیکی

۱ - Obstruction: بند شدن لومن امعاء توسط تومور، سنگهای صفاوی و غایطی، کرم اسکاریز و غیره.

۲- Strangulation: درین حالت او عیه و عصب میزوی امعاء از خارج تحت فشار قرار می گیرد (تدور، گره خوردن، اختناق و غیره).

۳- انسداد از سبب بروز التصاقات .

۴- انسداد از باعث تغلف امعاء.

سیر کلینیکی: انسداد امعاء به شکل حاد و مزمن تقسیم می گردد و از نگاه درجه بندش لومن امعاء انسدادی به انسداد تام و ناتام تصنیف می شود.

اسباب انسداد امعاء - امعاء ممکن است به علل گوناگون در قسمت های مختلفی از مسیر خویش مصاب انسداد گردد.

عللی که از خارج باعث انسداد امعاء می شوند عبارتند از:

۱- چسبیدگی ها یا باندها.

۲- تدور (ولولوس).

۳- اشغال شدن امعاء توسط تومورهای خبیث امعاء مجاور.

۴- فتق مختنق و غیره.

- عللی که از جدار امعاء منشاء می گیرند و باعث انسداد می شوند:

۱- تومورها

۲- احتشای معانی

۳- اتریزی ولادی

۴- مرض هیرشپروننگ

۵- امراض التهابی امعاء (مرض کرون، کولیت قرحوی)

۶- دیورتیکولیت

عللی که از لومن امعاء منشا می گیرند و باعث انسداد می شوند :

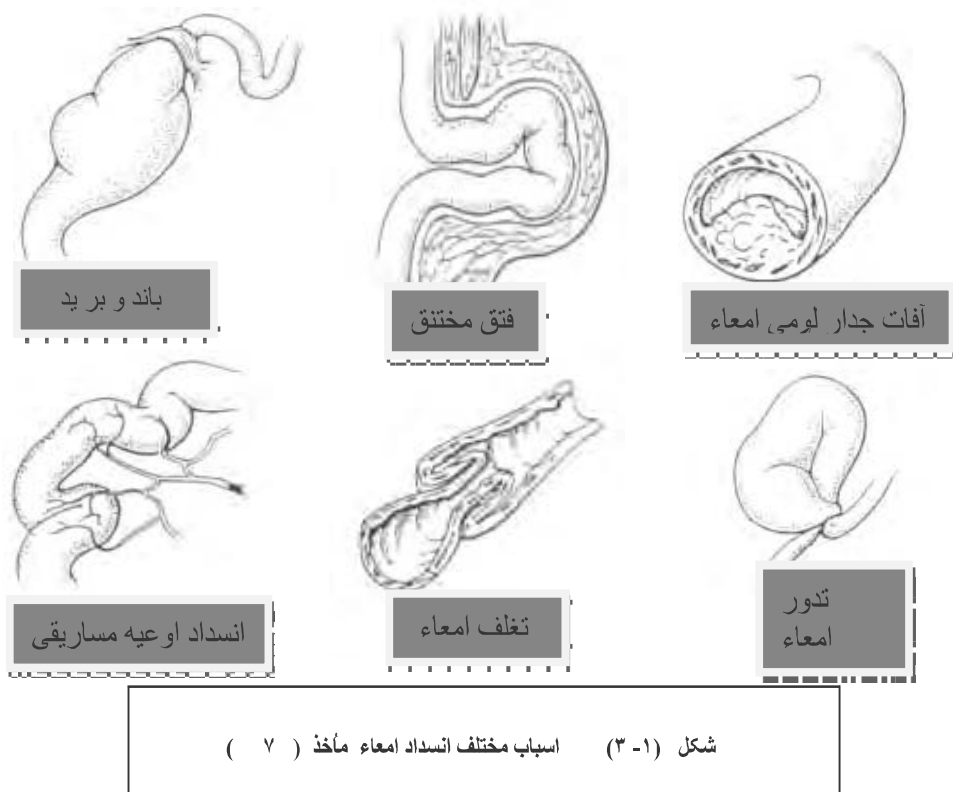
۱ - تجمع مواد غایطه سخت

۲- انسداد از باعث سنگ صفرای

۳- تغلف امعاء

۴- پولیپ های بزرگ

ایتولوژی انسداد میخانیکی



انواع معمول انسداد امعاء نظریه سن

در نزد نوزادان : تضیق و اتریزی ولادی *Volvulus neonatrum* , *Imperforated anus*

مرض *Hirschsprung* و *Meconium ileus*.

در نوزادان و کودکان: تغلف امعاء ، مرض *Hirschsprung* فتق های مختنق و انسداد از باعث

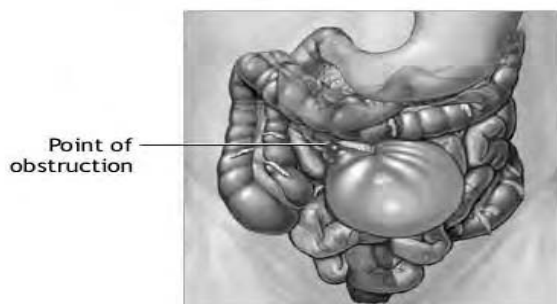
دیورتیکولیت میکل.

در نزد جوانان و افراد میانه سن : فتق های مختنق ، التصاقات ، برید ها و مرض کرون.

در نژادشخاص مسن: فتق مختنق، کارسینومای امعاء، دیورتیکولیت و کتله غایبی سخت. فتق مختنق مهم ترین سبب انسداد را از زمان طفولیت الی کهولت تشکیل می دهد بناً فوحدات فتقیه را باید نزد تمام مریضان مصاب انسداد با دقت معاینه کرد.

پتوفیزیولوژی

امعاء علویتر از محل انسداد نسبت تجمع گاز و مایع متوسع می شود و هوای بلعیده شده منشه اصلی اتساع گازی در مراحل اولیه می باشد زیرا نایتروجن به خوبی از طبقه مخاط جذب نمی شود. با تخمر باکتیریل متعاقباً گازهای دیگری تولید می شود. فشار نسبی نایتروجن داخل لومن امعاء پائین آمده



شکل (۲-۳) انسداد اختتافی امعاء (۸)

و باعث برقراری انتشار نایتروجن از جریان خون به لومن امعاء می شود. مقادیر زیاد مایع از قسمت های خارج حجروی به داخل امعاء واز سیروزا به داخل جوف پیریتوان داخل میشود. ناحیه علویتر از انسداد مایع تجمع می نماید، ازینکه اختلال در جریان دو طرفه آب

و نمک وجود دارد، اسباب این وقایع نسبت عامل سببی آنها (مثل اندو توکسین، پروستو گلاندین ها) می باشد که از باکتری های درحال تکثر در محتویات ثابت امعاء حاصل می شوند. استفراغ رفلکسی، دفع آب و مایعات را افزایش می دهد. هیپو ولیمی موجب بروز عدم کفایه شده و علت مرگ در نزد مریضانی می باشد که انسداد غیر اختتافی دارند. حرکات استداری شدید امعاء رقیقه برای عبور محتویات امعاء از ناحیه انسدادی موجب حملات پیرپریستالتیک قابل صمع امعاء می گردد. استفراغ با پیشرفت مرض (خاصتاً در انسدادهای نواحی دیستل) غایبی شده و نقل مکان باکتری ها از جدار امعاء به عقداً لمفاوی مساریقی سیستم دموی (حتی در انسداد ساده) صورت می گیرد. توسع بطن دیا فراگم را بالا برده و تنفس را دچار مشکلات می سازد، بنا برین آفات ریوی شایع اند. فتق مغبئی Incarcerated و تدور اشکالی از میکانیزم های انسدادی هستند که جریان خون را مانند لومن امعاء می بندند شکل (۲-۳). اختناق به ندرت پس از هر توسع روبه از دیا د ایجاد می شود. هنگامی که میزو به اختناق معروض گردد، تخلیه وریدی بیش از جریان خون شریانی دچار مشکلات می شود. امعاء گانگرن شده بداخل جوف پیریتوان خون ریزی کرده و در نهایت تنقب می کند. محتوی لومن امعاء مختنقه که دارای مواد سمی باکتری و محصولات آنها که انساج نکروتیک و خون می باشد، اندکی

از این مایع می تواند از طریق لمفاوی امعاء جذب و یا از طریق جوف پریتون وارد جریان خون شده و سرانجام منجر به شاک سپتیک می شود.

تظاهرات سریری

اعراض و علایم مهم انسداد امعاء عبارتند از:

۱- درد بطنی

۲- توقف گاز و مواد غایطه

۳- تشدید حرکات استداری امعاء

۴- انقباض بطن

۵- دلبدی و استفراغ و تسرع نبض

اعراض و علایم متذکره بستگی به نوع و شدت انسداد دارد. باید گفت که هر قدر انسداد در قسمت علوی باشد به همان اندازه میزوی امعاء زیاده تر ماوف و تحت فشار قرار داشته می باشد. در چنین موارد تمام علایم انسدادی متبازر هستند. اولین علامت مرض که اکثراً بنظر میرسد عبارت است از درد بطن که بشکل پیرویودیک بوده و در شروع مرض در قسمت های که مانعه و یا افت موقعیت دارد شدید می باشد و بعداً به تمام بطن منتشر گردیده و شکل دوامدار را بخود کسب می نماید.

انقباض بطن (میتیاریزم)- خاصتاً در شکل انسداد میخانیکی شدید می باشد. انقباض منظم بطن توام با درد اکثراً در انسداد امعاء رقیفه بوجود می آید و در صورت انسداد قسمت های علوی بطن و یا انسداد اوعیه مساریقی انقباض امعاء نادراً دیده می شود. انقباض غیر متناظر بطن در انسدادهای امعاء غلیظه بنظر میرسد.

توقف گاز و مواد غایطه: از جمله علایم مهم انسداد امعاء می باشد. درین پتالوژی قسمت دیستل امعاء بحالت تخلیه قرار داشته و در پروسه سهم نمی گیرد و در صورتیکه انسداد در قسمت های علوی امعاء باشد در مراحل اول بعضاً مریض قسماً مواد غایطه و گاز را پاس می نماید.

حرکات استداری امعاء: در صورت مانعه داخل لومن امعاء (ابتوریشن) در ابتدا حرکات استداری امعاء شدید میباشد بعضاً صدای ان بگوش رسیده و حرکات آن به چشم دیده میشود. در مرحله اول حرکات استداری امعاء توام با درد های کولیکی بوده و در اخیر دردها نسبتاً کاهش یافته و یا خفیف می شوند. در مراحل پیشرفته حرکات استداری امعاء قسماً و یا بکلی از بین می رود.

دلبدی و استفراغ: یک از اعراض انسداد امعاء می باشد که در ۵۰-۶۰ فیصد واقعات دیده می شوند. اکثراً در انسداد قسمت های علوی امعاء مقدم تر بنظر می رسد. در صورت انسداد اختناقی دلبدی و استفراغ همزمان با درد بطن توام بوده و خاصیت عکسوی را دارمی باشد، در ابتدا محتوی استفراغ حاوی مواد غذایی و صفرای بوده و در مراحل پیشرفته محتوی استفراغ بوی غایبی را بخود کسب می نماید. در صورت انسداد داخل لومن امعاء استفراغات موخرأ بروز می نماید.

نبض: در صورت انسداد امعاء تسرع نبض (تکی کاردی) و هایپوتنشن دیده میشود اما در صورت حالت وخیم مریض تکی کاردی شدید تر و نبض ضعیف جس میگردد که این حالت نشاندهنده بوجود آمدن انتوکسیکیشن نزد مریض می باشد.

معاینات تشخیصیه

تشخیص انسداد امعاء توسط رادیوگرافی، معاینات لابراتواری و در موارد استثنایی از اندوسکوپی استفاده بعمل می آید. رادیوگرافی بهترین وسیله تشخیصیه است که در صورت امکان به وضعیت ایستاده اخذ گردد، اگر در نزد مریض امکانات ایستاده شدن موجود نباشد درین صورت میتوان به حالت نشسته رادیوگرافی بطن اجرا گردد. در کلیشه رادیوگرافی قسمت های متوسع امعاء با موجودیت مایع و خیال گاز بدرستی دیده می شود که این علامه را بنام Air-Fluid Levels یا د نموده و سویه های متعدد به چشم میخورند.

در انسداد امعاء رقیقه خیال های Air-Fluid Level اکثراً در نواحی ثروی و در انسداد امعاء غلیظه در نواحی هایپوکاندر راست و ناحیه اپی گستریک دیده میشود.

در معاینه لابراتواری خون تغییرات در الکترولیت ها Azotemia, Acidosis, Leukocytosis دیده میشود.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی با افات ذیل صورت می گیرد :

۱- پره لایتیک الیوس

۲- گسترو انترایت حاد

۳- اپنڈیسیت حاد

۴- پانکریاتیت حاد

انسداد امعاء غلیظه

در نزد کاهلان تقریباً ۱۵٪ انسداد در کولونها بوجود می آید. انسداد در هر قسمت از کولون ممکن است بوجود آید ولی اضافه تر از همه در کولون سگمونید رخ می دهد. انسداد تام اکثر اوقات به علت کانسرس بوده و عوامل دیگر آن تدور امعاء، امراض دیورتیکول، اختلالات التهابی، تومورهای سلیم، سخت شدن مواد غایطه (Fecal impaction) و دیگر اسباب مختلف شده میتواند. باندوبرید نا دراً باعث انسداد کولونها میگردد و تغلف در نزد کاهلان نیز شایع می باشد. در اثر انسداد کولون توسع آن بوجود آمده و باعث بلند رفتن فشار داخل لومن امعاء می شود. جریان خون در جدار کولون مختل شده که باعث اسکیمی، گانگرن و تنقب امعاء می گردد.

تظاهرات کلینیکی انسداد کولونها

انسداد میخانیکی ساده کولون ممکن است به کندی پیشرفت نماید، معمولاً درد حشوی عمیق ناشی از انسداد کولون به هاپیو گاستر منتقل می شود. آفات قسمت های ثابت کولون (سیکوم، زاویه کبدی و زاویه طحالی) ممکن است باعث درد شود که بلافاصله در قسمت قدامی بطن جس می شود. درد ناشی از تدور سگموئید در ناحیه سفلی چپ بطن توضع می کند. درد دایمی و شدید بطن به علت اسکیمی امعاء یا پریتونیت میباشد، ممکن است آوازهای امعاء مشتد و همزمان با کرامپهای بطنی موجود باشند. قبضیت با عدم دفع گاز و مواد غایطه تظاهرات عمومی انسداد امعاء است، ولی بعضاً قسمت دیستل انسداد کولون بعد از شروع علائم اولیه تخلیه می شود. استفراغ یک علامه موخر بوده و ممکن است در صورت ممانعت از برگشت محتویات کولون به الیوم توسط دسام الیوسیکل هرگز رخ ندهد. اگر مواد از معصره الیوسیکل به الیوم باز گردند، علائم انسداد امعاء رقیقه نیز مانند انسداد امعاء غلیظه رخ می دهد. یکی از تظاهرات موخر این مرض استفراغ غایطی می باشد. با معاینه توسع بطن بمشاهده میرسد و اگر مریض لاغر باشد حرکات استداری امعاء در جدار بطن مشا هده میشود. بعضاً حساسیت موضعی، با جس یک کتله حساس دلالت به انسدادی نوع اختناقی می نماید. علائم پریتونیت موضعی یا منتشر نمایانگر گانگرن جدار امعاء ویا تنقب می باشد. در موارد تغلف و کارسینوما ی کولون یا رکتوم ممکن است خون تازه در رکتوم مشاهده شود. اکثراً تومور کولون سگموئید توسط سگمونید و سکوپ می مشا هده میشود.

اشکال مخصوص انسداد امعاء

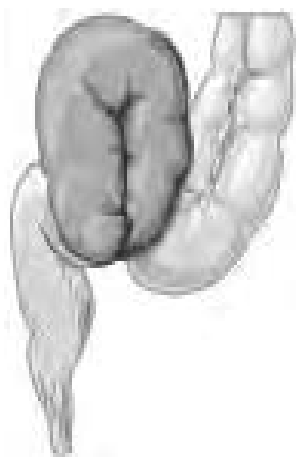
تدور سیکوم: سیکوم وقسمت انتهای الیوم دچار تدور شده معمولاً علایم انسداد دیستل امعاء رقیقه بوجود می آید. درد کولیکی شدید وپیریودیک در طرف راست بطن شروع و در اخیر به درد دوامدار مبدل میشود، بعداً استفراغ و متعاقب آن عبور گاز و مواد غایطه از رکت کم کاهش یافته و قبضیت (Constipation) ایجاد می شود.

تدور کولون مستعرض

تدور کولون مستعرض کمتر دیده میشود زیرا کولون مستعرض دارای یک میزوی کوتاه با جذرقاعده پهن می باشد که از تدور آن جلوگیری می کند. لوحه کلینیکی تدور کولون مستعرض مشابه تدور کولون سگمونید است.

تدور کولون سگمونید (Sigmoid Volvulus)

تدور کولون سگمونید در نزد مریضانی اتفاق می افتد که کولون سگمونید ازاد و میزوی طولانی وقاعده باریک داشته باشد. کولون سگمونید تمایل به تدور دارد و باعث انسداد امعاء یا توسع زیاد می گردد شکل (۳-۳). لوپ معروض به تدور ممکن است اسکمیک گردد. قبضیت و استفراغ بیش از حد ملینات عوامل مساعد کننده هستند. این آفت در نزد مریضانی که تحت تداوی با مسکن ها قرار دارند و خاصتاً در شفاخانه های روانی اتفاق می افتد.



معمولاً مریض سالخورده میباشد وممکن است از قبضیت شاکی باشد وسالهای متمادی سابقه مصرف ملینات را داشته باشد. لوحه کلینیکی در تدور کولون سگمونید عبارت است از درد شدید کولیکی وتوسع متبازر بطن، قبضیت تام موجود بوده وگاز پاس نمی گردد. ممکن سابقه حملات مکرر تدور امعاء و رد شدن بنفهی آن وجود داشته باشد.

با معاینه بطن بطور متبازر انتفاخی به نظر می رسد. حساسیت خاصتاً در حفره حرقی چپ وجود دارد^(۱).

رادیوگرافی بطن - انسداد کولون و محل آن با باریوم انیما تشخیص داده خواهد شد. در صورت مشکوک بودن به اختناق یا تنقب امعاء باید از مواد کثیفه منحل در آب استفاده شود. پس از مشاهده انسداد در صورت مشکوک بودن به انسداد کولون باریوم از طریق فمی نباید داده شود. تشخیص معمولاً با رادیوگرافی وضع می گردد. در رادیوگرافی ساده بطن یک سیکوم حجیم و متوسع دیده می شود که بعضاً تغییر مکان داده و زیاده تر در ناحیه اپیگاستر یا LUQ قرار دارد. مراحل ابتدایی سطح مایع و گاز وجود دارد که ممکن باگا ز معده اشتباه شود. با پیشرفت مرض نتایج رادیولوژیک انسداد امعاء رقیقه به تدورسیکوم اضافه می شود. باریوم انیما می تواند به تشخیص کمک بهتر نماید.

معاینات تشخیصیه

- **رادیوگرافی بطن در حالت استاده و خوابیده** - تشخیص با رادیوگرافی بطن در حالت *supine* و *stright* تائید می گردد. در کلیشه رادیوگرافی کولون سگموئید متوسع و بطورگروس قابل رویت است که در سراسر RUQ کشیده شده است. در رادیوگرافی بوضعیت ایستاده سویه مایع و گاز در داخل لوپ های معایی دیده میشود.

باریوم انیما - در مرحله حاد عبور دادن یک تیوب رکتل با مجرای متوسع باعث خروج گاز و مواد غایطه از لوپ امعاء مسدود شده می گردد.

تیوب رکتل باید قبل از دخول بخوبی با مواد لوبریکانت چرب و لشم شود.

کولونوسکوپی - در مراحل مقدم استفاده از کولونوسکوپی جهت کاهش فشار لوپ تدور یافته استفاده می شود.

تشخیص تفریقی

الف - با انسداد امعاء رقیقه - معمولاً انسداد امعاء غلیظه تدریجاً شروع شده با درد قسمی همراه میباشد و ممکن در صورت توسع شدید باعث استفراغ شود. مریضان مسن که سابقه قبلی از جراحی یا حمله های انسداد ندارند معمولاً مبتلا به کانسر امعاء غلیظه هستند. جهت تشخیص تفریقی رادیوگرافی با مواد کثیفه مفید تر می باشد.

ب - انسداد فلجی - موجودیت علایم پریتونیت با سابقه ترومای حوصله یا ستون فقرات از معیارهای تشخیصیه انسداد فلجی می باشد، آوازهای معایی شنیده نشده و کرامپ بطنی نیز وجود ندارد.

ج- انسداد کاذب - این تشوش نوع شدیدی از ایوس بوده و در نزد مریضان مرخص شده دچار مرض شدید خارج معایی (کلیوی، قلبی، تنفسی) یا تروما (مانند کسر فقرات) دیده میشود. اولین علامهٔ مرض توسع بطن بدون درد یا تندر نس است اما علائم بعدی مانند انسداد واقعی کولون می باشد. رادیوگرافی بطن توسع شدید کولون را نشان میدهد، گرچه ممکن است تمام کولون ها حاوی گاز باشد ولی توسع بطور مشخص محدود به کولون راست یا یک قسمت کولون در زاویه کبدی یا طحالی میباشد. اماله با ماده کثیفه موجودیت انسداد را نشان نمی دهد، درین صورت خطر پاره شدن سیکوم زیاد بوده و کولون باید تخلیه شود. در موارد خفیف اماله به تخلیه گاز امعاء کمک نموده و در موارد شدید اتساع کولون، کولونوسکوپی قابل انعطاف تداوی انتخابی است. (وقتی که هیچ یک از علائم کلینیکی یا رادیو لوژیک تنقب امعاء وجود ندارد) رفع توسع و کاهش فشار اولیه به وسیله کولونوسکوپ در ۹۰٪ مریضی موفقیت آمیز بوده و در مواردیکه کولونوسکوپی موثر نباشد سکاوستومی صورت می گیرد^(۷).

تداوی

تطبیق سند انفی معدی یا سند طویل معایی برای کاهش فشار در ۹۰ فیصد این نوع مریضان با موفقیت همراه است. اگر انسداد تا چند روز ادامه یافته باشد عملیات جراحی ضروری است. انسداد تام امعاء رقیقه (پس از آماده ساختن) باید عملیات گردد. علت ضرورت جراحی این است که با اطمینان نمی توان اختناق را که اختلاط مرگ و میر آن زیاد است رد کرد. از آنجائیکه تقریباً همیشه پس از احیاء علائم حیاتی بهبود می یابد اما جراح نباید احساس آرامش نماید، انسداد ناقص، انسداد پس از عملیات جراحی سابقه، جراحی های مختلف قبلی جهت رفع انسداد، تداوی های شعایی مرض انتهایی امعاء و کارسینوما توز بطنی از جمله مواردی هستند که ضرورت به قضاوت دقیق داشته و تداوی غیر جراحی بهترین روش برای این مریضان می باشد. در چنین موارد میتوان یک سند طویل معایی را جهت کاهش فشار معایی تطبیق نمود.

اهتمامات قبل از عملیات

۱- تطبیق سند انفی معدی: بلا فاصله بعد از دخول مریض در سرویس عاجل لازم است سند نازوگستریک برایش تطبیق شود تا از استفراغ جلوگیری کند، مایع اسپیری شده از تشدید توسع بطنی ثانویه جلوگیری به عمل آورده و عده کمی از جراحان از سند طویل معایی استفاده می کنند.

۲- احیای آب والکتروولایت ها: بر اساس محل وزمان انسداد کمبود آب والکتروولایت ها از خفیف تا شدید تغیر میکند. جهت احیای مریض باید محلول سلین ایزوتونیک تزریق شود. غلظت الکتروولایت سیروم و تعیین گاهای خون شریانی رهنمای تداوی الکتروولایتی می باشند. تازمانی که Out put ادرار به حد نامرئیده باشد لازم است از تداوی با پتا شیم پرهیز نمود اما تا هاپیو کالیمی اصلاح نشده باشد نباید جراحی صورت گیرد. تعدادی از مریضان به خصوص آنها که دچار انسداد اختناق می باشند به پلازما یا خون ضرورت دارند، حتی اگر احتمال اختناق ضعیف باشد باید از انتی بیوتیک استفاده شود.

عملیات جراحی

قبل از ریهایدره شدن مریض و بهبود علایم حیاتی امکان دارد عملیات جراحی ضرورت یابد. بعضاً عملیات عاجل جراحی به نسبت علایم توکسیکی اختناق لازم است باندهای التصاقی که موجب انسداد شده اند باید رفع شوند. تومور مسدود کننده امعاء باید برداشته شود و اجسام خارجی که باعث انسداد می شود با انتروتومی خارج شود. امعاء گانگرن شده باید برداشته شود. در زمان عملیات جراحی لازم است تا امعاء مصاب با انسداد به دقت مورد تفتیش قرار گیرد و قابلیت حیاتی آن معین شود. در حین تفتیش به آن قسمت های از امعاء که توسط برید و یا عنق کیسه فتقیه تحت فشار قرار گرفته است باید توجه زیاد شود^(۴). در انسداد یک لوب از امعاء باید حیاتی لوب مذکور مورد بررسی قرار گیرد. عدم قابلیت حیات امعاء با چهار علامه ذیل تشخیص می شوند:

- ۱ - عدم موجودیت حرکات استداری امعاء مصاب به آفت.
- ۲ - عدم موجودیت جلای طبیعی در امعاء مصاب به انسداد.
- ۳ - رنگ امعاء - امعای که رنگ سبز و یا سیاه گونه دارد قابل حیات نیست اما امعای که رنگ روشن ارغوانی دارد قابل حیات است.

۴ - عدم موجودیت نبضان در شرابین میزوی امعاء ماوفه، اگر در حیاتیات امعاء شک وجود داشته باشد لازم است پس از بر طرف کردن عامل انسداد امعاء را برای مدت چند دقیقه در کامپرس مرطوب و گرم پیچانید که بدین ترتیب امعاء قابل حیات دوباره احیا خواهد شد.

در تداوی جراحی انسداد امعاء بنا بر پرنسیپ های عمومی می توان امعاء رقیقه را از باعث موجودیت جریان دموی فوق العاده خوب به اطمینان خاطر رزکشن نمود، بنا بر همین اصول انسداد در

امعاء غلیظه باید نخست به کمک سیکا ستومی و یا پروکسیمال کولستومی تداوی نمود. معالجه تدریجی سیکوم عبارت از عملیات جراحی می باشد. در موارد گانگرن سیکوم همی کولکتومی طرف راست اجرامی شود، در صورتیکه سیکوم معروض به گانگرن نشده باشد تدریجی سیکوم رفع و به صفاق جدار بطن تثبیت می گردد، و اگر رزکشن امعاء غلیظه ضروری پنداشته شود (مانند اختناق امعاء) لازم است بعد از رزکشن هردونهایت کولون بشکل کولوستومی موقتی از جوف بطن بخارج کشیده شود، این عملیه به خاطری اجرا می گردد که اروای امعاء غلیظه بقدر کافی خوب نبوده و خطرلیکاژ انستوموز موجود می باشد. در موارد تدریجی کولون مستعرض با کولونوسکوپ میتوان تدریجاً آنرا رفع نمود. اکثر مریضان نیازمند ارجاع تدریجی به روش جراحی توام با رزکشن کولون می باشند^(۳).

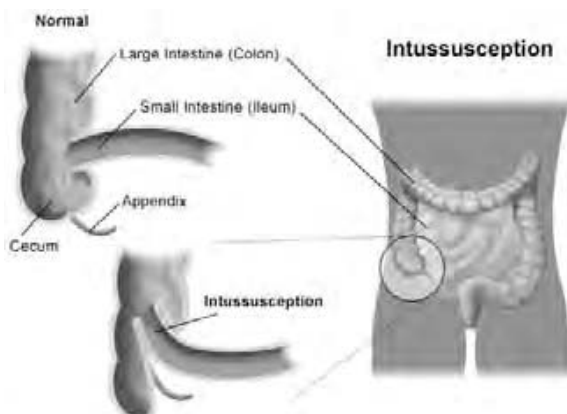
۵- در صورت تدریجی کولون سگمونید لپره تومی نزد مریض اجرا و رزکشن امعاء ممکن ضرورت باشد. اگر مریض وضعیت خوب داشته باشد و قبل از ۶ ساعت بعد از وقوع تدریجی به شفاخانه مراجعه کرده باشد رزکشن از نواحی سالم امعاء و انستوموز end to end و یا اجرای کولستومی در حفره حرقی چپ اجرا گردد.

انذار مرض

میزان مرگ و میر در انسداد غیر اختناقی در حدود ۲٪ بوده و بیشتر در نزد افراد مسن اتفاق می افتد. در انسداد اختناقی یافته اگر جراحی طی ۳۶ ساعت از شروع علائم صورت گیرد، میزان وفیات ۸٪ و اگر جراحی تا بعد از ۳۶ ساعت به تأخیر افتد میزان وفیات ۲۵٪ خواهد بود.

تغلف امعاء (Intussusception)

تغلف از علل شایع انسداد امعاء در نزد اطفال شیر خوار است، این مریضان اغلباً در سنین ۸-۱۲ ماهگی



شکل (۵-۲) تغلف امعاء ماخذ ۶

رخ داده و در نزد اطفال پسر شایعتر است.

مهمترین علت تغلف هایپر تروفی پلکهای پانیر

در ایوم نهایی ناشی از انتان ویروسی

است. پولیپها، تومورهای سلیم و خبیث

و دیورتیکول میکل می تواند به عنوان نقطه

برای تغلف عمل (lead point) هادی

کنند. در چنین موارد ندرتاً به تداوی های غیر جراحی جواب می دهند و اکثر ضرورت به مداخله جراحی دارند.

از آنجا نیکه تغلف اغلباً به تعقیب انتانات ویروسی سیستم هضمی رخ میدهند، ممکن است زمان شروع آن به درستی مشخص نباشد. بطور معمول طفل شیر خوار دچار حملات دردهای پیچش بطنی و استفراغات متناوب می شوند. طی حملات طفل سالم به نظر میرسد ولی به تدریج ضعف بر او غالب می گردد. ممکن است مریض مخاط نزفی موسوم به مواد غایطه current jelly دفع کند. در صورت عدم ارجاع تغلف گانگرن امعاء اجتناب ناپذیر خواهد بود. در معاینه فیزیکی کتله در RUQ یا اپی گاستر توام با عدم موجودیت امعاء در ناحیه RLQ (علامه Dabce) به نظر می رسد. کتله ممکن است در رادیوگرافی ساده دیده شود ولی توسط انیما با کنتراست هوا بهتر مشاهده می شود.

تداوی

اماله باهوا شیوه خوب برای تشخیص و تداوی غیر جراحی تغلف است. هوا بایک مانومتر تحت فشار حد اکثر 120mm Hg وارد می شود. راحت شدن ناگهانی طفل علایم انیمای موفق میباشد، در صورت موجودیت پریتونیت این عملیه اجرا نگردد. در صورت عدم ارجاع تغلف لازم است که تا کودک را آماده مداخله جراحی نمود. اختلالات بعد از تداوی کانسروتیف و جراحی ۵ فیصد می باشد.



شکل ۳-۵ تغلف امعاء ماخذ ۶

تداوی جراحی از طریق شق RLQ و milking (دو شبیدن امعاء) میباید شد، به هیچ وجه امعاء کش نشود. شکل (۳-۵).

نسبت اختلال اروای اپندکس باید نزد مریض اپندکتومی نیز اجرا گردد.

در صورت نکروز امعاء ناحیه موردنظر الی سرحد ناحیه سالم رزکشن وانستموز گردد.

تجویز مایعات به مریض الی بوجود آمدن حرکات استداری امعاء ادامه داده شود. در صورت رزکشن امعاء انتی بیوتیک بشکل وقایوی برای ۷۲ ساعت توصیه می شود.

انسداد فلجی (Paralytic Ileus)

انسداد فلجی عبارت از یک حالتی است که عدم کفایه امواج پریستا لتیزم و نارسایی سیستم Neuromuscular بوده (plexus meisner) و در نتیجه باعث تجمع مایع و گازات در لومن امعاء گردیده که باعث پیشرفت توسع بطن میشود، این حالت باعث استفراغ، عدم موجودیت آوازهای معایی و قبضیت تام می گردد.

اسباب : بعضاً انسدادهای فلجی بعد از عملیات های جراحی بوجود می آید که تا ۲۴-۷۲ ساعت ادامه می یابد، این نوع انسدادها در موجودیت Hypoproteinaemia دیده می شود.
Reflex- در اثر کسور ستون فقرات و یا اضلاع نرف ها ی خلف پریتون و یا تطبیق جاکت پلیستر دیده میشود.

اسباب میتا بولیک- یوریمیا و هایپو گلا یسمی نیز باعث انسداد فلجی می گردد.
التهابات (آبسی های داخل بطنی، پانکریاتیت، پیلونفریت، پنومونی و سپسیس) و اسکیمی امعاء در بروز انسداد فلجی رول دارد.

اعراض کلینیکی انسداد فلجی الی ۷۲ ساعت بعد از لیره تومی اهمیت کلینیکی دارد.

- دراضغای بطن آوازهای معایی معدوم می باشد.
- گاز پاس نمی گردد بطن منتفخ بوده و تمپا نیک می باشد.
- استفراغ نزد مریض موجود می باشد.
- قبضیت تام وجود دارد.
- در رادیو گرافی بطن گازات منتشر در لوپهای معایی بنظر می رسند.

اهتمامات قبل از عملیات

ماهیت تداوی عبارت از وقایه با استفاده از سند انفی معدی و آسپری نمودن معده و منع تغذیه از طریق فمی تا وقتی که حرکات معایی اعاده شود و مریض گاز پاس نماید ادامه می یابد.

- تعادل الکترو لایت ها مراقبت گردد.
- عامل اصلی باید برطرف گردد.
- انتفاخ معدی معایی توسط دیکامپریشن برطرف گردد.
- توجه خاص به اعاده مایعات و الکترو لایت ها معطوف گردد.

استفاده از ادویه جات تنبه کننده حرکات معایی استتباب ندارد، نادراً از ادویه جات ادیرینا بلاکر ها توام با کولینرژیک ستیمولانت ها از قبیل Neostigmine استفاده می گردد، در صورتیکه ادامه این حالت انسدادی دوامدار شود ایجاب می نماید که بطن با ز وبعد از تفنیش دیکامپریشن امعاء صورت گیرد.

تمرینات فصل سوم انسداد امعاء

۱- انسداد امعاء را تعریف نموده و تذکر دهید که چند نوع انسداد را می شناسید؟

۲- عواملی که باعث انسداد امعاء میگردند توضیح نماید؟

۳- معاینات تشخیصیه انسداد امعاء را واضح سازید؟

۴- نظا هرات کلینیکی انسداد کولونها کدام اند؟

۵- صداوی انسداد کولونها را توضیح نماید ؟

۶- تغلف امعاء را توضیح نمائید ؟

۷- صداوی تغلف امعاء چطور صورت می گیرد ؟

۸- انسداد فلجی چیست و اسباب آنرا واضح سازید؟

References :

مآخذ :

1. A.A.Munro.Intestinal Obstruction In Brain W.Ellis,Simon Paterson Brown,editors.Hamelton Baily`s Emergency Surgery, 13th ed. Great Britain:Amold;2000.p415-41.
2. Edward E,Whang ,Stanley W.Ashley, and Mecheal J'.Zinner, Smal Intestine, In:Tonsent Beauchamp. Evers.Mattox.editor,Sabiston Textbook of Surgery 18th ed . USA : Sander;2008 p,1314-31.
3. Edward E, Whang Stanley, w, Ashley ,and Mecheal J Zinner,Smal Intestin,In:F.Charles,Brunicarde, Dana K.Anderson...et al,editors Schwartz,Of Surgery ,8th ed.USA McGrraw-Hill ;2006.p.709- 14
4. Harold Ellis,Sir Roy Calny,Christopher Watson Lecture Notes on General Surgery.10th ed .GreatBritain Blackwell publishing; 2004.

5. Muhammad Shammim. Essentials of Surgery 4th ed. Karachi Pakistan; Kuram & Brothers, Karachi ; 2004 p.255-60
6. Marc Christophar, Winsler Intestinal obstruction. Russel RCG Williams NS Editor; In: Baily & Lave Short practice of surgery. 24th edition, Arnold publication oxford 2004 p.1186-1229..
7. Theodore R. Schrok, Schrok. Small Intestine In: Lawrence W. Way editor. Current :Surgical Diagnosis & Treatment. USA: Apelson & Lange; 2004. P.560-
8. WWW.health allrefer.com
[online]2007[cited2007]
9. Crohn's disease Available from:
www. Medcosult.com
10. Existed aussides invagination [online]2007[cited 2007] Available from:
pagesperso-orange.fr.

فصل چهارم

عروه اپندکس

Vermiform appendix

| | |
|----|-----------------|
| ۸۵ | اناتومی |
| ۸۶ | اپندیسیت حاد |
| ۸۹ | تظاهرات کلینیکی |
| ۹۱ | معاینات و تشخیص |
| ۹۲ | تداوی |
| ۹۴ | اختلالات |
| ۹۵ | تومورهای اپندکس |
| ۹۶ | ماخذ |

اناتومی جراحی

اپندکس در هفته هشتم حیات جنینی بوجود می آید و نسبت رشد سریع سیکوم بطرف انسی معصره الیوسیکل رانده می شود. قاعده اپندکس با سیکوم در موقعیت ثابت قرار دارد درحالیکه زروه آن موقعیت های مختلف مانند خلف سیکوم، حوصلی، تحت سیکوم، Paraileal یا Para colic راست که اهمیت کلینیکی دارد به خود اختیار می نماید. هر سه Teania coli در قاعده اپندکس به هم وصل می شوند. طول اپندکس از ۱-۳۰ سانتی متر بوده اما معمولاً از ۶-۹ سانتی متر دیده میشود.

انومالی های اپاندکس

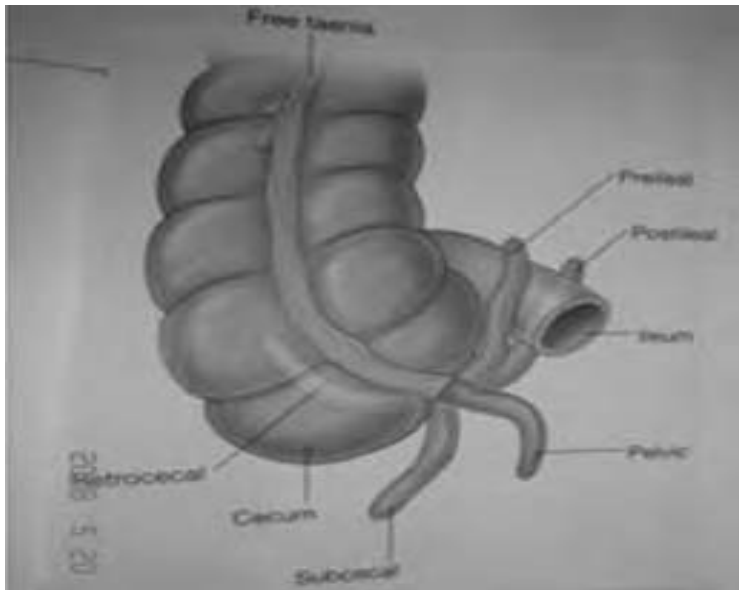
عبارت اند از فقدان اپندکس، مضاعف بودن و دیورتیکول ان که ندارند ولی در لیتراتور راپور داده شده است.

فیزیولوژی

اپاندکس در تولید آنتی بادی خاصاً Ig A رول دارد. اپاندکس یک عضو مهم در انساج لمفاوی مربوطه سیستم هضمی است. نسج لمفاوی دوهفته بعد از تولد در اپاندکس ظاهر میشود و تا بلوغ افزایش یافته سپس یک دهه ثابت مانده و بعداً بتدریج با افزایش سن کاهش پیدا می کند، طوریکه در ۶۰ سالگی هیچ نسج لمفاوی در اپاندکس مشاهده نشده و مجرای آن مسدود میشود^(۸).

موقعیت اپاندکس نظریه سیکوم

اپاندکس موقعیت خاص ندارد و می تواند موقعیت های ذیل را نظریه سیکوم داشته باشد شکل (۴-۱).



شکل ۴-۱ موقعیت های اپاندکس نظریه سیکوم (مأخذ (۴)

- ۱- حوصلی
- ۲- Subcaecal
- ۳- Retrocaecal
- ۴- Paracaecal
- ۵- Preileal
- ۶- Postileal
- ۷- Situs Inversus
- ۸- retroileal

اپندیسیت حاد

Acute Appendicitis

اپندیسیت عبارت از التهاب حاد عروه اپاندکس می باشد که اکثراً از اثر بندش لومن اپاندکس بوجود می آید. اپندیسیت حاد در بین واقعات عاجل بطنی بکثرت دیده می شود. شیوع مرض: در سنین بلوغ زیاده تر در دهه ۲-۳ حیات دیده می شود. اکثر آنز دطبقه ذکور بمشاهده می رسد. اپندیسیت حاد نزد طبقه بلند و متوسط جامعه نسبت به طبقات فقیر زیاده تر دیده می شود.

از نظر نژاد اپنڈیسیت حاد نزد ملل متمدن اروپایی، امریکایی، و استرالیایی نظربه افریقایی ها و آسیایی ها بیشتر دیده میشود.

اسباب اپنڈیسیت حاد

از نظر اسباب اپنڈیسیت بطور ذیل تصنیف میگردد:

- الف- اپنڈیسیت حاد انسدادی، علت عمده بروز اپنڈیسیت حاد انسدادی عبارت از بندش لومن اپنڈکس می باشد که عوامل مختلف باعث بند شدن آن می شود:
- ۱- Faecaliths که علت عمده مرض را تشکیل میدهد.
 - ۲- پرازیت های معایی از قبیل کرم اسکاریز و اکسیور.
 - ۳- اجسام اجنبی از قبیل خسته حبوبات و میوه جات.
 - ۴- التصاقات و فاقات شدن اپنڈکس نسبت التهابات قبلی.
 - ۵- تومورهای سیکوم.

ب - اپنڈیسیت حاد غیر انسدادی

التهاب و هایپر تروفی انساج لمفاوی از غشای مخاطی و گاهی از فولیکولهای لمفاوی شروع و طبقات تحت مخاط، عضلی و سیروزا راماف می سازد.

پتوجینز



شکل (۲-۴) اپنڈکس التهابی متوسع ماخذ ۱۰

بعد از مسدود شدن مجرای اپنڈکس (علت اصلی اپنڈیسیت حاد) که معمولاً از اثر feacalitis رخ میدهد سبب تجمع افرازات در داخل لومن آن شده که افراز ۰،۵ ml مایع سبب بلند رفتن فشار داخل لومن اپنڈکس تا 60cm ستون آب میگردد (ظرفیت اپنڈکس در حالت طبیعی ۰،۱ ملی لیتر است) افرازات با وجود بالا رفتن فشار داخل لومن اپنڈکس ادامه می یابد. در ابتدا تخلیه وریدها و کیپلری های اپنڈکس مختل شده ولی اروای شریانی ادامه می یابد، این امر باعث احتقان او عیه اپنڈکس می شود. توسع عروه اپنڈکس

اغلباً باعث ایجاد دلبدی، استفراغ و تشدید درد حشوی می گردد شکل (۲-۴). با ماف شدن غشای سیروزی اپنڈکس و پریتون جداری توضع درد به RLQ صورت می گیرد. اتساع بیش از حد اپنڈکس

باعث تحریک عصب حشوی و ایجاد درد مبهم بطنی در نواحی متوسط بطن و اپی گاستریک می شود.

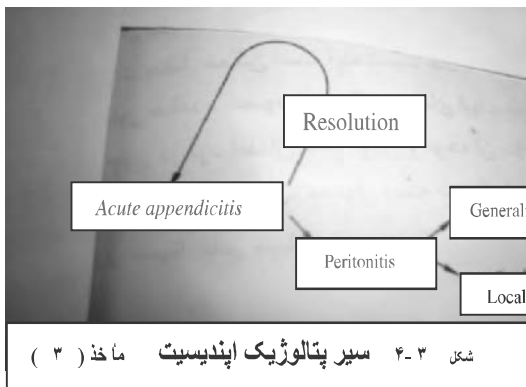
توسع نسبتاً سریع اپندکس باعث ایجاد حرکات پیریستالتیک امعاً می شود که سبب تاسس کرامپ های بطنی توأم با درد مبهم در شروع سیر اپندیسیت می گردد. توسع لومن اپندکس به علت تجمع افرا زات و تکثر سریع باکتریها ادامه می یابد.

مخاط اپندکس که به کم خونی حساس می باشد بسرعت مختل گردیده و اجازة نفوذ باکتری ها را به طبقه عمیق تر می دهد. باز هم توسع بیشتر و هجوم باکتریها باعث تضعیف جریان خون شریانی شده و نواحی احتشای بیضوی شکل در قسمت های اروای ضعیف (وجه انتی میزانتریک) ایجاد میشود.

با وسعت احتشا تنقب در یک قسمت از این نواحی در وجه انتی میزانتریک صورت می گیرد. بسیاری از مریضان مبتلا به اپندیسیت سابقه دردهای مشابه اما خفیف تری را در گذشته حکایه می نمایند. سیر مرض بعضاً تا اخیر ادامه نکرده و در بعضی از موارد بهبود بنفسی نیز دیده می شود. در نزد چنین اشخاص اپندکس ضخیم و التصاقی بملاحظه می رسد که ناشی از التهاب قبلی می باشد.

مایکروبیولوژی

باکترئوئید فراژیلایس و E.Coli تقریباً در همه موارد التهاب حاد اپندکس دخیل هستند. سایر انتانات شامل سترپتوکوک pseudomonas باکترئوئید حشوی و لکتو باسیل می باشد. فلورای نورمال اپندکس نیز بترتیب شامل باکترئوئیدها E.Coli و سترپتوکوک می باشند.



سیر پتالوژیک اپندیسیت حاد

امکان دارد التهاب اپندکس رشف گردد که درین صورت شاید حملات بعدی التهاب اپندکس بوجود آیند اما اگر اپندیسیت حاد مداوی جراحی نشود باعث کانگرن و تنقب اپندکس می گردد.

سیر پتالوژیک را می توان توسط

شیما نشان داد شکل (۳-۴).

اناتوموپتولوژی اپاندیسیت حاد

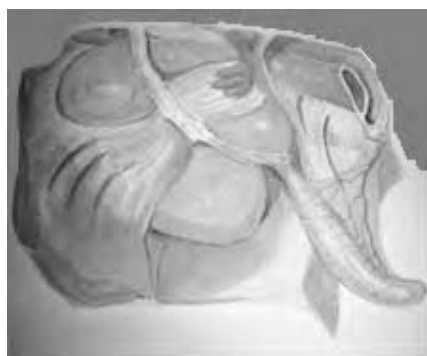
از نظر اناتوموپتولوژی اپاندیسیت حاد به اشکال ذیل می باشد.

- اپنڈیسیت کنترل- بعضا درین حالت التهاب به شکل بنفسهی رشف می شود شکل (۴-۴).
- اپنڈیسیت فلگمنوز - درین حالت لومن اپندکس التهابی و پراز قیح می باشد شکل (۴-۵).
- اپنڈیسیت گانگرنوز- این پتولوژی توام با اختلالات موضعی یا منتشر با ابسی پری اپنڈیکولیر ، ابسی کبدی ابسی دوگلاس و ترومبوفلیبیت موجود می باشد (۴-۷).
- امپیم اپندکس - در چنین موارد لومن پندکس متوسع و پراز قیح می باشد شکل (۴-۶).

اشکال اناتوموپتولوژیک اپنڈیسیت حاد



شکل ۴-۵ اپنڈیسیت فلگمنوز مأخذ (۱۰)



شکل ۴-۴ اپنڈیسیت کنترل مأخذ (۱۰)



شکل ۴-۷ اپندکس گانگرنوز متقوبه مأخذ (۱۰)



شکل ۴-۶ امپیم اپندکس مأخذ (۱۰)

تظاهرات کلینیکی

اپنڈیسیت حاد اعراض و علایم مختلف داشته و ممکن است اعراض و علایم پتالوژیک مختلف بطن حاد را تمثیل نماید.

اعراض و علایم اپنڈیسیت حاد عبارتند از:

۱ - درد بطن

۲- بی اشتهایی

۳- دلبدی و استفراغ

۴- تشوشات ترانزیت (قبضیت، اسهالات)

۵- تشوشات بولی (سوزش ادرار)

بطور وصفی شروع مرض با احساس ناراحتی مبهم در وسط بطن بوده و متعاقباً دلبدی، بی اشتهایی و سوزش هاضمه ایجاد میگردد. درد مبهم دوامدار و بعضاً توام با کرامپهای خفیف می باشد ولی شدت نمی یابد ممکن است مریض یک یا دوبار استفراغ نماید و ۴ الی ۶ ساعت بعد درد در مربع سفلی راست بطن متوضع شده و مریض در هنگام حرکت، راه رفتن یا سرفه کردن احساس ناراحتی می کند. بعضاً مریض به قبضیت دچار می شود، حرکات معایی طبیعی بوده و یاکمی کاهش می یابد. درجه حرارت مریض نسبتاً افزایش می یابد (۳۷.۸).

تشخیص اپندیسیت حاد

- چهره مریض بر افروخته بوده و ممکن حالت توکسیک داشته باشد، زبان مریض معمولاً با ر دار و دهن بوی داشته می باشد.

- بطن در ناحیه که اپندکس التهابی قرار دارد با جس دردناک است. درین ناحیه عضلات بطن وضع دفاعی دارند.

- با توشی رکتل (Rectal Examination) زمانیکه اپندکس التهابی موقعیت حوصلی داشته و یا اینکه چرک درجوف Douglas و یا درحفره Recto-vesical موجود باشد معاینه مقعدی دردناک خواهند بود.

- در واقعات پیشرفته توام با پریتونیت منتشر باجس تمام عضلات جدار بطن متقلس و دردناک است. درین مرحله مریض حین جس از حساسیت موضعی و تقلصیت خفیف عضلاتی شاکی می باشد.

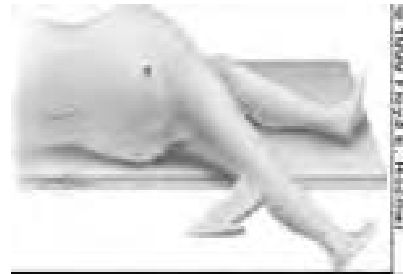
تست ها و علائم دیگری که درتشخیص اپندیسیت حاد اهمیت دارند عبارتند از:

۱- Rovsing sign - علامه است که هرگاه با جس عمیق فشار درحفره حرقی چپ وارد شود باعث تولید درد حفره حرقی راست می گردد و ممکن درد مذکور از باعث رانده شدن عرواات ایوم بطرف راست و چسپیدگی آن به محراق التهابی باشد.

۲ - Psoas sign (Guinard,s sign)



شکل ۴-۸ ایندکس التهابی دیده می شود که با عضله پسواس در تماس است مأخذ (۱۱)



شکل ۴-۸ Psoas sign مأخذ (11)

در حالی که مریض بوضعیت جنبی چپ خوابیده است، هرگاه طرف سفلی راست را از حالت قبض به حالت بسط آنی قرار دهیم در صورت تماس نزدیک ایندکس التهابی Retrocaecal یا حوصلی با عضله Psoas باعث تولید درد می گردد شکل (۴-۸ و ۴-۹).

۳ - Blumberg,s sign (Releas sign) هرگاه حفره حرقفی راست عمیقاً جس و دست بصورت آنی از روی جدار بطن دور گردد باعث تولید درد در حفره حرقفی راست می گردد.

۴ - Obturator sign

(Cope,s sign)



شکل ۴-۱۰ Obturator sign مأخذ شماره (۱۱)



در شکل ۴-۹ ایندکس التهابی دیده می شود که با عضله ایتوره تور در تماس است

در حالیکه مریض بوضعیت استجاع ظهری قرار دارد، قبض و تدور انسی ران راست در صورتیکه عضله Obturator internus به

تماس نزدیک ایندکس التهابی حوصلی قرار داشته باشد باعث تولید درد می گردد شکل (۴-۹).

معاینات لابراتواری

در معاینات خون لیکو سیتوز در حدود ده الی پانزده هزار می باشد و معمولاً معاینه ادرار نارمل است.

معاینات رادیوگرافی و اولتراسوند

در مراحل مقدم اپنڈیسیت حاد انسداد فلجی در ربع تحتانی راست نزد ۵۰ فیصد از مصابین به مرض وجود دارد. حساسیت اولتراسوند در تشخیص اپنڈیسیت انسدادی در حدود ۱۰۰ فیصد و در اپنڈیسیت کترال ۳۰

فیصد می باشد. هنگامی که ایندیسیس توام با یک کتله در مربع سفلی راست موجود باشد باید اولتراسوند یا CT سکن را به منظور تشخیص تفریقی فلگمون اطراف ایندکس از آبه به کاربرد. معاینه لپره سکوپیک در نزد طبقه اناث با موجودیت درد قسمت سفلی بطن موثر است زیرا ۳۰-۴۰ فیصد این مریضان تحت عملیات ایندکتومی قرار می گیرند. با استفا ده از لپره سکوپیی به آسانی می توان تشخیص تفریقی ایندیسیس حاد و امراض نسایی را وضع نمود^(۵).

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی را باید بطور سیستماتیک قرار ذیل مورد مطالعه قرار داد :

- آفات دیگر احشای بطنی که با درد حاد همراه است مانند پانکریا تیت - پریتونیت دیورتیکول میکل-ادینیت میزانتیر - کولی سستیت حاد.
- آفات صدري مانند پنو مونی ریه طرف راست.
- آفات سیستم بولی از قبیل نفرو لیتیز - پیلونفریت
- آفات سیستم اعصاب مرکزی مانند Tabes dorsalis
- امراض اعضای حوصلی در نزد خانمها از قبیل حمل های خارج رحمی، PID، سیست های مبیض.
- تداوی ایندیسیس حاد : تداوی ایندیسیت (غیر از موارد نادر) جراحی است تطبیق انتی بیوتیک جهت وقایه اختلاطات سپتیک صورت می گیرد^(۳).

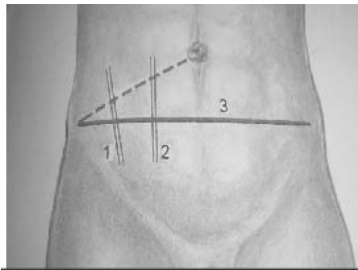
اهتمامات قبل از عملیات جراحی

- برای مریض قبل از عملیات جراحی مایعات تطبیق شود.
- تجویز انتی بیوتیک قبل از عملیات جراحی وتوام با Premedication مفید واقع میشود.
- اگر تاریخچه مرض طولانی باشد (مثلا ۷ روز) و درد در حال ثابت شدن باشد ممکن است مریض را بطور conservative تداوی نمود.

عملیات جراحی ایندیسیس

بطن توسط شق کلاسیک MC-Burney باز می گردد طوری که بعد از شق جلد، تحت جلد، صفاق عضله منحره کبیره شق شده و بعد از دور نمودن الیاف عضله منحره صغیره و مستعرض پریتون شق

و سیکوم کشیده می شود. ایندکس دریافت و در ابتدا میزوی ایندکس بسته شده و بعداً ایندکس از حذای قاعده آن لیگاتور قطع می شود شکل (۴-۱۲).



نکال ۴-۱۲ شقهای عملیات اپندیسیت حاد مأخذ (۱۱)

۱- شق MC-Burne

۲- شق پره رکتل سفلی

۳- شق لینز

قاعده ایندکس ذریعه خیاطه های Pursestring در سیکوم غرض می گردد و شق عملیاتی دوباره پلان به پلان ترمیم میشود.

عملیات لپره سکوپیک

به عنوان وسیله تشخیصی و تداوی مهمترین نقش آن در بررسی خانم های جوان است که علائم کلاسیک اپندیسیت را ندارند. نزد میزانی که تشخیص در نزد آنها گنگ باشد. برای میزانی چاقی که ممکن است در روش جراحی باز به شق وسیعتری نیاز داشته باشد یا کسانی که به زیبایی اهمیت زیادی قایل اند روش مناسبی است. مزایای آن عبارتند از کاهش انتان جرحه، درد، شفایابی سریعتر می باشد. اما از آنجائی که زمان عملیات طولانی تر شده و وسایل قیمتی هستند، مزیت اقتصادی نسبت به عملیات معمولی آنقدر عمومیت ندارد اما باید متذکر شد که این میتود تداوی موثر و بی خطر بوده و اختلاطات کمتری دارد.

اپندیسیت نزد اطفال

تشخیص اپندیسیت حاد نزد اطفال مشکلتتر از کاهلان است زیرا از یک طرف اپندیسیت حاد سیر سریع داشته و زود تنقب می کند از طرف دیگر ثرب کبیر در نزد اطفال رشد نیافته است بناً انتان محدود نمی گردد و باعث افزایش و فیات در نزد اطفال می شود. میزان تنقب در نزد اطفال کمتر از ۸ سال دوبرتبه زیاده تر نسبت به دیگران می باشد.

تداوی اپندیسیت متقوبه شامل اپندکتومی عاجل، لواژ جوف پریتون با انتی بیوتیک، دریناژ ترانس پریتونیل از طریق جرحه و رژیم ۱۰ روزه انتی بیوتیک است. اپندکتومی لپره سکوپیک در نزد اطفال روش موثر و بی خطر است.

اپنڈیسیت نزد کهن سالان

بروز اپنڈیسیت در نزد کهن سالان کمتر ولی مرگ و میر و اختلالات آن بیشتر از مریضان جوانتر است. علت آن تا خیر در تشخیص، پیشرفت سریعتر به طرف تنقب و موجودیت امراض مترافقه است. علایم اپنڈیسیت در سالمندان خفیف تر از جوانان بوده و توجه کلینکی بیشتر برای تشخیص آن لازم است.

اپنڈیسیت در زمان حاملگی

اپنڈیسیت حاد در نزد خانمهای حامله نیز بروز می کند. اعراض و علایم مرض با اعراض و علایم حمل در سه ماه اول یکسان است. از آنجائیکه از اثر بزرگ شدن روبه ازدیاد رحم، اپنڈکس به مرور زمان از حوصله بطرف ربع علوی راست بطن حرکت می کند. بعضاً تشخیص را مشکل می سازد که این امر باعث به تعویق افتادن عملیات نزد این مریضان می شود. تنقب و پریتونیت منتشر بیش از حد معمول خواهد بود.

اختلالات اپنڈیسیت حاد

عبارت انداز از تنقب اپنڈکس، پریتونیت، آبسه و التهابات متفیج ورید باب (Pylephlebitis) می باشد^(۱).

تنقب اپنڈکس: شدت درد بطنی و تب بلند در تنقب اپنڈکس نسبت به حالت التهابی آن بیشتر می باشد. تنقب در سیر اپنڈیسیت حاد در ۱۲ ساعت اول معمولاً رخ نمی دهد و تنقب اپنڈکس اکثراً در سنین پایین تر از ده سال و بالاتر از ۵۰ سال کمتر دیده می شود و سطح و فیات در نزد این کتگوری از اشخاص بیشتر دیده می شود.

تنقب اپنڈکس در نزد خانمهای جوان خطر نگر فتن حمل را نسبت بندش نفیرها چهار مرتبه بلند می برد.

پریتونیت - درین اختلاط بطن مریض بصورت موضعی یا منتشر حساس و منقلص بوده که توسع بطن و انسداد فلجی بمشاهده میرسد.

آبسی اپندیکولر-علائم کلینیکی آن علاوه بر علائم معمول در اپندیسیت بروز یک کتله در مربع سفلی راست بطن می باشد. درین حالت التراسوند و CT سکن باید اجرا شود و در صورت مشاهده آبسه بهترین طریقه تداوی اسپریشن از طریق جلد با رهنمایی سونو گرافی می باشد. نظریات گونا گونی در مورد چگونگی برخورد با آبسه های بسیا رکوچک وکتله اپندیکولر وجود دارد، بعضی از دوکتوران انتی بیوتیک تجویز کرده و ۶ هفته بعد بشکل انتخابی اپندکتومی می کنند ولی بعضی از جراحان دیگر اپندکتومی فوری را ترجیح می دهند زیرا مدت مریضی کوتاه می شود و تنها ۱۰ فیصد مریضانی که تداوی آنها با انتی بیوتیک توام با تخلیه آبسه صورت می گیرد، اما اپندیسیت نکس کننده نزد شان دیده می شود. باید گفت زمانیکه تداوی جراحی برای مریض خطر زیادی از سبب التصاقات داشته باشد بهتر است ازان خود داری کرده و مریض باید تحت تداوی طبی و محافظه کارانه قرار گیرد (۲).

Pylephlebitis ورید باب - بنام ترومبو فلیبیت متقیح سیستم ورید باب نیز نامیده می شود که درین اختلاط تب بلند، لرزه، یرقان خفیف و آبسه های کبدی بصورت موخر مشاهده شده و نمایانگر حالت وخیم مریض است. لرزه در نزد مریض مبتلا به اپندیسیت حاد باید توسط تجویز انتی بیوتیک وقایه گردد تا جلوگیری از بروز فلبیت متقیح نزد مریضان شود. بهترین طریقه تشخیص ترومبوز ورید باب استفاده از CT سکن می باشد.

مداخله فوری برای تداوی اپندیسیت ویا منابع دیگر التهاب (از قبیل دیورتیکولیت) استطباب دارد

تومورهای خبیث اپندکس

اکثرا تومورهای اپندکس از تومور های کارسینوئید تشکیل شده است، اپندکس مناسب ترین محل برای ایجاد تومورهای کارسینوئید سیستم هضمی است.

اکثراً سیر کارسینوئید های اپندکس سلیم می باشد.

تومورها دارای قطر اضافه تراز ۲ سانتی متر نادر بوده و صرف ۳ فیصد میتاستازها به عقدات لمفاوی مربوطه می باشد. احصایه های اندکی در مورد میتاستاز کبدی و سنروم کارسینوئید وجود دارد. اگر عقدات لمفاوی ماوف نباشند یا قطر تومور کمتر از ۲ سانتی متر باشد و یا میزوی اپندکس با قاعده سیکوم مورد تهاجم قرار نگرفته باشد، تداوی اپندکتومی نزد مریض کفایت می کند.

اپندکس می تواند منشه ادینوکرسینوم نوع کولونی باشد ودر مراجعه اول ۱۰ فیصد مریضان دارای میتاستازهای وسیع می باشد. در صورتی که تومور اپندکس و عقدات لمفاوی ناحیوی اشغال شده

باشد، هیمی کولکتومی راست انجام می گیرد. طول حیات مریض الی پنج سال در حدود ۶۰ فیصد می باشد.

موکوسل اپندکس

در موکوسل اپندکس متوسع و پيراز مخاط می باشد، این حالت نیوپلاستیک نبوده و معمولاً از باعث انسداد مزمن قسمت پروکسیمال لومن توسط نسج فیروز بوجود می آید.
تداوی موکوسل اپندکتومی می باشد

تمرینات فصل چهارم اپندیسیت

۲ - اپندیست حاد را تعریف و اسباب آنرا واضح سازید؟

۳ - اپندیسیت چطور تشخیص می گردد؟

۴ - اپندیست حاد با کدام آفات تشخیص تفریقی می شود؟

۵ - تداوی اپندیسیت حاد چطور صورت می گیرد؟

۶ - اختلالات اپندیسیت حاد کدام است ؟

سیرتومورهای اپندکس را توضیح نمائید؟

References:

مآخذ:

1. David and Bernard, M. Jaffe. The Appendix. In: F.Charles, Brunicarde, Dana, K, Anderson ... et al. editors Schwartz`s Manual of Surgery 8th ed US:Mc Grawhill;2006.p.772-85.
2. David I. Soybel. Appendix In: Jeffrey A. Norton, R.Randal Balenger, Alfred E.Chang...et al, editors. Essential Practice of surgery Basic Science and Clinical evidence. USA:Spreinger;2003p.270-79.
3. Ellis H, Calne S R. General Surgery 10th edition , Black well scientific publication; London 2002 p. 155-194-

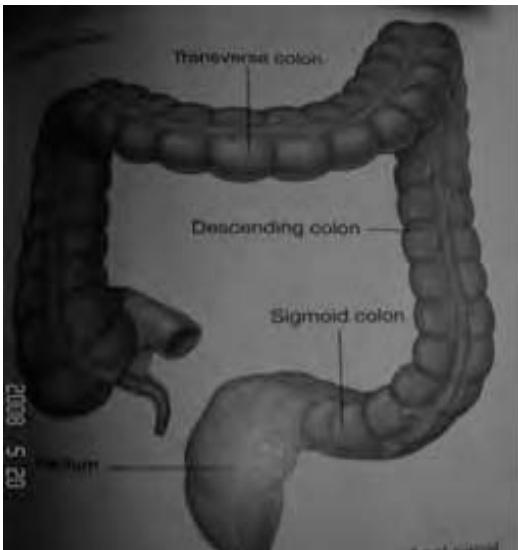
4. Englebert, Dum phhy . 5-4-Appendix. In:W.Way , Curent Surgical Diagnosis & Treatment. 8th edition ,Conectcal Applton& Long; 1999. P.321-335
5. Harold Ellis,Sir Roy Calne ,Christopher Watson Lecture Notes on General Surgery, 10th ed. Great Britain : Blackwell publishing; 2004 p-125-28.
6. Keven P. Lally, Charles S. Cox, Jr. RechardJ.Andrassy.and Appendix.In:Townsend.Beauchamp. Evers.Motox. editors. Sabiston Textbook of Surgery 18th ed. USA: Sender;2008p.1223-85.
- 7.Lawrence W. Way. Appendix . In:Lawrence W.Wy,editor. Current: Surgical Diagnosis &Treatment .USA:Appelton&Lange :2004 p.58-59.
8. P.Ronan, O.Connell. The Vermiform Appendix ,In:R.C.G.Russel , Norman,Willamms, Chrestopher J.K. Bulstrode,editors, Bailey &Lov`s Short practice of surgery.24th ed Great Britain : Hodder Arnold:2004p.1203-17.
9. S.Peterson Brown. Accute Appendicitis. In:Brain W.Ellis,Simom Paterson, editors,Hamelton Baily`s.Emergency surgery.13th ed. Great Britain: Arnold; 2000 p.389-4 .
10. Charlie production Appendix[online]2007[cited2007]
Availablefrom:Charlie production.co.uk

فصل پنجم

کولون

| | |
|-----|--------------------------------------|
| ۹۸ | اناتومی |
| ۱۰۱ | آماده ساختن امعاء برای عملیات کولونی |
| ۱۰۴ | کولیت قرحوی |
| ۱۰۹ | امراض دیورتیکولیت کولون |
| ۱۱۳ | توبرکولوز الیوسیکل |
| ۱۱۶ | تومورهای کولون |
| ۱۲۶ | ماخذ |

اناتومی جراحی کولون



شکل ۵-۱-۵ آناتومی کولون ها ماخذ (۴)

طول کولون 90-150cm است. سیکوم با قطر ۷.۵ - ۸.۵ سانتی متر متوسع ترین قسمت کولون می باشد، قطر کولون به مسیر سگمویید به تدریج کاهش می یابد. نسبت همین تفاوت قطرلومن کولون است که تومورهای سیکوم معمولاً قبل از اینکه علائم نشان دهد رشد زیاد نموده و بزرگ می شوند در حالیکه تومورهای سگمویید در سایزهای کوچکتر علائم نشان می دهند. از اینکه سیکوم قطر نسبتاً بزرگتری دارد لذا محل تنقب کولون در اثر انسدادنواحی دیستال آن می باشد شکل (۵-۱).

از نظر سریری کولون به دو قسمت تقسیم شده است :

- کولون راست و کولون چپ .

- کولون راست - شامل سیکوم ، اپاندکس، کولون صاعده، زاویه کولونی کبدي راست و نصف طرف

راست کولون مستعرض می باشد.

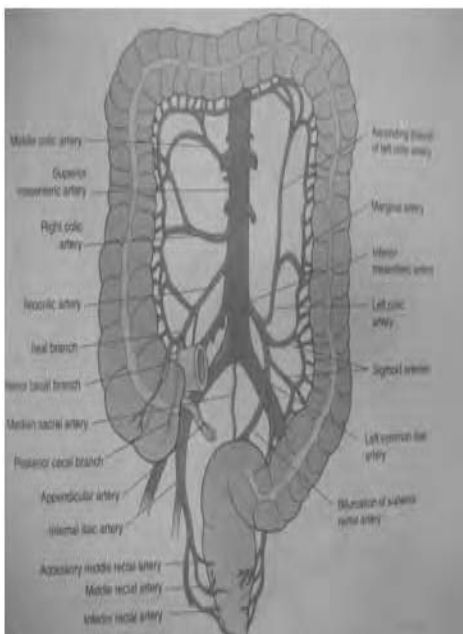
- کولون چپ- شامل نصف چپ کولون مستعرض، زاویه کولونی طحالی، کولون نازله و کولون سگموئید می باشد.

عضلات طولانی کولون به صورت سه تینیا مجزا به نام تینیا کولی به دور کولون قرار گرفته اند. تینیا ها در محل قاعده اپندکس با یکدیگر ملحق و در قسمت شروع رکتوم فاقد آن است.

Haustracoli به شکل کیسه های هستند که در بین تینیا ها قرار دارند و به وسیله التواتات نیمه هلالی شکل بنام پلیکا سیمی لونا ر از هم جدا می شوند، بارزات شحمی اپی پلوئیک متصل به تینیا ها میباشند. گرچه کولون سگموئید از همه بیشتر به تدور دچار می شود اما سیکوم و کولون مستعرض نیز بعضاً ممکن است به تدور معروض گردند^(۵).

اروای کولون : شریان مساریقی علوی در تحت محور سلیاک از ابهر جدا شده و از طریق شعبات ایلیو

کولیک و کولیک متوسط ،سیکوم ، کولون صاعده و کولون مستعرض را اروای می کند شکل(۲-۵) .



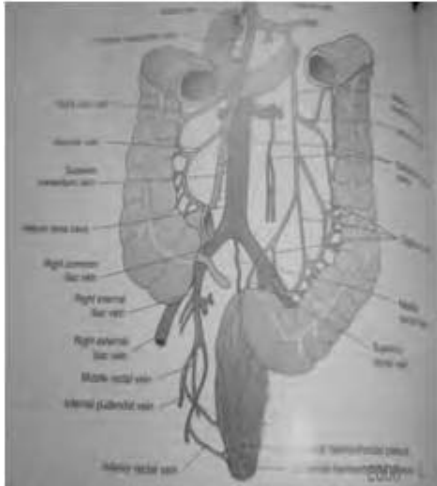
شکل ۲-۵ اروای شریانی کولونها ماخذ

شریان کولیک راست در ۱۵ فیصد موارد از شریان مساریقی علوی و در ۸۵ فیصد موارد از شعبه ایلیو کولیک جدا می شود. شریان میزانتریک سفلی بعد از کلیه ها از ابهر جدا شده و از طریق شعبات کولیک چپ اروای کولون نازله ، کولون سگموئید و قسمت علوی رکتوم را بعهده دارد شکل(۲-۵) .

در ناحیه زاویه طحالی بین شریان های میزانتریک علوی و سفلی اوعیه جنبی (Colateral) وجود دارد. قوسهای شریانی ایلیو کولیک ، کولیک راست ، شریان وسطی و چپ

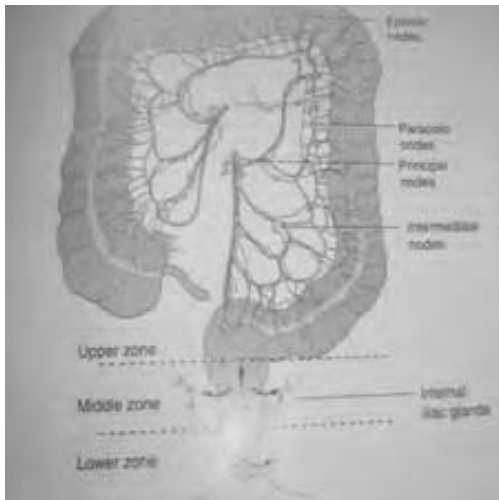
توسط اوعیه ارتباطی بنام شریان حاشیه دروموند (Artery of Drummond) به یک دیگر انستوموز نموده و شریان vasorectal ازین شریانهای حاشیوی جدا می شوند. قوس ریولان بین شعبات کولیک چپ، شریان میزانتریک سفلی، کولیک وسطی و شریان میزانتریک علوی قرار گرفته و به دلیل مسیر پرپیچی که دارد بنام شریان میزانتریک پرپیچ و خم نیز شناخته می شود، این شریان زمانی خوب دیده میشود که یکی از شریانهای علوی یا سفلی کولون به انسداد معروض گردد.

دریناژ وریدی: بجز از ورید میزانتیریک سفلی که مجاور شعبه صعودی شریان کولیک چپ قرار گرفته سایر وریدهای کولون همراه با شریان هم نام خود سیر می نمایند. ورید میزانتیریک علوی و سفلی در اخیر به وریدطحالی وصل شده و ورید باب را بوجود می آورند.



شکل ۳-۵ اروا وریدی کولونها ماخذ ۴

دریناژ لمفاوی: اوعیه لمفاوی کولون بصورت حلقوی در تحت مخاط و طبقه عضلی و مخاطی قرار داشته و مخاط کولون با وجود داشتن شبکه و عایی غنی فاقد اوعیه لمفاوی می باشد. به همین دلیل کانسرها



شکل ۴-۵ دریناژ لمفاوی کولونها ماخذ (۴)

سطحی تا زمانی که به عضلات نفوذ نکند نمی تواند از طریق لمفاوی میناستاز بدهند.

ساختمان سگمنتل کولون مانع انتشار طولانی تومورها در داخل جدار کولون میشوند. در نتیجه تهاجم محیطی تومورها به تحت مخاط و طبقه سیروزا موجب بروز عوارض حلقوی می گردد شکل (۴-۵). اوعیه لمفاوی نیز سیر شراین را تعقیب کرده و عقدا ت لمفاوی

جدار (epicolic) در امتداد کنارانسی امعاء (paracolic) حوایی شراین میزانتیریک هم نام و intermedial شریان میزانتیریک علوی و سفلی قرار دارند.

تعصیب کولون : رشته های عصب سمپا تیک کولون راست از ۶ سگمنت سفلی نخاع صدی منشه گرفته و از طریق عصب حشوی به شبکه سلپاک و سپس به شبکه میزانتیریک علوی می روند. عصب سمپا تیک کولون چپ و رکتوم از سه سگمنت اول نخاع بطنی منشه گرفته و وارد شبکه قدامی نخاع (preaortic) و بعدا وارد شبکه میزانتیریک می شوند. تعصیب پره سمپا تیک کولون راست از عصب واگوس راست تامین می شود و در سمت چپ از عصب سکرال منشه می گیرد.

آماده ساختن امعاء برای عملیتهای جراحی

پاک سازی کولون از مواد غایطه و جلوگیری انتانات کولون بوده که برای این منظور به مریض رژیم غذایی مایع و کم تفاله با اماله تخلیوی روز دوم رتبه و مسهلات توصیه شده و جهت تنقیص انتانات anaerobic و aerobic انتی بیوتیک ها از قبیل Metronidazole ، Neomycin ، Phthalyl sul phathiazole ۲-۳ روز قبل از عملیات داده می شود. همچنان شست و شوی تمام امعاء با سیروم فزیولوژیک ایزوتونیک به سرعت ۲-۴ لیتر فی ساعت برای مدت ۳-۴ ساعت از طریق تیوب انفی معدی یک میتود خوب و موثر آماده ساختن کولونها در حالات غیر انسدادی برای مداخله جراحی می باشد. با میتودهای فوق پاک سازی میخانیکی و دوائی می توان کولونها را برای مدت ۳-۷ روز آماده عملیات نمود^(۱).

میتود معمول آماده نمودن امعاء در ظرف سه روز

- روز اول- رژیم غذایی مایع و یا کم تفاله.
- مسهل قوی مانند مگنیزیم سلفیت- ۳۰ گرام.
- انتی بیوتیک انتخابی مانند Metronidazole با Neomycin بعد از مسهل شروع گردد.
- اماله تخلیوی روز دوم رتبه.
- روز دوم – روش ونداوی به استثنای مسهل مانند روز اول بوده و علاوتاً به مریض ادویه مقبض مانند Tinture opium و یا Belladonal توصیه می گردد.
- روز سوم- تداوی بدون مسهل مانند روز اول بوده و به مریض ادویه مقبض Belladonal نیز توصیه می گردد.

عملیتهای مروج بالای کولونها

عملیه Decompration-

Caecostomy- عبارت از ایجاد یک فیستول بین سیکوم و جدار قدامی بطن است.
 Loop colostomy- عبارت از ایجاد یک فیستول بین قسمتی از کولون و جدار قدامی بطن است.
 عملیه Loop colostomy Defunctioning End colostomy – عبارت از ایجاد یک فیستول بین قسمتی از کولون و جدار قدامی بطن است که نهایت distal آن دوخته شده و بداخل بطن رها شده و یا اینکه به قسم یک فیستول مخاطی به جدار بطن بیرون کشیده می شود.

عملیه Hartmann's- درین عملیه قسمت ماوفه کولون سیگموئید برداشته شده و کولون نازله به شکل end colostomy به جدار بطن بیرون کشیده شده ونهایت proximal رکتوم بداخل بطن دوخته می شود.

Resection - یا برداشتن کولون - درین عملیه یک قسمت ویا تمام کولون برداشته می شود .

Colotomy - عبارت از با ز نمودن کولون به منظور تفتیش ویا برداشتن پولیپ ودوباره بسته نمودن کولون می باشد.

Right Hemicolectomy - عبارت از برداشتن سیکوم، کولون صاعده ویک قسمت کولون مستعرض و انستوموز الیوم نهایی با کولون مستعرض می باشد.

Transvers colectomy - عبارت از برداشتن کولون مستعرض وانستوموز کولون صاعده با کولون نازله ویا اجرای end colostomy می باشد .

Sigmoid-colectomy - برداشتن کولون سیگموئید است .

Anterior resection - برداشتن یک قسمت ویا تمام کولون سیگموئید ویا قسمتی از رکتوم وانستوموز بین کولون ورکتوم است، درین عملیه به منظور جلوگیری از لیکاز ناحیه انستوموز اکثراً Proximal defunctioning colostomy اجرا می گردد.

Total colectomy عبارت از برداشتن تمام کولون وانستوموز الیوم بارکتوم (Iliorectal anastomoses) ویا اجرا Iliostomy نزد مریض می باشد.

Pan proctocolectomy - عبارت از برداشتن تمام کولون یا رکتوم وکانال انال و اجرای الیوستومی دایمی نزد مریض می باشد.

Abdomino-perineal- resection - عبارت از برداشتن یک قسمت از کولون سیگموئید، رکتوم وکانال انال با اجراء permanent end colostomy نزد مریض می باشد

کولوستومی (Colostomy)

کولوستومی عبارت از ایجاد یک فوحه مصنوعی می باشد که در کولون بخاطر منحرف ساختن جریان مواد غایطه وگاز بطرف خارج بطن ایجاد می گردد ومواد مذکور در بین یک خریطه در جدار بطن جمع آوری می گردد. کولوستومی به دونوع است کولوستومی موقتی وکولوستومی دایمی .

کولوستومی موقت (Temporary Colostomy)

کولوستومی موقت دروقایع انسداد کولون سیگموئید توسط کانسر دیورتیکولیت جهت رفع لوجه انسدادی اجرا شده ودرموارد فیستول های مثانی کولونی، محافظه انستوموز کولورکتال جلوگیری از تشکل پرتونیت غایطی به تعقیب جروحات ترضیضی کولون ویا رکتوم وسهولت درتداوی عملیاتهای انورکتال علوی قابل اجرا می باشد.

درصورتیکه کولوستومی نسبت انسداد ویااحالات عاجل دیگر اجرا شود، درختم عملیات کولوستومی با ز وحوافی آن با کنارهای جلد بطن خیاطه گذاری می شود. ترمیم کولوستومی بعدا زگذشتن ۲-۳ ماه دوباره ترمیم می گردد.

Loopcolostomy: دراین صورت کولون بروی جدار بطن آورده شده ووجه انتی میزانتریک آن باز می شود. Loopcolostomy اکثراً به شکل Temporary یا موقتی به منظور منحرف ساختن جریان مواد غایطه اجرایی گردد. درین اواخر Loopcolostomy را نسبت ارواء بهتر آن که ترمیم بعدی را آسان می سازد ترجیح می دهند.

Endcolostomy: در end ویا terminal کولوستومی بعد از قطع کولون نهایت proximal آن به جدار بطن بیرون کشیده می شود، این نوع کولوستومی درریزکشن تام رکتوم و تنقب امراض دیورتیکولر که بعداز برداشتن کولون ماوفه انستوموز مقدم نسبت ملوث بودن کولون ناممکن باشد اجراء می شود که (عملیه Hartman) به شکل یک فیستول مخاطی دریک ناحیه جداگانه روی جدار بطن کشیده می شود. **Doubal-barrelled colostomy:** درین نوع کولوستومی هر دو نهایت کولون در یک نقطه جدار بطن کشیده می شود. مگر بعضاً کولون قطع شده وهر دو نهایت آن بصورت جدا گانه در دوناحیه بیرون کشیده می شود. این عمل باعث استراحت مطلق عروه Distal کولون ورکتوم می گردد.

کولوستومی دایمی (Permanent colostomy)

کولوستومی دایمی اکثراً بعد از برداشتن رکتوم از طریق بطنی عجانی دروقایع کارسینومای رکتوم اجرا شده ونهایت سفلی کولون قطع شده در حفره حرقفی چپ به جدار بطن کشیده شده وتوسط چند خیاطه تثبیت میشود.

مراقبت از کولوستومی

درروزهای اول بعد از عملیات کولوستومی مواد غایطه به شکل نیمه مایع اطراح می گردد ولی به تدریج مواد غایطه شکل جامد ونارمل را اختیار می نماید با تجویز مستحضراتی از قبیل Celevac حجم

مواد غایطه را ازدیاد و آنرا جامد می سازد. مریض باید از خوردن زیاد میوه جات و سزیجات که باعث اسهال می شود جلوگیری نماید.

اختلالات کولوستومی

در صورت اجرای کولوستومی باتکنیک غلط اختلالات ذیل دیده می شود:

۱- تضیق فوحه کولوستومی - در نتیجه اسکیمی و یا دوختن نادرست غشای مخاطی کولون در کنار جلد بوجود می آید.

۲- نرف

۳- اسهال

۴- فتق ناحیه کولوستومی- درین صورت محتوی داخل جوف پریتون از طریق Defect ناحیه کولوستومی به فتق معروض می گردد.

۵- Prolaps - درین صورت عروه کولون بخارج تغلف می نماید.

۶- Retraction - در این صورت کولون دوباره بداخل بطن سقوط کرده که علت آن می تواند فشار کشش یا نکروز نهایت عروه کولوستومی باشد.

کولیت قرحوی (Ulcerative Colitis)

کولیت قرحوی یک التهاب غیر اختصاصی غشای مخاطی کولون و رکتوم می باشد که با اعراض و علایم آتی مشخص می شود:

- اسهال

- کرامپهای قسمت سفلی بطن

- کثرت دفعات تغوط (Urgency) .

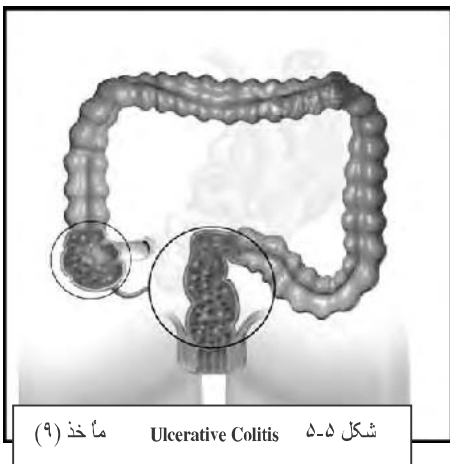
- انیمی

- کمبود البومین سیروم

اسباب

علت کولیت قرحوی نامعلوم است ممکن انتانات تالی در اشکال تفریحی مرض رول داشته باشد. مرض می تواند با امراض جنتیک غیر نارمل ارتباط داشته باشد. در میان نظریات متعددی که به حیث عامل سببی ذکر شده است عبارت از فکتورهای پسیکوسوما تیک و الرژی با مرض autoimmune زیاد تر مورد توجه قرار گرفته است.

پتولوژی



کولیت قرحوی - یک آفت التهابی منتشر است که ابتدا به مخاط امعاء محدود می باشد، احتقان او عیه و نزف متبازر دیده می شود. حوافی قرحات به قسم برجستگی های مخاطی بداخل لومن امعاء پیش آمده می باشند. در صورتیکه تمام ضخامت جدار کولون ماوف شود ممکن توسع یا تنقب کولون بوجود آید. طول کولون کوتاه شده ولی برخلاف مرض کرون میزوی کولون نازک باقی می ماند. در اکثر مریضان کولیت قرحوی

رکتوم را ماوف میسازد. اگر مرض محدود به رکتوم باشد اصطلاح پروکتیت قرحوی بکار میرود. التهاب بعضاً بطرف علوی گسترش می یابد و کولون چپ را ماوف می سازد در ۱/۳ موارد تمام کولونها اشغال می شود. در موارد Pan colitis در حدود چند سانتی متر از قسمت دیستل الیوم نیز اشغال می شود. در کولیت قرحوی امعاء بطورمکمل ماوف می شود و مصابیت کولون بصورت قطعه قطعه نادر می باشد. شکل (۵-۵).

تظاهرات سریری

بروز مرض در سنین ۱۵-۳۰ سالگی بوده اما در سالهای ۶۰-۸۰ نیز دیده میشود. شیوع مرض در نزد طبقه اناث بیشتر از طبقه ذکور می باشد ۱۵-۴۰ فیصد مریضان سابقه فامیلی دارند. عرض اصلی عبارت از دفع مداوم مواد غایطه آبگین بصورت اسهال آغشته به خون (rectorahgia) چرک و موکس توام با پیچش (تنسموس) می باشد. در صورت شدت آفت مریضان ممکن لاغر و دچار سوی تغذی گردند که در ضمن وسواسی نیز می باشند ، دفعات اسهالات به ۸-۱۲ مرتبه در روز میرسد. در سیر مرض حملات نکس کننده (Relapses) بعضاً دیده می شود. مواد غایطه آبگین بوده، خون و مخاط در آن وجود دارد

و ممکن است کرمپ و درد قسمت چپ بطن موجود باشد، اسهالات پیهم (Urgency) و بی اختیاری (Incontinence) در طی حملات حاد ممکن زندگی را برای مریض دشوار سازد. با معاینه ممکن است حساسیت در ناحیه کولون موجود و بطن منتفخ باشد. با معاینه TR خون و مخاط بروی دستکش باقی می ماند^(۱).

تشخیص تفریقی با امراض ذیل صورت می گیرد:

- کولیت آمیبی
- مرض دیورتیکولی
- ادینوکرسینوم کولون
- کولیت اسکمیک
- کولیت پسودو ممبران
- کولیت گرانولومتوز

معاینات متممه

- سگمونئیدوسکوپي
- بیوپسی
- کلچر مواد غایطه
- باریوم انما
- کولونوسکوپي
- ارزیابی شدت مرض

- **سگمونئید و سکوپي** : تشخیص کولیت قرحوی را میتوان با سگمونئیدوسکوپي زمانی تأیید نمود که مخاط التهابی و هموراژیک بصورت واضح دیده شود. ممکن است انتشار مرض بطرف علوی صورت گیرد. از ناحیه مشکوک باید بیوپسی گرفته شود زیرا که در تشخیص **Ulcerative Colitis** با مرض کرون کمک می کند.

- **کلچر مواد غایطه** : اجرای stool culture در طول حمله حاد حتمی است و احتمال دیزانتري آمیبی را هم باید در نظر گرفت.

- باریوم انیما وکولونوسکوپی : باریوم انما و کولونوسکوپی وسعت تقرحات را نشان میدهد ودر سیر طولانی مرض باید جهت پی گیری تغییرات ثانویه نیو پلاستیک انجام شود.
- ارزیابی شدت مرض : تحقیقات دیگری که به ارزیابی شدت مرض می پرد ازد معمولاً بطور یومیه ما نیتور می گردد(خاستا مونیتورنگ البومین سیروم) عبارتند از ESR، الکترولایت ها بخصوص پوتاشیم و LFT می باشد^(۶).

تداوی طبی

- حمله حاد را میتوان به شکل ذیل تداوی نمود:
- تداوی معاوضوی و تطبیق مایعات و الکترولایت ها.
- دوز بلند ستیروئید ها (مثلا prednisolone 60mg)
- Rectal steroid
- Sulfasalazine 3-4 h/d .-
- تداوی طبی برای ۵-۷ روز اجرامی گردد، اگر به تداوی جواب ندهد باید تداوی جراحی در نظر گرفته شود.
- استطباب تداوی جراحی:
- میگا کولون توکسیک با قطر بیش از ۶ سانتی متر.
- نرف (نادرمی باشد)
- تنقب
- عدم موثریت تداوی طبی مثلا اسهال دوامدار، تب بیش از ۳۸ درجه سانتی گراد تکی کاردی با تندر نس بطنی.

استطباب جراحی انتخابی (elective surgery) عبارتند از:

- عدم موثریت تداوی طبی توام باضعیفی عمومی.
- حملات متکرر کولایت حاد.
- استحال به کانسر.

معیارات تعیین کننده شدت کولیت قرحوی

| معیارات | ضعیف | متوسط | شدید |
|-----------------------|------------|---------------|--------------|
| دفعات تغوط در ۲۴ ساعت | کمتر از ۴ | ۴- بیشتر از ۶ | |
| نیض | کمتر از ۹۰ | ۹۰-۱۰۰ | بیشتر از ۱۰۰ |
| -هیما توکریت (%) | نورمال | ۳۰-۴۰ | کمتر از ۳۰ |
| درجه حرارت بدن (oC) | نورمال | ۳۷.۲-۳۸.۱ | بیشتر از ۳۸ |
| Mm/h ESR | نورمال | ۲۰-۳۰ | بلندتر از ۳۰ |
| البومین (gL) | نورمال | ۳۰-۳۵ | ۳۰ |

آماده ساختن مریض برای عملیات جراحی

- اعاده مایعات و رفع انیمی و هایپو البومینمی .
- احتمال جراحی را باید در مراحل مقدم حمله کولیت حاد به مریض گوشزد نمود و در ضمن فواید عملیات جراحی و خطرات عدم تداوی جراحی به مریض توضیح داده شود.
- بسیاری از مریضان تحت عملیه جراحی قرار می گیرند و الیوستومی موقت در نزد آنها اجرا می گردد.

چهار نوع تداوی جراحی احتمالی در کولیت قرحوی وجود دارد:

- Colectomy تام ، الیوستومی و حفظ ستمپ رکتل.
- Panproctocolectomy و ایلویستومی ترمینل دایمی .
- پروکتو کولکتومی توام با Loop ileostomy موقت.
- ترمیم Loop ileostomy

تداوی جراحی

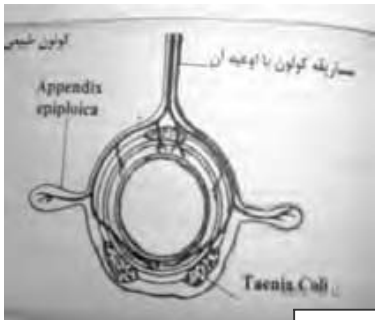
قبل از عملیات جراحی برای مریضان ما یعات توصیه می شود و حالت کمخونی و کمبود البومین رفع می گردد.

میتودهای تداوی جراحی عبارت اند از:

- تمام کولون از سیکوم تا پرومونتورיום ساکروم برداشته می شود.

- اگر ثرب به کولون مستعرض التصاق داشته باشد آنرا نیز باید رزکشن نمود.
- الیو ستومی در حفره حرقفی راست اجرا میگردد.
- رکتوم را میتوان در پرو منتوریم سکروم یا در نهایت سفلی جرحه عملیاتی تثبیت نمود.

امراض دیورتیکولوز و دیورتیکولیت (Diverticular Disease)



شکل (۵-۸) - کولون با دیورتیکول مأخذ

پتولوژی

دیورتیکول کولون
عبارت از یک فتنق
مخاطی بوده که

در کنار Taeneacoli بوجود آمده واکثراً توسط Appendix epiploic پوشیده می باشد. دیورتیکولها در کولون نسبت به دیگر نواحی جهاز هضمی شایعتر هستند این آفت کسی بوده و جز آفات کاذب محسوب می شوند زیرا مخاط و تحت المخاط که از طبقه عضلی خارج شده تشکیل شده اند شکل (۵-۸). قطر آنها از چند ملی متر تا چند سانتی متر می باشد و عنق آنها باریک یا پهن است، بعضی از آنها مواد غایطه سخت دارند. تقریباً ۹۵ فیصد از مریضان دچار دیورتیکول کولون سگموئید می باشند. شیوع دیورتیکول در نواحی کولون نازل، کولون مستعرض و کولون صاعده به ترتیب کاهش می یابد. در کشورهای غربی نزد ۵۰ فیصد مردم دیورتیکول وجود دارد، ۱۰٪ در سن ۴۰ سالگی و ۶۵ فیصد در سن ۸۰ سالگی در مصابیت مرض فکتورهای فرهنگی و غذایی قابل اهمیت می باشد.

اسباب

رژیم غذایی نقش مهمی در اتیولوژی دیورتیکول کولون دارند. فوحت کوچکی که محل نفوذ او عیه در اروای طبقه عضلی کولون بوده و محل تشکل دیورتیکول می باشد. ابتدا دیورتیکول به کولون سگموئید محدود بوده اما فرضیه وجود دارد مبنی بر اینکه مخاط به علت رژیم های غذایی فاقد فیبر در مدت های طولانی که موجب هیپرتروفی شده و در نتیجه مواد غایطه سخت بوجود می آید، بالارفتن فشار زیاد داخل

لومن کولون تبارز می کند. گفته میشود که سندروم امعاء تحریک پذیرزمینه را برای دیورتیکولوز مساعد می سازد. سندروم امعاء تحریک پذیر می تواند بر علاوه از کولون ، مری و امعاء رقیقه را نیز مآوف سازد.

دیورتیکولیت (Diverticulitis)

دیورتیکولیت عبارت از التهاب دیورتیکول بوده که در اثر انتان بوجود می آید. در دیورتیکولیت حاد مریض از درد آنی شاکی است. معمولاً درد در حفره حرقی چپ موضع دارد، ممکن با اسهال و کولیک منتشر بطنی توام باشد. درد با سرفه و حرکت کردن مریض تشدید می یابد. مریض تب دارد، و وضعیت عمومی مریض خوب نیست. بامعاینه مریض کسل به نظر می رسد و از درد رنج می برد، زبان مریض ممکن باردار باشد. حساسیت در حفره حرقی چپ وجود داشته ممکن است TR دردناک باشد. دیورتیکول التهابی می تواند باعث تنقب در جوف کبیر پریتوان شود و یا سبب تشکل آبسه محیط کولونی تنقب در احشاء مجاور مانند مثانه، مهبل و امعاء رقیقه شود. دیورتیکولیت باعث فیروز شده که سبب اعراض انسدادی حاد، مزمن و یا حاد روی مزمن می گردد. دیورتیکولیت می تواند در نتیجه تخریش و مآوف شدن جدار کولون باعث نزف شدید و یا مزمن شود.

تظاهرات سریری

مریض مصاب به دیورتیکولیت حاد از درد مرکزی بطن شاکی بوده که بعداً در حفره حرقی چپ موضع مینماید و مترافق با تب، استفراغ، حساسیت و تقلصیت موضعی می باشد، ازینرو دیورتیکولیت حاد را بنام اپندیسیت طرف چپ نیز می نامند. با جس بطن ممکن یک کتله دریا فت شود. تنقب دیورتیکول بداخل جوف پریتوان باعث اعراض پریتونیت حاد منتشر شده و تشکل آبسه Pericolic با این تفاوت که بطرف چپ قرار داردمشابه آبسه اپندیکولیر بوده که در این صورت نزد مریض یک کتله درد ناک در حفره حرقی چپ توام با تب و لیکوسیتوز دریافت می گردد.

دیورتیکولیت مزمن

مریض اغلباً از حملات عود کننده با مشخصات فوق الذکر شاکی است ولی این حالت که به مرور زمان با تغییرات دایمی تغوط همراه می باشد به قبضیت و اسهال متناوب تبدیل میشود. ممکن حملاتی از نزف مقعدی بوجود آید. انسداد امعاء رقیقه نیز از باعث التصاقات امعاء با کتله التهابی کولون مشاهده شده می تواند. ممکن حملات درد در حفره حرقی چپ، دفع مخاط با خون سرخ روشن و یا میلانا از طریق رکت

و کم خونی از باعث نرف مخفی مشاهده شود. با معاینه حفره حرقفی چپ با جس دردناک بوده و در ناحیه رکتو سیگموئیدل یک کتله دریافت شده که ممکن با TR نیز تشخیص گردد.

معاینات تشخیصیه

جهت تشخیص مرض از معاینات ذیل استفاده میشود:

- اجرای رادیو گرافی بطن.

CTscan-

- باریوم انما

- کولونوسکوپی

رادیو گرافی بطن - در حالت ایستاده و خوابیده ممکن است گاز را در جدار امعاء در حفره حرقفی چپ یا سطوح مایع در لوپهای امعاء رقیقه چسبیده به ناحیه التهابی نشان دهد، درین معاینه دیورتیکول بشکل اجواف کروی شکل مشاهده شده و در مواردیکه دیورتیکول حاوی مواد غایط باشد نسبت نقص امتلا توسط مواد غایطه منظره حلقه مهر مشاهده می شود. انیماء و ضخیم شدن جدار کولون در اکثر موارد باعث تضیق مشابه دنداناره در کولون سگموئید می گردد و ممکن است کولون متوسع باشد.

CTscan - در شکل دیورتیکولیت حاد CTscan می تواند هم دیورتیکولها و هم آبسه محیط کولونی را نشان دهد. ماده کثیفه منحل در آب می تواند هر گونه تنقب احتمالی و مرض دیورتیکولی را بدون وخامت یافتن حالت مریض نشان دهد.

باریوم انیما - وقتی حمله حاد مرض بهبود یافت باریوم انیما اجرا می گردد که دران تغییرات پتالوژیک دیورتیکولوز بمشاهده می رسد.

کولونوسکوپی - وقتی مرض مزمن شد یک ناحیه تنگ و باریک در کولون نازله یا سگموئید ممکن است بوجود آید که به مشکل میتوان تشخیص شود، ازینکه آفت سلیم است یا خبیث. تکرار باریوم انیما بعد از چند هفته یا کولونوسکوپی ممکن نتیجه را مشخص سازد.

لپره تومی بعضاً ضرورت می شود و جهت جلوگیری از تحول به کانسر رزکشن کولون صورت می گیرد.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی با امراض ذیل صورت می گیرد:

- کرسینوماى كولون
- اينديسيت
- انسداد اختناقى كولون
- كوليت
- امراض التهابى امعاء
- حمل خارج رحمى يا تدورسيست مبيض

تداوى ديورتيكوليت حاد

در حمله حاد بايد اقدامات ذيل صورت گيرد:

- بسترنمودن مريض
- تداوى با انتى بيوتيك - مريض بايد تحت تداوى تركيبى بانتى بيوتيكهاى وسيع التاثير از قبيل مترانيدا زول ، Gentamycin ، پنسولين يا امپى سلين قرار گيرد.

تداوى جراحى

اگر بطن باز شد وبملاحظه رسيد كه ديورتيكوليت حاد موجود است، بهترين طريقه اين است كه بحال خودش گذاشته شود به جز اينكه نتقّب صورت گرفته باشد. در صورتيكه امعاء رزكشن شده باشد عمليات مشابه هيمى كولكتومى چپ اجرا گردد. اگر نتقّب بسته شده و درن گذاشته شده باشد انتى بيوتيك ها بايد بعد از عمليات جراحى ادامه داده شود. آبسه محيط كولونى در ابتدا مانند آبسه اينديكولير بصورت محافظه كارانه تداوى گردد ولى اگر آبسه بزرگ گردد دريئاژ آبسه استطباب دارد. پريتونيت عمومى از باعث تمزق ديورتيكوليت حاد يك حادثه وخيم و قابل تشويش بوده كه در اين صورت لازم است لپره تومى اجرا و قسمت ماوفه كولون ريزكشن و Defunctioning transverse colostomy اجرا گردد. در صورتيكه اعراض شديد موجود باشد لپراتومى اجراء وكولون سيگمونيذ ريزكشن مى گردد.

انسداد حاد از باعث ديورتيكوليت حاد ايجاب لپراتومى را مى نمايد و جهت رفع انسداد Transverse colostomy اجرا مى گردد، به تعقيب اين عمليات عاجل جراحى ميتوان قسمت ماوفه كولون رادر عمليات بعدى ريزكشن و كولوستومى را ترميم نمود .

دیورتیکولیت مزمن

اگر تشخیص واضح و اعراض خفیف باشد می توان مرض را بصورت محافظه کارانه تداوی نمود و توسط بعضی از Labricant laxative فعالیت امعاء را تنظیم کرد. اهمتات ذیل نزد مریض گرفته می شود:

- ۱- برای مریض مواد غذایی حاوی مقدار زیاد مواد فایبردار توصیه می شود.
- ۲- اصلاح رژیم غذایی صورت می گیرد.
- ۳- به مریض مواد غذایی مثل نان گندم به اندازه کافی تجویز گردد.
- ۴- تشویق مریض جهت استفاده از مایعات به اندازه کافی.

تداوی جراحی

در موارد ذیل تداوی جراحی نزد مریضان دیورتیکولوز استطباب دارد:

- عود مکرر حملات التهابی.
- بروز اختلالات از قبیل تنقب ، تضیق یا فیستول.
- عدم اطمینان به تشخیص.

فیستول بین مثانه و کولون باید ابتداتوسط Defunctioning colostomy تداوی شود و بعداً قسمت ماوفه کولون برداشته شده و فیستول مثانه خیاطه گذاری می شود در عملیات بعدی کولوستومی ترمیم گردد.

توبرکلوز ایو سیکل

توبرکلوز هنوز هم در ممالک روبه انکشاف شیوع دارد اما در کشور های پیشرفته تقریباً دیده نمی شود. وقوعات آن در سنین ۱۵-۴۵ سالگی زیاد تر بوده و هر دو جنس را مساویانه مصاب می سازد. علت مرض عبارت از بسیل کوخ بوده که معمولاً از طریق صرف نمودن غذاهای ملوث با بسیل کوخ از قبیل گوشت، شیر و از طریق دموی باعث بروز مرض میگردد. امکان دارد که عقدات لمفاوی میزانثیر بصورت انفرادی و یا بشکل عمومی به مرض مصاب شوند.

اعراض سریری

شکل خاموش مرض که در رادیو گرافی بطن بطور تصادفی تشخیص شده که در کلیشه عقدات کلسیفیک شده لمفاوی مساریقه بخصوص در ناحیه الیوسیکل واضحاً دیده شده که به کدام عارضه دیگر بطنی مغالطه نشده و ایجاب تدای انتی توبرکولوزیک را می نماید. شکلی که باعث اعراض و علائم عمومی شده باشد این مریضان معمولاً عمر پائین تر از ده سال داشته و از بی اشتهاپی، لاغری، رنگ پریدگی و تب در اوایل شب شاکی می باشند. مریضان مصاب به توبرکلوز الیوسیکل از درد بطنی شاکی بوده و معمولاً درد در ناحیه ثروی شدید تر بوده ولی می تواند در تمام بطن منتشر باشد. با جس می توان عقدات لمفاوی غیر متحرک، مجزا و حساس را در بطن جس نمود که موقعیت آنها معمولاً در ناحیه ثروی و قسمت راست بطن می باشد. بعضاً مرض با علائم اپنڈیسیت حاد تظا هر مینماید و مریض در چنین حالت از درد حاد بطنی که با استفراغ توام بوده شاکی می باشد و معمولاً درد و حساسیت در حفره حرقی راست بطن موجود بوده که موجودیت اعراض و علائم فوق توجه را بطرف اپنڈیسیت معطوف میسازد اما توسط مشاهده دقیق و رادیوگرافی بطن می توان به تشخیص قطعی رسید. شکلی که مشابه به سیست کاذب مساریقی بوده درین حالت بعد از تمزق عقدات لمفاوی منتن قیح ممکن است در بین دو ورقه مساریقی موقعیت اخذ نموده و محدود گردد، کتله سیستیک را با اعراض و علائم سیست مساریقی ایجاد نماید، اگر در صورت عملیات بطنی به چنین واقعه مواجه شد باید محتوی سیست بدون اینکه در سایر بطن منتشر شود تخلیه و ناحیه دوباره خیاطه گذاری شود و به مریضان تدای انتی توبرکولوزیک شروع گردد. بعضاً جدار امعاء با عقدات لمفاوی که منتن شده التصاق پیدا نموده و لومن امعاء متضیق گردیده که باعث بروز اعراض انسدادی می شود.

پتولوژی

از نظر پتولوژی مرض به پنج شکل مشاهده می شود:

- **شکل هایپر تروفیک** : این شکل نظریه اشکال دیگر زیاد تر مشاهده شده و به قسم یک تومور تظا هر مینماید که دارای حوایی غیر منظم بوده و به وضعیت عمودی از علوی به سفلی قرار دارد. در علوی قسمتی از کولون صاعده را اشغال و در سفلی أفت بطرف الیوم پیش رفت می کند و معمولاً اپنڈکس نیز اشغال میگردد، در این شکل توبرکلوز تمام طبقات اشغال شده و یک شکل sclerofibromatose را به خود می گیرد. در مقطع طوری به نظر می رسد که جدار سیکوم توسط نسج شحمی اشغال شده و یک تعداد محراقات تجبئی در آن مشاهده می شود. در ناحیه ماوفه سطح پریتون یک تعداد گرانولهای

کوچک (جاورسها) بصورت منتشر دیده می شود. آفت در این شکل مرض از داخل به خارج پیشرفت کرده و از این سبب در لومن ا معا تغییرات عاید نه گردیده و باعث تضیق نمی گردد اما در صورتیکه آفت از خارج به داخل نشونما کند باعث تضیق شده و عقداات لمفاوی همیشه به آفت اشتراک می نماید. از نظر هستولوژیک طبقه مخاطی ضخاموی بوده و دارای فولیکولهای توبرکلوزیک می باشد. نکته مهم این است که از نظر تحولات نسجی آفت توبرکلوزی کمتر واضح بوده ولی تحولات التهابی عادی در صحنه حاکمیت دارد.

- **شکل Ulcero caseuse**: درین شکل یک تعداد زیاد فولیکولهای توبرکلوزیک در غشای مخاطی باز شده و یکنوع تقرح وسیع را بوجود می آورد در محیط ناحیه ماوفه یک عکس العمل شدید پریتنوانی مشاهده می شود. آفت مذکور یک کتله فایبروکازیوز را ساخته که به شکل آبسه درآمده و به طرف جلد ناحیه مغبنی، حرقفی و یا قطنی سیر می نماید. اگر آبسه به سیکوم و یا کولون باز شود خراج های قیحی غایبی را می سازد.

- **شکل تقرحی**: در این شکل تقرح بالای دسام الیوسیکل توضع نموده و در نتیجه باز شدن فولیکول های توبرکلوزی بصورت مجموعی بوجود می آید. تقرح پیشرفت کرده و بعد از اشغال طبقات مختلف جدار سیکوم باعث تنقب در جوف آزاد پریتنوان می گردد. در صورتیکه ناحیه متقوبه توسط احشاء بطنی و پریتنوان محدود گردد باعث آبسه pyostercorale در حفره حرقفی راست شده می تواند.

- **شکل Fibrose stenasant**: این شکل در حقیقت از باعث وتیره تنبیتی یکی از سه شکل فوق بوجود می آید و در صورتیکه آفت تقرحی توبرکلوزی به خلف سیر نماید و بصورت بنفسهی شفایاب گردد، شکل تندبی و یا لیفی به وجود می آید، این شکل زیاد تر در حذای الیوم نهائی مشاهده شده و باعث تضیق الیوم می گردد.

- **شکل اپندیسیت توبرکلوزیک**: آفت توبرکلوزیک به اشکال مختلف در اپندکس مشاهده می شود و به شکل تقرح در غشای مخاطی اپندکس ظاهر و بلاخره باعث تنقب می گردد و یا اینکه اپندکس در بین یک خراج سرد محدود گردیده و بلاخره تنقب می نماید.

سیر و اختلاطات

مرض سیر مختلف را داشته که بعضاً مخفی سیر کرده و آفت بدون پیش بینی توقف می نماید. در وقایع دیگر آفت به پیشرفت خویش ادامه داده که در چنین موارد کولون صاعده را اشغال و در محیط سیکوم

خراج را بوجود می آورد. این خراج ها می تواند به جلد و یا داخل احشای مجاور بطنی حتی مهبل باز گردد. اختلاط دیگر از قبیل مینانژایت و یا انسداد باعث مرگ می گردد.

معاینات تشخیصیه

تشخیص روی اعراض سریری، مشاهده مریض، موجودیت محراقات توبرکلوزیک در سایر نواحی بدن، رادیوگرافی و تجرید باسیل کوخ در مواد غایطه صورت می گیرد.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی با کولیت، اپندیسیت و تمام کتلالت تومورل حفره حرقفی راست از قبیل Typhlitis, Actinomycosis تومور های hypertropic خلف پریتون، تومور اپندکس و تومور های اقسام رخوه این ناحیه صورت می گیرد.

تداوی

در صورتیکه توبرکلوز باعث انسداد امعاء شده باشد و وضع عمومی مریض اجازة عملیات جذری را ندهد صرف به اجرای عملیه Iliotransversostomy اکتفا کرده و بعد از برطرف شدن لوحه انسدادی و خاموش شدن آفت می توان عملیات جذری R. Hemicolectomy را در زمان دوم اجرا کرد.

تومورهای کولون

تومورهای کولون به دودسته تقسیم شده که عبارتند از تومورهای سلیم و تومورهای خبیث.

تومورهای سلیم کولون (Benign Tumour of the Colorectal)

نظریه طبقه بندی سا زمان صحتی جهان در سال ۱۹۷۴ پولیپ های امعاء غلیظه را از نظر کلینیکی و پتالوژی چنین تقسیمات نموده اند:

Neoplastic polyps Adenomas-1

Tubular adenomas – a

Villous adenoma-b

Tubulovillous Adenomas - c

Hamartomas polyps -2

Hyperplastic & Metoplastic polyp,s -3

۴- پولیپ های التهابی

Lipoma -۵

Leomeoma -6

Haemangioma-7

تومورهای خبیث

- تومورهای خبیث ابتدایی

- کرسینوما

- لمفو سرکوما

- کرسینوئید تومور

- تومورهای خبیث ثانوی

تومورهای سلیم کولون

در حدود ۷۰ فیصد واقعات پولیپ های نیوپلاستیک امعاء غلیظه را تشکیل میدهد. این تومورها در حدود ۴-۲۷ فیصد بعد از اتوپسی و در حدود ۲۷-۷۶ فیصد بعد از رزکشن امعاء در پهلوی کرسینومای امعاء غلیظه بصورت مشترک دیده شده اند. تومورهای ادینوما ۳۳ فیصد در کولون صاعده و سیکوم ۲۵ فیصد در کولون مستعرض و ۲۲ فیصد در کولون نازله و سگموبید و ۱۰ فیصد در رکتوم موقعیت دارند. بزرگی این تومورها در بین ۲-۷۰ ملی متر می باشد ولی اکثراً بین ۱۰-۲۰ ملی متر به نظر می رسند. جدار این تومورها لشم و توسط غشای مخاطی نارمل و یا کمی سرخرنگ پوشیده شده اند. در صورتیکه تومور بزرگ گردد شکل تقریحی و یا نزفی را بخود می گیرد^(۵).

در حدود ۱۰ فیصد پولیپ های نیو پلاستیک امعاء غلیظه را اشغال می نمایند که ۸۰ فیصد آن در رکتوم موقعیت دارند. بصورت عموم بشکل منتشر و حلقوی نشونما مینماید و جدار آنها از کتلات کوچک نرم تشکیل یافته است. علایم مهم مرض عبارت از موجودیت مخاط در مواد غایبه می باشد. موجودیت خون در مواد غایبه تنها در مراحل پیشرفته مرض دیده می شود. نزد مریضان برهم خوردن الکترولایت

ها بخصوص ضیاع سودیم، کلورین و اضافه شدن پتاشیم سیروم دیده می شود. برهم خوردن توازن الکترولایت ها در اخیر باعث بروز عدم کفایه کلیه ها می گردد.

پولیپوز ادینوماتوز فامیلی (Familial Adenomatous polyposis)

پالیپوز ادینوما توز فامیلی یک مرض اوتوزم است. این مریضان عمدتاً در معرض سرطان کولون قرار دارند. پولیپ ها در مراحل بلوغ ظاهر می شوند. علایم FAP در حوالی ۲۰ سالگی دیده شده که تغییرات در فعل تغوط معمولاً اسهال همراه با خون و مخاط می باشد. کرسینوما ممکن ۵ سال بعد بوجود آید. مریضان اکثراً در سنین متوسط ۳۵-۴۰ سال قرار داشته و در صورتیکه مریض تداوی نشود بعد از ۲ سال ممکن به مرگ مریض منجر شود. انواع مختلف پولیپ ها در کولون وجود دارند که شایعترین آنها ادینوم می باشد. ادینوم ممکن است منفرد و یا متعدد باشد. FAP حالتی است که در آن پولیپوز منتشر امعاء غلیظه وجود دارد. ممکن است دیگر کتلالت از قبیل پولیپ های اثنا عشر نیز موجود باشد. ادینوما ی سلیم ممکن است بدون سویق یا سویقدار (pedunculated) باشند^(۸).

تظاهرات سریری

- ممکن است مرض با کمخونی یا افزایش دفعات تغوط توام با اسهال و مخاط بوجود آید.
- پولیپ ها ممکن است باعث تغلف و انسداد امعاء شوند.
- FAP- لوحه کلینکی مشابه کولیت قرحوی توام با حملاتی از درد بطنی، کاهش وزن، اسهال با خون و مخاط داشته باشد. علایمی که دلالت به تغییرات کانسری را می کنند عبارتند از کاهش وزن، بی اشتها و افزایش تغییرات در فعل تغوط می باشد. در معاینه این مریضان اغلباً کدام پتالوزی دیده نمی شود. پولیپ رکتوم ممکن است با جس یا در سگموئیدوسکوپ دیده شود و معمولاً توموری است که بداخل لومن رکتوم متبارز شده می باشد.

معاینات تشخیصیه

- سگموئیدوسکوپ
 - باریوم انما
 - خون مخفی در مواد غایظه
- سگموئیدوسکوپ، باریوم انما و کولونوسکوپ: تشخیص با معاینات متذکره صورت می گیرد.

خون مخفی : Ocultblood در مواد غایبه ممکن است مثبت باشد.

الکترولایت ها - جهت دریافت مقدار پوتاشیم تعیین می شوند.

ارتیریوگرافی - نرف هیمانجیوما را بعضاً می توان با ارتیریو گرافی تثبیت نمود.

تداوی جراحی

پولیپ های ادینوماتوز با قطر بیشتر از ۵ ملی متر معمولاً استیپاب عملیه جراحی را دارد، زیرا که خطر بروز سرطان وجود دارد. برداشتن پولیپ از طریق کولونوسکوپی نیز رایج است.

کرسینومای کولون راست (Right –Side Colonic carcinoma)

لوحه سریری کرسینومای کولون به موقعیت آن ارتباط دارد و میتوان آنرا به کرسینومای کولون راست و کرسینومای کولون چپ تقسیم کرد. از آنجایی که محتویات کولون طرف راست مایع و محتویات کولون طرف چپ نیمه جامد است، آفات تومورل طرف راست دیرتر انسداد بوجود می آورند ولی آفات تومورل طرف چپ در مراحل مقدم باعث انسداد می شوند. این آفت تمایل به نرف داخل لومن دارد و ازین جهت باعث کم خونی می شوند. اعراض کرسینومای کولون قرار ذیل می باشد:

- درد بطن
- تغییر و تشوشات ترانزیت
- ضیاع وزن
- استفراغ
- بی اشتهاپی
- ضعف و نفس تنگی
- نرف از طریق رکت
- موجودیت کتله
- سو هاضمه
- انسداد حاد روی مزمن

فکتورهای High Risk در تومورهای کولون :

- سن بیشتر از ۵۰ سال
- امراض premalignant
- کولیت قرحوی طولانی تر از ۱۰ سال

- مرض کرون با تضیق
- پولیپوز ادینا متوز فامیلی
- سندروم سرطان غیر پولیپوز ارثی کولون
- سابقه قبلی پولیپ های کولون
- سابقه فامیلی سرطان کولون یا پولیپ

تظاهرات کلینیکی

معمولاً مریض بیش از ۴۰ سال عمر دارد و این مرض در سن ۷۰-۸۰ سالگی دیده می شود. طبقه انات بیشتر از طبقه ذکور به مرض دچار می شوند.

مریض ممکن است با درد مبهم در حفره حرقفی راست یا علایم ناشی از انیمی از قبیل ناراحتی عمومی وضعف مراجعه کند. شاید مریض متوجه وجود کتله ای در حفره حرقفی راست و یا خون در مواد غایطه شود. بعضاً مرض با درد بطنی کولیکی تظاهر می کند که در این موقع آفت شروع به انسداد ایلیوم ترمینل می نماید. در معاینه ممکن است کتله در حفره حرقفی راست و حساسیت موضعی در بالای کتله وجود داشته باشد. مریض ممکن هیپا تو میگالی داشته باشد.

تشخیص تفریقی

علایم مرض بعضاً سهواً به امراض قسمت علوی جهاز هضمی خاصاً کولی سستیت و قرحات پپتیک و کم خونی مزمن نسبت داده می شود. درد حاد ناشی از کانسر طرف راست بطن می تواند مشا به اپندیسیت حاد باشد. در هر مرضی که نرف رکتل دیده شود باید موجودیت کانسر رد گردد. همچنان با امراض دیورتیکولر، پولیپهای سلیم کولون، قرحات پپتیک، امیبیاز، کولایت قرحوی، کولایت اسکمیک، انیمی نسبت کمبود آهن می توان با سگموئید و سکوپپی، کولونوسکوپپی یا باریوم انما تشخیص داده شوند.

اهتمامات قبل از عملیات

نزد مریض معاینات ذیل اجرا گردد

- تست های وظیفوی کبد (LFT)

- C-T Scan

- X-ray بطن

اجرای باریوم انما جهت بررسی افات دیگر ضروری است.
قبل از اجرای عملیات جراحی اصلاح کم خونی ممکن است نیاز به ترانسفوزیون خون داشته باشد.
امعاء باید کاملاً آماده شود زیرا مواد غایطه سخت باعث انسداد در ناحیه انستوموز خواهد شد.
انتهی بیوتیکهای وقایوی برای عملیات جراحی کولون تجویز می گردند.
انتهی بیوتیک از طریق وریدی برای ۲۴ ساعت تجویز می شود.

تداوی کانسر کولون

تداوی کانسر کولون عبارت از آماده ساختن کولون جهت عملیات جراحی، تجویز مسهلات، اماله تخلیوی و تطبیق انتهی بیوتیک قبل از عملیات نزد مریض صورت می گیرد. تداوی جراحی عبارت از برداشتن وسیع افت می باشد. تومور اولیه حتی با وجود میتاستاز های دوردست جهت وقایه از انسداد امعاء و نرف درازمدت باید برداشته شود. جهت برداشتن تومور از عملیتهای Left Sigmoid colectomy, hemicolectomy استفاده بعمل می آید.
Right hemicolectomy, Transverss colectomy.

اهتمامات بعد از عملیات جراحی

مریض ضرورت به تجویز ادویه ضد درد دارد ولی دوز آن ها نباید زیاد باشد زیرا باعث سپزم کولون می شود و زمینه برای باز شدن انستوموز افزایش می یابد. مریض معمولاً برای ۳-۴ روز توقف ترانزیت دارد و وقتی که مریض گاز دفع کرد میتوان مایعات را از طریق فمی به مریض شروع نمود. بعد از عملیات در اکثر موارد نزد مریضان شیموتراپی با 5-Floururacil به دوز 2mg/kg Body W/day برای ۵-۷ روز از طریق وریدی تطبیق نمود و بعد از ۴-۶ هفته نظربه وضع مریض میتوان این دوز را دوباره توصیه نمود.

کارسینومای کولون مستعرض (Carcinoma of the Transverse Colon)

کارسینومای کولون مستعرض میتواند طرف راست و چپ کولون مستعرض را اشغال نماید.

تظاهرات سریری

ممکن است مریض متوجه موجودیت کتله در بطن خویش گردد. در معاینه بطن کتله شاید قابل جس باشد و در مراحل مقدم از ادانه حرکت نماید. اگر انسداد وجود داشته باشد توسع سیکوم نیز قابل جس خواهد بود.

تداوی جراحی

بطن توسط شق متوسط علوی باز می شود. بعد از ازاد نمودن مکمل کولون مستعرض رزکشن و انستوموز End-To-End، بین کولون راست و کولون چپ صورت می گیرد.

کارسینومای کولون چپ (Left-Sided Colonic Carcinoma)

این تومور در کولون طرف چپ موقعیت دارد و به اسرع وقت ممکن سبب انسداد کولون متذکره گردد. لوحه کلینیکی مرض عبارت است از انسداد امعاء در مرحله مقدم تومور می باشد.

تظاهرات سریری

مریض معمولاً بیش از ۴۰ سال سن داشته و آفت در افراد بالاتر از ۷۰ سال دیده می شود. مریض نسبت تشوشات در فعل تغوط به شفاخانه مراجعه می نماید. قبضیت به علت تراکم مواد غایطه در ناحیه کتله بوجود می آید. مواد غایطه بعد از چند روز بصورت مایع درآمده و مریض دچار اسهال می گردد، این سیکل تکرار می شود.

اغلباً درد بطنی کولیکی در طرف چپ وجود دارد. علاوه بر تشوشات در فعل تغوط ممکن است نرف رکتل وجود داشته باشد که در سنین بالاتر از ۵۰ سال علامه جدی است. شاید کمخونی و قلت آهن بوجود آید.

با معاینه بطن انتفاخ داشته و سیکوم قابل جس می باشد. ممکن است در حفره حرقی طرف چپ حساسیت موضعی بالای کتله قابل جس باشد.

با معاینه رکتل ممکن است یک کتله در قسمت قدام رکتل قابل جس باشد. نزد مریض با معاینه ممکن کبد بزرگ ناشی از میتاستاز مرض دریافت شود.

معاینات تشخیصیه

جهت تشخیص معاینات ذیل توصیه می شود :

- رادیوگرافی ساده بطن در حالت ایستاده

- باریوم انیما

- سگمونئیدوسکوپی

- بیوپسی

- کولونوسکوپی

سیگمونئیدوسکوپی و بیوپسی: بعضاً می توان به کمک سیگمونئیدوسکوپی تشخیص را وضع نمود. ممکن کتله تومورل را با موقعیت سفلی مشاهده نمود واز آن بیوپسی اخذ کرد. هرگاه کتله قابل دید نباشد موجودیت خون ومخاط ممکن توام بامواد غایطه نیمه مایع دیده شود که دلالت بر آفت قسمتهای علوی کولون می نماید.

رادیوگرافی درحالت ایستاده و باریوم انیما: کولون پروکسیمال وسیکوم ممکن است درکلیشه رادیوگرافی بطن به وضعیت ایستاده توسع نشان دهد. اگر به کارسینومای کولون مشکوک باشیم باریوم انیما حتمی است.

کولونوسکوپی: زمانی که در نتیجه باریوم انیما مشکوک باشیم اجرای کولونوسکوپی مفید بوده و می توان بدین وسیله از آفات قسمتهای علوی کولون بیوپسی اخذ نمود.

تداوی جراحی

در تداوی کارسینومای کولون چپ می توان از عملیتهای ذیل استفاده نمود:

- هیمی کولکتومی چپ

- عملیات Paul Mickulicz colostomy

- عملیات Hartmann

اهتمامات قبل از عملیات جراحی

- آماده ساختن کامل امعاء حتمی است.

- تطبیق انتی بیوتیک.

- مریض از احتمال اجرای کولستومی مطلع گردد.

- اگر کتله غیر قابل رزکشن باشد کولستومی دایمی ضرورت است.

- برای حفاظت از انستوموزی که تحت شرایط مشکل انجام گرفته غرض دیکامپریشن کولستومی ضرور است.
- در چنین موارد نزد مریض باید لوپ کولستومی اجرا گردد.
- اگر احتمال کولستومی دایمی می‌رود محل آن باید در روشنی نزد مریض به وضعیت ایستاده تعیین گردد.

عملیات هیمی کولکتومی چپ

- از شق متوسط سفلی استفاده می‌شود که در صورت ضرورت به طرف پروکسیمال تمدید شده می‌تواند.
- کولون چپ ازاد و کتله رزکشن می‌گردد.
- معمولاً یک انستوموز End-To-End، نزد مریض صورت می‌گیرد.
- اگر عملیات جراحی به صورت عاجل اجرا گردد نهایت امعاء به شکل کولستومی در حفره حرقفی چپ کشیده می‌شود که بعداً ترمیم می‌گردد.

تداوی جراحی Paul-Mickulicz

- درین عملیات جراحی کولون نازله و سیگموئید ازاد شده و کتله از طریق شق حفره حرقفی چپ بیرون کشیده می‌شود و بعداً در خارج بطن رزکشن می‌گردد و نهایتاً کولون باقیمانده بشکل Doubal-barrelled colostomy به جدار بطن کشیده می‌شود.

- عملیات Anterior Resection

- این اصطلاح در مورد رزکشن کتله موجود در قسمت علوی رکتوم در محل اتصال رکتوم به سگموئید صورت می‌گیرد.

- عملیات Hartmann

- به کار سینوم رکتوم مراجعه شود.
- بعد از عملیات نزد مریض انسداد فلجی بروز می‌کند ولی تطبیق NGT ارزش زیادی در رفع آن ندارد و گرفتن مایعات از طریق فمی باید بعد از عبور گاز توصیه می‌شود.

خطر اصلی بعد از عملیه جراحی لیکاز انستوموز است و بهترین وسیله تشخیص مقدم آن کنترل درجه حرارت مریض می باشد. تب نوسانی، تکی کاردی و افرا زات غایبی از درن ممکن است تشخیص را تا نید نماید. لیکاز انستوموز کولون در عدم موجودیت کولوستومی (Protective colostomy) می تواند مشکل جدی برای مریض باشد.

اهتمامات بعد از عملیات

- توقف ترانزیت موقتی برای مدت کوتاه وجود دارد و مایعات رami توان بعد از ۲۴-۴۸ ساعت تجویز نمود.
- بعضاً جرحه منتن می گردد که در چنین موارد باید شرایطی را فراهم نمود تا جرحه بطور ازاد دریناژ گردد.

تمرینات فصل پنجم کولونها

- ۱- آناتومی کولونها را توضیح نمایند؟
- ۴- آماده ساختی کولونها برای عملیات جراحی چطور صورت می گیرد؟
- ۵- کولوستومی چیست و به چه منظور اجرا می گردد؟
- ۶- کولیت قرحوی چیست و علایم آن کدام می باشد؟
- ۷- پتولوژی کولیت قرحوی را بیان نماید؟
- ۸- معاینات متمم در کولیت قرحوی چطور صورت می گیرد؟
- ۹- تداوی کولیت قرحوی چطور صورت می گیرد؟
- ۱۰- دیورتیکول کولون چیست و اسباب آن کدام اند؟
- ۱۱- مریض دیورتیکولیت کدام شکایات را داشته می باشند؟
- ۱۲- مریض دیورتیکولیت ایجاب کدام معاینات تشخیصیه را می نماید؟
- ۱۳- تشخیص تفریقی دیورتیکولیت با کدام امراض صورت می گیرد؟
- ۱۴- تداوی دیورتیکولیت چطور می باشد؟
- ۱۵- تومورهای کولون چطور تصنیف می گردد؟
- ۱۶- لوحه سریری کارسینوما کولونها از چه قرار است؟
- ۱۷- فکتورهای high risk تومورهای کولون کدام اند؟
- ۱۸- تداوی کانسرها کولون کدام است؟

References:

مآخذ :

1. Azizi Mohammad Mossoum. Abdominal Surgery 3th ed- Pakistan Afghan University, Peshawar, Pakistan; 2004.
2. Harold Ellisroy, Calny Christopher Watson. Lecture notes on Genral Surgery.10th ed.Great Britain: Blackwell published;2004
3. Kelli M.Bulard and David A.Rothenberger. Collon Rectum and Anus. In: E . Charles Brunocard,Dana K. Ander son ... et al, Editors Schwartz Manual, of Surgery .8th ed.USA MCgrraw-HIL,2006 p.732-79
4. Najjia Mohmoud ,John Robeau, Haward M. Ross and Robert D.Fry.Colon and Rectum .In Townsend.Beauchamp .Evers Matox. editors.Sabiston Textbookof Surgery.18thed.USA:Sender 2008-1325-44
5. Neil J.McC Martensen and Oliver Jones .Bailey & Love`s Short Practice of Surgery ,24th ed .Great Britain Holdder Arnolth 2004.p.1155-74.
6. Robert J.C. Steel. Dilsorders of the Colon and Rectum,In:SIR Alfred cuschierlrobert J.C Telle Abdulrahimum USA Editors. Esental Surgical Practice:HigherSurgical Traning in General Surgery.4th ed.UK: Arnold;2002 p. 567 -617.
7. Robert D Fry, Howard M. Ross. Colon and Rectum . In: Sabistan David W Emily. K Robert; Text book of Surgery Biological basis of modern surgical practice, 18th edition ,Sunder s an imprint of Elsevier INC Texas 2008 p.1348-
8. Thomas R, Ruassel. Anorectum .In: Lawrence W.Way,editor Curent : Surgical Diagnosis &Treatment USA Aplenton& Lange;2004 p.584 -612

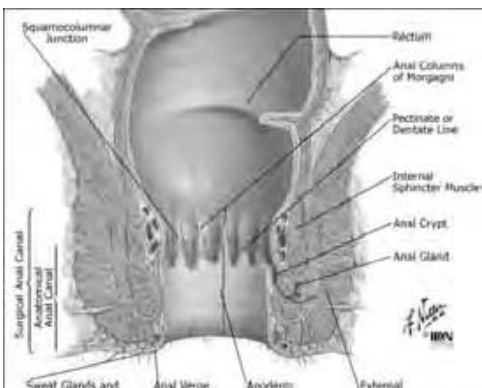
فصل ششم

رکتم و کانال اِنل

| | |
|-----|----------------------------|
| ۱۲۷ | اناتومی جراحی |
| ۱۳۰ | فزیولوژی |
| ۱۳۳ | معاینه یک واقعه مقعدی |
| ۱۳۴ | آبسی مقعدی |
| ۱۳۷ | فیستول اطراف مقعد |
| ۱۴۰ | فیستور مقعدی |
| ۱۴۲ | هیموروئید |
| ۱۴۷ | پیلونانیدیل ساینس |
| ۱۴۸ | خارش مقعدی |
| ۱۴۹ | پرولپس رکتم |
| ۱۵۱ | تومورهای رکتم و کانال اِنل |
| ۱۵۶ | ماخذ |

انا تومی رکتم و کانال اِنل

طول رکتم ۱۲-۱۵ سانتی متر است ۳ / ۲ قسمت علوی رکتم در قدام و خلف توسط پریتون پوشانیده شده است در حالیکه ۱/۳ وسطی آن تنها در قدام توسط پریتون مستور شده و ۱/۳ قسمت تحتانی آن فاقد



شکل ۱-۶ اناتومی رکتم و کانال اِنل ماخذ ۳

پوشش پیریتونانی می باشد. تینیا های کولون در قسمت علوی رکتم (در سطح بارزهُ سکروم) در بین هم مدغم گردیده و طبقه از عضلات طولانی را بوجود می آورند. رکتم دارای سه انحنا می باشد که تحدب دو انحنا ی اول و اخیر به سمت راست و

تحدب انحنا ی وسطی به سمت چپ می باشد. این انحنا ها موجب بوجود آمدن التواتات در سطح داخلی رکتم می

شوند که به نام معصرات Houston یاد میشوند. معصره داخلی در حقیقت امتداد طبقه عضلی حلقوی رکتم می باشد که عضله غیر ارادی بوده و بطور طبیعی در حالت استراحت منقبض میباشد. صفحه بین معصروی نیز ادامه طبقه عضلات ملسا طولانی رکتم می باشد. معصره خارجی یک عضله

مخطط ارادی است که به سه حلقه Uمانند با عملکرد واحد تقسیم می شود (تحت جلد سطحی و عمیق). معصره خارجی نیز تداوم عضلات pelviorectal می باشد که در حالت طبیعی منقبض بوده و باعث می شود که ناحیه اتصال کانال انل به رکتوم ۸۰ درجه باشد. ستونهای مورگانی ۸-۱۴ التواتا ت مخاطی طویل هستند که بلا فاصله بالای Dentateline قرار گرفته و در نهایت به crypt های انل مبدل میشوند. فوحه یک تعدادی از غدوات کوچک ابتدایی به بعضی از این crypt ها باز میشوند که قنات این غدوات بداخل معصره داخلی نفوذ نموده و نهایت آنها در طبقه بین المعصروی قرار می گیرند (۹).

کانال انل بطول ۴ سانتی متر از دیافراگم حوصلی شروع و به فوحه مقعد (anal verge) در ناحیه اتصال انو درم با جلد اطراف مقعد می باشد. انو درم یک اپیتیل انکشاف یافته غنی از عصب اما فاقد ضمایم جلدی (فولیکولهای موی، غدوات سی بسی و غدوات عرقیه می باشد) Dentateline ناحیه

اتصال واقعی جلد و مخاط است که ۱.۵ سانتی متر علویتر از فوحه مقعدی قرار گرفته است. بالای Dentateline یک ناحیه انتقالی بطول ۶-۱۲ سانتی متر وجود دارد که ابتدا در آن اپیتیل سنگگرفش انودرم مکعب شکل و سپس به شکل استوانه یی مبدل میشود.



اروای رکتوم

شعبات نهایی شریان مساریقی سفلی مبدل به شریان

رکتل علوی میشود که اروای قسمتهای علوی و وسطی رکتوم را به عهده دارد. اروا ۱/۳ قسمت سفلی

شکل (۲-۶) سیستم وعایی رکتوم و کانال انل: ماخذ- ۱۱
 ۱- پریتون، ۲- مثاریقه قسمت حوصلی رکتوم، ۳- او عیه هیمورویدل (شریان و ورید)، ۴- عقدات لنفاوی خلف رکتوم، ۵- عضلات طولانی، ۶- عضلات مستعرض، ۷- غشای مخاطی، ۸- التوای کالروش، ۹- کریپت های morgagni، ۱۰- pectinated Line، ۱۱- تحت مخاط، ۱۲- آورده، ۱۳- زفیره وریدی تحت مخاط، ۱۴- معصره داخلی، ۱۵- معصره خارجی

رکتوم بر عهده شریان رکتل متوسط و شریان رکتل سفلی است. شریان رکتل متوسط از شریان الیاک داخلی جدا شده و در قسمت حلقه انورکتل وارد قسمت قدامی جدار رکتوم میشود.

بین شریان رکتل متوسط و علوی اوعیه جنبی وجود دارند و در صورت بستن شریان میزانتریک سفلی از قسمت علوی لازم است شریان رکتل متوسط را جهت حفظ ارواء رکتوم باقی گذاشت. شریان رکتل سفلی شعبه از شریان pudental داخلی است که ارواء معصره های داخلی و خارجی کانال انل را به عهده داشته و ارتباط با سائیر شریانهای رکتوم برقرار نمی سازد. شریان سکرال متوسط بلا فاصله قبل از انشعاب ابهر از آن جدا شده و نقش بسیار ناچیزی در ارواء رکتوم به عهده دارد شکل (۶-۲).

اورده رکتوم

بازگشت خون وریدی رکتوم در مسیر شریانی صورت می گیرد و به داخل هردوسیستم باب و سیستم ورید اجوف تخلیه می شود. ورید رکتل علوی قسمت های علوی و متوسط رکتوم را دریناژ نموده و از طریق ورید میزانتریک سفلی به سیستم باب تخلیه می شود. ورید رکتل متوسط و ورید رکتل سفلی که خون قسمت های سفلی رکتوم و مجرای انل را تخلیه می کنند از طریق ورید الیاک داخلی وارد سیستم اجوف می شوند، بنا تومورهای بخش سفلی رکتوم می توانند به هردوسیستم با ب و اجوف میتاستاز بدهند. ورید هیمورئیدل داخلی (بالای Dented line) که در موقعیت طرف چپ خلفی راست و طرف قدامی راست قرار دارند به ورید رکتل علوی (سیستم با ب) تخلیه می شوند. وریدهای هیمورئیدل خارجی (Dented line) به ورید پودندال میریزند (سیستم اجوف) بین شبکه های هیمورئیدل داخلی و خارجی ارتباط وجود دارد.

دریناژ لمفاوی

جریان لمفاوی رکتوم بصورت سگمنتل و Circumferential است که در مسیر اوعیه شریانی مطابقت می کند. لمف رکتوم عمدتاً به عقدات میزانتریک سفلی تخلیه می شود. اوعیه لمفاوی کانال انل علویتر از Dented line به عقدات لمفاوی میزانتریک تحتانی یا الیاک داخلی در سفلی Dented line به عقدات لمفاوی انگوینل و همچنین عقدات لمفاوی رکتل علوی یا سفلی تخلیه می شوند.

تعصیب رکتوم

تعصیب رکتوم با اعضای بولی تناسلی حوصلی مشترک است و شامل اعصاب سمپا تیک و پره سمپا تیک می باشند. قسمت تحتانی رکتوم، مثانه و اعضای تناسلی (نزد اناث و ذکور) تعصیب سمپاتیک خود را از طریق عصب هایپو گاستریک دریافت می کنند. هنگام لیگاتور نمودن شریان میزانتریک سفلی در محل شروع آن ممکن است به شبکه میزانتریک سفلی (علویترا ز شبکه هایپوگاستریک) صدمه وارد گردد. رشته های پره سمپا تیک S2-S4 با اعصاب هایپو گاستریک مدغم میشود و شبکه حوصلی را بوجود می آورند. شبکه ناحیه پروستاتیک نیز از شبکه حوصلی منشه می گیرند. رشته های عصبی مختلط رکتوم و معصره داخلی مقعد را تعصیب می نماید. ازاد ساختن رکتوم در حین عملیات جراحی ممکن است موجب مصدومیت شبکه محیط پروستاتیک شود که در نتیجه باعث تشوشت مثانه، ناتوانی جنسی و یا هر دو خواهد شد^(۹). عصب سمپا تیک و پره سمپا تیک باعث جلوگیری معصره داخلی مقعد می شوند. معصره خارجی و عضله levator ani بوسیله شعبه رکتل تحتانی از عصب pudendal داخلی (S2-S4) و شعبه s4 perineal تعصیب می شوند. هر نوع توسعه رکتوم باعث استرخا معصره داخلی می شود در حالیکه معصره خارجی را می توان به مدت یک دقیقه منقبض نمود. بعضاً رزکشن تام تومور های حوصلی سبب قطع عصب ساکرال خواهد شد که موجب بی حسی و احتمالاً ضعف حرکی در اعضای سفلی می گردد. حفظ حداقل یکی از اعصاب ساکرال برای کنترل مناسب دفع مواد غایطه لازم است.

فزیولوژی مقعد و رکتوم

رکتوم عمدتاً به عنوان یک ذخیره عمل می کند که دارای پرستان لئیزم بسیار نا چیز ی بوده و تخلیه آن وابسته به فشار خارجی است. فشار در حال استراحت داخل رکتوم حدود 10mmHg است. بطور روزانه ۲۵۰-۷۵۰ ملی لیتر مواد غایطه قوام یافته از رکتوم دفع می شود. معصره داخلی و خارجی مقعد هر دو در حال استراحت نیز منقبض هستند. ۲۰ فیصد فشار زمان استراحت و ۱۰۰ فیصد فشار ایجاد شده هنگام عمل دفع توسط معصره خارجی و ۸۰ فیصد فشار زمان استراحت بوسیله معصره داخلی ایجاد می شود. دفع گاز نیز مستلزم هماهنگی میان عوامل مختلف است. احساس گاز در ناحیه انتقالی و انودرم شخص را از وجود گاز آگاه می سازد، چنانچه موقعیت شخص به شکلی باشد که تخلیه کامل رکتوم امکان پذیر نبوده اما دفع گاز میسر باشد از یک طرف با انقباض ارادی سطح حوصله (عضلات پلویو رکتل و معصره خارجی) از دفع محتویات جامد رکتوم جلوگیری می شود

و از طرف دیگر با افزایش فشار داخل بطن و استرخا یافتن قسمتی از معصره خارجی دفع گاز به تنهایی صورت می گیرد. هنگام تغوط محتویات گاز و جامد رکتوم با هم دفع می شوند، بطور مثال پولیپوز ادینوماتوز فامیلی و کولایت تقریحی که رکتوم آنها برداشته شده و بوسیله ایلئوم تعویض شده است، در نهایت قدرت تفکیک بین گاز و جامد را بدست خواهند آورد. کنترل در عمل دفع مستلزم گنجایش طبیعی رکتوم است. در مواردی از قبیل مرض کرون که رکتوم از یک کیسه نرم و قابل اتساع به یک لوله سخت مبدل می شود، حتی اگر فعالیت معصره داخلی و خارجی نیز سالم باشند نگهداشتن محتوی رکتوم مشکل خواهد بود. معصره خارجی در کنترل دقیق دفع جامدات، مایعات و گاز عمده ترین نقش را ایفا می نماید. عصب pudendal تامین کننده تعصیب کانال انل می باشد.

معاینه مریضان مصاب به امراض مقعدی و کانال انل

مریض ممکن است از خونریزی، افرازات قیحی یا مخاطی، درد، تغیر حرکات معایی یا پروپس حکایه نماید.

نزف: هنگامیکه یک طفل از باعث نزف مقعدی مراجعه نماید تشخیص یک پولیپ مقعدی نزدش گذاشته می شود مگر اینکه تشخیص توسط معاینات مقعدی رد گردد. استجواب در مورد مقدار خون و یا رنگ خون ضایع شده بعمل آید. دیده شود که آیا خون سرخ روشن (از قنات مقعدی)، و تاریک (از رکتوم و یا کولون) یا سیاه رنگ یعنی Melena (از قسمت های بالای جهاز هضمی) است. ارتباط خونریزی با فعل تغوط استجواب گردد که آیا در اثنای فعل تغوط خونریزی صورت گرفته است و یا کدام ارتباط به آن ندارد.

خونریزی که در اثنای عبور مواد غایطه سخت واقع می گردد رنگ سرخ روشن دارد و تشخیص اورام باصوری داخلی را واضح می سازد. در فیسور مقعدی خون تازه در یک طرف مواد غایطه به ملاحظه می رسد. خونریزی های که به زمان تغوط ارتباط نداشته باشد اغلباً ناشی از اورام باصوری خارجی پرولی شده، پولیپهای پرولی غیر قابل ارجاع مقعدی و یا هیماتوم های عجانی میباشد.

افرازات قیح یا مخاط: ملوث شدن دائمی البسه مریض توسط افرازات قیحی که از یک فوچه جریان دارد شکایت عمده یک مریض مصاب فیستول مقعدی را تشکیل می دهد. در یک واقعه کرسینومای مقعدی اکثراً مریض مقدار زیاد افرازات خوندار قیحی و بوی ناک را در هنگام تغوط خارج می نماید.

- درد: باید بخاطر داشت که اکثر آفات مرضی پائینتر از خط Hilton موقعیت دارند دردناک اند و تمام آفاتی که با لاتر از این خط قرار داشته باشند بدون درد اند. التهابات یا ارتشاحاتی که جدار مقعد را عبور نمایند تقریباً همیشه درد ناک می باشند. در مورد وصف درد که آیا وصف لق زدن (ابسی های انورکتل) و یا پاره شدن (فیسور انل) را دارد، استجواب بعمل آید تا ارتباط درد با فعل تغوط معلوم گردد. درد یک عرض ثابت و اساسی فیسور مقعدی را تشکیل میدهد. این درد با فعل تغوط شروع نموده و مدتی بعد از آن ادامه می یابد. در فیستول انال درد متقطع است. زمانی که فوچه خارجی فیستول مقعدی بسته گردد درد بوجود می آید و تدریجاً با تجمع افرازات تزیاید اختیار می نماید اما زمانیکه فوچه خارجی فیستول باز و مجمع قیحی خارج شود، درد تا اندازه زیاد بهبود حاصل میکند. باید بخاطر داشت که کرسینوما ی مقعد در شروع بدون درد بوده و زمانیکه درد تظاهر کند دلالت به انتشار آفت به انساج حوصلی یا ضفیره عجزی (دردهای دوطرفه سیاتیک) مینماید.

غیر طبیعی بودن فعل تغوط: در کاسینوما ی مقعدی فعل تغوط تغیر نموده و این تغیرات ارتباط به موقعیت تومور دارد. فعل تغوط نظر به اینکه تومور در محل اتصال حوصلی مقعدی، در امپول و یا قنات مقعدی قرار دارد تغیر می نماید. تومورها ی محل اتصال حوصلی مقعدی یا کولون سگمونید معمولاً از نوع حلقوی اند لذا نزد مریض که سابقه فعل تغوط طبیعی داشته بوجود آمدن قبضیت های روبه ازدیاد یکی از علایم مقدم این نوع تومورها بوده می تواند. موجودیت تومور در امپول مقعدی باعث احساس پربودن در مقعد گردیده و مریض تصور می نماید که بعد از فعل تغوط امعاء کاملاً تخلیه نگردیده است. هرگاه تومور تفرح نماید در هنگام شب مخاط، قیح، خون و مواد غایطه در مقعد تراکم نموده و زمان برخاستن از بستر تقاضای فوری رفع حاجت برای مریض پیدا می شود بناً این حادثه را بنام اسهالات کاذب شبانه یاد می نمایند. تومورهای قسمت سفلی قنات مقعدی ممکن است در شکل مواد غایطه تغیرات وارد نماید یعنی شکل مواد غایطه شاید لوله مانند و یا فیته مانند گردد. هرگاه مریض اظهار نماید که هنگام تغوط کدام چیزی از مقعدش خارج میگردد احتمالاً مریض از پرولپس مقعدی، پولیپ و یا اورام باصوری داخلی رنج می برد. در مورد خارج شدن پرولپس با فعل تغوط پرسش بعمل آید که آیا پرولپس به قسم بنفسهی درختم فعل تغوط ارجاع می گردد و یا توسط فشار ارجاع آن امکان پذیر است. بعضاً مریض با پرولپس که برای مدت ۲-۳ روز ارجاع نگردیده است به شفاخانه مراجعه مینماید. بر علاوه در مورد اندازه کتله پرولابه شده پرسش بعمل آید. اگر خارج شدن

مقعد خفیف باشد پرولیپس قسمی (تنها غشای مخاطی پرولیپس نموده) و درحالی که پرولیپس بیشتر از دوانچ باشد بنام پرولیپس تام یا procidentia (پرولیپس تمام طبقات مقعد) یاد میشود.

تاریخچه مرض: قبضیت اغلباً با اورام با صوری مترافقاً وجود دارد. تاریخچه مرضی آبیسی های انورکتل که به قسم بنفسهی باز و یا شق شده اند، اغلباً واقعات فیستول های مقعدی نزد مریض بوجود آمده است. بعضاً موجودیت تاریخچه توبرکولوز ممکن است سبب فیستول مقعدی را مشخص سازد. درواقعات پرولیپس معمولاً نزد مریض تاریخچه پیچش با اسهالات و خیم وجود دارد. لا غری مریض باعث ضعیف شدن عضلات محافظوی مقعد گردیده که این حادثه توام با tenesmus (مثلاً در پیچش ها) باعث بوجود آوردن پرولیپس مقعدی می باشد.

معاینه مقعد (Rectal Examination): جهت معاینه مقعدی مریضان وضعیت های ذیل را اختیاری نمایند:

۱- **وضعیت استجاع ظهری:** درین وضعیت مریض به استجاع ظهری خوابیده و هردو زانوی ایشان بوضعیت قبض قرار داشته و داکتر بطرف راست مریض قرار می گیرد. این وضعیت مخصوصاً درحالاتی قابل استفاده است که وضع مریض خیلی خراب بوده و قرارگرفتن وی به وضعیت دیگر امکان پذیر نباشد، برعلاوه درین وضعیت معاینه Bimanual بخوبی صورت گرفته میتواند درحالیکه انگشت اشاره دست راست که در مقعد قرار دارد بطرف بالا فشار داده شده و ناحیه فوق عانه توسط دست چپ بطرف پائین فشار داده میشود.

۲- **وضعیت جنبی چپ:** (وضعیت Sims) - یک وضعیت قابل قبول و ستندرد می باشد. مریض بوضعیت جنبی چپ قرار گرفته مفصل حرقفی فخذی وزانو بحالت قبض آورده میشود، این وضعیت جهت تفتیش ناحیه عجان و پروکتوسکوپی خیلی مناسب میباشد.

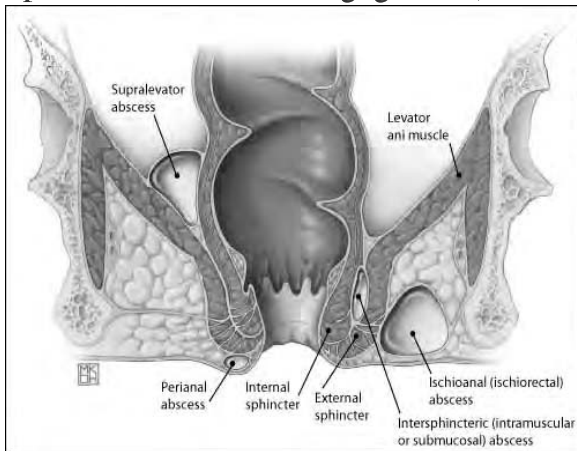
۳- **وضعیت زانومرفق (Knee-elbow):** این وضعیت جهت جس پروستات و حویصلات منوی در صورتیکه حالت عمومی مریض اجازه دهد یک وضعیت خوب می باشد. معاینه مقعدی به کمک پروکتوسکوپ یا سگموئیدوسکوپ اجرا می گردد. قبل از معاینه مقعدی توسط انگشت ناحیه باید بدقت تفتیش و جس گردد.

تفتیش ناحیه مقعدی: جهت موجودیت اورام با صوری (خارجی) تگ نگهبان (sentinal pile) فیستول انل، condyloma, pilonidal sinus، کرسینوما، کتلات، قرحات و دیگر نواحی مقعدی بدقت تفتیش گردد. در هنگام تفتیش کنارهای مقعدی به ملایمت از همدیگر دورگردیده تا ساحة دید

خوبتر تفتیش شود. اورام باصوری ممکن است در هر قسمت اطراف مقعدی موقعیت داشته باشد لکن موقعیت تگ نگهبان (sentinel pile) کم و بیش ثابت بوده و تقریباً در خط متوسط خلفی قرار دارد. sentinel pile مترافق با فیسور مقعدی بوده که یک قرحه خطی با یک ترکیبگی در فئات مقعدی است. نهایت سفلی فسور را زمانیکه کنارهای مقعد از همدیگر دور ساخته شود میتوان ملاحظه شوند، این عملیه باعث درد شدید می گردد. هرگاه یک فیستول مقعدی ملاحظه شود مسافه آن از مقعد و موقعیت آن یادداشت گردد، بر علاوه دقت شود که فوچه فستول نظریه یک خط فرضی که بصورت مستعرض از فوچه مقعدی می گذرد موقعیت قدامی یا خلفی دارد. موقعیت فوچه خارجی فیستول های مقعدی میتواند در مورد فوچه داخلی فستول رهنمای خوبی برای جراح باشد. هرگاه فوچه خارجی فستول سفلی تر از خط فرضی قرار داشته یا فوچه آن در قدام خط فرضی دورتر از یک ونیم انچ از فوچه مقعدی قرار داشته باشد فوچه داخلی فستول در خط متوسط خلفی در بین هر دو معصره قرار دارد. مسیر این نوع فستول ها منحنی می باشد. هرگاه فوچه خارجی فیستول در قدام خط فرضی در دایره یک ونیم انچ از فوچه مقعدی قرار داشته باشد فوچه داخلی بالای عین خط شعاعی قرار داشته و مجرای فستول مستقیم است (قا نون Goodsall).

آبسه های مقعدی

اسباب - معمولترین علت آبسه های مقعدی را انتان یکی از غدوات پری انل تشکیل می دهد شکل (۳-۶) این غدوات بین معصره داخلی و خارجی قرار دارند و از کریپتهای morgagni در pectinated Line



به داخل کانال انل باز می شوند. در خط pectinated Line که از مخاط ساخته شده است و در بالای آنها فرورفتگی های بنا م سینوسهای انل وجود دارند منشه می گیرند و اگر مدخل غده بسته شود و یا صدمه ببیند رکودت بوجود می آید که منجر به انتان می گردد. آبسه تشکیل شده

شکل ۳-۶ آبسه های مقعدی ماخذ ۳

بین معصره های انل قرار گرفته و تمایل دارد که به طرف جلد در Anal Margin سیر نماید، آبسه به طور

جنبی به داخل حفره ایسکیورکتل یا نادراً به طرف علوی levator ani به داخل حفره pelviorectal منتشر می شوند.

تظاهرات کلینیکی

- مرض در هر سنی ممکن است بوجود آید حتی اطفال رانیز مصاب میسازد.
- مریض تب داشته که بعضاً شدید و گاهی مترافق بالرزه می باشد.
- درد به تدریج در اطراف مقعد بوجود آمده که نبضانی و شدید می باشد.
- فعل تعوط و نشستن بالای چوکی دردناک است بناً مریض وضعیت خاصی را به خود می گیرد.

با معاینه ممکن است آبسه در نزدیک مقعد دیده شود.

معاینه پروکتوسکوپی: با این معاینه ممکن است قیج به نظر برسد.

تشخیص

تشخیص هنگام معاینه مریض واضح می گردد و تست دیگری استنطاب ندارد.

تشخیص تفریقی

آبسی انورکتل ممکن با آبسی های pilonidal, غدهٔ bartholin و غدهٔ Coper مغالطه شود.

تصنيف آبسیهای انورکتل:

این آبسه ها به چهار نوع تصنیف می گردد.

- Perianal

- Ischiorectal

- Submucous

- Pelviorectal

آبسی های Perianal از معمولترین نوع آبسی های انورکتل می باشد، این نوع آبسی ها در اثرتقیح یک غده مقعدی که به طرف سطح انتشار کرده و در قسمت تحت جلدی معصره خارجی قرار می گیرند.

آبسه با تفتیش حافهٔ مقعدی و دریافت یک کتله حساس مدور سیستیک پا ئینتر از dentat Line بصورت مقد م تشخیص وضع می گردد.

تداوی

آبسه باید دریناژ و تخلیه گردد. با اجرای یک شق صلیبی (cruciate Incision) بالای آبسی و برداشتن کنارهای جلدی آبسه تخلیه و جرحه در مدت چند روز التیام می یابد.

آبسی های Ischiorectal

- این ناحیه بطرف مقابل خویش از طریق مسافه خلف معصروی ارتباط داشته لذا اگر آبسی مذکور بصورت مقدم دریناژ نشود fossa ischiorectal طرف مقابل اشغال شده و باعث تولید فوچه داخلی در کانال انال می گردد. این آبسی های نعل اسپ مانند قسمت خلفی محیط کانال انال را اشغال می نماید. اعراض آن شدید و درجه حرارت بلند می باشد. طبقه ذکور زیاده تر به این مرض دچار می گردند.

تداوی

در آبسی های ischiorectal لازم است تا عملیات جراحی بصورت مقدم بعد از تشخیص آبسه صورت گیرد.

آبسی های تحت المخاطی یا submucous

این آبسی ها در بالای dented line بوجود آمده و توسط sinus forceps به کمک پروکتوسکوپ شق می گردد.

آبسی های Pelvirectal

این آبسی ها در قسمت علوی عضله رافعه شرح و پریتون حوصلی قرار داشته و شباهت تام با آبسی های حوصلی دارد، این آبسه ها بعد از اپندیسیت، سلفانزایت و دیورتیکولیت بوجود آمده که مرض کرون باعث انتان محیط مقعدی شده می تواند و ممکن یکی از مهمترین اسباب امراض حوصلی باشد. نزد مریض تب بلند با لرزه موجود می باشد. درد مبهم در رکت احساس شده و انسداد فلجی به درجات مختلف موجود بوده و مریض از درد فوق عانه شاکی می باشد. با جس جدار رکت حساس می شود، این آبسی ها میتواند بداخل جوف پریتون باز و پریتونیت را بوجود آورد و یابداخل رکت باز گردد.

تداوی

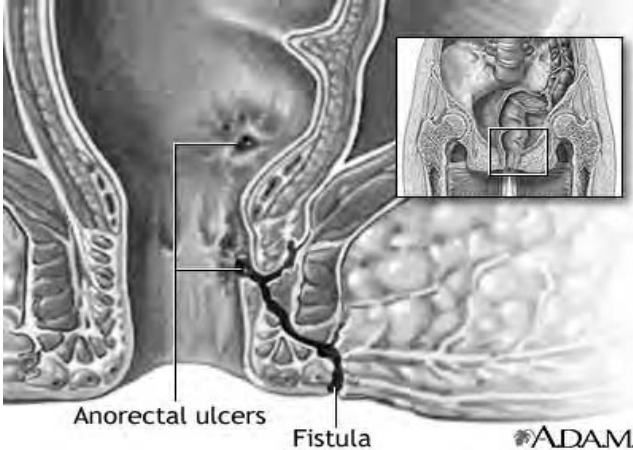
نزد این مریضان تداوی محافظه کارانه طبی صورت می گیرد اما در صورت تجمع قیح لازم است مداخله جراحی صورت گیرد. یک شق طولانی ۲-۳ سانتی متر بالاتراز فوچه مقعدی اجراء وبعد از تخلیه قیح یک درن بداخل جوف آبسی تطبیق می گردد.

اهتمامات بعد از عملیات

- آبسی یومیه پانسمان می گردد و گا ز پا رافین دار درجوف آبسه گذاشته می شود تا جرحه از عمق التیام یابد.
- ممکن است تجویز انتی بیوتیک ها استطباب داشته باشد (۱).

فیستول اطراف مقعد (Fistula Perianal)

فیستول اطراف مقعدی یک مجرای غیر طبیعی بین انوس و جلد است که معمولا از آبسه پری انل



بوجود می آید، این فیستولها به جلد باز میشوند شکل (۶-۴).

تصنیف فیستول

تصنیف فیستول نظربه موقعیت وسیر آن قرار ذیل می باشد:

فیستول تام – دارای دو فوچه بوده که یکی آن در جلد و دیگر آن در غشای مخاطی انورکتل باز می شود.

فیستول های ناتام – فوچه دخولی این نوع فیستول هامی تواند در جلد و یا در غشای مخاطی کانال انال موجود باشد.

تصنیف اناتومیک فیستول های انورکتل قرار ذیل می باشد:

- فیستولهای تحت جلدی
- فیستولهای تحت مخاطی
- فیستولهای انال علوی

شکل (۶-۴) فیستول ناحیه مقعدی مأخذ (۱۶)

- فیستولهای انال سفلی

- فیستولهای انورکتل

فیستولهای تحت جلدی- این نوع فیستولها در تحت جلد ناحیه Perineal قرار داشته و از کریپت و یا فیسور منشه می گیرند و می تواند تام و یا ناتام باشد. فیستولهای تحت المخاطی، این نوع فیستول ها از تگهای باسوری منتن منشه می گیرند و می تواند تام و یا ناتام باشند، در تحت مخاط می تواند مستقیم و یا منشعب باشد.

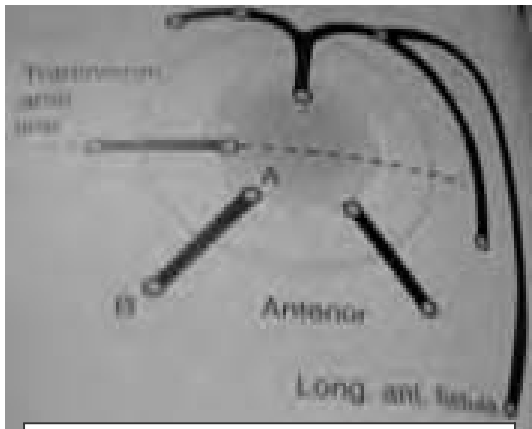
فیستولهای انورکتل- این نوع فیستول ها در ناحیه انورکتل قرار دارد و از آبنه های pelvio-rectal منشه می گیرند. انواع فیستول ها برا ساس شیوع انها نسبت به معصره ها وجود دارند. موارد مهم آنها عبارتند از:

Low anal fistul - فیستولهای اندکه بداخل کانال انال سفلی تر از حلقه انورکتل باز می گردد.

High anal fistul : فیستولهای اند که بداخل کانال انال در حدای حلقه انورکتل و یا علوی تر از آن با زمی گردد. خوشبختانه High anal fistul نادر می باشند و اغلبا به علت امراض دیگری چون مرض کرون ، کولیت قرحوی، کارسینوما ، تروما یا جسم اجنبی بوجود می آیند. فیستولهای علوی به تداوی مغلق تری نیاز دارند.

تظاهرات کلینیکی

مریض از افرازات مداوم مقعدی و آبنه های عود کننده و مکرر شاکمی می باشد. بامعاینه فوچه خارجی فیستول معمولاً در قسمت خارجی انوس دیده می شود و فوچه داخلی ممکن است در معاینه رکتل قابل جس



شکل (۴-۶) قانون Goodsall's (۸) ماخذ

باشد. برای دریافت فوچه باید پروکتوسکوپی انجام گیرد، این امر خاصتا زمانی که چرک خارج نمی شود مشکل است.

قانون گود سال (Goodsall,s Rule) تذکر می دهد یک خط فرضی مستعرض از فوچه مقعدی که مریض به وضعیت نسایی قرار دارد رسم می نمائیم، فیستول نیمه قدامی ناحیه انل به طور مستقیم

به داخل در جوانب انوس مشاهده میشود و بطور خلفی در خط متوسط باز میشود شکل (۴-۶). در حین معاینه رکتل مقویت معصره انل ارزیابی شود، در نزد کهن سالان این معصره ضعیف تر است.

تشخیص: در تشخیص مرض تظاهرات کلینیکی و معاینه فیزیکی کمک می کند.
معاینه فیزیکی ، پروکتوسکوپی ، معاینه رکتل: به تظاهرات کلینیکی مراجعه شود.

تداوی جراحی

در تداوی فیستول پری آنال لازم است تامجرای فیستول باز گذاشته شود اما خطر بی اختیاری جزئی ناشی از صدمه دیدن معصره داخلی مقعد ممکن بوجود آید. در صورت مشکوک بودن فیستول را باید با استفاده از سیتون (seton) تداوی کرد. سیتون یک نخ ابریشمی، نایلون یا پلاستیک است که در دورمجرای فیستول بکار میرود تا به عنوان درن طولانی مدت عمل کند. بستن فوچه داخلی فیستول در قسمت علوی به کمک عملیات جراحی ممکن است ضرورت پیدا کند. بعضاً یک کولوستومی ممکن مورد نیاز باشد.

اهتمامات قبل از عملیات

هرگونه عامل سببی و مستعد کننده مرض کرون باید تداوی شود. به مریض شب قبل از عملیات جراحی ملینات تجویز و در صورت ضرورت امعاء با اماله تخلیه شود.

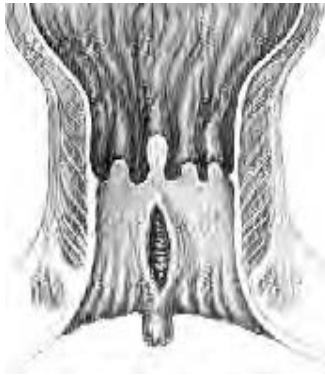
عملیات جراحی

- مریض در وضعیت نسایی قرار داده می شود.
- یک پروب (Probe) بداخل فوچه خارجی فیستول تطبیق می شود و به دقت طول مجرا با پل جراحی روی پروب قطع و بدین طریق مجرای فیستول کاملاً باز نگه داشته می شود. در High anal fistula تمام مجرای فیستول را نمی توان باز نگهداشت زیرا خطر بی اختیاری مواد غایطه وجود دارد، قسمت سفلی فیستول باز و دریناژ می گردد اما باید متوجه بود که حداقل به اندازه مورد نیاز از معصره داخلی و خارجی قطع شود. یک Seton از مجرا عبور داده میشود تا فیروز و التیام تدریجی بوجود آید.

اهتمامات بعد از عملیات

- جرحه همه روزه پانسمان میشود و مریض میتواند به طور مرتب روزانه دوبار از Saline Bath استفاده کند.
- اغلباً التیام جرحه ۶-۸ هفته طول می کشد.
- در مراحل اخیر مریض مشکلی ندارد و معمولاً فعالیت های عادی مریض شروع می شود.

فیسور ائل (Anal Fissure)



فیسور ائل - درین پتالوژی مخاط ائل انشقاق می نماید طوری که طبقه عضلات حلقوی قابل دید می گردد. سبب عضلانی شدید بوجود می آید که بعد از هر فعل تعوط درد شدید میشود. انشقاق معمولاً در pectinate line زمانی که مواد غایطه سخت به طرف سفلی از فوچه مقعدی عبور می کند درد شدید بوجود می آید، معمولاً فیسور در سطح خلفی کانال ائل وجود دارد زیرا بیشترین فشار در زمان تعوط به این نقطه وارد می شود شکل (۶-۵).

شکل (۶-۵) فیسور ائل با sentinel pile مأخذ

اعراض: فیسور ضیاع غشای مخاطی بوده که معصره داخلی را

پوشانیده می باشد، باجس دردناک است زیرا موقعیت آنها قسمت سفلی Dentat line است. معمولاً قرحات منفرد بوده و در خط وسط در خلف یا بتعداد کمتر در خط وسط در قدام موقعیت دارند، ابتدا ممکن است فیسورها در قسمت سفلی کانال ائل واقع باشند ولی گاهی در تمام طول کانال مشاهده می گردند.

علایم فیسور ائل :

- موجودیت قرحه

- Hypertrophic papilla

- sentinel pile

اسباب

عواملی که در ایجاد فیسورها حایز اهمیت هستند

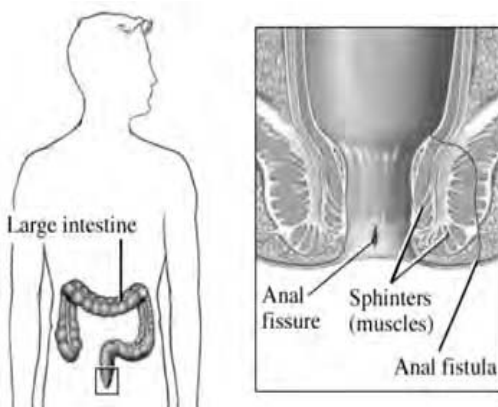
عبارتنداز:

- اسهال تحریک کننده انقباض کانال ائل بوده و با افزایش مقویت عضلی، ارزیابی های مانومتری

شاهد بلند رفتن مقویت معصروی می باشد شکل (۶-۶).

- علل احتمالی دیگر عبارت از عادت به مصرف مسهل ها ، اسهال مزمن ، پاره شدن فوچه ائل ،

ترومای حین ولادت، تروما نسبت تطبیق سپیکولوم های بزرگ یا مساز پروستات می باشد.



شکل (۶-۶) فیسور در خلف کانال ائل مأخذ (۱۷)

تشخیص تفریقی فیسورانل

دیگر قرحات انوس که باید از فیسور تفکیک شوند عبارتند از:

- قرحه اولیه سفلیس
- کارسینومای انوس
- قرحه از با عث توبر کلوز
- مرض کرون
- ایدز و هرافتی که علایم تبییک مرض را نشان دهد باید به کمک تست های تشخیصیه بیشتری ارزیابی شوند. بعضاً فیسور انل به همراهی هموروئید داخلی ممکن است مورد توجه قرارنگیرند. هموروئید داخلی فاقد درد می باشند. زمانیکه درد ایجاد شود باید وجود فیسورا در نظر گرفت. احساس درد بعد از عملیات هموروئید اکتومی اغلباً از باعث بروز فیسور میباشد.

تداوی طبی

اساس تداوی طبی عبارت است از کم کردن قوام مواد غایطه می باشد که این عمل از طریق رژیم غذایی و مصرف آب باید بیشتر شود. ممکن است که نشستن در آب گرم بعد از یک تغوط دردناک نسبت کاهش علایم و تضعیف سپزم شود.

تداوی جراحی

هنگامی که فیسورانل باوجود تداوی بیشتر از مدت یک ماه دوام نماید، درچنین موارد تداوی جراحی اجرا شود شکل (۶-۶).

در صورتیکه درد غیرقابل تحمل شود ممکن است جراحی زودتر صورت گیرد. در موارد قطع Sentinel pile برای بهبود دریناژ فیسورها معصره داخلی در وضعیت جنبی در شیار بین معصره تشخیص و قسمت تحتانی آن قطع می شود، سفنکتیروتومی فیسور را بهبود بخشیده و بصورت سراپا نیز اجرا شده می تواند. توسع مقعدی با فشار زیاد و انستزی عمومی نیز انجام گرفته و سبب جدا شدن رشته های عضلی معصره از یکدیگر می شود. وقتی که فیسور مزمن شد سفنکتیروتومی ممکن است صورت گیرد. فیسور به آسانی اسکراب شده وکنارهای آن تازه می شوند. بعد از عملیات مریض تحت رژیم غذایی غنی از فیبر (High fiberiet) قرار داده می شود و لاکتولوز برای یک هفته تجویز می شود.

هیموروئید (Hemorrhoids)

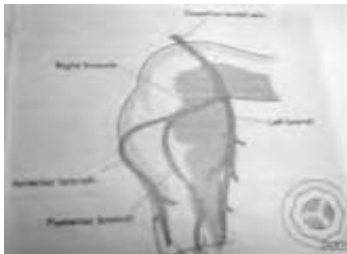
شبكة وریدی تحت مخاطی plexus Haemorrhoidal که در حالت نارمل در بسته نمودن کانال انال رول دارد هرگاه فشار بیش از حد در حین تغوط وارد آید بارزه های مخاطی تحت کشش قرار گرفته و می توانند از طریق کانال انال بصورت **Hemorrhoids** (pile) پرولپس نمایند.

تشخیص

- خون سرخرنگ روشن در رکتوم.
- خارج شدن tag (protrusion) هیموروئید و ناراحتی (discomfort).
- تشخیص علایم مرض توسط مشاهده مقعد و معاینه با انسکوب صورت می گیرد.

اسباب

- الف- اسباب فشار بیش از حد در هنگام تغوط قرار ذیل اند:
 - مواد غایطه سخت.
 - عدم استرخای معصره مقعدی قبل از عبور مواد غایطه از کانال انال.
 - زور زدن بیش از حد در موقع فعل تغوط.
- ب- فکتورهای مساعد کننده مرض:
 - موقعیت وریدهای هیموروئید علوی در یک نسج سست و بدون تقویه تحت المخاطی.
 - عدم موجودیت دسام در ورید رکتل علوی.
 - ضعیفی ولادی جدار آورده^(۹).
 - حاملگی- در اثر فشار بالای ورید علوی رکتل توسط رحم محمول و تاثیر استرخا دهنده پروجسترون بالای جدار اوئیه و همچنان از دیاد سیستم دورانی حوصله باعث هیموروئید می گردد.
 - کارسینومای رکتوم - در اثر فشار ویا تولید ترومبوز در آورده قسمت علوی رکتل باعث هیموروئید می گردد.



شکل (۶-۷) موقعیت کلاسیک بواسیر در ساعات ۳-۷ و ۱۱ کانال مقعدی

پتولوژی

اکثراً هیموروئید داخلی در ساعات ۳-۷ و ۱۱ کانال مقعدی موقعیت دارند. هیموروئید در هر سن و جنس ممکن است دیده شود. در افراد مسن اغلباً مریض چاق می باشد. تاریخچه مرض عبارت است از ناراحتی

نزف از رکتوم دیده میشود. خون در خارج از مواد غایبه قرار دارد.

مریض ممکن احساس تخلیه نا کامل را بعد از تغوط داشته باشد که بعلت وجود تگهای هموروئیدل در کانال انل می باشد از نظر موقعیت اناتومیک سه درجه هموروئید وجود دارد که قرار ذیل می باشد :

هموروئید درجه اول: با معاینه در خارج فوچه مقعدی چیزی دیده نمی شود و بانزف از رکتوم بروز میکند، با پروکتوسکوپی برجستگی هموروئید هارا نشان خواهند داد. در معاینه رکتل بواسیر جس نمیشوند به جز اینکه معروض به ترمبوز شده باشند.

هموروئید های درجه دوم - ممکن است در هنگام زور زدن مریض به خارج از فوچه مقعدی



شکل (۸-۶) درجه سوم هموروئید ماخذ (۱۳)

ظاهر گردیده و قابل دید شوند. این بواسیر ها از کنار فوچه انل توام با ناراحتی ونزف در رکتوم تظاهر می کنند. ممکن است مریض از وجود هموروئید پرولبی نیز حکایه نماید، این نوع هموروئید ها در پروکتوسکوپی مشاهده میشوند.

هموروئید درجه سوم - با معاینه مقعدی دیده

می شوند. اگر انها را ب داخل کانال ارجاع نمائیم مجدداً به سرعت پرولپس می کنند.

هموروئید درجه سوم مختنق - به صورت برجستگی های التهابی انساج اطراف کانال انل بوجود می آیند و به شدت دردناک و حساس می باشند، تگهای هموروئیدل شاید مختنق شوند و جریان خون ممکن است توسط معصره مقعدی مسدود شود زیرا این معصره همراه با گسترش التهاب بشدت سپرم بوجود می آورد، Tag های هموروئیدل ترمبوز می شوند. هموروئید داخلی شبکه ای از ورید های هموروئیدل فوقانی می باشند که در قسمت علوی Dentate Line بوسیله مخاط پوشیده شده اند شکل



شکل ۹-۶- هموروئید پرولبی
ماخذ- ۶

(۸-۶). هموروئید های خارجی از ورید های هموروئیدل سفلی بوجود می آیند که در تحت Dentat line قرار دارند و توسط اپیتیل سکواموز کانال انل یا ناحیه پری انل پوشیده شده اند.

تشخیص تفریقی

نزف از رکتوم ممکن است به علل ذیل وجود داشته باشد :

- نیو پلازم های کولورکتل.
- کولیت قرحوی

- مرض کرون
- پروکتیت انتانی
- دیورتیکولیت کولون

معاینات متممه

- معاینه مریض
- پروکتوسکوپی
- معاینه رکتل

تداوی طبی - در حال حاضر هیموروئید اکتومی کاهش یافته و بیشتر شیوه های دیگر تداوی مورد استفاده قرار می گیرند. تداوی بر اساس تشخیص و تصنیف ذیل انجام می گیرد:

- هیموروئید داخلی درجه یک باعث نرف سرخ روشن از رکتوم و بدون درد هنگام تغوط می شود، مرحله ابتدایی فاقد پرولپس بوده و بررسی با انسکوب هیموروئید برجسته داخل لومن را نشان می دهند.
- هیموروئید درجه دوم با کمی زورزدن از مقعد بیرون برآمده و بشکل بنفسهی برگشت می نماید.
- هیموروئید درجه سه با زور زدن خارج شده ولی بعد از تغوط باید بادت برگردانیده شود. پرولپس دائمی نمایانگر وجود هیموروئید درجه چهار می باشد شکل^(۶-۹) اکثر مریضان مبتلا به هیموروئید درجه یک و دو با تداوی های موضعی و رژیم غذایی مناسب تداوی می شوند. رژیم غذایی باید حاوی فیبر فراوان (میوه جات ، و سبزیجات) و صرف آب زیاد باشد . شاف ها و پوماد های مفیدی ارزش تداوی بارزی ندارند و صرف به دلیل تا ثیرات حسی و قابض مورد استفاده قرار می گیرند. در مورد هیموروئید متورم پرولپی داخلی ارجاع آن به احتیاط صورت گیرد و استفاده از کمپرس های موضعی قابض تورم را کاهش داده و نشستن در آب گرم تسکین بخش می باشد.

تداوی با تزریقات

تداوی با تزریقات که نوعی از سکلیرو تراپی است شامل موارد ذیل میباشد:

زرق یک محلول کیمیای مانند فینول ۵٪ در روغن ماهی بصورت تحت المخاطی بالای هیموروئید داخلی ۱-۲ ملی لیتر در ناحیه مطلوبه سبب بروز التهاب و فیبروز می شود. اختلالات مرض عبارت است از نکروز مخاط، پروستاتیت حاد و حساسیت در مقابل ماده تزریق شده می باشد. تزریق توام با رژیم غذایی در تداوی نرف و پرولپس هیموروئید داخلی در مراحل مقدم هیموروئید درجه یک و دو مفید می باشد.

لیگاتور با Rubber band: بهترین روش تداوی برای هموروئید های بزرگ پرولبی شده استفاده از لیگاتور است. به کمک یک انوسکوب مخاط رشد یافته قسمت علوی هموروئید بایک فورسپس گرفته شده و به داخل حلقه یک لیگا تور خاص فرستاده می شود سپس باند الاستیکی به اندازه مناسب در دورادور مخاط و شبکه هموروئیدل قرار می گیرد. نکروز اسکیمی طی چند روز اتفاق افتاده و بلاخره با فیروز و تثبیت شدن انساج توام میشود (۴).

اختلاط عمده این روش درد شدیدی است که بعضاً به خارج نمودن لیگا تور ضرورت می باشد. برای وقایه از بروز درد باید استفاده از باند های الاستیکی با لای Dentate Line صورت گیرد. **عملیه Lord:** توسع مقعدی تحت انستزی عمومی توسط انگشتان معمولاً باعث بهبود هموروئید درجه دو و سه می گردد.

Criosurgery: هموروئید ها ممکن است با روش سرد نمودن با پروب Crio که توسط N_2O یا CO_2 فعالیت می نماید به نکروز معروض شوند. این روش هنوز کاملاً قابل قبول نیست.

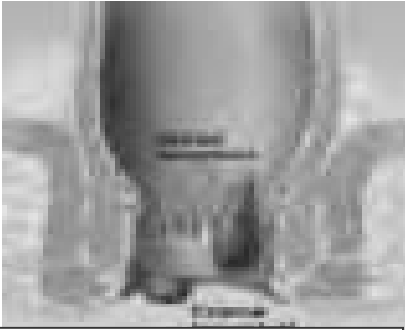
آماده ساختن مریض برای عملیات Hemorrhoid

امعاء باید با استفاده از ملینات در روز قبل از عملیات جراحی تخلیه و آماده عملیات گردد.

هموروئید اکتومی

رزکشن یا عملیات برای مریضان دارای علایم مزمن و پرولبی با درجه ۳-۴ استفاده می شوند. مریضان نیازمند به جراحی اغلباً کم خون می باشند و نزف های مزمن نزد ایشان موجود بوده و به تداوی های طبی نیز جواب نمی دهند. مریضان مبتلا به ترمبوز حاد و دردناک هموروئید درجه چهار Hemorrhoidectomy صورت می گیرد. اصول مهم Hemorrhoidectomy شامل قطع و خارج کردن (tag) تک های باصوری، قطع و خارج کردن محافظه کارانه جلد و انودرم می باشد. امروز این عمل به کمک لایزر Nd:YAG انجام می شود.

هیموروئید ترمبوزه



شکل (۶-۹) هیموروئید ترمبوزی مأخذ (۱۵)

این مرض شایع یک هیموروئید حقیقی نیست بلکه اکثراً ترمبوز وریدهای هیموروئیدل خارجی پری انل می باشد این حالت باکنله آبی رنگ و سخت دردناک تحت جلد یا انو درم تشخیص شده و اندازه آن از چند ملی تا چند سانتی متر تغییر می کند، باجود احتمال پارگی جدار ورید معمولاً پارگی ناقص بوده و طبقه نازکی ادوانتیشیا باقی می ماند.

افزایش ناگهانی فشار وریدی باعث ایجاد ترمبوز در یک

هیموروئید می شود. به طور مثال بعد از بلند کردن وزن زیاد، سرفه شدید عطسه کردن، زورزدن هنگام ولادت در اکثر موارد این اختلاط در نزد جوانان سالم بروز نموده و ارتباطی به هیموروئید داخلی ندارد. ابتدا درد بسیار شدید بوده ولی تدریجاً طی ۲-۳ روز با کاهش اندیمای حاد کم میشود. ممکن است با کاهش احتقان ترمبوز بنفسهی پاره شده و نوزف بوجود آید. این اختلاط به تداوی نیا ز نداشته و بهبود می یابد. در مواردیکه علایم را کاهش می دهند عبارتند از نشستن در آب گرم و استفاده از پارافین به منظور کم نمودن ترضیض حین راه رفتن و همچنین صرف مسکنات، استراحت بستر، تورم و انتشار ترمبوز را کاهش می دهد، اگر مریض در ۴۸ ساعت اول معاینه شود با تخلیه ترمبوز توسط انستزی موضعی میتوان علایم را از بین برد. زمان تخلیه ترمبوز برای جلوگیری از ترمیم حوافی جلد و جلوگیری از تشکیل مجدد باید قسمت از جلد برداشته شود. بهبودیافتن بنفسهی، اگر هیما توم بیش از یک هفته دوام نماید، بهتر خواهد بود تا بصورت طبیعی بهبود یابد.

اختلاطات هیموروئید اکتومی:

- نوزف بعد از هموروئید اکتومی
- تراکم مواد غایطه (fecal impaction)
- احتباس ادرار (Urenary retention)

اختلاطات موخر

- فیسور انال و آبسه های تحت المخاطی ممکن مشاهده شوند.
- فیسور و تضیق (Fissure & strecture)
- بی اختیاری (Incontinence)

- تضییق مقعدی - این حالت وقتی بنظر می رسد که جلد و مخاط بیش از حد برداشته شود. غرض و قایه این اختلاط لازم است پل اپیتیلیل بین هیموروئید های که قابل برداشت میباشند گذاشته شود.

پیلونایدل ساینس (Pilonidal sinus)

مرض پیلونایدل عبارت است از وجود یک ساینس با آبی حاوی موی در ناحیه فرورفتگی سرینی روی ساکروم که جلد و انساج تحت جلد را ماف نموده است مشاهده می شود، اما به عقیده اکثر محققین در اثر رشد موی بداخل جلد بوجود می آید. این مرض در هر سنی ممکن بوجود آید اما در مرحله جوانی الی دهه دوم و سوم حیات معمولتر است. و بیشتر در نزد طبقه ذکور دیده میشود. ساینس نسبت به پیریوست ساکروم سطحی تر بوده و ممکن است منفرد یا دارای انشعابات متعدد باشند. معمولاً همیشه یک فوچه خارجی وجود دارد اما اکثراً در خط وسط و به فاصله ۵ سانتی متر از فوچه مقعد دیده می شود. هرگاه این ساینس ها دچار انتان حاد شوند با شکایات از قبیل درد، تورم و افراز چرک توام خواهد بود. پس از برطرف شدن یک التهاب حاد به ندرت مریض بدون اعراض باقی مانده و التهاب مکرر دیده می شود.

تظاهرات کلینیکی

معمولاً مریض هنگامی که به طور حاد دچار التهاب شده باشد علایم واضح ندارد. علایم انتان حاد مشابه آبی های سائیر قسمت ها می باشد، ممکن است التهاب کاهش یابد. پس از تخلیه بعضاً افرازات قیحی کاملاً متوقف شده و یا از فوچه ساینس های متعدد یا منفرد بصورت متناسب ادامه یابد. بامعاینه فوحتا متعدد یا منفرد در خط وسط یا به صورت پراکنده در جلد ناحیه سکرال مشاهده می گردند. با تفتیش اغلباً موهای که از فوحتا خارج شده اند قابل رویت می باشند. بعضاً میتوان یک پروب را به اندازه چند ملی متر تا چند سانتی متر از ساینس عبورداد.

تداوی

آبسه حاد بهتر است از طریق شق و تخلیه آن تداوی شود. احتمالاً با دقت می توان کتله موی را که مانند یک جسم اجنبی که باعث بروز انتان می شوند خارج نمود. مریض باید با پاک نگهداشتن ناحیه

وجلوگیری از ترومای مستقیم و تراشیدن جلد با استفاده مکرر از مواد موی بر جهت جلوگیری از بند ماندن موها توصیه شود.

انذارمرض

بعداز تداوی امکان عود وجود دارد ولی اگر جرحه با ز گذاشته شود و مراقبت پس از عملیات نیز به طور فعال صورت گیرد احتمال نکس به حد اقل میرسد.

خارش مقعدی (Pruritus ani)

خارش مقعدی عبارت از یک خارش معند در حذای فوحه خارجی مقعد و جلد محیط مقعدی است که جلدناحیه سرخ و ممکن دارای خراش ها باشد.

- علایم مرض ارتباط به خارش ناحیه مقعدی و تناسلی با تغوط ، گرما، سترس ها ی عاطفی فعالیت یا استفاده بعضی از غذا ها ی خاص بوده و این حالت از خارش های خفیف و متناوب تا شدید ودایمی متغیر است. علایم کلینیکی به علت آن مربوط است. تغییرات جلدی می توانند کمتر باشند. تغییرات مشخص بعضاً در اثر خراشهای ناشی از خاریدن و انتان ثانویه مخفی می ماند .

- افزایشات مقعدی و محیط آن - این حادثه باعث رطوبت مقعدی شده و آفاتی که باعث این افزایشات وسیلانات مرضی می گردند، عبارت از فیسور انل، بواسیر، پرولپس، genital wart و گرفتن مقدار زیاد پارافین می باشد. بعضاً ضخیم شدن و فبروز جلد، ترکیدگی جلد و تغییرات ناشی از انتانات فنگسی، وجود اکسیورها و آفات سا ئیر نواحی بدن وجود دارند. استفاده ادویه جات از طریق فمی یا موضعی و حالت صحی مریضان باید ارزیابی شوند.

معاینات لابراتواری

معاینه مستقیم میکروسکوپی ممکن است فنگس هارانشان دهد، از Scotch tape test غرض مشاهده تخم کرمکها نیز می توان استفاده بعمل آورد. در صورت وجود خارش های مقاوم در برابر تداوی و گرفتن biopsy جهت دریافت موارد غیر طبیعی و مهمی از قبیل ملگنناسی باید صورت گیرد.

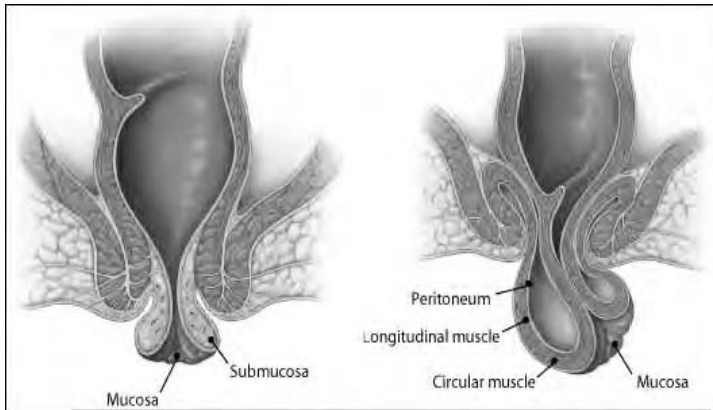
تداوی مرض

در صورت دریافت عامل مرض تداوی بصورت عرضی اجرا و در عدم دریافت علت اساسی مرض بصورت موضعی از استعمال مواد ضد خارش بشکل مایع و پوماد استفاده بعمل آید. باید رژیم غذایی را تغییر داد. در صورت مقاومت در برابر تداوی یا مزمن شدن با متخصص جلدی یا متخصص روانی مشوره صورت گیرد.

پرولپس رکتوم (Rectal prolaps)

دو نوع پرولپس رکتوم وجود دارد،

پرولپس قسمی و پرولپس تام.



شکل ۱۰-۶ پرولپس قسمی و پرولپس تام رکتوم

در پرولپس قسمی ساختمان های عضلاتی امعاء در جای خود قرار دارد ولی مخاط به خارج کانال انل پرولی می شود. این نوع پرولپس در نزد کودکان و همچنان نزد کاهلان مبتلا به هیموروئید درجه سوم بنظرمی رسد. در پرولپس تام یک

تغلف از رکتوم فوقانی به داخل کانال انل ایجاد می شود، این پرولپس با ضعف ساختمان عضلاتی حوصله همراه است و اغلباً بتعقیب ولادت های متعدد اتفاق می افتد و ممکن است با پرولپس رحم همراه باشد، در این جا به بررسی پرولپس تام رکتوم در نزد کاهلان می پردا زیم. شیوع پرولپس رکتوم در نزد خانمهای که سابقه ولادت های متعدد و ازینل داشته اند افزایش می یابند.

تظاهرات کلینیکی

علائم پرولپس رکتوم عبارت از درد رکتوم و مقعد، نزف، افراز مخاط ویی اختیاری می باشد شکل (۱۰-۶). بعضی از مریضان در مورد ابزاز مشکل ایشان مبنی بر بیرون آمدن کتله بزرگی از مقعد حکایه نموده و از افرازت موکس با بی اختیاری فزاینده حکایه می نمایند. با پیشرفت مرض ممکن

است کتله خود بخود ارجاع نشده و ضرورت به ارجاع آن توسط دست ضرورت شود. در موارد شدید به علت ادیما ی انساج پرولبی شده و ارجاع آن غیر ممکن میشود و شاید به نکرز معروض گردد، فرق بین پرولپس رکتوم با پرولپس هیموروئید داخلی و مختلط حایز اهمیت میباشد. در هیموروئیدالتوات عمیق فی مابین انساج پرولبی شده وجود دارد در حالیکه در پرولپس رکتوم حلقه های متحدالمرکزی بروی مخاط مشاهده می گردد. ارزیابی کامل مریض مبتلا به پرولپس رکتوم باید شامل کولونوسکوپی ویا باریوم انما با کانترست هوا باشد تا احتمال وجود یک کتله خبیث رد گردد. مانومتري مقعد والکترومیو گرافی در انتخاب روش مناسب جهت تداوی پرولپس مفید واقع می شود.

تداوی پرولپس

تداوی conservative (طبی): در مراحل مقدم تداوی conservative ممکن است مفید باشد ولی هنگامی که پرولپس به خوبی اشکار شد تداوی طبی ارزش زیادی ندارد.

شکل (۱۰-۶).

تداوی شامل موارد ذیل است:

stool softners-

perineal exercises -

- ادویه جات نرم کننده مواد غایطه از قبیل Docusate sodium - کپسول ۵۰ ملی گرام می باشد. دوز این ادویه در نزد کاهلان - ۲۵۶ ملی گرام همراه بایک گیلان آب میباشد.
- قبل از عملیات جراحی تضییق احلیل، سنگ مثانه و غیره تداوی شوند.

جراحی

عملیات **Delorm**: رکتوپکسی، تثبیت کردن رکتوم ازاد به پرومنتوریوم حوصله با یا بدون استفاده از مش.

رزکشن رکتوپکسی (**Resection Rectopexy**) - رزکشن همزمان سگمونید طویل صورت می گیرد.

تداوی **Delorm procedure**:

- در حالی که پرولپس از طریق مقعد ارجاع شده است محلول ۱۴۰۰۰۰۰ ادرینالین از طریق تحت جلد زرق می گردد.

- مخاط بالای پرولپس تایک سانتی متر داخل Dented line اکسیزیون می شود.
- کنار مخاط قسمت علوی به مخاط دیستل خیاطه گذاری می شود، این امر باعث جمع شدن عضله رکتل در حوصله می شود.
- قبل از عملیات برای انجام Rectopexy یا Resection rectopexy آمادگی کامل امعاء لازم است، انتی بیوتیک ها با Premedication باید تجویز شوند.
- Open rectopexy - رکتوم به همان شیوه ای که در Anterior Resection تذکریافته است ازاد می شود.
- یک Implant یا مش (Mariax یا Ivalon , Teflon) بداخل ناحیه پره سکرال دوخته شده و در جنب به رکتوم تثبیت می شود. مش متذکره باعث فیروز قابل ملاحظه می شود که رکتوم را به ساکروم تثبیت می سازد.
- در بعضی مریضان Implant می تواند باعث قبضیت وظیفوی گردد و به این لحاظ رکتوپکسی و رزکشن ممکن است موثر باشد.
- رکتوپکسی و رزکشن سگمونید با انستموز مقدم انجام می گردد.
- عملیاتهای لپره سکوپیک مش رکتوپکسی نیز به خوبی انجام می شود.

تومورهای رکتوم و کانال انل

تصنیف : تومورهای رکتوم و کانال انل به تومور های سلیم و تومور های خبیث تقسیم می شوند

الف - تومورهای سلیم رکتوم و کانال انل

- لیپوما
- لمفوما
- ادینوما
- اندومتریوما
- پاپیلوما

ب - تومورهای خبیث رکتوم و کانال انل

- ۱ - تومورهای ابتدایی
- سکوموز کرسینوما
- میلانوما

- ادینو کرسینوما - شکل (۶-۱۱)



شکل (۶-۱۱) تومور خبیث رکتوم
مأخذ شماره (۱۸)



شکل (۶-۱۲) کرسینومای کولون

- لمفوسرکوما

۲- تومورهای خبیث ثانوی:

در چنین موارد توموراز احشای حوصلی به رکتوم وکانال انل سرایت می کند مثلا تومور ازرحم پروستات و میتاستاز پریتون حوصلی به رکتوم وکانال انل سرایت می کند. ادینو کرسینوما ی رکتوم معمولا قرحه خبیث تیپیک با قاعده نکروتیک و کنارهای برگشته و برجسته را بوجود می آورد شکل (۶-۱۲)

کارسینوما ی رکتوم از نظر هستولوژیک مطابق کلاسیفیکیشن Dukes طبقه بندی میشود. استفاده از TNM در تومورهای کولورکتل ذیلا توضیح می گردد:

T1 - تومور محدود به تحت مخاط است.

T2 - تومور محدود به پوشش عضله بوده اما از جدار عضله سرایت نمی کند.

T3 - توموراز جدار امعاء به داخل شحم پیری رکتل یا کولون سرایت می نماید.

T ۴ - ماوف شدن ارگانهای مجاور.

N1 - اشغال کمتر از ۵ عقدا ت لمفاوی موضعی.

N2 - اشغال اضافه تر از ۵ عقدا ت لمفاوی موضعی.

N3 - اشغال عقدا ت لمفاوی دورتر از تومور.

M0 - بدون میتاستاز.

M1 - با میتاستاز.

- تومورها را میتوان به Well Differentiated (پروگنوز خوب) و Average poorly

Differentiated (پروگنوز متوسط / ضعیف) نیز تقسیم کرد.

- تداوی کرسینوما ی رکتوم با تداوی دیگر کارسینوما های کولون فرق دارد زیرا مقدار زیادی از

رکتوم در عمق حوصله قرار دارد، همیشه رزکشن از طریق جرحه لپره تومی عملی نیست و ممکن است رزکشن انوس ضروری باشد.

تظاهرات سریری

- مریضان در سن وسال کارسینوما ی کولون هستند.

- معمولا نرف روشن از رکتوم یا تغییرات در تغوط بوجود می آید.

- ممکن است تغوت مریض ناکامل و بادرد توام باشد.

- با معاینه رکتال اغلباً میتوان مرض را تشخیص نمود، کنار های برگشته ونا منظم که بداخل لومن امعاء برجسته شده است جس می شود (۲).

معاینات دیگر عبارتند از :

- WBC - Hb - LFT's Liver scan

Urea & Electrolyte

Intravenous Urogram

یوروگرام وریدی در صورتی انجام می شود که احتمال اشغال حالب وجود داشته باشد.

اهتمامات قبل از عملیات جراحی

- آماده ساختن کامل امعاء ضروری است.

- اگر احتمال کولستومی دایمی موجود باشد محل آن قبل از عملیات جراحی باید بروی جلد در وضعیت ایستاده نزد مریض مشخص شود . موضوع باید با مریض در میان گذاشته شود.

- انتی بیوتیک ها به شکل وقایوی به مریض توصیه میشود و معمولاً نزد مریض قبل از شروع جراحی کنتیتر فولی تطبیق می گردد.

عملیات جراحی

اگر مریض تحمل جراحی را نداشته باشد یا تومور خیلی مقدم و قابل دسترس در نزد مریض جوان وجود داشته باشد اکسیزیون موضعی ممکن است انجام گیرد.

- چندین تخنیک با استفاده از Resectoscope وجود دارد که شامل اکسیزیون پری انل ورزکشن ترا نس انل می باشد.

- تومور خبیث سریعاً عود میکند و در چنین موارد تداوی موضعی صورت می گیرد.

میتود جراحی TEM (ترانس انل اندوسکوپیک میکروسرجری)

- اکسیزیون موضعی را میتوان به وسیله ترانس انل اندوسکوپیک میکروسرجری (TEM) انجام داد ولی نیاز به متخصص مجرب و وسایل گران قیمتی دارد.

- یک پروکتوسکوپ جراحی با قطر زیاد در رکتوم تطبیق میگردد.

- یک تلسکوپ متصل به کمره ویدیویی ساحه دید خوب از لومن رکتوم را فراهم خواهد نمود. شق و دیاترمی از طریق پروکتوسکوپ وارد می گردد. رزکسیون مخاطی با full thickness را میتوان انجام داد و عارضه ایجاد شده با خیاطه گذاری داخل لومن ترمیم می شود.
- تداوی تومور اکسیژن یا برداشتن آن است و اغلباً کولستومی دائمی یا موقتی صورت می گیرد. در رزکشن قدامی تومور از قسمت علوی رزکشن می گردد و پیوستگی حفظ می شود. در رزکشن ابدامینو پیرینیل انوس هم خارج می شود و کولستومی دائمی اجرا می گردد.

میتود جراحی Anterior Resection رکتوم

- این جراحی بطور وسیع در سرطان رکتوم بکار برده میشود.
- **Anterior Resection** در تومورهای که ۴ سانتی متر از فوچه مقعدی قرار دارند صورت می گیرد. از ادساختن رکتوم در داخل حوصله مشکلتر و طولانی تر از عملیات داخل بطن است درین عملیات خطر ترضیض عصب حوصلی موجود می باشد.
- کتله از کنار دیستل رزکشن می شود و بین ستمپ رکتل و نهایت قطع شده و ازاد کولون چپ انستوموز برقرار می گردد.

- در حال حاضر انستوموز را با وسایل Stapling میکا نیکی اسانتر انجام می دهند، در چنین موارد Stapling gun از طریق انوس وارد می گردد و نهایت علوی و سفلی رکتوم توسط خیاطه Purse string به سفلی کشیده می شود وقتی که Stapling gun فیر کرد انستوموز را با حلقه های از ستا پل های فلزی ترمیم می کنند.

عملیات جراحی لپره سکوپیک **Anterior Resection** رکتوم درین اواخر قابل اجرا می باشد و این اصول جراحی بشکل جراحی با ز می باشد ولی ساحه دید جراحی به کمک لپره سکوپ فراهم می شود.

جراحی Abdomino perineal Resection - این جراحی برای تومورهای بکار میرود که تا

۵ سانتی متر یا کمتر از کنار انوس قرار دارند.

- درین تومورها کلیرانس کافی بدون خارج کردن انوس امکان پذیر نیست، بناً کولوستومی دائمی حتمی است و این امر قبل از جراحی باید به اطلاع مریض رسانیده شود و محل کولوستومی مشخص گردد.

- رکتوم از علوی آزاد میشود و علاوه برین قسمت سفلی رکتوم و انوس نیز از طریق شق پیرینیل برداشته می شود. در شروع این عمل انوس با بخیه Purse string بسته می شود.
- رکتوم خارج شده و شحم تحت جلدی و جلد بسته می شوند و در ساحه چپ حوصله یک درن تطبیق می گردد. در نزد خانم ها کشیدن درن به خارج از طریق و جن مفید تر است. زیرا این امر بهبودی بعد از عملیات را آسانتر و راحت تر می سازد.
- خطر نرف در ۲۴ ساعت اول وجود دارد و باید درن ناحیه حوصلی به دقت مورد بررسی قرار گیرد.
- از طریق فمی مایعات را وقتی که کولستومی شروع به فعالیت نمود میتوان آغاز نمود.

عملیات Laparoscopic Abdominoperineal Resection

جراحی رکتوم رامیتوان به کمک لپره سکوپ انجام داد. این عملیات در نزد مریضان مسن خطر کمتر داشته بناً ارزش زیاد دارد. مریض درد کمتر را احساس خواهند کرد.

عملیات Hartmann

این عملیه جراحی وقتی بکار می رود که کرسینوما ی رکتوم به علت اشغال موضعی ناحیه قابل رزکشن نباشد. نهایت دیستل رکتوم بسته شده و در جای خودش رها می شود و نهایت پروکسیمال به جدار بطن کشیده شده و تثبیت می گردد، در بعضی موارد دوباره ترمیم می شود.

تمرینات فصل ششم رکتوم و کانال انل

- ۱- آناتومی رکتوم و کانال انل را توضیح نمائید؟
- ۲- اروای رکتوم چطور صورت می گیرد؟
- ۳- دریناژ لمفاوی و تعصیب رکتوم را توضیح نمائید؟
- ۴- اسباب آبی های مقعدی را تذکر نمائید؟

- ۵- تداوی آبیسی های انورکتل چطور صورت می گیرد؟
- ۶- فیستول اطراف مقعدی چیست، تصنیف اناتومیک آنرا توضیح نماید؟
- ۷- تداوی فیستول انل چطور صورت می گیرد؟
- ۸- فیسور انل چیست، علایم آنرا نیز توضیح نمائید؟
- ۹- تداوی فیسور انل چطور صورت می گیرد؟
- ۱۰- هیموروئید چیست و از نظر انا تومیک به چند درجه تقسیم شده است؟
- ۱۱- تداوی هیموروئید چطور صورت می گیرد؟
- ۱۲- اختلالات هیموروئید اکتومی کدام است؟
- ۱۳- پیلونائیدل ساینس چیست و تداوی آن چطور صورت می گیرد؟
- ۱۴- پرولپس رکتوم را توضیح نموده و چطور تداوی می شوند؟
- ۱۵- تصنیف تومورهای رکتوم و کانال انل را واضح سازید؟
- ۱۶- اعراض و علایم تومورهای رکتوم کدام اند؟
- ۱۷- تداوی تومورهای خبیث رکتوم و کانال انل کدام اند؟

References:

ماخذ :

1. Harold Ellis ,Sir RoyCalne , Christo pherwhatson, Lecture Notes on Genrerall Surgery.10th ed. Great Britan Blackwel Publishing.2004.
2. Heidi Nelson, Anus In: Townsend Beauchamp. EversMatox editors, Sabisto Textbook of Surgery 18th ed. USA:Sender 2008. 1483-1510.
3. Kelli M.Bulard and David A.Rothenberger . Colon , Rectum, and Anus. In: F. Charles Brunicarde , Dana K.Anderson... et al,Editors Schwartz`s Manual of Surgery,8th ed USA:McGraw – HILL; 2006p. 775-80.
4. Kovanova V. V . Operative Surgery. 2th edition . Moscow Medicine, ۲۰۰۲p.301-324.

5. Norman S. William. The Rectum and Anal Canal .In:RSG S Russel,Norman,Williamms' Christo pher J.K.Bulstrode, edetors . Bailey &Love`s Short practice of Surgery .24th ed .Great Britain: Holdder Arnold; 2004.p.2119-31
6. Margreat Farguharson ,Brendan Moran , Farquharson , Brendan Moran, Farquharson`s Textbook of Operative General Surgery 9th ,ed. UK:Hodder Arnold; 2005.p.341-7
7. Mark L, Welton, Madhulika G. Verma. Colon,Rectum,and Anus,In:Jefrey, A.Norton, R.Randal Ballinger,Alfred E.Chang ... et al,editors.Essental Ballinger,E.Chang... et al,editors, Essental Practice of Surgery BasicScience and Clinical evidence; USA: Springer; 2003 p.308-21
8. Thomas R. Russell Anorectum, In: Lawrence W.Way ,editor.Current Surgical Diagnosis &Treatment .USA:Appelton&Longe 2004 p.630-43.
9. Robert D Fry, Howard M. Ross Colon and Rectum . In: Sabistan David W Emily K Robert; Text book of Surgery Biological basis of modern surgical practice, 18th edition ,Sunder s an imprint of Elsevier INC Texas 2008 p.1348
10. Richard L Drake Wayne, Vogl Adam W.N. Mitchell, Gray's , Anatomy for students 1st edition, Toronto 2005 p.905
11. Kovanova V. V . Operative Surgery. 2th edition . Moscow Medicine, ۲۰۰۲ p.301-324.
12. Norman S Williams . The Rectum. Russell RCG Viliam NS. Balst rod J K Edetors; . In: Baily & Loves , Short Practice of Surgery. 24th edition , Edward Arnold, Publication.oxford,2004 p1219-1241
13. www.googlesearch.com/rectum& analcanal
14. [Semilar to hemorrhoid \[online\] 2007\[cited2007\] Available 4 from:52fhotobucket .com.](#)

15. Trombose hemorrhoids [online]2007[cited2007] Available from:
digestive niddk.nib.gov
16. Anal fistula [online]2007[cited2007] available from: www.mednyu.edu.
17. Anal fissure [online]2007[cited2007] Available from: www.cure
hemorrhoids.net.
18. Carcinoma of the rectum [online]2007[cited2007]Available from:
www.nature .com.
19. www.googlesearch.com/rectum&analcan

فصل هفتم

امراض کبد (liver Diseases)

| | |
|-----|---------------------|
| ۱۵۹ | اناتومی جراحی کبد |
| ۱۷۰ | ترخیصات کبد |
| ۱۷۲ | آبسیهای پیوجنیک کبد |
| ۱۷۴ | آبسیهای آمیبیک کبد |
| ۱۷۶ | سیست هیداتیک کبد |
| ۱۸۰ | Portalhypertention |
| ۱۸۴ | تومورهای سلیم کبد |
| ۱۸۵ | تومورهای خبیث کبد |
| ۱۸۸ | ماخذ |

اناتومی جراحی

کبد یکی از بزرگترین احشای بطنی بوده که دارای وزن تقریباً ۸۰۰-۱۰۰۰ گرم می باشد و حاوی دوسطح علوی و سفلی است که در RUQ عمدتاً در سمت راست خط متوسط قرار دارد. در نوزاد افراد سالم کبد جس نمی شود اما در نوزاد اطفال و اشخاص لاغربه اندازه یک سانتی متر قابل جس است. کبد در انسی تاخذای ذید خنجرى عظم قص موقعیت دارد.

ساختمان کبد

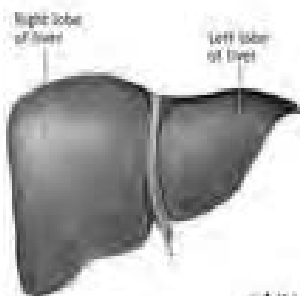
از نظر ساختمان کبد از دولوب تشکیل شده است:

۱- لوب راست

۲- لوب چپ کبد

- لوب راست شامل لوبهای Quadrate و Caudate می

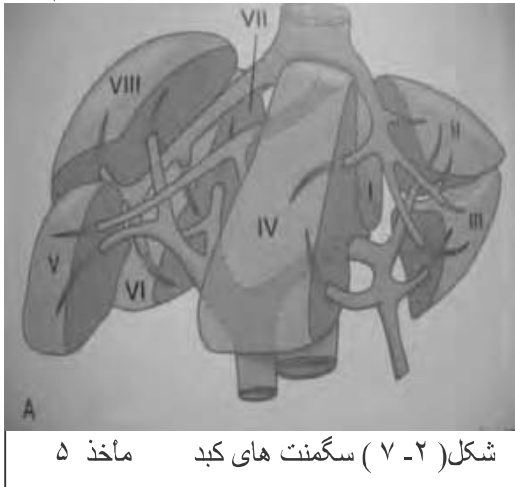
باشد.



شکل (۷-۱) اناتومی کبد ماخذ (۱۰)

ساختمان Segmental کبد:

در حال حاضر ریزکشن کبدی بمنظور تداوی تومورهای ابتدائی و ثانوی کبد همه روزه صورت می گیرد و برای اینکه یک یا اضافه تراز یک سگمنت کبد را بدون ماوف شدن اروا و دریناژ صفراوی سگمنت های دیگر برداریم باید راجع با اناتومی سگمنتل کبد معلومات بیشتر داشته باشیم و با استفاده از این معلومات میتوان یک فص کبدی را با دوسگمنت آن در حالیکه صرف دوسگمنت سالم باقی



مانده باشد رزکشن کرد. درین عملیات ها جهت شناخت و تشخیص اوعیه و فنوات داخل کبدی از معاینه US در زمان عملیات استفاده می گردد. هر لوب کبد به چهار سگمنت تقسیم شده است.

سطوح کبدی

- کبد دارای چهار سطح است :
 - قدامی - خلفی علوی و سفلی.
 - سطح سفلی با احشای بطنی در ارتباط بوده و بقیه سطوح با دیافراگم در مجاورت هستند.
- ارپته های کبدی - کبد حاوی اربطه های تثبیتیة ذیل می باشد:
- Lig . falciform** قدامی و علوی که دولوب کبد را از هم جدا می سازد این لیگامنت التوای از پریتون جداری است که به جدار قدامی بطن التصاق دارد.
- Lig.Teres**: این لیگامنت از سره کبد توام با لیگامنت فالسیفورم تا سطح سفلی کبد ادامه دارد.
- Lig . Venosum**: این لیگامنت در میزابه سطح خلفی کبد قرار دارد و دو لوب راست و چپ کبد را از هم جدا می سازد.
- Lig. Coronary**: این لیگامنت ها طبقه از پریتون جداری هستند که در سمت چپ باعث تشکل Bare area می شوند. وقتی که این اربطه ها به نواحی راست و چپ وصل می شوند لیگامنت Triangularis راست و چپ را می سازند.
- Portal Hepatis**: شامل فوحه عمیق در سطح تحتانی لوب راست کبد است. لوب Quadrate در قدام و لوب Cudate در خلف قرار دارد. شعبات ورید باب، شریان کبدی، و شعبات فرعی طرق صفاوی که بداخل لوبهای کبدی می روند بنا م portal triad یاد می شوند. تریاد های پورتل به سگمنت ها (segment) تقسیم میشوند.
- در مجموع کبد دارای هشت سگمنت می باشد که در عملیات های جراحی سگمنت اکتومی و لوب اکتومی حایز اهمیت می باشند.
- ورید اجوف سفلی (Vena cavainferior): ورید اجوف سفلی در عمق سطح خلفی کبد در خط وسط آن قرار دارد، قابل تذکر است که سه ورید اصلی کبدی وجود دارند که تقریباً به نسبت های مساوی کبد را دریناژ میکنند و به ورید اجوف سفلی نزدیک سطوح دیافراگماتیک کبد میریزند.

اجواف تحت حجاب حا جزی (sub phrenic spaces)

- sub phrenic spaces نواحی معمول آبی های داخل بطنی هستند که در جوف تحت دیافراگم بین کبد و حجاب حاجز در سمت راست و چپ قرار گرفته اند و با حویصل صفرا اثنا عشر و کلیه راست ارتباط دارد.
- جوف تحت حجاب حاجز چپ عبارت از lessaromental sac میباشد.
- ارواء کبدی: (A.Hepatic) وورید باب (Portal Vein) خون را به کبد می رسانند.
- اورده کبدی : وريد های کبدی خون وريدی را به وريد اجوف سفلی (IVC) دریناژ می کنند.

قنوات صفراوی

این قنوات بداخل کبد تقسیمات سگمنتل شریان وورید باب را تعقیب نموده ودرقنات صفراوی قسمت قدامی وحشی سوپیک کبد قرار دارند.

تعصیب کبد

تعصیب کبد توسط شعبات عصب واگوس وشعبات از شبکه سلیاک صورت می گیرد.

وظایف کبد

- ۱- تولید صفراء ومیتابولیزم بیلیروبین ونمکهای صفراوی.
- ۲- ذخیره ومیتابولیزم کاربوهایدریت ها بشمول تبدیل مونوسکرید به Glycogen وبرعکس آن.
- ۳- تولید البومین ،فیرینوژن وپروتومبین.
- ۴- دورنمودن امین ها از مرکبات عضوی امینواسید ها با تولید یوریا ودورنمودن امونیا از خون باب.
- ۵- تولید فاسفولپید وکولسترول، سنتز اسیدهای شحمی از کاربوهایدریت ومراحل دیگر در میتابولیزم شحم.
- ۶- ذخیره ویتامین B₁₂ وویتامین A.
- ۷- تولید انرژی وحرارت.
- ۸- فعالیت ریتیکولواندوتیلیل.
- ۹- تخریب باکتریها خاصتاً کوکهای گرام مثبت ویکتعداد دیگر باکتری های که معمولاً از طریق وريد باب داخل کبد می گردند.
- ۱۰- Detoxification ادویه جات وهورمونها.

ضخامه کبد

کبد بزرگ ضخاموی یک کتله رامی سازد که در تحت حافه ضلعی راست به سفلی تمادی دارد و ممکن زاویه تحت ضلعی را پر سازد و در صورت ضخامه زیاد در تحت حافه ضلعی چپ نیز جس می گردد. کبد ضخاموی کتله رامی سازد که با حرکات تنفسی متحرک بوده و با قرع اصمیت داشته می باشد، این اصمیت با اصمیت کبدی تمادی دارد. در علوی کبد نیز سرحد طبیعی خویش را که مسافه بین ضلعی پنجم است تجاوز می نماید.

اسباب

۱- ولادی:

الف - فص ریدل (Riedal`s lobe).

ب - مرض پولی کیبستیک .

۲- التهاب:

الف - هیپاتیت انتانی (Infective Hepatitis)

ب- Portal pyemia

ج- Leptospirosis

د- اکتینومیکوزس

۳- پرازیتیک:

الف - التهاب وابسی آمیبیک

ب - سیست هیداتیک

۴- نیوپلاستیک :

الف - تومور ابتدایی

ب - تومور میتاستاتیک

۵- سیروز:

الف - سیروز بابی

ب - سیروز صفراوی

ج- سیروز قلبی

د- هیموکروما توزس

۶- امراض Reticulosis و Hemopoetic

الف - هوچکن

ب- لمفومای بدون هوچکین

ج- لوکیمی

د- پولی سا یتیمی

۷- امراض میتا بولیک:

الف - امیلوئید

ب- مرض گوشر (مرض Gaucher`s)

وقتی که کبد قابل جس باشد باید مریض فوراً جهت دریا فت splenomegaly و lym phadenopathy تحت معاینه قرار گیرد. هرگاه طحال نیز قابل جس باشد باید امراض سیروز کبد، پولی سائیتیمیا، لوکیمیا و امیلوئید مد نظر باشد. در صورتیکه عقداً لمفاوی نیز ضخاموی باشد تشخیص به گمان اغلب لنفوما می باشد.

یرقان (Jaundice) - از نظر سریری زمانیکه یرقان قابل تشخیص می گردد مقدار بیلوروبین سیروم از ۲ ملی گرام فی صدملی لیتر تجاوز می نماید. مقدار نارمل سیروم بیلوروبین پائینتر از ۹ میکرومول فی لیتر می باشد. یرقان در نتیجه تخریب بیش از حد کرویات سرخ (یرقان قبل از کبدی) و یا در اثر ماوف شدن کبد از باعث عوامل مختلف (یرقان کبدی) و یا در نتیجه انسداد طرق صفراوی (یرقان بعداز کبدی) بوجود می آید. یرقان کبدی وبعد از کبدی اکثراً همزمان موجود بوده می توانند، بطور مثال سنگهای طرق صفراوی اساسی قسماً در اثر بندش جریان صفراء و قسماً در اثر ماوف شدن کبد بصورت ثانوی (سیروز صفراوی) باعث یرقان می گردد. در تومورهای میتاستاتیک کبد و سیروز ممکن یرقان در نتیجه تخریب انساج و قسماً در اثر فشار بالای قنوات داخل کبدی بروز نماید.

تصنیف: از نظر تصنیف یرقان به اشکال ذیل دیده می شود:

۱- یرقان قبل از کبدی (Prehepatic Jaundice): تشوشات هیمالیتیک مانند pernicious

anaemia spherocytosis و نقل الدم نامناسب.

۲- یرقان کبدی (Hepatic Jaundice): هیپاتیک (glandular fever, Leptospirosis)

سیروز و تومور های کبد، Cholestasis- (توقف اطراح صفرا) در اثر ادویه جات مانند Chlorpromazine، تسومات کبدی توسط فاسفورس، کاربن تتراکلوراید، کلوروفارم و گرفتن مقدار زیاد Paracetamol و تومور های کبدی.

۳- یرقان بعد از کبدی (post hepatic jaundice):

الف - انسداد داخل لومن قنات صفراوی ، سنگهای صفراوی.

ب- آفات جدار قنات صفراوی:

-اتریزی ولادی قنات صفراوی اساسی.

- تضیق قنات صفراوی در اثر ترضیضات.

- تومور قنات صفراوی.

- کولانژایتس مزمن.

ج - تحت فشار قرار گرفتن طرق صفراوی از خارج:

- تومور راس پانکراس.

- تومور امپول واتر.

- پانکریاتیت.

تشخیص تفریقی یرقان

تشخیص تفریقی یرقان متکی به تاریخچه ، معاینه مریض و معاینات اختصاصی آن می باشد.

تاریخچه مریض: تاریخچه کم خونی فامیلی، splenectomy دلالت به عارضه ولادی کرویبات

سرخ خون می نماید (acholoric Jandice و غیره).

یرقان همراه با مواد غایطه بی رنگ (clay colored stool) وادرار تاریک دلالت به یرقان کبدی یا

بعد از کبدی می کند. در هر مریض مصاب به یرقان لازم است تا در مورد ترانسفوزیون در ماه های

اخیر، اخذ ادویه جات (chlorpromazine, paracetamol, methyl dopa)، معروض شدن

متواتر به هلوتان، زرقیات و اعتیاد به الکل، تماس با مریض هیپاتیت ویروسی و شغل ان پرسیده

شود. هرگاه یرقان بصورت آنی در نزد یک شخص جوان بروز نماید و کبد باجس دردناک باشد اکثراً

منشه ویروسی دارد. یرقان متناوب توام با درد های کولیکی شدید و لرزه دلالت به موجودیت سنگ در

قنات صفراوی می نماید. یرقان رو به ازدیاد توام با درد های دوامدار که به طرف خلف انتشار دارد

به گمان اغلب دلالت به امراض خبیثه طرق صفراوی و کبدی می نماید.

معاینه مریض: تیره گی یرقان نزد مریض دارای اهمیت می باشد. زردی لیمویی رنگ دلالت به یرقان هیمولایتیک کرده (ناشی از ترکیب کم خونی وزردی خفیف) یرقان شدید دلالت به نوع کبدی وبعداز کبدی می نماید.

علائم سیروز کبد: عبارت اند از spidar naevi سرخ وگرم بودن کف دست ها (livar palm) clubbing انگشتان ممکن دیده شود. نزد بعضی مریضان حین واذیمای طرف سفلی دریافت می شود. علائم فوق الذکر بر علاوه سیروز کبد در دیگر امراض خبیثه داخل بطنی نیز موجود می باشد.

معاینه کبد نیز مفید بوده که در هیپاتیت ویروسی کبد خفیفاً بزرگ و حساس بوده در سیروز حافه کبد سخت می باشد و ممکن است کبد کوچک و غیر قابل جس باشد. کبد بسیار بزرگ با سطح غیر منظم دلالت به امراض خبیثه می نماید. اگر حویصل صفرا متوسع و قابل جس باشد ممکن سبب یرقان سنگ نباشد (قانون Courviasser). در یرقان انسدادی post hepatic کبد اکثراً بطور یکنواخت بزرگ می گردد. Splenomegaly دلالت به سیروز کبدی یا امراض خون یا لمفوما نموده که ممکن لمفو ادینوپتی واضح نیز موجود باشد.

تشخیص تفریقی یرقان prehepatic از کبدی و post hepatic آسان بوده لکن تشخیص تفریقی بین دوشکل اخیر بسیار مشکل میباشد طوری که قبلاً گفته شد این دوشکل یرقان اکثراً بصورت مترافق باهم بوده می توانند.

معاینات متممه

معاینات لابراتواری تا اندازه در تشخیص کمک کرده لکن به هیچ وجه یک معاینه کاملاً تشخیصیه نمی باشد. تکنیک های تصویری غرض مشاهده کبد، حویصل صفراء و پانکراس ارزشمند بوده در حالیکه توسط کانولیشن اندوسکوپی قنات صفراوی و Transhepatic duct puncture میتوانیم سیستم قنات صفراوی را مشاهده نمود، باوجود آن تشخیص نهائی میتواند صرف در اثنا ی لپراتومی وضع شود.

دانستن بهتر میتابولیزم صباغات صفراوی و اطراح آنها برای درک معاینات لابراتواری در یرقان ضروری و لازم است. کرویات سرخ خون در سیستم ریتیکولاندوتیلیل تخریب شده و حلقه porphyrin مالیکول شکسته و کامپلکس بیلوروبین آهن - گلوبین بوجود می آید. آهن ازین کامپلیکس آزاد شده و در سنتیز هیموگلوبین مخ عظم دوباره از آن استفاده می شود. بیلوروبین به شکل یک ماده

غیر منحل در آب و منحل در شحم به کبد میرسد. در کبد بیلوروبین با اسید گلوکورونیک ترکیب شده و در صفراء به شکل بیلوروبین - دای گلوکوروناید که منحل در آب می باشد اطراح میگردد. بیلوروبین در داخل لومن امعاء توسط باکتری ها به یوروبیلینوژن بی رنگ تبدیل شده و یک قسمت زیاد آن توسط مواد غایطه اطراح میگردد لذا باید گفت که یوروبیلینوژن در مواد غایطه به یوروبیلین تبدیل شده یوروبیلین که صباغی است بادیگر محصولات در نتیجه تخریب بیلی روبین بوجود می آید به مواد غایطه رنگ طبیعی آنرا می دهد. مقدار کمی یوروبیلینوژن از امعاء جذب و بوسیله ورید باب به کبد میرسد، یک قسمت زیاد یوروبیلینوژن یکبار دیگر توسط کبد به امعاء اطراح شده و مقدار کم به دوران سیستمیک رسیده و توسط کلیه ها در ادرار اطراح میگردد، زمانیکه ادرار در معرض هوا قرار می گیرد یوروبیلینوژن آن به یوروبیلین اکسیدایز میگردد. بیلوروبین جز به شکل منحل در آب (conjugated) توسط کلیه ها اطراح نشده بنا بر این در ادرار prehepatic بیلوروبین در ادرار وجود ندارد (اصطلاح قدیم یرقان acholuric) اگرچه در یرقان این ماده در ادرار یافت میشود.

در یرقان نوع قبل از کبدی مقدار زیاد بیلوروبین به داخل امعاء اطراح شده بنا بر مقدار یوروبیلینوژن در مواد غایطه بلند میرود و مقدار جذب دوباره آن از امعاء افزایش یافته و بدین ترتیب مقدار اضافی آن وارد ادرار میگردد.

در آفات کبدی نیز مقدار یوروبیلینوژن ادرار نسبت عدم قادر بودن کبد در دفع و اطراح یوروبیلینوژن جذب شده از امعاء ممکن بلند باشد.

در انسداد بعد از کبدی چون مقدار بسیار کم صفرا میتواند به امعاء برسد بنا بر مقدار یوروبیلینوژن هم در مواد غایطه و هم در ادرار کم میباشد.

با در نظر داشت نکات فوق حالاً میتوان دریافت های مهم لابراتواری را در انواع مختلف یرقان قرار ذیل خلاصه کرد:

۱- در ادرار

موجودیت بیلوروبین در ادرار دلالت به یرقان انسدادی چه داخل کبد و یا بعد از کبدی می نماید. از دیاد یورو بیلینوژن در ادرار به یرقان قبل از کبدی و بعضاً آفت کبدی کرده در حالیکه عدم موجودیت آن در ادرار اسباب انسدادی را نشان میدهد.

۲- در مواد غایطه

عدم موجودیت صباغات صفراوی در مواد غایطه اسباب داخل کبدی یا بعد از کبدی را نشان داده و یوروبیلینوژن مواد غایطه در یرقان قبل از کبدی بلند میرود تست occult blood ممکن از باعث

خونریزی واریس مری در نتیجه فرط فشار باب (سیروز کبدی) و یا کرسیونومای امپولا که باعث انسداد فوچه قنات صفراوی اساسی و نزف به داخل اثنا عشر میگردد مثبت باشد.

۳ - در خون

معاینات مکمل هیماتولوژیک (RBC fragility، Coomb 's test تعداد reticulocyte) اسباب هیمولیتیک را روشن میسازد.

مقدار بیلوروبین سیروم همیشه در یرقانات بلند میروود و مقدار آن در یرقان قبل از کبدی از ۵ ملی گرام فی صد ملی لیتر (۱۰۰ میکرومول فی لیتر) نادراً بلند میروود لکن در یرقان نوع انسدادی ممکن بلند تر باشد، در صفحه موخر امراض خبیثه ممکن مقدار آن از ۵۰ ملی گرام فی صد ملی لیتر (۱۰۰۰ میکرومول فی لیتر) تجاوز نماید.

در یرقان قبل از کبدی (pre-hepatic) بیلوروبین به شکل unconjugated در خون موجود بوده در یرقان انسدادی خالص بعد از کبدی بیلوروبین خون بیشتر به شکل conjugated موجود بوده در حالیکه در یرقان کبدی نسبت توأم بودن تخریب حجرات کبدی و انسداد قنات داخل کبدی، بیلوروبین سیروم مخلوطی از شکل conjugated و unconjugated میباشد.

در یرقان pre-hepatic مقدار الکالین فاسفتاز نارمل بوده (۹۰-۳۳۰ IU فی لیتر) در یرقان کبدی مقدار آن بلند رفته و در یرقان hepatic و سیروز صفراوی ابتدائی مقدار آن بطور قابل ملاحظه (بالا تر از 600 iu/L) بلند میروود.

مقدار سیروم پروتین در یرقان قبل از کبدی نارمل بوده و در یرقان کبدی نسبت بین البومین و گلوبولین از باعث کم شدن مقدار البومین معکوس میگردد. در یرقان بعد از کبدی در صورتیکه حجرات کبدی ماوف نشده باشد مقدار پروتین سیروم اکثر نارمل است.

مقدار ترانس آمیناز سیروم در هیپاتیت حاد ویروسی و در مرحله فعال سیروز افزایش می یابد .

زمان پروترومبین (Prothrombin time) در یرقان قبل از کبدی نارمل در یرقان بعد از کبدی طولانی شده لکن با تجویز ویتامین k قابل اصلاح می باشد (دروقیاع که نسج وظیفوی کبد موجود باشد) در یرقان کبدی پیشرفته نه تنها زمان پروترومبین طولانی است بلکه این عارضه با تجویز ویتامین k نیز اصلاح نه میگردد زیرا علاوه بر اینکه جذب ویتامین k منحل در شحم مختل شده کبد ماوفه نیز قادر به سنتیز پروترومبین نه می باشد^(۱).

۴- Ultrasound- و CT scanning

Ultrasound- و CT scanning از جمله معاینات بسیار مفید و بی ضرر بوده و در جه صحت آن در سنگ داخل حویصل صرفاً فوق العاده زیاد می باشد لاکن متاسفانه سنگ داخل طرق صفراوی بعضاً مشاهده نشده و توسع قنوات داخل کبدی دلالت به انسداد طرق صفراوی می نماید. بنادر صورتیکه قنوات متوسع نباشد سبب یرقان انسداد طرق صفراوی نمی باشد. هر دو تکنیک در آشکار نمودن آفات داخل کبدی (مانند میتاستا زهای تومورل، ابسی، سیست) با ارزش بوده که بعداً تحت کنترل scan سوزن بیوپسی بصورت درست تطبیق شده میتواند. موجودیت کتله درپانکراس اکثرآ تشخیص شده اما تشخیص تفریقی بین کار سینوما و پانکریاتیت مزمن مشکل می باشد.

۵- راد یوگرافی بطن

راد یوگرافی ساده بطن ممکن است سنگهای صفراوی را نشان دهد. (۱۰٪ سنگهای صفراوی رادیو اوپک اند).

کولی سیستوگرافی در صورت موجودیت یرقان بی فایده بوده زیرا ماده کثیفه توسط کبد ماوف شده اطراح نمی گردد.

ممکن واریس مری را یرقان ناشی از سیروز نشان دهد و یا ممکن سوء شکل اثنا عشر را از باعث تومور پانکراس یا نیوپلازم ابتدائی معده را نشان دهد. در بعضی حالات یرقان انسدادی رامیتوان قبل از عملیات کولانژیو گرافی ترانس هیپاتیک انجام داد که در اینصورت یکی از شعبات توسع یافته قنات صفراوی مستقیماً پانکسیون اجراءوزرق مواد کثیفه دران ناحیه انسداد را مشخص میسازد. این عمل باید چند لحظه قبل از مداخله جراحی صورت گیرد زیرا در صورت یرقان انسدادی بعد از کشیدن سوزن لیکاز صفراوی معمولاً مشاهده میشود. معاینه مفید دیگر عبارت از کولانژیوگرافی Retrograde از طریق سند می باشد که با مشاهده مستقیم بوسیله دودینوسکوپ فیبرو پتیک وارد امپول و اتر می گردد. در این معاینه تومور پری امپولری نیز بصورت مستقیم مشاهده می گردد.

کولانژیوگرافی ترانس هیپاتیک و ریتروگرا د هر دو به منظور تطبیق dilators و stents ممکن استفاده شود.

۶- Isotope scanning کبد

در این معاینه از ایزوتوپی استفاده میشود که اشعه γ (گاما) پخش میکند و بعد از زرق در صفراء اطراح میگردد و بدین منظور I^{131} یا colloidal -technetium که داخل حجرات Kupffer ماکروفاژ میگردد بکار میرود. آفاتیکه نشانی شده Rose Bengal یا HIDA که توسط هیپاتوسیت ها جذب و در صفراء اطراح میگردد حاوی انساج وظیفوی کبد نمی باشد مانند تومور میتاستاتیک ابسی ویاسیست ها در معاینه CTscan به شکل یک defect مشاهده میشود.

۷- بیوپسی توسط سوزن

هرگاه ultrasound توسع طرق صفراوی را نشان ندهد در اینصورت آفت انسدادی موجود نه بوده و بیوپسی کبد توسط سوزن معلومات مهمی را در مورد پتالوژی کبد (مانند هیپاتیت و سیروز) ارایه مینماید. اگر التراسوند آفات محراقی را در کبد آشکار سازد میتوانیم تحت کنترل scanning بیوپسی اخذ کرد. بیوپسی توسط سوزن در صورت موجودیت یرقان خطرناک بوده و اگر زمان پروترومبین طویل باشد باید قبل از اجرای بیوپسی با تطبیق Vit. K اصلاح گردد و وقوع نزف به تعقیب بیوپسی ایجاب لپراتومی عاجل را می نماید.

۸- لپراتومی (Laparotomy)

چون یکتعداد زیاد اسباب یرقان بعد از کبدی را میتوان توسط جراحی تداوی کرد بناً در وقایع مشکوک لازم است تا لپراتومی اجرا گردد حتی در حالاتیکه سبب یرقان کاملاً کبدی فکر میشود اما از ترس اینکه مبادیک آفت قابل علاج ساده (مانند سنگ در قنات صفراوی اساسی) از نظر مخفی مانده باشد لپراتومی توصیه میشود.

انومالی های ولادی

فص ریدل (Reidl's lobe) عبارت از یک برآمدگی لب راست کبد بطرف سفلی میباشد که از نسج کبدی نارمل تشکیل شده و ممکن یک کتله مشکوک و بدون اعراض بطنی را کسب نماید اما قسمت

باقی مانده کبد و ظایف خویش را بطور نارمل اجرا و این انومالی ممکن با کلیه و پانکراس پولی سیستیک همراه باشد.

ترضيضات کبد

اسباب ترضيضات کبد را درحال حاضر اکثراً حادثات ترافيکی، سقوط از ارتفاع و یا جروحات نافذه (گلوله تفنگ ، ضربه کارد ، وغيره) تشکیل ميدهد. درچنين وقایع نرف شديد از کبد وخارج شدن صفرا بداخل جوف کبير پريتوان باعث پريتونيت منتشر شده که واقعات مرگ ومير از سبب ترضيضات کبد درسطح با لا تر قرار دارد شکل (۲-۷).

کبد یکی از احشای بطني است که بعد از طحال زياده تر به ترضيض معروض ميگردد. ترضيضات



کبد اکثراً با کسر اضلاع وترومای سایر احشای بطني سنترال خاصتاً طحال همراه می باشد. ترضيضات وجروحات کبد می

تواند Subcapsular,

Transcapsular و central باشد.

زمانیکه تمزق کبد کپسول

Glisson را نیز در برگیرد

شکل (۲-۷) توقف دادن موقت نرف کبدی مأخذ (۱)

خون و صفرا داخل جوف پريتوان شده و هرگاه کپسول سالم باشد باعث تشکل آبسه وسيست ها می گردد. تمزق مرکزی کبد عبارت از انشقاق وپاره شدن پرانشيم کبدی بوده وترضيضات کند کبدی می تواند با امبولی پرانشيم کبد به قلب راست وریه که اکثراً باعث مرگ می گردد همراه باشد. جروحات سويق کبدی اکثراً باعث مرگ می شود. اين مريضان درمحل حادثه تلف می شوند. ترضيضات غيرنافذه کبد باعث تمزق قسمت قدامی علوی وقبه کبد درنزد اشخاص مسن مصاب به آفت کبدی می گردد. درجروحات نافذه قسمت سفلی صدر اکثراً قبه کبد ماوف شده ونسبت ماوف شدن لوب راست به لوب چپ ۱:۵ می باشد.

نظا هرات سریری

مریض از درد بطن شاکی بوده که با معاینه تمام بطن حساس و دردناک است، نرف روبه ازدیاد جلب نظر می کند، بعضاً در موقع تروما هیماتومی در تحت کپسول کبدی تأسس نموده و ممکن است بعد از سپری شدن چند ساعت و یا چند روز تمزق نموده و علایم درد شدید بطنی و شاک را بوجود آورد.

تداوی

توقف نرف از جرحه کبدی بطور موقت توسط فشار دادن صفاق کبدی اثنا عشری را مطابق شکل (۲-۷) . میتوان انجام داد.



در سابق ترخیصات بطن را بطور محافظه کارانه معالجه می نمودند.

اما این نوع تداوی خطر ناک می باشد. در نزد اکثر مریضان نرف ادامه یافته و خطر غافل شدن از مصدومیت اعضای دیگر صدی بطنی همیشه موجود میباشد بناً به جز از ترومای خفیف لازم است به مریض نقلا الدم صورت گرفته و هرچه زود تر به لیره تومی اقدام شود.

شکل (۳-۷) تثبیت ثرب بداخل جرح کبدی مأخذ شماره (۱)

اوعیه خون دهنده جدار و عمق انشقاق لیگاتور و ثرب باچند خیاطه مطابق شکل (۳-۷) بالای جرحه تثبیت گردد. انشقاق کوچک خیاطه گذاری می شود. بعضاً در صورت خراب بودن وضع عمومی مریض paking موقتی جروحات کبدی و دور نمودن آن بعد از ۴۸ ساعت باعث نجات مریض می گردد. اگر یکی از فص های کبدی کاملاً متلاشی شده باشد رزکشن فص متذکره صورت می گیرد و انتی بیوتیک غرض جلوگیری از انتان توصیه می شود.

آبسی های کبد

آبسی های پیوجنیک کبد

شیوع مرض- آبسی پیوجنیک کبد در ۰.۱۶ فیصد از اتوپسی ها دریافت گردیده و حد اکثر بروز آن در دهه شش و هفت حیات می باشد، تفاوتی در بین زن و مرد موجود نیست.

اسباب

علت آبسی های پیوجنیک کبد عبارت اند از:

- ۱- انتانات صفراوی صاعده از طریق جریان دموی ورید باب.
- ۲- سپتی سیمی عمومی توام با اشغال کبد از طریق دوران خون شریانی کبد.
- ۳- انتشار مستقیم انتانات داخل پریتنانی.
- ۴- سایر عوامل از جمله ترضیض کبد کولانجایت ناشی از موجودیت سنگ یا کرسینومای قنوات صفراوی خارج کبدی از جمله شایعترین علت تشکل آبسه های کبدی می باشد. (دریک مطالعه ۲۰٪ مریضان مبتلا به آبسه تقیحی کبد دچار کارسینومای کبد یا پانکراس بوده اند). یکی از معمولترین علت این آبسه ها سپتوسیمی عمومی است، درحالیکه از اهمیت ورید باب به عنوان مسیر انتقال انتان کاسته شده است. پیلوفلبیت (pylophlebitis) در ۵٪، فیصد مریضان مبتلا به اپندیسیت حاد و ۳٪ از موارد اپندیسیت متقوبه رخ میدهد. شیوع مرض در دیورتیکولیت حاد نیز به همین نسبت بلند است. در چنین مواردی نمی توان هیچ یک از سگمنت های امعاء را که توسط سیستم ورید باب تخلیه میشود به عنوان اسباب پیلوفلبیت از نظر انداخت. شیوع این پتالوژی در نزد مریضان دچار نقایص سیستم معافیتی بلند است. در ۲۰٪ موارد علت خاصی برای آبسه های کبدی در یافت نمی شود. در نتیجه کلچر در بیشتر از ۹۰٪ موارد انتانات از قبیل E. coli کلبسیلا و سترپتوکوک دیده میشوند. انتانات ستا فیلوکوک، Pseudomonas شایعتر بوده و انتانات Fungal یا مختلط نیز ۲۵٪ آبسه ها را تشکیل می دهند. آبسی پیوجنیک ممکن واحد و یا متعدد و چند جوفی (Multi locular) باشند. آبسی های منفرد معمولاً در لوب راست کبد قرار دارند.

تظاهرات کلینیکی

الف - آپسی های حاد: اغلباً متعدد می باشند که با اعراض و علائم ذیل ظهور می نماید:

- ۱- تب وکسالت
- ۲- احساس ناراحتی در قسمت علوی بطن
- ۳- بی اشتهایی
- ۴- با معاینه کبد ممکن توسع و تندرns (tenderness) جس گردد.
- ۵- در بعضی موارد ممکن pleural effusion تأسس کند که میتواند عکس العملی نسبت تشکل فیستول به ملاحظه برسد.

ب - آپسی های مزمن : معمولاً واحد می باشد.

اعراض و علائم (Symptoms):

- ۱- تب - هنگامیکه آپسی تأسس نمود، تب شدید و مترافق بالرزه می باشد.
 - ۲- درد و ناراحتی در بطن ناحیه کبدی بسیار حساس بوده و به شانه راست انتشار می نماید.
 - ۳- یرقان - این عرض ممکن در صورت بزرگ بودن آپسی مشا هده شود.
 - ۴- دلبدی و استفراغ
 - ۵- بی اشتهایی
- از انجا ئیکه اکثرأ آپسه های پیوجنیک کبد بشکل ثانوی بوجود می آیند و منبع انتانی در قسمت های دیگر عضویت می باشند لذا نمی توان یک علامت پتوگنومونیک برای ان ها در نظر گرفت.
- تب وصفی ترین علامه بوده که با لرزه ، عرق شدید ، دلبدی ، استفراغ و بی اشتهایی توام می باشد.
- Hepatomegaly در ۳۰-۶۰ فیصد و حساسیت کبد در ۵۰ فیصد مریضان دیده میشود.

معاینات تشخیصیه

معاینه خون - لیکوسیتوز ($18000-20000 \text{ mm}^3$) موجود بوده و کم خونی در ۵۰ فیصد مریضان بنظر می رسد. در ۴۰ فیصد آپسه ها کلچرخون مثبت است همچنان مقدار الکالین فوسفاتاز زیاد شده در بعضی حالات هیپو البومینومی دیده می شود.

رادیوگرافی - در رادیوگرافی حجاب حاجز طرف راست، بلند تر قرار داشته وبدون حرکت می باشد. همچنان در x-ray ذاویه کاردیو فرینیک راست و قدامی صدر از بین می رود. در صورتیکه عامل انتان

یک میکرو اورگانیزم (micro organism) تولید کننده گاز باشد سطح مایع و گاز در کبد مشاهده خواهد شد.

CT scan و US - دقیق ترین روش تشخیصیه آبسه پیوجنیک کبدی است.

تداوی

توصیه انتی بیوتیک مناسب توام با دریناژ آبسه صورت می گیرد. تداوی با انتی بیوتیک زرقی به مدت دو هفته و بعداً انتی بیوتیک از طریق فمی برای یک ماه توصیه می شود. نتایج حاصله از دریناژ آبی با رهنمایی اولتراسوندویا CT scan با عملیه جراحی یکسان می باشد. در نزد تعداد کمی از مریضان که دچار آبسه های متعدد در یک لوب کبد می باشد رزکشن لوب کبدی بهترین تداوی است.

انذار مرض

وفیات در صورت دریناژ آبی (از طریق جلد یا از طریق جراحی) ۷.۵-۲۰ فیصد است، در حالیکه تداوی با انتی بیوتیک به تنهایی به ۵۰ فیصد مرگ و میر همراه است. این فیصدی در مورد آبی های متعدد به وضاحت افزایش می یابد.

آبی های آمیبیک کبد

عامل سببی مرض پرازیت *Enta amoeba histolytica* است که از طریق ورید باب به کبد جاه گزین می گردد. آبی کبد یک آفت دوره سنین متوسط است که نسبت ماوف شدن طبقه ذکور بر اناث ۱:۹ است.

پتولوژی

آبسیهای کبدی معمولاً بصورت آبسه منفرد و یا واحد بوده اما بعضاً بزرگ و حاوی قیح چاکلیتی رنگ و یا قهوه بی مایل به سرخ و توام با نسج منموته کبدی، لوکوسیت ها و کرویوات سرخ می باشد. آبی متذ کره معمولاً در لوب راست کبد نزدیک قبه و یا در وجه سفلی زاویه کبدی کولونی قرار دارد. ضخامت جدار آبی تا چند ملی متر بوده می تواند و شامل نسج گرانولیشن توام با فیروز و یا بدون آن می باشد.

تظاهرات سریری

اعراض آبسی زمانی تظاهر می کند که همزمان با علایم کبد مرضی باشد و منجر به بروز تشوشات سیستمیک شوند. شکایات اصلی مریض از تب و درد کبدی است که در ۸۸ فیصد مریضان وجود داشته و علایم آن ارتباط به موقعیت آبه در کبد دارد. درد و حساسیت در ناحیه بین اضلاع تحتانی سمت راست ممکن است همراه با برجستگی و اذیمای انساج تحت جلدی نیز وجود داشته و آبسی های سطح علوی کبد موجب انتشار درد به سمت شانه میشوند در حالیکه آبه های ناحیه bare area که هیچگونه تماسی با سطوح پریتوانی ندارند تا زمانی که درد ایجاد نکند پنهان می مانند. آبسی های لب چپ کبد بصورت تورم دردناک در ناحیه اپی گاستر تظاهر می کنند. تب، لرزه و عرق در ۳/۴ مریضان بملاحظه می رسد اما شدت تب با اندازه آبسی پیوجنیک بالانمی رود، جز اینکه آبه آمیبی دچار انتان ثانویه شود. ۱/۲ - ۱/۳ مریضان جوان دارای سابقه اسهال می باشند در حالیکه اسهال خون الود در نزد اطفال معمول است. هیپاتومیگالی تقریباً همیشه وجود دارد و یرقان نادر می باشد.

معاینات تشخیصیه

در مرحله حاد کم خونی دیده نمی شود اما لیکا سیتوز نسبتاً بلند می باشد. در مرحله مزمن مرض کم خونی وجود داشته ولیکوسیتوز پایین می باشد. نزد ۱۵٪ مریضان با معاینه مستقیم آمیب در مواد غایبه دیده میشود. تست های وظیفوی کبد نیز کمکی به تائید تشخیص نمی کند. تست هیماگوتینین غیر مستقیم تقریباً همیشه مثبت است. رادیوگرافی آن مشابه آبه های پیوجنیک کبد است. جهت تعیین محل دقیق آبسی می توان از US و انجیوگرافی استفاده کرد. تشخیص معمولاً از طریق اسپریشن قیح چاکلیتی رنگ که وصف این مرض است مشخص می شود اما ممکن است محتوی آبه با انتان ثانویه برنگ سفید کریمی باشد. در نزد کمتر از ۱/۳ مریضان میتوان پرازیت آمیب را در مایع اسپره شده تحت مایکروسکوپ مشاهده نمود.

اختلالات انتان ثانویه - معمولترین اختلاط آبه آمیبی (۲۲ فیصد) و تمزق آبه دومین اختلاط شایع آن می باشد. مریضان در اثر انتشار مستقیم دچار مشکلات برونکو پولمونری می شوند. تمزق آبسی به جوف پیریکارد خطرناکترین نوع تمزق است که معمولاً ناشی از انتشار یک آبسی واقع در لوب چپ کبد می باشد. در ۶-۹ فیصد موارد تمزق بداخل پریتوان یا احشای داخل بطنی صورت می گیرد.

تداوی

تداوی شامل ادویه ضد امیب و در صورت لزوم اسپریشن با دریناژ از طریق جراحی می باشد. پرنسیپ تداوی در ابتدا محافظه کارانه بوده که هدف آن از بین بردن آمیب از امعاء، کبد و خود آبی می باشد. تجویز مترانیدا زول 400mg به مدت چهار روز (در صورت لزوم همراه با اسپریشن بسته آبی) می توان هم انتان معایی و هم انتان کبدی را تداوی کرد. مناطق اندیمیک به ندرت به اسپریشن ضرورت دارند. تجویز ۲،۵ گرام میترانیدا زول بصورت یک دوز همراه با اسپریشن نتایج خوب دارد.

استطبابات اسپریشن آبی های آمیبیک کبد:

- ۱- بعد از یک دوره تداوی ضد آمیب با موجودیت علایم کلینیکی مرض.
 - ۲- موجودیت شواهد کلینیکی یا رادیوگرافی که دلالت به وجود آبی کبدی کند.
 - ۳- موجودیت علایم مبنی بر انتانات ثانویه آبی کبدی.
- چند روز قبل از اسپریشن لازم است تداوی طبی انجام گیرد. اکثراً با این تداوی آبی برطرف شده و ضرورتی به اسپریشن نخواهد بود. دریناژ بین اضلاع نهم یادم بین خطوط ابطی قدامی و خلفی صورت می گیرد. اگر آبی دچار انتان ثانویه شده باشد تداوی انتخابی بصورت دریناژ باز آبی خواهد بود. از نظر انداز میزان مرگ و میر در موارد بدون اختلاط کمتر از ۵٪ و در موارد موجودیت اختلاط ۴۳٪ است.

سیست هیداتید کبد

Echinococcus از جمله پرازیت های معایی بوده که انسان ها میزبان دوم آن می باشند.

اسباب

مرض توسط تینیا Echinococcus granulosus بوجود می آید.

منبع انتان:

- ۱- تماس مستقیم با سگهای منتن
- ۲- صرف سبزیجات منتن با تخم پرازیت Echinococcus

پتولوژی

Echinococcus granulosus به بزرگی ۴-۶ ملی متر در طرق هضمی سگ، روبا و پشک موجود بوده که توسط مواد غایبه آنها به خارج انتقال می یابد و بعداً حیوانات علف خوار در مزارع منتن با پرازیت متذکره آنها را تغذیه نموده و بعد از آنکه Echinococcus داخل معده حیوان علف خوار شده و در ۷۰٪ واقعات داخل کبد، در ۲۰٪ واقعات داخل ریه میگردند که باعث بروز اکینوкок گرنولوز unilocular hydatid cyst شده و اکینوкок multylocular باعث بروز اشکال alveolar type می گردند.

Hydatid cyst در ۸۵ فیصد واقعات در لوب راست کبد موقعیت داشته و سیستم مذکور سالانه در حدود ۲-۳ ملی متر بزرگ می گردند. Echinococcus granulosus در تمام دنیا دیده شده بخصوص در ممالک مدیترانه، روسیه، امریکای جنوبی، آسیای مرکزی، نیوزیلند و یونان زیاد تر دیده میشوند. در کشور ما هم نزد کسا نیکه به ما لداری مشغول می باشند و سگ نگه میدارند دیده می شود. بروز مرض در نزد انسانها در اثر تماس با میزبان بین ا لبینی مانند گاو، گوسفند و خوک مصاب می گردند. وصفی ترین نوع سیستم هیداتید یک جوفی بوسیله اکینوкок گرانولوز و نوع Alveolaris آن بوسیله اکینوкок الویولر ایجاد می شود. ۷۰٪ این سیستم ها در کبد واقع شده و سیستم ها معمولاً سطحی هستند. مایع داخل سیستم فشار بلند در حدود 300ml ستون اب داشته و بی رنگ است. سیستم های دختری در داخل و زیکول اصلی سیستم هیداتید قرار دارند. معمولاً سیستم به داخل انساج انتشار می یابد اما ممکن است با انتشار داخل کبدی جاه گزین نسج طبعی کبد شود. سیستم هیداتید الویولر برخلاف نوع یک جوفی بدون کیسول رشد کرده و تمایل به ایجاد میتاستاز های متعدد دارد. با رشد سیستم مرکز آن نکروزه شده و از جوانب به او عیه دموی و لمفاتیک تنها جم می نماید. عامل این مرض بیشتر در مناطق سرد وجود دارد.

ساختمان سیستم هیداتید

۱- طبقه (Pseudocyst) Adventitia: متشکل از نسج فبروتیک بوده و بیرنگ خاکی می باشد، با کبد التصاق صمیمی دارد که جدا کردن آن از نسج کبدی ناممکن می باشد. این طبقه در نتیجه ریکشن نسج کبد در مقابل پرازیت بوجود می آید.

۲- طبقه Laminated memhran (ectocyst) : این طبقه توسط پرازیت بوجود می آید و دارای رنگ سفید می باشد که دربین آن مایع هیداتید قرار دارد.

۳- طبقه Germinal epithelium (endocyst): متشکل از یک طبقه حجرات است که بداخل مایع هیداتید را افزاز نموده و بخارج طبقه Laminated membrane را می سازد.

۴ - Hedatid fluid : عبارت از مایع شفاف بوده که وزن مخصوص آن 1.005-1.009 می باشد و دارای حویصلات دخترتی و scolices است.

۵ - Brood capsules : این کپسول بطرف داخل germinalepithelium انکشاف نموده و توسط یک سوپق با طبقه داخلی سیستم در ارتباط است. scolices بطرف داخل کپسول انکشاف می نماید.

۶ - Daughter cyst: در صورتیکه Laminated memhran صدمه ببیند و Brood capsules پاره شود حویصلات دخترتی ازاد می گردند، درچنین موارد ساختمانهای متذکره توسط سیستم های ما دری تولید نگردیده و محتوی آن توسط طبقه advantitia احاطه می گردد^(۸).

تظاهرات سریری

سیست های ساده بدون اختلاط و معمولاً بدون اعراض می باشند. درچنین موارد یک کتله در قسمت RUQ جس می شود و تا زمانیکه سیستم هیداتید کبد به اختلاط معروض نشود تشوشت وظیفوی تولید نکرده و وضع مریض خوب می باشد. وقتی سیستم بزرگ شود و احشای مجاور را تحت فشار قرار دهد و یا به اختلاط دیگر از قبیل درد و حساسیت بطنی و وجود یک کتله قابل جس (۷۰٪) از عمده ترین شکایت مریضان می باشد. وجود یک کتله قابل جس یا بزرگ شدن کبد بصورت منتشر در نزد شخصی که در مناطق اندمیک زندگی می کند بدین مرض عطف می گردد. انتان ثانویه منجر به هیپاتومیگالی توام با تندر نس لرزه و تب میشود. با پاره شدن سیستم بداخل طرق صفراوی سه پایه کلاسیک کولیک صفراوی، یرقان و Ulteraria ایجاد می شود. ممکن است استفراغ حاوی محتوی سیستم و یا در مواد غایطه اطراح می شود که بنا م (Hedatidenteria) یاد می گردد. درد بطن و علایم شاک انافیلاکتیک علامه تمزق سیستم بداخل جوف پریتون است. تمزق سیستم بداخل صدر باعث درد شانه و سرفه می شود که ابتدا با محتوی کف الود خوندار و بعداً با محتوی صفرا توام می باشد.

اختلالات

مهمترین اختلاط سیستم عبارت است از بوجود آمدن فشار بالای طرق صفراوی داخل کبدی توام با اسکیمی و اتروفی کبدی می باشد. در صورت تمزق سیستم به احشای دیگر بطنی اختلاط ت ذیل به نظر می رسد :

۱- بوجود آمدن یرقان

۲- تمزق آن به جوف کبیر پریتوان باعث حالات ذیل می گردد:

الف - بوجود آمدن شاک

ب - علایم پریتونیت منتشر

ج - پنی مونی و *ulcicaria*

۳- تمزق به طرق هضمی

۴- تمزق به طرق صفراوی

۵- تمزق به جوف پلورا

در صورت تقیح تزد مریض، تب، استفراغ درد هیپوکاندر راست که بطرف خلف انتشار داردمشاهده می شود.

معینات تشخیصیه

- در رادیوگرافی سیستم بشکل یک خیال مدور و بعضاً *Calcify* در کبد نمایان می شود. انتان ثانویه با انتانات تولید کننده گاز ممکن است باسیستهای دختری اشتباه شود. با پاره شدن سیستم بداخل طرق صفراوی هوا در بقیه جوف سیستم مشاهده می شود.

US - CT Scan نیز با تشخیص کمک می کند و موقعیت سیستم را نشان می دهد.

ERCP: ارتباط سیستم را به طرق صفراوی نشان می دهد.

- در معاینه خون ایوزینوفیلی غیر قابل اعتمادترین عکس العمل ایمونولوژیک بوده و تنها در ۲۵٪ موارد مثبت است، تست تثبیت کمپلیمنت از حساسیت کمتری برخوردار است و بعد از ۲-۶ ماه از خارج نمودن سیستم منفی میشود.

- *Casoni test* - در ۹۰ فیصد موارد مثبت بوده و سالها پس از برداشتن سیستم از طریق عملیات جراحی مثبت باقی میماند^(۸).

تداوی

سیست های کوچک Calcify شده نزد مریضانی که تست سیروولوژیک آنها منفی است ضرورتی به تداوی ندارند. تداوی سیستهای بزرگ از طریق جراحی صورت می گیرد زیرا که به تداوی دوايي جواب نمی دهد. از آنجا نیکه فشار مایع موجوده درسیست هیداتید بالا می باشد بنابراین قبل از تخلیه آن لازم است از مواد کشنده scolicial از قبیل هیبیتان، الکل یا سلین هایپرتونیک استفاده کرد. دریناژ خارجی ومارسوپلا زیشن وقت زیادی را دربرمی گیرد وبا اختلاطات زیادی همراه است. بعد از تخلیه وشستشوی سیست ممکن است دوختن جوف سیست موثر واقع شود. امنتوپلاستی یکی از روشهای موفق درتداوی جوف سیست می باشد. همچنان می توان سیست را با طبقات ادوانتیس آن خارج کرد. هیپاتکتومی نسبی برای سیست های بزرگتر ومتعدد توصیه شده است. مارسوپلازیشن وهیپاتکتومی نسبی ممکن از طریق های تداوی سیست های بزرگ یا منتن باشد. نتایج عملیات جراحی خوب ومیزان مرگ ومیر کمتر از ۵ فیصد است. اگر تمزق سیست بداخل طرق صفراوی صورت گیرد ممکن سبب انسداد این طرق شود.تمزق بداخل پریتون با لپره تومی وشستشوی تمام جوف بطن وتمزق بداخل صدر نیز از طریق تخلیه ودریناژ سیست تداوی می شود.

فرط فشارورید باب (Portal hypertention)

فشار ورید باب وقتی که انسداد درسیستم باب وجود داشته باشد افزایش می یابد، این انسداد ممکن است قبل از کبد، داخل کبد ویا بعد از کبد واقع گردد. فشار ورید باب درحالت طبیعی 5-10mm Hg است و ممکن است در هایپرتنشن باب به 30-40mmHg برسد.

اسباب

انسداد قبل از کبد (pre hepatic)، انسداد درداخل کبد (hepatic) و انسداد بعد از کبد (post hepatic) سبب هایپرتنشن باب محسوب می شوند.

اسباب pre hepatic : بندش ورید باب به نسبت اتریزی، تضیق ولادی، ترمبوز (مثلا درنوزادمبتلا به sepsis ثروی) یا فشار خارجی (مثلا به علت ترمبوز، پانکریاتیت مزمن وکرسینومای پانکراس) بوجود می آید.

اسباب Hepatic: تحت فشار بودن و تخریب سینوزوئید های کبدی ناشی از انفلتریشن حجرات، فیبروز یا نودولهای Regenerated شونده از قبیل سیروز، Schistosamiasis و لوکیمیا لمفا تیک مزمن میباشد.

اسباب Post Hepatic: بندش جریان وریدی ناشی از فشار وینولها بوسیله توموری که به IVC سرایت نموده باشد. Schistosamiasis و کارسینومای کلیه معمولترین علت هایپر تنشن ورید باب است. در کشورهای غربی سیروز کبد باعث هایپر تنشن ورید باب می گردد. افزایش فشار باب منجر به گسترش کولاترال های وریدی بین جریان دموی باب و سیستمیک می گردد. مهمترین کولترال ها در مری اتفاق می افتد که تشکل واریس مری را بوجود می آورد.

نواحی تشکل کولترال ها عبارتند از مری، ثره، رکتوم، کانال ائل می باشد.

- اگر عدم کفایه کبد توام با هایپوپروتینیمی و هایپو الدوستیرونیزم وجود داشته باشد، هایپر تنشن باب منجر به بروز حبن می شود.

- در سپلنومیگالی ممکن درجاتی از هایپر سپلنیزم توام با لیکوپینی و ترومبوسیتوپینی وجود داشته باشد.

- هایپر تنشن باب منجر به انسفالوپتی نیز می گردد.

تظاهرات سریری

- تظاهرات معمول پورتل هایپر تنشن:

- هیما تمز و میلنا

- ممکن است علایم کمخونی وجود داشته باشد.

- نزد مریض سابقه قبلی امراض کبد یا الکولیزم وجود دارد.

- مریض خودش متوجه سیانوز در اثر ترومای کوچک و بروز Rash های جلدی نوع Purpura می گردد.

- نزد مریض ممکن هایپو ولیمیک شاک موجود باشد.

سپلنومیگالی (۸۰-۹۰٪) حبن و بعضاً وریدهای متوسع در اطراف سره (caput medusa) که بالای آن

میتوان با اصغا Venous hum را شنید. هنگام معاینه مریض به Purpura، امراض مزمن کبد و علایم ذیل توجه گردد:

- یرقان

- پگمنتیشن جلدی

- Clubbing

- spider nevi

- palmarerythem

- جینیکومستی

- اتروفی بیضه ها

هیپاتومیگالی و حین بدون سابقه مصرف الکل حاکی از انسداد ورید کبدی می باشد.

علائم انسفلوپتی عبارتند از:

- کانفیوز بودن

- خواب الودگی

- افزایش رفلکس ها

- بلند رفتن رفلکس پلاننیر

معاینات تشخیصیه

بلع باریوم و فیبروسکوپي: وجود واریس های مری را میتوان با بلع باریوم (Barium swallow) و فیبروسکوپي نشان داد. فیبروسکوپي روش بررسی انتخابی واریس مری است زیرا تشخیص قطعی را واضح ساخته و نیز محل نزف را تعیین می نماید.

Doppler US scan: ازین دو روش میتوان برای بررسی آفات انساج کبدی استفاده کرد.

ارتیریو گرافی سلپاک یا مساریقه علوی: درفا ز وریدی ارتیریوگرام سلپاک یا مساریقی علوی بهم خوردن اناتومی دقیق سیستم باب را می توان مشا هده نمود.

سپلنوپورتوگرافی: درین روش کا نولایزیشن ورید طحالی از طریق جلد انجام می یابد ودرآن ماده کثیفه تزریق می گردد.

ERCP: اگر مشکوک به سیروز ثانویه یا انسداد صفاوی خارج کبدی باشیم ERCP مفید است.

تستهای کبدی α Fetoprotien: شواهدی از مرض کبدی را میتوان با اندازه کردن بیلی روبین سیروم، البومین سیروم، انزایم های کبدی و α Fetoprotien برای جستجوی Hepatoma بدست آورد.

Biopsy کبد: برای تشخیص مرض میتوان از بیوپسی کبد استفاده کرد.
 ارزیابی سیرولوژیک: تست های سیرولوژیک برای تشخیص هیپاتیت A , B و C مرض اوتو ایمیون و سیروز صفراوی مقدم انجام می گردد.

تست های خون : نزد مریض باید هیموگلوبین، platelet، تست های BT و CT خون یوری الکترو لایت ها و کلسیم را تعیین نمود.

تداوی طبی

ابتدا لازم است آفتی که باعث واریس شده بصورت طبی تداوی گردد. سیروز با تجویز رژیم متعادل با کالوری زیاد و پروتئین کافی در نزد مریضان که سوی تغذی دارند تداوی صورت گیرد. جلوگیری از فاکتورهای تشدید کننده مانند نوشیدن الکل بعمل آید. تداوی جراحی وقتی استتباب دارد که نرف رخ دهد. تداوی عاجل نرف واریس مری عبارت از تعویض خون توسط ترانسفوزن بوده و برای تنقیص جذب مواد ازوتی از امعاء لازم است تا خون موجوده در کولون ها بوسیله اماله تخلیه گردد و به مریض از طریق فمی Neomycin داده شود تا فعالیت باکتریها را در تجزیه و تحلیل خون داخل امعاء کمتر سازد. پروتئین از رژیم غذایی حذف شود و مقدار کالوری لازم بصورت گلوکوز از طریق فمی و یاد داخل وریدی توصیه شود. اگر نرف ادامه یابد لازم است اقدامات جدی تری به عمل آید ولی تصمیم در مورد این اقدامات وقت زیاد را ایجاب می نماید. در صورتیکه مریض مصاب عدم کفایه پیش رفته کبد با یرقان، حبن، سویه پائین البومین سیروم (Thrombocytopenia) و یاسیستم تحثر خون باشد و یا مریض در حالت پری کوما و یا کوما باشد، چون هیچگونه امیدی برای تداوی این مریضان موجود نیست و اقدامات غرض تداوی ناراحتی های این مریضان را که در حال مرگ اند بیشتر میسا زد بنا بسیار عاقلانه خواهد بود که از هرگونه تداوی خود داری شود. تداوی طولانی مدت پورتل هایپرتنشن با β بلاکر ها تحت تحقیق قرار دارد.

تداوی جراحی

روش های جراحی مورد استفاده در پورتل هایپرتنشن عبارتند از:

Repeated Variceal ligation (Banding)

Portosystemic shant این شنت ها عبارتند از:

Transjuglar Intrahepatic portosystemic shant (TIPSS)

Open Shunts: نزد مریضان مبتلا به پورتل هایپرنتشن خارج کبدی این شنت ها نقش کمی دارند.

Liver Transplantation: پیوند کبد تداوی قطعی پورتل ها بیرتنشن است. وقتی مریض منتظر پیوند کبد است، جهت جلوگیری از عود نرف اسکلیرو تراپی واریس های مری انجام می شود، اگر این اقدام منجر به شکست شود تداوی عوضی TIPSS می باشد^(۵).

تومورهای سلیم کبد (Benign Hepatic Tumors)

تومور های سلیم کبد نا در بوده واکثراً بدون علایم می باشند. به طور تصادفی در لپره تومی یا لپره سکویی یافت می شوند. انواع تومورهای سلیم عبارتند از :

Hemangioma-1

Focal Nodular Hyperplasia-2

Liver cell adenoma-3

وصفی ترین تومور سلیم کبد هیمانجیوما کاورنوز (Cavernous Hemangioma) می باشد. هیمانجیوما کاورنوز در نزد کاهلان ۳۰-۷۰ ساله دیده می شود و ممکن است به صورت کتله^۱ بسیار بزرگی رشد کند.

تظاهرات سریری

هیمانجیوما کاورنوز معمولاً بدون علایم بوده ولی ممکن است با علایم مبهم بطنی (درد – تورم – دلبدی) تظاهر نماید.

معاینات تشخیصیه

تشخیص با اولتراسوند، CT scan انجیوگرافی و بیوپسی صورت می گیرد. تشخیص هیمانجیوما کاورنوز با اولتراسوند، CT scan و انژیوگرافی تائید می گردد.

معمولاً بیوپسی کبد در این وضعیت مضا د استطباب است تشخیص با اولتراسوند و CT scan و بیوپسی وضع می گردد. خطر نرف بنفسهی در هیما نجیوم بسیار اندک است ولی در موارد موجودیت علایم رزکشن ممکن است استطباب پیدا کند که تکنیک آن مربوط به موقعیت و انداز ه آفت میباشد.

در صورت تشخیص تومورهای بزرگ ضرورت به رزکشن دارند ولی تومورهای کوچک را میتوان به طور طبی تداوی کرد. شواهدی وجود ندارد تا نشان دهد که این افات premalignant هستند.

تومورهای خبیث کبد (Malignant Hepatic Tumors)

نیوپلازم های خبیث کبد که از حجرات پرانشیمی منشه می گیرند کارسینوم هیپا توسلولر و آنهای که از سیستم طرق صفراوی منشه می گیرند کولانژیو کارسینوما نام دارند. تومورهای خبیث کبد عبارتند از:

- تومورمقدم (primary)
- کارسینومای هیپا توسلولر مقدم (هیپا توما)
- کولانژیو کارسینوما
- تومورهای ثانویه (Secondary).

تظاهرات سریری

نزد مریض اعراض و علایم ذیل موجود می باشد :

- توسع بطن
- درد - یرقان
- خارش
- کاهش وزن
- هیپاتومیگالی
- کتله بطنی

تشخیص تفریقی

- باتومورهای سلیم کبد
- آبسی های باکتیرییل کبد
- تومورهای میتاستاتیک

معاینات تشخیصیه

اولتراسوندو **Ct scan** : تشخیص نیوپلازم خبیث کبد توسط اولتراسوند و CT scan صورت می گیرد. (این روش میتواند انتشار خارج کبدی مرض را خالصتاً به عقدات لمفاوی پورتل یا پره آورتیک مشخص سازد).

CTAP (CT Arterial Portography) CT اسپیرال اولتراسوند حین عملیات افزایش حساسیت تعیین تومورهای کوچک با استفاده از CTAP. Spiral CT با تزریق قبلی lipiodol بدخل شریان هیپاتیک و انترا آپیراتیف US بدست می آید.

MRI : نقش MRI در تومورهای خبیث کبد هنوز به تائید نرسیده است.

ارتیریوگرافی سلیاک : ممکن است سرکولیشن غیر طبیعی تومور را نشان دهد.

بایوپسی : تائید هستولوژیک با percutaneous CT Guided Biopsy بدست می آید.

اندوسکوپي، باریوم انما: حتی بعد از Needle Biopsy این مسئله حایز اهمیت است که وجود تومور اولیه GI را با اندوسکوپي (معهه) CTscan (پانکراس) و باریوم انما (کولون) بررسی نمایم.

کولانژیوگرافی: کولانژیوکارسینوما ممکن است خیلی کوچک باشد و با انسداد صفاوی تظاهر کند. بیوپسی این آفت مشکل و تشخیص ممکن است با کولانژیوگرافی وضع گردد.

Resection – Palliation: اگر به نظر آید که برداشتن کامل تومور ممکن است باید رزکشن کبد

نزد مریض اجرا گردد. رزکشن کبد در نزد مریضان مبتلا به امراض کبدی مزمن کار پرخطری (high

risk) است و باید بادقت تمام در نظر گرفته شود، در بعضی موارد که تومور کبدی کوچک است باید

مریض برای پیوند کبد کاندید گردد. رزکشن کبد برای تومورهای ثانویه کبدی هم اکنون باید در نزد

تمام مریضان در نظر گرفته شود. بهترین نتایج در نزد مریضانی بدست می آید که میتاستاز کولورکتل

ثانویه کمتر از چهار دپوزیت موجود باشد. تومورهای که برای رزکشن مناسب نیستند عملیات بهبود

بخش انجام می گیرد. در اغلب موارد تداوی بهبود بخش شامل یرقان با گذاشتن سنتت از طریق

اندوسکوپ یا ترانس هیپاتیک سیستم صفاوی یا بای پاس جراحی است.

تداوی: Hepatic Resection

سه نوع رزکشن کبدی وجود دارد که قرار ذیل می باشد:

Left Hemi Hepatectomy (1)

Right Hemi Hepatectomy (2)

Right Tri segmentectomy(3)

- برداشتن لوب آناتومیک چپ کبد. برداشتن لوب راست و سگمنت انسی لوب چپ.
- پورتا هیپا تیک اکسپلور شده شعبات مناسب ورید با ب، شریان کبدی و قنات کبدی لیگاتور و قطع میشوند، بعداً پرانشیم کبد قطع و بادقت تمام او عیه که خط section را قطع میکند لیگاتور می شوند.
- ورید کبدی مناسب تعیین شده کلمپ می گردد و Oversewing صورت می گیرد.
- یک درن سیلیکان در ناحیه سطح شق کبدی قرار داده میشود.

اهتمامات بعد از عملیات

بعد از رزکشن کبد مریض در ریکوری برای حد اقل ۲۴ ساعت یا تا زمان Stable شدن پارامتر های قلبی و عایی به مراقبت ضرورت دارد. مریض باید برای نرف بعد از عملیات عدم کفایه حجرات کبدی و خاصتا کوگولاپتی، هیپو گلاسیمی و هیپو البومینی مورد بررسی قرار گیرد. یومیه اجرای تست های انعقادی و تست های وظیفوی کبد باید اجرا شود.

تمرینات فصل هفتم کبد

- ۱- آناتومی جراحی کبد را بطور خلص توضیح نمائید؟
- ۲- وظایف کبد از چه قرار می باشد؟
- ۳- یرقان چیست و تصنیف آنرا بیان کنید؟
- ۴- علایم سیروز کبد را توضیح نمائید؟
- ۵- معاینات تشخیصیه کبد کدام اند؟
- ۶- اسباب ترضیضات کبد را بیان نمائید؟
- ۷- شیوع آبسی های پیوژنیک کبد از چه قرار می باشد؟
- ۸- شیوع آبه های آمیبیک کبد را توضیح نمائید؟
- ۹- سیست هیداتید کبد چیست و اسباب آنرا بیان کنید؟
- ۱۰- تمزق کیست هیداتید کبد باعث کدام اختلالات می گردد؟
- ۱۱- معاینات تشخیصیه آفات کبدی کدام اند؟
- ۱۲- تداوی سیست هیداتید کبد را توضیح نمائید؟
- ۱۳- فرط فشار ورید باب چطور صورت می گیرد؟
- ۱۴- روشهای تداوی جراحی فرط فشار ورید باب کدام اند؟

۱۵- تومورهای خبیث کبد دارای کدام اعراض و علائم می باشند؟

۱۶- معاینات تشخیصیه تومورهای کبد کدام اند؟

References:

مأخذ

1. Astapenka WG, Malnikov N.H, Surgical disease 2th edition Minsk 1983p. 32-258.
2. Alan Hemming and Steven Gallinger . Liver. In: Jeffrey A, Norton. R.Randal Ballenger , Alfred E. Chang ... et al. editors, Essential Practice of Surgery Basic science and Clinical evidence: USA: Springer; 2002.p,198-216,
3. Brine R. Davidson , The Liver ,In: R,CA. Russel , Norman , Wellamms, Christopher J,k, Bulstrode, editors Bailey & Love`s Short Practice Of Surgery.24th ed, Great Britain: Hodder Arnold; 2004p.1056-85,
4. Bria R Davidson .Surgery of the leverJn:RUSSEL RCG Viliams NS Balst rod JK Editors; . In:Bily& Lave Short practice of the sutgery. 24th edition Edward Arnold; 2004 p,1062-1094.
- 5 . Lawrence W,Way. Liver ' In: Lawrence W. Way.editor.Current; Surgical Diagnosis&TreatmentUSA:Appleton & Longe; 2004 p.456-68.
- 6 .Myroddin. Rees, Surgery of the Liver . In: Margreat Farquherson Brendan Moran. Editors Farquharson`s Textbook of Operative General Surgery , 9th ed UK.Hodder Arnold; 2005,p.359-74.
- 7.Sir Alfred Cuschiere. Disorders of the Liver , In:SIR Afred Mossa,editors,Essental Surgical Practice ed, UK: Arnold ; 2002p.325-64

8. Steven A, Curley and Timothy D, Sielaff, Liver, In: F. Charles Brunickardie, Dana K, Anderson... et al editors Schwartz's Manual of Surgery, 8th ed, USA: McGRAW-HILL, 2006 p.805-15,
9. Brian R Davidson .Surgery of the liver In: Russe RCG Williams NS Balstrod JK Editors; . In: Bily & Lave Short practice of the surgery. 24th edition Edward Arnold; 2004 p, 1062-1094.
10. The liver, pancreas and function [online]2007[cited2007]Available from: health.care.utah.edu.
11. The Liver diagram , the Liver ,Pancreas and gallbladder,[online][cited2007]Available from Lave: WWW.pbir.com/
Liver

فصل هشتم

امراض طرق صفراوی (Biliary System Diseases)

| | |
|-----|-----------------------------------|
| ۱۹۰ | اناتومی جراحی |
| ۱۹۴ | سنگ های طرق صفراوی |
| ۱۹۶ | معاینات طرق صفراوی |
| ۲۰۳ | کولی سیستیت حاد |
| ۲۰۷ | کولی سیستیت مزمن |
| ۲۰۸ | کولی سیستیت بدون سنگ |
| ۲۰۹ | Colangitis&choledocolithiasis |
| ۲۱۲ | کارسینومای طرق صفراوی و خارج کبدی |
| ۲۱۴ | ماخذ |

اناتومی جراحی

حویصل صفرا (Gall Bladder) در قسمت سفلی لوب راست کبد در RUQ بطن قرار دارد. حویصل صفرا در حدود ۱۰ سانتی متر طول داشته و فوندوس آن کاملاً با پریتوان پوشانیده شده و از طرف قدامی توسط نسج منضم سست که به آسانی از آن جدا می شود به کبد وصل می گردد. عنق حویصل صفرا یک توسع بنام Hartman Pouch دارد که به سفلی آویزان بوده و بوسیله التواتات به اثناعشر چسبیده است. عنق حویصل مبدل به قنات سیستیک (cystic duct) شده و به داخل قنات کبدی مشترک (CHD) دریناژ می شود و قنات صفراوی مشترک (CBD) را می سازد.

اروای حویصل صفرا

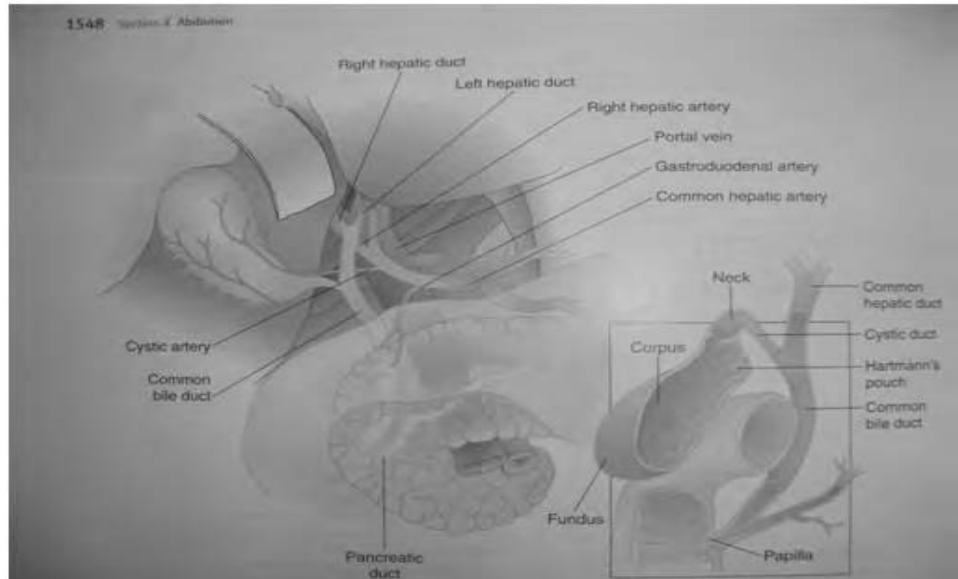
شریان سیستیک (Cystic Art.) معمولاً شعبه ای از شریان هیپاتیک راست است که در خلف قنات کبدی اساسی از آن جدا می گردد و حویصل صفرا را اروای نماید. در ۱۵٪ مواقع شریان کبدی راست و یا شریان سیستیک در قدام قنات کبدی اساسی و قنات سیستیک قرار دارد شکل (۸-۱).

اوکیه لمفاوی

اوکیه لمفاوی حویصل صفراء در عقدا ت لمفاوی سیستیک وصل و این عقدا ت در حذا ی اتصا ل قنات سیستیک و کبدی اساسی قرار دارند. لمف این عقدا ت به سو یق کبدی و عقدا ت لمفاوی سیلیاک در ناژمی گردد.

انومالی های ولادی حویصل صفراء وطرق صفراوی :

- عدم موجودیت حویصل صفراء- بصورت نادر حویصل صفرا در یک شخص موجود نمی باشد.
- حویصل صفراء شناوریا متحرک(Floating gallbladder) .حویصل صفرا دارای مساریقه ا زاد بوده وزمینه را برای تدور مساعد می سازد .
- کلای Phrygian در ۲فیصد کولی سیستوگرافی دیده می شود.



شکل(۸-۱) () اناتومی طرق صفراوی وارتباط آنها به اورگانهای دیگر

- حویصل صفرای مضاعف-(Double gallbladder)- درچنین موارد دوعدد حویصل موجود می باشد که یکی ان ممکن داخل کبد باشد.
- عدم موجودیت قنات سیستیک – درین انومالی قنات صفراوی اساسی می تواند دراثنای کولی سیستیکنومی ماوف شود.
- وصل شدن قنات سیستیک درسفی- درچنین موارد قنات سیستیک نزد امپولا به قنات صفراوی اساسی وصل شده می باشد.
- قنات کولی سیستوھیپاتیک اضافی- ممکن این قنات درحویصل صفراء باز گردد وباعث لیکازصفراوی بعد از کولی سیست اکتومی شود.

طرق صفراوی (Bile Ducts)

طرق کبدی (Hepatic Duct) راست وچپ از طریق پورتا هیپاتیک ظاهر وبا هم وصل وقنات کبدی مشترک (Common Hepatic Duct)رامی سازند، CHD ادامه یافته و بعد از پیوستن با قنات سیستیک ، قنات صفراوی مشترک (CBD) رامی سازند (۵).

مجاورت CBD- طرق هیپاتیک بخش سوپرادودینل CBD درکنار ازاد Lesser Omentum قرار می گیرند. شریان هیپاتیک در سمت چپ آن قرار می گیرد. ورید باب در خلف می باشد. شریان هیپاتیک راست قبل از اینکه شعبه شریان سیستیک از آن جدا شود از خلف CBD عبور می کند. یک سوم قسمت تحتانی CBD ممکن است در تونل پانکراس واقع گردد. فشار دادن متناوب کنار ازاد Lesser omentum تا ۱۵ دقیقه برای کنترل نرف کبدی مفید است و به آن مانور Pringle می گویند.

فزیولوژی

حویصل صفراء نارمل دارای وظایف ذیل می باشد:

۱- **نخیره صفراء-** حین گرسنگی مقاومت معصره مقابل جریان صفراء زیاد بوده که صفراء اطراح شده توسط کبد بداخل حویصل جریان پیدا می کند بعداز گرفتن غذا مقاومت معصره Oddi مقابل جریان صفراء کم شده حویصل تقلص می نماید و صفراء داخل اثنا عشر می گردد. این عکس العمل حرکتی طرق صفراوی مربوط به هورمون Cholecystokinin می باشد که در نتیجه عکس العمل مخاط قسمت های علوی امعاء مقابل مواد غذایی شحمی ازاد می شود.

۲- **غلیظ ساختن صفراء-** در نتیجه عملیه جذب فعال آب، سودیم کلوراید و بای کار بونیت توسط غشای مخاطی حویصل ۵-۱۰ مرتبه غلیظ شده و همزمان نمکهای صفراوی، صبغات صفراوی، کولسترول و کلسیم در آن افزایش می یابد.

۳- **افراز مخاط-** تقریباً ۲۰ ملی لیتر مخاط در طی ۲۴ ساعت افزای می گردد.

معاینات تشخیصیه

رادیوگرافی ساده بطن - سنگهای رادیوآپیک در ۱۰٪ مریضان قابل مشاهده بوده و همچنان موجودیت گاز در قنات صفراوی قابل دید می باشد.

کولی سیستموگرافی فمی (Graham-Cole test)- از جمله معمولترین معاینات در طرق صفراوی بوده و درین معاینه از Telepaque که یک مرکب عضوی آیدین دار می باشد از طریق فمی استفاده شده و بعداز اخذ رادیوگرافی کنترولی جهت تخلیه حویصل صفراء مریض به ساعت ۶ شام روز قبل از اجرای رادیوگرافی غذایی را که حاوی یک مقدار شحم باشد می گیرد و تابلیت ها بساعت ۹ شب با مقدار کم آب از طریق فمی گرفته می شود و بعدا زان مریض از طریق فمی چیزی نمی گیرد، فردای آن روز بساعت ۹ صبح رادیوگرافی قسمت علوی راست بطن بحالت استاده و استجاع ظهری بوضعیت مایل اجرا می گردد. جهت تخلیه حویصل صفراء یک غذای نوشیدنی که حاوی شحم باشد به

مریض داده شده و رادیوگرافی دیگر اخذ می گردد. مشاهده نشدن خیال حویصل صفرا ممکن ناشی از عدم اخذ تابلیت ها توسط مریض، استفراغ، سوء جذب، تشوش و ظایف کبدی، بند شدن قنات سیستیک و یا امراض شدید حویصل صفرا باشد که مانع تجمع مواد کثیفه می گردد.

کولانژیوگرافی داخل وریدی: توسط این معاینه طرق صفراوی داخل کبدی و خارج کبدی مشاهده می شود و بدین منظور Biligrafin که یک ماده کثیفه آیویدین دار می باشد بداخل ورید به آهستگی زرق شده که مواد مذکور توسط کبد جمع و در ظرف چند دقیقه در طرق صفراوی مشاهده می شود. کولی سیستوگرافی فمی و داخل وریدی همزمان اجرا شده می تواند کولی سیستیت حاد و مزمن را استنباط اجرای این معاینات می باشد.

اولتراسونوگرافی: در نزد مریضانیکه نزدشان احتمال سنگ صفراوی می رود و یا یرقان داشته می باشد، یک معاینه بدون ضرر است. این معاینه سنگهای صفراوی طرق صفرا و توسع قنات صفراوی را نشان میدهد.

Computed tomograph: این معاینه نیز مانند اولتراسونوگرافی معلومات ارایه کرده و برای مریضانی که نزد آنها اجرای اولتراسونوگرافی نسبت چاقی و مقدار زیاد گاز امعاء مشکل می باشد یک معاینه مفید است.

(ERCP) Endoscopic retrograde cholangiopancreatography

درین معاینه به کمک fiberoptic duodenoscope کانول داخل امپول و اتر شده و علت یرقان جراحی از اسباب طبی آن تشخیص تفریقی می شود. توسط این معاینه صفرا جهت معاینه سایتولوژی و میکروبیولوژی و پارچه از ناحیه متضیق برای مطالعه سایتولوژی گرفته می شود. توسط تکنیک مجهز اندوسکوپی پاپیلوتومی جهت اخراج سنگ و عبور کتیترا از ناحیه متضیق به منظور دریناژ خارجی صفرا و گذاشتن stents در ناحیه متضیق اجرا می گردد.

percutaneous transhepatic cholangiography (PTC): درین معاینه یک سوزن که دارای قطر ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵ سانتی متر می باشد از طریق مسافه بین الضلعی هشتم خط ابطی متوسط الی فاصله دوسانتی متری از حافه راست ستون فقرات تحت کنترل فلورسکوپ داخل کبد شده بعد stylet آن کشیده شده و در حالیکه 280 conray زرق می گردد، سوزن به آهستگی زمانیکه مواد کثیفه

داخل طرق صفراوی گردید خارج می شود. این تکنیک در نزد مریضان مصاب آفات طرق صفراوی به منظور تطبیق کتیتر در قنات صفراوی و دریناژ صفراء بخارج رواج زیاد پیدا کرده است همچنان stent رامیتوان به منظور دریناژ بداخل اثنا عشر از ناحیه متضیق عبور داد.

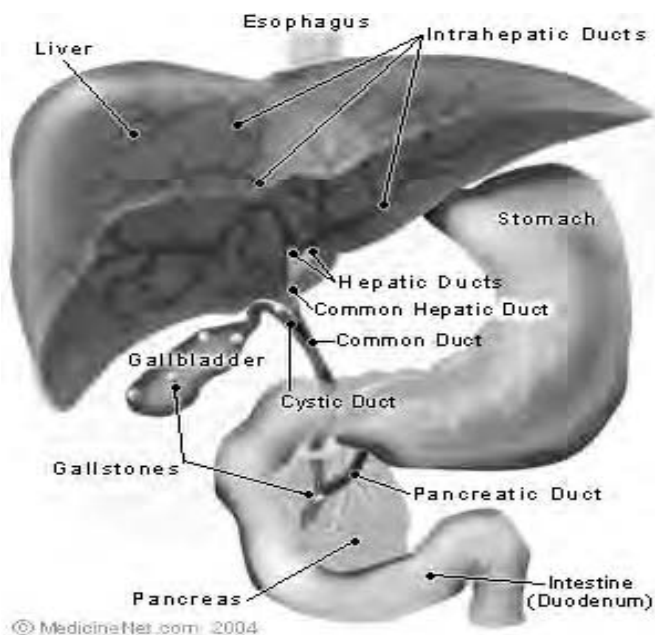
کولانجیوگرافی قبل از عملیات (preoperative cholangiography): درین معاینه کسیت فلم در ناحیه که تمام طرق صفراوی را دربرگیرد گذاشته می شود. قنات سیستیک باز و کتیتر polythine از طریق آن تقریباً بطول سه سانتی متر بداخل قنات صفراوی اساسی عبور داده می شود. قنات سیستیک و کتیتر توسط یک خیاط به منظور جلوگیری از لیکاز بسته شده و بمنظور جلوگیری از حباب های هوا بداخل کتیتر که خیال مشابه به سنگهای radiolucent را در کلیشه رادیوگرافی می دهد، کتیتر قبل از تطبیق توسط سیروم فزیولوژیک پرمی گردد، میز عملیات ۱۰ درجه بطرف راست خم شده و راس مریض ۲۰ درجه پائین می گردد. سه زرق مواد کثیفه هایپک ۲۵٪ (۳-۴ و ۱۰ ملی لیتر) تطبیق شده و بعد از هر زرق کلیشه رادیوگرافی اخذ می گردد. در اثنای اخذ کلیشه رادیوگرافی باید از مریض خواسته شود تا تنفس راقطع نماید. کولنژیوگرام نارمل عدم ضرورت استکشاف طرق صفراوی اساسی را نشان می دهد و عدم دخول مواد کثیفه بداخل اثنا عشر ممکن از باعث سپرم معصره باشد، نظربه اینکه یک آفت عضوی سبب حادثه شده باشد، برای رفع آن به مریض succinylcholine تطبیق و دو باره کلیشه رادیوگرافی اخذ می شود. در صورتیکه مواد کثیفه هنوز هم داخل اثنا عشر نشده باشد و یا در قنات سنگ دیده شود باید استکشاف قنات صفراوی اجراء گردد.

Postoperative cholangiography- این معاینه ۱۰-۱۴ روز بعد از کولیدوکتومی از طریق تیوب تیوب اجراء شده که عدم موجودیت سنگ و جریان نارمل صفراء به اثنا عشر ایجاب می کند که تیوب خارج گردد.

سنگ های صفراوی (Gallstones)

سنگ های صفراوی به نسبت رسوب صفرای غلیظ در حویصل صفرا بوجود می آیند. این سنگها ممکن از کولسترول یا از پگمنت های صفراوی بوجود آیند. گرچه اکثر سنگهای صفراوی مختلط (Mixed) هستند.

۱۰ فیصد از سنگهای صفراوی به علت وجود نمکهای کلسیم رادیوآپک می باشند.



این سنگها تمایل دارند تا حویصل صفرا یافتات صفراوی را مسدود سازند (۱۰).
به ندرت یک سنگ صفراوی بزرگ ممکن است از طریق ترضیض جدار حویصل صفرا وارد امعاء گردد و باعث انسداد امعاء شود.

شکل (۸-۲) سنهای طرق صفراوی مأخذ (۱۰)

تظاهرات سریری

سنگهای صفراوی خاصاً در چهار F - F - Fertile - Fatty - Fourthy (خانم مزدوج چاق - چهل ساله - مونث) شایع است. ممکن است در سنین دیگر یا در نزد مردان هم سنگ صفراوی بوجود آید.

علائم تیپیک مرض به دونوع می باشد :

- ۱- سوهاضمه با نفخ (Flatulent Dyspepsia) : این علائم عبارتند از احساس پر بودن معده (Gastric fullnes). علائم distention که یک الی دوساعت بعد از غذا و خاصاً بعد از صرف غذای چرب دیده می شود اکثراً سو هاضمه (Dyspepsia) بعد از ظهر اتفاق می افتد .
- ۲- کولیک صفراوی (Gall Bladder colic) : کولیک حویصل صفرا احتمالاً ناشی از انسداد خروجی حویصل صفرا می باشد. این کولیک عبارت از دردشدیدی است که بعد از صرف غذای چرب بوجود می آید. درد در ناحیه اپی گستریک یا هیپوکاندر راست قرار دارد و در اطراف Costal Margin به عظم کتف راست انتشار می نماید. در چند ساعت طول می کشد و معمولاً مریض را به مراجعه جهت کمک طبی وادار می سازد. با تزریق pethidine درد آرام می شود ولی sorness در تحت هیپوکاندر راست برای چند روز باقی می ماند که با سرفه و حرکت شدت می یابد. اگر حویصل صفرا به طور ثانویه دچار انتان گردد (کولی سیستیت حاد) مریض بسیار نا آرام بنظر می

رسد و با علائم لرزه، بی اشتها، دل‌بندی و استفراغ مراجعه می‌کند^(۱). با معاینه ممکن است تب وجود داشته باشد، حد اکثر حساسیت در تحت غضروف ضلع نهم سمت راست در ناحیه حویصل صفرا وجود دارد. اگر سه انگشت دست راست تحت costalmargin قرار گیرد و از مریض خواسته شود تنفس عمیق نماید، درین صورت درد شدید (shorp pain) حین تماس دست به حویصل صفرا احساس می‌گردد که به آن Murphy's Sign گویند.

تشخیص تفریقی با امراض ذیل صورت می‌گیرد :

- پانکرایتیت حاد
- قرحه پپتیک حاد
- اپندیسیت حاد
- هیپاتیت حاد
- پنومونی
- انفراکت میوکارد (MI)
- درد رادیکولار

معاینات تشخیصیه

(1) LFT

(2) اولتراسوند

(۳) OCG (Oral Cholecystography)

(4) Hepatic Imino Diacelic Acid (HIDA scan)

LFTs : در طی حمله حاد ممکن است اختلال اندکی در تست های وظیفوی کبد دیده شود .

اولتراسوند : موجودیت سنگهای صفراوی بوسیله اولتراسوند تائید می‌گردد.

HIDA scan : پرنشدن حویصل صفرا در طی حمله حاد گزارش می‌شود.

تداوی سنگ های صفراوی

گاهی میتوان سنگهای صفراوی را با تداوی طبی حل نمود. HIDA یک مشتق Hepatic Imino Diacelic Acid است که توسط هپا توسیت ها داخل صفرا افزای می‌گردد. این روش ها درنکس به علت آفات جدار حویصل صفرا سهیم هستند و این مرض با خطر اندک ولی قطعی در دراز مدت همراه

می باشد. خوردن سنگها با لیتوتریپسی (lithotripsy) هم انجام شده است ولی سنگهای خرد شده با حرکت خود می توانند باعث یرقان یا پانکریاتیت شوند. تداوی سنگهای صفراوی عبارت از خارج نمودن سنگ از حویصل صفرا می باشد. در شرایط فعلی این عمل را از طریق لپره سکوپ انجام می دهند .

کولی سیستیت حاد معمولا به شکل Conservative با Bed rest و انتی بیوتیک (سفالوسپورین زرقی) تداوی می شود.

بعضی جراحان کولی سیستکتومی را ترجیح می دهند و آن را بصورت یک عمل عاجل در طی حمله حاد انجام می دهند. حویصل صفرا معمولا در مراحل اولیه (۴۸ ساعت) با آسانی خارج می گردد، زیرا با اذیما احاطه شده است.

تداوی یرقان انسدادی ناشی از سنگهای صفراوی: تداوی یرقان انسدادی (Obstructive Jundice)

اگر یرقان به علت سنگهای صفراوی باشد بعد از اتمامات لازمه کولی سیستکتومی صورت می گیرد. به مریض باید انتی بیوتیک تجویز شود (امپیسلین یا یک سفالوسپورین) تا کولانجایت را نیز تداوی کند. گرفتن مایعات بخاطر خطر عدم کفایه کلیه توام با این مرض از اهمیت زیادی برخوردار است. اگر با این اتمامات مرض آرام نشد کولی سیست اکتومی لپره سکوپیک عاجل و تفتیش طرق صفراوی یا اسفنکتیروتومی اندوسکوپیک انجام می شود.

Exploration طرق صفراوی

- اکثر جراحان وقتی که سنگ در طرق صفراوی باشند به عملیات باز یا اندوسکوپیک متصل می شوند.

- یک Wire Basket از طریق قنات سیستیک وارد حویصل صفراوی می گردد.

- سنگها تحت کنترل x-ray گرفته شده و به بیرون کشیده می شوند.

- اگر سنگ انقدر بزرگ باشد که از مجرای سیستیک خارج شده نتواند قنات صفراوی را میتوان باز

و بعد از خارج نمودن سنگ توسط خیاطه ها بالای T-tub آن را ترمیم نمود.

- قنات خارج کبدی را می توان تفتیش نمود و سنگها را با استفاده از کولدوسکوپ دید و از همین طریق

ان را خارج نمود. بعد از عملیات مریض در دخیف داشته و معمولا میتوان طی ساعاتی بعد از عملیات

مایعات بگیرد یا غذا بخورد، بهبودی بطور قابل ملاحظه سریع می باشد و مریض می تواند ۱-۲ هفته بعد از عملیات همه فعالیت های خود را از سر گیرد.

عملیات جراحی کولی سیست اکتومی باز

- Operative Cholangiogram ممکن است انجام شود.
 - کولانجیوگرافی موجودیت یا عدم موجودیت سنگ CBD را مشخص می سازد .
 - قبل از شروع جراحی مریض باید روی میز جراحی بدقت وضعیت داده شود .
- وضعیت مریض بالای میز عملیات باید طوری باشد که پلیت رادیوگرافی تحت شجرفراوی قرار گیرد.
- لپره تومی معمولا توسط شق متوسط یا اوبلیک (kochers) اجراء و تمام احشای بطنی معاینه می گردد. ناحیه عملیاتی توسط کامپرسهای بطنی جداساخته شده و حویصل متوسع توسط Trocard از حدای fundus تخلیه و عنق حویصل صفرا توسط Forceps گرفته می شود و تسلیخ دقیق صورت می گیرد، شریان سیستیک دریافت و ۵ملی متردورتر از قنات کبدی بسته و قطع می گردد. حویصل صفراء از علوی و سفلی از بستر آن با دور نمودن پریتون از سطح آن تسلیخ و برداشته می شود، هیموستاز تامین شده و جدار بطن بعد از تطبیق یک عدد درن درلوژ حویصل صفراء بطن بسته می گردد.
 - اگر سنگی در CBD دیده شود مجرا باز و سنگ خارج می شود. جراح ممکن است بخواهد مجرا را با کولیدوکوسکوپ بررسی نماید.
 - بعضا سنگ در امپول و اثر بندمی ماند که نمی توان انرا از طریق شق در CBD خارج کرد، در این صورت ممکن است دودنوم باز شود و اسفنکتیروتومی انجام گیرد. فورسپس سنگ رامی توان از طریق امپول و اثر خارج کرد CBD بر روی T-Tube ترمیم می شود و T-Tube به جدار بطن کشیده می شود.

اهتمامات بعد از عملیات

مایعات از طریق فمی بعد از ۳۶ ساعت و قتیکه ایلیوس مریض بهبود یافت شروع می گردد، اگر CBD تفتیش شده باشد، بعد از یک هفته از طریق T-Tube کولنجیو گرافی انجام می شود. این امر برای بررسی موجودیت سنگهای باقیمانده قبل از خارج نمودن T-Tube می باشد. اگر x-ray پاک باشد و چیزی را نشان ندهد، می توان T-Tube را خارج ساخت. درن بستر حویصل صفرا را معمولا

می توان طی ۴۸ ساعت خارج ساخت. گرچه بعضی جراحان مدت طولانی تر درن را نگه میدارند،
خاصتاً اگر جهت بسته نمودن ستمپ مجرای سیستیک از کتکوت استفاده شده باشد.

استطباب کولی سیست اکتومی :

- کولی لیتیا ز
- کارسینوم حویصل صفرا
- کولانجیو هیپاتیت
- امپیم حویصل صفرا
- تنقب حویصل صفرا
- انفجار تروماتیک حویصل صفرا
- سرطان طرق صفراوی

اختلالات کولی سیست اکتومی

- اتلکتاز ریوی
- آبسی سب فرینیک
- سنگهای باقیمانده
- صدمه دیدن CBD

استطباب اکسپلوریشن CBD:

در عملیات کولی لیتیا ز تفتیش CBD را باید در نظر داشت. کولنجیوگرافی از طریق قنات سیستیک اقدام مفیدی برای تشخیص سنگهای CBD است. درنزد مریضانی که تحت کولی سیستکتومی لپره سکوپیک قرار می گیرند preoperative ERCP یا Intraoperative Colangeography ممکن است انجام شود.

- اگر تشخیص قبل از عملیات یرقان و کولنجایت باشد و US قبل از عملیات موجود یت سنگ را در CBD نشان دهد، درچنین موارد پانکریاتیت صفراوی از اثر کولیدوکولیتیا ز بوجود می آید، بعضاً سنگ از حویصل صفرا به CBD مهاجرت می نماید.

- تشخیص حین جراحی به نفع کولیدوکولیتیا ز یعنی وجود سنگهای قابل جس در CBD، توسع یا ضخیم شدن جدار CBD و سنگهای صفراوی کوچک که بتواند از قنات سیستیک عبور کند.

- در نزد مریضی که T-Tube و سنگ CBD دارد مداخله با وسایل مخصوص از طریق T-Tube یا T-Tube sinus Tract، اکثراً در خارج کردن سنگ موثر می باشد.
- در نزد مریضانی که رسک زیاد دارد کولی سیست اکتومی نسبت کولی لیتیاژ با خطر بزرگی همراه میباشد. سفنکتیروتومی اندوسکوپیک تدای انتخابی است.

فیستول صفراوی (Biliary fistula)

- نزد مریضا نیکه یرقان موجود نیست دریناژ به رنگ صفرا بعد از جراحی حوصل صفرا اهمیت زیادی دارد و حاکی از فیستول صفراوی است. اگر نزد مریض یرقان موجود باشد تمام محتویات سیروتیک در پیریتوان دارای رنگ صفرا خواهند بود و این حالت نگران کننده نمی باشد.
- فیستول صفراوی را میتوان با انجام T-Tub Cholangiogram یا Sinogram (در صورتیکه T-Tube وجود نداشته باشد) تشخیص داد، کولانجیوگرام وریدی یا سکن HIDA (HepatoImino Diacetic Acid) هم ممکن است مفید واقع شوند. اگر دریناژ کافی طرق صفراوی وجود داشته باشد، فیستول اغلباً التیام می یابد اما بعضاً خطر تضیق وجود دارد .
- جراح ممکن با ERCP و تطبیق سنتنت دریناژ صفرا را بهبود بخشد.
- بعد از کولی سیست اکتومی مریض بتدریج به رژیم غذایی طبیعی برمی گردد و نیاززی به پرهیز از غذا های چرب در دوره نقاهت نیست، باید به مریض اطمینان داد که با ازدست دادن حوصل صفرا سیستم هاضمه نورمال خواهد بود.
- یرقان جراحی (Surgical Jaundic)- اگر یرقان مریض به علت انسداد باشد مریض به جراحی رجعت داده می شود، درین صورت اولین قدم این است تا مشخص گردد که واقعا یرقان ناشی از انسداد است ؟ بعدا به بررسی علت یرقان پرداخته می شود.

میتا بولیزم بیلیروبین

- دانستن میتا بولیزم نورمال بیلی روبین و فزیولوژی آن برای بررسی علت انسداد ضروری است، یرقان ناشی از تجمع بیش از انداز پگمنت های صفراوی (بیلی روبین و مشتقات ان) است. افزایش بیلی روبین ممکن است ناشی از علل ذیل باشد :
- یرقان شدید پره هیپاتیک، مثل انیمی همو لایتیک .

-عارضه بیلیروبین در کبد - یرقان هیپاتیک.

-عدم ترشح بیلی روبین از کبد - یرقان بعداز کبدی یا انسدادی از قبیل سنگ CBD یا کارسینوم پانکراس.

تظاهرات کلینیکی

بر اساس ایتولوژی سه لوحه کلینیکی در یرقان بوجود می آید که ذیلا به بحث آنها پرداخته می شود:

یرقان پری هیپاتیک (Prehepatic Jaundice)-این نوع یرقان در سنین جوانتر بوجود می آید و اکثراً در نوزاد اطفال دیده می شود.

- در موارد تولید بیش از حد بیلی روبین ناشی از افزایش تغییرات گلوبول سرخ.
- یرقان ممکن است ناشی از اختلال همولاییتیک باشد مثل سفیروسایتوز، همولیز از اثر ادویه جات یا نقل الدم خون ناسا زگار.
- در یرقان افزایش بیلی روبین غیر کانسروگیت در خون افزایش یافته و مقدار همو گلوبین کمتر می باشد.

- تست های لخته شدن خون (Blood clotting) نیز طبیعی هستند.
- نسبت عدم موجودیت عارضه کبدی، این نوع یرقان رامی توان به سهولت از دونوع دیگر تفریق نمود. چون وظایف کبدی رضایت بخش است، همواره یرقان خفیف وجود دارد و معمولاً مریض به رنگ زرد لیمویی دیده می شود.

یرقان کبدی (Hepatic Jaundic):

- در این نوع یرقان آفت کبدی وجود دارد که علل آن عبارت اند از هیپاتیت ویروسی، لیپتوسپیروز، سیروز الکولی، آفت کبدی مربوط به اخذ ادویه جات می باشد.
- معمولاً مریض بطور بارز یرقانی است و به علت مریضی کبدی خسته به نظر می رسد.
- تست های کلینیکی حاکی از افزایش ALT سیروم و از زیاد جزیی الکالین فاسفتاز است.

یرقان انسدادی بعد از کبدی (Post hepatic obstructive jaundice):

درین نوع یرقان وظایف کبدی در شروع نارمل بوده ولی ممکن کبد بعداً به Ascending infection مصاب گردد. معمولاً الکالین فاسفتاز بسیار بلند است بناً Alt کمتر افزایش می یابد

والبومین سیروم نورمال و یرقان موجود است ولی ممکن به علت انسداد متناوب (مثل سنگ حویصل صفر ا) یرقان هم متناوب باشد.

معاینات تشخیصیه

(۱) معاینه ادرار از نظر یوروبلینوجن ویوروبلین

(۲) تست وظیفوی کبد .

(۳) اولتراسوند

(۴) سکن رزونانس مقناطیسی (Magnetic Resonance Scan)

(۵) ERCP

(۶) بیوپسی کبد

(۷) CT scan کبد

(۸) لیره سکویی

معاینه ادرار از نظر یوروبلینوجن ویوروبلین: ادرار باید از نظر یوروبلینوجن ویوروبلین معاینه شوند. یوروبلینوجن در یرقان پره هیپاتیک افزایش می یا بند و بیلیروبین در یرقان بعداز کبدی وجود دارد. اگر انسداد تام باشد، یوروبلینوجن در ادرار وجود ندارد.

تست های وظیفوی کبد: زمان پروترومبین تایم مشعر خوبی برای وظایف کبدی بوده و ممکن است در تداوی مریضان حایز اهمیت باشد.

اولتراسوند: اگر طرق صفراوی داخل کبدی متوسع باشد، به انسداد عطف شده و ممکن اولتراسوند موجودیت سنگهای صفراوی را در حویصل صفراویا دیگر کتلات را در پرانشیم کبد نشان دهد.

Magnetic Resonance Scan: میتوان تصویر عالی از طرق صفراوی تهیه نما ید.

ERCP: با این عملیه نهایت سفلی CBD و امپول واتر را ارزیابی و همچنان ناحیه انسدادی و علت انرا دریافت نمود.

بیوپسی کبد: اگر طرق داخل کبدی متوسع نباشند بیوپسی کبد انجام می شود و با این اقدام علت آفت کبدی معلوم می شود.

CT scan: اگر به کار سینومای راس پانکراس مشکوک باشیم CT scan ممکن مفید باشد.

لیره سکویی: در نتیجه معاینات فوق جراح ممکن است تصمیم بگیرد که ارزیابی کافی جهت انجام لیره تومی یا لیره سکویی صورت گرفته است؟ اگر اقدامات فوق به نتیجه نرسد و نتوان انسدادی بودن ویایغیر انسدادی بودن یرقان را مشخص سازد، لیره سکویی استطباب دارد.

اهتمامات قبل از عملیات جراحی

مریضان مبتلا به آفت کبدی فکتورهای تحتر غیرنورمال دارند باید به آنها قبل از عملیات ویتامین K تجویز نمود. اگر یرقان شدید باشد خطر عدم کفایه کلیه درحین عملیات جراحی (سندروم هیپاتورنل) وجود دارد. باتجویز مایعات تطبیق مانیتول (با دوز 0.5g/kg یعنی 200ml از محلول ۲۰٪) قبل از عملیات جراحی می توان از وقوع خطر جلوگیری نماید. قبل از شروع جراحی مریض باید کنتیتر فولی داشته باشد تا بتوان Out put ادرار را بررسی نمود.

جراحی Endoscopic sphincterotomy و ERCP

- نزد مریض اندوسکوپ از طریق فمی وارد اثناعشر میشود و امپول نفتیش میگردد.
- طرق صفاوی و پانکریاتیک با X-ray Image intensifier دیده میشود.
- اگر سنگ و یا مانعه دیده شود با استفاده از سیم دیا ترمی (Diatermywire) که از طریق کانول جداگانه وارد امپولا میگردد سفنکتیروتومی اجرا می شود.
- سنگها را میتوان با استفاده از یک سبد سیمی (WireBasket) بداخل اثناعشر کشید، همچنان میتوانیم با یک Lithotrite آنها را خورد کرد و یا یک stent را در ناحیه تطبیق نمود.
- در ناحیه مشکوک میتوان بیوپسی بعمل آورد.

کولی سیستیت حاد (Acute cholecystitis)

کولی سیستیت حاد یا التهاب حاد حویصل صفرا با انسداد عنق حویصل صفرا یا قنات سیستیک ناشی از سنگهای بهم چسبیده در Hartm's pouch همراه است. فشار مستقیم سنگ بر مخاط باعث اسکیمی، نکروز و نقرح همراه با تورم، ازیماء، اختلالات و برگشت وریدی می گردد. نقرح ممکن آنقدر وسیع باشد که مخاط را در معاینه میکروسکوپیک دید و در این صورت لیکوسیت های سگمنته در تمام طبقات نفوز نموده اند، در نتیجه نکروز، تنقب و تشکل آبسی پری کولی سیستیک، فیستولایزیشن یا پریتونیت صفاوی بوجود می آید.

تشخیص کولی سیستیت حاد:

- درد ثابت و شدید
- تندر نس در هیپوکاندر راست یا اپی گاستر.
- دلبدی و استفراغ
- تب و لیکوسیتوز

اسباب

در بیش از ۹۰٪ وقایع کولی سیستیت با سنگ حویصل صفرا همراه می باشد زمانی ظاهر میشود که سنگ در قنات سیستیک توقف نموده و التهاب از اثر انسداد بوجود آید. کولی سیستیت بدون سنگ را وقتی باید مد نظر داشت که تب با درد RUQ غیر قابل توجیه طی ۲-۴ هفته بعد از عملیه جراحی بزرگ و یا مریض به تعقیب NPO بودن دوامدار به کولیسیستیت فکر شود.

- در سابق اکثرا کولی سیستیت حاد در اثر انتان سیستمیک ناشی از تب تیفوئید بوده اما در حال حاضر کمتر دیده میشود.

- از نظر باکتریولوژی نزد ۶۰٪ مریضان کلچر صفرا مثبت میباشد.

باکتریهای مسئول مرض عبارتند از:

- E.coli
- کلبسیلا
- سترپتوکوک ها
- انترو باکتری هوازی
- سلمونیا
- کلاستریدها

کولی سیستیت حاد ناشی از سپسیس یا تراکم سنگ ممکن است در دوره بهبودی و احیای مریض از ترومای جراحی بوجود آید. کولی سیستیت حاد ناشی از عوامل انتانی ممکن در نزد اشخاص مبتلا به AIDS اتفاق افتد.

علل دیگر کولی سیستیت حاد عبارتند از:

- امراض سیستم و عایی مرض کولاجن.

- مراحل نهایی مرض وعایی و هایپر تنشن.

- ترمبوزشریان سیستیک

- کولی سیستیت حاد که در آن حویصل صفرا عاری از سنگ باشد بنام کولی سیستیت بدون سنگ یاد می گردد. کمتر از ۱٪ حویصل صفرا شدیداً التهابی و دارای تومور خبیث بوده که ممکن است نقش در ایجاد انسداد داشته باشد، وقایع سنگهای قنات مشترک (CBD) مشابه کولی سیستیت حاد و مزمن است.

تظاهرات کلینیکی

(الف) درد : در ربع علوی راست بطن اولین شکایت مریض است که بعضاً به ناحیه کتف راست انتشار می یابد، در ۷۵٪ سابقه حملات کولیک صفراوی وجود دارد. درد کولی سیستیت حاد ثابت بوده و با تندرنس همراه می باشد. یرقان خفیف، دلبدی و استفراغ وجود دارد ولی استفراغ ندرتاً شدید است. در ۱۰٪ مریضان یرقان خفیف موجود بوده و معمولاً حرارت بدن به 38-38,5 درجه سانتی گرید می باشد. تب بلند و لرزه معمول نیست. در ربع علوی راست بطن حساسیت وجود داشته و در ۱/۳ مریضان حویصل صفرا قابل جس می باشد. ممکن است تقلصیت ارادی جدار بطن در حین معاینه حویصل صفرا تشخیص گردد. در نزد عده دیگری به علت سکار موجود در جدار حویصل صفرا توسع آن محدود می باشد. اگر در هنگام جس ناحیه تحت ضلع راست تنفس عمیق کشیده شود درد نزد مریض تشدید یافته و تنفس را قطع می نماید (Morphys Sign) ^(۹).

(ب) معاینات تشخیصیه : معمولاً تعداد لیکوسیت ها با ۱۲۰۰۰-۱۵۰۰۰ مکرولیترا افزایش می یابد، افزایش خفیف بیلی روبین سیروم (۳-۴ ملی گرام معمولاً بدلیل التهاب ثانویه CHD در اثر کیسه صفراوی مجاور آن می باشد) معمول است. اندازه بیلیروبین بلند به احتمال زیاد موجودیت سنگ در قنات مشترک می باشد. ممکن افزایش الکالین فاسفاز توام با حملات حاد باشد. بعضاً غلظت امیلاز سیروم بطور موقت ۱۰۰ واحد در دیسی لیتر یا بیشتر می باشد ^(۷).

(ج) معاینات تصویری: ممکن است در رادیوگرافی ساده بطن خیال حویصل صفراوی بزرگ شده مشاهده شود. در ۱۵٪ موارد سنگ صفراوی به علت وجود کلسیم کافی در کلیشه رادیوگرافی ساده بطن مشاهده می شود. US سنگ های صفراوی وضخیم شدن جدار حویصل صفراء را نشان می دهد. معمولاً یگانه تست موردنیا ز برای تشخیص کولی سیستیت حاد اولتراسونوگرافی است. اگر

سونوگرام مشکوک باشد باید یک سکن رادیونوکلید HIDA انجام شود، این تست سنگ صفراوی را نشان میدهد^(۱).

تشخیص تفریقی

- با پانکریاتیت حاد
- قرحه پپتیک (PUD)
- اپندیسیت حاد
- پنومونی لوب سفلی راست
- احتشای میوکارد (MI)
- نتقب قرحه پپتیک
- کرسینوم کولون متقوبه
- دیورتیکول زاویه کولونی کبدی راست
- آبسی کبد
- هیپاتیت

تداوی کولی سیستیت حاد

جهت اعاده مایعات و اختلالات الکترولایت ها باید مایعات داخل وریدی تجویز و یک NGT به مریض تطبیق گردد. در کولی سیستیت حاد سفازولین داخل وریدی (روزانه ۲-۴ گرم) به مریض داده شود. در مریضی های شدید پنسلین کلیندامایسین و یک امینو گلوکوزید از طریق وریدی به مریض تجویز شود. برای تداوی کولی سیستیت حاد دونظریه و جود دارد. در ۶۰٪ موارد کولی سیستیت حاد بشکل بنفسهی بهبود می یابد. تداوی طبی ادامه داده شود، بدین منظور که ۲-۶ هفته تداوی محافظه کارانه صورت گیرد تغذیه وریدی، آنلجریک و انتی بیوتیک تطبیق وبعد از بهبود نزد مریض کولی سیستیت اکتومی انتخابی انجام می شود ودر طی حمله حاد در موارد شدید یا شکل وخیم آن عملیات جراحی صورت می گیرد (این شیوه تداوی در صورت کولی سیستیت حاد بدون سنگ استطباب ندارد) . در حدود ۱۰٪ مریضان ضرورت به تداوی عاجل دارند. در بعضی حالات کلینیکی به نظر می رسد که مرض شدید شده یابه طرف وخامت میرود. نزد مریض تب بلند، افزایش لوکوسیت، ویا لرزه علایم پیشرفته تقیح می باشد. درد ناگهانی منتشر بطن ممکن است علامه نتقب ازاد حویصل صفرا

باشد. بامعاینه مریض موجودیت یک کتله بطنی بعضاً بیانگر تنقب موضعی وتشکیل آبی بوده که درچنین مواردیجانب عملیات عاجل جراحی را می نماید.

اختلالات کولی سیستیت حاد :

- گانگرن حویصل صفرا
- تداوم درد RUQ
- تندر نس، تقلص عضلاتی بعد از ۲۴-۴۸ ساعت حاکی از التهاب حاد و گانگرن حویصل صفرا می باشد. بعضاً نکروز بدون علایم مشخص در نزد مریضان چاق، دیا بتی، مسن یا Immunosuppressed اتفاق می افتد.

کولی سیستیت مزمن (Chronic cholecystitis)

التهاب مزمن حویصل صفرا عموماً با کولی لیتیاز همراه است وشامل انفلتریشن حجرات مدور (Round cell infiltration) وفیروز جدار حویصل صفرا می باشد. کریپت های مخاطی ممکن است در عمق جدار حویصل دیده شوند که به آنها Rokitansky- Aschoff - sinuses گویند. ممکن است انسداد عنق قنات سیستیک توسط سنگهای صفراوی باعث ایجاد مو کوسل حویصل صفرا شود. ابتدا صفرا ستریل میباشد ولی ممکن است بطور ثانوی با عواملی چون باسیلهای کولیفرم، سترپتوکوک ها وبعضاً کلستریدیوم یا سلما نیلا تیفوئید منتن گردد. علایم ثانویه کولی سیستیت مزمن عبارتنداز:

- انسداد CBD
- کولانجایت
- تنقب حویصل صفرا همراه با تشکل آبی Precholecystic یا فیستول Cholecystenteric - پریتونیت صفراوی (Bile peritonitis) ویا پانکریا تیت می باشد.

تظاهرات سریری

مریض با درد بطن متوسط و متناوب در RUQ واپیگاستر مراجعه می کند که بعضاً بطرف کتف انتشار می نماید. معمولاً سابقه عدم تحمل با غذاهای چرب وجود دارد وممکن است مریض از دلبدی

وبی اشتهایی متناوب شاکی باشد. اگر نزد مریض حمله حاد موجود نباشد در معاینه فیزیکی چیزی بدست نمی آید. بعضاً تندر نس در ناحیه حویصل صفرا موجود می باشد.

معاینات تشخیصیه

تشخیص توسط US و کولی سیستو گرافی Oral:

معمولاً تشخیص با US یا Oral Cholecystogram تائید می گردد که حاکی از عدم پر شدن حویصل صفرا یا موجودیت سنگ های صفراوی است.

تداوی

کولی سیستیت اکتومی تداوی کولی سیستیت مزمن بوده و نتیجه آن هم معمولاً خوب است. کولی سیست اکتومی عاجل خاصاً برای مریضان دیابتی حایز اهمیت است. مرگ و میر جراحی کمتر از یک فیصد می باشد. کولی سیست اکتومی لپره سکوپیک اقدام جراحی انتخابی است.

کولی سیستیت بدون سنگ (Acalculous cholecystitis)

مرض التهابی حاد و مزمن حویصل صفرا می تواند بدون سنگ باشد. کولی سیستیت بدون سنگ اغلباً عارضه از سوختگی ها، سپس، نارسایی چندین سیستم، مرض قلبی و عایی، دیابت، و مریضانی که مدت طولانی محکوم به بستر می باشند.

- وقوع کولی سیستیت بدون سنگ مزمن در امریکا کمتر از ۵٪ موارد کولی سیستیت است.

علل احتمالی کولی سیستیت بدون سنگ عبارتند از :

- وضعیت های آناتومیک از قبیل، فبروز، انسداد قنات سیستیک به علت تومورها و یا انومالی های و عایی.
- ترمبوز او عیه اصلی، که باعث اسکیمی و گانگرن می گردد.

- سپرم یا فیروز معصره oddi در مریضانی که کانال مشترک دارند با یا بدون پانکریاتیت.
- امراض سیستمیک از قبیل دیا بت ومرض کولاجن .
- التهاب خاص مثل تب محرقه، اکتینومایکوز وانتانات پرازیتی .
- اولتراسوند بعضاً در نزد این مریضان نارمل بوده اما بعضاً ضخیم شدن جدار حویصل را نشان می دهد.

تداوی

کولیسیت اکتومی، به طور موفقیت آمیز (۸۰٪) جهت تشخیص و تداوی کولی سیستمیت بدون سنگ به کار می رود.

کولانجایت و سنگ کولیدوک (Colangitis & choledocolithiasis)

کولانجایت به معنای التهاب طرق صفراوی است. التهاب سیستم طرق صفراوی اغلباً با کولیدوکولیتیز همراه با سیستم های کولیدوک و کارسینومای طرق صفراوی همراه باشد یا به تعقیب سفنکتیروتومی ایجاد می شود. ممکن است انتان و تغییرات التهابی در کبد گسترش یابد (Ascending cholangitis) و باعث آبی های متعدد کبدی گردد^(۶).

- کولانجایت و کولی لیتیز به شکل ذیل مشخص می گردد :
- اغلباً موجودیت تاریخچه کولیک صفراوی با یرقان .
- شروع ناگهانی درد شدید RUQ یا ا پی گاستریک که ممکن است به کتف یا شانه راست انتشار نماید.

- بعضاً با یرقان بدون درد تظاهر میکند.
- دلبدی واستفراغ
- تب ممکن است با هایپر تروفی وشاک، یرقان ولیکوسایتوز بروز نماید.
- کلیشه رادیوگرافی بطن ممکن است سنگهای صفراوی را نشان دهند.

تظاهرات کلینیکی

کولانجایت با تناوب تب، درد قسمت علوی بطن، تشدید یرقان، خارش و لرزه بمشاهده می رسد. کولانجایت تقیحی حاد که در آن چرک در سیستم صفراوی وجود دارد یکی از عاجلترین علل لپره تومی در نزد مریضان دچار یرقان انسدادی است و با Chorcot's triad یعنی یرقان، تب، درد و لرزه در RUQ مشخص میگردد.

تشخیص تفریقی

- معمولترین علت یرقان انسدادی عبارت از سنگ قنات مشترک می باشد.
 - علت بعدی به ترتیب عبارت از کارسینوم پانکراس، امپول و تر یا قنات مشترک می باشد.
 - فشار از خارج بالای قنات مشترک به علت کارسینوم میتاستاتیک (معمولاً از دستگاه GI یا ندیه).
 - سرطان حویصل صفرا یا انتشار آن بداخل قنات مشترک.
 - امراض کبدی وکولی سیستیت مزمن.
 - سیروز صفراوی مقدم ۱.
 - کولانجایت سکلیروزاننت.
 - عکس العمل دواپی .
- یرقان هیپاتوسولر که معمولاً با تاریخچه ویافته های کلینیکی و تست های کبدی تفریق میگردد ولی بعضاً بایوپسی کبد ایجاب می نماید.

تشخیص تستهای وظیفوی کبد و امیلاز سیروم: اگر قنات مشترک مسدود باشد، بیلی روبینمی وجود دارد و معمولاً سطح آن نوسانی است. سطح الکالین فاسفتاز، حاکی از یرقان انسدادی است.

اولتراسونوگرافی Ct scan : اولترا سونوگرافی و CT scan ممکن است قنات صفراوی متوسع و اختلالات جریان صفرا را نشاندهند، همچنان اولتراسوند اندوسکوپیک نیز کولانجیوگرافی و MRI بدرستی سنگهای قنات مشترک را تشخیص می دهند.

ERCP.PTC : درست ترین روش تعیین اسباب، محل و وسعت انسداد توسط PTC یا ERCP

است، اگر تصور می شود که انسداد ناشی از سنگ است، اجرای ERCP روش انتخابی است، زیرا توسط آن میتوان پاپیلوتومی اجراء و سنگ را بیرون کشید و یا سنتنت را تطبیق نمود.

تداوی با انتی بیوتیک: در نزد مریضان مبتلا به سنگ های قنات مشترک که کولانجایت صاعده دارند، قبل از تداوی جراحی برای چند روز تداوی با انتی بیوتیک خاصاً بر علیه E.coli تجویز می گردد. معمولاً تداوی با انتی بیوتیک انتان را کنترل می نمایند ولی اگر تب مریض بر طرف نشد، دریناژ جراحی را نباید به تعویق انداخت. دریناژ جراحی را میتوان از طریق جلد با روش های ترانس دودینل یا ترانس هیپا تیک یا به شیوه جراحی انجام داد. سنگ قنات مشترک در نزد مریض مبتلا به **choledocolithiasis** معمولاً با پاپیلو تومی اندوسکوپیک و به تعقیب آن کولی سیست اکتومی لپره سکوپیک تداوی می گردد. در بعضی موارد **choledocolithiasis** کشف شده در کولی سیست اکتومی لپره سکوپیک سنگ را میتوان از طریق لپره سکوپ خارج کرد و یا در صورت ضرورت به جراحی باز (open surgery) اقدام نمود و یا با سفنکتیروتومی اندوسکوپیک بعد از جراحی تداوی نمود. اگر بعد از کولی سیست اکتومی مریض کولی لیتیاژ داشته باشد، پاپیلو تومی اندوسکوپیک با خارج ساختن سنگ رامیتوان نسبت به جراحی ترانس ابدامینل ترجیح داد. یکی از ملا حظات تداوی سنگهای بزرگ عبارت است از **Litotripsy** اندوسکوپیک و تطبیق **Stent** می باشد.

تفتیش CBD : استطباب تفتیش CBD عبارتند از :

- موجودیت سنگ با کولنزئوگرافی حین عملیات جراحی که بطور روتین انجام میشود.
- ضخیم شدن ویاتوسع CBD.
- سنگ قابل جس در CBD.
- یرقان انسدادی
- سنگ های با قیمانده

اکسپلوریشن CBD ممکن است به سه شکل ذیل صورت گیرد :

- سوپرا دودینل (شا یعترین روش)
- رترودودینل
- ترانس دودینل

اگر سنگهای صفراوی در قسمت سفلی CBD تجمع نماید و نتوان آنها را از طریق سوپرا دودینل کولیدوکتومی خارج ساخت، در چنین موارد سفنکتیروپلاستی ترانس دودینل انجام می شود.

اهتمامات قبل از عملیات جراحی

- مداخله عاجل ندرتا مورد ضرورت خواهند بود جز اینکه Ascending cholangitis شدید موجود باشد.
- وظایف کبدی باید به طور کامل ارزیابی گردد. زمان پروترومبین (PT) باید با تجویز ویتامین K به سطح نارمل بر گردد.
- وضعیت تغذیه مریض با رژیم غذایی High protein , High carbohydrate و ویتامین ها تنظیم گردد.
- در صورت وجود کولنجایت باید آنرا با انتی بیوتیک تراپی کنترل نمود، انتی بیوتیک های مورد استفاده عبارتند از میترانیدا زول یا جنتومايسين می باشد. علاوه بر این دکمپریشن عاجل نیز ممکن است مورد ضرورت باشد.

کارسینومای طرق صفراوی خارج کبدی

کارسینومای طرق صفراوی خارج کبدی ۳٪ تمام سرطانهای منجر به مرگ را در امریکا شامل میشوند. هر دو جنس را به یک سان مبتلا می سازد. وقوع آن در سنین ۵۰-۷۰ سالگی بیشتر است. کثرت واقعات کارسینوما در افراد مبتلا به سیست های کولیدوک در سالهای ۲۰ اضافه تراز ۱۴٪ است و Surgical Excision توصیه می گردد. افزایش واقعات در نزد مریضان مبتلا به کولیت قرحوی خاصتا انهای که کولنجایت سکلیروزانت مقدم دارند وجود دارد. در جنوب شرق آسیا انتان طرق صفراوی با کرمهای پهن (Clonorchis sinensis fasciola hepatica) با کولانجایت مزمن و افزایش خطر کولانجیو کارسینوما همراه می باشد.

تظاهرات سریری

تست های وظیفوی کبد: عمدتاً هیپربیلیروبینیمی وجود دارد که بیلی روبین مجموعی -Total5 30mg/dl می باشد، توام به آن الکالین فاسفتاز و کولسترول سپروم نیز بلند است.

ERCP و بیوپسی: مفید ترین معاینه تشخیصیه قبل از عملیات جراحی عبارت از ERCP توام با بیوپسی و بررسی سایتولوژیک می باشد.

عملیات جراحی

در صورتیکه تومور بخوبی موضعی شده باشد نزد مریضان جوانتر و مناسب تداوی شفا بخش انجام می گیرد. میزان بقا در حدود پنج سال می باشد.

اگر تومور در لپره تومی غیر قابل برداشتن باشد کولی سیستو دودینو ستومی یا دریناژ T- Tube طرق صفاوی مشترک (CBD) را می توان انجام داد. کارسینومای طرق صفاوی در کمتر از ۵ فیصد موارد توسط جراحی قابل علاج است. نزد مریض یک سنتت فلزی خودبه خود متوسع شونده از طریق اندوسکوپ یا روش Percutaneous transhepatic تطبیق می گردد. ارزش رادیوتراپی مورد تردید است. انداز ضعیف می باشد و صرفاً تعدادی از مریضان برای اضافه تراز ۶ ماه زنده می مانند.

تمرینات فصل هشتم امراض طرق صفاوی

۱- حویصل صفاوی نارمل دارای کدام وظایف می باشد؟

۲- معاینات تشخیصیه طرق صفاوی کدام ها اند؟

۳- سنگهای صفاوی چطور تشکل می یابند؟

۴- تداوی جراحی کولی سیستایت را توضیح نمائید؟

۵- CBD- در کدام موارد تفتیش می گردد؟

۶- معاینات تشخیصیه طرق صفاوی کدام اند؟

۷- کولی سیستیت حاد چطور بروز می نماید؟

۸- اعراض و علایم کولی سیستیت حاد کدام اند؟

۹- تداوی کولی سیستیت حاد را توضیح نمائید؟

۱۰- علایم ثانویه کولی سیستیت مزمن کدام اند؟

کولانژایت چیست و چطور تشخیص می گردد؟

References:

ماخذ:

1. Ellis H, Calne S R. General Surgery 10th edition , Black well scientific publication; London 2002 p. 155-195.
2. Frank H.Neter. Atlas of Human Anatomy , 3th ed, USA :loon Learning Systems.Teterboro, New Jersey ;2003.p.213-18
3. Hobart W,Harris. Biliary System, In: Jeffrey A.Norton,R,Randal Ballinger,Alfred E.chang...et al,editor.Essentil Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence :USA:Springer; 2003.p.215-28.
4. Lawrence ,W.Way . Biliry Tract. In: Lawrence W.Way ,edtors.Carrent:Surgical Diagnosis & Treatment, USA. Appelton & Lange; 2004 .p.487-512 .
5. Margret Oddstottir and John G. Hanter. Gallblidder and Extra Hepatic Biliry System, In: F. Charles Brunicarde, Dana K. Anderson ... et al, Schwartz`s Manual of surgery ,8TH ed.USA : McGrraw HILL; 2006.P.824-41.
6. R.C.G Russell. The Gallbladder and Bile Ducts , In:R.C.G.Russei, Norman ,Wellamms Chrestopher J.K.Bulstrode, editors. Bailey & Love`s Short practice. OF Surgery24th ed Great Britain: Hodder Arnold ; 2004.p. 1098-1110.
7. Richard L, Drake Wayne, Vogl Adam W.N. Mitchell, Gray's , Anatomy for students 1stedition, Taranto; 2005 p.905
- 8 . Russell RCG. The gallbladder and bile ducts Russel RCG Viliam NS. Balst rod J K. Edetors. In: Baily & Loves , Short Practice of Surgery. 24th edition , Publication.oxford, 2004 p.1034-1114
- 9 . Sir Alfred Cuschieri. Disorders of the Biliry Tract . In:SIR Alfred Cuschierirobert J,C. Steel , Abdulrahim Moosa, editors Essential

Surgical practice : Higher surgical training Genral surgery. 4TH ed , UK:
Arnold; 2002 p.376-450.

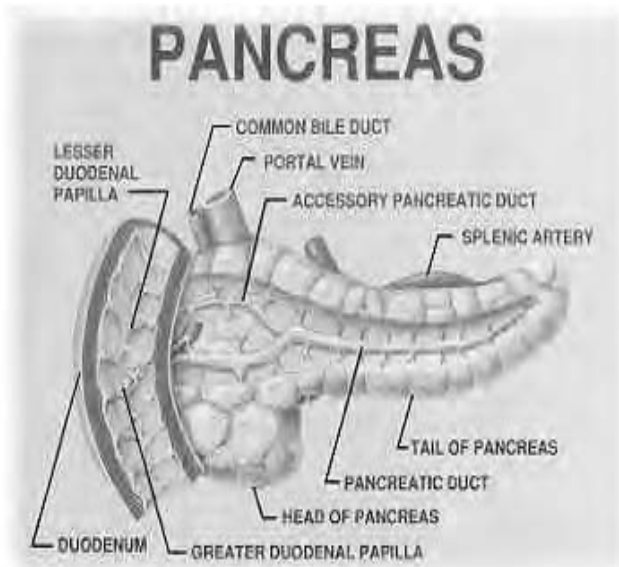
10. The Liver diagram , the Liver ,Pancreas and_gallbladder,
[online][cited2007]Available fromLave:WWW.pbir.com/Live
11. www.Medicinenet.com 2004

فصل نهم

امراض پانکراس (Pancreatic Diseases)

| | |
|-----|--------------------------|
| ۲۱۶ | اناتومی جراحی |
| ۲۱۹ | فزیولوژی جراحی |
| ۲۱۹ | ترخیصات و جراحات پانکراس |
| ۲۲۱ | پانکریاتیت حاد |
| ۲۲۸ | پانکریاتیت مزمن |
| ۲۳۲ | سیست کاذب پانکراس |
| ۲۳۵ | تومورهای پانکراس |
| ۲۴۲ | ماخذ |

اناتومی جراحی



پانکراس عضو لوبولر طویل است که در جدار خلفی بطن در سطح L1 ناحیه

ترانس پیلوریک قرار گرفته است، این عضو از جوانه های خلفی وبطنی اندو درم منشأ می گیرد. تدور بعدی اثناعشر ورشد غیر سمتریک منجر به الحاق جوانه ها می شود. قنات این جوانه ها به قنات فرعی و قنات اصلی پانکراس مبدل می گردند.

شکل (۹-۱) (اناتومی پانکراس ماخذ (۹))

پانکراس تقریباً بطور افقی در خارج پریتونایی، خلف معده بین اثناعشر در طرف راست وطحال در سمت چپ قرار گرفته است. عضولوبولر طویل است که در جدار خلفی بطن در سطح L1 ناحیه ترانس پیلوریک قرار گرفته است. پانکراس یک ارگان فوق العاده پوشیده وپنهان در قسمت علوی چپ جوف بطن بطول ۱۵-۲۱ سانتی متر و وزن ۷۰-۱۱۰گرم در نزد کاهلان موجود بوده واز قسمت های

رأس، عنق، جسم و ذنب تشکیل یافته است، راس پانکراس در حذای مقعریت اثنا عشر موقعیت داشته و یک قسمت آن بطرف چپ در خلف اوعیه مساریقی علوی تمادی دارد که بنام Uncinate process یاد می شود. راس پانکراس در سطح L 2 نزدیک خط وسط قرار دارد و از سه طرف با اثنا عشر در مجاورت است، سطح خلفی راس پانکراس نزدیک جدار انسی کلیه چپ قرار گرفته است. عنق پانکراس در حدود ۳-۴ سانتی متر طول داشته و راس را با جسم پانکراس وصل نموده است. عنق پانکراس در خلف توسط اورده باب و مساریقه علوی فرورفتگی پیدا کرده است که دارای ارواء فوق العاده غنی می باشد، در قدام منشأ ورید باب و شریان مساریقی علوی از ابهر قرار دارد.

جسم پانکراس علویتر از کولون مستعرض در قسمت سفلی معده به طرف علوی و چپ سیر داشته و خط متوسط را عبور می نماید. جسم پانکراس در سطح L1 واقع شده و از کنار چپ ورید مساریقی علوی شروع می شود. در علوی truncus coeliacus و شریان کلیوی چپ موقعیت دارد. زنب پانکراس در حذای رباط طحالی کلیوی بطرف قدام موقعیت داشته و با سوبق طحال در تماس است.

ارو ۱ ۶

ارو ۱ پانکراس بواسطه شعبات Celiac artery & superior mesentric artery صورت می گیرد. پانکراس توسط شریان anterior- posterior superior pancreaticoduodenal arteries که شاخه Celiac artery بوده و شریان pancreaticoduodenal artery که از قسمت علوی mesenteric artery منشأ گرفته ارومی می شود.

درینازوریدی

وریدهای پانکراس در سیستم ورید باب تخلیه گردیده و وریدهای جسم و ذنب به ورید طحالی (splenic vein) تخلیه می شوند.

درینازلمفاوی

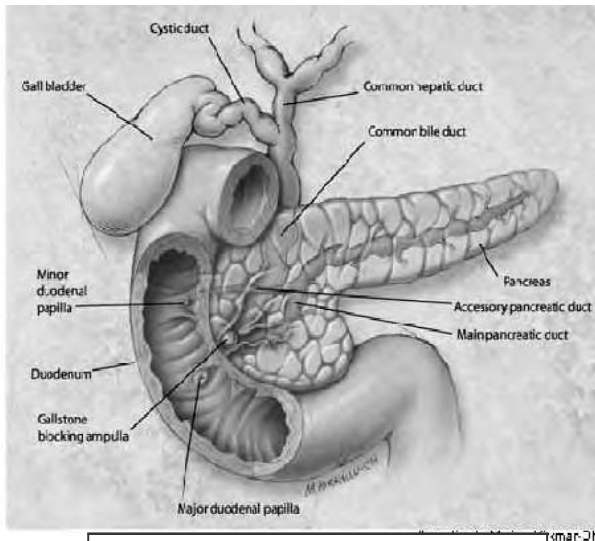
جریان لمفاوی پانکراس به pancreaticosplenic lymphnodes یا pancreaticoduodenal nodes و یا در preaortic nodes تخلیه می شوند.

تعصیب

تعصیب sympathetic پانکراس توسط splenchnic nerves که از hepatic and celiac plexuses صورت گرفته و تعصیب parasymphatic پانکراس توسط عصب واگوس انجام می پذیرد.

قنوات پانکراس

۱- قنوات اساسی پانکراس : قنوات راس باقنات جسم و زنب در راس پانکراس یکجا شده و بعد از سیر خلفی سفلی باقنات صفراوی در حذای امپول و اتزدر قسمت جدار خلفی انسی قطعه دوم اثنا عشر وصل می گردد.



۲- قنوات پانکراسی اضافی: قنوات اساسی در قسمت جسم و زنب پانکراس موقعیت داشته و در راس پانکراس به طرف قدام سیر نموده که داخل قطعه دوم اثنا عشر در حذای Accessory papilla می شود (شکل ۹-۲).

شکل (۹-۲) قنوات پانکراس ماخذ (۱۰)

انومالی های ولادی پانکراس

پانکراس حلقوی: بعضاً ممکن پانکراس در جریان انکشاف خویش قطعه دوم اثنا عشر را احاطه نموده و باعث بوجود آمدن انسداد پانکراس شود.

پانکراس Ectopice: از جوانه های اضافی بوجود آمده و در ۱۵ فیصد اشخاص دیده می شود، درین انومالی یک نودول نسج پانکراس ممکن در معده، اثنا عشر یا جیجونوم دریافت شود که بعضاً باعث اعراض انسدادی می گردد.

مرض سیستمیک ولادی پانکراس: این انومالی بعضاً با امراض ولادی کلیه و کبد همراه می باشد.

فزیولوژی جراحی پانکراس

از نظر میکروسکوپی در (Islets of langerhans) جزایر لانگرها نس قسمت های Exocrine & Endocrin موجود بوده که هر قسمت دارای وظایف تولیدی بخصوص خود بوده که در مجموع میتوان گفت هورمون های که در پانکراس تولید شده نه تنها در وظایف سیستمیک بدن رول داشته بلکه تا نثرات موضعی بالای خود پانکراس نیز دارد. ساحه وظیفوی exocrine پانکراس از draining ductula & acinus ساخته شده ductula epithelium با لومن acinus توسط centro acinar cell ارتباط پیدا مینماید. افرازات (inorganic) غیر عضوی exocrine پانکراس عبارتند از آب، سودیم، پوتاشیم، کلوراید، و بای کاربنات بوده که به مقدار کمی کلسیم، مگنیزیم، فاسفات، سلفات و Zinc نیز می باشد. عصاره پانکراس (pancreatic ferment) مایع پاک بیرنگ ایزوتونیک با پلازما می باشد که 0.2 - 0.3 ml/min توسط پانکراس افراز گردیده و مقدار مجموعی آن در اشخاص کاهل در حدود ۱۵۰۰-۲۵۰۰ میلی لیتر با pH 8-8.3 می باشد. غدوات ایگزوکرین تقریباً وزن مجموعی ۹۸-۹۹٪ پانکراس را تشکیل می دهد. پروتین در ترکیب عصاره پانکراس رول داشته و افرازات پانکراس توسط عصب Vagus کنترل می گردد. انزایم های digestive که در acinar پانکراس تولید می گردند قرار ذیل می باشند:

Endocrine pancreas - تقریباً ۵،۱٪ مجموع وزن پانکراس را تشکیل داده که در حجرات α جزایر لانگرهانس glucagon و در حجرات β جزایر لانگرهانس انسولین تولید گردیده که تقریباً ۴۰-۸۰٪ حجرات اندوکرین عبارتند از حجرات β می باشد. وظایف حجرات دلتا و C هنوز معلوم نیست.

ترضیضات و جروحات پانکراس

در حدود ۱۰ فیصد مجموع واقعات پانکریاتیت حاد را ترضیضات پانکراس تشکیل میدهد که این ترضیضات معمولاً بعد از عملیتهای معده طحال و حویصل صفر در اثر ترضیض و تخریب او عیه نسج پرانشیمیل پانکراس و قنات پانکراسی میان می آید. ترضیض مستقیم بطن در ۱٪ واقعات سبب پانکریاتیت حاد می شود. معمولترین ناحیه آسیب پذیر عنق آن می باشد که بالای فقره قطنی و ابهر قرار دارد و در صورت وارد شدن ترضیض طرف راست بطن میتواند راس پانکراس و اثناعشر تمزق نماید.

تظاهرات سریری

درد در ناحیه اپی گاستریک موجود می باشد. سوبه سیروم امیلاز بلند می رود. در معاینه اولتراسوند اذیما، هیماتوم و یا سیست کاذب پانکراس را می توان دریافت نمود. در صورت نرف و هیماتوم وسیع محیط پانکراس عملیات جراحی توصیه می گردد.

تداوی جراحی

هرگاه جسم پانکراس قطع شده باشد در صورت خوب بودن وضع عمومی مریض ریزکشن قسمت distal صورت می گیرد. ترمیم قنات بالای stent اجرا و در صورت بوجود آمدن سیست کاذب پانکراس باید Cystogastrostomy اجرا گردد. بعضاً جرحه قنات پانکراس تامدت زیاد الی بوجود آمدن پانکریاتیت از باعث تضیق قنات پانکراس اعراض واضح نشان نمی دهد.

انذار

وفیات ترضیضات پانکراس مربوط به نوع ترضیض می باشد. معمولترین سبب مرگ در جروحات پانکراس نرف ناحیه تمزقی است. وفیات ترضیضات کند پانکراس نظربه موجودیت آفات مترافقه در حدود ۲۰ فیصد می باشد. وفیات جروحات نافذ پانکراس مترافق با جروحات احشای مجاور به ۵۰٪ می رسد.

پانکریاتیت (Pancreatitis)

پانکریاتیت عبارت از التهاب پانکراس توام با درد بطنی بوده که ممکن است با ازدیاد انزایم های پانکراسی در خون و ادرار ناشی از التهاب ان باشد و به سه شکل ذیل دیده می شود:

- پانکریاتیت حاد (Acute pancreatitis)
- پانکریاتیت عود کننده (Relapsing pancreatitis)
- پانکریاتیت مزمن (Chronic pancreatitis)

پانکریاتیت حاد (Acute pancreatitis)

پانکریاتیت حاد عبارت از التهاب حاد پانکراس بوده که از باعث عوامل مختلف بوجود می آید و در نتیجه انزایم های فعال شده پانکراس باعث صدمه پانکراس می گردند و زمینه را برای التهاب، اذیمای بعدی و انسداد طرق پانکراسی مساعد نموده و وضعیت را وخیم تر می سازد^(۸).

اسباب: اسباب پانکریاتیت حاد بطورمکمل واضح نیست اما چنین به نظر می رسد که این مرض در نتیجه Autodigestion نسج پانکراس توسط انزایم های آزاد شده آن خاصاً انزایم Trypsin باشد. این هضم بنفسهی ممکن است در نتیجه عوامل ذیل که یکتعداد از آنها جنبه قطعی و بعضی دیگر آن جنبه احتمالی دارند :

- آفات طرق صفراوی (۵۵-۷۰٪)
- الکولیزم (۲۵٪)
- تروما ۵٪
- عملیاته‌های بطنی
- کارسینومای پانکراس
- هیپوترمی
- ادویه جات - از قبیل سترویدها، تیا زیدها
- پولی ارتریت نودوزا
- هیپیر پارا تیروئید
- هیپیر لیپیدی

آفات طرق صفراوی - ارتباط واضح بین آفات طرق صفراوی و سنگ طرق صفراوی و پانکریاتیت در ۵۵٪ وقایع دریافت شده که علت آن ممکن است از باعث عدم قابلیت اتساع حویصل صفراء مرضی که در نتیجه باعث بلندرفتن فشار در داخل قنات صفراوی شده و صفراء منتن داخل قنات پانکراسی می گردد.

- **الکولیزم** - حملات مکرر پانکریاتیت توام با الکولیزم مزمن نزد مریضان دیده شده و یکی از اسباب مهم پانکریاتیت را در امریکای شمالی و فرانسه تشکیل می دهد.

- **انتانات** - پانکریاتیت حاد می تواند به قسم یک اختلاط در سیر بعضی از امراض انتانی مانند Mamp، محرقه و انتانات Coxackie دیده شود.

- **ترضیضات** - بعضاً در اثر ترضیضات کند بطن و یا در هنگام عملیات ممکن است پانکراس ماوف گردد، بطور مثال در هنگام عملیات گاسترکتومی در حین آزاد نمودن اثنا عشر ممکن است نسج غده پا نکراس ترضیضی شود.

- **ادویه جات** - کورتیکوستیروئیدها در جمله فکتور های سببی مرض شامل می باشد.

- **تشوشتات و عایی** - التهاب حاد غده پانکراس در وقایع فرط فشار خون و Polyarteritis nodosa ممکن است از باعث احتشای موضعی غده نزد مریضان بوجود آید.

پتولوژی

در زمان عملیات علایم مشخص مرض در بطن مریض به نظر می رسد. پریتون حاوی مایع مصلی و یا مصلی دموی بوده که در یک تعداد وقایع نسج شحمی ثرب کبیر، میزوی امعاء رقیقه و پریتون جداری محیط پانکراس نقاط سفید رنگ بمشاهده می رسد، که در نتیجه اتحاد شحم با کلسیم صابون غیر منحل در آب را بوجود می آورد. غده پانکراس انیمایی و نزفی می باشد و در شکل وخیم مرض به نکروز مصاب می گردد، بعضاً ممکن است پانکراس بکلی تخریب شود.

سیر پتالوژیک مرض

پانکریاتیت حاد دارای مراحل پیشرفته‌ی کا ملا مشخص است و ممکن است در هر یک از این مراحل سیر آن قطع شده و پیشرفت به مرحله دیگر وجود نداشته باشد. دانستن این مراحل جهت تنظیم نمودن پیشرفت مرض ضروری است.

انیدما (Edema) پانکراس: در چند روز اول بعد از حمله پانکراتیت حاد غده پانکراس به طور بارزی انیمایی می باشد و اطراح انزایم های پانکراس به داخل جوف پریطوانی وجود دارد، این امر باعث هضم بنفسهی (Autodigestion) شحمی و نکروز شحمی در سراسر پریطوان می گردد، در طی این مراحل امیلاز سیروم بلند خواهد بود و اگر مرض شدید باشد ممکن است کلسیم سیروم کاهش یابد.

نزف (Hemorrhage) : درین مرحله هضم (Digestion) او عیه دموی را هم متأثر می سازد و باعث نزف خلف پریوانی می گردد، در صورت شدت مرض این مرحله زودتر بوجود می آید یعنی در طی هفته اول شروع مرض اتفاق می افتد.

نکروز (Necrosis) : وقتی که او عیه دموی مصدوم گردد ممکن است احتشای قسمت وسیعی از غده پانکراس بوجود آید و باعث تشکل Sloughing شود.

تشکل آبسی و سیست کاذب (Abscess&pseudocyst formation) : این واقعه در هفته دوم تا سوم رخ میدهد، تشکل سیست کاذب در اثر تجمع افرا زات مصلی و دموی در بستر پانکراس ماوف در lesser sac تشکل مینماید، اگر تراکم بعدی و sloughing باقیمانده دچار انتان گردد آبه پانکراس بوجود می آید.

تظاهرات کلینیکی

پانکریا تیت حاد در سنین متوسط و کهلوت شایعتر بوده و معمولاً در نزد مریضانی دیده میشود که مبتلا به سنگهای صفاوی اند. مرض با شروع ناگهانی درد قسمت فوقانی بطن تظاهر نموده که بتدریج شدت کسب می نماید. این درد در ۵۰٪ موارد به طرف خلف انتشار داشته و معمولاً با استفراغ همراه است. در طی ۲۴ ساعت اول مریض بسیار نا آرام می باشد. با معاینه حساسیت منتشر در قسمت علوی بطن وجود دارد، همچنین علایم دیهایدریشن و شاک تظاهر میکند، اکثراً مریض توکسیک و تیدار است، بعضاً یرقان خفیف موجود می باشد. با تفتیش دقیق ممکن است سیانوز بنظر برسد. لکه های بنفشی در تحت الجلد ناحیه قطنی (Gry Turner sign) و یا در اطراف ثره (Cullen Sign) پیدا می شوند این علایم از باعث عصاره خون الود در پانکریاتیت هیمورژیک شدید ترمی باشد.

تشخیص پانکریا تیت حاد

تشخیص روی اعراض، علایم و معاینات متممه ذیل استوار است:

- درد عمیق در ناحیه اپی گاستر که اغلباً به خلف انتشار دارد.
- دلبدی و استفراغ، عرق و کسالت.
- تب، حساسیت و انتفاخ بطنی.
- لیکوسیتوز، بلند رفتن آمیلاز و لپیازیروم.
- سابقه حملات قبلی که اکثراً با گرفتن الکول در ارتباط می باشد.

تعین امیلا زسیروم: تشخیص با تعین امیلاز ثابت میشود. اندازه نورمال امیلاز از ۸۰-۱۵۰ واحد سوموچی است. اگر امیلاز سیروم بیش از ۱۰۰۰-۲۰۰۰ واحد سوموچی باشد با احتمال زیاد پانکریاتیت حاد وجود دارد.

علل دیگر افزایش امیلاز سیروم عبارتند از:

- قرحه مثقوبه اثناعشر
- احتشای میو کارد
- کولی سیستیت حاد.

شدت مرض ارتباطی با بلند بودن سطح امیلاز سیروم ندارد. هیموگلوبین یا کلسیم در چند روز اول بعد از شروع مرض یا Ocult blood در مواد غایبه اهمیت زیادی دارند و دلالت به شروع پانکریاتیت هیموراژیک می نماید.

معاینات تشخیصیه

غیر از تعین نمودن امیلاز سیروم که قبلاً ذکر گردید دیگر معاینات لابراتواری اساسی پانکریاتیت حاد عبارتند از:

WBC -

LFT' s -

. Hb -

-کلسیم سیروم

- تست ادرار جهت تعین شکر و بیلی روبین.

- رادیوگرافی بطن: رادیوگرافی در تشخیص قرحه مثقوبه یا انسداد امعاء کمک می کند، ممکن است

در X-ray لوپ متوسع واحد جيجونوم به علت ایلئوس موضعی دیده شود که به آن " Sentinel loop " می گویند. نزد مریض معاینات ذیل اجرا می شود:

- تعین گازات خون

--.ECG

- Ultrasound

- CT scan در تشخیص مرض نسبت به اولتراسوند با ارزشتر است.

ERCP -

ارزیابی مریض- بعد از بستر شدن مریض سیر روزمره مرض را با تعیین معاینات ذیل بررسی می نمائیم:

- تعیین یوری و الکترو لایت ها

WBC -

- کلسیم سیروم

گلوکوز ادرار- با این معاینه هر نوع پیشرفت مرض با عدم کفایه کلیوی، ها پیر گلیسمی (دیابت موقتی) هیپو کلاسمی مشخص میشود.

تشخیص تفریقی

- با کولی سیستیت یا کولانجایت حاد.

- قرحه اثنا عشر مثقوبه

- احتشای میزانتریک

- گاستریت

- نفرو لیتیاژ

- انیوریزم ابهر بطنی

- انسداد امعاء رقیقه

- احتشای میوکار د

تداوی طبی

پانکریاتیت حاد بشکل ذیل تداوی می گردد.

- استراحت بستر (Bed rest).

- تسکین درد - درد اغلباً شدید است و باید Pethidine تجویز گردد.

Pethidine (Demerol; Inj. 50mg/1ml 100mg /2ml) 50-100mg IM q4h

- Blood & fluid replcement: حالت ادیمایی یا ضیاع مقادیر زیاد مایعات بداخل انساج خلف

پریتوان توام است و اگر پانکریاتیت شدید باشد پروتین و خون نیز ضایع می شود، این امر منجر به

اولیگوری می گردد که خود باعث عدم کفایه کلیه ها خواهد شد لذا اعاده هرچه زودتر مایعات به مقدار

کافی ضرورت می باشد، مقدار مایعات باید برای حفظ out put ادرار به طور کافی باشد، در ۲۴ ساعت

اول عمدتاً اعاده مایعات و الکترولیت ها انجام می شود و بعداً پلازما و خون باید تجویز گردند. در موارد پانکریاتیت و خیم CVPLine و کتیتیر فولی جهت تنظیم مقدار مایع اعاده شده لازم است.

- Resting the pancreas: برای کاهش تحرکیت پانکراس در هنگام مریضی تلاش همه جا نبه بعمل آید. معده به کمک اسپریشن از طریق NGT و NPO ساختن مریض تخلیه میشود.

- Antibiotic - استفاده از انتی بیوتیک ها در پانکریاتیت حاد تحت مناقشه می باشد، بعضی جراحان طرفدار اقدام عاجل استفاده از انتی بیوتیک ها در پانکریاتیت حاد می باشد، بعضی از علمای طب عقیده دارند که این امر باعث جلوگیری از شروع تفریح در پانکراس می شود ولی شواهد بر علیه این نظریه قوی نیستند. عده جراحان طرفدار اقدام عاجل ERCP، سفنکتیروتومی و خارج کردن سنگهای CBD هستند.

- Diabetes - انسولین تراپی صورت می گیرد. معمولاً دیابت بعداً بهبود می یابد.

- Hypocalcemia - ممکن است ضرورت به تزریق کلسیم گلوکونات 10-19ml یک یا دو مرتابه در روز باشد. محلول کلسیم گلوکونات رابه آهستگی زرق می نمایند، سرعت تزریق از 5ml /min. تجاوز نکند.

تداوی جراحی

جراحی در پانکریاتیت حاد غیر اختلاطی مضاد استطباب است. بعضاً جراحی در نزد مریضان مبتلا به درد بطنی که تشخیص واضح ندارند انجام می گیرد و مشخص می شود که پانکریاتیت حاد موجود است، اگر پانکریاتیت خفیف یا متوسط باشد و سنگ صفراوی نیز وجود داشته باشد کولی سیست اکتومی باید اجرا گردد، کولانژیو گرافی نیز صورت می گیرد. اگر سنگ CBD موجود باشد باید سنگ خارج گردد، ولی از ترضیض پانکراس جلوگیری به عمل آید. در موارد پانکریاتیت شدید و موجودیت سنگ، طرق صفراوی باید دریناژ گردد، (Cholecystostomy) اما Cholecystectomy ضرورت ندارد. طرق صفراوی مشترک (CBD) در صورت وجود سنگ باید با T- Tube دریناژ گردد و اگر سنگی در امپول و اتر بند شده باشد باید خارج گردد. گذاشتن درن در ناحیه پانکراس مورد اختلاف نظر است و بسیاری از جراحان عقیده دارند که جسم اجنبی میتواند باعث منتن شدن گردد، ولی اگر پانکراس نکروتیک وجود داشته باشد باید تطهیر اجرا و دریناژ صورت گیرد. در اکثر مریضان مبتلا به پانکریاتیت صفراوی (Biliary pancreatitis) بدون

ضرورت به عملیات جراحی تشخیص روشن است، باتداوی طبی پانکریاتیت طی ۲-۳ روز بهبود می یابد، نزداین مریضان Cholecystectomy معمولاً در ۴-۶ روز بعد از بستر شدن مریض انجام می گردد. از طرف دیگر مریضان مبتلا به حملات شدید پانکریاتیت صفاوی باید بعد از تداوی لازمه مرخص شوند تا بهبود پیدا کنند، Cholecystectomy نزد این مریضان باید حد اقل ۶ هفته به تعویق انداخته شود. زیرا در این مدت التهاب بهبود یافته و جراحی را میتوان بدون خطر انجام داد. بطور خلاصه میتوان استطباب مداخله جراحی را در پانکریاتیت حاد به شکل ذیل اجرانمود:

۱- در مرحله حاد - با در نظر داشت امراض دیگر و اثبات پانکریاتیت حاد ممکن است لپره تومی استطباب داشته باشد اما بهترین شیوه جلوگیری از لپره تومی بوده زیرا این روش باعث وقایه از ترومای زیاد می باشد، اگر تشخیص مشکوک باشد میتوان اجرای لپره تومی را توصیه نمود. برای مصئونیت جراحی قبل از آن باید معاینات لازمه نزد مریض اجرا گردد.

۲- عملیات جراحی موخر جهت خارج نمودن انساج نکرروتیک و منتن پانکراسی با دریناژ سیستم کاذب یا آبیسی ممکن ضروری باشد. بعضاً مریضان به دلیل انسداد دوامدار اثنا عشر ضرورت به اجرای عملیات جراحی دارند.

اختلاطات

- عدم کفایه کلیه (Renal Failure) مترافق باشاک و نکروز پانکراس می باشد. عدم کفایه کلیه اختلاط مقدم پانکریاتیت حاد می باشد.

- سیست کاذب پانکراس معمولاً در هفته دوم مرض بوجود می آید.

- تشکل Diabetes meletus

- حملات مجدد مرض (Relapsing pancreatitis)

- عدم کفایه تنفسی

انذار

عواقب پانکریاتیت حاد در شکل خفیف و فیات آن در حدود یک فیصد بوده اما در نزد مریضان پانکریاتیت حاد با حملات شدید و فیات ۲۰-۲۵ فیصد دیده شده است. و فیات در نزد مریضان پانکریاتیت منتن نکروزی در حدود ۵۰ فیصد می باشد. عوامل سببی پانکریاتیت حاد را قبل از وقوع حمله دوم مرض باید جلوگیری به عمل آورد.

پانکریاتیت مزمن (Chronic Pancreatitis)

تعریف: پانکریاتیت مزمن عبارت است از التهاب دوامدار پانکراس بوده که با تغییرات مورفولوژیک غیرقابل ارجاع غده پانکراس توام می باشد. در پانکریاتیت مزمن تخریب تدریجی و فیبروز غده پانکراس وجود دارد، قنات پانکراس باریک و تشکل Calcified stones پانکراس ممکن است بوجود آید. این حالت با دیابت و سوی جذب ناشی از عدم کفایه وظایف اندوکرین و اکزوکرین همراه است.

اسباب

علت عمده پانکریاتیب مزمن در نزد اشخاص کاهل (۷۰-۸۰٪) استعمال الکول می باشد. Chronic obstructive pancreatitis از سبب انسداد طرق پانکریا تیک به وسیله تومور و Papillary stenosis بوجود می آید. Chronic inflammatory pancreatitis برای فیروز بعد از تروما، انفلتریشن mononuclear cell و اتروفی انساج اکزوکرین وصفی می باشد. بلند بودن سویه کلسیم خون، سوی تغذی وارثی بودن نزد طبقه جوان و کسانیکه به کشیدن سگرت عادت دارند از جمله اسباب پانکریاتیب مزمن بشمار می روند.

تظاهرات سریری

پانکریاتیب مزمن اغلباً در نزد مریضان مبتلا به الکولیزم دیده می شود (۷۰-۸۰٪) عرض اصلی پانکریاتیب مزمن در ۹۵٪ از وقایع درد بطنی است^(۱).

- درد دوامدار یا حملاتی از درد نکس کننده در ناحیه اپی گاستر و RUQ وجود دارد که به ناحیه قطنی علوی و چپ انتشار می نماید.

- نزد مریض بی اشتهاپی، دلبدی، استفراغ، قبضیت، انتفاخ بطنی و کاهش وزن دیده می شود.
- علایم بطنی در طی حملات عبارتند از حساسیت در ناحیه موقعیت پانکراس، تقلصیت عضلات و انسداد فلجی بوده که ممکن است چند ساعت طول بکشد و یا برای دو هفته ادامه داشته باشد.

- پانکریاتیب مزمن نکس کننده (Relapling chronic pancreatitis) - نزد مریض ممکن حملات درد در اپی گاستر توام با استفراغ، ضعف و یرقان انسدادی وجود داشته باشد.

علایمی که دلالت به عدم کفایه وظیفوی پانکراس می نمایند عبارتند از:

- ستیاتوره

- کاهش وزن
- دیابت
- اسباب درد دریا نکر یا تیت مزمن:
- هایپرنتشن قنات پانکراس
- التهاب عصب داخل پانکراس
- فقدان پوش حفاظتی عصب پانکراس
- اسکیمی پانکراس
- منتن شدن پانکراس و محیط آن
- انسداد صفراوی
- کولانجایت
- انسداد اثناعشر

معاینات تشخیصیه

- رادیوگرافی ساده بطن : ممکن است calcification در کلیشه رادیوگرافی دیده شود.
- امیلاز سیروم : در طی مدت Relaps امیلاز سیروم بطور متوسط بلند است. لیباز نیز ممکن است بلند باشد، طبیعی بودن امیلاز تشخیص را تأیید نمی کند.
- معاینه مواد غایطه: stool analysis ممکن است steatorrhea (فقدان بیش از 6g/d از شحم) را نشان دهد.
- تست وظیفوی پانکراس: وظیفه پانکراس را میتوان با اجرای تست تحمل گلوکوز (GTT) و آنالیز افرازات پانکراس (بای کاربنات و آنزیم ها) ارزیابی کرد، این افرازات رامیتوان از طریق تیوبی که در اثناعشر قرار داده می شود از اثر تحریک پانکراس با secretin یا pancrozymin بدست آورد.
- CTscan: CT سکن ممکن است calcification های رانشان دهد که در رادیوگرافی ساده بطن دیده نمی شود. اولتراسونوگرافی اندوسکوپییک ممکن است تغییرات را در پانکریاتیت مزمن نشان دهد.
- ERCP: در تشخیص انتخا بی برای پانکریاتیت مزمن مهم بوده و ممکن طرق متوسع و سنگهای داخل قنات را با تضیق یا سیست کاذب نشان دهد.

تداوی

- رژیم غذایی: این مریضان باید تحت رژیم غذایی دارای کالوری بلند پروتین و شحم کم قرار گیرند.
- پرهیز از الکل: نوشیدن الکل ممنوع است زیرا اکثراً باعث ایجاد حمله مرض می شوند.
 - پرهیز از نرکوتیک ها.
 - معاوضه انزایم ها و ویتامین ها: ستیا توره را میتوان با کپسولهای ۳۰۰۰ واحد لپا ز قبل از غذا، در بین غذا و بعد از غذا pancreatin (DizeymeZ Tab. Amelase 6500FIPU. Lipase 8000FIPU. Protease 450FIPU) 1-3Tab. With meals .
- کاربنات، سودیم، انتاگونست H_2 (Ranitidine) یا مهارکننده پمپ پروتون (مثل Omeprazole) باعث کاهش غیر فعال شدن لپا ز توسط اسید می شود که ممکن است سبب کاهش بیشتر statorrhoea گردد .

Sodium Bicarboate (Sada Mint; Tab 650mg before & after meals.

Ranitidine (zantac; Tab.150mg) 150mg bid.

Omeprazole 20-50mg daily.

انسولین : دیا بت باید به روش معمول تداوی شود.

تداوی جراحی

استطباب جراحی درپا نکریاتیت مزمن عبارتند از:

- انسداد CBD
- انسداد اثنا عشر
- انسداد کولون
- سیست کا ذب
- اشتبای سرطان پا نکراس .

- انسداد ورید طحالی توام با هایپرتنشن باب

- انسداد ورید باب توام با پورتل هایپرتنشن .

معمولترین استتباب جراحی پانکریاتیت مزمن عبارت از درد شدید مقاوم می باشد.

عملیات جراحی : در صورت موجودیت طرق متوسع پانکراس عملیات بای پاس نسبت یرقان انسدادی ممکن ضرورت باشد. در بعضی موارد که درد دوامدار موجود باشد، ممکن رزکشن عصب حشوی بزرگ (GSN) صورت گیرد.

عملیات جراحی طرق متضیفه پانکراس (Pancreas duct stricture)

- اگر تضیق در راس پانکراس موجود باشد عملیات Wipple ممکن است صورت گیرد، مجرای دیستل متوسع با یک Roux loop از جیجونوم تفهم داده می شود.

- اگر تضیق در عنق یا جسم پانکراس باشد قنات پانکریاتیک دیستل متوسع ممکن است با لویی از جیجونوم Side by side انستوموز اجرا گردد.

- بعضاً چندین تضیق در مجرای پانکراس وجود دارد و اجرای چنین عملیات ممکن نمی باشد. در چنین موارد تمام قنات پانکراس با ز گذاشته می شود و در طول پانکراس به لویی از جیجونوم انستوموز می گردد (عملیات Pustow) .

اختلاطات

- اعتیاد به نرکوتیک ها

- مرض دیا بت

- سیست کاذب

- آبسی پانکراس

- تضیق CBD

- **Steatorrhoea**

- سوی تغذی

- قرحه پپتیک

سیست های پانکراس

تصنیف: سیست های پانکراس بدو دسته تقسیم شده، سیست های حقیقی (true cyst %20) و سیست های کاذب (%80 False cyst).

سیست های حقیقی عبارتند از:

- سیست های احتباسی (Retention cyst)
- مرض پولی سیستیک و لادی پانکراس.
- سیست هیداتید.
- سیست های نیوپلاستیک از قبل Cystadenoma و Cystadenocarcinoma

سیست کاذب پانکراس

تعریف: سیست کاذب عبارت از تجمع مایع در داخل سیست می باشد که محتوی آن انزایم ها بوده و این پتالوزی در پانکریاتیت حاد بوجود می آید.

انسداد اثناعشر: انسداد اثناعشر کمتر به نظر می رسد ولی علائم انسداد اثناعشر همراه با استفراغ ادامه می یابد این حالت ناشی از التهاب پا یدار سطح داخلی اثناعشر می باشد.

هیما تمز و میلنا - این پتالوزی ناشی از وقوع همزمان قرحه پپتیک می باشد.

- تداوی - به بحث هما تمز و میلنا مراجعه شود.

دلایل موجود در زمان پذیرش مریض که انذار مرض را تعیین میکند عبارتند از:

- سن بیش از ۵۵ سال

- WBC بیش از 16000mcl

- شکر خون بیش از 200mg/dl

- SGOT اضافه تراز 250IU/dl

معیار های موجود در ۴۸ ساعت اول

- افزایش Blood Urea Nitrogen (BUN) اضافه تراز 8mg/dl

- کلسیم سیروم کمتر از 8mg/dl

- PO_2 شریانی کمتر از 60mm Hg

اسباب سیست کاذب پانکراس قرار ذیل می باشد:

- تشکل سیست نسبت ترضیضات پانکراس
- تشکل سیست از باعث تنقب قرحات خلفی معده
- بوجود آمدن سیست به تعقیب پانکریاتیت حاد

تظاهرات سریری

مریض تب نوسانی دارد و WBC شروع به صعود می نماید دردهای دوامدار و فلج امعاء موجود می باشد. انتشار درد بعضاً به طرف خلف می باشد. دلبدی و استفراغ، بی اشتهاهی و ضیاع وزن دیده می شود، در صورت فشار بالای طرق صفراوی یرقان ظا هر می گردد. با معاینه فزیکى بطن یک کتله بزرگ مدور ثابت در قسمت علوی بطن قابل جس بوده که بدون درد می باشد. جسامت کتله بعضاً تغیر نموده که ممکن علت آن دریناز قسمی سیست درقنوات پانکراسی باشد. اکثراً سیست های کاذب پانکراس بطور بنفسهی بهبود می یابند.

معاینات تشخیصه

- ۱- اولتراسوند : اجرای اولتراسوند، تشخیص را ثابت می سازد.
- ۲- تعیین امیلاز سیروم.
- ۳- باریم میل : کتله ممکن است قابل جس باشد و در باریم میل بصورت جاه گزین شدن معده به طرف قدام دیده می شود.
- ۴- Retrograde indoscopic canulation قنات پانکراس که ممکن بندش و یا Extravasation مواد ملونه را بداخل سیست نشان دهد.
- ۵- Computerised axial tomography یک معاینه خوب در تعیین توضع سیست می باشد.
- ۶- معاینه خون که اکثراً Leucocytosis را نشان می دهد .

تشخیص تفریقی

- آبسی یا فلگمون پانکراس

- Resolving Pancreatitis

- کرسینوما پانکراس

استطباب جراحی عبارتند از :

- عدم بهبودی بعد از ۲-۳ هفته .

- وجود درد ناراحت کننده ودایمی

- صعود تب

در صورت صعود تب سیستم کاذب ممکن است منتنن شود، در چنین موارد دریناژسیست استطباب دارد که از طریق جلد باکنترول اولتراسوند یا با عملیات جراحی باز انجام میشود.

تداوی جراحی

- سیستم کاذب پانکراس را میتوان باروش ترانس گاستریک یا بداخل لویی از امعاء رقیقه دریناژ نمود .

- اجرای لپره تومی صورت می گیرد وجدار قدامی معده باز میشود ،جدار خلفی معده شق گردیده وسیست کاذب که به آن چسپیده است بداخل معده دریناژ می گردد. جدار سیست به مخاط معده خیاط گذاری میشوند.

- یک تیوب درن درجوف سیست گذاشته می شود واز طریق لومن معده وجدار قدامی بطن از جلد خارج میشود .این نوع جراحی را میتوان بوسیله لپره سکوپ انجام داد.

- لپره سکوپ از طریق شق داخل بطن می شود.

- انساج نکروتیک اسپری می شود طوریکه به او عیه طحالی صدمه وارد نشود.

- بعد از عملیات جراحی مایعات را از طریق فمی وقتی باید شروع کرد که حرکات معایی دوباره احیا شده باشد.
- تیوب از طریق معدوی (TGT) تا دو هفته گذاشته میشود.
- اندازه جوف را میتوان با تزریق ماده کثیفه از طریق درن و اجرای X-ray بدست آورد. این اقدام اولین بار در روز دهم اجرا می شود.

تومورهای پانکراس

تومورهای سلیم و تومورهای خبیث پانکراس

تومورهای سلیم:

۱- ادینوما (Adenoma)

۲- Cystadenoma

۳- Islet-cell tumour

الف- Zollinger-Ellison tumour

ب- Insulinoma (β -cell tumour)

ج- Glucagonoma (α -cell tumour)

تومورهای خبیث پانکراس

۱- تومورهای خبیث ابتدایی

الف- Adenocarcinoma

ب- Cystoadenocarcinoma

ج- تومور خبیث حجات Islet

این تومورها نادر اند اما نسبت تأثیرات میتابولیک خویش دلچسپ می باشند. حجرات Islet ممکن هورمونی را افزانماید که درحالت نارمل درپانکراس دریافت نمی شود، مثلاً گاسترینوما (Gastrinoma).

انسولینوما (β-cell tumour)

۹۰٪ این تومورها سلیم و ۱۰٪ شان خبیث می باشد نزد این مریضان نسبت افزاز زیاد انسولین ممکن اعراض هایپوگلاسیمیک مشاهده شود .

- تظاهرات سیستم عصبی مرکزی - عبارتنداز ضعیفی، لرزش، عرق، اختلال شعور، Hemiplegia و بلاخره کوما که کشنده می باشد.

- تظاهرات معدی معایی - عبارتند از گرسنگی، درد بطن و اسهال می باشد، این اعراض خاصاً زمانی که مریض گرسنه باشد یا در اثنای فعالیت های فزیک بوجدمی آید و اکثراً در هنگام صبح وقت بوجد آمده و با گرفتن غذا رفع می گردد.

معاینات تشخیصیه

- درموجودیت هایپوگلاسیمی سویه انسولین بلند بوده وازباعث گرسنگی طولانی (۲۰-۱۵ ساعت) بوجد می آید.

- C-Peptide levels - درصورت تطبیق انسولین خارجی سویه پپتید پایین می باشد. این ماده درصورت انسولینوما نیز پایین می باشد.

تداوی

تداوی تومور عبارت از برداشتن آن می باشد.

گاسترینوما (Non-β -cell islet tumour)

این تومور ممکن سلیم یا خبیث باشد. گاسترینوما آهسته نشونما کرده و بلاخره میتاستاز می دهد. گاسترینوما باعث افزایش یک ماده مشا به گاسترین در خون شده که باعث افزایش HCL معدوی می گردد. نزد بسیاری از مریضان باعث التهاب مری می شوند. در اکثر موارد باعث قرحات متعدد پپتیک، نزف و تنقب می گردد.

معاینات تشخیصیه

سویه گاسترین در خون بلند بوده (15mmol/L).

تداوی

تداوی گاسترینوما عبارت از برداشتن تومور می باشد.

تومورهای خبیث ثانوی

کارسینوما ی پانکراس (Carcinoma of the pancreas)

کارسینوما یک ادینوکارسینوما (Adenocarcinoma) است که از اپیتیل قنات منشه می گیرد، معمولا solid و sirrhous می باشد اما ممکن است Medulary یا به ندرت یک Cystadenocarcinoma باشد.

کثرت وقوع آن در USA و UK در حال افزایش است، دوسوم (۲/۳) کارسینوما ی پانکراس در راس پانکراس اتفاق می افتند و تمایل به وارد نمودن فشار بالای CBD دارند و باعث یرقان می شوند. کارسینوما ی جسم و زنب پانکراس ممکن است بدون تشخیص باقی بماند مگر اینکه به اندازه کافی بزرگ شود. انتشار بعیده به کبد، ریه و جوف پریتون صورت می گیرد.

تظاهرات سریری

- یرقان انسدادی (ممکن است بدون درد باشد).

- حویصل صفراوی بزرگ (ممکن است بدون درد باشد).
- درد قسمت علوی بطن با انتشار به خلف، کاهش وزن و ترمبولیت معمولاً تظاهرات موخرمی باشد.
- مریض مبتلا به کارسینومای پانکراس بطور معمول دارای سن متوسط ویا کهن سال (۵۰-۷۰) می باشد.
- در صورتی که درد موجود باشد ممکن درد مبهمی در عمق اپی گاستر احساس گردد.
- درد به طرف خلف انتشار دارد.
- درد بصورت معمول با نشستن بطرف پیشروی (Sitting forward) تسکین می یابد.
- بعضاً مرض با حملات ترمبوز وریدی بنفسی همراه است که به آن ترمبولیت Migrans گویند
- مریض مبتلا به کارسینومای راس پانکراس ممکن یرقان داشته باشد وعلایم کاهش وزن را نشان دهد.
- در صورت وجود یرقان ممکن حویصل صفرا ب شکل کتله سخت و مدور در تحت کبد جس گردد.
- در قانون Courvoisier تذکره عمل آمده که اگر حویصل صفرا در نزد مریض مبتلا به یرقان انسدادی (Obstructive jaundice) جس شود، موجودیت سنگهای صفراوی احتمال ندارد.
- حویصل صفراوی حاوی سنگهای صفراوی معمولاً فیروتیک می باشد. کارسینومای زنب پانکراس مؤخرأ تظاهر می کند وکتله در LUQ قابل جس می باشد.

معاینات تشخیصیه

- باریوم میل : کتله ممکن است قابل جس باشد ودر باریوم میل بصورت جاه گزین شدن معده به طرف قدام دیده می شود ممکن است ثابت بودن (Fixity) و دنداندار شدن جدار خلفی معده را نشان دهد یا کتله ای را که باعث توسع اثنا عشر شده است نشان دهد. سرطان راس پانکراس ممکن است حاکی از پهن شدن لوپ اثنا عشر، انومالی های مخاطی، اذیما، تفرح و سپرم باشد.

-Retrograde indoscopic canulation- قنات پانکراس که ممکن بندش و یا Extravasation مواد ملونه را بداخل سیست نشان دهد.

- Computerised axial tomography یک معاینه خوب در تعیین توضع سیست می باشد.

- معاینه خون اکثرا Leucocytosis را نشان می دهد.

- اولتراسوند MRI CT scan : اولتراسوند نسبت موجودیت گاز امعاء قابل اعتماد (Relieble)

نیست. CT سکن و MRI در بیش از ۸۰٪ موارد کتله را نشان می دهند و برای تعیین وسعت تومور

اجرای FNA از طریق جلد برای مطالعه سایتولوژیک تومور مفید است.

- ERCP: ممکن است تشخیص میهم در CT سکن یا MRI طرق پانکراسی را با نیوپلازم

امپولری یا صفراوی واضح سازد.

- Biopsy در ERCP ممکن است به شکلی (Distortion) اثنا عشر باریک شدن یا قات شدن

قنات پانکراس دیده شود. سایتولوژی افرازات پانکراس یا Biopsy در حین ERCP ممکن است

تشخیص را واضح سازد. کارسینوم امپولاری را میتوان مستقیماً دید و بیوپسی اخذ نمود.

- ارتیریو گرافی و اولتراسوند لاپراسکوپیک: این روشها جهت ارزیابی قابل رزکشن بودن آفت

مفید اند.

- LFT's : تست های وظیفوی کبدی می توانند ماهیت انسدادی بودن یرقان را واضح سازد.

- مواد غایطه: Ocult blood مثبت مواد غایطه حاکی از اشغال اثنا عشر است.

- لپره تومی اکتشافی: کارسینوم جسم و ذنب پانکراس اغلبا بالپره تومی استکشافی (Exploratory

laparatomy) استطباب پیدا می کند.

تشخیص تفریقی با آفات ذیل صورت می گیرد:

- کولیدوکولیتیاژ

- کولیستاز دوایی

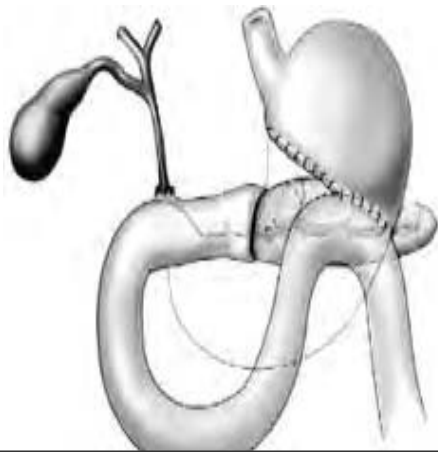
- هیپاتیت

- سیروز

تداوی

مریضانیکه درنزد آنها شواهدی از محراقهای ثانویه تومور وجود دارد یا تومور آنها قابل برداشت نیست باید با مراقبت های خوب تداوی شوند. اگر یرقان وجود داشته باشد ERCP و تطبیق stent صورت می گیرد. بای پاس های معده و صفراء درنزد مریضان جوان مبتلا به تومور های غیر قابل رزکشن صورت می پذیرند. قابل رزکشن بودن تومور بعضاً صرف با آپره تومی تعیین میشود. تومور های موضعی پری امپولیر و قابل رزکشن درنزد مریضان مناسب با آپره تومی و عملیات Wipple یا Pancreatico duodenectomy باحفظ پیلور تداوی می شوند. اگر حین عملیات جراحی متوجه شویم که تومور قابل برداشت نیست، عملیات بای پاس انجام می شود (Tripale Bypass). تداوی کمکی (Adjuvant Therapy) رادیوتراپی در ترکیب با fluorouracil میزان حیاتیات را درنزد مریضان مبتلا به کارسینوما ی قابل رزکشن پانکراس افزایش میدهد.

اهتمامات قبل از عملیات جراحی



شکل ۳-۹ عملیات Whipple (مخذ ۹)

- اگر مریض یرقان داشته باشد ممکن است انفوزن ما نیتول ضرورت باشد.

- انتی بیوتیک های پرو فلاکتیک را (جنتومایسین و فلوگزاسلین) می توان تجویز کرد.

- فکتور های Cloting مریض باید چک شود و در صورت یرقان ویتامین K (فیتونادیون) تجویز گردد.

عملیات جراحی وپیل (Whipple Operation)

درین عملیات راس پانکراس همراه با قسمت دیستل معده پیلور و لوپ مکمل اثنا عشر تا زاویه دودینو جیجونل برداشته می شود. در فاز Reconstructive جراحی لوپ جیجونوم بالا آورده شده و ابتدا به CBD و بعداً به انتهای شق جسم پانکراس و بلاخره به قسمت باقیمانده معده انستموز می گردد.

یک درن در سطح خارجی انستموز پانکراس گذاشته می شود.

وگوتومی ترانکل جهت کاهش اسیدتی معده و جلوگیری از تفرح ستومل انستوموز گاسترو جیجونل ممکن است علاوه شود شکل (۳-۹).

عملیات جراحی بای پاس (Bypass)

در کارسینومای پانکراس - ابتدا لوی از جیجونوم به CBD و حویصل صفر انستوموز می گردد، بدین طریق انسداد صفر او ی بر طرف می شود.

- در مرحله دوم به کنار این لوپ بصورت گاسترو جیجونوستومی انستوموز می شود و بدین وسیله انسداد اثنا عشر رفع می شود.

- در مرحله سوم دو طرف لوپ جیجونوم بین هم انستوموز می شود (برون انستوموز) تا غذا از لوی که به CBD می رود بای پاس شود.

انذار

انذار مریضان تاریک است . ۱۰٪ و فیات داشته و یکتعداد کم مریضان الی پنج سال زنده می مانند.

تمرینات فصل نهم پانکراس

- ۱- انا تومی جراحی پانکراس را توضیح نمائید؟
- ۲- اروا و درناژ لمفاوی پا نکراس را بیان نمائید؟
- ۳- فزیولوژی جراحی پانکراس از چه قرار می باشد؟
- ۴- پانکر یا تیت حاد را توضیح نمائید؟
- ۵- اسباب پانکریاتیت کدام اند؟
- ۶- سیر پتالوژیک پانکریاتیت را بیان کنید؟
- ۷- معاینات تشخیصیه پانکر یا تیت حاد کدام است؟
- ۸- سیست کاذب پانکر یاس چیست، اعراض و علایم آنرا بیان کنید؟
- ۹- تشخیص تفریقی کیست کاذب پا نکراس با کدا پتولوژی صورت می گیرد؟
- ۱۰- استطباب جراحی کیست کاذب پانکراس کدام است؟

References:

مأخذ : _____

1. Howard A,Reber , Lavrence, W. way. Pancreas . In:Lawrence W.Way.Current: Surgical Diagnosis & Treatment . USA.Appelton & Lange;2004. P.518-38.
2. J.N.Tomson , Acute Pancreatitis. In: Brain W,Ellis ,Simson, Paterson Brown,editors.Hamelton Baily`s Emergency Surgery.13th ed.great Britain: Arnold; 2000.p.784-90.
3. Michcal L, Sler. Exocrine Pancreas In: Toqnawnd Beauchamp. Evers. Matox. Editors Sabiston, Textbook of Surgery 17th ed.USA Sander, 2004 p.1644 -72.
4. R.C.G.Russell. The Pancrease. In:R.C.G.Russel, Norman Willamms,Christopher J.K Bulstrode,edctors.Bailey & Love`s Short Practice of Surgery 24th ed.Grat Britain:Hodder Amold;2004.p.1115-30.
5. Rowan Parks and James Powell. Surgery of the pancreas ,Spleen and Adrenal Glands. In: Margreal Farfquharson,Brendan Moran,editors Farquharson`s Textbook of Operative General Surgery,9th ed. UK; Hodder Arnold; 2005.p.340-56.
6. Sean J. Mulvihill. Pancras In: jeffry A, Noorton R,Randal Ballinger, Alfred E. Chaeg... editors,Essential Practice of Surgery Basic Science and Clinical evidence: USA,Springer ; 2003.p.200-216.
7. William E.Fisher, Dana K. Anderson,Richard H. Bell.Pancreas.In:F. Chales Brunicarde, Dana K. Anderson... et al. editors Schwartz`s Manul of Surgery, 8th ed.USA: McGrrawHill;2006.845-78.

- ٨ . William Silen and Michael Sfeer. The surgical diseases of the Pancreas. .In:Schwartz SI Sheres GI Spencer F.C. Principals of Surgery, Companian 7th edition MC,Grow Hill Book Company. New York ; 1999 p.321-330.
- ٩ . Pancreas surgery_[online]2007 [cited2007]Available from:
<http;WWW.com/procedure>.
10. The pancreas produces insulin and[online]2007[cited2007]
Available from: [www.humanilnesses.com](http;www.humanilnesses.com).

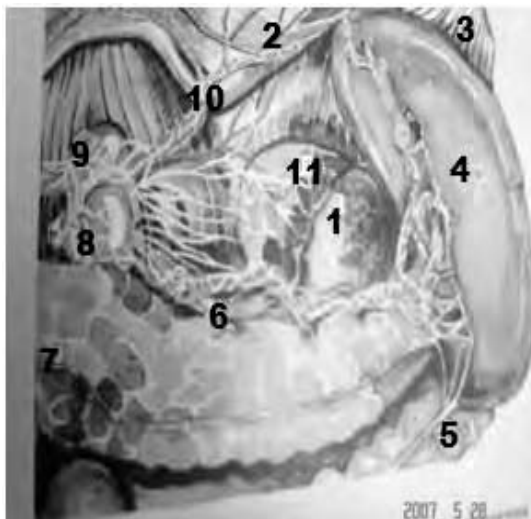
فصل دهم

امراض طحال (Splenic Diseases)

| | |
|-----|-----------------------------|
| ۲۴۴ | اناتومی جراحی |
| ۲۴۷ | فزیولوژی و پتوفزیولوژی طحال |
| ۲۴۸ | ترخیصات طحال |
| ۲۵۱ | ضخامه طحال |
| ۲۵۵ | برداشتن طحال |
| ۲۵۷ | ماخذ |

اناتومی جراحی

طحال به وسیله mesenchymal differentiation در طول جدار چپ میزوگاسترخلفی و در جنین ۸



ملی متری ایجا دمی شود. وزن طحال در نوزاد شخص سالم و بالغ 75-100gr است که با افزایش سن اندکی کاهش می یابد و خلفاً در سطح اضلاع ۱۰-۱۱ قرار دارد (شکل ۱۰-۱).

طحال به احشای ذیل مجاورت دارد :

۱- به کلیه چپ

۲- معده

۳- دیافراگم

۴- کولون مستعرض

۵- پانکراس

۶- truncus coeliacus

شکل (۱۰-۱) ۱- کلیه طرف چپ ۲- معده ۳- دیافراگم ۴- طحال
 ۵- کولون مستعرض ۶- ورید طحالی ۷- پانکراس ۸- پلکسوس و شریان
 طحالی ۹- truncus coeliacus ۱۰- شریان معدوی طرف چپ ۱۱- غده فوق
 الکلیوی طرف چپ طحال ماخذ (1)

۷-- شریان معدوی

۸- غدوات فوق الكلوی

طحال در LUQ قرار گرفته است و در قسمت علوی به سطح سفلی چپ دیافراگم مجاورت دارد. در قدام، وحشی و خلف با قسمت تحتانی قفس صدر محافظت می گردد. لیگامنت ها- طحال بوسیله لیگامنت ها در محل خویش نگهداری می شود که لیگامنت های تثبیت کننده (suspensory) هستند و مهمترین آنها عبارتند از:

Lig. Spleno phrenic-1

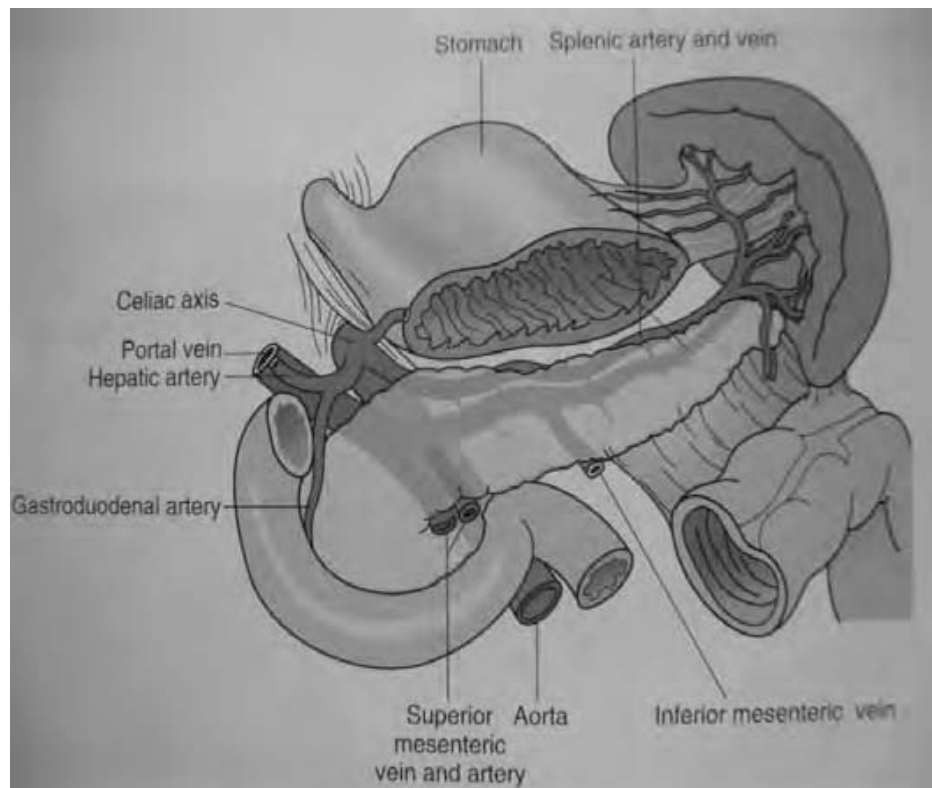
Lig. splenorenal - 2

Lig. splenocolic - ۳

Lig. gastrosplenic-4

لیگامنت گاستروسپلنیک بطور نورمال حاوی او عیه معدوی کوتاه (shortgastric vesals) می باشد. در صورتیکه مریض مبتلا به هایپر تنشن باب باشد کولاترال ها بوجود می آیند^(۱).

ارواء - خون شریانی از طریق شریان طحالی که شعبه از شریان سلیاک است وارد طحال می گردد. دریناژ وریدی اصلی از طریق ورید طحالی صورت می گیرد که به ورید مساریقی علوی دریناژ میگردد.



شکل ۲- ۱۰. آناتومی طحال مأخذ

طحال های فرعی

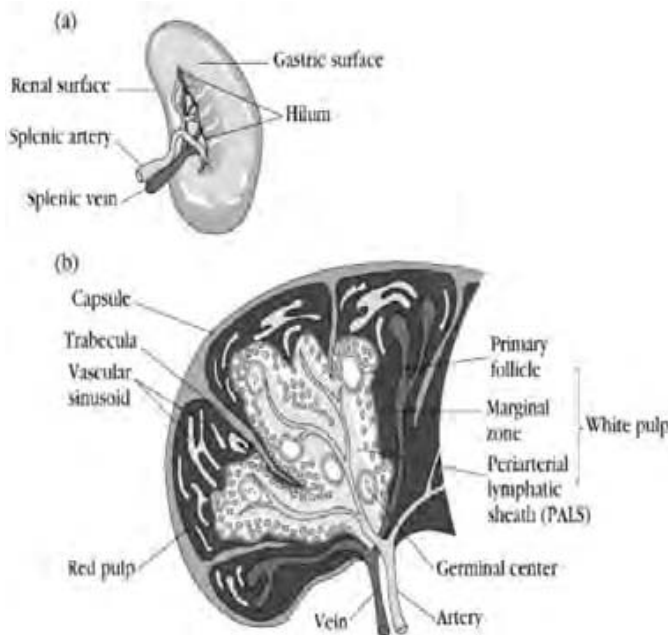
طحال فرعی (Ascensory spleen) در نزد ۱۴-۳۰٪ از مریضان گزارش شده است و وقوع آن در نرزد مریضانی که به نسبت آفات هیماتولوژیک عملیات می شوند بیشتر دیده می شود. طحالهای فرعی در قسمت های ذیل بمشاهده می رسند:

- ثره طحالی
- لیگامنت گاسترو اسپلنیک و اسپلنو کولیک.
- لیگامنت گاسترو کولیک.
- لیگامنت اسپلنو رنل.
- ثرب کبیر (Greater omentum)

ممکن است Ascensory spleen نزد طبقه اناث در حوصله و نزد طبقه ذکور در سکروتوم مجاور خصیه چپ ملاحظه گردد.

فزیولوژی و پاتوفیزیولوژی

طحال محل اصلی تولید حشرات خون در هفته پنجم تا هشتم حیات جنینی است. در نوزاد اشخاص کاهل



شکل (۱۰-۳) a - ساختمانهای آناتومیک طحال b - مقطع طحال

طحال در هماتوپایزشرکت نمی کند. طحال و وظایف ایمنولوژیک متعددی داشته و بخشی از سیستم ریتیکولواندوتیلیال محسوب می گردد. کرویوات سرخ غیرطبیعی، گرانولوسیت‌های غیرطبیعی و زواید حجروی توسط طحال از جریان خون پاکسازی می شوند. طحال مهمترین محل فلتر شدن حشرات سرخ است. عمر طبیعی حشرات سرخ ۱۲۰ روز بوده که در حدود دو روز آن

در طحال سپری می شود. حشرات خون در حالت طبیعی به سرعت از طحال عبور می کنند ولی در شرایط پتالوژیک از قبیل سپلنومیگالی جریان خون طحال موانع بیشتری در برابر حشرات دارای اشکال غیرنارمل و rigid ایجاد می کند که در نتیجه حشرات بیشتری در طحال تجمع می نمایند. طحال با دومیکانیزم متفاوت باعث کاهش حشرات پاتولوژیک خون می شوند. طحال شخص بالغ حاوی 25ml حشرات سرخ می باشند ولی تنها تعداد کمی از آنها بایک بار عبور از طحال از جریان خون حذف می شوند. طحال قادر به برداشتن بقایای هسته حجروی از اریتروسیتها در حال گردش می باشد. در طول روز تقریباً 20ml گلوبولهای سرخ مُسن (با عمر ۱۰۵ تا ۱۲۰ روز) توسط طحال برداشته می شود. با افزایش سن خواص بیوفیزیکی کرویوات سرخ تغییر کرده و ازینرو بیشتر در طحال متوقف می شوند. تا خیر در عبور از محیط هایپوکسیک، اسیدی و فاقد گلوکوز پولپ سرخ باعث بدتر شدن شرایط میتا بولیک کرویوات سرخ شده و آنها را قادر به Phagocytosis و تخریب می کند، کاهش شدید ATP و توقف وظایف حیاتی وابسته به آن عوامل اصلی سیتولیز کرویوات سرخ می باشد. کاهش سطح غشای کرویوات سرخ با افزایش سن و حذف شدن پارچه از غشای حجروی هنگام عبور از طحال نقش احتمالی طحال را در روند مُسن بودن کرویوات سرخ نشان می دهد، در چنین حالت طول عمر کرویوات سرخ در افرادی که طحال آنها برداشته شده با افراد طبیعی تفاوتی ندارد. تغییرات

داخلی کروییات سرخ (آفات غشایی، هموگلوبین و آنزیمی) و یا عوامل خارجی منجر به تخریب RBC درطحال می شوند. حجراتی که شدیداً صدمه دیده اند ممکن است توسط قسمت‌های مختلف سیستم رتیکولواندوتیلیال براداشته شوند. تخریب اریتروسیت‌هایی که دچار آفات حجروی خفیف شده اند مستلزم عبور آنها از جریان خون طحالی می باشد لذا طول عمرحجرات فوق پس از سپلنکتومی تقریباً به حد طبیعی برمیگردد. **نوتروفیلها درحدود ۶ ساعت ازدوران خون حذف می شوند.** درشرایطی مانند هایپرسپلنیزم ویا به دلیل تغییرات ایمنولوژیک ایجاد شده درگرانولوسیت ها (مانند نوتروپینی معافیتی) تخریب نوتروفیلها درطحال تشدید شده ونوتروپینی ایجاد می گردد. تمام Platelets بدن درحالت عادی درطحال تجمع می یابند . به اندازه زیاد از Platelets درطحال تجمع یافته (تا ۸۰٪) وتخریب آنها منجر به پیدایش Thrombocytopenia می شود. **ترومبو سیتوز متعاقب سپلنکتومی اغلباً موقتی بوده ولی بعضاً پایدار می باشد.** ترومبو سیتوز خاصتاً درانیمی های هیمولایتیک ولادی که با سپلنکتومی بهبود نمی یابد اهمیت دارد. تداوم هیمولیز در فعالیت تخریبی طحال منجر به ترومبو سیتوز شدید وپایدار وتشکل ترومبوزهای داخل وریدی می شود.

ترضیضات طحال



شکل (۱۰-۳) ترضیضات طحال مأخذ (۸)

ترضیضات طحال به شکل باز وبسته در اثر ترومای بطن، صدر وجروحات ناریه وقاطعه بطنی ویا به شکل تروماتیک در اثر مداخلات بالای اورگانهای صدی وبطنی بمیان می آید. دراروپا عمده ترین علت splenectomy را بخصوص نزد اطفال (۲۰-۴٪) ترضیضات طحالی تشکیل داده است. بعدازتروما طحال در اثر تخریب کپسول پارانیشیم ویا تخریب او عیه اعراض وعلائیم مرض بعد از ترضیض ویا به شکل ثانوی بعد از روز ها ویا هفته ها تبارز می نماید.

اعراض و علائم کلینیکی

اعراض و علائم کلینیکی مشابه به نرف های داخلی جهاز هضمی بوده که ابتدا نزد مریضان علایم شاک مانند تکی کاردی، فشار پائین خون، رنگ پریدگی، عرق سرد در جلد و علائم موضعی چون درد قسمت چپ بطن، حساسیت جدار بطن (۵۰٪) (انتشار درد بطرف شانه چپ با حساسیت جلدی) علامه Keher و بعضاً علامه Cullen (تغییرات رنگ در ناحیه ثروی Block eye) مثبت می باشد.

معاینات تشخیصیه

در ترخیصات طحالی تشخیص عاجل جهت گرفتن تصمیم نهایی برای تداوی امر فوق العاده مهم بوده که بدین منظور گرفتن مشاهده دقیق، اعراض و علائم کلینیکی، رادیوگرافی صدروبطن، سونوگرافی، کمپیوتر توموگرافی سلکتیف و انجیوگرافی Percutaneous peritoneal lavage ما را به تشخیص نایل میسازد. جهت تشخیص عاجل بهترین میتود سونوگرافی، لپره سکویی، رادیو گرافی بطن ولوژ بطن می باشد، در صورتیکه در جوف بطن بالا تر از ۱۰۰ ملی لیتر خون موجود باشد بصورت عاجل نزد مریض لپره تومی اجرا گردد. در کلیشه ساده رادیوگرافی بطن از بین رفتن حدود طحال، کسر اضلاع، بلند رفتن دیافراگم طرف چپ وجود خیال گاز و مایع در لومن امعاء دلالت به موجودیت آفت در طحال مینماید.

تداوی

از نظر پلان تداوی ترضیضات طحال به پنج درجه مختلف تقسیم بندی گردیده که هر درجه آن به شکل مختلف تداوی میگردد.

| درجه | نوعیت ترضیض | تداوی |
|------|--|------------------------------|
| ۱ | هیماٹوم تحت کپسولر کمتر از ۱۰٪ سطح طحال رچر کپسول موجود نبوده و ترضیض پارانشیم کمتر از یک سانتی متری باشد | کانسروتیف تحت مراقبت |
| ۲ | هیماٹوم تحت کپسولر با لاتر از ۵۰-۱۰٪ سطح طحال، هیماٹوم پارانشیم کمتر از ۲ سانتی متر رچر کپسولر با موجودیت خونریزی | خیاطه گذاری جرحه طحالی |
| ۳ | هیماٹوم تحت کپسولر بالاتر از ۵۰٪ سطح طحال رچر کپسول بالاتر از ۳ سانتی متر، هیماٹوم پارانشیم بالاتر از ۲ سانتی متر و خونریزی فعال | Splenorrhaphy وخیاطه جرحه |
| ۴ | رچر پارانشیمتوز بالاتر از ۳ سانتی متر هیماٹوم پارانشیم بالاتر از ۲ سانتی متر و خونریزی فعال جروحات و رچرهای متعدد به ابعاد مختلف با تخریب او عیه | ریزکشن قسمی طحال |
| ۵ | تخریبات وسیع طحال | Splenectomy |

استطباب splenectomy

Splenectomy درحالات ذیل اساطباب دارد:

۱- تمزق طحال - در اثر ترضیضات با زوبسته و یا ماوف شدن طحال در اثنای جراحی بصورت تصادفی.

۲- امراض خون - از قبیل کمخونی هیمولیتیک و Trombocytopenic purpura

۳- تومور و سیست های طحال.

۴- به قسم جز عملیاتهای دیگر جراحی از قبیل برداشتن جزری کارسینومای معده، انستوموزشریان طحال

و کلیوی در فرط فشار باب و Distal pancreatectomy.

ضخامه طحال (Splenomegaly)

این پتالوژی در جریان بعضی از امراض چون Hodgkin's disease، لوکیمیا، portal hypertension دیده شده که نزد مریض انیمیا، نایتروپینی، ترومبوسیتوپینی دیده شده که سبب مرض معلوم نبوده و به اشکال Secondary Hypersplenism & Primary Hyprsplenism دیده میشود. Secondary Hyperspleism از سبب امراض کبدی، portal hypertension، تضییق ورید طحالی، امراض کولاجن Felty syndrome, lymphoma, Leukemia, systemic Lupus, erythematoïdes, osteomyelofibrose, polycythemia و غیره دیده میشود.

کمخونی هیمولایتیک (Haemolytic anemia)

افات انزایمی حجات را به همولیز حساس تر می سازد. کمبود پیروات کیناز با بزرگی طحال همراه است، طحال در کمبود G6PD به ندرت بزرگ می شود. کمبود انزایمی به دونوع ذیل می باشد:

- ۱- کمبود انزایمی در مسیر گلیکولیز بی هوازی که مهمترین آن کمبود پیروات کیناز می باشد.
- ۲- افات انزایمی هگزومونوفسفات که مهمترین آن کمبود G6PD است. جهت تشخیص پتالوژی فوق می توان سطح انزایمی را تعیین نمود. در صورت بروز انیمی شدید نقل الدم خون استطباً ب دارد. در موارد قلت شدید پیروات کیناز سپلنکتومی ممکن است مفید باشد. در صورت عدم کنترل همولیز بعد از سپلنکتومی مریض دچار ترومبوسیتوز، ترومبوز ورید اجوف سفلی، ورید کبدی و باب می شود. سپلنکتومی در نزد مریضان مبتلا به کمبود G6PD استطباً ندارد^(۸).

اعراض کلینیکی

- در شروع مریض خاسف بوده ویرقان خفیف نزد ایشان موجود است که بعد ها مریض از خستگی وضعیفی نیز شاکی میباشند. در جریان حملات مرض نزد مریض تب دلبدی، استفراغ، درد بطن و خسافت جلد دیده میشود.

سفیروسیتوز ارثی (Hereditary spherocytosis)

تشخیص

- کسالت، ناراحتی بطن.
- یرقان، انیمی، سپینو میگالی.
- سفیراسیتوز، افزایش تخریبات اسموتیک حبرات سرخ سفیراسیتوز ارثی (یرقان هیمولیتیک ولادی، آنیمی هیمولایتیک فامیلی) وصفی ترین کم خونی هیمولایتیک ولادی می باشد که به صورت اتوزوم اغلباً انتقال پیدا می کند، به علت عدم قابلیت ارتجاع، در عبور حبرات از نواحی وکانال های طبیعی پولپ طحال تا خیر صورت می گیرد، بلاخره منجر به پارچه پارچه شدن و تخریب حجروی خواهد شد. همیولیز اکثراً با سپینکتومی تداوی می شود. معمولاً در بعضی از موارد تشخیص تا دوران بلوغ به تأخیر می افتد و اکثراً در سه دهه اول حیات صورت می گیرد.

اعراض سریری

(الف) علایم: علایم اصلی مرض عبارتند از سپینومیگالی، کمخونی خفیف تا شدید، یرقان و بعضاً مریض از خستگی شکایت دارد. امکان دارد باعث احساس پری و ناراحتی در ربع علوی و چپ (LUQ) بطن شود. اکثر مریضان در طی بررسی فامیلی قبل از تظاهر مرض، علایم تشخیص می شوند. همیولیز می تواند به صورت دوره بی نکس کند، بعضاً با کمخونی شدید، سردردی، دلبدی و دردبطنی دیده می شود.

(ب) در معاینات لابراتواری: تعداد گلوبول های سرخ هیموگلوبین به طور متوسط کم می شود. در نزد بعضی از مریضان تعداد گلوبولهای سرخ طبیعی خواهد بود. امکان دارد میکروسیتوز به وجود آید. تعداد ریتیکولوسیت ها از ۵-۲۰٪ افزایش پیدا می کند.

اختلالات

سنگ های صباغی کیسه صفر ۸۵٪ از بالغین مبتلا به سفیروسیتوز بوجود می آید اما قبل از ۱۰ سالگی دیده نمی شود، از طرف دیگر سنگ حویصل صفر در نوزادان سفیروسیتوز ولادی را توضیح می نماید. زخم های مزمن ساق پا که ارتباطی با واریس ندارند از آفات نادر می باشند ولی در صورت موجودیت صرف بارزکشن طحال تداوی می شوند. سپلنکتومی تنها تداوی سفیروسیتوز ارثی می باشد. وقتی کمخونی به خوبی رفع شود و مریض بدون اعراض باشد سپلنکتومی استطباب دارد. هر قدر روند همولیز طولانی تر گردد خطر بالقوه آفات چون کریز های هیپوپلاستیک یا کولی سستیت سنگدار افزایش پیدا خواهند کرد. در صورت موجودیت کولی لیتیز کولی سیستمی توام با سپلنکتومی صورت گیرد. وقتی علایم کلینیکی شدیدی وجود داشته باشد سپلنکتومی را تا ۶ سالگی به تعویق می اندازند تا از خطر افزایش انتانات ناشی از فقدان سیستم رتیکولو اندوتیلیال جلوگیری به عمل آید.

تالاسیمی (Thalassemia)

این پتولوژی که اوتوزوم می باشد به علت نقیصه ساختمانی یکی از زنجیر های گلوبینی مولیکول هیمو گلوبین گلوبولهای سرخ غیر طبیعی (مانند تارگیت سل) می باشد. افراد هتروزیگوت معمولاً انیمی خفیفی دارند (تالاسیمی مینور) ولی افراد هیموزا یگوت بیشتر انمی مزمن شدیدی دارند و با یرقان هیاتوسپلنو میگالی (اغلب حجیم) تا خیررشد بدن و بابزرگ شدن رأس همراه می باشد. در حدود ۲۵٪ از مریضان سنگ حویصل صفر دارند، علایم مشخصه آن وجود هیموگلوبین است. اگرچه تداوی معمول با جازبه های آهن انجام می شود ولی سپلنکتومی نسبت کاهش همولیز نیاز به نقل الدم داشته و رزکشن طحال بزرگ و ناراحت کننده در بعضی از مریضان مفید واقع می شود.

Thrombotic Thrombocytopenic Purpura (TTP)

TTP- عبارت از میکرو انجیوپتی منتشر Hyaline membes (او عیه کوچک Arterioles & Capillaries) بوده که سبب آن تا الحال معلوم نیست ولی رول میکانیزم معافیتی را در بروز حادثه دیدخل میدانند.

تشخیص

نزد مریض پتیشیا، اکیموز، خونریزی انف، عدم موجودیت سپلنومیگالی، ترومبوسیتوپینی و افزایش BT موجود می باشد.

تظاهرات کلینیکی

امکان دارد مرض به صورت حاد شروع شود و با اکیموز و پتیشیا بروز کند و همچنان بانزف وژن، هیماچوری و نزف جهاز هضمی توام گردد. نزف قحفی در ۳٪ از مرض اتفاق خواهد افتاد. اطفال وصفی ترین گروه سنی می باشند که شکل حاد مرض در نزد آنها بوجود می آید. معمولاً قبل از ۸ سالگی اتفاق افتاده و اغلباً ۱-۳ هفته بعد از مرض ویروسی سیستم تنفسی علوی آغاز می شود. نوع مزمن مرض می تواند در هر سنی بوجود آید اما نزد خانمها سه مراتبه زیاده تردیده می شود. شروع مرض به طور تدریجی می باشد. پتیشیا خاصاً در قسمت های تحت فشار ممکن بوجود آید^(۱).

تداوی

بهترین روش کنترل ترومبوسیتوپینی تداوی آفت اولیه می باشد. مرض با علایم خفیف یا بدون علایم نیاز به تداوی اختصاصی نخواهد داشت ولی باید از روش های جراحی انتخابی و تداوی غیر ضروری اجتناب شود. ستیروئیدها در ۷۵٪ موارد تعداد ترومبوسیت ها را افزایش می دهند و خود خطر نزف شدید را کاهش می دهد. معمولاً 60mg پریدنیزون (یا معادل ان) روزانه مورد نیاز می باشد، و تا بازگشت تعداد Platelates به سطح طبیعی ادامه پیدا می کند. مرض به تدریج بعد از ۴-۶ هفته کاهش یافته و تقریباً در نزد ۲۰٪ بالغین کورتیکوستیروئیدها باعث تداوی مداوم مریض می گردند. سپلنکتومی موثرترین نوع تداوی می باشد و برای مریضانی که به ادویه کورتیکوستیروئید جواب نمی دهند و در مواردی که بعد از بهبود اولیه با ستیروئید مرض عود کند و یا افرادی که مرض نزد ایشان بیش از یکسال دوام کند استطباب دارد. در موارد نزف های داخل قحفی سپلنکتومی عاجل استطباب دارد. سپلنکتومی در ۸۰٪ از مریضان باعث بهبود مرض می شود. در مواردیکه کورتیکو ستروئیدها و سپلنکتومی قادر به تداوی نباشند، گاما گلوبولین با دوزهای بلنداز طریق ورید تجویز می شود امکان دارد موجب ترومبو سیروز موقتی شود. با تجویز دانازول، افزایش Platelates در نزد بعضی از مریضان گذارش شده است^(۵).

Myeloid Metaplasia: عبارت از پروسه Panproliferative انساج Connective tissue که
عظم، کبد، طحال و عقدهات Idiopathic myelogenous leukemia thrombocytosis
polycythemia vera ابروجود می آورد و علت آن معلوم نیست از شدت امراض چون Hereditary
Elliptocytosis ,Hodgkin'
sarcoma' s disease lymphoma, chronic leukemia reticulum cell . نیزکا سته میشود.

Felty's syndrome: این سندروم عبارت از موجودیت ارترایت، سپلینومیگالی نزد مریضان می
باشد.

Sarcoidosis) :علائم سرکانیدوز در نزد طبقه جوان عبارتند از تب، عرق شبانه،
تغییرات تنفسی، تغییرات جلدی و سپلینومیگالی با اعراض و علائم هایپر سپلینیزم میباشد.

Gaucher's disease: عبارت از مرض ارثی بوده که از سبب نقیصه Glycolipidcerebros
در حجرات ریتیکولو اندوتیلیل طحال، کبد ، و عقدهات لمفاوی می باشد.

برداشتن طحال (Splenectomy)

در نزد مریضانیکه قرار است مورد سپلنکتومی انتخابی قرار گیرند، قبل از عملیات باید اختلالات
انعقادی و کمبود حجرات سرخ و انتانات تداوی شده و عکس العمل های معافیتی تحت کنترل آورده
شوند. چون خروج ترومبوسیت ها از جریان خون باعث سرعت جریان خون می گردد لذا باید پس
از بستن شریان طحالی برای تصحیح ترومبوسیتونی Platelates تجویز شود. بیشتر مریضان مبتلا به
اختلالات اتوایمیون الی آماده شدن به عملیات به تجویز کورتیکو سترئوئید نیاز دارند. هیپوولیمی باید با
نقل الدم در هنگام سپلنکتومی عاجل بر طرف شود.

اثرات هیما تولوژیک سپلنکتومی

معمولاً در نزد یک شخص بالغ نارمل فقدان طحال اهمیت کلینیکی زیاد ندارد. تعداد گلبولهای سرخ
و اندکس های آن تغییر کرده ولی بعضاً کروییات سرخ با انکلوزیونهای سایتوپلازمی مانند اجسام
Howell Jollyt Heinz مشاهده می شوند. بلافاصله پس از سپلنکتومی گرانولوسیتوز بوجود آمده و
با سپری شدن هفته ها لمفو سایتوز و مونوسایتوز جاه گزین آن می شود. معمولاً Platelates افزایش
یافته و گاهی ترومبوسیتوز (مثلاً 2-3million) به تعقیب سپلنکتومی ایجاد می شود. تعداد

Platelates بیش از یک ملیون نمی تواند استتباب برای تجویز ادویه جات ضد انعقادی باشد ولی عوامل ضد Platelates (مانند اسپرین) درممانعت از بروز ترومبوز موثر می باشد.

سپس و دیگر اختلالات بعد از سپلنکتومی

اختلاط عایده از سپلنکتومی ناچیز بوده ووصفی ترین آنها اتلکتاز، پانکریاتیت ونزف بعد از عملیات می باشند درحالیکه پس از سپلنکتومی اختلاط ترومبوامبولی معمولتر است. دلایل افزایش به باکتری می کشنده در اثر تغییرات پس از سپلنکتومی قرار ذیل می باشد :

۱- کاهش از بین بردن انتانات از خون

۲- کاهش سطح IgM

۳- کاهش فعالیت اپسونین (Opsinin) در نزد کودکان کم سن وسال بخصوص در دوسال اول پس از جراحی (در ۸۰٪ وقایع) و مریضان رتیکولواندوتیلیل که به سپلنکتومی منجر می شوند این خطر به بالاترین میزان خود میرسد. در افراد بالغ سالم خطر انتان پس از سپلنکتومی کم بوده ولی قابل اهمیت می باشد. اکثر این انتانات بعد از سال اول و تقریباً نصف از آنها در پنج سال بعد از سپلنکتومی رخ می دهند. سپس کشنده در بزرگسالان بسیار نادر است. وصفی ترین پتوزنها عبارتند از: سترپتوکوک، پنموکوک، هموفیلوس انفلونزا و مننگوکوک انعقاد منتشر داخل وعایی پتالوژی معمول می باشد. خطر سپس کشنده در سپلنکتومی عایده از تروما نسبت به سپلنکتومی در اثر آفات خون کمتر است. همه مریضان فاقد طحال باید در برابر پنوموکوک واکسین شوند. این واکسن در نزدکاهلان و کودکان بزرگتر تا مدت ۴-۵ سال مصونیت ایجاد کرده و پس از آن واکسیناسیون مجدد توصیه می شود. چون واکسن تنها در برابر ۸۰٪ انتانات موثر است اما بعضی از دوکتوران یک دوره نداوی دوساله پنسلین یا امپسلین را توصیه می کنند. وقایه توسط انتی بیوتیک در نزد کودکان کمتر از دوسال ضروری است. عموماً به غیر از مشکلات هیما تولوژیک بسیار شدید سپلنکتومی باید تا شش سالگی به تاخیر انداخته شود.

تمرینات فصل دهم امراض طحال

۱- انا تومی جراحی طحال را بیان کنید ؟

۲- فزیولوژی جراحی طحال را توضیح نماید ؟

- ۳- ترخیصات طحال چطور بوجود می آید؟
- ۴- اعراض و علائم ترخیصات طحال کدام اند؟
- ۵- کدام معاینات تشخیصیه در تشخیص ترخیصات طحال موثر است؟
- ۶- ترخیصات طحال به چند درجه تقسیم می شوند انهارا نام بگیرید؟
- ۷- استپاب splenectomy از چه قرار می باشد؟
- ۸- کم خونی haemolytic چیست، اعراض کلینکی انرا توضیح نمائید؟
- ۹- اثرات هیما تولوژیک splenectomy از چه قرار است؟
- ۱۰- اختلالات splenectomy کدام است.

References :

ماخذ :

1. Astapenka WG ,Malnikov N.H,Surgical disease 2th edition Minsk ; 1983
p. 32-258.
- 2 .David C. Hohn Splen. In: Lewrence W.Way, editor Current Surgical
Diagnosis & Treatment USA:Appelton & Lange;2004.p.542-54.
3. Haroldellis Ellis, Sirroy Calne,Christopher Watson Lecture notes on
General Surgery.10th ed.Great Britain:Blackwell publishing: 2004.
4. Hatle Debas Gastrointestinal Surgery : Pathophysiology and Management.
USA: Springer; 2004
5. O.James Garden . The Spleen .In; R,C.G.Russel,Norman.Willamms,
ChristopherJ.K. Bulstrode,editors.Baily & Loove`s Short practise of
Surgery .24th ed.Great Britain: Hodder Arnold; 2004.p.1084-92.
6. R.Daniel Beauchamp, Mechael D. Holzman and Timothy C,Fabin Spleen
In: Townsend.Beauchamp,Evers. Mattox.editors. Sabiston Textbook of
18th ed.USA:Sender,2008. 1740-93,

7. Rowan Parks and James Powell. Surgery of the Pancreas, Spleen and Adrenal Glands, In: Margaret Farquharson, Brendan Moran, editors Farquharson's Textbook of Operative Surgery, 9th ed. UK: Hodder Arnold; 2005. P. 353-55.
- ^ Removal of the spleen [online] 2007 [cited 2007] Available from: www.medem.com

فصل یازده

پریتوان

| | |
|-----|------------------------------|
| ۲۵۹ | اناتومی و فزیولوژی پریتوان |
| ۲۶۱ | پریتونیت حاد (منتشر و موضعی) |
| ۲۶۸ | پریتونیت مزمن |
| ۲۷۰ | ماخذ |

اناتومی و فزیولوژی جراحی

بطور طبیعی جوف پریتوان حاوی 100ml - ۵۰ مایع ازاد است، مایع ترانسودات دارای وزن مخصوص ۰،۱۶ و غلظت پروتئین کمتر از 0.3g/dl بوده که تعداد گلو بول سفید کمتر از ۳۰۰۰ میو فعالیت ضد باکتریل به واسطه کمپلمنت می باشد. جوف پریتوان بزرگترین جوف در بدن بوده که توسط پریتوان جداری و حشوی پوشانیده شده و مساحت پریتوان معادل به مساحت تمام جلد بدن است. بطن از جوف صغیر و جوف کبیر پریتوان تشکیل گردیده است که جوف صغیر و جوف کبیر پریتوان باهم توسط Foramen Wenslow وصل گردیده است. این فوچه از طرف قدام توسط ligament

gastrohepatic معده و Gastrocolic lig. واز طرف خلف توسط پریتوان جداری خلفی احاطه گردیده است. جوف کبیر پریتوان از حجاب حاجز شروع و به حوصله ختم می گردد. اعضای خارج پریتوانی عبارتند از کلیه ها، حالب ها، غدوات فوق کلیوی، پانکراس، ابهر بطنی و ریداجوف سفلی (V.cava inferior) عقدات و طرق لمفاوی می باشند.



شکل (۱۱-۱) جوف پریتوان ماخذ (۱)
 1 - lig.falciform 2 - پانکراس ۳- اثنا عشر ۴- امعای رقیقه ۵- رکتوم ۶- مقعد ۷- لیوم ۸- شرب کبیر ۹- پریتوان جداری ۱۰- کولون مستعرض 11 جوف صغیر پریتوان ۱۲- معده ۱۳- کبد ۱۴- دیافراگم

احشای بطنی که Intraperitoneal قرار دارند عبارتند از معده، جیغونو، الیوم، کولون مستعرض، کولون سگمونید، اپندکس، سیکم، کبد، حویصل صفرا وطحال می باشد. ثرب از چهار طبقه پریتون پوشانیده شده است. پریطوانی که احشای بطنی، ثرب و مساریقه را می پوشاند بنام پریتون حشوی نامیده می شود و پریطوانی که جدار قدامی، جنبی و خلفی بطن را پوشانیده است بنام پریتون جداری نامیده می شود. پریتون جداری قدامی و جنبی بطن توسط صفاق مستعرض تقویه گردیده و در قسمت های باقیمانده پریتون توسط طبقه شحمی و انساج areolar از آن مجزا می گردد. در تحت پریتون او عیه، عصب و طرق لمفاوی قرار دارند. پریتون جداری غنی از اعصاب بوده که تخریش آن باعث درد شدید و موضعی در ناحیه ماوفه می گردد. پریتون حشوی از نظر تعصیب فقیر بوده و درد ناشی از آن مبهم و در یک ناحیه موضعی نمی باشد. پریتون یک غشای مصلی شبکه مانند است که از یک طبقه مسطح polyhydal بالای یک طبقه نازک انساج فیبرو الاستیک قرار دارد. این غشا در قسمت سفلی خویش توسط یک مقدار کم انساج areolar تقویه شده که درین ناحیه یک شبکه از او عیه لمفاوی و تعداد زیاد او عیه شعریه دموی قرار دارد که از طریق آن جذب و اطراح صورت می گیرد. ثرب کبیر اهمیت عمده فزیولوژیک را دارا می باشد که وظیفه جذب و دفع مایعات توسط آن صورت می گیرد. ثرب در صورت التهاب احشای بطنی خود را به ناحیه انتهایی رسانیده و آنرا محدود می سازد که این میکانیزم تا ثیرات الکتروستاتیک ثرب را توضیح می نمایند. تفاوت پوتنسیال پریتون و ثرب کبیر در حالت عادی ناچیز بوده (چند ملی ولت) اما در صورت صدمه دیدن امعاء (التهاب امعاء) تفاوت پوتنسیال از ۸ ملی ولت الی ۵۸ ملی ولت بلند می رود که این حالت باعث کشانیدن کنارهای ثرب بطرف ناحیه انتهایی می گردد. مایعی که در جوف پریتون موجود است حرکت احشای بطنی و لغزش آنها را بالای یکدیگر آسان میسازد، این مایع حاوی مقدار کم لمفوسیت می باشد.

پریتونیت (Peritonitis)

تعریف: پریتونیت عبارت است از التهاب غشای پریتوان بوده که در اثر عوامل مختلف مرضی بوجود می آید و اکثراً ژرمهای عامل مرضی باعث چنین التهاب می گردند. ممکن است التهاب به هر دو طبقه حشوی و جداری پریتوان توسعه یافته و باعث پریتونیت منتشر گردد. پریتونیت بدون تداوی کشنده است.

اسباب

- علل کیمای
- قرحه مثقوبه معده و اثناعشر
- تنقب حویصل صفرا
- پانکریاتیت
- حمل خارج رحمی
- باریوم سلفات در تشخیص X-ray
- علل باکتریل
- جسم اجنبی نافذه، انتشار از سیستم بولی طبقه انات، پریتونیت از اثر تنقب رحم.

- پریتونیت پنوموکوکل بعد از سپلنکتومی و Septicaemia.

وصفی ترین علت پریتونیت عبارت از آفات احشای بطنی تنقب قرحه معده، اثناعشر، اپنڈیسیت، کولی سستیت حاد، تنقب امعاء در مرض کرون، تنقب امعاء از اثر محرقة، دیورتیکولیت، تنقب امعاء در اثر ترضیضات یا کرسینوما ی کولون و غیره می باشد.

پتولوژی

در پریتونیت های که منشه آن آفات امعاء (تنقب) باشد از نظر انتان با شکل مختلف می باشد، انتانات از قبیل E.coli ، Proteus، Streptococ مشترکاً همراه با انتانات Bacteroides, Anaerobic, Clostridea و انتانات جهاز تناسلی نزد خانما دیده میشود. در پریتونیت که منشه آن دموی باشد ژرم آن از نوع Streptococ, Pneumococ, Staphylacoc و یا TB میباشد. بعضاً نزد دختران خوردسن انتانات آن از نوع انتانات جهاز تناسلی و Pneumococcus دریافت شده است. علایم پتالوزیک پریتونیت ها عبارتند از:

- جذب بسیارزود توکسین از یک سطح التهابی وسیع.
- بروز انسداد فلجی توام با تغییرات ذیل:
- ضایعات مایعات عضویت.
- ضایعات الکتروولایت های عضویت.
- ضایعات پروتینهای عضویت.
- انتفاخ بیش از حد بطن توام با علوی راندن حجاب حاجز که بنوبه خویش کولپس ریوی را کمک نموده وزمینه را برای پنومونی مساعد میسازد.

تظاهرات سریری

پریتونیت اکثراً نسبت به افات دیگر بطنی بشکل ثانوی بوده در ابتدا اعراض و علایم عضوی که سبب پریتونیت شده در صحنه حاکم میباشد. بطور مثال اپنڈیسیت حاد، تثقب قرحه اثنا عشر و علایم مشخص آنها را بعنوان اسباب پریتونیت نام می بریم. پریتونیت در ابتدا با درد شدید تظاهر می کند، چون هرگونه حرکتی درد را شدید می سازد بناً مریض ترجیح میدهد که در بالای بستر خویش بدون حرکت باقی بماند. تخریش حجاب حاجز ممکن است با انتشار درد بطرف شانه همراه باشد. استفراغ در پریتونیت از جمله علایم مروج مرض است.

درجه حرارت بدن اکثراً بلند بوده و نبض سریع می باشد، درین مرحله بطن باجس دردناک و متقلص بوده که نظربه پیشرفت مرض این درد و تقلصیت موضعی و یا عمومی بوده می تواند. Rebundtenderness نزد مریض مثبت دریافت می گردد (۵).

با اصغا بطن خاموش بوده که بعضاً اوازهای انتقالی قلب و تنفس در بطن اصغا می گردد. با معاینه مقعدی (touchea rectal) جوف دوگلاس حساس و دردناک می باشد. در مرحله پیشرفته پریتونیت بطن مریض بسیار انتفاخی و Tempanic بوده و در ضمن علایم موجودیت مایع در جوف پریتون ظاهر می گردد. مریض حالت توکسیک داشته، نبض آن سریع و خیطی بوده فشار نیز پائین می باشد. در مراحل پیشرفته استفراغ شکل غایطی رداشته می باشد. جلد سرد، مرطوب و سیانوتیک بوده (وجه هیپوکرات) که حالت وخامت مرض را نشان میدهد.

معاینات تشخیصیه



شکل (۱۱-۲) free aire از اثر تنقب احشای مجوف بطنی ماخذ (۶)

در معاینات مختلفه جهت تشخیص پریتونیت چندان ارزش مهم نداشته و تشخیص مرض زیاده تر در خصوصیات لوحه سریری مرض (اعراض و علائم فزیکي) استوار است. در رادیوگرافی ساده بطن هرگاه یکی از احشای مجوف بطنی تنقب کرده باشد خیال هوای ازاد (Freeair) در جوف پریتون تحت حجاب حاجز و بالای کبد طرف راست نمایان می گردد. در ۷۰٪ از وقایع تنقب قرحه پپتیک خیال Freeair تحت حجاب حاجز طرف راست موجود می

باشد شکل (۱۱-۲). رادیوگرافی صدر برای نهی ساختن آفات ریوی به عنوان تشخیص تفریقی کمک می کند. تعیین سویه امیلاز خون برای تشخیص تفریقی از پانکریاتیت حاد با اهمیت است. در اکثر وقایع پریتونیت با Leucosytosis همراه می باشد.

تشخیص تفریقی

پریتونیت باید با کولیک های حالبی و صفراوی انسداد امعاء تشخیص تفریقی شود.

در سه حالت فوق الذکر مریض در بستر نارام میباشد و همچنان احتشای میوکارد Basal pneumonia، نرف داخل پریتوانی و تمزق انیوریزم ابهر حالاتی است که با پریتونیت مغالطه شده می تواند.

تداوی

هدف در تداوی پریتونیت عبارت از بین بردن عامل پریتونیت و تداوی اختلالات ناشی از آن می باشد. تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که بتوانیم محراق انتانی را از بین برد، مثلاً ترمیم تنقب قرحه پپتیک توسط خیاطه ها و یا اینکه برداشتن اپندکس گانگرنوز. هر جمع قیچی ضرورت به دریناژ دارد و جراحی ممکن است برای تخلیه آبی های باقیمانده مانند ابسی تحت حجاب حاجز و یا آبی حوصلی ضرورت داشته باشد (۶).

تداوی طبی پریتونیت ها

در مواردی که تصمیم به تداوی طبی اتخاذ گردید مریضان احتیاج به مراقبت های جدی دارند. علایم حیاتی ایشان در هر ساعت کنترل و در صورتی که الی شش ساعت وضع عمومی مریض بهبود نیابد باید به عملیات جراحی اقدام نمود. در قدم اول باید به مریض NGT و کتیتر فولی تطبیق و ورید مریض باز گردد، در بستر به مریض وضعیت نیمه نشسته داده شود تا مریض خوبتر تنفس کرده بتواند، برای مریض تیوب رکتل تطبیق شود. الکترو لایت ها، مایعات، خون و ویتامین ها نیز به مریض تجویز و بلانس مایعات اخذ شده و اطراح شده را کنترل و در جدول مخصوص درج گردد.

تداوی طبی پریتونیت در حالات ذیل استطباب دارد:

- ۱- در موارد یکه وضع مریض بسیار خراب باشد.
- ۲- در پریتونیت موضعی از سبب کولی سستیت حاد و اپنڈیسیت حاد.
- ۳- در پریتونیت از باعث سلپانجایتس.
- ۴- در مواردی که عامل پریتونیت پنوموکوک ها سترپتوکوکها بوده و یا اینکه پریتونیت از سبب امراض ولادی بوجود آمده باشد.

اهتمامات قبل از عملیات

- ۱- **مایعات داخل وریدی** : جهت معاوضه مایعات منتقل شده بداخل جوف پریتون به اندازه مناسب مایعات داخل وریدی ضرورت است، امکان دارد چندین لیتر سیروم رنگر برای برطرف نمودن هیپوولیمی ضرورت باشد. سرعت تطبیق مایعات داخل وریدی باید بطی باشد که فشار خون و دیورز راسریحا به سطح مناسب برساند. پوتاشیم تا زمانی که جریان نسجی و کلیوی به حد کافی برقرار نشده باشد تجویز نمی گردد. در کم خونی یا موارد نرف همزمان نقل الدم ضروری است.
- ۲- **مراقبت از Septicaemia پیشرفته**: ادویه جات قلبی و عایی و دادن اکسیجن برای کنترل سپتی سیمی حتمی است.

- ۳- **انٹی بیوتیک ها** : انٹی بیوتیک از طریق وریدی علیه انتانات مورد نظر تطبیق می گردد.

تداوی جراحی

۱- کنترل سپس: بعد از باز شدن بطن مایع از بطن جهت کلچر و انساج منتن ایروب و اناایروب انجام می شود. جوف های منتن مخفی را با تفتیش دقیق دریافت و مواد نکروتیک را از بطن خارج نموده و بعداً برداشتن آفتی که باعث پریتونیت شده است صورت می گیرد مانند ایندکس یا حویصل صفرای مثقوبه، ترمیم قرحات مثقوبه.

۲- دریناژ: انستوموزامعاء رزکشن شده نسبت سپس وسیع یا اسکیمی معایی باکشیدن امعاء به جدار بطن و ترمیم دوباره بعد از چندین هفته بعد از صحت یاب شدن مریض اجرا می گردد. دریناژ پریتون صورت گیرد (مانند پانکریاتیت حاد).

۳- لواژ پریتون: در پریتونیت منتشر لواژ با مقادیر فراوان محلول ایزوتونیک گرم و دور کردن لخته های خون، غشای فبرینی، افزودن آنتی سپتیک به محلول شستوشو صورت گیرد.

۴- تداوی توسع بطن: توسع بطن ناشی از الیوس اغلباً با پریتونیت دیده میشود. بهترین روش عبور دادن تیوب Bake از طریق انفی است که مانند یک سنتت معایی بدون بخیه عمل می نماید.

اهتمامات بعد از عملیات جراحی

بر حسب شدت پریتونیت آنتی بیوتیک ها تا ۱۰-۱۴ روز ادامه می یابد. نتیجه کلینیکی مناسب شامل برقراری پرفیزیون و دیورز کافی، کاهش تب و لیکاسیتوز، تداوی فلج امعاء می باشد.

انذار مرض

مرگ و میر از سبب پریتونیت های منتشر نظر به افات احشای داخل بطنی از ۱۰-۲۰٪ می باشد که فکتور های کشنده عبارت انداز:

- برونکوپنیمونی
- عدم کفایه کلیه
- انحطاط مخ عضم
- توکسیمیا ی باکتیریل
- قیح دریناژ ناشده
- تشوش موازنه الکتروولایت ها
- انسداد فلجی

آبسی های داخل بطنی (Intraabdominal abscess) - جدار پریتوان بسیار مساعد برای نشونمای انتانات می باشد. آبسی های داخل بطنی در اثر احاطه شدن انتانات در پریتوان بوجود آمده که ثرب کبیر، امعاء رقیقه و غلیظه و سایر احشای بطنی ابسی را تحدید کرده و التهاب را موضعی میسازد. آبسی های داخل بطنی از نظر موقعیت در نواحی Subhepatic و Subphrenic، پیری تفلیک، میزوکولی در جوف دوگلاس دیده میشود. بنا بر موقعیت مختلف آبسی ها اعراض و علایم آنها مشابه نبوده و فرق دارند. آبسی های داخل بطنی محدود شده میتواند ربچر نموده و باعث بروز پریتونیت منتشر گردد. آبسی های سب فرنیک می تواند به پلورا سرایت نموده و باعث بروز امراض ریوی و پلورا گردند. نشونمای آبسی های داخل بطنی مربوط به عامل مرض ویرو لانس مکروب، موقعیت آبسی و وضع عمومی مریض، عمر و غیره عوامل بستگی داشته و ابسی های ابتدایی از ابسه های ثانوی بعداز عملیات بکلی فرق داشته که ابسی های ثانوی بعداز عملیات اکثراً بعداز ۶-۷ روز یا بعداز گذشت یک هفته بعد از عملیات بوجود می آید.

آبسی تحت دیافراگم (Subphrenic Abscess)

آبسی تحت دیافراگم بطور عموم بعداز پریتونیت منتشر خاصتاً بعداز اپنڈیسیت حاد با قرح پپتیک متقوبه اتفاق می افتد. ممکن است انتان از طریق هیماتوم بعداز یک عملیات جراحی از قبیل سپلنکتومی و آبسی تحت دیافراگم بوجود آید. چنین آبسی ها اکثراً تحت دیافراگم تشکیل می شوند ولی ممکن است تحت کبد در Lesser sac یا در هیپاتورنل پوچ ظاهر شوند.

تظاهرات کلینیکی

مریض از یک عملیات جراحی بهبود کسب نموده و بعداز ۷-۲۱ روز بعد دچار تب نوسانی و ناراحتی عمومی، دلبدی و کاهش وزن می گردد.

ممکن است مریض از درد قسمت علوی بطن شاکی باشد که به طرف شانه انتشار دارد. مشکلات در تنفس ناشی از pleural effusion در بالای آبسی با کولپس لوب سفلی یک ریه ممکن است وجود داشته باشد.

با معاینه تب نوسانی وجود دارد که علت واضحی برای آن در یافت نمی شود. بعضاً ممکن است بطرف سفلی تغیر موقعیت نموده باشد و ممکن است علایم فزیک پلورل انفوزن با کولپس ریه بروز نماید.

معاینات تشخیصیه

تشخیص مرض با CTscan : برای موقعیت تجمع کولکشن قیح می توان از CT scan استفاده کرد.

WBC - بطور تیپیک WBC بلند می باشد.

رادیوگرافی

در رادیوگرافی صدر و بطن دیافراگم در کلیشه رادیوگرافی بلند رفته حرکات دیا فرآگم در عمل تنفس کم شده، اعراض پلئوریت، موجودیت گاز در ناحیه دیافراگم دیده می شود. اولتراسوند و کمپیوتر توموگرافی به تشخیص کمک زیاد می کند.

تداوی

بسیاری از انتانات تحت حجاب حاجزی به مرحله تشکل ابسی نمی رسند و توسط انتی بیوتیک در صورت بروز ابسی ناحیه بشکل Trans. ویا Extraperitoneal تخلیه و دریناژ می گردد. ابسی های کوچک توسط پانکسیون تحت کنترل اولتراسوند دریناژ می گردند.

آبسی های جوف دوگلاس (Douglas absces)

آبسی جوف دوگلاس در Retrovesical pouch که بطور عموم بتعقیب پریتونیت در اثر اپنڈیسیت حوصلی یا تثقب کولون بوجود می آید. هیما توم حوصلی به تعقیب هیماستاز ضعیف علت دیگری برای تشکل ابسی حوصلی است.

تظاهرات کلینیکی

مریض پریتونیت منتشر داشته ۴-۱۰ روز بعد از عملیات حالت خراب و تب پیدا میکند. ممکن است تاریخچه Discharge موکس از رکتوم وجود داشته باشد. ابسی ممکن از طریق رکتوم یا ورجن باز شود. بامعاینه مریض تب نوسانی دارد و با TR یا TV ممکن است کتله قابل جس موجود باشد.

تداوی

Breaking with a finger : وقتی ناحیه متموج (fluctuan area) در رکتوم جس شود می توان آنرا بایک انگشت تحت انستزی عمومی کوتاه مدت باز کرد. اگر مریض علایم سیستمیک دارد انتی بیوتیک تراپی ممکن است شروع شود ولی این کار Discharge آبی را بتاخیر می اندازد. در صورتیکه آبی بزرگ باشد بهتر است نزد مریض لپره تومی سفلی بطن اجرا و آبی تخلیه و دریناژ گردد.

پریتونیت توبرکلوزیک

پتوفیزیولوژی

پریتونیت توبرکلوزیک در ۰.۵٪ از موارد بصورت انتان اولیه بدون مصاب شدن ریه، امعا، کلیه و تیوب رحمی بوجود می آید. علت پریتونیت توبرکلوزیک فعال شدن مجدد محراق خاموش پریتوانی از باعث انتشار دموئی و یا از طریق عقدهات لمفاوی مساریقی می باشد. موجودیت توبرکل های متعدد کوچک (جاورسها) سخت برجسته و سفید روی پریتوان، ثرب کبیر و مساریقه علایم برجسته آن هستند. التصاق توبرکل های سیکوم و عقدهات لمفاوی با ثرب کبیر ممکن است کتله قابل جس را تشکیل دهند. پریتونیت توبرکلوزیک جوانان خاصاً خانم ها رامبتلا می سازد. مریضان مصاب به AIDS در معرض مبتلا شدن به توبرکلوز خارج ریوی هستند.

چهار شکل پریتونیت توبرکلوزیک وجود دارد که قرار ذیل می باشند:

۱- شکل Ascitic

۲- شکل Loculated

۳- شکل Plastic

۴- شکل Purulent

- شکل Ascitic - در جوف بطن مایع زرد رنگ موجود می باشد و سطح پریتوان توسط جاورسها مستور بوده و بطن این مریضان بزرگ می باشد. مریض وزن باخته خاسف و انیمیک می شود، نزد مریض قبضیت و یا اسهال دیده می شود.

- شکل Loculated - یک قسمت بطن به آفت مبتلا شده و یک ثورم در بطن موجود بوده که انسداد معایی یکی از اختلالات این شکل مرض به حساب میرود.

- شکل Plastic - درین شکل مرض التصاقات در بین احشای بطنی مخصوصاً التصاقات امعاء رقیقه بین هم باعث توسع امعاء می گردد که این حالت با عث انسداد تحت الحاد و یا حاد می شود.
 - شکل Purulent- در این شکل مرض یک کتله التصاقی امعاء و ثرب توام باقیح توبرکلوزیگ موجود می باشد و معمولاً آبی های بزرگ بارد بوجود می آیند که بعضاً به جلد و یا در بین امعاء بازمی شود.

تظاهرات کلینیکی

اعراض و علایم مرض (اضافه تر از یک هفته) شامل درد و انتفاخ بطن، تب، عرق شبانه کاهش وزن و تغییرات در تعوط می باشد . نزد ۵۰٪ مریضان حین موجود میباشد، هرگاه مرض سیر طویل المدت را اختیار کند موجودیت حین می تواند اولین علامه مرض باشد. در اکثر موارد کتله جس میشود.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی با مرض کرون، کارسینوما، سیروز کبدی و لمفوما ی معایی صورت می گیرد. مفید ترین رهنمای تشخیصیه عبارت از تعیین موقعیت TB خارج بطنی است. pleural effusion در ۵۰٪ موارد وجود دارد. پره سننز آپره سکوپیک یا بیوپسی پریئون تنها در نزد مریضان مصاب قابل اجرا می باشد. در ۸۰٪ موارد تشخیص حقیقی توسط کشت و سمیر مستقیم تعیین می شود. تست جلدی اکثر مثبت می باشد (حدود ۸۰٪ موارد). معاینات خون و بیوشیمیک به ندرت مفید بوده و لیکوسایتوز شایع نیست. در اکثر موارد سدیمنتیشن افزایش می یابد.

تداوی مرض

تداوی در واقعات غیر اختلاطی طبی و محافظه کارانه است. اکثر مریضان که علایم حاد نزدشان موجود است تنها بالپره تومی تشخیص داده می شوند. در فقدان انسداد یا تثقب امعاء بیوپسی از ندول پریئون یا ثرب گرفته می شود. تضیق ناشی از آفت TB معمولاً در انتهای ایلیم و سیکوم انسداد ایجاد میکند ولی ممکن است در طول امعاء رقیقه و قسمت های مقعدی نیز دیده شوند ، بهتر است لوپهای کوتاه و محدود امعاء ماوفه را رزکشن نموده و انستروز مقدم انجام داد . اگر تشخیص قطعی باشد باید تداوی دواوی TB شروع شود، اما تداوی با ایزونیا زید و ریفامپیسین تا ۱۸ ماه بعد از جراحی باید ادامه یابد

تمرینات فصل یازدهم پریتوان

- ۱ - اناتومی جراحی پریتوان را توضیح نمائید ؟
- ۲- پریتونیت را تعریف نموده و اسباب آنرا تشریح نمائید ؟
- ۳- علایم پتولوژیک پریتونیت کدام اند؟
- ۴- تداوی پریتونیت چطور صورت می گیرد ؟
- ۵- اهمات قبل از عملیات جراحی پریتونیت کدام است ؟

References:

مأخذ:

1. Astapenka , WG Malnikov N.H, Surgical disease 2th edition
Minsk; 1983 p. 32-258.
2. Ellis H Calne S R General Surgery 10th edition , Black well scientific
publication; London; 2002 p. 155-195.
3. Harold Ellis, Sir Roy Calne, Christopher Watson Lecture notes on General
Surgery 10th ed. Great Britain Blackwell publishing ,2004.
4. Jeremy Thombsom . The Peritoneum , Omentom , Mesentery and
Retroperitoneal space , In; R.C.G. Russell , Norman Williams, Christopher
J.K. Bulstrode, editors, Bailey & Love`s Short practice OF Surgery 24TH
ed..Great Britain: 2004. P.1130-49.
5. John H. Bocy , Peritoneal cavity , In: Lawrence W. Way, editor. Current:
Surgical Diagnosis & Treatment . USA: Appeltion & Lange; 2004. P.404-
1916\

- 6 . Kovanova V. V . Operative Surgery. 3th edition . Moscow Medicine, ۲۰۰۲ p.301-324.
7. Sir. Alfred Cuschieri, Disorders of the Abdominal Wall and Peritoneal Cavity . In: SIR Alfred Cuschieri , Rovert J.C. Steele, Abdool Rahim Mussa, editors.Essential surgical ,Practice: Higher Surgical practiceP : Higher Ssurgical Training in genral Surgiry IN 4th ed.UK: Arnold; 2002 p.149-57.
8. Paterson –Brown. Laparatomy and Intraperitoneal Sepsis In:Brain W.Ellis, Simon Paterson- Brown, editors. Hamilton Baily`s emergency Surgery 13th ed. Great Britain : Arnold; 2000. P.308-24
9. William P.Schecter, Peritoneum ane Acute Abdomen,In: Jeffrey A.Norton, R. Randal Ballinger , Alfred E. Chang ...et al, editors,Essentail practice of Surgeri Basice and Clinical evidence.USA: Springer;2003.p.150-53.
10. Secondary peritonitis [online] 2007[cited2007] Available from:[www.elib.gov . ph](http://www.elib.gov.ph).
- 11- Kovanova V. V . Operative Surgery. 2th edition . Moscow Medicine, ۲۰۰۲ p.301-324.
- 12 -Spline trauma[online]2007[cited2007]Available from: www.edu.dc.med.unipit .

فصل دوا زدهم

فتق های جدار بطن (Abdominal wall Hernia)

| | |
|-----|--------------------|
| ۲۷۲ | عمومیات فتق ها |
| ۲۷۴ | فتق قابل ارجاع |
| ۲۷۵ | فتق غیر قابل ارجاع |
| ۲۷۵ | فتق انسدادی |
| ۲۷۵ | فتق مختنق |
| ۲۷۸ | فتق مغربی |
| ۲۸۷ | فتق لغزنده |
| ۲۹۰ | فتق فخذی |
| ۲۹۱ | فتق ندبه عملیاتی |
| ۲۹۳ | فتق سروی |
| ۲۹۳ | فتق اطراف سروی |
| ۲۹۴ | فتق شرصوفی |
| ۲۹۵ | فتق Spigelion |
| ۲۹۵ | فتق Obturator |
| ۲۹۷ | ماخذ |

عمومیات : فتق عبارت از خارج شدن قسمتی و یا تمام احشای بطنی می باشد که جدار بطن را



شکل ۱-۱۲ فتق جدار بطن

از طریق فوحه طبیعی و یا غیر طبیعی عبور نموده و در موقعیت غیر طبیعی قرار می گیرد. اکثر فتق ها در جدار بطن بصورت دیورتیکول از پریتون بوجد می آید و به همین دلیل دارای کیسه هستند که متشکل از غشای پریتوانی میباشد شکل (۱-۱۲).

انواع فتق های جدار بطن نظربه موقعیت :

۱- فتق مغربی (مستقیم و غیر مستقیم) ۷۵٪

۲ - فتق فخذی ۱۷٪

۳ - فتق ثروی ۸,۵٪

۴- فتق های Incisional در جرحه عملیاتی سابقه بوجود می آید.

۵- فتق Ventral یا Diastasis وفتق Epigastric.

۶- Spigalian hernia، Lumbar hernia، Siatic hernia کمتر دیده میشود.

اسباب

اسباب عمده فتق های جدار بطن را ضعیف شدن جدار بطن، ترومای بطنی، برداشتن وزن ثقیل، خیز زدن، بلند رفتن فشار داخلی بطن از سبب امراض ریوی مانند امفزیما، برونشیت مزمن، حمل، تومورهای داخل بطنی، حبن، قبضیت های مزمن، Dysuria, Prostat hyperplasy و غیره تشکیل می دهند^(۱).

اناتوموپتا لوژی

فتق متشکل از سه قسمت می باشد : کیسه فتقیه ، مسیر فتق و محتوی کیسه فتقیه.

کیسه فتقیه (Sac): عبارت از دیورتیکول پریتوانی است که دارای عنق (Neck) ، جسم (Body) و غور (Fundus) می باشد.

محتوی کیسه فتقیه: محتوی کیسه فتقیه معمولاً از یک یا چندین احشای داخل بطنی تشکیل می گردد.

- امعاء – معمولاً امعاء رقیقه ولی در بعضی موارد میتواند کولون و حتی اپندکس محتوی کیسه باشد.

- دیورتیکول و ثرب نیز می تواند محتوی کیسه فتقیه باشد.

- مایع داخل کیسه (Fluid) متشکل از آگزودات پریتوانی می باشد.

- مثانه، مبيض با ویا بدون نفیرها می تواند محتوی کیسه فتقیه باشد.

مسیر فتق (Covering of the sac) - از طبقات مختلف جدار بطن تشکیل شده است که

کیسه فتقیه از آن عبور می نماید.

تصنيف فتق های جدار بطن بدون در نظر داشت توضع آن:

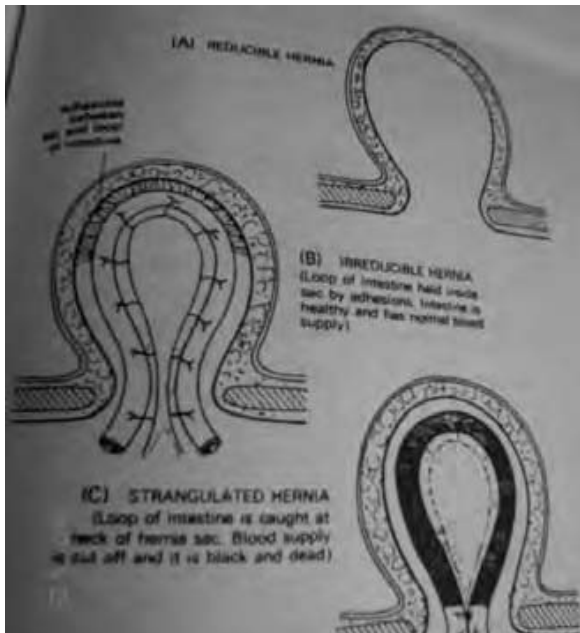
۱- فتق قابل ارجاع (Reducible) .

۲- فتق غیر قابل ارجاع (Irreducible H).

۳- فتق مختنق (Strongulated H).

۴- فتق انسدادی (Obstruted H.).

۵- فتق التهابی (Inflammated H.)



شکل (۲ - ۱۲) A- فتق قابل ارجاع B- فتق غیر قابل ارجاع C- فتق مختنق مأخذ (۵)

فتق قابل ارجاع

محتوی فتق قابل ارجاع را میتوان بصورت مکمل به داخل جوف بطن ارجاع نمود و محتوی آن آزاد وسالم می باشد. هرگاه محتوی فتق امعاء باشد ارجاع آن در ابتدا مشکل و در اخیر آسان است. در صورتیکه محتوی فتق ثرب باشد ارجاع آن در ابتدا آسان و در اخیر مشکل می باشد. فتق قابل ارجاع باسرفه یک توسع و Impulse از خود نشان می دهد شکل (۲-۱۲).

اعراض سریری

فتق قابل ارجاع از نظر کلینیکی بصورت یک کتله تظاهری می کند که اگر مریض به وضعیت خوابیده قرار گیرد ممکن است کتله معدوم شود. این تورم باوجودیکه ناراحت کننده است برحسب معمول دردناک نمی باشد. با معاینه دیده خواهد شد که کتله قابل ارجاع است و هنگام سرفه Impuls ایجاد می کند. فتق قابل ارجاع بدون درد و اعراض وظیفوی بوده، اما تا زمانی که به اختناق معروض نگردد بدون اعراض می باشد و مریض از موجودیت یک کتله در ناحیه فتقیه احساس ناراحتی و سنگینی می کند. مریض به دو وضعیت یعنی بوضعیت استاده و یا خوابیده معاینه می شود. حین سرفه نزد مریض درنا حیه فتقیه یک کتله بمشاهده می رسد که با وارد نمودن فشار توسط انگشت دوباره ارجاع می گردد. با قرع در صورتیکه محتوی فتق انیوب هضمی باشد طبیعت و اگر ثرب باشد اصمیت نشان می دهد.

تداوی

فتق های ولادی در سن یک سالگی Herniotomy صورت می گیرد. تداوی فتق قابل ارجاع نزد اشخاص کاهل نسبت جلوگیری از اختلاطات بعدی عملیات جراحی می باشد.

هدف از عملیات جراحی

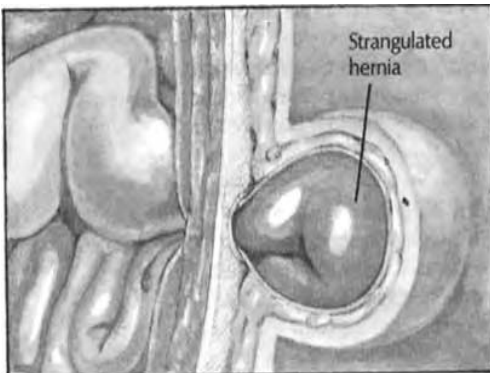
- ۱- ارجاع محتوی کیسه فتقیه بداخل بطن.
- ۲- تسلیخ کیسه فتقیه الی عنق وبسته نمودن عنق و برداشتن قسمت اضافی آن.
- ۳- ترمیم جدار بطن.

فتق غیر قابل ارجاع

هرگاه فتق با معاینه غیر قابل ارجاع ولی بدون درد باشد و علائم دیگری را بوجود نیاورد فتق غیر قابل ارجاع می باشد، درین نوع فتق محتوی کیسه فتقیه بداخل بطن ارجاع شده نمی تواند و علت آن فتق التصاقی است که بین محتوی فتق با کیسه آن التصاق داشته می باشد. بعضاً محتویات فتق نیز با یکدیگر التصاق می نمایند و کتله را بوجود می آورند که حجم آن بزرگتر از قطر عنق کیسه میباشد و ازین سبب غیر قابل ارجاع میباشد، محتویات لوله‌های معایی که در کیسه فتقیه محبوس است از ارجاع آن ممانعت می نماید. اختناق در فتقهای غیر قابل ارجاع بکثرت دیده می شود.

فتق انسدادی : فتق انسدادی فتقی را گویند که غیر قابل ارجاع باشد، محتوی این نوع فتق ها امعاء بوده و امعاء بدون مآوف شدن ارواء آن به انسداد معروض می گردد که دارای اعراض کمتر شدید بوده و شروع آن نسبت به فتق مختنق تدریجی است. ازینکه تشخیص تفریقی فتق مذکور را زفتق مختنق مشکل می باشد لذا ایجاب می کند تا مانند فتق مختنق تداوی شود.

فتق مختنق (Strangulated hernia)



شکل ۳-۱۲ فتق مختنق مأخذ ۱۰

اکثر فتق ها ممکن است به فتق غیر قابل ارجاع (Irreducible Hernia) مبدل شوند که قرارذیل می باشند:

درفتق غیر قابل ارجاع ساده (Simpal I. H) محتویات کیسه فتق رانمی توان ارجاع کرد ولی جریان خون سالم است و علائمی از انسداد امعاء وجود ندارد، علت معمول

فتق غیر قابل ارجاع عبارت است از التصاقات بین کیسه فتقیه و محتویات آن میباشد.

در یک فتق انسدادی (Obstructed H.) محتوی کیسه فتقیه شامل امعاء بوده که دچار انسداد شده است.

- دریک فتق مختنق (Strongulated H.) - جریان خون محتویات کیسه فتقیه معروض به اختناق گردیده که خطر نکروز وجود دارد. هر دو نوع فتق قبلی مستعد اختناق هستند.
- فتق ریختر (Richter) - یک قسمت از جدار امعاء در کیسه فتقیه مختنق شده ولی مسیر امعاء حفظ می گردد، در چنین موارد جدار امعاء مختنق است ولی انسداد امعاء وجود ندارد. بعضاً فتق مختنق ارجاع می شود و محتوی کیسه فتقیه مختنق باقی می ماند. اگر علایم مرض از قبیل انسداد امعاء و درد بطنی بعد از ارجاع فتق ادامه داشته باشد باید احتمال فوق را در نظر گرفت و ممکن است جراحی عاجل استطبیب داشته باشد^(۴).

تظاهرات کلینیکی

- فتق مختنق بطور ناگهانی غیر قابل ارجاع شده و در احساس می گردد.
 - ممکن با علایمی از انسداد امعاء همراه باشد.
- با معاینه فتق غیر قابل ارجاع و حساس است. در صورت بروز اختناق مریض از درد شدید و ناگهانی در ناحیه فتقیه و درد های کولیکی در وسط بطن شکمی می باشد. علایم دیگر انسداد امعاء مانند دلبدی و استفراغ انتفاخ بطن و قبضیت تام بزودی بوجود می آید. با معاینه فتق دردناک تحت فشار و غیر قابل ارجاع است و در موقع سرفه Impulse حس خواهد شد، در ناحیه فتقیه جلد التهابی متقلص است و علایم انسداد امعاء مانند درد بطن و توقف ترانزیت بوجود می آید. در صورتیکه محتوی کیسه فتقیه را ثرب کبیر تشکیل داده باشد علایم انسداد موجود نمی باشد. فتقهای که اکثراً به اختناق معروض می شوند عبارتند از فتق فخذی، فتق مغربی غیر مستقیم و فتق سروی می باشد.

معاینات تشخیصیه

اولتراسونوگرافی MRI - CTscan، هر نیوگرافی: فتق های که با معاینه فیزیکی مشخص نمی شوند، می توان آنرا بوسیله رادیوگرافی و یا معاینات از قبیل اولترا سونو گرافی، CT سکن، MRI و هیر نیوگرافی (Herniography) تشخیص داد، در Herniography یک محلول کانتراست را به داخل جوف پریتوانی زرق میکنند، رادیوگرافی بطن بوضعیت استاده و خوابیده اجرا می شود، این معاینه ممکن است جهت بررسی انسداد امعاء مفید واقع شود.

عملیات جراحی

در فتنق مختنق تفتیش ایجاب می کند و فتنق باید با عملیه جراحی ارجاع می شود و محتوی کیسه فتنقیه تفتیش گردد، در صورت عدم حیاتیت احشا رزکشن صورت می گیرد.

اهتمامات قبل از عملیات جراحی

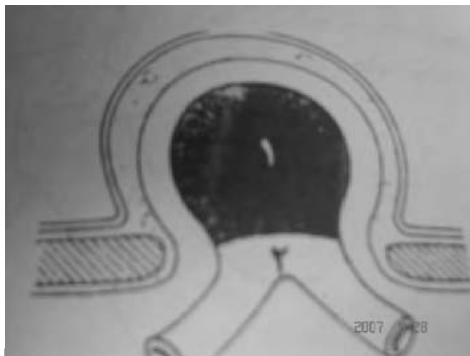
- اگر فتنق ارجاع نشود عملیه عاجل جراحی را ایجاب می کند.
- مریض ممکن است به ریها پدیریشن سریع ضرورت داشته باشد.
- ناحیه عملیات مورد نظر تراش (shave) شود.
- فتنق مختنق اغلباً منتن بوده و توام با premedication باید انتی بیوتیک تجویز گردد.

عملیات Strangulated Hernia

- بالای کتله فتنقیه شق صورت گرفته کیسه فتنقیه تفتیش و بعداً اختناق رفع می گردد.
- امعاء ماوفه دریک کامپرس باسیروم فیزیولوژیک گرم پوشانیده شده و برای اطمینان حاصل نمودن حیاتیت چند دقیقه انتظار کشیده شود، اگر حیاتیت محتوی ارجاع نشود رزکشن امعاء صورت گیرد.
- اگر محتوی کیسه فتنقیه منتن باشد باید در ناحیه درن تطبیق گردد.

فتنق مختنق Richter

فتنق Richter زیاده تر در فتنق فخذی بنظر می رسد و اکثرأ در نزد طبقه اناتیکه شحمی هستند دیده می



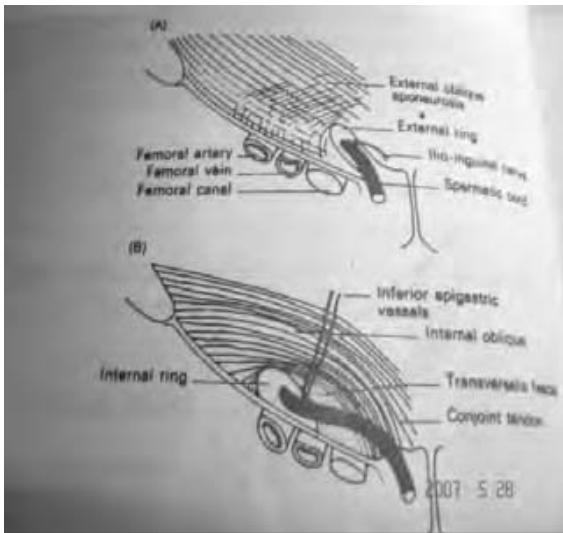
شکل (۱۲-۳) فتنق Richter صرف قسمت از جدار امعاء به اختناق معروض گردیده است
 ۱- لومن امعاء ه به اختناق معروض گردیده
 ۲- قسمت لومن سالم امعاء

شود این نوع فتنق مختنق فوق العاده وخیم می باشد زیرا یک قسمت کوچک جدار امعاء به اختناق دچار گردیده و نزد مریض لوحه انسدادی موجود نبوده لذا تشخیص مقدم مشکل می باشد، در چنین موارد اکثرأ عملیات جراحی بتعویق می افتد و سبب گانگرن امعاء می گردد. قبضیت تام بعد از بوجود آمدن انسداد فلجی مشاهده می شود. پیریتونیت اکثرأ قبل از اجرای عملیات جراحی بوجود می آید. شکل (۱۲-۳) عدم موجودیت Impulse در موقع سرفه به تنهایی دلیلی براختناق نخواهد بود

زیرا در فتنق فخذی غیر قابل ارجاع اکثرأ عنق کیسه بوسیله سرب بند شده و این انسداد از انتقال Impulse در هنگام سرفه ممانعت بعمل می آورد.

تداوی جراحی

بصورت عموم تمام فتقها باید ترمیم شوند. استثناء احتمالی درچنین موارد عبارت از فتقی است با عنق بزرگ و کیسه سطحی که ممکن به آهستگی بزرگ شود. استفاده از کمر بند جراحی (Surgical Belt) در تداوی فتق های کوچکی که جراحی مضاد استطباب باشد مفید می باشد.

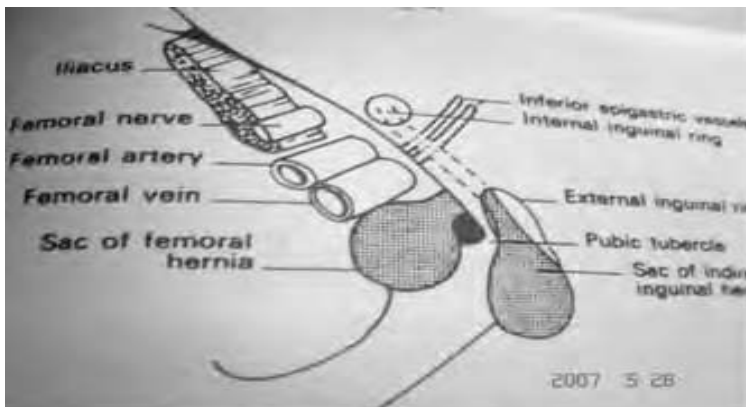


شکل (۴-۱۲) آناتومی کانال مغربی
A - Aponeurosis - عضله منحره خارجی
B - Aponeurosis باز گذاشته شده ماخذ (۵)

فتق مغربی (Inguinal Hernia)

ناحیه مغربی یکی از نقاط ضعیف جدار بطن است و مشخص ترین محل فتق های بطنی می باشد. هر دو جنس به فتق مغربی مبتلا می شوند ولی فتق مغربی در نژاد طبقه ذکور ۲۵ مراتبه بیشتر از طبقه انات بنظر می رسد، فتق مغربی ممکن است مستقیم یا غیر مستقیم باشد.

- فتق مغربی غیر مستقیم (Indirect inguinal hernia) - این نوع فتق داخل فوچه عمیق مغربی شده و قنات مغربی را عبور و بطرف سفن (scrotal) سیر می نماید.



شکل (۵-۱۲) مقایسه فتق مغربی غیر مستقیم و فتق فخذی نظربه Tubercule pubic بوجود آمده در حالیکه فتق فخذی در سفلی و وحشی آن قرار دارد
ماخذ (۵)

- فتق مغربی مستقیم (Direct inguinal hernia) - این نوع فتق جدار خلفی قنات مغربی را به قدام می راند. اغلباً تشخیص تفریقی این دو فتق از نظر کلینیکی مشکل بوده و ترمیم هر دو فتق مغربی یکسان می باشد. در نژاد طبقه ذکور فتق های غیر مستقیم

نسبت به فتق های مستقیم دومیتراتبه بیشتر است. در نزد طبقه اناث فتق های مستقیم نادرند. اختناق فتق های غیر مستقیم در نزد طبقه ذکور ممکن است باعث اختناق همزمان سپرماتیک کورد و خصیه گردد. در فتق لغزنده (Sliding) جدار خلفی کیسه فتقیه شامل پریتون و سیکوم در طرف راست، پریتون و کولون سگموئید در طرف چپ است. ممکن قسمتی از مثانه در هر یک از طرفین نزول نماید. برای دانستن بهتر این نوع فتق ها آناتومی ناحیه مغربی را مطالعه می نماییم شکل (۵-۱۲).

قنات مغربی در قسمت سفلی جدار بطن قرار داشته و مسیر مایل دارد که محتوی آنرا کورد،

N.ilioinginal و یک شعبه genital عصب genitofemoral در نزد طبقه ذکور و رباط مدور نزد طبقه اناث تشکیل می دهد، این قنات در حدود ۴ سانتی متر طول داشته و از علوی به سفلی از وحشی به انسی، از فوچه عمیق به طرف فوچه سطحی موازی به رباط مغربی کمی علوی تراز آن قرار دارد. در قدام - جلد، صفاق سطحی external oblique aponeurosis تمام طول قنات را مستور نموده و ثلث وحشی آنرا عضله Internal oblique می پوشاند.

در خلف - رباط مزدوج (conjoint tendon) که متشکل از الیاف Int.oblique و عضله مستعرض بطن می باشد جدار خلفی قنات را در انسی ساخته و صفاق مستعرض در وحشی قرار دارد. در علوی - الیاف سفلی ترین Int.oblique و مستعرض این جدار را می سازد. در سفلی - رباط مغربی قرار دارد.

فوچه عمیق قنات نقطه است که از آن حبل منوی از بین صفاق مستعرض خارج شده و در انسی آن او عیه Epigastric inf. که از او عیه Iliac ext. منشه می گیرد و به طرف علوی سیر می نماید. فوچه سطحی قنات مغربی یک شکل V, defect بداخل فرورفته در صفاق عضله منحرفه کبیره بوده که در علوی انسی tubercle pubic قرار دارد. حبل منوی (و در نزد خانم ها رباط مدور) و عصب Ilio inguinal از کانال مغربی عبور می نماید.

فتق مغربی غیر مستقیم (Indirect Ing. Hernia)

این نوع فتق از طریق فوچه عمیق داخل قنات مغربی شده و در صورت بزرگ بودن فوچه سطحی مغربی را عبور و داخل سفن می گردد. فتق مغربی غیر مستقیم نظریه تمام انواع فتق زیاد مشاهده شده و وقوع آن در نزد جوانان زیاد معمول می باشد، در حالی که فتق مغربی مستقیم در سنین متوسط و کهنوت زیاد تر مشاهده می گردد. در نزد مردها فتق مغربی غیر مستقیم در دهه اول حیات زیاد تر بوده که این حادثه بدون شک با تأخیر در نزول خصیه راست همراه می باشد در حالیکه بعد از دهه دوم حیات



شکل ۶-۱۲) توپوگرافی فتق مغربی کسبی غیرمستقیم مأخذ (۲)

کثرت وقوعات فتق مغربی چپ مانند راست است. فتق مغربی در ۳۰٪ وقایع دوطرفه بوده و سه شکل فتق مغربی غیرمستقیم وجود دارد شکل (۶-۱۲)

۱ - شکل Bubonocele که در این صورت فتق منحصر و محدود به قنات مغربی می باشد.

۲- شکل Funicular در این شکل فتق vaginalis processus در فوق بربخ مسدود شده و محتوی فتقیه از خصیه که در تحت آن قرار دارد بصورت جدا جس می گردد.

۱- کیسه فتقیه

۲- امعاء رقیقه

۳- m.cremaster et fascea cremasterica

۴ - عضله منحره داخلی بطن

۵ - n.ilioinguinalis

۶ - صفاق عضله منحره وحشی بطن

۳- فتق تام یا scrotally این نوع فتق نا درآ در زمان تولد موجود بوده لیکن در نزد اطفال، جوانان، و اشخاص کاهل به کثرت مشاهده می گردد.

تظاهرات سریری

- فتق مغربی غیر مستقیم در هر سنی می تواند بوجود آید ولی در نزد اطفال شایع می باشد. کثرت وقوعات آنها در نزد ذکور نسبت به طبقه اناث بیشتر می باشد ، زیرا که کانال مغربی در طبقه ذکور متوسعتر می باشد.

- فتق مستقیم در نزد اطفال به ندرت دیده شده و اغلباً در نزد اشخاص کهن سال به نظر می رسد.

- مریض با تورم ناحیه مغربی مراجعه می کند که ممکن است باعث ناراحتی و محدودیت فعالیت ایشان گردد.

- در هر دو نوع فتق ممکن است سابقه خانوادگی و یا یک عامل مساعد کننده ناگهانی از قبیل بلند کردن جسم سنگین یا سرفه شدید ناشی از برونشیت مزمن وجود داشته باشد.
- با معاینه یک تورم در قسمت حفره حرقفی بالای لیگامنت اینگوینل وجود دارد. در مراحل اولیه، فتق در قسمت وحشی توبرکل پوبیک (Tubercle Pubic) قرار دارد. همچنان وقتیکه بزرگ می شود ممکن است در بالای Tubercle Pubic برجسته گردد یا بطرف سفلی در سکروتوم پائین شود.
- کتله حین سرفه دارای ضربان است و این ضربان حین سرفه در بالای آن حس می شود.
- فتق غیر مستقیم را می توان بعد از ارجاع با اعمال فشار بالای رنگ مغربی حین سرفه کردن تشخیص نمود، با برطرف نمودن فشار فتق بطور مایل بطرف سفلی کانال مغربی می رود.
- جهت معاینه نمودن یک تورم سکروتل (scrotal swelling) به نکات ذیل توجه شود :
 - ۱ - مریض را باید به وضعیت استاده معاینه نموده و ممکن است تورمی وجود نداشته باشد. اگر فتق غیر مستقیم وجود داشته باشد، در فوچه خارجی ظاهر می شود یا به داخل سکروتوم می رود، فتق مستقیم بصورت تورم در قسمت انسی کانال اینگوینل دیده می شود.
 - ۲ - از مریض خواسته شود که سرفه نماید و وقت صورت گیرد که آیا تورمی ظاهر می شود یا خیر؟ مشخص گردد که فتق مستقیم است یا غیر مستقیم؟ و آیا تموج حین سرفه قابل حس می باشد؟
 - ۳ - برای فتق سمت چپ حین حس از دست راست استفاده شود. این عمل وقتی انجام شود که مریض در حال استاده و روبروی شما قرار گرفته باشد. انگشت کوچک را در مسیر کورد سپرما تیک بطرف علوی فشار داد تا فوچه خارجی حس شود. در چنین موارد دیده شود زمانی که مریض سرفه می کند تموجی نزد مریض حس می شود، در چنین حالات تشخیص درست است. در تفکیک فتق مغربی از فتق فخرزی، فتق مغربی در علوی وانسی Tubercle Pubic قرار دارد.
 - ۴ - دیده شود آیا می توان یک کتله واضح scrotal را بین انگشت وشصت گرفت، اگر چنین است احتمالاً به هایدروسل مواجه هستیم.
 - ۵ - توجه شود آیا تورم مورد نظر قابل ارجاع است. از مریض خواسته شود تا در وضعیت Supin قرار گیرد و به ملایمت فتق را بطرف داخل بطن ارجاع نمود. معمولاً مریض این عمل را برای شما انجام می دهد. اگر فتق مشکوک با انسداد (Obstruction) یا اختناق (Strangulation) است، انرا ارجاع نباید کرد. حین معاینه توجه شود که آیا فتق مستقیم است یا غیر مستقیم. سکروتوم به سمت علوی و بداخل خودش ارجاع شود، اگر نقص در جدار خلفی کانال مغربی وجود داشته باشد فتق مستقیم است. در مواردی

که مریض سرفه می کند تموج بروی پولپ انگشت احساس شود فتق مستقیم و اگر به نوک انگشت احساس شود فتق غیر مستقیم است، اگر با اعمال فشار بالای رنگ عمیقۀ فتق را کنترل کرد با فتق غیر مستقیم مواجه هستیم. ایجاب می کند که تورم مورد نظر راتحت معاینه ترانس الیومینیشن قرار داد و هایدروسل اغلباً ترانس الیومینیشن مثبت دارد. باید توجه نمود که فتق مغبنی در نزد کودکان هم ممکن است چنین باشد. برای تشخیص تورم در scrotom نباید از اسپریشن باسوزن استفاده نمود.

تشخیص تفریقی

فتق مغبنی غیر مستقیم در نزد مردها:

۱- Vaginal hydrocel-

۲- سیست کوردون

۳- Spermatocele-

۴- فتق فحزی

۵- خصیه که در اثر نزول ناکافی در قنات مغبنی قرار دارد و اکثراً مترا فق بافتق مغبنی می باشد.

۶- لیپومای کورد، که تشخیص تفریقی آن اکثراً مشکل می باشد.

فتق مغبنی غیر مستقیم در نزد خانمها :

۱- هایدروسل قنات Nuck که پرابلم بزرگی را از نظر تشخیص تفریقی می سازد.

۲- فتق فحزی

تداوی طبی- اگر فتق غیر مستقیم موجود باشد، میتوان از Truss (دستگاہ برای ارجاع فتق) استفاده نمود. این وسیله کانال مغبنی را از قدام به خلف تحت فشار قرار می دهد و مانع بروز فتق غیر مستقیم می گردد.

اهتمامات قبل از عملیات

به مریض توصیه شود تا سگرت کشیدن را قطع نماید و در صورت چاق بودن وزن خویش را کاهش دهد. مریضانی که تا زمان ترمیم جراحی فتق به سگرت کشیدن ادامه می دهند ممکن است بعد از جراحی دچار برونشیت مزمن شوند. این حالت باعث کشش و فشار ناحیه عملیاتی در مراحل مقدم می گردد. چاقی سبب می شود که عملیات جراحی مشکلتر صورت گیرد و ممکن باعث کشش ناحیه عملیاتی گردد. در صورتیکه مریض دچار برونشیت باشد باید چند روز قبل از عملیات فیزیوتراپی صدر انجام شود.

استطبا ب ترمیم فتق مغبنی - تمام فتق های که اعراض نشان میدهند نیازمند عملیات جراحی هستند، خاصاً اگر فتق غیرمستقیم باشد (۳).

در صورتیکه فتق غیر قابل ارجاع یا فتق مختنق باشد.

عملیات جراحی

جهت عملیات جراحی مریض به حالت خوابیده که راس آن ۱۰ درجه پائین قرار داشته باشد بالای میز عملیات قرار داده می شود، شق جلدی در ۲/۳ خطی که از Spina iliaca anterior superior رابا Tuberculum pubicum وصل می نماید، یک انگشت بالاتر و موازی به inguinal ligament اجرا میگردد. بعد از شق جلد تحت جلد احتیاط صورت گیرد که عصب N.ilioinguinal & N.iliohypogastric که درین مسیر سیر دارد مورد ترضیض قرار نگیرد. بعداً صفاق عضله M.O. Externus دریافت و با کارد جراحی شق و توسط قیچی تسلیخ می گردد تا رنگ خارجی کانال مغبنی دریافت شود. بالای عضله cremaster عصب Ileoinguinal سیر دارد، با احتیاط توسط توفیر از عضله تسلیخ و بعداً عضله cremaster قطع و قنات منوی دریافت میگردد، کورد spermatic را توسط رابر از ناحیه دورنموده و کیسه فتقیه را مرحله به مرحله به احتیاط از قنات منوی جدا نمود. کیسه فتقیه غیرمستقیم از ناحیه عنق آن لیگاتور شده و بعد از ارجاع محتوی آن بداخل بطن کیسه فتقیه قطع میگردد شکل (۸-۱۲).

- کیسه فتق مستقیم شکل (۸-۱۲) معمولاً اکسیژن نمی شود بلکه برگردانیده شده (Inversion) و جدار خلفی کانال مغبنی ترمیم میگردد، سپس می توان جدار خلفی کانال مغبنی را بادوختن Tendon conjoint به لیگامنت انگوینل (Bassini Repair) تقویت نمود. برخی جراحان از خیاطه های نیلون بصورت متقاطع بین لیگامنت اینگوینل و Tendon conjoint هم استفاده می کنند.
- در عملیات جراحی shouldice ترمیم بسینی بر علاوه قطع افقی صفاق مستعرض و بعداً ترمیم بوسیله overlapping فلاپهای پروگزیمیل و دیستل انجام می گردد.
- در ترمیم Lichtenstein جدار خلفی کانال با پارچه از prolen مش که در تحت کورد سپرماتیک و اپانیوروز مایل خارجی قرار می گیرد تقویه میگردد. این ترمیم درد کمتری نسبت به ترمیم های قبلی دارد و میتوان آنرا تحت انستزی موضعی انجام داد.
- در ترمیم Stoop یک پارچه بزرگ از مش prolen در داخل جدار بطن بین پریتون و عضله قرار داده می شود. این کار از طریق یک شق سفلی بطنی انجام می شود.

- در نزد کودکان و بالغین جوان تنها برداشتن کیسه فتق (هیرنیوتومی) ضرورت دارد و توجه به جدار خلفی کانال هیرنیورافی مغربی لازم نیست.

شکل عملیات فتق مغربی غیر مستقیم

a- قطع نمودن صفاق عضله منحرفه خارجی b- تسلیخ کیسه فتقیه از حبل منوی c- با ز نمودن کیسه فتقیه d- ارجاع محتوی کیسه فتقیه بداخل بدن e-f بستن عنق کیسه فتقیه g - قطع قسمت دیستال کیسه فتقیه (۷).



شکل a- با ز نمودن صفاق-



شکل b- تسلیخ کیسه فتقیه از اسپرماتیک کورد



شکل d- ارجاع محتوی کیسه بداخل بدن



شکل c با ز نمودن کیسه فتقیه -



شکل f - دوختن کیسه فتقیه



E- قطع نمودن قسمت اضافی کیسه فتقیه
شکل

ترمیم کانال فتق مغبنی :



شکل g - ترمیم فتق مغبنی به میتود
Gerar



شکل h - ترمیم فتق مغبنی

اهتمامات بعد از عملیات

مريض باید بزودی حرکت نماید و محض اینکه بتواند خودش مستقلانه قدم بزند از شفاخانه مرخص میشود. به مريض توصیه می گردد تا برای دو هفته از تاریخ عملیات اشیا را به آهستگی بردارد، بعداً فعالیت و ورزش را بتدریج می افزاید تا تناسب عضلاتی مجدداً بدست آید. برگشتن به سرکار میزان نکس مرض را افزایش نمی دهد.

اختلالات بعد از عملیات:

- احتباس ادرار
- هیماتوم
- منتن شدن جرحه
- تشدید یافتن علایم پروستات.



شکل (۸-۱۲) توپوگرافی فتنق مستقیم مغبنی مأخذ (۲)

n.ilioinguonal s- ۲- عضله منحرفه انسی ۳- صفاق مستعرض ۴- کیسه فتقیه ۵- امعاء رقیقه ۶- حبل منوی ۷- صفاق عضله منحرفه وحشی

فتنق مغبنی مستقیم

فتنق مغبنی مستقیم جدار خلفی قنات مغبنی رابه قدام می رانده، ازینکه در انسی فوحه عمیق مغبنی قرار دارد بنا در اثر فشار انگشت بالای فوحه عمیق علوی تر از نبضان شریان فخذی کمتر ول شده نمی تواند. اکثرأ دوطرفه می باشند، این فتنق اغلبأ کسبی بوده و کیسه فتقیه از طریق یک ناحیه ضعیفه Defect صفاق مستعرض خلفی قنات مغبنی خارج می شود. با تفتش دیده می شود که فتنق مستقیمآبه قدام بیرون آمده در حالیکه فتنق مغبنی غیر مستقیم مسیر منحرف کورد را تعقیب و داخل سفن می گردد. نزد این مریضان عضلات قسمت سفلی بطن ضعیف بوده و در نزد خانم ها فتنق مغبنی مستقیم مشاهده نمی گردد. با وجود اینکه از نظر سریری در نزد بسیاری از مریضان میتوان به آسانی فتنق مغبنی غیر مستقیم را از مستقیم تشخیص تفریقی کرد لکن تشخیص نهایی صرف در وقت عملیات امکان پذیر بوده طوریکه او عیه اپیگا ستریک سفلی در کنار انسی فوحه داخلی قرار داشته بنا کیسه فتنق غیر مستقیم از وحشی این او عیه عبور کرده در حالیکه فتنق مستقیم از انسی او عیه اپی گا ستریک می گذرد. در بعضی از موارد فتنق مستقیم و غیر مستقیم همزمان وجود داشته و مانند دو پای پتلون (pantaloons) از دوطرف او عیه اپی گاستریک سفلی بیرون می آیند که بنام (saddal bag یا Dual hernia (pantaloons) یاد می شود.

از نظر سریری گرچه تشخیص تفریقی بین فتنق مغبنی مستقیم و غیر مستقیم آسان است ولی تشخیص نهایی در اثنای عملیات وضع شده که برای این منظور او عیه اپی گاستریک سفلی رهنمای خوبی بوده یعنی هرگاه کیسه فتقیه از وحشی او عیه مذکور بگذرد فتنق غیر مستقیم و اگر از انسی آن بگذرد فتنق

مغبنی مستقیم است. فتقهای مغبنی در ۶۰ فیصد وقایع در طرف راست، در ۲۰ فیصد طرف چپ بوجود آمده و ۲۰ فیصد دوطرفه می باشد.

تداوی فتق مغبنی

در نزد اطفال شیرخوار نادراً فتق ولادی بصورت بنفسی بسته خواهد شد بناً در سن تقریباً یک سالگی کیسه فتقیه توسط عملیه جراحی براداشته می شود. در نزد کاهلان عملیات همیشه توصیه شده و این عملیات عبارت از برداشتن کیسه و ترمیم کانال مغبنی میباشد که معمولاً با آوردن عضله مستعرض در جدار خلفی توسط نیلون (shouldice repair) و تقویه جدار خلفی توسط nylon mesh یا polypropylene (Lichtenstein repair) صورت می گیرد. ترمیم فتق مغبنی مستقیم نیز مانند فتق غیر مستقیم بوده صرف در اینجا کیسه فتقیه برداشته نشده و بعد از آزاد نمودن آن از ساختمانهای مجاور دوباره بداخل بطن ارجاع و فتق مانند فتق غیر مستقیم ترمیم می گردد. در فتق مستقیم بعضاً جهت ترمیم و تقویه جدار خلفی قنات مغبنی از بعضی مواد سنتتیک از قبیل Dacron mesh نیز استفاده می گردد.

فتق لغزنده (Sliding Hernia)

فتق لغزنده در ناحیه مغبنی بملاحظه می رسد. Sliding hernia نوعی از فتق مغبنی غیر مستقیم است که در آن جدار احشای بطنی قسمتی از جدار کیسه فتقیه را تشکیل می دهد و به طرف راست سیکوم و در سمت چپ کولون سگمونید زیاد تر در Sliding hernia موجود می باشد.

نظواهرات کلینیکی

اگرچه فتق های لغزنده دارای مشخصات بخصوص نیستند که آنها را با فتق های دیگر مغبنی مقایسه نمود اما وقتی که فتق بزرگ غیر قابل ارجاع مشاهده شد یا فتق بزرگ scrotal در نزد مرد مسنی مشاهده شود باید به موجودیت Sliding hernia فکر نمود. اگر در باریوم انماء قسمتی از کولون در scrotum مشاهده شود به گمان اغلب Sliding hernia در نظر گرفته شود. تشخیص این نوع فتق در جراحی اهمیت زیاد دارد زیرا عدم تشخیص درست موجب شق نمودن غیر عمدی امعاء و یا مثانه خواهد شد.

تداوی

قسمیک درمورد تمام فتقهای مغبنی غیرمستقیم صدق می کند کیسه درقدام قرارداشته ولی جدار خلفی کیسه به اندازه زیادازکولون تشکیل گردیده است.

باید Sliding hernia بسیاربزرگ را ازطریق جوف بطن با اجرای یک شق جداگانه بازوامعاعرا بداخل بطن ارجاع وبه جدار خلفی بطن تثبیت وبعداً فتق را به شیوه معمول ترمیم نمود.

فتق فخذی (Femoral Hernia)



فتق فخذی بطرف کانال فخذی تبارز پیدا می کند، کانال فخذی دروحشی اوغیه فخذی ودرانسی Tuberculum pubicum قراردارد. بادرک اناتومی کانال فخذی میتوان دریافت که همواره فتقهای فخذی عنق متضیق داشته زیرا درقدام با لیگامنت اینگوینل، درانسی با عظم pubicum وقسمت برگشته لیگامنت اینگوینل (لیگامنت Lacunar)

درخلف با قسمت پکتینیل عظم پوبیس(Pubic Bone) ودروحشی با ورید femoral محدود شده است که خطر اختناق درین نوع فتق زیاد می باشد. ازآنجائیکه زاویه بین لیگامنت انگوینل وقسمت پکتینیل عظم پوبیک درنزد طبقه اناث بزرگتر از طبقه ذکور است بناً کانال فخذی درنزد طبقه

شکل (۹-۱۲) توپوگرافی فق فخذی ماخذ

1-lig.Inguinal 2 lig. Lacunaris

3-Femoral Hernia

4-m. pactedneal 5-v. saphena magna – 6-a.et v.femoralis-

اناث پهن تر بوده وفتق های فخذی درنزد انها شایعتر می باشد. فتق فخذی درحدود ۵-۲٪ تمام فتقهای groin را تشکیل میدهد.

فتق فخذی درنزد طبقه اناث خاصتاً نزد کسا نیکه ولادت های متعددی نموده اند رخ می دهند. نزد طبقه ذکور فتق فخذی نادر می باشد.

۱۰٪ ازخانمها و ۵۰٪ ازطبقه ذکور مبتلا به فتق فخذی دارای فتق مغبنی هستند یا خواهند شد. تقریباً همیشه فتق فخذی به شکل کتله غیر قابل ارجاع به اندازه یک چهار مغز درقاعده انسی مثلث فخذی Scarpa تظاهر می کند. فتق فخذی بصورت فتق غیر قابل ارجاع (Irreducible) ظاهر می شود زیرا شحم وعقدات لمفاوی کانال فخذی کیسه فتقیه را احاطه کرده می باشد. یک عقده لمفاوی منفرد

بزرگ یا یک سیست سینویال میتواند دقیقاً یک فتق فخذی را تقلید کند، فتق فخذی قابل ارجاع نا در با Saphenausvarix اشتباه می شوند.

فتق فخذی مختنق نوع ریختر باشیوع نسبتاً کمتری اتفاق می افتد، زیرا تشخیص چنین فتق های فخذی همواره به تعویق می افتند بنا با انسداد امعاء همراه نمی باشند و تظاهرات موضعی ندارند تا زمانی که قسمت مختنقه کوچک درفتق دچار گانگرن شود، شنیدن Bruit بالای ورید فخذی دلالت بر انسداد یا اختناق فتق فخذی می کند زیرا فتق باعث فشاربالای ورید فخذی می شود. هر دو نوع فتق مغربی غیر مستقیم و فتق فخذی در طرف راست نسبت به طرف چپ دوبرابر می باشند.

تظاهرات کلینیکی

فتق فخذی اکثر آنزد مریضان طبقه اناث دیده می شود. این مریضان در سن متوسط یا کهولت قرار دارند.

- سابقه بوجود آمدن کتله در ناحیه فخذی که غالباً دردناک است وجود دارد.

- فتق مختنق فخذی اگر در هنگام معاینه به اندازه کافی expose نباشد تشخیص شده نمی تواند. به همین علت فتق های فخذی مختنق اکثراً در نزد مریضان چاق بدون تشخیص می مانند.

- بامعاینه یک تورم مدور در قسمت انسی فخذ دیده می شود، این تورم در سفلی وحشی Tubercle Pubic قرار گرفته است، فتق اغلباً 2-3cm قطر دارد.

- اگر فتق ارجاع شده باشد یک کتله نرم قابل جس را معمولاً می توان دریافت نمود.

- اگر فتق به اندازه کافی بزرگ باشد تمایل انتشار بطرف علوی لیگامنت انگوینل و Tubercle Pubic دارد و این مسئله می تواند مغشوش کننده باشد، اگر ناحیه فخذی بدقت جس شود منشا اصلی آنرا می توان دریافت. تشخیص فتق فخذی از فتق مغربی مهم است زیرا فتق فخذی به احتمال زیاد مختنق می

شود بنا بدون تاخیر وقت باید ترمیم شود.

انواع شقها در عملیات جراحی فتق فخذی:

۱- شق علوی و موازی به لیگامنت انگوینل

۲- شق T مانند

۳- شق زاویه دار

۴- شق عمود

۵- شق منحنی سفلی تر از لیگامنت انگوینل.



شکل (۱۲-۱۱) شق های عملیات جراحی فتق فخذی (فیمورل) مأخذ

عملیات جراحی فتق فخذی (Repair of femoral Hernia)

دو Approach اصلی وجود دارد :

- در سفلی ligament inguinal
- در علوی inguinal ligament

در فتق مختنق معمولاً از روش بالای Ligament Inguinal استفاده می شود تا بتوان گانگرن احتمالی امعاء را بررسی نمود شکل (۱۲-۱۰).

Approach from Below (Lockwood's Operation)

- یک شق در تحت ligament inguinal انجام می شود و فتق در انساج تحت جلد در یافت می گردد.
 - عنق کیسه فتقیه تسلیخ و کیسه بازمی شود، محتوی کیسه فتقیه بداخل بطن ارجاع گردیده و عنق کیسه فتقیه بسته و کیسه اضافی قطع میشود.
 - کانال فخذی در نهایت سفلی ان بسته می شود و این عملیه با ترمیم لیگامنت انگوینل با صفاق pacteneal بطور خلفی انجام می گیرد.
 - عملیات جراحی فتق فخذی خیلی کوچک است و میتوان آنرا با انستزی موضعی نیز انجام داد.
- در این روش عضلات ناحیه مغربی باز می شوند و نهایت علوی کانال فخذی در جوف بطن دیده می شود.
- این عملیات را می توان با شق عمودی در صفاق کانجاینت (Conjoint tendon) عملیات MCEvedy (یا شق مستعرض از طریق جدار خلفی Inguinal canal (عملیات Lotheisson) انجام داد.
- اگر فتق مختنق باشد کیسه بازمی شود و محتویات کیسه فتقیه بررسی می گردد، ممکن است امعاء گانگرن شده دریافت گردد که رزکشن می شود و بعداً کانال فخذی در طبقه خلف پریتوانی اکسپلور شده و باخیاط های بین Lig.Inguinal و صفاق pacteneal ترمیم می گردد.

فتق ندبه عملیاتی (Incisional Hernia)

فتق ندبه عملیات قبلی وقتی بوجود می آید که عضله ترمیم یافته عملیات قبلی بازگردد. اغلباً سابقه هیماتوم جرحه بعد از عملیات یا سپس وجود داشته می باشد. این فتق ممکن است چند هفته یا چند ماه بعد از جراحی ظاهر شود.

تظاهرات کلینیکی

فتق ندبه عملیاتی سابقه تقریباً همیشه در نزد مریضان چاق دیده می شود. مریض متوجه بارزۀ در کنار ندبۀ جراحی قبلی می شود که با ناراحتی همراه می باشد. ممکن است درد منتشر بطن توام با انسداد لویهای از امعاء در داخل کیسۀ فتقیه وجود داشته باشد.

با معاینه فتق ندبۀ عملیاتی سابقه و قتیکه مریض استاده می شود یا زور می زند به آسانی دیده می شود ولی در حالت خوابیده ممکن است ناپدید گردد.

معمولاً اگر از مریض خواسته شود تا سرفه کند، در چنین موارد عضلات بطن و ثره با فتق متباز گردیده و قابل دید می شود.

Defect عضلاتی در تحت جلد قابل جس بوده و اندازه Defect را میتوان تعیین نمود.

با تفتیش دیده شود که آیا محتویات فتق ندبه عملیاتی بطور مکمل قابل ارجاع است یاخیر؟

اگر طبقات عضلی شق لپره تومی جدا شود مشکل خواهد بود تا ترمیم مجدد سالم وبی خطر انجام شود. اکثرأ انساج ضعیف هستند و چاقی مریض مانع بدست آوردن نتیجه خوب می شود بنا برین باید طرفدار تداوی محافظه کارانه (Conservative) شد. اگر جراحی توصیه می گردد باید به مریض گفت که میزان نکس مرض زیاد است.

تداوی طبی به مریض توصیه شود که وزن خود را کاهش دهد واز کمر بند جراحی Surgical Belt استفاده نماید.

اهتمامات قبل از عملیات جراحی

قبل از عملیات جراحی مریض باید کشیدن سگرت را ترک نماید ووزن خویش را کاهش دهد.

عملۀ اطاق عملیات باید بدانند که این ترمیم جراحی مستلزم لپره تومی کامل (full laparotomy) می باشد.

لویهای التصاقی امعاء ازاد شده وکنار های عضلات درروشنی مشخص می شوند، بعداً فتق رامی توان ترمیم نمود.

ترمیم فتق ندبه عملیات سابقه (Repair of incisional Hernia)

ندبۀ جلدی برداشته می شود. کنارهای عضلات مشخص شده و التصاقات رفع می شوند. خیاطه های عمیق معمولاً برای طبقات عضلی بکار برده می شوند.

ترمیم توسط Mesh - بهترین طریقه ترمیم فتق **incisional** بزرگ می باشد.

ترمیم ساده (simple closure)

درین شیوه خیاطه های پیوسته با نیلون بکار برده می شود تا بتوان قطعات بزرگ از انساج حفظ شوند و صرفاً طبقات سطحی جلد را دربر گیرد. این نوع ترمیم برای فتق های کوچک استفاده می شود.

خیاطه های نیلونی Deep- Tension به شکل عدد هشت: این نوع خیاطه ها را میتوان از تمام طبقات عبور داد، شیوه ترمیم متذکره برای جرحه باز شده بطن به تعقیب جراحی نیز مفید می باشد.

Post operative order

اگر خیاطه ها خیلی تحت فشار باشند مریض ممکن است دچار مشکلات تنفسی بعد از عملیات جراحی گردد، بنابراین تراپی صدر جهت جلوگیری از مشکلات تنفسی حایز اهمیت می باشد.

بعضاً می توان از شکم بند (External Binder) جهت رفع نمودن کشش و فشار از بالای جرحه استفاده کرد.

هر نوع انتان جرحه باید بزودی تداوی گردد و اکثراً جراحان درچنین موارد برای وقایه ازانتی بیوتیک استفاده می نمایند.

فتق ثروی (Umbilical Hernia)

ثره (Umbilicus) یکی از نقاط ضعیف بطن است که محل شایعی برای فتق (Herniation) می باشد. فتق ثروی اغلباً درنزد طبقه انا ث دیده میشود و علت آن عبارت از چاقی ، حمل های متکرر و حین می باشد.

تظاهرات کلینیکی

فتق ثروی درنزدکاهلان کسبی بوده و ارتباط به فتق ثروی اطفال ندارد. درفتق ثروی اختناق کولون و ثرب کاملاً معمول است. فتق ثروی در اثر حین و سیروز مزمن رخ میدهد که در چنین موارد بذل یک مقدار مایع حین غرض دیکامپریشن ضروری میباشد.

فتق سروی در نوزاد اطفال دیده میشود، در مواردیکه نقیصه صفاق (Aponeurotic Defect) 1.5cm و یا کمتر از آن باشد بطور بنفسهی بسته می گردد.

در نوزاد اطفال مبتلا به فتق ثروی ترمیم وقتی استطباب دارد که پنا لوژی ناشی از فتق اضافه تراز 2cm قطر داشته باشد یا تا به سن ۳-۴ سالگی وجود داشته باشد (۳).

تداوی

ترمیم کلاسیک فتق سروی عبارت از هیرنیوپلاستی مایو (Mayo Hernioplasty) می باشد. در حال حاضر ترمیم Mayo هنوز مورد استفاده میباشد اما عوض آن فتق ثروی با Defect کوچک فقط با خیاطه پولی پروپیلین To-and -fro (پس و پیش) بسته می شود و Defect بزرگ به کمک پروتز باشیوه مشا به فتق ندبه عملیاتی ترمیم گردد.

فتق اطراف ثروی (Para Umbilical Hernia)

این فتق در نوزاد کاهلان در ناحیه ثره اتفاق نمی افتد بلکه در ناحیه علوی یا سفلی تر آن نیز رخ میدهد و ناشی از ضعیفی Lina Alba می باشد.

تظاهرات کلینیکی

فتق Para Umbilical در نزد خانم ها معمول است. چاقی، ولادت های متعدد و ضعف عضلات بطنی از عوامل مساعد کننده این فتق ها می باشند.

محتوی کیسه فتقیه ممکن است شامل ثرب و امعاء و یا هردو باشد، در سن کهولت علایم GI ناشی از انسداد تحت الحاد معمولتر می باشد.

ممکن است فتق کا ملا بزرگ و غیر قابل ارجاع باشد.

عملیات جراحی فتق اطراف ثروی (Para umbilical)

کیسه فتق تسلیخ شده و بعداً باز می گردد.

التصاقات موجود در امعاء و ثرب ازاد می گردند و امعاء به بطن ارجاع می شود.

نقیصه موجوده ترمیم می گردد.

فتق اپی گاستریک (Epigastric hernia)

فتق اپی گاستریک یک فتق خط وسط (Midline H.) از طریق Defect موجود در خط متوسط Lina

alba بالای ثره می باشد. ضعیفی ممکن است در ناحیه او عیه نفوذ کننده باشد. معمولاً کیسه حاوی شحم

خارج پریتنوانی است، گرچه بابرگ شدن کیسه پریتنوانی حقیقی ممکن است تبارز نماید ودرین حالت کیسه فتقیه حاوی ثرب است،فتق اپی گاستریک هرگز حاوی امعاءنیست.

تظاهرات کلینیکی

این فتق ممکن است بدون علایم باشدیا به شکل تورم کوچکی درناحیه اپی گاستریک بروز کند که ممکن است درد ناک باشد (خصوصاً هنگام ورزش).

بعضاً سبب بروز درد شدید معدوی واستفراغات می گردد.ممکن است بعد از اجرای تحقیقات وسیعی علت آن در یافت شود.

با معاینات کتله کوچکی درناحیه اپی گاستریک قابل جس می باشد، وقتی که مریض سرفه کند یا عضلات بطن را سخت نماید برجسته می گردد.

تداوی

فتق اپی گاستریک معمولاً ضرورت به ترمیم جراحی دارد.

فتق اکسیژن می شود و عارضه موجود درخط متوسط فوق سروی (Lina Alba) با خیاطه های غیر قابل رشف بسته می شود.

ممکن است فتق های اپی گاستریک دیگری هم وجود داشته باشند که باید آنها نیز ترمیم نمود.

فتق شپیگل (Spigalian Hernia)

درفتق شپیگل کیسه فتقیه از طریق خط نیمه هلالی (lina semilunaris) وکنار وحشی شیت عضله رکتوس در سطح التوای نیمه دایروی Douglas بخارج تبارز می کند.این فتق معمولاً درتحت عضله منحرفه وحشی واقع می شود و عنق باریکی دارد که ممکن است مختنق شود.

تظاهرات کلینیکی

معمولاً این فتق درنزد اشخاص چاق درسنین بالاتراز ۵۰ سال دیده می شود وبصورت تورم درناحیه سفلی ووحشی ثره بروز می نماید.

ممکن است باعث ناراحتی شود که با ورزش این ناراحتی تشدید می گردد. بعضاً مرض سبب دلبدی واستفراغ می گردد.

عملیات جراحی (Repair of spigalion H.)

کیسه فتقیه تسلیخ می شود و محتوی آن به بطن ارجاع ولیگاتور می گردد، Defect در طبقات بطن بسته می شود.

این عملیه را میتوان به طریق لپره سکوپیک نیز انجام داد و پارچه مش را در ناحیه پریتون و بداخل Defect تطبیق نمود.

فتق ابتوره تور (Obturator Hernia)

فتق ابتوره تور فتقی راگویند که از حوصله از طریق کانال Obturator تبارز می کند. این فتق تحت عضلات ادوکتور مثلث فخذی در قسمت علوی فخذ قرار می گیرد.

تظاهرات کلینیکی

این فتق در نزد خانم ها شایعتر است. تورم معمولاً مخفی می باشد، اگر ساق تدور وحشی ابدوکشن و فلکشن پیدا کند ممکن است واضح تر گردد. اختناق معمولاً باعث انسداد امعاء میگردد. فتق ریختر (Richter hernia) درین ناحیه کاملاً شایع است. درد اغلباً در امتداد عصب ابتوراتور به زانو انتشار می کند.

تداوی جراحی

فتق معمولاً از طریق شق لپره تومی پره میدین سفلی ترمیم می گردد.

تمرینات فصل دوازدهم فتقهای جدار بطن

- ۱- فتق را تعریف نموده و انواع انها را نظریه موقعیت اناتومیک ان نام بگیرید؟
- ۲- اسباب فتقهای جدار بطن کدام اند؟
- ۳- اناتوموپتالوژی فتقهای جدار بطن را توضیح نمائید؟
- ۴- تصنیف فتقهای جدار بطن را بدون در نظر داشت توضع آن بیان کنید؟
- ۵- هدف از تداوی فتق جدار بطن چه است؟

- ۶ - فتنق مختنق چيست و فتنق Richter چطور سير مي نمايد ؟
- ۷ - معاينات تشخيصيه فتنق ها از چه قرار است ؟
- ۸ - تداوي فتنق مختنق چطور صورت مي گيرد؟
- ۹ - اناتومي ناحيه فتنق مغبني را توضيح نمايد ؟
- ۱۰ - فتنق مغبني غير مستقيم چه است و در کدام سنين زياده تر به نظر مي رسد؟
- ۱۱ - تداوي فتنق مغبني چطور صورت مي گيرد ؟
- ۱۲ - فتنق لغزنده کدام نوع فتنق است و تداوي آن اچطور صورت مي گيرد؟
- ۱۳ - فتنق فخرزي کدام است ، اناتومي جراحي انرا ترصيح نمايد ؟
- ۱۳ - فتنق نديه عمليات سا بقه چطور بوجود مي آيد ؟
- ۱۴ - تداوي فتنق نديه عملياتي چطور صورت مي گيرد ؟
- ۱۵ - فتنق ثروي کدام است ، و نزد کدام اشخاص ديده مي شود ؟
- ۱۶ - تداوي فتنق ثروي چطور صورت مي پذيرد ؟
- ۱۷ - فتنق اپي گاستريك به کدام نوعه فتنق گفته مي شود و علايم كلينيكي آن از چه قرار مي باشد؟
- ۱۸ - تداوي فتنق اپي گاستريك چطور صورت مي گيرد؟
- ۱۹ - فتنق شپيگل چيست و نزد کدام اشخاص بنظر مي رسند ؟
- ۲۰ - فتنق ابتورا تور چيست، تداوي آن چطور صورت مي گيرد؟

References :

مأخذ:

1. Astapenka WG, Malnikov N.H, Surgical disease 2th edition
Minsk ;1983 p. 32-35
2. B.W.Ellis . Hernia and other conditions of the Abdominal Wall In:Brain
Ellis,Simon Paterson- Brown, editors.HamiltonL Baily`S emmergency
surgery .13th ed Great Britan:Arnold;2000.p.332-40
3. Daniel J. Scott and Daniel B.Jones. Hernia and Abdominal Wall Defects.
In:Jeffrey A. Norton,R.Randal Ballinger, Alfred E. Cheng ... et al, editors,

- Essential Practice of Surgery , Basic Science and Clinical evidence;
USA:Springer ;2003. P.336-52.
4. David H. Bennett and Andrew N. Kingsnorth Hernias ,Umbilicus and Abdominal Wall Hernia. In;R.C.G. Russel, Norman Welliamms, Christopher J.K. Bulstrode, editors, Bailey & Love`s Short practice of Surgery,24th ed .Great Britain :Hodder Arnold; 2004.p.1274-90.
 5. Harold Ellis, Sirroycalne,Christoferher Watso . Lecture notes on General Surgery .10th ed. Great Britain 2004.
 6. Karen E. Deveny . hernia & other Lesion of the Abdominal Wall
In:Lawrence W.Way , editor.Current : Surgical Diagnosis & Treatment.
USA:Appelton& Lange ; 2004-p.647-58.
 7. Mark A. Malangani and Raymond J.Gagliadi. Hernia, In: Townsend.
Beauchamp. Evers. Mattox, editors , Sabiston Textbook of Surgery 18th ed.
USA:Sander; 2008 . p.1223-97.
 8. Robert J, Fitzgibbons, Jr. and Hardeep S, Ahluwalia Inguinal Hernia.In:F.
Charles Brunicarde , Dana K.Anderson ...et al, editors Shwartz`s Manual of
Surgery, 8th ed.USA:McGraw- Hill; 2006.p.922-41
 9. Richard L Drake Wayne, Vogl Adam W.N. Mitchell, Gray's ,
Anatomy for students 1st edition, Taranto; 2005 p.905
 10. www. medicine.com

Book Name Abdominal Surgery
Author Prof. Dr. Abdul Wahab Noora
Publisher Kabul Medical University
Website www.kmu.edu.af
Number 1000
Published 2012
Download www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

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

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200739

Message from the Ministry of Higher Education



In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1. Publishing Medical Textbooks

This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2. Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3. Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Turial from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Abstract:

This text book of abdominal surgery is written in twelve chapters and 298 pages for first and second semester of 4th grade students in curative faculty of Kabul Medical University.

1st chapter – is about stomach surgical disease.

2nd chapter – is about small intestine disease.

3rd chapter – is about intestinal obstruction.

4th chapter – is about vermiform appendix.

5th chapter – is about colon disease.

5th chapter – is about colon, rectum and anus disease.

7th chapter – is about liver disease.

8th chapter – is about biliary system disease.

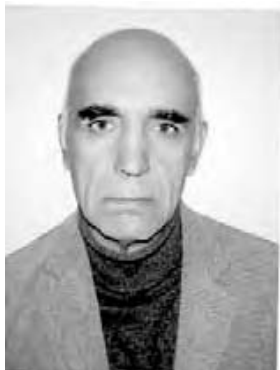
9th chapter – is about pancreas disease.

10th chapter – is about splenic disease.

11th chapter – is about peritoneal disease.

12th chapter – is about abdominal wall hernia disease.

بیوگرافی پوهاند دکتور عبدالوهاب "نورا"



پوهاند دکتور عبدالوهاب "نورا" فرزند محمد شاه "نورا" در سال ۱۳۳۰ در قریه سرورخیل ولسوالی فرزه ولایت کابل متولد و در سال ۱۳۳۶ شامل مکتب ابتدایه فرزه گردیده و بعد از ختم دوره ابتدایه شامل لیسه میرچه خان گردید. که موفقانه ازین لیسه ازین فارغ گردید. و بعد از سپری نمودن امتحان کانکور در سال ۱۳۵۹ شامل پوهنځی طب معالجوی پوهنتون Sankt Peters borg اتحاد شوری سابق گردید. و در سال ۱۳۶۵ پوهنتون به درجه عالی فارغ گردیده که در همین سال بعد از سپری نمودن امتحان کدر به رتبه نامزد پوهنیار شامل کدر علمی در دیپارتمنت جراحی علی آباد گردیدم. در سال ۱۳۸۹ به رتبه پوهاند ترفیع نموده. در طول این مدت مصروف خدمت برای مریضان و مجروحین ، تدریس محصلین و تربیه دکتوران جوان در رشته جراحی در پولی کلینیک مرکزی ، شفاخانه علی آباد و میوند بوده. در شرایط مشکل جنگ همیشه مصروف تداوی مریضان جراحی بوده و هیچگاه وطن را ترک نه نموده. و در روز های جنگ دز خانه بطرف شفاخانه علی آباد غرض سپری نمودن نوکریوالی مورد اصابت مرمی تصادفی گردیده که در شفاخانه ۴۰۰ بستر (شهید سردار داود خان) عملیات گردیده و بعد از صحت یابی دوباره بوضیفه خویش ادامه داده.

RESUME

Personal Information

Name: Abdul Wahed Noora
F/Name: Abdul Wahab Noora
Address: Makroyan 3, Block 13, Apt 30 Kabul, Afghanistan
Email: Reshtinoora@yahoo.com
Contact #: 0795771111 - 0777245757

Education History

Bachelorette (High School Graduated) Abdul Hadi Dawi High School(2005)
CAT (Certified Accountant Technician) Bakhter University (2008 – 2010)

Work History

| | | |
|-------------------------|------------|-----------------------|
| Western Union Operator | Kabul Bank | Feb 2006 – Sep 2007 |
| Admin/Finance Assistant | UN-FAO | Oct 2007 – March 2009 |
| Procurement Agent | US-Embassy | Jan 2010 – Sep 2011 |

Special Courses attended

| | |
|--|--------------|
| General Banking | Kabul Bank |
| Finance & Budget | UN – FAO |
| Logistics & Procurement | UN – FAO |
| Department of State Acquisition Management | US – Embassy |
| Purchase Card | US – Embassy |

Languages

| Language | Reading | Writing | Speaking |
|----------|-----------|-----------|-----------|
| Dari | Excellent | Excellent | Excellent |
| Pashto | Excellent | Excellent | Good |
| English | Excellent | Excellent | Excellent |
| Urdo | Good | Good | Good |

References

Masood Noora

Political Assistant
UNAMA Political Department
Contact #: 0798560640
Email: nooram@un.org, Masoodnoora@yahoo.com

Mohammad Fahim Otmanzai

Logistics Officer
KAISEP – USAID
Contact#: 0700089880
Email: fahim_utmanzai@yahoo.com